



UNIVERSIDAD PARTICULAR “SAN GREGORIO DE
PORTOVIEJO”

UNIDAD ACADEMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGIA
TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE ODONTOLOGOS

TEMA:

**“HABITOS ALIMENTICIOS Y SU INCIDENCIA
EN LA FORMACION DE CARIES EN LOS NIÑOS
PREESCOLARES
DE LA ESCUELA ANDRES DE VERA PERIODO MARZO-
JULIO 2009”**

AUTORES:

**Lara Poggi Andrés Agustín
San Andrés Quevedo Edgar Patricio**

**DIRECTORA DE TESIS
Dra. Mónica Cabrera Sánchez**

PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

2009

TEMA:

**“HABITOS ALIMENTICIOS Y SU INCIDENCIA
EN LA FORMACION DE CRIES EN LOS NIÑOS
PREESCOLARES
DE LA ESCUELA ANDRES DE VERA PERIODO MARZO-JULIO
2009”**

CERTIFICACION

Dra. Mónica Cabrera Sánchez certifica que la tesis de investigación titulada **“Hábitos alimenticios y su incidencia en la formación de caries en los niños preescolares de la escuela Andrés de Vera periodo marzo- julio 2009”**, es original de Andrés Lara Poggi y Edgar San Andrés Quevedo. La misma que se ha realizado bajo mi dirección.

Dra. Mónica Cabrera Sánchez Mg.Sc.

UNIVERSIDAD PARTICULAR
SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TEMA:

“HABITOS ALIMENTICIOS Y SU INCIDENCIA EN LA
FORMACION DE CARIES EN LOS NIÑOS PREESCOLARES
DE LA ESCUELA ANDRES DE VERA PERIODO MARZO- JULIO
2009”

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como
requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

.....
Dra. Ángela Murillo Mg. Sp.
PRESIDENTA

.....
Dra. Mónica Cabrera S. Mg. Sc.
DIRECTORA TESIS

.....
Dra. Ximena Guillen
MIEMBRO DE TRIBUNAL

.....
Dra. Lilian Bowen Mg. Sp.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....
Abg. Ramiro Molina
SECRETARIO ACADEMICO

DEDICATORIA

La satisfacción de una meta cumplida, es inexplicable; y es que aquel sueño de ser Odontólogo se hace realidad hoy, gracias al esfuerzo de varias personas a quienes dedicó este triunfo:

- A DIOS, por haberme permitido llegar a este mundo y con su divina bondad haber guiado mis pasos.
- A mis padres: Patricio y Ruth; que han sido el motor que ha impulsado cada una de las actividades de mi vida; con sus consejos y apoyo han logrado convertirme no solo en profesional, sino en un ser humano capaz de lograr lo que se propone.
- A mis hermanas: Judith y Vielka, agradezco que me hayan contagiado su alegría, que fue muy útil en los momentos más complejos que se presentan en la vida.
- A mi esposa Vanessa por su paciencia, fortaleza y comprensión; y a mi hija Nathaly Sofía, eres la luz que ilumina el sentido de mi vida.
- A mi Mami Judith, quien con su cariño y dedicación ayudo a que me convierta en un hombre de bien capaz de poder elegir lo mejor para mi vida.
- A mi Tía, Dra. Nelly San Andrés, con su apoyo y cariño, pude estudiar tía, me esforcé cada día en dar lo mejor de mí para no defraudarte y conseguir mi meta, te estaré eternamente agradecido.
- A mi compañero de tesis, Andrés, con quien compartí no solo la elaboración de una tesis sino una amistad sincera.
- A la Dra. Mónica Cabrera, directora de tesis, por su paciencia, comprensión, consejos y sabiduría.
- A todos los quienes conforman la Universidad “San Gregorio”, alma mater que me abrió sus puertas para formarme como profesional.

- Y todos y cada uno de las personas que de una u otra forma hicieron posible cumplir este sueño.

EDGAR

DEDICATORIA

Ya han pasado tantos años en los cuales tuve una ilusión, él de ser un día odontólogo, hoy en día agradezco a mi Dios por este arduo y benéfico camino a mi meta, inspirándome en su sabiduría, quien a la vez fue mi luz, mi apoyo y mi guía personal.

Agradezco a mis queridos padres, Pío y Julieta, ambos me dieron un gran respaldo lo que me alentó día tras día para culminar lo que hoy en día soy. Llegar a mi meta de la mano de mis padres es lo más maravilloso que me ha podido suceder, así que este triunfo no es solo mío padres, es nuestro.

A mis hermanos Pamela y Paúl, ya que han sido más que indispensables en mi vida, quienes me brindaron su fortaleza y que con voz de aliento robustecieron mi espíritu de lucha en aquellos momentos de adversidad.

A mi familia, mis abuelos, mis tíos, base fundamental de lo que hoy soy como profesional y como hombre.

A mi compañero de tesis y mí amigo de siempre Edgar con el cual tuve la oportunidad de realizar este trabajo de investigación y que con responsabilidad, y un poco de humor logramos sacarlo adelante.

No puedo pasar por alto a mis docentes, auténticos forjadores de mis ideales, quienes en el transcurso de estos años esparcieron sus conocimientos en mi ser; y en especial a la Dra. Mónica Cabrera quien a lo largo de este tiempo nos enseñó con paciencia, rigor y cuidado, muchas gracias por ser una maestra y amiga a la vez.

Este triunfo no es solo mío ya que lo comparto con todo aquel que alguna vez me alentó, ayudó y sobre todo hoy en día es feliz por lo que yo he llegado a ser.

ANDRES

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, por ser el creador de todo lo existente.

A la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, a la Unidad Académica de Salud, a la Carrera de Odontología, a sus autoridades, catedráticos y amigos.

A los miembros del Tribunal de nuestra tesis, apóstoles del saber, defensores de la verdad, la ciencia y la cultura; porque sin su orientación en este proyecto no hubiera concluido satisfactoriamente. Nuestro reconocimiento y gratitud a la Dra. Mónica Cabrera, directora de tesis, quien supo esclarecer nuestras dudas de manera óptima.

A la Escuela Fiscal Andrés de Vera que nos ha prestado facilidades en la elaboración de este trabajo de investigación, y a su director el Abogado Luis Jácome, que sin él este estudio no hubiera sido posible.

A la Ing.Com. Soraya Poggi por su disposición a ayudarnos en todo momento.

A todos ustedes. MUCHAS GRACIAS...

ANDRES Y EDGAR

INDICE GENERAL

	Pág.
INTRODUCCIÓN	i
	iv
ANTECEDENTES	
CAPITULO I	
1. Planteamiento del problema	1
1.1. Formulación del problema	2
CAPITULO II	
2. Justificación	3
CAPITULO III	
3.1. Objetivo General	5
3.2. Objetivo Específicos	5
CAPITULO IV	
4.1. Hipótesis General	6
4.2. Hipótesis Específicas	6
CAPITULO V	
5. Marco Teórico	7
5.1. Marco Institucional	7
5.2. Hábitos alimenticios	9
5.2.1. Los hábitos alimenticios	9
5.2.1.1. Alimentación y salud dental	12
5.2.1.2. Efectos de los hábitos dietéticos en la salud dental	13
5.2.2. Alimentación de niñas y niños preescolares de 6 años	14

5.2.2.1.	Recomendación alimentaria	14
5.2.2.2	Guía de la lonchera saludable	15
5.2.2.3.	Cómo organizarse	16
5.2.2.4.	Comidas principales	17
5.2.3.	Dieta cariogénica	19
5.2.3.1.	Importancia de la alimentación	21
5.2.3.2.	Factores que favorecen las caries	21
5.2.3.3.	El papel de los padres	22
5.2.3.4.	Papel de los alimentos	23
5.2.3.5.	Dieta	23
5.2.3.5.1.	Tipo y consistencia de carbohidratos desfavorables	25
5.2.3.6.	Frecuencia impropia de la ingestión	25
5.3.	Incidencia de caries	26
5.3.1.	Caries	26
5.3.1.1.	Concepto	26
5.3.2.	Caries de primera infancia	27
5.3.2.1.	Introducción	27
5.3.2.2.	Características clínicas	28
5.3.2.3.	Etiología	29
5.3.2.4.	Incidencia y prevalencia	30
5.3.3.	Importancia de la saliva para el riesgo de caries	31
5.3.3.1.	La principal función de la saliva	31
5.3.4.	Zonas más frecuentes de caries	31
5.3.4.1.	Examen visual y táctil	33
5.3.4.2.	Índice CEOD (Unidad diente)	34
5.3.4.3.	Importancia del control y la prevención contra las caries	34
5.3.5.	Clases de caries	36
5.3.5.1.	Caries de esmalte	36
5.3.5.1.1.	Características	37
5.3.5.2.	Caries de la dentina	39
5.3.5.2.1.	Características	39
5.3.5.2.2.	Remoción de la dentina cariada	40
5.3.5.3.	Caries de cemento	41
5.3.5.4.	Clasificación de black	41
5.3.5.4.1.	Clase I	41
5.3.5.4.2.	Clase II	42
5.3.5.4.3.	Clase III	42
5.3.5.4.4.	Clase IV	42
5.3.5.4.5.	Clase V	42
5.3.6.	Clasificación de las caries según el lugar afectado	42
5.3.6.1.	Caries oclusal	42

5.3.6.2.	Caries proximal	43
5.3.6.3.	Caries de superficies libres	43
5.3.6.4.	Caries recurrentes o secundarias	44
5.3.6.5.	Caries radicular	45
5.3.6.6.	Factores predisponentes y atenuantes	47
5.3.6.7.	Factores de defensa	48
5.3.7.	La importancia del flúor	49
5.3.7.1.	Topicaciones con flúor	49

CAPITULO VI

6.	Metodología de la investigación	51
6.1.	Método	51
6.1.1.	Modalidad básica de la investigación	51
6.1.2.	Nivel o tipo de investigación	52
6.1.3.	Técnicas	53
6.1.4.	Instrumentos	53
6.1.5.	Población	53
6.1.6.	Muestra	54
6.1.7.	Recursos	54
6.1.7.1.	Talento humano	54
6.1.7.2.	Recursos materiales	54
6.1.7.3.	Financieros	55
6.2.	Desarrollo Metodológico	55

CAPITULO VII

7.	Resultados de la investigación	57
7.1.	Análisis e interpretación de los resultados de las fichas de observación y diagnóstico aplicadas a los niños de primer año básico de la Escuela Andrés de Vera.	57
7.1.2.	Análisis e interpretación de los resultados de las encuestas realizadas a los niños de primer año básico de la Escuela Andrés de Vera.	69
7.2.	Conclusiones	84
7.3.	Recomendaciones	86
	Bibliografía	88

PROPUESTA

ANEXOS

INDICE DE CUADROS

Pág.

No. Pág

Cuadro N0. 1 (Incidencia de caries)	57
Cuadro N0. 2 (Caries según la estructura histológica dentaria afectada)	59
Cuadro N0. 3 (Tipos de caries según clasificación black)	61
Cuadro N0. 1 (Dientes cariados)	63
Cuadro N0. 2 (Dientes extraídos)	65
Cuadro N0. 3 (Dientes obturados)	67
Cuadro N0. 1 (Preferencias alimenticias)	69
Cuadro N0. 2 (Alimentos que consumes en la escuela)	71
Cuadro N0. 3 (Alimentos que consumes en el almuerzo)	73
Cuadro N0. 4 (Golosinas consumidas durante el día)	75

Cuadro N0. 5 (¿Tus papis te aconsejan sobre qué comer?)	77
Cuadro N0. 6 (Bebidas consumidas en la escuela)	79
Cuadro N0. 7 (Bebidas consumidas en la casa)	82

INDICE DE GRAFICOS

	No. Pág
Grafico N0. 1 (Incidencia de caries)	57
Grafico N0. 2 (Caries según la estructura histológica dentaria afectada)	59
Grafico N0. 3 (Tipos de caries según clasificación black)	61
Grafico N0. 1 (Dientes cariados)	63
Grafico N0. 2 (Dientes extraídos)	65
Grafico N0. 3 (Dientes obturados)	67
Grafico N0. 1 (Preferencias alimenticias)	69
Grafico N0. 2 (Alimentos que consumes en la escuela)	71
Grafico N0. 3 (Alimentos que consumes en el almuerzo)	73
Grafico N0. 4 (Golosinas consumidas durante el día)	75
Grafico N0. 5 (¿Tus papis te aconsejan sobre qué comer?)	77
Grafico N0. 6 (Bebidas consumidas en la escuela)	79
Grafico N0. 7 (Bebidas consumidas en la casa)	82

INTRODUCCIÓN

Desde el nacimiento, el ser humano adquiere hábitos alimentarios que lo marcarán para el resto de su vida.

La salud dental o mejor, la salud bucal, es muy importante puesto que las estructuras que conforman la boca tienen funciones diversas y fundamentales. La prevención de las enfermedades bucales es importante desde los primeros años de vida, ya que la caries dental se presenta desde las primeras etapas de la infancia.

La salud oral de los niños debe ser un trabajo conjunto entre padres e hijos bajo el control de su pediatra, poniendo en especial énfasis en la prevención de los problemas dentales, siendo los padres quienes deben hacerse responsables por enseñar sus hijos hábitos que promuevan buen estado de salud, las costumbres alimenticias que los padres inculquen a sus hijos harán la diferencia entre el buen o mal estado de salud y la salud oral no escapa a esta realidad.

Los hábitos alimenticios erróneos intervienen en la formación de caries muchas veces por falta de cultura o por descuidos tanto de los padres como de los niños.

La caries dental es una enfermedad multifactorial, infectocontagiosa de los tejidos calcificados del diente que se caracteriza por una compleja serie de reacciones químicas y microbiológicas tales como desmineralización de la porción inorgánica y destrucción de la sustancia orgánica, que trae como resultado la presencia de caries cuando hay una excesiva ingesta de azúcar.

Hay una gran diversidad de factores que condicionan la alimentación de los seres humanos, como pueden ser el entorno familiar, el clima, el tipo de sociedad, la cultura, la religión, etc. Otro aspecto que condiciona los hábitos alimentarios son los horarios de las comidas.

Es muy importante tener unos horarios fijos para comer. El comer entre comida o picar, es un mal hábito que debe evitarse a toda costa, esto provoca que los niños tengan una dieta desequilibrada, por otro lado, el comer a deshoras o constantemente imposibilita que la saliva cumpla con su función remineralizadora contribuyendo a la formación de caries dental.

El presente trabajo de investigación está conformado por dos partes: el marco teórico que lo sustenta, producto de la investigación bibliográfica en la

que se utilizaron fichas bibliográficas y nemotécnicas; la otra parte es la práctica que se generó en la investigación del campo mediante el manejo de instrumentos de recolección de datos como encuestas, fichas de observación, historias clínicas, que permitieron organizar un trabajo teórico práctico que confiere un significativo grado de originalidad a la investigación realizada.

ANTECEDENTES

Los niños son los más vulnerables al desarrollo de la caries cuando hay excesiva ingesta de azúcar, provocando deterioro en la salud bucal, este problema de salud afecta sobre todo a la población infantil de todo el mundo, por lo cual existen innumerables estudios que lo demuestran, bajo tales circunstancias los autores de este trabajo se fijaron en este grupo poblacional que es el más vulnerable y específicamente en los niños preescolares que estudian en la escuela Andrés de Vera de la ciudad de Portoviejo.

Se visitó la escuela donde se realizó la investigación con el debido permiso de las autoridades de la institución, identificando el problema de elevada incidencia de caries en los niños y niñas, lo que llamó la atención de los

investigadores por conocer los factores por los cuales se producen las caries en esta población infantil en particular el factor alimenticio, debido a que no se conocen antecedentes de estudios o investigaciones realizadas sobre este tema en la antes mencionada unidad educativa.

CAPITULO ^{iv}

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre algunos niños, la caries dental continúa siendo un problema, esto sucede porque la placa, una película pegajosa de bacterias, se forma constantemente en los dientes. Cuando se consumen alimentos o se toman bebidas que contienen azúcares o almidones, las bacterias producen ácidos que atacan el esmalte de los dientes. La pegajosidad de la placa mantiene estos ácidos dañinos en contacto con los dientes, lo que puede contribuir a la formación de la caries dental.

Por las experiencias observadas en estos últimos meses en la Escuela Andrés de Vera se han evidenciado problemas que afectan la integridad de la estructura dentaria, especialmente en los niños de edad preescolar.

El gobierno ha tenido el acierto promover diversas campañas de salud que ayudan concientizar tanto a los padres como a los niños sobre lo importante que es la Higiene Bucal, sin embargo falta aún trabajar sobre lo significativo que es tener buenos hábitos alimenticios, ya que si existiera un mayor incentivo de parte de los padres se evitaría el deterioro de la salud bucal que es provocada por la ingesta excesiva de azúcares y almidones.

1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por los argumentos expuestos del problema se lo formuló de la siguiente manera:

¿” Como inciden los hábitos alimenticios en la formación de caries en los niños preescolares de la Escuela Andrés de Vera”?

Esta interrogante fue respondida mediante el proceso de investigación científica.

CAPITULO II

2. JUSTIFICACIÓN

En el Estatuto de La Universidad San Gregorio de Portoviejo en lo relacionado a la titulación de pregrado contempla que posterior al internado los estudiantes del último semestre deben realizar un trabajo de investigación científica que parta de un problema observado en la comunidad y el correspondiente proyecto de solución a la problemática revelada. En este caso, la investigación será en el área odontológica.

Confrontando datos del área donde se realizó la investigación, en la Escuela Andrés de Vera no se han realizado trabajos de investigación referente al problema identificado por lo que este trabajo va a solucionar significativamente este problema de salud bucal.

Desde el punto de vista social los niños de preescolar son los beneficiarios directos de esta investigación, puesto son los más vulnerables al desarrollo de la caries cuando hay excesiva ingesta de azúcar, provocando deterioro en la salud bucal.

Bajo tales circunstancias los autores de este trabajo se han fijado en este grupo poblacional que es el más sensible ya que están en la edad en que se puede corregir su salud bucal y evitar problemas al futuro. En segunda instancia los padres y maestros se beneficiarán al conocer cuáles son los hábitos alimenticios ideales que deben tener para ayudar a reducir el índice de caries en sus hijos y estudiantes.

CAPITULO III

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre hábitos alimenticios y caries en los niños de preescolar de la Escuela Andrés de Vera del Cantón Portoviejo.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Identificar los hábitos alimenticios que contribuyen a la formación de caries en los niños de la Escuela Andrés de Vera.
- ❖ Investigar el porcentaje de alumnos que presentan caries dental clasificando y determinando el tipo de caries dental.
- ❖ Indagar los tipos de alimentos que ingieren los niños de la Escuela Andrés de Vera.
- ❖ Formular una propuesta alternativa en base a los resultados obtenidos en la investigación.

CAPITULO IV

4.1. HIPOTESIS GENERAL

- Los hábitos alimenticios inadecuados inciden el alto índice de caries de los niños preescolares de la Escuela Andrés de Vera.

4.2. HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- La excesiva ingesta de azúcares y escaso consumo de frutas y verduras en la dieta diaria, de los niños preescolares es el factor que contribuye a la formación de caries en los niños de la Escuela Andrés de Vera.
- Existe un elevado porcentaje de niños con caries dentales sin la atención odontológica correspondiente.
- Los alimentos que ingieren los niños de preescolar son altamente cariogénicos.

CAPITULO V

5. MARCO TEORICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

En una de las administraciones del director de educación provincial de Manabí, Abogado Francisco Alarcón Cevallos y del Inspector Escolar de ese entonces Sr. Modesto Elías Mendoza Moreira se da comienzo a la creación de la Escuela en el año Escolar 1950 – 1951, según datos del primer Director de la Escuela Andrés de Vera, Profesor Raúl Farfán se conoce que se inaugura el Establecimiento el 4 de Mayo de 1950, previa convocatoria del Director Provincial de educación de ese entonces don Felipe Saúl Castro.

Se escogió el nombre Andrés de Vera, para perennizar a este eximio patriota que participó en la Independencia de la Ciudad San Gregorio de la ciudad de Portoviejo.

El plantel comenzó a funcionar en un local que ya los padres de familia habían construido con anterioridad en la intersección de las calles Ferrocarril hoy 15 de Abril, la sin nombre hoy Cristo del Consuelo.

En el año Escolar 1982 – 1983, debido al fuerte invierno de la provincia de Manabí, se tuvo que elaborar en la Cooperativa de Volqueteros. En el periodo 1983-1984, DINACE (Dirección Nacional de Construcciones Escolares), construye 6 canchones provisionales de caña, hasta que sea construida definitivamente la escuela de hormigón que consta de 3 pozas, vivienda para el conserje, cancha de básquet en cementada, patio cívico, 12 aulas, sala de espera, secretaria, dirección.

En el año 1987 fue inaugurado el nuevo edificio de la escuela, después de una gran lucha de reclamos y protestas efectuadas por los niños, por los padres de familia, profesores y comunidad en general en la administración del Licenciado Julio Veloz, para que el plantel cuente con un local digno para los niños de la comunidad andresverina.

Desde que el señor Abogado Luis Jácome Domínguez, está al frente de la dirección de la escuela, la institución educativa, junto con la decidida colaboración del personal docente ha tenido gran crecimiento y progreso en los aspectos educativos, académicos y físicos, hasta que ha llegado a ser un

plantel completo que cubre casi todas las necesidades para brindar una educación de excelencia en la niñez de esta comunidad.

La escuela tiene actualmente: 26 docentes, Laboratorios de ciencias naturales, Sala de Computación, Aulas de Apoyo, Profesores para las materias de inglés y Educación Física.

Desde el 15 de abril de 1999, se cuenta con un Jardín de Infantes que se inició con 22 alumnos, como producto al excelente trabajo que realiza la Licenciada María Piedad Cobeña de Orozco con sus 2 ayudantes señoritas Evelyn Salazar y María Alejandra Orozco, el primer básico tiene dos paralelos.

5.2. HABITOS ALIMENTICIOS

5.2.1. LOS HABITOS ALIMENTICIOS

La alimentación adecuada, consiste en ingerir alimentos que produzcan beneficios integrales en el organismo. Una dieta rica en carbohidratos y azúcares generan ácidos que facilitan la aparición de caries.

A partir de estudios realizados se llegó a la conclusión que la cantidad de azúcar ingerida no es el mayor determinante de la actividad Cariogénica. Lo

realmente importante es la frecuencia del consumo. Los alimentos líquidos que son removidos rápidamente de la boca son relativamente inocuos, mientras que aquellos alimentos sólidos y con tendencia a ser retenidos son más cariogénicos.

El periodo más crítico para consumir azúcares es entre comidas o antes de acostarse, debido a que la secreción salival es menor durante este tiempo y las superficies del diente están menos protegidas por la menor cantidad de saliva.

- Los hidratos de carbono de la dieta son metabolizados por los microorganismos de la placa bacteriana y uno de sus productos finales son los ácidos.
- La calidad de la ingesta de hidratos de carbono afecta el pH y el tipo de placa.
- La metabolización de la sacarosa produce ácido láctico, que puede hacer descender el pH hasta el nivel crítico y causar la disolución del esmalte.
- La metabolización de almidones produce ácidos más débiles.

- El descenso del pH de la placa se inicia a los pocos minutos de ingerir el hidrato de carbono, especialmente si este es sacaroso y retorna a su nivel basal de los 40 minutos siguientes.¹

“La caries dental se caracteriza por ser una enfermedad multifactorial. Con respecto a la dieta Cariogénica su efecto es factible de ser modificado por otros factores que pueden contribuir para la determinación de la actividad de caries tales como la anatomía de los dientes y de la arcada, la función de la lengua durante la auto limpieza la naturaleza físico- química de la superficie del diente, la composición y el flujo salival.

Actualmente se observa grandes cambios en los hábitos alimenticios desde la infancia, caracterizándose principalmente por la sustitución de los alimentos naturales por la de carbohidratos refinados y ácidos grasos saturados.

La gran variedad de alimentos industrializados disponible en el comercio, ya sean forma de bebidas lácteas, “papillas” y postres son pocos consistentes y en general no estimulan la masticación y la secreción salival, importante para la aparición de caries dental comprometiendo muchas veces el correcto desarrollo de la oclusión. Teniendo en cuenta que la dieta es una de las pocas variables etiológicas de la caries dental que podemos modificar, la

¹ <http://www.odontocat.com>

adecuación u orientación de hábitos alimenticios correctos, representa una contribución para la salud bucal.²

5.2.1.1. ALIMENTACION Y SALUD DENTAL

“La frecuencia de la ingesta, el contenido en azúcares y la consistencia en la comida, además de la higiene bucal son factores decisivos en la aparición de la caries.³

“Una higiene buco dental escasa o incorrecta aumenta el tiempo en el que están actuando las bacterias (transformando azúcares en ácidos que pueden destruir el esmalte) y la predisposición a la acumulación de sarro, a la producción de caries y a la pérdida de dientes.

De manera que las recomendaciones alimentarias que se relacionan con una buena salud dental son las siguientes:

- ❖ Alimentación saludable, variada y equilibrada. Cada día hay que comer de todos y cada uno de los siguientes alimentos: pan y cereales, fruta fresca, verduras y hortalizas, carne, pollo y pescado, leche, queso y yogur.

² GUEDES-PINTO Antonio Carlos, Rehabilitación Bucal en Odontopediatria, Edición 2003.Pag75

³ Vaes.Hubertus Stockli.Paul, Odontología Pediátrica. Pág. 136

- ❖ Limitar el número de entre comidas. Cada vez que se comen alimentos con azúcar, los dientes son atacados por los ácidos durante veinte minutos o más.
- ❖ Si se come entre comidas hay que elegir alimentos nutritivos tales como: queso, Vegetales crudos, yogur o fruta.
- ❖ Los alimentos que se consumen como parte de la comida causan menos perjuicios, ya que se segrega más saliva durante una comida, lo que ayuda a lavar los alimentos en la boca y a reducir los efectos de los ácidos.
- ❖ Hay que limpiarse los dientes después de las comidas para reducir el efecto de los ácidos sobre los dientes.

La alimentación es de gran importancia para la boca; los azúcares cariogénicos (presentes en caramelos y dulces) la dañan, mientras que las verduras limpian y fortalecen la salud bucodental.

La leche y los derivados lácteos aportan el calcio necesario para los dientes en la fase de formación de éstos.

5.2.1.2. EFECTOS DE LOS HABITOS DIETÉTICOS EN LA SALUD DENTAL

La salud humana general guarda una estrecha relación con la dieta a que sometemos a nuestro organismo, de ahí la necesidad de dedicar una mayor atención a la instrucción y conocimiento de los hábitos alimenticios correctos y de los grupos de alimentos compatibles entre sí, de manera que puedan ser incorporados a nuestra cultura alimenticia en aras de favorecer el bienestar y la calidad de vida de nuestra población”⁴

5.2.2. ALIMENTACION DE NIÑAS Y NIÑOS PREESCOLARES DE 6 AÑOS.

“La alimentación desempeña un papel muy importante durante la edad preescolar, por cuanto en esta etapa de crecimiento, y desarrollo intelectual, aumenta su actividad física (corre, salta, juega) y por ello es necesario asegurar una alimentación saludable.

Durante este periodo se forman muchos hábitos de alimentación e higiene que perdurarán toda la vida.

El consumo de dulces, bebidas gaseosas, gelatina y otros alimentos muy azucarados de alto valor energético y bajo valor nutritivo, no debe

⁴ Minta, gob tesis sp 136

reemplazar al consumo de alimentos necesarios para el crecimiento necesario para el crecimiento, desarrollo y mantener la salud del niño.

5.2.2.1. RECOMENDACIÓN ALIMENTARIA

El grupo preescolar debe recibir alimentos ricos en proteínas de alto valor biológico que estén al alcance del bolsillo familiar, el niño-niña necesitan consumirlos diariamente para ayudar a su crecimiento y desarrollo.

En este grupo de alimentos tenemos: carnes, vísceras, huevos y cereales integrales.

El consumo excesivo de los alimentos azucarados puede provocar diarrea osmótica, aumentar la incidencia de caries dental y la tendencia al sobrepeso y obesidad.

5.2.2.2. GUÍA DE LA LONCHERA SALUDABLE

Hoy en día los niños asisten a muy temprana edad a centros preescolares, lo que algunas veces causa desordenes en los hábitos alimentarios.

Por eso es fundamental fomentar hábitos alimentarios saludables en niños-niñas, labor que deben cumplir la familia y los centros infantiles educativos y de cuidado diario.

Los padres deben ayudar a sus niños a elegir refrigerios saludables, dado a que la propaganda en los medios de comunicación les índice a consumir alimentos poco saludables como las caramelos, chitos, salchipapas, snacks ⁵

“La edad preescolar engloba la etapa desde que el niño comienza a caminar hasta que acude regularmente a la escuela, es decir de uno a seis años de edad.

En esta época de la vida es en la que se comienzan a crear los hábitos alimentarios saludables que van a repercutir en la alimentación de los años posteriores. Estos hábitos pueden verse influenciados por lo que come el resto de la familia u otros niños, sobre todo respecto a lo que les gusta y a lo que no.

Se debe establecer un ambiente positivo y tranquilo ante el acto de comer, preferiblemente en familia o con otros niños, evitando comer con la televisión

⁵ SÁNCHEZ, RAMOS Ximena. Programa nacional de Alimentación y Nutrición. PANN 2000, Pág. 1,2, 5

o con juguetes en la mesa que puedan distraer al niño. En la hora de la comida hay que comer, y en la de los juegos jugar.

5.2.2.3. COMO ORGANIZARSE

Hay que acostumbrarle a mantener unos horarios de comidas regulares y organizadas en desayuno, comida del mediodía, merienda y cena, aunque no se debe ser estricto. El picoteo de chucherías entre comidas suele resultar inevitable, pero debemos hacer que sea limitado. Nunca constituirá parte importante de la alimentación diaria ni se utilizará como recompensa.

Durante esta época puede haber una gran diferencia entre lo que el niño come en una comida y otra, o con respecto a otros niños de la misma edad. No hay que preocuparse por ello porque por lo general una comida copiosa suele ir seguida de una más escasa y viceversa, pero al final del día el aporte global será el necesario. Hay que respetar el apetito del niño. Si en ocasiones tiene menos ganas de comer no se le debe forzar a hacerlo.

El niño va a ir aprendiendo a desarrollar sus preferencias y gustos en cuanto a sabores, olores y texturas. Para ello se le ofrecerá una gran variedad de alimentos. Una presentación atractiva de los nuevos alimentos facilitará que

el niño los acepte. Si los rechaza es mejor no obligarle a que se los coma, y pasado un tiempo se probará de nuevo a dárselos en pequeñas cantidades para que se anime a comerlos. La reiteración es la manera más eficaz para conseguir que el niño coma de todo, pero siempre respetando, en la medida de lo posible, las preferencias y rechazos del niño.

5.2.2.4. COMIDAS PRINCIPALES

Desayuno: el desayuno es una de las comidas más importantes del día. Va a suponer el 25% de las necesidades nutricionales diarias. Si un niño no desayuna bien es muy habitual que baje su rendimiento escolar.

Un buen desayuno debe incluir: productos lácteos (vaso de leche, yogur, o ración de queso); cereales, galletas o tostadas, y frutas (en pieza entera o en zumo). Se puede ir variando el tipo de desayuno para que el niño no se canse de comer siempre lo mismo. Si no ha tomado desayuno suficiente se le ofrecerá a media mañana un pequeño almuerzo, ya esté en casa o en el colegio. Durante el segundo año puede seguir tomando la leche y los cereales en biberón, pero a finales del mismo conviene sustituirlo por una taza. Hasta los 18 meses es mejor darles leche adaptada que leche de vaca.

Pueden utilizarse las leches de continuación o tipo 2, o las leches de crecimiento.

Comida: la comida va a constituir aproximadamente el 30% de las necesidades nutricionales. En ella se deben incluir alimentos de todos los grupos: cereales (pan, pasta, arroz), sopas, verduras, alimentos proteicos (carne, pescado, huevo), fruta y lácteos. Puede estar compuesta por dos platos o por un plato único.

Merienda: la merienda va a permitir al niño continuar en actividad hasta la hora del baño y la cena. Para evitar que más tarde no cene, la merienda no debe ser muy abundante. Puede consistir en papilla o piezas de fruta, un pequeño bocadillo o leche con alguna galleta.

Cena: la cena debe darse un rato antes de que el niño se vaya a la cama. Los grupos de alimentos que se pueden preparar para la cena son los que se han citado para la comida, aunque conviene evitar darle exactamente lo mismo. Antes de irse a dormir se le puede ofrecer un vaso de leche o un yogur.”⁶

⁶ <http://mujer.Terra.es/muy/articulo/html/mu2490.htm>

5.2.3. DIETA CARIOGENICA

“Una fuente dietética de carbohidratos es necesaria para que la bacteria produzca los ácidos que inician la desmineralización. Los carbohidratos simples son usados por las bacterias en la placa como una fuente de energía, el ácido es el resultado metabólico de la glicólisis.

La frecuencia de consumo de carbohidratos es más importante que la cantidad debido que repetidas ingesta, tienen como resultado periodos prolongados de producción de ácidos y bajo pH en la superficie dentaria. La adherencia (pegajosidad) es también es un factor importante en la cariogenicidad de los alimentos .La ingesta de sacarosa de los individuos y poblaciones se correlacionan bien con los índice de caries.

La modificación de la dieta también puede ser una estrategia efectiva para prevenir caries como cambiar del azúcar natural a edulcorantes artificiales, son las estrategias que tienen más probabilidades de ser exitosas.”⁷

“Los carbohidratos comúnmente presentes en la dieta son estimuladores de lesiones de caries y ejercen su efecto cariogénico en la superficie del diente.

⁷ Richar S. Shwart/ Thomas J. Hilton, Tratamiento de la Caries y Consideraciones Pulpaes. Capitulo3, Pag52

Los principales azúcares de la dieta son: sacarosa, predominante en la dieta, presente en las golosinas, pasteles, frutas secas, ketchup y bebidas gaseosas; Glucosa y fructuosa encontradas naturalmente en la miel y en las frutas; lactosa, presente en las leches y maltosa derivadas de las hidrólisis de los almidones.

Por lo tanto, su potencial cariogénico es mayor al de los otros azucares, los alimentos que contienen almidón tales como el arroz, patata y pan tienen un bajo potencial cariogénico. Sin embargo estos alimentos cuando son cocidos e ingeridos con gran frecuencia pueden favorecer al desarrollo de la caries dental.

La cariogenicidad de los alimentos también está relacionada al tiempo de permanencia de la cavidad bucal y a sus características físicas de consistencia y adherencia.

Las grasas parecen reducir la cariogenicidad de los alimentos a través de una barrera protectora en el esmalte, o rodeando y aislando los carbohidratos, tornándolos menos disponibles, lo que facilita y agiliza su remoción de la cavidad bucal.

Algunos ácidos grasos poseen también efecto antimicrobiano.

La leche posee algunos factores de protección tales como la caseína. Ellas se unen fuertemente al hidroxapatita, reduciendo su solubilidad y dificultando la adherencia de los estreptococos Mutans a la superficie del esmalte.⁸

5.2.3.1. IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACION

Una nutrición adecuada es fundamental para conservar la salud dental por varios motivos.

5.2.3.2. FACTORES QUE FAVORECEN LAS CARIES

Tras numerosos estudios se ha demostrado que la formación y desarrollo de las caries depende no sólo de la colonización de los dientes por bacterias cariogénicas y de la susceptibilidad de los dientes a la acción de estas bacterias, sino también del tipo de comida, la frecuencia y el momento en que se ingiera.

5.2.3.3. EL PAPEL DE LOS PADRES

⁸ GUEDES-PINTO Antonio Carlos, Rehabilitación Bucal en Odontopediatría, Capítulo 6. Pag. 80.

“La frecuencia de la ingesta, el contenido de los azúcares y la consistencia de las comidas, además de la higiene bucal, son factores decisivos en la población de la caries”.⁹

Debido a la gran influencia de la alimentación en la salud bucal, la educación nutricional es fundamental.

Los padres deben de estar informados de los factores que favorecen la aparición de caries. Deben proporcionar a los hijos una alimentación equilibrada pero además deben prestar atención a ciertos hábitos dietéticos y deben inculcar en sus hijos hábitos alimenticios adecuados.

A parte de los hábitos dietéticos es fundamental una higiene dental adecuada. Los padres deben estar pendientes de que el niño se lave los dientes rápidamente después de tomar alimentos azucarados, de modo que el azúcar esté el menor tiempo posible en contacto con los dientes.

Es siempre indispensable beber agua fluorada para evitar la formación de microorganismos, se recomienda beber 2 litros de agua diarios.

⁹ Vaes.Hubertus Stockli.Paul, ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA. Pág. 136

El uso de los tratamientos preventivos como las fluoraciones dentarias y los selladores refuerzan la protección de los dientes.

Por último, los padres deben llevar a sus hijos periódicamente al odontólogo o estomatólogo para que éste revise y controle los posibles problemas dentales que hayan podido surgir.”¹⁰

5.2.3.4. PAPEL DE LOS ALIMENTOS

Se entiende por dieta, a la ingestión rutinaria de alimentos y bebidas realizadas por cualquier persona diariamente; y por nutrición a la asimilación de los alimentos y su efecto sobre los procesos metabólicos del organismo.

Se sabe que la nutrición está relacionada al equilibrio existente entre el consumo fisiológico de energía y nutrientes del organismo y la alimentación. Los alimentos pueden tener un efecto local, en la cavidad bucal o durante la formación de los dientes.

5.2.3.5. DIETA

¹⁰ <http://WWW.Pulevasalud.com/>

El término “dieta” es más aplicable que el de “nutrición”, ya que la relación entre el estado nutricional y la caries. Aunque se busque de manera intensa aun no se puede fundamentar. Por otra parte, ciertos elementos de la dieta en especial los azúcares, se correlacionen en forma constante con la actividad de caries.

La introducción de miel e higos en la dieta de los seres humanos introdujo el padecimiento de manera frecuente.

Al cambiar la dieta se identifica por lo menos tres cambios importantes que pueden atribuirse a la transformación de la actividad de caries de baja a alta. (También se reconocen otras influencias menos drásticas.). Estos tres cambios principales son:

- ❖ Supresión de los factores protectores de los alimentos durante la cosecha, proceso almacenamiento o preparación.
- ❖ Adicción de factores cariogénos a los alimentos.
- ❖ Cambios en los hábitos dietéticos. Cambios que disminuyen las proteínas y aumentan los carbohidratos, así como incremento en la frecuencia de la ingestión lo que se puede tipificar por la golosina.

A todas luces, el azúcar encabeza la lista de alimentos cariogénos, los datos para apoyar esta opinión son abundantes. El azúcar mas cariogena es la sacarosa. ¹¹

La ingesta de alimentos es capaz de producir dos efectos sobre la dentición:

- **Efecto Nutricional:** A través de la acción sistemática que esos alimentos desempeñan en el organismo, consecuentemente en la formación de los dientes.

- **Efecto dietético:** Cuando consideramos el paso de esos alimentos por la cavidad bucal.

5.2.3.5.1. TIPO Y CONSISTENCIA DE CARBOHIDRATOS

DESFAVORABLES:

Alimentos con carbohidratos fermentables como la sacarosa, glucosa y fructosa pueden ser considerados de alto potencial cariogénico.

En el factor de consistencia, considerando que los alimentos de consistencia pegajosa son los más difíciles de remover naturalmente por la saliva o por la acción mecánica de la lengua, exhibiendo mayor cariogenicidad que aquellos que son rápidamente eliminados. La lactosa generalmente ha mostrado una baja cariogenicidad.

¹¹ GUEDES-PINTO Antonio Carlos, Rehabilitación Bucal en Odontopediatria, Edición 2003.Pag77.

5.2.3.6. FRECUENCIA IMPROPIA DE LA INGESTION

La reducción en el consumo de azúcar es muy importante en la disminución de la incidencia de caries, no tanto por la cantidad total de azúcar consumida sino principalmente por la cantidad de veces que se ingiere.¹²

5.3. INCIDENCIA DE CARIES

5.3.1. CARIES

Se define como un proceso o enfermedad dinámica, transmisible, infecciosa y localizada de los tejidos dentales. Es causada por la acción de las bacterias y ácidos generados por estas. Estos ácidos y la bacteria se combinan con la saliva y restos de alimentos para formar la placa bacteriana que se adhiere a los dientes y le permite a los ácidos acabar con la protección del esmalte provocando así la caries.

5.3.1.1. CONCEPTO

“La caries es una lesión progresiva de los tejidos dentarios calcificados caracterizada por la pérdida de estructuras dentarias por efecto de una

¹² STEFANELLO Busato Addir Luiz, Odontología Restauradora y Estética, Editorial Anolca, Edición año 2005

disolución de las sustancias dentarias inorgánicas y digestión de las orgánicas”¹³

“Se cree que los estreptococos Mutans son las bacterias fundamentales en el inicio de la caries. Posteriormente, tras la cavitación del esmalte, los lactobacillus cobran una importancia creciente.”¹⁴

El proceso se inicia con una pequeña placa de esmalte desmineralizado en la superficie del diente que a menudo está oculta a la vista, en las fisuras o entre los dientes y que avanza hacia el interior (dentina, pulpa). Produciendo el menoscabo de la superficie del diente.

A medida que la enfermedad avanza aparece sensibilidad a los alimentos o bebidas muy frías o muy calientes, acompañadas de dolor. Si no se trata en este momento, la infección continúa y pueden aparecer abscesos dentales y complicaciones a nivel general (problemas gastrointestinales, dolor de cabeza y fiebre).

5.3.2. CARIES DE PRIMERA INFANCIA

5.3.2.1. INTRODUCCIÓN

¹³ MITCHELL-NELSON "Tratado de Pediatría" Segunda Edición. Pag48

¹⁴ . A.CAMERON* R.Widmer. Manual de Odontología Pediátrica. Capitulo3. Pag55

El término Caries de Primera Infancia (ECC) fue descrito en 1999 por el Instituto Nacional para la Investigación Dental y Craneofacial (NIDCR). La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define la ECC como la presencia de una o más caries (lesiones cavitadas o no cavitadas), ausencia de piezas dentales (debido a lesiones cariosas) o superficies obturadas de cualquier diente primario en niños de 71 meses de edad.

Todos los niños menores de 3 años de edad con lesiones cariosas cavitadas o no cavitadas son diagnosticados como Caries de Primera Infancia Severa (S-ECC).

Los niños con dicha patología tienen mayor probabilidad de tener caries en la dentición permanente. Así mismo, los niños que toman biberón por la noche con leche u otros agentes cariogénicos durante el primer año de vida, tienen mayor susceptibilidad a la enfermedad.

5.3.2.2. CARACTERÍSTICAS CLINICAS

La Caries de Primera Infancia afecta a los dientes primarios, presentando las siguientes características:

- ❖ Varios dientes afectados.
- ❖ Caries de progresión rápida, tan pronto como erupcionan los dientes
- ❖ Se desarrolla en superficies dentales que tienen baja incidencia de caries, tales como: superficies vestibulares de incisivos centrales superiores, superficies linguales y bucales de molares superiores e inferiores.

La Caries de Primera Infancia usualmente empieza en los incisivos primarios superiores, como una mancha opaca y área de desmineralización a lo largo del margen gingival. A medida que la condición se desarrolla, la caries progresa y empieza a rodear los cuellos de las piezas dentarias.

En situaciones avanzadas, las coronas de los incisivos superiores, se llegan a destruir completamente, dejando solo la raíz del diente. Los molares inferiores primarios, con frecuencia, se ven afectados por el estancamiento de líquidos cariogénicos. Otras superficies dentales pueden cariarse, dependiendo de la duración y frecuencia de los malos hábitos alimenticios.

Una característica importante de esta patología es la ausencia de caries a nivel de los incisivos inferiores, debido a la acción protectora de la lengua y por la proximidad que existe con las glándulas salivales mayores.

5.3.2.3. ETIOLOGIA

La Caries de Primera Infancia es una enfermedad multifactorial. En su compleja etiología existe una interacción inexplicable de factores tales como: la infección por *Streptococcus Mutans* (MS), la educación de la madre (o cuidador), lactancia materna prolongada, el estrés, autoestima, estructura familiar y social, utilización del biberón impregnado en miel o azúcar (como relajante o para que el bebe se duerma), frecuencia de alimentación del niño, o el consumo de alimentos o bebidas azucaradas, entre otros.

Subirá y cols, presentaron un estudio para determinar cuál es el factor de riesgo de caries que mayor relación tiene con los escolares. Concluyeron que la presencia de *Streptococcus Mutans* tiene mayor relación con la prevalencia de caries que otras variables como el nivel socioeconómico, el uso de fluoruros o la frecuencia de cepillado.

Tatay y cols., han hallado resultados similares analizando los factores de riesgo de caries en la dentición temporal; la presencia de *Streptococcus Mutans* y *Lactobacillus* presentan una fuerte asociación con la caries dental.

De la misma manera, no observaron una relación significativa con otros factores como la dieta y la presencia de placa bacteriana.

5.3.2.4. INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Es difícil determinar con exactitud, la prevalencia de la Caries de Primera Infancia. Los datos son inexactos debido a: que se realizan en niños en edad preescolar, y muchas veces no colaboran durante la exploración; las muestras no son representativas, la alimentación varía en diferentes grupos étnicos y culturales. Su prevalencia es del 1-12% en países desarrollados y del 70% en países en desarrollo. Otros estudios determinan que los niños de padres con bajo nivel económico tienen una mayor prevalencia que los niños con alto nivel socioeconómico.¹⁵

5.3.3. IMPORTANCIA DE LA SALIVA PARA EL RIESGO DE CARIES

5.3.3.1. LA PRINCIPAL FUNCIÓN DE LA SALIVA

Como factor protector contra la caries consiste en “lavar” las bacterias y la placa, así como diluir y trasportar los productos degradables. Además, la saliva dispone de sustancias antibacterianas, iones que favorecen la remineralización y, sobre todo, de sistemas amortiguadores que pueden neutralizar el efecto acidificador de las bacterias hasta un grado determinado.”¹⁶

¹⁵ www.informed.es

¹⁶ . HUBERTUS J. M. Odontología Pediátrica.Pag134

La saliva en condiciones normales es neutra o poco alcalina y tiene amortiguadores que regulan la acidez. Además contiene moléculas antimicrobianas incluyendo los iones de calcio y fósforo, que son importantes en la remineralización. La transmisión de bacterias cariogénicas puede ser pasada por la saliva, al lamer cucharas y chupetes.

5.3.4. ZONAS MÁS FRECUENTES DE CARIES

Hay zonas de las piezas dentarias donde se desarrollan con más facilidad las caries. Suelen ser zonas con más retención de placa bacteriana y entre ellas tenemos:

Caras oclusales o masticatorias de premolares y molares: la profundidad de los surcos, fosas y fisuras, determinan mayor retención de placa y por tanto mayor liberación de ácidos en el metabolismo de los hidratos de carbono.

Caras proximales de las piezas dentarias: son las caras de vecindad (mesiales y distales) entre dos piezas dentarias, y en ellas hay mayor acumulación de restos alimentarios y de placa bacteriana.

Caras libres de las piezas dentarias, más frecuente en la zona cervical del diente (zona cerca de la encía).

- ❖ Caras palatinas de incisivos superiores, en una fosita que suele haber por debajo del cingulo.
- ❖ Caras vestibulares de los molares (caras que tocan a las mejillas)
- ❖ Caries radicales (en la raíz de la pieza dentaria)

Las zonas donde menos se desarrollan las caries son en las puntas cuspídeas de los premolares y molares y en los bordes incisales de incisivos y caninos.

5.3.4.1. EXAMEN VISUAL Y TÁCTIL

En este tipo de examen utilizamos el espejo, explorador, abundante agua, aire y luz para poder observar la localización, el tipo y la actividad de la lesión. El examen táctil lo realizamos con el explorador para verificar la consistencia del esmalte dentario.

“El criterio visual colabora en el diagnóstico de la extensión de la lesión así tenemos:

- ❖ Cuando existe opacidad o una decoloración, difícilmente visible en la superficie húmeda, pero fácilmente visible al secarla, probablemente existe una desmineralización en la capa externa.
- ❖ Cuando existe opacidad y decoloración visible sin necesidad de secar la superficie, probablemente exista una desmineralización que compromete hasta un tercio de la dentina.
- ❖ Cuando existe fractura localizada en el esmalte y éste se presenta opaco o descolorido sobre la dentina, probablemente existe una desmineralización que incluye el tercio medio de la dentina.

Cuando existe cavitación con dentina expuesta, la desmineralización estará presente en el tercio interno de la dentina.”¹⁷

5.3.4.2. ÍNDICE ceo

“El índice ceo es la sumatoria de dientes primarios cariados, piezas extraídas y con indicación de extracción y obturados. Respecto a su empleo, téngase en cuenta que:

¹⁷ MALAGON - Lodoño, Gustavo, Urgencia Odontológica. Cap2 Pág. 46

- La extracción indicada es la que procede ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado.
- La restauración por medio de una corona se considera diente obturado.¹⁸

5.3.4.3. IMPORTANCIA DEL CONTROL Y LA PREVENCIÓN CONTRA LAS CARIES

“La caries es la enfermedad que afecta con más frecuencia a la cavidad bucal, porque constituye uno de los problemas más estudiados por los especialistas en odontología. Durante el embarazo es una dolencia común.

Su incidencia causa desde incomodidad en los estadios iniciales hasta la pérdida dental con serias consecuencias psicológicas y estéticas, en los casos más avanzados ¿Qué hacer ante esta situación? La prevención es la palabra clave.

Una vez instalada la caries, el recurso es tratarla. Entonces, resulta fundamental hallar un buen dentista, quién establecerá una recuperación de

¹⁸ <http://www.sdpt.net/CAR/salud%20dental%20indices.htm>

diente afectado, además de proveer las orientaciones necesarias sobre el tema.

Varios estudios revelan que las madres son fuentes de bacterias cariogénicas para los niños por eso “Es necesario evitar siempre la “ventana de infección” pues así se interrumpe un ciclo, lo que favorece a los niños”¹⁹

La caries es una enfermedad infecciosa de causa multifactorial en la que se incluyen bacterias endógenas, alimentos y sensibilidad dental.

Las bacterias son normales en la cavidad bucal; existen ciertas diferencias en algunos de los microorganismos para los distintos tipos o áreas de caries en los dientes afectados”.²⁰

Los dientes son más susceptibles a cariarse cuando aparecen por primera vez en la boca. Esto origina la mayor frecuencia de caries durante los años de erupción.

“La superficie Oclusal es la que más sufre caries, seguida por la mesial, distal, bucal y lingual. Los dientes posteriores sufren caries con más frecuencia que los anteriores.

¹⁹ www.Educacionsanitaria/embarazo.com

²⁰ J.L. Guinta “ Patología Bucal” Tercera Edición Pág. 65

Los incisivos inferiores son los menos sensibles, pero suelen afectarse en casos de caries muy grave. Este orden de sensibilidad es un hecho clínico y de modo definitivo tiene relación con el orden en que los dientes hacen erupción.

La razón por la cual aumenta el número de caries en los individuos de mayor edad, parece deberse a que existe una mayor superficie radicular expuesta conforme la encía sufre recesión, lo que produce estancamiento de los alimentos. Es característico que la lesión en el grupo de mayor edad se localiza en el cemento, mientras que la del joven se presenta casi siempre en cavidades, fisuras y superficies lisas”.²¹

5.3.5. CLASES DE CARIES

5.3.5.1. CARIES DE ESMALTE

“La superficie del esmalte se comporta de modo diferente que las zonas más profundas. La edad determina la maduración de la superficie y la ingesta de flúor y otros oligoelementos aumentan la resistencia a las caries. Se recomienda el uso de sustancias tóxicas para modificar la composición del

²¹ VAN LLUERENG “Dieta y Caries Dental” Pag124

esmalte, ya que al acumularse en la superficie modifican su capacidad reactiva (fundamentalmente el ión flúor).

Caries incipiente, se la conoce como mancha blanca, es aquella que ataca únicamente al esmalte observándose como una área blanca y lisa, no hay cavitación y puede ser detectada por las radiografías como una zona radiólucida o al secar el diente.

La materia orgánica del esmalte consiste en proteínas y lípidos, mientras que la dentina está formada casi totalmente por colágeno.

La materia inorgánica del esmalte y la dentina consiste en cristales de apatita, cuyos componentes iónicos pueden ser reemplazados por iones como carbonato, flúor, cinc. La composición de los cristales se asemeja a la del líquido contenido en los tejidos que les dan origen. Los componentes orgánicos incluyen lípidos, proteínas, péptido, carbohidratos, citrato y lactato.

5.3.5.1.1. CARACTERISTICAS

La primera manifestación clínica de las caries de esmalte se denomina mancha blanca. Esta mancha es opaca y con aspecto de tiza. El esmalte

pierde brillo y se toma ligeramente poroso y áspero, característica que es fácil de detectar con un explorador.

No presenta cavitación y es claramente observable al secar el diente, se lo ubica en la zona gingival de las caras bucales o labiales o periféricas a la relación de contacto en las caras proximales de las piezas dentarias.

La difusión de material orgánico a través de los grandes poros característicos de la mancha blanca puede producir un cambio de color y, en este caso, esta lesión se denomina mancha marrón.

El avance de las caries comienza en una superficie sobre como un cono de base ancha con su punta dirigida hacia la dentina. Al llegar al límite amelodentinario, la lesión se extiende lateralmente a lo largo de la dentina y así socava el esmalte sano.

En el caso de una caries de hoyos o fisuras de la superficie adamantina, la lesión cariosa inicial no comienza en el fondo del hoyo o de la fisura, sino en sus paredes laterales como dos lesiones de superficies lisas.

La dirección de los prismas del esmalte hace que la lesión se ensanche a medida que se acerca al límite amelodentinario y que tome forma de cono invertido, con la base hacia la dentina”.²²

5.3.5.2. CARIES DE LA DENTINA

”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”.

5.3.5.2.1. CARACTERISTICAS

“La caries de la dentina también se puede clasificar en caries aguda, de avance rápido y caries crónica, de avance mucho más lento. La primera posee un aspecto blanco amarillento y consistencia blanda. La segunda es dura, más resistente y de color amarillo oscuro o marrón.

²² BARRANCOS.MONEY “Operatoria Dental”. Pag243-251

Cuando el proceso de caries alcanza el límite amelodentinario, se extiende lateralmente a causa de la presencia de una mayor cantidad de tejido orgánico a ese nivel.

Luego de extenderse por el límite amelodentinario, la caries ataca directamente los conductillos, en dirección a la pulpa. Mientras no se llegue a una proximidad de la pulpa de 0,75 mm, no se producirán reacciones pulpares importantes. Si el avance hacia la pulpa llega a las cercanías de la cámara pulpa, se forma dentina terciaria o de reparación frente al avance de la lesión.

No obstante, si el ataque continuo sin que los mecanismos de defensa lo afecten, finalmente los ácidos segregados por los microorganismos terminan por desmineralizar toda la sustancia mineral de la dentina primaria, secundaria o terciaria y actúan directamente sobre el tejido pulpar destruyendo a los odontoblastos y formando un absceso.

5.3.5.2.2. REMOCION DE LA DENTINA CARIADA

La remoción de la dentina cariada es guiada generalmente por la resistencia al corte que opone el tejido por remover.

Los instrumentos empleados con mayor frecuencia en la remoción de caries son la cucharita de Back, los excavadores de Gillette y las fresas redondas lisas, impulsada a baja velocidad preferentemente por un micro motor, ya que la velocidad súper alta no permite que el operador tenga sensación táctil en una maniobra tan dedicada como la descrita.

La extirpación de la caries se da por concluida cuando el operador escucha el denominado “grito dentinario” al raspar la dentina con la punta de un explorador y percibir el característico chillido.

Además de la dureza, se tienen en cuenta la homogeneidad del color, el brillo y la textura de las superficie dentaria” ²³

5.3.5.3. CARIES DE CEMENTO.

“Cuando el cemento dentinario queda expuesto al medio bucal (secesión gingival) puede sufrir el ataque de la placa bacteriana y producir caries.

En primer lugar, se desintegra una película orgánica que cubre la superficie. Luego se inicia el ataque ácido y la desmineralización que se va produciendo en capas más o menos paralelas a la superficie. Aparecen zonas de clivaje y

²³ BARRANCOS.MONEY “Operatoria Dental”. Pag 258

pueden desprenderse porciones irregulares del cemento ya desorganizado”.²⁴

5.3.5.4. CLASIFICACION DE BLACK

“Black padre de la operatoria dental clasificó en cinco grupos las zonas dentales afectadas por caries, así como, las cavidades dependiendo del lugar donde se encuentren y las numeró del 1 al 5.

5.3.5.4.1. CLASE I: Son las que se encuentran en caras oclusales de premolares y molares, además en los cíngulos de dientes anteriores y en los defectos estructurales de todos los dientes.

5.3.5.4.2. CLASE II Se encuentran en caras proximales de molares y premolares.

5.3.5.4.3. CLASE III Se encuentran en las caras proximales de dientes anteriores llegar hasta el ángulo incisal.

5.3.5.4.4. CLASE IV Se encuentra en todos los dientes anteriores en sus caras proximales, abarcando borde incisal.

5.3.5.4.5. CLASE V Se encuentran en el tercio gingival de dientes anteriores y posteriores y en caras bucales o linguales.”

²⁴ BARRANCOS.MONEY “Operatoria Dental”. Tercera Edicion.Edt.Medica Panamericana. Pag272

5.3.6. CLASIFICACION DE LAS CARIES SEGÚN EL LUGAR AFECTADO

Según el lugar afectado las caries pueden clasificarse en:

5.3.6.1. CARIES OCLUSAL

Cuando la cavitación es evidente, se puede utilizar la percepción táctil con explorador asociado con remoción de dentina. Algunas escuelas continúan utilizando el explorador para la detención de las superficies.

El Servicio de Salud Publica de los Estados Unidos ha enumerado criterios para determinar la presencia de caries Oclusal y han postulado que la zona es cariosa cuando el explorador se retiene al colocarlo en un punto (hoyo) o fisura y se acompaña de alguno de los siguientes signos:

- ❖ Reblandecimiento en la base de la fisura (detectado con un explorador fino y presión suave)
- ❖ Opacidad circundante al punto o fisura con evidencia de socavado o desmineralización de esmalte.

- ❖ Esmalte reblandecido adyacente al área que se está explorando y que puede ser removido.
- ❖ Pérdida de traslucidez del esmalte.
- ❖ Evidencia radiográfica de caries.

5.3.6.2. CARIES PROXIMAL

Este tipo de caries ha demostrado ser observable con visualización directa y también se usan las bandas elásticas utilizadas en ortodoncia, en lugar de la separación inmediata con separador o cuñas, que ha demostrado ser desagradable y lesiona el periodonto.

5.3.6.3. CARIES DE SUPERFICIES LIBRES

El examen de las superficies Vestibular, lingual y palatina no presentan mayores dificultades. Estos sitios se visualizan fácilmente cuando previamente se elimina la placa dental y el cálculo, se seca la superficie dentaria, se tiene buena iluminación y se ayuda con un espejo bucal. Para estas superficies, el método visual es utilizado para registrar lesiones incipientes y mini cavitaciones.

5.3.6.4. CARIES RECURRENTES O SECUNDARIAS

Las caries recurrentes o secundarias es una de las mayores razones de las restauraciones de las piezas dentarias. Se ha demostrado que este tipo de caries responde a dos caminos: 1) nueva enfermedad y 2) fallas técnicas que incluyen fracturas al margen o en la cúspide adyacente o la restauración y las restauraciones defectuosas en la cavidad bucal infectada.

Ambas situaciones denotan que se restauró sin tener en cuenta los factores de riesgo cariogénos y que deben ser aplicados estos criterios para controlar la infección en forma previa a la realización de una restauración. También se ha considerado que la calidad del material restaurador y la habilidad con la que se ejecuta la restauración son igualmente importantes para prevenir fracasos.

Es necesario distinguir las caries secundarias o recurrentes de la caries residual, que es aquella infección que no ha sido controlada durante la preparación de la cavidad.

5.3.6.5. CARIES RADICULAR

Los métodos visual y táctil son utilizados para la detección de esta lesión.

El cálculo dental y la inflamación gingival dificultan la visualización radicular es por eso que se debe controlar esto. Antes de realizar el examen visual, se debe emplear hilo de seda dental para la remoción de la placa proximal.

Se ha observado que una lesión activa puede presentarse con cavitación o sin ella y en ambos casos puede exhibir una apariencia oscura, desteñida cuando se explora con presión moderada.

Se ha identificado que la caries radicular puede presentar cuatro grados:

- ❖ Grado 1: Incipiente
- ❖ Grado 2: Superficie
- ❖ Grado 3: Cavitación
- ❖ Grado 4: Pulpar.

Epidemiológicamente, se ha demostrado que la caries radicular se presenta con más frecuencia en adultos mayores de 50 años, en pacientes con enfermedad periodontal y con secesión gingival.

Es frecuente observar que la caries radicular se desarrolla cerca al límite amelocementario, el cemento en esta zona es de escaso espesor por lo

tanto, la dentina generalmente está involucrada y la invasión bacteriana en los túbulos como sucede en corona.

La incidencia de caries radicular en pacientes con compromiso periodontal constituye un serio problema”.²⁵

La radiografía dental es un método adjunto en el estudio de las lesiones cariosas, en especial en las de superficies ínter proximales.

En las radiografías, la estructura dura del diente es radió paca.

La pulpa es radiólucida. Las caries dentales se observan como lesiones radiolúcidas, sin embargo la radiografía es únicamente una sombra.

De hecho, las lesiones cariosas, en la radiografía suelen observarse más pequeñas de lo que en la realidad son.

Sin embargo, el estudio es útil para detectar caries proximales, que en ocasiones no se aprecian clínicamente ya que el esmalte es muy duro o bien la lesión se encuentra en el cemento localizado bajo las encías.

²⁵ BARRANCOS.MONEY “Operatoria Dental”. Pág. 290 – 293.

5.3.6.6. FACTORES PREDISPONENTES Y ATENUANTES

- ❖ “Raza: en ciertos grupos humanos, hay mayor predisposición a la caries que en otros, tal vez a causa de la influencia racial en la mineralización, la morfología del diente y la dieta.
- ❖ Herencia: existen grupos inmunes y otros altamente susceptibles y esta característica es transmisible.
- ❖ Dieta: el régimen alimentario y la forma y adhesividad de los alimentos ejercen una influencia preponderante sobre la aparición y el avance de las caries.
- ❖ Morfología dentaria: Las superficies oclusales con fosas y fisuras muy profundas favorecen la iniciación de las caries. La mal posición, la presencia de diastemas, el titanio y el vanadio. La presencia de estos elementos en el agua bebida durante la época de formación del esmalte puede tomarlo más resistente al ataque.
- ❖ Higiene Bucal: el uso de cepillo dental, hilo dental, palillos, irrigación acuosa u otros elementos reduce significativamente la frecuencia de esta lesión.

- ❖ Flujo salival: su cantidad, consistencia y composición tienen una influencia decisiva sobre la velocidad de ataque y la defensa del organismo ante las caries.
- ❖ Enfermedades sistémicas y estados carenciales: favorecen la iniciación de la lesión al disminuir las defensas orgánicas, alterar el funcionamiento glandular o modificar el medio interno”.
- ❖ Factor económico: pacientes con bajos recursos que no acuden a la atención odontológica debido a sus costos”.²⁶

5.3.6.7. FACTORES DE DEFENSA

“En la iniciación y el desarrollo de una lesión cariosa es posible distinguir las siguientes etapas:

- ❖ Los alimentos y los microorganismos atrapados en las áreas retentivas de la cavidad bucal y forman placa.
- ❖ La placa madura y comienza a producir ácidos.
- ❖ Los ácidos atacan al esmalte, lo desmineralizan y se crea una cavidad.

²⁶ BARRANCOS.MONEY “Operatoria Dental”. Pág. 249.

- ❖ Se produce la invasión microbiana masiva con ácidos y enzimas para destruir todo el diente.

Los factores de ataque y defensa condicionan la velocidad de avance de la lesión”.

5.3.7. LA IMPORTANCIA DEL FLÚOR

“La utilización de flúor es la medida más eficaz para aumentar la resistencia de los dientes a la caries.

El flúor en el agua potable a una concentración aproximada de una parte de flúor por un millón de partes de agua, es decir, 1mg de flúor por litro de agua; reduce la aparición de caries. Al incorporarse a la estructura del diente, lo hace más resistente a la caries.

Una de las formas de administración de flúor más sencilla es a través del uso de pasta de dientes fluorada.

Para un máximo beneficio, se deberían comenzar a usar desde los seis meses y administrarse diariamente hasta los 12 años aproximadamente. La necesidad de su uso debe ser consultada con un profesional.

5.3.7.1. TOPICACIONES CON FLUOR

Son realizadas por los odontólogos en el consultorio.

Es una técnica muy sencilla que no duele, se cepilla el diente con una pasta de limpieza, luego se enjuaga y seca bien y se coloca un gel con flúor dentro de cubetas descartables con la forma de los maxilares donde están insertados los dientes, que actúa por un minuto; luego al salivar se elimina el exceso de gel, no se debe enjuagar ni no comer nada por media hora. Se recomienda realizar este tratamiento cada 6 meses hasta los 12 años".²⁷

²⁷ www.Todo.sobreelbebe.com.ar/todo/index.php?option=com_content&task=view&id26&itemid=34-39

CAPITULO VI

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

6.1. METODO

6.1.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACION

❖ INVESTIGACIÓN BIBLIOGRAFICA:

La investigación realizada se basó en fichas bibliográficas, libros y páginas electrónicas de la cual se obtuvo la información necesaria.

❖ INVESTIGACIÓN DE CAMPO:

La investigación está basada en las encuestas aplicadas y las fichas clínicas realizadas a los niños de la escuela Andrés de Vera.

6.1.2. TIPO DE INVESTIGACION

❖ INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA:

Inicialmente se visitó a la Escuela Andrés de Vera se solicitó permiso al director para ingresar a la institución y poder observar el estado de salud oral que tienen los niños preescolares de esta institución.

❖ **INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA:**

Esta investigación inició del análisis descriptivo del árbol del problema. Se observó las causas y efectos que produce la excesiva ingesta de azúcar en los niños y cómo influye en la formación de caries en los niños de la escuela Andrés de Vera.

❖ **INVESTIGACION ANALITICA:**

Después de haberse realizado la investigación de campo se analizó como se relacionan los hábitos alimenticios con la formación de caries de los niños de la escuela Andrés de Vera.

❖ **INVESTIGACION SINTETICA:**

Con la información bibliográfica y su relación con las encuestas aplicadas a los niños; la observación y comprobación del problema se obtuvieron conclusiones que sirvieron para reflexionar sobre la problemática y establecer recomendaciones a la población investigada.

❖ **INVESTIGACION PROPOSITIVA**

Al finalizar la investigación se obtuvieron datos reales que permitieron diseñar una propuesta que servirá para dar solución a la problemática encontrada.

6.1.3. TECNICAS

Esta investigación se apoya en las siguientes técnicas:

- ❖ Encuestas aplicadas a los niños de la escuela Andrés de Vera.
- ❖ Observación clínica
- ❖ Técnica del fichaje bibliográfico
- ❖ Técnica de la población y muestra
- ❖ Técnica estadística.

6.1.4. INSTRUMENTOS

- ❖ Formulario de Encuesta
- ❖ Fichas clínica
- ❖ Fichas bibliográficas y nemotécnicas.
- ❖ Cuadros y gráficos

6.1.5. POBLACION

La población la constituye 55 niños y niñas de la escuela Andrés de Vera.

6. 1.6 MUESTRA

Está constituida por el universo a investigarse que es 55 niños y niñas del preescolar de la escuela Andrés de Vera.

6.1.7 RECURSOS

En esta investigación se han empleado los siguientes recursos:

6.1.7.1 TALENTO HUMANO

- ❖ Equipo de investigadores
- ❖ Grupo a investigar
- ❖ Director de tesis

6.1.7.2 RECURSOS MATERIALES

- ❖ Fotocopia
- ❖ Internet
- ❖ Gastos Operativos
- ❖ Suministros
- ❖ Materiales de Oficina
- ❖ Encuadernación

- ❖ Digitación
- ❖ Textos de consulta

6.1.7.3 FINANCIEROS

La investigación tuvo un costo aproximado de \$ 385,50

6.2 DESARROLLO METODOLOGICO

Se realizó un estudio a un grupo de 55 niños y niñas de edad preescolar que oscila entre los 4 a 5 años de la Escuela Fiscal Andrés de Vera del cantón Portoviejo en la provincia de Manabí, en la investigación de campo se utilizó la técnicas de observación para establecer un diagnóstico del estado de salud bucal de los niños y niñas, utilizando como instrumento las fichas clínicas que fueron llenadas en base al diagnóstico realizado, permitiendo conocer cuantas piezas tienen cariadas, obturadas y perdidas, y la técnica de la encuesta efectuada a los niños con la intención de indagar cuáles son los hábitos alimenticios que poseen en el hogar.

Hay que recalcar que los formularios de las encuestas fueron leídas y explicadas continuamente por los investigadores, por la corta edad de estos niños no saben leer ni escribir.

Una vez realizada la investigación de campo, los resultados obtenidos fueron tabulados y representados en gráficos estadísticos.

El propósito de esta investigación es conocer el estado de salud oral de los niños y niñas de edad preescolar y si se relacionan con los hábitos alimenticios desarrollados, y así diseñar una Estrategia de Intervención según los resultados obtenidos

CAPITULO VII

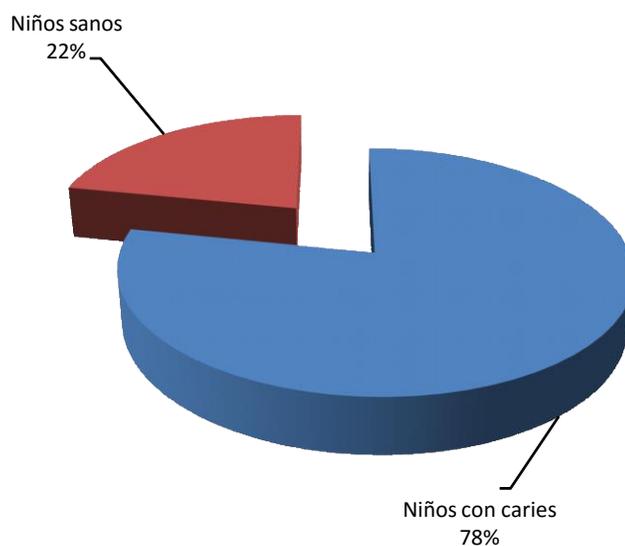
RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

7.1 Análisis e interpretación de los resultados de las fichas clínicas de observación y diagnóstico aplicadas a los niños de primer año básico de la escuela Andrés de Vera.

GRAFICUADRO # 1

INCIDENCIA DE CARIES

N. Orden	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	Niños con caries	43	78%
B	Niños sanos	12	22%
	TOTAL	55	100%



Fuente: Fichas clinicas aplicadas a los niños y niñas de la Escuela "Andrés de Vera".

Elaboración: Los Investigadores

ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 1

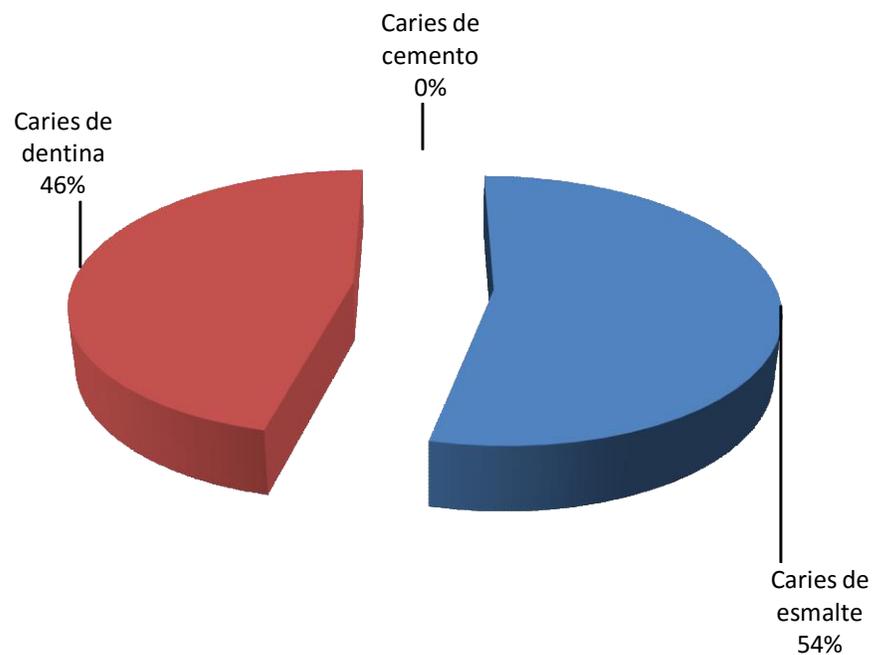
De 55 niños investigados, 43 de ellos presentaban caries, que corresponde al 78%, mientras que 12 niños no presentan caries, representando el 22% del total de los encuestados.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que el 78% de los niños investigados presentan caries con el cual un libro publicado por STEFANELLO Busato Addir Luiz, Odontología Restauradora y Estética, Editorial Anolca, Edición año 2005 cita lo siguiente **“Se define como un proceso o enfermedad dinámica, transmisible, infecciosa y localizada de los tejidos dentales. Es causada por la acción de las bacterias y ácidos generados por estas. Estos ácidos y la bacteria se combinan con la saliva y restos de alimentos para formar la placa bacteriana que se adhiere a los dientes y le permite a los ácidos acabar con la protección del esmalte provocando así la caries”**.

GRAFICUADRO # 2

CARIES SEGÚN LA ESTRUCTURA HISTOLOGICA DENTARIA AFECTADA

N. Orden	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	Caries de esmalte	79	54%
B	Caries de dentina	68	46%
C	Caries de cemento	0	0%
	TOTAL	147	100%



Fuente: Fichas clínicas aplicadas a los niños y niñas de la Escuela “Andrés de Vera”.

Elaboración: Los Investigadores

ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 2

Al realizar el diagnostico clínico en 43 niños afectados con caries, 79 piezas dentaria evaluadas tienen caries de esmalte lo que corresponde al 54%; 68 piezas dentarias tienen caries de dentina correspondiendo a 46%; ningún niño presenta caries de cemento con un porcentaje de 0%.

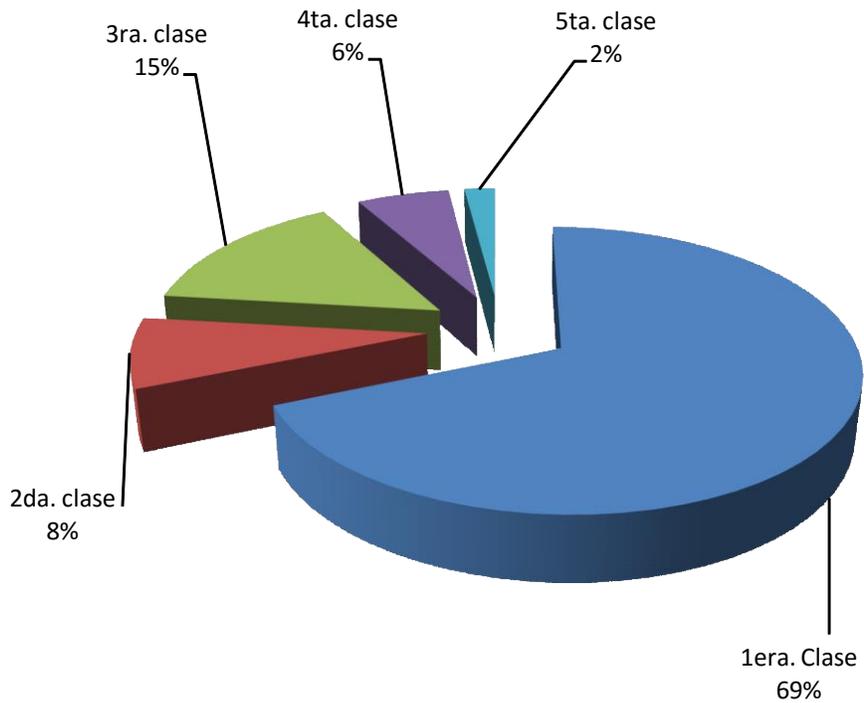
Frente a esta información se obtuvo como resultado que el 54% de las piezas dentarias de los niños investigados presentan caries de esmalte la cual BARRANCOS.MONEY "Operatoria Dental". Pag243-251 cita lo siguiente: **"La primera manifestación clínica de las caries de esmalte se denomina mancha blanca. Esta mancha es opaca y con aspecto de tiza. El esmalte pierde brillo y se toma ligeramente poroso y áspero, característica que es fácil de detectar con un explorador.**

"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"

GRAFICUADRO # 3

TIPOS DE CARIES SEGÚN CLASIFICACION BLACK

N. Orden	OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
A	1ra. clase	101	69%
B	2da. clase	12	8%
C	3ra. clase	22	15%
D	4ta. clase	9	6%
E	5ta. clase	3	2%
	TOTAL	147	100%



Fuente: Fichas clínicas aplicadas a los niños y niñas de la Escuela “Andrés de Vera”.

Elaboración: Los Investigadores

ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 3

De los 43 niños fueron evaluadas todas sus piezas dentarias.

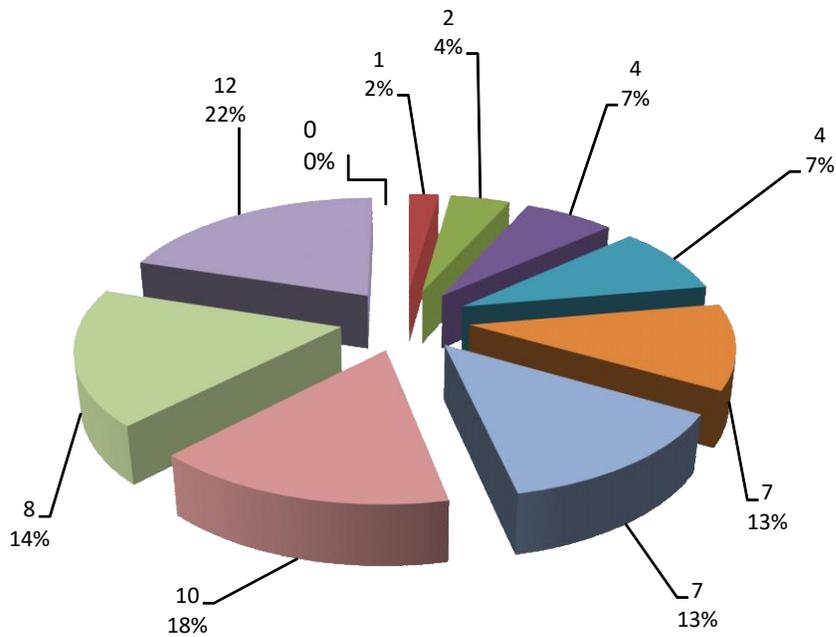
Frente a esta información se obtuvo como resultado que 101 piezas dentarias de los niños investigados presentan caries de primera clase, lo cual corresponde al 69%; 12 piezas dentarias de los niños investigados presenta caries de 2da clase que se representa con el 8%; mientras que 22 piezas dentarias de los niños investigados presentan caries de 3ra clase que se grafica con el 15%; 9 piezas dentarias de los niños investigados presentan caries de 4ta clase que se relaciona al 6% y 3 piezas dentarias de los niños investigados presentan caries de 5ta clase que se constituye en el 2%; y según el artículo publicado en: BARRANCOS.MONEY "Operatoria Dental", cita lo siguiente:

“CLASE I Son las que se encuentran en caras oclusales de premolares y molares, además en los cingulos de dientes anteriores y en los defectos estructurales de todos los dientes. CLASE II Se encuentran en caras proximales de molares y premolares. CLASE III Se encuentran en las caras proximales de dientes anteriores hasta llegar al ángulo incisal. CLASE IV Se encuentra en todos los dientes anteriores en sus caras proximales, abarcando borde incisal. CLASE V Se encuentran en el tercio gingival de dientes anteriores y posteriores y en caras bucales o linguales.”

GRAFICUADRO # 1

DIENTES CARIADOS (ceo)

N. Orden	OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
A	0	12	22%
B	1	7	13%
C	2	10	18%
D	3	7	13%
E	4	8	14%
F	5	4	7%
G	6	4	7%
H	7	2	4%
I	8	0	0%
J	9	1	2%
	TOTAL	55	100%



Fuente: Fichas clínicas aplicadas a los niños y niñas de la Escuela "Andrés de Vera".

Elaboración: Los Investigadores

ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 1

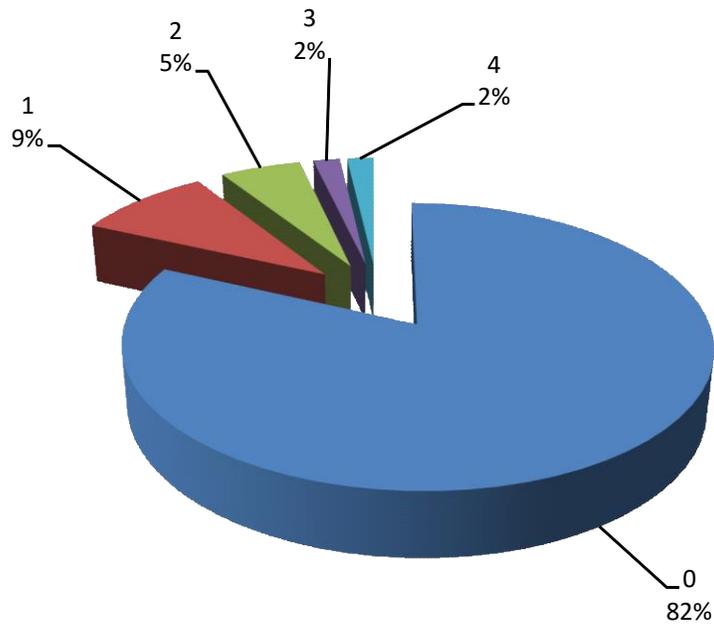
De los 55 niños evaluados 12 están sanos y corresponde a un 22%, 7 niños presentan 1 caries que es igual al 13%, 10 niños presentan 2 caries y es representado por el 18%, 7 niños presentan 3 caries y se refleja con el 13%, 8 niños presentan 4 caries y corresponde al 14%, 4 niños tienen 5 caries que es igual a 7%, 4 niños tienen 6 caries y se refleja en el 7%, 2 niños tienen 7 caries y corresponde al 4%, ningún niño presenta 8 caries y 1 niño presenta 9 caries obteniendo un 2%.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que 10 de los niños investigados presentan 2 caries lo cual un artículo publicado en <http://www.sdpt.net/CAR/salud%20dental%20indices.htm> cita lo siguiente **“El índice ceo es la sumatoria de dientes primarios cariados, piezas extraídas y con indicación de extracción y obturados”**

GRAFICUADRO # 2

DIENTES EXTRAIDOS (ceo)

N. Orden	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	0	45	82%
B	1	5	9%
C	2	3	5%
D	3	1	2%
E	4	1	2%
	TOTAL	55	100%



Fuente: Fichas clinicas aplicadas a los niños y niñas de la Escuela "Andrés de Vera".

Elaboración: Los Investigadores

ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 2

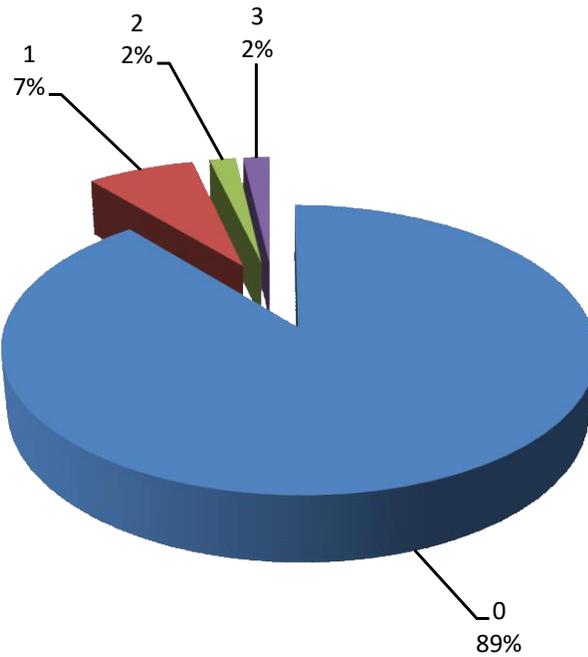
De los 55 niños investigados 45 no presentaron piezas extraídas, lo cual se grafica con el 82%; 5 niños presentaron 1 pieza extraída que corresponde al 9%, 3 niños presentan 2 piezas extraídas representado el 5%, 1 niño presenta 3 piezas extraídas que se detalla con el 2% y 1 niño presenta 4 piezas extraídas obteniendo igual porcentaje.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que 5 de los niños investigados presentan 1 extracción lo cual un artículo publicado en <http://www.sdpt.net/CAR/salud%20dental%20indices.htm> cita lo siguiente **“El índice ceo es la sumatoria de dientes primarios cariados, piezas extraídas y con indicación de extracción y obturados”**

GRAFICUADRO # 3

DIENTES OBTURADOS (ceo)

N. Orden	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	0	49	89%
B	1	4	7%
C	2	1	2%
D	3	1	2%
	TOTAL	55	100%



Fuente: Fichas clinicas aplicadas a los niños y niñas de la Escuela "Andrés de Vera".

Elaboración: Los Investigadores

ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 3

De 55 niños analizados 49 no presentaron dientes obturados, obteniendo un 89%, 4 niños presentaron 1 diente obturado siendo representado con el 7%, 1 niño presento 2 piezas obturadas y 1 niño presento 3 piezas obturadas, correspondiendo al 2% cada uno.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que 4 niños analizados presentan 1 obturación lo cual un artículo publicado en <http://www.sdpt.net/CAR/salud%20dental%20indices.htm> cita lo siguiente **“El índice ceo es la sumatoria de dientes primarios cariados, piezas extraídas y con indicación de extracción y obturados”**

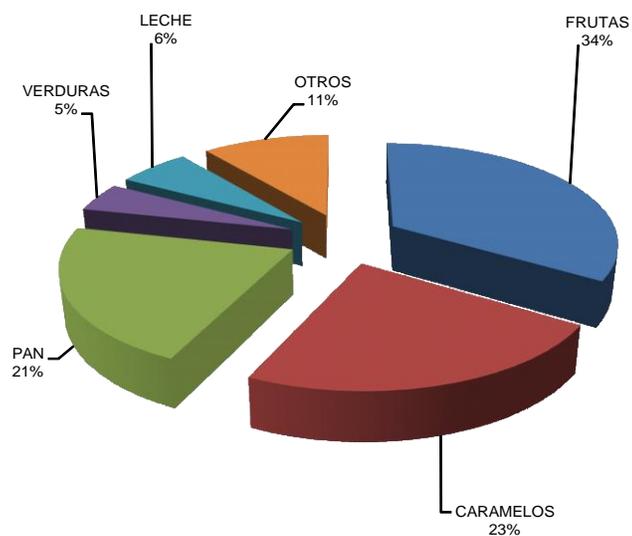
7.2 ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS NIÑOS DE PRIMER AÑO DE BASICA DE LA ESCUELA ANDRÉS DE VERA

1. ¿QUÉ ES LO QUE MAS TE GUSTA COMER?

GRAFICUADRO # 1

PREFERENCIAS ALIMENTICIAS

N. Orden	OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
A	FRUTAS	22	34%
B	CARAMELOS	15	23%
C	PAN	14	21%
D	VERDURAS	3	5%
E	LECHE	4	6%
F	OTROS	7	11%
	TOTAL	65	100%



Fuente: Encuestas aplicadas a los niños y niñas de la Escuela “Andrés de Vera”.

Elaboración: Los Investigadores

ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 1

Al indagar la preferencia alimenticia de los niños se obtuvo que, 22 niños que corresponden al 34% consumen frutas; 15 niños contestaron que prefieren los caramelos que es 23%, 14 niños respondieron que les gusta el pan que representa el 21%; mientras que 3 niños que son el 5% se inclinaron por las de verduras 4 niños contestaron que ingerían leche que es el 6% y 7 niños afirmaron que consumían otros alimentos que abarca el 11%. Vale aclarar que varios niños optaron por más de una opción al contestar la pregunta.

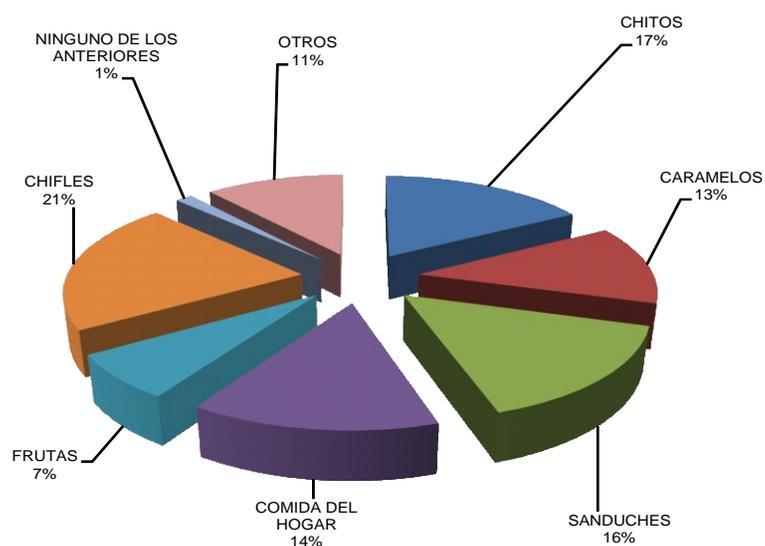
Frente a esta información destaca que el 34% de los niños encuestados les gusta comer frutas, un significativo 22% tiene predilección por los caramelos en sinergismo con 14 niños que representan el 22% consumen preferentemente pan, en referencia a esto, el libro publicado por Vaes.Hubertus Stockli.Paul, ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA. Pág. 136 cita **“La alimentación es de gran importancia para la boca; los azúcares cariogénicos (presentes en caramelos y dulces) la dañan, mientras que las verduras y frutas limpian y fortalecen la salud bucodental. La leche y los derivados lácteos aportan el calcio necesario para los dientes en la fase de formación de éstos.”**

GRAFICUADRO # 2

2. ¿QUÉ COMES EN LA ESCUELA?

ALIMENTOS QUE CONSUMEN EN LA ESCUELA

N. Orden	OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
A	CHITOS	12	17%
B	CARAMELOS	9	13%
C	SANDUCHES	11	16%
D	COMIDA DEL HOGAR	10	14%
E	FRUTAS	5	7%
F	CHIFLES	15	21%
G	NINGUNO DE LOS ANTERIORES	1	1%
H	OTROS	8	11%
	TOTAL	71	100%



Fuente: Encuestas aplicadas a los niños y niñas de la Escuela “Andrés de Vera”.
Elaboración: Los Investigadores

ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 2

En la investigación 12 niños respondieron que consumían chitos esto representa el 17% mientras que 9 niños les gustaban los caramelos que es el 13%, 11 niños que abarca el 16% contestaron que consumían sandwiches en cuanto 10 niños consumen comidas de su hogar que corresponde al 14% seguido de 5 niños que abarca el 7% se alimentaban de frutas , 15 niños que representa el 21% comen chifles, y 1 niño que es 1% respondió que no consumía ninguna de las anteriores, 8 niños contestaron que comían otras cosas, obteniendo un 11%. Vale aclarar que varios niños optaron por más de una opción al contestar la pregunta.

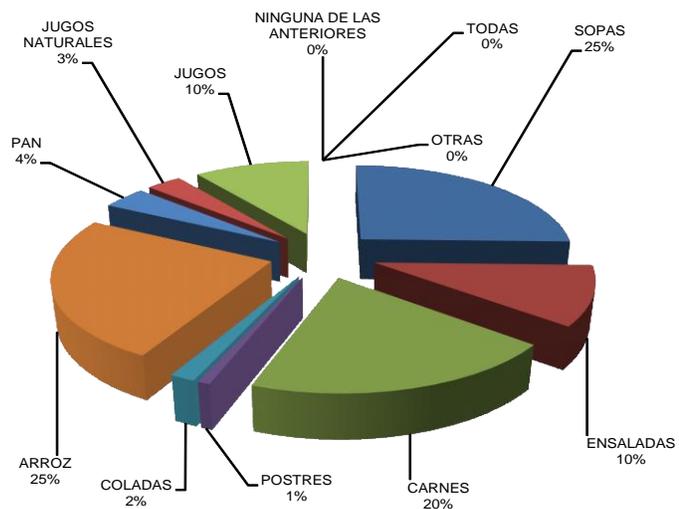
Frente a esta información se obtuvo como resultado que el 21% de los niños encuestados comen chifles (carbohidratos) en la escuela lo cual un artículo publicado en Richar S. Shwart/ Thomas J. Hilton, Tratamiento de la Caries y Consideraciones Pulpaes. Capitulo3, Pag52 afirma lo siguiente **“Una fuente dietética de carbohidratos es necesaria para que la bacteria produzca los ácidos que inician la desmineralización .Los carbohidratos simples son usados por la bacteria en la placa como una fuente de energía, el ácido es el resultado metabólico de la glicólisis”**

3. ¿EN EL ALMUERZO QUE COMES?

GRAFICUADRO # 3

ALIMENTOS QUE CONSUMEN EN EL ALMUERZO

N. Orden	OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
A	SOPAS	32	25%
B	ENSALADAS	13	10%
C	CARNES	25	20%
D	POSTRES	1	1%
E	COLADAS	2	2%
F	ARROZ	31	25%
G	PAN	5	4%
H	JUGOS NATURALES	4	3%
I	JUGOS	13	10%
J	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	0	0%
K	TODAS	0	0%
L	OTRAS	0	0%
	TOTAL	126	100%



Fuente: Encuestas aplicadas a los niños y niñas de la Escuela "Andrés de Vera".

Elaboración: Los Investigadores

ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 3

Al investigar sobre la alimentación de los niños en el almuerzo 32 niños que es el 25% respondieron que consumían sopas en el almuerzo mientras que 13 niños que es el 10% comen ensaladas seguido de 25 niños que es el 20% consumen carnes, 1 niño que es 1% come postres, 2 niños que es el 2% ingieren colada mientras que 31 niños que es el 25% comen arroz seguido de 5 niños que es el 4% consumen pan, 4 niños que es el 3% beben jugos naturales y por ultimo 13 niños respondieron que toman jugos listos para el consumo que es el 10%. Vale aclarar que varios niños optaron por más de una opción al contestar la pregunta.

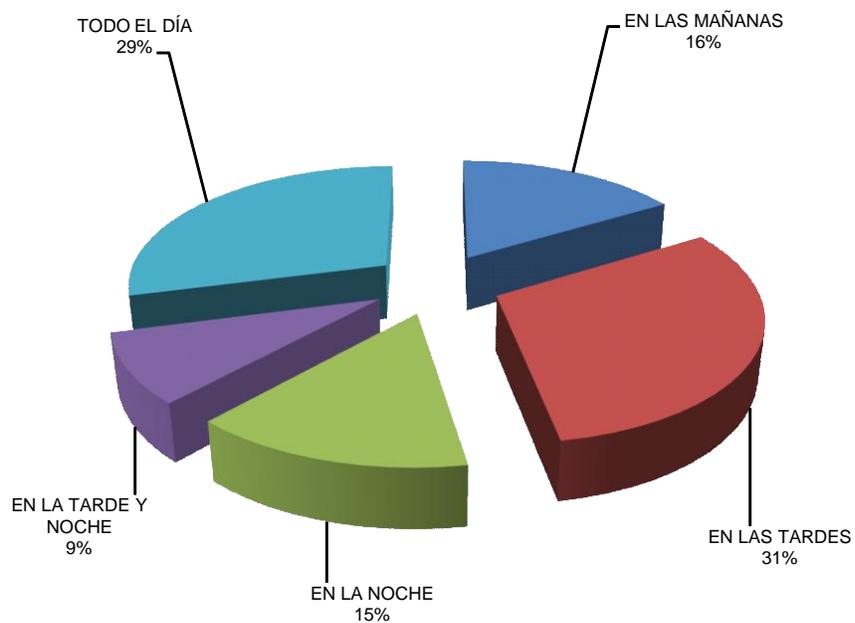
Frente a esta información se obtuvo que el 25% de los niños encuestados consumían sopas lo cual un artículo publicado en: <http://mujer.Terra.es/muy/articulo/html/mu2490.htm> cita lo siguiente **“la comida va a constituir aproximadamente el 30% de las necesidades nutricionales. En ella se deben incluir alimentos de todos los grupos: cereales (pan, pasta, arroz), sopas, verduras, alimentos proteicos (carne, pescado, huevo), fruta y lácteos. Puede estar compuesta por dos platos o por un plato único.”**

4. ¿COMES GOLOSINAS?

GRAFICUADRO # 4

GOLOSINAS CONSUMIDAS DURANTE EL DIA

N. Orden	OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
A	EN LAS MAÑANAS	9	16%
B	EN LAS TARDES	17	31%
C	EN LA NOCHE	8	15%
D	EN LA TARDE Y NOCHE	5	10%
E	TODO EL DÍA	16	29%
	TOTAL	55	100%



Fuente: Encuestas aplicadas a los niños y niñas de la Escuela “Andrés de Vera”.

Elaboración: Los Investigadores

ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 4

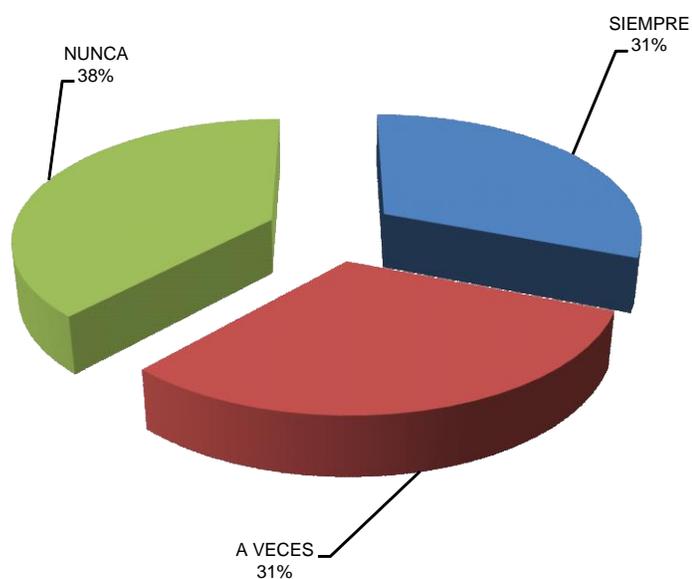
Al analizar sobre el gusto de los niños hacia las golosinas 9 niños contestaron que consumían golosinas en la mañana lo que corresponde al 16% mientras que 17 niños respondieron que consumían golosinas en la tarde teniendo 31% siendo el de mayor índice, 8 niños que son el 15% contestaron que digerían golosinas en la noche en cuanto 5 niños que es el 10% respondieron que consumían golosinas en la tarde y noche y 16 niños contestaron que comían golosinas en todo el día siendo el 29%.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que el 31% de los niños investigados consumen golosinas en la tarde y el 15% de los niños investigados consumen golosinas en la noche con el cual un artículo publicado en www.odontocat.com cita lo siguiente **“El periodo más crítico para consumir azúcares es entre comidas o antes de acostarse, debido a que la secreción salival es menor durante este tiempo y las superficies del diente están menos protegidas por la menor cantidad de saliva.”**

5. ¿TUS PAPIS TE ACONSEJAN SOBRE QUE COMER?

GRAFICUADRO # 5

N. Orden	OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
A	SIEMPRE	17	31%
B	A VECES	17	31%
C	NUNCA	21	38%
	TOTAL	55	100%



Fuente: Encuestas aplicadas a los niños y niñas de la Escuela "Andrés de Vera".

Elaboración: Los Investigadores

ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 5

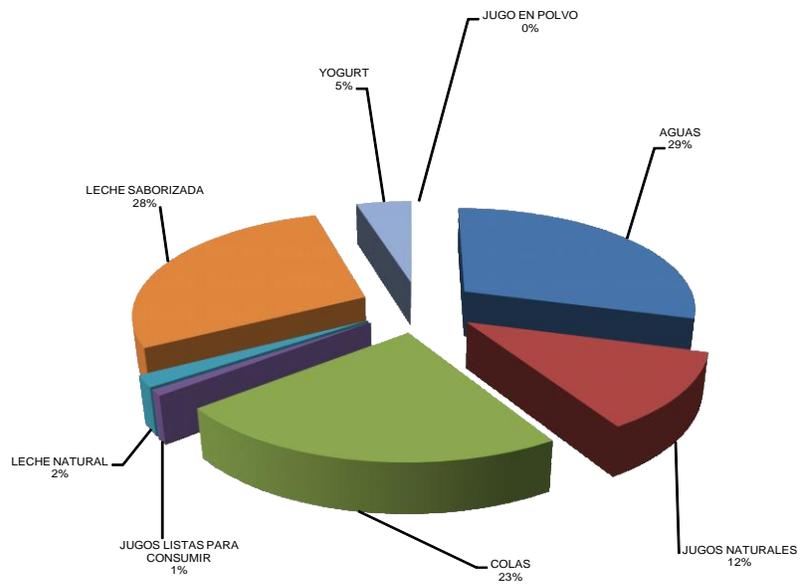
Analizando el cuadro de niños que fueron encuestados sobre si reciben consejos de sus padres para una correcta alimentación da como resultado lo siguiente, el 31% de niños encuestados respondieron que siempre son aconsejados , en tanto 17 niños contestaron que sus padres a veces los aconsejan sobre qué comer conforma 31% y por último el 38% que corresponde a 21 niños respondieron que no son aconsejados sobre pautas para una buena alimentación cuando es un hecho que los padres **"deben proporcionar a los hijos una alimentación equilibrada pero además deben prestar atención a ciertos hábitos dietéticos y deben inculcar en sus hijos hábitos alimenticios adecuados"**. Ya que son factores que favorecen la aparición de caries Vaes.Hubertus Stockli.Paul, ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA. Pág. 136

6. ¿QUÉ BEBIDAS TOMAS EN LA ESCUELA?

GRAFICUADRO # 6

BEBIDAS CONSUMIDAS EN LA ESCUELA

N. Orden	OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
A	AGUAS	32	29%
B	JUGOS NATURALES	13	12%
C	COLAS	25	23%
D	JUGOS LISTAS PARA CONSUMIR	1	1%
E	LECHE NATURAL	2	2%
F	LECHE SABORIZADA	31	28%
G	YOGURT	5	5%
H	JUGO EN POLVO	0	0%
	TOTAL	109	100%



Fuente: Encuestas aplicadas a los niños y niñas de la Escuela “Andrés de Vera”.

Elaboración: Los Investigadores

ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 6

En esta pregunta 32 niños contestaron que toman agua en la escuela siendo el 29% en tanto 13 niños respondieron que bebían jugos naturales que es el 12% mientras que 25 niños respondieron que toman cola que abarca el 23%, 1 niño que es el 1% bebía jugos listos para consumir, 2 niños que es el 2% toman leche natural mientras que 31 niños que es el 28% toman leche saborizada y 5 niños que es el 5% toman yogurt en la escuela. Vale aclarar que varios niños optaron por más de una opción al contestar la pregunta.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que el 29% de los niños investigados beben agua en la escuela con el cual un artículo publicado en Vaes.Hubertus Stockli.Paul, ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA. Pág. 136 cita lo siguiente **“Es siempre indispensable beber agua fluorada para evitar la formación de microorganismos, se recomienda beber 2 litros de agua diarios.”**

Otro porcentaje alto es el de los niños que beben colas cuyo resultado dio 23% total de los encuestados el cual un artículo publicado en www.folp.unlp.edu.ar/asignaturas/quinto/ni%flos3/Dieta.htm que cita lo siguiente “El consumo frecuente y en ciertas ocasiones hasta excesivo de

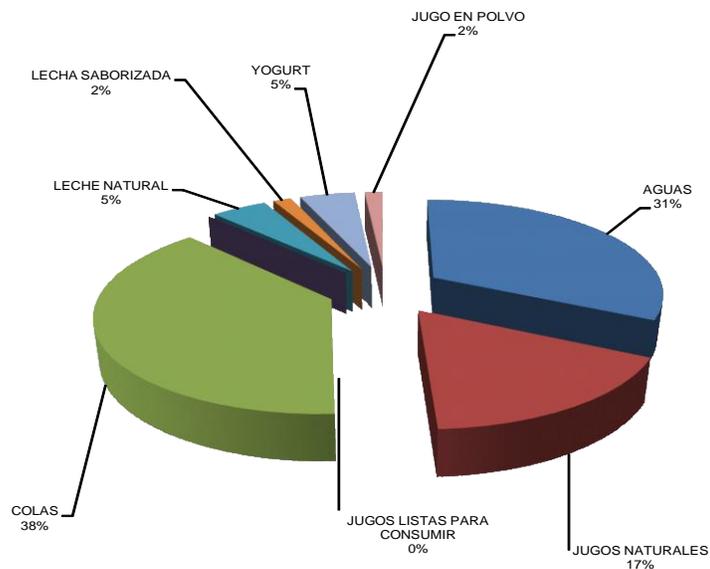
bebidas carbonatadas (gaseosas) ya sean dieta o no, bebidas de soya naturales o saborizadas y jugos ya sean naturales, comerciales diluidos, para diluir o en polvo, produce alteraciones en la cavidad bucal que constituyen un problema de interés en la clínica odontopediátrica diaria, cuyas manifestaciones principales son la erosión del esmalte y las caries dental.”, también el consumo de la leche saborizada que abarca el 28%.

7. ¿QUÉ BEBIDAS TOMAS EN TU CASA?

GRAFICUADRO # 7

BEBIDAS CONSUMIDAS EN LA CASA

N. Orden	OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
A	AGUAS	21	31%
B	JUGOS NATURALES	11	17%
C	COLAS	25	38%
D	JUGOS LISTAS PARA CONSUMIR	0	0%
E	LECHE NATURAL	3	5%
F	LECHA SABORIZADA	1	2%
G	YOGURT	3	5%
H	JUGO EN POLVO	1	2%
	TOTAL	65	100%



Fuente: Encuestas aplicadas a los niños y niñas de la Escuela "Andrés de Vera".

Elaboración: Los Investigadores

ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 7

En esta pregunta 21 niños contestaron que toman agua en la casa siendo el 31% en tanto 11 niños respondieron que bebían jugos naturales que es el 17% mientras que 25 niños respondieron que toman cola que abarca el 38%, 3 niños que es el 5% toman leche natural mientras que 1 niño que es el 2% toman leche saborizada y 3 niños que es el 5% toman yogurt y 1 niño que es el 2% toma jugo en polvo en su casa. Vale aclarar que varios niños optaron por más de una opción al contestar la pregunta.

Frente a esta información el 38% de los niños investigados beben cola en su casa en el cual un artículo publicado en www.folp.unlp.edu.ar/asignaturas/quinto/ni%flos3/Dieta.htm que cita lo siguiente **“El consumo frecuente y en ciertas ocasiones hasta excesivo de bebidas carbonatadas (gaseosas) ya sean dieta o no, bebidas de soya naturales o saborizadas y jugos ya sean naturales, comerciales diluidos, para diluir o en polvo, produce alteraciones en la cavidad bucal que constituyen un problema de interés en la clínica odontopediátrica diaria, cuyas manifestaciones principales son la erosión del esmalte y las caries dental.”**

7.2 CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos por esta investigación, permiten identificar que los hábitos alimenticios que contribuyen a la formación de caries en los niños de la Escuela Andrés de Vera, son:

- 21% de los niños consumen chifles en la escuela.
- 17 niños investigados que corresponden al 31% comen golosinas en las tardes.
- El 38% de los pacientes investigados respondieron que sus padres nunca les aconsejan sobre qué comer.
- El 38 % de los pacientes investigados beben colas en su casa.

En lo referente al porcentaje de caries:

- El 78% de los niños investigados presentan caries dentales.
- El 54% de los niños tiene caries de esmalte.
- 101 piezas dentales evaluadas presentan caries de primera clase.

Los niños y niñas de preescolar de la escuela Andrés de Vera consumen alimentos tipo carbohidratos y azúcares como lo demuestran los resultados de las encuestas siendo estos altamente cariogénicos,

7.3. RECOMENDACIONES

- Se debe evitar el consumo excesivo de azúcares y si se los consume cepillar correctamente los dientes.
- Se deben cepillar los dientes después de cada comida, los niños después de consumir alimentos entre comidas deben cepillarse los dientes para evitar acumulación de placa bacteriana, presencia de caries y otros problemas como consecuencia de ello.
- Se recomienda transmitir a los niños la información acerca de los hábitos alimenticios, a los padres y al resto de su familia y ponerla en práctica.
- La Escuela Fiscal Andrés de Vera debería implementar medios educativos referentes a los hábitos alimenticios y la salud dental de los niños.
- Se deben realizar charlas de culturización a los padres y madres de los niños y niñas de la escuela Andrés de Vera en temas relacionados con el cuidado nutricional de sus hijos y la importancia para tener una buena salud integral.

- Es importante concienciar a los menores y a sus progenitores sobre el valor de mantener hábitos alimenticios saludables para tener un buen estado de salud integral.
- Promover la participación de los maestros y maestras en realizar charlas educativas relacionadas a los alimentos que propician la formación de caries.

PROPUESTA

1. IDENTIFICACION DEL PROYECTO

1.1 TITULO

Talleres de educación nutricional para prevenir la formación de caries en los niños y niñas de edad preescolar de la escuela Andrés de Vera.

1.2 ENTIDAD EJECUTORA

ESCUELA ANDRES DE VERA

1.3 CLASIFICACION DEL PROYECTO

TIPO EDUCATIVO-SOCIAL

1.4 LOCALIZACION

Parroquia Andrés de Vera

2. ANTECEDENTES y JUSTIFICACION

La investigación realizada a 55 niños y niñas de edad preescolar de la escuela Andrés de Vera mediante la realización de encuestas y de fichas odontológicas ha permitido la identificación de los siguientes resultados.

- 21% de los niños consumen chifles en la escuela.
- 17 niños investigados que corresponden al 31% comen golosinas en las tardes.
- El 38% de los pacientes investigados respondieron que sus padres nunca les aconsejan sobre qué comer.
- El 38 % de los pacientes investigados beben colas en su casa.

En lo referente al porcentaje de caries:

- El 78% de los niños investigados presentan caries dentales.
- El 54% de los niños tiene caries de esmalte.
- 101 piezas dentales evaluadas presentan caries de primera clase.

Los niños y niñas de preescolar de la escuela Andrés de Vera consumen alimentos tipo carbohidratos y azúcares como lo demuestran los resultados de las encuestas siendo estos altamente cariogénicos.

Solo actuando en el campo educativo y preventivo se sentaran base solidas para lograr beneficiar a la población estudiada, y fomentar la práctica de hábitos alimenticia saludables

3. MARCO INSTITUCIONAL

En una de las administraciones del director de educación provincial de Manabí, Abogado Francisco Alarcón Cevallos y del Inspector Escolar de ese entonces Sr. Modesto Elías Mendoza Moreira se da comienzo a la creación de la Escuela en el año Escolar 1950 – 1951, según datos del primer Director de la Escuela Andrés de Vera, Profesor Raúl Farfán se conoce que se inaugura el Establecimiento el 4 de Mayo de 1950, previa convocatoria del Director Provincial de educación de ese entonces don Felipe Saúl Castro.

Se escogió el nombre Andrés de Vera, para perennizar a este eximio patriota que participó en la Independencia de la Ciudad San Gregorio de la ciudad de Portoviejo.

El plantel comenzó a funcionar en un local que ya los padres de familia habían construido con anterioridad en la intersección de las calles Ferrocarril hoy 15 de Abril, la sin nombre hoy Cristo del Consuelo.

En el año Escolar 1982 – 1983, debido al fuerte invierno de la provincia de Manabí, se tuvo que elaborar en la Cooperativa de Volqueteros.

En el periodo 1983-1984, DINACE (Dirección Nacional de Construcciones Escolares), construye 6 canchones provisionales de caña, hasta que sea construida definitivamente la escuela de hormigón que consta de 3 pozas, vivienda para el conserje, cancha de básquet en cementada, patio cívico, 12 aulas, sala de espera, secretaria, dirección.

En el año 1987 fue inaugurado el nuevo edificio de la escuela, después de una gran lucha de reclamos y protestas efectuadas por los niños, por los padres de familia, profesores y comunidad en general en la administración del Licenciado Julio Veloz, para que el plantel cuente con un local digno para los niños de la comunidad andresverina.

Desde que el señor Abogado Luis Jácome Domínguez, esta al frente de la dirección de la escuela, la institución educativa, junto con la decidida

colaboración del personal decente a tenido gran crecimiento y progreso en los aspectos educativos, académicos y físicos, hasta que a llegado a ser un plantel completo que cubre casi todas las necesidades para brindar una educación de excelencia en la niñez de esta comunidad.

La escuela tiene actualmente: 26 docentes, Laboratorios de ciencias naturales, Sala de Computación, Aulas de Apoyo, Profesores para las materias de Ingles y Educación Física.

Desde el 15 de abril de 1999, se cuenta con un Jardín de Infante que se inicio con 22 alumnos, como producto al excelente trabajo que realiza la Licenciada María Piedad Cobeña de Orozco con sus 2 ayudantes señoritas Evelyn Salazar y María Alejandra Orozco, el primer básico tiene dos paralelos.

4. OBJETIVOS

GENERAL

- ❖ Disminuir la incidencia de caries relacionada al factor nutricional en los niños y niñas de edad preescolar de la escuela Andrés de Vera.

ESPECIFICOS

- ❖ Proporcionar a los padres y maestros materiales de información sobre alimentación saludable.
- ❖ Concienciar a los padres y maestros sobre los perjuicios de hábitos no saludables como la excesiva ingesta de azúcares, harinas, bebidas carbonatadas.
- ❖ Involucrar a los docentes en la organización de los productos alimenticios que se expenden en el bar de la institución.

4. DESCRIPCIÓN DE PROYECTO.

El presente proyecto consiste en desarrollar 10 horas talleres activos en donde participarán los padres, maestros y alumnos con la finalidad de propiciar cambios en sus patrones alimenticios que logren disminuir la ingesta excesiva de azúcar y disminuir la incidencia de caries en los niños y niñas.

5. BENEFICIARIOS.

Los principales beneficiarios serán los niños y niñas de edad preescolar quienes podrán tener nuevos y mejores hábitos alimenticios, en segunda instancia se beneficiará el resto del alumnados de la institución educativa en la medida que sus maestros pongan en práctica la organización de los productos alimenticios que se expenden en el bar basándose en información que se les proporcionará.

6. DISEÑO METODOLOGICO

ACTIVIDAD	RESULTADO ESPERADO	LUGAR	PARTICIPANTES	RESPONSABLES	CONTROL
Socialización de la propuesta	Dar a conocer el proyecto	Esc. Andrés de Vera	Autoridades de la institución, Investigadores Comité padres de familia	Investigadores	Mediante la elaboración de actas de compromiso
Proveer material de información nutricional en power point	Difusión de la información a los padres, docentes y alumnos	Esc. Andrés de Vera	Autoridades de la institución, comité padres de familia, investigadores	Investigadores	Mediante la elaboración de actas entrega-recepción

<p>10horas de talleres educativos, sobre la importancia de la dieta no cariogénica.</p> <p>Una para cada año básico.</p>	<p>Los padres mejorarán los hábitos alimenticios</p>	<p>Esc. Andrés de Vera</p>	<p>Autoridades de la institución, docentes, padres de familia</p>	<p>Autoridades de la institución, comité de padres de familia investigadores</p>	<p>Registros de asistencia de los padres</p>
<p>Crear responsables de la organización de los productos que se expenden en el bar</p>	<p>Disminuir la venta de dulces y bebidas carbonatadas</p>	<p>Esc. Andrés de Vera</p>	<p>Autoridades y docentes comité de padres de familia</p>	<p>Autoridades de la institución, docentes encargados, comité de padres de familia</p>	<p>Actas de compromiso</p>

RECURSOS HUMANOS

- Conferencistas
- Padres y madres de familia
- Docentes
- Niños y niñas que estudian en la escuela Andrés de Vera.

RECURSOS TECNOLOGICOS

- Computadora
- Proyector
- CD
- Fotocopias

8. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO X HORA	COSTO TOTAL	Fuentes de financiamiento	
				Auto gestión	Aporte Institucional
Conferencista	2	\$50 x 5 horas	\$ 500,00	SI	-
Salón de Conferencia	1	\$10 x 10 horas	\$ 100,00	-	SI
Recursos Tecnológicos	1	\$5 x 10 horas	\$ 50,00	-	SI
Proyector de Imagen	1	\$10 x 10 horas	\$ 100,00	-	SI

TOTAL

\$ 750,00

SOSTENIBILIDAD

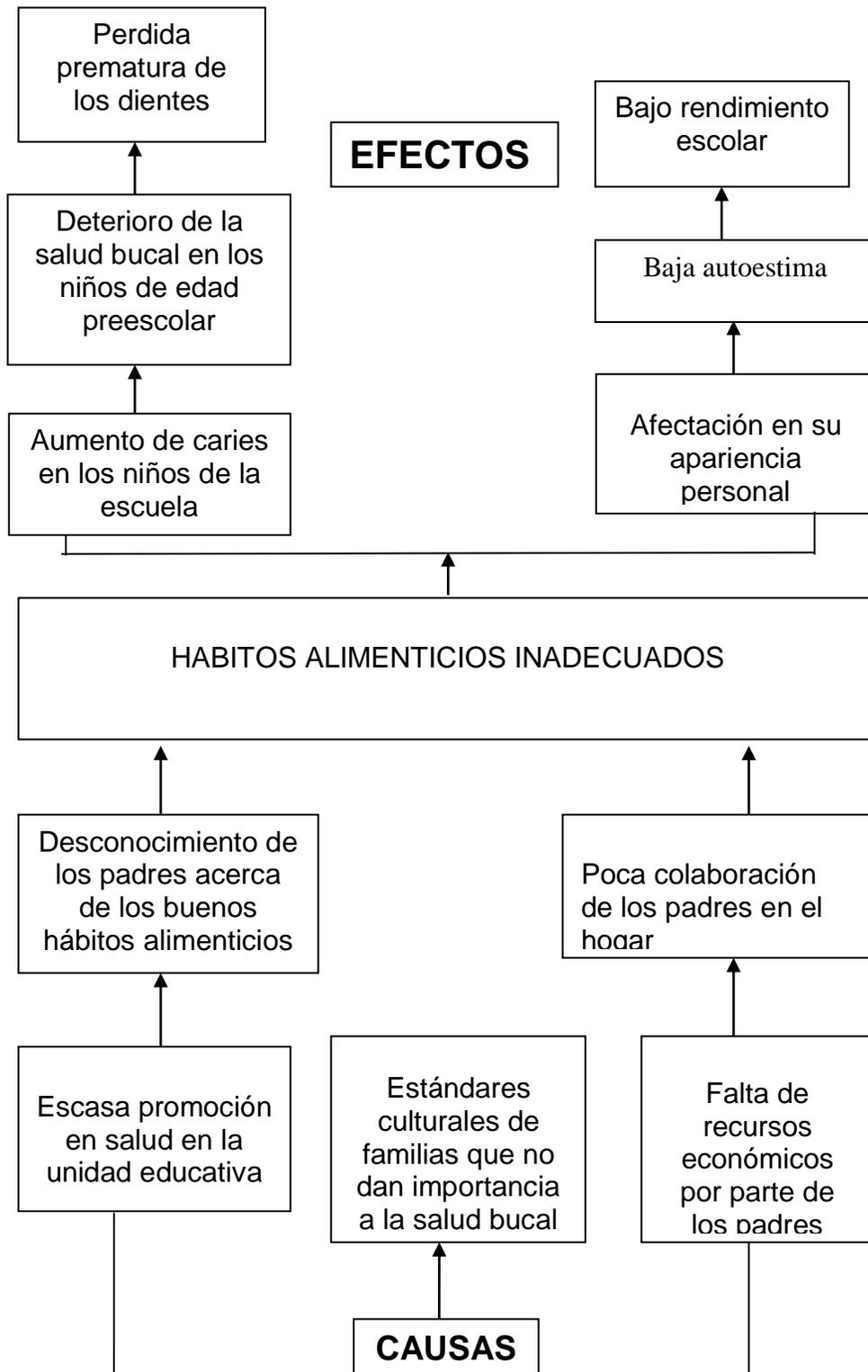
Esta dada por el involucramiento de las autoridades, comité central de padres de familia y sobre todo la disposición de por ejecutar el proyecto.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El proyecto no representa gastos debido a que la institución cuenta con el espacio físico y el recurso tecnológico necesario para la realización de los talleres, en cuanto a los conferencistas pueden ser solicitados al Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera; puesto que la Escuela forma parte del programa escolar del antes mencionado centro de salud.

Anexos 1

ARBOL DEL PROBLEMA



CRONOGRAMA

Actividades	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	A G O S T O
Elaboración y Sustentación del proyecto						
Elaboración del Marco Teórico						
Recolección de la información						
Procesamiento de Datos						
Análisis de resultado y conclusiones						
Formulación de propuesta						
Redacción del informe						
Presentación privada del borrador de tesis						
Corrección del borrador						
Presentación del informe final						

PRESUPUESTO

MATERIALES Y EQUIPOS	DETALLE	CANTIDAD	VALORES UNITARIOS	TOTAL	SI	NO	TOTAL
Computadora portátil		-	-	-		√	-
Cartucho de tinta negra		1	15,00	15,00	√		15,00
Cartucho de tinta color		1	20,00	20,00		√	20,00
Impresora		1	80,00	80,00	√		80,00
Libros		1	90,00	90,00	√		90,00
Scanner		-	-	-		√	-
Copias		500	0,03	15,00	√		15,00
Cámara		-	-	-		√	-
Revelado de fotos		10	0,50	5,00	√		5,00
Trasporte		30	1,00	30,00		√	30,00
MATERIALES DE OFICINA	CD	5	0,70	3,50	√		3,50
	Resaltador	1	0,40	0,40	√		0,40
	Juego geométrico	-	-	-		√	-
	Memory flash	1	40,00	40,00	√		40,00
	Plumas	2	0,20	0,40	√		0,40
	Grapadora	-	-	-		√	-
	Marcadores	1	0,20	0,20	√		0,20
	Carpetas	5	0,80	4,00	√		4,00
Internet		15	1,00	15,00	√		15,00
Anillado		2	1,00	2,00	√		2,00
Empastado		4	5,00	20,00	√		20,00
<u>Imprevisto</u>				45,00			45,00
TOTAL				385,50			385,50

Anexos 2

Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo

Facultad de Odontología

Formulario de Encuestas

(Dirigida a los niños de edad pre escolar de la Escuela Andrés de Vera)

Sobre:

“Los Hábitos alimenticios y su incidencia en la formación de caries en los niños de la Escuela Andrés de Vera”

Autores: Lara Andrés y San Andrés Edgar

Indicaciones:

La presente investigación es una tesis de grado de odontólogos, por lo tanto se trata de un trabajo serio que requiere de respuestas acertadas.

Marque con una x dentro del paréntesis de la alternativa que corresponda según su criterio. Le pedimos de favor que responda a todas las preguntas.

Desde ya le agradecemos su colaboración.

Contenido:

1. ¿Qué es lo que más te gusta comer?

- Frutas ()
- Caramelos ()
- Pan ()
- Verduras ()
- Leche ()

- Ninguna de las anteriores ()
- Otras ()

2. ¿Qué comes en la escuela?

- Chitos ()
- Caramelos ()
- Sandwiches ()
- Comidas del Hogar ()
- Frutas ()
- Chifles ()
- Ninguna de las anteriores ()
- Otras ()

3. ¿En el almuerzo que comes?

- Sopas ()
- Ensaladas ()
- Carnes ()
- Postres ()
- Colada ()
- Arroz ()
- Pan ()
- Jugos naturales ()
- Jugo ()

- Ninguna de las anteriores ()
- Todas ()
- Otras ()

4. ¿Come golosinas?

- a) En las mañanas ()
- b) En la tarde ()
- c) En la noche ()
- d) En las tardes y en las noches ()
- e) Todo el día ()

5. ¿Tus papis te aconsejan sobre qué comer?

- Siempre ()
- A veces ()
- Nunca ()

6. ¿Qué bebidas tomas en la Escuela?

- Agua ()
- Jugos Naturales ()
- Colas ()
- Jugos listo para consumir ()
- Leche natural ()
- Leche Saborizada ()
- Yogurt ()
- Jugos en polvo ()

7. ¿Qué bebidas tomas en tu casa?

- Agua ()
- Jugos Naturales ()
- Colas ()
- Jugos listo para consumir ()

- Leche natural ()
- Leche Saborizada ()
- Yogurt ()
- Jugos en polvo ()

**“UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

Fecha.....

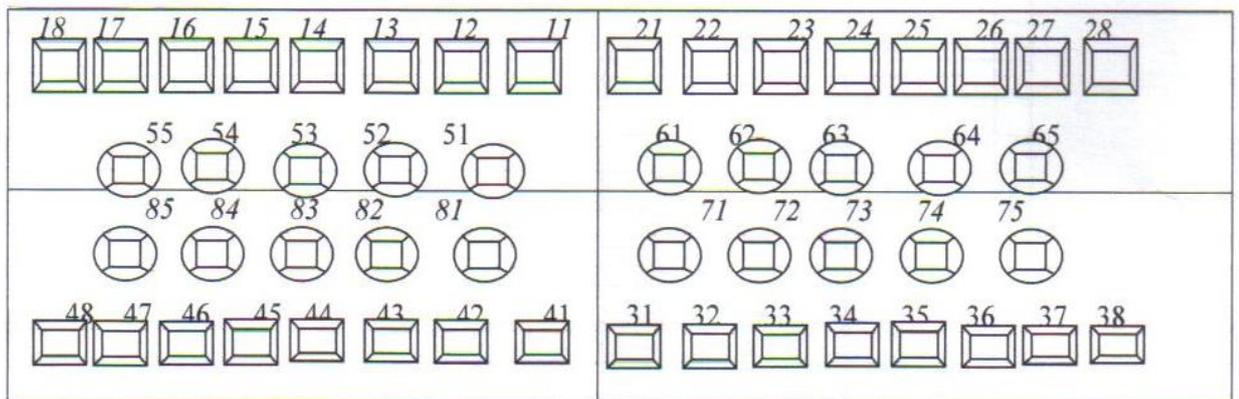
Nombre del

Paciente:.....Edad:.....

.....

Domicilio:.....Telf.....

ODONTOGRAMA



HALLAZGOS CLÍNICOS

	Normal	Patológico
Labios		
Mejillas		
Maxilar Sup.		
Maxilar Inf.		
Lengua		
Paladar		
Piso de la boca		
Carrillos		
Encía		

INDICADORES ceo

c	e	o	Total

Observaciones:

.....
.....
.....
.....

Anexos 3



Los investigadores con el director de la institución educativa



Los investigadores con un grupo de niños y niñas estudiados



Aplicación de las encuestas



Aplicación de las encuestas



Durante la observación clínica





Durante la observación clínica

Charlas educativas





BIBLIOGRAFIA

- GUEDES-PINTO Antonio Carlos, Rehabilitación Bucal en Odontopediatria, Edición 2003.
- VAES.HUBERTUS Stockli.Paul, Odontología Pediátrica. Editorial Masson, Año 2002.
- SÁNCHEZ RAMOS Ximena, Programa nacional de Alimentación y Nutrición. PANN 2000.
- SHWART Richar S. / THOMAS J. Hilton, Tratamiento de la Caries y Consideraciones Pulpaes.
- STEFANELLO Busato Addir Luiz, Odontología Restauradora y Estética, Editorial Anolca, Edición año2005.
- MITCHELL-NELSON, "Tratado de Pediatría" Segunda Edición, Editorial Elsevier, Año 2004.
- A.CAMERON* R.Widmer. Manual de Odontología Pediátrica. Capitulo3, Primera Edición, Año 1998.
- MALAGON - Lodoño, Gustavo, Urgencia Odontológica, Tercera Edición, Editorial Médica Panamericana, Año 2003.
- J.L GUINTA, Patología Bucal, Tercera Edición, Año 2003.
- VAN LLUERENG, Dieta y Caries Dental, Año 2002.
- BARRANCOS Money, Operatoria Dental, Cuarta Edición, Año 2006.
- MINTA, gob tesis.

- www.odontocat.com
- www.mujer.Terra.es
- www.folp.unlp.edu.ar
- www.pulevasalud.com
- www.informed.es
- www.educacionsanitaria/embarazo.com
- www.todo.sobreelbebe.com.