

Inicio

Publicaciones

Año 2016

## Servicio social comunitario, diagnóstico de salud bucal, en escolares de la escuela primaria "Isidro Favela", Ciudad Nezahualcóyotl. FES Zaragoza UNAM

**Dra. Beatriz Gurrola Martínez,<sup>1</sup> M en C Josefina Morales Vázquez,<sup>2</sup> Chávez Castro Anayeli,<sup>3</sup> Hernández Chávez Paulina.**

<sup>4</sup> Profesores de tiempo completo de la carrera de odontología FES Zaragoza UNAM, <sup>1,2</sup> pasantes de la carrera.<sup>3,4</sup>

### Resumen

El diagnóstico de salud lo constituye el conocimiento de la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan. De acuerdo con el concepto ecológico de salud debe referirse a la comunidad que vive en una localidad o asentamiento humano con características geográficas, económicas, culturales, sanitarias, entre otras. Se basa en la identificación y definición de los problemas y del plan de acción para darle solución, para lo cual se requiere de la participación activa del equipo de salud y la comunidad organizada. El objetivo determinar el diagnóstico del problema de la salud bucal con los índices epidemiológicos CPOD, IHOS, maloclusiones, lesiones de tejidos blandos y Fluorosis, en escolares de 6 a 12 años de edad de la escuela primaria "Isidro Favela" ubicada en ciudad Nezahualcóyotl. Metodología estudio descriptivo transversal, observacional. Muestra n=456 alumnos de la Primaria "Isidro Favela". Procedimiento se realizó un programa de servicio social con pasantes de la carrera de cirujano dentista. Resultados referente el género 57 % las niñas y 43% los niños, respecto al IHOS se encontró, que sólo el 7.4 de la muestra tienen mala higiene bucal, y con respecto a la edad los niños de 11 años presentan el mayor porcentaje de esta, con el 2.2 %. Conclusiones La solución de la problemática de salud bucal en la población infantil requiere cada vez más de un trabajo multidisciplinario. El trabajo comunitario, es el eslabón entre la institución formadora de recursos humanos y la población, ya que colaboran en la aplicación de programas preventivos para proteger la salud bucal de los escolares. Dada la alta prevalencia de las enfermedades bucales que presenta la población infantil es necesario llevar a cabo estudios de tipo epidemiológico, para mejorar la salud bucal.

**Palabras clave:** diagnostico, prevención, salud bucal, CPOD, IHOS.

### Summary

The health diagnosis is the knowledge of the health status of a community. According to the ecological concept of health should refer to the community that lives in a town or human settlement with geographic, economic, cultural, health characteristics. It is based on the identification and definition of problems and action plan for solving them, for which it requires the active participation of the health team and the organized community. The objective is to determine the diagnosis of the problem of oral health with epidemiological indexes CPOD, OHI, malocclusion, soft tissue injuries and fluorosis in schoolchildren aged 6 to 12 years of age "Isidro Favela" primary school in the city Nezahualcóyotl. Methodology transversal, descriptive study. Sample n = 456 students Primary "Isidro Favela". Procedure A social service program with through of dental career degree. Results concerning gender 57% for girls and 43% for boys, compared to IHOS found that only 7.4 of the sample have poor oral hygiene, and with respect to age children 11 years of age have the highest percentage of this, with 2.2%. Conclusions The solution of the problem of oral health in children increasingly requires a multidisciplinary work, with the help of appropriate epidemiological diagnoses, can resolve the problem of oral health. The solution to community work, is the link between the training institution, human resources and population, because they assist in the implementation of preventive programs to protect the oral health of school children decreasing the burden of oral disease. Given the high prevalence of oral diseases presenting children is necessary to conduct epidemiological studies to

