



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADO DE LA SALUD
BUCODENTAL EN UNA MUESTRA DE ESCOLARES DE
TERCER AÑO DE PRIMARIA YAUTEPEC MORELOS 2008.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

OSCAR ISRAEL RUIZ GARCÍA

TUTOR: MTRA. ARCELIA FELICÍAS MELÉNDEZ OCAMPO

MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Esta tesina no solamente fue un trabajo individual si no el resultado de una suma de apoyos y esfuerzos a lo largo de muchos meses. A todas las personas que, aunque no sean conscientes de ello, han hecho posible finalizar esta tesina, mil gracias de corazón:

En primer lugar mis padres José Luís y Rafaela por que a ellos les debo todo lo que soy y serán siempre mi referencia en la vida, son las personas que más admiro. A mis hermanos José Luís y Mildreth ya que me han brindado su apoyo en todo momento y sobre todo una amistad, son los mejores hermanos que una persona puede tener. Tampoco me puedo olvidar del resto de mi familia que me ha brindado su respaldo todo el tiempo

A mis amigos porque amigos de verdad se encuentran pocos y la vida me ha regalado a 4: Ariel, José Luís, Iván y Rebeca ya que siempre estarán en mi esos buenos momentos que pasamos juntos, gracias a su apoyo y su gran amistad, siempre serán mis amigos.

A mi tutora y Asesora Argelia Meléndez Ocampo por guiarme a lo largo de estos meses de duro trabajo y cederme parte de ese tiempo que no le sobra. Sin ella esta tesina no hubiera sido posible. Gracias por darme consejos y orientarme en este trabajo.

Agradezco ampliamente a la UNAM por sus enseñanzas, siempre la recordare con admiración y cariño esta maravillosa universidad que representa para mí la institución más seria y confiable del país, por sólida, por estable, por dedicada y por inteligente, gracias una vez mas a la UNAM por todo lo que me ha dado. POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITU.

Contenido

1. Introducción	5
2. Antecedentes	6
3. Planteamiento del problema	16
4. Justificación	17
5. Hipótesis	18
6. Objetivos	19
6.1 General	19
6.2 Específicos	19
7. Metodología	20
7.1 Materiales y métodos	20
7.2 Tipo de estudio	21
7.3 Población de estudio	21
7.4 Tamaño de la muestra	21
7.5 Criterios de inclusión	22
7.6 Criterios de exclusión	22
7.7 Variables de estudio: dependiente e independiente conceptualización y operacionalización	22
7.8 Aspectos éticos	
7.9 Plan de análisis	
8. Resultados	24
9. Conclusiones	31
Anexos	34
10. Referencias bibliográficas	37

1. INTRODUCCIÓN

El valor de la salud depende del conocimiento que los individuos tengan de los efectos adversos que se pueden presentar cuando ésta se pierde. En términos de Salud Bucodental es importante enfatizar el valor que tiene la promoción de la salud dirigida por un lado a la identificación de los factores de riesgo que inciden en ésta y por el otro, conocer los beneficios que proporciona conservar la salud dental por muchos años. Generalmente en los centros educativos algunas instituciones tienen implementados programas escolares de salud bucal pero desgraciadamente todavía hay instituciones que no se han beneficiado con estos programas.

Cuando en una institución existe un programa de educación para la salud, las repercusiones positivas son muy importantes ya que los individuos pueden implementar las medidas preventivas necesarias para evitar la pérdida dentaria precoz, la aparición de lesiones cariosas y la presencia de otras alteraciones en tejidos blando.

Uno de los grupos vulnerables son los escolares debido a los factores de riesgo a los que se exponen como higiene deficiente y consumo de alimentos ricos en carbohidratos fermentables y es por esto que el presente estudio está dirigido a evaluar el nivel de conocimientos que sobre autocuidado de la salud bucodental tienen un grupo de escolares de una Escuela Primaria de Yautepec, Morelos. e implementar un curso de promoción de la salud bucal después de una experiencia académica.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La palabra prevención en términos de salud significa tomar una serie de medidas o acciones con la finalidad de evitar problemas futuros para evitar la aparición o severidad de una misma que se podrán evitar, o al menos aliviar.¹

Una de las estrategias de prevención en atención primaria de gran relevancia lo constituye la promoción de la salud ya que se ha demostrado que cuando los individuos están informados sobre los factores de riesgo que amenazan a la salud son capaces de experimentar cambios en las prácticas riesgosas que tienen.

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien a favor de la salud y así poder promocionar la salud.

La promoción de la salud se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud.

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

Para promover la salud debe haber la elaboración de una política sana que sean los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto.

La salud es el resultado de los cuidados que uno dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

En términos de salud general son varios los reportes que existen sobre experiencias educativas y de promoción y en odontología ya que se ha probado la efectividad del hecho de informar y educar y aunque la información no sea suficiente para cambiar conductas si constituye un elemento importante, el resto se debe al interés de modificar las prácticas de salud².

Desde hace varios años, tanto a nivel nacional como internacional se ha venido reconociendo cada vez más la importancia de la promoción de la salud en la escuela, con el propósito de que ésta se constituya en un espacio vital generador de autonomía y creatividad en los niños, que permita desarrollar sus potencialidades físicas, sociales e intelectuales a través de la implementación de espacios adecuados creación, la convivencia, la seguridad y la construcción de conocimientos.

La atención a la prevención de las enfermedades bucodentales se origino esencialmente en Estados Unidos por el Instituto Nacional de investigación Dental (INID) y gracias a los resultados de esta y otras investigaciones epidemiológicas y que muestran una alentadora reducción en la prevalencia de enfermedades bucodentales; estas estrategias están siendo adaptadas por las autoridades de salud bucal en nuestro país. Lo anterior como resultado de los altos índices de caries y enfermedades periodontales que presenta nuestra población en general y que son consideradas como las de mayor prevalencia.^{3,4.}

Existen evidencias a nivel mundial que demuestran que las enfermedades disminuyen cuando los individuos conocen los factores de riesgo que las condicionan, dentro de la temática de la efectividad de los programas de la salud pública y con el propósito de evaluar el impacto de programas de promoción y educación de salud bucal se condujo un estudio epidemiológico de campo, de tipo longitudinal, estimándose la frecuencia de caries dental e índice de higiene oral en dos momentos. La población blanco de estudio fue de 196 niños con edades comprendidas entre 8 a 10 años y la muestra de tipo no probabilística intencional, condujo a la selección de 186 niños por su permanencia durante una año y medio.

El procedimiento, siguió las tres fases de planificación estratégica: diagnóstico y planificación, esto abarca solicitud del consentimiento de la comunidad educativa; diagnóstico inicial, previa unificación de criterios

1- Planificación de programas de promoción y educación dirigido a los niños estudiados; y planificación del plan de adiestramiento de técnicas de educación dirigidas a los maestros.

2.- Ejecución: programa de promoción y educación dirigidos a los niños estudiados; y programa de adiestramiento en cuanto a técnicas dirigido a los maestros

3.-Evaluación del plan de acción: Diagnóstico final; organización, clasificación tabulación y análisis del instrumento epidemiológico final; análisis y evaluación de los datos obtenidos; y resultados, conclusiones y recomendaciones.

Fue utilizada la encuesta epidemiológica y la observación directa como instrumento y técnica. Los resultado indicaron que el programa evaluado fue efectivo al conservar el estado de la “condición de caries” en 100% y al disminuir favorablemente el índice de higiene oral en 30% de la muestra. Finalmente, se concluye que la prevención efectiva mejora la condición de salud bucal de la población infantil y, por tanto, se recomienda actuar sinérgicamente al respecto⁵.

Otra evidencia la constituye una población aleatoria de niños cuyas edades están comprendidas de 7 a 13 años de edad de ambos sexos, que solicitaron atención en una institución para conocer la epidemiología bucal de la población sometida a estudio obteniéndose los indicadores más frecuentes como la prevalencia de caries, el Índice de Higiene oral (IHOS) y la presencia que realizaran en casa, y antes de ir a la escuela, los métodos de higiene bucal empleadas por ellos. El procedimiento se realizó antes de su hora de descanso, para así evitar sobreañadir restos alimenticios, evitando modificar o distorsionar los resultados. del total de casos evaluados el 90% presentó un buen control de la higiene, presentando escasa o nula la presencia de la materia alba, siguiendo un 6% del total los que tienen un control moderado y el 4% no controla de manera adecuada la placa bacteriana.

La conclusión fue que la mayoría tiene un regular hábito de higiene bucal, ya que son capaces de controlar y remover depósitos alimenticios. En los niños evaluados resultó que un 62% de las mujeres tienen un mejor control de la placa bacteriana que los varones que poseen un buen control están representado solo por un 38%. Respecto a la higiene oral moderada, en los varones existió un mayor índice con un 67%, de no controlar adecuadamente la placa bacteriana, mientras que las hembras al parecer por el 33% controlan de manera moderada mejor la presencia de la placa bacteriana, verificando así nuestra interpretación mayor⁶.

Un caso similar fue reportado en Venezuela donde se analizó la integración del componente educativo–recreativo–asociativo en las estrategias mediadoras de promoción de salud bucal implementadas en un centro preescolar donde se conocieron las concepciones de salud bucal de los padres, posteriormente se diseñaron y aplicaron actividades para lograr la resignificación de los conceptos y obtener la adopción de conductas observables en padres y niños, empleando actividades lúdicas, recursos visuales y prácticas guiadas de higiene bucal. En general, la resignificación de los conceptos en salud bucal y las conductas observables se vieron afectadas positivamente, evidenciándose a nivel clínico odontológico que la caries inicial no tuvo variaciones (25 %) antes y después de la aplicación de las estrategias, la caries manifiesta disminuyó de 56,3 a 15,6%, al igual que disminuyeron el índice de placa (1,12 a 0,59) e índice gingival de 0,65 a 0,37 (tabla), atribuible esto al impacto de las múltiples estrategias que interactuaron.

Se concluye que el estado de salud bucal de los niños mejoró significativamente luego del aprendizaje obtenido, lo cual se relacionó directamente con las acciones mediadoras implementadas y el compromiso asumido por los padres y docentes. Se recomienda la metodología empleada para planificar nuevas experiencias de enseñanza–aprendizaje⁷.

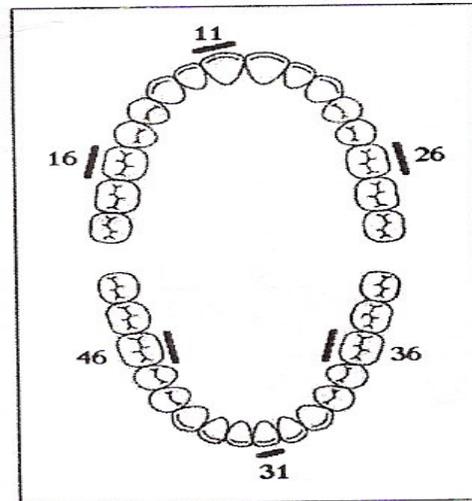
En todos los programas de promoción de la salud bucodental el punto neurálgico es la identificación y papel que juega la placa dentobacteriana en el desarrollo de caries y enfermedad periodontal reconociéndola como el principal factor de riesgo, se sabe que la cavidad oral es un ambiente húmedo (34 a 36° C), con una pH hacia la neutralidad en la mayoría de las superficies, soporta el crecimiento de una gran variedad de especies⁸.

Las masas de gérmenes dañinos que se encuentran en la boca y que se fijan en los dientes causan la caries y otros las enfermedades de las encías, se puede apreciar como una capa blancuzca, amarillenta, sobre todo a lo largo de los márgenes gingivales de los dientes. Las encías rojas, hinchadas o sangrientas pueden ser las primeras señales de la enfermedad de las encías.

La placa dentobacteriana es una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intracelular de polímeros de origen salival y microbiano⁹.

Desde el punto epidemiológico, la determinación de la presencia de placa dentobacteriana se ha realizado utilizando índices que miden la extensión de la misma, en este sentido, se ha utilizado el índice de Higiene Oral Simplificado diseñado por Greene y Vermillion en 1960 llamado así por sus siglas en inglés (oral hygiene index simplified). que permite obtener información sobre la extensión de la placa dentobacteriana en 6 dientes utilizados como índices y que sirviera “para estudiar la epidemiología de la enfermedad periodontal y el cálculo, evaluar la eficacia del cepillado y la atención odontológica de una comunidad y de los efectos inmediatos y mediatos de programas de educación sanitaria dental.”¹⁰

Greene y Vermillón seleccionaron seis superficies dentarias, representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca, basándose en exámenes de la totalidad de la boca. Esta modificación de la OHI se denominó el Índice Simplificado de Higiene Oral (OHI-S).



El OHI-S mide el área de superficie de un diente cubierto por residuos y cálculo. Además, la practicidad de determinar el peso y el espesor de los depósitos blandos sugirió la teoría de que cuanto más sucia la boca, tanto mayor era la superficie cubierta por residuos.

Esta suposición también implica el factor tiempo, por que cuanto mayor es el tiempo que el paciente descuida los hábitos de higiene de su boca, tanto mayor es el área del diente que quedará cubierta de residuos.

El OHI-S consta de dos componentes: el índice de residuos simplificados y el índice de cálculo simplificado. Cada componente es valorado en una escala del 0 a 3.¹¹

Las seis superficies que se usan en el OHI-S son la vestibular de los primeros molares superiores derechos e izquierdo, las linguales de los primeros molares inferiores derecho e izquierdo y las labiales de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo.

Criterio para la porción de restos (placa) del índice de higiene bucal simplificado (OHI-S) de Greene y Vermillón

Valor	Criterio
0	No hay presencia de restos o manchas
1	Restos blandos que cubren no más de un tercio de la superficie dental examinada o presencia de manchas extrínsecas sin restos a pesar de el área cubierta
2	Restos blandos que cubre más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta
3	Restos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta

El índice de cada individuo se obtiene realizando la sumatoria de los códigos asignados a cada diente según la condición observada, esta sumatoria debe ser dividida por el número de dientes presentes.

Para determinar el índice grupal basta hacer la sumatoria de los valores de cada individuo y dividida por el número de individuos observados.

Puntaje	Interpretación
0	condición excelente de higiene oral
0.1 -1.2	condición buena de higiene oral
1.3 - 3.0	condición regular de higiene oral
3.1 – 6.0	condición pobre o deficiente

Su uso principal del OHI-S es en los estudios epidemiológicos descriptivos de grandes grupos de gente donde las prácticas de higiene bucal son limitadas y frecuentes los depósitos grandes de residuos y cálculos. El OHI-S es de valor limitado en exámenes clínicos donde se necesita detectar cambios pequeños para determinar el tratamiento.¹¹

De igual manera se ha utilizado el Índice de placa de Silness&Loe que fue creado con la única finalidad de conocer la intensidad de la gingivitis temprana¹⁰. Se mide el grosor de la placa en el margen gingival, asumiendo que la placa que contacta con el margen gingival es la acumulación más relevante desde el punto de vista clínico¹². Los tejidos gingivales que rodean cada diente seleccionado se divide en cuatro áreas para valoración: papila distovestibular, margen vestibular, papila mesiovestibular y todo el margen lingual¹¹.

Criterio para el índice gingival (GI) de LÖE y Silness

Valor	Criterio
0	Encía normal
1	Inflamación media con cambio de color ligero y edema, sin hemorragia al sondeo
2	Inflamación moderada, enrojecimiento edema y superficie brillante, hemorragia al sondeo
3	Inflamación grave con enrojecimiento y edema marcados, ulceración y tendencia a hemorragia espontánea

El índice registra todas las superficies de los dientes seleccionados –mesial, distal, lingual o palatino y vestibular-. Los registros para todas las superficies de los dientes seleccionados se suman y dividen entre el número de los dientes para obtener el índice de placa¹³.

El índice de LÓE y Silness es útil en investigaciones epidemiológicas descriptivas así como en epidemiología experimental, debido a su gran sensibilidad a los cambios ligeros; es simple aplicar y permite a los examinadores calibrarse para minimizar el error interexaminador y intraexaminador, el índice es una elección frecuente para el uso de exámenes clínicos controlados con agentes preventivos o terapéuticos¹¹.

Se ha demostrado que el nivel de gingivitis es menor en niños de 4 a 6 años que en niños mayores y adultos. Los mayores grados de acumulación de placa y de inflamación se han observado a la edad de 14 a 16 años y en adultos, lo que indica que la gingivitis se incrementa gradualmente hacia la edad adulta.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los factores de riesgo de considerable peso para el desarrollo de caries dental y placa dentobacteriana es la deficiente información acerca de los cuidados bucales y técnicas preventivas que desde la edad infantil se pueden incorporar y esto se traduce en desdentamiento precoz y lesiones cariosas extensas en niños. La NOM-013-SSA2-1994 propone que se debe establecer los métodos, técnicas y criterios de operación del Sistema Nacional de Salud, con base a los principios de la prevención de la salud bucal, a través de la operación de las acciones para fomento de la salud, la protección específica, el tratamiento, la rehabilitación y el control de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en los Estados Unidos Mexicanos.

Esta Norma es aplicable en todos los establecimientos de los sectores público, social y privado de atención a la salud, que desarrollen y ejecuten acciones para el fomento de la salud de los educandos del nivel de Educación Básica del Sistema Educativo Nacional. Pero la promoción de la salud bucodental basados en colutorios de fluoruro y técnicas de cepillado no es constante en algunos centros educativos porque quedan fuera de los programas preventivos implementados por las autoridades sanitarias y esto es más evidentes en las escuelas de las comunidades rurales y semiurbanas del interior de la República¹⁴, por lo tanto:

¿Los escolares inscritos en tercer año de primaria en el colegio tlamatini de una escuela semiurbana de la comunidad de Yautepec. Morelos. Disminuirán el índice de placa dentobacteriana después de un curso de promoción de la salud?

4. JUSTIFICACIÓN

La Higiene Bucal es un factor determinante para el mantenimiento de una salud bucal aceptable. Las condiciones de la población con respecto a esta conducta, amerita de una educación orientada hacia la adaptación de patrones que favorezcan la higiene bucal y teniendo en cuenta que la placa dental es una de las primeras causas de morbilidad oral, se genera la necesidad de implementar un programa de tipo promocional y preventivo en Salud Oral, que incorpore en la rutina diaria los hábitos sanos y que desarrolle actividades que permitan en los escolares inscritos en la Escuela Primaria Tlamatini de Yautepec, Morelos. y conocer los efectos que una dieta rica en azúcares produce en sus dientes e identificar a la placa dentobacteriana para eliminarla a través del cepillado diario.

5. HIPÓTESIS

Ho

No existen diferencias estadísticamente significativas en los valores promedio del índice de placa antes y después de implementar el curso de Promoción de la Salud sobre autocuidado de la salud bucodental en niños de tercer año de la Escuela Primaria Tlamatini de Yautepec, Mor.

Hi

Existen diferencias estadísticamente significativas en los valores promedio del índice de placa antes y después de implementar el curso de Promoción de la Salud sobre autocuidado de la salud bucodental en niños de tercer año de la Escuela Primaria Tlamatini de Yautepec, Mor.

6. OBJETIVOS

6.1 GENERAL

Determinar el impacto de una actividad de autocuidado bucal en términos de control de placa en una muestra de escolares de 8 a 10 años de edad inscritos en tercer año de primaria en la Escuela Primaria Tlamatini de Yautepec, Mor. en el periodo escolar 2008

6.2 ESPECIFICOS

- 1.- Diseñar los contenidos de un programa de Promoción de la Salud bucodental con base en el diagnóstico de conocimientos
- 2.-Determinar el índice de placa (IP) antes y después de implementar un curso de Promoción de la Salud bucodental por edad y sexo
- 3.-Determinar el nivel de conocimiento sobre autocuidado de la salud bucodental antes y después del curso utilizando la escala de Likert
- 4.-Evaluar el impacto del Programa

7. METODOLOGÍA

7.1 Materiales y métodos

El presente estudio se dividió en dos etapas, en la primera se estableció comunicación formal con el director de la Escuela Primaria Tlamatini en el turno matutino para solicitar su anuencia y realizar la revisión de los alumnos inscritos en tercer año que cumplieran con los criterios de inclusión.(Anexo 2)

En el estudio participaron los escolares inscritos en tercer año de primaria previo consentimiento de sus padres y a cada uno se le realizó un examen bucal utilizando luz natural en áreas bien iluminadas y empleando sillas, espejos bucales, guantes, cubre bocas y abatelenguas. Ellos contestaron una encuesta que contenía información demográfica como edad, género, escuela, grado de escolar, grupo, ocupación de los padres, escolaridad de los padres y preguntas sobre conocimientos sobre salud bucodental. (Anexo 2)

Para medir la calidad de higiene bucal en cada escolar se llevó a cabo el levantamiento del índice de placa (IP) de Green y Vermillon y para esto el encuestador fue calibrado con un índice de concordancia de 92%. De igual forma se obtuvo información acerca de la frecuencia higiene oral, el uso del cepillo dental, el índice de placa se midió determinando la extensión de la biopelícula según los criterios del IHOS examinando las superficies de los dientes índices:



Para determinar el nivel de conocimientos que tenían los encuestados se aplicó un cuestionario sobre diferentes aspectos de placa dentobacteriana, caries, higiene bucal y alimentos ricos en azúcares (Anexo 2), los ítems se diseñaron bajo los criterios de la Escala de Likert y las posibilidades de respuesta se centraron en tres opciones:

de acuerdo

ni acuerdo ni en desacuerdo

en desacuerdo

Los puntajes se registraron asentando el valor de la respuesta, es decir, si la respuesta era correcta se calificaba con 3 puntos y si era incorrecta se calificó con 1 punto sin importar si se respondía de acuerdo o en desacuerdo, en todos los casos la opción ni acuerdo ni en desacuerdo se calificó con 2 puntos.

La información se vació en una base de datos y se analizó con el programa SPSS V 13 y se presenta en términos de distribución porcentual, puntaje de Likert y del índice de placa (IP)

7.2 Tipo de estudio

Transversal

7.3 Población de estudio

325 escolares matriculados en la escuela primaria Tlmatini en el periodo escolar 2008. Yautepec Morelos

7.4 Tamaño de la muestra

15 escolares inscritos en tercer año en el turno matutino femenino y masculino

7.5 Criterios de inclusión

- Escolares de tercer año de ambos sexos que deseen participar en el estudio inscritos en el turno matutino

- Escolares que cuenten con el consentimiento de sus padres

7.6 Criterios de exclusión

- Escolares de tercer año no tengan o cuenten de postevaluación con algunas de las evaluaciones

7.7 Variables de estudio:

Independiente: edad, sexo, conocimientos, actitudes y prácticas

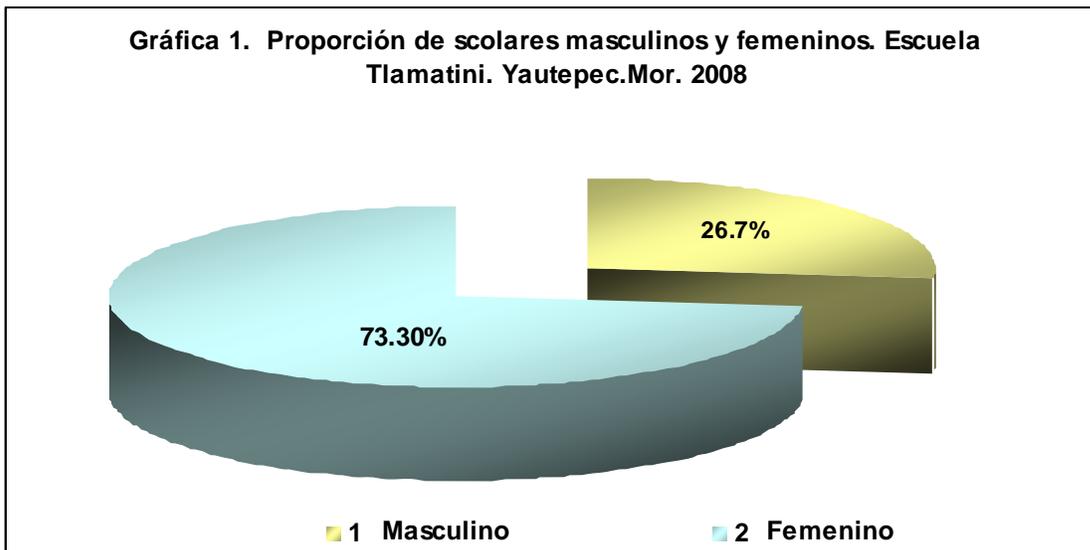
Dependiente: Presencia de placa dentobacteriana

Conceptualización y operacionalización de las variables

Género	Se determinó como masculino o femenino
Edad	Se determinó en años cumplidos
Índice de placa	Se refiere al componente de extensión de placa del IHOS y se determinó según sus Criterios como: Grado 0 = No hay residuos ni manchas, Grado 1 = Los residuos blandos cubren no más de 1/3 de la superficie dentaria, Grado 2 = Los residuos blandos cubren más de 1/3 de la superficie dental, pero menos de 2/3 de la misma Grado 3 = Los residuos blandos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria.
Conocimientos, Actitudes y prácticas	Se determinaron con base en los criterios establecidos: de acuerdo, ni acuerdo ni en desacuerdo y en desacuerdo

8. RESULTADOS

Del total de escolares estudiados, el 26.7 % fueron del genero femenino y el 73.3% del genero masculino entre 8 y 10 años de edad y un promedio de 8.5. (Gráfica 1)



Fuente directa

ESCOLARIDAD Y OCUPACIÓN DE LOS PADRES

La mayoría de los padres (n=8) son profesionales y comerciantes (n=6) y respecto a las madres de familia la mayoría se dedican al hogar.(Cuadro 1)

Cuadro 1. Ocupación de los padres. Escuela Primaria Tamatini .Yautepec. Mor. 2008		
OCUPACIÓN	PADRE	MADRE
EMPLEADO	-	1
COMERCIANTE	6	2
TÉCNICO	1	-
PROFESIONAL	8	3
HOGAR	-	9
TOTAL	15	15

Fuente directa

Respecto a la escolaridad se observó que corresponde a educación media y superior donde hay mayor número de padres universitarios (n=8) que madres b(n=5). (Cuadro 2)

Cuadro 2. Escolaridad de los padres. Escuela Primaria Tamatini . Yautepec. Mor. 2008		
ESCOLARIDAD	PADRE	MADRE
PRIMARIA	1	-
SECUNDARIA	-	4
PREPARATORIA	6	6
UNIVERSIDAD	8	5
TOTAL	15	15

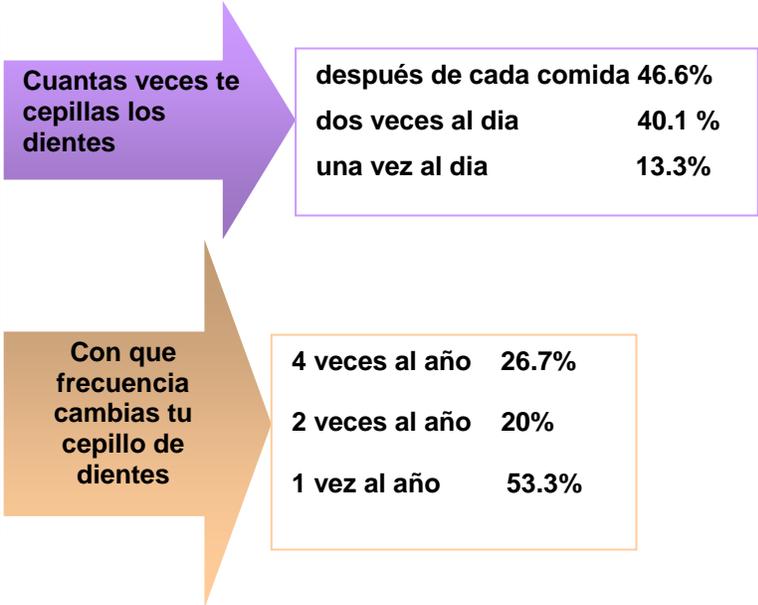
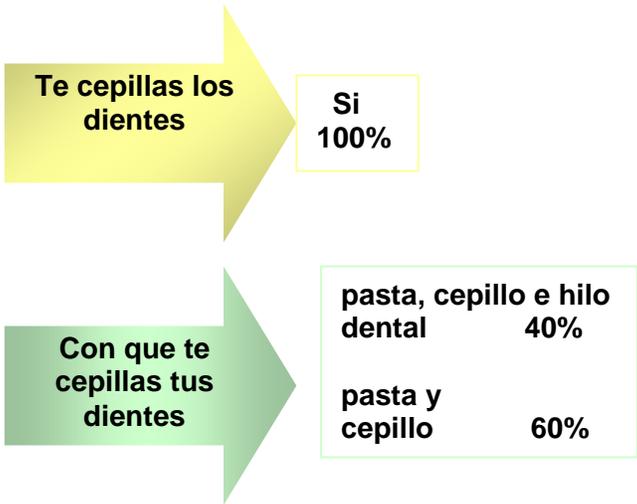
Fuente directa

HÁBITOS HIGIÉNICOS

Con respecto a los hábitos de higiene oral, respondieron el 100% que si se cepillan los dientes. En cuanto a lo que utilizan para la higiene de sus piezas dentales; el 40 % respondió que utilizan pasta cepillo e hilo dental y el 60% sólo

con cepillo y pasta. Con relación al cepillado dental, el 46.6% de los encuestados reportaron que se cepillan los dientes después de cada comida, el 40.1% dos veces al día y el 13.3% sólo una vez al día. En lo que respecta a la frecuencia del cambio de cepillo dental el 26.7 % contestó que lo hace cada 4 veces al año, el 20 % cada seis meses y el 53.3% los substituye una vez al año.

Gráfica 2. Higiene bucal en escolares. Escuela Primaria Tamatini . Yautepec. Mor. 2008

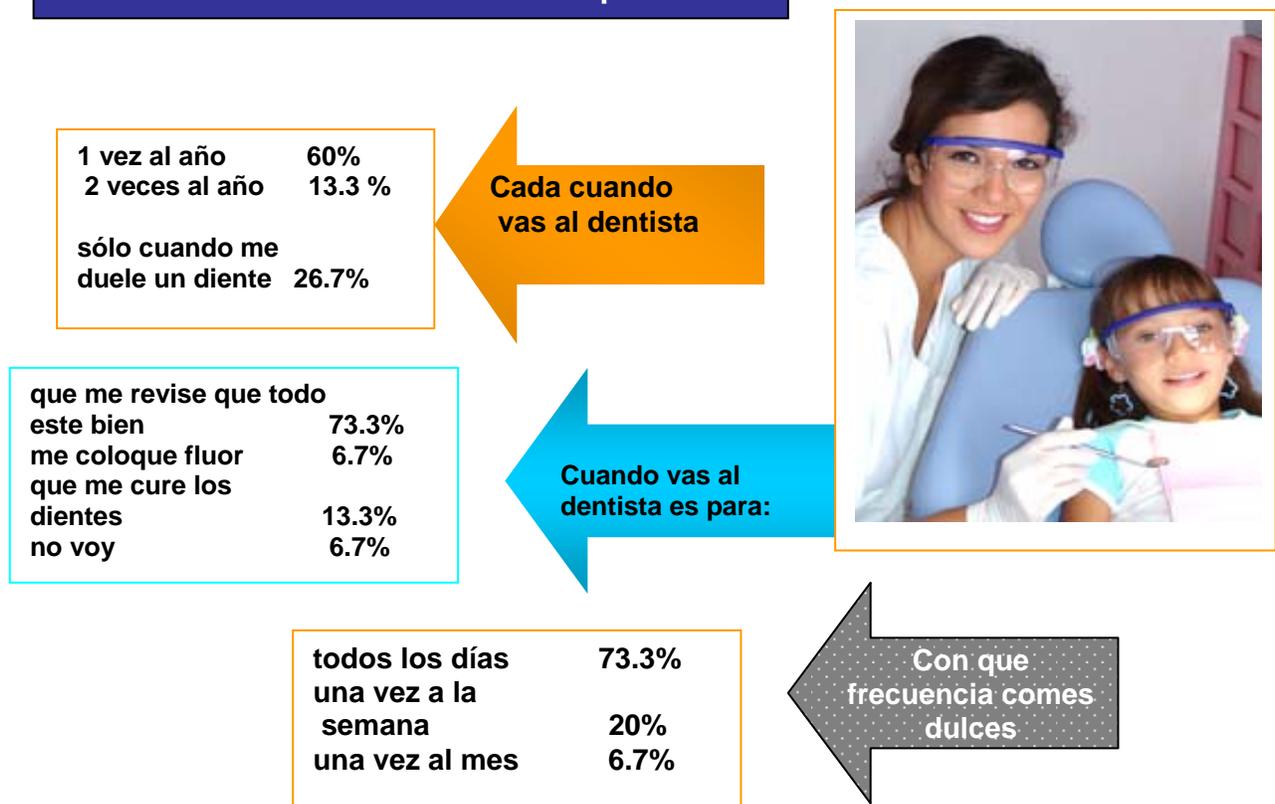


VISITAS AL DENTISTA

En relación a las visitas al dentista el 60% respondió hacerlo una vez al año, el 13.3% dos veces al año y el 26.7% sólo cuando me duele el diente.

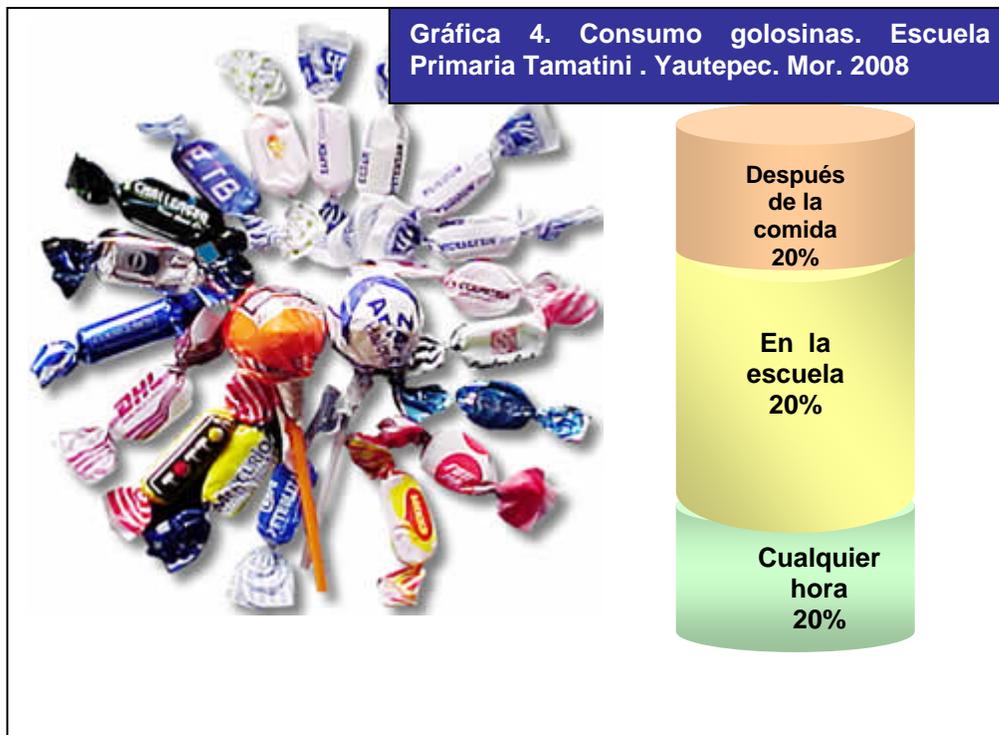
Sobre las razones para ir Se al dentista el 73.3% mencionó para que me revise que todo este bien, solo el 6.7% para que le coloque fluoruro, el 13.3% que me cure los dientes y el 6.7% no acude al dentista. (Gráfica 3)

**Gráfica 3. Visitas al dentista y razones.
Escuela Primaria Tamatini . Yautepec. Mor.**



HÁBITOS DIETÉTICOS

Con respecto a los hábitos dietéticos, se observó que el 73.3% consume diario dulces, el 20% una vez a la semana y el 6,7% solamente una vez al mes. Con relación a la frecuencia en que momento del día come dulces el 20% después de la comida, el 60% en la escuela; y el 20% a cualquier hora. Con respecto a cuando comes dulces te lavas los dientes el 6.7% inmediatamente, el 60% cuando llegas a la casa y el 33.3% a veces. (Gráfica 4)



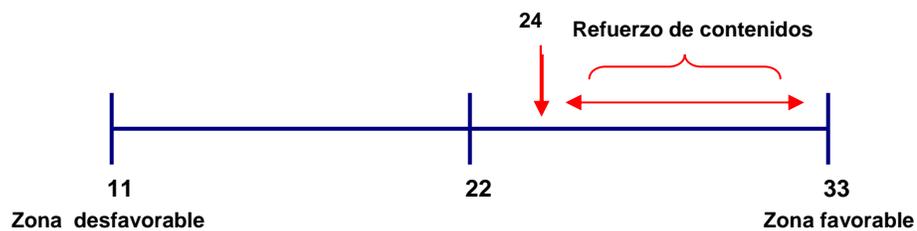
Fuente directa

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCODENTAL

Se calificó el conocimiento y prácticas de cada uno de los escolares y se obtuvo el promedio de puntaje de respuestas obtenido por el grupo fue de 24.4 promedio que sitúa al conocimiento y prácticas en zona intermedia:



Gráfica 5. Distribución promedio de conocimientos y prácticas basado en Escala de Likert.

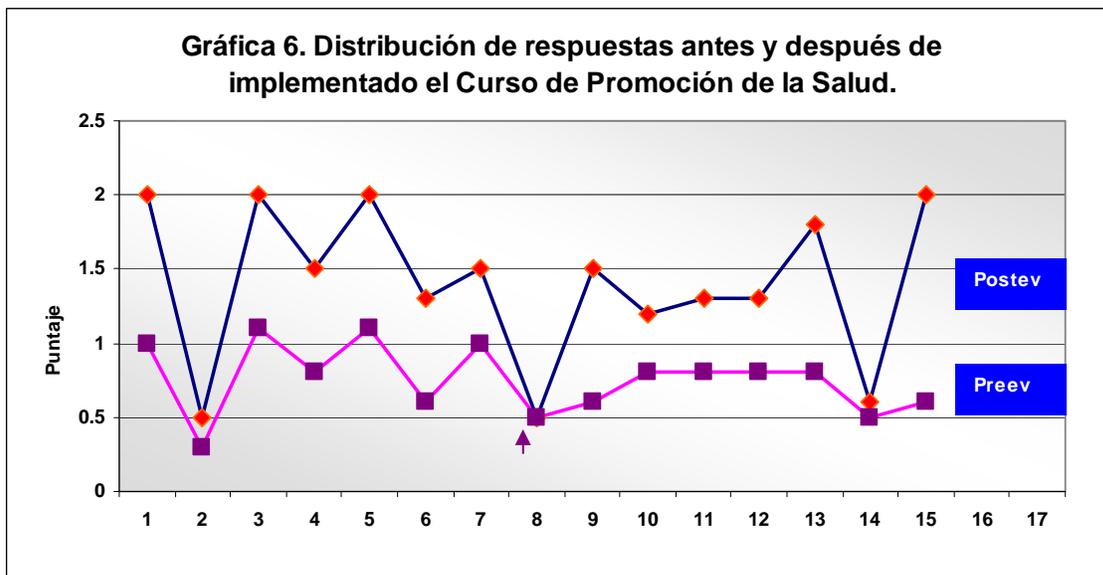


Fuente directa

Para contar con los conocimientos adecuados faltan, según el diagrama, 11 puntos, mismos que se reforzaron con el Curso y se constató con la disminución del índice de placa. (Gráfica 5)

ÍNDICE DE PLACA DENTOBACTERIANA

Uno de los temas de mayor peso en el Curso de Promoción de la Salud fue el control de placa dentobacteriana ya que este se consideró como el parámetro para evaluar la apropiación de conocimientos y cambio de práctica, los resultados pusieron en evidencia que hubo un aumento y el análisis estadístico demostró que estas diferencias si son significativas y el cambio se debe al Curso ($p < 0.05$). (Gráfica 6)



Fuente directa

Obsérvese que los estudiantes 2, 4, 6 y 8 en ambos casos, siempre presentaron menores puntajes, solo el alumno 8 siempre conservó el mismo puntaje. (Gráfica 6)

9. CONCLUSIONES

1. El índice de higiene oral simplificado inicial fue de 1.4, observándose que este se encontró en el rango de “regular”. y el índice de higiene oral simplificado fue de 0.75. El Índice de Higiene oral es mejor para las hembras que para los varones.
2. Para controlar la dieta como factor de riesgo es necesario informar y educar sobre la relación causa-efecto y de la conveniencia de la racionalización del consumo de los hidratos de carbono, regular la frecuencia de consumo, tipo y oportunidad de ingestión, fomentar la higiene dental ya que el mejorar la relación ingesta -higiene es un importante elemento de control.
3. Las enfermedades Bucales que afectan a la población en general pueden ser prevenidas con medidas simples y económicas, para ello se debe realizar una mayor labor promocional en niños escolares de primaria, proporcionando mediante charlas, talleres y material audiovisual los conocimientos y habilidad básicos sobre la salud bucal, tomando en cuenta el potencial de los niños escolares, logrando con esto un cambio de actitud que contribuya a formar una sociedad comprometida con su salud bucal y más sana
4. Además de las estrategias de intervención para tratar la enfermedad, se exige también la planeación y consolidación de programas que tengan como hilo conductor la promoción de la salud, teniendo en cuenta las condiciones de vida de los grupos sociales, sus características individuales, sus conocimientos, actitudes, conductas y prácticas. Solo cuando los programas son enfocados en las comunidades tendrán mejores oportunidades de éxito

5. Los escolares no poseen conocimientos actuales con respecto a las técnicas y usos de medidas preventivas (cambio de cepillo dental, enjuagatorios fluorados, hilo dental, cepillos dentales eléctricos), solo saben que deben cepillarse, aunque no están muy orientados con respecto a los horarios, número de veces y la evaluación del cepillo dental.



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA**
Oficio: 14/01/08
Asunto: Solicitud de participación

Presente
Dr. Héctor García López
Director del Colegio Tlamantini
Presente

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia F. Meléndez Ocampo, jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública me dirijo a Ud. para solicitar su apoyo a fin de que Oscar Israel Ruíz García, pasante de nuestra carrera y quien está inscrito en el Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública realice una investigación en el terreno de la promoción de la salud.

El citado alumno realizará la inspección bucal de una muestra de escolares para determinar la presencia de biopelícula dental antes y después de implementar un pequeño curso de autocuidado de la salud bucodental con énfasis en control de biopelícula. Para tal efecto diseñará los contenidos educativos teniendo en cuenta el perfil sociodemográfico de los escolares y la inspección bucal no conlleva riesgo alguno para su integridad biopsicosocial.

Sin más por el momento, agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarte un cordial saludo.

Atentamente

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Ciudad Universitaria, DF, 31 de enero del 2008.

Dra Arcelia F. Meléndez Ocampo
Jefatura



Recibi: 5-FEB-08



I. E. B. E. M.
INSTITUTO DE LA EDUCACION
BASICA DEL ESTADO DE MORELOS
ESC. PRIM. MATUTINA
“COLEGIO TLAMANTINI”
CLAVE: 177PR0125J Z.E. 14
YAUTEPEC, MORELOS

Encuesta que se les realizo a los escolares para la realizar la investigación

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

No.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

NOMBRE EDAD SEXO M F

OCUPACIÓN DE LOS PADRES

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

PADRE
MADRE

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES (ASENTAR LA ESCOLARIDAD CONCLUIDA)

- 1) NINGUNA 2) PRIMARIA 3) SECUNDARIA 4) PREPARATORIA 5) EDUC. TÉCNICA
6) UNIVERSIDAD

PADRE

ANOTA LA LETRA DE LA RESPUESTA QUE MAS CONCUERDE CON TU OPINION

¿TE CEPILLAS LOS DIENTES? SI NO

¿CUANTAS VECES TE CEPILLAS LOS DIENTES?

- 1) DESPUÉS DE CADA COMIDA 2) DOS VECES AL DÍA 3) UNA VEZ AL DÍA 4) A VECES 5) NINGUNA

¿CON QUÉ TE CEPILLAS TUS DIENTES?

- 1) PASTA, CEPILLO E HILO DENTAL 2) PASTA CEPILLO 3) CEPILLO 4) NINGUNO

¿CON QUÉ FRECUENCIA CAMBIAS TU CEPILLO DE DIENTES?

- 1) 4 VECES AL AÑO 2) 2 VECES AL AÑO 3) 1 VEZ AL AÑO 4) NO LO CAMBIO

INDICA COMO TE CEPILLAS TUS DIENTES

- 1) LOS DE ARRIBA HACIA ABAJO, LOS DE ABAJO HACIA ARRIBA, 2) LAS MUELAS CON MOVIENTOS CIRCULARES 3) CEPILLANDO DE UN LADO HACIA OTRO 4) DE CUALQUIER MANERA

¿CADA CUANTO VAS AL DENTISTA?

- 1) 1 VEZ AL AÑO 2) 2 VECES AL AÑO 3) SÓLO CUANDO ME DUELE UN DIENTE 4) NO VOY

CUANDO VAS AL DENTISTA ES PARA:

- 1) QUE ME REVISE Y CHEQUEE QUE TODO ESTA BIEN 2) ME COLOQUE FLUOR 3) QUE ME CURE LOS DIENTES 4) CUANDO ME DUELE UN DIENTE 5) NO VOY AL DENTISTA

¿CON QUÉ FRECUENCIA COMES DULCES?

- 1) TODOS LOS DIAS 2) UNA VEZ A LA SEMANA 3) UNA VEZ AL MES 4) UNA VEZ AL AÑO
5) NUNCA

¿EN QUÉ MOMENTO DEL DÍA COMES DULCES?

- 1) DESPUÉS DE LA COMIDA 2) EN LA ESCUELA 3) A CUALQUIER HORA 4) NUNCA

CUANDO COMES DULCES TE LAVAS LOS DIENTES:

- 1) INMEDIATAMENTE 2) CUANDO LLEGAS A LA CASA 3) A VECES 4) NUNCA

EL CEPILLADO DIARIO ES IMPORTANTE PARA LA SALUD DE LAS ENCÍAS Y DIENTES

DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
------------	-----------------------------	---------------

SE DEBEN CEPILLAR LOS DIENTES TRES VECES AL DÍA DESPUÉS DE CADA ALIMENTO

DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
------------	-----------------------------	---------------

PARA LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES ES NECESARIO USAR CEPILLO DE DIENTES, PASTA E HILO DENTAL

DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
------------	-----------------------------	---------------

NO ES NECESARIO CEPILLAR LA LENGUA NI EL PALADAR YA QUE PUEDEN PROVOCAR VOMITO Y SANGRADO

DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
------------	-----------------------------	---------------

CONSUMIR DULCES REFRESCOS NO AFECTA A LOS DIENTES

DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
------------	-----------------------------	---------------

LA PLACA DENTAL ES UNA MACILLA BLANDA COMPUESTA POR BACTERIAS QUE DAÑAN AL ESMALTE DE LOS DIENTES

DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
------------	-----------------------------	---------------

LA CARIES SE DESARROLLA POR LA PLACA BACTERIANA

DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
------------	-----------------------------	---------------

LA PLACA DENTOBACTERIANA SE FORMA POR CONSUMIR COMIDA FIBROSA

DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
------------	-----------------------------	---------------

EL CEPILLADO DE LOS DIENTES EN LA NOCHE ES LA MAS IMPORTANTE PORQUE SE ACUMULA MAS PLACA

DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
------------	-----------------------------	---------------

LA APLICACIÓN DE FLUORURO HACE MAS GRUESOS A LOS DIENTES

DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
------------	-----------------------------	---------------

ES BUENO COMER DULCES ANTES DE CADA COMIDA Y NO LAVARSE LOS DIENTES

DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
------------	-----------------------------	---------------

PLACA DENTOBACTERIANA	
0	SIN PLACA, SIN MANCHAS
1	RESIDUOS BLANDOS QUE CUBREN MENOS DE UN TERCIO DE LA SUP.
2	RESIDUOS BLANDOS QUE CUBREN MÁS DE UN TERCIO Y MENOS DE DOS TERCIOS DE LA SUPEFICIE
3	RESIDUOS BLANDOS QUE CUBREN MÁS MÁS DE DOS TERCIOS DE LA SUP.

17 - 16	11 - 21	26 - 27
47 - 46	41 - 31	36 - 37

17 - 16	11 - 21	26 - 27
47 - 46	41 - 31	36 - 37

ÍNDICE PLACA PREEVALUACIÓN =
ÍNDICE PLACA POSTEVALUACIÓN=

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Guidelines for Periodontal Therapy. The American Academy of Periodontology. J Periodontol 1998; 69(3): 405-408
- ² <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- ³ García M. Gingivitis y periodontitis. Revisión y conceptos actuales. Revista ADM 1990; 47: 343-349
- ⁴ Albandar JM, Brown LJ, Genco RJ, Löe H. Clinical classification of periodontitis in adolescents and young adults, J Periodontol 1997; 545-5457
- ⁵ ODOUS CIENTIFICA. Vol. VII No.2, Julio-Diciembre 2006
- ⁶ <http://www.odontologia-online.com/casos/part/LST/LST08/lst08.html>
- ⁷ Rev. Cubana Estomatol v.43 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2006
- ⁸ Revista ADM Vol. LX, No 1 Enero-Febrero 2003 pp 34-36
- ⁹ Christian M. Jean CR. Placa dental. En: Bacteriología Bucodental. Ed Masson S.A. 1995: Barcelona España. 19-25
- ¹⁰ Glickman – Periodontología Clínica Ed. Interamericana México D.F. 1987 pp. 334-336

¹¹ Periodoncia Robert J. Genco Ed. Interamericana Mc Graw-Hill 1990 pp. 100-104

¹² Tratado de Higiene dental Edit. Salavat 1992 ISBNB Tercera Ed. pp 260.

¹³ Odontología Preventiva Ed. El Manual Moderno S.A. de C.V. Segunda Edición
pp. 30

¹⁴ http://www.colegiopediatriasyucatan.org.mx/prevencion_control_enfermedades_bucales.htm