



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS

**PREVALENCIA DE CARIES INFANTIL E HIGIENE BUCAL EN
NINOS DE NIVEL ESCOLAR**

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

CLAUDIA ISABEL LOPEZ VAZQUEZ

CYNTHIA YELENA VELAZQUEZ RUIZ

Asesores:

Ángel Gutiérrez Zavala.

Luis Gabriel Rosales Coutiño,

Humberto Díaz Coutiño.



**Cirujano
Dentista**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a marzo 2014

INDICE.

PAG

I.INTRODUCCION.....:4

II.PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA.....:5

III.OBJETIVO.....:6

3.1 OBJETIVO GENERALES.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.

IV.JUSTIFICACION.....:7

V.MARCO TEORICO.....:8

5.1 ESTRUCTURAS DENTALES.

5.2 CARIES.

5.3 FACTORES DE RIESGO CARIOGENICO

5.4 TEJIDOS AFECTADOS POR LA CARIES

5.5SIGNOS Y SINTOMAS.

5.6EXAMENES.

5.7TRATAMIENTO.

5.8COMPLICACIONES.

5.9 PREVENCION.

VI.MATERIAL MÉTODO.....: 24

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

6.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

6.4 CRITERIO DE INCLUSION.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

6.6 MÉTODO PARA RECOLECCION DE DATOS

6.7 MATERIALES.

6.8 INSTRUMENTO DE ESTUDIO.

VII.	CONSIDERACIONES ETICAS	28
VIII.	RESULTADOS	29
IX.	CONCLUSION.....	38
X.	PROPUESTAS.....	39
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	40
XII.	ANEXOS	42

I.INTRODUCCION

La salud bucal puede definirse como la ausencia de dolor oro facial agudo y crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental, pérdida de dientes, y otras enfermedades o trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

La salud bucal es considerada como una parte integral del complejo craneofacial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación; está relacionada con el bienestar y la calidad de vida desde los puntos de vista funcional, psicosocial y económico.

La enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas de la salud, respuesta a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica en carbohidratos, mala higiene oral, falta de conocimientos sobre problemas buco-dentales, responsabilidad individual con su propia salud, asistencia sistemática a los servicios y otros.

Las afecciones de la cavidad bucal constituyen un problema de salud dada la alta prevalencia de caries dental en la población escolar. Estos problemas de manera indirecta afectan el rendimiento del estudiante, su aprendizaje y su entorno escolar junto con la enfermedad periodontal. De manera que este padecimiento afecta a persona de cualquier edad, sin importar sexo ni raza, teniendo mayor prevalencia en personas de menor nivel socioeconómico.

En las escuelas se debe enfatizar que la salud oral es una responsabilidad compartida por padres, profesores, odontólogos y los otros miembros de la sociedad involucrados en el desarrollo de la salud pública; preferiblemente, la educación de los padres debería ir paralela a la educación de los niños, de forma que los padres pudieran apoyar y ayudar a sus hijos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La promoción de la salud y la educación para la salud son componentes integrales de la mayoría de los programas públicos para la salud bucal exitosa. La promoción de la salud consiste en cualquier combinación planeada de apoyos educativos, políticos reguladores, y organizacionales para acciones y condiciones que conduzcan a la salud de una comunidad o de un grupo de individuos en una localización geográfica definida.

Por tal motivo se hace indispensable unificar y establecer los criterios de atención a la salud bucal, con énfasis en la prevención integral, ya que por ello podemos adquirir buenos hábitos bucales desde las primeras etapas de la vida que garantizara con seguridad una vida sana.

La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal, en particular en la caries dental.

La caries dental y la falta de higiene oral es uno de los principales problemas buco dentales en la sociedad actual con una alta prevalencia en los niños, debido a esto se presenta una investigación para dar a conocer la prevalencia que hay de caries e higiene oral en niños y niñas correspondiente al grado de primero y segundo año de la escuela **¿cuál es la prevalencia de caries e higiene oral que existe en los niños y niñas correspondiente al primer grado de la escuela primaria sor Juana Inés de la cruz?** “sor Juana Inés de la cruz” del turno vespertino; ubicado en la colonia Terán de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, durante el periodo febrero 2012 a enero del 2013 y así determinar

III. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia de caries e higiene bucal en niños y niñas de nivel escolar en una zona urbana ubicada en ampliación Terán de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas durante el periodo de febrero del 2012 a enero del 2013.

OBJETIVO ESPECÍFICO.

- Caracterizar la población de estudios.
- Determina el número de niñas y niños con caries e higiene oral buena o mala.
- Determinar CPOD (índice cariado, perdido, obturado de los órganos dental) y CeOD (índice cariado, extraído, obturado de los órganos dental) de los niños encuestado y estudiados.
- Fomentar las medidas preventivas más eficaces hacia los niños de nuevo ingreso.

IV. JUSTIFICACIÓN

El contenido del proyecto tiene como objetivo brindar los elementos de información necesarios que sirvan para crear formas y métodos higiénicos que fomenten el cuidado y ayuden a enriquecer la cultura de salud bucal como parte integral de la salud general del niño y como finalidad prevenir futuras enfermedades orales.

Tomando en cuenta que en nuestro estado existen altos índices de pobreza y de deficiencia nutricional que han repercutido en los altos niveles de caries que presentan la población infantil; nos preocupa la salud bucal de estos niños y para darles una mejor atención, se dio seguimiento a los problemas que afectan a la población infantil con el propósito de darles solución y ayudar a que los índices de caries disminuya cada vez más.

La caries se puede catalogar como una pandemia a nivel mundial, por ello se ha decidido reforzar las medidas preventivas y diagnósticos oportunos.

la finalidad del programa “las escuelas libres de caries”, es que todos los niños y niñas, cuenten con la atención odontológica oportuna ,a fin de erradicar este problema de salud pública al realizar con ayuda ,de padres de familia y maestros; las platicas de salud bucal son para concientizar sobre la importancia de mantener en buen estado nuestros dientes y tejido periodontal, para ello se reparten cepillos a niños de bajos recursos, aplicación de flúor ,se han realizado recados escolares con el fin de que el padre lleve a su hijo(a),al centro de salud de teran para su valoración odontológica y a la vez que esta sea de manera oportuna

V.MARCO TEORICO

Los dientes y encías saludables son esenciales para la buena salud en general del niño. Los dientes lesionados, enfermos o con desarrollo deficiente pueden ocasionar una nutrición insuficiente, infecciones dolorosas y peligrosas, problemas con el desarrollo del lenguaje y problemas de autoestima.

Existe diferente enfermedad dental y estructura dental a continuación se explicara más detallada:

El **diente** es un órgano anatómico duro, se encuentra dentro de los alvéolos de los huesos maxilares a través de un tipo especial de articulación denominada gonfosis y en la que intervienen diferentes estructuras que lo conforman: cemento dentario y hueso alveolar ambos unidos por el ligamento periodontal. El diente está compuesto por calcio y fósforo, que le otorgan la dureza.

Para una buena digestión. El diente realiza la primera etapa de la digestión y participa también en la comunicación oral.

Básicamente en el diente se pueden reconocer dos partes, la corona, parte visible recubierta por esmalte dental y la raíz no visible en una boca sana.

Partes de los órganos dentarios:

Esmalte dental: es un tejido formado por hidroxiapatita y proteínas (en muy baja proporción). Es el tejido más duro del cuerpo humano. El esmalte es translúcido, insensible al dolor pues en el no existen terminaciones nerviosas. Con el flúor se forman cristales de fluorhidroxiapatita que es mucho más resistente que la hidroxiapatita al ataque de la caries dental.

Dentina: tejido mineralizado, pero en menor proporción que el esmalte. Es el responsable del color de los dientes. Contiene túbulos en donde se proyectan prolongaciones de los odontoblastos

Cemento dental: tejido conectivo altamente especializado. Es una capa dura, opaca y amarillenta que recubre la dentina a nivel de la raíz del diente. Se encarga de unir la pieza dental con el resto de la mandíbula o maxila.

Pulpa dentaria: de tejido mesodérmico está constituida por un tejido suave que contiene vasos sanguíneos (arteria y vena) que conducen la sangre hacia el diente y por fibras nerviosas que otorgan sensibilidad al diente. Su célula principal son los odontoblastos (son células tanto de la pulpa como de la dentina), éstos fabrican dentina y son los que mantienen la vitalidad de la dentina.

- Estructuras de soporte de los dientes

Tejidos peridentarios que conforman el periodonto, son todos aquellos tejidos que rodean al diente.

El periodonto está constituido por la:

Encía: es la parte de la mucosa bucal que rodea el cuello de los dientes y cubre el hueso alveolar.

Ligamento periodontal: es una estructura de tejido conjuntivo que rodea la raíz y la une al hueso alveolar. Entre sus funciones están la inserción del diente al hueso alveolar y la resistencia al impacto de los golpes.

Hueso alveolar: es la parte del hueso maxilar donde se alojan los dientes. Se denomina hueso alveolar al hueso de los maxilares que contiene o reviste las cuencas o alveolos, en las que se mantienen las raíces de los dientes.

- La caries:

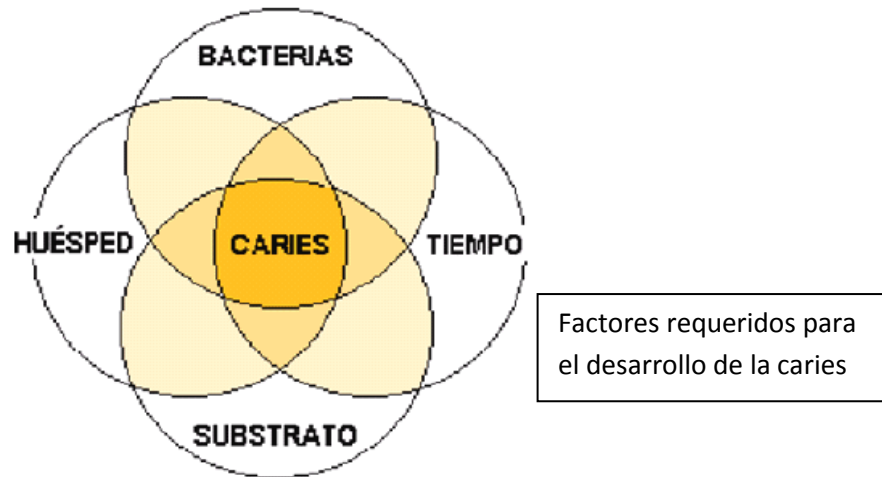
La **caries** es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana. Tras la destrucción del esmalte ataca a la dentina y alcanza la pulpa dentaria produciendo su inflamación, pulpitis, y posterior necrosis (muerte pulpar). Si el diente no es tratado puede llevar posteriormente a la inflamación del área que rodea el ápice (extremo de la raíz) produciéndose una periodontitis apical, y pudiendo llegar a ocasionar un absceso, una celulitis o incluso una angina de Ludwig.

NATURALEZA MULTIFACTORIAL DE LA CARIES

A) Anatomía dental:

la composición de su superficie y su localización hace que los dientes retengan más o menos placa dental. Por ejemplo, los dientes posteriores (molares y premolares), son más susceptibles a la caries ya que su morfología es más anfractuosa y además presentan una cara oclusal donde abundan los surcos, fosas, puntos y fisuras, y la lengua no limpia tan fácilmente su superficie; las zonas que pueden ser limpiadas por las mucosas y por la lengua se denomina zona de

autoclisis. Además es necesario nombrar el rol del hospedero a una mayor o menor incidencia, debido a una susceptibilidad genética heredada o bien por problemas socioeconómicos, culturales y relacionados al estilo de vida (estos últimos condicionarán sus hábitos dietéticos y de higiene oral).



B) Tiempo

Recordemos que la placa dental es capaz de producir caries debido a la capacidad acidogénica y acidorresistente de los microorganismos que la colonizan, de tal forma que los carbohidratos fermentables en la dieta no son suficientes, sino que además éstos deben actuar durante un tiempo prolongado para mantener un pH ácido constante a nivel de la interfase placa - esmalte. De esta forma el elemento tiempo forma parte primordial en la etiología de la caries.

Un órgano dental es capaz de resistir 2 h por día de desmineralización sin sufrir lesión en su esmalte, la saliva tiene un componente buffer o amortiguador en este fenómeno pero el cepillado dental proporciona esta protección, es decir, 30 min posterior a la ingesta de alimentos el órgano dental tiene aún desmineralización, la presencia de azúcar en la dieta produce 18 h de desmineralización posterior al cepillado dental asociado como destrucción química dental independientemente de la presencia de un cepillado de calidad en el paciente.

C) Dieta:

La presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries, sin embargo los almidones no la producen. Pero es necesario aclarar que el metabolismo de los hidratos de carbono se produce por una enzima presente en la saliva denominada alfa amilasa salival o ptialina, esta es capaz de degradar el almidón hasta maltosa y de acuerdo al tiempo que permanezca el bolo en la boca podría escindirlos hasta glucosa, esto produce una disminución en el pH salival que favorece la desmineralización del esmalte. Un proceso similar sucede a nivel de la placa dental, donde los microorganismos que la colonizan empiezan a consumir dichos carbohidratos y el resultado de esta metabolización produce ácidos que disminuyen el pH a nivel de la interfase placa - esmalte. La persistencia de un pH inferior a 7 eventualmente produce la desmineralización del esmalte. Además la presencia de hidratos de carbono no es tan importante cuando la frecuencia con la que el individuo consume se limita a cuatro momentos de azúcar como máximo, de esta manera la disminución brusca del pH puede restablecerse por la acción de los sistemas amortiguadores salivales que son principalmente el ácido carbónico/bicarbonato y el sistema del fosfato.

D) Bacterias

Aquellas capaces de adherirse a la película adquirida (formada por proteínas que precipitaron sobre la superficie del esmalte) y congregarse formando un "biofilm" (comunidad cooperativa) de esta manera evaden los sistemas de defensa del huésped que consisten principalmente en la remoción de bacterias saprófitas y/o patógenas no adheridas por la saliva siendo estas posteriormente deglutidas. Inicialmente en el biofilm se encuentra una gran cantidad de bacterias Gram. Positivas con poca capacidad de formar ácidos orgánicos y polisacáridos extracelulares, pero estas posteriormente, debido a las condiciones de anaerobiosis de las capas más profundas son reemplazadas por un predominio de bacterias gram negativas y es en este momento cuando se denomina a la placa "criogénica" es decir capaz de producir caries dental. Las bacterias se adhieren entre sí pero es necesario una colonización primaria a cargo del *Streptococcus sanguis* perteneciente a la familia de los mutans además se encuentran *Lactobacillus acidophilus*, *Actinomyces naeslundii*, *Actinomyces viscosus*, etc.

FACTORES PREDISPONENTES

La raza: hay mayor predisposición en ciertos grupos humanos que en otros, quizá por la influencia racial en la morfología del diente, la mineralización, el tipo de dieta.

Herencia: hay gente prácticamente inmune a la caries y otras altamente susceptibles. Esta característica vemos que es transmisible de padres a hijos.

Composición química: la presencia de ciertos elementos en el esmalte lo vuelven más resistente frente a la caries. Uno de ellos es el flúor. De ahí su importancia en la prevención de la caries. La ausencia de éstos en el agua de bebida durante la formación del esmalte puede hacer que éste sea más susceptible frente al ataque ácido.

Morfología dentaria: la mal posición dentaria, el apiñamiento, la profundidad de las fosas y fisuras de los dientes... facilitan la producción de caries.

Higiene bucal: una buena higiene disminuye considerablemente la incidencia de caries sobre un individuo. Incluiría la utilización de una buena técnica de cepillado, con un cepillo adecuado, el uso de la seda dental para limpiar las zonas interdentales (las zonas de contacto entre los dientes, donde se acumula placa difícil de eliminar si no es con seda dental) y otros posibles elementos.

Sistema inmunitario: hay factores inmunológicos que protegen al organismo frente a ciertos ataques, como la inmunoglobulina A (presente en la saliva).

Flujo salival: su cantidad, consistencia y composición influyen de manera decisiva.

Enfermedades sistémicas y estados carenciales favorecen la formación de caries.

TEJIDOS AFECTADOS

Factores de tiempo en el desarrollo de la caries.

La caries se considera una enfermedad crónica debido a que las lesiones se desarrollan durante un largo periodo. El tiempo transcurrido promedio entre el momento en que aparece la caries insipiente y la caries clínica es entre 18 y 6 meses. La probabilidad anual de aparición de caries alcanza un pico, entre dos y cuatro años después de la aparición del diente y declina después de este tiempo, reflejando posiblemente una “maduración” posteruptiva de la superficie del esmalte.

Caries del esmalte.

Los primeros cambios visibles se manifiestan con una pérdida de transparencia que da como resultado una naturaleza gredosa. Es precedida por la formación de placa bacteriana, su aspecto clínico e histológico es diferente si se presenta en puntos y fisuras, o en superficies lisas. Los puntos y fisuras en el diente constituyen áreas de menor resistencia que facilitan el acumulo de gérmenes y restos alimenticios, los que a veces son tan profundos que llegan hasta la dentina. Inicialmente la caries de puntos y fisuras (cpf), se observa como un punto de color pardo o negruzco, más blando, y donde la sonda de caries queda atrapada.

El avance de este tipo de caries es fundamentalmente por el límite amelo-dentinario y llega así a afectar gran área del tejido dentinario, dejando una especie de techo de esmalte, que ocasiona el aspecto de una caries de puntos y fisuras con un pequeño orificio, pero que en realidad ha ocasionado gran destrucción de tejido. Otras veces esta caries comienza como una amplia cavidad y su avance es más lento que en la anterior.

Caries de la dentina de la corona.

Al llegar a la dentina, la lesión cariosa se esparce en dirección lateral por la unión amelodentinaria, socavando con frecuencia el esmalte. Invade la dentina y sigue la dirección de los túbulos dentinarios, la dentina afectada presenta diferentes grados de decoloración desde el pardo al casi negro.

Debe tenerse presente que la dentina presenta cambios histológicos antes de que se produzca cavitación en la superficie dentaria. La dentina cariada se caracteriza, clínicamente por cambiar a amarillo claro a pardo o negruzco, a medida que el proceso avanza, además de hacerse más blanda. No debe pensarse que toda dentina de color pardo a negruzco está cariada y debe ser eliminada, pero sí debe hacerse en dentina reblandecida, debido a que debajo de algunas obturaciones y en caries detenidas queda dentina de dicha coloración.

Caries de la raíz.

Se presentan típicamente en forma de lesión crónica lentamente progresiva, se inicia como un ablandamiento superficial del cemento generalmente en el área el cuello del diente que ha quedado expuesto por recesión gingival dado el cemento es tan delgado y que muy rápido se produce compromiso de esmalte cervical, dentina y cemento, se debe preferir el término de caries radicular a caries de cemento, se presenta por lo general en adultos mayores que tienen exposición de la raíz, y los dientes más afectados con esta caries son los molares y premolares inferiores. Existen otras lesiones que ocurren en el cuello del diente, con las que hay que distinguir este tipo de caries, ellas son:

Erosión, abrasión y reabsorción externa, idiopática.

Placa dentobacteriana.

Durante años han existido diversas definiciones expresadas por diferentes investigadores acerca del término de placa dental. La placa dental fue descrita por primera vez en 1898 por Black, como una masa microbiana que recubría las lesiones cariosas. En 1976, Bowen, define a la placa dental como depósitos blandos que forman una biopelícula que se adhiere a la superficie dentaria o a otras superficies duras en la boca. A la acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano. Estos microorganismos pueden adherirse o depositarse sobre las paredes de las piezas dentarias. Su presencia puede estar asociada a la salud, pero si los microorganismos consiguen los sustratos necesarios para sobrevivir y persisten mucho tiempo sobre la superficie dental, pueden, causar caries, gingivitis o enfermedad periodontal (enfermedades de las encías).

Las encías enrojecidas, inflamadas o que sangren pueden ser las primeras señales de una **gingivitis**. Si la enfermedad es ignorada, los tejidos que mantienen a los dientes en su lugar pueden comenzar a destruirse y eventualmente se pierden los dientes.

La placa dental se forma en la superficie de dientes, encía y restauraciones, y difícilmente puede observarse, a menos que esté teñida. Su consistencia es blanda, mate, color blanco-amarillo. Se forma en pocas horas y no se elimina con agua a presión. Varía de un individuo a otro, y también varía su localización anatómica. Si la placa dental se calcifica, puede dar lugar a la aparición de cálculos o sarro tártaro.

Placa supra gingival

Es una placa que se ubica en las superficies de los dientes.

Placa organizada de manera oblicua y perpendicular al eje largo del diente.

Predominan bacterias Gram +.

En las capas más profundas predominan bacterias anaerobias estrictas y, en las más superficiales, las bacterias anaerobias facultativas.

La actividad metabólica con que se relaciona, se basa en la fermentación láctica, o producción de ácido láctico producto de la metabolización bacteriana de carbohidratos.

Se relaciona con la caries dental.

Placa subgingival

Es una placa dental que por lo general se ubica en el surco gingival entre el diente y la encía.

Es una placa laxa, desorganizada, floja, no hay formación previa de película adquirida, ya que la mayoría de las bacterias se depositan mas no se adhieren.

Predominan bacterias Gram -.

En un surco sano se encuentran más bacterias anaerobias facultativas y algunos Anaerobios Estrictos, pero en un surco enfermo o con una periodontopatía se hallan un predominio de anaerobios estrictos.

La actividad metabólica de estas bacterias es por lo general proteo lítica, hidrólisis de proteínas, aminoácidos, lo que produce mal aliento (halitosis) y enfermedad periodontal.

Gingivitis marginal crónica.

Se vincula con frecuencia con la erupción de las denticiones primarias y permanentes, y con la exfoliación de los dientes primarios, pero se resuelve de modo espontáneo. La mayor parte de la gingivitis crónica infantil se relaciona con la presencia de placa, la materia alba y el cálculo, y por lo tanto es el resultado de la higiene bucal deficiente. Otros irritantes locales ordinarios abarcan los márgenes ásperos de cavidades cariosas y sobre extensiones de las restauraciones. La prevalencia de gingivitis aumenta durante la pubertad, asociada con el inicio de secreción de hormonas sexuales.

Gingivitis por manipulación.

Es una lesión auto infringida más comúnmente, en el margen gingival o las papilas; por lo general se produce con la una del dedo. Si se pide al niño que señale el sitio de la molestia, el dedo causal indica directamente la lesión; esto es un signo de diagnóstico útil. La lesión puede ser una úlcera o una remoción localizada del margen gingival del diente, que puede exponer la superficie radicular.

En esta clase de comportamiento infantil empieza generalmente por una irritación gingival, por ejemplo, a partir de las papilas inflamadas o por un diente en exfoliación pero a veces intervienen factores psicológicos y las lesiones son más graves.

Signos y Síntomas de caries.

Es común que en su etapa inicial no cause dolor y se manifieste como una mancha blanquecina sobre la superficie dental, que con el tiempo llega a causar sensibilidad hacia algunos alimentos, especialmente a los dulces y a bebidas frías o calientes

La caries produce dolor cuando el nervio del diente o la pulpa han sido afectados. A veces su avance es lento y puede hacerse notar con la fractura de la pieza o con el apareamiento de un absceso.

La caries no respeta raza, sexo, edad o ubicación geográfica, por lo que todas las personas están en riesgo de padecerla. Estadísticas recientes revelan que el 57% de los niños de 3 años ya están afectados, dicho porcentaje se eleva al 80% en niños de seis años y al 95% en los adultos.

Exámenes

La mayoría de las caries son descubiertas en sus fases preliminares durante los controles de rutina. El dolor puede no presentarse hasta las etapas avanzadas de la caries dental. Las radiografías dentales pueden mostrar algunas caries antes de que sean visibles para el ojo.

Tratamiento

El tratamiento puede ayudar a impedir que el daño a los dientes avance.

El tratamiento puede involucrar:

- Obturaciones
- Coronas
- Tratamiento de conductos.

Los odontólogos obturan los dientes eliminando el material dental cariado con el uso de una fresa dental y reemplazándolo con un material como las aleaciones de plata, oro, porcelana o resina compuesta. Estos dos últimos materiales son los que más se asemejan a la apariencia natural del diente y pueden preferirse para los dientes frontales. Muchos odontólogos consideran que las amalgamas (aleaciones) de plata y de oro son más resistentes y suelen usarlas para los dientes posteriores, aunque hay una tendencia a utilizar la resina compuesta altamente resistente también en los dientes posteriores.

Las coronas o "fundas dentales" se usan cuando la caries es muy extensa y hay una estructura dental limitada, El área cariada o debilitada se elimina y se coloca una corona sobre la parte del diente que queda. Dichas coronas suelen estar hechas de oro, porcelana o porcelana pegada a metal.

Pronóstico

El tratamiento a menudo salva el diente. El tratamiento a tiempo es menos doloroso y menos costoso que el tratamiento de caries muy extensas.

Complicaciones

- Molestia o dolor
- Diente fracturado
- Incapacidad para morder con los dientes
- Absceso dental
- Sensibilidad dental

Prevención de caries dental

La caries dental es una enfermedad que normalmente puede prevenirse con éxito o puede controlarse. Es una tarea importante para el equipo dental enseñarles a los individuos a tomar las acciones correctas para minimizar el riesgo para la enfermedad.

NIVELES DE PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL

PREVENCIÓN PRIMARIA:

PRIMER NIVEL: FOMENTO DE LA SALUD: en el cual es importante desarrollar y mejorar las condiciones generales de vida del individuo, por lo que se le enseña a asegurar la satisfacción de las necesidades básicas.

SEGUNDO NIVEL: PROTECCIÓN ESPECÍFICA: en este nivel se debe proteger al individuo de una enfermedad específica utilizando medios comprobados científicamente en cuanto a su eficacia. En odontología las medidas preventivas

que se toman contra las caries dentales, la enfermedad más difundida en la población, son: administración de flúor en el agua que bebemos, en forma de topicación, en enjuagatorios bucales, etc.

PREVENCIÓN SECUNDARIA:

TERCER NIVEL: DIAGNOSTÍCO Y TRATAMIENTO PRECOZ: hay muchas enfermedades que no pueden evitarse. Cuando una enfermedad es detectada tempranamente por el profesional, se debe implementar un tratamiento inmediato para devolverle al enfermo la salud.

PREVENCIÓN Terciaria:

CUARTO NIVEL: LIMITACIÓN DEL DAÑO: cuando por distintos motivos no se logra evitar la aparición y desarrollo de la enfermedad, se debe tratar de limitar y controlar los daños que esta produce en el organismo.

QUINTO NIVEL: REHABILITACIÓN DE INDIVIDUO: en este caso la enfermedad evoluciona hasta llegar a su etapa final.

Tipos de Métodos y medios preventivos

1. Fluoruros
2. Análisis dietético
3. Higiene oral
4. Selladores de fosetas y fisuras
5. Tratamiento Restaurativo A traumático. Un nuevo acercamiento para controlar caries dental.

1.-FLUOR

Es uno de los elementos más electronegativos y el elemento no metálico mas energético alta reactividad a temperatura ambiente reacciona violentamente con la mayor parte de los compuestos que contienen hidrogeno.

En la odontología tiene 3 beneficios sobre los dientes:

- 1.- aumenta la resistencia del esmalte.
- 2.-favorece la remineralización.
- 3.-tiene acción antibacteriana

Mecanismo de acción

Sistémica: acción sobre la hidroxiapatita en la fase pre-eruptiva aumenta la concentración de F, sustituyendo en los cristales del esmalte algunos defectos y deficiencias de los iones Ca Y OH. El fluor desplaza al Ion hidroxilo, re-estructurando los cristales de hidroxiapatita.

Fase pos-eruptiva, favorece la maduración del esmalte. Una considerable cantidad de F se incorpora a la capa sub-superficial del esmalte, brindando resistencia a los ácidos bacterianos.

Tópica

Promueve la remineralización: el esmalte con fluora patita es menos soluble en ácido .los iones se combinan con el F y forman una capa mineralizada de fluorhidroxiapatita, con lo que ocurre la remineralización.

Fluoruros sistémicos; son aquellos que ingresan al organismo vía oral en forma natural o artificial, por diferentes vehículos.

Fluoruros tópicos: es un preparado farmacéutico fluorurado que se utiliza en medidas de protección específica para evitar la caries dental. Para fluoruros tópicos hay que recordar la regla de oro."A menor concentración, mayor frecuencia mayor beneficio"

Fluorosis:

Es una hipomineralización del esmalte provocada por ingesta de altas concentraciones de fluor por un periodo prolongado durante la fase de calcificación (periodo pre-eruptivo). Hay un aumento en la porosidad en la superficie del diente, lo que le confiere un color opaco.

Presenta en sus grados más intensos una coloración marrón por pigmentos extrínsecos

2.-ANALISIS DIETETICOS

La dieta y el estado nutricional están estrechamente relacionados. La nutrición es un factor vital en el crecimiento, desarrollo y mantenimiento de las estructuras orales y sus tejidos, las deficiencias nutrimentales pueden tener un efecto irreversible en los tejidos orales de desarrollo. La desnutrición temprana incrementa la susceptibilidad del niño a la caries dental en los dientes temporales. Los factores, como la frecuencia de la alimentación y la retención de carbohidratos influyen en la progresión de las lesiones cariosas, en tanto que los alimentos que contienen calcio y fósforo como el queso, favorece a la remineralización, la ingesta de bebidas o alimentos ácidos puede provocar erosión en el esmalte. Disminuir el consumo de dulces y de bebidas azucaradas. La educación y orientación son importantes para la prevención y control de la caries. Los pacientes deben de ser evaluados cuidadosamente para determinar el nivel de prevención y orientación de nutrición necesaria.

3._HIGIENE ORAL

Se previene con el control de la placa dentobacteriana con mecanismos como: el cepillado y medios químicos; enjuagues bucales.

TECNICAS DE CEPILLADO

1.-Cepille los dientes anteriores colocando las cerdas sobre la encía en un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie

DENTAL Y LA ENCÍA.

2.-Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 o 3 dientes por vez con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repita la operación

3.-Mantenga un ángulo de 45 grados con las fibras en contacto con la superficie dental y la encía. Para el cepillado de los molares, cepille suavemente con un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna

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

5.- Ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen el mal aliento.

USO DEL HILO DENTAL

Técnica

Determine un orden para no omitir ningún diente, el hilo dental debe pasarse suavemente el uso inapropiado puede dañar sus encías. Si no ha utilizado en forma habitual hilo dental, sus encías pueden sangrar y doler los primeros días. En la medida que se eliminan las bacterias, desaparecerá el sangrado.

Cortar unos 40cm del hilo o seda y enrollar sus extremos en los dedos medios, Pasar el hilo con cuidado por los espacios interdentes, evitando forzarlo.

Deslizar el hilo o seda para remover la placa interdental.

En los dientes inferiores el movimiento es el mismo, pero el hilo debe ser guiado por los dientes

En cada espacio se debe utilizar un tramo del hilo no usado.

Enjuagar la boca una vez terminado el procedimiento(2)

4.-SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS

Es una técnica que Tiene como objetivo provocar la modificación morfológica en áreas de riesgo criogénico (surcos profundos) por medio de la introducción

de una resina adhesiva en las fosas y fisuras oclusales profundas de los dientes y su permanencia en estos sitios.

Indicaciones para el uso de selladores

La indicación específica para su aplicación es la existencia de surcos profundos no remineralizados en la pieza dentaria, sea esta primaria o permanente.

Se aconseja el uso de selladores :

- Sobre cavidades andamantinas.
- Obturaciones de composites.
- Obturaciones de amalgama (con extensión preventiva o sin ella).
- Sobre caries incipientes.

Desde 1980 se recomienda su empleo como restauración luego de la eliminación del esmalte cariado, siempre que la lesión no exceda 0,5mm del diámetro y su profundidad no alcance la dentina.

VI. MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la escuela sor Juana Inés de la cruz, turno vespertino, ubicado en ampliación Terán en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas durante el periodo febrero 2012 a enero 2013.

- a) Descriptivo: este estudio pretende describir las variables como edad, sexo, lugar de origen, lugar de residencia, salud oral, factores alimenticios en niños escolares de la escuela Sor Juana Inés de la Cruz, Turno Vespertino, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- b) Transversal: este proyecto únicamente se realizara en un periodo de tiempo establecido, basándose exclusivamente a encuestas aplicadas en niños de una escuela primaria de turno vespertino de las 204 instituciones de esta ciudad, ya que el número de niños con afecciones odontológicas cada vez es más común en esta edad, siendo motivo de ausencias escolares.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

El estudio se realizó tomando un grupo poblacional de los niños que se encuentran cursando el primero y segundo año de la escuela sor Juana Inés de la cruz del turno vespertino dando un total de 46 niños(as).

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

El estudio se realizó en 19 Niños y 22 niñas correspondientes al primero y segundo grado de la escuela sor Juana Inés de la cruz, del turno vespertino ubicado en ampliación Terán en ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas durante el periodo febrero del 2012 a enero del 2013.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.-Todos los niños inscritos y que se encuentran cursando primero y segundo año de la Escuela primaria sor Juana Inés de la cruz, turno vespertino, ubicado en ampliación Terán en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas durante el periodo de febrero 2012 a enero del 2013.
- 2.-Alumnos que presentaron caries.
- 3.-alumnos cuyos padres den autorización para darles tratamiento dental a sus hijos.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.-Alumnos cuyos padres no dieron la autorización para atenderlos
- 2.-alumnos que no cooperaron
- 3.-alumnos que durante el ciclo escolar sean dados de baja temporal o definitiva
- 4.-alumnos que cuentan con asistencia médica de otras instituciones

METODOS PARA RECOLECCION DE DATOS

Todos los pacientes fueron examinados por las odontólogas en servicio social del centro de salud de Terán perteneciente a la jurisdicción sanitaria No. 1, previo acuerdo y responsabilidad con directores y profesores de la escuela primaria “Sor Juana Inés de la cruz” Turno vespertino, ubicado en ampliación Terán de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas durante el periodo de febrero del 2012 a enero del 2013. El diagnóstico y encuestas fueron aplicados en un aula con buena ventilación y luz natural donde los niños pasaban de uno en uno, luego los niños fueron citados al consultorio del centro de salud para tratamientos más específicos. El diagnóstico se realizó antes de que los niños consumieran su refrigerio.

Se utilizaron encuestas y cuestionarios dirigidos a los padres de familia y a los 46 Niños (as), que sirvieron para determinar las variables como edad, sexo, escolaridad, tipo de vivienda, nivel social, se utilizó el odontograma universal.

Se realizó un examen clínico bucal a los niños participantes utilizando los criterios de los índices de CPOD y CeOD según la OMS.

Índice CPOD se obtiene:
$$\frac{\text{Núm. De dientes cariados, perdidos y obturado.}}{\text{Núm. De individuos.}}$$

Índice O'Leary se obtiene:
$$\frac{\text{Núm. Total de caras teñidas}}{\text{Núm. De caras o superficies presentes.}} \times 100.$$

MATERIAL.

Torundas de algodón.

Abatelenguas.

Pastillas reveladoras.

Vasos desechables.

Cubre bocas.

Lápiz bicolor.

Lápiz de grafito.

Goma de borrar

Colores.

Pinza de curación.

INTRUMENTO DE ESTUDIO.

Historia clínica.

Encuesta dental.

Encuesta alimentaria.

Encuesta socioeconómico.

VII. CONSIDERACIONES ETICAS

- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-009-SSA2-1993, Para el Fomento de la Salud del Escolar.
- NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-013-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

VIII. RESULTADOS

Cuadro No1.-

Encuesta epidemiológica 2012

Distribución por edad y género.

GRUPO DE EDAD	GENERO		TOTAL	%
	FEMENINO	MASCULINO		
6	4	4	8	19.51%
7	5	8	13	31.7%
8	4	3	7	17%
9	7	2	9	21.95%
10	1	1	2	4.8%
11	0	1	1	2.43%
>12	1	0	1	2.43%
TOTAL	22	19	41	100%

De los 46 niños y niñas encuestadas, el 19.51% son niñas y niños con edad de 6 años, el 31.7% son niños y niñas con edad de 7 años, el 17% son niños y niñas con edad de 8 años, el 21.95% son niñas y niños con edad de 9 años, el 4.8% son niñas y niños con edad de 10 años, el 2.43 son niños y niñas con edad de 11 años, el 2.43% son niños y niñas con edad de 12 años.

Cuadro No 2.-**Encuesta epidemiológica 2012****Distribución por género, grado e índice de dientes.**

SEXO	TOTAL DE NIÑOS	%	TOTAL DE DIENTES REVISADOS	%
MASCULINO	19	46.34%	532	46.34%
FEMENINO	22	53.66%	616	53.66%
TOTAL	41	100%	1148	100%

De los 46 niños y niñas encuestados el 43.34% fueron del sexo masculino, con un total de 46.34% dientes revisados, y con un 53.66% fueron del sexo femenino, con un 53.66% de dientes revisados.

Cuadro No 3.-**Encuesta epidemiológica 2012****Distribución de dientes cariados, con extracción indicada y sana (CeOD).**

CRITERIO	NUMERO DE DIENTES EXAMINADOS	PORCENTAJE
CARIADOS	105	9.14%
EXTRACCION INDICADA	8	0.69%
OBTURADOS	5	0.43%
SANOS	844	73.51%
Total	962	100%

De los 46 niños y niñas encuestados, el 9.14% de los dientes examinados están cariados, el 0.69% de los dientes necesitan extracción, el 0.43% de los dientes necesita ser obturado, el 73.51% tiene los dientes sanos.

Cuadro No 4.-

Encuesta epidemiológica 2012

Distribución de dientes cariados, obturados y sanos (CPOD).

CRITERIO	NUMERO DE DIENTES EXAMINADOS	PORCENTAJE
CARIADOS	105	9.14%
PERDIDOS	8	0.69%
OBTURADOS	5	0.43%
SANOS	844	73.51%
Total	962	100%

De los 46 niños y niñas encuestados el 9.14% presenta dientes cariados, el 0.69% a perdido sus dientes, el 0.43% tiene los dientes obturados, el 73.51% tiene los dientes sanos.

Cuadro No 5.-

Encuesta epidemiológica 2012

Índice cariogénico por sexo.

SEXO	CARIADO	% CARIADO	SANOS	% SANOS
FEMENINO	57	54.29%	398	47.16%
MASCULINO	48	45.71%	446	52.84%
TOTAL	105	100%	844	100%

De los 46 niños y niñas encuestados, el sexo femenino tiene el 54.29% de dientes cariados y el 47.16% de dientes sanos, el sexo masculino tiene el 45.71% de dientes cariados y el 52.84% de dientes sanos.

Cuadro No 6.-**Encuesta epidemiológica 2012****Distribución del índice de placa dentobacteriana.**

SEXO	# CARAS TEÑIDAS	% CARAS TEÑIDAS	# DE DIENTES	%# DE DIENTES
FEMENINO	850	59.44%	616	53.65%
MASCULINO	580	40.55%	532	46.34%
TOTAL	1430	100%	1148	100%

De los 46 niños y niñas encuestadas el sexo femenino tienen 59.44% de caras teñidas y el 53.65% de dientes, el sexo masculino tiene 40.55% de caras teñidas y el 46.34% de dientes.

Cuadro No 7.-**Encuesta epidemiológica 2012****Índice o Grado de placa dentobacteriana.**

CRITERIO	TOTAL
# DE SUPERFICIE TEÑIDA	2714
# DE SUPERFICIE PRESENTES	6230
IPDB O'Leary	43.4%

De los 46 niños y niñas encuestados tienen el 2714 de caras teñidas, y el 6230 de superficies presentes.

Cuadro No 8.-**Encuesta epidemiológica 2012****Estado de salud bucal del niño**

SALUD BUCAL	NUMERO	%
BUENO	20	48.7%
REGULAR	13	31.7%
DEFICIENTE	3	7.3%
MALO	5	12.1%
TOTAL	41	100%

De los 46 niños y niñas encuestados el 48.7% tiene buena salud bucal, el 31.7% tiene regular salud bucal, el 7.3% tienen deficiente salud bucal, el 12.1% tiene mala salud bucal.

Cuadro No 9.-**Encuesta epidemiológica 2012****¿Sabes cepillarte?**

¿SABES CEPILLARTE?	NUMERO	%
SI	31	75.6%
NO	4	9.7%
NO SE	1	2.4%
NO LO USO	5	12.1%
TOTAL	41	100%

De los 46 niños y niñas encuestados el 75.6% si se cepilla, el 9.7% no se cepilla, el 2.4% no sabe cepillarse, 12.1% no usa cepillo dental.

Tabla No 10.-

Encuesta epidemiológica 2012

¿Cuenta con cepillo?

¿CUENTA CON CEPILLO?	NUMERO	%
SI	33	80.4%
NO	3	7.3%
NO SE	4	9.7%
NO LO USO	1	2.43%
TOTAL	41	100%

De los 46 niños y niñas encuestados el 80.4% si cuenta con cepillo dental, el 7.3% no cuenta con cepillo dental, 9.7% no sabe usar cepillo dental, el 2.43% no usa cepillo dental.

Cuadro No 11.-

Encuesta epidemiológica 2012

¿Quién le enseñó a cepillarse?

¿QUIEN LE ENSEÑO A CEPILLARSE?	NUMERO	%
PADRES	31	75.6%
TELEVISIÓN.	2	4.84%
ODONTÓLOGO	3	7.3%
NADIE	5	12.1%
TOTAL	41	100%

De los 46 niños y niñas encuestados al 75.6% sus padres les enseñaron a cepillarse los dientes, el 4.84% aprendieron por la televisión, el 7.3% aprendieron por un odontólogo, el 12.1% nadie les enseñó.

Cuadro 12.-**Encuesta epidemiológica 2012****¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?**

NUM. VECES QUE TE CEPILLAS AL DIA.	NUMERO	%
UNA	9	21.9%
DOS	15	36.5%
TRES	17	41.4%
NINGUNA	0	0%
TOTAL	41	100%

De los 46 niños y niñas encuestados el 21.9% se cepilla una vez al día, el 36.5% se cepilla dos veces al día, el 41.4% se cepilla tres veces al día, el 0% ninguna vez.

Cuadro 13.-**Encuesta epidemiológica 2012****¿Te sangran las encías?**

¿TE SANGRA LAS ENCIAS?	NUMEROS	%
SI, AL CEPILLAME	9	21.95%
SI, SIN MOTIVO APARENTE	0	0%
SI, EN RARAS OCACIONES.	6	14.6%
NO, NUNCA.	26	63.4%
TOTAL.	41	100%

De los 46 niños y niñas encuestados el 21.95% le sangran las encías al cepillarse, el 0% no tiene motivo aparente, el 14.6% le sangran las encías en raras ocasiones, el 63.4% nunca le sangran las encías.

Cuadro 14.-

Encuesta epidemiológica 2012

¿Has sentido dolor dental alguna vez?

DOLOR DENTAL.	NUMERO	%
SI, UNA VEZ	13	31.7%
SI, VARIAS VECES	1	2.43%
SI, EN ESTE MOMENTO	2	4.87%
NO, NUNCA.	25	60.9%
TOTAL	41	100%

De los 46 niños y niñas encuestados el 31.7% sufrió una vez de dolor dental, el 2.43% sufrió varias veces de dolor dental, el 4.87% sufre de dolor dental, el 60.9% nunca ha sufrido de dolor dental.

Cuadro 15.

Encuesta epidemiológica 2012

¿Has acudido al dentista alguna vez?

¿ACUDE AL DENTISTA?	NUMERO	%
SI, UNA VEZ	13	31.7%
SI, VARIAS VECES	5	12.1%
SI, DOS VECES AL AÑO	0	0%
NO, NUNCA.	23	56%
TOTAL.	41	100%

De los 46 niños y niñas encuestados el 37.1% acudió una vez al dentista, el 12.1% acudió varias veces al dentista, el 0% acudió dos veces al año, el 56% nunca ha acudido al dentista.

Cuadro No16.-**Encuesta epidemiológica 2012****¿Te han extraído piezas dentales?**

¿TE HA EXTRAIDO PIEZAS DENTALES?	NUMERO	%
SI	5	12.19%
NO	32	78%
UNA PIEZA DENTAL	3	7.3%
VARIAS PIEZAS DENTALES.	1	4.8%
TOTAL	41	100%

De los 46 niños y niñas encuestados el 12.19% les han extraído piezas dentales, el 78% no le han extraído piezas dentales, el 7.3% le han extraído una pieza dental, el 4.8% le han extraído varias piezas dentales.

Cuadro No 17.-**Encuesta epidemiológica 2012****¿Quieres conservar tus dientes sanos?**

QUIERES CONSERVAR TUS DIENTES SANOS.	NUMERO	%
SI	41	100%
NO	0	0%
NO SE	0	0%
ES INDIFERENTE	0	0%
TOTAL	41	100%

De los 46 niños y niñas encuestados el 100% quiere conservar sus dientes, el 0% no quiere conservar sus dientes, 0% no sabe si quiere conservar sus dientes, el 0% es indiferente.

IX. CONCLUSION

De acuerdo a los resultados a este estudio realizado se concluye lo siguiente:

- Que las caries entre los 7 a 11 años de edad, se debe principalmente a la alta ingesta de alimentos ricos en carbohidratos y altamente cariogénicos.
- A esta edad es cuando no puede haber un control de consumo de azúcares en la escuela porque en ella prolifera la venta de dulces, chocolates y caramelos, etc.
- La mala higiene bucal y la falta de información también son causa principales en un alto nivel de caries a esta edad.
- Mediante las pláticas bucales se logró que los padres hicieran conciencia de que una buena salud bucal en sus hijos en un futuro les ayudara tanto en lo económico como en su salud en general.
- A temprana edad es la forma más correcta de implementar las técnicas de cepillado
- .En la escuela sor Juana Inés de la cruz, nos encontramos que de los 51 niños estudiados, predominan las niñas las cuales representan el 54% y los niños el 46%.
- Al estudiarlos encontramos un total 30% de niños y niñas que presentaba al menos una caries.
- Aplicando los programas de prevención se llegó a la meta de estudio la cual era, la prevención y disminución de caries dental.
- Mayor índice de caries en niños cuyos padres están la mayor parte en el trabajo.

X.PROPUUESTA

De acuerdo a la tesis presentada tenemos la necesidad como odontólogas y también como ciudadanas de presentar las siguientes propuestas para realizar un cambio radical en el sector de la salud bucal:

- El gobierno de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez necesita crear instituciones especializadas y enfocadas únicamente para la salud bucodental de la población en general.
- Fomentar campañas y brigadas a escuelas y colonias de escasos recursos sin ningún interés político ni partidario.
- Introducir materias en las escuelas que fomenten la salud bucodental así como también charlas regulares para el cuidado de su higiene bucal.
- Fomentar las charlas de higiene bucal en los padres de familia.
- Realizar programas donde puedan interactuar las escuelas con los niños, padres y maestros sobre la higiene bucal.
- Promover una dieta balanceada llena en fibra para mejorar la masticación, producción de saliva y limpieza de la cavidad oral cada vez que ingerimos alimentos.
- Limitar el numero de meriendas a cuatro por día, ya que esto reduce la limpieza total de azúcar y el numero de descensos de PH
- Reducir el consumo de dulces al día, teniendo una hora en específico para comerlos.
- Tratar de mejorar la higiene dental del niño, con un buen cepillado auxiliado por sus padres.
- Introducir la aplicación de flúor en las escuelas por lo menos una vez al año.

XI. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1.- Fuente-Hernández Javier de la, González de Cossío Marcela, Ortega-Maldonado Miriam, Sifuentes-Valenzuela María Cristina. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2012 Ene 29]; 50(3): 235-240. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000300007&lng=es.
- 2.- riesgo de caries en los niños. Dra. Lilian Toledo Reyes. Dra. Rodríguez Pérez.
- 3.-prevalencia de caries en los alumnos de las licenciaturas y carreteras técnicas del centro universitario de ciencias de la salud de la universidad de Guadalajara 2003 C.D.de anda Rodríguez Fabián C.D. Mendoza gariba E.
- 4.- DAVILA, ME y MUJICA DE G, M. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Acta odontol. Venez, dic. 2008, vol.46, no.3, p.250-254. ISSN 0001-6365.
- 5.- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/dentalhealth.html>.
- 6.- Organización Mundial de la Salud. (1987). Investigaciones de Salud Oral Básica: Métodos Básicos. Ginebra: Autor.
- 7.- Varela M y col. (1999). Problemas Bucodentales en Pediatría. (1ªed.) España: Ergon, S.A.
- 8.- Epidemia de caries en México: El enemigo bucopatológico silencioso | Suite101.net <http://eduardo-bartolome-hernandez-cruz.suite101.net/epidemia-de-caries-en-mexico-a8872#ixzz1khLoApYE>.
9. - . Kinane D. Periodontal disease in children and adolescents: introduction and classification. J Periodontol 2001; 18: 7-15.
- 10.- odontología dental primaria. Febrero 2005. Segunda edición, editorial manual moderno, pag 206.
- 11.-julio barrancos monney.patricio barrancos, editorial medica panamericana 2006.
- 12.-manual de odontopediatria RJ Andlaw W.P Rock tercera edición, editorial interamericana.

- 13.- odontología preventiva primaria Norman O. Harris, Franklin García Godoy, manual moderno Mexico, 2da edición.
- 14.- Herrera M. ; Medina –solis CE, Maupomé G. experiencias y prevalencias de caries dentales escolares de Leon, Nicaragua gaceta sanitaria 2005.
- 15.- odontología preventiva, editorial McGraw-Hill, autor: Bertha Y. Higashida, año de edición 2009.
- 16.- Menaker, Lewis Bases biológicas de la caries dental Salvat 1986
- 17.- Murray, J.J. El uso correcto de fluoruros en salud pública OMS 1986
- 18.- Seif, Tomás R. Cariología Act. Médico Odo. Lat. c1997.
- 19.- Silverstone, L. Caries dental El Manual Moderno 1985.
- 20.- Smyth, Ernesto El flúor en la prevención de la caries dental Gador 1992.
- 21.- Brown, P. Caries Ed. Un. Viña del Mar c1991.

XII. ANEXOS

FICHA CLINICA

NOMBRE:

GRADO:

EDAD:

GRUPO:

CARIES DENTAL ODONTOGRAMA:

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

CARIADAS

AUSENTES

OBTURADAS

CODIGOS:

- **PERMANENTES:**

- 1.- DIENTE PERMANENTE CARIADO (ROJO)
- 2.-DIENTE PERMANENTE OBTURADO (AZUL)
- 3.-DIENTE PERMANENTE EXTRAIDO (VERDE)
- 4.-DIENTE PERMANENTE C/EXTRACCION INDICADA (CAFÉ)
- 5.-DIENTE PERMANENTE SANO (AMARILLO)

- **TEMPORALES:**

- 6.-DIENTE TEMPORAL CARIADO (ROJO)
- 7.-DIENTE TEMPORAL OBTURADO (AZUL)
- 8.-DIENTE TEMPORAL EXTRAIDO (VERDE)
- 9.-DIENTE TEMPORAL C/EXTRACCION INDICADA (CAFÉ)
- 10.-DIENTE TEMPORAL SANO (AMARILLO)

OBSERVACIONES:

- TOTAL DE DIENTES TEMPORALES:
- TOTAL DE DIENTES PERMANENTES:

UNIVERSIDA DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

I.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL NIÑO O LA NIÑA

Escuela:

(Privada)

(Publica)

Grado:

Grupo:

Nombre:

Apellido paterno:

Apellido materno:

Edad:

Sexo:

Lugar y fecha de nacimiento:

II.-CUIDADO DENTAL

EL NIÑO O LA NIÑA

1.- ¿COMO CONSIDERAS TU SALUD BUCAL?

1=BUENO

3=DEFICIENTE

2=REGULAR

4= MALO

2.- ¿TIENES CEPILLO DENTAL EN TU CASA?

1=SI

3=NO SE

2=NO

4= NO LO USO

3.- ¿SABES CEPILLARTE LOS DIENTES?

1=SI

3=NO SE

2=NO

4=NO LO USO

4.- ¿QUIEN TE ENSEÑO A CEPILLARTE?

1=PADRES

3=ODONTOLOGO / DENTISTA

2=TELEVISION

4=NADIE

5.- ¿CUANTAS VECES TE CEPILLAS AL DIA?

1=UNA

3=TRES

2=DOS

4=NINGUNA

6.- ¿TE SANGRAN LAS ENCIAS?

1=SI, AL CEPILLARME.

3=SI, EN RARAS OCASIONES.

2=SI, SIN MOTIVO APARENTE.

4=NO, NUNCA.

7.- ¿HAZ TENIDO DOLOR DENTAL?

1= SI, UNA VEZ.

3=SI, EN ESTE MOMENTO.

2=SI, VARIAS VECES.

4=NO, NUNCA.

8.- ¿HAZ ACUDIDO AL DENTISTA?

1= SI, UNA VEZ.

3=SI, DOS VECES AL AÑO.

2=SI, VARIAS VECES.

4=NO, NUNCA.

9.- ¿TE HAN EXTRAIDO PIEZAS DENTALES?

1= SI

3=UNA PIEZA DENTAL

2= NO

4=VARIAS PIEZAS DENTALES

10.- ¿QUIERES CONSERVAR TUS DIENTES SANOS?

1=SI

3=NO SE

2=NO

4=ES DIFERENTE

III.-ANTECEDENTES FAMILIARES

3.1.-

PADRE

Nombre:

Escolaridad:

Ocupación:

Teléfono:

Celular:

Estado aparente de salud:

(Bueno, regular, malo)

MADRE:

Nombre:

Escolaridad:

Ocupación:

Teléfono:

Celular:

Estado aparente de salud:

(Bueno, regular, malo)

3.2.-Estado civil de los padres:

- (a) Soltero (b) casado
(c) Divorciado (d) unión libre

IV.-CARACTERÍSTICAS DE LA CASA HABITACION

4.1.- (a) Vivienda en zona rural (b) Vivienda en zona urbana

Propia rentada prestada

4.2.-Número de habitantes por casa:

4.3.- ¿De qué material es la mayor parte de Paredes de la vivienda?

- (a) Ladrillo (b) lamina (c) tabla
(d) Block (e) otros.

4.4.- ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda o casa?

- (a) Tierra (b) cemento (c) mosaico (d) otros

4.5.- ¿Qué tipo de energía utiliza para iluminar su vivienda?

- (a) Eléctrica (b) Panel solar (c) otras

4.6.- ¿Cuál es el origen y consumo del agua?

- (a) Red municipal (b) pozo (c) rio (d) otras

4.7.- ¿El sistema de disposición de drenaje, en esta vivienda, está conectada a?

- (a) drenaje (b) fosa séptica (c) letrina (d) suelo (e) otras

V.- ENCUESTA ALIMENTICIA DE FACTORES CARIOGENICOS

5.1.- ¿crees que es mejor comer alimentos ricos en azucares entre comidas?

- (a) si
(b) no
(c) no se

5.2.- de los siguientes alimentos cuales crees que pueden favorecer a la aparición de caries:

- (a) frutas y verduras
(b) dulces y derivados
(c) carnes rojas, carnes blancas.
(d) lácteos y derivados

5.3.- ¿cuántas veces a la semana consumes bebidas azucaradas?

- (a) 1 vez a la semana
(b) de 2 a tres a la semana
(c) diario

5.4.- ¿Qué tipo de alimentos consumes mas frecuenté a la semana?

(a) carbohidratos (azucares, chocolate, pastel, helado)

(b) frutas y verduras

(c) carnes

(d) lácteos

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A DIOS:

Gracias señor por tus bendiciones y brindarme sabiduría para terminar mi carrera profesional y darme la dicha de culminar mi sueño.

A MI MADRE:

A quien jamás encontrare la forma de agradecer su apoyo, comprensión y confianza esperando comprendas que mis logros son también los tuyos inspirados en ti, hago de este un triunfo quiero compartirlo por siempre contigo.

Con amor y respeto infinito.

A MI HERMANO:

A quien jamás encontrare la forma de agradecer el cariño , comprensión y apoyo brindados en los momentos buenos y malos de mi vida, hago este triunfo compartido, solo esperando que comprendas mis ideales y esfuerzo son inspirados en ustedes.

Con amor y agradecimiento.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A DIOS:

Gracias señor por tus bendiciones y brindarme sabiduría para terminar mi carrera profesional y darme la dicha de culminar mi sueño.

A MIS PADRES:

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A MI PAREJA:

A tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio hacia mí, gracias por estar siempre a mi lado.

A MI HIJA:

Quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ella.

