



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA
SALUD SOBRE PATOLOGÍAS BUCALES MÁS FRECUENTES
EN ADOLESCENTES DE UNA SECUNDARIA DE LA
DELEGACIÓN XOCHIMILCO. 2005**

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P r e s e n t a :

BERENICE TREJO SALINAS

**DIRECTORA : MTRA. ARCELIA F. MELÉNDEZ OCAMPO
ASESOR : C. D. DANIEL QUEZADA RIVERA**

MÉXICO, D.F.

2005

m342866

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

GRACIAS por toda la felicidad y los beneficios que he recibido, por ser quien marca el rumbo de mi vida y quien me da fortaleza para seguir siempre adelante.

Gracias por dejarme vivir día a día con la gente que amo y por regalarme la oportunidad de alcanzar este día uno de mis sueños.

A MIS PAPÁS:

Les doy GRACIAS por su presencia, por todo su amor, por su cariño, por su tiempo, por su apoyo, por sus cuidados, por creer siempre en mí, por las palabras de aliento cuando las he necesitado por la alegría que le dan a mi vida y por todo lo que me han dado.

Les dedico este trabajo por que es la meta por la que juntos hemos trabajado y por transmitirme las ganas de luchar cada día más.

LOS AMO Y LOS QUIERO MUCHO.

A BRENITA Y OMARCITO:

Hermanitos GRACIAS por estar conmigo, por crecer conmigo, por su alegría, por su cariño, por su disposición, por ser unos pacientes muy pacientes, GRACIAS por su apoyo, por su ayuda y por ser también mis amigos. LOS QUIERO MUCHO Y GRACIAS POR EXISTIR.

A LA UNIVERSIDAD:

Por permitirme pertenecer orgullosamente a ella además de haberme dado siempre lo mejor para mi preparación profesional y personal.

A MIS PROFESORES:

Gracias por sus enseñanzas, por su amistad, por su tiempo y por su dedicación y sobre todo a la Dra. Arcelia Meléndez por su apreciable ayuda y apoyo para la realización de este trabajo.

A MIS AMIGOS:

Por haber formado parte de mi vida todo este tiempo, por compartir el mismo sueño, pero sobre todo por su amistad incondicional.

A TODA MI FAMILIA:

Por todas las palabras de aliento, de esperanza, por su cariño y afecto pero principalmente por ser una bendición en mi vida MIL GRACIAS.

INDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	2
2. ANTECEDENTES	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
4. JUSTIFICACIÓN	34
5. HIPÓTESIS	34
6. OBJETIVOS	34
6.1. OBJETIVO GENERAL	
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
7. METODOLOGÍA	35
7.1. MATERIAL Y MÉTODO	35
7.2. TIPO DE ESTUDIO	36
7.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	37
7.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	37
7.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	37
7.6. VARIABLES DE ESTUDIO	37
7.7. VARIABLE INDEPENDIENTE	37
7.8. VARIABLE DEPENDIENTE	37
7.9. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (Escala de Medición).	37
7.10. RECURSOS	38
7.10.1 HUMANOS	
7.10.2 MATERIALES	
7.10.3 FINANCIEROS	
8. RESULTADOS	39
9. CONCLUSIONES	45
10. REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS	46
ANEXOS	48

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Trejo Salinas

Berenice

FECHA: 12 Abril 2005

FIRMA: 

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), México se encuentra entre los países de alto rango en la frecuencia de enfermedades bucales y dentro de ellas, las de mayor prevalencia son la caries dental que afecta a más de 90% de la población mexicana, la enfermedad periodontal, los traumatismos maxilofaciales, entre muchas otras.

Generalmente, la mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas con actividades preventivas primarias y secundarias (diagnóstico temprano y tratamiento oportuno), por lo que debemos hacer énfasis en la prevención integral.

Actualmente, el autocuidado de la salud ha cobrado gran importancia, de ahí que se deba insistir en el fomento de hábitos, valores y actitudes favorables a la salud. En este sentido, uno de los fines de un curso o programa de salud consiste en ayudar a los adolescentes a mejorar los hábitos que contribuyen al mantenimiento de la salud bucal, por lo tanto, es necesario enseñarles a reconocer la existencia de estados indeseables en su boca, a comprender cómo se producen y a controlarlos.

2. ANTECEDENTES

En América Latina, durante el periodo comprendido entre 1985 y 1989 se realizaron estudios en varios países para determinar la situación de la salud bucal, sobre todo en relación con la caries dental y las enfermedades periodontales, que son las más frecuentes.

Respecto a caries dental los resultados fueron los siguientes:

- México: la caries afecta al 93% de los niños de 15 años, el 99% de la población ha tenido caries y es la causa más importante de pérdida dental antes de los 35 años.
- Argentina: Apenas el 35% de los adolescentes tienen la dentadura completa.
- Chile: Se encontró que la población en general tiene un 90% de caries.
- Uruguay: La caries afectó al 98% de la población.
- En Estados Unidos y Canadá por el contrario la incidencia de caries ha disminuido en los últimos años: de 1985 hasta 1988, el 50% de los niños de 5 a 17 años no padeció caries.

Por otra parte, respecto a las enfermedades periodontales los resultados fueron los siguientes:

- México: El 9% de los niños de 10 a 15 años la presenta, esta proporción va aumentando con la edad, el 30% de 10 a 35 años y el 97% de las personas de más de 50 años.
- Honduras: Signos de gingivitis en 84% de la población y señales de periodontitis en el 8.1% de la población.
- Uruguay: Los padecimientos periodontales afectan al 78% de la población.

También se han realizado estudios de población mexicana en otros lugares como el de 1989, realizado por parte de la Universidad de Minnesota en donde se estudió una muestra con niños mexicanos entre 5 y 15 años pertenecientes a diferentes estados de la República Mexicana para ver si presentaban lesiones y anomalías bucales, los resultados fueron los siguientes: lengua fisurada (15,7%), hiperplasia epitelial, pigmentación dental exógena, anomalías dentales, pero algunas lesiones eran asociadas a síndromes.⁵

Asimismo, en el año 2000 en la Facultad de Medicina de Eslovenia se llevó a cabo un estudio para conocer la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal y lo que observaron más frecuentemente fue: Lengua fisurada (21.1%), herpes labial (16.0%), aftas recurrentes (9.7%), leucoplasia (3.1%), lengua geográfica (2.2%), mucocelo (0.9%), queilitis angular (0.4%).³

De igual manera, en el año 2002 en la Universidad de Sao Paulo observaron 2356 biopsias entre las cuales la mayoría pertenecía a niños de 9 a 15 años y la lesión más frecuente fue el Mucocelo (20.3%), seguido por algunos tipos de quistes y tumores benignos.²

Al año siguiente (2003) los Doctores Mascarenhas y Gapsky R realizaron una búsqueda retrospectiva de diferentes artículos, con el objetivo de ver que tanto influían las hormonas sexuales en el periodonto en las diferentes etapas de la vida, lo que ellos concluyeron fue que efectivamente tanto los andrógenos y los estrógenos juegan un rol muy importante en el periodonto.⁴

Es bien sabido que, la adolescencia es una etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. El término denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar en torno a la edad de trece o catorce años en los varones y de once o doce años en las mujeres. Aunque

esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente.¹⁷

CAMBIOS CONDUCTUALES

Como ya es conocido, el comienzo de la pubertad está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos. En este momento, la actividad de la hipófisis supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con un efecto fisiológico general. La hormona del crecimiento produce una aceleración del crecimiento que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años. Este rápido crecimiento se produce antes en las mujeres que en los varones, indicando también que las primeras maduran sexualmente antes que los segundos. La madurez sexual en las mujeres viene marcada por el comienzo de la menstruación y en los varones por la producción de semen. Las principales hormonas que dirigen estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos. Estas sustancias están también asociadas con la aparición de las características sexuales secundarias. En los varones aparece el vello facial, corporal y púbico, y la voz se hace más profunda. En las mujeres aparece el vello corporal y púbico, los senos aumentan y las caderas se ensanchan. Estos cambios físicos pueden estar relacionados con las modificaciones psicológicas; de hecho, algunos estudios sugieren que los individuos que maduran antes están mejor adaptados que sus contemporáneos que maduran más tarde.⁹

El psicólogo estadounidense Stanley Hall afirmó que la adolescencia es un periodo de estrés emocional producido por los cambios psicológicos importantes y rápidos que se producen en la pubertad.

