

Universidad Autónoma de Baja California

Facultad de Odontología Tijuana

Especialidad en Odontología Pediátrica



Estatus socioeconómico, hábitos alimenticios y caries temprana de la infancia en preescolares y caso clínico

Trabajo terminal para obtener el DIPLOMA de
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

PRESENTA
CD Adriana Lares Aviles

PRESIDENTE
Dra. Irma Alicia Verdugo Valenzuela

SINODAL
Dr. Miguel Alberto Zamudio Gómez

SINODAL
MO Carlos Alberto Fregoso Guevara

Tijuana, Baja California.

Noviembre 2014.

Agradecimientos

A **Dios**, por bendecirme con la oportunidad de ser Odontopediatra y guiarme en todo el camino.

A **mis padres, hermana y familia**, por su amor y apoyo incondicional. Gracias por ser mi ejemplo a seguir.

A mis **maestros**, por compartir sus conocimientos y haberme permitido aprender de ustedes.

A mis **compañeros**, por su amistad y compañerismo en las buenas y en las no tan buenas.

A mis **pacientes**, por permitirme aprender y recordarme todos los días de la gran bendición que son.

Índice

1. Introducción	4
2. Planteamiento del problema	19
3. Justificación	21
4. Objetivos	22
5. Materiales y método	23
6. Resultados	28
7. Discusión	37
8. Conclusiones	38
9. Recomendaciones	39
10. Resumen de caso clínico	41
11. Introducción	42
12. Presentación de caso clínico	47
13. Resultados	57
14. Conclusión	58
15. Bibliografía	59
16. Anexos	62

Introducción

El establecimiento de medidas preventivas orales en las guarderías y las escuelas han mejorado la salud bucal de los niños y los jóvenes en la mayoría de los países industrializados en las últimas décadas.¹

Diversos estudios alrededor del mundo han documentado la relación entre el nivel socioeconómico y el estado de salud, tanto en países y regiones, como en familias y personas. Hasta la fecha no está documentado ningún estudio en la región de Tijuana sobre la relación de los niveles socioeconómicos con la presencia de caries y su correlación con los hábitos alimenticios.

El estatus social tiene una influencia indirecta sobre el riesgo de caries, ya que se asocia con ciertos comportamientos como el uso inadecuado de los biberones, ineficacia en la técnica de cepillado, un alto nivel de consumo de azúcar, entre otras. Se han descubierto grandes diferencias de la experiencia de caries entre los miembros de diferentes clases sociales.²

En los seres humanos los hábitos alimentarios empiezan a formarse muy tempranamente, desarrollándose principalmente en la infancia, donde están condicionados por los patrones alimentarios que tengan sus padres y personas de su entorno.³

La caries temprana de la infancia es una enfermedad multifactorial. Los factores incluyen un huésped susceptible, dieta alta en carbohidratos, presencia de la placa dental, alto número de microorganismos cariogénicos y tiempo. También se cree que pueden existir factores de riesgo únicos para la caries en lactantes y niños pequeños, como lo son: inadecuado flujo y composición salival, alto número de bacterias cariogénicas, insuficiente exposición a fluoruros, un componente inmunológico, factores genéticos.² Se ha asociado a las características demográficas, las prácticas de higiene oral, las actitudes de los padres, nivel educativo de la madre, nivel socioeconómico, el temperamento del niño, la nutrición materna, problemas psicosociales, el uso frecuente de medicamentos y prácticas de crianza.⁴

Klaus Pieper y colaboradores, en un estudio realizado en Alemania en 2012 registraron que niños dentro de un nivel socioeconómico alto tienen significativamente menos caries que niños con un nivel bajo. Familias con un estatus socioeconómico alto van más temprano al dentista y muestran más interés en las revisiones. 3.3% de los niños examinados presentaron lesiones cariosas correspondientes a CTI Tipo II. Concluyeron que diferencias entre prácticas, hábitos alimenticios y medidas preventivas dependen del estatus socioeconómico.⁵

Mandeep Viridi y colaboradores, en 2010, realizaron un estudio en la India donde concluyeron que el aumento en el porcentaje de niños que solicitan tratamiento de la edad de 5 años en adelante indica menos conciencia entre los padres sobre el tema. La prevalencia de caries en los niños participantes en su estudio

con duración de dos años fue de 42.03% con caries temprana de la infancia severa. Estipularon que esfuerzos sostenidos siguen siendo necesarios a fin de encontrar métodos más apropiados para educar a los padres sobre la prevención de este patrón de caries.⁶

Prashanth Prakash y colaboradores, en otro estudio realizado en la India en 2012, establecieron que la caries de edad temprana aumenta significativamente en dientes afectados conforme la edad. Aquellos niños cuyas madres carecen de estudio y pertenecen a un grupo socioeconómico bajo mostraron una alta prevalencia de caries. Sus resultados reportaron una prevalencia en la población preescolar con caries temprana de la infancia de 27.5%.⁴

Hernández Morelia y colaboradores, en un estudio realizado en Venezuela en 2008, concluyeron que se ha podido demostrar la influencia que tiene el nivel socioeconómico sobre la prevalencia de caries dental mediante un estudio socioeconómico. En la clase media se encontró un 64.7% de prevalencia, siendo ésta la más afectada.⁷

Estatus socioeconómico

El nivel o estatus socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo. Éste representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida.⁸

Son divisiones relativamente permanentes y homogéneas dentro de una sociedad, en la que los individuos comparten estilos de vida y conductas similares. No está determinado exclusivamente por el ingreso, también son importantes otros factores, tales como: educación, profesión, lugar de residencia, grupo social, formas de entretenimiento, entre otros.⁹

Desde 1994, el índice de Nivel Socioeconómico de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI) se ha convertido en el criterio estándar de clasificación de la industria de la investigación de mercados en México.⁸

En México, el nivel socioeconómico se mide a través de la Regla 13x6. Esta regla es un índice que clasifica a los hogares en seis niveles, considerando características o posesiones del hogar y la escolaridad del jefe de familia o persona que más aporta al gasto. Clasifica a los hogares en seis niveles a partir de un árbol de asignaciones considerando 13 variables⁸:

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1. Escolaridad del jefe del hogar | 8. Lavadora de ropa automática |
| 2. Número de habitaciones | 9. Videocasetera |
| 3. Número de baños con regadera | 10. Tostador de pan |
| 4. Tipo de piso | 11. Aspiradora |
| 5. Número de focos | 12. Horno de microondas |
| 6. Auto | 13. Computadora personal. |
| 7. Boiler o calentador | |

A estas variables seleccionadas se les asigna puntos considerando el coeficiente de cada uno de los valores en una regresión sobre el ingreso familiar. Con base en base los puntos obtenidos se clasifica en los siguientes niveles: A/B, C+, C, D+, D y E.

Se considera que casi dos terceras partes de los hogares mexicanos son de nivel socioeconómico bajo. México en promedio es nivel D+.⁸

En el año 2010 en Tijuana se cuantificaron 420,277 viviendas particulares habitadas; de las cuales el 3.84% contaba con pisos de tierra; 93.70% disponía de los servicios de energía eléctrica, agua entubada y

drenaje; 111,482 viviendas particulares deshabitadas y 17892 de uso temporal. Este fenómeno, seguramente resultado de la crisis que se ha venido padeciendo y de la falta de empleo, estaría conduciendo posible pérdida de viviendas y un retroceso en el mejoramiento de la calidad de vida de las familias.¹⁰

Existe un acuerdo en que el nivel socioeconómico y el nivel educativo de los padres influyen en la ingesta dietética del niño. El nivel de educación de los padres es predictor del estatus socioeconómico familiar, puesto que éste está determinado no sólo por los ingresos familiares, sino también por la educación y ocupación de los padres. Este hecho a su vez, influye en el lugar de residencia, poder adquisitivo y también en una serie de variables relacionadas con la alimentación como son las preferencias y aversiones, la posibilidad de almacenar alimentos, que inciden directamente en la calidad de la dieta.³

La influencia de los ingresos familiares en los hábitos alimentarios del niño es evidente, ya que para consumir un alimento no basta con que esté disponible, sino que también es necesario comprarlo y para ello hace falta dinero.³

Un estatus socioeconómico bajo puede aumentar el riesgo de caries temprana de la infancia de varias maneras. Los individuos de estratos socioeconómicos bajos experimentan desventajas financieras, sociales y materiales que comprometen su capacidad para cuidar de sí mismos, obtener servicios profesionales para el cuidado de la salud oral y vivir en un ambiente sano, lo cual conduce a una reducción de la resistencia a las enfermedades orales y de otro tipo.⁴

- Clasificación de los niveles socioeconómicos de Hernández Morelia⁷

- **Nivel socioeconómico A/B**

- *Características de la vivienda:* tienen en promedio entre 6 y 8 habitaciones y están construidas con paredes y techos de tabiques o concreto. Cuentan aproximadamente con 3 recámaras y 3 baños. Los pisos de estas viviendas son principalmente de mosaico, losetas o mármol. También tienen, en mayor proporción que el resto de la población, pisos de losetas vinílicas, madera y alfombras. La mayoría son viviendas propias.

- *Infraestructura sanitaria:* todas las viviendas de este nivel están conectadas a la red pública de abastecimiento de agua y al sistema público de drenaje. Todas cuentan con baño, regadera, lavabo y calentador de agua de gas. Solo una mínima proporción utiliza otro material para calentar el agua. Cuentan con fregadero y casi la totalidad tiene lavadero. Dos terceras partes cuentan con cisterna, bomba de agua y tanque estacionario. Algunos de ellos cuentan con sistema de aire acondicionado y calefacción.

- *Infraestructura práctica:* en promedio tiene dos automóviles. Todos cuentan con refrigerador, estufa de gas y lavadora. Casi la totalidad de este estrato cuenta con horno de microondas y licuadora; y la mayoría tiene batidora, tostador, cafetera, exprimidor y/o extractor de jugos.

- *Infraestructura de comunicación y entretenimiento:* cuentan teléfono fijo y con teléfono celular. La mayoría cuenta con televisión de paga y en promedio tiene entre tres y cuatro televisiones a color. Todos tienen DVD y dos terceras partes cuentan con videocasetera. Todos cuentan con equipos estereofónicos o minicomponentes y la mitad tiene equipos independientes de radio o reproductor de discos compactos. La mitad de estos hogares tiene videojuegos. Tienen entre una y dos computadoras y tres de cada cuatro hogares de este nivel está conectado a Internet. La mayoría tiene equipos periféricos como impresoras y escáner. Las personas de este nivel asisten normalmente a clubes privados. Suelen tener casa de campo o de tiempo compartido. Además, más de la mitad de la gente de nivel alto ha viajado en avión en los últimos 6 meses y van de vacaciones a lugares turísticos de lujo, visitando al menos una vez al año el extranjero y varias veces el interior de la República.

- *Perfil educativo y ocupacional del jefe de familia:* en este segmento el jefe de familia tiene en promedio un nivel educativo de Licenciatura o mayor. Los jefes de familia de nivel A/B se desempeñan como grandes o medianos empresarios (en el ramo industrial, comercial y de servicios); como gerentes, directores o destacados profesionistas.

- *Gasto:* es el segmento que más ahorra y proporcionalmente gasta más en educación, espaciamento, comunicación y vehículos. Los alimentos para el hogar representan el 7% del gasto, significativamente abajo del promedio poblacional. Del presupuesto de alimentos gastan proporcionalmente más que el resto de la población, en leche, frutas, bebidas y otros alimentos gourmets.⁸

- **Nivel socioeconómico C+**

- *Características de la vivienda:* estas viviendas tienen en promedio entre 5 y 6 habitaciones y están construidas con paredes y techos de tabiques o concreto. En promedio tienen 3 recámaras y 1 o 2 baños. Los pisos de estas viviendas son principalmente de mosaico, losetas o mármol. También tienen, en mayor proporción que el resto de la población, pisos de losetas vinílicas, madera y alfombras. Dos terceras partes tiene vivienda propia. El resto la alquila o la está pagando.

- *Infraestructura sanitaria:* todas las viviendas de este nivel están conectadas a la red pública de abastecimiento de agua y al sistema público de drenaje. Todas cuentan con baño, regadera, lavabo y calentador de agua de gas. Solo una mínima proporción utiliza otro material para calentar el agua. Casi la totalidad cuentan con fregadero y lavadero. La mitad cuenta con cisterna y bomba de agua. Un tercio tiene tanque estacionario. Algunos de ellos cuentan con sistema de aire acondicionado y calefacción.

- *Infraestructura práctica:* en promedio tiene uno o dos automóviles. Todos cuentan con refrigerador, estufa de gas y lavadora. Casi la totalidad de este estrato cuenta con horno de microondas y licuadora; la mayoría tiene batidora. Algunos, en mayor proporción que el promedio poblacional, tiene tostador, cafetera, exprimidor y/o extractor de jugos.

- *Infraestructura de comunicación y entretenimiento:* casi la totalidad de estas viviendas cuentan teléfono fijo y con teléfono celular. La mitad cuenta con televisión de paga y tienen entre dos y tres televisiones a color. Casi todos tienen DVD y dos terceras partes cuentan con videocasetera. Casi todos cuentan con equipos estereofónicos o minicomponentes y la mitad tiene equipos independientes de radio o reproductor de discos compactos. Una tercera parte de estos hogares tiene videojuegos. Tienen una computadora en promedio y la mitad está conectado a Internet. La mayoría tiene impresora y una tercera parte escáner. Las personas que pertenecen a este segmento asisten a clubes privados. Vacacionan generalmente en el interior del país y una vez al año salen al extranjero.

- *Perfil educativo y ocupacional del jefe de familia:* la mayoría de los jefes de familia de estos hogares tiene un nivel educativo de licenciatura y en algunas ocasiones cuentan solamente con educación preparatoria. Destacan jefes de familia con algunas de las siguientes ocupaciones: empresarios de compañías pequeñas o medianas, gerentes o ejecutivos secundarios en empresas grandes o profesionistas independientes.

- *Gasto:* mayor ahorro y gasto en educación, esparcimiento, comunicación y vehículos. Los alimentos representan solo el 7% del gasto, significativamente abajo del promedio poblacional.⁸

- **Nivel socioeconómico C**

- *Características de la vivienda:* estas viviendas tienen en promedio entre 4 y 5 habitaciones y están construidas con paredes y techos de tabiques o concreto. En promedio tienen 2 o 3 recámaras y 1 baños. Aunque la mayoría de los pisos de estas viviendas son de mosaico, losetas o mármol, también en algunos casos hay piso de cemento. Dos terceras partes tiene vivienda propia. El resto la alquila o la está pagando.

- *Infraestructura sanitaria:* todas las viviendas de este nivel están conectadas a la red pública de abastecimiento de agua y al sistema público de drenaje. Casi todos cuentan con baño, regadera, lavabo y calentador de agua de gas. Solo una mínima proporción utiliza otro material para calentar el agua. Casi la totalidad cuentan con fregadero y lavadero. Menos de la mitad cuenta con cisterna y bomba de agua. Uno de cada cinco tiene tanque estacionario. Muy pocos cuentan con sistema de aire acondicionado y calefacción.

- *Infraestructura práctica:* tres de cada cuatro tienen automóvil. Casi todos cuentan con refrigerador, estufa de gas y lavadora. La mayoría cuenta con horno de microondas y licuadora; la mayoría tiene

batidora. Algunos, en mayor proporción que el promedio poblacional, tiene tostador, cafetera, exprimidor y extractor.