## Antecedentes

La caries dental es un problema del proceso salud- enfermedad del aparato estomatognático de mayor prevalencia, y se ha demostrado que hasta 95% de la población infantil la padece. Según la OMS, las maloclusiones constituyen la tercera mayor prevalencia entre las enfermedades bucales, después de caries y enfermedad periodontal. El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente, que se presenta entre 40 y 85% de los casos. El promedio de IHOS que en edad escolar, es alto, por la formación de la placa dentobacteriana afecta, por lo que el control de higiene bucal debe llevarse a cabo continuamente, y sobre todo, porque la formación de placa dentobacteriana es un proceso fisiológico y constante. En la actualidad, la Fluorosis dental va en aumento en numerosos países del mundo, debido al incremento en la disponibilidad del flúor, esta enfermedad es un problema al que se le debe prestar mayor atención en México por su prevalencia y sus consecuencias negativas, ya que aproximadamente 15.5% de la población la padece, esto depende de la región donde se habite. En cuanto a la incidencia de las lesiones de tejidos blandos se encontró que 49% fue localizada en los labios, 19% en carrillos, 14% en rebordes alveolares y 6% en lengua, paladar y encía. Es importante conocer la prevalencia de dichas enfermedades, para poder aplicar un programa de prevención y educación en cuanto a la salud bucal en los menores de edad, ya que son los más vulnerables a padecer algunas de estas patologías, dada la dependencia que tienen hacia sus padres o tutores. En el conocimiento y manejo de las enfermedades está la base fundamental para que la población conserve todos sus dientes durante toda la vida, de ahí la importancia que esta adquiera conciencia de sus problemas y encuentre soluciones adecuadas que ayuden a resolverlo, haciendo énfasis en la higiene bucal, dieta, visitas periódicas al odontólogo y la eliminación de hábitos perjudiciales.<sup>1</sup> El diagnóstico del estado de salud por ser multifactorial se hace muy complejo, más aún si pretendemos abarcarlo en toda su magnitud, para una colectividad o comunidad determinada, es un sistema valioso para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema de salud. Las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, también por su efecto sobre la calidad de vida de la población.<sup>2,3</sup> En caso concreto, la salud y enfermedad bucal es la resultante 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 bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, práctica o asistencia periódica o sistemática a los servicios estomatológicos, acceso y práctica a medidas de función, entre otras.<sup>1,4</sup> Por otra parte, se sugiere que la posición dentro de la estructura social es un fuerte predictor, tanto de morbilidad como de mortalidad, además, se acepta la existencia de una asociación entre el estado de salud y el estatus social - individuos de mejor nivel socioeconómico disfrutan de mejor salud.<sup>5</sup> La noción de riesgo epidemiológico es función de la existencia del ser humano viviendo en un ambiente social en variación permanente. El concepto epidemiológico de riesgo implica la probabilidad que tiene un individuo de desarrollar una enfermedad determinada, un accidente o un cambio en su estado de salud en un período específico y en una comunidad dada, con la condición de que no enferme o muera de otra causa en ese período (8). El diagnóstico de las enfermedades bucales se establece mediante la aplicación del método epidemiológico, el método clínico y los auxiliares diagnósticos.<sup>9</sup> En China, se reportó en 315 estudiantes, una prevalencia del 71.4% de caries dental en la dentición temporal, por lo que fue más afectada que la dentición permanente (3). En España Pita- Fernández y cols. (2010) se realizó un estudio observacional de prevalencia en la consulta de odontología del Centro de Salud de Fantiñas, n= 281 niños menores de 15 años, la prevalencia de caries en la dentición temporal fue del 29.2% a los 6 años y del 11.1% a los 12 años (10). Hernández encontró en Cuba, en un estudio experimental en el municipio de Camagüey, en una muestra de 37 niños entre los 5 y los 12 años. Una prevalencia de caries de más del 90%. Afecta aproximadamente al 40% de los infantes y entre el 60 y 80% de los adolescentes y jóvenes (11). Otro estudio de Riesgo y cols. (2011) determinó el estado de salud bucal de 98 escolares de 5-6 años. Al analizar el sexo, se observó que de los 98 alumnos, 53 eran varones (54 %), y 45 eran mujeres (46%). De los niños, la mayoría tenían higiene bucal deficiente (74,5 %), sin diferencias importantes por sexo. La higiene bucal adecuada se confirmó en el 27,2 %, sin embargo, los que tenían higiene bucal deficiente, necesitaban algún tipo de tratamiento periodontal (58,4%) (12). Por otro lado en Venezuela Agreda y cols. Realizaron un estudio epidemiológico descriptivo, transversal, en una población de 92 niños entre 6 y 14 años de edad, de la Escuela Básica "Fray Juan Ramos de Lora", Municipio Libertador, sector Santa Elena, Mérida con el Índice de Higiene Oral Simplificado IHOS, con el resultado que 57.6% del total de la muestra presentó detritus blando hasta un tercio de la superficie del diente, en contraste con el

9.8% que no presentó placa dental (13). Referente a las maloclusiones Medina, observaron a 479 pacientes pediátricos y encontraron que la maloclusión clase I se presentó en un 64% con un promedio de edad de 8 años, la maloclusión clase II se presentó en el 21% de la muestra y la clase III en el 15%. Manifestándose la clase II en mayor prevalencia para el género masculino, y la clase III en el femenino (14). Resultados similares se encontraron en Perú <sup>15,16</sup> con Aliaga- Del Castillo y cols. Donde se encontró una prevalencia de maloclusiones del 85.6%; la más prevalente según la clasificación de Angle fue la clase I (59.6%). Se evidenciaron alteraciones ortodónticas en el 67.2% de casos. Las alteraciones ortodónticas encontradas más frecuentes fueron apiñamiento dentario (28.4%), mordida cruzada anterior (17.4%), sobresalto exagerado (8.5%), sobre mordida exagerada (5%) y mordida abierta anterior (5%).

16 Jiménez, obtuvo sobre un estudio de lesiones en tejidos blandos: en 88 estudiantes de 12 años de edad, de los cuales 69 presentaron lesiones (91%) y 19 pacientes (9%) no; el género masculino fue el más prevalente con 92.75% las mujeres el 7.25%.

15 González reporta en 588 niños, entre 6 y 11 años, el diagnóstico de fluorosis el 64.8%, presentó sin variabilidad en el género, los grados 1 y 2 fueron los más prevalentes.

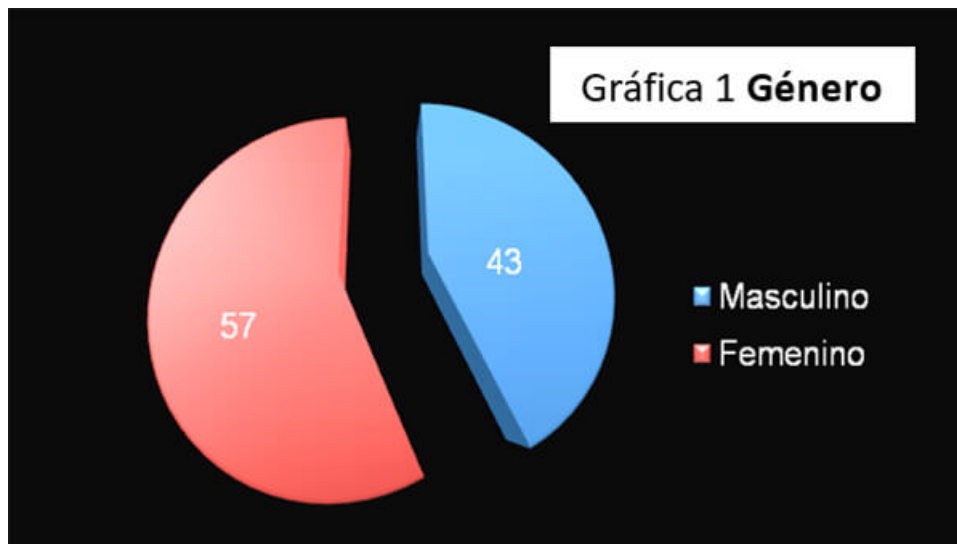
17 Casanova-Rosado, en Campeche, realizaron un estudio epidemiológico n=1, 644 niños, y la prevalencia total de Fluorosis fue de 15.5%.

18 Martínez en San Luis Potosí, realizó un estudio transversal, en 3864 escolares, la prevalencia de caries en la dentición primaria en este estudio fue 56.8%, observándose a los 8 años de edad (62.6%) el mayor porcentaje.

19 Objetivo determinar el diagnóstico del problema de la salud bucal en los escolares de 6 a 12 años de edad de la escuela primaria "Isidro Favela" ubicada en ciudad Nezahualcóyotl con los promedios del CPOD, IHOS, maloclusiones, lesiones de tejidos blandos y Fluorosis. Metodología estudio descriptivo transversal, observacional. Universo de estudio, escuela primaria del Estado de México. Población. escolares de la escuela primaria ubicada en ciudad Nezahualcóyotl, en el Estado de México, muestra n=456 alumnos de la Primaria "Isidro Favela". Procedimiento se realizó un programa de servicio social con pasantes de la carrera de cirujano dentista Técnica y recolección de datos. Se pidió el permiso para ingresar a la Escuela Primaria "Isidro Favela," en la Subdirección regional de servicios educativos del Estado de México, con las autoridades pertinentes para detallar el estudio y sus características. Se elaboraron los consentimientos informados que fueron entregados a cada uno de los padres de familia de los escolares que acuden a esa escuela, se recogieron los consentimientos informados. Se revisó a cada uno de los niños por grupo y conforme a lista de asistencia, para esto, se utilizó un explorador y espejo del número 5, guantes, cubreboca y la luz solar. Se levantaron y registraron los índices epidemiológicos: CPOD. Para los niños de 5 a 6 años se utilizó el ceo-d, el de Higiene Oral Simplificado IHOS. En el índice de Dean: La determinación de la intensidad de la fluorosis dental se estimó desde la presencia de pequeñas líneas blancas poco observables y que afectan a una pequeña porción del esmalte; hasta al puntilleo más severo con un alto grado de pigmentación que va del café claro hasta el café oscuro, donde el compromiso estético es importante. Los criterios utilizados son: Dudoso (0), Muy leve (1), Leve (2), Moderado (3) y Severo (4). Para las maloclusiones, en el caso de los niños que no tenían erupcionado el molar de los 6 años se registraron con los Planos terminales: que son los que se encuentran perpendiculares a la cara distal del segundo molar superior o inferior primario. La posición de los molares primarios permitirá establecer suposiciones predictivas de las posiciones de la futura oclusión de los primeros molares permanentes. Plano terminal recto: Este plano se refiere a que ambos planos están en un mismo nivel formando una línea recta, la cúspide mesiovestibular del segundo molar superior primario ocluye en la cúspide mesiovestibular del segundo molar inferior primario, haciendo que las caras distales de ambos molares formen una línea recta. Neutro-oclusión: Se forma cuando el plano del segundo molar inferior primario está por delante del segundo molar superior primario formando un escalón hacia mesial, la cúspide mesiovestibular del segundo molar superior primario ocluye en el surco principal vestibular del segundo molar inferior primario. Disto- oclusión: Cuando el plano del segundo molar inferior primario está por detrás del segundo molar superior primario formando un escalón hacia distal, la cúspide mesiovestibular del segundo molar superior ocluye en el espacio interproximal del primero y segundo molares inferiores primarios. Mesial largo: Se refiere a que la cúspide mesiovestibular del segundo molar superior primario cae por detrás del surco central del segundo molar inferior primario, esto trae por consecuencia que los primeros molares permanentes sean guiados a una severa malocclusión clase III o prognatismo. Para el registro de las lesiones de tejidos blandos, se utilizaron los siguientes criterios: Entidades blancas, lesiones ulceradas, aumentos tisulares.

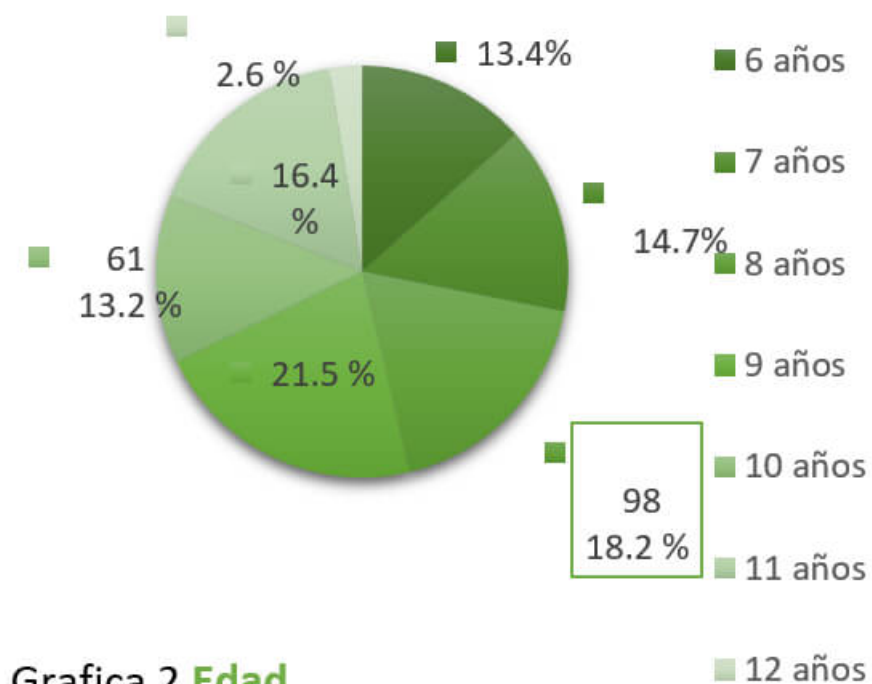
## Resultados

De acuerdo a los datos obtenidos respecto al género tenemos en la gráfica 1, el porcentaje de escolares revisados correspondiente al, 57 % para las niñas y 43% para los niños. FD: Fuente Directa: Chávez CA, Hernández CP.



Gráfica 1 Género

Grafica 2 referente a la edad, nos muestra, dentro del total de escolares revisados  $n=456$  que son el 100%, de los cuales (61) 13.4% con 6 años; (67) escolares en edad de 7 años 14.7%, (83) 18.2% 8 años; (98) 21.5% corresponden a escolares de 9 años; (60) 13.2% son de la edad de 10 años; (75) 16.4% 11 años; y, (12) 2.6% tenían 12 años. FD: Fuente Directa: Chávez CA, Hernández CP.



Grafica 2 Edad

Tabla 1 En relación al ceo órganos temporales vemos la frecuencia y porcentajes respectiva.

| Tabla 1 n= 456         |            |            |                     |            |                     |            |
|------------------------|------------|------------|---------------------|------------|---------------------|------------|
| Criterio               | Frecuencia | Porcentaje | Niñas<br>Frecuencia | Niñas<br>% | Niños<br>Frecuencia | Niños<br>% |
| Sanos                  | 2869       | 63.869     | 1571                | 64.491     | 1298                | 63.1       |
| Cariado                | 1294       | 28.807     | 690                 | 28.325     | 604                 | 29.4       |
| Obturado               | 321        | 7.146      | 173                 | 7.102      | 148                 | 7.2        |
| Extracción<br>indicada | 8          | 0.178      | 2                   | 0.082      | 6                   | 0.3        |
| Total                  | 4492       | 100        | 2436                | 100        | 2056                | 100        |

Tabla 2.- El total de órganos dentales permanentes revisados del total de la muestra n= 456, fue de 5883 = al 100%, en correlativo al CPOD de los cuales (4494) 76.390% se presentaron sanos; (1366) 23.219% se encontraron cariados; (22) 0.374% obturados; y, (1) 0.017% perdidos.

| Tabla 2 CPOD n=456 |            |        |                     |       |                     |      |
|--------------------|------------|--------|---------------------|-------|---------------------|------|
| Criterio           | Frecuencia | %      | Niñas<br>Frecuencia | %     | Niños<br>Frecuencia | %    |
| Sanos              | 4494       | 76.390 | 2657                | 76.7  | 1837                | 75.8 |
| Cariado            | 1366       | 23.219 | 781                 | 22.5  | 585                 | 24.1 |
| Obturado           | 22         | 0.374  | 21                  | 0.60  | 1                   | 0.04 |
| Perdido            | 1          | 0.017  | 1                   | 0.056 | 0                   | 0    |
| Total              | 5883       | 100    | 3461                | 100   | 2423                | 100  |

Tabla 3.- en relación a la edad, la frecuencia y porcentaje de caries dental en los órganos dentales temporales T y permanentes

| Tabla 3 Frecuencias y Porcentajes dientes temporales y permanentes |         |      |           |      |            |      |                 |      |         |     |            |     |             |    |          |
|--|---------|------|-----------|------|------------|------|-----------------|------|---------|-----|------------|-----|-------------|----|----------|
| Edad<br>Años   | Sanos T |      | Cariado T |      | Obturado T |      | Extra. Indica P |      | Sanos P |     | Cariados P |     | Obturados P |    | Perdidos |
|  | F       | %    | F         | %    | F          | %    | F               | %    | F       | %   | F          | %   | F           | %  |          |
| 6  | 805     | 28.1 | 218       | 16.9 | 47         | 14.6 | 1               | 12.5 | 395     | 8   | 59         | 4.3 | 0           | 0  | 0        |
| 7  | 678     | 23.6 | 205       | 15.9 | 54         | 16.8 | 2               | 25   | 747     | 16  | 62         | 4.5 | 0           | 0  | 0        |
| 8  | 916     | 31.9 | 308       | 23.8 | 92         | 28.7 | 3               | 37.5 | 1075    | 24  | 242        | 17  | 18          | 4  | 0        |
| 9  | 312     | 10.8 | 344       | 26.6 | 75         | 23.4 | 2               | 25   | 656     | 14  | 363        | 26  | 22          | 5  | 0        |
| 10   | 14      | 0.5  | 113       | 8.7  | 21         | 6.6  | 0               | 0    | 492     | 11  | 208        | 15  | 13          | 3  | 0        |
| 11   | 144     | 5.1  | 68        | 5.2  | 28         | 8.7  | 0               | 0    | 950     | 21  | 307        | 22  | 36          | 8  | 1        |
| 12   | 0       | 0    | 38        | 2.9  | 4          | 1.2  | 0               | 0    | 179     | 3.6 | 125        | 9.3 | 9.0         | 2  | 0        |
| Total  | 2869    | 100  | 1294      | 100  | 321        | 100  | 8               | 100  | 4494    | 100 | 1366       | 100 | 100         | 22 | 1        |

Tabla 4.- En correlación al género, con el índice de higiene oral simplificado IHOS en los escolares de la escuela primaria "Isidro Favela" se encontró, que sólo el 7.4 de la muestra tienen mala higiene bucal, y con respecto a la edad los niños de 11 años presentan el mayor porcentaje de esta, con el 2.2 %.

| Tabla 4   | Excelente 0 - 1 |      | Buena 2 |      | Mala 3 |     |
|-----------|-----------------|------|---------|------|--------|-----|
| Escolares | F               | %    | F       | %    | F      | %   |
| Total     | 221             | 48.5 | 201     | 44.1 | 34     | 7.4 |
| Femenino  | 133             | 29.2 | 113     | 24.8 | 16     | 3.5 |
| Masculino | 88              | 19.3 | 88      | 19.3 | 18     | 3.9 |

| Tabla 4 | F   | %    | F   | %    | F  | %   |
|---------|-----|------|-----|------|----|-----|
| Edad    |     |      |     |      |    |     |
| 6 años  | 38  | 8.3  | 16  | 3.5  | 6  | 1.3 |
| 7 años  | 40  | 8.8  | 25  | 5.5  | 2  | 0.4 |
| 8 años  | 35  | 7.7  | 48  | 10.5 | 1  | 0.2 |
| 9 años  | 51  | 11.2 | 37  | 8.1  | 6  | 1.4 |
| 10 años | 17  | 3.7  | 33  | 7.2  | 5  | 1.0 |
| 11 años | 25  | 5.5  | 34  | 7.6  | 10 | 2.2 |
| 12 años | 15  | 3.3  | 8   | 1.7  | 4  | 0.9 |
| Total   | 221 | 48.5 | 201 | 44.1 | 34 | 7.4 |

Grafica 3.- Tocante al porcentaje de maloclusión dental en escolares, encontramos, para los planos terminales una frecuencia del plano recto con el 55%, del total de la muestra estudiada.

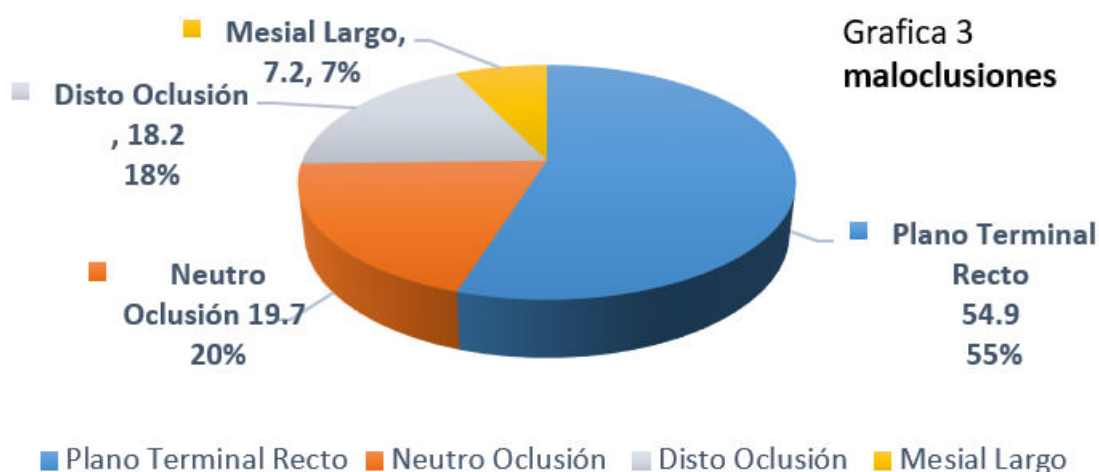


Tabla 5 .- Correlativo al género, el porcentaje de maloclusión dental en escolares y los planos terminales vemos que la mayor frecuencia es el plano recto con el 55%, en las niñas y referente a la edad los escolares de 11 años tienen el 24% plano recto, para los de 10 años en neutro oclusión o clase I con el 35%, los de ocho años están en distoclusión, con el 22% o clase II y para el escalón largo los escolares de 7 y 8 se encuentran con el escalón mesial o clase III lo cual representa el 48%. También está el resultado de la presencia de Fluorosis, donde tenemos en el nivel de dudosa a 14 niños de 9 años.

| Tabla 5 Planos terminales, Genero, Edad |                      |      |                         |     |                         |      |                        |     |                             |
|---|----------------------|------|-------------------------|-----|-------------------------|------|------------------------|-----|-----------------------------|
| Genero                                  | Plano terminal recto |      | Neutro oclusión Clase I |     | Disto oclusión clase II |      | Mesial largo clase III |     |                             |
|   | F                    | %    | F                       | %   | F                       | %    | F                      | %   |                             |
| Masculino                               | 85                   | 44.7 | 34                      | 50  | 28                      | 44.5 | 9                      | 36  | Fluorosis por edad          |
| Femenino                                | 105                  | 55.3 | 34                      | 50  | 35                      | 55.5 | 16                     | 64  |                             |
| Total                                   | 190                  | 100  | 68                      | 100 | 63                      | 100  | 25                     | 100 |                             |
|   |                      |      |                         |     |                         |      |                        |     |                             |
| Edad 6 años                             | 24                   | 12.6 | 7                       | 10  | 5                       | 7.9  | 3                      | 12  | Normal Dudosa Leve Moderada |
| 7 años                                  | 31                   | 16.3 | 6                       | 8.8 | 10                      | 15.9 | 6                      | 24  |                             |
| 8 años                                  | 44                   | 23   | 10                      | 14  | 14                      | 22   | 6                      | 24  |                             |
| 9 años                                  | 27                   | 14.2 | 11                      | 16  | 13                      | 20   | 5                      | 20  |                             |
| 10 años                                 | 11                   | 5.9  | 24                      | 35  | 8                       | 12   | 4                      | 16  |                             |
| 11 años                                 | 47                   | 24   | 9                       | 13  | 10                      | 15   | 1                      | 4   |                             |
| 12 años                                 | 6                    | 3.2  | 1                       | 1.5 | 3                       | 4.8  | 0                      | 0   |                             |
| Total                                   | 190                  | 100  | 68                      | 100 | 63                      | 100  | 25                     | 100 |                             |

En relación a la presencia de Fluorosis, tenemos un total de niños 59 que corresponde al 100%. De los cuales 11 niños con el 18.6% lo que corresponde al criterio normal, con Fluorosis dudosa a 34 escolares, lo cual representa el 57.6%, y 6 que presentaron fluorosis leve con el 10.2% y con moderada a 8, con el 13.6%. En la tabla 6, respecto al género las niñas presentan Fluorosis dudosa, y son la mayoría el 73.5%, consideradas como leve, con el 66 %.

| Tabla 6 Fluorosis |        |      |        |      |      |      |          |     |  |
|-------------------|--------|------|--------|------|------|------|----------|-----|--|
| Genero            | Normal |      | Dudosa |      | Leve |      | Moderado |     |  |
|                   | F      | %    | F      | %    | F    | %    | F        | %   |  |
| Masculino         | 3      | 27.3 | 9      | 26.5 | 2    | 33.3 | 4        | 50  |  |
| Femenino          | 8      | 72.7 | 25     | 73.5 | 4    | 66.7 | 4        | 50  |  |
| Total             | 11     | 100  | 34     | 100  | 6    | 100  | 8        | 100 |  |

En el rubro de lesiones de tejidos blandos, el total de escolares revisados fue de 456 = 100%; de los cuales (0) 0% no presentaron lesiones blancas; sólo 5 niños presentaron lesiones ulceradas con el 1.10%, no hubo presencia de aumentos tisulares ni ninguna otra lesión de los 451 el 98.90% se presentaron sanos.

## Discusión

Hernández <sup>11</sup>, Martínez, <sup>19</sup> reportaron la frecuencia del 40% y 56% en caries dental en población en edad escolar, lo que difiere de nuestros resultados, ya que nosotros encontramos en la primaria Isidro Favela una frecuencia en los escolares de 8 años de edad con el 28.8% y a los de 9 años con el 26.6%. Por otro lado Agreda, <sup>13</sup> el 57.6% presentó detritus blando hasta un tercio de la superficie del diente, en contraste con el 9.8% que no presentó placa dental. Lo que difiere de nuestros resultados, ya que obtuvimos 48.5% de escolares con una higiene bucal aceptable, lo que representa un porcentaje mayor de niños sin placa. Medina, <sup>5</sup> señala que la maloclusión clase I se presenta en 64% con un promedio de edad de 8 años, la maloclusión clase II se presenta en 21% de la muestra y la clase III en 15%. Y referente al género el masculino fue el más afectado. Coincide con nuestra información, ya que se hizo más evidentes en los niños. Aliaga- Del Castillo, <sup>16</sup> reportaron una prevalencia de maloclusiones del 85.6%, mesial exagerado 8.5%, sobre mordida exagerada 5% y mordida abierta anterior 5%, lo que difiere de nuestra investigación, ya se observó una prevalencia de maloclusiones del 54.9%, con el escalón mesial exagerado del 7.2% Por otra parte González <sup>17</sup>, en la frecuencia de Fluorosis obtuvo el 64.8%, sin variabilidad de sexo. Los grados 1 y 2 fueron los más relevantes. Lo que coincide con nuestro estudio ya que el grado 2 fue el de mayor prevalencia, aunque no concuerda con el sexo, ya que en nuestro estudio, las niñas fueron las más afectadas. Sin embargo Casanova- Rosado, <sup>18</sup> reportan una prevalencia total de Fluorosis dental del 15.5%. Difiriendo de nuestro

resultado, ya que encontramos al 81.4% de los escolares examinados presentan algún grado de fluorosis. Por otro lado Jiménez <sup>15</sup> reportó una prevalencia de lesiones del 91% de la población examinada, del cual, el género masculino fue el más afectado con 92.75%, a diferencia de las niñas quienes presentaron el 7.25%. Lo que no coincide en su totalidad con nuestros resultados obtenidos, ya que nuestro porcentaje fue menor, pero igualmente los niños fueron los más afectados con 0.66%.

## Conclusiones

La solución de la problemática de salud bucal en la población infantil requiere cada vez más de un trabajo multidisciplinario, con la ayuda de diagnósticos epidemiológicos apropiados, se puede resolver el problema de salud bucal. Los pasantes son la solución al trabajo comunitario, es el último eslabón entre la institución formadora de recursos humanos y la población, las experiencias que adquieren en ella son únicas, ya que colaboran en la aplicación de programas preventivos, para poder promover, prevenir y proteger la salud bucal de los escolares, disminuyendo la carga de morbilidad bucal, a través de las funciones profesionales. También es necesario que a través de pláticas de salud bucal de promoción y prevención para el proceso salud enfermedad del sistema estomatognático se le dé mayor importancia a la educación y atención oportuna a los escolares. Con lo cual se evitara la práctica odontológica tan socorrida actualmente que lleva a cabo procedimientos mutilatorios. Y finalmente además de las pláticas con los escolares, sería complementario y necesario proporcionar periódicamente información a los maestros y padres de familia en las mismas primarias, y motivarlos para que asistan periódicamente al dentista a revisión dental para poder vigilar y evitar la aparición de problemas bucales como: la caries dental, gingivitis, maloclusiones, lesiones en tejidos blandos.

## Referencias bibliográficas

1. Rodríguez CA, Delgado ML. Diagnóstico de salud bucal. Rev Cubana Estomatol. 1996; 33(1): 1- 11.
2. Limonta VER, Araújo HT. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN 2000; 4(3): 9-15.
3. Rodríguez CH, Marreo HM, Pazos RA. Enfermedades bucales en estudiantes chinos. Rev. Cubana Estomatol. China. 2013; 40 (7): 1- 8.
4. Farihatini T, Dale P, Johnson NW, Wulandri AR, Winato S, Musaddad A, Satrio R. Riesgos ambientales asociados con la caries dental en niños. Rev. Salud Ambiental. 2013; 13 (1): 53- 61.
5. Medina SCE, Maupomé G, Pelcastre VB, Ávila BL, Vallejos SAA, Casanova RAJ. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de 6 a 12 años de edad. Rev. invest. clín. México. 2006; 58 (4): 1- 12.
6. Navas PR, Rojas De Morales T, Zambrano O, Álvarez CJ, Santana Y, Viera N. Salud bucal en preescolares: su elación con las actitudes y nivel educativo de los padres. Interciencia. 2002; 27 (11): 1- 4.
7. Duque de Estrada RJ, Pérez QJA, Hidalgo GFL. Caries dental y ecología bucal aspectos importantes a considerar. Revista cubana de estomatología. Hallada en: [https://www.google.com.mx/?gfe\\_rd=cr&ei=7kygU\\_mdOYHP8gefx4GwAQ#q=Caries+Dental+y+Ecologia+Bucal+aspectos+importantes+a+considerar](https://www.google.com.mx/?gfe_rd=cr&ei=7kygU_mdOYHP8gefx4GwAQ#q=Caries+Dental+y+Ecologia+Bucal+aspectos+importantes+a+considerar). Fecha de acceso: 06/ 03/ 2015.
8. Duque JE, Rodríguez A. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. La Habana, 2001. Rev Cubana Estomatol; 38 (2): 1-6.
9. Federal Norma Oficial Mexicana NOM- 013- SSA2- 2006, Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucles. ISSSTE. Hallada en: [dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5063213&](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5063213&). Fecha de acceso: 11/06/ 2015.
10. Pita- Fernández S, Pambo- Sánchez A, Suárez- Quintanilla J, Novio- Mallón S, Rivas- Mundiña B, Pertega- Díaz S. Relevancia clínica del cepillado dental y su relación con la caries. Aten. Primaria. 2010; 42 (7): 372- 379.
11. Hernández SAM, Espeso NN, Reyes OF, Landrian DC. Promoción de la salud para la prevención de caries en niños de 5 a 12 años. AMC. 2009; 13 (6): 1- 6. Hallado en: <https://www.google.com.mx/?>



[gfe\\_rd=cr&ei=7kygU\\_mdOYHP8gefx4GwAQ#q=Promoci%C3%B3n+de+la+salud+para+la+prevenci%C3%B3n+de+caries+en+ni%C3%B1os+de+5+a+12+a%C3%B1os.&spell](#). consulta: 06/ 03/ 2015.

12. Riesgo CY, Costa MDM, Rodríguez FSC, Crespo MMI. Estado de salud bucal en escolares del seminternado "30 de Noviembre". MEDISAN. Cuba. 2011; 15 (4): 442- 446.
13. Agreda M, Medina Y, Simancas PY, Salas MA, Ablan BL. Condiciones de salud periodontal en niños en edad escolar. Acta odontológica Venezolana. 2010. 48 (3): 1- 10.
14. Beraud ODI, Sánchez RMA, Murrieta PJF, Mendoza NVM. Prevalencia y factores de riesgo de mordida cruzada posterior en niños de 4-9 años de edad en ciudad Nezahualcóyotl. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2004. 61 (2): 141- 148.
15. Jiménez PC, Brito F, Ortiz V, Vigués Y. Identificación de identidades patológicas de los tejidos blandos bucales de la población rural infantil y adolescente de la unión educativa padre Luis Ormieres "fe y alegría" de Maturín, estado Monagas en el periodo Agosto- Noviembre 2005. Acta odontológica Venezolana. 46 (1): 1-9.
16. Aliaga- Del Castillo A, Mattos- Vela MA, Aliaga- Del Castillo R, Del Castillo- Mendoza C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria "ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2009. obtenible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws) Consultada nov 2015
17. González MF, Arrieta VKM, Fortich MM. Factores familiares asociados con la prevalencia de fluorosis dental en niños escolares en Cartagena- Colombia. REV. CLIN. MED. FAM. 2012; 5 (3): 182-190.
18. Casanova-Rosado AJ, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, De la Rosa SR, Mendoza-Rodríguez M, Villalobos-Rodelo JJ, Maupomé G. Prevalencia de fluorosis dental en ocho cohortes de mexicanos nacidos durante la instauración del Programa Nacional de Fluoruración de la Sal Doméstica. Gaceta Médica de México. 2013; 149: 27-35.
19. Martínez-Pérez KM, Monjarás- Ávila AJ, Patiño-Marín N, Loyola-Rodríguez JP, Mandeville PB, Medina-Solís CE, Islas-Márquez A. Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6 a 12 años de edad de San Luis Potosí. Rev. Inv. Clín. 2010; 62 (3): 206-213.

Inicio

Publicaciones

Año 2016



Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria  
Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 - RIF: J-31033493-5  
Calle El Recreo Edif. Farallón, piso 9 Ofic. 191, Sabana Grande, Caracas, Venezuela  
Teléfonos: (+58-212) 762.3892 - 763.3028  
E-mail: [publicacion@ortodoncia.ws](mailto:publicacion@ortodoncia.ws)

Desarrollado por

