



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EVALUACIÓN DEL ÍNDICE GINGIVAL Y CONOCIMIENTO
SOBRE AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCODENTAL EN
NIÑAS DE 8 A 13 AÑOS. " CASA HOGAR LAS NIEVES"
TLALPAN 2005

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

PERLA ESTRADA GALARZA

DIRECTORA: C.D. MARIA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN
ASESOR: C.D. RAUL LEÓN AGUILAR

MÉXICO D. F.

2005

Agradecimientos

A TI MAMI por haberme dado la vida, por enseñarme a ser una mujer de bien, por darme un buen consejo, por darme amor, cariño y comprensión, por aguantar mi carácter, pero sobre todo darme la oportunidad de sentir orgullo de ser tu hija.

Gracias mami.

A TI PAPA te doy las gracias por darme la oportunidad de llegar hasta aquí en este momento tan importante en mi vida, por que siempre te preocupas por que no nos falte nada y por que te esfuerzas mucho por nosotras tus hijas, te dedico esta tesina que también es tuya. Te quiero mucho Papa.

A MIS HERMANOS les quiero agradecer que me soporten y quiero que sepan que los adoro. Gracias.

RECONOCIMIENTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Principalmente a la Facultad de Odontología por brindarme la oportunidad de realizar mis estudios profesionales, con sus mejores académicos.

A LA C.D. CONCEPCIÓN RAMIREZ SOBERÓN

Por su tutoría dentro de la realización de mi tesina, sobre todo por compartir sus conocimientos y su amistad que sabré valorar muchas gracias.

A LA CASA HOGAR "LAS NIEVES"

Por brindarnos el permiso y apoyo de trabajar con nuestra tesina en sus niñas gracias madre superiora.

ÍNDICE

Introducción

1. Antecedentes	1
2. Marco teórico	11
3. Planteamiento del Problema	40
4. Justificación	41
5. Objetivos	42
5.1 Objetivo General	42
5.2 Objetivo Especifico	42
6. Metodología	43
6.1 Tipo de Estudio	45
6.2 Población de Estudio	45
6.3 Muestra	45
6.4 Variables	45
6.4.1 Variable Independiente	45
6.4.2 Variable Dependiente	45
6.5 Criterio de Inclusión	46
6.6 Criterio de Exclusión	46
6.7 Análisis de Información	46
6.8 Recursos	46
6.8.1 Humanos	46
6.8.2 Materiales	47
6.9 Recursos Financieros	47
6.9.1 Infraestructura	47
7. Resultados	48
8. Conclusiones	55
9. Referencias	56
10. Anexos	58

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las personas le prestan mayor atención a la caries dental ya que se piensa es la única causa de pérdida dental, sin atender al cuidado de las encías, muchas veces se piensa que el sangrado es normal y que sólo se trata de la mala técnica de cepillado, sin embargo la enfermedad periodontal es considerada por la OMS enfermedad bucal de alta frecuencia.

Es aquí donde el cirujano dentista puede llegar a jugar un rol muy importante en la detección de este tipo de patologías y alteraciones bucodentales para poder eliminarlas y darle una alternativa de tratamiento antes de que todos sus dientes se pierdan.

1. ANTECEDENTES

En un estudio de 1999, en México en la Facultad de Odontología, la maestra en salud pública Arcelia F. Meléndez Ocampo, Francisco Murrieta y Col, evaluaron la confiabilidad y pertinencia de los índices PMA de Shour y Massler y el índice gingival de Loe y Sillness para medir la experiencia de gingivitis. Se llevó a cabo un estudio epidemiológico descriptivo transversal los examinadores fueron calibrados de acuerdo a la condiciones y criterios establecidos para el IPMA y el IG.

Para medir la correlación entre las observaciones de estos índices con las del examinador patrón, fue calculado el coeficiente de correlación de Spearman. Dando como resultado la sensibilidad mostrada por el IPMA y por el IG fue alta sin embargo la especificidad para ambos fue baja. En cuanto a la correlación con el examinador patrón el IPMA no mostró ninguna dependencia, lo que no ocurrió con el IG ya que refirió mayor confiabilidad para medir la magnitud de la inflamación gingival, llegando a la conclusión que tanto el IPMA como el IG pueden ser utilizados cuando el propósito del estudio fuera solamente medir la prevalencia o la incidencia. El IG es más confiable que el IPMA para medir la magnitud de la inflamación.¹

Por otro lado en el 2000 en Zacatecas, México, el MCD Jesús Rivas Gutiérrez, Docente investigador de la facultad de odontología de la Universidad de Zacatecas y Col, publicaron un artículo llamado diagnóstico situacional de las afecciones bucodentales en una población de Zacatecas, dice que los diagnósticos situacionales son estados que permiten una visión más clara y más actual de las diversas problemáticas existentes en el proceso salud-enfermedad, por lo cual es indispensable realizarlo siempre que se requiera hacer una evaluación modelo de servicio médico odontológico.

Se estructuró la investigación en 5 etapas para su operacionalización, tratamiento estadístico y análisis se emplearon enfoques cuantitativos.

Primera etapa: fase de planeación se estructura tanto el problema, los objetivos, la justificación, el marco conceptual y se determina la metodología a emplear.

En la segunda etapa: fase de instrumentalización se elaboró el formato del odontograma y hoja de índices bucodentales y el cuestionario que mediría las variables socioeconómicas.

En la tercera etapa: fase de concentración y tabulación de datos se realiza el vaciado de información para su tratamiento estadístico.

En la cuarta etapa: fase de interpretación, análisis, conclusiones, alternativas de solución.

En la quinta etapa: Se realiza el informe final.

No existe una cultura odontológica preventiva adecuada en la población de la ciudad de Zacatecas sobre todo en los adultos y trae como consecuencia que exista una alta incidencia y prevalencia de caries dental en la población la cual tiene una tendencia de incremento progresivo conforme va aumentando la edad. 2

También en el 2000 en Yucatán el Cirujano Dentista Jorge Hernández Pereyra. profesor de la Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Yucatán y Col, Publicaron un artículo llamado Enfermedad periodontal:

prevalencia y algunos factores asociados con dicha enfermedad. Se aplicó en 8 municipios a escolares de Yucatán (2140) de edad de 6 a 14 años de edad en escuelas primarias del estado. Se midió la higiene oral mediante el índice (IHOS) de Green y Vermillón y la severidad periodontal mediante el índice de Rusell.

Encontraron una prevalencia promedio de enfermedad periodontal de 61.01%, 59.87 para el sexo femenino y 62.32 para el sexo masculino, por área de residencia la prevalencia fue de 74.18 para los escolares de zona rural y 51.11 para los del área urbana.

La enfermedad es mas alta en la población rural que en la población urbana³

Asimismo en el 2000 el profesor del departamento de periodoncia de la Facultad de Estomatología, UASLP Jesús Carrillo Martínez y Col, realizaron un estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales en pacientes que acuden a la facultad de estomatología. Este se realizo para conocer el índice de enfermedad periodontal en los pacientes que acuden a las clínicas. Se selecciono un grupo de 361 pacientes: 126 hombres entre 11 y 77 años con una media de 29.5 años y 235 mujeres, con edades de 12 a 76 años con una media de 33.1.

Se les aplicó el índice periodontal de Ramfjord (IEP). Utilizando como datos solo 4 pacientes del total de los 361 de la muestra (1 del sexo masculino y 3 del sexo femenino) presentaron indice periodontal de 0.

Resultados: De 10 a 19 años se presento una alta frecuencia de gingivitis, de 30 a 39 años presentaron gingivitis severa, de 40 a 49 años se observo la presencia de periodontitis y en los pacientes de 60-69 y 70-79 años presentan periodontitis avanzadas moderadas.

Consideramos que el valor del presente trabajo radica en que nos ha puesto en evidencia que la enfermedad periodontal es un verdadero problema de salud pública, tal vez con una magnitud mayor a la caries, la cual se ha tenido como la expresión clásica bucal de mas alta frecuencia.⁴

Por otra parte el DR. Agustín Zerón titular en el postgrado de periodoncia de la Universidad Intercontinental y en la División de Postgrado e Investigación de la UNAM, menciona la nueva clasificación de Enfermedades Periodontales propuesta por la academia mexicana de periodontología.

1- Enfermedades Gingivales

A. Enfermedad por placa dental

1. Gingivitis asociada únicamente por placa
 - a. Sin otros factores locales contribuyentes
 - b. Con otros factores locales contribuyentes

2- Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos

a. Asociadas al sistema endocrino

- 1) en la pubertad
- 2) en el ciclo menstrual
- 3) en el embarazo

a. granuloma piogeno

b. gingivitis

3- Gingivitis asociada a Diabetes Mellitus

c. asociadas a discrasias sanguíneas

- 1- gingivitis en la leucemia
- 2- otras

2. Enfermedades gingivales influenciadas por medicación

- a. influencia por drogas
- 1. agrandamiento gingivales inducidos por drogas
- 2. gingivitis influenciada por drogas
- b. influencia por drogas
- c. otros

3- Enfermedades gingivales modificadas por mal nutrición

- A) gingivitis por deficiencia de ácido ascórbico
- b) otros

Enfermedades gingivales no asociadas a la placa

1- Lesiones originadas por bacterias específicas

- a. neisseria gonorrea
- b. treponema pallidum
- c. estreptococal sp.
- d. Otras variedades

2- Enfermedad gingival de origen viral

- a. infecciones por herpes
- b. gingivitis oral recurrente
- c. varicela zoster
- d. otras

3- Enfermedad gingival de origen fúngico

- a. infecciones por cándida sp
- b. candidiasis gingival generalizada
- c. eritema gingival lineal
- d. histoplasmosis
- e. otras

4- Lesiones gingivales de origen genético

- a. fibromatosis gingival hereditaria
- b. otras

5- Manifestaciones gingivales de ciertas condiciones sistémicas

- a. desordenes muco cutáneos
 - 1. liquen plano
 - 2. penfigoide
 - 3. pénfigo vulgar
 - 4. eritema multiforme
 - 5. lupus eritematoso
 - 6. inducido por drogas
 - 7. otros

6. Reacciones alérgicas

- 1. Materiales dentales
 - a. mercurio
 - b. níquel
 - c. acrílico
 - d. otros

3. Reacciones atribuibles

- a. dentríficos
- b. enjuagues bucales
- c. aditivos de chicles
- d. alimentos aditivos
- e. otros

6. Lesiones traumatizas

(iatrogénicas, accidentales, incidentales)

- a) físicas
- b) químicas
- c) térmicas

7-Reacciones a cuerpo extraño

8- No específicas

II- Periodontitis

- a. localizada
- b. generalizada

III. Periodontitis agresiva

Localizada

b. generalizada

IV- Periodontitis con manifestaciones de enfermedades sistémicas

A. Asociada con desordenes hematológicos

- 1. neutropenia adquirida
- 2. leucemias
- 3. otras

B. Asociadas con desordenes genéticos

- 1. neutropenia cíclica y familiar
- 2. síndrome de down
- 3. Síndrome de deficiencia adquirida de leucocitos
- 4. síndrome de papillón lefvre

5. síndrome de chediak-higashi
6. síndrome de histiocitosis
7. enfermedad de almacenamiento del glicógeno
8. agranulocitosis genética infantil
9. síndrome de cohen
10. síndrome de Ehler Danlos (tipo IV y VII)
11. Hipofosfatasa
12. otras

C. no específicas (nes)

V. enfermedades periodontales necrotizantes

A. gingivitis ulcerativa necrosante (gun)

B. periodontitis ulcerativa necrosante (pun)

VI – Abscesos del periodonto

A) absceso gingival

B) absceso periodontal

C) absceso peri coronal

VII – Deformidades y condiciones del desarrollo y adquiridas

A) factores localizados del diente que modifican o predisponen la acumulación de placa que inducen la enfermedad gingival y periodontitis

1. factores de la anatomía dentaria
2. restauraciones y aparatos dentales
3. fracturas radiculares
4. resorción radicular cervical y fisuras cementarias

B. Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor del diente

1. Recesión gingival y tejidos blandos

Superficies vestibulares y linguales

b.interproximal o papilar

2- falta de encía queratinizada

3- vestíbulo poco profundo

4- posición aberrante del frenillo (muscular)

5- excesos gingivales

a. bolsa gingival

b. margen gingival inconsistente

c. despliegue gingival excesivo

d. agrandamientos gingivales

6- Coloración anormal

deficiencia horizontal / vertical del proceso

1. falta de tejido gingival queratinizado

2. agrandamientos de tejidos blandos

3. posición aberrante de frenillo / muscular

4. vestíbulo poco profundo

5. coloración anormal

6. trauma oclusal

1. trauma oclusal primario

2. trauma secundario

En el 2002 Roxana E. Orozco Jaramillo egresada de la especialización en endoperiodontología, Fes de Iztacala realizo un estudio sobre la prevalencia de gingivitis en adolescentes en ese municipio.

Determinó la prevalencia de gingivitis en adolescentes de 2do años de secundaria utilizando el índice de Ramfjord, un abate lenguas, se revisó el margen gingival de acuerdo al índice de Ramfjord en los dientes 16,21,24,36,41,44.

Los cambios gingivales se calibraron de la siguiente manera:

0 = ausencia de gingivitis (tejidos bien adaptados al diente)

1 = Cambios gingivales inflamatorios leves o moderados no se extienden alrededor

2 = Gingivitis leve a moderada grave que se extiende alrededor del diente

3 = Gingivitis grave caracterizada por un marcado color rojo, aumento de volumen, tendencia a la hemorragia y ulceración

Resultado: En el examen gingival de 1.264 alumnos, el 55.9% (708) presentan salud gingival y el 44% (556) presentan diferentes grados de gingivitis.

El índice de Ramfjord fue utilizado en este estudio por la simplificación de datos en una población extensa debido a que solo se valoran 6 dientes. 6

2. MARCO TEÓRICO

PERIODONTO NORMAL

El periodonto se forma con los tejidos de soporte y protección del diente (encía, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar). Se divide en dos partes: la encía cuya función es proteger los tejidos subyacentes y el aparato de inserción, compuesto de ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar.¹

Se considera que el cemento es parte del periodoncio dado que, junto con el hueso, sirve de soporte a las fibras del ligamento periodontal.¹

Encía

La mucosa bucal se compone de 3 zonas: la encía y el revestimiento del paladar duro que forman la mucosa masticatoria; el dorso de la lengua, cubierto por mucosa especializada, y la mucosa bucal que cubre el resto de la boca. La encía es la parte de la mucosa que reviste las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes.¹

Características clínicas

Encía marginal

También se conoce como no insertada y corresponde al margen terminal o borde de la encía que rodea a los dientes a modo de collar. En casi el 50% de los casos, una depresión lineal superficial, el surco gingival libre, la separa de la encía insertada. Por lo general, con casi 1mm de ancho, la encía marginal forma la pared de tejido blando del surco gingival. Puede separarse de la superficie dental mediante una sonda periodontal.¹

Surco gingival

Es el surco poco profundo o espacio circundante del diente que forman la superficie dental, por un lado, el revestimiento epitelial del margen libre de la encía, por el otro. Tiene forma de V y apenas permite la entrada de una sonda periodontal. En circunstancias ideales o de normalidad absoluta, la profundidad del surco es 0 o casi 0. Dichas circunstancias estrictas de normalidad solo se producen experimentalmente en animales libres de gérmenes o luego de llevar a cabo un control intenso y prolongado de la placa.¹

En la encía del ser humano, sana desde el punto de vista clínico, es posible encontrar un surco de cierta profundidad. Tal en la forma establecida para cortes histológicos, mide 1.8mm con variaciones de 0.6mm, otros investigadores registran 1.5 y 0.69mm respectivamente.¹

La maniobra clínica usada para determinar la profundidad del surco consiste en introducir un instrumento metálico, la sonda periodontal y estimar la distancia que penetra. En el ser humano la llamada profundidad de sondeo de un surco gingival clínicamente normal es de 2 a 3 mm.¹

Encía insertada

Este tipo de encía se continúa con la encía marginal. Es firme y resiliente y esta fijada con firmeza al periostio subyacente del hueso alveolar. La superficie vestibular de la encía insertada se extiende hasta la mucosa alveolar relativamente laxa y móvil, de la cual esta separada por la unión mucogingival. El ancho de la encía insertada de modo vestibular varía en distintas zonas de la boca, por lo regular es mayor en la región de los incisivos (3.5 a 4.5mm en el maxilar y 3.3 a 3.9mm en la mandíbula) y menor

en los segmentos posteriores. El ancho mínimo aparece en el área del primer premolar (1.9mm en el maxilar y 1.8mm en la mandíbula).¹

La unión mucogingival

Permanece invariable durante la vida adulta en consecuencia los cambios del ancho de la encía insertada son modificaciones de la posición de su extremo coronario. El ancho de la encía insertada aumenta con la edad y en los dientes sobre erupcionados.¹

Encía interdental

Ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximal por debajo del área de contacto. La encía interdental puede ser piramidal o tener forma de col. La forma de la encía en un espacio interdental determinado depende del punto de contacto entre los dos dientes contiguos y de la presencia o ausencia de cierto grado de resección.²

Características microscópicas de la encía

La encía esta constituida por un núcleo central de tejido conectivo cubierto por epitelio escamoso estratificado.

Epitelio gingival

Si bien constituye un revestimiento continuo de epitelio escamoso estratificado, es posible definir tres áreas diferentes en términos morfológicos y funcionales: epitelio bucal externo, epitelio del surco y epitelio de unión. El tipo celular principal del epitelio gingival al igual que en todos los epitelios estratificados es el queratinocito. Se encuentran otras células conocidas como células claras o no queratinocitos, que incluyen las células de langerhans, células de merkel y melanocitos.²

La función principal del epitelio gingival es proteger las estructuras profundas y permitir un intercambio selectivo con el medio bucal. Esto se logra mediante la proliferación y diferenciación de los queratinocitos.²

Epitelio bucal o externo

Cubre la cresta y la superficie externas de la encía marginal y la superficie de la encía insertada. Esta queratinizado, paraqueratinizado o presenta estas variedades combinadas. El grado de queratinización gingival disminuye con la edad y el inicio de la menopausia, pero no se relaciona con las diferentes fases del ciclo menstrual. La queratinización de la mucosa bucal varía en diferentes regiones en el siguiente orden: paladar (mas queratinizado), encía, lengua y carrillos (menos queratinizado).²

Epitelio del surco

Es el epitelio que recubre el surco gingival, se trata de un epitelio escamoso estratificado delgado, no queratinizado, que se extiende desde el límite coronal del epitelio de unión hasta la cresta del margen gingival.

Epitelio de unión

El epitelio de unión consta de una banda que rodea al diente a modo de collar constituida por epitelio escamoso estratificado no queratinizado. En las primeras etapas de la vida su grosor es de 3 a 4 capas aunque la capacidad de estratos aumenta con la edad hasta 10 o aun 20. La unión del epitelio de unión varía desde 0.25 hasta 1.35mm. El epitelio de unión se forma con la confluencia del epitelio bucal y el epitelio reducido.

Las fibras gingivales fortalecen la inserción del epitelio de unión con el diente, dichas fibras refuerzan la encía marginal contra la superficie dentaria, por tal motivo se considera que el epitelio de unión y fibras gingivales son una entidad funcional, conocida como unidad dentogingival.²

Líquido gingival (líquido del surco)

El surco gingival contiene un líquido que se filtra hacia el desde el tejido conectivo gingival a través del delgado epitelio del surco. Se estima que el líquido gingival: Elimina material del surco, Contiene proteínas plasmáticas que podrían mejorar la adhesión del epitelio con el diente, posee propiedades antimicrobianas y ejerce actividad inmunitaria para proteger la encía.²

Fibras gingivales

El tejido conectivo de la encía marginal es de naturaleza densamente colágeno y contiene un sistema predominante de haces de fibras colágenas llamadas fibras gingivales, integradas por colágena de tipo 1. Poseen 3 funciones: Aseguran firmemente la encía marginal contra el diente, Proveen la rigidez necesaria para soportar la fuerzas de la masticación sin separarse de la superficie dentaria y unen la encía marginal libre con el cemento de la raíz y la encía insertada contigua.²

Las fibras gingivales se agrupan en tres grupos: gingivodental, circular y transeptal.

Grupo gingivodental: Corresponden a las superficies interproximales, linguales y vestibulares. En las superficies vestibulares y linguales se proyectan como abanico desde el cemento hacia la cresta y la superficie externa de la encía marginal, para terminar a poca distancia del epitelio. También se extienden por fuera del periostio de los huesos alveolares vestibular y lingual y terminan en la encía insertada o se unen con el periostio. En sentido interproximal, las fibras gingivodentales se extienden hacia la cresta de la encía interdental.²

Grupo circular: Las fibras circulares atraviesan el tejido conectivo de la encía marginal e interdental y rodean al diente a manera de anillo.

Grupo transeptal: Localizadas en el espacio interproximal, las fibras de este grupo forman haces horizontales que se extienden entre el cemento de dientes adyacentes en los cuales se insertan. Se ubican entre el epitelio de la base del surco gingival y la cresta del hueso interdental.²

Irrigación sanguínea de la encía

Arteriolas supraperosticas: Al lado de las superficies vestibular y lingual del hueso alveolar. A partir de ellas, los capilares se extienden a lo largo del epitelio del surco y entre las proliferaciones reticulares de la superficie gingival exterior. Algunas ramas de las arteriolas pasan a través del hueso alveolar hacia el ligamento periodontal o corren sobre la cresta del hueso alveolar.¹

Vasos del ligamento periodontal: Se extienden hacia la encía y establecen anastomosis con capilares en el área del surco.¹

Arteriolas: Que emergen de la cresta del tabique interdental y se extienden paralelas a la cresta del hueso para anastomosarse con vasos del ligamento periodontal, con capilares en áreas del surco gingival y vasos que discurren sobre la cresta alveolar.¹

Drenaje linfático de la encía

Capta los vasos linfáticos de las papilas del tejido conectivo, sigue hacia la red de recolección externa al periostio del proceso alveolar y después hacia los ganglios linfáticos regionales. Asimismo, los vasos linfáticos subyacentes al epitelio de unión se dirigen hacia el ligamento periodontal y acompañan a los vasos sanguíneos.²

La inervación gingival

Deriva de las fibras que surgen de los nervios presentes en el ligamento periodontal y de los nervios labiales, bucales y palatinos. En el tejido conectivo se distinguen las siguientes estructuras nerviosas: una red de fibras argirófilas, algunas de las cuales se extienden hacia el epitelio; corpúsculos táctiles de tipo Meissner; bulbos terminales de tipo Krause que son receptores térmicos y husos encapsulados.²

Características clínicas

Color: Por lo general el color de la encía insertada y la marginal se describe como rosa coral y se debe a aporte vascular, grosor y grado de queratinización del epitelio, así como la presencia de cédulas que contienen pigmentos. La mucosa alveolar es roja, uniforme y brillante en vez de rosa y graneada. El epitelio de la mucosa alveolar es más delgado no está queratinizado y carece de proyecciones epiteliales interpupilares. El tejido conectivo de la mucosa alveolar es laxo y los vasos sanguíneos son más numerosos.²

Pigmentación fisiológica: (melanina).

A la melanina, pigmento de color pardo que no deriva de la hemoglobina, se debe la tonalidad normal de la piel, la encía y el resto de las mucosas bucales. La pigmentación mecánica de la boca es notoria en personas de raza negra. La pigmentación gingival se observa como un cambio de color difuso, púrpura oscuro, o en la forma de placas pardas de aspecto irregular. Puede aparecer 3 horas después del nacimiento y con frecuencia es la única manifestación de pigmentación.²

Tamaño

Corresponde a la suma total de la masa de elementos celulares e intercelulares de la encía y su irrigación. La alteración del tamaño es un rasgo común de la enfermedad gingival.¹

Contorno

O forma de la encía varía de modo considerable y depende de la morfología de los dientes y su alineación en el arco dental, ubicación y tamaño del área de contacto proximal, así como de las dimensiones de los espacios interproximales gingivales vestibulares y linguales.¹

Forma

El contorno de las superficies dentales proximales, tanto como la localización y forma de los espacios interproximales gingivales, rigen la morfología de la encía interdental. La altura de la encía interdental varía según sea la ubicación del contacto proximal.¹

Consistencia

La encía es firme y resiliente y con excepción del margen libre móvil, se fija con firmeza al hueso adyacente. La naturaleza colágena de la lámina propia y su proximidad al muco periostio del hueso alveolar determinan la consistencia firme de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen de la encía.

Textura superficial

La superficie de la encía posee una textura similar a la cáscara de naranja y se alude a ella como graneada (el graneado se visualiza mejor cuando se seca la encía). El graneado también guarda relación con la edad, no lo hay en la infancia, aparece en algunos niños alrededor de los cinco años de edad, aumenta hasta la edad adulta y suele desaparecer en el anciano.

El graneado es una forma de especialización adoptiva o de refuerzo para la función. Es una característica de la encía sana y la reducción o pérdida de graneado es un signo frecuente de enfermedad gingival.²

Posición

La posición de la encía refiere al nivel donde el margen gingival se fija al diente.

Ligamento periodontal

Es el tejido conectivo que rodea la raíz y la conecta con el hueso. Se continúa con el tejido conectivo de la encía y se comunica con los espacios medulares a través de los conductos vasculares del hueso.

Fibras periodontales

Son los elementos más importantes del ligamento periodontal; son colágena, están dispuestas en haces y siguen una trayectoria sinuosa en cortes longitudinales. Las porciones terminales de las fibras principales que se insertan en el cemento y el hueso reciben el nombre de fibras de Sharpey. Los haces de estas fibras principales constan de fibras individuales que forman una red continua de conexiones entre el diente y el hueso.

La colágena es una proteína compuesta por diferentes aminoácidos entre ellos la glicina, prolina, hidroxilisina e hidroxiprolina. El contenido de esta última puede servir para determinar la cantidad de colágena en un tejido.

Funciones del ligamento periodontal

Son físicas, formativas y de remodelación, nutricionales y sensitivas.²

Proceso alveolar

Es la porción del maxilar y la mandíbula que forma y sostiene a los alvéolos dentarios, se forma cuando el diente erupciona a fin de proveer la inserción ósea para el ligamento periodontal; desaparece de manera gradual una vez que se pierde el diente.²

Periostio y endostio: Todas las superficies óseas están cubiertas por capas de tejido conectivo osteogénico diferenciado. El tejido que cubre la superficie externa del hueso se llama periostio, en tanto que aquel que reviste las cavidades óseas internas recibe el nombre de endostio²

ENFERMEDADES GINGIVALES

Gingivitis

Es la inflamación de la encía y es la forma más común de la enfermedad gingival, existen todas las formas de inflamación gingival, ya que la placa bacteriana que causa la inflamación y los factores irritantes que favorecen la acumulación de placa, suelen estar presentes en el entorno gingival.

Tipos de enfermedad gingival

El tipo más frecuente de enfermedad gingival es la afección inflamatoria simple causada por placa bacteriana adherida a la superficie de los dientes. Este tipo de gingivitis, llamada en ocasiones gingivitis marginal crónica o

gingivitis simple, puede permanecer extática durante periodos indefinidos o puede proceder a la destrucción de las estructuras de soporte (periodontitis).³

- 1- Gingivitis ulceronecrosante aguda
- 2- Gingivostomatitis herpética aguda y otras virales
- 3- Gingivitis alérgica, causada por diversas alergias
- 4- Dermatitis diversas que atacan a los tejidos gingivales y producen tipos característicos de enfermedad gingival, como observados en liquen plano, eritema polimorfo y otros
- 5- La gingivitis puede ser iniciada por la placa bacteriana, aunque la reacción de los tejidos puede estar condicionada por factores generales. Este es el caso del embarazo, gingivitis de la pubertad y la deficiencia de la vitamina C.
- 6- La reacción gingival a una gran variedad de factores patógenos puede incluir aumento de volumen de la misma; esto se denomina agrandamiento gingival.
- 7- En la encía pueden presentarse tumores diversos, benignos o malignos, ya sea naturaleza primaria o tumores metastáticos.

Curso y duración de la gingivitis

La gingivitis aguda suele ser una afección dolorosa de aparición repentina y de corta duración.

La gingivitis subaguda recurrente es una enfermedad que vuelve a parecer después de haber sido eliminada por el tratamiento.

La gingivitis crónica es el tipo más frecuente, es de aparición lenta y de larga duración y suele ser indolora, salvo que se complique por exacerbaciones agudas o subagudas.

Distribución de la gingivitis

La distribución de la gingivitis se caracteriza por su localización.

La gingivitis localizada se limita a la encía de un solo diente o un grupo de dientes.

La gingivitis marginal afecta el margen gingival aunque también puede incluir una porción de la encía insertada adyacente.

La gingivitis papilar afecta a la papila ínter dentaria y suele extenderse hasta la porción adyacente del margen gingival. Los primeros signos de la gingivitis suelen presentarse en papilas.

La gingivitis difusa afecta a todo el margen gingival, encía insertada y las papilas interdientarias.

La enfermedad en casos individuales también puede describirse en:

La gingivitis marginal localizada se limita a una o más áreas de la encía marginal.

La gingivitis difusa localizada se extiende desde el margen hasta el fondo del saco mucobucal, aunque suele estar limitada.

La gingivitis papilar localizada se limita a uno a más espacios interdentarios en una área limitada.

La gingivitis marginal generalizada afecta al margen gingival de todos los dientes. La papila interdentaria también suele ser afectada

La gingivitis difusa generalizada afecta a toda la encía, la mucosa alveolar también es afectada; por tanto la demarcación entre esta y la encía insertada se elimina.²

Patología de la gingivitis

La gingivitis se relaciona con la presencia de microorganismos bucales en el surco gingival. Este organismo capaz de sintetizar productos lesivos en potencia que causan daño a los componentes intercelulares, tales como colágena, sustancia fundamental amorfa, glicocaliz (cubierta de las células) así como las células del tejido epitelial y conectivo.

Características clínicas de la gingivitis

Sangrado crónico recurrente

La causa más frecuente de sangrado gingival anormal recurrente es la inflamación crónica. El sangrado es provocado por traumatismo mecánico, como el cepillado de los dientes, el uso de mondadientes o el impacto de los alimentos; al morder alimentos dolidos como manzanas o por el bruxismo.

En el estado de inflamación crónica, los capilares están congestionados y más cercanos a la superficie asimismo el epitelio degenerado y delgado protege menos, por lo que los estímulos inofensivos en condiciones normales causan rotura de los capilares, lo que se aprecia clínicamente como sangrado.³

La intensidad del sangrado y la facilidad con la que es provocado dependen de la intensidad de la inflamación.

Sangrado agudo

Los episodios agudos de sangrado gingival son causados por lesiones o pueden presentarse en forma espontánea en la enfermedad gingival aguda. La laceración de la encía por el cepillado agresivo o por fragmentos afilados de alimentos provoca sangrado aun en ausencia de enfermedad gingival.

Cambios de color en la encía

Los cambios de coloración constituyen un signo clínico importante en la enfermedad gingival. El color gingival es rosa coral (normal) debido a la vascularidad de los tejidos, modificada por las capas epiteliales que lo cubren. Por tanto la encía se torna más roja cuando hay aumento de vascularización, el grado de queratinización epitelial se reduce desaparece.

El color se hará más pálido cuando: la vascularización se reduzca, la queratinización epitelial aumente.³

Cambios de consistencia

Las inflamaciones crónicas y agudas producen cambios en la consistencia normal firme y elástica de la encía. La gingivitis crónica es un conflicto entre los cambios destructivos y los de reparación y de la consistencia de la encía es determinada por el equilibrio relativo entre ambos.

Cambios de textura superficial en la encía

La pérdida de puntilleo superficial es un signo incipiente de gingivitis. En la inflamación crónica, la superficie es lisa y brillante o firme y nodular dependiendo si el factor dominante es exudativo o fibrotico.

Cambios en el contorno gingival.

Los cambios en el contorno gingival se relacionan principalmente con el agrandamiento gingival, (aumento de tamaño) varían de acuerdo a los factores etiológicos y procesos patológico que los producen .Se clasifican en inflamatorios, no inflamatorios, combinados, condicionados, neoplásicos y de desarrollo.³

Factores que afectan la prevalencia y gravedad de gingivitis

Edad: La prevalencia dela enfermedad periodontal es aproximadamente de 45% a los 10 años de edad, 67% a los 20 años de edad, 70% a los 35 años de edad y el 80% es a los 50 años de edad. La prevalencia de enfermedad periodontal aumenta con la edad.

Sexo: En general, los hombres casi siempre presentan mayor prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal que las mujeres. Los hombres entran a las primeras fases de enfermedad periodontal destructiva aproximadamente a los 35 años de edad y las mujeres posteriormente, a los 45 años de edad aproximadamente.

Raza: En el estudio NHS se revela que los negros presentan con mayor frecuencia enfermedad periodontal mas intensa que los blancos. Es asombroso que después de los 20 años de edad los negros presentan el 50% mayor frecuencia periodontal que los blancos.

Educación

La prevalencia y magnitud de la enfermedad periodontal son menores en el personal que labora en oficinas que en los obreros y suele ser menores en personas dedicadas a labores que requieren mayor preparación educativa.

Ingresos: La enfermedad periodontal esta inversamente relacionada a los niveles de ingreso. La asociación entre enfermedad periodontal y el ingreso es similar a la observada entre enfermedad periodontal y educación

Residencia

En general la prevalencia e intensidad de la enfermedad periodontal es ligeramente mayor en las áreas rurales que en las áreas urbanas.

Área geográfica

En estados unidos, algunos investigadores han demostrado diferencias geográficas en la prevalencia e intensidad de la enfermedad periodontal.³

FACTORES ETIOLOGICOS

Placa: Muchos investigadores han encontrado relaciones positivas y fuertes entre la mala higiene bucal y la enfermedad periodontal²

Nutrición: Las pruebas de una relación entre deficiencias nutricionales con la enfermedad periodontal han sido menos convincentes.

Por ello la nutrición parece ser un factor secundario en la etiología de la enfermedad periodontal.

Atención dental profesional. La frecuencia y la magnitud de los trastornos periodontales son menores en individuos que reciben atención dental sistemática. La prevalencia y magnitud de la enfermedad periodontal aumenta con el descuido²

Gingivitis de la pubertad

Si bien la prevalencia y la gravedad de la enfermedad gingival aumentan en la pubertad, la gingivitis, no es un hecho indefectible en el transcurso de este periodo; puede prevenirse con buena higiene bucal. Como regla general el ciclo menstrual no se acompaña de cambios gingivales notables, pero si ocurren ciertos problemas.

Las alteraciones gingivales relacionadas con la menstruación se atribuyen a desequilibrios hormonales. La prevalencia de gingivitis aumenta durante el periodo menstrual. Algunas pacientes se quejan hemorragia gingival o una sensación tensa o abultada en la encía durante los días previos al ciclo menstrual.

El exudado de la encía inflamada aumenta en el transcurso de la menstruación.³

Gingivitis ulcerativa necrozante

Es una enfermedad destructiva inflamatoria de la encía que presenta signos y síntomas característicos. Causada por la interacción del huésped y bacterias, tal vez espiroquetas

Puede ocasionar destrucción de tejidos de soporte. Cuando hay pérdida ósea, la enfermedad se llama periodontitis ulcerativa necrozante.

Antecedentes: son características frecuentes en el paciente: cambios de hábitos de vida, trabajo prolongado sin descanso adecuado y estrés psicológico.

Signos bucales: Las lesiones tipitas son depresiones crateriformes, como socavados, en la cresta de las papilas interdentes que se extienden hacia la encía marginal y mucosa bucal. La superficie de los cráteres gingivales está cubierta por un esfacelo pseudo membranoso gris, demarcado del resto de la mucosa gingival por un eritema lineal intenso..

Síntomas bucales: Las lesiones son muy sensibles al tacto y el paciente se queja de un dolor irradiado y constante intensificado por los alimentos condimentados o calientes así como por la masticación. Se percibe un sabor metálico desagradable y la persona siente una cantidad exagerada de saliva pastosa.³

Gingivostomatitis herpética primaria

Es una infección primaria de la boca originada por el virus del herpes simple tipo 1. Es frecuente en recién nacidos y menores de 6 años de edad, pero también se registra en adolescentes y adultos.

Signos bucales.

Una afección difusa, eritematosa y brillante en la encía y la mucosa bucal adyacentes, con grados cambiantes de edema y hemorragia gingival. Al cabo de 24 horas, las vesículas se rompen y forman pequeñas úlceras dolorosas con un margen en halo rojo elevado y una porción central amarillenta o blanco grisáceo.

El curso se limita entre 7 y 10 días. El eritema gingival difuso y el edema que aparecen temprano en la enfermedad perduran varios días luego de que las lesiones ulcerativas cicatrizan.³

Antecedentes

La anomalía suele aparecer durante un episodio de enfermedades febriles, como neumonía, meningitis, influenza y fiebre tifoidea o inmediatamente después, así mismo se presenta en periodos de ansiedad.³

Gingivitis descamativa crónica

Aunque se reconoció y notificó por primera vez en 1984 el término de gingivitis descamativa lo acuñó Prinz en 1962 para describir una lesión peculiar que se caracteriza por un eritema intenso, descamación y ulceración de las encías libre e insertada.

Los pacientes suelen ser asintomático, pero si presentan síntomas son: ardor leve hasta un dolor intenso.

Diagnóstico de gingivitis descamativa

Para comenzar la valoración de la gingivitis descamativa es indispensable obtener un historial clínico minucioso. Los datos de los síntomas relacionados con esta afección así como los antecedentes (esto es comienzo de la lesión, agravación, hábito que la exacerba).

Examen clínico

El reconocimiento del patrón de distribución de las lesiones (focales, multifocales, confinadas a los tejidos gingivales o no) brinda la información necesaria para formular el diagnóstico diferencial.

Tratamiento

Una vez establecido el diagnóstico el odontólogo prescribe el tratamiento óptimo para el enfermo.³

MÉTODOS DE PREVENCIÓN

TÉCNICAS DE CEPILLADO

STILLMAN

El método de Stillman fue desarrollado originalmente para proporcionar estimulación gingival. El cepillo dental se coloca en una posición inclinada de 45 grados respecto al vértice dental, colocando el cepillo parte en la encía y parte en el diente. Reutiliza un movimiento vibratorio con presión ligera para estimular la encía.⁵

BASS

Es importante hacer notar que la técnica de Bass fue la primera en centrarse en retiro de la placa y detritos presente en el surco gingival.

El método tiene eficacia para retirar la placa adyacente y directamente por debajo de los bordes gingivales, como de la caries y la enfermedad periodontal.

En la técnica de Bass el cepillo se coloca sobre el surco gingival a un ángulo de 45 grados respecto al vértice dental. Las cerdas se presionan suavemente

para que entren al surco. Una acción vibratoria, descrita como un sacudido horizontal de atrás hacia delante.⁵

TIEMPO Y FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL

La ADA ha modificado esta posición afirmando que los pacientes deben cepillarse con regularidad.

Con frecuencia se logra hacer un compromiso al sugerir 5 a 10 movimientos en cada región. Para asegurar el compromiso continuo a un programa personal de higiene oral, al paciente se le debe explicar y demostrar adecuadamente los beneficios del cuidado oral.

ENJUAGUES BUCALES

Clorhexidina: La FDA ha aprobado los enjuagues para el control de la placa, de venta bajo prescripción médica, que contienen 0.12% de clorhexidina. Un producto el peridex también ha recibido el sello de la ADA. Las instrucciones indican un enjuague de 30 segundos, dos veces al día. La Clorhexidina ha demostrado ser uno de los agentes antiplaca más eficaces.

EFFECTOS ADVERSOS

Manchas, Sensación del gusto, Incremento de formación de cálculo.

LISTERINE

Antiséptico que es antiplaca y antigingivitis de venta libre aprobado por la ADA. Se recomienda dos veces al día durante 30 segundos con 20ml, además de régimen oral de higiene.⁵

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)²

En 1960, Green y Vermillón.

Mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo

Consta de 2 elementos: Un índice de desechos simplificado y un índice de cálculo simplificado. Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Solo se examinan 6 superficies dentales.

Superficies vestibulares: primer molar superior derecho, incisivo central superior derecho, primer molar superior izquierdo.

Superficies linguales: primer molar inferior izquierdo, incisivo central inferior izquierdo, primer molar inferior derecho.

Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios: gingival, medio e incisal.

ÍNDICE DE DESECHOS BUCALES (DI-S)

0 – No hay presencia de residuos o manchas

1 - Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental.

2- Desechos blandos que cubren más de una tercera parte pero menos de dos tercios de la superficie dental

3- .Residuos blandos que cubren más de dos terceras partes de la superficie dental

La calificación DI-S se obtiene por persona totalizando la puntuación de los desechos por superficie dental y dividiendo entre la cantidad de superficies examinadas.

ÍNDICE DE CALCULO (CI-S)

0 – No hay sarro presente

1 - Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental

2 – Sarro supragingival que cubra más de un tercio, pero menos de dos tercias partes de la superficie dental

3 – Sarro supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental

La puntuación (CI-S) se obtiene por persona redondeando las calificaciones del cálculo por superficie dentaria y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas.²

VALORES: Adecuado: 0.0 – 0.6, Aceptable 0.7 – 1.8, Deficiente 1.9 – 3.0.

ÍNDICE GINGIVAL (IG)²

Fue creado para valorar la gravedad de la gingivitis y su ubicación en 4 áreas Posibles. Los tejidos que rodean al diente son divididos en 4 unidades de puntuación gingival: Papila distovestibular, Papila mesiovestibular, margen vestibular y margen lingual.

Cada una de las 4 unidades gingivales es valorada según los parámetros:

GRADO DE GINGIVITIS

0.1 – 1.0	LIGERO
1.1 - 2.0	MODERADO
2.1 - 3.0	GRAVE

La suma de las calificaciones en torno de cada diente origina la puntuación GI para la región. Si las calificaciones alrededor de cada diente son totalizadas y divididas entre 4, se obtiene la calificación GI para ese diente. Sumar todas las calificaciones por diente y dividir entre la cantidad de dientes examinados genera puntuación GI por persona.

ESTADO GINGIVAL

- 0 – Ausencia de signos de inflamación
- 1 - Cambios gingivales ligeros a moderados
- 2 - Gingivitis ligera a moderadamente grave se extiende por toda la periferia del diente
- 3 - Gingivitis grave caracterizada por enrojecimiento marcado, ulceraciones o tumefacción.⁴

ESCALA DE LIKERT⁴

Este método fue desarrollado por Rensis Likert a principios de los treinta; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado.

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los 5 puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico, así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar solo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de cuatro palabras.

Dirección de las afirmaciones

Pueden tener dirección: favorable o positiva y desfavorable o negativa. Y esta dirección es muy importante para saber como se codifican las alternativas de respuesta.

Si la afirmación es positiva significa que califica favorablemente al objeto de actitud, y cuanto los objetos estén más de acuerdo con la afirmación, su actitud será más favorable.

Forma de obtener puntuaciones

Se obtienen sumando los valores obtenidos respecto a cada frase. Por ello se denomina escala aditiva. En las escalas Likerts a veces se califica el promedio obtenido en la escala mediante una sencilla formula PT / NT (donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el numero de afirmaciones).

Otras consideraciones sobre la escala Likert

A veces se acorta o se incrementa el número de categorías, sobre todo cuando los respondientes potenciales pueden tener una capacidad muy limitada de discriminación o por el contrario muy amplia.

Si los encuestados tienen poca capacidad de discriminar pueden incluirse 2 o 3 categorías. Por el contrario si las personas con un nivel educativo elevado y capacidad de discriminación pueden incluirse 7 categorías.

Como se construye una escala Likert

Generando un elevado numero de afirmaciones que califiquen al objeto de actitud y se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación. Asimismo debe calcularse la confiabilidad y validez de la escala.. En la actualidad, la escala original se ha extendido a preguntas y observaciones.

Maneras de aplicar la escala de Likert

Existen dos formas: la primera es de manera auto administrada: se le entrega la escala al respondiente y este marca respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción o respuesta. Es decir marcan su respuesta.

La segunda forma es la entrevista; un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que este contestando una tarjeta donde muestran las alternativas de respuesta o categorías.⁴

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es de todos conocido que los hijos de familias desintegradas, madres solteras y de bajos recursos, carecen de conocimientos sobre salud no sólo bucodental sino integral, tal es el caso de las niñas de la casa hogar “ Las Nieves”, estas viven toda la semana en este hogar, en donde desayunan, comen, cenan y duermen sin la supervisión paterna y/o materna, por lo tanto no guardan ningún cuidado de aseo personal o bucal, ya que esta casa hogar no cuenta con el personal capacitado o por lo menos adecuado, solamente les dan instrucción primaria.

Será necesario involucrar a la maestras religiosas que tienen a su cargo a las niñas en una promoción de higiene bucodental para evitar tanto la caries como la enfermedad periodontal y crearles conciencia de la importancia que esta tiene para mantener una salud integral, por lo que se tratará de motivar y orientar a esta población con pláticas para que se adentren en la importancia de conocer y mantener la salud bucodental.

4. JUSTIFICACIÓN

Es de vital importancia evaluar el estado de salud buco dental de las niñas de la casa hogar utilizando indicadores de enfermedad periodontal como el IG, el IHOS, y el grado de conocimiento que estas tienen sobre autocuidado de salud, para poder fomentar la necesidad de mantener el aparato estomatognatico en un estado óptimo.

El presente trabajo pretender crear en las niñas la conciencia de prevención, ya que la promoción tiene como fin mejorar la higiene bucodental para evitar enfermedades periodontales.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de enfermedad gingival y nivel de conocimiento sobre autocuidado bucodental

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Determinar el nivel de conocimiento sobre autocuidado de salud bucodental utilizando escala de Likert
- 2- Identificar los factores de riesgo de la enfermedad periodontal utilizando encuestas
- 3- Realizar levantamiento de índices gingival (IG) e índice de higiene oral simplificado (IHOS)

6. METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODOS

Se acudió a la casa hogar “Las Nieves” ubicada en Calle Chica # 12 Tlalpan, para saber si nos podrían dar autorización para realizar el estudio.

Se estableció comunicación formal con la trabajadora social Miroslava Díaz a la que le explicó el motivo de la visita, se consiguió una cita con la madre superiora Maria Leticia Chávez, para el día 21 de enero del 2005 a las 3:00 de la tarde, contando con el permiso programamos 5 citas en el periodo de febrero – marzo del 2005. Los lunes, miércoles y jueves en el horario de 2:00 a 4:00 de la tarde.

Primera cita:

Se realizaron cuestionarios de actitudes y encuestas para ver el conocimiento de salud bucodental en las niñas de 8 a 13 años de edad.

Segunda cita:

Se procedió a levantar Índice de Higiene Oral Simplificado e Índice Gingival utilizando la luz del sol, una silla y una mesa para recostar a la niña, la exploración se realizó con un espejo bucal, sonda de la OMS, explorador, pastillas reveladoras, abate lenguas, guantes, bata blanca, cubre bocas, y lentes de protección para conocer la prevalencia de placa, sarro y enfermedad gingival, cabe mencionar que la tesista fue calibrada por un asesor en la clínica de periodoncia de la Facultad de odontología

Tercera cita: Se realizaron pláticas de promoción para la salud, exponiendo técnicas de cepillado, el uso de hilo dental, enjuague bucal,

enfermedad gingival ,se le obsequió un tríptico con información básica sobre el autocuidado bucodental.

Cuarta cita:

Se les aplicó el mismo cuestionario de actitudes para saber si existió un cambio en cuanto al conocimiento de autocuidado sobre salud bucodental .

Quinta cita:

Agradeciéndoles la participación de las niñas, maestras y madre superiora se les hizo un obsequio (cepillo dental y un calendario).

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, Descriptivo y Transversal

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La casa hogar "Las Nieves" consta de 50 niñas de 6 a 13 años de edad internadas de lunes a viernes

6.3 MUESTRA

38 niñas de 8 a 13 años de edad

6.4 VARIABLES

6.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Edad

Contenido del programa

6.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Enfermedad gingival

Aprendizaje de autocuidado

6.5 CRITERIO DE INCLUSIÓN

Niñas de 8 a 13 años que viven en la casa hogar “Las Nieves”

Niñas que deseen participar

6.6 CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Niñas de 6 y 7 años que viven en la casa hogar “Las Nieves”

Niñas de 8 a 13 años que no deseen participar

6.7 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

La recopilación de la información se realizó por medio de encuestas y cuestionarios de actitudes en forma directa con base en un interrogatorio

El análisis fue por medio de porcentajes y escala de Likert

6.8 RECURSOS

6.8.1 HUMANOS

Directora de tesina

Aesor de tesina

Pasante de la facultad de odontología

6.8.2 MATERIALES

76 cuestionarios

38 encuesta

38 trípticos

38 fichas de Índice Gingival (IG)

38 fichas de Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

1 Computadora

1 Impresora

6.9 RECURSOS FINANCIEROS

Fueron solventados por la pasante de la Facultad de Odontología

6.9.1 INFRAESTRUCTURA

Casa hogar "Las Nieves"

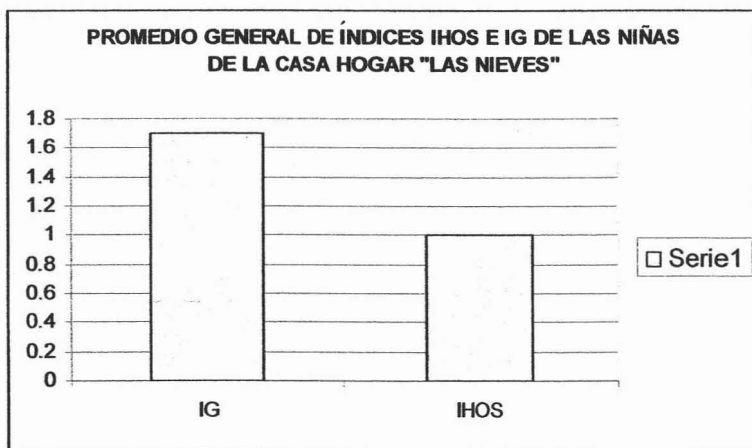
Biblioteca de la Facultad de Odontología

7. RESULTADOS

Cabe hacer mención que primero se describirá el índice IG y el índice IHOS, asimismo se mostrará el nivel de conocimiento en las alumnas de la Casa Hogar "Las Nieves" posteriormente los resultados de la encuesta en graficas con su respectivo cuadro

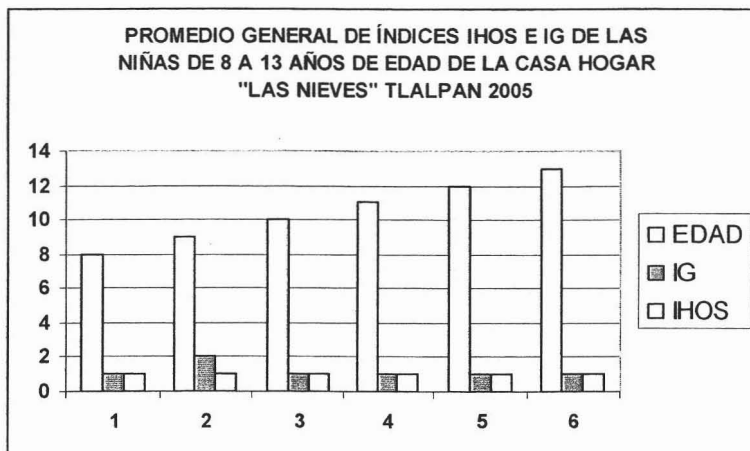
ÍNDICE GINGIVAL E INDICE IHOS

Como resultado del levantamiento de los índices IHOS e IG, tenemos que el índice IG general de las niñas es de 1.7 (GRADO GINGIVAL MODERADO) y el IHOS es de 1



FUENTE DIRECTA

PROMEDIO GENERAL	IG	IHOS
38 NIÑAS	1.7	1

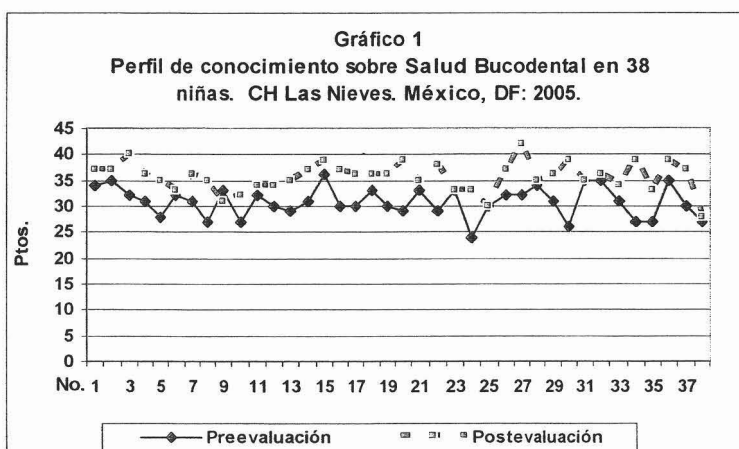


FUENTE DIRECTA

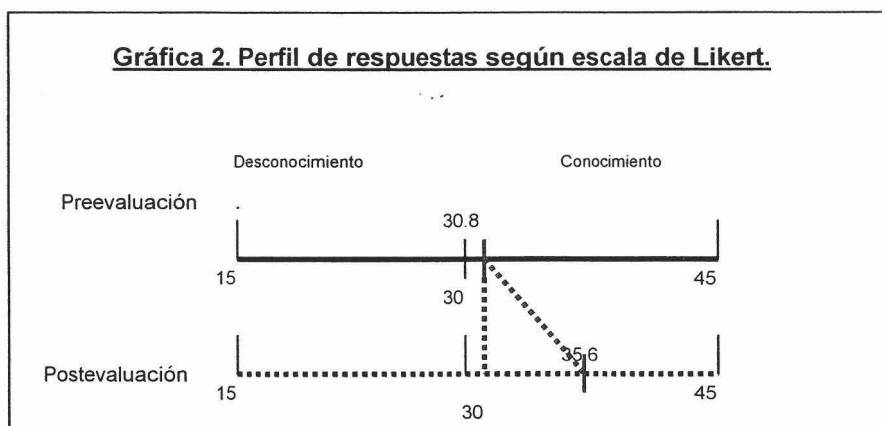
EDAD	IG	IHOS
8	1	1
9	2	1
10	1	1
11	1	1
12	1	1
13	1	1

El estado gingival por edad nos muestra un IG de 1 y un IHOS de 1 en niñas de 8 años, así mismo en las niñas de 9 años podemos apreciar el IG de 2 y el IHOS de 1, por otro lado al levantar el índice IG y el IHOS de las niñas de 10 años nos encontramos con 1 y 1 respectivamente, siendo el mismo en las niñas de 12 y 13 años.

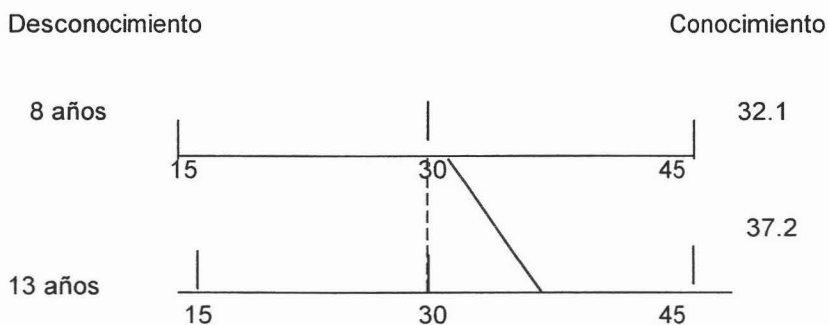
Ahora bien, respecto al perfil del conocimiento que las encuestadas presentaron antes y después de implementar el curso de promoción de la salud, se observa que en la primera evaluación es menor el puntaje obtenido por las niñas ya que obtuvieron un promedio de 30.8 puntos según las escala de Likert y después del curso el promedio de respuestas por cada niña fue del orden de 35.6. (Gráfica 1 y 2)



Fuente: Directa

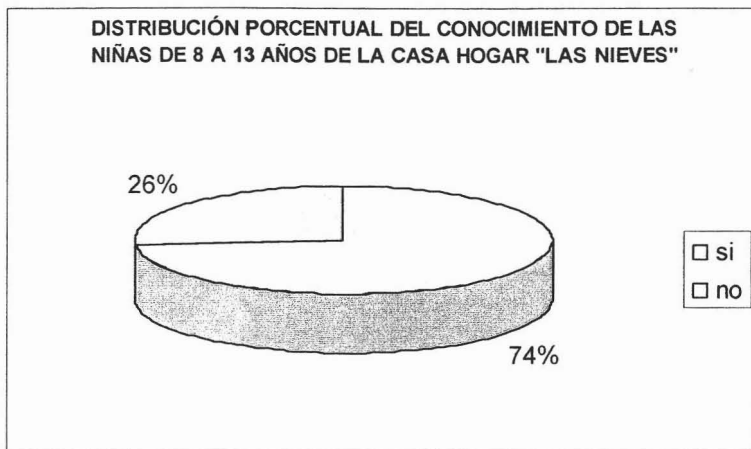


En cuanto a conocimiento comparamos a las niñas de 8 años con las niñas de 13 y nos muestra que las niñas de 13 tienen un conocimiento más elevado de 37.2 puntos, mientras que las niñas de 8 tienen 32.1 puntos.



Escala de Likert.

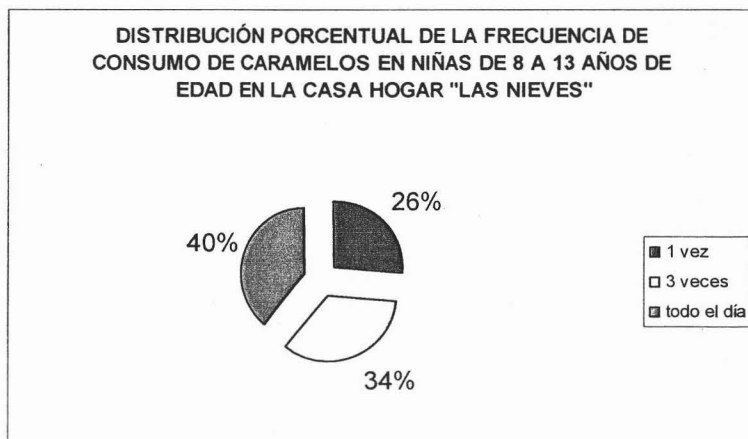
En cuanto a conocimiento bucodental encontramos 28 niñas que tienen algo de conocimiento de salud bucodental y 10 que no tienen conocimiento alguno.



FUENTE DIRECTA

CONOCIMIENTO DE SALUD BUCODENTAL	N	%
SI	28	74
NO	10	26
TOTAL	38	100

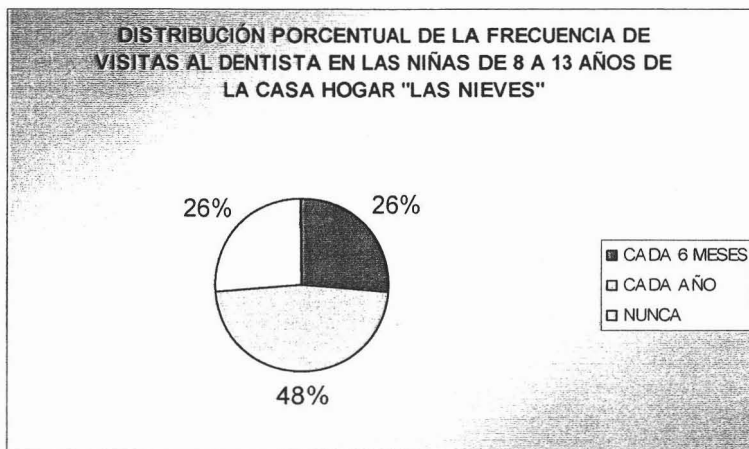
Las niñas de la casa hogar consumen demasiado caramelo dando como resultado que 15 niñas prueban todo el día, 13 niñas 3 veces al día y 10 niñas 1 vez al día.



FUENTE DIRECTA

CONSUMO DE CARAMELOS AL DÍA	N	%
1 VEZ	10	26
3 VECES	13	34
TODOS EL DÍA	15	40
TOTAL	38	100

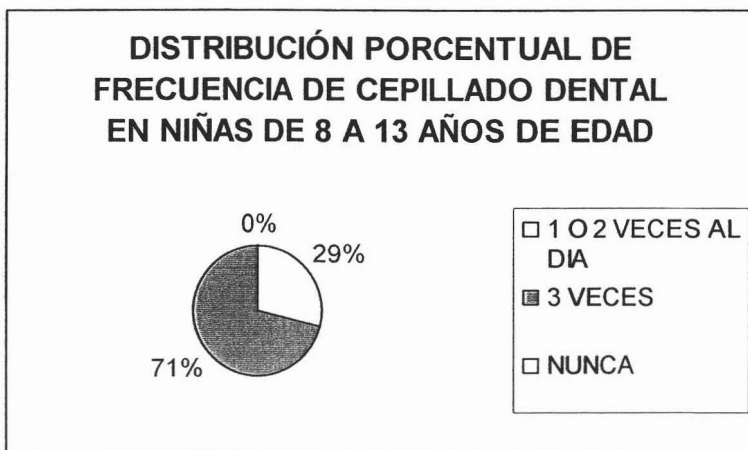
En la pregunta ¿ CADA CUANDO VISITAS A TU DENTISTA, nos mostró como resultado que 10 niñas contestaron cada 6 meses, 18 niñas cada año y 10 niñas nunca.



FUENTE DIRECTA

CADA CUANDO VISITAS A TU DENTISTA	N	%
CADA 6 MESES	10	26
CADA AÑO	18	48
NUNCA	10	26
TOTAL	38	100

ENCUESTA: En la pregunta de CUANTAS VECES TE CEPILLAS LOS DIENTES AL DÍA resulto que 11 niñas se cepillan los dientes 1 o 2 veces al día, 27 3 veces al día y nunca 0 niñas.



FUENTE DIRECTA

FRECUENCIA DE CEPILLADO	N	%
1 O 2 VECES AL DÍA	11	29
3 VECES AL DÍA	27	71
NUNCA	0	0
TOTAL	38	100

8. CONCLUSIONES

En el resultado de encuestas y cuestionarios realizados a 38 niñas de 8 a 13 años de edad en la Casa Hogar "Las Nieves", podemos observar que tenían poco conocimiento sobre el tema de autocuidado bucodental.

Después de una plática sobre autocuidado bucodental el conocimiento aumento notablemente (Escala de Likert).

En los levantamientos de índices IHOS e IG de acuerdo a los resultados tenemos un IHOS de 1 (residuos blandos que cubren menos de un tercio de la superficie) y un IG de 1.7 (Estado gingival moderado).

Por lo que podemos concluir que hay que dar mayor importancia a los niños que no cuenten con vigilancia de sus padres y sobre todo tener una constante comunicación entre las maestras en las que recae la responsabilidad de formar a estas niñas de la mejor manera posible, es importante conseguir la forma de construir un puente permanente entre dentistas y maestras para implementar programas de higiene y salud bucal en casas hogar como esta.

9 . REFERENCIAS DE LIBROS

- 1. - Norman O. Harris, Garcia Godoy Franklin. Odontología preventiva primaria. 5ta ed. Cd. México: Editorial Manual Moderno, 2001. Pp 257-275**
- 2. Michael G. Newman, Carranza Fermín. Periodontología clínica. Novena edición, Editorial Mc Graw Hill, Pp. 66-83**
- 3. Carranza A. Fermín. Periodontología clínica, octava Edición, Editorial Mc Graw Hill, 1998. Pp 14-62**
- 4. Sampieri Roberto Hernández. 2da Edición, Editorial Mc Graw Hill, Pp 256-265**

REFERENCIAS DE ARTICULOS

- 1.- Meléndez Ocampo Argelia. Estudio comparativo en 2 índices gingivales, ADM, 1999, Vol. LVI, No 4: Pp 141-150**
- 2.- Rivas Gutiérrez Jesús. Diagnostico situacional de las afecciones buco dentales en la población de la**

Ciudad de zacatecas, ADM, 2000, Vol. LVLL, No 6: Pp 218-221

3.- Hernández R. Jorge. Enfermedad periodontal: prevalencia y algunos factores asociados en escolares de una región mexicana, ADM, 2000, Vol. LVII, No 6: Pp 222-230

4.- Carrillo Martines Jesús. Estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales en pacientes que acuden a la facultad de estomatología de la UASLP. ADM. 2000, Vol., LVIII, No 6: Pp 205-213

5.- Zerón Agustín. Nueva clasificación de enfermedades periodontales. 2001, Vol. LVIII, No 1: Pp 16-20

6.- Jaramillo Orozco E. Roxana. Prevalencia de gingivitis en adolescentes en el municipio de tlalnepantla ADM, 2002, Vol. LIX No 1: Pp 16-21

10. ANEXOS

Fichas clínicas: IHOS y IG

Tríptico

Carta dirigida a la Casa Hogar "Las nieves"

Carta de calibración dirigida a la Maestra Argelia Meléndez Ocampo



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL**

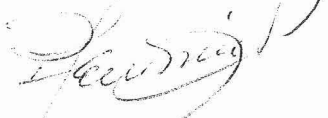
Madre Superiora Ma. Leticia Chávez
Directora de la Casa Hogar "Las Nieves" A.C
P r e s e n t e

Por este conducto me permito solicitar a usted su autorización para que las pasantes Perla Estrada Galarza y Mariana Vilchis Martínez alumnas de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología en el Seminario de Titulación de Educación para la Salud, realicen un programa de salud bucodental dirigido a las niñas con el objetivo de brindar mayor conocimientos e información que sea parte de su formación integral.

Esperando contar con su autorización para realizar estas actividades educativas tan importantes para su salud bucal e integral.

La saluda afectuosamente:

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cd. Universitaria 21 de Enero de 2005


C.D. Patricia Henonin Palacio
Coordinación de Educación para la Salud Bucal

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SEMINARIO DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD

MTRA. ARCELIA MELENDEZ OCAMPO

Presente.

Por medio de la presente solicito si para ello no hay inconveniente la calibración del índice de higiene oral simplificado (IHOS) y el índice gingival (IG) para la tesina de **EVALUACIÓN DEL ÍNDICE GINGIVAL Y CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DE SALUD BUCODENTAL EN NIÑAS DE 8 A 13 AÑOS . CASA HOGAR LAS "NIEVES" TLALPAN 2005** del seminario de titulación de Educación para la Salud Bucal de la alumna **PERLA ESTRADA GALARZA** con número de cuenta 09629350-8

Sin más por el momento me es grato quedar de usted,

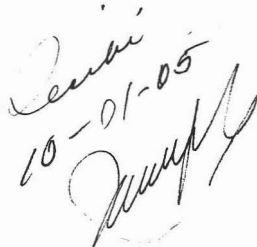
Atentamente,

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Cd. Universitaria, DF., a 10 de febrero de 2005



C.D. CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

ÍNDICE GINGIVAL

17-16	12-11	24-25
45-44	32-31	36-37

Cuatro unidades gingivales: Papila distovestibular, Papila mesiovestibular, margen vestibular y margen lingual

ESTADO GINGIVAL

- 0 Ausencia de signos de inflamación
- 1 Cambios gingivales inflamatorios ligeros a moderados que no se extienden alrededor del diente
- 2 Gingivitis ligera a moderadamente grave que se extiende por toda la periferia del diente
- 3 Gingivitis grave caracterizada por enrojecimiento, marcada tumefacción, tendencia a la hemorragia y la ulceración

GRADOS GINGIVALES

- 0.1 - 1.0 LIGERO
1.1 - 2.0 MODERADO
2.1 - 3.0 GRAVE

RESULTADO DEL IG: _____

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
"CASA HOGAR LAS NIEVES"**

FICHA CLÍNICA

FECHA: _____

EDAD:

--	--

SEXO: F o M

OCUPACIÓN DEL PACIENTE:

- 1) OBRERO 2) EMPLEADO 3) COMERCIANTE 4) TÉCNICO
5) PROFESIONAL 6) HOGAR 7) DESEMPLEADO 8) JUBILADO
9) ESTUDIANTE

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

PLACA DENTOBACTERIANA

- 0 SIN PLACA, SIN MANCHAS
- 1 RESIDUOS BLANDOS QUE CUBREN MENOS DE UN TERCIO DE LA SUPERFICIE
- 2 RESIDUOS BLANDOS QUE CUBREN MAS DE UN TERCIO DE LA SUPERFICIE Y MENOS DE DOS TERCIOS DE LA SUPERFICIE
- 3 RESIDUOS BLANDOS QUE CUBREN TRES TERCIOS DE LA SUPERFICIE

CÁLCULO DENTAL

- 0 NO HAY CÁLCULO SUPRAGINGIVAL
- 1 CÁLCULO SUPRAGINGIVAL QUE CUBRE MENOS DE UN TERCIO DE LA SUPERFICIE
- 2 CÁLCULO QUE CUBRE ENTRE UN TERCIO Y DOS TERCIOS DE LA SUPERFICIE
- 3 CÁLCULO CUBRIENDO MÁS DE DOS TERCIOS DE LA SUPERFICIE

lc			
lp			
	17 - 16	11 - 21	26 - 27
	47 - 46	41 - 31	36 - 37
pp			
pc			

ÍNDICE DE PLACA = _____ ÍNDICE DE CÁLCULO = _____ IHOS = _____

VISITA A TU DENTISTA
CADA 6 MESES

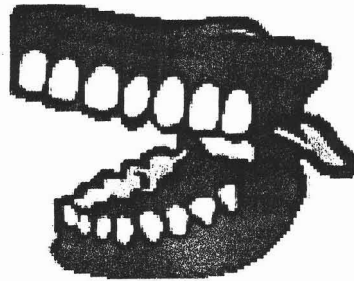


FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

CASA HOGAR

LAS NIEVES

EDUCACIÓN PARA LA
SALUD



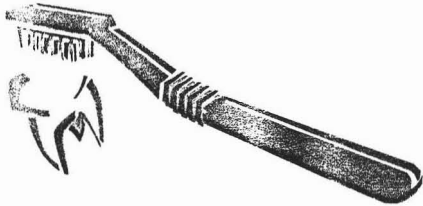
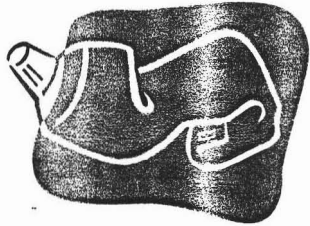
PERLA ESTRADA GALARZA

PASOS PARA UN BUEN CEPILLADO DENTAL

LAVATE LOS DIENTES

3 VECES

AL DÍA



CEPILLA LOS DIENTES FRONTALES
CEPILLA LAS MUELAS IZQUIERDAS
CEPILLA LAS MUELLAS DERECHAS
CEPILLA LOS DIENTES POR ADENTRO
CEPILLA LAS MUELAS IZQUIERDAS POR ADENTRO
CEPILLA LAS MUELAS IZQUIERDAS POR ADENTRO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ENCUESTA

- 1- ¿Cada cuando visitas a tu dentista
A) Cada 6 meses B) Cada año C) Nunca
- 2- ¿Cuántas veces te cepillas los dientes al día
A) 1 o 2 veces B) 3 veces C) Nunca
- 3- ¿Usas agua y pasta
A) Si B) No C) A veces
- 4- ¿Usas el enjuague bucal
A) Si B) No C) No lo conozco
- 5 - ¿Usas hilo dental
A) Si B) No C) A veces
- 6- ¿También te cepillas la lengua
A) Si B) No C) A veces
- 7- ¿Tienes conocimiento sobre la salud buco dental
A) Si B) No
- 8 - ¿Cuántas veces al día pruebas caramelos
A) 1 vez
B) 3 veces
C) Todo el día
- 9- ¿Quién te enseñó a cepillarte los dientes
A) Mama B) Papa C) Algún familiar D) Otro
- 10-¿Es importante para ti mantener tu boca sana
A) Si
B) No

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

CUESTIONARIO DE ACTITUDES

1-¿La gingivitis es la más común de la enfermedad de la encía

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

2-¿El listerine es enjuague bucal antiplaca

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

3-¿La pasta dental es uno de los agentes antiplaca más eficaces

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

4-¿Los requisitos para un cepillo dental son: Buen tamaño, Durable, Barato

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

5-¿Con la ayuda del hilo dental se remueve la placa adherida a los dientes

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

6-¿También con la ayuda del hilo dental disminuye el sangrado

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

7-¿La buena técnica de cepillado ayuda a prevenir la inflamación de la encía

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

8-¿ El propósito principal de la higiene bucal consiste en evitar la enfermedad gingival

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo ni, en desacuerdo 3) En desacuerdo

9-¿ El comer dulces aumenta mi limpieza en boca

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

10-¿ las técnicas de cepillado no funcionan para tener una encía sana

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

11-¿ Es normal que a veces sangren las encías

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) Desacuerdo

12-¿ la encía en condiciones sanas puede estar inflamada

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) Desacuerdo

13-¿ los métodos de prevención son innecesarios

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) Desacuerdo

14-¿El trabajo de las promotoras de salud no me sirve para nada

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) Desacuerdo

15-¿No es importante mantener mi boca limpia y sana

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) Desacuerdo