- *Infraestructura de comunicación y entretenimiento:* la mayoría de estas viviendas cuentan teléfono fijo y con teléfono celular. Menos de la mitad cuenta con televisión de paga y tienen dos televisiones a color en promedio. La mayoría tiene DVD y la mitad cuentan con videocasetera. La mayoría cuentan con equipos estereofónicos o minicomponentes y la mitad tiene equipos independientes de radio o reproductor de discos compactos. Uno de cada cinco tiene videojuegos. La mitad tiene computadora y sólo uno de cada seis está conectado a Internet. Solo un tercio tiene impresora y algunos escáner. Estas familias vacacionan en el interior del país, aproximadamente una vez por año van a lugares turísticos accesibles.

- *Perfil educativo y ocupacional del jefe de familia:* el jefe de familia de estos hogares normalmente tiene un nivel educativo de preparatoria y algunas veces secundaria. Dentro de las ocupaciones del jefe de familia destacan pequeños comerciantes, empleados de gobierno, vendedores, maestros de escuela, técnico y obreros calificados.

- *Gasto:* tienen ligeramente más accesibilidad que el promedio de la población para gastos de educación, espaciamento y comunicación, vehículos y pago de tarjetas. Los alimentos para el hogar representan el 18% del gasto, significativamente abajo del promedio poblacional.⁸

- **Nivel socioeconómico D+**

- *Características de la vivienda:* estas viviendas tienen en promedio entre 3 y 4 habitaciones y están construidas con paredes y techos de tabiques. En promedio tienen 2 recamaras y 1 baños. Los pisos en su mayor parte son de cemento. Aunque también hay de mosaico o losetas. La mitad tiene vivienda propia. El resto la alquila o la tiene prestada.

- *Infraestructura sanitaria:* casi todas las viviendas de este nivel están conectadas a la red pública de abastecimiento de agua y al sistema público de drenaje, aunque hay algunas que tienen fosa séptica. Casi todos cuentan con baño y regadera, aunque solo dos terceras partes tiene lavabo o calentador de agua de gas. Solo una mínima proporción utiliza otro material para calentar el agua. Tres de cada cuatro cuentan con fregadero y lavadero. Sólo uno de cada cinco cuenta con cisterna y bomba de agua. Uno de cada diez tiene tanque estacionario. Prácticamente nadie cuentan con sistema de aire acondicionado y calefacción.

- *Infraestructura práctica:* sólo uno de cada cuatro tiene automóvil. Casi todos cuentan con refrigerador, estufa de gas y lavadora. El único electrodoméstico generalizado es la licuadora. Solo la mitad tiene con horno de microondas. Muy pocos tiene otros electrodomésticos y ayudas para la cocina.

- *Infraestructura de comunicación y entretenimiento*: dos terceras partes tienen teléfono y/o celular. Solo algunos cuentan con TV de paga y videojuegos.

- *Perfil educativo y ocupacional del jefe de familia*: el jefe de familia de estos hogares cuenta en promedio con un nivel educativo de secundaria o primaria completa. Dentro de las ocupaciones se encuentran taxistas (choferes propietarios del auto), comerciantes fijos o ambulantes (plomería, carpintería), choferes de casas, mensajeros, cobradores, obreros, etc. Suelen existir dentro de ésta algunos jefes de familia que tienen mayor escolaridad pero que como resultado de varios años de crisis perdieron sus empleos y ahora se dedican a trabajar en la economía informal.

- *Gasto*: la mayor parte de su gasto lo invierten en alimentos, transporte y pago de servicios. Proporcionalmente gastan más en cereales y verduras.⁸

- **Nivel socioeconómico D**

- *Características de la vivienda*: estas viviendas tienen en promedio entre 2 y 3 habitaciones y aunque la mayoría están construidas con tabiques, también hay paredes y techos de lámina y cartón. En promedio tienen 2 recámaras y no todas tienen baño. Los pisos en su mayor parte son de cemento. La mitad tiene vivienda propia. El resto la alquila o la tiene prestada.

- *Infraestructura sanitaria*: sólo dos terceras partes están conectadas a la red pública de abastecimiento de agua. Uno de cada tres tiene que salir de su casa para conseguir agua. Uno de cada cinco no está conectado al sistema público de drenaje. Uno de cada cuatro no tiene baño y solo la mitad tiene regadera. Sólo uno de cada dos cuenta con lavabo, fregadero, calentador de gas o tinaco.

- *Infraestructura práctica*: prácticamente nadie tiene automóvil. Casi todos cuentan con estufa de gas. Una buena parte no tiene refrigerador ni lavadora. El único electrodoméstico generalizado es la licuadora. Solo uno de cada cuatro tiene con horno de microondas. No existen otros electrodomésticos.

- *Infraestructura de comunicación y entretenimiento*: dos de cada cinco viviendas cuentan con teléfono fijo y con teléfono celular. No cuentan con televisión de paga y tienen una televisión a color. Menos de la mitad tiene DVD y una quinta parte tiene videocasetera. La mitad cuenta con equipos estereofónicos o minicomponentes y solo uno de cada cuatro tiene equipos independientes de radio o reproductor de discos compactos. Uno de cada veinte tiene videojuegos. No hay computadoras, ni internet. Asisten a parques públicos y esporádicamente a parques de diversiones. Suelen organizar fiestas en sus vecindades. Toman vacaciones una vez al año en excursiones a su lugar de origen o al de sus familiares.

- *Perfil educativo y ocupacional del jefe de familia:* el jefe de familia de estos hogares cuenta en promedio con un nivel educativo de primaria (completa en la mayoría de los casos). Los jefes de familia tienen actividades tales como obreros, empleados de mantenimiento, empleados de mostrador, choferes públicos, maquiladores, comerciantes, etc.

- *Gasto:* la mayor parte de su gasto lo invierten en alimentos, transporte y pago de servicios. Proporcionalmente gastan más en cereales y verduras.⁸

- **Nivel socioeconómico E**

- *Características de la vivienda:* estas viviendas tienen en promedio entre 2 habitaciones y aunque la mayoría están construidas con de tabiques, también hay paredes y techos de lámina y cartón. En promedio tienen 1 habitación para dormir y sólo dos terceras partes tienen baño. Los pisos son de cemento y tierra. La mitad tiene vivienda propia. El resto la alquila o la tiene prestada.

- *Infraestructura sanitaria:* menos de una tercera parte está conectadas a la red pública de abastecimiento de agua. Dos de cada tres tiene que salir de su casa para conseguir agua. Tres de cada cinco no está conectado al sistema público de drenaje. Solo tiene lavadero. No hay regadera, ni lavabo, ni fregadero.

- *Infraestructura práctica:* no hay automóviles. Sólo dos terceras partes cuentan con estufa de gas, solo la mitad tiene refrigerador y licuadora. No existen otros electrodomésticos.

- *Infraestructura de comunicación y entretenimiento:* uno de cada cinco viviendas cuentan teléfono fijo y con teléfono celular. No cuentan con televisión de paga y solo el 60% tienen una televisión a color. Muy pocos tienen DVD o videocasetera. Solo un tercio cuenta con equipos estereofónicos o minicomponentes y solo uno de cada cinco tiene equipos independientes de radio o reproductor de discos compactos. No hay videojuegos. No hay computadoras, ni Internet.

- *Perfil educativo y ocupacional del jefe de familia:* el jefe de familia de estos hogares cursó, en promedio, estudios a nivel primaria sin completarla y generalmente tiene subempleos o empleos eventuales.

- *Gasto:* la mayor parte de su gasto lo invierten en alimentos, transporte y pago de servicios. Proporcionalmente gastan más en cereales y verduras.⁸

Hábitos alimenticios

Se definen hábitos alimentarios como: "Manifestaciones recurrentes del comportamiento relacionado con el alimento por las cuales un individuo o grupo de ellos prepara y consume alimentos directa o indirectamente como parte de prácticas culturales, sociales y religiosas".¹¹

En los seres humanos los hábitos alimentarios empiezan a formarse muy tempranamente, desarrollándose principalmente en la infancia donde están determinados por los patrones dietéticos que tengan sus padres o personas del entorno.

Los hábitos alimenticios se transmiten de padres a hijos y están influenciados por factores como el lugar geográfico, el clima, la vegetación, la disponibilidad de la región, costumbres y experiencias, pero también tienen que ver la capacidad de adquisición, la forma de selección y preparación de los alimentos y la manera de consumirlos.

La disponibilidad y la accesibilidad de los grupos de población a una cantidad y calidad específicas de alimentos, así como el efecto de los movimientos sociales, la costumbre y el estímulo psicológico que representa la compañía de otras personas durante el acto de la alimentación, son aspectos que modifican la ingesta y consecuentemente no se pueden olvidar en el estudio de la nutrición.

La adquisición de patrones dietéticos adecuados puede ser vital en la edad escolar para conseguir un crecimiento y estado de salud óptimos.¹²

Diversos estudios ponen de manifiesto la relación existente entre el nivel educativo de la madre con el consumo de alimentos, energía y nutrientes del niño y cómo éste puede ser reflejo de los hábitos alimentarios del escolar. De esta forma, en diferentes investigaciones realizadas en Finlandia y Dinamarca se ha observado que aquellos niños cuya educación de la madre y nivel socioeconómico son bajos muestran un consumo elevado de azúcares, alimentos ricos en grasas y un consumo inferior al deseado de alimentos vegetales y frutas.¹³

La alimentación y nutrición constituyen derechos fundamentales que constan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Son requisitos básicos para la promoción y protección de la salud, permiten un correcto crecimiento y desarrollo humano con calidad de vida y ciudadanía.¹⁴

Cada vez se hace más evidente que la alimentación y la ingesta de nutrientes durante toda la vida ejerce una influencia muy profunda sobre el nivel de salud así como sobre la susceptibilidad a una amplia variedad de enfermedades, incluyendo las de la cavidad oral.¹³

La niñez es un periodo en que los patrones de alimentación y los hábitos se establecen para el resto de la vida de una persona. Por ello, las prácticas nutricionales de la niñez están en el centro de la prevención de muchos estados patológicos futuros. Es evidente que la nutrición está involucrada en la prevención y en el tratamiento de muchas enfermedades humanas.

La recomendación dietética es fundamental para cualquier programa de prevención y mantención de la salud bucal, ya que los hábitos adquiridos en la infancia forman la base para el futuro padrón alimenticio. Se debe tomar en cuenta la realidad en que el niño vive, teniendo como objetivo central la utilización racional del azúcar.¹⁴

Existen diversos factores que influyen en la alimentación del escolar y ayudan a modelar los hábitos alimentarios del niño.¹⁴

Fisiológicos	Necesidades nutricionales Genéticos Alergias Dietas terapéuticas
Físicos	Geográficos (suelo, clima) Estacionalidad Disponibilidad
Familiares	Nivel socioeconómico y clase social Creencias religiosas Entorno familiar
Sociales	Publicidad Medios de Comunicación Amigos Comedor escolar

Los factores fisiológicos son difícilmente modificables. Se establece que más de un tercio de la población actual sufre algún tipo de reacción adversa hacia algún alimento y que ésta tiene un origen de tipo inmunológico y enzimático.

Los factores físicos son fundamentalmente geográficos, comprenden el suelo, clima y agua, que en definitiva son los factores de los que depende la disponibilidad del alimento. Actualmente la influencia de estos factores no es tan importante, ya que la aparición de nuevas tecnologías ha contribuido a disminuir problemas nutricionales que se daban en algunos países.

Los factores familiares son, en gran parte, los que más influyen en los hábitos alimentarios y los que más fácilmente se pueden modificar. Las creencias religiosas es uno de los factores que influyen en los hábitos alimentarios de forma estática. Un ejemplo son las estrictas pautas dietéticas que se llevan a cabo en algunas religiones.¹⁴

El ambiente familiar es la principal influencia que el niño tiene a la hora de elegir alimentos y asentar preferencias, así como de adquirir modelos dietéticos específicos para aprender y desarrollar sus hábitos alimentarios.

En casi todas las familias la madre es la encargada de la alimentación familiar, siendo ella la responsable de decidir tanto los alimentos que se compran como la forma de cocinarlos.¹⁵ A pesar de los cambios sufridos en los últimos años en los valores sociales de la familia, en los cuales los padres de familia empiezan a asumir mayor responsabilidad en la adquisición y preparación de las comidas familiares, la madre es la que sigue teniendo la mayor responsabilidad a la hora de elegir los alimentos que se van a consumir.

Por otra parte la restricción de ciertos alimentos por parte de la madre al niño, como no ingerir alimentos ricos en grasa o con gran contenido energético, producen en el niño un efecto rebote, teniendo gran apetencia por este tipo de alimentos y consumiéndolos sin supervisión familiar. De la misma manera el hecho de premiar el buen comportamiento con la comida y castigar con el ayuno, puede hacer que el niño relacione los alimentos con el castigo o el premio.¹⁵

La publicidad y los medios de comunicación tienen un gran papel en esta etapa, puesto que los niños son mucho más vulnerables a los anuncios de publicidad, que los adultos. Además casi el 50% de los anuncios son de alimentos ricos en azúcares, comida rápida, bollería industrial, patatas fritas, caramelos, etc., están dirigidos especialmente a los niños. La psicología industrial ha conseguido ser extraordinariamente eficaz en la persuasión de los niños para que deseen consumir los productos anunciados.¹⁶

En general la alimentación infantil se guía por simplificaciones, como agrupar los alimentos en "buenos" y "malos", existiendo en muchas ocasiones un desconocimiento de las pautas básicas para una alimentación equilibrada, por ello es importante que las pautas que se marquen tengan un fundamento científico y permitan conseguir el objetivo que se persigue.

Los patrones de alimentación inadecuadas, como la alimentación con biberón más allá del año de edad, periodo de lactancia prolongado y niños que se llevan a la cama un biberón, son responsables de un aumento en la exposición de los dientes temporales a carbohidratos fermentables. Este incremento promueve una colonización temprana por estreptococos mutans por vía oral y un aumento en el número de estos microorganismos en la placa dental y la saliva, lo que aumenta el riesgo de desarrollar caries. Estas bacterias se transmiten por lo general a los niños por sus madres durante los primeros 2 años de vida que se conoce como la ventana del período de infectividad en los niños en edad preescolar. Mientras más temprano estos microorganismos se transmiten, más grave será la caries temprana de la infancia en la dentición temporal.³

Caries

Uno de los problemas de Salud Pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia e incidencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal.¹⁷

La caries dental se define como una enfermedad infecciosa, compleja, transmisible y multifactorial, en la que un amplio grupo de factores biológicos, socioeconómicos y culturales interactúan, directa o indirectamente en el establecimiento y desarrollo de los microorganismos cariogénicos incluidos en la comunidad microbiana de la biopelícula dental. Afecta a la estructura dura de las piezas dentales y se caracteriza por su desintegración molecular, localizada y progresiva que lleva, si no se detiene su avance natural, a una lesión irreversible.¹⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.¹⁷

En la etiología multifactorial para caries dental se incorporan, el nivel socioeconómico, el estilo de vida y el estado de salud general, éstos a su vez inciden en los hábitos de higiene oral y en el estado del sistema inmune del hospedero.

La caries ha sido justamente denominada enfermedad de la dieta porque se cree que los principales factores causales son de naturaleza local. Por lo general, se supone que la baja prevalencia de caries está asociada con poblaciones de baja ingesta de azúcar, comidas infrecuentes y alejadas de la civilización. Por contraste, la alta prevalencia de caries se observa más probablemente en naciones industrializadas con fácil disponibilidad de azúcares y altos índices de entremeses.¹⁹

La caries dental es una de las enfermedades prevenibles más comunes en la infancia.²⁰ Es una enfermedad multifactorial, crónica, que progresa lentamente en la mayoría de las personas. Se caracteriza por la destrucción precoz de los tejidos duros del diente temporal, que se presenta a medida que van erupcionando los dientes. Tiene alto riesgo en niños pequeños debido a los malos hábitos alimenticios, no es exclusivo el uso prolongado del biberón.

Caries temprana de la infancia

Cuando afecta a la dentición temporal de preescolares comúnmente se le llama caries temprana de la infancia (CTI). Dentro de este término se incluye a la caries por biberón y la caries rampante, que la Asociación Americana de Odontología Pediátrica adoptó en el 2003.²¹

Se sabe que también la alimentación prolongada del seno materno y la utilización de tazas entrenadoras y de chupones endulzados pueden causar esta caries. La alimentación al seno materno, por sí sola, no genera CIT, pero cuando se combina con la ingesta de otros carbohidratos se ha encontrado que es altamente cariogénica.²²

Investigaciones epidemiológicas confirmaron la relación entre el consumo de sacarosa y la aparición de la caries. Ésta es establecida por cuatro variables: cantidad ingerida, frecuencia de ingestión, concentración del alimento y tipo del azúcar consumido.²³

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica, se define la CTI como la nomenclatura más reciente para un patrón particular de caries dental en niños pequeños, afectando principalmente los dientes anteriores primarios. Se caracteriza por dientes con caries en infantes y se la define como la presencia de uno o más dientes con caries, perdidos u obturados en pacientes menores de 71 meses. Se considera como caries de la infancia temprana severa (CTIS) cuando a los 3 años el índice CEO (cariados, extraídos por caries, obturados) es de ≥ 4 ; a los 4 años ≥ 5 y a los 5 años ≥ 6 .²⁴

Es una enfermedad infecciosa en la que interviene muchos factores. Aunque ocurre más en pacientes de estratos socioeconómicos pobres no es exclusiva de éstos.²⁰

La CTI muestra un patrón característico relacionado a dos factores: el primero, a la secuencia de erupción de los dientes, por esto afecta principalmente a los dientes anteriores superiores; el segundo, a la posición de la lengua durante la alimentación, la cual protege a los dientes inferiores de los líquidos durante la alimentación, por lo que generalmente estos dientes no están afectados. Dependiendo del tiempo activo del proceso, los primeros molares primarios generalmente están involucrados, seguidos de los segundos molares y los caninos, en casos severos, inclusive los dientes inferiores.²²

La CTI debe tener la importancia de un problema de salud pública por lo que se debe hacer énfasis en programas de prevención desde el nacimiento. Asesorar adecuadamente la alimentación tanto del seno materno como con biberón, dar una guía de bebidas permitidas en el biberón y hasta qué edad se recomienda cada una de estas opciones de alimentación. Hacer conciencia en los padres de responsabilizarse de la higiene bucal de los niños ya que es frecuente que pacientes con caries temprana de la infancia que requirieron tratamiento tenga caries 2 años después.

Wyne²⁵ en 1999 dividió la caries temprana de la infancia en tres tipos:

- Tipo I (leve a moderado): lesiones cariosas en molares y/o incisivos entre 2 a 5 años de edad.
- Tipo II (moderado a severo): lesiones cariosas en caras labiales o palatinas de los incisivos superiores y molares primarios.

- Tipo III (severo): la mayoría de los órganos dentarios afectados incluyendo los incisivos inferiores, de 3 a 5 años de edad.

Medidas preventivas contra la CTI²⁴

Para disminuir el riesgo de desarrollar CIT la *Academia Americana de Odontología Pediátrica* recomienda las siguientes medidas preventivas, las cuales incluyen prácticas alimenticias apropiadas que no contribuyan al riesgo de caries del niño.

1. Reducir los niveles de *E. mutans* en la madre/nana/hermanos, idealmente durante el periodo prenatal, interviniendo en la transmisión de las bacterias cariogénicas, con medidas restaurativas y de higiene bucal.
2. Minimizar las actividades en las que haya intercambio de saliva, como compartir utensilios entre el niño y sus familiares, encargados del niño y sus compañeros.
3. Implementar medidas de limpieza dental a partir de la erupción del primer diente, después de cada toma de alimento, ya que estos dientes recién erupcionados presentan un esmalte inmaduro y los dientes con hipoplasia pueden tener un mayor riesgo de desarrollar caries.
4. Evaluar el riesgo de caries en el niño y brindar educación a los padres para la prevención de enfermedades bucales, entre los seis primeros meses de la erupción del primer diente y por los siguientes 12 meses.
5. Evitar conductas alimenticias promotoras de caries. En particular, no se debe acostar a los niños con biberones con contenido de carbohidratos fermentables.²⁴

Planteamiento del Problema

Al analizar el nivel socioeconómico (NSE) de una familia se analizan los ingresos del hogar, los niveles de educación y ocupación. Ciertos factores socioeconómicos han sido asociados a la higiene bucal y éstos a su vez han sido relacionados con el estado de salud bucal. En este sentido se ha observado que niños más pobres reciben significativamente menos instrucciones de higiene bucal y además presentan por lo general mayores necesidades insatisfechas de salud oral.

El mecanismo por el cual el NSE se asocia con los niveles de higiene o de salud no es del todo claro aún. Un factor para comprender esta asociación es el hecho que el NSE cubre una amplia variedad de circunstancias financieras y sociales, las cuales pueden ser medidas a través de diversos indicadores que representan en sí diferentes dimensiones, por lo que varían en distintas personas y ambientes culturales, complicando aún más la comprensión de la relación entre higiene bucal, salud y aspectos socioeconómicos.

Se ha encontrado correlación entre la prevalencia de caries y el estatus social, el nivel educacional de la madre, nivel de ingreso mensual y percepción positiva del estado dental, nivel socioeconómico y profesión del padre.

Por otra parte, los hábitos alimenticios implican un rol significativo en la salud y enfermedad de un individuo, los cuales están condicionados por diversos factores, como el estado de salud, la situación económica, la sociedad, la cultura y la religión.

Existen debates acerca de la importancia relativa de la frecuencia del consumo de carbohidratos y su relación con la caries, este vínculo parece debilitarse con la adopción de una buena higiene bucal. Para esto, es de gran valor que los padres implementen buenos hábitos en cuestión de reducir el consumo de alimentos ricos en sacarosa y una buena limpieza bucal.

La caries está íntimamente relacionada con el consumo de hidratos de carbono, es decir azúcares y sobre todo la sacarosa. En el último siglo se ha producido un aumento exagerado del consumo de hidratos de carbono que ha disparado la incidencia de esta patología.

Es considerada como uno de los problemas de salud más comunes a nivel mundial por falta de asistencia médica, malos hábitos de higiene y alimentación que contribuyen al deterioro dental de millones de personas.

La caries temprana de la infancia (CTI) representa la enfermedad crónica más común en la infancia, pudiendo presentarse tan pronto como erupcione el primer órgano dentario. A pesar de su alta prevalencia, la caries es una condición prevenible. Esta enfermedad está relacionada directamente con el contenido del

biberón, haciendo que, de una región a otra y de un país a otro, exista gran variabilidad en sus características.

Se considera como una enfermedad multifactorial en la cual la dieta cumple un papel importante para su desarrollo. El consumo de carbohidratos en diversos períodos durante el día permite la producción de ácidos capaces de causar la pérdida mineral del substrato dental. En la actualidad, diversos estudios consideran el efecto de ciertos componentes de la dieta sobre la salud bucal. La sacarosa, considerada el disacárido más cariogénico presente frecuentemente en la dieta familiar colabora con el desequilibrio de salud bucal.

Con lo antes planteado, se formula la siguiente pregunta: ¿Qué relación existe entre el estatus socioeconómico con los hábitos alimenticios y la presencia de CTI en niños de nivel precolar en la ciudad de Tijuana?

Justificación

Hoy en día, la población de Tijuana está compuesta de gente que emigra en busca de un mejor futuro. Siendo ésta una ciudad fronteriza, personas de varias partes de la República se trasladan hasta aquí en busca de mejores oportunidades laborales, económicas y sociales. Esto trae como consecuencia un flujo recurrente en la población, así como de los niveles socioeconómicos de la misma.

Actualmente existe un escaso interés acerca de la información sobre el cuidado y prevención de la caries dental. Debido a que las cifras de caries presentes en la población escolar han ido aumentando en los últimos años, se ha inclinado la atención odontológica a la prevención de la caries más que al tratamiento de la misma, surgiendo como parte de esta actividad la realización de investigaciones que reflejen cuáles son los índices de caries en determinadas poblaciones.

Para esto se ha partido de diferentes criterios, estando entre ellos los factores que inciden directamente en su formación: dietéticos y sociales. Resulta de gran interés el factor social, el cual comprende, entre otras cosas, el nivel socioeconómico de las personas.

Es necesario educar tanto a los niños como a sus padres en cuanto a métodos de salud bucal se refiere, para disminuir la prevalencia de caries en la población preescolar, así como diseñar programas de educación para la salud oral, que consideren los conocimientos, las habilidades y las actitudes, partiendo de las características socioculturales y socioeconómicas de los grupos.

El presente estudio tiene como propósito encontrar qué relación e importancia tiene el nivel socioeconómico de las familias con la implementación de hábitos alimenticios, en proporción de frecuencia de ingesta de carbohidratos y la presencia de caries temprana de la infancia.

Objetivos

General

- Identificar el estatus socioeconómico, hábitos alimenticios y la presencia de CTI en preescolares en parte de la población de Tijuana, Baja California.

Específicos

- Identificar qué nivel de estatus socioeconómico tiene mayor experiencia de CTI.
- Identificar los distintos hábitos alimenticios de preescolares y de qué manera influyen en la prevalencia de CTI.

Materiales y métodos

- *Tipo de estudio*

Éste se realizó de manera observacional, transversal y descriptivo identificando la presencia de caries temprana de la infancia, de acuerdo a la clasificación de la Academia Americana de Odontología Pediátrica, en escuelas de educación preescolar identificadas previamente, utilizando guantes y abatelenguas a la luz del día. Adicional a lo ya señalado se hizo llegar a los padres de familia una encuesta elaborada con anterioridad acerca de los hábitos alimenticios a los que la familia en general está acostumbrada y respecto de su nivel socioeconómico.

- *Universo de estudio*

Población preescolar de escuelas seleccionadas:

- Instituto Cumbres Tijuana.
 - Colegio Familia de Tijuana A.C.
 - Colegio Alamar A.C.
 - Jardín de niños Margarita Maza de Juárez.
 - Jardín de niños Cencalli.
 - Jardín de niños Gabriela Mistral SEP.
- Criterios de inclusión: infantes de la población de Tijuana de 3 a 6 años de edad que acuden a las escuelas de educación preescolar seleccionadas.
 - Criterios de exclusión: niños menores o mayores a la edad seleccionada.
 - Criterios de eliminación:
 - Niños que no acudan a la escuela en el día de la observación.
 - Padres de los niños o niñas que no quieran participar en el estudio.
 - Carta de consentimiento informado negada.
 - Niños a los cuales no se pueda llevar a cabo la observación por cuestiones de salud.
 - Infantes en los que no se pueda establecer una comunicación y entendimiento.

▪ Variables

Variable	Tipo	Método de análisis
Edad	Cuantitativa, nominal	Número de años y meses desde la fecha de nacimiento hasta la actualidad.
Género	Cualitativa, nominal	Indicado en la tabla de recolección de datos. Masculino o femenino.
Estatus socioeconómico	Cualitativa y categórica	De acuerdo a lo obtenido mediante la encuesta de nivel socioeconómico definida por INEGI. A/B, C+, D+, D y E.
Hábitos alimenticios	Cualitativa	En base a encuestas realizadas sobre la cantidad, calidad y frecuencia de ingesta de alimentos azucarados.
CTI	Cuantitativa y categórica	A la exploración clínica si hay o no presencia de caries.

Nombre de la variable: edad.

Definición: número de años y meses desde la fecha de nacimiento hasta la medición.

Tipo de medición: cuantitativa, continua y de razón.

Escala: grupos por años de edad.

Uso: determinar diferencias en los grupos por rango de edad.

Fuente: fecha de nacimiento en la tabla de recolección de datos.

Nombre de la variable: género.

Definición: personas que tienen caracteres sexuales comunes.

Tipo de medición: cualitativa y dicotómica.

Escala: masculino y femenino.

Usos: determinar diferencias entre femeninos y masculinos.

Fuente: tabla de recolección de datos.

Nombre de la variable: estatus socioeconómico.

Definición: medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.

Tipo de medición: cualitativa y categórica.

Escala: A/B, C+, C, D+, D y E.

Uso: obtener los datos de prevalencia.

Fuente: encuesta.

Nombre de la variable: hábitos alimenticios.

Definición: conjunto de sustancias alimentarias que se ingieren formando comportamientos nutricionales de los animales y forma parte de su estilo de vida.

Tipo de medición: cualitativa y categórica.

Escala: buenos, regulares, malos.

Uso: obtener los datos de prevalencia.

Fuente: encuesta.

Nombre de la variable: caries temprana de la infancia.

Definición: porción de individuos de Tijuana BC que presenten caries en un periodo determinado.

Tipo de medición: cualitativa y categórica.

Escala: condición presente o ausente.

Uso: obtener los datos de experiencia.

Fuente: exploración clínica.

Nombre de la variable: grado de afección de órganos dentales involucrados.

Definición: presencia o ausencia de caries temprana de la infancia de acuerdo a la clasificación de Wyne.

Tipo de medición: cualitativa, cuantitativa y categórica.

Escala: tipos de Wyne.

Uso: obtener grado de afección.

Fuente: exploración clínica.

- *Recolección de datos*

Se efectuó una selección aleatoria de escuelas de educación preescolar en la ciudad de Tijuana, Baja California, México. Se obtuvo permiso por parte de la coordinación de la Especialidad en Odontología Pediátrica de la Universidad Autónoma de Baja California para realizar las mediciones en las escuelas elegidas.

Fueron seleccionadas seis escuelas de distintas colonias de la ciudad. Se contactó a los directivos de dichas escuelas mediante un comunicado invitando a formar parte del estudio, los cuales aceptaron la propuesta.

Después de que los directivos confirmaron su participación, los maestros encargados de cada grupo fueron contactados con una carta introductoria, así como un consentimiento informado que se entregó a cada padre de familia dando permiso de que su hijo (a) participara en la investigación, anexo a éste un pequeño cuestionario acerca de las variables a medir. Los consentimientos firmados y el cuestionario fueron recolectados por los maestros y se entregaron al investigador el día de la medición.

La examinación clínica se llevó a cabo en el salón de clases con el infante sentado en el pupitre utilizando guantes y abatelenguas. Anotando si hubo presencia o ausencia de lesión cariosa, basados en los criterios epidemiológicos de la OMS. Se determinó la ausencia o presencia de CTI basado en el criterio descrito por la Academia Americana de Odontología Pediátrica.

Los datos obtenidos se recopilaron en las hojas de registro de observaciones, las cuales a su vez se vaciaron y se tabularon por medio del programa de Microsoft Office Excel. Posterior a esto, se vaciaron a una base de datos mediante el programa IBM SPSS Statistics Versión 20.

