



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**Prevalencia de caries dental en primeros molares  
Permanentes y conocimiento sobre salud bucal en  
Estudiantes de 2 escuelas primarias (rural y urbana)  
México. 2005**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A

ARELY TAPIA DE LA ROSA

DIRECTORA: C.D. MARIA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN

ASESOR: C. D. REBECA ACITORES ROMERO

México, D. F.

Mayo 2005

M. 342979

## LE AGRADEZCO

### A MIS PADRES.....

*Eduardo Tapia Díaz y Leticia de la Rosa Nájera.*

*Por ser unas grandes personas y los mejores padres. Por haberme dado la vida y saberme guiar. Por darme todo su apoyo, amor, cariño y comprensión en todo momento. Y porque sin ustedes, este momento no hubiera sido posible y gracias a ello he llegado a realizar una de mis tantas metas deseadas. Siempre estaré eternamente agradecida.*

*Por esto y por todo gracias papis.....los amo.*

### A MIS HERMANOS.....

*Eduardo y Orlando, por compartir todos esos momentos especiales conmigo y ayudarme siempre que los necesito.*

*Gracias a cada uno de ustedes.*

### A GABRIEL.....

*Porque a lo largo de este tiempo hemos compartido momentos especiales, gracias por estar a mi lado. Por alentarme y ayudarme en la finalización de mis estudios.*

*Gracias Amor .*

### A CARLA Y CARJED.....

*Por su comprensión y por saberme escuchar siempre. Por brindarme su ayuda cuando lo necesito y porque se han ganado mi cariño.*

*Gracias.....*

*A MI UNIVERSIDAD..*

*Por darme una formación y haberme proporcionado mediante todos estos años, los medios para la obtención de este título. Gracias por la oportunidad que me facilitó para estudiar en la Facultad de Odontología, la cual me procuró una educación con los mejores profesores, instalaciones y que gracias a esto el día de hoy formo parte de los profesionales que agradecen tu nombre, y debido a esto, hoy por hoy.....*

*“Por mi raza hablará mi espíritu”.* 

*A DIOS.....*

*Por darme vida, salud y bienestar. Por darme esta familia, a mis amigos y mi educación. Así como las bendiciones que tenga preparadas para mí.*

*A MOY+....*

*Por haber sido una persona especial en mi vida y porque gracias a todos tus consejos, orientación y apoyo que me diste he llegado a donde tú querías.*

*Gracias por tu confianza depositada en mí.....*

*A LA DRA. CONCEPCIÓN RAMÍREZ S.*

*Por todo el apoyo que me brindó para la realización de la presente tesina. Por su sencillez y por ser ante todo una amiga, gracias doctora por ser una persona de esta calidez inigualable que la caracteriza.*

*A LA DRA. REBECA ACITORES.*

*Por el apoyo que me brindó en todos estos años y por haberme regalado un poco de su tiempo y su atención.*

## *A MIS AMIGOS...*

*Que conforman hoy parte de mi vida. Gracias por todos los momentos especiales que compartimos, por su amistad y su apoyo desinteresado. Sin ustedes esta experiencia no hubiese sido igual. Cada uno influye en un aspecto de mi vida y a cada uno lo estimo. De esta forma les digo:*

*Cintia, Wendy, Erika, Dómenica, Edgar, David, Lila, Zoila, Luis, Alejandro, Sandra, EriKa Perez, Verónica, Shendira, Angel.*

*Gracias por ser como son.....*

## *A LA ESCUELA OTILIO MONTAÑO*

*Al Prof. Pedro Juan Fragoso por haber permitido realizar mi investigación de igual forma a los alumnos y a la Profra. Lety ya que sin su cooperación no se hubiera podido llevar a cabo.*

## *A LA ESCUELA JUÁREZ Y CONSTITUCIÓN.*

*Por haberme dado la oportunidad de llevar a cabo esta investigación, y de igual forma al Director de esta escuela Prof. Armando Cordero Rosas por haber aceptado. También al Prof. Eduardo y alumnos por su colaboración.*

*Hoy alcancé mis sueños al convertirme en una profesional de la salud y siempre he pensado que lo importante no es ser más que el otro, sino hacer todo lo que esta en nuestro alcance, con la mayor intensidad posible. Padres, hermanos, profesores y amigos he realizado mi mayor esfuerzo, bajo mis condiciones y circunstancias.*



## INDICE

	Página
1.- Introducción	1
2.- Antecedentes	2
3. Planteamiento del Problema	38
4.- Justificación	39
5.- Hipótesis	40
6.- Objetivos	40
6.1 Objetivo general	40
6.2 Objetivos Específicos	40
7.- Metodología	41
7.1 Material y Método	41
7.2 Tipo de Estudio	44
7.3 Población de Estudio	45
7.4 Muestra	45
7.5 Criterios de Inclusión	45
7.6 Criterios de Exclusión	45
7.7 Variable Independiente y Dependiente	46
7.8 Variables : Escala de Medición	46



---

7.9 Recursos	48
7.9.1 Humanos	48
7.9.2 Materiales	48
7.9.3 Financieros	48
8. Resultados	49
9. Conclusiones	70
10. Referencias Bibliográficas	72
11. Anexos	74



## 1.INTRODUCCIÓN

Todos los seres vivos están expuestos constantemente a múltiples y diversos riesgos de enfermar y de morir. El hombre, que vive en un ambiente sociocultural artificial, es decir, creado y desarrollado históricamente por él mismo, tiene por razones ecológicas y sociales una diversidad grande de riesgos, y una oportunidad también mayor de enfrentarse a ellos.

La noción de riesgo epidemiológico es función de la existencia del ser humano viviendo en un ambiente social en variación permanente, vale decir, los riesgos que afectan nuestra salud, dependen de la vida en sociedad, y más precisamente, del tipo estructural de la sociedad en que vivimos.



## 2.ANTECEDENTES

El concepto de caries surgió alrededor del siglo XIX.<sup>1</sup>

El término "caries" procede del latín y significa descomponerse, pudrirse, echarse a perder, y se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes.<sup>2</sup>

Se define la caries como la destrucción localizada de los tejidos dentales que ocurre cuando por acción de las bacterias y ácidos generados por estas, se produce la desmineralización de la superficie de los dientes y puede dar lugar a diversas molestias y complicaciones, para finalmente provocar la pérdida de los dientes afectados.<sup>3,4</sup>



También la caries dental se conoce como una enfermedad infectocontagiosa, por lo tanto, si un diente se encuentra afectado por caries dental y la enfermedad contacta con un diente vecino, éste último terminará por afectarse de igual manera por la caries dental.<sup>5</sup>



La caries dental permanece como un problema importante dentro de la odontología y la salud pública por su severidad, magnitud y trascendencia ya que afecta, sobre todo a la población infantil provocando en los escolares serios problemas de ausentismo y dificultades en su desarrollo a causa del dolor<sup>6</sup>, por lo tanto, merece recibir mayor atención en la práctica diaria, exige la adopción de medidas de prevención específicas, así como un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Con respecto a la prevención, además del cepillado regular y de la limitación del consumo de azúcares, se cuentan con otras medidas concretas que sirven para incrementar la resistencia de los dientes y disminuir así su predisposición a la caries, como son la utilización de fluoruros o el sellado de fisuras.<sup>7,8</sup>

La caries dental constituye el mayor porcentaje de morbilidad durante toda la vida de un individuo, afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza; presentándose con mayor frecuencia en sujetos de nivel socioeconómico bajo.<sup>9</sup>

Infante y Owen realizaron un estudio en 1.155 niños escolares de Columbia dónde se compararon los niños del grupo socio-económico medio tanto urbano como rural con los del estrato inferior y se observó que estos presentaban una incidencia de caries dental significativamente mayor y niveles de tratamiento significativamente menores, ya sea por restauración o por extracción de dientes, así mismo en comparación con los niños de áreas urbanas, los niños de áreas rurales tenían una prevalencia de caries significativamente mayor y un nivel de tratamiento significativamente menor.<sup>10</sup>



La alta prevalencia que se presenta en el mundo entero de caries dental (afecta del 95 al 99% de la población), la sitúa como la principal causa de pérdida dental, ya que de cada 10 personas , 9 presentan la enfermedad o las secuelas de ésta, que comienza casi desde el principio de la vida y va progresando con la edad. <sup>11</sup>

En un estudio realizado en Campeche por la Universidad Autónoma de Campeche y el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba con el objeto de determinar la prevalencia de caries en los primeros molares permanentes en una muestra de 3 615 escolares de 6 a 13 años de edad de ambos sexos, la prevalencia de caries fué de 80.3%, el CPOD para el grupo de 6 años fue de 0,11 (.444) y para el grupo de 12 años fue de 1,25 (1.78). La frecuencia de escolares con lesiones más severas de caries fue del 17,37%. El porcentaje de los hombres con los cuatro primeros molares permanentes afectados por caries dental es de 1.47% en el grupo de 6 a 9 años y de 5.7% en el grupo de 10 a 13 años este porcentaje se incrementa de 1,11% a 6.5% en mujeres en los mismos grupos de edad. <sup>12</sup>

Así mismo en Campeche, estudios recientes han demostrado que la alta prevalencia de caries en niños de 6 a 13 años de edad de zonas urbanas y rurales han perdido el primer molar permanente a temprana edad. Estos datos muestran que la caries dental, en población joven es aun un problema importante de salud y que las necesidades de atención pueden ser mayores en algunas zonas. <sup>12</sup>



En otro estudio realizado por la Dra. Doris Dina Méndes Goncalves en Guadalajara en 1999 con un total de 1175 escolares de entre 6 y 12 años (927 y 248 respectivamente) se demostró que el porcentaje de caries dental en dentición permanente era del 17.9 a los 6 años y de 62.5 a los 12 años. La caries en dientes permanentes a los 12 años presentó un porcentaje ligeramente mayor en el sexo masculino con respecto al femenino.<sup>13</sup>

La caries dental es una enfermedad que evoluciona hasta lograr la formación de una cavidad y la pérdida del diente; según la clasificación Internacional de Enfermedades y Adaptación a la Odontología (CIE-AO ), se clasifica con el número 521.0 dentro de las enfermedades de los tejidos dentales duros.<sup>2</sup>

Según León G y col. la caries dental es una enfermedad infecciosa, localizada y progresiva del diente, que se inicia con la desmineralización de los tejidos duros del diente.<sup>9</sup>

Varela y col consideran a la caries dental como un proceso patológico que afecta a la estructura dura del diente localizado de origen multifactorial y de evolución crónica que provoca un reblandecimiento del tejido duro del diente y continua hacia la formación de una cavidad.<sup>14</sup>

La caries dental es una enfermedad que se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción del diente.<sup>1</sup>



La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la caries dental como un proceso localizado multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la calidad de vida de los individuos de todas las edades.<sup>15</sup>

La Organización Mundial de la Salud define como caries dental a toda cavidad en una pieza dental, cuya existencia pueda diagnosticarse mediante un examen visual y táctil, practicando con espejo bucal y sonda fina.<sup>2</sup>

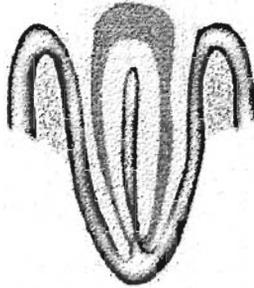
### **Evolución de la caries dental**

La caries dental es un trastorno crónico de evolución progresiva una vez que se ha producido la excavación de la superficie del diente, ya nunca remite espontáneamente, sino que sigue avanzando en profundidad. Se inicia con la desintegración de un punto del esmalte dental como una mancha blanca opaca y sin brillo, donde se forma un diminuto agujero. Pero, con el tiempo, la cavidad se hace cada vez más grande, atraviesa el esmalte dental y llega a la dentina, se extiende también por este tejido y, finalmente, alcanza la pulpa del diente provocando su destrucción y formación de abscesos dando lugar al dolor.<sup>4</sup>

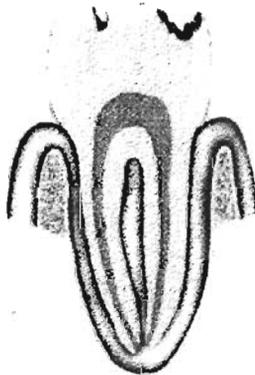


### Los distintos pasos de la caries dental:

1.-Inicio: La caries dental afecta sólo al esmalte y no presenta síntomas.