Sin embargo, los estudios de la antropóloga estadounidense Mead M. mostraron que el estrés emocional es evitable, aunque está determinado por motivos culturales. Sus conclusiones se basan en la variación existente en distintas culturas respecto a las dificultades en la etapa de transición desde la niñez hasta la condición de adulto. El psicólogo estadounidense de origen alemán Erik Erikson entiende el desarrollo como un proceso psicosocial que continúa a lo largo de toda la vida.

El objetivo psicosocial del adolescente es la evolución desde una persona dependiente hasta otra independiente, cuya identidad le permita relacionarse con otros de un modo autónomo. La aparición de problemas emocionales es muy frecuente entre los adolescentes.⁹

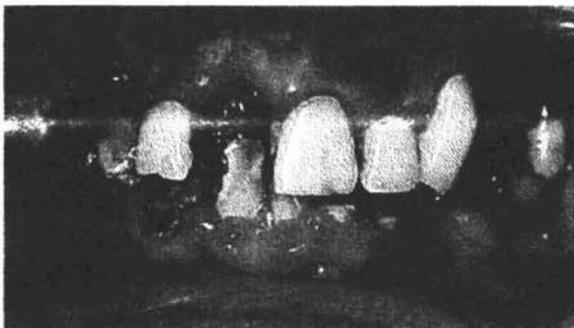
CAMBIOS FISICOS

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual. En esta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como a la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Sin embargo, a partir de la década de 1960, la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado. Por otro lado, algunos adolescentes no están interesados o no tienen información acerca de los métodos de control de natalidad o los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual. Como consecuencia de esto, el número de jovencitas que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas están aumentando.⁹

ASPECTOS BUCALES

Así como el adolescente presenta cambios a nivel psicológico y físico, también los presentan a nivel bucal y son evidentes estos cambios ya que, además de la caries dental son otras las patologías factibles de presentarse.

CARIES DENTAL



La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el hombre, y aunque algunos estudios en la pasada década han indicado una significativa disminución en la prevalencia de caries dental en algunos países del mundo, esta enfermedad continúa manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial más antiguas de la humanidad, ya que constituye una de las causas principales de pérdida dental y además puede predisponer a otras enfermedades.¹⁶

DEFINICIÓN:

La caries dental ha sido definida como la destrucción localizada de los tejidos duros del diente, por una acción bacteriana. Diferentes autores la definen como la descomposición molecular de los tejidos duros del diente que involucra un proceso histoquímico y bacteriano el cual termina con la

descalcificación y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y la desintegración de su matriz orgánica.

El registro de caries es importante ya que de la rehabilitación oportuna depende la prevención de alteraciones más complejas.²⁰

LOCALIZACIÓN:

Las lesiones cariosas se clasifican según su localización en dos grandes categorías:

- Las de superficies lisas: (caries interproximales, radiculares, y otras superficies lisas).
- Las de puntos, fosetas y fisuras.

El diagnóstico de caries involucra la clínica (visual y táctil) y el examen radiográfico.

ETIOLOGÍA:

La caries dental presenta una etiología multifactorial, es decir, existen numerosos factores de riesgo relacionados de manera directa con el proceso de desmineralización. Dichos factores son el HUESPED (existe gran cantidad de placa, la higiene bucal no es adecuada, existen muchos sitios retentivos, restauraciones con márgenes abiertos), las BACTERIAS (una dieta rica en azúcares va a bajar el PH, favoreciendo así a las bacterias cariogénicas que viven en medios ácidos), la DIETA (una gran ingesta de carbohidratos, especialmente azúcares entre comidas) y el TIEMPO.

TRATAMIENTO:

La caries por lo tanto es un fenómeno dinámico que muestra modificaciones continuas por la acción de los agentes fluorados, la higiene bucal, la dieta, y por ende, debe considerarse como un proceso patológico y no como una enfermedad establecida, comenta Edelstein B, del Departamento de políticas de Salud Pública y Epidemiología de Harvard, por lo que plantea que un

tratamiento para un proceso patológico puede ser mucho más exigente y complejo que el simple tratamiento de un cuadro perfectamente delineado.

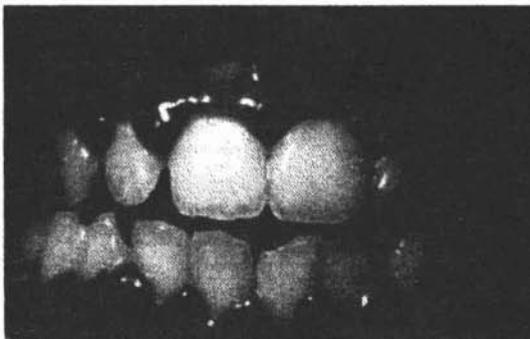
La caries dental solamente puede controlarse con medidas preventivas, donde el tratamiento restaurador sirve únicamente como una medida paliativa a mediano plazo.

El tratamiento de los síntomas y el tratamiento de las causas de la enfermedad deben hacerse por separado. Para controlar la aparición o la recurrencia de la enfermedad es necesario adoptar medidas preventivas.

La caries dental ha sido tratada tradicionalmente desde el punto de vista sintomático. Las lesiones detectadas por el Odontólogo en un examen de rutina o aquellas lesiones que producen molestias son contabilizadas, removidas y luego restauradas.¹⁶

ENFERMEDAD PERIODONTAL

GINGIVITIS:



Fuente: 12

Parfitt (1957) sugirió que la gingivitis se presentaba en ambos sexos, en la pubertad, con mayor gravedad a los 14 o 15 años y que disminuye al avanzar la edad. Con base en el conocimiento de la influencia de las hormonas sexuales en la fisiología del tejido en general y el proceso de inflamación gingival en particular, una gingivitis ya existente se ve exacerbada durante este periodo de alteración hormonal (Iõe y silness, 1963).¹¹

DEFINICIÓN:

Es una enfermedad inflamatoria de la encía marginal, bien localizada o generalizada. Las primeras manifestaciones de la inflamación gingival son los cambios vasculares que consisten esencialmente en la dilatación capilar y el aumento de la circulación sanguínea. La gingivitis para su estudio es dividida por su curso y duración y por su distribución.

CURSO Y DURACIÓN:

- G. AGUDA: es un estado doloroso que aparece de improviso y dura poco tiempo.
- G. SUBAGUDA: es una fase menos intensa que el estado agudo.
- G. RECURRENTE: reaparece después de eliminarla mediante el tratamiento o desaparece de manera espontánea y después vuelve a surgir.
- G. CRÓNICA: aparece con lentitud, dura mucho tiempo, es asintomática, es la encontrada más a menudo.⁸

ETIOLOGÍA:

- Hay cambios en el epitelio de unión y el tejido conectivo perivascular. Los linfocitos comienzan a acumularse. El

incremento en la migración de los leucocitos y su aglomeración en el surco gingival pueden relacionarse con un aumento en el flujo del líquido gingival en el surco.⁸

- Es causada por la acumulación de placa bacteriana debido a una inadecuada higiene bucal.
- El cálculo, la irritación mecánica y las irregularidades en la posición de los dientes pueden ser factores contribuyentes.¹⁴

LOCALIZACIÓN.

- G. Localizada: se confina a la encía relacionada con un diente o un grupo de dientes.
- G. Generalizada: afecta a toda la boca.
- G. Marginal: comprende el margen gingival pero puede incluir una porción de la encía insertada.
- G. Papilar: abarca las papilas interdentes y se extiende al margen gingival.
- G. Difusa: afecta el margen gingival, la encía insertada y las papilas interdentes.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Eritema y edema, usualmente sin dolor.
- Hemorragia gingival anormal.
- Dilatación y distensión de los capilares y adelgazamiento o ulceración del epitelio del surco, por lo que los estímulos ordinariamente inocuos causan la ruptura de los capilares y la hemorragia gingival.
- A menudo hay halitosis.
- El diagnóstico se hace clínicamente.