- *Recursos*

- Humanos

Las revisiones fueron realizadas por la CD Adriana Lares Aviles con ayuda de los alumnos del posgrado en Odontología Pediátrica de la Universidad Autónoma de Baja California durante el periodo 2013-1 y 2013-2.

Como asesor auxiliar la Dra. Claudia Carrizosa, miembro de Center for Behavioral Epidemiology and Community Health (C-BEACH) de la Universidad de San Diego.

- Físicos

Instalaciones de las Escuelas de Educación Preescolar.

- Materiales

Los materiales utilizados para realizar este estudio fueron: abatelenguas de madera, guantes de látex, cubre bocas, cámara digital, hojas blancas, impresora, plumas, computadora y un automóvil para transportación a dichas escuelas.

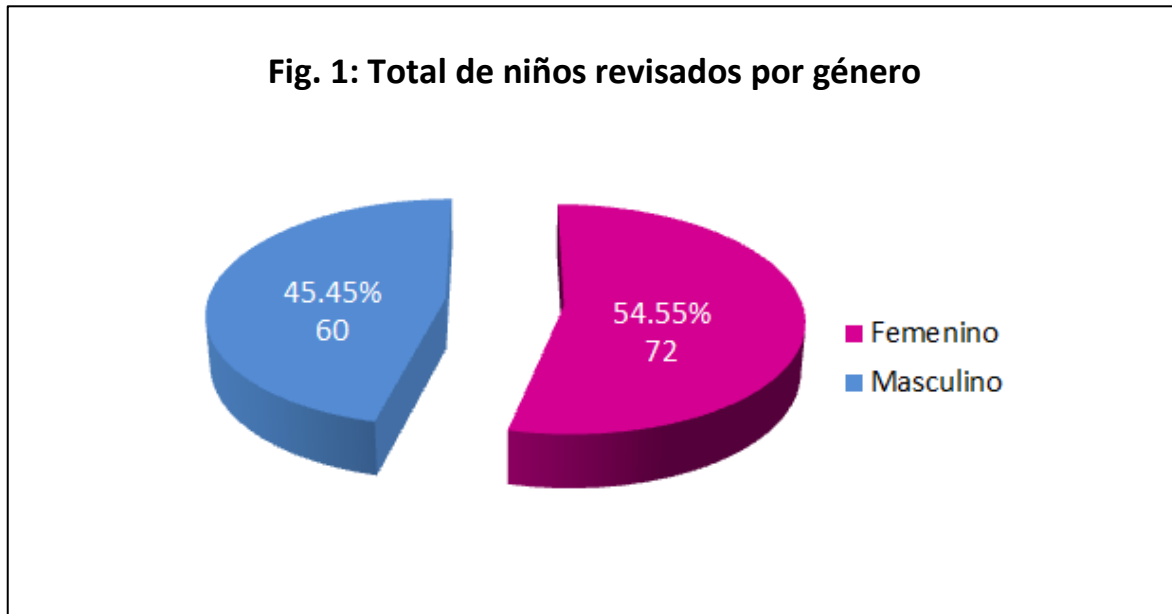
- Financieros

Se utilizaron recursos financieros propios, con una suma aproximada de 1000 pesos.

Resultados

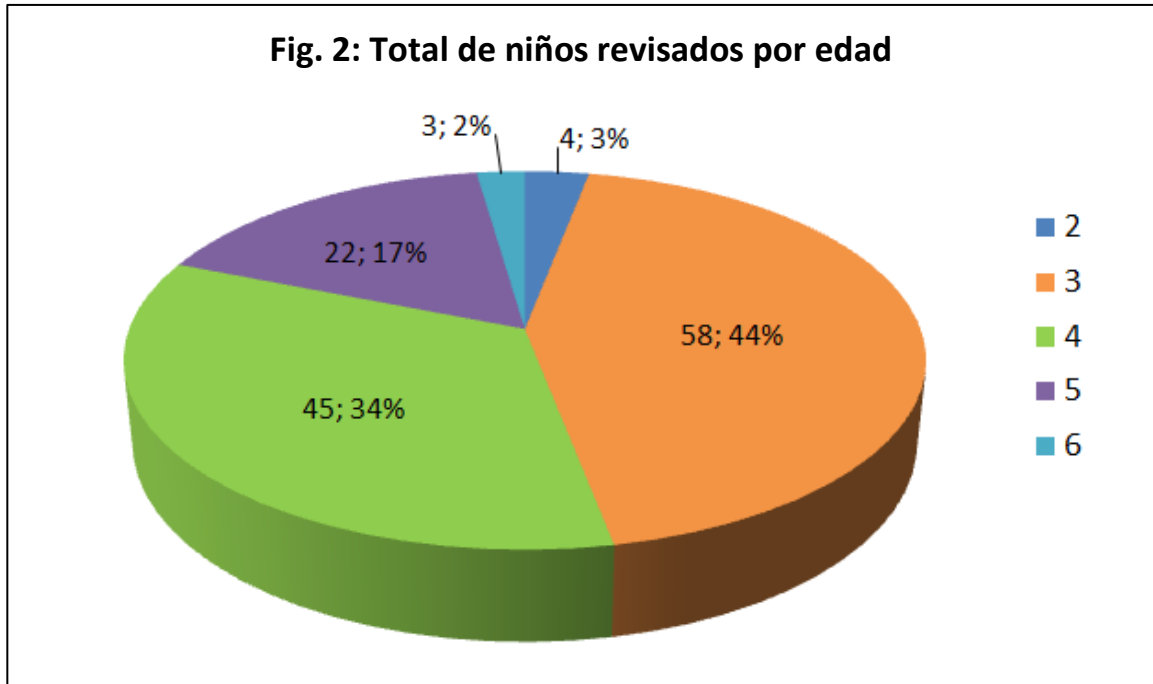
Los resultados obtenidos en la presente investigación fueron los siguientes:

Se revisaron un total de 132 niños entre 2 y 6 años de edad, de los cuales 72 fueron femeninos y 60 masculinos. Ver figura 1.



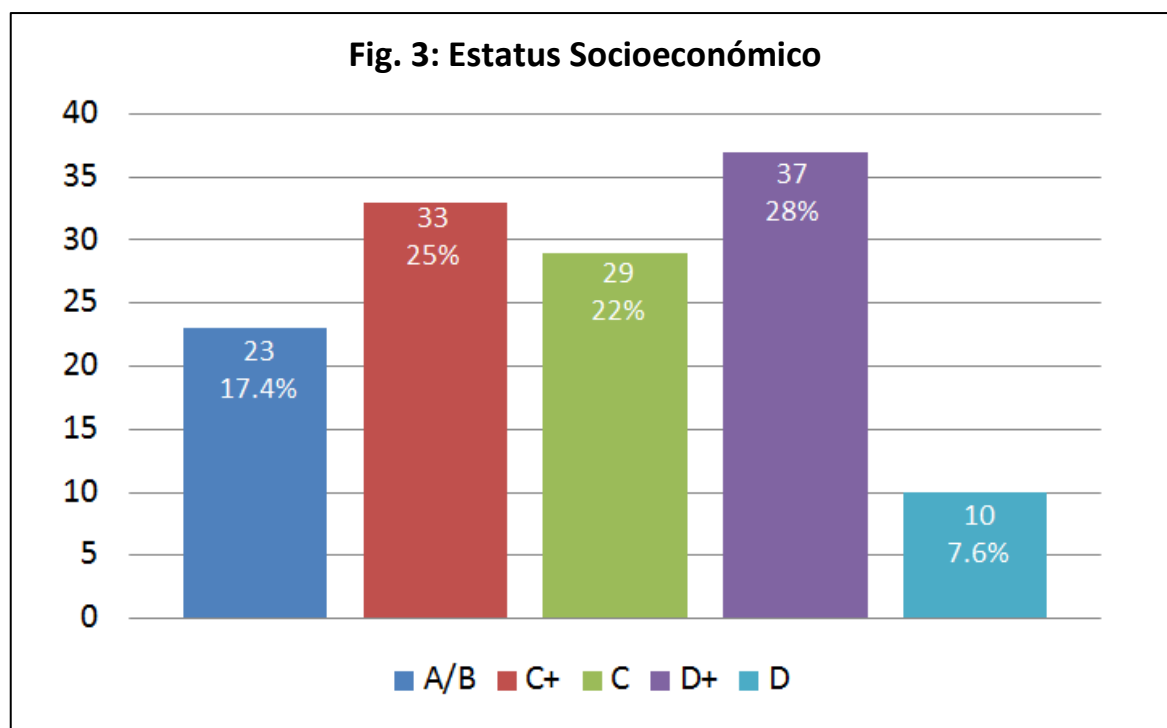
FUENTE: Estatus socioeconómico, hábitos alimenticios y caries temprana de la infancia en preescolares, 2011.

La edad promedio de los 132 niños revisados fue de 3 años; 58 niños pertenecientes a este rango de edad. Ver figura 2.



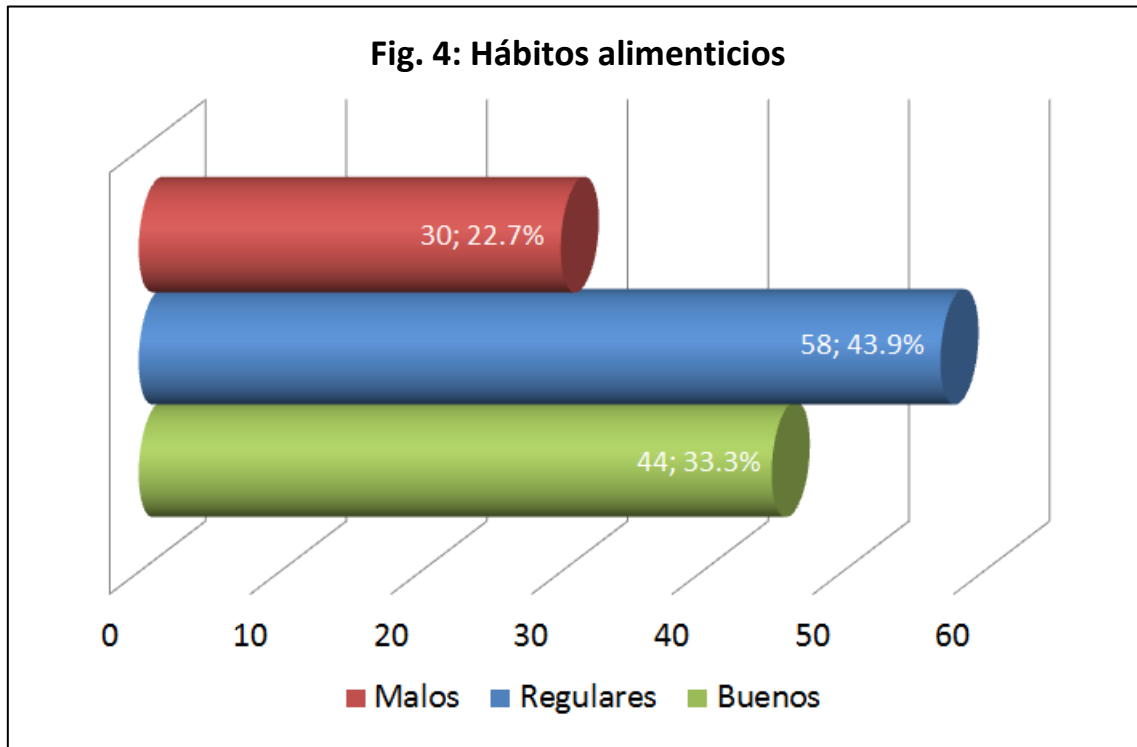
FUENTE: Estatus socioeconómico, hábitos alimenticios y caries temprana de la infancia en preescolares, 2011.

De los 132 niños participantes en el estudio, se encontró que el 28% (37) son pertenecientes a un estatus socioeconómico medio bajo (D+), 25% (33) corresponden a un estatus socioeconómico medio alto, 22% (29) de los niños y sus familias son nivel C, 17.4% (23) pertenecen a nivel alto y el 7.6% (10) de la población encuestada se encuentra en un estatus socioeconómico bajo D. Ver figura 3.



FUENTE: Estatus socioeconómico, hábitos alimenticios y caries temprana de la infancia en preescolares, 2011.

El 43.9% (58) de la población participante refirieron tener hábitos alimenticios regulares, mientras que el 33.3% (44) poseen hábitos alimenticios buenos y el 22.7% (30) hábitos alimenticios malos. Ver figura 4.



FUENTE: Estatus socioeconómico, hábitos alimenticios y caries temprana de la infancia en preescolares, 2011.

Como se mostró en la gráfica anterior, la mayor prevalencia de hábitos alimenticios fueron de tipo regular, dentro de los cuales, la edad con mayor incidencia fue de 3 años; 40% de los niños (23) pertenecientes a este rango de edad manifestaron tener hábitos alimenticios regulares. Ver figura 5 y 6.

Fig. 5: Frecuencia edad- hábitos alimenticios

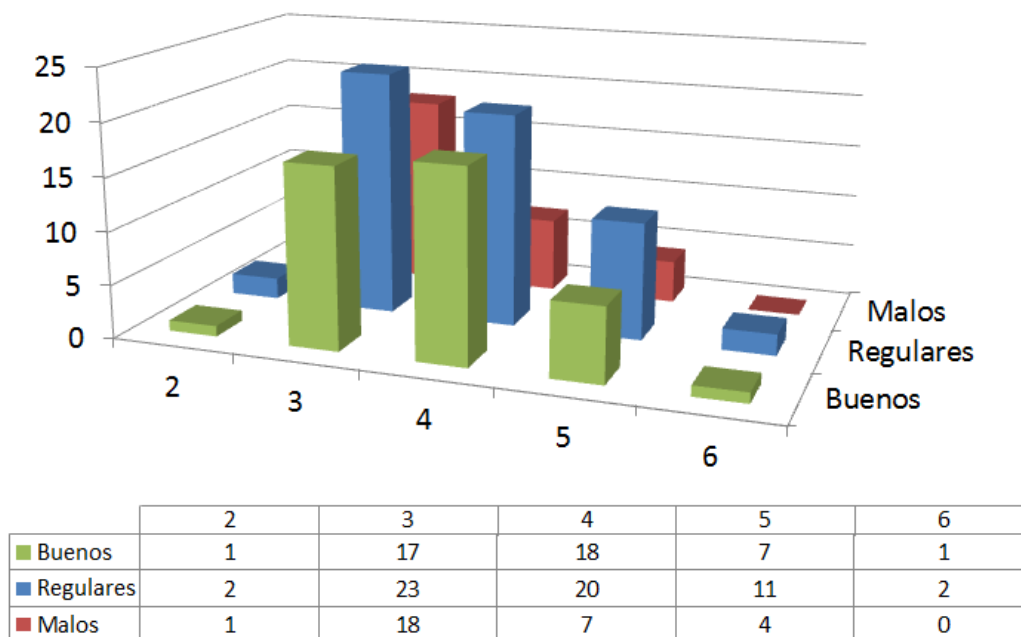
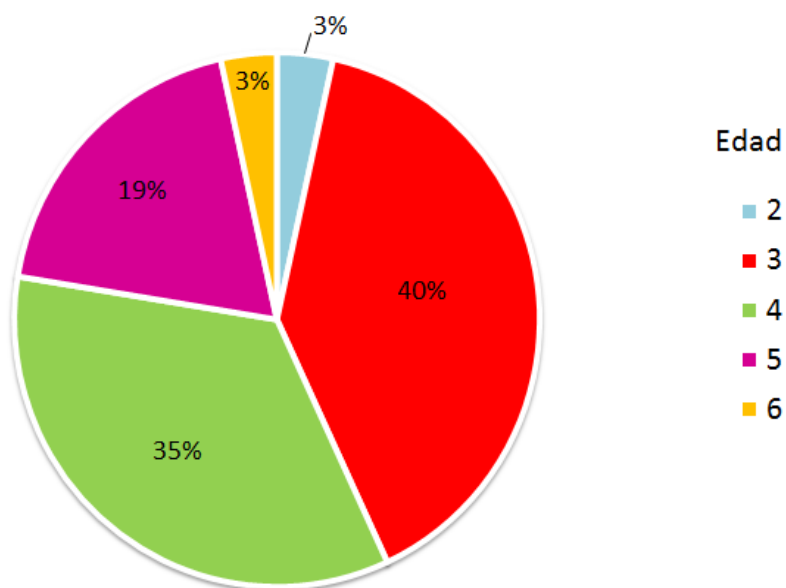


Fig. 6: Hábitos alimenticios regulares



FUENTE: Estatus socioeconómico, hábitos alimenticios y caries temprana de la infancia en preescolares, 2011.

De los 132 participantes en el estudio, el 50% mostró presencia de caries, el 29% tener uno o más órganos dentarios restaurados y el 21% ausencia de caries. El rango de edad que más presentó caries fue de 3 años, con 31 niños revisados. Ver figura 7 y 8.

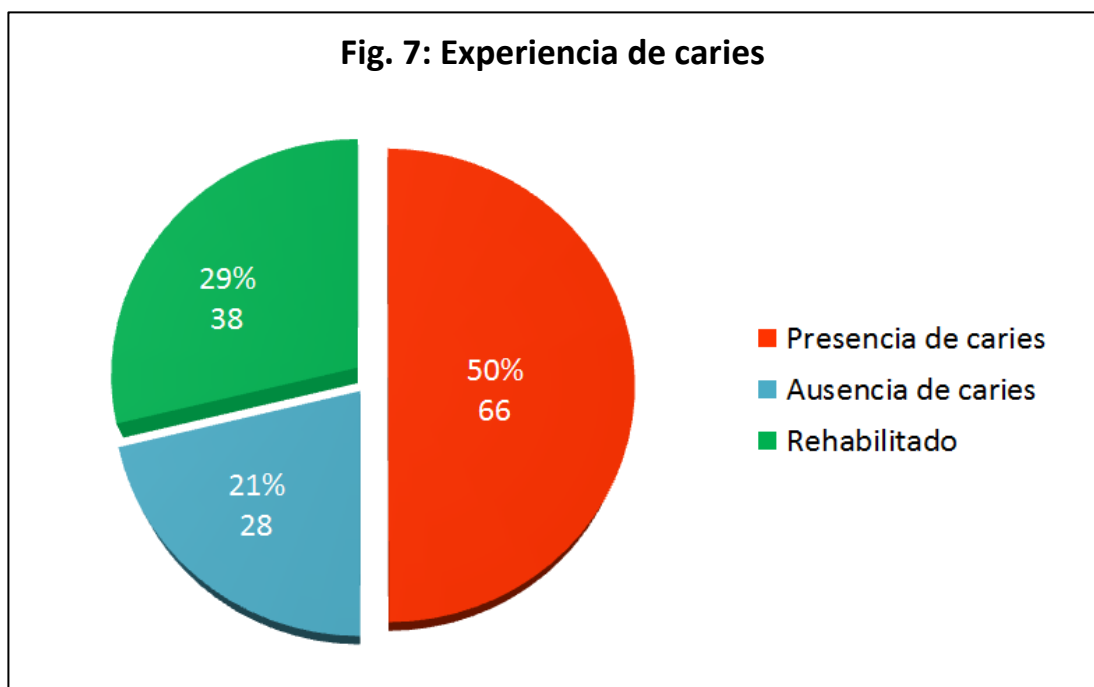
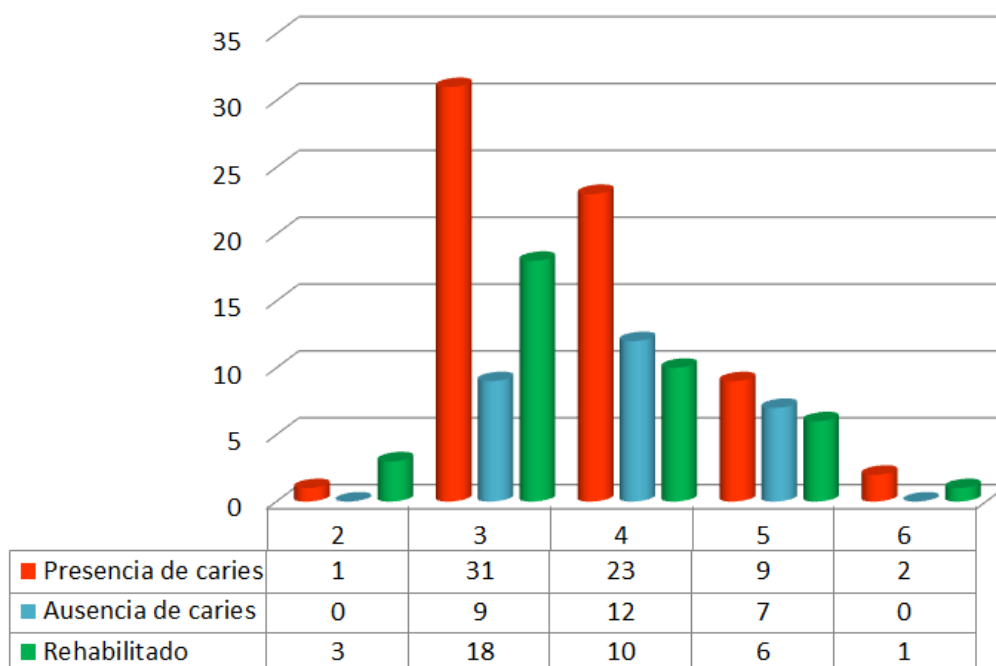


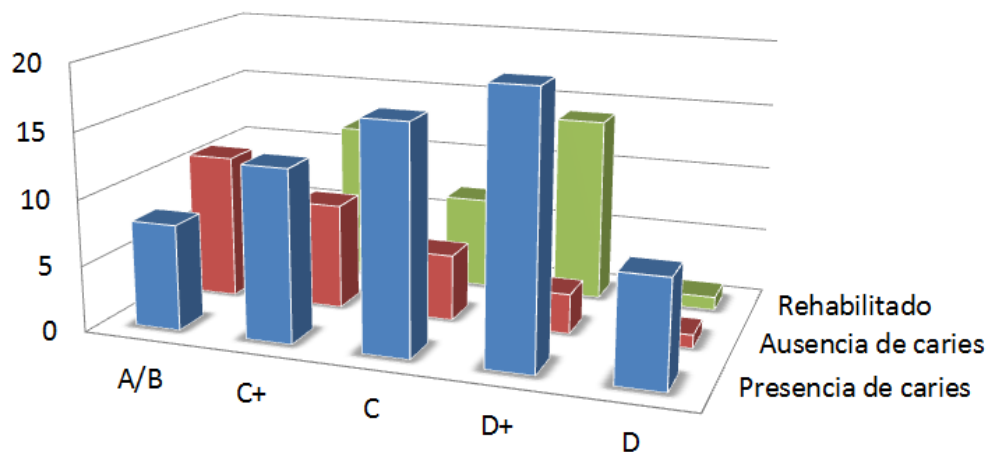
Fig. 8: Frecuencia edad- caries



FUENTE: Estatus socioeconómico, hábitos alimenticios y caries temprana de la infancia en preescolares, 2011.

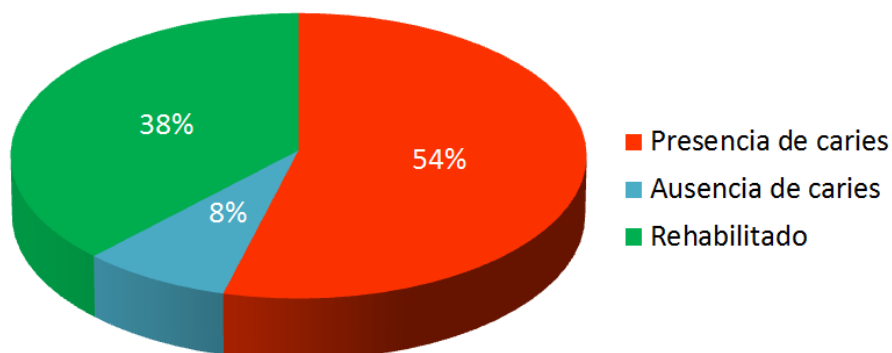
En relación del estatus socioeconómico con la experiencia de caries, se encontró que 20 niños pertenecientes al nivel D+ presentan lesiones cariosas, 14 niños presentan restauraciones y 3 niños con ausencia de caries. Ver figura 9 y 10.

Fig. 9: Relación estatus socioeconómico y caries



	A/B	C+	C	D+	D
Presencia de caries	8	13	17	20	8
Ausencia de caries	11	8	5	3	1
Rehabilitado	4	12	7	14	1

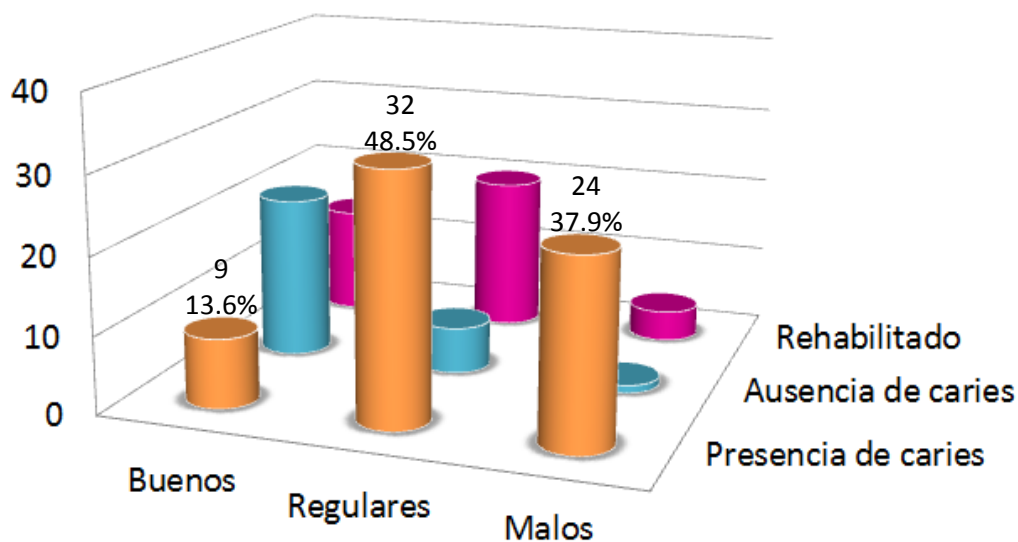
Fig. 10: Relación estatus socioeconómico D+ y caries



FUENTE: Estatus socioeconómico, hábitos alimenticios y caries temprana de la infancia en preescolares, 2011.

32 infantes con hábitos alimenticios regulares poseen lesiones cariosas, mientras que 24 niños que de igual manera cuentan con alguna lesión cariosa refirieron hábitos alimenticios malos; 21 niños que indicaron hábitos alimenticios buenos no presentaron caries y 20 participantes con hábitos alimenticios regulares poseen alguna restauración en boca. Ver figura 11.

Fig. 11: Relación hábitos alimenticios y caries

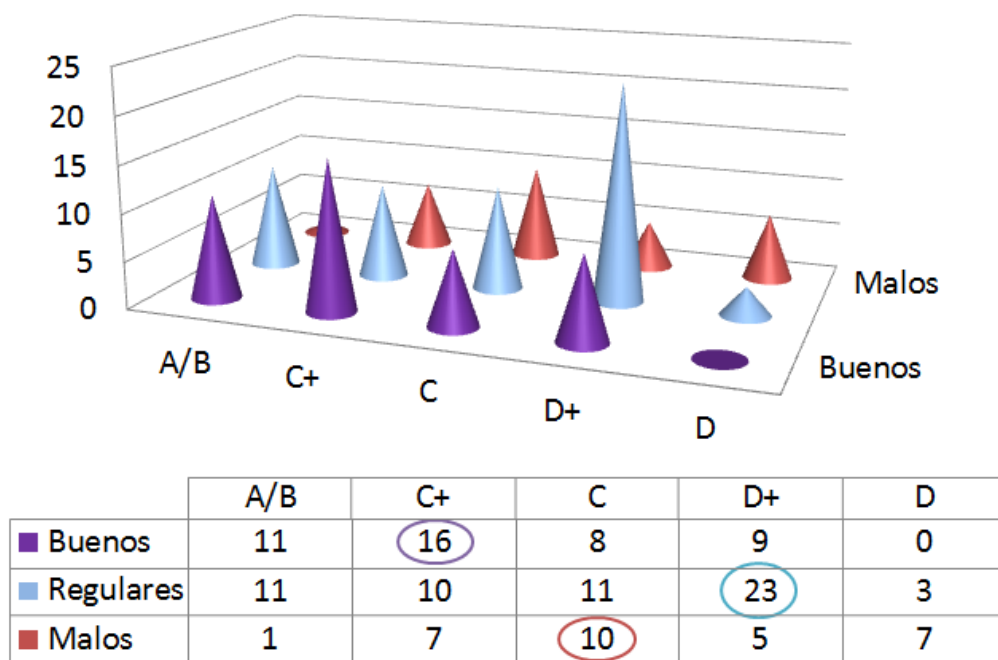


	Buenos	Regulares	Malos
Presencia de caries	9	32	24
Ausencia de caries	21	6	1
Rehabilitado	14	20	4

FUENTE: Estatus socioeconómico, hábitos alimenticios y caries temprana de la infancia en preescolares, 2011.

De los 132 participantes, 16 infantes pertenecientes a un estatus socioeconómico C+ reflejaron tener hábitos buenos, 23 niños dentro del nivel D+ poseen hábitos alimenticios regulares, mientras que 10 niños pertenecientes al nivel C indicaron tener hábitos malos. Ver figura 12.

Fig. 12: Relación estatus socioeconómico y hábitos alimenticios



FUENTE: Estatus socioeconómico, hábitos alimenticios y caries temprana de la infancia en preescolares, 2011.

Discusión

El presente estudio se realizó en 132 niños en edad preescolar de entre 2 a 6 años en jardines de niños de escuelas de Tijuana, Baja California. La caries temprana de la infancia es una enfermedad de estilo de vida que comienza cuando los dientes del niño entran en erupción en la cavidad oral. El patrón distintivo de la caries se propaga rápidamente de un diente a otro e involucra las superficies de los dientes que normalmente no están en riesgo.

Se puede observar en la información obtenida, de la presente investigación, que niños pertenecientes a un nivel socioeconómico alto tienen significativamente menos caries que niños con un estatus socioeconómico bajo. Este dato es concordante con el estudio realizado en Alemania por Pieper y cols.⁴ quienes concluyeron que diferencias entre prácticas, hábitos alimenticios y medidas preventivas dependen del estatus socioeconómico.

De la misma manera, hubo similitud de resultados con el estudio realizado por Mandeep Viridi y colaboradores⁵ en 2010, en donde la prevalencia de los niños participantes en su estudio fue de 42.03% con caries temprana de la infancia. Los resultados obtenidos en esta investigación obtuvieron una prevalencia de 50% de los niños participantes con experiencia de caries temprana de la infancia. Esta prevalencia fue mayor a la obtenida por Prashanth Prakas y colaboradores en 2012 en la India³, en donde su universo de estudio tuvo una prevalencia de 27.5% con experiencia de caries.

Por otro lado, Hernández Morelia y colaboradores en su estudio realizado en Venezuela en el 2008⁶, encontraron que en la clase media hubo un 64.7% de prevalencia de caries, mientras que en el presente estudio la prevalencia en el nivel socioeconómico medio bajo asociado a la experiencia de caries fue de 54%.

El tamaño de la muestra planeado para este estudio no fue posible completarla, 200 niños, las barreras con las que se encontraron fue que no se tuvo la disponibilidad de todas las guarderías seleccionadas previamente, la baja proporción de niños que cumplían con los criterios de inclusión, la disponibilidad a participar por parte de los directivos de guardería, el personal y los padres de familia.

Conclusiones

- El 50% de los niños participantes en el estudio mostraron lesiones cariosas.
- El nivel de estatus socioeconómico que tiene mayor experiencia de CTI fue D+.
- Los hábitos alimenticios de los preescolares estudiados fueron buenos 33.3%, regulares 43.9% y malos 22.7%.
- La relación de ellos con la prevalencia de CTI fue de:
 - Hábitos alimenticios buenos, 13.6% con CTI.
 - Hábitos alimenticios regulares, 48.5% con CTI.
 - Hábitos alimenticios malos, 37.9% con CTI.

Recomendaciones

- Aumentar el tamaño de la muestra en estudios futuros.
- Realizar el estudio en más zonas de la ciudad.
- Promover mejor educación a los padres de familia sobre la salud bucal.

CASO CLÍNICO

Resumen

En la etiología multifactorial de caries dental se incorporan el nivel socioeconómico, el estilo de vida y el estado de salud general. El estatus social tiene una influencia indirecta sobre el riesgo de caries, ya que se asocia con ciertos comportamientos, como el uso inadecuado de los biberones, ineficacia en la técnica de cepillado, un alto nivel de consumo de azúcar, entre otras.

Dentro del estilo de vida se encuentran los hábitos alimenticios, éstos empiezan a formarse muy tempranamente, desarrollándose principalmente en la infancia donde están determinados por los patrones dietéticos que tengan sus padres o personas del entorno. La CTI se caracteriza por dientes con caries en infantes y se define como la presencia de uno o más dientes cariados, perdidos u obturados en pacientes menores de 71 meses.

Paciente femenino de 4.8 años de edad acompañado de su madre acude a la Clínica de la Especialidad en Odontología Pediátrica de la UABC refiriendo molestias en molares inferiores. A la inspección clínica se identificaron lesiones cariosas en los órganos dentarios anteriores superiores y en molares superiores e inferiores así como procesos infecciosos a nivel de órganos dentarios 75 y 84. Se realizó el diagnóstico de CTI y se elaboró un plan de tratamiento, el cual se realizó de la siguiente manera:

Remoción de caries dental de los órganos dentarios 54 y 65, los cuales se obturaron con amalgama. Pulpotomía en los órganos 55, 64, 74 y 85 y colocación de coronas de acero cromo. Eliminación de caries dental de los órganos dentarios 53, 63, 62 y 73 los cuales se obturaron con ionómero de vidrio y resina. Remoción de caries dental arrestada en órganos dentarios 52, 51 y 61 para la colocación de coronas de acero cromo. Extracciones de los órganos dentarios 75 y 84. Una vez terminado el saneamiento se fabricó una prótesis bilateral removible obteniendo de esta manera el restablecimiento de las funciones esenciales de los dientes.

El diagnóstico oportuno y el tratamiento certero y eficaz del paciente con CTI, mejora favorablemente la calidad de vida del mismo. Es necesario mantener esfuerzos a fin de encontrar métodos más adecuados para educar a los padres en cuanto a la prevención de este patrón de caries. Es de gran valor que los padres implementen buenos hábitos en cuestión de reducir el consumo de alimentos ricos en sacarosa y una buena limpieza bucal.

Palabras claves

Estatus socioeconómico; hábitos alimenticios; CTI.

Introducción

El establecimiento de medidas preventivas en las guarderías y las escuelas han mejorado la salud bucal de los niños y los jóvenes en la mayoría de los países industrializados en las últimas décadas.¹ Diversos estudios alrededor del mundo han documentado la relación entre el nivel socioeconómico y el estado de salud, tanto en países y regiones, como en familias y personas.

La mayoría de los niños no reciben atención odontológica hasta los tres años de edad, en la que se puede observar que más del 30% de los niños de grupos socioeconómicos bajos ya presentan caries.²⁶

A pesar de su alta prevalencia, la caries es una condición prevenible. Los médicos familiares que atienden niños y mujeres embarazadas, están en una situación privilegiada para hacer prevención, detección temprana y remisión precoz.

La higiene bucal es un factor determinante para el mantenimiento de una salud oral aceptable. Las condiciones de la población con respecto a esta conducta, amerita de una educación orientada hacia la adaptación de patrones que favorezcan la salud oral.

A menos que se establezca un estilo de vida saludable, una buena higiene bucal y nutrición, las lesiones cariosas pueden afectar los dientes en la dentición primaria, tan pronto como entran en erupción en la cavidad oral. En esta etapa de crecimiento y desarrollo los dientes más frecuentemente afectados son los incisivos superiores.²⁷

• Estatus socioeconómico

En México, el nivel socioeconómico se mide a través de la Regla 13x6. Esta regla clasifica a los hogares en seis niveles a partir de un árbol de asignaciones considerando 13 variables. A estas variables seleccionadas se les asigna puntos considerando el coeficiente de cada uno de los valores en una regresión sobre el ingreso familiar.

La OMS lanzó su estrategia de salud para todos con la finalidad de reducir las desigualdades en los servicios de salud, promover el acceso universal a los mismos y mejorar su eficiencia. A pesar de los logros conseguidos, todavía se está lejos de conseguir esos objetivos. La aparición de la mayoría de las enfermedades orales está asociada con la pobreza, los niveles bajos de educación y el comportamiento de los individuos y comunidades.²⁸

Son muchas las investigaciones que relacionan la salud oral con el nivel socioeconómico. Su influencia es inversamente proporcional y, aunque los mecanismos por los que repercute son numerosos, podemos resumirlos en dos aspectos: los más pobres tienen menor nivel de educación, en relación con hábitos saludables y tienen mayores necesidades que, a su vez, se satisfacen con menor frecuencia.²⁹ A lo largo del tiempo se ha observado que, a diferencia de lo que ocurre con otras consultas médicas, las consultas al dentista son más frecuentes en individuos con estudios superiores y en los grupos socioeconómicos altos.³⁰

El nivel de educación de los padres es predictor del estatus socioeconómico familiar, puesto que éste está determinado no sólo por los ingresos familiares, sino también por la educación y ocupación de los padres. El estatus social tiene una influencia indirecta sobre el riesgo de caries, ya que se asocia con ciertos comportamientos, como el uso inadecuado de los biberones, ineficacia en la técnica de cepillado, un alto nivel de consumo de azúcar, entre otras.²⁷

Los sistemas de salud están vinculados con el nivel de vida de la infancia y la adolescencia en diferentes sentidos: el primero de ellos es tener siempre en mente el nivel socioeconómico de los habitantes del país, para la dotación de servicios de salud y seguridad social. En segundo lugar la población marginada y excluida debe ser tomada en cuenta en el análisis de los modelos de atención, para que la implementación de acciones en salud se adecue al contexto y se eviten los modelos importados y con ello se genere conocimiento que incida en la política pública en salud.

• Hábitos alimenticios

Una alimentación adecuada es aquella que cumple con las necesidades específicas del niño de acuerdo a su edad, promoviendo en el niño un crecimiento y desarrollo adecuados, también previenen el desarrollo de enfermedades. Permite a los niños gozar de un pleno bienestar biológico, psicológico y social. Por eso mantener hábitos alimenticios adecuados es la manera en que se consigue una buena alimentación. Cuando no se adquieren hábitos alimenticios en los primeros años de vida, el niño no se acostumbra a alimentarse bien y las secuelas pueden ser irreversibles.³¹

Es por eso que la infancia es un periodo crucial para actuar sobre la conducta alimentaria, ya que las costumbres adquiridas en esta etapa van a ser determinantes del estado de salud del futuro adulto, debido a la relación que estos hábitos tienen con la presencia de patología oral.²⁶

El consumo de dulces, bebidas gaseosas, gelatina y otros alimentos muy azucarados de alto contenido energético y bajo valor nutritivo, no deben reemplazar al consumo de alimentos necesarios para el crecimiento, desarrollo y mantener la salud del niño. La alimentación es un factor fundamental que permite a los niños y niñas crecer y desarrollarse saludablemente. En esta etapa, el consumo de alimentos depende de varios factores: la edad, peso, talla, actividades escolares, etc. Se debe educar a nivel familiar y escolar para incentivar el consumo de alimentos de alto valor nutritivo.²⁶

Los patrones de alimentación inadecuadas, como la alimentación con biberón más allá del año, periodo de lactancia prolongado y niños que se llevan a la cama un biberón, son responsables de un aumento en la exposición de los dientes temporales a carbohidratos fermentables, lo que aumenta el riesgo de desarrollar caries.³²

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. 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 comidas o picar, es un mal hábito que debe evitarse a toda costa, 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 re mineralizadora contribuyendo a la formación de caries dental.³³

• Caries

La caries dental es uno de los problemas de salud más común a escala mundial, por falta de atención médica y también por malos hábitos de higiene y alimentación que contribuyen al deterioro dental de millones de personas. No es solo la patología bucal más común en Estados Unidos, sino que representa la enfermedad crónica más prevalente en la infancia, lo que se refleja en muchos países como el nuestro.¹⁷

La caries es una enfermedad infecciosa, la cual puede ser originada por varias causas y afectar varios tejidos dentales por eso se considera multifactorial, esta enfermedad puede afectar a cualquier persona; eso indica que todas las personas estamos expuestos a padecerla. Afecta a la estructura dura de las piezas dentales y se caracteriza por su desintegración molecular, localizada y progresiva que lleva, si no se detiene su avance natural, a una lesión irreversible.¹⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.³⁴

Por lo general, se supone que la baja prevalencia de caries está asociada con poblaciones de baja ingesta de azúcar, comidas infrecuentes y alejadas de la civilización. Por contraste, la alta prevalencia de caries se observa más probablemente en naciones industrializadas con fácil disponibilidad de azúcares y altos índices de entremeses.¹⁹

Esta enfermedad infecciosa y transmisible puede ser adquirida por la mayoría de los niños a través de sus madres o familiares y la causan los microorganismos *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus spp.* al producir ácido láctico.¹⁷

Existen muchos factores de riesgo: físicos, biológicos, ambientales, conductuales; además el número de bacterias que causan caries, la disminución en el flujo salival, poca o nula exposición al flúor, higiene oral deficiente y pobre alimentación.³⁵ Los dientes con defectos en la estructura del esmalte son más susceptibles a las caries. La prevención de esta enfermedad debe efectuarse desde que la madre está embarazada, la revisión del recién nacido y establecer citas de control y seguimiento con el estomatólogo pediatra.³²

• **Caries temprana de la infancia**

Se caracteriza por dientes con caries en infantes y se la define como la presencia de uno o más dientes con caries, perdidos u obturados en pacientes menores de 71 meses.²¹

La caries dental es una de las enfermedades prevenibles más comunes en la infancia.³⁶ Es una enfermedad multifactorial, crónica, que progresa lentamente en la mayoría de las personas. Se caracteriza por la destrucción precoz de los tejidos duros del diente temporal, que se presenta a medida que van erupcionando los dientes. Tiene alto riesgo en niños pequeños debido a los malos hábitos alimenticios; no es exclusivo el uso prolongado del biberón.³⁵

Existen muchos factores de riesgo: físicos, biológicos, ambientales, conductuales; además el número de bacterias que causan caries, la disminución en el flujo salival, poca o nula exposición al flúor, higiene oral deficiente y pobre alimentación. Los dientes con defectos en la estructura del esmalte son más susceptibles a las caries.

La prevención de esta enfermedad debe efectuarse desde que la madre está embarazada, la revisión del recién nacido y establecer citas de control y seguimiento con el estomatólogo pediatra.

Es una patología que se puede prevenir, por lo cual hay que explicar a los padres la importancia de la enfermedad, pues no afecta únicamente a los dientes, se puede afectar la masticación, la deglución, la fonación etc.³⁷

Algo que es de suma importancia y que la mayoría de las veces pasa inadvertido es que los padres también deben estar libres de caries ya que cuando los padres presentan cifras más altas de *Streptococcus mutans* y lactobacilos, los niños muestran CTI por una exposición temprana a estas bacterias.

Es obligación de los padres que al año de edad el niño cuente con un odontólogo pediatra de cabecera para reforzar buenos hábitos alimenticios y una higiene adecuada, realizar tratamientos preventivos como la aplicación de barniz de flúor.

Debido a que raramente se acude al dentista antes que el paciente cumpla el año de edad, el pediatra debe indicar a los padres que acudan con un odontólogo pediatra de manera que comience a asesorar sobre la alimentación e higiene a los padres de los niños y de ese modo comenzar a prevenir esta enfermedad.

Caso Clínico

- *Anamnesis*

Paciente femenino de 4.8 años de edad que nació por medio de cesárea debido a un sangrado repentino a los 9 meses de gestación, no presentó complicaciones al nacer, respiró bien, dentro de sus antecedentes post-natales la alimentación del paciente fue con leche materna hasta los 24 meses y biberón 48 meses. Actualmente su alimentación es balanceada. Su esquema de vacunación está completo. El paciente presenta buen estado de salud general, no hay antecedentes quirúrgicos ni hospitalarios. En los antecedentes heredofamiliares se destaca diabetes por parte de la familia materna.

A la inspección clínica se encontraron múltiples lesiones cariosas y procesos infecciosos en molares inferiores. Se procedió a elaborar la historia clínica a la madre y tomar radiografías para establecer el diagnóstico y plan de tratamiento.

Así mismo, se le comentó sobre el trabajo a realizar y se le pidió su participación en este estudio. Aceptando participar, se le entregó la encuesta sobre estatus socioeconómico y hábitos alimenticios. Se programó para su rehabilitación por cuadrantes en la Clínica de la Especialidad en Odontología Pediátrica.

- *Diagnóstico Odontológico*

Examen Extraoral

FRENTE

- Normofacial.
- Simetría facial.
- Tercios balanceados.
- Labios sellados.
- Línea bipupilar paralela al piso.
- Línea comisural paralela al piso.
- Implantación de las orejas normales.

PERFIL

- Perfil convexo.
- Ángulo fronto-nasal abierto.
- Ángulo naso-labial cerrado.
- Ángulo mento-labial abierto.

Examen Intraoral

FRENTE

- Melanosis racial.
- Línea media desviada hacia la derecha.
- Lesiones cariosas en órganos dentarios 53, 52, 51, 61, 62, 63, 73.
- Mordida cruzada anterior a nivel de laterales.
- Se aprecian los procesos infecciosos que encuentran en la región posterior en el arco inferior.



Fig. 1 Fotografía de frente

ARCO SUPERIOR

- Arco en forma de U.
- Estadio clínico 1.
- Presencia de espacios primates.
- Paladar profundo.
- Órganos dentarios presentes 55, 54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 65.
- Lesiones cariosas en órganos dentarios 55, 54, 52, 51, 61, 62, 64, 65.
- Giroversiones en órganos dentarios 52 y 62.



Fig. 2 Fotografía oclusal superior

ARCO INFERIOR

- Arco en forma de U.
- Estadio clínico 1.
- Órganos dentarios presentes 75, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84, 85.
- Lesiones cariosas en órganos dentarios 75, 74, 73, 84, 85.
- Fístulas a nivel del órgano dentario 75 y 84.
- Giroversiones en órganos dentarios 71 y 81.



Fig. 3 Fotografía oclusal inferior

PERFIL DERECHO

- Plano terminal: Escalón mesial.
- Relación canina Clase I.
- Lesión cariosa en órganos dentarios 53, 52, 51.
- Fístula a nivel de órgano dentario 84.



Fig. 4 Fotografía perfil derecho

PERFIL IZQUIERDO

- Plano terminal: Escalón mesial.
- Relación canina Clase I.
- Mordida cruzada a nivel de lateral.
- Lesión cariosa grupo V en órgano dentario 63.
- Presencia de fístula a nivel de órgano dentario 75.



Fig. 5 Fotografía perfil izquierdo

Nomenclatura³⁸

La nomenclatura utilizada en el presente caso es la siguiente:

- LC: lesión cariosa.

- G: grupo. Se refiere a la clasificación según su localización.
 - GI: son lesiones cariosas localizadas en fosetas y fisuras de molares y fosa palatina de centrales y caninos.
 - GII: son lesiones cariosas localizadas en caras interproximales de molares abarcando el área de contacto.
 - GIII: lesiones cariosas desarrolladas en caras interproximales de incisivos y caninos, localizadas en el punto de contacto.
 - GIV: se desarrollan en superficies interproximales de incisivos y caninos abarcando el ángulo incisal.
 - GV: son lesiones desarrolladas sobre el tercio cervical de molares, caninos e incisivos, sobre cualquiera de sus caras.
 - GVI: lesiones que afectan cúspides o bordes incisales.

- g: grado. Éste se refiere a la clasificación según la profundidad de la lesión.
 - g1: lesiones cariosas incipientes y superficiales, es decir, sólo está comprometido el esmalte.
 - g2: lesiones cariosas que abarcan esmalte y llegan hasta la mitad de la dentina.
 - g3: abarca todo el espesor de la dentina y compromete al tejido pulpar.
 - g4: se distingue cuando la pulpa ha sido destruida en su totalidad y se encuentra comprometido el hueso alveolar.

- C: clase. Se refiere a la clasificación de la restauración según su localización.
 - CI: restauración localizada en superficie oclusal de molares y fosa palatina de centrales y caninos.
 - CII: restauraciones que implican caras interproximales de molares abarcando el área de contacto.
 - CIII: comprenden las restauraciones en áreas interproximales de incisivos y caninos, localizadas en el punto de contacto.
 - CIV: restauraciones de ángulos incisales de incisivos y caninos.
 - CV: restauraciones sobre el tercio cervical de molares, caninos e incisivos, sobre cualquiera de sus caras.
 - CVI: abarca cúspides o bordes incisales.

DIAGNÓSTICO

55	LCGIg3	LCGIg2	65
54	LCGIg2	LCGIg3	64
53	LCGVg1	LCGVg2	63
52	LCGIIIg2	LCGIIIg2	62
51	LCGIIIg2	LCGIIIg2	61
81	Sano	Sano	71
82	Sano	Sano	72
83	Sano	LCGIIIg2	73
84	LCGIIg4	LCGIIg3	74
85	LCGIg3	LCGVlg4	75

PLAN DE TRATAMIENTO

55	Pulpotomía y corona	Restauración con amalgama CI	65
54	Restauración con amalgama CI	Pulpotomía y corona	64
53	Ameloplastía y barniz de flúor	Restauración con ionómero de vidrio CV	63
52	Corona acero cromo	Restauración con resina	62
51	Corona acero cromo	Corona acero cromo	61
81	Barniz de flúor	Barniz de flúor	71
82	Barniz de flúor	Barniz de flúor	72
83	Barniz de flúor	Restauración con ionómero de vidrio	73
84	Extracción	Pulpotomía y corona	74
85	Pulpotomía y corona	Extracción	75

Debido a la pérdida por caries de los órganos dentarios 75 y 84 se estableció la confección de una prótesis bilateral removible.

DIAGNÓSTICO DENTAL

Paciente femenino de 4.8 años de edad presenta biotipo normofacial, perfil convexo, sellado labial. Relación molar escalón mesial bilateral, relación canina Clase I en ambos lados, mordida cruzada anterior unilateral. Múltiples lesiones cariosas y procesos infecciosos bilaterales a nivel de molares.

TRATAMIENTO DENTAL

Previo a la autorización de la historia clínica se realizó una profilaxis a la paciente para ver su comportamiento, empezar con un tratamiento sencillo e ir estableciendo la confianza con la misma. Se le recetó antibiótico: Amoxiclav BID suspensión, 400mg/57.1mg/5ml; 5ml cada 12 horas por 7 días y se programó para comenzar a eliminar los procesos infecciosos.

A pesar de la falta de cooperación de la paciente se logró realizar en el sillón dental las terapias pulpares, colocación de coronas de acero cromo, amalgamas, resinas, ionómeros de vidrio y exodoncias. Con el uso de dique de hule y grapa número W14A para molares superiores y W8A para molares inferiores, con previa infiltración de mepivacaína con epinefrina al 2% de 1.8mL en cada cita trabajando por cuadrantes.

Después del saneamiento del arco inferior, la paciente comenzó a faltar a sus citas sin motivo alguno, se logró contactar a la madre y explicó que por falta de recursos económicos se le complicó seguir llevando a la paciente a sus citas. La paciente reanudó sus citas después de casi 2 meses y la exploración clínica se encontró que los molares permanentes inferior ya habían erupcionado y empezaba a cerrarse el espacio que habían dejado las extracciones. Tomando esto en cuenta, se procedió a realizar una prótesis bilateral removible, la cual la paciente accedió felizmente y se terminó de restaurar el arco superior favorablemente.

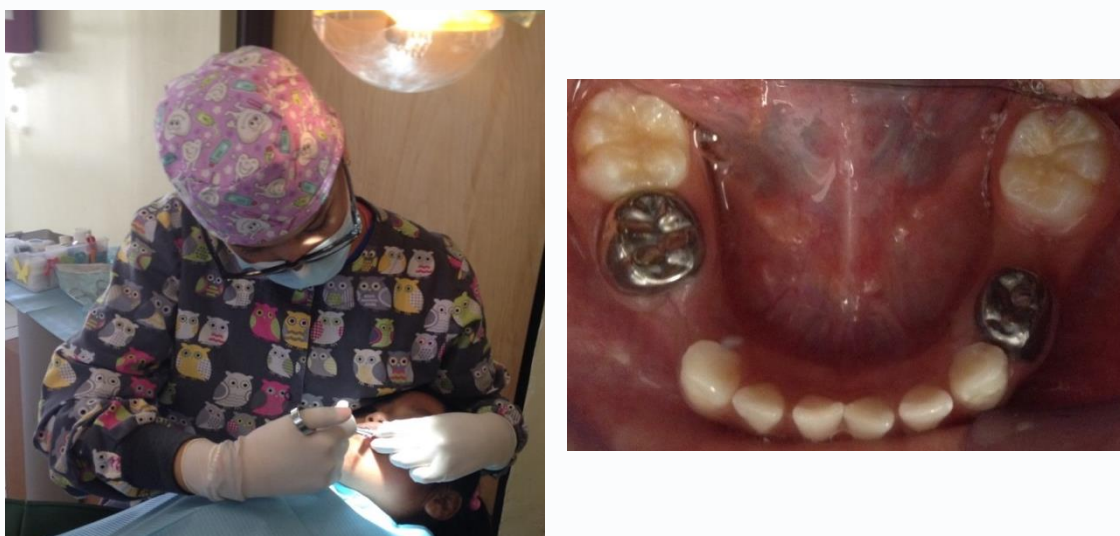


Fig. 6 Procedimiento

FOTOGRAFÍAS FINALES



Fig. 7 Arco superior restaurado



Fig. 8 Arco inferior restaurado



Fig. 9 Restauración de los órganos dentarios anteriores

RESULTADOS

Al realizar la encuesta sobre estatus socioeconómico y hábitos alimenticios, a la madre de la paciente, se obtuvieron los datos indicadores de la calidad de vida y las costumbres alimenticias que se tienen dentro del hogar. Se logró constatar que la familia es parte de un nivel socioeconómico D. El padre se dedica a la repostería y la madre al hogar, no cuentan con hogar propio y los hábitos alimenticios generales son malos.

El estatus socioeconómico influyó en la toma de decisiones respecto al plan de tratamiento dental, ya que no fue posible la colocación de coronas de celuloide en los dientes anteriores por la falta de recursos económicos para cubrir el costo de la rehabilitación dental. Por lo que se decidió colocar coronas de acero cromo.

Considerando el estatus socioeconómico y los hábitos alimenticios se diseñó un plan preventivo, consistiendo principalmente en la instrucción a la paciente y su madre cada cita acerca del por qué es importante mantener una buena higiene bucal y mejorar los hábitos alimenticios por medio de folletos y diálogos adecuados a su condición socioeconómica y académica.

Durante la rehabilitación y al transcurso de siete meses postratamiento la madre manifestó que está haciendo el esfuerzo económico para consumir más frutas y verduras, reducir la ingesta de carbohidratos y el cepillado dental mínimo dos veces al día.

CONCLUSIÓN

En el presente caso clínico la paciente mostró:

- Estatus socioeconómico nivel D.
- Hábitos alimenticios dentro de la categoría *malos*.
- Caries temprana de la infancia leve de acuerdo al Índice de Wyne.

Bibliografía

1. Marthaler TM. Changes in dental caries 1953–2003. *Caries Res.* 38:173–181.2004.
2. Ministerio de Salud. Guía clínica atención primaria del preescolar de 2 a 5 años. Santiago: Minsal, 2009.
3. Lozano Estevan MC. Condicionantes socioeconómicos de los hábitos alimentarios e ingesta de energía y nutrientes en escolares. Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia Universidad Complutense de Madrid. 2004.
4. Prashanth Prakash y cols. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: A cross-sectional study. *Eur J Dent.* Apr 2012; 6(2): 141–152.
5. Klaus Pieper y cols. The influence of social status on pre-school children's eating habits, caries experience and caries prevention behavior. *Int J Public Health* (2012) 57:207-215.
6. M Viridi, N Bajaj, A Kumar. Prevalence of Severe Early Childhood Caries in Pre-School Children in Bahadurgarh, Haryana, India. *The Internet Journal of Epidemiology.* 2009 Volume 8 Number 2.
7. Hernández Morelia. Relación entre estrato socio-económico y la presencia de caries dental en primeros molares inferiores en alumnos de la U.E. Eloy Paredes y U.E La Salle. Mérida-Venezuela. 2008.
8. Heriberto López Romo. Los niveles socioeconómicos y la distribución del gasto. Instituto de Investigaciones Sociales, S.C., Noviembre, 2009.
9. Fischer Laura (2007) *Mercadotecnia*, 3ra Edición, México, Editorial Mc Graw Hill. Pags 108-115.
10. Ayuntamiento de Tijuana. Desarrollo Social Integral. Plan Municipal de Desarrollo 2011-2013.
11. Moreiras O. y Cuadrado C. Hábitos alimenticios. En: R. Tojo, editor. *Tratado de Nutrición Pediátrica.* 1ª ed. Barcelona: Doyma, 15-32. 2001.
12. Marín L, Segura O, Lozano MC, Navarro A, Ortega RM, López Sobaler AM, y col. Estudio de los hábitos alimentarios de un colectivo de escolares de la Comunidad de Madrid. V Congreso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. III Congreso iberoamericano de Nutrición y Salud Pública. Madrid 26-29 de septiembre de 2002.
13. Dynesen AW y cols. Sociodemographic differences in dietary habits described by food frequency questions-results from Denmark. *Eur J Clin Nutr.* 2007; 10:24-33.
14. Story M, Neumark-sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescents eating behaviours. *Journal of the American Dietetic Association* 2002; 102: p. s40-s51.
15. Navia B, Ortega RM, Requejo AM, Perea JM, Lopez Sobaler, Faci M. Influence of maternal education on food and energy and nutrient intake in a group of preschool children from Madrid. *International Journal of Vitamins Nutrition Research.* 2003; 73 (6): p.439-445.
16. Gil A. *Tratado de Nutrición Tomo III. Nutrición humana en el estado de salud.* 2da Edición. Madrid. Médica Panamericana. 2010. p.230.
17. World Health Organization (1987): *Oral health surveys. Basic Methods.* 3rd. Geneve, Suiza, WHO.

18. Negroni. Microbiología Estomatológica, Fundamentos y Guía Práctica. Editorial Panamericana. Impreso en Buenos Aires. Argentina. 2009. p.249.
19. McDonald/Avery. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta edición. Editorial Médica Panamericana. 1995. P.272.
20. US Department of Human Services. Oral Health in America. A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health. Rockville, MD.; 2000.
21. Definition of early childhood caries (ECC) *Pediatr Dent* 2005-2006; 27:13.
22. Alonso Noriega MJ, Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. *Perinatología y reproducción humana*. Artículo de revisión. Abril-Junio, 2009 Volumen 23, Número 2 pp 90-97.
23. Lawder J, Mendes Y. Análisis del impacto real de los hábitos alimenticios y nutricionales en el desarrollo de la caries dental. *Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 49 N° 2 / 2011*.
24. Policy of early childhood caries (ECC). Classifications, consequences and prevention. *Pediatr Dent* 2005-2006; 27:31-3.
25. Wyne AH. Early childhood caries: nomenclature and case definition. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1999; 27: 313-315.
26. Intriago Solís MD. Hábitos de higiene y alimenticios y su influencia en la salud oral. Ecuador, 2009.
27. Bönecker Marcelo, Abanto Jenny, Tello Gustavo, Oliveira Luciana Butini. Impact of dental caries on preschool children's quality of life: an update. *Braz. oral res.* [serial on the Internet]. 2012 [cited 2014 Aug 24]; 26(spe1): 103-107.
28. Cuenca Sala E. Las desigualdades en salud oral. En: Cuenca Sala E, Baca García P. *Odontología preventiva y Comunitaria, principios, métodos y aplicaciones*. 3ª ed. Barcelona: Masson: 2005. p. 263-74.
29. Medina- Solís CE, Segovia Villanueva A, Estrella Rodríguez R, Maupomé G, Ávila Burgos L, Pérez Núñez R. et al. Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche. *Gac Méd Méx*. 2006; 142 (5): 363
30. Lostao L, Regidor E, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97. *Rev Esp Salud Pública*. 2001; 75: 115-28.
31. Guerrero Espín, MF. Los hábitos alimenticios y la influencia en el rendimiento escolar en los niños y niñas de educación inicial. Ecuador, 2009.
32. Gussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM. Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. *J Paediatr Child Health* 2006; 42(1-2):37-43.
33. Lara Poggi, AA. Hábitos alimenticios y su incidencia en la formación de caries en los niños preescolares. Universidad Particular "San Gregorio de Portoviejo". Ecuador, 2009.
34. Palomer R Leonor. Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. *Rev. Chil. Pediatr.* [revista en la Internet]. 2006 Feb [citado 2014 Ago 24]; 77(1): 56-60.

35. García SA, De la Teja AE. Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. Presentación de un caso. *Acta Pediatr Mex* 2008; 29(2):69-72.
36. Ministerio de Salud. Guía Clínica atención primaria del preescolar de 2 a 5 años. Santiago: Minsal, 2009.
37. Guillermo Alberto Sólomon-Santibáñez, Juan Pablo Villa-Barragán, Irma Patricia Núñez-Vázquez. Infancia: vulnerabilidad frente a la pobreza. *Acta Pediátrica de México*. Volumen 29, Número 1, Enero-Febrero, 2008. Órgano Oficial del Instituto Nacional de Pediatría. LILACS. SSALUD. Grupo II. Clasificación de Revistas Médicas. ARTEMISA, CENIDS. EBSCO.
38. Nocchi, Nocchi Conceição. *Odontología Restauradora*. 2da Edición. Editorial Médica Panamericana. 2007. Capítulo 1. Pág. 8.

Anexos

- **Anexo 1**

Carta de consentimiento informado

Tijuana, B.C. a ____ de _____ de 2013.

Estoy de acuerdo en que mi hijo(a) _____ participe en el proyecto de investigación titulado Relación del estatus socioeconómico con los hábitos alimenticios y la experiencia de CTI en preescolares, realizado por la alumna CD Adriana Lares Aviles de la Especialidad en Odontología Pediátrica de la Universidad Autónoma de Baja California.

Asimismo, autorizo a que se le realicen todos los procedimientos aptos y precisos para el análisis necesario para dicha investigación.

Estoy en la disposición de cooperar en todos los sentidos con los cirujanos dentistas que sean asignados.

Nombre y firma del Padre, Madre o Tutor.

Nombre y firma de Testigo.

• **Anexo 2**

Instrumento de medición

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA, CAMPUS TIJUANA
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

En este cuestionario queremos preguntar sobre el estatus socioeconómico de la familia y los hábitos alimenticios del niño o niña que ha llevado este cuestionario a casa y que participa en el estudio "Relación del estatus socioeconómico con los hábitos alimenticios y la experiencia de CTI en preescolares".

Nombre del niño(a): _____
Edad: _____ Grado: _____

MARQUE LA RESPUESTA QUE MÁS SE AJUSTE A SU REALIDAD. FAVOR DE CONTESTAR HONESTAMENTE Y LO MÁS ACERTADO POSIBLE.

ENCUESTA SOBRE EL ESTATUS SOCIOECONÓMICO.

1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios.

1	2	3	4	5	6	7 o más
---	---	---	---	---	---	---------

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y excusado hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

0	1	2	3	4 o más
---	---	---	---	---------

3. ¿En hogar cuenta con regadera funcionado en alguno de los baños?

SI	NO
----	----

4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, ¿cuántos focos tiene su vivienda?

0-5	6-10	11-15	16-20	21 o más
-----	------	-------	-------	----------

5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

Tierra o cemento	Otro tipo de material o acabado
------------------	---------------------------------

6. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

0	1	2	3 o más
---	---	---	---------

7. ¿Cuántas televisiones a color funcionado tienen en su hogar?

0	1	2	3 o más
---	---	---	---------

8. ¿Cuántas computadoras personales, ya sea de escritorio o laptop, tiene funcionando en su hogar?

0	1	2 o más
---	---	---------

9. ¿En su hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

SI	NO
----	----

10. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en su hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó?

NO ESTUDIÓ
PRIMARIA INCOMPLETA
PRIMARIA COMPLETA
SECUNDARIA INCOMPLETA
SECUNDARIA COMPLETA
CARRERA COMERCIAL
CARRERA TÉCNICA

PREPARATORIA INCOMPLETA
PREPARATORIA COMPLETA
LICENCIATURA INCOMPLETA
LICENCIATURA COMPLETA
DIPLOMADO O MAESTRÍA
DOCTORADO
NO SABE/ SE OMITIÓ RESPUESTA

ENCUESTA SOBRE HÁBITOS ALIMENTICIOS.

1. ¿Hubo alimentación materna?

NO	SI	¿Cuántos meses?	
----	----	-----------------	--

2. ¿Hubo alimentación por medio del biberón?

NO	SI	¿A los cuántos años lo dejó?	
----	----	------------------------------	--

3. Antes de dormir, ¿tomaba biberón?

NO	SI	Duración en meses	
----	----	-------------------	--

4. Aparte de la leche, ¿le agregaba algo más al biberón?

NO	SI	¿Cuáles?
----	----	----------

5. ¿Cómo son los hábitos alimenticios del niño?

Muy adecuados	Normal	Inadecuados
---------------	--------	-------------

6. ¿Desayuna antes de irse a la escuela?

NO	SI	¿Qué desayuna normalmente?
----	----	----------------------------

7. ¿Cuántas veces come al día?

	Hace 3 comidas principales: desayuno, comida y cena; y 2 menores.
	Come 2 veces al día: a media mañana y la merienda o cena.
	No hace comidas estructuradas: come cuando tiene hambre.

8. En su alimentación, ¿están incluidas las frutas y verduras?

A diario	De vez en cuando	Nunca
----------	------------------	-------

9. ¿Va a menudo a restaurantes en los que se sirve comida rápida?

Frecuentemente	Pocas veces	Nunca
----------------	-------------	-------

10. En un día normal, ¿qué es lo que más bebe?

Soda	Agua	Jugos	Variado
------	------	-------	---------

11. ¿Cuántas veces al día consume bebidas o alimentos azucarados?

Número de veces		No sabe	Nunca
-----------------	--	---------	-------

12. ¿Cuántas veces, entre comidas, consume comida chatarra? (dulces, papitas, gomitas, chocolates, galletas, etc.)

Tipo de alimento	Número de veces a la semana

13. ¿Se toma el tiempo necesario y adecuado para comer?

SI	NO	Normalmente
----	----	-------------

14. ¿Cómo es el peso del niño respecto a su edad?

Bien	Normal	Inadecuado
------	--------	------------

15. Respecto al ejercicio físico, ¿cómo es su rendimiento?

Alto	Normal	Bajo
------	--------	------

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y POR PARTICIPAR!

• **Anexo 3**

Odontograma

Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología
Especialidad en Odontología Pediátrica
Relación del estatus socioeconómico, hábitos alimenticios y experiencia de CTI en preescolares

Fecha: _____ **Número:** _____

Nombre: _____

Edad: _____

Género: M F _____

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

• Anexo 4

Historia Clínica

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESPECIALIDAD DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA
HISTORIA CLINICA INTEGRAL

Número de Expediente: 25664	Fecha: 7 de febrero, 2014
-----------------------------	---------------------------

Nombre del Alumno: Adriana Lares Aviles

Nombre: Evelyn Alcántara Juárez	Edad: 4.8 a	Sexo: F
---------------------------------	-------------	---------

Lugar y Fecha de Nacimiento: Tijuana, B.C. 28 de junio de 2009.

Pasatiempo: Pintar, escribir		
Quién lo cuida: Mamá	Con quién se identifica: Papá	
Escuela: Progreso Crew	Grado: 3K	Religión: Católica
Nombre del Padre: Celso Alcántara		Ocupación: Repostero
Nombre de la Madre: Elizabeth Juárez		Ocupación: Hogar
Dirección: Jardines del Rubí Col. El Rubí		Teléfono: 6643334941

HISTORIA MÉDICA

Médico Pediatra: Seguro Social		Teléfono: No lo recuerda						
Última consulta: Enero 2014.		Motivo: Dolor muela						
Tratamiento médico: Actual No Resiente No		Cuál: -----						
Fármacos: -----								
Vacunas	DPT	Si	Polio	Si	BCG	Si	Sarampión	Si
Antecedentes Quirúrgicos: -----								
Antecedentes Hospitalarios: -----								
Complicaciones: -----								

Alergias

Medicamentos: NO		Alimentos: NO		Animales: NO		Otros/Cuáles: NO	
Traumatismos: NO		Fracturas: NO		Explique: -----			
Sangrado	Normal: SI			Excesivo: NO			
Moretones	Frecuentes : NO			Extensos: NO			

ANTECEDENTES PRENATALES

Padecimiento en el embarazo

Amenaza de Aborto: NO		Embarazo de alto Riesgo: NO		Accidente/Trauma: NO	
Consumió Tabaco: NO		Alcohol: NO		Fármacos: NO	

ANTECEDENTES PERINATALES

PARTO

Normal : NO	Cesárea: SI	Causa: SANGRADO
No.de meses al nacimiento: 9 meses	Uso incubadora: NO	

ANTECEDENTES POSNATALES

Alimentación Materna: SI	Meses: 24 MESES		
Artificial: SI	Meses: 48 MESES	Agregados/ Cuáles: NO	
Tipo de Alimentación Actual	Fibrosa: SI	Dura: SI	Blanda: SI
Alimentos que más consume: POLLO			

ANTECEDENTES FAMILIARES

Intrafamiliares: NINGUNO
Familia Paterna: NINGUNO
Familia Materna: DIABETES

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Experiencia dental: SI

Cuándo: ENERO	Cómo: FAVORABLE	Dolor: -----
Motivo de la Consulta: Revisión		
Padecimiento Actual: Múltiples lesiones cariosas		
Evolución: Favorable		
Traumatismo: NO	Cuándo: NO	Con qué: ----

Higiene

Aceptable: NO	Deficiente: SI	Veces al día: 2	Ayuda: A VECES
Cepillo: Infantil	Pasta: Adulto	Hilo dental: NO	Otro medio: NO

Hábitos

Mordedura: NO	Labios: NO	Uñas: NO	Objetos/Cuál: NO
---------------	------------	----------	------------------

Succión:

Labio: NO	Dedos: NO	Lengua: NO	Objeto/Cuál: NO
-----------	-----------	------------	-----------------

EXAMEN CLINICO

EXTRAORAL

Tipo Facial: Normofacial	Simetría: si
Tercios: Simétricos	Perfil: CONVEXO

Labios

Reposo Juntos : SI Separados: NO	Función Sellados: SI Forzados: NO
----------------------------------	-----------------------------------

Mentón:

Débil: NO	Prominente: NO	Hiperactivo: NO	Normal: SI
-----------	----------------	-----------------	------------

INTRAORAL

Mucosa

Carrillos: SDP	Labios: RESECOS	Paladar: PROFUNDO	Encía: FISTULA 75 y 84	Frenillos: SDP
----------------	-----------------	-------------------	------------------------	----------------

Lengua

Posición Alta: SI	Posición baja: NO	Proyección: NO	Frenillo corto: SI
-------------------	-------------------	----------------	--------------------

Amígdalas

Inflamadas: NO	Hipertrofia: NO	Supurativas: NO	Normal: SI
----------------	-----------------	-----------------	------------

FUNCIONES:

Respiración

Oral: SI	Nasal: SI	Obstrucción: NO
----------	-----------	-----------------

Vía Aérea:

Estrecha: NO	Permeable: SI
--------------	---------------

Masticación Unilateral: NO	Bilateral: SI
----------------------------	---------------

Desgaste Dental:

Nulo: NO	Excesivo: NO	Normal: SI
----------	--------------	------------

Deglución:

Visceral: NO	Somática: SI	Atípica: NO
--------------	--------------	-------------

Fonación:

Correcta: NO	Deficiente: SI	Explique: EDAD
--------------	----------------	----------------

EXAMEN OCLUSAL

Estadio Clínico:1	Edad Cronológica: 4.8	Edad dental: 4-5
-------------------	-----------------------	------------------

Línea Media: DESVIADA	Superior: Derecha /Izquierda	Inferior :Derecha /Izquierda
-----------------------	------------------------------	------------------------------

Relación Molar:

Canino:

Derecha: EM	Izquierda: EM	Derecha: ---	Izquierda: ---
-------------	---------------	--------------	----------------

Espacios Primates

Fisiológicos:

Superior: SI	Inferior: NO	Diastema: NO	Trema: ----
--------------	--------------	--------------	-------------

Resalte	0 mm	Entrecruzamiento	0mm	Mordida Abierta	0 mm
---------	------	------------------	-----	-----------------	------

Mordida Cruzada

Posterior Derecha NO/ Izquierda NO	Anterior: SI LATERAL SUPERIOR
------------------------------------	-------------------------------

Forma de Arcos

Curva de Spee

Sup: U	Inf: U	Normal: SI	Exagerada: ---
--------	--------	------------	----------------

ERUPCION

Tardía NO	Prematura: NO	Primarios:	Permanentes: 0
-----------	---------------	------------	----------------

Anomalías:

Inclinación Axial: no	Transposición: no	Ectópica: no	Retención: no
-----------------------	-------------------	--------------	---------------

Impactado: no	Infra erupción (anquilosado):no	Supra erupción: no
---------------	---------------------------------	--------------------

Número de órganos dentales:

OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICO

55	LCGIg3	LCGIg2	65
54	LCGIg2	LCGIg3	64
53	LCGVg1	LCGVg2	63
52	LCGIIIg2	LCGIIIg2	62
51	LCGIIIg2	LCGIIIg2	61
81	Sano	Sano	71
82	Sano	Sano	72
83	Sano	LCGIIIg2	73
84	LCGIIg4	LCGIIg3	74
85	LCGIg3	LCGVlg4	75

PLAN DE TRATAMIENTO

55	Pulpotomía y corona	Restauración con amalgama CI	65
54	Restauración con amalgama CI	Pulpotomía y corona	64
53	Ameloplastía y barniz de flúor	Restauración con ionómero de vidrio CV	63
52	Corona acero cromo	Restauración con resina	62
51	Corona acero cromo	Corona acero cromo	61
81	Barniz de flúor	Barniz de flúor	71
82	Barniz de flúor	Barniz de flúor	72
83	Barniz de flúor	Restauración con ionómero de vidrio	73
84	Extracción	Pulpotomía y corona	74
85	Pulpotomía y corona	Extracción	75

NOTA: Prótesis bilateral inferior removible.

AUTORIZACIÓN DEL PADRE O TUTOR:

El objetivo principal de esta clínica especializada es que los odontólogos aprendan a realizar el tratamiento integral de los niños; por lo que la atención dental es con base en el valor que este tenga para la enseñanza y programa de investigación de esta facultad.

Entiendo que los estudio de diagnóstico deben pagarse, ya que todos los documentos: radiografías, modelos, etc.; son propiedad de la facultad. Incluyendo aquellos estudios radiográficos y fotográficos que se requieran para tratamiento ortodóntico u ortopédico.

Autorizo a la Clínica de Especialidad de Odontología Pediátrica para realizar todos los procedimientos técnicos necesarios o aconsejables para el diagnóstico y tratamiento del mencionado paciente.

La facultad de odontología puede tomar cualquier fotografía necesaria para fines de enseñanza y proporcionar todos los documentos, únicamente a médicos y cirujanos dentistas para verificar el diagnóstico o consultar el caso.

ESTOY DE ACUERDO EN PAGAR TODOS LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS POR LA CLINICA DE ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y COOPERAR EN TODOS LOS SENTIDOS CON LOS CIRUJANOS DENTISTAS QUE SEAN ASIGNADOS.

Fecha	Nombre del Padre o Tutor	Firma