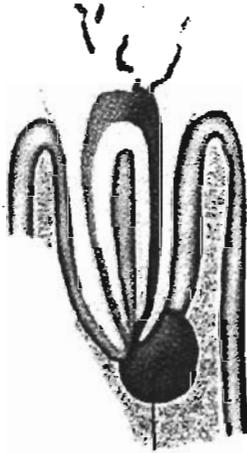


2.- Puede presentar dolor porque la caries dental afecta la dentina.

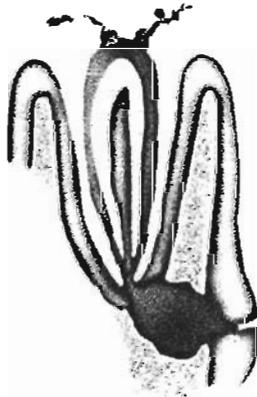




3.- Las molestias son severas porque la caries dental llega a la pulpa y favorece su infección.



4.- Por último la caries dental destruye la corona del diente.<sup>4</sup>





## Síntomas

\* En la etapa inicial, cuando la cavidad se limita al esmalte dental, no provoca molestias. En el momento en que la caries dental alcanza la dentina, aparece un dolor puntual al presionar la pieza dental afectada, así como al comer alimentos o tomar líquidos dulces, muy fríos o muy calientes.

\* A medida que la caries dental se extiende por la dentina, el dolor se hace más frecuente e intenso.

\* Al causar la inflamación e infección de la pulpa dental, el dolor se hace continuo y muy intenso debido a la irritación directa de los nervios.

\*La destrucción de la pulpa suele provocar mal aliento (halitosis).

## Consecuencias

- Las molestias dolorosas provocan dificultades en la masticación y, especialmente en los niños pequeños, puede desembocar en trastornos en la alimentación.

- La destrucción extensa de los tejidos dentales lleva a la pérdida de la pieza dental, ya sea porque el diente se fragmenta o porque obliga a su extracción.

- La pérdida de piezas dentales (temporales o permanentes) provoca problemas de malposición o maloclusión.<sup>4</sup>

- Puede ser foco de infección para enfermedades como endocarditis bacteriana subaguda, Neuronefritis.



**Según su localización Greene Vardiman Black clasifica a la caries dental en<sup>16</sup>:**

- **CLASE I:** Es la caries dental que se encuentra en fosetas y fisuras de premolares y molares, cúngulos de los dientes anteriores y en cualquier anomalía estructural de los dientes.
- **CLASE II:** La caries dental se localiza en las caras proximales de todos los dientes posteriores.
- **CLASE III:** La caries dental se localiza en las caras proximales de todos los dientes anteriores sin abarcar el ángulo incisal.
- **CLASE IV:** La caries dental se encuentra en las caras proximales de todos los dientes anteriores abarcando el ángulo incisal.
- **CLASE V:** La caries dental se localiza en el tercio gingival de los dientes anteriores y posteriores, solo en caras linguales y vestibulares.

**Según las caras afectadas se clasifica en<sup>17</sup>:**

Simples: cuando afectan una sola superficie del diente.

Compuestas: cuando afecta a dos caras del diente.

Complejas: cuando daña tres o más superficies.



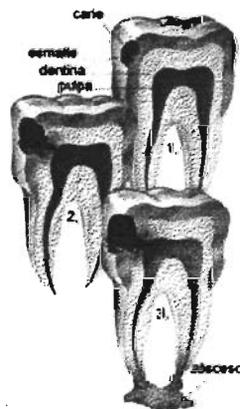
## Según el tejido afectado la caries dental se clasifica en:

Caries de primer grado: cuando afecta solo al esmalte.

Caries de segundo grado: cuando afecta esmalte y dentina

Caries de tercer grado: cuando afecta esmalte, dentina y pulpa.

Caries dental de cuarto grado: cuando afecta esmalte, dentina y existe necrosis pulpar.<sup>17</sup>





**Según los sitios afectados se clasifica en:** <sup>17</sup>

1. Caries oclusal
2. Caries proximal
3. Caries de superficies libres
4. Caries recurrente o secundaria
5. Caries radicular

### **ETIOLOGÍA DE LA CARIES**

En 1969 Keys reportó que para que se inicie el proceso carioso es necesario la presencia del huésped, la bacteria y la dieta.

Luego en 1978 Newbrun introduce un nuevo factor, el tiempo que vino a esclarecer en forma más precisa el proceso de formación de la caries. La interacción de los factores antes mencionados evidenciará clínicamente la caries. <sup>19</sup>

La caries dental es una enfermedad producida por la concurrencia de varios factores. En la década de los 60's Paul Keyes establece e ilustra gráficamente mediante 3 círculos la etiopatogenia de la caries, la cual obedece a una interacción simultánea de tres factores: un factor "microorganismo" que en presencia de un factor "sustrato" logra afectar a un factor "diente". <sup>17</sup>

De esta forma se explica que la caries puede producirse solo bajo ciertas condiciones como es el tener un huésped con dientes altamente susceptibles, microorganismos y sustrato; pero, si estos condicionantes confluyeran durante un período muy breve, la enfermedad cariosa no se produciría, por lo tanto Newbrun en los años 70' agrega un factor tiempo y refiere que debe ser suficiente para alcanzar una concentración elevada de placa por la dieta y de esta forma se produzca caries. <sup>2</sup>



## **HISTORIA NATURAL DE LA CARIES**

\*Lesión inicial: desmineralización en la superficie del esmalte (mancha blanca).

\*La lesión puede revertir o no. La capa superficial se desmorona y aparece la cavidad (lesión clínicamente detectable).

\*Contaminación de la dentina y lesión más profunda y extensa.

\*Los gérmenes llegan a la pulpa (pulpitis) y aparece dolor intenso. Después necrosis pulpar, periodontitis, foco infeccioso agudo o crónico.

\*Dientes más propensos y superficies de más riesgo, los más propensos son los primeros molares, segundos molares, incisivos y premolares; las superficies de más riesgo son las oclusales y laterales (proximales o mediales).<sup>20</sup>

## **FACTORES ETIOLÓGICOS**

La caries se considera una enfermedad multifactorial que depende de las relaciones mutuas de 4 grupos importantes de factores<sup>2</sup>:

- 1.- Microbianos
- 2.- Del huésped
- 3.- Ambientales
- 4.- De tiempo



## ***FACTORES MICROBIANOS.***

**Placa dental:** Es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas que se colecciona sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales cuando no se practican métodos de higiene adecuados.

La placa dentobacteriana que no es eliminada de los dientes se mineraliza y forma cálculo dental. La placa y el cálculo dental son irritantes para la encía y pueden producir gingivitis y periodontitis. La presencia de cálculo a su vez, permite la adherencia de placa dentobacteriana y la destrucción de tejidos de soporte, produciendo al mismo tiempo caries<sup>1</sup>.

**Microorganismos:** Dentro de los microorganismos activos en el proceso que origina la caries dental está el *Streptococcus mutans* que es el de mayor potencial cariogénico, aunque también se encuentran en menor proporción *S.salivarius*, *S. Milleri*, *L. acidophilus*, *L.Casei*<sup>18,21</sup>

Las bacterias son capaces de transformar los carbohidratos de los alimentos en ácidos. Estos ácidos provocan una desmineralización progresiva del diente produciendo caries. Para poder destruir el esmalte las bacterias se une entre sí formando colonias unidas por sustancias secretadas por ellas mismas y productos químicos pegajosos procedentes de la saliva y restos alimenticios. Todo esto constituye la placa bacteriana.



## **FACTORES DE HUÉSPED**

**Edad:** Al progresar la edad, aumenta el número de piezas con historial de caries dental así como el índice CPO.

**Sexo:** Algunos autores refieren una mayor incidencia de caries en las niñas, atribuyen esto a que los dientes de éstas erupcionan a edad más temprana que los de los niños.

**Diferencias familiares:** se piensa que se deben fundamentalmente a diferencias en la higiene oral y hábitos dietéticos, si bien pueden influir factores genéticos.

**Factores constitucionales:** la saliva(cantidad, flujo y composición química) y morfología de los dientes<sup>2</sup>.

## **FACTORES AMBIENTALES**

**Distribución geográfica:** diferente composición de fluoruro en el agua.

**Dieta:** sacarosa y otros componentes.

**Hábitos de higiene dental:** Es necesario eliminar correctamente la placa bacteriana cada 24 horas.



Tiempo: La caries dental clínica se forma sólo después de que una acción repetida y sin molestias ha producido la descalcificación suficiente para permitir la invasión bacteriana del diente.<sup>2</sup>



## DIAGNOSTICO DE LA CARIES DENTAL

El diagnóstico de caries involucra un exámen clínico ( visual y táctil) y uno radiográfico para evaluar la extensión de la cavidad o diagnosticar complicaciones en el tejido óseo que rodea la raíz del diente.<sup>4,22</sup>





En el exámen clínico el diente debe estar seco y limpio.



La primera evidencia clínica de la caries dental en el esmalte es la formación de una mancha blanca, la lesión es indolora e inodora y casi siempre es extensa y poco profunda.

Cuando la caries ha llegado a la dentina, el proceso carioso se difunde en dirección lateral; este tejido es poco calcificado por lo cual la lesión avanza rápidamente.<sup>12</sup> En ésta etapa puede llegar a ser dolorosa cuando está bajo el estímulo de alimento fríos y calientes pero el dolor desaparece al eliminar el estímulo.



La caries en la pulpa se manifiesta como una inflamación de la misma y el síntoma principal es el dolor espontáneo e inducido.

Posterior a esto degenera en la necrosis del tejido pulpar que se caracteriza porque ya no existe ningún tipo de dolor.<sup>4</sup>

## **TRATAMIENTO DE CARIES**

Existen varios tratamientos, desde un método preventivo hasta un tratamiento restaurativo.

La Prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien aminorar o interrumpir la progresión de esta. Se trata pues, no sólo de evitar la enfermedad o afección, sino también, una vez aparecida, de detener su curso hasta conseguir la curación, o en caso de imposibilidad, retardar su progresión el máximo posible.<sup>23</sup>

Los tratamientos preventivos se pueden clasificar en 2 grupos:

### **Prevención primaria**

- \* Administración de flúor
- \* Higiene bucodental
- \* Dieta adecuada
- \* Corrección de anomalías
- \* Selladores de fosetas y fisuras

### **Prevención Secundaria**

- \* Asistencia odontológica y estomatología conservadora.



## **TRATAMIENTO PREVENTIVO**

Al ser la caries dental una enfermedad multifactorial, en la que interactúan factores del huésped (saliva, dientes, microorganismos, factores ambientales<sup>1</sup> dieta y hábitos de higiene oral) y tiempo, su prevención se basará en la actuación sobre cada uno de estos factores con el fin de alcanzar los siguientes objetivos:

- 1.- Que el diente, histológica y morfológicamente, sea resistente a la agresión antes de su erupción.
- 2.- Suprimir las imperfecciones morfológicas, orificios profundos y surcos demasiado grandes, después de la erupción.
- 3.- Conservar el diente durante toda la vida frente a las agresiones ambientales, manteniéndolo en un ambiente favorable.

Para llevar a cabo lo mencionado anteriormente es necesario poner en marcha una serie de medidas tales como:

- Aumentar la resistencia del huésped (flúor, selladores de fisuras, corregir maloclusiones).
- Reducir microorganismos (control de la placa dental).
- Modificar los factores ambientales adversos (cambios dietéticos).
- Limitar el tiempo de permanencia de los alimentos cariogénicos en la boca (frecuencia de ingestión de alimentos), mediante la educación sanitaria en alimentación.<sup>2</sup>



Las principales medidas para la prevención de la caries dental van a ser la eliminación de placa bacteriana, la utilización de fluoruros, la aplicación de selladores de fisuras y los cambios en la dieta.<sup>23</sup>

## **CONTROL DE PLACA**

La placa bacteriana se puede eliminar mecánicamente (mediante las técnicas de cepillado) y también químicamente (mediante la utilización de antimicrobianos).<sup>23</sup>

- Eliminación mecánica. Cepillado dental y remoción regular por profesionales (profilaxis).
- Agentes antimicrobianos: enjuagues diarios.

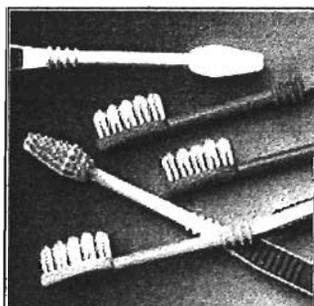


## **FRECUENCIA DEL CEPILLADO**

El uso del cepillo minuciosamente una vez por día es suficiente para prevenir la iniciación de caries dental y enfermedad periodontal.



El Taller Mundial de Periodoncia sugirió que, en términos de salud periodontal, el cepillarse 2 veces al día parece ser adecuado para la gente que tiene un periodonto sano, mientras el cepillarse 3 o más veces por día debe recomendarse a la gente con compromiso periodontal.



### **SELECCIÓN DEL CEPILLO**

El cepillo dental debe cumplir los siguientes requisitos:

- El cepillo dental debe tener un mango de forma rectangular o achatado con la finalidad de permitir una mejor retención y apoyo para realizar los movimientos del cepillado.
- La cabeza del cepillo debe presentar un tamaño de 25 a 32mm de largo por 8 a 11mm de ancho, presentando tres hileras de penachos, en sentido transversal, y ocho en sentido longitudinal.
- Las fibras deben ser sintéticas ya que no desgastan tan rápido como las naturales y recuperan su elasticidad más pronto después de ser usadas y lavadas.

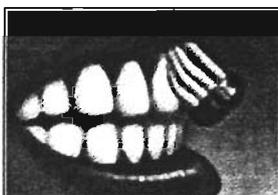


- Se cree que los penachos separados permiten una mejor acción de limpieza, porque las fibras pueden flexionarse y alcanzar así zonas en las que un cepillo con penachos muy juntos no alcanzaría, debido a la cantidad y proximidad de las mismas.
- Las cerdas deben ser blandas y los extremos redondeados para evitar el daño a los tejidos gingivales<sup>1</sup>.

## TÉCNICAS DE CEPILLADO

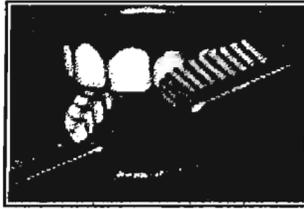
Es recomendable cepillar los dientes tres veces al día, preferentemente después de cada comida.

\* Colocar las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45° grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.





- Cepillar suavemente la superficie dental externa de 2 ó 3 dientes con un movimiento hacia abajo en los dientes superiores y hacia arriba en los dientes inferiores. Mover el cepillo al próximo grupo de 2 ó 3 dientes y repetir la operación.



- Mantener un ángulo de 45° grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía interna. Cepillar suavemente usando un movimiento hacia abajo en los dientes superiores y hacia arriba en los dientes inferiores.



- Inclinar el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Hacer varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo.



- Colocar el cepillo sobre la superficie masticatoria y hacer un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepillar la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento<sup>24</sup>.





Entre otras técnicas también encontramos:

### ***Técnica rotacional***

En esta técnica las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes, lo más arriba posible para los superiores y lo más abajo para los inferiores, con sus costados apoyados contra la encía.

El cepillo se hace rotar lentamente hacia abajo para el arco superior y hacia arriba para el arco inferior, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes, mientras que la parte posterior de la cabeza del cepillo se desplaza en un movimiento arqueado.

En esta acción se repite 8 a 12 veces en cada zona de la boca, tanto para las caras vestibulares como para las linguales.

### ***Técnica de Bass***

Esta técnica se recomienda para los pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos (bolsas). Se coloca el cepillo de manera tal que las cerdas estén en un ángulo de 45° con respecto a la superficie del esmalte. Se mueve el cepillo con movimientos vibratorios anteroposteriores durante 10 a 15 segundos para cada zona de la boca.



En las caras vestibulares y linguales de los premolares y molares, el mango del cepillo debe mantenerse horizontal y paralelo al arco dental. Para las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores, se sostiene verticalmente el cepillo, y se insertan las cerdas de un extremo de la cabeza del cepillo de dientes en el espacio interproximal.

Las caras oclusales se cepillan por medio de movimientos de frotamiento hacia delante y atrás.

### ***Método combinado***

Para los pacientes con acumulación de placa excesiva e inflamación gingival, puede resultar beneficioso una combinación de ambos métodos. Para este método combinado hay que pedir al paciente que realice varios movimientos usando la técnica de Bass, y luego que barra las encías y losa dientes empleando el método rotacional, antes de pasar a la zona siguiente.

Nuevamente se cepillan las caras oclusales utilizando movimientos de frotación anteroposterior.<sup>1,18</sup>

## **FLÚOR**

Es un elemento químico que, incorporado al esmalte dental, incrementa notoriamente la resistencia de este tejido a los ácidos y, por tanto, resulta muy útil para la prevención de la caries dental. Puede administrarse mediante la fluoración del agua de consumo o aplicarse de manera directa o tópica, en la consulta del odontólogo.



Recomendado por la OMS. 0.7-1.2 partes por millón (composición adecuada en el agua).

Hay 2 Métodos de aplicación de flúor:<sup>25</sup>

- Método Sistémico: Fluoración del agua, sal o tabletas de flúor. La concentración óptima de flúor en el agua potable es de 1pp (1mg F/1 H<sub>2</sub>O), y en la sal de mesa es 250mg F/kg de sal.
- Método Tópico: Colutorios fluorados (diarios, en casa o en el colegio), dentífricos con flúor, soluciones para enjuagues, aplicación tópica por profesionales.

Todos los productos encontrados en la actualidad contienen fluoruros en concentraciones equivalentes a 1 100ppm.

Las técnicas de aplicación por parte del profesional son las siguientes:

\*En el caso de los geles de flúor se utilizan cubetas desechables que son blandas, flexibles y bastante aceptadas por los pacientes. Previo a la aplicación del fluoruro se debe proceder a una limpieza dental.



1.-El dentista llena una cubeta de plástico especial, adaptada a la forma de la dentadura, con un gel de elevado contenido en flúor. (2% por 3-4 minutos).



2.- Se introduce la cubeta con gel fluorado en la boca del niño, de modo que cubra toda su dentadura. Los geles tienen diversos sabores para que no resulten desagradables al gusto.

3.- Se mantiene la cubeta en estrecho contacto con los dientes, de tres a cuatro minutos, aspirando la saliva para evitar su acumulación.

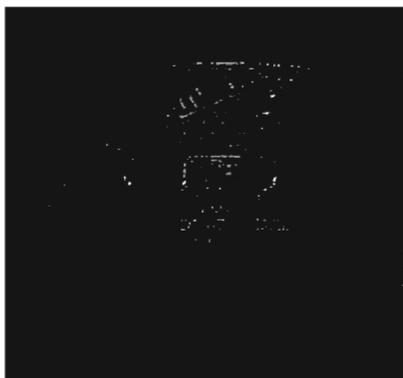




4- Finalmente, se extrae la cubeta y se indica al niño que escupa los restos del gel, ya que no debe tragarlo, el paciente no se puede enjuagar, ni beber líquidos ni comer nada en una hora.<sup>8,23</sup>



Los GELES FPA al 1.23% son los más utilizados en la actualidad; su concentración es de 12.300 ppm o 1.3mg y sólo puede ser administrado por el profesional.





\* En el caso de las soluciones también se debe hacer una limpieza dental, el profesional secará bien los dientes con aire y los aislará con rollos de algodón y con una torunda de algodón aplicará el flúor sobre todas las superficies dentarias durante el tiempo que estipule el fabricante. Igualmente el paciente no podrá enjuagarse, ni comer ni beber nada en una hora.



\* En el caso de los barnices se realizará el mismo procedimiento que el anterior, sólo que en estos casos al aplicar el barniz quedará una fina película en la superficie del esmalte. En estos casos se recomienda no cepillarse ni tomar alimentos duros en 24 horas. Esta película no es tóxica en caso de ingerirse.





Los barnices, fueron diseñados para prolongar el tiempo de contacto entre el flúor y esmalte. Los más conocidos son Duraphat es de 22.600 ppm y el flúor protector de 7000 ppm.

Existe también una medida de salud pública como es la utilización de enjuagues de flúor en las escuelas, siendo un programa semanal que es sencillo, económico, requiere poco tiempo, es fácil de realizar y es eficaz en la reducción de la incidencia de caries.

Todos los productos encontrados en la actualidad contienen fluoruros en concentraciones equivalentes a 1 100 ppm. La gran mayoría de las pastas dentales han probado concentraciones de aproximadamente 1.000ppm.



Los niños reciben un vaso con 7-10 cc de solución, se colocan el líquido en la boca, lo mantienen moviéndolo en la boca durante un minuto y después lo escupen.

Los niños no deben ingerir el líquido, por lo tanto está contraindicado en niños menores de 6 años o en niños de 6 años que no controlen el reflejo de la deglución. Después no se deben lavar la boca, beber agua ni efectuar ninguna comida hasta media hora después de enjuagarse.<sup>23</sup>



También existe un programa individual en el hogar, que consiste en realizar un enjuague diario con fluoruro sódico después del cepillado antes de irse a dormir.



## CLORHEXIDINA

La clorhexidina se considera un antiséptico ya que tiene sustancias químicas que cuando se aplica en forma tópica impide el crecimiento o la actividad de los microorganismos, y además es un excelente desorganizador de placa.

Se ha demostrado que la clorhexidina al usarse diariamente en una solución acuosa al 2% para aplicación tópica reduce la cantidad de formación de placa y gingivitis durante períodos de hasta 2 años. Pero además ésta también reduce la caries.

Lamentablemente, la clorhexidina produce una alteración en el color de los dientes y de la lengua y puede afectar el sentido del gusto, y por estas razones no ha sido aprobada para su uso cotidiano.<sup>1</sup>

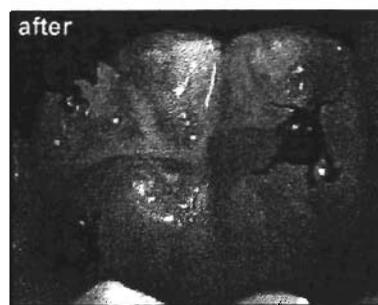
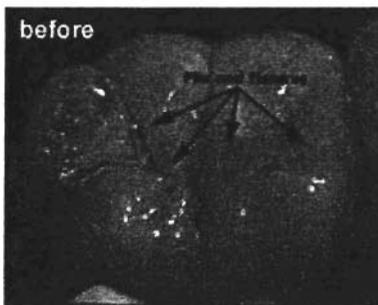


## **SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS**

Los selladores son materiales plásticos (conocidos como resinas), que pueden ser transparentes, blancas o del color del diente, y son colocados sobre la superficie masticatoria de los molares. En estas superficies se encuentran fosas y fisuras en las que los alimentos pueden quedarse empaquetados (principalmente alimentos pegajosos) de difícil remoción aún con el cepillado, el sellante rellena las fisuras y las fosas evitando que los alimentos ocupen estos espacios y disminuyendo las probabilidades de aparición de la caries dental. Deben de ser evaluados periódicamente por el profesional.<sup>5</sup>

Se van a colocar selladores de fosetas y fisuras en aquellos dientes que ofrecen una configuración anatómica ideal para la acumulación y el atrapamiento de residuos alimentarios y colonias bacterianas (placa).

Hyatt en 1936 dice que particularmente los dientes con puntos y fisuras más profundos son los primeros y segundos molares permanentes al igual que los segundos premolares.<sup>23</sup>





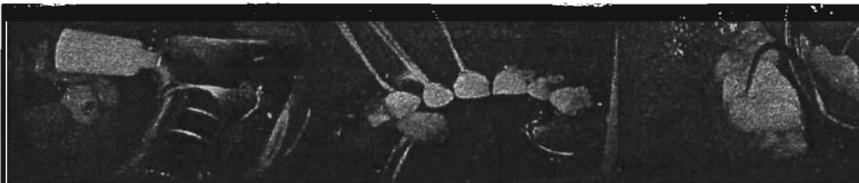
Existen 2 tipos de Selladores :

Autopolimerizables que polimerizan por medio de un catalizador.

Fotopolimerizables que necesitan de una lámpara especial para polimerizar.

La técnica para colocar un sellador de fosetas y fisuras es:

- 1.- Realizar una limpieza dental de la pieza en donde se colocará el sellador de fosetas y fisuras.
- 2.- Se aísla con grapa y dique de hule.
- 3.- Se coloca el ácido grabador y se deja 20 seg.
- 4.- Se lava y seca bien.
- 5.- Se coloca el sellador de fosetas y fisuras.
- 6.- Verificar con un explorador si quedó bien adherido el sellador de fosetas y fisuras.<sup>1,18</sup>





## **CONTROL DE LA DIETA**

La dieta es la cantidad de alimento que un individuo ingiere diariamente. La dieta juega un papel importante en la producción de la caries, ya que dietas ricas en azúcares favorecen la proliferación de esta enfermedad,<sup>15</sup> por lo que para evitar su desarrollo es recomendable limitar el consumo de azúcar y alimentos dulces o golosinas de todo tipo, especialmente los que tienen una consistencia dura o elástica y pueden adherirse con más facilidad en los dientes.<sup>13</sup>



## **TRATAMIENTO RESTAURATIVO**

El procedimiento empleado para la remoción de caries dental depende de la extensión del tejido destruido, aunque siempre se intenta evitar la extracción de la pieza afectada básicamente, la técnica consiste en limpiar la cavidad, eliminar el tejido debilitado y rellenar el hueco con un material resistente.

1.- Después de haber aplicado anestesia tópica sobre la encía, se administra la anestesia local con una inyección para que el tratamiento resulte indoloro.



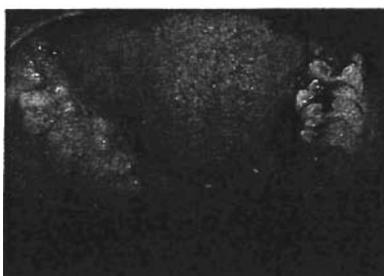
2.- El odontólogo procede a limpiar y desinfectar la cavidad, quitando los tejidos deteriorados hasta llegar finalmente a la parte sana del diente.



3.- Se realiza a continuación la obturación de la cavidad con un cemento o amalgama; en caso de que la corona esté muy destruida, se coloca una corona.<sup>8</sup>



En los tratamientos restauradores encontramos resinas y amalgamas, incrustaciones, e incluso coronas es importante mencionar que las amalgamas ya casi no se utilizan.<sup>1,4</sup>



### **RECOMENDACIONES PARA PREVENIR LA CARIES DENTAL.**

- Cepillarse los dientes después de cada comida.
- Utilizar pasta o un enjuague bucal que contenga fluoruro.
- Evitar comer en lo posible dulces y bebidas azucaradas.
- Inmediatamente después que aparezca cualquier síntoma de caries dental acudir al dentista.
- Se recomienda que el dentista aplique fluoruro a los niños una vez al año.
- Sellar fosas y fisuras en los dientes con mayor facilidad de empacamiento de comida.
- No olvidar hacerse un examen y limpieza dental cada seis meses.<sup>24</sup>



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries dental es una enfermedad infecciosa, localizada y progresiva del diente, que se inicia con la desmineralización de los tejidos duros del mismo. Su etiología es multifactorial porque se asocia al tiempo y al consumo de alimentos con alto contenido de azúcares, como también a la realización de medidas de higiene oral inadecuadas, malposición dentaria, así como también restauraciones mal ajustadas están asociadas a su desarrollo.

Es bien sabido que la caries por sí misma es un factor de riesgo para la pérdida temprana de dientes, lo que altera la estética, fonética, deglución y la psicología del paciente.

Es importante mencionar que en la mayoría de los casos se debe a la poca información sobre el tema ya que no se le da la importancia debida y a que son pocos los programas de prevención para la salud bucal.

Dado que toda la población está expuesta a padecer esta enfermedad, las preguntas que pueden surgir son:

- ❖ ¿Cuál es el índice promedio de CPO-D en poblaciones escolares con diferente nivel socio-económico ?
- ❖ ¿Cuál es el nivel de conocimientos que tienen sobre la salud bucal?



## 4.JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud, México se encuentra entre los países de alta rango de frecuencia en enfermedades bucales, dentro de ellas la caries dental, que afecta a más del 90% de la población.

La caries dental por su alta morbilidad se encuentra entre las cinco enfermedades de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país.

Sin embargo, es importante señalar que la caries dental puede ser controlada con actividades preventivas y de diagnóstico temprano, por lo tanto la presente investigación pretende crearles conciencia a los estudiantes de ambas escuelas, pero principalmente a los de la escuela " Profr. Otilio Montaña" (rural) ya que los alumnos de esta escuela si les interesa su Salud bucal pero, no cuentan con Servicios de salud. En su comunidad sólo hay un Centro de Salud el cual no cuenta con todos los Servicios Médicos, incluyendo el de Odontología, ni tampoco cuentan con recursos económicos para acudir a un dentista particular , sólo existen tres para toda la comunidad.

Por el contrario la zona urbana cuenta con más oportunidades para poder asistir a una institución de salud o a un dentista particular ya que tienen mucho más recursos económicos que los de la zona rural, y de esta forma pueden mantener su boca y dientes sanos.



## 5. HIPÓTESIS

Ho

La prevalencia de caries es menor en primeros molares permanentes de los alumnos de la escuela primaria " Juárez y Constitución". (urbana)

Ha

La prevalencia de caries es mayor en primeros molares permanentes en los alumnos de la escuela primaria " Profr. Otilio Montaña". (rural)

## 6.OBJETIVOS

### 6.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de caries dental en los escolares de 10 y 11 años de edad de las escuelas " Juárez y Constitución" (urbana) y " Profr. Otilio Montaña".(rural) y el nivel de información sobre salud bucal que manejan los alumnos de las escuelas primarias.

### 6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la prevalencia de caries dental en los primeros molares permanentes por zona escolar, por edad y sexo.
- Identificar los factores de riesgo para caries dental.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucodental utilizando la escala de Likert.



## 7.METODOLOGÍA

### 7.1 MATERIAL Y MÉTODOS

Para este estudio se realizó la comunicación formal con las autoridades administrativas de las escuelas seleccionadas con el objeto de contar con la autorización para encuestar a los escolares, así mismo se hizo llegar a los padres de familia la información por escrito del propósito del estudio y solicitar su consentimiento para la revisión bucal de su hijo.

A cada escolar seleccionado se le aplicó una encuesta que contenía información sociodemográfica como edad, sexo, escuela a la que pertenece e información epidemiológica para determinar el índice CPOD y algunos aspectos sobre higiene bucal, y se realizó una encuesta sobre actitudes y conocimientos de auto cuidado de la salud bucal (Preevaluación).

La revisión bucal se realizó con luz natural utilizando espejos planos con mango del # 5, abatelenguas, guantes desechables y medidas de barrera para evitar posibles contagios.



Fuente Directa



La determinación del índice CPOD de cada individuo se realizó sobre la base de los criterios de la OMS, en donde:

0 DIENTE SANO: Se registra como sano si no presenta evidencia de caries. Se codifican como sanos manchas blancas, pigmentaciones del esmalte de foseetas y fisuras siempre y cuando no tengan piso reblandecido.

1 DIENTE CARIADO: Se marca como presente cuando existe un piso reblandecido a la detección.

2 DIENTE OBTURADO: Se marca esta forma cuando no exista caries recurrente, en caso de existir se marcará como cariado.

3 DIENTE PERDIDO POR CARIES: Se utiliza para dientes extraídos por caries dental.

4 DIENTE PERDIDO POR CAUSAS DIFERENTES A CARIES: Código para dientes permanentes que se consideran ausentes congénitamente o extraídos por razones ortodóncicas o por traumatismos, etc. Este código se usa para dientes extraídos por enfermedad periodontal.

7 DIENTE NO ERUPCIONADO: Código utilizado por un espacio dental con un diente permanente no erupcionado pero que no esté presente un diente primario.



La encuesta comprendió 16 reactivos de actitudes (en dos ocasiones pre y post evaluación) con el objeto de determinar la apropiación de conocimientos de salud bucodental, además un cuestionario adicional de información epidemiológica.

El encuestador fue calibrado en la Jefatura de odontología Preventiva y salud Pública de la facultad de Odontología de la UNAM.

Posteriormente, la información se vació en una base de datos para su análisis estadístico.

**Zona Rural:** Son localidades con pocos habitantes y carecen de servicios elementales como son: drenaje y alumbrado. Sus actividades productivas son agropecuarias, forestales y artesanales.

### **ESCUELA PRIMARIA PROF. OTILIO MONTAÑO**

La Escuela Primaria se fundó en el año escolar de 1980-81 con una estadística de 270 niños de 1° a 4° grado dirigido por la Profesora Victoria Espinoza Camarillo, la escuela cuenta actualmente con una población de 420 alumnos.

La clave de la escuela es 15DPR2240L . Ubicada en la comunidad de San Juan Tezompa. Estado de México.



Fuente Directa



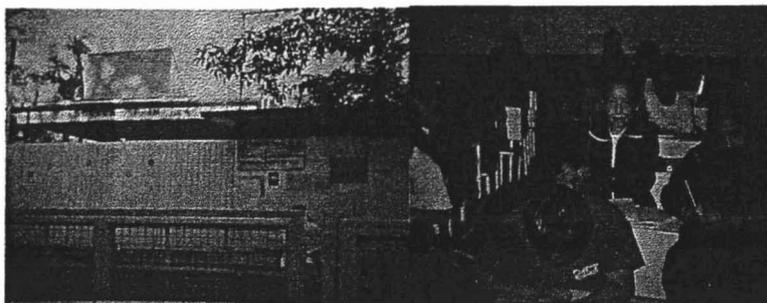
**Zona urbana:** Está formada por las personas que viven en las ciudades, éstas se dedican al comercio, la industria y prestan servicios (bancos, hospitales, escuelas, transporte) y existe una gran variedad de servicios y oficios.

## **ESCUELA PRIMARIA JUÁREZ Y CONSTITUCIÓN**

La escuela fué inaugurada por el C. Presidente de la República Lic. Gustavo Díaz Ordaz el 4 de Septiembre de 1969 y por el Departamento del Distrito Federal. La escuela cuenta con una población total de 628 alumnos.

Las materias que se imparten son las obligatorias de acuerdo al programa de la SEP.

La clave de la escuela es 52-2615-271-39-X-024



Fuente Directa

### **7.2 TIPO DE ESTUDIO**

Transversal Descriptivo



### **7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Escolares matriculados en la escuela " Juárez y Constitución" y "Profr. Otilio Montaño" en un período comprendido de Febrero a Marzo del 2005.

### **7.4 MUESTRA**

La muestra de estudio fue conformada por 61 alumnos del 5° grado, Turno Vespertino de entre 10 y 11 años de edad inscritos en las escuelas seleccionadas, 26 pertenecen al género Masculino y 35 al Femenino. (Rural H=12, M=18, Urbana H=14, M=17).

### **7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Escolares de 5° grado de sexo femenino y masculino.
- Que deseen participar.
- Escolares inscritos en el turno vespertino de las escuelas seleccionadas.
- Escolares que tengan erupcionados los cuatro primeros molares permanentes.
- De 10 y 11 años de edad.

### **7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Escolares que sean portadores de aparatología fija de ortodoncia.
- Escolares que no deseen participar, poco cooperativos e indiferentes al estudio.
- Escolares que no estén inscritos en las escuelas seleccionadas para realizar el estudio.
- Escolares menores de 10 y mayores de 11 años de edad.



## **7.7 VARIABLES**

### **Variables Independientes**

- \* Edad
- \* Sexo
- \* Factores de riesgo como:  
    Conocimientos sobre higiene bucal.

### **Variable Dependiente**

- \*Caries dental

## **7.8 VARIABLES : ESCALA DE MEDICIÓN**

### **GÉNERO**

Se determinó como Masculino y Femenino.

### **EDAD**

Se determinó en años cumplidos (10 y 11 años).

### **CARIES DENTAL**

Proceso infeccioso, transmisible que desmineraliza los tejidos duros del diente.

Se determinó como sano, cariado, obturado o perdido por caries.

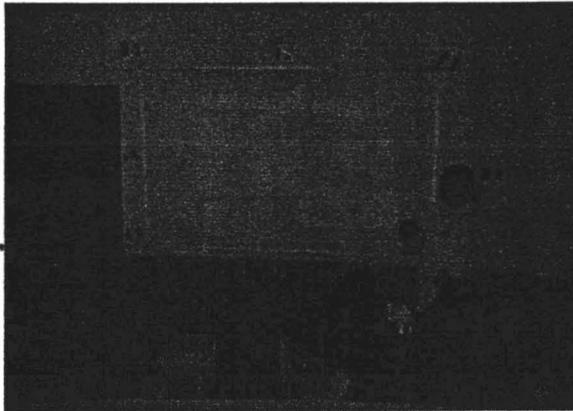


## NIVEL DE CONOCIMIENTO (ACTITUDES)

Se determinó en función a la escala de Likert que se caracteriza por ser un conjunto de reactivos sobre actitudes de un individuo en donde cada uno de los participantes responde con respuesta como: **de acuerdo, ni acuerdo ni en desacuerdo y en desacuerdo**. Las puntuaciones de los reactivos de dicha escala se suman y promedian, para producir una puntuación de actitud del individuo (Preevaluación).

Se les impartió una plática para introducirles en lo significa caries, cuales son los métodos preventivos y técnica de cepillado, también se les obsequió un cepillo dental ,pasta dental, vaso desechable.

Posterior a esto se volvió a aplicar el cuestionario de actitudes para determinar si hubo una adquisición de conocimiento por parte de los alumnos en ambas escuelas.



Fuente Directa



## **7.9 RECURSOS**

### **7.9.1 Recursos Humanos**

Un Director

Un Asesor

Un Tesista

### **7.9.2 Recursos Materiales**

Historias Clínicas Impresas

Bolígrafos

Espejos planos del No.5

Exploradores

Campos desechables

Abatelenguas desechables

Guantes de Latex

Cubre bocas

Lentes de protección

Jabón antibacterial para las manos

Rollos de papel para las manos

Bolsas para desechos infecciosos

Caja de metal para transportar material usado

Proyector de diapositivas

Tipodontos

Cepillos dentales para platicas de salud

### **7.9.3 RECURSOS FINANCIEROS**

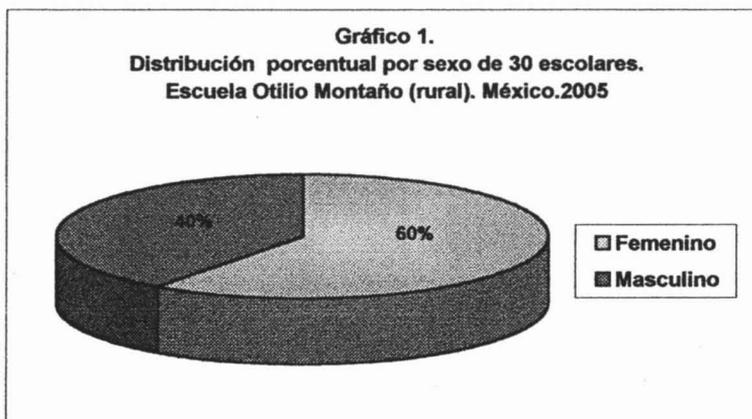
Corrieron a cargo del tesista.



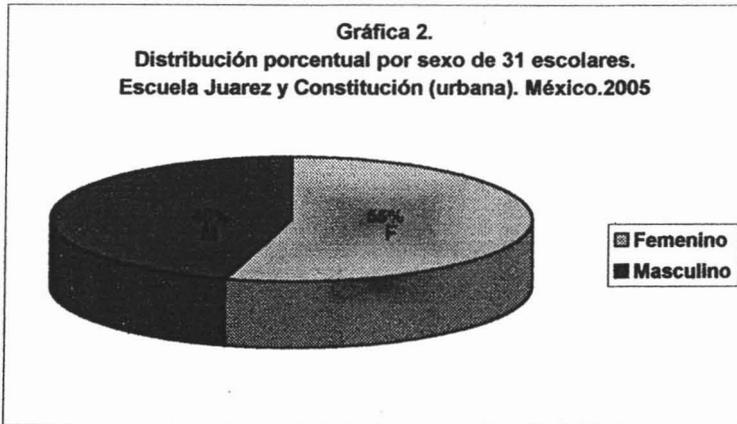
## 8. RESULTADOS

Las encuestas se realizaron en los escolares matriculados en dos escuelas primarias: Otilio Montaña (rural) y Juárez y Constitución (urbana).

Se encuestó a un total de 61 escolares de los cuales el 60% corresponde al sexo femenino y el 40% al sexo masculino de la escuela "Otilio Montaña" (rural). En la escuela "Juárez y Constitución" (urbana) el 55% correspondió al sexo femenino y el 45% al sexo masculino. (Gráfica 1 y 2, Cuadro 1).



Fuente Directa



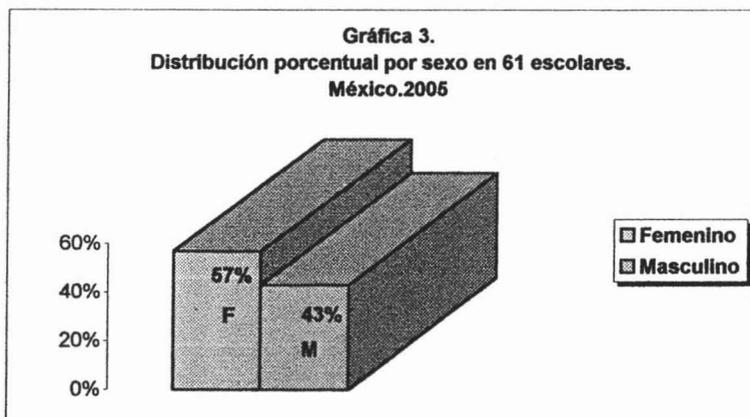
Fuente Directa

**Cuadro 1.**

Distribución Porcentual por sexo de 61 escolares. México 2005					
	Masculino	%	Femenino	%	Total
Rural	12	40%	18	60%	30
Urbana	14	45%	17	55%	31
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>43%</b>	<b>35</b>	<b>57%</b>	<b>61</b>

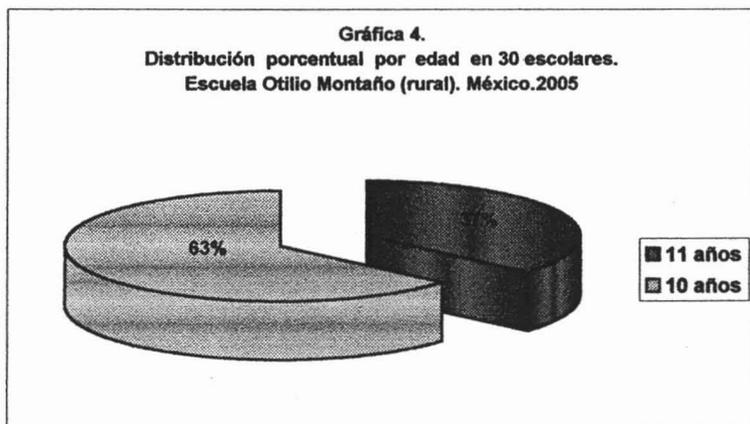
Fuente Directa

De los 61 escolares el 43% corresponde al género Masculino y el 57% al género Femenino, por lo tanto son más mujeres que hombres. (Gráfica 3)).

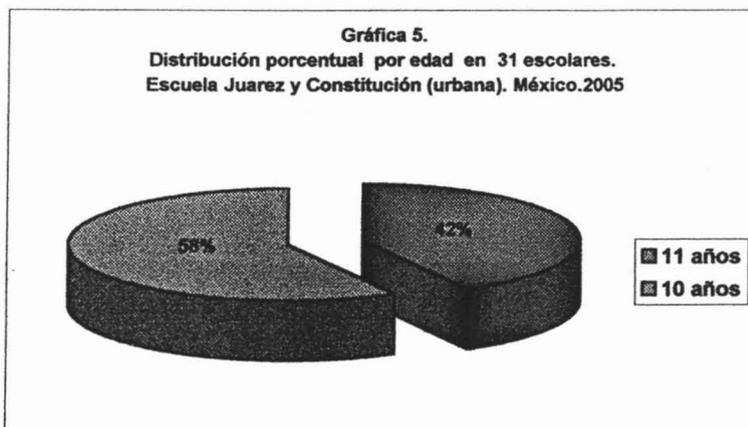


Fuente Directa

En términos de edad, se observó que en la escuela Otilio Montaño (rural) el 63% correspondió a la edad de 10 años y el 37% a la edad de 11 años y en la escuela Juárez y Constitución, el 58% correspondió a la edad de 10 años y el 42% a la edad de 11 años. (Gráfica 4 y 5, Cuadro 2).



Fuente Directa



Fuente Directa

**Cuadro 2**

<b>Distribución porcentual por edad de 61 escolares.</b>					
<b>México. 2005</b>					
	<b>10 años</b>	<b>%</b>	<b>11 años</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>Rural</b>	<b>19</b>	<b>63%</b>	<b>11</b>	<b>37%</b>	<b>30</b>
<b>Urbana</b>	<b>18</b>	<b>58%</b>	<b>13</b>	<b>42%</b>	<b>31</b>
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>61%</b>	<b>24</b>	<b>39%</b>	<b>61</b>

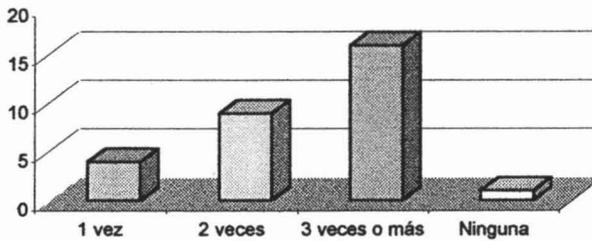
Fuente Directa



## HIGIENE BUCAL, FRECUENCIA Y QUE PERSONA ENSEÑO EL HÁBITO

En lo que se refiere a la higiene bucal, los escolares de la escuela Otilio Montaña (rural) contestaron el 54% lo hacen tres veces al día, el 30% dos veces, el 13 % una vez y el 3% ninguna vez. En la escuela Juárez y Constitución el 81% contestó de igual forma que tres veces mientras el 13% dos veces y el 6% sólo una vez. (Gráfica 6 y 7, Cuadro 3).

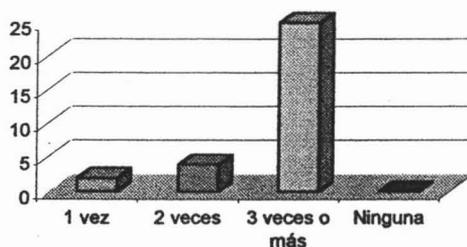
**Gráfica 6.**  
Distribución de lo que contestaron 30 escolares a la pregunta del número de veces que realizan su cepillado dental al día.  
Escuela Otilio Montaña (rural). México. 2005



Fuente Directa



**Gráfica 7.**  
Distribución de lo que contestaron 31 alumnos a la pregunta del número de veces que realizan su cepillado dental al día .Escuela Juárez y Constitución (urbana).México.2005



Fuente Directa

### Cuadro 3.

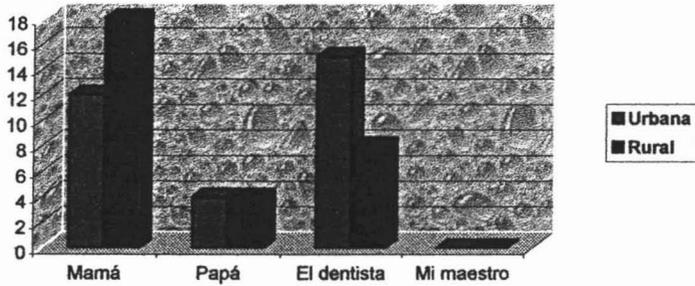
Distribución de lo que contestaron 61 alumnos a la pregunta del número de veces que realizan su cepillado dental al día. México. 2005						
	Rural	%	Urbana	%	Total	%
1 vez	4	13%	2	6%	6	10%
2 veces	9	30%	4	13%	13	21%
3 veces o más	16	54%	25	81%	41	67%
ninguna	1	3%	0	0%	1	2%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

Fuente Directa

En la escuela Otilio Montaño (rural) el 60% de los escolares respondió que les enseñó su mamá el hábito de higiene bucal y el 27% el dentista, en la escuela Juárez y Constitución (urbana) el 48 % respondieron que el dentista era la persona que les había enseñado y solo el 39 % su mamá. (Gráfica 8, Cuadro 4).



**Gráfica 8.**  
Comparativa entre los escolares de ambas escuelas de quién les enseñó a cepillar sus dientes. México.2005



Fuente Directa

**Cuadro 4.**

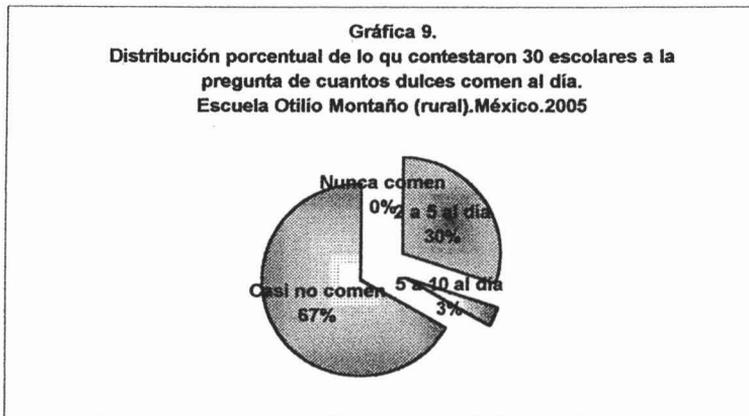
Comparativa entre escolares de ambas escuelas de quién les enseñó a cepillar sus dientes. México. 2005.						
	Rural	%	Urbana	%	Total	%
<b>Mamá</b>	<b>18</b>	<b>60%</b>	<b>12</b>	<b>39%</b>	<b>30</b>	<b>49%</b>
<b>Papa</b>	<b>4</b>	<b>13%</b>	<b>4</b>	<b>13%</b>	<b>8</b>	<b>13%</b>
<b>Dentista</b>	<b>8</b>	<b>27%</b>	<b>15</b>	<b>48%</b>	<b>23</b>	<b>38%</b>
<b>Maestro</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

Fuente Directa



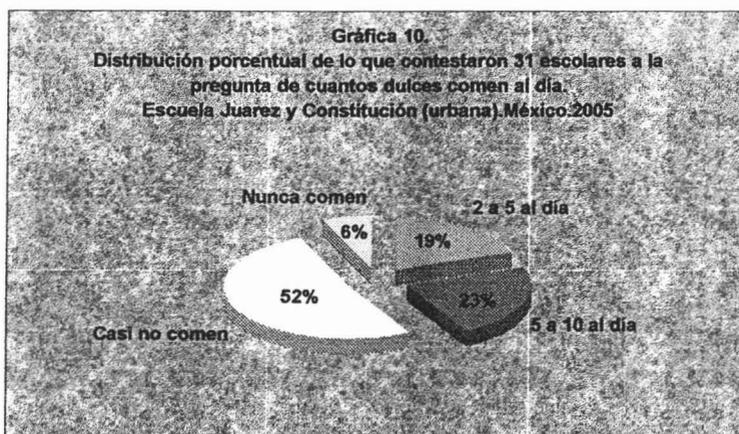
## CONSUMO DE GOLOSINAS Y REFRESCO

En lo que se refiere a la ingesta de golosinas en la escuela Otilio Montaña (rural) el 67% casi no consume, el 30% consumen de 2 a 5 piezas al día, y el 3% consume de 5 a 10 piezas al día (Gráfica 9).



Fuente Directa

Por lo contrario en la escuela Juárez y Constitución (urbana) el 52% casi no consume, mientras el 23% consumen de 5 a 10 piezas al día, el 19% sólo consume de 2 a 5 al día y el 6% nunca consumen golosinas (Gráfica 10).



Fuente Directa

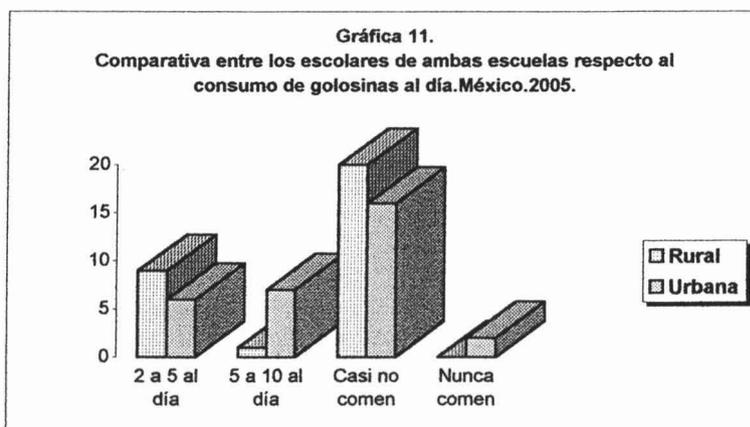
**Cuadro 4.**

Distribución de lo que contestaron 61 escolares a la pregunta de cuantos dulces comen al día. México. 2005						
	Rural	%	Urbana	%	Total	%
2 a 5 al día	9	30%	6	19%	15	25%
5 a 10 al día	1	3%	7	23%	8	13%
Casi no como	20	67%	16	52%	36	59%
Nunca como	0	0%	2	6%	2	3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

Fuente Directa

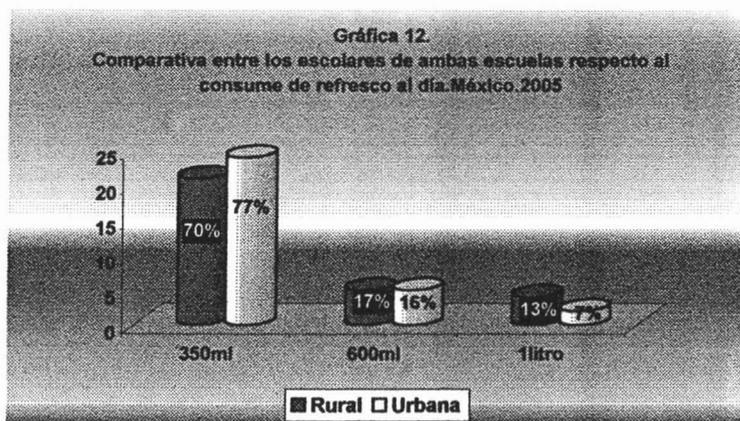


Es de observarse que el mayor porcentaje en ambas escuelas coincide con la respuesta de que casi no comen dulces (Gráfica 11).



Fuente Directa

Dentro de la encuesta realizada a los escolares de ambas escuelas acerca de la cantidad de refresco que bebían al día, en ambas escuelas el mayor porcentaje corresponde al consumo de 350ml de líquido al día, y el menor porcentaje de igual forma en ambas escuelas corresponde a 1 litro de líquido (Gráfica 12, Cuadro 5).



Fuente Directa

**Cuadro 5.**

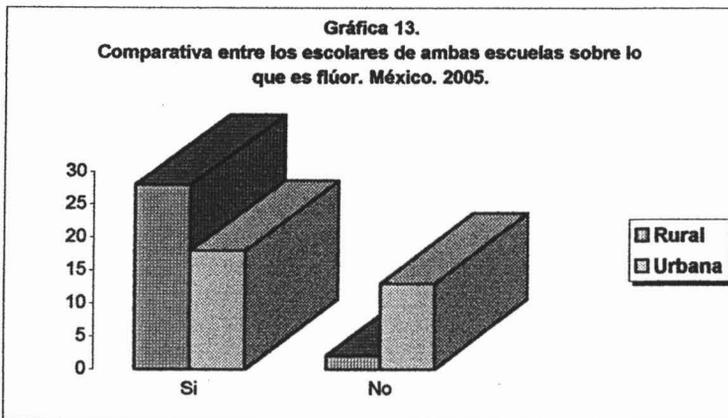
Comparativa entre los escolares de ambas escuelas acerca de la cantidad de refresco que consumen al día. México. 2005.						
	Rural	%	Urbana	%	Total	%
350 mL	21	70%	24	77%	45	74%
600 mL	5	17%	5	16%	10	16%
1 Lt.	4	13%	2	7%	6	10%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

Fuente Directa



## CONOCIMIENTO SOBRE FLÚOR

Al cuestionárseles a los escolares acerca del conocimiento que tenían sobre el flúor los escolares de la escuela rural contestaron afirmativamente en un 93% y solo el 7% contestó no conocerlo, en contraste con lo que respondieron los alumnos de la escuela urbana donde el 58% contestó que sí sabía y el 42% contestó que no lo conocía (Gráfica 13, Cuadro 6).



Fuente Directa

**Cuadro 6.**

	Rural	%	Urbana	%	Total	%
Si	28	93%	18	58%	46	75%
No	2	7%	13	42%	15	25%
Total	30	100%	31	100%	61	100%

Fuente Directa



## CARIES EN PRIMEROS MOLARES PERMANENTES

El análisis se realizó de dos formas:

- En términos de promedio de dientes afectados.
- En términos de proporción por niño.

**Promedio y proporción de dientes afectados en los escolares de ambas escuelas.** (Cuadro 7).

**Cuadro 7.**

<b>Promedio de dientes cariados, obturados y sanos de los escolares de ambas escuelas. México. 2005</b>					
<b>Condición</b>					
	<b>No. molares presentes</b>	<b>Cariados</b>	<b>Obturados</b>	<b>Sanos</b>	<b>Total</b>
<b>Rural</b>	<b>120</b>	<b>71(59%)</b>	<b>1(1%)</b>	<b>48(40%)</b>	<b>120</b>
<b>Urbana</b>	<b>124</b>	<b>45(36%)</b>	<b>7(6%)</b>	<b>72(58%)</b>	<b>124</b>
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>116(48%)</b>	<b>8(3%)</b>	<b>120(49%)</b>	<b>244</b>

Fuente Directa

Al hacer el análisis de promedio de primeros molares permanentes afectados por caries se observó que los escolares de la escuela urbana presentan menos dientes afectados por caries que los escolares de la escuela rural, y en lo que se refiere a dientes sanos el porcentaje más alto se encontró en los escolares de la escuela Urbana. (Cuadro 7).



En ambas escuelas es muy bajo el porcentaje de dientes obturados, esto quiere decir o que casi no acuden al dentista.

