



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA
SALUD BUCODENTAL DIRIGIDO A PROFESORES DE
EDUCACIÓN PRIMARIA.
ESCUELA ENRIQUE RODRÍGUEZ CANO MEX. DF. 2006**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

LIDIA GABRIELA GUERRERO BARRERA

**DIRECTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
ASESORAS: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN
MTRA. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO**

MÉXICO D. F.

MAYO 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADEZCO

A DIOS.....

Por darme la vida, salud y la maravillosa familia que tengo.

A MIS PADRES.....

Francisca y Gabriel

Con toda mi gratitud por sus esfuerzos.

A mi madre que es el ser más maravilloso del mundo, gracias por el apoyo, cariño y comprensión que siempre me ha brindado, por guiar mi camino y estar junto a mí en los momentos más difíciles.

A mi padre porque ha sido un hombre grande y maravilloso, al que siempre he admirado, gracias por guiar mi vida con amor y que ha hecho de mí lo que soy.

Y porque sin ustedes este momento no hubiera sido posible.

A MIS ABUELOS.....

Armando Y Felicitas

Por ser grandes seres humanos, por el apoyo que siempre he recibido de ustedes y por estar conmigo en todo momento.

A MIS HERMANOS.....

Freddy y Karina

Por el apoyo que siempre me han brindado, por el amor, cariño y comprensión que siempre he recibido de ustedes.

A MIS TÍOS.....

Leobardo, Patricia, Noemí, Estela y Pedro

Por creer en mí y brindarme su apoyo en todo momento.

A MIS AMIGOS.....

Rosa, Dolores, Lizbeth, Mirna, David, Erika, Carlos, Jatzibetania, María Guadalupe, Clara, Libertad, Luis Miguel

Por su comprensión, cariño, por escucharme siempre y por ayudarme cuando los necesito.

A GERARDO ROBERTO.....

Por todo lo que hemos compartido a lo largo de este tiempo, gracias por estar a mi lado y apoyarme siempre.

A MI UNIVERSIDAD.....

Por abrirme sus puertas para mi formación profesional y humana, por la oportunidad de formar parte de la Facultad de Odontología y de mi clínica periférica "Venustiano Carranza", por permitirme ser parte de la comunidad de la mejor universidad de Latinoamérica, UNAM "Por mi raza hablará el espíritu"

A LA DRA. MARÍA ELENA NIETO.....

Por el apoyo brindado en la realización del presente trabajo.

A LA DRA. CONCEPCIÓN RAMÍREZ.....

Por el apoyo que me brindó en la realización de mi tesina, por demostrarme su gran calidad humana y por el tiempo y atención que siempre me dedicó.

A LA DRA. ARCELIA MELÉDEZ

Por su apoyo, por transmitirme sus conocimientos, orientación y por el tiempo que me dedicó, demostrando la gran persona que siempre ha sido.

AL HONORABLE JURADO.....

A LA ESCUELA "ENRIQUE RODRÍGUEZ CANO"

Por abrirme sus puertas para la realización del presente trabajo. Y al profesor Juan Ibarra González por demostrar su gran calidad humana y por el apoyo recibido.

Hoy he cumplido uno más de mis sueños al concluir el presente trabajo para obtener mi título profesional, gracias a todos por la confianza depositada en mí y por el apoyo que siempre me brindan.....



INDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
3. JUSTIFICACIÓN	36
4. HIPÓTESIS	36
5. OBJETIVOS	37
5.1 OBJETIVO GENERAL	37
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
6. METODOLOGÍA	38
MATERIAL Y MÉTODO	38
TIPO DE ESTUDIO	39
POBLACIÓN DE ESTUDIO	40
MUESTRA	40
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	40
VARIABLES DE ESTUDIO	40
RECURSOS	41
PLAN DE ANÁLISIS	42
7. RESULTADOS	43
8. CONCLUSIONES	52
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
10. ANEXOS	56



1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública de atención y fuerte impacto sobre la sociedad y su calidad de vida, en este sentido, la caries dental por su elevada frecuencia representa un problema de salud pública que ocurre en toda la población.

La misión de todo profesional de la salud debe ser ayudar a la sociedad para conservar en buen estado la salud bucodental durante todas las etapas de la vida; para que esto se cumpla es necesario disminuir la caries dental a través de la promoción del autocuidado de la salud bucal con miras a controlar la placa dentobacteriana y la enfermedad periodontal a través de una correcta higiene bucal y su prevención por lo que es muy importante crear programas preventivos para difundir la salud bucodental donde los beneficiados sean, entre otros, los profesores de educación primaria para que adquieran mayor conocimiento de la salud bucal para poder brindar los cuidados preventivos a los niños a su cargo y brindar un buen desarrollo bucal.

La salud bucal es parte integral de la salud general, por lo tanto se hace necesario el trabajo en equipo entre médico, odontólogo y paciente. Investigaciones recientes demuestran que existe relación estrecha entre la afecciones de la cavidad bucal, como caries y enfermedad periodontal y el control de enfermedades crónico-degenerativas, cardiovasculares, nacimientos prematuros espontáneos de bajo peso y las enfermedades respiratorias agudas, también pueden dificultar el control de algunas enfermedades sistémicas tales como la diabetes.¹

El estudio de la salud bucal no es de reciente preocupación ya que desde las primeras grandes culturas las actividades encaminadas a la atención



dental, en la época prehispánica tenían dos vertientes: la que es puramente estética, mezclada con un simbolismo mágico-religioso, la otra vertiente es la orientada a los fines curativos. En este periodo los dientes jugaban un papel importante en los diversos pueblos.²

Estas culturas tenían un concepto de que la caries dental era causada por un gusano que habita en el interior de los dientes y que al irritarse ocasiona el dolor. Los mexicas lo llamaban *Tlanocuilin* y los españoles lo conocían como negujón.³



Figura 1. Cráneo Maya (siglo IX a.C.)

Esta idea se encuentra en todas las culturas del mundo, desde las culturas más arcaicas que se conocen hasta otras de algunas regiones de la tierra en nuestro siglo XX.

Existen indicios de que posteriormente en Tepantitla (Centro religioso de Teotihuacan) se llevaban acabo actividades como mutilación dental, limando e incrustando piedras en sus dientes (una de las más importantes fuentes del conocimiento sobre las primeras prácticas odontológicas entre los aztecas), de esta manera podemos constatar la importancia que tenían los dientes desde el principio de la evolución del hombre, a pesar de ello también se han encontrado cráneos que datan desde las primeras civilizaciones con gran destrucción dental por caries, ya que consideraban que esta era causada por un gusano como ya se mencionó anteriormente, por tal motivo no se tenía los medios para prevenirla sino por el contrario solo se trataba con remedios curativos.



Este hecho cautivó a Sahún quien dedicó toda su vida a examinar la cultura de la tierra recién conquistada, entre otras estudió las enfermedades de la boca y como eran tratadas, mencionó la formación de sarro y caries que para los aztecas era causada por un gusano y la eliminaban masticando un chile picante.

Para los chinos que poseían varias creencias que los postulados de la Medicina moderna contradicen explicaban tradicionalmente que la caries y el dolor de muelas consiste en el sempiterno gusano dental, o chong ya. Creían que su acción destructiva puede prevenirse eliminando los restos de comida de la boca después de las comidas y sigue siendo una práctica común, al igual que cepillarse los dientes.

Desde los primeros tiempos de la Iglesia, el tratamiento médico era en su mayoría patrimonio de los monjes, por ello los barberos acudían con frecuencia a los monasterios y posteriormente estos se convirtieron en cirujanos profesionales y escribieron extensamente sobre su trabajo.



En sus tratados encontramos polémicas sobre remedios para el dolor de muelas, entre los cuales mencionaremos, la inserción de estiércol de despojos dentro de la muela cariada. Pasado algún tiempo los dentistas se habían enfrentado durante siglos con lo que parecía una circunstancia inalterable. Los dientes se estropeaban y su objetivo era repararlos. La odontología preventiva fue imposible hasta que no se tuvo un conocimiento básico de la naturaleza de las enfermedades dentales. Fue Milller quien abrió



la brecha con su trabajo clásico sobre la microbiología de la boca. Su trabajo culminó con la publicación de su tratado *Microorganisms of the Human Mouth*, en 1890. En este tratado decía que los carbohidratos atrapados alrededor de los dientes fermentaban debido a componentes bacterianos normales en la flora bucal y los ácidos resultantes descalcificaban el esmalte de los dientes, otras bacterias penetraban entonces dentro de los dientes a través de los defectos iniciales destruyendo la dentina subyacente. Los dentistas aceptaron unánimemente la teoría de Miller.³

En la actualidad, desde hace años la Secretaría de Salud ha implementado programas de acción de Salud Bucal pero debido al bajo impacto e impulso de éstos, las enfermedades bucales no sólo han aumentado sino que cada vez son más graves. Ésta a través del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y la Subdirección de Salud Bucal han implementado el Programa de Acción Bucal 2001-2006, el cual incluye diversos componentes para mejorar la salud bucal de la población y por ende la salud general. En este programa se contempla la prevención masiva y grupal, la atención curativa y la normatividad al respecto. Dentro de lo normativo habla acerca de la importancia de no prescribir suplementos fluorados en la población infantil y los riesgos cuando esto suceda.¹

La FDI (Federación Dental Internacional) ha expresado que los problemas de la salud dental no son diferentes de otros problemas de salud, concluyendo que existe una vulnerabilidad a la caries dental en los niños pertenecientes a los estratos sociales de menores recursos.¹

En este sentido, se sabe que en EU el 20% de los niños de 6 años han experimentado destrucción dental en piezas permanentes y en 60 a 95 % de los niños de 8 a 10 años han sido atacados por la caries dental. A los 12



años cuando la mayor parte de la dentadura ha erupcionado ya, más del 90% de los niños en edad escolar han sido atacados por destrucción dental.⁵

En nuestro país se ha determinado que 6 de cada 10 niños menores de 6 años de edad presentan por lo menos una lesión cariosa; el 95% de los jóvenes de 15 años tienen más de 3 piezas dañadas y el total de la población mayor de 25 años padece enfermedad periodontal. Así mismo la población mayor de 65 años presenta en promedio la pérdida de 17 piezas dentales, lo cual habla de una completa enfermedad en la boca y de la necesidad de impulsar acciones preventivas entre la población.⁶

Con el objeto de crear “Escuelas libres de caries” en el Estado de Tabasco a través del Programa de Salud Bucal y su estrategia se logró la participación comunitaria a través de diferentes acciones preventivas sencillas, de bajo costo y alto impacto como enjuagatorios con flúor, técnica de cepillado, detección de placa dentobacteriana, uso del hilo dental, aplicación de selladores de fosetas y fisuras y sesiones educativas. Dando como resultado 6 escuelas libres de caries y aproximadamente 1218 niños beneficiados con el programa.⁷

El conocimiento sobre medidas preventivas ha sido un factor de vital importancia para la disminución de enfermedades bucales como lo mencionan Limonta y Aráujo basándose en los resultados obtenidos de 123 alumnos de Santiago de Cuba donde aplicaron un cuestionario que contenía 20 preguntas relacionadas con la higiene bucal, caries, enfermedad de las encías, dieta cariogénica, flúor y hábitos deformantes para modificar los conocimientos sobre higiene en educandos de tercer grado del Centro Escolar “26 de Julio”. Observaron que la mayor parte de los integrantes de la muestra estudiada (94.3 %) tenían un conocimiento inadecuado sobre salud bucal antes de las platicas educativas, pero después de estas mejoró la



situación notablemente pues 87.9 % obtuvieron la categoría de adecuado y los 7 que se ubicaron en esta desde el inicio, mantuvieron esa condición luego de la capacitación mediante las técnicas participativas.⁸

El término “Caries” procede del latín y significa descomponerse, pudrirse, echarse a perder, y se refiere a la destrucción progresiva localizada de los dientes.⁹



Según León G. y col. la caries dental es una enfermedad infecciosa, localizada y progresiva del diente que se inicia con la desmineralización de los tejidos duros del diente. Se ha demostrado que es una afección de la cavidad bucal de mayor morbilidad, siendo originada por la acción de las bacterias específicas presentes en la placa dental.

Figueiredo la define como aquel proceso bacteriano y multifactorial que para su instalación necesita la interacción de tres factores básicos, citando a Keyes (1972): el huésped, la microflora y el sustrato, a los cuales Newbrun (1988), agregó el tiempo como el cuarto factor.¹⁰

Varela y col. consideran actualmente la enfermedad caries dental como un proceso patológico, en el que cada paciente tiene unos criterios específicos para contraer y desarrollar la enfermedad.¹¹



Otra definición de caries dental es la destrucción localizada de los tejidos dentales que ocurre cuando por acción de las bacterias y ácidos generados por estas, se produce la desmineralización de la superficie de los dientes y puede dar lugar a diversas molestias y complicaciones, para finalmente provocar la pérdida de dientes afectados.¹²

La OMS la define como una cavidad en una pieza dental cuya existencia pueda diagnosticarse mediante examen visual y táctil, practicado con espejo bucal y sonda fina.⁹

Así mismo la Organización Mundial de la Salud (OMS) también define la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.¹³

Para Piedrola la caries es una enfermedad de evolución crónica y etiológica multifactorial (gérmenes, dieta, factores constitucionales) que afecta los tejidos calcificados de los dientes.⁹

Para que la caries tenga lugar, es necesario que la acción de los ácidos sobre la superficie dentaria se mantenga durante un tiempo, lo que ocurre con más facilidad en las zonas más retentivas de la corona dental.

Este proceso es dinámico, porque sigue un proceso de desarrollo y se produce bajo una capa de bacterias acumuladas sobre las superficies dentarias. Afecta a las personas de cualquier edad y es una de las enfermedades humanas más comunes.¹⁴



Generalidades sobre Caries dental

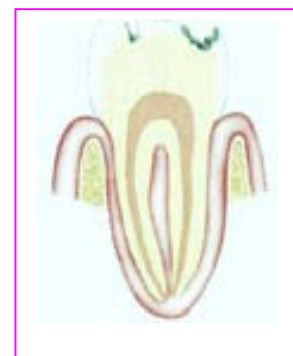
La caries es un trastorno crónico de evolución progresiva una vez que se ha producido la excavación de la superficie del diente, ya nunca remite espontáneamente, sino que sigue avanzando en profundidad.



Al principio, se inicia con la desintegración de un punto del durísimo esmalte dental, donde se forma un diminuto agujero. Pero, con el tiempo, la cavidad se hace cada vez más grande, atraviesa el esmalte dental y llega a la dentina, se extiende también por este tejido y, finalmente, alcanza la pulpa del diente y determina su infección. En este momento, los síntomas son ya muy evidentes y empiezan las complicaciones más graves.

Etapas

1.- Inicio: La lesión cariosa afecta al esmalte y no presenta síntomas



2.-Puede presentarse dolor porque la caries afecta la dentina



3-Presencia de molestias severas porque la caries llega a la pulpa y favorece su infección, el peligro es que si se propaga más allá de la raíz se puede producir un flemón.

4.- Por último, la caries destruye la corona del diente y como complicación grave la infección puede provocar una fístula.¹²



Clasificación

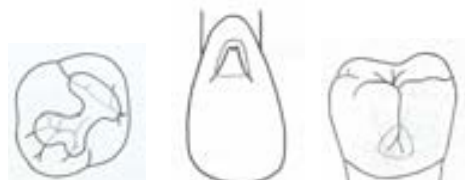
Black las clasifica de la siguiente manera en: I, II, III, IV y V de acuerdo a su localización, estas se observan con mayor frecuencia en dentición decidua o permanente en las fosetas y fisuras, superficies proximales y gingivales.⁹

Según su localización¹⁵

Greene Vardiman Black clasifica la caries de acuerdo a su localización en:

-Clase I

Se encuentra en fosetas y fisuras de premolares y molares, cíngulos de los dientes anteriores y cualquier anomalía estructural de los dientes.



-Clase II

Se localiza en las caras proximales de todos los dientes posteriores.



-Clase III

Se localiza en las caras proximales de los dientes anteriores sin abarcar ángulo incisal.



-Clase IV

Se encuentra en caras proximales de todos los dientes anteriores abarcando ángulo incisal.



-Clase V

Se localiza en el tercio gingival de los dientes anteriores y posteriores, solo en caras linguales y vestibulares.



Según el tejido afectado se clasifica en:

-Caries de primer grado

Afecta solo al esmalte.

-Caries de segundo grado

Afecta esmalte y dentina.





-Caries de tercer grado

Afecta esmalte, dentina y pulpa

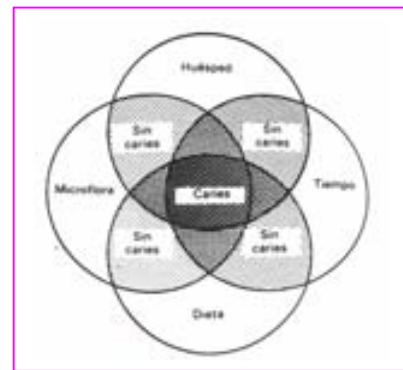
-Caries de cuarto grado

Afecta esmalte, dentina y hay presencia de necrosis pulpar¹⁶



Factores etiológicos

Keyes en 1969 reportó que para se inicie el proceso carioso es necesario la presencia del huésped, las bacterias y la dieta.



Para 1978 Newbrun introduce un nuevo factor, el tiempo, que esclarece de forma más precisa la formación de caries. La caries al ser considerada una enfermedad multifactorial depende de las relaciones mutuas de 4 grupos importantes de factores de riesgo, entendiéndose como factor de riesgo al fenómeno de cualquier naturaleza que con su posible modificación se puede interrumpir el desarrollo de la enfermedad, puede ser controlado, precede al inicio de la enfermedad, está asociado a un incremento de la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad y que tiene responsabilidad en su producción.⁹

1. Factores de riesgo

-Placa dental



Es un conglomerado dinámico y complejo de bacterias, materia orgánica y sustancias inorgánicas, que constituye una película firmemente adherida a la superficie dental, no eliminándose con enjuagues de agua ni con agua a presión.



Alrededor del siglo XVII Leeuwenhoek descubrió los túbulos de la dentina y los microorganismos, incluidas las bacterias, que encontró en la materia alba adherida a los dientes.⁸ Posteriormente la placa dental fue descrita por Williams, en 1897 y denominada por Black, en 1898 como “placa microbiana gelatinosa”.⁴

El término biopelícula describe la comunidad microbiana relativamente indefinible asociada a la superficie dentaria o a cualquier otro material duro, no descamable. ambos.¹⁷



Se compone de bacterias en una matriz compuesta principalmente por polímeros bacterianos extracelulares y productos salivales o exudados gingivales. Su composición varía de persona a persona, entre distintas localizaciones de la cavidad oral e incluso entre posiciones diferentes de una superficie dental. La placa dentobacteriana progresa más rápido con los



alimentos blandos y los ricos en azúcares. Por eso, es aconsejable evitar los dulces entre comidas.

El crecimiento de este material empieza preferentemente en las fosetas y fisuras de las superficies de los dientes, así como en otros lugares protegidos de la higiene fisiológica, como el margen gingival.¹⁷

Tipos de placa dentobacteriana.¹⁸

- a) Supragingival
- b) Subgingival
- c) Fosas y fisuras
- d) Zona proximal y radicular

Microorganismos

El crecimiento y adherencia de los diferentes gérmenes se ve favorecido por las glucoproteínas de la saliva, entre estos se encuentran *S. sanguis*, *S. mitior*, *S. mutan* serotipo c, *Actynomices*.

Las bacterias son capaces de transformar los carbohidratos de los alimentos en ácidos, éstos provocan la desmineralización progresiva del diente, produciendo caries.

Atributos del huésped

-Edad: con la edad aumenta el número de piezas con proceso carioso y el CPO

-Sexo: estudios realizados muestran que hay mayor incidencia en niñas, atribuyéndolo a que en ellas erupcionan a más temprana edad que en los niños.

-Diferencias familiares: se debe principalmente a diferencias en la higiene oral, dieta y tal vez factores genéticos.

-Factores constitucionales: cantidad, flujo y composición química de la saliva, así como morfología dental.



Otros aspectos importantes a considerar son:

- Distribución geográfica: diferente cantidad de Fluoruro en el agua.
- Dieta: rica en azúcares como la sacarosa y otros tipos.
- Hábitos de higiene dental: se requiere la correcta eliminación de la placa cada día.

Tiempo de exposición

Se forma con la acción repetida de los ácidos que producen las bacterias y posteriormente se descalcificará el diente.⁹

ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es una serie de cuadros clínicos caracterizados por la afectación de los tejidos que agrupados bajo el nombre de periodonto constituyen las estructuras que protegen y soportan los órganos dentarios. Recordemos que el periodonto (peri= alrededor, odontos= diente) o aparato de inserción de los dientes comprende: encía, cemento radicular, hueso alveolar y ligamento periodontal.

El periodonto puede verse alterado por enfermedades de tipo inflamatorio, traumático, degenerativo y tumoral. La enfermedad periodontal junto con la caries dental son la causa más importante de pérdida dental.⁹

Muchas personas piensan que la enfermedad periodontal es un problema de los adultos. Sin embargo, los estudios indican que la gingivitis se encuentra casi universalmente en los niños y en los adolescentes. Las formas avanzadas de la enfermedad periodontal son más raras en los niños que en los adultos, pero pueden ocurrir.

Gran parte de la gingivitis y la enfermedad periodontal, y la pérdida de dientes que estas causan, puede ser prevenida, pues tienen su origen en



factores locales que son accesibles y controlables. Los factores locales causan inflamación, la cual es el proceso patológico predominante, si no el único, en la gingivitis.

La enfermedad periodontal es una extensión de la gingivitis y su origen son los mismos irritantes locales, más trauma de la oclusión.



Existen cuatro signos básicos que indicarán enfermedad periodontal:

- Sangrado: encías que sangran al cepillarse, al usar el hilo dental o en cualquier otro momento.
- Inflamación: encías inflamadas y enrojecidas
- Recesión: Encías que han retrocedido de los dientes, exponiendo a veces las raíces.
- Halitosis: mal aliento constante que no desaparece al cepillarse ni al usar el hilo dental. ¹⁹



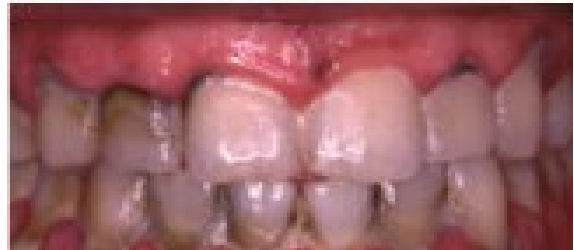
Sebastián Garcilaso de la Vega, que era descendiente de incas, escribió extensamente sobre sus antepasados. Recogió el tratamiento de los problemas dentales y bucales, describiendo la eliminación de material careado de un diente con un palillo encendido. La resina del árbol bálsamo del Perú se usaba para curar enfermedades gingivales, y en casos graves se empleaba la cauterización. El tejido gingival inflamado e hiperplásico quedaba quemado para permitir el desarrollo de un nuevo y sano tejido. Lo anterior nos habla del gran problema que desde siempre a causado la placa



bacteriana al ser la precursora de la mayoría de las enfermedades bucales, en este caso la gingivitis.⁴

Gingivitis

La gingivitis es una enfermedad que causa que las encías se inflamen, se enrojezcan y sangren fácilmente como consecuencia de acumulación de placa.



En este proceso inflamatorio de la encía el epitelio de unión se une al diente en su nivel original, la porción más apical del epitelio se encuentra sobre el esmalte. La gingivitis se puede prevenir y además tratar siguiendo una rutina habitual del cepillado, uso del hilo dental y cuidado dental profesional.

Sin embargo, si no se le da tratamiento puede progresar con el tiempo hacia unas formas más serias de enfermedad periodontal.¹⁸



Actualmente existe una clasificación:

1. Enfermedades gingivales inducidas por placa dental

Estas enfermedades pueden presentarse en un periodonto que no perdió inserción o en uno con pérdida de inserción estabilizada y que no avanza.



I. Gingivitis relacionada con placa dental solamente

- A. Sin otros factores locales contribuyentes.
- B. Con factores locales contribuyentes.

II. Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos

- A. Relacionadas con el sistema endocrino:
 - 1. Gingivitis de la pubertad
 - 2. Gingivitis del ciclo menstrual
 - 3. Vinculada con el embarazo
 - a. Gingivitis
 - b. Granuloma piógeno
 - 4. Gingivitis de la diabetes mellitus
- B. Relacionadas con discrasias sanguíneas
 - 1. Gingivitis de la leucemia
 - 2. Otras

III. Enfermedades gingivales modificadas por medicamentos

- A. Enfermedades gingivales influidas por fármacos
 - 1. Agrandamientos gingivales determinados por fármacos
 - 2. Gingivitis influidas por fármacos
 - a. Gingivitis por anticonceptivos
 - b. Otras

IV. Enfermedades gingivales modificadas por desnutrición

- A. Gingivitis por deficiencia de ácido ascórbico
- B. Otras

PERIODONTITIS

La periodontitis es una enfermedad multifactorial desarrollada como resultado de complejas interacciones entre genes específicos del huésped y del medio así como la exposición ambiental a patógenos periodontales dotados de



factores de virulencia específicos los cuales, el huésped es incapaz de manejar con eficacia para evitar daño tisular.

Es una enfermedad que se caracteriza por la pérdida de la inserción del ligamento periodontal y el soporte del hueso alveolar, la pérdida de inserción puede ir acompañada de formación de bolsa o es resultado de una recesión gingival puede conducir a la pérdida de dientes.¹⁷



Clasificación²⁰

Se clasifica en los siguientes tres grandes tipos con base en características clínicas, radiografías, históricas y de laboratorio.

Periodontitis crónica

La periodontitis crónica puede subclasificarse a su vez en formas localizada y generalizada, y caracterizarse como leve, moderada o grave con base en las siguientes características específicas:

Forma localizada < 30% de los sitios afectados

Forma generalizada >30 % de los sitios afectados

Leve 1 a 2 mm de pérdida de inserción clínica

Moderada: 3 a 4 mm de pérdida de inserción clínica

Grave: 5mm de pérdida de inserción clínica



Peridontitis agresiva

Las siguientes características son frecuentes en pacientes con periodontitis agresiva:

- Paciente por lo demás sano
- Pérdida de inserción y destrucción ósea rápidas.
- Cantidad de depósitos microbianos sin correlación con la gravedad de la enfermedad.
- Varios miembros de la familia enfermos

La periodontitis agresiva puede clasificarse además en las formas localizada y generalizada con base en las características frecuentes ya descritas y los siguientes rasgos específicos:

Forma localizada

- Inicio circumpuberal de la enfermedad
- Enfermedad localizada al primer molar o incisivo con pérdida de inserción proximal en por lo menos dos dientes permanentes, uno de los cuales es el primer molar
- Intensa respuesta de anticuerpos séricos a agentes infecciosos

Forma generalizada

- Suele afectar a personas menores de 30 años (pero pueden ser mayores)
 - Pérdida de inserción proximal generalizada que afecta por lo menos a tres dientes distintos de los primeros molares e incisivos
 - Notable destrucción periodontal episódica
- Deficiente respuesta sérica de anticuerpos a agentes infecciosos

TRAUMATISMOS DENTALES

El traumatismo accidental de los dientes es, quizá, uno de los accidentes más dramáticos que le suceden a los individuos y su frecuencia es cada día



mayor, el profesional debe estar capacitado para diagnosticar y resolver este tipo de situaciones a través de múltiples tratamientos que van desde disminución del dolor, protección pulpar y recolocación de los dientes.¹⁴

Los factores desencadenantes son los siguientes:

-Caídas

- Prácticas de juegos o deportes violentos, sobretodo en la edad escolar (de 6 a 12 años)
- Maltrato físico: síndrome del niño maltratado.

-Accidentes de tráfico.

- Gran resalte: los niños que tienen los incisivos superiores hacia fuera
- Protusión de incisivos por el hábito de succión del dedo
- Inestabilidad: los niños que empiezan a andar, pero no de forma estable, y sufren muchas caídas

-Defectos estructurales

La amelogénesis o dentinogénesis imperfecta, que hacen que el esmalte o la dentina, respectivamente, sean tejidos más blandos, por tanto dientes más fáciles de romperse.

Las lesiones traumáticas se clasifican en:

Lesiones de tejidos duros y pulpa

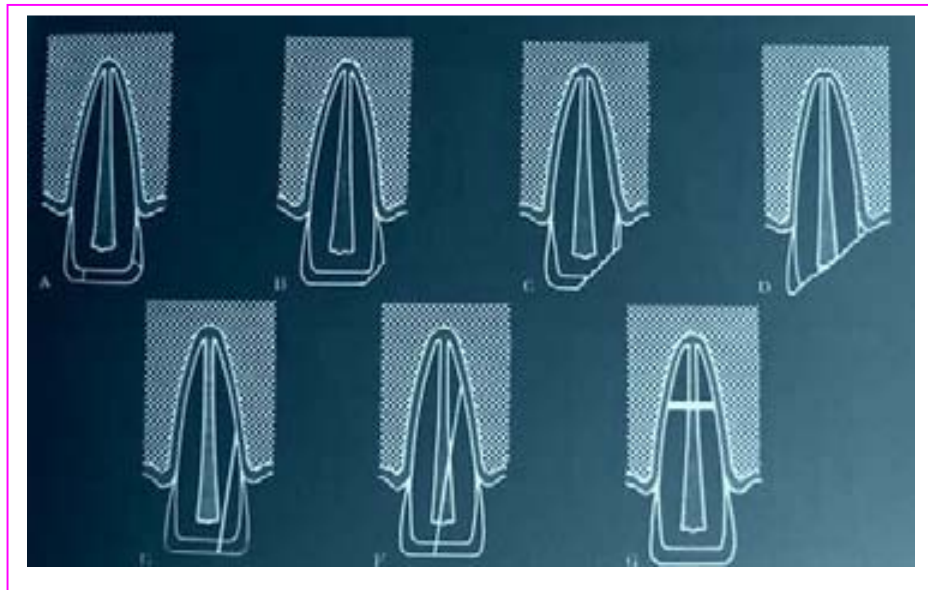
- A. Fractura incompleta (infracción): fisura del esmalte
- B. Fractura no complicada de corona: afecta el esmalte.
- C. Fractura no complicada de la corona: afectando tanto al esmalte como a la dentina, pero sin exponer la pulpa
- D. Fractura complicada de corona: afecta el esmalte y la dentina con exposición pulpar.



E. Fractura no complicada de corona-raíz: afecta el esmalte, la dentina y el cemento pero sin exponer la pulpa.

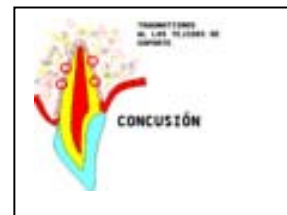
F. Fractura complicada de corona y de raíz: afecta esmalte, dentina y cemento, y se produce exposición pulpar.

G. Fractura de raíz: afecta cemento, dentina y pulpa.²¹



Lesiones de los tejidos periodontales

-Concusión: lesión de estructuras de soporte sin movilidad ni desplazamiento del diente, pero el ligamento periodontal está inflamado, dolor a la percusión.



-Luxación intrusiva (dislocación central): desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Cursa de conminución o fractura de la pared alveolar.



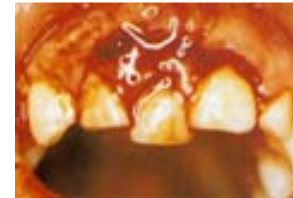


-Subluxación (aflojamiento): lesión de estructuras de sostén en las que el diente está flojo, pero no se mueve en el alvéolo.



-Luxación extrusiva: desplazamiento parcial de un diente en su alvéolo

-Luxación lateral: desplazamiento del diente en una dirección vestibular, palatina o lateral. Suele existir fractura del alveólo



-Avulsión: salida del diente fuera del alvéolo. En caso de que no pueda recolocarse se debe colocar en un recipiente y cubrirlo con una pequeña cantidad de leche entera fría, saliva o solución salina.

También se puede llevar entre el labio y la encía inferiores o bajo la lengua.

El tratamiento a seguir es enjuagar el diente con agua o solución salina sin tocar la raíz.



Tratar de colocar el diente en su lugar al nivel de los dientes adyacentes y morder suavemente una gasa o bolsita de té húmeda para ayudarlo a mantenerse en su sitio.



Lesiones de la encía o mucosa bucal

-Laceración: herida producida por desgarramiento y cuyo origen puede ser la acción de un objeto agudo o punzante.



-Contusión: se produce una hemorragia submucosa sin desgarramiento. El origen suele ser un objeto romo.

-Abrasión: herida superficial producida por desgarramiento de la mucosa que deja la superficie sangrante y áspera.¹⁴

HÁBITOS PERNICIOSOS

Existe una serie de anomalías oclusales que por su frecuencia y la prontitud con que éstas se presentan deben ser tratadas de forma temprana, obteniéndose con ello resultados satisfactorios, si bien los resultados tan sólo serán parciales, dependiendo de la gravedad del problema, será necesario posteriormente el tratamiento en otra etapa.

Estas anomalías están asociadas con alteraciones eruptivas, pérdida de dientes temporales y hábitos orales, pudiendo presentar problemas esqueléticos y apiñamientos graves, en cuyo caso el tratamiento temprano quizá no esté indicado.



Ciertos tipos de maloclusiones se desencadenan por la presencia de hábitos como la deglución anómala, respiración bucal y succión digital, por lo que una corrección temprana de estos hábitos evitará el desarrollo de anomalías oclusales como mordidas abiertas y mordidas cruzadas anteriores y posteriores.

Clasificación

-Deglución anómala

También llamada atípica o infantil por la continuidad de la deglución infantil después de la aparición de los dientes anteriores en la dentición primaria, ya que ésta desaparece por lo general a los 18 meses de edad, momento en que ya han hecho erupción incisivos, caninos y primeros molares temporales, por lo que se podría decir que la deglución infantil se relaciona con la succión, mientras que la deglución adulta lo hace con la masticación. Por ello la deglución anómala conlleva interposición lingual entre los dientes, presentando a menudo mordida cruzada bilateral y a su vez se asocia con mordida abierta anterior por la interposición de la lengua entre los incisivos que impide la erupción de los dientes anteriores.

-Respiración bucal

El hecho de que la respiración bucal pueda ser considerada un hábito o una enfermedad tiene poca importancia, ya que, una vez eliminado el problema que impedía respirar por la nariz, el niño continúa respirando por la boca si no se ejercita su respiración nasal.¹⁴

Este hábito ha sido siempre asociado con obstrucción de vías respiratorias altas, por obstrucción nasofaríngea, la cual puede deberse a un bloqueo



anatómico o enfermedad alérgica, lo que produce una función respiratoria perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula.

Por lo tanto puede presentarse apiñamiento o protrusión incisiva, donde el paladar será alto y angosto, así como mordida abierta o cruzada posterior o distal.²²



-Succión digital

Se presenta con mucha frecuencia, pero no es apreciado por el odontólogo por la prontitud con que se inicia y porque suele terminar a los 3 o 4 años de edad.

Este hábito suele aparecer como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales, asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención.



Los efectos de este hábito dependerán de la posición, intensidad, frecuencia y duración que pueden ir desde mordida abierta con franco aumento del resalte por protrusión de los incisivos superiores y retroclinación de los inferiores. Un efecto similar producirá la succión del chupete, que en niños mayores de 2 años inhibirá el crecimiento de los procesos alveolares.¹⁴



HERPES VIRUS

Las enfermedades producidas por Herpesvirus están adquiriendo cada vez más importancia como problema de salud pública, tanto en países



desarrollados como los que se encuentran en vías de desarrollo. Los procesos que producen son muy variados desde una simple lesión herpética hasta una encefalitis mortal.⁵

Clasificación

- Herpes simple tipo I causa principalmente lesiones en la región facial.
- Herpes tipo II causa principalmente lesiones en la zona genital.²³

Las infecciones por virus de esta familia suelen permanecer latentes durante toda la vida y pueden aparecer reactivaciones virales inducidas por varios factores como:

- Hormonales
- Ambientales
- Físicos

El herpes labial es una enfermedad producida por un virus llamado herpes simple tipo I, cuyo periodo de incubación es de 10-23 días y se desarrolla la enfermedad a las 2 semanas.⁹ Los primeros síntomas son sensación de quemazón y adormecimiento de la zona. Se transmite por contacto físico.

Aparecen lesiones en labios u orificios nasales que son comúnmente bilaterales y son llamadas vesículas cutáneas que tienden a explotar, colapsarse y recubrirse de costra rápidamente, algunas pueden dar lugar a úlceras superficiales.



Factores predisponentes

- Edad avanzada
- Luz solar
- Infecciones respiratorias



-Menstruación

-En ocasiones neoplasias ocultas.

El tratamiento adecuado es paliativo ya que en presencia de los primeros síntomas lo más recomendable es aplicar en la zona una pequeña cantidad de aciclovir, para disminuir las molestias y acelerar la cicatrización.²³

MEDIDAS PREVENTIVAS

HIGIENE BUCODENTAL

-CEPILLADO DENTAL

El cepillado dental es el mecanismo más utilizado para el control personal de la placa en el mundo y es considerado un factor importante en el mantenimiento de la salud periodontal.

El cepillo es uno de los instrumentos necesarios para eliminar placa dental, su uso con una técnica adecuada, eliminará la placa sin lesionar el esmalte.¹⁴ Este instrumento tal como lo conocemos hoy, con las cerdas perpendiculares al mango, fue inventado por los chinos hacia el año 1490.⁴



El cepillo debe ser de tamaño apropiado para la dentición, ser de nylon, blando y de puntas redondeadas y sobre todo en buenas condiciones de uso.¹⁴

Métodos de cepillado dentario

Hay diferentes métodos de cepillado dentario, pero realmente es la minuciosidad y no la técnica, el factor importante que determina la eficacia del cepillado.¹⁹



Método de Bass

Se aplica el cepillo con múltiples cerdas, blando, con la cabeza en un ángulo de 45° con respecto del eje longitudinal del diente, se presiona en sentido apical contra el margen gingival. El cepillo se mueve en dirección anteroposterior con movimientos cortos vibratorios.

Método de Charter

Se aplica la cabeza del cepillo contra los dientes en un ángulo de aproximadamente 45° con el plano oclusal, las cerdas del cepillo dental quedan dirigidas hacia el plano oclusal/incisal y con el cepillo se hace en un movimiento rotatorio.¹⁷

Método de Stillman

El cepillo se coloca de modo que las puntas de las cerdas quedan en parte sobre la encía, y en parte sobre la porción cervical de los dientes. Las cerdas deben ser oblicuas al eje mayor del diente y orientadas en sentido apical. Se ejerce presión lateralmente contra el margen gingival hasta producir un empaldecimiento perceptible. Se separa el cepillo para permitir que la sangre vuelva a la encía. Se aplica presión varias veces, y se imprime un movimiento rotativo suave, con los extremos de las cerdas en posición.

Método de Stillman modificado

Este es una acción vibratoria combinada de las cerdas con el movimiento del cepillo en el sentido del eje mayor del diente. El cepillo se coloca en la línea mucogingival, con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona, y se activa con movimientos de forzamiento en la encía insertada, en el margen gingival y en la superficie dentaria. Se gira el mango hacia la corona y se vibra mientras se mueve el cepillo.



Método fisiológico

Smith y Bell describen un método en el cual se hace un esfuerzo por cepillar la encía de manera comparable a la trayectoria de los alimentos en la masticación. Esto comprende movimientos suaves de barrido, que comienzan en los dientes y siguen sobre el margen gingival y la mucosa gingival insertada.¹⁹

FLUORURO

El flúor es un elemento químico que, incorporado al esmalte dental incrementa la resistencia de los tejidos a los ácidos producidos por las bacterias.



Estudios clínicos demuestran que la presencia de fluoruro a niveles suficientes en los líquidos orales disminuye la susceptibilidad a la caries, posiblemente la acción cariostática resulta de la combinación de tres teorías:

1. La incorporación del fluoruro a la hidroxiapatita, dando lugar a la fluorapatita.
2. Disolución menor del esmalte cuando el fluoruro está presente en la fase acuosa que rodea el esmalte.
3. Acción inhibitoria de la formación y la colonización de las bacterias.¹⁴

El fluoruro se encuentra en el agua subterránea en forma natural y particularmente en zonas montañosas, donde su concentración suele ser elevada.

Según publicación de la Organización Mundial de la salud de 1984, el fluoruro es un agente eficaz por prevenir las caries dentales si se encuentra en "cantidad óptima". Pero lo "óptimo" del agua para consumo humano



depende de la nutrición de cada individuo que varía enormemente, por citar un ejemplo las dietas pobres en calcio determinan una mayor absorción de fluoruro en el organismo.

El valor límite permisible en el agua de bebida es de 1,5 mg. por litro, sin que esto determine el problema de la fluorosis dental.

La fluorosis dental y del esqueleto, es irreversible y no hay tratamiento actual. El único remedio es prevenirla, evitando la ingesta excesiva de fluoruro²⁴



Existen dos métodos de aplicación de fluoruro:

-Método sistémico: la ingesta de fluoruros en concentraciones óptimas durante toda la vida es el medio más eficaz de prevención de la caries, a través de fluoración de los abastecimientos de agua la concentración

-Método tópico: utilización de soluciones fluoradas que se administran directamente sobre la superficie del diente erupcionado, buscando un efecto de mineralización local del esmalte. Existen dos métodos de aplicación:

Métodos de autoaplicación: colutorios fluorados (enjuague diario de 0.05% o semanal 0.2%), dentífricos con flúor, chicles con flúor, aplicación por profesionales de fluoruro de sodio al 2%.⁹

Aplicación profesional:

La técnica de aplicación por el profesional es:



1. Se utilizan cubetas desechables que son blandas, flexibles y bien aceptadas por los pacientes, previo a la aplicación de fluoruro se debe proceder a una limpieza dental.

MEDIOS AUXILIARES DE LA HIGIENE ORAL

Es difícil descubrir la placa dental sobre todo para el ojo no adiestrado. La placa es la causa más importante de las enfermedades bucales, es el principal factor etiológico de la caries y la gingivitis. Los productos de las bacterias de la placa penetran en la encía y generan gingivitis que si no es tratada, lleva a la periodontitis y la pérdida dental, por ello es de gran importancia el uso de auxiliares de la limpieza que a continuación se mencionan.

Sustancias reveladoras

Un agente revelador es un preparado en forma líquida o en tabletas, que contiene cierto tipo de colorante y que se usa para teñir la placa dentobacteriana. Deben ser usadas para demostrar la presencia y ubicación de la placa y para evaluar la eficacia de la técnica de cepillado.¹⁷

El uso de la tableta reveladora contribuye a:

- Localizar zonas en que se sitúa la placa dentaria y en donde debemos esforzarnos durante el cepillado.
- Adquirir una perfecta técnica.
- Controlar la eficiencia del cepillado.
- En los niños, adquirir buenas costumbres, pues es más fácil pedirles que eliminen la coloración roja de la placa con un cepillo.



- Recuerde: El revelador de la placa sirve para visualizar las zonas en que ésta se halla presente, permitiendo controlar la eficacia del cepillado.



HILO DENTAL

Es un medio eficaz para limpiar las superficies dentarias proximales, existen diferentes tipos como el de nylon no encerado de alta tenacidad y el de nylon encerado. La finalidad del hilo dental es eliminar la placa, no desprender restos fibrosos de alimentos acuñados entre los dientes y retenidos en la encía.

Técnica de uso

Cortar un trozo de hilo de alrededor de 90 cm. y envuélvanse los extremos alrededor del dedo medio de cada mano.



Pásese el hilo sobre el pulgar derecho y el índice izquierdo e introdúzcalo dentro del surco gingival, por detrás de la superficie distal del último diente en el lado derecho del maxilar. Con un movimiento vestibulolingual firme hacia atrás y hacia delante, lleve el hilo hacia oclusal para desprender todas las acumulaciones superficiales blandas. Repítase varias y pase el espacio interproximal mesial. No se debe forzar bruscamente el hilo en el área de contacto porque lesiona la encía.¹⁹





DENTÍFRICO O PASTA DENTAL

Etimológicamente proviene de las palabras *dens* (diente) y *fricare* (frotar). Es una sustancia que se usa con el cepillado dental y tiene los siguientes propósitos:



1. Facilitar la eliminación de placa
2. Aplicar sustancias a las superficies dentarias con propósitos terapéuticos y preventivos.

El material abrasivo del dentífrico debe tener un tamaño de partículas y una composición que impidan el desgaste extenso de los tejidos dentarios, pero que faciliten la eliminación de placa.

El dentífrico es, además, un vehículo excelente de administración de sustancias a la superficie dentaria, como fluoruros, antisépticos (por ejemplo, iones metálicos, triclosán), enzimas (por ejemplo, amiloglucosidasa, glucosa oxidasa) u otras sustancias (por ejemplo, para la desensibilización de superficies dentarias hipersensibles y para retrasar la formación de sarro supragingival).¹⁷

ENJUAGUES BUCALES

Los enjuagues pueden ser usados como coadyuvantes del cepillado y otros accesorios, pero no como un sustituto. No quitan el mal aliento, solo lo enmascaran por períodos cortos de tiempo.





Son auxiliares de la higiene bucal y se dividen en 2 grupos:

1. Los que contienen fluoruro y cuya actividad es principalmente anticaries
2. Los que contienen agentes antisépticos (combatir bacterias u hongos que causan enfermedades en la boca)

Se emplean diariamente 1 o 2 veces por día, por 30 segundos y escupiendo al final del enjuague.¹⁹

SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS

Los selladores son materiales plásticos (conocidos como resinas), que pueden ser transparentes, blancas o del color del diente, y son colocados sobre la superficie masticatoria de los molares. Las fosetas y fisuras de las caras oclusales son lugares retentivos, en donde generalmente comienza la caries, existen dos tipos de selladores:

- Autopolimerizables: polimerizan por medios químicos.
- Fotopolimerizables: requieren de una luz alógena azul para polimerizarse.²⁵

ENJUAGUE CON CLORHEXIDINA

Es considerada un antiséptico que tiene sustancias químicas, al ser aplicada de manera tópica impide el crecimiento o la actividad de los microorganismos, y es excelente desorganizador de placa.

Algunos estudios han demostrado que la clorhexidina al usarse diariamente en solución acuosa al 2% para aplicación tópica reduce la formación de placa y gingivitis durante periodos de hasta 2 años, además reducir la presencia de caries dental.

Tiene la desventaja de producir alteración del color en los dientes, alterar el sentido del gusto, por ello no se ha aprobado para uso cotidiano.²⁵





2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La educación primaria ha tenido cambios importantes en la última década, si bien es cierto que se han reorientado los contenidos de los libros y se le ha dado una gran importancia a los aspectos referentes a la salud, poco se menciona sobre aspectos importantes del autocuidado de la salud bucal que tienen.

Los escolares matriculados en escuelas públicas de nuestro país reciben educación por dos vertientes, la de la casa y la de la escuela y si tenemos en cuenta que la educación sanitaria y odontológica que está contenida en los libros de instrucción primaria es limitada en términos de salud bucal es fácil concluir que no se podrá reforzar este aspecto por parte de los profesores.

Aunado a lo anterior, los profesores de educación primaria en ocasiones no cuentan con los conocimientos necesarios sobre el autocuidado de la salud bucodental, la identificación de factores de riesgo para caries, enfermedad periodontal y presencia de hábitos perniciosos y presencia de algunas lesiones labiales será difícil que puedan fomentar en los niños una cultura de prevención, por lo tanto:

¿Es factible que con la implementación de un programa de promoción de la salud los profesores de educación primaria adquieran conocimientos básicos sobre autocuidado de la salud bucal?

¿Cuál es la opinión que respecto al apoyo educativo sobre salud bucal tienen los profesores después de asistir al curso?



3. JUSTIFICACIÓN

En México la caries dental representa un serio problema de Salud Pública ya que está presente en toda la población, sin distinción de edad o nivel socioeconómico y más aún en los pequeños ya que, aparece desde los primeros años de la vida, adquiriendo especial relevancia en los escolares de 6 a 14 años de edad, razón por la que es necesario implementar cursos dirigidos a los profesores de educación primaria con el objeto de que puedan reforzar los conocimientos sobre aspectos preventivos de la salud bucal en sus alumnos aunque no exista la información necesaria en los libros de texto.

4. HIPÓTESIS

Ho₁

No existe diferencia significativa en el conocimiento sobre autocuidado de la salud bucodental con la implementación de un curso de educación para la salud bucal dirigido a profesores de educación primaria de la escuela “Enrique Rodríguez Cano”.

H₁

Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre autocuidado de la salud bucodental con la implementación de un curso de educación para la salud bucal dirigido a profesores de educación primaria de la escuela “Enrique Rodríguez Cano”.



5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar un programa de promoción de la salud bucodental dirigido a profesores de educación primaria de la Escuela “Enrique Rodríguez Cano” DF. En un periodo de 3 sesiones.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar el conocimiento que sobre salud bucodental tienen los profesores de educación primaria antes y después de implementar el programa.
2. Determinar el grado de conocimiento nuevo que los profesores adquieren por sexo y edad



6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se desarrolló en la Escuela Primaria “Enrique Rodríguez Cano” en el turno vespertino, para tal efecto se estableció comunicación con el director del plantel para hacer de su conocimiento los objetivos del estudio y obtener su anuencia para el desarrollo del mismo. Se diseñó una encuesta que comprende información sobre el género y edad del profesor y sobre conocimientos referentes al autocuidado de salud bucal basada en la escala de Likert desarrollada por Rensis Likert a principios de los 30. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pidió la reacción de los sujetos, es decir, se presentó cada afirmación y se pidió al sujeto externara su reacción eligiendo cualquiera de las opciones de respuesta que se le den.

La escala se caracteriza por ser una escala aditiva que permite evaluar aspectos sobre conocimiento, actitud y prácticas sobre algún evento. Likert propone que a cada ítem se le de la posibilidad de cinco opciones de respuesta:

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo
	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

Para el presente estudio solo se tomaron en cuenta tres opciones de respuesta:

De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo
En desacuerdo	



Lo anterior debido a que los participantes no discriminaron diferencia alguna entre muy de acuerdo y de acuerdo.

A cada profesor se le aplicó una encuesta sobre actitudes y conocimientos sobre salud bucal, la encuesta se constituyó con 24 ítems y fue aplicada antes del curso y posterior a la implementación del mismo (pre y post evaluación) con la finalidad de determinar si los conocimientos y actitudes sobre autocuidado de la salud bucal tenían algún cambio.

El curso comprendió pláticas educativas de salud bucal dirigido a 16 profesores utilizando diapositivas y una práctica para demostrar la acción preventiva del fluoruro, técnica de cepillado y uso del hilo dental.



La postevaluación se aplicó una semana después y la información se vació en una base de datos para el análisis estadístico.

El encuestador fue calibrado para el manejo de la escala de Likert en la Jefatura de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Odontología de la UNAM.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de intervención



6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Profesores de la Escuela Primaria “Enrique Rodríguez Cano”

6.4 MUESTRA

16 profesores de primaria que impartan clases en el turno vespertino

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Profesores que impartan clases en el turno vespertino y que deseen participar
- Profesores que impartan clases del 1º grado hasta el 6º grado.

6.7 VARIABLES DE ESTUDIO

- ✚ Edad
- ✚ Género
- ✚ Conocimientos y actitudes sobre autocuidado de la salud

6.7.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

- ✚ Contenidos del curso de promoción de la salud y autocuidado de la salud bucodental

6.7.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- ✚ Conocimientos adquiridos sobre autocuidado de la salud bucodental

6.7.3 CONCEPTUALIZACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Edad	Se considerará en años cumplidos
------	----------------------------------



Género	Se determinará como masculino y femenino
Conocimientos sobre autocuidado bucodental	Se determinarán mediante la aplicación de la escala de Likert en ítems con tres posibilidades de respuesta: <u>de acuerdo</u> , <u>ni acuerdo ni en desacuerdo</u> y <u>en desacuerdo</u> .
Higiene bucal	Se determinará como realizada o no y su frecuencia amén de auxiliares.

Escala de Likert²⁶

Este método fue desarrollado por Rensis Likert a principios de los 30. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos, es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto externar su reacción eligiendo uno de los tres puntos de la escala: *de acuerdo*, *ni acuerdo ni en desacuerdo* y *en desacuerdo*. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones (Preevaluación) y posterior a la impartición de la plática sobre autocuidado de la salud bucal se volverá a aplicar el cuestionario para determinar si hubo adquisición de conocimiento por parte de los profesores.

6.8 RECURSOS

6.8.1 HUMANOS: un director de tesina, dos asesores y una tesista pasante de la Carrera de Cirujano Dentista de la UNAM

6.8.2 MATERIALES: Proyector de diapositivas, diapositivas, encuestas, lápices, un tipodonto, un cepillo



dental, una caja de hilo dental, un vaso de plástico, 150 ml. de vinagre, 100 ml. de fluoruro y un huevo.

6.8.3 FINANCIEROS: correrán a cargo del tesista

6.9. PLAN DE ANALISIS

La información se presentará en función de distribución porcentual, promedio de distribución puntual de las respuestas adquiridas y se aplicará la prueba de t (Student) con el objeto de determinar si existen diferencias significativas de puntaje entre la pre y la postevaluación.



7. RESULTADOS

ESCUELA PRIMARIA “ENRIQUE RODRÍGUEZ CANO”

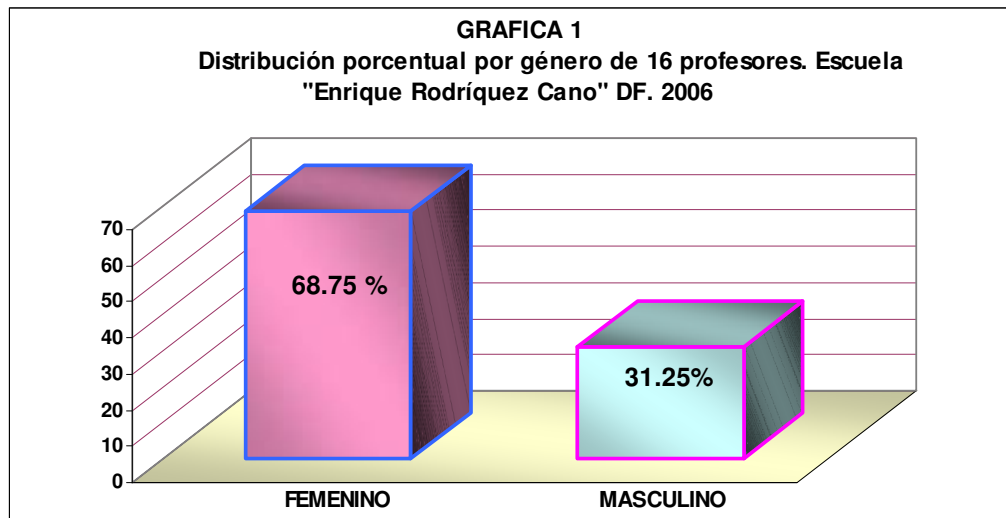
La escuela primaria “ENRIQUE RODRÍGUEZ CANO” se encuentra ubicada en: Calle Independencia número 20, en el Pueblo de San Nicolás Totolapan, Delegación La Magdalena Contreras, C.P. 10900, en el



En la localidad, la escuela esta siendo reconocida por tener un buen nivel académico, gracias a la labor que día a día realizan los profesores de grupo y del Prof. Juan Ibarra González, prueba de ello es la población actual del plantel: 441 alumnos (28 alumnos aprox. por grupo).

Atiende principalmente a alumnos que proceden de las colonias Pueblo de San Nicolás Totolapan, Cazulco, Exhacienda de Eslava, El Gavillero, Las Huertas y Pedregal de San Nicolás Totolapan. Los alumnos pertenecen a familias que desempeñan diferentes actividades: campesinos, empleados, choferes, electricistas, plomeros, comerciantes y un gran porcentaje de trabajadoras en el servicio doméstico. Su nivel socioeconómico es bajo.

En el presente estudio participaron 16 profesores de ambos sexos que desempeñan su labor docente en el citado centro escolar, el 31.25% correspondió al sexo masculino y el 68.75% al femenino, los profesores fueron encuestados antes y después de implementado el curso de salud bucal. (Gráfica 1, Cuadro 1)



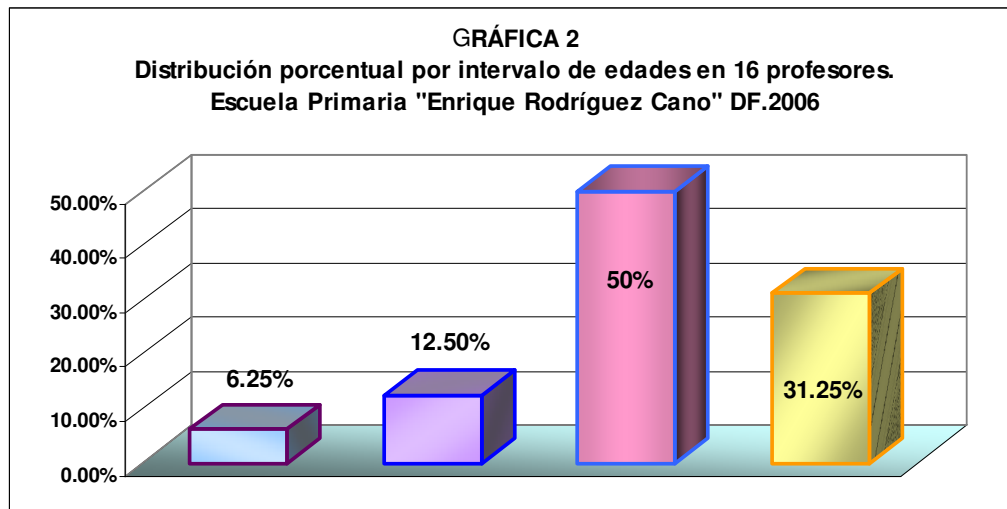
Fuente directa

CUADRO 1
Distribución porcentual por género de 16 profesores. Escuela Primaria "Enrique Rodríguez Cano" DF. 2006

	FRECUENCIA	(%)
FEMENINO	5	68.75
MASCULINO	11	31.25
TOTAL	16	100

EDAD

En términos de edad, se observa que apenas el 6.25% corresponde al intervalo de edad entre 21-30 años, el 12.50 % corresponde al intervalo 31-40 años, el 50% corresponde al intervalo 41-50 años y el 31.25 % corresponde al intervalo 51-60 años. Por lo tanto el 50 % de nuestra muestra se encuentra en el rango de edad 41-50 años. (Gráfica 2, Cuadro 2)



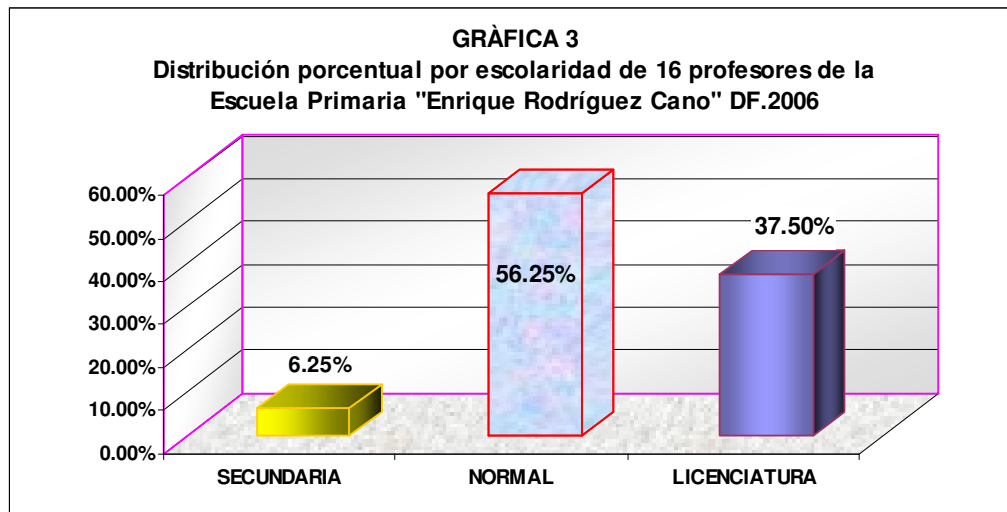
Fuente directa

CUADRO 2
Distribución porcentual por intervalo de edad de 16 profesores.
Escuela Primaria "Enrique Rodríguez Cano" DF. 2006

	FRECUENCIA	(%)
21-30	1	6.25
31-40	2	12.5
41-50	8	50
51-60	5	31.25

ESCOLARIDAD

Respecto a la distribución por escolaridad se observa que un porcentaje de 6.25% corresponde a la escolaridad Secundaria, el mayor porcentaje que es de 56.25% y corresponde a instrucción en la Normal y el 37.50% curso la Licenciatura. (Gráfica 3, Cuadro 3).



Fuente directa

CUADRO 3
Distribución porcentual por Escolaridad de edad de 16 profesores. Escuela Primaria "Enrique Rodríguez Cano" DF. 2006

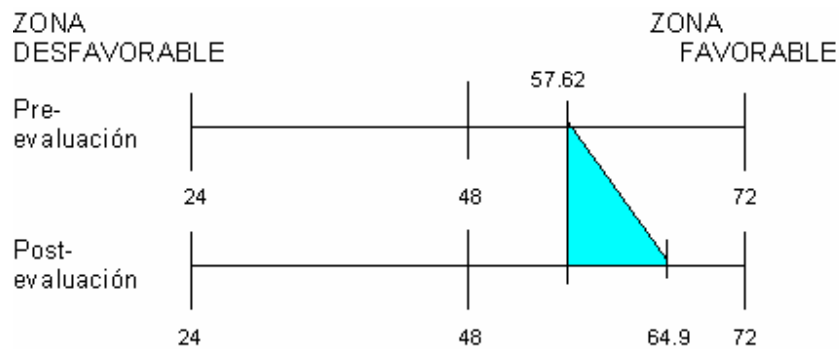
	FRECUENCIA	(%)
Secundaria	1	6.25
Normal	9	56.25
Licenciatura	6	37.5



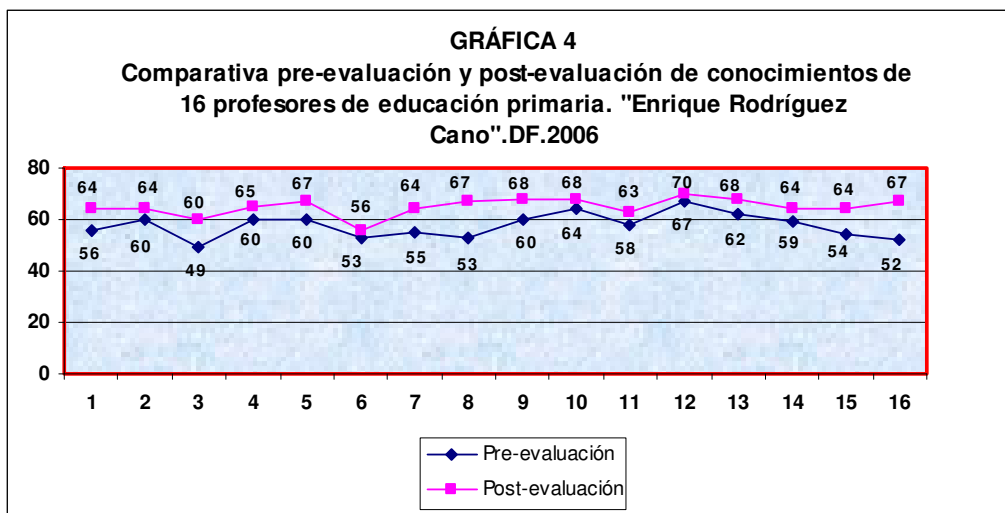
CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADO DE SALUD BUCAL

ESCALA DE LIKERT

En cuanto a conocimientos observamos que hubo un incremento respecto a la distribución puntual.



Respecto a la pre-evaluación y post-evaluación se observa que hubo un aumento de distribución puntual y porcentual como a continuación veremos (Gráfica 4):

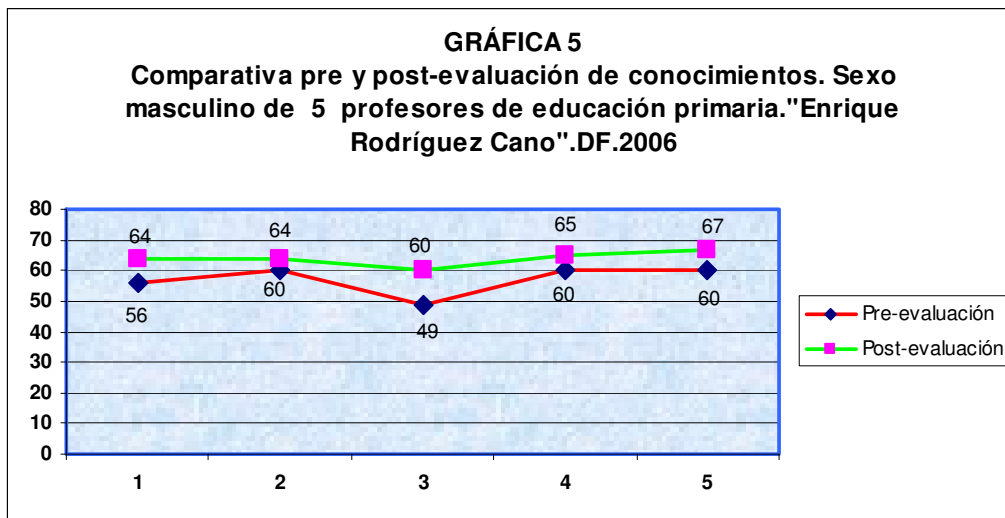


Fuente directa

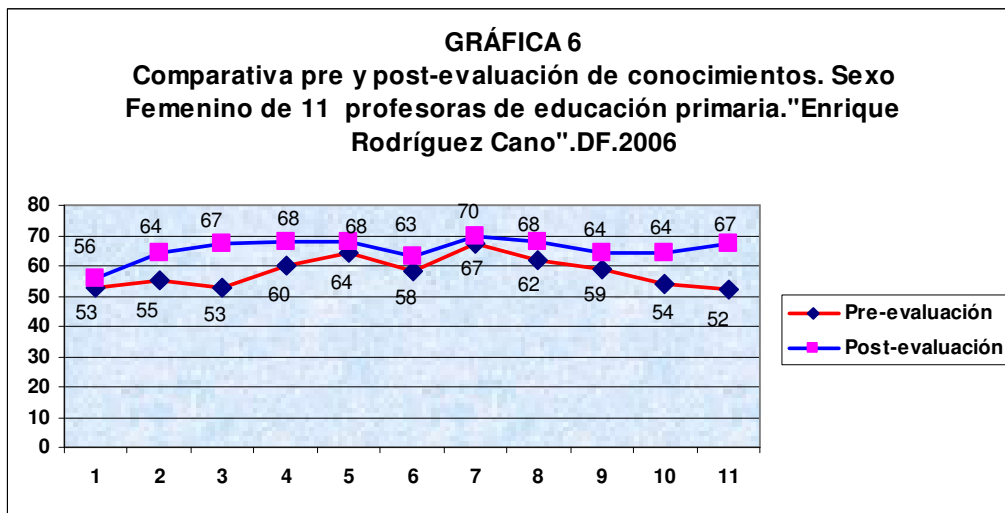


GÉNERO

En cuanto a conocimientos sobre autocuidado de la salud bucal se observó que por género existe diferencia entre el conocimiento anterior y el adquirido posterior al programa de salud bucodental, lo cual muestra que hubo conocimiento obtenido por el sexo femenino. (Gráfica 5 y 6, Cuadro 4)



Fuente directa



Fuente directa

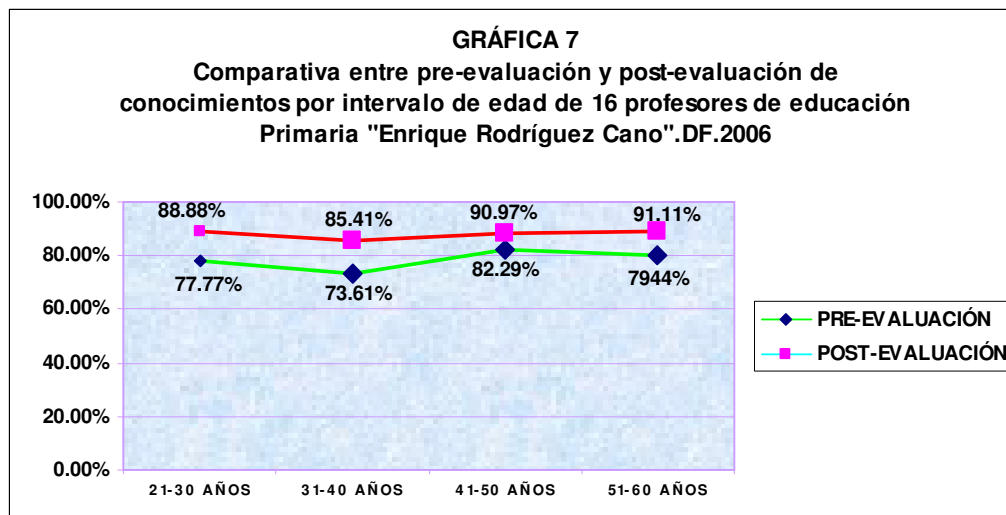


CUADRO 4
Comparativa pre-evaluación y post-evaluación de conocimientos por género de 16 profesores. Escuela Primaria "Enrique Rodríguez Cano" DF. 2006

	Pre-evaluación %	Post-evaluación %
Masculino	79.16	88.88
Femenino	80.41	90.72

EDAD

En términos de conocimientos por intervalo de edad en la evaluación se demuestra que hubo aumento de conocimientos, por lo tanto el intervalo que obtuvo el mayor aumento de conocimientos es el intervalo 31-40 y el menor aumento de conocimientos es el intervalo 41-50 años. (Gráfica 7, Cuadro 5)



Fuente directa

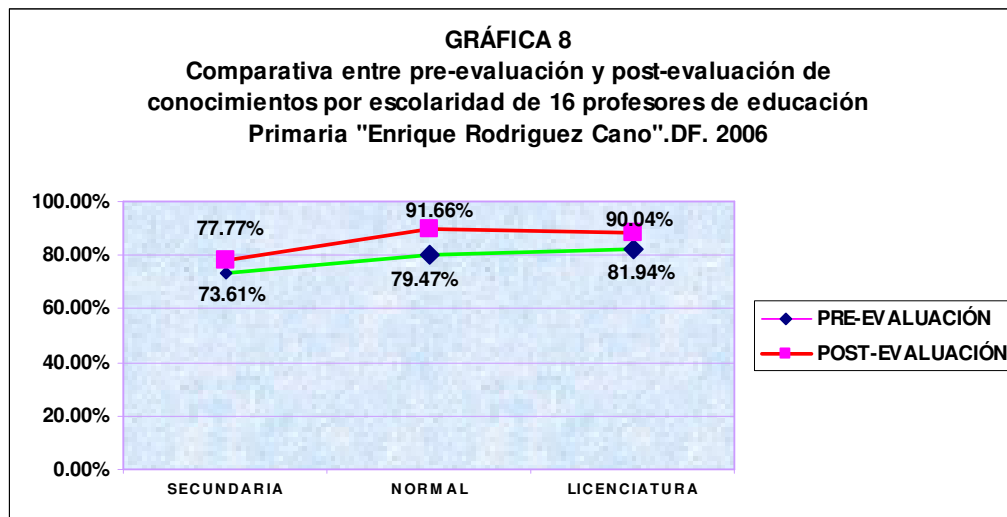
CUADRO 5
Comparativa entre pre-evaluación y post-evaluación de conocimientos por intervalo de edad de 16 profesores. Escuela Primaria "Enrique Rodríguez Cano" DF. 2006

	Pre-evaluación %	Post-evaluación %
21-30	77.77	88.88
31-40	73.61	85.41
41-50	82.29	90.97
51-60	79.44	91.11



ESCOLARIDAD

Respecto a la distribución de conocimientos por Escolaridad la evaluación demuestra que existe diferencia en la adquisición de conocimientos. Por lo tanto el nivel de escolaridad que obtuvo el mayor aumento de conocimientos es el nivel de escolaridad Normal y el menor aumento de conocimientos es el nivel Secundaria. (Gráfica 8, Cuadro 6).



Fuente directa

CUADRO 6
Comparativa entre pre-evaluación y post-evaluación de conocimientos por Escolaridad de 16 profesores. Escuela Primaria "Enrique Rodríguez Cano" DF. 2006

	Pre-evaluación %	Post-evaluación %
Secundaria	73.61	77.77
Normal	79.47	91.66
Licenciatura	81.94	90.04

Los resultados estadísticos demuestran que existe una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes obtenidos por los encuestados



en la pre y post evaluación, por lo tanto se acepta la hipótesis sobre que si existe diferencia significativa en el conocimiento sobre autocuidado de la salud bucodental con la implementación de un curso de educación para la salud bucal dirigido a profesores de educación primaria de la escuela “Enrique Rodríguez Cano”.



8. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos podemos apreciar que:

1. Existe diferencia significativa entre los porcentajes de conocimientos de la pre-evaluación y post-evaluación.
2. En cuanto a conocimientos sobre autocuidado de la salud bucal por género se obtuvo un porcentaje de 90.72% para el sexo femenino contra un 88.88% del sexo masculino, lo cual muestra que hubo mayor porcentaje de conocimiento obtenido por el sexo femenino.
3. En términos de conocimientos por intervalo de edad se observó que el intervalo 21-30 obtuvo un 88.88%, el intervalo 31-40 obtuvo un 85.41%, el intervalo 41-50 un 90.97% y el intervalo 51-60 un 91.11%. Por lo tanto el intervalo que obtuvo el mayor aumento de conocimientos es el intervalo 31-40 años y el menor aumento de conocimientos es el intervalo 41-50 años.
4. Respecto a la distribución de conocimientos por Escolaridad se observó que el nivel Secundaria obtuvo un 77.77%, el nivel Normal un 91.60% y el nivel Licenciatura un 90.04%. Por lo tanto el nivel de escolaridad que obtuvo el mayor aumento de conocimientos es el nivel Normal que obtuvo un 91.60% y el menor aumento de conocimientos es el nivel Secundaria con un 77.77%.



5. El nivel de conocimientos de los profesores no era adecuado para ser transmitido a los niños a su cargo, posteriormente con la platica de educación bucodental este aumento.

6. Es de gran importancia impulsar programas de prevención permanentes con la colaboración de padres y niños para que las enfermedades bucales cada vez sean más pocas y de menor intensidad.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mazariegos M, Vera H, Velásquez O, Cashat M. Medicina preventiva en pediatría. Intervención de la Secretaría de Salud en la salud bucal. Revista ADM. Vol. LXI No. 2. México 2004. pp. 70-77
2. Sanfilipo B. Las prácticas curativas en la odontología prehispánica. Revista ADM. México. 1990 pp. 1-6
3. Sanfilipo B. Conceptos odontológicos del siglo XVI. Revista ADM. Vol. XL No. 6. México. 1983 pp. 51-55
4. Malvin E. Historia de la odontología. Edit. Mosby. Barcelona, España.
5. Artículo. Prevención y tratamiento de la caries dental en estudiantes del centro educativo Libertad de América- Quinua. Perú 2000
6. Nava J. 6 de cada 10 niños menores de seis años tienen caries dental. Revista Milenio. México 2005
7. Artículo. Semanas Nacionales de Salud Bucal. Tabasco, México 2002
8. Limonta E, Araújo T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. Revista MEDISAN 4 (3):9-15. Santiago de Cuba 2000
9. Piedrola G. et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 9ª edición. Edit. Ediciones Científicas y Técnicas. Barcelona, 1991.
10. Mendes D, Caricote N. Prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad del municipio Antolín del Campo, estado Nueva Esparta, Venezuela. 2002-2003
11. Varela M. Problemas Bucodentales en Pediatría. 1ªed. Edit Ergon, S.A. España 1999
12. Barreda P. Las temidas y frecuentes caries dentales. 1998



13. Organización Mundial de la Salud. (1987). Investigaciones de Salud Oral Básica: Métodos Básicos. Ginebra
14. Barbería E. Odontopediatría 2ª Edic. Edit. Masson, Barcelona 1995.
15. Seif R. Cariología. Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la Caries. Edit. Actualidades Médico-Odontológicas Latinoamericana. Colombia. 1997
16. Barrancos J. Operatoria dental. 3ª edición. Edit. Médica Panamericana.
17. Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 3ª edición. Edit. Médica Panamericana. España, 2000.
18. Prevención de la caries con el control de la placa dentobacteriana. Sistema de autocontrol para evitar la enfermedad de tus dientes y encías.
19. Glickman I. Periodontología Clínica. 4ª edición. Edit. Interamericana. Buenos Aires, Argentina. 1972
20. AAP international Workshop for classification of Periodontal Diseases, 1999.
21. Andreasen, J. Lesiones traumáticas de los dientes. 2a ed. Edit. Labor S.A. Barcelona. 1980
22. Graber T, Vanarsdall R. Ortodoncia. Principios generales y Técnicas. 2ª ed. Edit. Panamericana. Madrid, 1997.
23. Robbins S, Cotran R, Kumar V. Patología Estructural y Funcional. 3ª ed. Edit. Interamericana. México, 1987.
24. Marcelo A. El Fluoruro en el agua: Una apreciación global
25. Katz, S. odontología preventiva en acción. 3ª Edición. Edit. Médica Panamericana. México, 1983.
26. Hernández S. Metodología de la investigación. 3ª ed. Edit. Mc Graw Hill. México, 2003.

ANEXOS



**CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCODENTAL. PROGRAMA DIRIGIDO A
PROFESORES DE ESCUELAS PRIMARIAS**

EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBERÀ SER RESPONDIDO DE MANERA ANÓNIMA. GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

SEXO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	EDAD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ESCOLARIDAD	<input type="text"/>
------	----------------------------	----------------------------	------	----------------------	----------------------	-------------	----------------------

ES NORMAL QUE EN LOS ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD SE PRESENTEN DIENTES DE LECHE Y DIENTES PERMANENTE

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

NO SE DEBE UTILIZAR EL CEPILLO ELÈCTRICO EN ESOLARES PORQUE DAÑAN LAS ENCÍAS Y NO LIMPIAN ADECUADAMENTE

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

LA PRESENCIA DE PLACA DENTOBACTERIANA ES UN FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE CARIES

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

LA PLACA DENTOBACTERIANA SE CARACTERIZA POR SER UNA MASILLA BLANQUECINA

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

LA PLACA DENTOBACTERIANA NO ES AGRESIVA YA QUE NO CONTIENE AGENTES MICROBIANOS

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

LOS DIENTES SE DEBEN CEPILLAR SOLO DOS VECES AL DÌA PARA NO AGREDIR LAS ENCÍAS

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

LA PRESENCIA DE PLACA DENTOBACTERIANA SE PUEDE DETECTAR UTILIZANDO PASTILLAS REVELADORAS

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

EL USO DE FLUORURO ES PERJUDICIAL PARA EL ESMALTE DENTARIO YA QUE LO RAYA

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

EL FLUORURO SE UTILIZA PARA PTREVENIR LA CARIES YA QUE VUELVE MÀS GRUESO AL ESMALTE DENTARIO

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

LA CARIES DENTAL ES UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA Y CONTAGIOSA

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

CUANDO LA CARIES DENTAL ES EXTENSA SE RECOMIENDA EXTRAER AL DIENTE

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

LOS ENJUAGUES DE AGUA CON SAL ESTÀN RECOMENDADOS PARA ELIMINAR EL DOLOR DE LA CARIES DENTAL

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

LA CARIES DENTAL AVANZA DE IGUAL FORMA EN NIÑOS QUE EN ADULTOS

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

LA CARIES SE PUEDE PREVENIR SOLAMENTE CON CEPILLADO DENTAL

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

DESPUÈS DE INGERIR ALIMENTOS ENTRE COMIDAS NO SE DEBEN ENJUAGAR LA BOCA

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

LAS MANCHAS BLANCAS Y OPACAS DE LOS DIENTES SE DEBEN SIEMPRE A LA FALTA DE CALCIO EN LOS DIENTES

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

HÀBITOS COMO CHUPARSE EL DEDO O MORDER OBJETOS NO PRODUCEN NIGUNA ALTERACIÒN EN LOS DIENTES

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

LAS LESIONES QUE APARECEN EN LOS LABIOS DE LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES SE DENOMINAN POSTEMILLAS

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

SI UN DIENTE SE CAE POR TRAUMATISMO ÈSTE SE DEBE CONSERVAR EN LECHE FRÌA Y ACUDIR AL ODONTÒLOGO

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

CUANDO UN DIENTE SE CAE DEBIDO A UN TRAUMATISMO SE DEBE TIRAR

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

ES NORMAL QUE AL CEPILLARSE LOS DIENTES SANGREN LAS ENCÌAS

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

LA INFLAMACIÒN DE LAS ENCÌAS SE DENOMINAN GINGIVITIS

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

LA CARIES DENTAL ES PRODUCIDA POR HONGOS

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

EL USO DE HILO DENTAL PRODUCE LESIONES EN LAS ENCÌAS

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO