

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

T E S I S

PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD

EN PREESCOLARES

**BANDIN
GUERRERO
MARIA
MAGDALENA**

1984



**Facultad de Odontología
Div. de Est. de Posgrado e Investigación
Biblioteca "Barnet M. Levy"**

TESIS



K(1) UNAM

Por

C.D. MARIA MAGDALENA BANDIN GUERRERO

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

MANUSCRITO DE TESIS:

Cualquier tesis no publicada que avale el grado de Maestría y depositada en la biblioteca de la Universidad, Facultad de Odontología, queda abierta para inspección, y solo podrá ser usada con la debida autorización del autor. Las referencias bibliográficas pueden ser tomadas, pero ser copiadas sólo con el permiso del autor, y el crédito se da posteriormente a la escritura y publicación del trabajo.

Esta tesis ha sido utilizada por las siguientes personas que firman y aceptan las restricciones señaladas.

La biblioteca que presta esta tesis debe asegurarse de recoger, la firma de cada persona que la utilice.

Nombre y Dirección

F e c h a

PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD
EN PREESCOLARES

Aprobado por:

C.D.M.Sc. ARIEL MOSCOSO BARRERA.

Asesor

C.D.M.Sc. ROGELIO REY BOSCH

Asesor

C.D.M.O. MANUEL SAAVEDRA GARCIA

Asesor

M.Sc. HAROLDO ELORZA

Asesor

C.D.M.O. CARLOS GONZALEZ LUCACEWICZ

Director de Tesis.

PREVALENCIA DE PROBLAMAS DE SALUD
EN PREESCOLARES

Por

C.D. MARIA MAGDALENA BANDIN GUERRERO

T E S I S

Presentada como requisito para obtener el Grado de
Maestría en Odontología

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Noviembre de 1984

Al D.C.O. Ariel Moscoso Barrera por
su invaluable apoyo y amistad.

A el C.D.M.O. Carlos González L. y
al Maestro. Haroldo Elorza, por la
orientación recibida para la elabo
ración de esta investigación.

Al C.D.M.O. Angel Kameta T. por su
enseñanza y formación profesional.

A la Facultad de Odontología

Al Jardín de Niños:

" Rosario Castellanos "

A mis padres: Raúl Bandín E. y

Magdalena Guerrero de Bandín.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
REVISION BIBLIOGRAFICA.....	4
MATERIAL Y METODO.....	14
RESULTADOS.....	17
GRAFICAS Y CUADROS.....	29
DISCUSION.....	45
CONCLUSION.....	61
RESUMEN.....	66
BIBLIOGRAFIA.....	68
APENDICE.....	74
CURRICULUM VITAE.....	76

INDICE DE GRAFICAS Y CUADROS

GRAFICA 1.	Escolaridad de los padres.....	29
GRAFICA 2.	Ingreso Mensual Familia.....	30
GRAFICA 3.	Fuentes de Ingreso.....	31
GRAFICA 4.	Número de Miembros por Familia.....	32
GRAFICA 5.	Servicio Médico.....	33
GRAFICA 6.	Servicio Dental.....	34
GRAFICA 7.	Peso.....	35
GRAFICA 8.	Estatura.....	36
GRAFICA 9.	Padecimientos en niños de 4 años.....	37
GRAFICA 10.	Padecimientos en niños de 5 años.....	38
GRAFICA 11.	Padecimientos en niños de 6 años.....	39
GRAFICA 12.	Prevalencia de caries entre los niños de 4, 5 y 6 años.....	40
GRAFICA 13.	Número de dientes cariados.....	41
GRAFICA 14.	Correlación: Escolaridad de los padres & niños sin caries dental.....	42
GRAFICA 15.	Lugares a que asisten a consulta den-- tal.....	43
GRAFICA 16.	Correlación: Ingreso Mensual & Asisten <u>a</u> cia a la consulta dental.....	44
CUADRO 1.	Dieta de los niños.....	45
CUADRO 2.	Porcentaje de padecimientos por e-- dades.....	46
CUADRO 3.	Porcentaje en problemas buco-dentales.	47

INTRODUCCION

Los niños forman una proporción significativa en la población mexicana (41.49%, niños de 1 a 14 años de edad en 1981 (1). Por esta razón, es necesario mantener un conocimiento constante de sus problemas de salud, los cuales conciernen a especialistas de diferentes áreas; y son factibles de resolver mediante un trabajo interdisciplinario y un amplio conocimiento de la población para elaborar programas apropiados a las condiciones y características de cada comunidad.

La función de la estadística en la salud es la de proporcionar información sobre las enfermedades epidémicas, dando indicadores confiables de los niveles de salud que prevalecen en los seres humanos.

El progreso logrado actualmente en el conocimiento y control de las enfermedades transmisibles, especialmente en los últimos años, es innegable; pero también resulta evidente que en la escala de estos avances existen dramáticos contrastes entre los llamados "países desarrollados" en relación con los que no lo son. En los primeros hay una reducción notable de dichas enfermedades, frente a su persistencia en los segundos; los cuales constituyen su principal problema de salud pública (2).

Lo anterior es explicable, puesto que en los países de-

sarrollados existen situaciones más o menos homogéneas de recursos, niveles económicos y culturales así como oportunidades para alcanzar la salud, en tanto que en los subdesarrollados - prevalece el factor de desigualdad económico-social con todos los obstáculos que esto implica para dicho alcance, así como - para asegurar el equilibrio ecológico entre el hombre y su ambiente. Las condiciones fundamentales son la nutrición, las - condiciones inadecuadas de vivienda, las deficiencias de la -- educación y en general todos aquellos causantes exógenos que - hacen que la asistencia médica por sí sola sea insuficiente pa - ra abatir la morbilidad provocada por las enfermedades epidémi - cas, no obstante que se destinen erogaciones importantes (3) y se implementen campañas tendientes a resolver esta problemáti - ca, dichas acciones no tienen éxito debido en parte a que no - han realizado o puesto en marcha progrmas tanto preventivos co - mo de salud pública idóneos a cada comunidad.

Las condiciones de salud de la población dependen de - una gran cantidad de elementos que, en conjunto, determinan el proceso de salud y enfermedad, (como lo mencionamos anterior-- mente: vivienda, alimentación, educación e ingresos entre - -- otros) los cuales reflejan en términos generales las condicio - nes de vida de los habitantes y a su vez son resultantes e in - dicadores de la estructura económica y de la organización so-- cial del País.

El análisis de la evolución de los servicios médicos asistenciales y de seguridad social, constituye un valioso instrumento para elaborar programas preventivos de salud que permitan elevar el nivel de bienestar de la población en general y en especial la de escasos recursos.

Por esta razón los objetivos al realizar esta investigación son:

1. Determinar la frecuencia de problemas de salud entre los niños de edad preescolar de la comunidad elegida.
2. Investigar los problemas epidemiológicos relacionados con los problemas de salud.
3. Determinar la frecuencia de afecciones bucales.
4. Investigar la disponibilidad de oferta y demanda de servicios de salud existentes.
5. Plantear soluciones para el control, la modificación y posible reducción de los problemas de salud buco-dentales prioritarios; ya que la salud dental es inseparable de la salud general en el ser humano y está no ha sido impulsada lo suficiente en la extensión de los servicios del sector salud (3).

REVISION BIBLIOGRAFICA.

GIBSON, A., STANLEY GELBIER AND SURENDRA BHATIA.

DENTAL HEALTH AND TREATMENT NEEDS OF 5 - YEARS - OLD CHILDREN
IN THE HEALTH AREA OF LAMBETH, SOUTHWARK AND LEWISHAM, EN-----
GLAND.

COMMUNITY DENT. ORAL EPIDEMIOLOGY 1981: 9: 5-9

El presente estudio fue dirigido con el fin de cono--
cer los índices de salud bucal y para dar tratamiento ne-
cesario en niños de diferentes grupos sociales y razas en el
primer año de educación de tiempo completo en Londres, en el
área de salud de Lambeth, Southwark y Lewisham.

De acuerdo a los resultados obtenidos la conclusión -
fue, que debe establecerse una inspección dental anual, iden-
tificando a los niños con obvias necesidades de tratamiento,
y clasificando por categorías a los niños con experiencia de
caries dental que requieran de medidas preventivas especiales.

ANNELI MILEN, HANNU HAUSEN, HEIKKI TALA, ILKKA PAUNIO AND OLLI
P. HEINONEN.

CARIES IN 3 - 5 YEAR - OLD FINNISH CHILDREN PARTICIPATING IN -
PUBLIC DENTAL CARE DURING 1974 - 79.

COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOLOGY 1984: 9: 270-274.

Investigación con el fin de conocer la prevalencia de

caries dental en niños de 3 a 5 años los cuales han sido sometidos a cuidados de salud pública dental.

Los resultados de 1974 - 79 fueron muy satisfactorios ya que la prevalencia de caries entre los niños de estas edades -- disminuyó por lo que también hubo disminuciones en las necesidades de tratamientos restaurativos; la proporción de los que se encontraron libres de caries aumentó, así como también aumentó la población participante lo que hace concluir, que el establecimiento de cuidados dentales preventivos es significativo en la reducción de esta enfermedad.

MOHAMMED FAROUK.

PERIODONTALDIASE PREVALENCE AND DENTAL NEEDS AMONG SCHOOLCHILDREN IN SAUDI ARABIA.

COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOLOGY 1982: 10: 98-99.

Estudio en Sud Arabia, con el fin de conocer la prevalencia de enfermedad periodontal entre los niños y niñas de 13,14 y 15 años.

El grado de enfermedad periodontal fue de acuerdo a los métodos establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

Los resultados obtenidos fueron: valores más altos en cuanto a acumulación de tártaro dentario en niños que en niñas.

Sin embargo esto no muestra diferencias significativas en cuanto al avance de la enfermedad parodontal entre ambos.

Lo que permitio observar la necesidad de establecer un -- programa de salud oral para la comunidad entera.

ALISON, M. DOWTY.

ORAL HEALTH OF CHILDREN IN SOUTHERN SUDAN.

COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOLOGY. 1982: 10: 82-85

Investigación realizada en el sur de Sudan. El exámen bucal fue de acuerdo a los métodos de la Organización Mundial de la Salud.

El objetivo fue conocer la prevalencia de enfermedades bucales en diferentes partes del mundo, con la finalidad de establecer la relación entre éstas y todos los factores que pudieran estar asociados a ellas.

Los principales hallazgos fueron: que el predominio y la severidad de caries dental y de la enfermedad parodontal fue bajo. Habiendo encontrado una prevalencia mayor de caries en el -- pueblo de Juba, que en la región de Jonglei, lo que se asocia a la dieta de este último ya que hace muy poco uso de el azúcar, -- así como a la situación geográfica de Jonglei pues cuenta con limitadas vías de comunicación, lo que hace que sus hábitos dietéticos sean cubiertos con los alimentos obtenidos de su agricul-

tura.

RUSSELL L. A., D.D.S..M.P.H. AND AYETS. D.D.S.. M.P.H.
 PERIODONTAL DISEASE AND SOCIOECONOMIC STATUS IN BIRMINGHAM, ALA.
 AMERICAN JOURNAL PERIODONTIC 1960 February: 50(2): 206-214

Este artículo presenta un estudio de la enfermedad periodontal en Birmingham, Alabama; donde muestra que esta enfermedad se asocia a factores educacionales influyendo en este estudio el grupo racial al que pertenece la población.

MOBLEY L. E., D.D.S., M.P.H., NASHVILLE, TENN. STANLEY H., SMITH.
 M.A., PH. D., TUSKEGEE INSTITUTE, ALA.
 THE JOURNAL OF AMERICAN DENTAL ASSOCIATION., 1963 April; Vol.66:
 54-59.

Este es un estudio de algunos factores sociales y económicos relacionados con la prevalencia de enfermedad periodontal en niños Negros de Tennessee donde fueron estudiados.

Los índices socioeconómicos fueron obtenidos por medio de un estudio epidemiológico.

Los resultados fueron la asociación de el nivel socioeconómico a la salud dental, teniendo también un significado importante los cuidados familiares en la práctica de higiene oral en los niños.

HISHAM BURHANI, PRESIDENTE DE LA ASOCIACION DENTAL SIRIA.

ESTUDIO DENTAL PILOTO.

QUINTAESENCIA 1980 Mayo; Vol. 5:5(71-78)

Investigación donde se observaron las superficies dentarias como unidades con el objeto de determinar los niveles de C.P.O. en niños en edad escolar en Damasco, se efectuaron reexaminaciones para establecer la veracidad y exactitud de cada uno de los resultados obtenidos.

Los resultados de este estudio muestran diferencias significativas entre el C.P.O. y los depósitos materia alba en niños de un nivel socio económico más alto.

No observaron una diferencia significativa entre el índice cariogénico y el estado socioeconómico, por lo que esto no se consideró un factor importante.

Datos obtenidos indican un progreso continuo en el grado de actividad cariogénica. El promedio de DCPO para niños de 12 años fue de 2.5 o más y superior a 4 para los de 14 a 16 años.

El alto porcentaje (87%) de requerimientos terapéuticos infantiles refleja el servicio tan deficiente de salud dental.

COHEN MICHAEL SR, D.M.D.

STOMATOLOGIC ALTERATIONS IN CHILDHOOD, PART II

JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN Jul/Agost 1977 Vol. 55:327-334.

EL Dr. Michael Cohen describe diferentes causas que pueden provocar alteraciones bucales y dá a conocer cuales son las formas en que se manifiestan así como su tratamiento.

La importancia que tiene este artículo para esta investigación es lo que corresponde a las deficiencias vitamínicas y -- las manifestaciones orales de cada una de ellas.

Deficiencia de Vitamina A: Generalmente caracterizada por alteraciones del crecimiento, defectos visuales, pérdida de integridad en las estructuras epiteliales de varios tejidos.

Las manifestaciones en los efectos primarios se observan en los tejidos de origen ectodérmico, especialmente en las celulas de la mucosa oral y glándulas salivales.

En los animales de experimentación esta deficiencia provoca amelogénesis, en los tejidos periodontales puede observarse hiperplasia gingival, atrofia del hueso alveolar, irregularidades en el cemento dental, y en ocasiones anquilosis dental.

Deficiencia de vitamina B: las más comunes manifestaciones en esta deficiencia son: el beriberi y agrandamiento gingival de las papilas labiales y linguales.

Vitamina C: las manifestaciones orales se presentan con agrandamientos del margen gingival, enrojecimiento de las encías y sangrado espontáneo. En los casos severos hay pérdida de hueso alveolar llegando hasta la exfoliación dental.

Vitamina D: El principal efecto en la deficiencia de vitamina D es la retardada e incompleta calcificación de los huesos y dientes, esta deficiencia produce también una erupción retardada así como hipoplasia del esmalte o formación irregular de la dentina.

KIDD A., THYLSTRUP, O., FEJERSKOV.

THE HISTOPATHOLOGY OF ENAMEL CARIES IN FLUOROSSED DECIDUOUS TEETH.
CARIES RESERCH. 1981 Vol. 15:346-352.

En el presente artículo se estudió histopatológicamente las lesiones cariosas en dientes deciduos que fueron sometidos a aplicaciones de fluor y se hizo la comparación con dientes deciduos que no habían sido fluorados. También se examinaron a través de luz polarizada, cortes seccionales de 12 dientes, mostrando que las lesiones cariosas en dientes no fluorados son uniformes mientras que en los otros, la lesión se presenta más -

variada y compleja. En la zona de la superficie se observa anchura hacia la parte oclusal.

A STATEMENT BY THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION.

INFANT AND CHILD NUTRITION: CONCERNS REGARDING THE DEVELOPMENTALLY DISABLED.

JOURNAL OF THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. 1981 May: Vol 78: 443-452.

Una nutrición óptima es esencial para el desarrollo físico y mental del niño. Muchos estudios en Estados Unidos indican que gran número de niños no tienen una adecuada nutrición y esta tiene una clara relación con la economía de los grupos.

El infante especialmente en los primeros años requiere una rica nutrición para lograr un adecuado crecimiento así como una excelente maduración.

Dietistas han hecho notar el papel relevante que juega una educación nutricional para el cuidado de los infantes y niños. También el de la institución de una terapia nutricional en los problemas de salud y la contribución que puede dar el pediatra a manera preventiva.

Este artículo consta de tres partes: la parte I habla de aspectos preventivos, necesidades nutricionales del niño y pro-

blemas de salud asociados a la nutrición.

La parte II consta de Problemas nutricionales en niños - con enfermedades crónicas y débiles mentales.

La parte III, da indicaciones y recomendaciones para lograr una mejor condición de salud.

TETSUO NAKAMOTO, DDS, PhD. and MALLEK M. HENRY, DMD, PhD.

SIGNIFICANCE OF PROTEIN-ENERGY MALNUTRITION IN DENTISTRY: SOME SUGGESTIONS FOR THE PROFESSION.

JOURNAL OF AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. 1980 Vol. 100:339-341.

La nutrición es un factor importante para el crecimiento y desarrollo del niño. Los tejidos del organismo se desarrollan en diferentes etapas de la vida. Por lo que algunas deficiencias nutricionales pueden afectar a los tejidos que en ese momento se encuentran en crecimiento o maduración.

Un nivel adecuado en el estado nutricional es extremadamente importante para el mantenimiento saludable de los tejidos orales y del cuerpo en general.

El dentista puede contribuir en el establecimiento de una buena dieta así como en la detección de carencias nutricionales cuando realiza sus exámenes bucales ya que en la mayoría de es--

tos casos hay manifestaciones orales.

MATERIAL Y METODO

La población de la cual se obtuvo la muestra ésta integrada por niños de 4 a 6 años de edad, asisten al Jardín de Niños "Rosario Castellanos"; ubicado en la Colonia Héroes de Padierna, de la Delegación Magdalena Contreras, la cuál fué seleccionada al azar. Dicha muestra estaba constituída por -- 164 niños.

De este grupo de niños 86, eran del sexo femenino y 78 del masculino, entre estos 36 tenían 4 años, 69 de 5 años y 59 de 6 años de edad.

INSTRUMENTO.

Se utilizó un cuestionario diseñado de tal manera que se pudieran obtener datos de:

1. Problemas de salud en los cuales observamos cualquier desviación del estado físico.
2. Frecuencia de las distintas enfermedades y afecciones:
 - 2.1 Generales.
 - 2.2 Generales con repercusión en cavidad oral.
 - 2.3 De cavidad oral.
3. Cuidados disponibles: es decir los cuidados en el 1° y 2° con que cuenta la comunidad. (1°, cuidados preventivos y de promoción; 2°, diagnóstico y tratamiento antes y después de los síntomas).

4. Factores epidemiológicos.

Estos resultados se obtuvieron por medio de preguntas de carácter:

1. Socio-económico.
2. Estado de inmunización.
3. Historia de antecedentes patológicos del niño.
4. Exámen físico y buco-dental.

Este estudio fué realizado en dos partes; la primera - consistió en la recopilación de datos por medio de un cuestionario, el cuál fué contestado tanto por la madre como por el padre de los niños. (cuestionario anexo en Apendice)

Esta parte comprendió los datos socio-económicos de la familia (edad y sexo del niño, escolaridad de los padres, ocupación, ingreso mensual familiar, número de miembros de la familia, así como servicio médico y dental al que acuden).

El estado de inmunización fué en algunos casos dado directamente por los padres y en otros casos por medio de la cartilla de vacunación.

Con el fin de conocer la calidad y frecuencia de alimentación dentro de la dieta de los niños se incluyó en el cuestionario un inciso conteniendo la lista de alimentos básicos

cos para los niños de 3 a 6 años de edad, elaborado por el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia.

La última parte del cuestionario para los padres de familia, fué la que se refiere al estado de salud o enfermedad, así como padecimientos más frecuentes en los niños.

También esta parte incluyó una lista de acuerdo a los datos obtenidos en el Boletín Epidemiológico del Instituto Mexicano del Seguro Social (1982) y del Volumen II de Aspectos Sociales de la Secretaría de Programación y Presupuesto (1982), sobre enfermedades más frecuentes en niños mexicanos.

En dicho cuestionario también se contempla una sección para problemas dentales, así como una sección para algún padecimiento no considerado en ninguna de las secciones anteriores.

La segunda parte fué el exámen físico, donde se tomaron medidas de peso y talla; se observaron características de la piel y se hizo el exámen buco-dental siguiendo como guía la parte dos del cuestionario.

RESULTADOS

DATOS SOCIO ECONOMICOS.

ESCOLARIDAD:

De acuerdo a los diferentes niveles que integran el sistema educativo nacional, el grado máximo de escolaridad de los padres fue principalmente de primaria (41.46%), los que realizaron también la secundaria fueron el 17.0%; el tercer grupo lo formaron los padres que realizaron estudios profesionales 11,98%. El siguiente grupo lo formaron en su mayoría mujeres cuya profesión fue a nivel comercio (9.14%).

Las personas que concluyeron la educación media superior (8.53%); el último grupo, es el de los padres con capacitación a nivel técnico (3.96%).

De la población estudiada 7.62% no aportaron datos en este inciso.(gráfica 1).

INGRESO MENSUAL:

El ingreso mensual de la muestra estudiada en su mayor parte es de \$ 15,000.00 a \$ 25,000.00 siendo este grupo el 45.75%. El 20.12 % tiene un ingreso mensual de \$ 25,001.00 a \$ 35,000.00; 7% obtiene un ingreso de 45,000.00 a \$ 65,000.00 y el 3% percibe mensualmente de \$ 65,000.00 a \$ 85,000.00

Los padres cuyo ingreso es mayor de \$85,000.00 forman el 8% del total. (gráfica 2)

FUENTE DE INGRESOS:

En relación a las fuentes de ingreso mensual, estas pueden agruparse básicamente, en los padres cuya ocupación es la de empleados (57.92%), seguida de esta 16.46% son obreros.

El 9.75% está formada por profesionistas, así como también en 9.75% por personas que se dedican a trabajos independientes (pequeños comerciantes, prestadores de servicios, subempleados, etc.).

El grupo más pequeño lo forma gente que desempeña trabajo técnico (3.96%).

No se obtuvieron datos en 3.65% de la muestra (gráfica 3).

NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA:

En el transcurso de esta investigación, se observó una prevalencia en un 28.87% de las familias que solo tenían 2 hijos y las de 3 hijos constituían el 28.65%. Seguidos a estas están las familias que estaban formadas por 6 miembros (10.97%).

El 7.31% y 6.09% corresponde a las familias de 3 y 7 -

integrantes respectivamente.

El 4.26% estuvo formado por madres solteras y que solo tienen un hijo.

Las familias muy numerosas (de 8 a 11 personas) forman el 4.85%.

Por último el 7.91% de la muestra no indicó cuantos -- miembros forman su familia (gráfica 4).

SERVICIO MEDICO:

La Delegación Magdalena Contreras cuenta con servicios médicos proporcionados por la Secretaria de Salubridad y Asistencia (S.S.A.), el Departamento del Distrito Federal (D.D.F.), dos clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) dos Sanatorios Particulares y los que otorga la misma Delegación.

De acuerdo a los servicios de que disponen o de los --- cuales son derechohabientes, en esta muestra el 37.19% acude -- al I.M.S.S., el 13.41% cuenta con adscripción al I.S.S.S.T.E., 10.97% solo cuenta con el servicio de la S.S.A., los servicios médicos prestados por la Delegación o dispensarios de la Igle-- sia benefician al 4.26% de esta población.

Y el 1.21% tiene derecho al Hospital Militar.

20.75% acuden a médicos particulares. La parte restante de este grupo no acuden o no han acudido a ningún tipo de servicio médico (12.19%) (gráfica 5).

SERVICIO DENTAL:

La mayoría de los que acuden al servicio dental (19.31%) lo hacen a consultorios particulares.

En esta muestra el 6.09% recibe servicio dental del -- I.M.S.S., 3.65% del I.S.S.S.T.E., 2.43% de la S.S.A. y el 1.21% de los dispensarios dentales de la Delegación.

Los niños que han recibido atención dental de la Facultad de Odontología, U.N.A.M. son el 4.87%

INMUNIZACION.

El estado de inmunización fué: 97.22% de los niños de 4 años tienen sus vacunas correspondientes, así como el 84.05% de los de 5 años y el 88.13% de los de 6 años.

ESTADO NUTRICIONAL.

La alimentación en los niños estuvo formada básicamente por: leche, huevo, carne, pollo, pescado, verduras, frijoles, - frutas y golosinas. Observándose que esta es aparentemente ba--

lanceada. (cuadro 1)

En los niños se observó en cuanto a peso, que el promedio de este entre los de 4 años fué de 17.98 Kg. (gráfica 7)

El peso promedio en los de 5 años de edad fué 19.19 Kg. (gráfica 7) y para los de 6 años el peso promedio fué de ----- 21.17 Kg. (gráfica 7).

La estatura promedio en los niños de 4 años fué de --- 105.9 cm. (gráfica 8), en los de 5 años de 108.34 cm. (gráfica 8) y en los de 6 años de 113.75 cm. (gráfica 8).

PADECIMIENTOS EN GENERAL.

De acuerdo a la lista de padecimientos y al grupo de edad al que pertenecen los niños, se encontró (cuadro.2) que, - en los tres grupos (4, 5 y 6 años) el padecimiento más frecuente referido por los padres fué, el de caries dental en el 16.6%, 13.04% y 11.87% para cada grupo de edad respectivamente.

Las amigdalitis también fueron frecuentes entre los niños, el 8.33% de los de 4 años las han padecido y el 6.78% de los de 6 también sufren de este padecimiento.

El tercero de los padecimientos más comunes fue la va--

ricela, esta solo se encontró entre los niños de 5 y 6 años - en un 5.79% y 5.08% respectivamente.

Dentro de los padecimientos restantes no hubo una significativa diferencia en cuanto a frecuencia, aunque pudieron destacar las enfermedades respiratorias y parasitarias por haber presentado una prevalencia dentro de los niños de 5 años - del 7.24%.

En el caso del sarampión, se obtuvo el 2.77%, 2.89% y 1.69% para cada uno de los grupos que integran la muestra.

Lo obtenido dentro de las enfermedades diarreicas, fue bajo para los tres grupos (2.77%, 1.44% y 1.69%).

Tomando los datos referidos por los padres en cuanto a las enfermedades de sus hijos, en los niños de 4 años el 37.76% solo ha sufrido de una enfermedad y dentro de este único padecimiento el 16.66% fue la caries dental.

Los que han tenido más de un padecimiento, fueron el 33.3% y dentro de este porcentaje el 2.77% corresponde a caries dental.

El 30.55% corresponde a los niños de este grupo que no ha referido ningún padecimiento. (gráfica 9)

El mismo análisis hecho en los niños de 4 años se realizó en los niños de 5 y 6 años.

Los niños de 5 años, con un solo padecimiento fueron el 39.08%, de ellos padecen caries dental el 13.09%.

Los niños que tienen o tuvieron más de un padecimiento fueron el 30.31%, donde uno de ellos fue caries dental en un 11.59%.

Y los que no reportaron ningún padecimiento fueron el 30.43%. (gráfica 10)

En lo que corresponde a los niños de 6 años, se observó el 30.49% para un solo padecimiento, dentro del cual el 11.87% fue de caries dental. Para los demás de un padecimiento (37.28%), y la caries dental era uno de ellos en el 20.33%. (gráfica 11).

EXAMEN BUCO-DENTAL.

Los resultados del examen buco-dental fueron: (cuadro 3) caries dental en el 81.70% del total de la muestra. Encontrándose que el 75% de los niños de 4 años, presentan una o más lesiones cariosas (gráfica 12). Entre los de 5 años la prevalencia fué de 79.71% (gráfica 12) y entre los de 6 años el 88.1%

padece caries dental. (gráfica 12)

También se encontró que la mayor frecuencia en número de dientes cariados por niño, fue la que formó el 12.80%, correspondiendo a 6 dientes lesionados, siguiendo en porcentaje los que tenían 4 ó 5 lesiones cariosas en 11.58% y 7.92% respectivamente. Decreciendo la frecuencia hacia los dos extremos, por un lado hasta el .60% que es el caso de una niña con 19 dientes cariados y sin ningún tipo de tratamiento, y el otro extremo fué el de los niños que solo tenían un diente afectado y ellos formaron el 9.75%. (gráfica 13)

De acuerdo a la extensión de la lesión cariosa en el 20.73% de la muestra, la lesión ya involucra los lados proximales del diente, observándose esta destrucción en el 16.66% de los niños de 4 años, en el 21.73% de los de 5 años y en el 25.42% en los de 6 años. (cuadro 3)

En relación a caries dental se encontró que en el 7.92% de los niños, ya había provocado necrosis pulpar y formación de fístula en los tejidos periodontales. En la muestra estudiada, en los niños de 4 años hubo necrosis pulpar, en el 8.33%, en los de 5 años en el 7,24% y en los de 6 años en el 8.47%. (cuadro 3).

En los niños con necrosis pulpar asociada a traumatis

mo se obtuvo el 1.81% del total de la muestra. (cuadro 3)

En cuanto a pérdida prematura de dientes, el total de los casos fué 13.41%, siendo 2.77% para los niños de 4 años, - 15.94% de los niños de 5 años y 15.25% en los niños de 6 años. (cuadro 3)

Los niños con anomalías de forma fueron el 1.81%. Con anomalías de color, hubo pigmentaciones en el 3.65% de los -- preescolares. (cuadro 3)

En las alteraciones de textura dental el 3.04% presentó hipoplasia del esmalte. (cuadro 3)

El 31.09% no contaba con espacios fisiológicos y/o -- primates . Alteraciones en la línea media, fueron el 1.21%. (cuadro 3)

Se encontró sobre mordida en el 20.12% de la muestra. (cuadro 3)

Mordida cruzada anterior en el 7.31% y mordida abierta en el 5.4%. (cuadro 3)

Con respecto a los planos terminales, se obtuvo el --

.60% para el plano terminal distal y el .60% para el mesial e xagerado. (cuadro 3)

La región en la que se observó mal posición dental - fué la región anterior inferior y esta mal posición se pre-- sentó en el 7.31% del total; siendo el 7.24% en los niños de 5 años y el 11.86% entre los de 6 años. (cuadro 3)

En los hábitos adquiridos por los niños se obtuvo: - el 16.66% para los niños de 4 años, el 13.04% en los de 5 y - el 22.03% en los de 6 años. (cuadro 3)

Las observaciones realizadas en los tejidos blandos,- dieron por resultado:

Presencia de fístulas a causa de necrosis pulpar en - el 8.33% de los niños de 4 años, 7.24% en los de 5 años y --- 8.47% en los de 6 años. (cuadro 3)

La otra alteración encontrada fué la inflamación gin- gival, observandose ésta en el 5.55% de los niños de 4 años,- en el 8.69% de los de 5 años y en el 13.55% de los de 6 años. Siendo el 9.75% de la muestra total la que presenta gingivi-- tis. (cuadro 3)

HIGIENE.

Valorando las condiciones de higiene oral en los niños se encontró que:

El 44.44% de los niños de 4 años tienen una higiene buena, El 47.22% de este mismo grupo tiene una higiene regular y el 8.33% de ellos tienen una higiene pobre.

En los niños de 5 años el 31.88% tienen una higiene buena; higiene regular el 36.23% y una higiene pobre el 31.88%.

Los niños de 6 años presentaron en un 32.20% buena, higiene regular el 37.28% e higiene pobre el 30.50%.

De los niños que no presentaron caries (18.29%), se buscó correlación entre la escolaridad de los padres y la ausencia de lesiones cariosas y se obtuvo que la escolaridad de los padres del grupo mayor es la primaria (5.4%). El siguiente porcentaje (4.26%) corresponde al de los profesionistas.

El 3.6% para el de los padres cuya escolaridad es la educación media superior. El 2.4% al de los padres con estudios de secundaria. 1.21% para el de los padres cuyos estu--

s son a nivel comercio, y por último para los que realiza-- estudios técnicos (.60%).

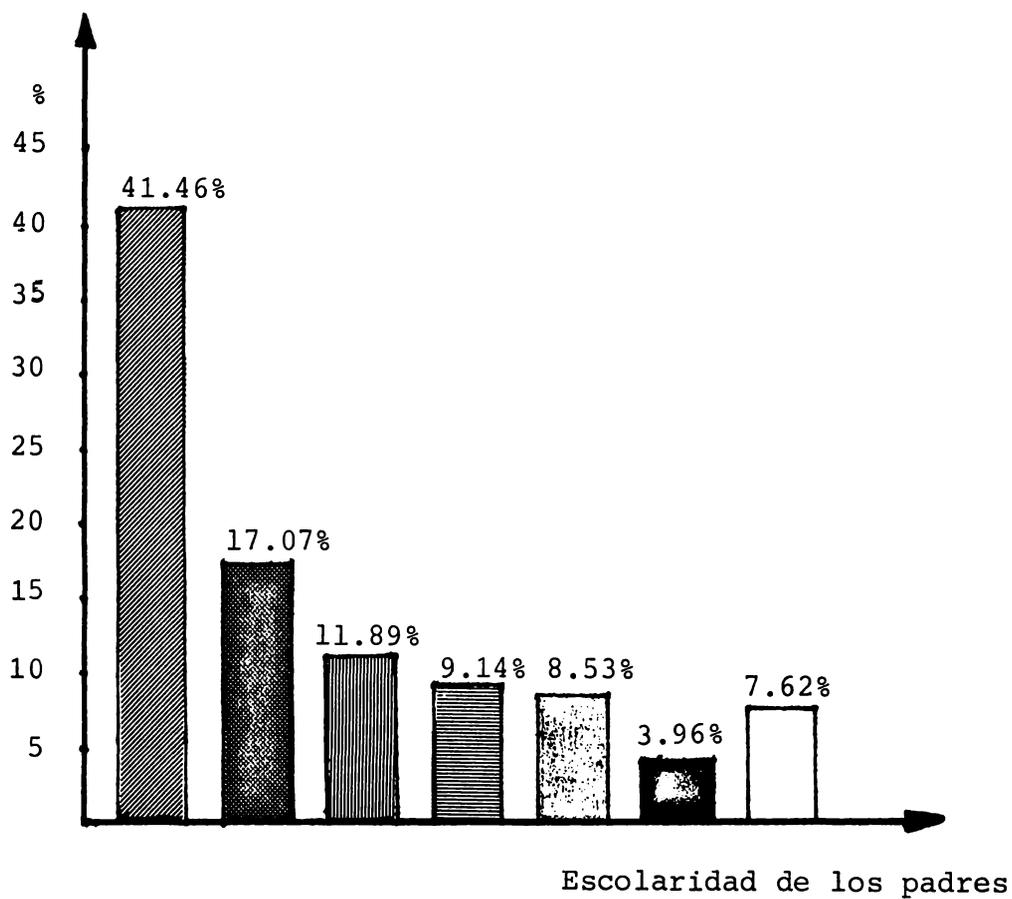
De estos niños el .60% pertenece al grupo de padres que aportó dato en el inciso correspondiente (gráfica 14).

URACIONES:

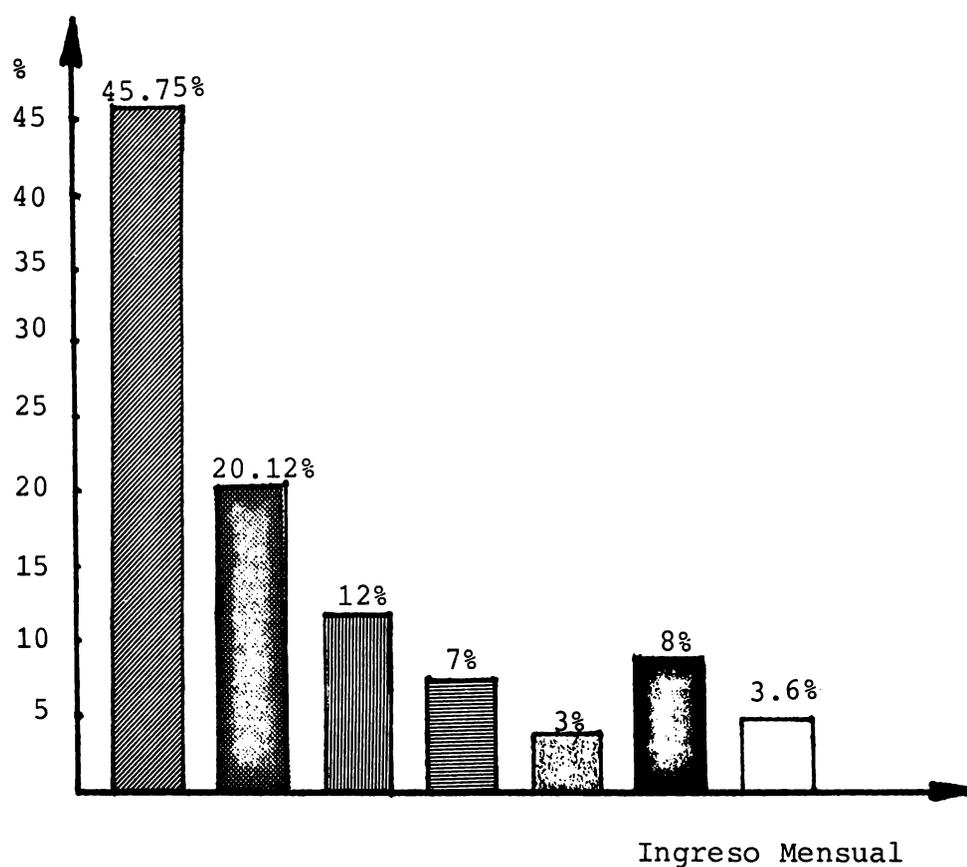
Dentro del examen también se observaron los niños que - fan recibido atención dental (20.12%), de los cuales el - - 80% acudió a consultorio dental particular, el 3.04%, a - - clínicas de la Facultad de Odontología, U.N.A.M., el 1.21% clínica de la S.S.A., así como también el 1.21% al I.M.S.S. y 60% al D.I.F. y otro.60% al dispensario dental de la Delega- n (gráfica 15).

Otra asociación que se realizó fue el ingreso familiar la asistencia a la consulta dental y los resultados obteni- son: 9.75% de los niños que tienen algún tratamiento dental tenecen a familias cuyo ingreso es de \$ 15,000.00 a - - - - 5,000.00 Pesos mensuales. Hay dos grupos de 4.46% cada uno, cuales tienen ingresos de \$ 25,000.00 a \$ 35,000.00 y - - - 5,000.00 a \$ 45,000.00 respectivamente. Y los dos últimos - centajes 1.21% y .60% tienen ingresos de \$ 65,000.00 a - - - 5,000.00 y de \$ 85,000.00 ó más pesos mensuales.(gráfica 16)

GRAFICA 1. Escolaridad de los Padres.

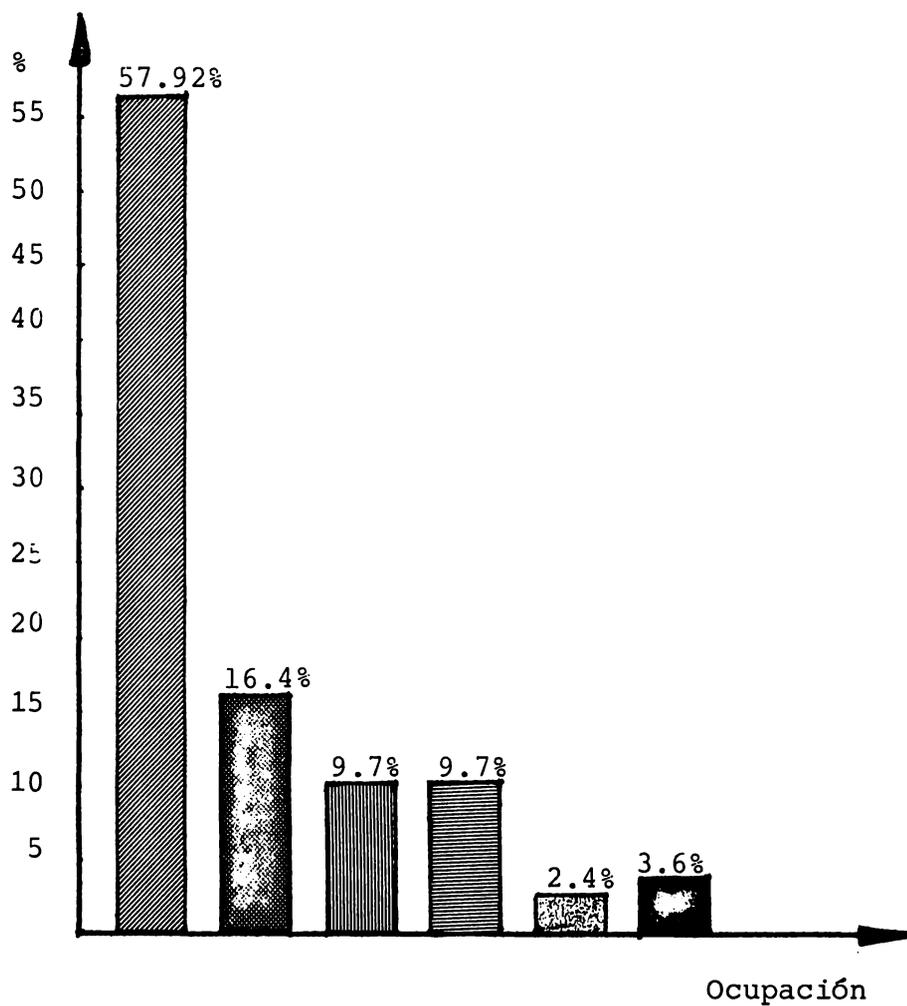


GRAFICA 2. Ingreso Mensual Familiar.

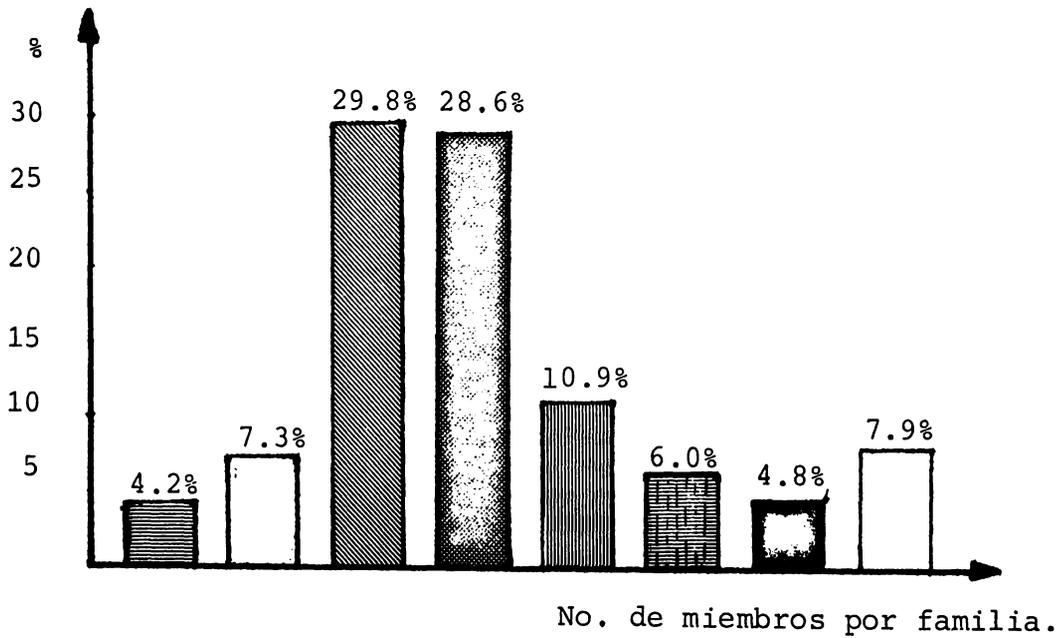


	\$15 000.00	a	\$25 000.00
	\$25 001.00	a	\$35 000.00
	\$35 001.00	a	\$45 000.00
	\$45 001.00	a	\$65 000.00
	\$65 001.00	a	\$85 000.00
	\$85 001.00	o	más
	Sin dato		

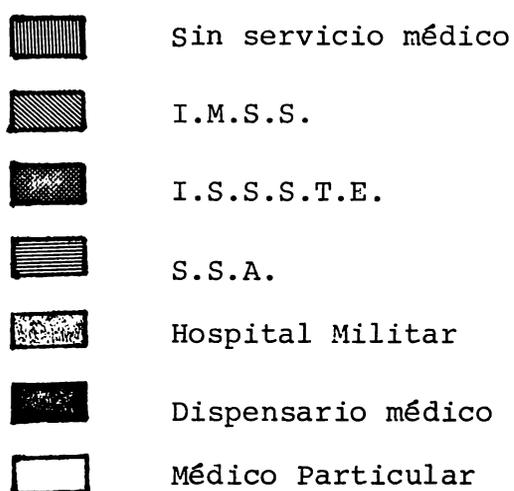
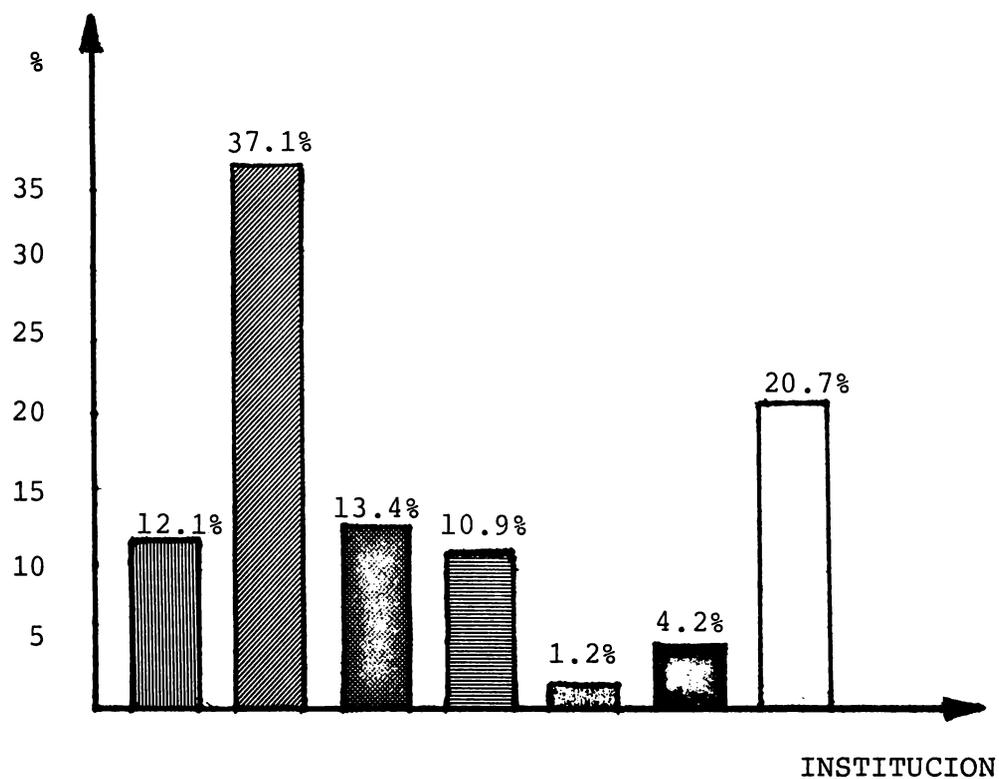
GRAFICA 3. Fuente de Ingreso.



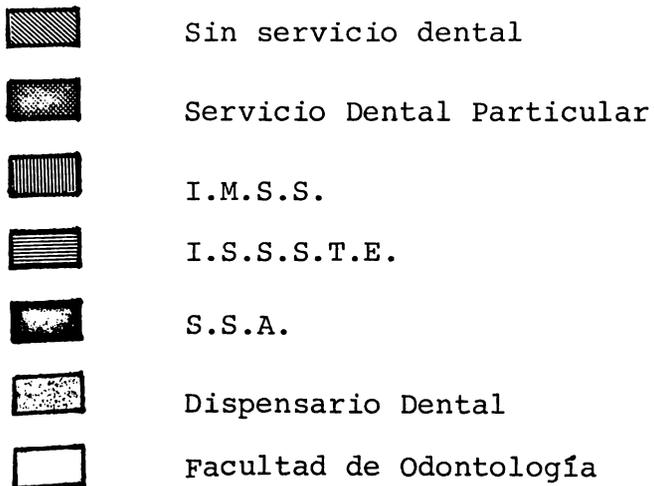
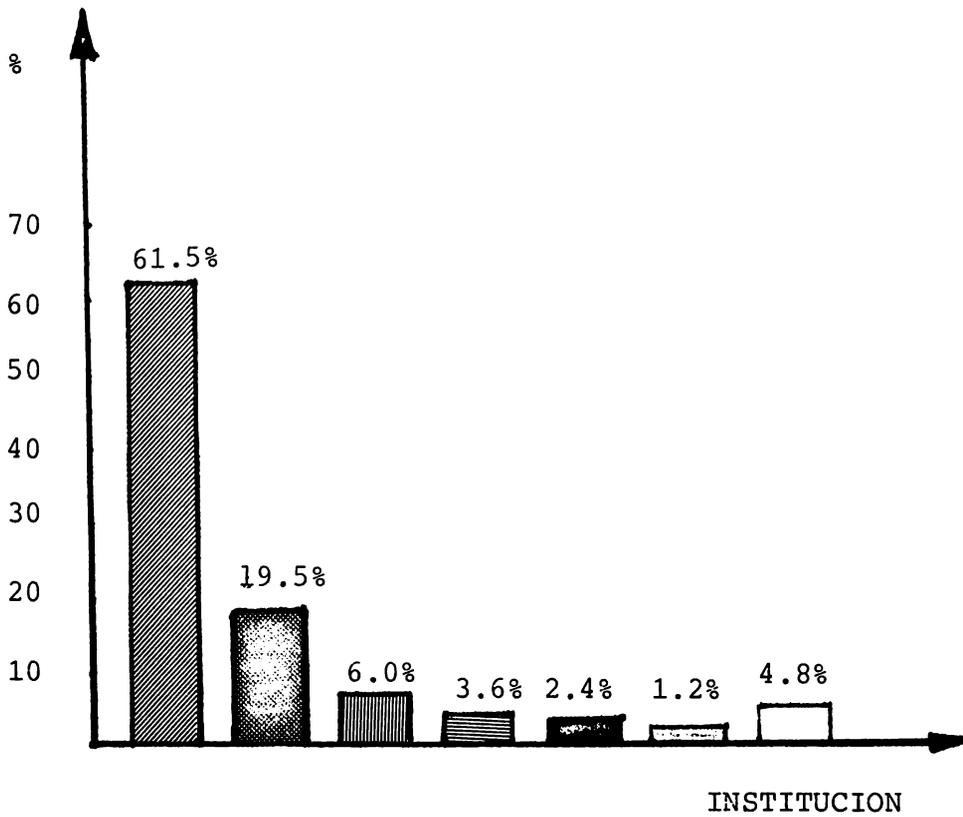
GRAFICA 4. Número de Miembros por Familia.



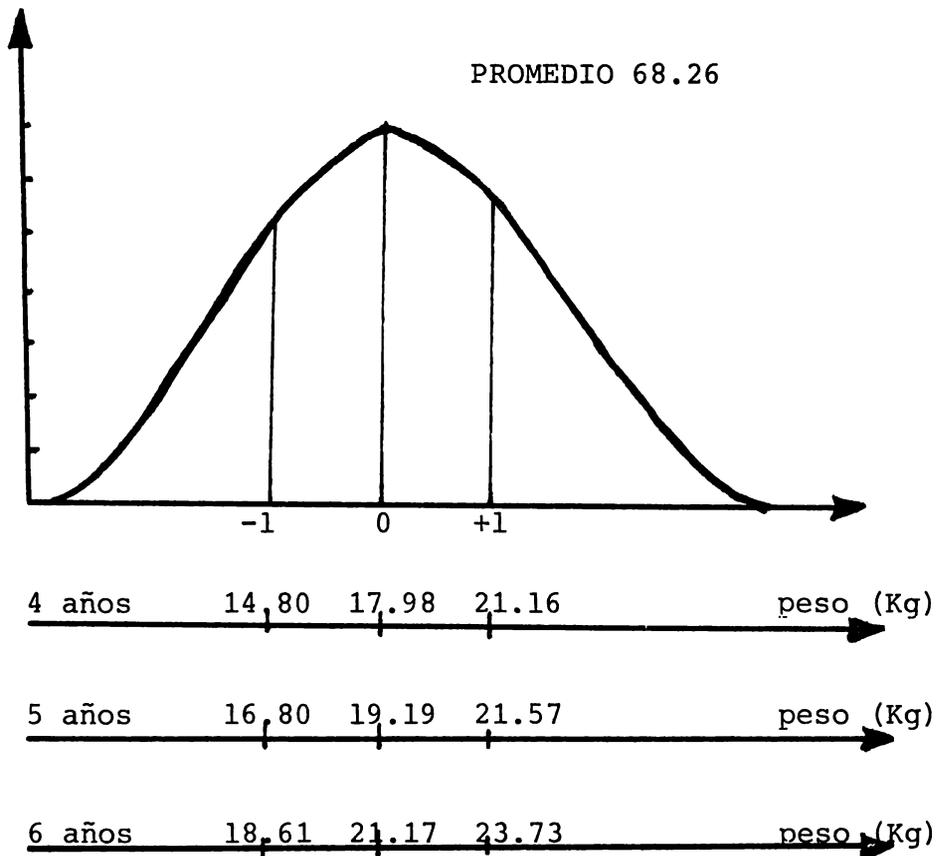
GRAFICA 5. Servicio Médico.



GRAFICA 6. Servicio Dental.



GRAFICA 7. Peso.

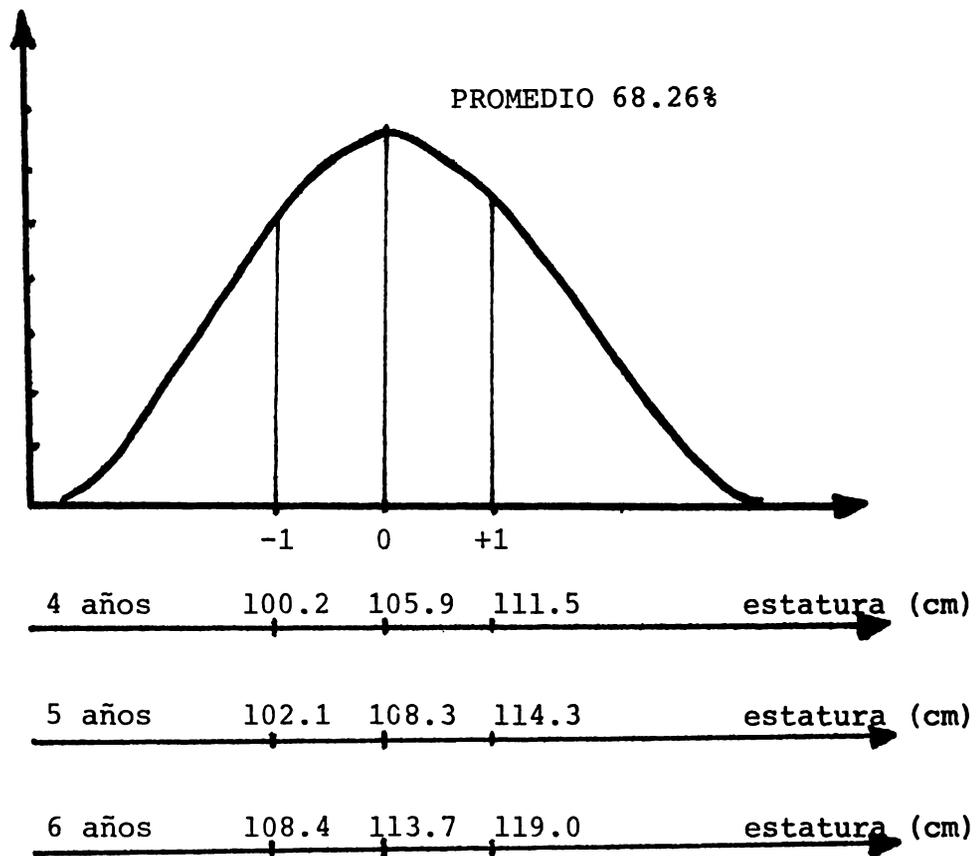


Grupo de 4 años, se obtuvo un promedio $X = 17.98$ Kg. con una desviación estandar $S = 3.18$ Kg.

Grupo de 5 años, se obtuvo un promedio $X = 19.19$ Kg. con una desviación estandar $S = 2.35$ Kg.

Grupo de 6 años, se obtuvo un promedio $X = 21.17$ Kg. con una desviación estandar $S = 2.56$ Kg.

GRAFICA 8 Estatura.



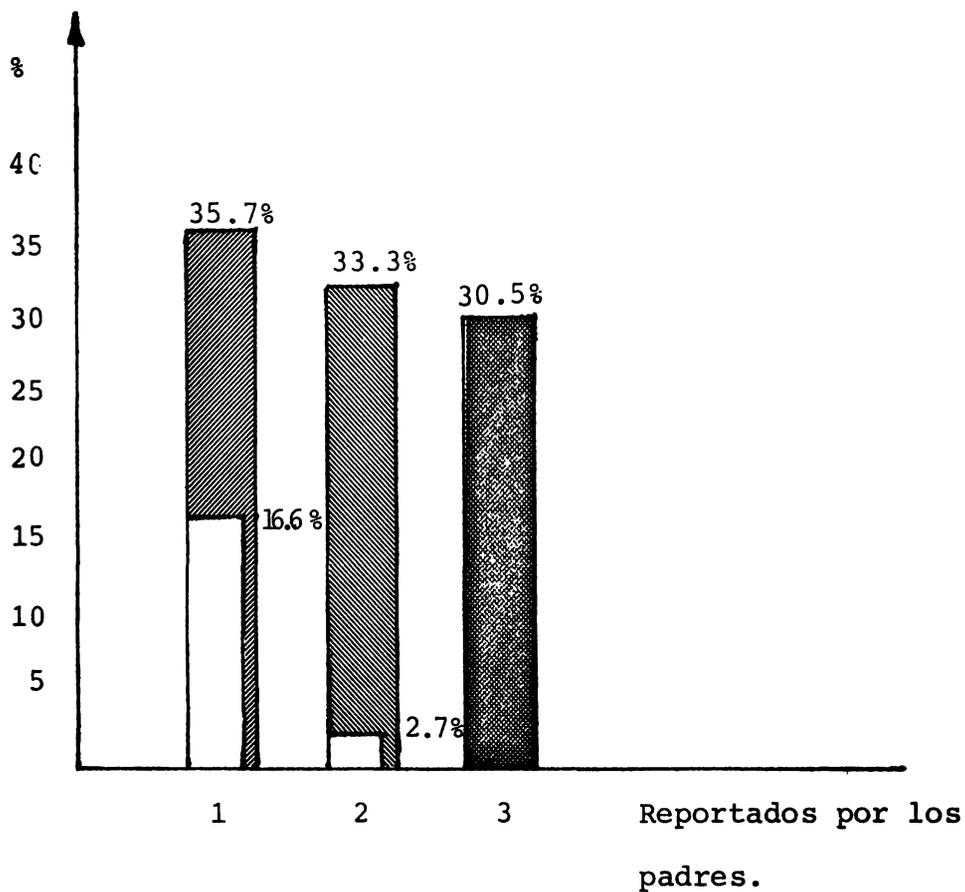
Grupo de 4 años, se obtuvo un promedio de $X = 105.9$ cm. con una desviación estandar $S = 5.67$ cm.

Grupo de 5 años, se obtuvo un promedio de $X = 108.3$ cm. con una desviación estandar $S = 6.02$ cm.

Grupo de 6 años, se obtuvo un promedio de $X = 113.7$ cm. con una desviación estandar $S = 5.28$ cm.

GRAFICA 9. Padecimientos en niños de 4 años.

(36 = 100%)



Caries Dental



Padecimientos en general



Ningun padecimiento

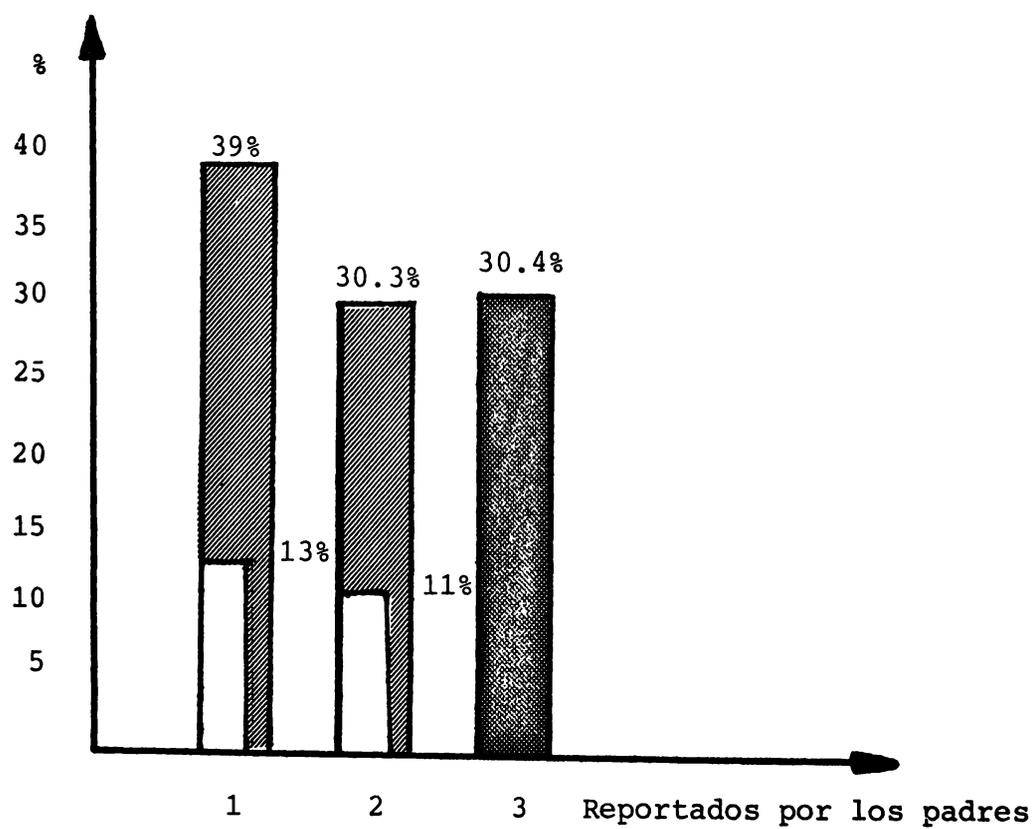
1 Un solo padecimiento

2 Más de un padecimiento

3 Ningun padecimiento

GRAFICA 10. Padecimientos en niños de 5 años.

(69 = 100%)



Caries Dental



Padecimientos en general



Ningun padecimiento

1

Un solo padecimiento

2

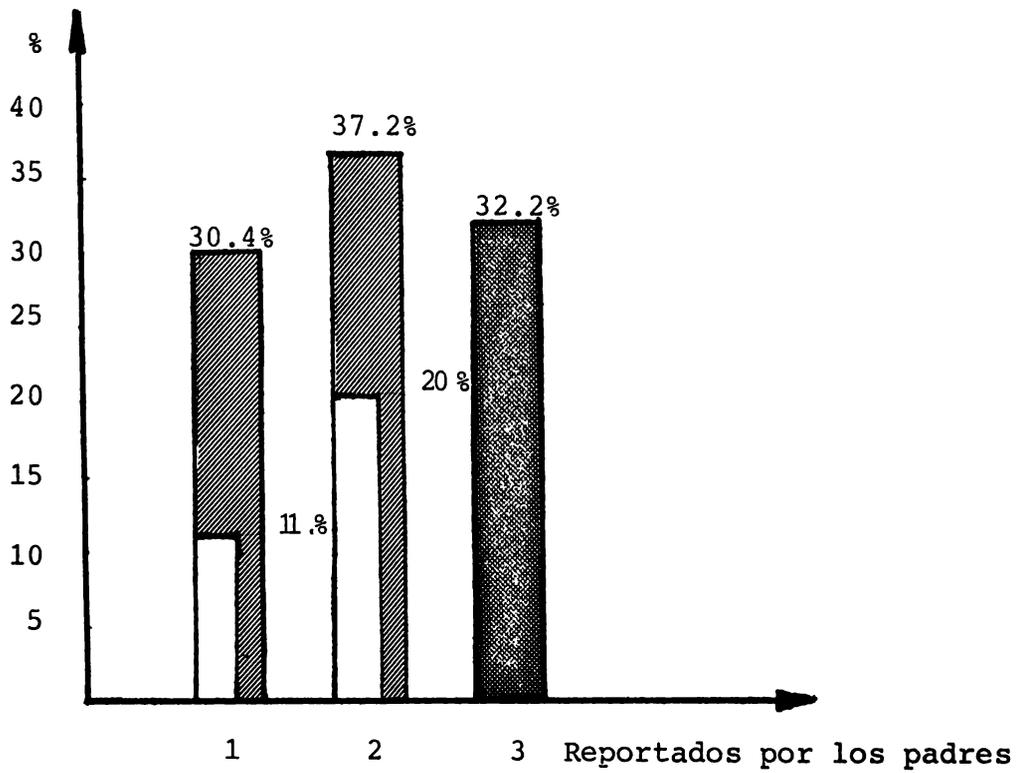
Más de un padecimiento

3

Ningun padecimiento

GRAFICA 11. Padecimientos en niños de 6 años.

(59 = 100%)



Caries Dental



Padecimientos en general



Ningun padecimiento

1

Un solo padecimiento

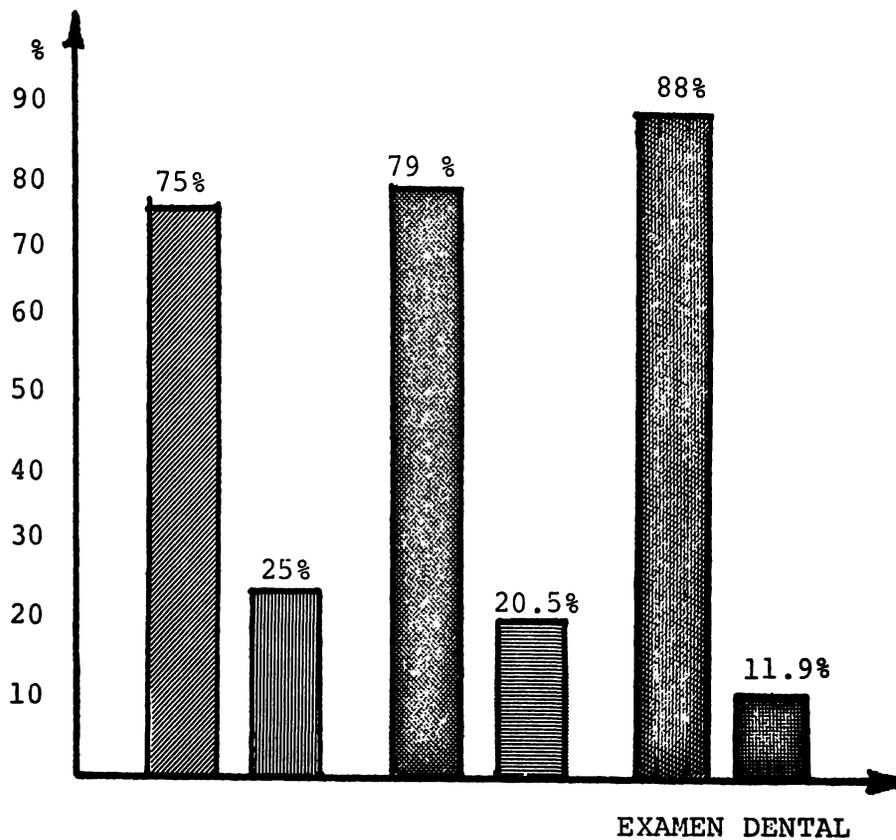
2

Más de un solo padecimiento

3

Ningun padecimiento

GRAFICA 12. Prevalencia de caries entre los niños de
de 4, 5 y 6 años



4 años.



Con caries dental



Sin caries dental

5 años



Con caries dental



Sin caries dental

6 años

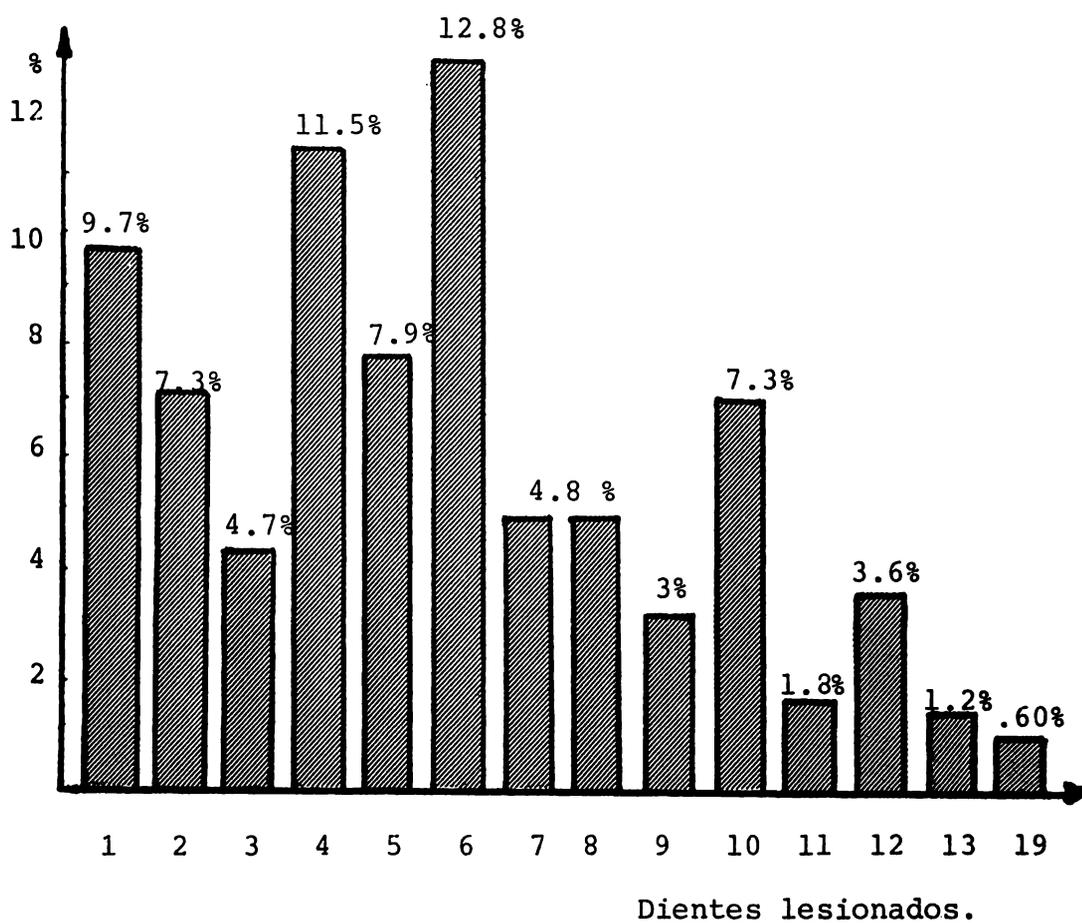


Con caries dental

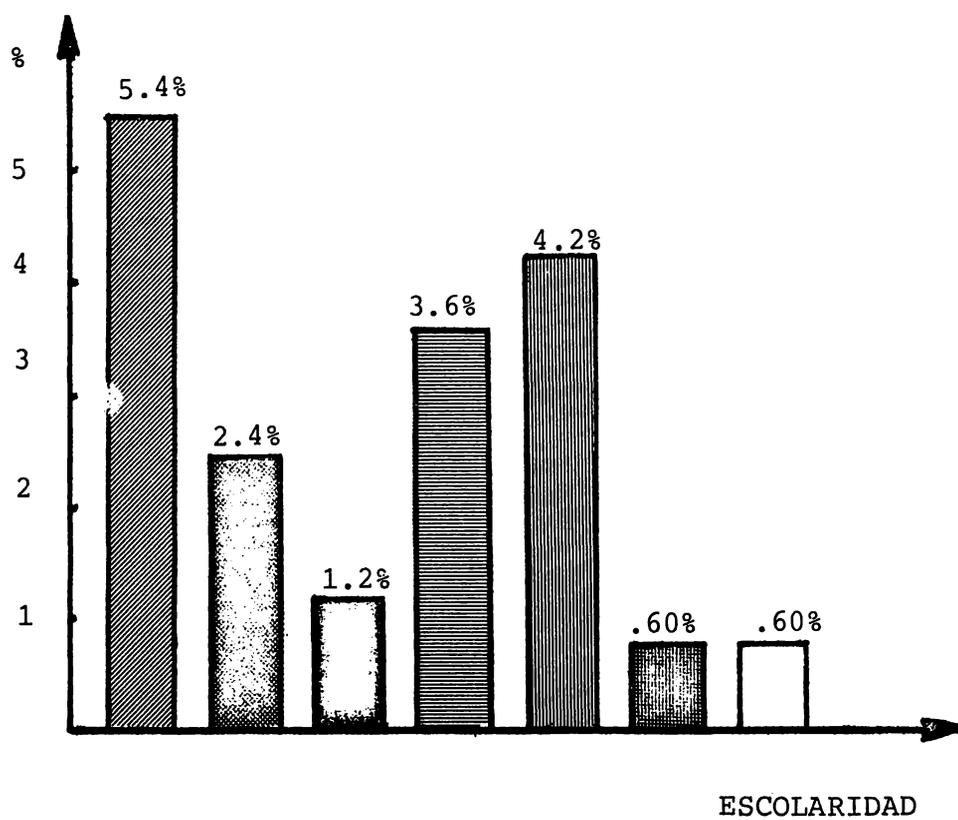


Sin caries dental

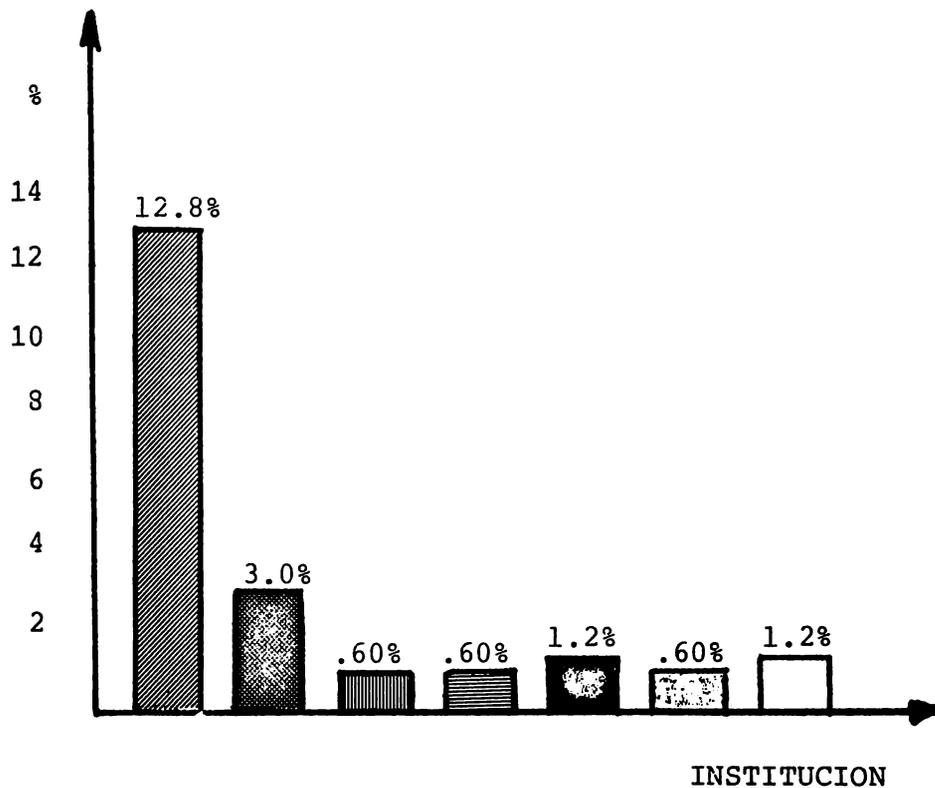
GRAFICA 13. Número de dientes con caries.



GRAFICA 14 . Correlación Escolaridad de los padres & Niños sin caries dental.

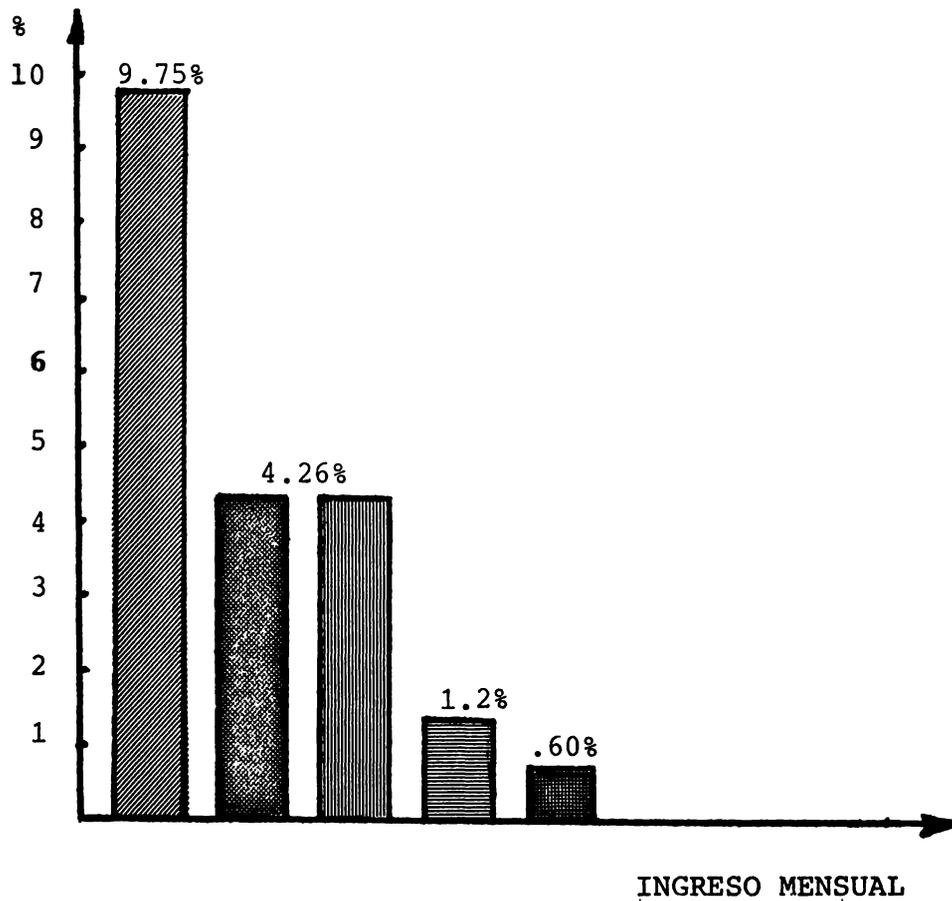


GRAFICA 15 . Lugares a que asisten a consulta.



-  Consultorio Particular
-  Facultad de Odontología
-  D.I.F.
-  Dispensario Dental
-  S.S.A.
-  I.S.S.S.T.E.
-  I.M.S.S.

GRAFICA 16 . Correlación Ingreso Mensual & Asistencia a la consulta dental.



	\$15 000.00	a	\$25 000.00
	\$25 001.00	a	\$35 000.00
	\$35 001.00	a	\$45 000.00
	\$65 000.00	a	\$85 000.00
	De \$85 000.00	ó más	

CUADRO 1.

D I E T A			
No. de días consumidos.			
Alimentos.	7 Días.	Más de un día a la semana.	No consumidos.
Leche	67.68%	21.35%	10.97%
Huevos.	37.19%	47.57%	15.24%
Carne	4.87%	79.89%	15.25%
Pollo.		84.15%	15.85%
Pescado		74.4 %	25.60%
Verduras.	25. %	59.15%	15.85%
Frijoles	27.43%	55.5 %	17.07%
Fruta.	46.95%	37.81%	15.24%
Golosinas.	20.73%	52.45%	26.84%

CUADRO I.- Porcentaje de personas de acuerdo
al consumo de alimentos básicos.

CUADRO 2.

<u>PORCENTAJE DE PADECIMIENTOS POR EDADES.</u>			
	4 Años.	5 Años.	6 Años.
1.- Infecciones Respiratorias.	2.77%	7.24%	1.69%
2.- Infecciones Diarréicas.	2.77%	1.44%	1.69%
3.- Amigdalitis.	8.33%		6.78%
4.- Parasitosis.	2.77%	7.24%	1.69%
5.- Sarampión.	2.77%	2.89%	1.69%
6.- Varicela.		5.79%	5.08%
7.- Tifoidea.			
8.- Problemas Dentales.	16.66%	13.04%	11.87%
9.- Otras.		1.44%	
TOTAL.	35.76%	39.08%	30.49%

CUADRO 3

<u>PORCENTAJE EN PROBLEMAS BUCO-DENTALES.</u>				
	Total de la muestra.	4 Años. (36 niños)	5 Años. (69 niños)	6 Años. (59 niños)
Caries.	81.70%	75%	79.71%	88.1 %
Sin Diastema	31.09%	-	-	-
Falta de Contacto proximal.	20.73%	11.11%	21.73%	25.42%
Sobre mordida.	20.12%	33.3 %	15.94%	16.94%
Hábitos.	17.07%	16.66%	13.04%	22.03%
Pérdida prematura	13.41%	2.77%	15.94%	15.25%
Gingivitis.	9.75%	5.55%	8.69%	13.55%
Fístula (mucosa o encía insertada).	7.92%	8.33%	7.24%	8.47%
Mal posición dental.	7.31%	-	7.24%	11.86%
Mordida cruzada anterior.	7.31%	8.33%	5.79%	8.47%
Mordida abierta.	5.4 %	2.77%	5.79%	6.77%
Pigmentaciones dentales.	3.65%	5.55%	2.89%	3.38%
Hipoplasia del esmalte.	3.04%	5.55%	1.44%	-
Dientes fusionados.	1.81%	5.55%	1.44%	-
Traumatismos dentales.	1.81%	-	-	-
Línea media (ausencia)	1.21%	-	2.89%	-
Plano terminal distal.	.60%	-	-	-
Plano terminal mesial exagerado	.60%	-	-	-

DISCUSION.

SOCIO-ECONOMICO:

La información muestra los contrastes que caracterizan a la población mexicana, en cuanto a los niveles de bienestar (2), desde el punto de vista de ingreso familiar.

Observando los resultados obtenidos en los cuestionarios se puede notar porcentajes similares a otros sectores de la Ciudad, así como la semejanza que existe con otros países - no desarrollados (2), en los cuales existe una gran masa de población que perciben ingresos reducidos y que como consecuencia de ello, carecen de ciertos bienes y servicios necesarios para alcanzar un nivel más adecuado, en tanto que una reducida parte de la población sostiene mejores patrones de vida en relación directa a un mejor estado económico.

En cuanto a número de miembros por familia, en estas - se nota una tendencia a la planificación familiar. Con respecto a los servicios médicos y dentales, de acuerdo a los datos disponibles a nivel nacional, existe un marcado contraste en el financiamiento de dichos servicios a nivel institucional, ya que como se ve en el cuaderno de Aspectos Sociales de la Secretaría de Programación y Presupuesto, en 1981, el Cuerpo Médico fue de 31982, mientras que el grupo odontológico solo era de 1475 Cirujanos Dentistas, en el Sector Salud Pública. Sin

existir gran diferencia en estas proporciones para el año en curso, de acuerdo a las cifras estimadas en el II Informe de Gobierno de 1984.

La lectura de estos datos hace más comprensible que -- los resultados obtenidos en este trabajo hayan contado con la mayor proporción para las personas que no acuden a ningún tipo de servicio dental. También que la mayoría de los que acuden a la consulta dental (20.12%), lo hagan a consultorios particulares e iniciando estas visitas con carácter de emergencia -- pues existe algún tipo de sintomatología dolorosa, siendo muy limitados los casos en que lo hacen de manera preventiva o de rutina.

También a consecuencia de la pequeña población odontológica que puede dar atención en cualquiera de las Instituciones nacionales, la población beneficiada es reducida. Esto lo señala la información recopilada tanto en los resultados obtenidos de nuestra muestra, como la obtenida a nivel nacional; -- la atención médica prestada por las Instituciones públicas en 1982, fue de 104,804.558 consultas de las cuales 4,136.681 fueron odontológicas siendo estas aproximadamente el (4 %)

El costo de los tratamientos odontológicos, desde el punto de vista de altos desembolsos, tanto para las Instituciones como para los usuarios de consulta dental particular; así

como la carencia de programas preventivos, contínuos e intensos, como alternativa a una solución, podrían ser considerados parte de nuestro problema nacional de salud dental.

PROBLEMAS DE SALUD PRIORITARIOS:

La caries dental, una de las enfermedades más frecuentes de la humanidad (11), fue la que prevaleció entre las 10 enfermedades más frecuentes en los niños; de acuerdo a los datos referidos por los padres, ésta prevalencia contó con el mayor porcentaje a pesar de no coincidir con los datos obtenidos en el exámen bucal, el cual da resultados de mayor proporción.

La enfermedad es causada por la interacción de tres factores: (12. 1) microorganismos cariogénicos en la superficie dentaria (principalmente por *Streptococcus mutans* como colonizador inicial y el productor más potente de ácidos .2) un ambiente dietético rico en hidratos de carbono fermentables que permanezcan en la cavidad bucal durante períodos significativos y .3), una superficie dentaria con una resistencia por debajo de la óptima a la disolución ácida.

Sin embargo, el elevado prevalecimiento de las afecciones dentarias no es en sí cuestión de mayor preocupación, pues ésta enfermedad no suele constituir una amenaza para la vida, aunque si constituye parte del estado de salud en general. El problema principal reside en la gran proporción de la población que suma el prevalecimiento el descuido del problema.

Otra de las enfermedades que prevaleció en los niños r

fueron las amigdalitis, que vienen a constituir uno de los padecimientos comunes que alcanza su mayor incidencia en los núcleos cerrados con acúmulo de niños susceptibles.

La varicela tomando el 3er. lugar en frecuencia, se -- presentó en pequeño porcentaje y solo entre los niños de 5 y - 6 años.

Los resultados restantes no destacan una significativa diferencia aunque cabe mencionar que los siguientes fueron los que atacan vías respiratorias y las enfermedades parasitarias las cuales son comunes en México (13). Lo cual indica la necesidad de que en todos los niveles se preste una atención mayor a este problema.

En el caso del sarampión, es de mencionar que el porcentaje fue muy bajo (2.43%). Con respecto a las enfermedades diarreicas también estas fueron de una baja prevalencia, asociando a la higiene en la elaboración de los alimentos.

INMUNIZACION:

En el inciso concerniente a inmunización los datos obtenidos reflejan un estado satisfactorio, ya que en los 3 grupos de edades el mayor porcentaje de niños cuenta con sus inmunizaciones correspondientes. Esto puede ser resultado de la intensa y constante campaña que al respecto existe, así como al requisito que cubre el tener la cartilla de vacunación para poder inscribir a los niños a la educación preescolar a la primaria.

ESTADO NUTRICIONAL:

Los aspectos de alimentación y grado de nutrición son de especial relevancia dentro del conjunto de elementos que conforman los mínimos de bienestar de la población, dada la necesidad que tiene todo ser humano de recibir un adecuado régimen alimentario que le permita su desarrollo físico y social.

En los resultados obtenidos de acuerdo al promedio de consumo de los alimentos básicos, así como estableciendo comparaciones con las tablas de talla y peso, del Archivo de Investigación Médica (14); el mayor porcentaje de los niños de esta muestra se encuentran más próximos a los valores promedios superiores de dichas tablas, tanto en peso como en talla.

Sin embargo también es de mencionar a aquellos que están por debajo de los valores promedios mínimos (15.87%), los

cuales reflejan que la calidad de su alimentación no cumple con los valores mínimos para permitir un desarrollo físico adecuado.

PREVALENCIA DE PROBLEMAS BUCO-DENTALES:

Dentro de los objetivos de este trabajo están no solo conocer la prevalencia de caries dental en relación a otras enfermedades, sino también conocimiento de la frecuencia de otros padecimientos o problemas que conciernen al Cirujano Dentista, Odontopediatra, así como a especialistas en Salud Pública.

Los problemas de salud dental suelen ser agrupados en las siguientes categorías: caries dental, enfermedad periodontal, mal oclusiones, cáncer bucal y otras lesiones de los tejidos blandos y manifestaciones bucales de enfermedades generales (15).

Evaluando el examen buco-dental, se encontró que el problema prevalente es la caries dental (81.7%). También se observó que existe una correlación ($c = 0.24$ estadísticamente significativa) con la edad, a mayor edad más niños con caries dental, y guardando una estrecha relación con la frecuencia de cepillado e higiene bucal.

El avance en estas lesiones puede asociarse a los pe--

ríodos de actividad cariogénica (16), los cuales están relacionados a las etapas de erupción dental, según Massler (16), se producen exacerbaciones a los 4-8 años (caries temprana de la infancia) que destruye a los dientes primarios y los primeros molares permanentes; a los 11 - 18 años (caries de la adolescencia) que atacan a la dentición permanente recién erupcionada.

También en los resultados se observó que la extensión de la caries aumenta a la par con la edad, y que cuando ésta lesión involucra los lados proximales, el resultado será pérdida de espacio la cual puede ser más rápida si intervienen las fuerzas de erupción de los primeros molares permanentes, ya que estos provocan presión en los dientes temporales adyacentes tomando así el espacio correspondiente a la estructura dental -- destruída y por consiguiente una reducción del espacio necesario para los dientes sucesores.

Ahora bien, además de la destrucción dental por la falta de tratamiento odontológico, la caries continúa su proceso destructivo llegando a lesionar al tejido pulpar y con esto causando necrosis del mismo, lo que ya provoca un problema mayor, o la necesidad de establecer algún tratamiento más complejo.

La pérdida prematura es en casi todos los casos el re-

sultado de dientes cariados no tratados; el porcentaje en este incisivo fue de 13.41% y en todos ellos, los niños carecían de algún tipo de mantenedor de espacio, lo que puede repercutir en su futura oclusión permanente.

La siguiente parte en el exámen bucal corresponde a las alteraciones en forma, color y textura dental, aunque en la mayoría de los casos la etiología no puede ser manejada por medio de programas preventivos, es importante tener el conocimiento de la existencia de estas alteraciones y saber dar el tratamiento más adecuado.

OCCLUSION:

Siguiendo el orden de acuerdo a la prevalencia de factores que pueden asociarse a alteraciones buco-dentales; en los niños de este estudio se tomaron los datos concernientes a la oclusión teniendo en cuenta que la dentición primaria completa y las pautas genéticas han demostrado su importancia para el futuro del desarrollo de la permanente.

De acuerdo a las características de la dentición primaria se observó que el 31.09% de los niños carecen de espacios fisiológicos y/o primates, lo que los coloca en la lista de posibles futuros candidatos al tratamiento ortodóncico. Ya que se sabe que estos espacios compensan las diferencias dimensionales de los dientes de la 1a. dentición (17).

Otra de las características de la primera dentición es la posición de los incisivos, los cuales se hayan en una neutrover---sión por lo que es de mencionar los casos que no cumplieron esta característica.

Los resultados fueron en un bajo porcentaje, pero es importante evaluar estos, ya que las mordidas cruzadas anteriores o posteriores en la dentición primaria pueden producir mordidas cruzadas en la dentición permanente (17).

Los niños con sobremordida también tienen la posibilidad de producir sobremordida en su futura oclusión. (17)

La mordida abierta también fue poco frecuente, por lo común indican hábitos de presión indeseables que, si no se corrigen, son capaces de provocar alteraciones en la dentición permanente; las mal oclusiones se producen si el niño lo hace con bastante frecuencia durante períodos de tiempo, lo suficientemente prolongadas y a intervalos tan seguidos como para producir una deformidad.

En los niños se observó que los de 4 años, tienen el hábito de succión digital principalmente y succión labial, mientras que en los de 5 años, disminuyó el porcentaje y en los de 6 años este aumentó. Pero en estos niños se nota el há-

bito que han adquirido es el de morderse las uñas, el cual frecuentemente sucede al de la succión digital. Este no se considera un hábito pernicioso odontológicamente hablando, ya que se ha visto que este no produce mal oclusiones.

Otra de las características de la dentición primaria es el plano terminal que forman los segundos molares superiores e inferiores, el cual servirá de guía para la erupción de los molares permanentes los cuales son la llave de la oclusión. (18).

En este estudio la mayoría de los niños tuvieron plano terminal mesial y vertical, lo que permite predecir que la oclusión en estos niños será Clase I de Angle (Dentalmente hablando).

Solo hubo planos terminales mesial exagerado en .60% y este es el resultado de pérdida prematura de los 1ros. molares temporales inferiores y también en el .60% hubo plano terminal distal (tendencia a Clase II).

ENFERMEDAD PERIODONTAL:

En tejidos blandos el problema que prevaleció en la -- muestra fue la gingivitis marginal, la cual tiende a ser transitoria ya que se considera que la intensa actividad perióstica en los niños en crecimiento puede permitir la reparación, y por tanto provee cierta protección contra el desarrollo de la periodontitis (20). Sin embargo, el inicio de toda enfermedad periodontal está acentada sobre los hábitos de higiene bucal de la infancia.

CUIDADOS DENTALES.**HIGIENE:**

De acuerdo a los resultados obtenidos el grupo que tiene mejores condiciones de higiene bucal es el de los niños de 4 años, ya que de ellos solamente el 8.33% tiene higiene deficiente de acuerdo a la clasificación realizada.

Los niños de 5 y 6 años muestran condiciones de higiene semejantes. Siendo los porcentajes similares en los tres tipos de higiene (buena, regular, y pobre), incrementándose de 8.33% en los niños de 4 años a un promedio de 30.50% en los de 5 y 6 años en los que se refiere a higiene pobre. Lo que muestra que con el aumento de la edad hay más descuido en los hábitos de higiene bucal.

ASISTENCIA A CONSULTA DENTAL:

Por los datos obtenidos de niños con algun tratamiento dental realizado por el Cirujano Dentista, se observa que solo un pequeño número de ellos ha acudido a la consulta odontológica (principalmente consulta privada), notándose en casi todos ellos que no han recibido un tratamiento integral, ya que únicamente sus tratamientos consistían en obturaciones con amalgama y extracciones, también se observó en el 3.04% que son los niños que han sido atendidos en la Facultad de Odontología, recibieron tratamientos más completos y especiales para niños, ya que en estos se realizaron restauraciones con coronas de acero cromo, mantenedores de espacio y amalgamas donde estaban indicadas. En estos niños la rehabilitación oral es total o casi total.

ESTADO SOCIO-ECONOMICO & ASISTENCIA DENTAL:

Uno de los posibles factores del porqué de la asistencia al tratamiento odontológico es el estado socio-económico de las familias; en la correlación de este factor a la salud dental, los resultados no fueron los esperados, ya que los padres que cuentan con menores ingresos económicos han asistido con más frecuencia al servicio dental que los que tienen mejores ingresos.

CONCLUSION

La muestra, pertenece a la clase media y media baja de la ciudad de México.

En general, estas familias de ingresos reducidos canalizan una gran proporción de los mismos a cubrir sus necesidades más elementales. En ellos hay una tendencia a la reducción en el número de miembros por familia, con el fin de que ésta sea más pequeña y por consiguiente los hijos tengan mejores oportunidades.

La mayoría es favorecido por servicios médicos asistenciales, sin embargo el 32.94%, no acude o lo tiene que hacer a servicios particulares por lo que las consultas en la mayoría de los casos tienen un carácter curativo o de emergencia. Siendo, el uso de los Cirujanos Dentistas inferior al de los médicos en todos los niveles de ingresos.

De acuerdo a los niveles de atención a la salud. El primero (prevención y promoción), solo ha cubierto favorablemente los que concierne a inmunizaciones básicas y esto lo ratifica el hecho de que entre los padecimientos más comunes de la infancia, el sarampión haya disminuído su prevalencia, ya que cuenta con la inmunización específica y además está incluida dentro de las 6 vacunas básicas, las cuales están promovi--

das por una intensa y continúa campaña.

El segundo nivel de atención médica, (diagnóstico y tratamiento), es en el que existe más demanda y esta en muchas ocasiones no cubre las necesidades de la comunidad, lo que hace relevante la necesidad de establecer programas preventivos y de educación; un ejemplo claro de esto, es la enfermedad más prevalente entre los niños de este estudio (caries dental en 81.70%). La cual al no ser tratada, de una simple descalcificación dental puede llegar a desencadenar problemas infecciosos, oclusales y/o parodontales. Que se traducen en mayores costos.

La alta frecuencia de afecciones dentales en la pobla---ción infantil es oscilante, con el prevalecimiento de caries dental como universal en los niños.

Una explicación a la alta frecuencia de esta enfermedad en la muestra está en relación a: los dentistas representan un - grupo pequeño en el Sector Salud, para la enorme porblación que requiere de sus servicios; la limitación de los tratamientos que se dan a nivel Institucional; el costo de los tratamientos en -- consultas particulares y sobre todo el desconocimiento de los métodos preventivos y de las consecuencias a que lleva el desequilibrio de la salud dental.

Continuando con los factores que provocan desequilibrio

en la salud dental. Los factores que tuvieron una frecuencia -- significativa, en este estudio, son los que influyen directa o indirectamente en la creación de mal oclusiones. El gran prevalecimiento de ésta, se observa en la adolescencia, pero muchas de las mal oclusiones son el resultado de la no prevención o intercepción de los problemas que hubo en etapas anteriores.

Por último, la enfermedad periodontal en los niños consistió en gingivitis marginal, la cual está asociada a los hábitos de higiene deficientes principalmente y a la erupción de la segunda dentición. Lo que destaca la importancia de la institución de hábitos de higiene y tratamientos en los niños, ya que los problemas periodontales de la edad adulta suelen tener comienzo en la infancia.

POSIBLES SOLUCIONES:

1. Creación de programas adecuados a cada comunidad con la finalidad de:

a) Dar educación para el cuidado de la salud general y dental a todos los niveles socio-económicos.

b) Orientación nutricional: La cual es básica para un buen desarrollo en la infancia, además de ser un coadyuvante en la prevención de complicaciones en cualquier enfermedad, ya que hay padecimientos infecciosos y contagiosos que en individuos --

mal nutridos llegan a causar la muerte, lo que no es frecuente en niños en buen estado nutricional.

También la dieta, para la salud dental es parte importante, ya que al buscar correlación entre los ingresos familiares y escolaridad con respecto a los cuidados dentales se encontró una relación inversa entre el estado socio-económico y la prevalencia de caries dental, lo que muestra que uno de los factores que dan resultados inversos son las variaciones de algunos alimentos en las dietas.

c) Campañas en pro del mejoramiento del ambiente. Esto es porque como se sabe, muchas de las enfermedades infecciosas, son a causa de la carencia de servicios básicos o de las pobres condiciones ambientales.

d) Control de las enfermedades previsibles. En esta parte la sugerencia no es para los programas de vacunación, pues estos han dado resultados satisfactorios. Aquí la especial mención es para las afecciones buco-dentales, las cuales prevalecen sobre otras enfermedades, y carecen de la atención adecuada y no han tenido el impulso necesario, ya que son altamente previsibles mediante programas de educación y prevención, estos ofrecen una alternativa a las necesidades de la población y al mejoramiento de los servicios odontológicos.

e) Atención médica y odontológica por grupos prioritarios, realizando una clasificación acorde a las necesidades de cada individuo.

RESUMEN

Investigación en una comunidad en la zona urbana, el objetivo principal fue el conocer la prevalencia y epidemiología - de problemas de salud general y dental, entre los niños de 4 a 6 años de edad.

Otro de los objetivos fue el tener información sobre la asistencia médica y dental a que tienen acceso estos niños.

La prevalencia de problemas prioritarios de salud fueron los siguientes: caries dental en el 88.1%; niños con una alimentación inadecuada el 15.87%; los resultados obtenidos en cuanto a inmunización recibida por los niños, fueron elevados, aproximadamente 89.1%.

Los resultados referentes a servicios médicos y dentales son deficientes a nivel preventivo y no cubren las necesidades - en el 2º nivel, sobre todo en el plano odontológico.

Epidemiológicamente, los resultados no tuvieron la trascendencia esperada, ya que el factor socio-económico no fue significativo, ante los niños que presentaban algún tratamiento dental.

Como conclusión final podríamos decir que ante muchas de las enfermedades que prevalecen en los niños, es necesario el --

establecimiento de programas educativos de salud como medio necesario e indispensable para reducir la frecuencia de estos padecimientos.

B I B L I O G R A F I A.

1. CONAPO: México Demográfico, Breviario 1980-1981
México.- Abril 1982.
2. México: Información sobre Aspectos Geográficos,
Sociales y Económicos.
Aspectos Sociales Volumen II
México 1982.
3. II Informe de Gobierno, Lic. Miguel de la Madrid
Hurtado.
Sector Salud.- 1984.
4. I.M.S.S.- Subdirección General Administrativa,
Jefatura de Planeación, Departamento de Estadística,
Anuario Estadístico de Servicios Médicos
1980, y 1981.- Volumen I
México, 1981 y 1982.
5. I.S.S.S.T.E.- Subdirección General de Finanzas
Subdirección de Actuaría y Estadística, en base
a datos de Estadística Básica del I.S.S.S.T.E.
1982.
6. PEMEX.- Gerencia de Servicios Médicos, en base
a datos para la Estadística de Asistencia y Serv
vicios Médicos.1982

7. S.D.N.- Dirección General de Sanidad. Grupo de Información y Estadística, en base a datos para la Estadística de Asistencia y Servicios Médicos

8. S.M.- Dirección General de Servicios Médicos, Departamento de Coordinación de Unidades Médicas, Oficina de Bioestadística.
Lic. Miguel de la Madrid Hurtado,
I Informe de Gobierno 1983, Anexo Sector Salud y Seguridad Social, D.F., Septiembre 1983,
Datos de la S.S.A.

9. S.N.D.I.F.- Dirección de Evaluación, Departamento de Estadística en base a datos para la - Estadística de Asistencia y Servicios Médicos. 1982.

10. D.D.F- Dirección General de Servicios Médicos Subdirección de Programación y Evaluación, Jefatura de Información y Análisis. 1982.

11. Nowbrun, E.: Cariology, 3a. Edition.
University of California, San Francisco, 1975.

12. O' Brien, T.C.: Introduction and Rationale - for continued investigations onavaccione as - an approach to caries prevention.

Proceedings "Immunology Aspects of Dental Caries"

Edited by Bowen, Genco and O'Brien.

Immunology Abstract (Special Supplement).

Washington, D.C.: Information Retrieval.

Inc. p. 3-9, 1976.

13. Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva.

Boletín Epidemiológico Anual,

I.M.S.S. 1982.

14. Ramos Galván R. Serrato.

Somatometría Pediátrica.

Archivo de Investigación Médica, (México) 6:Suplemento
to 1, 1975.

15. Nikias M.K.:

Prevention in oral health problems: Social behavio--
ral aspects.

Prevent Med. , 5:149-164, 1976.

16. Massler, M.

Teenage Cariology.

Dental Clinic of North American. April 1969, Vol. 13
2 (414).

17. Edward M. Barnett.

Terapia Oclusal en Odontopediatría.

Editorial Panamericana 1978.

18. Barnett, E.M. and Metha, J.
Oral growth stages-the key to guide occlusal, development.
Journal of American Dental Association. December,--
1970. Vol. 81:6 (343-435).
19. Thompson, J.R.
Dento-facial growth in the adolescent.
Dental Clinic of North American. 1969. Vol. 13(2):
343-373,
20. Gibson, A. Stanley Gelbier and Surendra Bahtia.
Dental Health and Treatment Needs of 5 years old --
children in the Health Area of Lambeth, Soutehwaek
and Lewisham, England.
Community Dental Oral Epidemiology 1981. 9:5-9
21. Anneli Milen, Hannu Hausen, Heikki Tala, Ilkka Pauni
o and Olli P. Heinonen.
Caries in 3-5 year old children participating in pu-
blic Dental care During 1974 - 79.
Community Dental Oral Epidemiology 1984. 9:270-274.
22. Nohammed Farouk.

- Periodontal Disease Prevalence and Dental Needs among schoolchildren in Saudi Arabia.
Community Dental Oral Epidemiology 1982. 10:98-99.
23. Alison, M. Dowty.
Oral Health of Children in Southern Sudan.
Community Dental Oral Epidemiology 1982. 10: 82-85.
24. Russell L.A., D.D.S. M.P.H. and Ayets. D.D.S. M.P.H.
Periodontal Disease Socioeconomic Status in Birmingham, Ala.
American Journal Periodontic 1960 February 50(2): 206-214.
25. Mobley L. E., D.D.S., M.P.H., Nashville., Tenn., Stanley H., Smith.
Caries progression in primary molars: 24 month results from a minimal treatment programme.
Community Dental Oral Epidemiology 1981. 9:260-265.
26. Hisham Burhani, Presidente de la Asociación Dental - Siria.
Estudio Piloto.
Quintaesencia 1980 Mayo. Vol. 5:5(17-78).
27. Cohen Michael, Sr., D.M.D.

Stomatologic Alterations in Childhood. Part II.

Journal of Dentistry for Children Jul/Agost 1977.

Vol. 55: 327-334.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 DIAGNOSTICO DE PROBLEMAS DE SALUD EN NINOS PREESCOLARES

Fecha _____

DATOS PERSONALES

- 1. No. de registro _____
- 2. Edad _____
- 3. Sexo _____

DATOS FAMILIARES

- 4. Escolaridad de la madre
- 5. Escolaridad del padre
 - primaria.....1
 - secundaria.....2
 - comercio.....3
 - preparatoria...4
 - profesional...5
 - técnico.....6
- 6. Ocupación
 - obrero.....1
 - técnico.....2
 - empleado.....3
 - profesionista..4
 - independiente..5
- 7. Ingreso mensual familiar
 - 15000 a 25000....1
 - 25001 a 35000....2
 - 35001 a 45000....3
 - 45001 a 65000....4
 - 65001 a 85000....5
 - 85000 ó más.....6
- 8. Número de miembros por familia _____
- 9. Servicio médico y dental al que acuden
 - I.M.S.S.....1
 - I.S.S.S.T.E.....2
 - S.S.A.....3
 - H. Militar.....4
 - Dispensario.....5
 - Facultad de Odontología...6
 - Particular.....7

HISTORIA CLINICA

- 1. Peso _____
- 2. Talla _____
- 3. Alimentación
(número de veces a la semana)
 - leche.....
 - huevos.....
 - carne.....
 - pollo.....
 - pescado.....
 - verduras.....
 - frijoles.....
 - fruta.....
 - golosinas.....
- 4. Inmunización:

Polio <input type="checkbox"/>	Sarampión <input type="checkbox"/>
DPT <input type="checkbox"/>	Tifoidea <input type="checkbox"/>
BCG <input type="checkbox"/>	Tétanos <input type="checkbox"/>
- 5. Estado de salud
 - sano.....1
 - enfermizo.....2
- 6. Antecedentes de enfermedades:

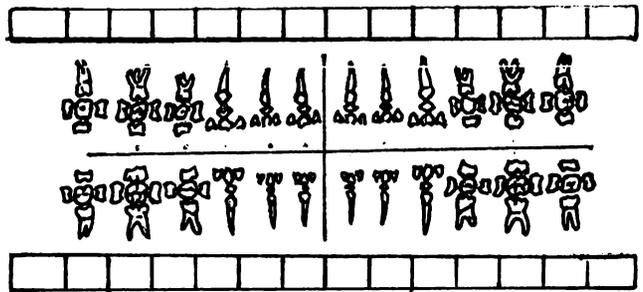
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

 - Infecciones respiratorias.....1
 - Enfermedades diarreicas.....2
 - Amigdalitis.....3
 - Parasitosis.....4
 - Sarampión.....5
 - Varicela.....6
 - Tifoidea.....7
 - Fiebre reumática.....8
 - Tuberculosis pulmonar.....9
 - Problemas dentales.....10
 - Otro.....11
 - Cuál ? _____
- 7. Defectos físicos _____

1. Labios
 - normales.....1
 - queilosis angular...2
 - fisurados.....3
 - ulceraciones.....4
 - resecos.....5
2. Mucosa bucal
 - normal.....1
 - queilosis.....2
 - ulceraciones.....3
 - fístulas.....4
 - abscesos.....5
 - manchas de Koplik...6
3. Lengua
 - normal.....1
 - fisurada.....2
 - saburral.....3
 - atrofia papilar.....4
 - irritación5
 - ulceraciones.....6
 - deprecciones dentales.7
 - frenillo corto.....8
4. Encía
 - normal.....1
 - hipertrofica.....2
 - gingivitis.....3
 - deshidratada.....4
 - cambio de color.....5
5. Paladar
 - normal.....1
 - anomalías congénitas.2
 - cambio de color.....3
 - ulceraciones.....4
6. Dientes: textura y forma
 - normal.....1
 - anormal.....2
 - hipoplasia.....3
 - amelogenesis imperfecta..4
 - pigmentaciones o cambios de color.....5

7. Diastema
 - si.....1
 - no.....2
8. Mal posición dentaria
 - si.....1
 - no.....2
9. Hábitos perniciosos
 - succión digital.....1
 - protusión de la lengua..2
 - unicofagia.....3
 - respirador bucal.....4
 - otro.....5
 - Cuál ? _____
10. Secuencia anormal
 - si.....1
 - no.....2
11. Pérdida prematura
 - si.....1
 - no.....2
12. Falta de contacto proximal
 - si.....1
 - no.....2
13. Higiéne
 - buen.....1
 - regular.....2
 - pobre.....3
14. Otras anomalías
 - si.....1
 - no.....2
 - Cuál ? _____

15. Dientes cariados, perdidos y obturados.



EXAMEN DENTAL

1. Edad dental _____
2. Línea media
 - si.....1
 - no.....2
3. Planos terminales
 - vertical...1 izq. _____ dere-cho _____
 - mesial.....2
 - distal.....3
 - mesial exagerado...4
4. Sobre mordida
 - si.....1
 - no.....2
5. Mordida cruzada
 - si.....1
 - no.....2
6. Mordida abierta
 - si.....1
 - no.....2

16. Observaciones _____
- _____
- _____
- _____
- _____