### Cuadro 8.

Proporción de dientes cariados, obturados y sanos de los escolares de ambas escuelas. México. 2005					
Condición					
	No. De escolares	Cariados	Obturados	Sanos	Total De Dientes
Rural	30	71(2.36)	1(0.03)	48(1.6)	120
Urbana	31	45(1.45)	7(0.22)	72(2.32)	124
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>116(1.9)</b>	<b>8(0.13)</b>	<b>120(1.96)</b>	<b>244</b>

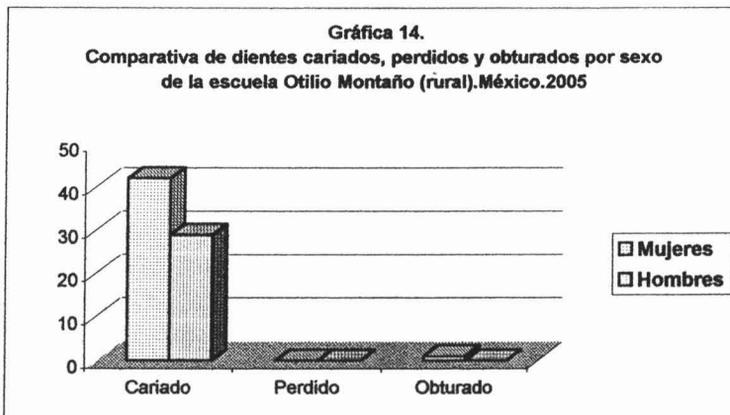
Fuente Directa

A realizar el análisis por proporción de dientes cariados observamos que en la escuela rural los escolares presentan 2.36 de diente cariado mientras que la escuela urbana los escolares presentan 1.45 de diente cariado.(Cuadro 8).

### Cuadro 9.

Promedio de dientes cariados, perdidos y obturados por sexo de la escuela Otilio Montaña (rural).				
	Cariados	Perdidos	Obturados	Total
Mujeres	42	0	1	43
Hombres	29	0	0	29
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>72</b>

Fuente Directa

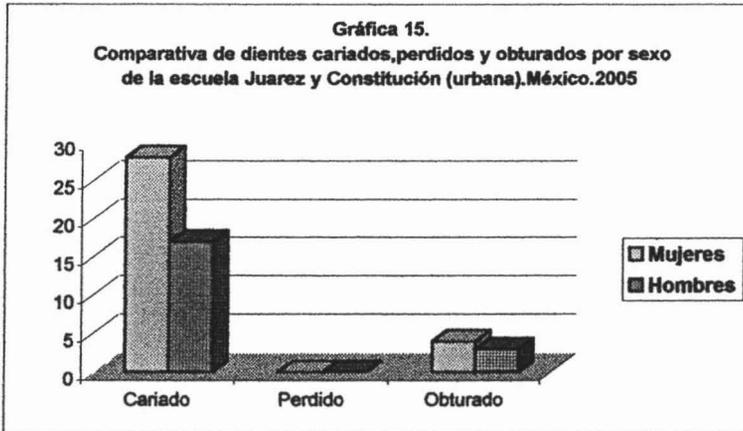


Fuente Directa

**Cuadro 10.**

<b>Promedio de dientes cariados, perdidos y obturados por sexo de la escuela Juárez y Constitución (urbana).</b>				
	<b>Cariados</b>	<b>Perdidos</b>	<b>Obturados</b>	<b>Total</b>
<b>Mujeres</b>	28	0	4	32
<b>Hombres</b>	17	0	3	20
<b>Total</b>	45	0	7	52

Fuente Directa



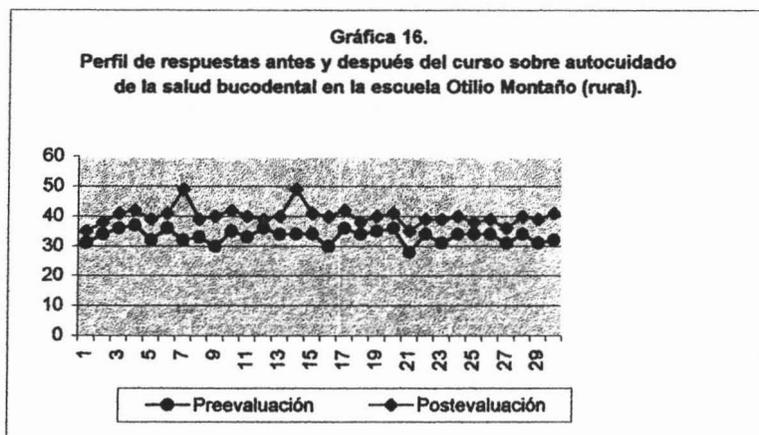
Fuente Directa

El promedio de CPOD en la escuela Otilio Montañó (rural) es de 43, en mujeres y 29 en hombres, mientras en la escuela Juárez y Constitución (urbana) 32 pertenece a las mujeres y 20 en hombres. (Cuadro 9 y 10, Gráfica 14 y 15).

Por lo tanto las mujeres son las que presentan más alto índice de caries.



## MEDICIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ESCALA DE LIKERT



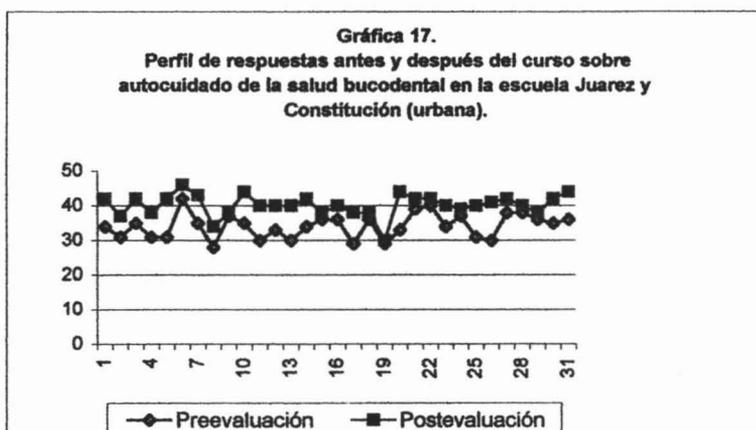
Fuente directa

En relación con la encuesta se busco establecer el nivel de conocimientos que tiene la población de la escuela rural acerca de la salud bucodental antes y después de un programa de salud. Dicho cuestionario se realizó tanto en hombres como en mujeres. Los resultados demostraron que en la preevaluación el nivel de conocimientos tenía un perfil bajo y casi homogéneo en su distribución y al impartir el curso sobre diferentes aspectos de salud bucodental el nivel de conocimientos aumentó ya que las respuestas se elevaron en puntaje y se presentó un perfil más homogéneo. (Gráfica 16 Cuadro 11).

**Cuadro 11.**

Puntaje del autoconocimiento que tienen los escolares de la escuela Otilio Montaño (rural).		
	Preevaluación	Postevaluación
<b>Mujeres</b>	<b>607</b>	<b>754</b>
<b>Hombres</b>	<b>394</b>	<b>467</b>
<b>Total</b>	<b>1001</b>	<b>1221</b>

Fuente Directa



Fuente Directa

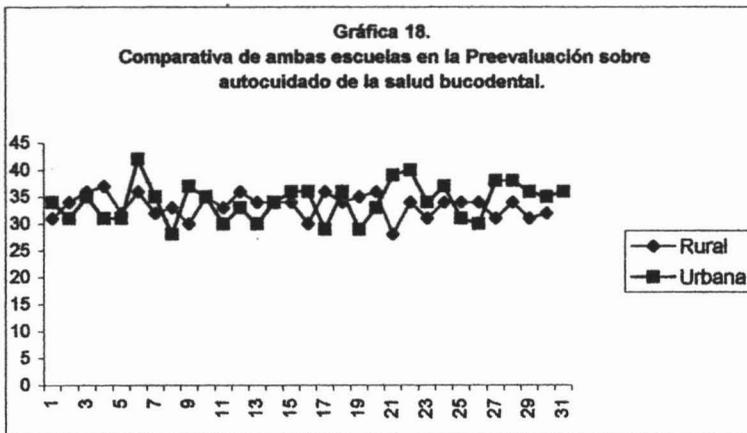
En la escuela Urbana también se busco establecer el nivel de conocimientos que tiene la población acerca de salud bucodental antes y después de un programa de salud. El cuestionario se realizó en hombres y mujeres.



Los resultados demostraron que en la preevaluación el nivel de conocimientos tenía un perfil bajo y casi homogéneo en su distribución y al impartir el curso sobre diferentes aspectos de salud bucodental el nivel de conocimientos aumentó ya que las respuestas se elevaron en puntaje y se presentó un perfil más homogéneo. (Gráfica 17, Cuadro 12).

**Cuadro 12.**

Puntaje de autoconocimiento que tienen los escolares de la escuela Juárez y Constitución (urbana).		
	Preevaluación	Postevaluación
<b>Mujeres</b>	<b>567</b>	<b>684</b>
<b>Hombres</b>	<b>492</b>	<b>562</b>
<b>Total</b>	<b>1059</b>	<b>1246</b>



Fuente Directa



Fuente Directa

En la gráfica se puede observar que en la preevaluación la población de la escuela urbana tiene más conocimientos que la rural, y en la postevaluación de igual forma el mayor puntaje lo tiene la escuela urbana. (Gráfica 18 y 19).

Y en ambas escuelas las mujeres tienen mayor conocimiento sobre salud bucodental que los hombres.

### ESCALA DE LIKERT

Para ejemplificar la apropiación de conocimientos sobre salud bucodental se utilizó la escala de Likert. En el estudio los encuestados respondieron dentro del cuestionario 16 preguntas con tres respuestas diferentes: **de acuerdo**, **ni de acuerdo ni en desacuerdo** y **en desacuerdo** y se calificó cada pregunta con una escala de 1 a 3 dependiendo de la manera en que se respondió, es decir, si la pregunta se redactó en sentido positivo o negativo, la respuesta correcta obtuvo la calificación de 3, independientemente que se contestará **de acuerdo** o en su defecto **en desacuerdo**, por lo tanto, la opción **ni de acuerdo ni en desacuerdo** siempre fue calificada con 2 puntos.

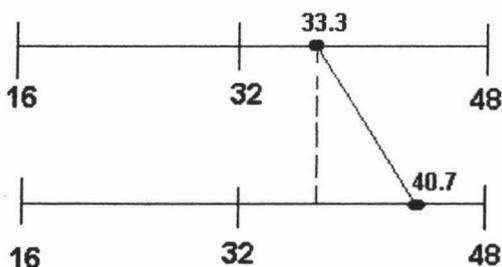


### ESCUELA OTILIO MONTAÑO (RURAL).

Los resultados demostraron que el promedio del puntaje en la preevaluación corresponde a la zona de conocimiento por tener idea de lo que se les cuestionaba, y al dar la plática el puntaje de conocimientos aumento.

DESCONOCIMIENTO

CONOCIMIENTO

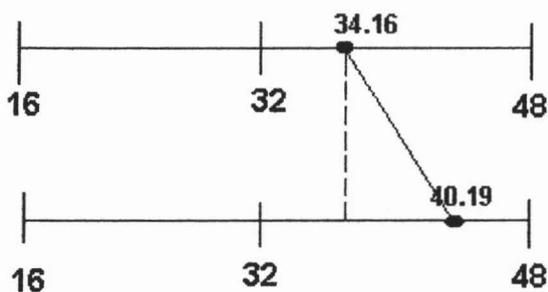


### ESCUELA JUÁREZ Y CONSTITUCIÓN (URBANA).

Los resultados demostraron que el promedio del puntaje en la preevaluación corresponde a la zona de conocimiento por tener idea de lo que se le cuestionaba, y al dar la plática el puntaje de conocimientos aumentó.

DESCONOCIMIENTO

CONOCIMIENTO



Es evidente que mediante un programa de salud es posible modificar hábitos de salud.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



## 9. CONCLUSIONES

Se puede apreciar en la presente investigación realizada en los escolares de las dos escuelas (rural y urbana) que:

\* En los escolares de la escuela rural existe mayor prevalencia de caries dental en los primeros molares permanentes que en los niños de la escuela urbana; esto podría deberse a que no tienen servicio médicos gratuitos como son: Centro de Salud, ISSSTE o IMSS para acudir a ellos, ya que los alumnos referían, que sí querían acudir al dentista ya sea para revisarlos o simplemente para saber que les hacía falta y en muchos casos hacerles un tratamiento restaurativo, pero debido a su lejanía es imposible que asistan ya que implica dinero (pasajes y consulta) que no tienen, por lo que no se atienden.

Por tanto creo que las autoridades deberían poner un poco más de atención en los servicios que requiere está comunidad o bastaría con realizar brigadas 2 veces al año para ayudar de está forma a las personas que no tienen muchos recursos económicos.

En la escuela urbana, los alumnos presentan un índice de caries dental menor que en la rural, pero aún contando con clínicas del sector Salud, apoyo didáctico en cuanto a su cuidado de Salud Bucal, y dentistas de práctica privada para atenderlos, no tenían la motivación suficiente.



Esta población escolar debería tener un índice de caries dental mucho más bajo del que tienen actualmente, porque los escolares demuestran poco interés sobre su cuidado de salud bucodental.

Los hábitos de higiene bucal que presentan los alumnos son deficientes, a pesar de que el consumo de golosinas no es muy alto en comparación con el consumo del refresco.

En conclusión, tanto en la comunidad rural como en la urbana, es necesario implementar programas de prevención permanentes y con la colaboración de padres y maestros, empezando por pláticas a estos para así formar un equipo sólido y los niños tengan un respaldo en cualquiera de sus actividades de higiene bucal y en la prevención de muchas enfermedades bucales.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Katz, Simon. Odontología Preventiva en acción. 3ª Edición 1983 México. Editorial Médica Panamericana.
- 2.- G. Piedrola Gil et al Medicina Preventiva y Salud Pública, 9ª edición Barcelona, Edit. Científicas y Técnicas 1991.
- 3.-Artículo. Caries dental. 1998.  
[www.saludhoy.com/hm/salvador/articulo/caries1.html](http://www.saludhoy.com/hm/salvador/articulo/caries1.html)
- 4.- Artículo. Las temidas y frecuentes caries dentales. 1998.  
[www.pediatraldia.cl/caries.htm](http://www.pediatraldia.cl/caries.htm)
- 5.- Artículo. Caries dental.Sociedad Venezolana de Odontopediatría.  
[www.srop.com.ve/vepadres.htm](http://www.srop.com.ve/vepadres.htm)
- 6.- Prof. Andrade JH y col. Estudio de la Facultad de odontología de la Universidad Maimónides. Argentina.2001  
[www.epidemiología.anm.edu.ar/investigación/lacosta.html](http://www.epidemiología.anm.edu.ar/investigación/lacosta.html).
- 7.- Ralph. E. Mcdonald, Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ª edición, Edit.Médica Panamericana buenos aires ,1990.
- 8.- Artículo. Como se previenen y como se tratan las caries dentales. 1998  
[www.pediatraldia.cl/previenen\\_caries.html](http://www.pediatraldia.cl/previenen_caries.html)
- 9.- Doris. Dina. Prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad. Venezuela 2003.  
[www.ortodoncia.ws/25.asp](http://www.ortodoncia.ws/25.asp).
- 10.-Revista Cubana de Estomatología.2001; 39 (2):111-9
- 11.- Dra. Sayde Adelina Perez olivares y col. Universidad Nacional de Campeche y el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, cuba.2004



- 12.- Práctica Odontológica Vol-20. No.5 , 1999
- 13.- Varela M y col , Problemas bucodentales en Pediatría , 1ª edición, Edit.Erigon. S.A, Madrid 1999.
- 14.- organización mundial de Salud (1987) Investigación de Salud Oral Básica.
- 15.- Schwartz, Summitty William. Robbins. Fundamentos en odontología operatoria, un Logro Contemporáneo 1ª edición 1999. Edit. Panamericana.
- 16.- seif. R. Tomas. Cariología, Prevención , diagnostico y tratamiento Contemporáneo de la caries. Edit. Actualidades Medico odontológicas Latinoamericana. 1ª edición, Colombia.1997
- 17.- Barrancos. Mooney. Julio. Operatoria dental 3ª edición, 1999 . Edit. Medica panamericana.
- 18.- lucio Manuel Sosa. Levantamiento Epidemiológico Bucal en escolares de 1ª y 2ª etapa. 2003.
- 19.- Artículo . Enfermería comunitaria.  
[www.aibarra.org/apuntes/Comunitaria/Apuntes Ecomunitariall Andrea.doc](http://www.aibarra.org/apuntes/Comunitaria/Apuntes Ecomunitariall Andrea.doc)
- 20.- Negroni Marta. Microbiología Estomatologica Fundamentos y guía práctica. 2ª edición 2003. Edit. Medica panamericana.
- 21.- Gay. H. Poyton.Mj. Pharaah. Radiología Bucal . Edit. Mc Graw- Hill Interamericana.México 1992.
- 22.- Artículo .Prevención de caries dental.2005  
[www.diañoeltiempo.com.ve/secciones.php?num46440&codigo=nsal&lve=do](http://www.diañoeltiempo.com.ve/secciones.php?num46440&codigo=nsal&lve=do)
- 23.- Artículo. Salud bucal- Clínica santa Elena.  
[www.clinicadentalsantaelena.com.sr/salud-Bucal.htm](http://www.clinicadentalsantaelena.com.sr/salud-Bucal.htm).1998
- 24.- Guedes-Pinto, Antonio, Rehabilitación Bucal en Odontopediatría, Atención Integral. 1ª edición, Edit. Actualidades Medico Odontológicas AMOLGA,2003.

# ANEXOS





UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA  
JEFATURA DE ODONTOLÓGIA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA  
Asunto: Solicitud de colaboración  
Oficio: 041/01/05

Mtro. Pedro Juan Fragoso Galicia  
Director de la escuela Primaria Profesor Otilio Montaña  
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 Tapia de la Rosa Arely, alumno del Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública de nuestra Facultad, desarrolle su trabajo de Tesis ***Prevalencia de Caries dental en primeros molares permanentes y conocimientos sobre Salud Bucal en estudiantes de dos escuelas primarias (rural y urbana)***.

El estudio será el contexto del desarrollo de un estudio epidemiológico en una muestra de estudiantes 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

Gobierno del Estado de México

  
S. E. I. E. M.  
ESCUELA PRIMARIA  
Prof. Otilio Montaña  
C.T. 15DPR2240L Dirección  
Zona No. 45 Sector No.  
Tezompa Chalco, Méx.  
TURNO VESPERTINO

RECIBI

21-02-95

*Salvador*

Mtro. Armando Cordero Rosas  
Director de la Escuela Primaria Juárez y Constitución  
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 Tapia de la Rosa Arely, alumna del Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública de nuestra Facultad, desarrolle su trabajo de tesis Prevalencia de caries en primeros molares permanentes y conocimientos de Salud bucodental en una escuela urbana y una rural.

El estudio será el contexto del desarrollo de un estudio epidemiológico en una muestra de estudiantes 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 18 de febrero del 2005.

Dra. Arcelia Meléndez Ocampo  
Jefatura



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA Y  
SALUD PÚBLICA



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
ESCUELA PRIMARIA  
52-2615-271-30-x-024  
"JUÁREZ Y CONSTITUCIÓN"  
08DPR2013F

Recibí  
10-03-05  
*[Signature]*



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
HISTORIA CLINICA

**Prevalencia de caries dental en primeros molares permanentes y conocimientos sobre salud bucal en estudiantes de 2 escuelas primarias. (Rural y Urbana) México. 2005**

**INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.**

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad

Sexo a)  Si      b)  No

**INFORMACIÓN EPIDEMIOLOGICA**

Contesta las siguientes preguntas:

1. ¿Qué es para ti la caries?  
a) Un punto negro      b) No sé      c) Un gusano      d) Un hoyo

2.- ¿Tienes cepillo de dientes? a)  Si      b)  No

3.- ¿Cuántas veces te cepillas tus diente al día?  
a) 1 vez      b) 2 veces      c) 3 veces o más      d) Ninguna

4.- ¿Quién te enseñó a cepillarte los dientes?

- a) Mi mamá b) Mi papá c) El dentista d) Mi maestro

5.- ¿Cómo te cepillas los dientes?

- a) vertical b) horizontal c) circular d) como sea

6.-¿ Qué utilizas para lavarte los dientes?

- a) pasta y cepillo b) cepillo y agua c) enjuague bucal d) solo me enjuago

7.- ¿ Cuanta pasta le pones a tu cepillo cuando te lavas los dientes?

- a) una bolita al tamaño de un chicharo b) todo mi cepillo

c) la mitad de mi cepillo

8.- ¿ De qué tamaño es tu cepillo?

- a) chico b) grande c) mediano

9.- ¿ Qué consistencia tiene tú cepillo?

- a) duro b) suave c) mediano

10.- ¿ Cada cuanto cambias tú cepillo dental?

- a) al año b) cuando esta doblado c) cuando esta despeinado

d) cada 2 ó 3 meses

11.- ¿ Acostumbras comer muchos dulces?

- a) 2 a 5 al día b) 5 a 10 al día c) casi no como d) nunca como

12.- ¿Qué cantidad de refresco consumes al día?

- a) 350 ml b) 600ml c) 1 litro d) no consumo

13.- ¿Conoces el flúor?

a) si      b) no

¿Qué es? \_\_\_\_\_

**CARACTERÍSTICAS BUCALES**

	16	26	
	46	36	

0 SANO

1 CARIADO

2 OBTURADO

3 PERDIDO POR CARIES

4 DIENTE PERDIDO POR CAUSAS DIFERENTES A CARIES

7 DIENTE NO ERUPCIONADO

C= _____	
P= _____	_____
O= _____	<b>TOTAL</b>

## NIVEL DE CONOCIMIENTOS

**Instrucciones: Marca la Respuesta que creas que sea la correcta..**

1.-LA CARIES DENTAL ES UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA

DE ACUERDO     NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO     EN DESACUERDO

2.- LA CARIES DENTAL ES UNA ENFERMEDAD QUE NO TIENE CURA

DE ACUERDO     NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO     EN DESACUERDO

3.-LA CARIES DENTAL SE PRODUCE POR CONSUMIR ALIMENTOS PEGAJOSOS

DE ACUERDO     NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO     EN DESACUERDO

4.- SOLO CONSIGO QUE MIS DIENTES ESTEN SANOS SI DEJO DE COMER TOTALMENTE DULCES, REFRESCO, FRITURAS, CHOCOLATES.

DE ACUERDO     NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO     EN DESACUERDO

5.-SI UNA MUELA ME DUELE MUCHO DEBO ACUDIR AL DENTISTA PARA QUE ME LA SAQUE

DE ACUERDO     NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO     EN DESACUERDO

6.-UN CEPILLO DENTAL CON CERDAS DURAS LIMPIA MEJOR LA SUPERFICIE DENTARIA QUE UNO DE CERDAS SUAVES

DE ACUERDO     NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO     EN DESACUERDO

7.- LA LENGUA NO SE DEBE CEPILLAR PORQUE NO TIENE CASO

DE ACUERDO     NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO     EN DESACUERDO

8.- SI SANGRA MI ENCIA, DEBO DEJAR DE CEPILLARME LOS DIENTES.

DE ACUERDO     NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO     EN DESACUERDO

9.- CUANDO UN DIENTE DE LECHE TIENE CARIES ES 100% SEGURO QUE EL QUE VIENE TAMBIEN TENGA CARIES

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

10.- EL FLORURO HACE MAS GRUESO AL ESMALTE DENTARIO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

11.- SI TENGO CARIES PUEDE OLER FEO MI BOCA

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

12.- ES IMPORTANTE CEPILLAR MIS DIENTES PARA EVITAR TENER CARIES

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

13.- LA CARIES SE HEREDA

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

14.- SI LE PONGO MUCHA PASTA DENTAL A MI CEPILLO MIS DIENTES QUEDARAN MAS LIMPIOS

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

15.- DEBO LAVARME LOS DIENTES DESPUÉS DE CADA ALIMENTO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

16.- EL FLUORURO PREVIENE ENFERMEDADES EN MIS DIENTES.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO