

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

**NECESIDADES Y POSIBILIDADES DE PREVENCIÓN DE CARIES EN
NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE EDAD.**

Facultad de Odontología

Autora

Katherine Yimabel Moreta Quiñonez

Tutora

Dr. Alan Burgos M.

Manta – Manabí – Ecuador

2017

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

AUTORIA

Yo, **Moreta Quiñonez Katherine Yimabel**

DECLARO QUE:

El trabajo de titulación “**Necesidades y posibilidades de prevención de caries en niños de 5 a 12 años de edad.**” Previa a la obtención del Título de :
Odontóloga, dejo en constancia que este proyecto fue creado y elaborado por
mi persona, con mi firma asumo la responsabilidad total de este proyecto.

AUTOR(A):

Moreta Quiñonez Katherine

CI. 080352842-1

CERTIFICACION

Yo Dr. Alan Burgos Docente de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, en calidad de director de tesis del estudiante MORETA QUIÑONEZ KATHERINE .

CERTIFICO:

QUE EL PRESENTE PROYECTO DE TESIS TITULADO: **NECESIDADES Y POSIBILIDADES DE LA PREVENCION DE CARIES EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE EDAD**” ha sido exhaustivamente revisado en varias sesiones de trabajo y lo he aprobado al ser yo su digno intermediario.

Habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios necesarios de un proyecto de investigación previo a la obtención del título de Odontólogo, es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad

Atentamente

Dr. Alan Burgos
CI.130359989-6

APROBACION DEL TRIBUNAL DE GRADO
UNIVERSIDAD LAICA ELOYALFARO DE MANABI
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Tribunal Examinador

Los Honorables Miembros del Tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley que aprueban el informe de investigación sobre el tema “**Necesidades y Posibilidades de prevención de caries en niños de 5 a 12 años de edad**”.

Presidente del Tribunal _____
Miembro del Tribunal _____
Miembro del Tribunal _____

Manta, _____ del 2017

DEDICATORIA

Este proyecto es dedicado en primer lugar a Dios por darme la vida y la fuerza de seguir adelante.

A mis Padres Segundo Victor Moreta M. y Colombia Elizabeth Quiñonez A. Kerlis Quiñonez A., por su apoyo incondicional y ser mis pilares fundamentales.

KATHERINE MORETA QUIÑONEZ

RECONOCIMIENTO

Agradezco a mis padres por su apoyo incondicional y ser mis pilares fundamentales, a mis Hermanos: VICTOR MANUEL, ROLANDO XAVIER, LISSETHE NADIEZKA, Esposo WASHINGTON MENDOZA e Hijo CHRISTOPHER SCHNEIDER por estar a mi lado en las buenas y en las malas.

A mis queridos profesores por sus grandes enseñanzas por cada detalle y que compartieron con nosotros un pedacito de sus experiencias laborales, que con tanto esfuerzo y sacrificio hoy estamos defendiendo lo que será nuestro futuro.

KATHERINE MORETA QUIÑONEZ

INDICE DE CONTENIDO

PORTADA	I
AUTORIA.....	II
CERTIFICACION.....	III
APROBACION DE TITULACION.....	IV
DEDICATORIA.....	V
RECONOCIMIENTO.....	VI
INDICE DE CONTENIDO.....	VII
INDICE DE TABLAS.....	VIII
RESUMEN.....	X
ABSTRACT.....	XI
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I: DISEÑO TEORICO	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Justificación del problema.....	4
1.3. Objetivos de la investigación.....	6
1.3.1. Objetivo General.....	6
1.3.2. Objetivo Especifico.....	6
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES.....	7
2.2. Caries Dental.....	8
2.2.1. Factores Productores de Caries.....	9
2.2.1.1. Huésped.....	9
2.2.1.2. Bacterias de la Flora Bucal y etiopatogenia.....	10

2.2.1.3. Dieta Consumida.....	10
2.3. Factores Protectores.....	11
2.3.1. Hábitos Higiénicos	11
2.4.Educación.....	12
2.4.1.Aspectos que facilitan el éxito de la comunicación.....	13
2.5. Prevención.....	17
2.5.1. Fluoruros.....	18
2.5.2. Control de dieta.....	19
2.5.3. Sellado de fosas y fisuras.....	19
CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO.....	20
3.1. Contexto y clasificación de la investigación.....	20
3.2. Universo.....	20
3.4. Aspectos éticos.....	20
3.4. Métodos utilizados.....	20
3.5. Métodos empíricos.....	21
3.6. Observación.....	21
3.7. Análisis documental.....	21
CAPITULO IV: RESULTADO.....	22
4.1. Grafico #1.....	22
4.2. Grafico #2.....	23
4.3. Grafico #3.....	24
4.4. Grafico #4.....	25
4.5. Grafico # 5.....	26
4.6. Grafico # 6.....	27

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	28
5.1. CONCLUSIONES	28
5.2. RECOMENDACIONES.....	28
BIBLIOGRAFIA	30
ANEXOS.....	35

RESUMEN

La presente investigación se basó en el porcentaje de prevalencia que presenta los niños con lesiones cariosas en un sector “Cooperativa 15 de Septiembre”.

Específicamente para el seguimiento y control de esta lesión (equipos, herramientas y consumibles) que se distribuyen en los diferentes proyectos de Programas Salud, con la finalidad de lograr el mejor desempeño, garantizando una mejor práctica de higiene bucal.

El proyecto estuvo enmarcado en el tipo de investigación proyectiva, fundamentada a nivel comprensivo con un diseño de fuente mixta (documental y campo). Se emplearon una serie de técnicas e instrumentos de recolección de datos, específicamente la exploración de la cavidad bucal en cada paciente, la observación directa y las entrevistas no estructuradas.

El área de estudio muestra un alto grado de lesiones cariosas determinada por medio de los cambios drásticos registrados en el odontograma de un porcentaje de pacientes obtenido a partir de las exploraciones.

Palabras claves:

- Prevalencia
- Lesiones cariosas

ABSTRACT

This research was based on the percentage of incidence that presents children with lesions in a sector "15 September".

Specifically for the monitoring and control of this lesion (equipment, tools and supplies) that are distributed in the different projects of Health Programs, with the aim of achieving the best performance, ensuring a better practice of oral hygiene.

The project was framed in the projective type of research, based on comprehensive level with a mixed source design (documentary and field). We used a series of techniques and data collection instruments, specifically the exploration of the oral cavity in each patient, the direct observation and non-structured interviews.

The area of study shows a high degree of injury cariosas determined by means of the dramatic changes in the dental chart of a percentage of patients obtained from the scans.

Keywords:

- prevalence
- carious injuries

INTRODUCCION

En este trabajo veremos el concepto, como se produce, la prevención y tratamiento de la caries dental. Según estudios realizados la caries dental es una enfermedad infecto contagiosa muy común en la especie humana.

El estudio del presente trabajo es muy importante, por qué en la actualidad la caries dental se puede prevenir y tratar para lo cual se deben tomar en cuenta las recomendaciones y precauciones que se dan en el presente trabajo. La caries dental es una enfermedad infecciosa de etiología multifactorial que produce una infección final destructiva sobre el esmalte, la dentina y el cemento dentario.

La caries dental puede ser detectado y tratado por el Odontólogo en un examen de rutina, que se le efectúa al paciente.

Este trabajo explica a todo aquel interesado en la materia la aplicación clínica de conceptos actualizados, prevenciones, tratamiento y recomendaciones que se deben seguir para combatir la caries dental, y sobre todo concienciar al que la lea la importancia que tiene el cuidado y el buen habito del higiene bucal. El adecuado tratamiento de la caries dental requiere de un correcto diagnóstico. Ello significa que no solamente se contabilizan el número de lesiones de caries, sino además debe observarse su localización y su apariencia. Deben estudiarse los factores y las condiciones que pueden potenciar la actividad de la enfermedad además de establecerse los tratamientos y terapias adecuados para desminuir al máximo la incidencia de la caries dental en la especie humana.

El objetivo de este trabajo es concienciar a la sociedad sobre el cuidado y el higiene de nuestros dientes, para así combatir la caries dental que es muy frecuente en la vida del ser humano.

CAPITULO I: DISEÑO TEORICO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries dental y la enfermedad periodontal son las enfermedades bucales de mayor prevalencia según la Organización Mundial de la Salud.

La caries dental es una enfermedad multifactorial, localizada y progresiva del diente cuya aparición depende de factores relacionados con el individuo, la placa dentobacteriana y el sustrato presente en el medio bucal.

A través de la revisión de la literatura mucho se sabe de la caries dental enfocado casi siempre en los factores biológicos de la enfermedad y poco tenido en cuenta los factores sociales, culturales y demográficos, como el estrato socioeconómico, el estilo de vida, el nivel cultural y el núcleo social como la familia y el colectivo que, al interrelacionarse con los factores biológicos, definen el perfil de riesgo de cada individuo.

La salud y enfermedad bucal, son resultantes de sus condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros y trazas específicos, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios estomatológicos, capacitación en conocimientos sobre problemas buco dentales, responsabilidad individual con su propia salud, práctica o asistencia periódica o sistemática a los servicios estomatológicos, acceso y práctica a medidas de función, etc..

Las acciones de promoción de salud ejecutadas por los diferentes programas institucionales consisten en comunicar información como una idea para lograr cambios en el comportamiento de las personas hacia el cuidado de su salud bucal.

Se enfoca en prevenir la caries teniendo únicamente en cuenta los factores biológicos como la dieta, hábitos de higiene bucal, haciendo actividades de fluorización masiva, charlas en las escuelas sobre salud bucal en forma unidireccional.

Esto es lo que hoy por hoy se sigue haciendo desde la academia universitaria hasta la practica odontológica institucional cuando la actividad educativa debe orientarse en forma bidireccional, como un proceso en el cual ambos actores, tanto los profesionales de la odontología, como la población que participa, aprendan en forma recíproca, previo el conocimiento que los mismos tienen en cuanto a la salud bucal, y compenetrándose con el ámbito donde tienen origen y reproducción los hábitos en forma general: la familia.

1.2. JUSTIFICACION

Este proyecto se lo realizara con el fin de promocionar la carrera y también para dar información sobre las enfermedades bucales que se dan a temprana edad y poder prevenirlas estas charlas se las dar a la comunidad con el fin de crear conciencia

Instituciones como la OMS, la UNESCO, la UNICEF apoyan el desarrollo de programas de educación para la salud en las escuelas, al permitir promocionar y educar en salud, abarcando a la mayoría de la población.

Por otra parte, son muchos los autores que apoyan la integración de manera efectiva de proyectos de promoción y educación para la salud en la escuela (Perea, 1992; ferrari, 1986; polaino, 1987).

Éstos asumen que la promoción de salud, así como las teorías del aprendizaje social o de la influencia social debe tomarse en consideración a la hora de diseñar e implementar un programa de modificación de conductas y de hábitos saludables en los infantes.

Los programas de educación para la salud requieren de la implicación y participación de toda la comunidad.

Sin embargo, para aumentar la eficacia de estos proyectos, es necesario que se incluyan dentro del proyecto educativo ya que es el marco adecuado que permitirá actuar con garantía, al facilitar por parte de toda la comunidad educativa, la adopción de estilos de vida saludables, en un ambiente favorable a la salud, a partir de la integración de contenidos curriculares, así como el fomento de un entorno seguro y saludable.

Además, permite incluir todas las dimensiones, actuaciones, medidas, etc., adaptadas a cada etapa educativa, permitiendo que el sujeto tenga una vida saludable.

Es fundamental promover la salud bucodental, la higiene bucodental y la alimentación equilibrada y no cario génico entre los niños de 5 años de edad de educación infantil, así como informar, concienciar e implicar a las familias, a los centros educativos y a los servicios sanitarios en dicho proceso.

Los centros escolares son los lugares más recomendados para llevar a cabo la educación para la salud bucodental por diversos motivos: por un lado, la edad en la que los niños se encuentran en la escuela es considerada el momento idóneo para adquirir hábitos y estilos de vida saludables, que se prolongarán para toda la vida, como podría ser el correcto cepillado de los dientes y una sana alimentación en segundo lugar, el centro ofrece la posibilidad de llevar a cabo intervenciones a lo largo de toda la escolarización.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que permite intervenir de manera prolongada y que recoge a la inmensa mayoría de la población infantil, ayudará a disminuir las desigualdades en salud que se dan dentro de una población; también debemos tener en cuenta que las escuelas son puntos de concentración de alumnado, profesorado y familiares, lo que permite trabajar de manera conjunta, reforzando en el hogar, aquello que se trabaja en la escuela, por último, se ha observado que existe una relación entre los objetivos educativos y los objetivos de salud, de manera que la salud de los escolares, influye en el aprendizaje de los alumnos así como en sus conductas educativas.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Prevenir y educar a los niños en edad escolar

1.3.2. OBJETIVO ESPECIFICO

- Disminuir la prevalencia de caries dental a travez de la concientización a la población del cuidado y la higiene

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

El esmalte dentario presenta una estructura especial y una composición molecular que posibilita reacciones fisicoquímicas que resulta la base de la caries dental y de las intervenciones preventivas que se ejercen sobre ella.

La composición y estructura del esmalte, la dentina y el cemento, guardan relación con la resistencia o susceptibilidad a la caries dental. (1) Por la falta de higiene o técnica incorrecta de cepillado se forma la placa bacteriana, esta consiste en una película gelatinosa que se adhiere firmemente a los dientes y superficies blandas de la cavidad bucal.

Está formada por colonias bacterianas, agua, células epiteliales descamadas, glóbulos blancos y residuos alimenticios. Se ha comprobado que la placa bacteriana dental, es la causa principal, determinante, de la caries y de las enfermedades de los tejidos de sostén de los dientes que afecta a los individuos con mayor frecuencia.

El PH de la placa bacteriana es ácido por la producción ácida proveniente del metabolismo de los polisacáridos.

Si bien forman ácidos, para que sean cariogénicos tienen que tener la capacidad de colonizar sobre la superficie de los dientes, dado que los ácidos para que puedan provocar descalcificación deben estar en contacto con la superficie del esmalte, un tiempo determinado, para provocar el reblandecimiento de los constituyentes inorgánicos del mismo.

Cuando la acidez de la placa disminuye hasta 5 o 5.2, los buffer de la saliva están sobrecargados y el esmalte dentario comienza a ser disuelto liberando fosfatos y calcio iónicos para neutralizar la acidez.

La saliva provee la principal protección, sobre los dientes, regulando el ecosistema oral y revirtiendo las fases iniciales del desarrollo de caries. Controlando la formación de placa evitamos la aparición de muchos de los problemas de salud dental, como caries y enfermedad periodontal.

La capacidad de cualquier microorganismo, para producir patologías, se inicia con su establecimiento sobre una superficie, para continuar con la multiplicación y la expresión de un potencial patogénico. El primer indicador de caries es la mancha blanca, su localización está en relación con el hábitat del agente microbiano.

Clínicamente se presenta redondeada u oval, al secado es blanca, rugosa y opaca.

Con el avance de la desmineralización, se registra pérdida mineral con desmoronamiento, que muchas veces puede ser provocado por una instrumentación inadecuada, por eso se recomienda una vez detectada la lesión realizar el tratamiento correspondiente para limitar el daño a la estructura dentaria, de lo contrario su avance, determinará la formación de caries.

2.2. Caries dental.

La caries dental es la enfermedad crónica más común de la niñez, siendo 5 veces más común que el asma.

Es el resultado de la desmineralización de la superficie del diente producto del metabolismo de bacterias cariogénicas presentes en la placa bacteriana, que aprovechan los carbohidratos de la dieta para producir ácidos, los que destruyen progresivamente la estructura mineralizada y proteica del diente.

La situación de salud bucal, en el Ecuador, nos muestra que existe alta prevalencia y severidad del daño por caries en nuestra población, en todos los grupos étnicos.

Aun cuando no existan estudios nacionales publicados, específicos para preescolares, se extrapola la realidad en dentición definitiva, o mixta a lo que ocurre en dentición temporal.

- SINTOMAS:

- Puede no haber síntomas, pero si se presentan, pueden abarcar: dolor el cual nos indica un grado avanzado de la enfermedad.
- La caries de esmalte es totalmente indolora ya que el esmalte no tiene terminaciones nerviosas.
- La dentina sin embargo es un tejido sensible, en la que las caries incipientes se puede manifestar con ligeras molestias a estímulos térmicos y a la ingesta de azúcares.
- Cuando existe un dolor espontáneo o un dolor fuerte a cambios de temperatura solemos encontrarnos ante caries profundas de dentina, que han producido una pulpitis y que en muchos casos precisarán de un tratamiento de endodoncia.
- Hoyuelos o agujeros visibles en los dientes.
- Sabor bucal desagradable y halitosis (mal aliento).

2.2.1 Factores Productores de Caries.

La caries dental es una enfermedad infecciosa, crónica, multifactorial, transmisible, que requiere de microorganismos específicos para su inicio.

Su aparición depende de cuatro factores primarios: el huésped, representado por los dientes y saliva, las bacterias de la flora bucal, y la dieta consumida, todo esto interactuando en un período de tiempo que les permita dar como resultado la desmineralización del diente.

2.2.1.1. Huésped.

Hay ciertas características del huésped que pueden favorecer o dificultar el desarrollo de caries dental. Entre ellas están las características morfológicas de los dientes (profundidad de surcos y fisuras, invaginaciones, etc.), mal posiciones dentarias que favorezcan retención de alimentos, cantidad y composición de la saliva, enfermedades sistémicas.

Asimismo, los factores socioeconómicos también juegan un rol, ya que se ha visto que existe relación entre caries y pobreza o de privación.

2.2.1.2 Bacterias de la Flora Bucal y etiopatogenia.

En los últimos años se ha implicado al *Streptococcus Mutans* (SM) como el principal y más virulento microorganismo responsable de la patología.

Una serie de estudios ha demostrado que la mayor transmisión de SM entre personas se produce por el traspaso de saliva vía dos mecanismos: transmisión vertical y transmisión horizontal.

La transmisión vertical es el traspaso de microbios desde el cuidador al niño; mientras que la transmisión horizontal se produce entre los miembros de un grupo (familia, grupo de estudiantes de un curso, etc.).

La transmisión vertical es la vía más estudiada de contagio, en ella, ha sido común que la madre sea la mayor fuente de infección, pudiendo ser también producida por la persona que cuida por el mayor período de tiempo al bebé.

Este contagio se produce principalmente cuando erupcionan las piezas dentarias, debido al aumento del área expuesta de tejido dentario susceptible, por lo que, para algunos autores, existirían períodos de mayor susceptibilidad, postulando una “ventana de infectividad” entre los 19 y 31 meses.

Los cambios socioeconómicos y culturales han permitido que la transmisión horizontal vaya adquiriendo importancia como medio de perpetuación del SM en poblaciones humanas, debido al uso cada vez mayor de sala-cunas y jardines infantiles

2.2.1.3. Dieta Consumida.

Otro factor a considerar en la etiopatogenia, es la dieta (23), en cuanto a composición, consistencia y frecuencia de ingesta, puesto que las bacterias presentes en la placa dental pueden fermentar los azúcares y otros carbohidratos de la dieta para producir ácidos, como el ácido láctico, fórmico y otros, que disminuyen el pH bucal dando inicio así a la desmineralización del esmalte.

Se sabe que los alimentos más viscosos y adhesivos se unen a la superficie dentaria con mayor facilidad que los duros y fibrosos, siendo por tanto, más cariogénicos.

También, que a mayor frecuencia de ingesta, mayor es el potencial cariogénico, lo que se relaciona con el momento de la ingesta, puesto que durante las horas habituales de comida, hay mayor salivación y movimientos musculares que aceleran el paso de los alimentos al estómago.

A la inversa, las golosinas entre comidas mantienen por más tiempo el nivel de acidez de la cavidad bucal, dificultando la capacidad tampón de la saliva.

En el último tiempo, las bebidas gaseosas, incluyendo a las aguas minerales con sabor, han pasado a tener preponderancia en el consumo de las familias chilenas, pese a ser factor de riesgo para caries dental, así como para erosiones dentales producto de los ácidos que contienen.

2.3. Factores Protectores

2.3.1. Hábitos Higiénicos

Los hábitos higiénicos actúan como factores protectores, al controlar el desarrollo de la placa bacteriana por métodos mecánicos. Se sugiere comenzar la limpieza de la cavidad bucal, antes de la aparición de los primeros dientes deciduos, después de los momentos de lactancia, con la ayuda de un trozo de gasa envuelto en el dedo índice.

Una vez que hacen erupción los primeros dientes temporales, se recomienda iniciar el cepillado de dientes, aproximadamente a los 6 meses de vida, cuando hacen su aparición los incisivos inferiores temporales.

El tipo de cepillo a utilizar, manual o eléctrico, no es determinante, a esta edad, en la eficiencia en remover la placa bacteriana.

Sí es importante que el cepillado sea realizado por un adulto, puesto que la habilidad mejora con el incremento de la edad, de modo que una remoción de placa de todas las superficies dentarias requiere un tiempo y destreza que, a esta edad, la controlan los padres o adultos encargados.

2.4. Educación

La educación para la salud, cobra un significado particularmente importante en los niveles de prevención. Es la encargada, a través de sus diferentes técnicas, de modificar conductas, establecer formas de vida sana, crear modos o estilos de vida favorecedores para que las personas puedan disfrutar de una vida saludable.

Esta educación, por tanto, se caracteriza por el empleo de técnicas para su aplicación, que serán seleccionadas de acuerdo con la temática que sea de interés tratar y las características del auditorio. La educación para la salud no es un fin, sino un medio eficaz de aprendizaje, donde el individuo y la colectividad incorporan una serie de conocimientos y posteriormente se establecen los cambios de conducta.

Entre las técnicas de educación para la salud figuran: entrevista, charla educativa, demostración, panel y mesa redonda, entre otras

La atención odontológica al niño está centrada en la población de 0 a 19 años de edad, para lo cual hay que apoyarse en el ciclo vital del individuo.

Cuando el niño transita por la primera infancia se dan consejos a la madre, relacionados con la alimentación y el control de hábitos nocivos para la salud; en la segunda, se comienza la atención odontológica y se aplican todas las acciones de salud.

De igual forma se continúa en la edad preescolar, en la escolar y luego en la adolescencia. De hecho, estas etapas presentan características específicas o particulares que de ellas depende el éxito en la ejecución de las acciones de salud.

La odontopediatría es la especialidad de la odontología que tiene como objetivo la prevención y tratamiento de las enfermedades en el aparato masticatorio del niño en sus 3 denticiones: temporal, mixta y permanente, para formar adultos con una oclusión normal o compensada.

El Odontólogo que trabaja con niños debe saber valorar el crecimiento y desarrollo general del niño, así como del aparato masticatorio, para lo cual se hace necesario dominar el desarrollo psicológico del niño

2.4.1.Aspectos que facilitan el éxito de la comunicación

- Habla: La manera en que las palabras son expresadas facilitará o no la comunicación (tono, acento, ritmo, acentuación). Puede decirse: lento o rápido, titubeante o seguro.
- Apariencia: forma de vestir, uso de accesorios, exclamaciones de alegría o tristeza.
- El olor: Intensos (naturales o artificiales) agradables o desagradables.
- Movimiento: Este incluye gestos, posturas, miradas, expresiones faciales y contactos corporales.
- Ambiente: disposición de mobiliarios, ruidos, calor, frío, actitud y comportamiento.

La comunicación en el sistema de salud modifica comportamientos humanos y factores ambientales que promueven la salud directa o indirectamente, así como también Es un proceso de interacción e intercambio de información entre los hombres, donde una parte pretende influir en ideas, costumbres y actitudes de los otros, o intenta modificar al otro. Es inherente a la condición humana e influye mutuamente en el comportamiento humano a partir de la capacidad simbólica del hombre. Esta puede ser directa o indirecta y tiene función informativa, afectiva y regulativa.én previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño.

Es una de las categorías más importantes para las relaciones interpersonales, en la vida de las personas desde el punto de vista individual, de pareja, laboral y por supuesto indispensable en el trabajo del odontólogo y en el éxito de una buena educación para la salud en el individuo, en la familia y en la comunidad.

Factores que intervienen en la comunicación para realizar una adecuada educación para la salud.

Por parte del que emite:

El mensaje debe ser atrayente, con lenguaje fácil, basado en la experiencia, asequible emocionalmente y no establecer conflictos con la actitud de los demás, así como incluir primero argumentos agradables y positivos, luego los negativos.

Teniendo en cuenta que en la infancia se adquieren patrones de conducta que regulan la vida en la edad adulta, donde después de los 7 años los niños muestran un cambio notable en las actitudes sociales al participar en los juegos reglamentados, las actividades basadas en juegos son útiles como parte de las estrategias de educación dirigidas a este sector de la población.

Una de las enfermedades más frecuente en los niños son las caries dentales, por tanto como bien plantean algunos autores: "Cuanto antes aprendan los niños las claves de la buena higiene bucal mejor será la condición que les espera durante toda la vida, a largo plazo y más fácil es introducir medidas adecuadas de higiene que redundarán en una vida más saludable".

Las claves de una buena higiene bucal son: el cepillado dental 3 veces al día, que ayuda a la remoción de residuos en la boca, causantes de la placa bacteriana. La lengua también debe ser cepillada, además de utilizar hilo dental después de cada cepillado, ya que es eficiente en la remoción de la placa dental bacteriana acumulada debajo de la encía, así como emplear antiséptico (enjuague 30 segundos, 2 veces al día), como complemento para combatir bacterias salivales que causan placa y gingivitis, reducir la velocidad de multiplicación de las bacterias en la boca y garantizar un aliento fresco y saludable.

Una nutrición adecuada fomenta la salud y el desarrollo integral, el crecimiento del esqueleto y los dientes del niño, que comienzan a formarse desde la vida fetal. Por su parte, las proteínas de origen animal, abundantes en la carne de res, pollo, pescado, huevo, queso y la leche, así como las de origen vegetal: frijoles, todos tipos de granos y en muchos vegetales, contribuyen a la formación y mantenimiento de los tejidos del organismo.

Los quesos y la leche son ricos en calcio, que junto con el flúor, presente en todos los pescados del mar, constituyen los 2 minerales más necesarios para la salud de los dientes. Los cereales como: maíz, arroz, avena y harina de trigo, también son importantes en la dieta porque contribuyen también en la formación del cuerpo del niño.

Para una sonrisa feliz es imprescindible una buena salud bucal. Obtenerla tiene mucho que ver con la prevención e higiene de la dentadura y un mineral llamado flúor, elemento No. 9 de la tabla periódica, el más liviano y reactivo de la serie de los halógenos. Los alimentos que contienen mayor cantidad de flúor son: pescados de mar, con sus espinas, y el té negro.

En el momento del nacimiento el niño normalmente no tiene dientes. Es durante esta etapa cuando comienzan a erupcionar y al final de ella han terminado su erupción, por tanto es un buen momento para iniciar la formación de los padres y/o educadores en los aspectos más relevantes relacionados con la salud bucal.

Los dientes temporales son fundamentales en la masticación, en la estética, en el aprendizaje correcto de la pronunciación y ayudan a mantener el espacio para los futuros dientes. Las caries no solo son causa de dolor sino que constituyen procesos infecciosos mantenidos que pueden conducir a alteraciones en la formación del diente permanente e infecciones graves como cardiopatías, procesos reumáticos y alteraciones renales.

Indicaciones para el grupo etéreo de 0-5 años: Exámenes periódicos anuales en los servicios estomatológicos. Control de placas dentobacterianas y educación para la salud a los de 2-5, así como a las personas en contacto con ellos. Atención a las madres de niños menores de un año, a las educadoras de círculos infantiles y personal de las vías no formales. Aplicación de laca flúor y tratamientos curativos a los afectados.

La incorporación progresiva del niño a la atención dental a esta edad, favorece una actitud positiva hacia el cuidado de su boca y los procedimientos dentales, esta debe ser 2 veces al año para sus revisiones periódicas.

El niño en edad escolar (5-12) años) ocurren cambios muy importantes, como el recambio dental y un gran desarrollo neuromuscular e intelectual. Aunque los padres todavía tienen una misión fundamental en el cuidado de la salud bucal de sus hijos, el niño presenta una capacidad de comprensión suficiente para entender la información y desarrollar una mayor destreza en los tratamientos preventivos.

La persistencia de cualquier hábito nocivo a estas edades debe ser objeto de tratamiento, el cual se realizará desde un enfoque multidisciplinario (psicólogo-educador-ortodoncista).

En esta etapa el niño debe adquirir una responsabilidad cada vez mayor en cuanto a su higiene bucal. Para la eliminación de la placa dental es importante que exista un hábito arraigado del cepillado correcto. Se explicará al niño y a sus padres el uso del revelador de placa para poder visualizarla y eliminarla a través de la higiene bucal, así como la importancia de una dieta saludable en cuanto al contenido de azúcar a su consistencia y textura.

Para el grupo etéreo de 5-12 años se realizarán exámenes periódicos anuales en los servicios estomatológicos, control de placas dentobacterianas, acciones de promoción de salud, enjuagatorios bucales cada 15 días con fluoruro de sodio al 0,02 %, aplicaciones de laca flúor 2 veces al año, así como tratamiento curativo a los afectados.

2.5.Prevenición

La prevención constituye el aspecto más importante de la práctica odontológica y los programas se dirigen hacia la prevención de las enfermedades bucales más frecuentes: caries dental, periodontopatías dentarias.

La implantación progresiva de las medidas preventivas en las edades anteriores llevaría a que el niño que comienza su adolescencia tuviera bien arraigado hábitos de educación para una buena su salud bucal.

En estos casos el programa preventivo se basará en 3 pilares fundamentales: eliminación de la placa dental, alimentación pobre en hidratos de carbonos y utilización de medidas preventivas que aumenten la resistencia a la caries.

Los enjuagues de flúor y la aplicación periódica de geles o barnices son imprescindibles para prevenir lesiones por desmineralización, que más tarde quedan como señales del tratamiento. En los pacientes con alto riesgo de caries se recomiendan los exámenes periódicos, profilaxis, controles de placa dental y aplicaciones de lacas o barnices flúor-clorhexidina cada 3 meses. También se indicarán enjuagatorios flúor-clorhexidina semanalmente, así como crema dental con clorhexidina, xilitol y gel mineralizante 15 días continuos, mensual o cada 2 meses. Asimismo, el uso de sellantes de fosas y fisuras, de acuerdo con las indicaciones, si son retentivas. Del mismo modo se puede combinar el uso de enjuagatorios de flúor al 2 %, seguido de laserterapia durante 5 días seguidos cada 3 meses.

La necesidad de la prevención odontológica integral es cada vez más urgente al profundizarse en las causas de los problemas estomatológicos y al comprender que por mucho tiempo se ha prestado mayor importancia a la reparación de los daños que a evitar la influencia de factores desencadenantes en la patogénesis de estos.

En odontología general integral la prevención también debe ser integral, pues se trata de una estrategia dirigida a promover salud bucal y prevenir problemas estomatológicos. Se deben jerarquizar las acciones en relación con la salud bucal y el principal objetivo debe ser mantener la salud en familias, comunidades e individuos, a través de acciones de prevención, muy bien dirigidas y planificadas.

2.5.1.Fluoruros.

El flúor es re mineralizador de la pieza dentaria, le confiere mayor resistencia al ataque ácido, disminuye la solubilidad del esmalte e interfiere en el metabolismo bacteriano.

Frente a concentraciones bajas y constantes de fluoruro, el Estreptococo Mutans produce menos ácido.

El beneficio para la salud bucal se logra gracias al uso de dos vías de administración de fluoruro: sistémica (agua potable, alimentos) y tópica, por ejemplo 19 en pastas dentales fluoradas para niños, a partir de los 3 años , en baja cantidad y concentración, en forma sistemática y periódica, al menos 2 veces al día (para obtener mayor efecto preventivo anti-caries), bajo supervisión de un adulto, de modo de controlar la cantidad de pasta dental, la técnica y cuánto tragan los menores, ya que se ha visto que a mayor dosificación de pasta, y menor edad, mayor es la cantidad tragada de pasta fluorurada, lo que está relacionado con fluorosis dental.

La cantidad de pasta dental recomendada fluctúa según la edad, por lo que para niños de 3-6 años, se aconseja el equivalente al tamaño de una arveja (0.5 gramos).

Se propone que los niños y niñas escupan la saliva y espuma producida, evitando enjuagarse, de modo de aprovechar el contacto tópico del flúor por el mayor tiempo posible

Asimismo, se recomienda que un adulto dispense la cantidad de pasta dental a utilizar.

2.5.2.Control de la Dieta

Se pretende disminuir los momentos de acidez en el día, y acompañarlo de un cambio en los hábitos de alimentación, prefiriendo verduras, frutas, agua y leche por sobre las golosinas y bebidas de fantasía.

Cabe destacar el rol que juegan las bebidas gaseosas como factor de riesgo en la producción de caries y erosiones dentales, por el nivel de acidez que poseen.

En un estudio transversal, realizado en Estados Unidos, en el que se evaluó la dieta líquida consumida durante 24 horas (bebidas carbonatadas, jugos de frutas, leche y agua) en niños de 2 a 10 años y su experiencia de caries, los resultados mostraron asociación entre la ingesta de bebidas carbonatadas y una mayor potencialidad cario génica.

La Estrategia Global en Dieta, Actividad Física y Salud propuesta por la OMS/FAO, recomienda restringir el consumo de alimentos /bebidas que contengan azúcares libres a un máximo de 4 veces al día.

2.5.3. Sellado de fisuras

Se trata de una técnica muy eficaz para frenar el avance de la caries dental, al establecer una barrera que protege aquella zona más susceptible de verse afectada: la superficie oclusal.

Consiste en rellenar las fisuras del esmalte, con lo que se impide la colonización bacteriana. Esta técnica está indicada en:

- Dientes cuya morfología sea más propensa a desarrollar caries (que presenten surcos profundos).
- Molares y premolares que acaben de erupcionar y estén sanos.
- Cuando hay fracturas en el esmalte dental.
- En pacientes que hayan presentado caries extensas en su dentición temporal.
- Personas con enfermedades crónicas de larga duración, minusvalías físicas o psíquicas, y en general todos aquellos que tengan más difícil acceso a tratamientos restauradores en el futuro.

CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO

3.1. Contexto y clasificación de la investigación

Se realizó un estudio con el método de intervención grupal educativa de tipo cuasi experimental con diseño pretest - postest, con grupo de comparación, para modificar conocimientos sobre salud bucal y demostrar la influencia de la educación para la salud en el comportamiento de la caries dental en los grupos de segundo, quinto y sexto grado de la escuela primaria "Clemencia Rodriguez de Mora" de Santo Domingo, en el período comprendido entre Mayo del 2017 hasta Agosto del 2017. (Anexo # 8)

3.2. Universo

El universo de estudio estuvo constituido por todos los alumnos de segundo, quinto y sexto grado con los que cuenta la institución, que son 87 niños, distribuidos equitativamente en tres grupos: de 5-7 años, de 8-10 años y de 11-12 años.

3.4. Aspectos éticos

Los niños y sus padres fueron informados verbalmente sobre el tipo de estudio a realizar y así lograr la aprobación a participar en el mismo con un consentimiento informado (Anexo 1).

3.4. Métodos utilizados:

El desarrollo de la investigación tuvo en cuenta modelos cuantitativos y cualitativos, considerando un sistema de métodos integrados por: métodos empíricos, métodos teóricos y métodos estadísticos.

3.5. Métodos empíricos

Los métodos empíricos utilizados fueron: la observación, análisis documental.

3.6. Observación:

Se utilizó para diagnosticar las caries existentes mediante la ayuda del espejo bucal y el explorador utilizando la luz del sillón dental.

3.7. Análisis documental:

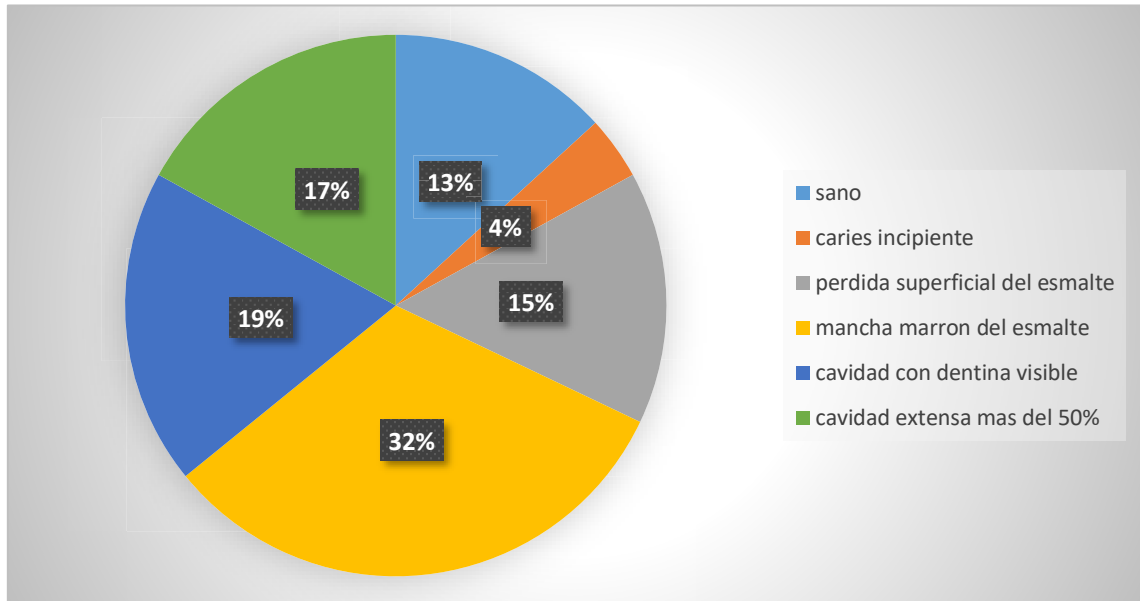
Se realizó la revisión documental de fuentes bibliográficas relacionadas con la promoción de salud bucal a través de publicaciones disponibles en diferentes sitios Web y en libros de textos impresos y en formato digital.

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICO # 1

EXPLORACION Y DIAGNOSTICO

DE CARIES DENTAL



Fuente: obtenido de la historia clinica 033 (anexo # 10)

Elaborado: Moreta Katherine (2017).

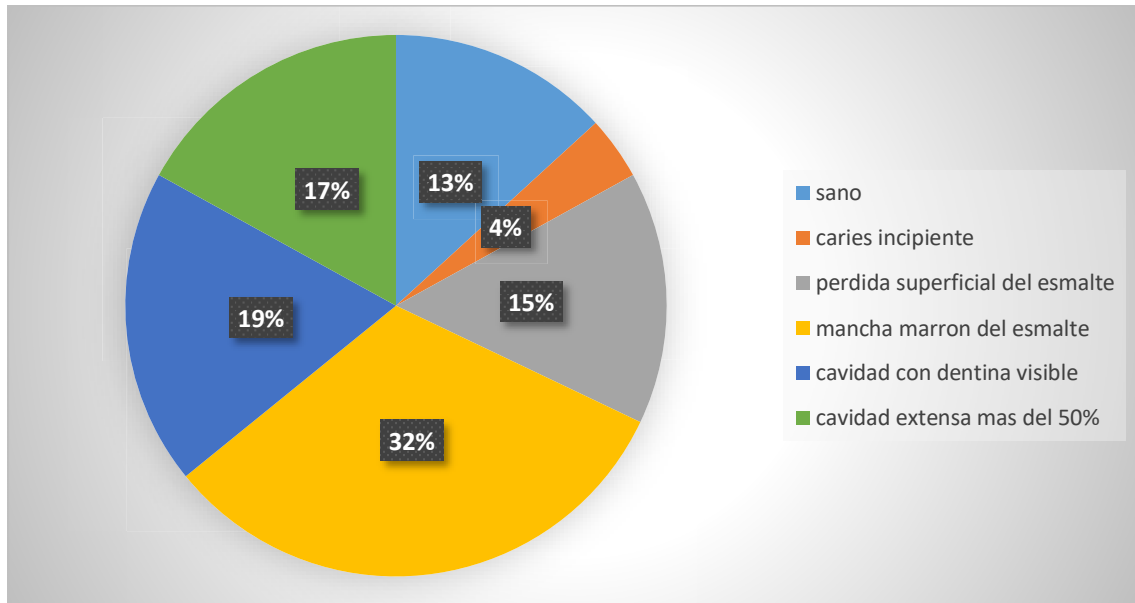
ANALISIS:

El gráfico nos demuestra el grado de destrucción dentaria por mala higiene dental que se exploró en un paralelo, en un 32 % encontramos en niños que tienen en sus piezas mancha marrón, el 17% encontramos un grado máximo de destrucción de la pieza dentaria, en un 15% pérdida de superficie del esmalte, en un 10% encontramos caries incipiente, y un 10% sano.

GRAFICO # 2

EXPLORACION Y DIAGNOSTICO

DE CARIES DENTAL



Fuente: obtenido de la historia clinica 033 (anexo # 10)

Elaborado: Moreta Katherine (2017).

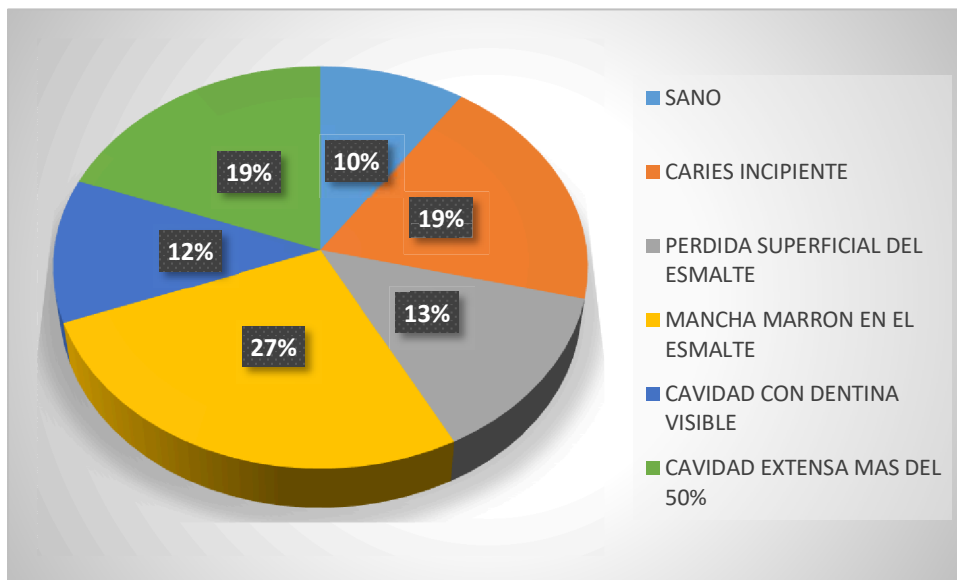
ANALISIS:

El gráfico nos demuestra el grado de destrucción dentaria por mala higiene dental que se exploró, en un 32 % encontramos en niños que tienen en sus piezas mancha marrón, el 19% encontramos dentina visible, el 17% encontramos un grado máximo de destrucción de la pieza dentaria, en un 15% pérdida de superficie del esmalte, en un 4% encontramos caries incipiente, y un 13% sano.

GRAFICO # 3

EXPLORACION Y DIAGNOSTICO

DE CARIES DENTAL



Fuente: obtenido de la historia clinica 033 (anexo # 10)

Elaborado: Moreta Katherine (2017).

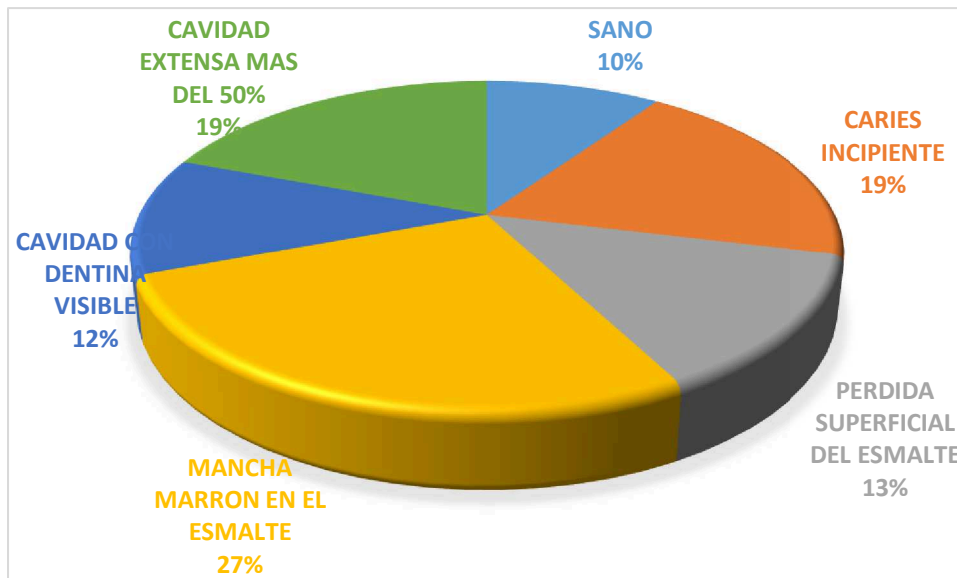
ANALISIS:

El grafico nos demuestra el grado de destrucción dentaria por mala higiene dental que se exploró, en un 22 % encontramos en niños que tienen en sus piezas mancha marrón, el 19% encontramos dentina visible, el 15% encontramos un grado máximo de destrucción de la pieza dentaria, en un 15% pérdida de superficie del esmalte, en un 10% encontramos caries incipiente, y un 10% sano.

GRAFICO # 4

EXPLORACION Y DIAGNOSTICO

DE CARIES DENTAL



Fuente: obtenido de la historia clinica 033 (anexo # 10)

Elaborado: Moreta Katherine (2017).

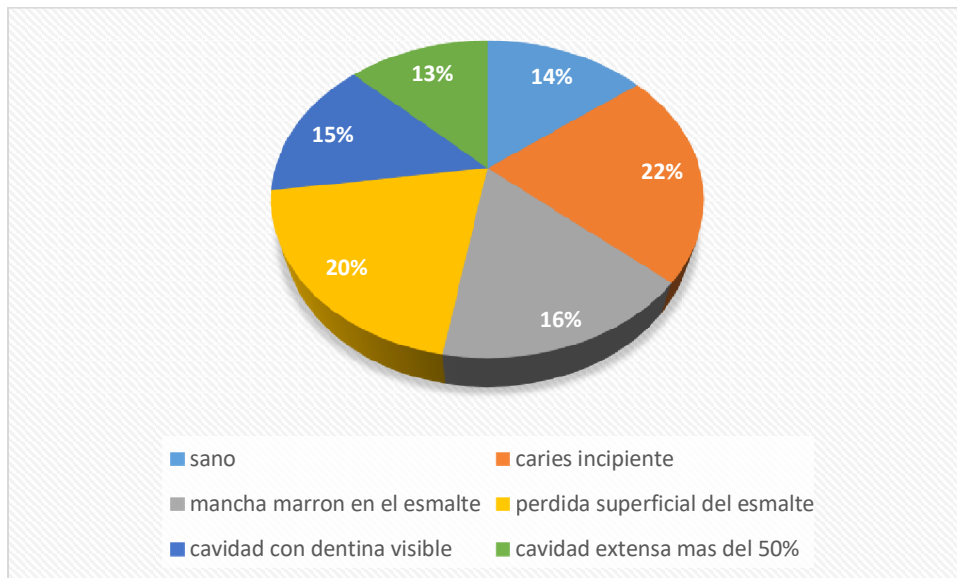
ANALISIS:

El grafico nos demuestra el grado de destrucción dentaria por mala higiene dental que se exploró, en un 27 % encontramos en niños que tienen en sus piezas mancha marrón, el 12% encontramos dentina visible, el 19% encontramos un grado máximo de destrucción de la pieza dentaria, en un 15% pérdida de superficie del esmalte, en un 19% encontramos caries incipiente, y un 10% sano.

GRAFICO # 5

EXPLORACION Y DIAGNOSTICO

DE CARIES DENTAL



Fuente: obtenido de la historia clinica 033 (anexo # 10)

Elaborado: Moreta Katherine (2017).

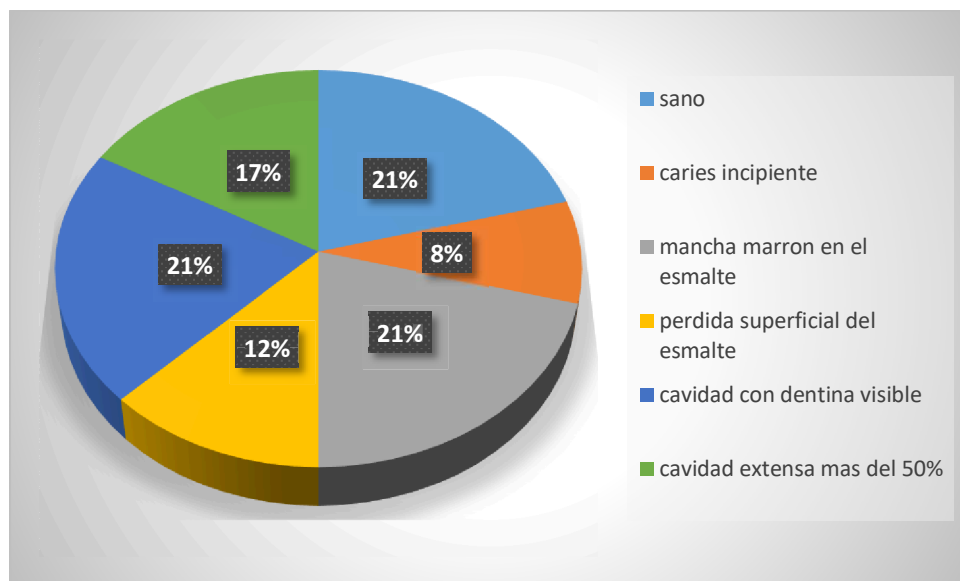
ANALISIS:

El grafico nos demuestra el grado de destrucción dentaria por mala higiene dental que se exploró, en un 22% se determinó que los menores de edad tienen caries incipiente, y en menor grado encontramos un 13% que tienen cavidad extensa más del 50%.

GRAFICO #6

EXPLORACION Y DIAGNOSTICO

DE CARIES DENTAL



Fuente: obtenido de la historia clinica 033 (anexo # 10)

Elaborado: Moreta Katherine (2017).

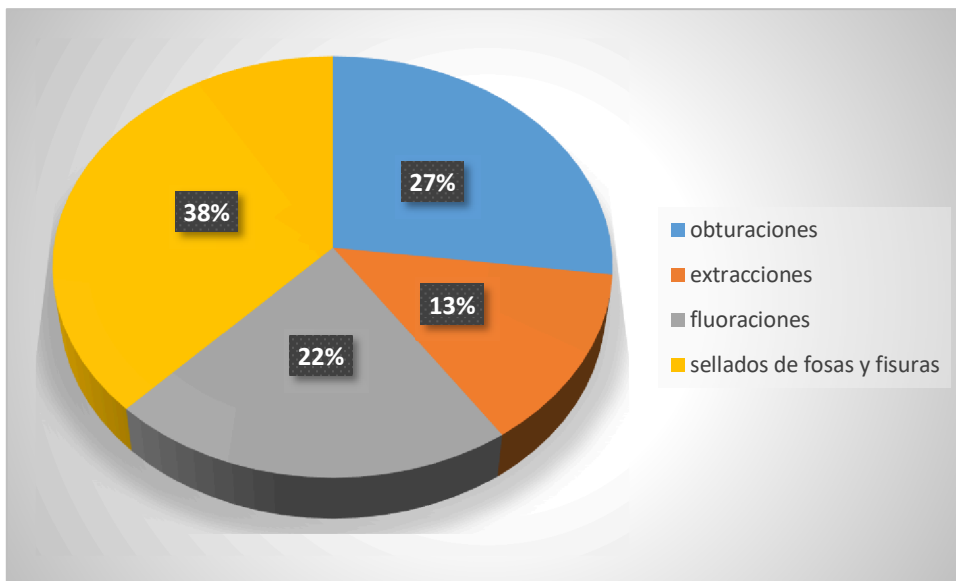
ANALISIS:

El grafico nos demuestra el grado de destrucción dentaria por mala higiene dental que se exploró, en un mayor grado encontramos que el 21% es por cavidad con dentina visible y en un menor grado encontramos que el 8% se debe a caries incipiente.

GRAFICO # 7

Necesidades y posibilidades

Prevención de caries.



Fuente: obtenido de la historia clinica 033 (anexo # 10)

Elaborado: Moreta Katherine (2017).

Este gráfico representa las necesidades y posibilidades de prevención de caries, se encontró que en 38% se debe al sellado de fosas y fisuras, la menor necesidad es la extracción de piezas dentarias por la poca colaboración de los pacientes.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

-Se ha aprovechado esta revisión con la educación para la salud, lo cual resulta de vital importancia para los odontólogos generales integrales, así como también para todos los profesionales encargados de la salud bucal de los infantes.

-Mantener elevando el nivel de educación sanitaria sobre salud bucal con el objetivo de: eliminar hábitos nocivos y modificar actitudes.

-Los profesionales encargados de desarrollar las actividades educativas deben convencerse de que fomentar la salud es más importante que tratar a los enfermos.

5.2. RECOMENDACIONES

- Cepillarse los dientes en presencia de los hijos, ya que los progenitores son modelos básicos en conductas.
- Incentivar, elogiar y prestar atención a los niños durante el cepillado, además de ser una buena manera de supervisar su correcta realización, convierte el cepillado en una tarea divertida
- Visitar al dentista regularmente ayudará a mantener sus dientes sanos. Es recomendable acudir al dentista al menos una vez al año para estar saludable.
- Cepillar los dientes después de cada comida, especialmente después de desayunar y al acostarse, ya que son los momentos en los que más bacterias se alojan en la boca.
- Cepillarse los dientes durante 2 minutos. Un método popular para animar a los más pequeños es poner un temporizador para controlar el tiempo del cepillado.

- Eliminar de la dieta alimentos demasiado azucarados, dado que el azúcar deteriora el esmalte y provoca caries dentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Legrá Matos SM, Milanés Pérez O, Comas Mirabent R, López Bancourt AC, Carreras Martorell CL. Antecedentes y perspectivas de la Estomatología en Cuba. MEDISAN 2006; 10(esp). <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_e_06/san05\(esp\)06.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_e_06/san05(esp)06.htm)> [consulta: 5 mayo 2011].
2. Almira Vázquez A. Educación para la salud. Bol Estomatol Acción 2002; 2(1):10.
3. Aguilar Valdés J, Ojeda del Valle M. Actualización de un tema: El sistema de vigilancia en salud escolar. Rev Cubana Higiene y Epidemiol 2000; 38(1):68-9. <http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol38_1_00/hie10100.htm> [consulta: 5 mayo 2011].
4. Paz Guzmán M, Téllez A. La salud del niño en edad escolar. <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/saludesc.html>> [consulta: 5 mayo 2011].
5. Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial. Salud dental del niño. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/childdentalhealth.html>> [consulta: 12 Junio 2011].
6. Choque Larrauri R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. <<http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>> [consulta: 12 junio 2011].
7. La práctica de la vigilancia en salud pública. Un nuevo enfoque en la República de Cuba. <<http://www.sld.cu/vigilancia/documento.html>> [consulta: 12 junio 2011].
8. Quiñones Ybarría ME, Ferro Benítez PP, Martínez Canalejo H, Salamanca Villazón L, Felipe Torres S. Algunos factores coadyuvantes del bienestar del niño y su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol 2008; 45 (3-4)

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000300002&script=sci_arttext [consulta: 12 junio 2011].

9. Clínica médica dental. La oclusion y sus trastornos. http://www.clinicafernandezdegatta.com/cl%EDnica_m%E9dica_dental_009.htm [consulta: 12 julio 2011].

10. Rodríguez Llanes R, Traviesas Herrera EM, Lavandera Carballido E, Duque Hernández M. Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles. Rev Cubana Estomatol 2009; 46(2). http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_2_09/est06209.htm [consulta: 12 julio 2011].

11. Tan Suárez NT, Alonso Montes de Oca CU. Educación comunitaria en salud bucal para niños. Rev Hum Méd 2003; 3(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202003000200005&script=sci_arttext [consulta: 12 julio 2011].

12. Cabrera López L, Hernández Cabrera GV, Valdés Mora M, Pérez Clemente F. Reflexiones sobre aplicación de técnicas grupales en actividades de la sociedad científica de medicina familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(3). http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_3_99/mgi07399.htm [consulta: 12 julio 2011].

13. Mazarío Triana I, Mazarío Triana AC, Horta Navarro M. El trabajo grupal y las técnicas participativas. http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/libros/index/assoc/HASH0173/c26d62c2_dir/doc.pdf [consulta: 15 mayo 2011].

14. Caurel Guerra JA. Actividades teóricas para motivar a los escolares empleando presentaciones electrónicas. <http://www.monografias.com/trabajos88/actividades-teoricas-motivar-escolares/actividades-teoricas-motivar-escolares.shtml> [consulta: 15 mayo 2011].

15. Cabrera Velázquez M, Acevedo Núñez AM, Novoa Pérez M. La educación sanitaria estomatológica, un problema social de las ciencias médicas. <http://www.cocmed.sld.cu/no41/n41ori3.htm> [consulta: 15 mayo 2011].

16. Castillo Guzmán A, Arocha Mariño C. El estado de salud de la población cubana en el período revolucionario. Rev Cubana Salud Pública 2000; 26(1). <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol26_1_00/spu08100.htm> [consulta: 15 mayo 2011].
17. Blanco Ruiz AO, García López E, Rodríguez García LO, Menéndez Laria A, Sotres Vázquez J. La relación estomatólogo-paciente. Importancia de los factores sociales. Rev Cubana Estomatol 2004; 41(1). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100010> [consulta: 15 mayo 2011].
18. Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. Rev Cubana Estomatol 2003; 40(1). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000100008&script=sci_arttext> [consulta: 10 junio 2011].
19. Romeo Cepero DV. Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. Rev Cubana Med Gen Integr 2007; 23(3). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252007000300013&script=sci_arttext> [consulta: 10 junio 2011].
20. Abed Ávila MT. Algunas consideraciones éticas en odontopediatría. <<http://www.cbioetica.org/revista/42/422224.pdf>> [consulta: 10 junio 2011].
21. Rodríguez Boggie DO. El desarrollo del niño/a de 0 a 5 años. <http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?ld_articulo=176> [consulta: 10 junio 2011].
22. Salud infantil. Etapas del desarrollo. <<http://www.cheesehosting.com/saludinfantil/desarrollo-infantil/etapas-del-desarrollo.php>> [consulta: 10 junio 2011].
23. Lago Barney G. Las tecnologías de información y comunicación en el sistema de salud. <<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v49n2/1-EDITORIAL.pdf>> [consulta: 10 junio 2011].

24. Dueñas Becerra J. Educación para la salud: bases psicopedagógicas. Rev Cubana Educ Med Sup 1999; 13(1). <http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol13_1_99/ems12199.htm> [consulta: 10 junio 2011].

25. Medicina preventiva. <http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_preventiva> [consulta: 10 junio 2011].

26. Metodología, recursos y técnicas didácticas en educación para la salud. <http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/37/37794/recursos_y_tecnicas_en_eps.pdf> [consulta: 10 junio 2011].

27. Caries. <<http://es.wikipedia.org/wiki/Caries>> [consulta: 10 junio 2011].

28. Caries dentales. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001055.htm>> [consulta: 10 junio 2011].

29. Alimentación sana. Dieta balanceada. <<http://www.alimentacion-sana.com.ar/portal%20nuevo/actualizaciones/dietabalanceada.htm>> [consulta: 10 junio 2011].

30. Dieta equilibrada. <http://www.aula21.net/Nutriweb/dieta_equilibrada.htm> [consulta: 10 junio 2011].

31. Borroto Chao R, Saez Luna M. Programa preventivo de caries dental en niños y adolescentes cubanos. Rev Cubana Estomatol 2003; 40(2). <http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est07203.htm> [consulta: 10 junio 2011].

World Health Organization. Oral dental health indicators. Geneva: WHO; 2004.

32. Sobrino Mora E. Caries dental: enfermedad prevenible [serie en [Internet](#)] 1995 [Citado 20 de octubre 2008] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/situa/1995_n5/caries_dental.htm

33. Fernández Francés M. Caries dental [serie en Internet] [Citado 23 de noviembre 2008] Disponible en: <http://www.aepap.org/familia/caries.htm>

33. Alcaras Sintés J. Enfermedades de las encías en niños y adolescentes. *Periodoncia* 2004; 10 (3): 219-226
34. Carvalho JC, Van Nieuwenhuysen JP, D'Hoore W. Oral hygiene and gingival condition among 12-year-old children in the Brussels Region. *Rev Belge Med Dent* 2001; 56(4): 281-90
35. The American Academy of Periodontology. Treatment of Plaque-Induced Gingivitis, Chronic Periodontitis and Other Clinical Conditions. *J Periodontol* 2001; 72(12):1790-800
36. Duque de Estrada J, Rodríguez Calzadilla A. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. *Rev Cubana Estomatol* 2001;39(2):111-9

ANEXOS

Anexo #1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Santo Domingo _____ del 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo; _____, con C.I. _____

Paciente y/o representante del paciente _____

declaro libre y voluntariamente se me atiende para el diagnóstico y tratamiento

De mis enfermedades para el aparato estomatognático.

He recibido información sobre el diagnóstico, riesgos y complicaciones que pudieran presentarse y se ha diseñado un plan de tratamiento que me comprometo a seguir estrictamente conociendo posible pronóstico del mismo y entiendo que los procedimientos van a ser realizados por estudiantes egresados de la carrera de Odontología supervisados por Tutores, comprendo que la actividad práctica de aprendizaje serán solventados oportunamente.

Nombre del estudiante que recibe el consentimiento _____

Firma del paciente y/o representante legal _____

Firma del Tutor presente en el dg y plan del trat _____

Anexo #2



Anexo # 3



Anexo # 4



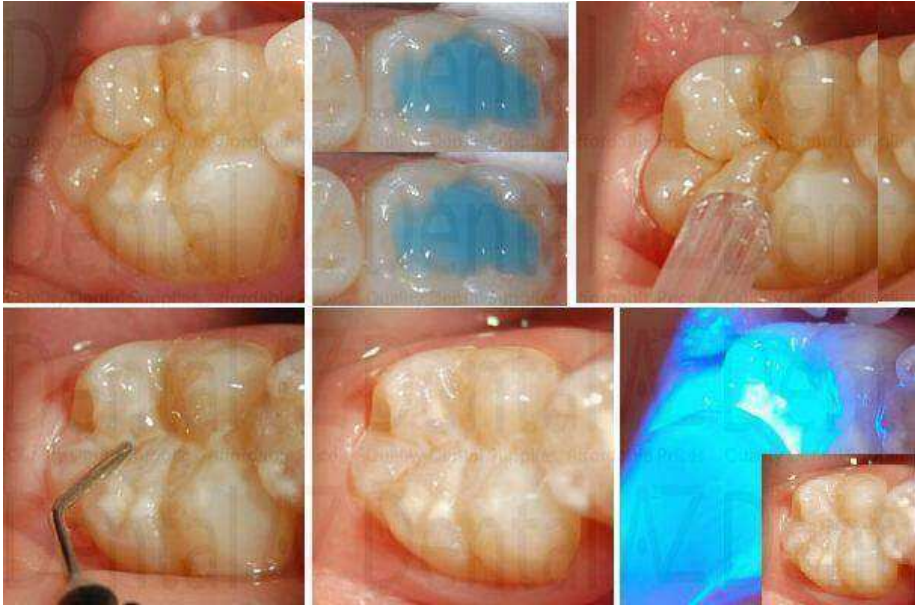
Anexo # 5



Anexo # 6



Anexo # 7



Anexo # 8



Anexo # 9



ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO M F		NÚMERO DE HISTIA		HISTORIA CLÍNICA		
MINOR DE UNO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS		EMBARAZADA				
1 MOTIVO DE CONSULTA										ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE		
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL										SÍNTOMAS - CRONOLOGÍA LOCALIZACIÓN CARACTERÍSTICAS ENFERMEDAD CAUSA APARENTE E SÍNTOMAS ASOCIADOS EVOLUCIÓN ESTADO ACTUAL		
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES												
1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRIAS	4. VIRSIDA	5. TUBER CULOS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO			
4 SIGNOS VITALES Y MEDICIONES										NO APLICA		
PROSION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	TEMPERATURA BUCA	TEMPERATURA AXILAR	PESO	TALLA						
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO										DESCRIBIR LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO		
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARBILLOS					
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. OROFARINGE	11. A.T.M.	12. GÁNGLIOS									
6 ODONTOGRAMA												
<p>SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA</p> <p>Caries () Restaurac. / Reles radic. F Corona C Prótesis remov. U Prótesis total □ Sellante * Extracción X Ausente A Trat. endodon. I Prótesis fija. 0-0</p> <p>Usar color ROJO para Patología actual AZUL para tratamientos odontológicos realizados</p>												
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL										CARIES		
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					ENF. PERIODONTAL		MAL OCLUSIÓN		FLUOROSIS		CARIES	
PIEZAS					LEVE MODERADA SEVERA		ÁNGULO I ÁNGULO II ÁNGULO III		LEVE MODERADA SEVERA		D C P O TOTAL	
55	17	55										
11	21	51										
26	27	65										
36	37	75										
31	41	71										
46	47	85										
TOTALES												

SNS-MSP / HCU-form.014 / 2007

ODONTOLOGIA (1)