TRATAMIENTO

- Control de placa y buena higiene bucal.
- Gingivectomía en casos de hiperplasia severa.⁸

GINGIVITIS ÚLCERO NECROSANTE

Fuente: 12

DEFINICIÓN:

La gingivitis úlcero necrosante (GUNA) es una enfermedad inflamatoria, las lesiones características destruyen de manera progresiva la encía y los tejidos periodontales subyacentes y presenta un patrón clínico característico como la necrosis y las ulceraciones en forma crateriforme.

ETIOLOGÍA:

- La GUNA puede presentarse en bocas libres de enfermedad o pueden unirse a una gingivitis crónica o a las bolsas periodontales.
- Están involucrados el *Bacillus fusiformis* y la *Borrelia uincentii*, así como también la *Prevotella intermedia* y también otras bacterias anaeróbicas.
- Los factores predisponentes importantes son: fumar, higiene bucal deficiente, factores emocionales, trauma local, inmunosupresión y

principalmente la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

LOCALIZACIÓN:

- Papila interdental, encía marginal, y pocas veces otras mucosas de la cavidad bucal.
- La afección puede limitarse a un solo diente a un grupo de dientes, o puede diseminarse por toda la boca. Es rara en bocas edéntulas, pero ocasionalmente ocurren lesiones esféricas aisladas en el paladar blando.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

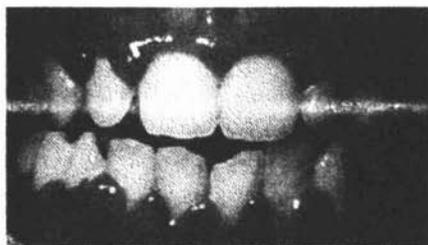
- El patrón clínico característico es la necrosis y las ulceraciones en forma crateriforme.
- Las lesiones generalmente comienzan en la punta de las papilas interdentarias, extendiéndose a los bordes libres de la encía.
- La encía está de color rojo intenso, hinchada y dolorosa.
- Presenta frecuentemente hemorragia espontánea, salivación excesiva, y trastornos en el aliento y en el sabor.
- También pueden manifestar fiebres de bajo grado, linfadenopatía regional, malestar general y dolor de cabeza.
- Las lesiones pueden difundirse a los tejidos blandos adyacentes (estomatitis úlcero necrosante), con síntomas locales más severos y sistémicos.

TRATAMIENTO:

- En la fase aguda se utilizan antibióticos sistémicos tales como el metronidazol, penicilina, y enjuagues bucales con agentes liberadores de oxígeno.

- Terapia periodontal local con detartraje ultrasónico y manual, curetaje, seguido del mejoramiento de la higiene bucal.
- La enfermedad también puede ceder de manera espontánea sin tratamiento.⁸

PERIODONTITIS



Fuente: 12

DEFINICIÓN:

Es una enfermedad que se inicia debido a la progresión de los procesos inflamatorios de la encía hacia las estructuras más profundas del periodonto.

ETIOLOGÍA:

- La placa bacteriana es importante en el inicio del proceso.
- Los mismos factores de la gingivitis crónica, pueden convertirla en periodontitis.
- Factores sistémicos predisponentes que incluyen: diabetes mellitus, infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades inmunes, enfermedades metabólicas etc.
- Factores relacionados con el hospedero son importantes también, porque parecen influenciados por factores genéticos y ambientales, como el fumar, la alimentación, la edad.

LOCALIZACIÓN:

Localizada o generalizada.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

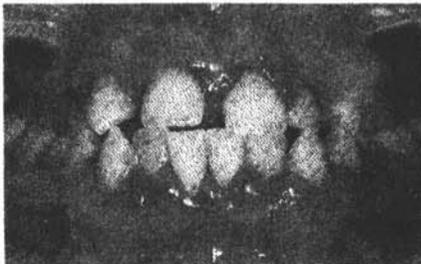
- Las consecuencias de la periodontitis son resorción del hueso alveolar y movilidad dentaria, seguido de formación de bolsas periodontales.
- Inflamación y edema de las encías, profundidad de las bolsas en más de 3 mm.
- Sangrado de las encías y halitosis, movilidad dentaria, desplazamiento dentario
- El diagnóstico usualmente se hace de manera clínica.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS:

Resorción del hueso alveolar.

TRATAMIENTO:

- Control de placa y buena higiene bucal.
- Raspado y alisado radicular y / o cirugía.
- Terapia de mantenimiento es muy importante.¹²

PERIODONTITIS JUVENIL

Fuente:12

DEFINICIÓN:

La periodontitis juvenil es un tipo específico de periodontitis de iniciación temprana, que afecta usualmente a los adolescentes, que se caracteriza por pérdida severa de hueso alveolar.

ETIOLOGÍA:

- *Bacteria Actinobacillus actinomycetemcomitans (Aa)* y probablemente otros agentes patógenos.
- Respuesta inmune reducida a las endotoxinas de la placa bacteriana o inmunosuficiencia genética, ha sido propuesto recientemente.¹²

LOCALIZACIÓN:

- Afecta sólo los dientes permanentes.
- Localizada (generalmente incisivos y primeros molares) o generalizada.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Inflamación gingival de grado medio.
- Destrucción rápida y severa del hueso alveolar.
- Sacos periodontales profundos, sangrado gingival y halitosis.
- Ausencia de factores locales (placa bacteriana, cálculo).
- Movilidad y migración dentaria.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS:

Pérdida severa y rápida de hueso.

TRATAMIENTO:

- Mecánico conservador y quirúrgico.
- Antibióticos sistémicos, antisépticos locales.¹²

AGRANDAMIENTO GINGIVAL INDUCIDO POR FÁRMACOS



Fuente: 12

DEFINICIÓN:

También es llamado con el término de Hiperplasia Gingival y se refiere al incremento de tamaño de un tejido u órgano por un ascenso en la cantidad de sus células componentes. No es frecuente y la mayor parte de los casos ocurre después de un tratamiento con fármacos como la fenitoína, la ciclosporina y la nifedipina.⁸

ETIOLOGÍA:

Los fármacos que causan el agrandamiento gingival son usualmente: difenilhidantoina, ciclosporina, nifedipina, y otros bloqueadores de canales de calcio.

Además que la placa bacteriana, la pobre higiene bucal, el cálculo dentario e inflamación gingival son factores predisponentes

LOCALIZACIÓN:

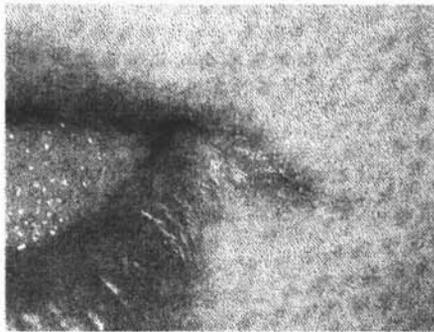
Encía libre e interdentaria de maxilar superior e inferior, usualmente en la zona anterior.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Agrandamientos asintomáticos de las papilas interdentales.
- Progresión del agrandamiento de la encía libre, con cobertura parcial o total de los dientes.
- Color normal.
- Encía firme e indolora a la palpación.
- Usualmente ausencia de sangrado gingival y formación de falsas bolsas periodontales

TRATAMIENTO:

- Buena higiene bucal.
- Remoción de placa bacteriana y cálculo dentario.
- Gingivectomía.
- Reemplazo o remoción de los fármacos responsables, si es posible.⁸

ENFERMEDADES DE LOS LABIOS**QUEILITIS ANGULAR**

Fuente: 12

DEFINICIÓN:

La queilitis angular es un trastorno común que ocurre en los ángulos de los labios.

ETIOLOGÍA:

- Multifactorial.
- En niños las causas más comunes son la irritación mecánica, la maloclusión, dermatitis atópicas, candidiasis, infección bacteriana, trauma labial habitual, y maceración de las comisuras , anemias, deficiencias nutricionales, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA.).

LOCALIZACIÓN:

- Los ángulos de la boca.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Eritema, fisuras, desecación, erosión y maceración.
- Ocasionalmente las lesiones se pueden difundir de los ángulos labiales a la piel peribucal.
- Resequedad de los labios y sensación de quemadura con dolor de mediana intensidad pueden estar presentes.
- Las lesiones sin tratamiento pueden perdurar por mucho tiempo, con periodos de remisión y exacerbación.
- El diagnóstico se hace clínicamente.

TRATAMIENTO:

- Lo más importante es identificar y tratar los factores predisponentes.
- El uso de corticosteroides tópicos con agentes antimicóticos y antibióticos son lo mejor.¹²

QUISTES NO ODONTOGÉNICOS

MUCOCELE



Fuente: 12

DEFINICIÓN:

Es una lesión de la mucosa bucal, originada en las glándulas salivales menores.

ETIOLOGÍA:

- La lesión es inducida por trauma local menor (90 - 95 %), y la ruptura del conducto excretor de la glándula salival seguido de extravasación de la mucina en los tejidos blandos a su alrededor (fenómeno de extravasación de moco).
- Pocas veces se debe a obstrucción o bien por un tapón mucoso o por sialolito (quiste de retención de moco).
- Ocasionalmente, puede ocurrir la obstrucción ductal transitoria de la Superficie epitelial. (Mucocele superficial).¹⁵

LOCALIZACIÓN:

- El sitio más frecuentemente afectado es el labio inferior a un lado de la línea media (75 - 80 %).
- Ocurre con menos frecuencia en la mucosa bucal, piso de boca, cara ventral de la lengua, paladar blando y labio superior.
- Los mucocelos superficiales se desarrollan usualmente en el paladar blando en la zona retromolar.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Se presenta como un crecimiento indoloro, forma redondeada, de color azuloso, aspecto transparente y fluctuante.
- Las lesiones profundas pueden tener color de aspecto normal.
- Un signo clínico común es la reducción periódica del agrandamiento debido a la ruptura y parcial liberación del fluido, seguido de una rápida y nueva acumulación.
- El tamaño varía de pocos milímetros a varios centímetros.
- La duración de la lesión para el momento del diagnóstico varió desde pocos días a varias semanas o meses.
- El diagnóstico usualmente desde el punto de vista clínico.

TRATAMIENTO:

Excisión quirúrgica.¹⁵

ÚLCERAS AFTOSAS RECURRENTES



Fuente: 12

DEFINICIÓN:

Las úlceras aftosas recurrentes, conocidas también como estomatitis aftosa, son úlceras dolorosas que característicamente recurren en intervalos de días, meses o años.

ETIOLOGÍA:

- La etiología exacta todavía permanece incierta.
- Datos recientes soportan el concepto de la respuesta inmune mediada por células y juega un papel importante en la patogénesis de ésta enfermedad.

LOCALIZACIÓN:

- La mucosa bucal no queratinizada es la más afectada (mucosa bucal, mucosa labial, lengua, piso de boca, paladar blando y úvula).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Basada en el criterio clínico, las úlceras aftosas son clasificadas como menores, mayores y herpetiformes.

- Las *úlceras aftosas menores* son las más comunes en niños y adultos, y se caracterizan clínicamente por úlceras poco profundas, redondeadas y dolorosas de 3-6 mm de diámetro. Las úlceras están cubiertas por una membrana amarillenta - blanquecina rodeada por un delgado halo rojo.
- Las lesiones pueden ser únicas o múltiples (dos a seis) y curan sin dejar cicatriz residual en 6 a 12 días.
- Las *úlceras aftosas mayores* son mucho menos comunes en los niños, y representan la forma más severa de la enfermedad.
- Clínicamente las úlceras son profundas, extremadamente dolorosas, de 1-2 cm de diámetro, y el número varía de uno a cinco.
- Permanecen por tres a seis meses o más, y pueden causar cicatrices defectuosas residuales.
- Las *úlceras herpetiformes* son raras en niños, y se caracterizan clínicamente por úlceras poco profundas, pequeñas, dolorosas de 1-2 mm de diámetro, con tendencia a ocurrir en forma de racimo.
- Característicamente, las úlceras son múltiples (10 - 100 en número), persiste por una o dos semanas y curan sin dejar cicatrices residuales.
- El diagnóstico de las tres formas de úlceras está basado en el criterio clínico, pues no hay un examen específico para el diagnóstico de la enfermedad.¹²

TRATAMIENTO:

- El tratamiento tópico reduce el dolor y acorta el curso (anestésicos 2 % lidocaína viscosa, benzocaína, inyección intralesional de corticosteroides solo en las úlceras aftosas mayores persistentes).
- Tratamiento sistémico sólo en casos severos y de recurrencia frecuente.¹⁹

INFECCIONES VIRALES

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA



Fuente: 15

DEFINICIÓN:

Es la infección viral aguda más frecuente de la mucosa bucal.

ETIOLOGÍA:

- Generalmente producida por el virus herpes simple, tipo 1 (VHS-1), pocas veces es producida por el tipo 2 (VHS-2).

LOCALIZACIÓN:

- Encía, lengua, labios, amígdalas, faringe posterior.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- La enfermedad se caracteriza por comienzo brusco acompañada de fiebre alta, malestar general, irritabilidad, dolor de cabeza y dolor en la boca, seguido en 1 a 3 días por una fase eruptiva.
- La mucosa afectada es roja y edematosa, con numerosas vesículas coalescentes, que se rompen 24 horas después, dejando unas úlceras

pequeñas, dolorosas, redondeadas, cubiertas por una pseudomembrana amarillenta - grisácea, y rodeada por un halo eritematoso.

- Las úlceras pueden coalescer para formar úlceras alargadas, irregulares.
- Aparecen nuevos elementos durante los primeros 3 a 5 días.
- Las úlceras van curando gradualmente entre 7 a 10 días sin dejar cicatrices.
- La linfadenopatía regional bilateral es una característica constante de la enfermedad.
- Pueden ocurrir también lesiones peribucales.
- El diagnóstico generalmente se basa en el criterio clínico.

TRATAMIENTO:

En muchos casos el tratamiento es sintomático.

Cuando están inmunocomprometidos, se recomienda el uso de acyclovir de forma sistémica.¹³

VARICELA



Fuente:15

DEFINICIÓN:

- Es una infección eruptiva benigna altamente contagiosa en niños.

ETIOLOGÍA:

- El virus Varicela Zoster (VVZ) miembro de la familiar de los virus del grupo herpes.

LOCALIZACIÓN:

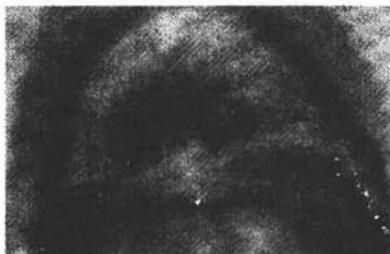
- Piel (cara, cabeza, tronco).
- Boca (paladar, mucosa labial, mucosa bucal).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- El período de incubación es de 10-20 días.
- El signo prodrómico de fiebre y malestar indica que se ha iniciado la varicela.
- Aparecen vesículas pequeñas en la boca que se rompen tan pronto ellas aparecen, dejando pequeñas erosiones redondeadas, poco profundas rodeadas por un halo rojo con un fondo blanquecino.
- La erupción máculo-papular se disemina sobre la piel de la cara, tronco, y cabeza con elementos nuevos que aparecen cada dos o tres días durante el curso de la enfermedad
- Las vesículas y pústulas se rompen y se cubren de una costra marrón que después se exfolia.
- Las complicaciones de la varicela son raras, éstas pueden ser encefalitis (más común y severa en adultos), pneumonitis y síndrome de Reyé.

TRATAMIENTO:

- Sintomático, acyclovir.¹⁰

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA (ENFERMEDAD DEL BESO)**DEFINICIÓN:**

- Es una enfermedad infecciosa aguda autolimitada.

ETIOLOGÍA:

- Virus Epstein-Barr (EBV). Es transmitida por la saliva o por gotas del tracto respiratorio, usualmente por besos.

LOCALIZACIÓN:

- Piel, ganglios linfáticos, bazo, hígado.
- Boca (paladar blando, úvula, amígdalas, encía).

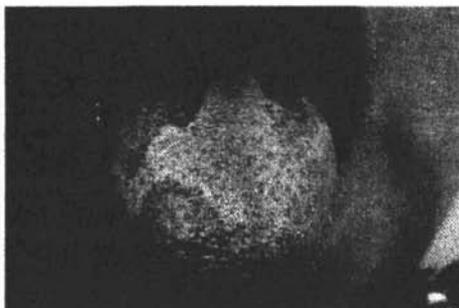
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- La incubación tiene un período de 5-30 días, seguida por fiebre de bajo grado que persiste por una a dos semanas; fatiga, malestar general, dolor de cabeza de mediana intensidad, anorexia y dolor de garganta.
- Linfadenopatía benigna temprana generalizada es el signo más importante.
- Las manifestaciones bucales son tempranas y frecuentes con una característica constante como lo son las petequias en el paladar.

- También se puede observar edema de la úvula, exudado amigdalino, gingivitis, pericoronitis, eritema difuso y algunas veces ulceraciones.
- Exantema máculo-papular del tronco y los brazos están presentes en 5-15% de los casos.
- Puede haber hepato-esplenomegalia y raras veces está involucrado el sistema nervioso central.
- El diagnóstico clínico debe ser confirmado con una prueba específica de laboratorio.

TRATAMIENTO:

- No tiene tratamiento específico.
- Es principalmente para mejorar al paciente.¹²

PATOLOGÍAS DE LA LENGUA**LENGUA GEOGRÁFICA (GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA)**

Fuente: 15

DEFINICIÓN:

Lengua geográfica, es un trastorno común e inócuo que afecta de forma primaria a la lengua, y que se caracteriza por atrofia o pérdida temporal de las papilas filiformes.

ETIOLOGÍA:

- Desconocida. A menudo se puede ver en más de un miembro de una misma familiar, aunque el patrón hereditario no está claro.
- Ocurre con frecuencia en niños que tienen dermatitis atópica o seborreica, y en pacientes con psoriasis, tipo pustular.¹⁹

LOCALIZACIÓN:

- Usualmente la cara dorsal y los bordes laterales de la lengua.
- Raras veces la mucosa de otros sitios de la mucosa bucal se ve afectada (labial, bucal, paladar blando, encías).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Se caracteriza por una zona eritematosa bien demarcada, lisa, redondeada, o parche en forma de espiral, debido a la atrofia o pérdida de las papilas filiformes.
- Las áreas eritematosas se caracterizan por estar rodeadas parcial o totalmente por un margen blanquecino ligeramente elevado.
- Algunas veces la lesión comienza como una pequeña placa blanquecina, seguida rápidamente por una zona roja central que crece de manera centrífuga.
- El tamaño varía de pocos milímetros a varios centímetros.¹⁸

Las lesiones generalmente son múltiples y asintomáticas, aunque algunas veces pueden tener una ligera sensación de quemadura.

El curso típico es de aparición rápida o lesiones en un área, que desaparecen en corto tiempo para desarrollarse en otra, raras veces en la misma zona.

Las lesiones pueden permanecer por 2 semanas o más. Pocos pacientes desarrollan las lesiones por años.

La lengua geográfica aparece con más frecuencia en pacientes con lengua fisurada.

Lesiones similares pueden ocurrir en otras áreas de la mucosa bucal, el trastorno es denominado "Estomatitis Geográfica"

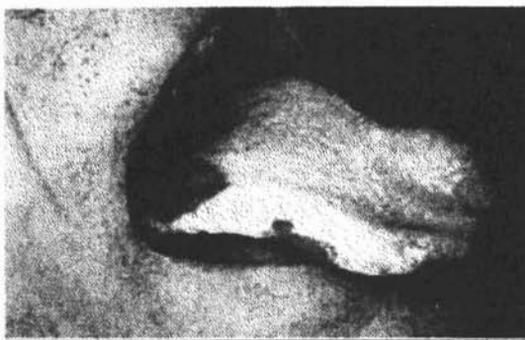
El diagnóstico se hace clínicamente.¹⁹

TRATAMIENTO:

- No necesita tratamiento. Tranquilizar al paciente y decide que la lesión es inocua, no hay motivo de preocupación.
- Recientemente se está utilizando corticosteroides de aplicación local con muy buenos resultados.¹²

INFECCIONES MICÓTICAS

CANDIDIASIS



Las especies de candida, que forman parte de la flora normal de la piel, boca, tubo digestivo, son la causa más frecuente de infecciones por hongos en el ser humano (la más común es la *C. albicans*).

Las infecciones por candida en la cavidad oral producen placas blanquecinas, superficiales o extensas membranas algodonosas que se desprenden con facilidad y dejan una superficie irritada, eritematosa.

DEFINICIÓN:

Es la micosis superficial más común de la mucosa bucal.

ETIOLOGÍA:

Causado esencialmente por la *Candida albicans*, raras veces es producido por otras especies de *Candida*.

Los factores predisponentes para la candidiasis bucal incluyen factores locales (higiene bucal pobre, xerostomía) anemia por deficiencia de hierro, diabetes mellitus, desnutrición, malignidades hematológicas, enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), inmunodeficiencias y fármacos (antibióticos, corticosteroides y otros inmunodepresores).

LOCALIZACIÓN

Paladar blando, mucosa bucal, lengua.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Las variantes clínicas de la candidiasis se ven más frecuentes en niños son: candidiasis pseudomembranosas, queilitis angular, candidiasis eritematosa y candidiasis mucocutánea.
- Candidiasis pseudomembranosa o algodoncillo, es la variante más común vista en niños, es usualmente aguda. Clínicamente se caracteriza por placas amarillo-blanquecinas, ligeramente elevadas, que pueden ser removidas por raspado, dejando una mucosa normal o rojiza. Puede haber xerostomía, sabor desagradable y sensación de quemadura de mediana intensidad.¹⁸

- *Queilitis angular*: es relativamente rara en niños y se caracteriza por eritema, costra fisurada con o sin erosión, cubierta generalmente por unas manchas o placas blanquecinas.
- *La candidiasis eritematosa*: es la variante más común, en niños HIV positivos o que han estado en tratamiento con antibióticos de amplio espectro. Clínicamente se caracteriza por parches eritematosos o grandes áreas, que tienen predilección por el dorso de la lengua y el paladar. La sensación de quemadura es común.
- *Candidiasis mucocutánea*: es rara, las variantes aguda y crónica se caracterizan por lesiones de piel, uñas y mucosas. La enfermedad aparece durante la infancia y está asociada con disfunciones inmunológicas, endocrinopatías (hipoparatiroidismo, hipotiroidismo, hipoadrenalismo, diabetes mellitus e hipogonadismo) y anemia severa por deficiencia de hierro. Clínicamente las lesiones intraorales se ven placas blanquecinas gruesas y rugosas usualmente sobre una base eritematosa. Característicamente las lesiones son múltiples y generalizadas con predilección por la mucosa bucal, comisuras, lengua y paladar y pueden extenderse a la orofaringe y esófago. Las lesiones bucales típicas comienzan entre los 4 y los 6 años de edad o un poco más tarde mientras las endocrinopatías siguen meses o años después.
- El diagnóstico de todas las variantes de candidiasis se basan en el criterio clínico, pero se puede soportar con el diagnóstico de laboratorio.

TRATAMIENTO:

- Aplicación tópica de nistatina, clotrimazol, anfotericin B.
- Administración sistémica de ketokonazol, fluconazol, itraconazol.¹⁸

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los programas de salud bucal del niño y del adolescente están adquiriendo prioridad en la mayoría de los países del mundo, tanto por su repercusión inmediata sobre estos grupos etéreos con miras a promover la adquisición de actitudes serias de salud, y por su proyección hacia las edades más productivas de la vida.

La variedad de las enfermedades que afectan la cavidad bucal durante la infancia y la adolescencia es muy amplia; algunos aspectos son totalmente benignos y pasajeros, mientras que otros pueden ser dolorosos, severos y requieren tratamiento de por vida así como también, otras enfermedades que afectan a los pacientes jóvenes y adultos.

Las enfermedades de la cavidad bucal desarrollan ansiedad y algunas veces pueden afectar de manera adversa el desarrollo normal del cuerpo y de la mente de los pacientes jóvenes.

Ahora bien, los programas de educación para la salud que promuevan el autocuidado de salud bucal y conocimientos de las lesiones y patologías bucales más frecuentes en adolescentes son pocos por no decir ningunos, basta con observar los spots publicitarios que por diferentes medios masivos de comunicación se observan para corroborar que este grupo etario no es considerado como prioritario, por lo tanto:

1. ¿Cuál es la necesidad sentida que respecto al autocuidado de la salud bucal tienen los adolescentes?
2. ¿Es factible que los adolescentes adquieran conocimientos sobre las patologías bucales más frecuentes mediante un curso corto de promoción del autocuidado de la salud bucal e identificación de

lesiones bucales más frecuentes que a futuro se traducen en educación sanitaria?

4. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio permitirá, por un lado obtener información confiable sobre el conocimiento de las patologías bucales más frecuentes, estudiada en una muestra de adolescentes y por otro lado evaluar el impacto de un curso corto de promoción del autocuidado de la salud bucodental.

Lo principal es realizar un abordaje precoz, que comprenda acciones de promoción de la salud bucal y prevención de las patologías bucales, en grupos de alta vulnerabilidad epidemiológica y social, asegurará que la información tenga un impacto eficaz y eficiente.

5. HIPÓTESIS

H₀ No existen diferencias significativas en el aprendizaje sobre autocuidado de la salud bucal e identificación de lesiones más frecuentes entre los adolescentes del Instituto Villa del Sur por grado escolar.

H₁ Existen diferencias significativas en el aprendizaje sobre autocuidado de la salud bucal e identificación de lesiones más frecuentes entre los adolescentes del Instituto Villa del Sur por grado escolar.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el perfil de conocimiento sobre patologías bucales más frecuentes en adolescentes y diseñar un programa de promoción de educación para la salud sobre el autocuidado de la salud bucodental.

lesiones bucales más frecuentes que a futuro se traducen en educación sanitaria?

4. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio permitirá, por un lado obtener información confiable sobre el conocimiento de las patologías bucales más frecuentes, estudiada en una muestra de adolescentes y por otro lado evaluar el impacto de un curso corto de promoción del autocuidado de la salud bucodental.

Lo principal es realizar un abordaje precoz, que comprenda acciones de promoción de la salud bucal y prevención de las patologías bucales, en grupos de alta vulnerabilidad epidemiológica y social, asegurará que la información tenga un impacto eficaz y eficiente.

5. HIPÓTESIS

H₀ No existen diferencias significativas en el aprendizaje sobre autocuidado de la salud bucal e identificación de lesiones más frecuentes entre los adolescentes del Instituto Villa del Sur por grado escolar.

H₁ Existen diferencias significativas en el aprendizaje sobre autocuidado de la salud bucal e identificación de lesiones más frecuentes entre los adolescentes del Instituto Villa del Sur por grado escolar.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el perfil de conocimiento sobre patologías bucales más frecuentes en adolescentes y diseñar un programa de promoción de educación para la salud sobre el autocuidado de la salud bucodental.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Determinar el perfil de conocimiento sobre patologías bucales en escolares de la secundaria INSTITUTO VILLA DEL SUR por edad y grado escolar.

2.- Diseñar los contenidos del programa de promoción sobre el autocuidado de la salud bucodental en base a la necesidad sentida de los adolescentes sobre la salud bucal.

3.-Determinar el perfil de conocimientos sobre patologías bucales por edad y grado escolar una vez implementado el curso corto y comparar los resultados obtenidos en la pre y post evaluación, utilizando la escala de likert.

7. METODOLOGÍA

7.1 MATERIAL Y MÉTODOS.

Se estableció comunicación formal con la Profa. Josefina Ávila Nava, directora de la secundaria del Instituto Villa Del Sur para hacer de su conocimiento los propósitos del estudio y así para obtener el consentimiento para el desarrollo del mismo.

Se evaluó a los alumnos de secundaria de dicho Instituto durante el periodo comprendido del 3 al 11 Marzo del 2005.

La información recabada de la evaluación en relación al conocimiento sobre patologías bucales se analizó de acuerdo a la escala de Likert, obteniéndose información por edad y género.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Determinar el perfil de conocimiento sobre patologías bucales en escolares de la secundaria INSTITUTO VILLA DEL SUR por edad y grado escolar.

2.- Diseñar los contenidos del programa de promoción sobre el autocuidado de la salud bucodental en base a la necesidad sentida de los adolescentes sobre la salud bucal.

3.-Determinar el perfil de conocimientos sobre patologías bucales por edad y grado escolar una vez implementado el curso corto y comparar los resultados obtenidos en la pre y post evaluación, utilizando la escala de likert.

7. METODOLOGÍA

7.1 MATERIAL Y MÉTODOS.

Se estableció comunicación formal con la Profa. Josefina Ávila Nava, directora de la secundaria del Instituto Villa Del Sur para hacer de su conocimiento los propósitos del estudio y así para obtener el consentimiento para el desarrollo del mismo.

Se evaluó a los alumnos de secundaria de dicho Instituto durante el periodo comprendido del 3 al 11 Marzo del 2005.

La información recabada de la evaluación en relación al conocimiento sobre patologías bucales se analizó de acuerdo a la escala de Likert, obteniéndose información por edad y género.

A cada uno de los estudiantes se les aplicó una encuesta sobre el conocimiento de diferentes aspectos sobre la salud bucal (preevaluación).

La información se codificó y en función al desconocimiento que evidencien los encuestados (necesidad sentida) se diseñaron los contenidos del curso. Dichos contenidos se presentaron en forma de un curso estructurado, explicando el propósito y objetivo del mismo.

La encuesta comprendía información sociodemográfica como: edad, género; la información sobre conocimientos y de salud darán forma a la segunda parte de la encuesta.

Este rubro se evaluó de nueva cuenta, utilizando el mismo formato de la preevaluación con el objeto de evaluar la apropiación de conocimiento impartido.

Lo anterior fue medido utilizando la escala de Likert que se emplea para evaluar conocimiento, actitudes y prácticas de cualquier evento pero en el presente estudio solo se evaluó conocimiento.

La información se vació en una base de datos utilizando el programa Excel.

Las variables analizadas se presentan por su distribución porcentual, puntaje, para además de determinar las diferencias significativas que existieran en la pre y postevaluación utilizando la prueba de t student.

7.2 TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio de intervención bietápico:

- Primera etapa: Diagnóstico de conocimientos sobre patologías bucales en adolescentes a través de la escala de Likert (preevaluación).

- Segunda etapa: Diseño y evaluación de un curso de promoción sobre el autocuidado de la salud bucodental y postevaluación del conocimiento.

7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA:

Total de escolares matriculados y que cursan la secundaria en el Instituto Villa del Sur.

7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Escolares de ambos géneros y en edades comprendidas entre 11 a 16 años de edad que están matriculados en la secundaria del Instituto Villa del Sur en el Turno Matutino y que además deseen participar.

7.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Escolares que cumplieron con los criterios de inclusión pero que no asistan el día de la encuesta.

7.6 VARIABLES DE ESTUDIO:

7.7 VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Contenido del curso de promoción sobre el autocuidado de la salud bucodental.
- Factores de riesgo.

7.8 VARIABLE DEPENDIENTE:

Conocimiento sobre patologías bucales más frecuentes en adolescentes.

7.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (ESCALA DE MEDICIÓN):

- Conocimientos:

Será un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicio ante los cuales se pide la reacción

de los sujetos y se determinará con la Escala de Likert con tres opciones de respuesta.

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI DESACUERDO

EN DESACUERDO

Teniendo en cuenta que son tres opciones, Siempre la respuesta correcta obtendrá tres puntos de calificación y la incorrecta un punto.

- Edad:

Se medió en años cumplidos.

- Género

Se determinó en función de masculino y femenino.

- Conocimiento sobre el Autocuidado de la Salud Bucodental:

Conocimiento teórico sobre autocuidado e identificación de aspectos clínicos anormales presentes en la cavidad bucal.

7.10 RECURSOS:

7.10.1 RECURSOS HUMANOS:

Un Pasante de la carrera de Cirujano Dentista.

Un tutor adscrito al Departamento de Odontología Preventiva de la F.O. U.N.A.M.

Un asesor adscrito al Departamento de Patología Bucal de la F.O. U.N.A.M.

7.10.2 RECURSOS MATERIALES:

Encuestas, lápices con goma, diapositivas, proyector de diapositivas.

7.10.3 RECURSOS FINANCIEROS:

Corrieron a cargo del tesista.

8. RESULTADOS

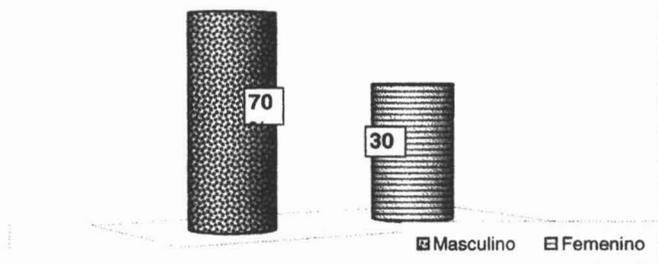
Género:

Del total de los escolares inscritos en el Instituto Villa del Sur y que participaron en la evaluación en el periodo señalado.

Se observó que el sexo masculino es el que predomina sobre el femenino, con un 60% de escolares de sexo masculino en contraste con un 40% de sexo femenino (Gráfica 1).

GRADO	SEXO		N ^o
	M	F	
1	11	7	18
2	11	8	19
3	11	9	20
TOTAL	33	14	47

Gráfica 1.
Distribución porcentual por género.
IVS. 2005



Fuente: Directa

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Edad:

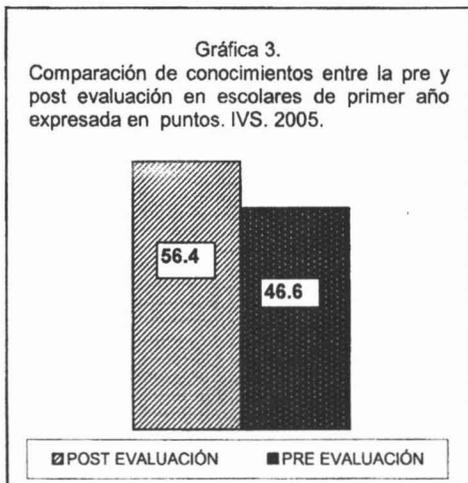
En la siguiente gráfica podremos observar el porcentaje de los escolares inscritos en el Instituto Villa del Sur, los cuales se encuentran en un intervalo entre 11 y 16 años de edad, el porcentaje de escolares de 11 a 12 años es del 30% y pertenecen al primer año, y el porcentaje de los escolares de segundo año que tienen de 13 a 14 años es de 33% y los de tercer año que tienen de 15 a 16 años es de 36% (Gráfica 2).



Fuente: Directa

Conocimientos:

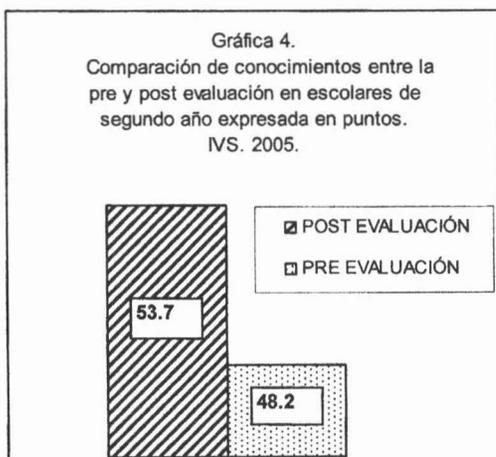
Los resultados obtenidos en la pre y postevaluación indican que en los tres grados se observó que existió un avance en el conocimiento adquirido.



Fuente: Directa

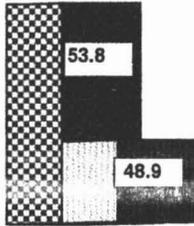
Los alumnos de primer año presentaron un promedio de 46.6 puntos según la escala de likert y al aplicar el curso de promoción de la salud se observó un avance en el conocimiento de hasta 56.4 puntos lo que refleja una diferencia de 9.8 puntos (Gráfica 3).

En los alumnos de segundo año en la pre evaluación se determinaron 48.2 puntos y en la post evaluación 53.7 Puntos, el conocimiento avanzó 5.5 puntos (Gráfica 4).



Fuente: Directa

Gráfica 5.
Comparación de conocimientos entre la pre y post evaluación en escolares de tercer año expresada en puntos . IVS. 2005.



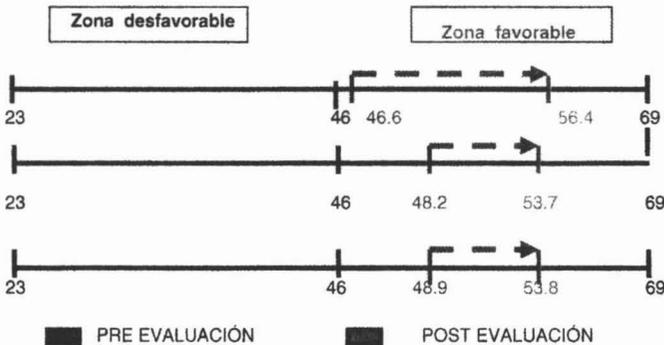
POST EVALUACIÓN PRE EVALUACIÓN

Fuente: Directa

Finalmente en los alumnos de tercer año también se observó un avance en el conocimiento sobre el autocuidado de la salud buco dental ya que en la pre evaluación se observó un promedio de 48.9 puntos y en la post un promedio de 53.8 puntos, por lo que el conocimiento avanzó puntos (Gráfica 5).

Ahora bien, los resultados demostraron que los alumnos de primer año fueron los que presentaron mayor aprovechamiento en virtud a que poseían menor conocimiento (Gráfica 6).

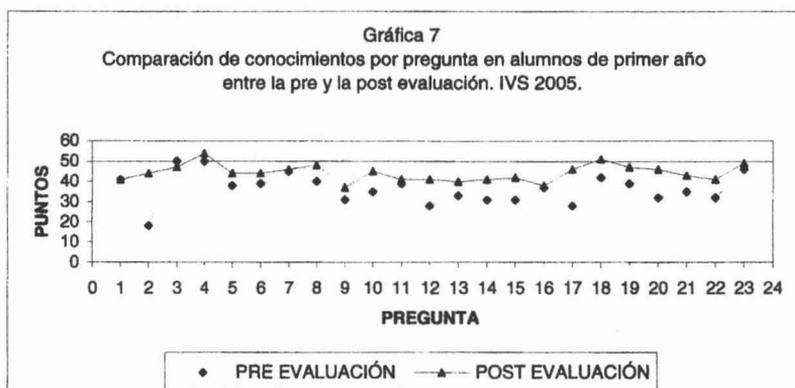
Gráfica 6.
Perfil de aprovechamiento en conocimiento sobre patologías bucales más frecuentes en la adolescencia en alumnos de 1º, 2º y 3º año. IVS 2005.



Fuente: Directa

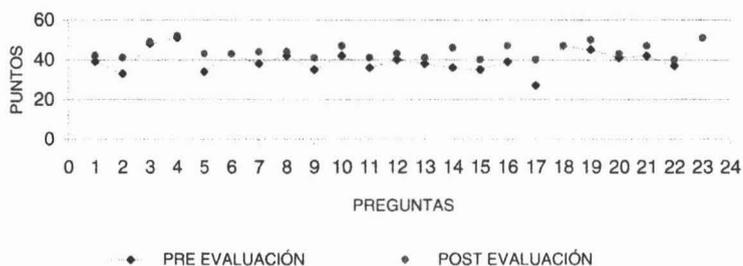
Los alumnos respondieron dentro del cuestionario 23 ítems contres opciones de respuesta: **de acuerdo**, **ni acuerdo ni desacuerdo** y **en desacuerdo** y a cada respuesta se le asignó un valor, es decir si la respuesta fue correcta obtenía tres puntos, si fue incorrecta obtenía un punto, y si respondían ni acuerdo ni desacuerdo obtenían dos puntos.

Los resultados demuestran que los alumnos de primer año antes de recibir el curso corto de promoción contestaron con un puntaje relativamente bajo debido a que no tenían idea de algunas cosas que se les estaban cuestionando, pero después de haber recibido el curso corto de promoción con los conceptos acerca del autocuidado para la salud bucal e identificación de lesiones bucales más frecuentes, su tendencia fue a responder adecuadamente. Razón por la que se observa un cambio significativo en el conocimiento (Gráfica 7).



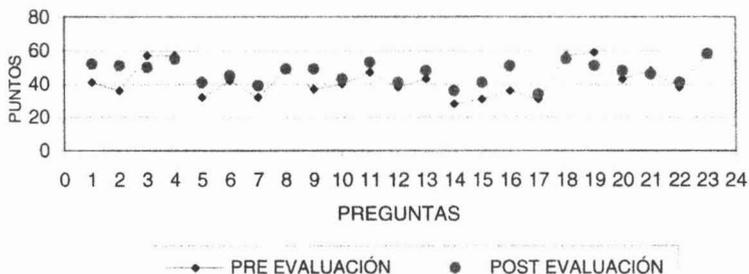
Fuente: Directa

Gráfica 8
Comparación de conocimientos por pregunta en alumnos de segundo año
entre la pre y la post evaluación. IVS 2005.



Fuente: Directa

Gráfica 9.
Comparación de conocimientos por pregunta en alumnos de tercer año
entre la pre y la post evaluación. IVS 2005.



Fuente: Directa

De acuerdo a las Gráficas 8 y 9 aunque existen diferencias significativas de opinión entre los alumnos de segundo y tercer año respectivamente, estas fueron parecidas entre la pre y la post evaluación pero mostrando un aumento significativo ($p < 0.05$).

9. CONCLUSIONES

La mayoría de los alumnos encuestados no conocía las causas de la enfermedad periodontal y todavía mucho menos alumnos conocen la presencia de otras enfermedades bucales, esto se debe en gran parte a que en los programas de estudios de las escuelas primarias y secundarias se carece de un programa sólido y bien planteado de promoción y educación sobre la salud bucodental.

La mayoría de los alumnos encuestados manifestaron que es importante que ellos reconozcan las patologías bucales más frecuentes a las que están más susceptibles de padecer.

Con las encuestas es evidente el impacto que se produjo en el conocimiento con los contenidos de un programa de Educación para la Salud.

Los programas de salud bucal dentro de la educación escolar deben existir para ayudar a que este grupo de población identifique la presencia de enfermedades bucales, además de realizar por sí mismos los procedimientos preventivos primarios.

10. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Al-Khateeb T, Almasri A., Oral and Maxillofacial tumours in North Jordanian Children and adolescents: A retrospective analysis over 10 years. *Pub Med. Oral and Maxillofacial Surgery* 2003; 32: 78-83.
2. Bitu Sosa F, Etges A, Correa L, Alves M. Pediatric Oral lesions: a 15-year review from Sao Paulo, Brazil. *Pub. Med. Journal Clinical Pediatric Dentistry* 2002; 26: 413-418.
3. Kovac-kavcic M. The Prevalence of Oral Mucosa Lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *Pub. Med. Oral Pathology* 2000; 29:331-335.
4. Mascarenhas P, Al-Shamunari K. Influence of Sex Hormones on the periodontum. *Pub. Med. Journal of Clinical Periodontology* 2003; 30:671- 681.
5. Sedano H, Carreon I, Hipp C, Garza G. Clinical Orofacial abnormalities in Mexican children. *Pub. Med. Oral Pathology* 1989; 300-311.
6. Sumitra D, Arup K. A review of pediatric oral biopsies from a surgical pathology service in a dental school. *Pub. Med. Pediatric Dentistry* 1993; 15: 208- 211.
7. Yuk-kwan C, Li-Min L, Hsien-Cheng H, Cheng-Chung L. A retrospective study of oral and maxillofacial biopsy lesions in a pediatric population from southern Taiwan. *Pub. Med. Pediatric Dentistry* 1998; 20: 404-409.
8. Carranza F, Newman M. *Periodontología clínica*. Editorial Mc. Graw Hill. México 2000.
9. Fuentenebro F, Vázquez C. *Psicología médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Editorial Interamericana. México 1998.
10. Gómez B D, Coria L J. *Infectología Práctica en el paciente pediátrico*. Editorial Corinter. México 2003.

11. Higashida. Odontología Preventiva. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill. México 2004.
12. Laskaris G. Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes. Editorial Amolda. Colombia 2001.
13. Mc. Donald Ralph, Avery David. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Editorial Panamericana. Argentina 1990.
14. Norman O. Harris, Franklin G. G. Odontología Preventiva Primaria. Editorial Manual Moderno. México 2001.
15. Sapp J P. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Editorial Mosby, España 1998.
16. Seif T. Cariología prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental. Editorial Amolda. Venezuela 1997.
17. Silber T B. Munist M, Madaleno M, Manual de medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. EUA 1992.
18. Robbins, Stanley, Kumar, Et. Al. Patología Estructural y Funcional. Editorial Interamericana MC. Graw Hill. Madrid 1990.
19. Ruy Pérez Tamayo. Introducción a la Patología. Editorial Panamericana. México 1987.
20. Varela M. Problemas Bucodentales en pediatría, Editorial Ergon. España 1999.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
JEFATURA DE ODONTOLÓGIA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
ASUNTO: INVITACIÓN
OFICIO 17/02/05

Profesora Josefina Ávila Nava
Directora de la Secundaria del Instituto Villa del Sur
P r e s e n t e

Por medio de la presente, la que suscribe Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la UNAM, me dirijo a Ud. para solicitar su apoyo para que la Alumna Trejo Salina Berenice, quien actualmente esta cursando el Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Publica desarrolle su trabajo de tesis realizando un estudio sobre la determinación del perfil de conocimiento de las patologías bucales más frecuentes en los adolescentes donde evaluará los conocimientos sobre este aspecto antes y después de montar un curso corto de promoción del autocuidado de la salud bucodental en esta población.

Los objetivos del mencionado estudio son:

OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil de conocimientos sobre patologías bucales más frecuentes en adolescentes y diseñar un programa de promoción de educación sobre autocuidado de la salud bucodental en población adolescente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el perfil de conocimientos sobre patologías bucales en escolares de la Secundaria Instituto Villa del Sur por edad y sexo.
2. Diseñar los contenidos del curso corto de promoción sobre el autocuidado de la salud bucodental en base a la necesidad sentida de los adolescentes sobre la salud bucal.
3. Determinar el perfil de conocimientos sobre patologías bucales por edad y sexo una vez implementado el curso y comparar los resultados obtenidos en la pre y postevaluación utilizando la Escala de Likert.

Agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF a 23 de febrero del 2005.

Mtra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
JEFATURA DE ODONTOLÓGIA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Recibi original
Josefina Ávila Nava
28/02/05

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE EPS SOBRE PATOLOGIAS BUCALES MÁS FRECUENTES EN ADOLESCENTES

NOMBRE _____

Edad

Sexo M F

Grado escolar

La información que nos proporciones será de gran utilidad para diseñar programas de Educación para la Salud bucodental en adolescentes.

La caries dental es producida por un virus

La caries se desarrolla en las superficies de masticación de los dientes exclusivamente

La caries dental es factible de ser prevenida con el cepillado dental

No se debe cepillar la lengua porque sangra

La enfermedad periodontal es la enfermedad de los tejidos de soporte y revestimiento de los dientes

La gingivitis es una enfermedad de las encías exclusivamente

Cuando la encía sangra no debe cepillarse

La periodontitis es una enfermedad que ataca al hueso de soporte de los dientes

En la periodontitis los dientes parecen ser más largos

La periodontitis juvenil se presenta en todos los adolescentes

En la periodontitis juvenil siempre se pierden los dientes

La placa dentobacteriana es un factor de riesgo solo para caries dental

La placa dentobacteriana es un factor de riesgo solo para la enfermedad periodontal

Las aftas o llagas son contagiosas

La mononucleosis infecciosa es una enfermedad que se contagia por un beso

La presencia de fuegos en los labios son producidos por virus

17. La varicela es una manera de herpes

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

18. El herpes es un virus contagioso

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

19. El herpes solo aparece en los hombres

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

20. La candidiasis es producida por un hongo

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

21. La lengua geográfica parece una lengua partida

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

22. En la lengua geográfica se pierden las papilas, hay dolor y sangrado

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

23. Es importante que los adolescentes conozcan las patologías bucales que son las más susceptibles de presentarse en ellos

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO