



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL DIRIGIDO A
NIÑOS DE 4 A 5 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL
CENDI DR. RUBÉN LEÑERO. 2010.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

ALMA PATRICIA RUÍZ PARADA

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: Mtra. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA



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.

DEDICATORIAS

A DIOS:

Por estar siempre a mi lado y nunca abandonarme en los momentos más difíciles, iluminar mi camino y llenarlo de bendiciones, enseñándome las cosas buenas de la vida, por haber tenido una familia maravillosa, por darme el regalo de la vida y permitir ver mis sueños hechos realidad, culminando esta etapa, la cual constituye el primer peldaño de mi vida profesional.

A MIS PADRES:

A mi padre ENRIQUE RUÍZ GONZÁLEZ por brindarme todo su amor, su cariño y comprensión, por haberme apoyado en gran parte de mi vida, que aunque ya no está para ver este momento tan importante de mi vida, le doy las gracias por hacer de mí una persona con valores y principios, siempre le estaré eternamente agradecida por la maravillosa persona que era y por demostrarnos su amor y comprensión, espero que se sienta orgulloso de mí y que me siga mandando sus bendiciones siempre y en todo momento, que nunca se le olvide que lo quiero mucho y que lo amo con todo mi corazón. Gracias papi.

A mi madre NORMA PATRICIA PARADA ESPINOSA, le agradezco y le dedico todo mi esfuerzo y trabajo, porque desde que mi padre ya no está con nosotros, ella se ha convertido en padre y madre para mi hermano y para mí. Sé que ha sido difícil l responsabilidad que lleva, y que con amor y fortaleza ha logrado sacarnos adelante. Gracias mamá por tanto esfuerzo, sacrificio y apoyo, por tus palabras y por no dejarte vencer, quiero que sepas que eres muy importante en mi vida y que te amo con todo mi corazón, Gracias mamá.

A MI HERMANO:

Gracias EDGAR ENRIQUE RUIZ PARADA por tu apoyo en todos los momentos que hemos pasado juntos por que a pesar de todas las situaciones difíciles que hemos vivido en la familia desde la pérdida mi papa, siempre estamos juntos y nos apoyamos mutuamente, por comprenderme y ayudarme en los momentos difíciles, por estar siempre que te he necesitado. Te Quiero Mucho hermanito no lo olvides.

A MIS ABUELITOS:

TOMY y LUPITA gracias por formar parte de mi familia, por querernos y apoyarnos siempre y por no dejarnos solos nunca, los quiero mucho.

A MIS TÍOS Y PRIMOS:

Gracias por apoyarme, por ser parte de mi vida, por estar cuando los he necesitado, también por nunca dejarnos solos, por brindarme su cariño y participar en esta etapa de mi vida. También agradezco a mis primos por que contribuyeron en este proceso tan importante. Los quiero.

A ESTEBAN por estar a mi lado siempre, por apoyarme en todo momento, por ser una persona que siempre ha creído en mí, por llegar en un momento difícil de mi vida y tenerme paciencia y comprensión.

Gracias por todo corazón. TE AMO.

Y a todos mis amigos por haber compartido este viaje conmigo durante estos cinco años, gracias.

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM y a la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA por abrirme sus puertas para realizarme profesional y humanamente.

A mi tutora, Dra. María Elena Nieto Cruz, por su dedicación y esfuerzo; a mi asesora, Mtra. Rosina Pineda y Gómez Ayala, por su gran apoyo en la realización de este trabajo.

Al CENDI Dr. Rubén Leñero por permitirme aplicar este programa de salud bucodental en su institución.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. ANTECEDENTES	8
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Programas de salud	10
2.2 Edad preescolar	13
2.3 Niñez temprana	13
2.3.1 Desarrollo psicosocial del niño	14
2.4 Odontología Preventiva	20
2.4.1 Niveles de prevención	20
2.4.1.1 Medidas de prevención primaria	21
3. Patologías más frecuentes en niños	32
3.1 Caries dental	33
3.2 Enfermedad Periodontal	37
3.3 Hábitos bucales nocivos	45
3.4 Maloclusiones	56
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	58
5. JUSTIFICACIÓN	59
6. OBJETIVOS	60
7. METODOLOGÍA	61
7.1 Material y Método	61
7.2 Tipo de Estudio	62

7.3 Población de Estudio	62
7.4 Muestra	63
7.5 Criterios de Inclusión	64
7.6 Criterios de Exclusión	64
7.7 Recursos	65
8. Programa de salud bucodental dirigido a niños de 4 a 5 años de edad que asisten al CENDI Dr. Rubén Leñero	66
8.1 Metas	66
8.2 Estrategias	67
8.3 Límites del programa	70
8.3.1 De espacio	70
8.3.2 De tiempo	70
8.4 Actividades	70
8.5 Cronograma de actividades	72
9. RESULTADOS	73
10. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	82
11. CONCLUSIÓN	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	88

INTRODUCCIÓN

La etapa preescolar por ser una edad temprana, es el mejor momento y el de más impacto, para concientizar a los niños, a sus padres y a la población en general, para disminuir el efecto altamente dañino de los problemas de salud bucal, evitando ó minimizando el desarrollo de estas enfermedades como la caries dental y la enfermedad periodontal. Logrando así un verdadero tratamiento preventivo.

La premisa que ha orientado los programas educativos en el campo de la salud odontológica, se sustenta en el efecto de que la estimulación a través de pláticas, video filmaciones, demostraciones, etc., establecen las condiciones necesarias para el desarrollo de patrones de conducta que permitan el alcance de niveles de salud óptimos.

La caries y la enfermedad periodontal representan un importante problema de salud pública, debido fundamentalmente a su elevada prevalencia en la población. Además, estas enfermedades pueden evolucionar en pérdida de dientes, alteraciones de la función masticatoria, fonatoria y estética si no se adoptan las medidas preventivas y el tratamiento adecuados, que pueden propiciarse a través de Programas de Educación para la Salud.

Ya que programas masivos de salud bucal que existen en la actualidad, que siendo colectivos, abandonan la condición de “prevención y promoción”, ejecutando una odontología por sí, más curativa que preventiva, destacándose más la condición de la enfermedad, que la propia condición de la salud, sobre todo en la población infantil.

El programa de Salud Bucodental que se va a desarrollar, ofrece medidas preventivas, educativas y de salud dirigido a los preescolares y padres de familia, con la finalidad de reducir la incidencia de las enfermedades antes mencionadas.

1. ANTECEDENTES

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

Respecto a los resultados de estos estudios, en México la caries dental afecta al 48% de los menores de cinco años de edad y la padecen el 93% de los niños de 15 años. En conjunto y según las estimaciones, el 99% de la población ha tenido caries dental y es la causa más importante de pérdida dental antes de los 35 años de edad.¹

En 1990, la Organización Mundial de la Salud informó que sólo una de cada 10 personas tiene la totalidad de sus dientes sanos y obturados.¹

En el 2003 Francisco Fernando Baños et al, realizaron un estudio, el cual fue publicado en un artículo, el trabajo se orientó sobre placa dentobacteriana, los autores señalaron que los microorganismos orales son parte importante en la salud y enfermedad, contribuyen al desarrollo del sistema inmunológico y proveen de resistencia a la colonización por microorganismos patógenos.

Así mismo afirmaron que al parecer las enfermedades orales aparecen después de un desequilibrio entre los microorganismos orales.²⁷

En la Facultad de Estudios superiores (FES) Zaragoza, UNAM, María Lilia Adrián Juárez et al, 2004 realizaron un estudio observacional y descriptivo en 382 preescolares de la escuela Ing. Armando I. Santacruz a los cuales se les aplicó el Índice IHOS para conocer la prevalencia y los factores de riesgo a enfermedad periodontal de la ciudad de México, con el objetivo de determinar la prevalencia y severidad de enfermedad periodontal en niños de edad preescolar llegando a la conclusión que es importante promover programas preventivos dirigidos a mejorar los hábitos higiénicos y alimenticios de los preescolares.³²

Por otro lado en Medellín Colombia, Ángela María Franco et al, en el año 2004 llevaron a cabo un estudio en 365 niños y niñas menores de 6 años de edad, residentes en la ciudad de Medellín a los cuales se les realizó un examen bucodental para determinar el Índice ceo. Se entrevistó a las madres de los menores con el propósito de conocer la relación que había de la caries de sus hijos con los conocimientos que tenían de los cuidados bucodentales. El 55% de las madres afirmaron no haber tenido información sobre el cuidado bucal de sus hijos, por lo tanto es indispensable dar continuidad a la educación de las madres para que exista una verdadera promoción de la salud bucodental.³³

En el año 2006 Mairobys et al, realizaron un estudio en la zona metropolitana de Caracas Venezuela, su propósito fue asociar la práctica de hábitos en higiene bucal y el nivel socio económico en niños de 15 y 20 meses de edad. A sus mamás se les entregó un cuestionario para que registraran la información acerca de los patrones de cepillado, el uso de cremas dentales y la posible práctica de otros hábitos de higiene bucal. Los resultados obtenidos de este estudio indicaron la ausencia de su relación significativa entre la práctica de hábitos de higiene bucal con relación al nivel socioeconómico de los padres.³⁴

Ésto quiere decir que se necesita más apoyo como programas de salud bucal no sólo en niños sino en toda la población mexicana para poder combatir esta enfermedad de carácter universal.²

2. MARCO TEÓRICO

2.1 PROGRAMAS DE SALUD

Definición: Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas con el objetivo de mejorar las condiciones de salud en la población. De esta forma, se promueven campañas de prevención y garantizan el acceso a los centros de atención.

Los programas de salud pública son considerados como un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios, realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar objetivos determinados, en relación a los problemas de salud precisos para una población definida.²

Esta actividad se fundamenta en dos tipos de dinanismos: la preparación, que es la elaboración del documento y la ejecución que tiene como finalidad la solución de problemas concretos mediante la consecución de objetivos fijados para un tiempo y lugar determinados.²⁹

Los elementos fundamentales de un programa son:

- Análisis de la situación.
- Establecimiento de prioridades.
- Formulación de objetivos.
- Selección de recursos y actividades.
- Ejecución.
- Evaluación.

En un programa de salud bucodental se deben realizar actividades de diagnóstico, vigilancia, educación, prevención, curación y rehabilitación sobre una población específica para obtener un resultado positivo.

Debido a que las enfermedades bucales son susceptibles de ser intervenidas con acciones preventivas, de protección específica y de diagnóstico temprano, existen diversos tipos de programas encaminados a proteger y mantener la salud bucodental. En general estas actividades están englobadas en lo que llamamos atención primaria de la salud.²⁹

Un ejemplo de programa de salud bucodental implementado, es el realizado en Cuba por el Dr. Rafael Borroto Chao y la Dra. Mayra Saez Luna. Es un programa preventivo de caries dental para niños, el cual consiste en realizar colutorios con solución de fluoruro de sodio. En este documento se hace referencia a la situación de salud bucal que existía en gran parte de la población antes de 1959, las primeras experiencias con la aplicación de este método en el año de 1969 y lo que esto significó, como parte del Programa Nacional Preventivo de Caries Dental.

Igualmente se señalan las normas y metodología orientadas por el nivel nacional, así como los resultados de las investigaciones cualitativas y cuantitativas, de las cuales se ha podido obtener información acerca de la efectividad de esta medida preventiva contra la caries dental a lo largo de estos años.

En este programa todos los participantes recuerdan cuando comenzaron a aplicarles los enjuagues en la escuela con un vasito de plástico. También, pudieron explicar que se les daba para evitar la caries. Sin embargo, ninguno pudo mencionar lo relacionado con el mecanismo de acción del fluoruro.

Refieren que para la escuela era una actividad muy importante que se daba cada 15 días.

Algunos comentan que actualmente en el círculo infantil donde asisten sus hijos, el estomatólogo imparte temas de educación para la salud y explica la importancia de las aplicaciones de fluoruro, su mecanismo de acción y además que los niños deben recibirlas con los dientes limpios.

Los profesores de las escuelas, consideran la aplicación de fluoruro como una actividad muy importante a la que los padres deben prestar mayor atención, para apoyar a la escuela y a los tratamientos de salud, expresaron que la forma correcta en que son atendidos estomatológicamente los niños, repercute favorablemente en su salud bucal.

Esto significa que el programa que se realizó en Cuba fue exitoso, ya que la atención preventiva contra la caries dental en los preescolares fue óptima para las necesidades que en ese momento se presentaban.

2.2 EDAD PREESCOLAR

EDUCACIÓN PREESCOLAR: Es el nombre que recibe el ciclo de estudios previos a la educación primaria obligatoria, establecida en muchas partes del mundo. En algunos lugares es parte del sistema formal de educación y en otros como un centro de cuidado.^{30,31}

Los niños que asisten tienen entre 3 y 6 años de edad, en donde aprenden la forma de comunicarse, jugar e interactuar con los demás apropiadamente.

2.3 NIÑEZ TEMPRANA

Entre los tres y los 6 años de vida, a menudo llamados los “años de preescolar”, los niños viven la transición de la etapa de los primeros pasos a la niñez. Su cuerpo se vuelve más delgado, sus capacidades motrices y mentales se agudizan, su personalidad y las relaciones que establece se vuelven más complejas.^{30,31}

Ellos son capaces de hacer más cosas y mejores. El niño de tres años es un connotado aventurero, se siente mucho más a gusto en el mundo y está ansioso por explorar, lo mismo que por desarrollar las capacidades de su propio cuerpo y mente. Un niño a esta edad ha superado una época relativamente peligrosa, para ingresar a una fase más saludable y menos amenazante.

El cambio es menos rápido en la niñez temprana que en la infancia, y en la etapa de los primeros pasos, pero todos los aspectos del desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social siguen interrelacionados. A medida que los músculos van quedando bajo un control más consciente, los niños pueden atender más sus necesidades personales, como vestirse e ir al baño, y de ese modo ganan un sentido mayor de competencia e independencia.^{30,31}

2.3.1 DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL NIÑO

Las influencias sociales más amplias pueden tener un impacto profundo, para bien o para mal, en la salud física y en el crecimiento cognoscitivo. No obstante, incluso cuando se describen patrones generales que se pueden aplicar a muchos o a la mayoría de los niños, se necesita observar a cada uno de ellos como una persona única, que se enfrenta a más y más metas y que encuentra formas cada vez más diversas para alcanzarlas.

Alrededor de los tres años, los niños adelgazan y crecen; comienzan a perder su redondez de bebé y toman el aspecto más delgado y atlético de la niñez. Cuando los músculos abdominales se desarrollan, el niño de la etapa de los primeros pasos adelgaza. El tronco, las piernas y los brazos se vuelven más largos. La cabeza todavía es relativamente más grande, pero las otras partes del cuerpo siguen su crecimiento tomando cada vez más aspecto de adulto.^{30, 31}

Durante la edad temprana los niños y niñas suelen crecer entre 5 y 7.5 cm por año. Estos cambios en apariencia reflejan el desarrollo en el interior de cuerpo. El crecimiento muscular y óseo progresa, haciendo a los niños más fuertes. El cartílago se convierte en hueso a un ritmo más rápido que antes, y los huesos se vuelven más largos y fuertes, dando al niño una forma más firme y protegiendo sus órganos internos. Estos cambios, coordinados con la madurez del cerebro y del sistema nervioso, promueven el desarrollo de un amplio número de destrezas motrices. El incremento de la capacidad de los sistemas respiratorio y circulatorio aumentan la energía física y, junto con el desarrollo del sistema inmunológico, mantienen a los niños más saludables.

A la edad de 3 años, los 20 dientes primarios están en su lugar y los niños pueden tener una mejor alimentación que antes. El amplio uso del flúor y los altos niveles de cuidado dental han reducido en grandes proporciones la incidencia de la caries en los niños.^{30, 31}

DESARROLLO MOTOR

Los niños entre los tres y los seis años logran grandes avances en sus destrezas de motricidad gruesa, como correr y saltar, y de motricidad fina como abotonarse la camisa, pintar o lavarse los dientes. También demuestran preferencia por la mano derecha o la izquierda.

Destrezas motrices

A los tres años, los niños pueden caminar en línea recta, y saltar una distancia corta. No pueden girar o detenerse repentinamente. Pueden saltar a una distancia de 37.5 cm a 60 cm. Pueden subir una escalera sin ayuda, alternando los pies.

A los cuatro años pueden dar saltos en un solo pie, éstas son destrezas de motricidad gruesa. Tienen un control más efectivo para detenerse, pueden saltar una distancia de 60 cm a 82.5 cm. Puede descender por una escalera larga alternando los pies con apoyo. Puede hacer de cuatro a seis saltos en un solo pie.

A los cinco años puede girar y detenerse de manera efectiva en los juegos. Puede saltar con impulso distancias entre 70 cm y 90 cm. Puede descender por una escalera larga sin ayuda y alternando los pies. Puede avanzar saltando en un pie hasta una distancia de 4.8 cm.^{30, 31}

Las destrezas de motricidad gruesa desarrolladas durante la niñez temprana son la base para practicar deportes, bailar y realizar otras actividades que comienzan en la niñez intermedia y pueden continuar toda la vida.

Las destrezas de motricidad fina, como amarrarse los cordones de los zapatos, cortar con tijeras, dibujar, pintar o lavarse los dientes, involucran la coordinación de ojo-mano y los músculos cortos.

Obtener esta destreza permite que los niños sean más responsables de su cuidado personal. A los tres años ya pueden ir al baño por si solos, también pueden trazar un círculo y hacer una figura semejante a una persona, sin brazos.

A los cuatro años pueden vestirse con ayuda, pueden cortar siguiendo una línea, dibujar a una persona casi completa, hacer trazos y figuras parecidas a las letras, doblar un papel para darle forma de triángulo. A los cinco años, ya pueden vestirse sin mucha ayuda, copiar un triángulo o un cuadrado, y dibujar una persona con trazos más elaborados que antes.^{30, 31}

El desarrollo motor avanza rápidamente entre la edad de tres y seis años, en motricidad gruesa y motricidad fina, en la coordinación ojo- mano, desarrollando sistemas de acción más complejos.

La dominación manual suele ser evidente a los tres años, en donde se refleja el desarrollo del cerebro.

Desarrollo psicológico del niño

Las teorías sobre el desarrollo intelectual infantil y la psicología del niño han evolucionado según las distintas escuelas. No existe una única teoría que explique el desarrollo humano, ya que la conducta tiene muchas facetas que interaccionan unas con otras.^{30, 31.}

Cada teoría se concentra en una de ellas enfatizando su importancia en el desarrollo del niño. Se pueden englobar en dos grandes grupos:

1. Teorías psicodinámicas: explicación del desarrollo emocional y su influencia en la conducta del niño.
2. Teorías conductistas-aprendizaje: explicación del aprendizaje y de la conducta social.

Existen tres factores que rigen la conducta del niño: su madurez, sus rasgos de personalidad y su ambiente. Los dos primeros factores apenas están sometidos a interferencias y demandas externas en las que intervenga el adulto, mientras que el ambiente es variable y está sometido, hasta cierto punto, a nuestro control.^{30, 31}

La madurez es la expresión de cómo el crecimiento y el desarrollo han capacitado al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos. La madurez se alcanza de forma gradual ya que se trata de un desarrollo progresivo.

Recopilando las observaciones efectuadas sobre niveles de maduración, se pueden describir patrones típicos de conducta para los niños de los distintos grupos de edades.

DESARROLLO COGNOSCITIVO EN LA EDAD TEMPRANA

Jean Piaget denominó la niñez temprana como la “Etapa Preoperacional”, es una etapa importante del desarrollo cognoscitivo, que va de los dos a los siete años, aproximadamente, los niños se vuelven poco a poco más sofisticados en el uso que hacen en el pensamiento simbólico. Sin embargo, de acuerdo con Piaget, los pequeños no pueden pensar de forma lógica sino hasta la etapa de las operaciones concretas, en la niñez intermedia.^{30, 31}

AVANCES COGNOSCITIVOS DURANTE LA NIÑEZ TEMPRANA

AVANCE	IMPORTANCIA
Uso de símbolos	Los niños pueden pensar acerca de algo sin necesidad de verlo frente a ellos.
Comprensión de identidades	El mundo es más ordenado y predecible; los niños son conscientes de que las alteraciones superficiales no cambian la naturaleza de las cosas.
Comprensión de causa y efecto	Se hace más evidente que el mundo es ordenado; los niños comprenden que ellos pueden hacer que sucedan las cosas.
Capacidad para clasificar	Resulta posible organizar objetos, personas y hechos en categorías con significado.
Comprensión de números	Los niños pueden contar y manejar cantidades.
Empatía	Las relaciones con los demás son posibles a medida que los niños logran imaginar cómo se puede sentir otra persona.
Teoría de la mente resulta posible	Explicar y predecir las acciones de otras personas, al imaginar sus creencias, sentimientos y pensamientos.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS EN LAS DIFERENTES EDADES DE 4 A 6 AÑOS.

CUATRO AÑOS: Capacidad de perder el control en todos los aspectos de la conducta. Pega, pateo y rompe cosas en excesos de ira, incluso puede escaparse. Es capaz de utilizar un lenguaje ofensivo, construye frases de cuatro palabras y la comprensión del lenguaje ya es del 100%. La amplitud de su vocabulario alcanza alrededor de las 2.000 palabras. Puede responder al llamarlo por su nombre. Es un gran conversador y preguntador, posee mucha imaginación y muestra una independencia suficiente para admitir la separación de los padres relativamente sin traumas.

CUATRO AÑOS SEIS MESES: Comienza a calmarse y a nivelar su conducta. Le gusta discutir, presenta un enorme interés en los detalles, quiere que se le muestren cosas y disfruta de los aspectos tridimensionales de los objetos.

CINCO AÑOS: Asentamiento del habla (enriquecimiento del vocabulario y dominio de la sintaxis) e inicio de la fase social (frases de 5 y 6 palabras). Se considera una buena edad en donde el niño se muestra confiado a las visitas dentales, no es demasiado exigente. La madre es el centro del mundo y al niño le gusta estar cerca de ella, obedecerla y complacerla. Responde a los elogios.

SEIS AÑOS: El lenguaje definitivamente fijado, el niño está cambiando, hay predominio de rabietas violentas y predominio constante de tensión. No se puede adaptar, los demás se tiene que adaptar a él, no hay una buena aceptación a las críticas, regaño ó castigo, necesita tener razón y ganar, además de requerir muchos elogios.

2.4 ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

Es la rama de la odontología que se encarga de estudiar los métodos y aplicaciones para evitar la aparición o el avance de enfermedades bucales. Incluye las técnicas de control de enfermedades bucodentales que están a su alcance, y trata de informar a la población de los beneficios que se obtienen con tales medidas.²

La Odontología preventiva comprende el cambio en la escala de valores cuyo valor más alto es el mantenimiento de la salud bucal. Se puede definir como la suma total de esfuerzos por promover, mantener y restaurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y la restauración de la salud bucal.¹

De manera general, las personas acuden a consulta odontológica cuando padecen caries avanzada o sus complicaciones y muchas veces lo hacen cuando ya es imposible conservar los dientes. Por ello, la tendencia actual de la odontología es la prevención.¹

2.4.1 NIVELES DE PREVENCIÓN

Los procedimientos preventivos pueden clasificarse según el momento evolutivo de la enfermedad en que se aplican, se clasifican en:³

- Prevención primaria
- Prevención secundaria
- Prevención terciaria

PREVENCIÓN PRIMARIA. Se refiere al periodo que precede a la aparición de una enfermedad manifiesta y tiene por misión el mejoramiento del nivel general de salud o la prevención de alguna enfermedad específica.²

PREVENCIÓN SECUNDARIA. Tiene por misión la detección precoz de la enfermedad y el tratamiento rápido y eficaz para evitar su progreso, emplea métodos de tratamientos estandarizados para acabar con un proceso patológico y para restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad.²

PREVENCIÓN TERCIARIA. Se interesa por la restauración de la salud y la función cuando la enfermedad ha llegado a un estado avanzado, utiliza las medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes hasta el punto en que las capacidades físicas o actitudes mentales, o ambas, estén lo más cerca posible de la normalidad, después de la falla de la prevención secundaria.²

2.4.1.1 MEDIDAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA

Utilización de fluoruro en el órgano dentario

El Flúor proviene del latín *fluere* que significa fluir. Es un elemento electronegativo del grupo de halógenos, cuya característica es ser no metal en extremo activo en su estado puro, y que en la naturaleza se localiza combinado con otros elementos debido a su gran reactividad. Se encuentra en forma de fluoruro de calcio, o bien formando fluorapatita.

Se encuentra en las aguas a concentraciones diversas, hay aguas de bajo contenido, como las aguas superficiales, otras con niveles óptimos como las aguas subterráneas y otras con exceso de flúor.⁴

Debido a la presencia de fluoruro en el agua, dentífricos y a los enjuagues bucales, la caries dental ha disminuido en todo el mundo industrializado. La adición de fluoruro a los suministros de agua se ha realizado desde mediados del siglo xx, dando como resultado una disminución de aproximadamente 60 a 70% de caries.³

El fluoruro también se puede aplicar, directamente a la superficie de los dientes mediante aplicaciones de algodón ó de dentífricos, geles o enjuagues bucales con fluoruro o barnices.³

Investigaciones indican que resulta mejor aplicar fluoruro a los dientes con más frecuencia en concentraciones bajas, que concentraciones grandes a intervalos más largos.³

No se comprenden por completo las acciones del fluoruro aplicado tópicamente o sistémico (ingerido) en la prevención de la caries dental. Se estima que el fluoruro ejerce varias acciones claves: 1) es posible que penetre a la placa dental y afecte a las bacterias para disminuir la producción de ácido y, de esta manera, disminuir la posibilidad de la desmineralización de los dientes; 2) reacciona con los elementos minerales en la superficie del diente para hacer el esmalte menos soluble a los productos ácidos finales del metabolismo bacteriano; y 3) facilita la remineralización de los dientes ya desmineralizados por los productos ácidos finales, lo que quizá constituye el más importante de estos efectos.³

SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS

Buonocore, describió por primera vez los principios fundamentales para la colocación de selladores a finales del decenio de 1969. El autor describe un método para unir polimetilmetacrilato (PMMA) al esmalte de humano, acondicionado con ácido fosfórico. Sin embargo, el uso práctico de este concepto no fue real hasta el desarrollo de las resinas a base de bisfenol A-glicidil metacrilato (Bis-GMA), los dimetacrilatos de uretano (UDMA) y los dimetacrilatos de tritilen glicol (TEGDMA), que poseen mejores propiedades físicas que la del PMMA. El primer uso exitoso de selladores de resina fue reportado en el decenio de 1960-69, en donde desarrolló una técnica de grabado ácido para la unión mecánica con materiales dentales a base de resina.^{1,5}

Es importante señalar que los selladores aceptados por la (ADA), han mostrado ser aceptables como un agente para sellar una región del diente, deficiente anatómicamente.¹

Por otro lado, la morfología de las fosetas y las fisuras, favorece el depósito de residuos de alimentos con el consiguiente desarrollo de bacterias, ya que las superficies afectadas no pueden cepillarse porque son más angostas que las cerdas más delgadas de los cepillos dentales.¹

Por lo anteriormente señalado la caries más frecuente en los niños son las oclusales, en fosetas y fisuras, y la aplicación tópica de flúor tiene menos efecto en ellas.¹

Se afirma que el sellador de fosetas y fisuras es una de las técnicas de prevención más eficaces en la odontología moderna, ya que es una barrera de acción inmediata para proteger las zonas más sensibles a la caries durante la infancia.¹

Se debe tener una buena biocompatibilidad, una capacidad de retención y una dureza suficiente para resistir las fuerzas de la abrasión. El sellado está indicado en las piezas dentarias con cara oclusal recién erupcionadas, en niños de 3 y 4 años de edad, es el periodo más importante para el sellado de dientes temporales, y en pacientes con antecedentes familiares de caries ya sea en temporales o en permanentes y cuando la profundidad de fosas y fisuras son excesivas.¹

Investigaciones importantes señalan que hay una retención del 80 al 90% de los selladores durante el primer año, y un 40 a 60% durante los siguientes seis años, y que el sellador tendrá un efecto complementario, por lo tanto deben seguirse otras medidas preventivas como: la higiene oral, control de dieta y la fluorización sistémica y tópica.⁵

HIGIENE BUCAL

La higiene bucal es muy importante para la salud de un ser humano, ya que no sólo es un hábito para el cuidado de la encía, lengua y dientes, si no un cuidado para el organismo en general.³

La higiene consiste en una serie de actividades y elementos que van a retirar los residuos de alimentos, placa, y demás organismos que se encuentran dentro de la cavidad oral.

Para evitar la placa dentobacteriana y prevenir el desarrollo de caries, es necesario el uso de una adecuada técnica de cepillado, con un cepillo idóneo y otros auxiliares como el hilo dental y los dentífricos con fluoruro.³

La prevención y la educación para la salud, generalmente son más efectivas en niños que en adultos, empleando un adecuado cepillado y el uso de hilo dental, además del consumo de carbohidratos como azúcares y almidones, deben disminuirse, ya que juegan un papel muy importante para el desarrollo de placa y enfermedad periodontal, no tanto por el consumo, sino por la frecuencia del mismo. Dado que la saliva neutraliza la acidez de la placa al cabo de un rato de cada toma de azúcar, supone un tiempo de actuación del ácido independientemente de la cantidad ingerida.³

Después de la erupción de los primeros dientes deciduos se forman nichos para la retención del periodonto-patógenos y bacterias cariogénicas, volviéndose necesaria la institución de medidas de control de la biopelícula por parte del paciente y su responsable. A partir de este momento, es de extrema importancia la motivación del niño y de sus padres, pues éstos serán piezas fundamentales para el establecimiento de una rutina adecuada en el proceso de limpieza bucal.¹²

Técnicas de cepillado

Los estudios científicos no demuestran que un método de cepillado sea claramente superior a todos los demás, al igual que el diseño del cepillo, lo más importante es la motivación del individuo para realizar una correcta higiene oral, es mucho más importante que la técnica utilizada.⁷

El método más eficaz, sencillo y cómodo para eliminar la placa dentobacteriana de forma individual, es el cepillado, con esto se previenen las enfermedades más frecuentes causadas por la placa, que son la caries dental y enfermedad periodontal.⁶

Técnica de Stillman

En este método se coloca el cepillo en dirección a las encías, con las puntas de sus cerdas situadas 2mm, por encima de los márgenes gingivales, se ejecuta un giro de 45° y si la compresión es adecuada, se observa una palidez perceptible de los márgenes gingivales, manteniendo los bordes de las cerdas firmemente adheridos contra la encía, se aplica un movimiento vibratorio leve sin perder la posición original, el cual debe prolongarse en la cara oclusal conservando el ángulo y la compresión inicial.⁵

Técnica de Stillman Modificada

Con dirección apical, en 45° al eje longitudinal del diente, se debe aplicar presión como en el método Stillman, pero al mismo tiempo vibrar el cepillo y moverlo de modo gradual hacia oclusal.⁸

Técnica de Bass

Se basa en eliminar la placa bacteriana subgingival, es la que se encuentra dentro del surco. Se puede realizar con cualquier cepillo, pero son ideales y aconsejables los llamados sulculares o periodontales (2 o 3 hileras de filamentos). Se coloca el cepillo a 45° respecto al eje del diente dentro del surco gingival y se hace un movimiento de vibración, no de desplazamiento de los filamentos, es como si estuvieran sacudiéndose sin apenas variar la posición del extremo de los filamentos. Aproximadamente se hace el movimiento durante 10 segundos en cada grupo de 2 o 3 dientes.⁶

Técnica de Fones

Se deben tener los dientes en oclusión, desplazando el cepillo con un movimiento rotatorio contra las superficies dentales superiores e inferiores y en los bordes gingivales.⁸

Diseño del cepillo

Los cepillos dentales son los instrumentos más comunes y económicos utilizados por el individuo para la remoción mecánica de la biopelícula.¹²

En relación al diseño del cepillo dental en 1964 Ash señaló que el cuidado dental profesional, la educación y la motivación del paciente en su cepillado dental son mucho más importantes que el diseño del cepillo.⁹

En general se recomienda el uso de un cepillo de dientes de cerda artificial de nylon, con puntas redondeadas para minimizar las lesiones gingivales, de dureza media o suave y con un cabezal adaptado al tamaño de la dentición, siendo siempre más adecuado un cabezal relativamente pequeño para facilitar el acceso a las distintas superficies de los dientes y un mango de longitud y anchura suficientes para ser manejado con seguridad.¹²

Características:

Las especificaciones que la ADA, establece para los cepillos dentales son:

-35.4-37.8mm de longitud

-7.9-9.5mm de ancho

-11mm de longitud en las fibras.

Configuración de las cerdas:

Hay dos tipos de material de cerdas: naturales y nylon. Se agrupan en penachos distribuidos en hileras; 2 a 4 hileras con 5 a 12 penachos por hilera con variaciones entre 2 y 3 filas con 5 a 6 penachos por fila, ó 3 a 4 filas con 10 a 12 penachos.¹⁰

Cabeza:

La cabeza es la parte del cepillo donde están sustentados los penachos de las cerdas. Para niños, se debe optar por un cepillo de cabeza pequeña, aproximadamente de 1 a 1,5 cm, lo suficiente para cubrir 2 a 3 dientes adyacentes.¹²

Mango:

La importancia del mango en la elección de un cepillo dental se justifica debido a que éste es el componente responsable por la sujeción de la cabeza y manipulación del cepillo.¹²

Los mangos infantiles deben ser los más anatómicos posibles con el fin de proporcionar una buena detención. A pesar de la constante insistencia de los fabricantes para el uso de mangos con diversos dibujos y formas, la mayoría de éstos no poseen una anatomía ideal, lo que dificulta la empuñadura del cepillo.¹²

La evidencia científica disponible es insuficiente para afirmar que hay un diseño de cepillo superior a todos los demás en su capacidad para eliminar la placa dentobacteriana, de manera que se continúa aceptando que la higiene oral depende principalmente de la motivación del individuo para utilizar técnicas efectivas de cepillado y mantenerlas a lo largo del tiempo.¹¹

Seda o hilo dental

Los espacios interdentarios acumulan mucha placa dental y es difícil eliminarla con el cepillo dental, el hilo dental sirve para eliminar la placa de las caras proximales que son las caras de los dientes que están en contacto y que junto a la encía, conforman los espacios interdentarios.

Su empleo es el método mecánico más recomendado para eliminar la placa de las superficies dentales proximales.

Está disponible como hilo de nylon monofilamentado, trenzado o no trenzado, unido o desunido, con cera o sin cera, así como grueso y delgado.¹⁶

El procedimiento más utilizado, es enrollando los extremos del hilo alrededor de los dedos medios de ambas manos y deslizarlo en los espacios interproximales, para limpiar con eficacia.¹

NUTRICIÓN

Educar para la adopción de hábitos saludables es importante para la obtención de la salud sistémica y bucal. Además en la primera infancia tiene inicio el establecimiento de hábitos benéficos o normales, los cuales, pueden persistir a lo largo de la vida del individuo. Por lo tanto, la información referente a los hábitos alimenticios deben ser abordados para que sea posible la corrección y reorientación en conjunto con el núcleo familiar.¹²

Es importante que el profesional de la salud tenga conocimiento de los conceptos de nutrición y dieta para orientar de modo adecuado a sus pacientes.¹²

Por otro lado, la nutrición es una ciencia orientada hacia el estudio de cómo los alimentos ingeridos son metabolizados, producen energía y son aprovechados por el organismo en los procesos de desarrollo, crecimiento, reparación y mantenimiento de las funciones vitales. Dentro de los nutrientes esenciales encontrados en los alimentos se citan: carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y agua.^{13, 14, 15}

Una alimentación adecuada significa llevar una dieta balanceada de modo que el organismo pueda obtener los nutrientes para mantener una buena salud. De no ser los nutrientes los adecuados para el organismo, este será más susceptible a la enfermedad.¹⁷

Si los niños no tienen una dieta balanceada, los dientes no se desarrollarán adecuadamente. Para que puedan crecer fuertes y resistentes a la caries, los niños necesitan un régimen alimenticio con énfasis en el calcio, fosfatos y niveles propios del fluoruro.¹

Una dieta equilibrada consta de los siguientes nutrimentos:

- Algunos carbohidratos
- Ácidos grasos esenciales (encontrados en las grasas)
- Los aminoácidos esenciales (encontrados en proteínas)
- Quince vitaminas
- Veinticinco minerales aproximadamente
- Agua.

Debido a que el cuerpo no es capaz de producir todos los nutrientes que necesita el organismo, especialmente ciertas vitaminas, éstos se obtienen de algunos alimentos o suplementos. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos recomienda para la población general comer diariamente lo siguiente:

- 6 a 8 porciones de pan y cereales
- 3 a 5 porciones de vegetales
- 2 a 4 porciones de frutas
- 2 a 3 porciones de productos lácteos
- 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, huevos, frijoles o nueces.¹⁹

Una dieta pobre puede influir en la enfermedad periodontal y la caries dental. Los alimentos ricos en carbohidratos, azúcares y almidones contribuyen en gran parte a la producción de ácidos de placa que se adhiere al esmalte. Eventualmente, estos ácidos pueden causar la destrucción del esmalte formándose una cavidad.^{20, 21}

Si se debe ingerir una dieta alta en azúcares o almidones, se debe tratar de consumirlos durante las comidas y evitar alimentos pegajosos debido a que éstos pueden producir más placa dentobacteriana y caries dental. Al igual que cepillarse después de cada alimento, ya que la mayoría de estos contienen ingredientes que producen ácidos. A menor cantidad de exposición de los dientes a estos ingredientes, menor cantidad de ataque ácido para el esmalte.²²

INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN

La absorción de minerales, que ayudan a la formación de la superficie del diente, se termina cerca de dos años después de su erupción. Esto significa que después de que el órgano dentario aparece en boca aún está ocurriendo su mineralización. En este periodo, se puede considerar al órgano dentario absorberá minerales como calcio, fósforo y flúor que tomará de la saliva, también estará más susceptible a los ataques ácidos bacterianos.

3. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN NIÑOS

Antes de analizar la patología que más afecta a la cavidad bucal, es preciso conocer primero las estructuras dentarias.

Los órganos dentarios están compuestos por dos partes, corona y raíz. La porción que se encuentra por la parte externa de la encía se le denomina corona y la parte que se encuentra por la parte interna de la encía se le llama raíz.

En la corona tenemos una capa externa conocida como esmalte, es la más mineralizada y por lo tanto, la más resistente. La capa siguiente es menos mineralizada, conocida como dentina, y es menos resistente a la caries. La capa llamada dentina es la que le da sensibilidad a los estímulos externos, como el dulce, frío o el calor. Ésta capa está presente en toda la estructura del diente, en tanto que el esmalte recubre sólo la corona. En la raíz la dentina está cubierta por una capa poco mineralizada llamada cemento. Ésta capa externa de la raíz está ligada al hueso a través de fibras periodontales, formando así el soporte del órgano dentario en su base. Por último, en el centro del órgano dentario tenemos a la pulpa, compuesta por vasos sanguíneos, arterias y nervios.²⁶

3.1 CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad infecciosa, progresiva y multifactorial; de origen químico-biológico, caracterizado por la degradación de los tejidos duros del diente. Una caries ocurre cuando las bacterias de la boca que causan la destrucción dental se congregan en forma de placa en las superficies de los dientes en presencia de carbohidratos fermentables (azúcares).²³

La caries se debe a la interacción de tres factores principales:

- El huésped (saliva y dientes)
- Microflora
- El substrato (alimentos y dieta)
- El tiempo (exposición del órgano dentario a la Microflora)

Saliva: Está íntimamente relacionada con la caries dental ya que en su estado ácido (pH) provoca susceptibilidad a la combinación de carbohidratos, cuando el individuo sufre una disminución o carencia de la secreción salival, con frecuencia experimenta un alto índice de caries dental y una rápida destrucción de los dientes. La saliva actúa estabilizando el pH de la boca, debido a su alta concentración en carbohidratos y fosfatos. Si no se mantiene una higiene bucodental adecuada, prolifera gran cantidad de placa bacteriana y microorganismos, que hacen que el pH dentro de la boca se vuelva ácido. Una alimentación con excesivo contenido en azúcares refinados y harinas contribuye también a acidificar el pH bucal.²⁴

Al mismo tiempo, la saliva juega un papel esencial ya que incluye otros elementos como calcio y flúor que ayudan a remineralizar los dientes y mantener su esmalte.²⁴

Microflora: Las bacterias son esenciales para el desarrollo de una lesión cariosa. El principal microorganismo patógeno en todos los tipos de caries dental es el *Streptococcus Mutans*, el cuál presenta varias propiedades importantes como son:

- Sintetiza polisacáridos insolubles de la sacarosa.
- Es un formador homofermentante de ácido láctico.
- Coloniza en la superficie dentaria.
- Es más acidúrico que otros estreptococos.²⁴

Ésto no quiere decir que es el único formador de polisacáridos, dado que también se ha encontrado en cepas no cariogénicas. Otros microorganismos asociados a la caries dental son: Streptococcus Sanguis, Streptococcus Salivarius, Streptococcus Mitis, Actinomyces Viscosus, Lactobacillus Acidófilus.²⁴

Substrato: Las lesiones cariosas guardan una relación directa con los alimentos, éstos quedan atrapados en las cavidades y fisuras, así como por debajo de las áreas de contacto de los dientes con los límites cervicales, en los brazos de las prótesis y bordes sobresalientes de las restauraciones; alrededor de los aparatos ortodóncicos y dientes apiñados, y en otras localizaciones. Con los alimentos retenidos, las bacterias proliferan y liberan productos metabólicos, algunos de los cuales son ácidos.

Éstos desmineralizan el diente y, si las circunstancias son adecuadas, la estructura dura empieza a desintegrarse, por lo tanto existen dos casos distintos: la producción de un agente criogénico (ácido) y la producción de una superficie dental susceptible en la que el primero actúa²⁴

Tiempo: Esto significa que a mayor exposición de Microflora al huésped, por medio de substratos, más probabilidades hay de sufrir caries dental.²⁴

Los alimentos que originan más caries dental son los carbohidratos. En relación con la adhesividad de los alimentos en los dientes, se ha visto que los alimentos líquidos se eliminan mucho más rápido que los sólidos.²⁴

Factores que determinan la aparición de la caries dental

Factores del ecosistema:

- Socioeconómicos:
 - Relación entre nivel socioeconómico y salud bucodental (correlación).
 - Efecto mediador de los factores conductuales.

- Contextuales:
 - Disponibilidad de espacios para la higiene bucodental y aulas con mobiliario adecuado.

- Sociales:
 - Considerar la higiene bucodental como una parte más de la higiene individual de los escolares (mediadores sociales).

Factores personales:

- Biológicos:
 - Acumulación de placa bacteriana por higiene inadecuada.
 - Efectos de la producción de ácidos sobre la placa dental.

- Psicológicos:
 - Problemas de información.

-Hábitos alimenticios:

~Exceso de consumo de hidratos de carbono refinados (e. g., dulces con sacarosa).

~Consumo de azúcares entre comidas sin conductas de higiene posteriores.

-Hábitos de higiene bucodental:

- Frecuencia y eficacia del cepillado.
- Uso de hilo dental.
- Revisiones periódicas por un odontólogo.²⁴

3.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL

Periodontal significa: “alrededor del diente”, y las enfermedades en esta zona se conocen, por lo general, como las “enfermedades que se dan en la encía”.

Son infecciones bacterianas graves, que destruyen las encías y los tejidos que rodean a la cavidad oral. Si no se tratan a tiempo pueden llegar a ocasionar daño severo en hueso, hasta el grado de desintegrarlo en la zona de los dientes.²⁵

Causas:

- Genética
- Dieta baja en nutrientes
- Consumo de tabaco (Fumar)
- Bruxismo (apretamiento dental incesante)
- Diabetes.^{24, 25.}

Síntomas:

- Encías sensibles, inflamadas y rojas
- Sangrado al cepillarse o al utilizar hilo dental
- Dientes flojos o separados
- Mal aliento
- Pus entre dientes y encías.²⁵

Tipos de enfermedades periodontales:

Gingivitis: Es la inflamación de las encías, caracterizada por el aumento de volumen, sangrado y color rojizo, causada la mayoría de las veces, por la presencia de la placa dentobacteriana. Siendo la placa dentobacteriana o biofilm el principal factor responsable de halitosis (mal aliento). Es una patología de la encía que puede avanzar hasta afectar el hueso que rodea y sostiene al diente, es causada por las bacterias, al formarse constantemente sobre los dientes una película transparente y pegajosa. La cual si no es eliminada diariamente con el cepillado y el uso de hilo dental, la placa dentobacteriana se acumula y las bacterias pueden infectar no solo la encía superficial y los dientes, también el tejido gingival y el hueso que sostiene al diente. Ésta puede ser una causa para que los dientes presenten movilidad, se caigan o que finalmente el odontólogo los tenga que extraer.^{25, 26}

En los niños, si la gingivitis es detectada al inicio, la inflamación retrocederá rápidamente cuando la higiene es realizada adecuadamente. Por eso cuando se observa sangrado y ligera inflamación de la encía, la limpieza deberá ser mejorada.^{25, 26}

Este tipo de inflamación siempre está presente en los niños que son respiradores bucales, debido a la deshidratación de la encía, lo que la deja más permeable y susceptible ante las bacterias presentes en la placa dentobacteriana. En esos casos, ésta se instala de forma crónica y por eso, los cuidados deben ser más estrictos.

Es muy común observar gingivitis en la época de erupción de los dientes en la dentadura decidua, pero principalmente, en la dentición mixta. En la fase de cambio de los dientes temporales a permanentes, es común que haya inflamación, debido al movimiento del órgano dentario y a la sensibilidad local, por esa razón se torna difícil la limpieza correcta, permitiendo el acumulo de placa dentobacteriana. Ésta es la fase en donde se nota halitosis en el niño. A medida que el órgano dentario permanente erupciona y la limpieza se vuelve más eficiente, la inflamación desaparece. En caso de que la gingivitis no sea controlada, podrá evolucionar a una forma más grave, conocida como periodontitis.²⁶

Periodontitis: Si no hay un tratamiento adecuado a la gingivitis, progresa la inflamación a los componentes del periodonto destruyéndolos, ya que donde está el cálculo dental, se acumula más placa, hay presencia de bolsas gingivales, abscesos periodontales, sangrado acompañado de exudados purulentos, produciendo la destrucción completa de los tejidos óseos y ligamento periodontal causando la movilidad y pérdida del diente.²⁵

La periodontitis se clasifica según criterios biopatologicodinámicos tales como los recomendados por la AAP (Armitage, 1999) en:

Periodontitis crónica (tipo II, anteriormente AP)

Periodontitis agresiva (tipo III, anteriormente EOP/RPP)

Periodontitis necrosante (tipo V B/PUN, anteriormente PUNA).²⁵

Placa Dentobacteriana o biofilm

La cavidad oral es un ambiente húmedo, el cual tiene una temperatura relativamente constante, con un pH hacia la neutralidad en la mayoría de sus superficies, la cual soporta el crecimiento de una gran variedad de especies.^{25,27.}

Este acúmulo dentobacteriano es el resultado de la interacción entre el medio oral y la flora bacteriana, denominándolo placa dentobacteriana.

La placa dentobacteriana es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas en la superficie que se encuentra en la superficie de los dientes, la encía, la lengua y otras superficies bucales. Se forma por la falta de higiene bucal adecuada, también se define como una película transparente e incolora que se adhiere al diente.^{1,25}

La placa dentobacteriana, es translúcida y por ello poco visible a menos que haya depósitos de minerales, si es delgada se visualiza por medio de un colorante que la pigmente, a diferencia de la película, la placa dentobacteriana se puede eliminar con una buena técnica de cepillado.

La placa dentobacteriana, se origina por la formación de una película salival que se adhiere a los órganos dentarios, donde comienzan a proliferar bacterias. Después de 24 horas la placa dentobacteriana toma el aspecto de una pasta blanquecina y las bacterias comienzan a producir ácido que descalcifican el esmalte y dañan las fibras periodontales que sostienen al diente. De persistir la placa bacteriana en los tejidos periodontales, comenzará a reabsorberse el hueso que sostiene al órgano dentario.

Si la placa microbiana se deja sobre la superficie dentaria, sin ninguna interferencia, pueden mineralizarse y formar cálculos. Al ser áspera la superficie de los depósitos calcificados, favorece la continuación de la colonización bacteriana, además la presencia de cálculos, imposibilita la eliminación y el control de la placa dentobacteriana por lo que es muy perjudicial para el periodonto.

Dentro de sus características clínicas, la cantidad de placa dentobacteriana puede ser comprobada directamente por el examen clínico o indirectamente por examen de fotografías dentales. A menudo son utilizadas soluciones colorantes denominadas agentes descubridores, para pigmentar la placa y mejorar su conteo visual. La placa dentobacteriana se acumula muy rápidamente en las zonas dentales protegidas de las fuerzas mecánicas que resulten de la masticación, movimiento de la lengua, labios, carillos y de los procedimientos de higiene bucal. Se acumula más placa en las áreas interproximales, cerca de los puntos de contacto, que en la superficie bucal o lingual. Las zonas incisal y oclusal tienen menos cantidad de placa que el tercio gingival y más en la zona inferior que superior.²⁷

Las superficies linguales de los molares inferiores y las vestibulares de los molares superiores tienden a tener los depósitos más densos de placa dentobacteriana, mientras que las caras linguales y vestibulares de los incisivos superiores tienen menos.²⁷

Hay una variación entre las personas con respecto a la rapidez y extensión con que se forma la placa dentobacteriana, esto depende del flujo salival, la composición de la dieta y frecuencia de las comidas, también en el estado de salud de la encía y variaciones en las características anatómicas de los dientes y en la composición de la flora bucal.^{1, 25}

Tipos de placa dentobacteriana

Según su localización, la placa dentobacteriana puede ser:¹

Placa dentobacteriana supragingival

La placa dentobacteriana supragingival se extiende desde el margen libre de la encía hasta la corona del diente. Su composición varía de un individuo a otro, de un diente a otro e incluso en un mismo diente. Pero en general está constituida por microorganismos y matriz orgánica intercelular.²⁸

Placa dentobacteriana subgingival

La placa dentobacteriana subgingival se localiza a partir del margen gingival en dirección apical. Su formación se favorece cuando el pH del surco es más alcalino que el de la saliva y el líquido gingival tiene mayor cantidad de sales.¹

Placa dentobacteriana de fosas y fisuras

Esta se forma en fosetas y fisuras, apenas tiene matriz extracelular y contiene abundantes restos de alimentos. En ella abundan los cocos gram positivos, sobretodo *Streptococcus sanguis* y *Streptococcus Salivarius*, también se desarrollan *Lactobacillus*, *Corynebacterium matruchotii*, especies de *Veillonella* y *Streptococcus Mutans*, el cual puede constituir el 40% de la colonización bacteriana cuando se presente caries activa.

Placa dentobacteriana proximal

La placa dentobacteriana proximal está situada en los espacios interproximales en dirección apical. Aquí predominan *Actinomyces viscosus* y *Actinomyces naeslundii*. Pero también se detectan *Streptococcus sanguis*, *Actinomyces israelii*, especies de *Veillonella* y algunos bacilos gran negativos anaerobios, en las caries activas abundan *Streptococcus Mutans* y especies de *Lactobacillus*.¹

Placa dentobacteriana radicular

Se forma cuando el cemento radicular se expone al microambiente bucal, ya sea por retracción gingival en edad avanzada o por enfermedades en el periodonto, también se forma en áreas interproximales y a lo largo de la unión cemento-esmalte.

Los microorganismos importantes en la formación de esta placa dentobacteriana son *Streptococcus sanguis*, *Actinomyces Viscosus* y especies de *Capnocytophaga*, independientemente de que ésta placa se mineraliza con facilidad.¹

Película adquirida

La película se forma de manera natural y espontánea en la superficie dentaria. Es una película orgánica de origen salival, libre de elementos celulares, que se forma por depósitos selectivo de glucoproteínas salivales en la superficie de la hidroxiapatita.^{1, 28}

Tiene dos funciones principales:²⁸

- a) Protectora: se opone a la descalcificación dentaria.
- b) Destructiva: permite la colonización bacteriana.

Materia alba

La materia alba, es un depósito blando adherente, consistente y mate, de color blanco amarillento, se adhiere a la superficie dental y a las restauraciones dentales. Es una estructura compuesta por masa microbiana, residuos alimenticios, células epiteliales descamadas y leucocitos, una característica especial que tiene es que está ligeramente adherida a los dientes, por lo cual es posible eliminar.²⁸

Cálculo dental (sarro)

El sarro, denominado cálculo o tártaro dental, es la placa bacteriana que se ha calcificado sobre los dientes, debido al depósito de minerales que se encuentran sobre la placa, el cual se puede formar en el borde de las encías y debajo de ellas, irritando los tejidos gingivales.

El cálculo proporciona a la placa una superficie más extensa donde crece y se vuelve más pegajosa donde adherirse, lo cual deriva en afecciones más graves como caries y enfermedad periodontal.⁶

El cálculo no solo amenaza la salud de los dientes y encías, también constituye un problema estético, ya que es más poroso y absorbe las manchas con mayor facilidad.⁶

A diferencia de la placa que es una película incolora, el cálculo es una formación de minerales fácilmente visible si se localiza por encima de la línea de la encía.

Para reducir la formación de cálculo y reducir la placa, es importante cepillarse adecuadamente y utilizar hilo dental.⁶

Una vez que el cálculo se ha depositado en los dientes, sólo el odontólogo podrá retirarlo. El proceso para retirar el cálculo se le denomina “detartraje ó raspado radicular”.

Durante este procedimiento, el odontólogo utiliza cureta con lo que se retira el cálculo que se encuentra a la vista sobre los dientes y el que se haya debajo de la línea de la encía.⁶

El cálculo, de acuerdo a su ubicación en el tejido se clasifica en:

SUPRAGINGIVAL: Es una masa de moderada dureza de color blanco cremoso o amarilloso oscuro o pardo que se encuentra localizada generalmente en la cara lingual de los dientes anteriores inferiores y vestibular de los molares superiores por encima de la encía.⁶

Subgingival: Se localiza en la zona apical del margen gingival y se puede identificar por la exploración táctil solamente debido a que no es visible.⁶

3.3 HÁBITOS BUCALES NOCIVOS

Los odontopediatras tienen fuertes razones para preocuparse por los hábitos bucales de sus pacientes, ya que la región bucal es muy importante en los niños por varios aspectos, como la estética, función masticatoria y el habla.²⁶

La sobrevivencia del recién nacido depende de la función bucal. Es a través de la boca que poco a poco, irá explorando los dedos, manos y objetos. Junto a esa exploración, se establecerá el desarrollo de la coordinación motora y el equilibrio sensorio-motor-oral del niño.²⁶

Después de la succión, que es un impulso natural, el niño va a adquirir y desarrollar otras funciones bucales como la masticación, deglución y fonación.

Si estas funciones son realizadas adecuadamente, dirigirán y estimularán el crecimiento facial, contribuyendo para el establecimiento normal de las estructuras faciales. Por lo tanto, el adecuado crecimiento craneofacial depende directamente del equilibrio muscular y funcional de todas las estructuras faciales involucradas en el aparato respiratorio y masticatorio.

Los malos hábitos bucales aparecen en esa fase de desarrollo. Cuando eso sucede puede haber un desarrollo óseo-muscular alterado, con una descoordinación de funciones de labios, lengua y carrillos.

Las alteraciones de las funciones pueden comenzar desde edades muy precoces, el desequilibrio en esa fase de crecimiento permite una mayor fijación neuromuscular de las funciones de modo inadecuado. Pueden iniciar así los problemas de función oral relacionados al habla, deglución y respiración.²⁶

Esas funciones precisan estar bien coordinadas y también dissociadas. La lengua que es la que deglute, también es la que realiza la masticación y el habla. La lengua también ayuda a equilibrar la posición de los dientes, oponiéndose a su fuerza muscular, los labios y los carrillos, para que la lengua pueda realizar la deglución y la masticación, los labios deben estar bien cerrados y la respiración debe de ser realizada por la nariz.²⁶

Además de las funciones motoras citadas, la función estética, tiene un papel importante en la vida del niño, papel que lo acompañará para toda la vida. Las características de la sonrisa de una persona puede determinar la forma de cómo otras personas la perciben. Muchas veces la comunicación de un niño se da a través de las expresiones faciales.

Cuando hay una alteración en la posición dentaria o algún desequilibrio de la arcada que el propio niño perciba, ésta, acaba por afectar su comportamiento o el modo de cómo se relaciona con otras personas.

Existen hábitos bucales nocivos que pueden alterar el patrón normal de crecimiento cráneo facial. Cuando el niño presenta ese problema, la familia pasa demostrar cierta ansiedad de preocupación sobre quién es el responsable por éstos hábitos. Por eso es importante evitar su instalación, si no fuese posible, tratar de minimizar al máximo sus efectos indeseables.^{12, 26}

Los hábitos nocivos más comunes, que alteran el patrón normal de crecimiento dentofacial, son los disturbios de succión nutritiva. (Dedo, chupón). Y los disturbios funcionales (masticación, respiración y deglución):

1. Succión de dedos o chupón
2. Respiración bucal
3. Deglución atípica- interposición lingual
4. Postura inadecuada de la lengua
5. Bruxismo
6. Onicofagia

1. SUCCIÓN DE DEDO O CHUPÓN

La succión es importante para satisfacer las necesidades nutritivas, psicológicas y emocionales del niño y es parte del desarrollo psicomotriz en la infancia. Proporciona seguridad y soporte emocional a los niños, más no debe extenderse más allá del tiempo “normal”. Con la maduración, el niño desarrolla otras capacidades y actividades en donde poco a poco disocia la succión como parte de ese apoyo psico-emocional.

Este hábito debe ser evitado, pues causa alteraciones en las arcadas y en la posición dentaria. Los hábitos, deben ser bien analizados en cada niño, porque las causas pueden tener un origen y motivos completamente distintos. Se deben evitar las orientaciones contradictorias por parte de los padres, que pueden dejar al niño confundido.

Toda ayuda al niño para que el hábito sea superado, debe ser realizado sin represiones o reprimendas. Es importante que los problemas que pueden causar los dedos en las arcadas dentarias sean explicados, en caso de que el hábito permanezca.

La succión del dedo o chupón es extremadamente perjudicial para las arcadas dentarias, causando problemas graves como estrechamiento del maxilar o mordida abierta. El estrechamiento del maxilar lleva al posicionamiento inadecuado (mal oclusión) del tipo mordida cruzada. Al mismo tiempo, puede llevar a mordida abierta anterior, en la cual los dientes anteriores no entran en contacto. La mordida abierta puede llevar a otro tipo de mal hábito bucal, la interposición lingual. De esta forma, aunque el hábito de succión sea removido, la mordida abierta es mantenida inadecuadamente por la lengua en la deglución.

Los dos tipos de maloclusión son perjudiciales al desarrollo dentofacial y deben ser corregidos lo más rápido posible, si la edad lo permite. Después de la corrección ortodóncica de la maloclusión, deberá ser realizada una evaluación para que no haya reincidencia del problema.^{17, 26}

Si el hábito persiste en la dentición permanente, los dientes se posicionarán conforme la deformidad de las arcadas y agravarán los procedimientos de corrección ortodóncica. Y si la maloclusión estuviera presente en la fase adulta, los procedimientos ortodóncicos para su corrección estarán asociados a la cirugía ortognática (cirugía correctiva de los maxilares).

Por lo tanto, todo el esfuerzo para que el niño no adquiera el hábito de succión será recompensado, tanto por la ausencia de deformidades en la fase como por la mineralización de problemas futuros.^{17, 26}

2. RESPIRACIÓN BUCAL

La respiración es el primer reflejo del bebé al nacer. El pasaje del aire por la nariz, desde el primer momento va a estimular el crecimiento de la cavidad nasal.

El amamantamiento materno tiene un papel fundamental en el desarrollo de la buena función respiratoria del niño. La falta de ese estímulo puede dar origen a la respiración bucal, pero se debe observar que la respiración bucal se puede presentar por otras causas, que serán determinadas por el diagnóstico de un otorrinolaringólogo, junto al ortodoncista. Estas otras causas pueden ser rinitis alérgica, hipertrofia de adenoides o amígdalas, desviación del septum nasal, hipertrofia de cornetes y la presencia de pólipos nasales.^{17, 26}

El niño al respirar por la boca, estará transgrediendo una función, lo que le puede llevar a una deformidad. El aire inspirado por la nariz, filtrado y humedecido es totalmente adecuado a nuestros pulmones. El aire que entra por la boca no es filtrado, es frío y seco, llevando bacterias y ácaros directamente a los pulmones.

La respiración bucal puede ser observada cuando el niño está durmiendo. Como el aire que se va por la nariz tiene mayor volumen, permite mayor oxigenación en los tejidos y órganos del cuerpo, estimulando la cavidad nasal y desarrollando su piso. El piso nasal es parte de la misma estructura del paladar (techo de la boca). Con la respiración bucal, el techo, del paladar permanece más profundo, dejando una arcada deformada y la cavidad nasal atrofiada, debido a la falta de estímulo del paso del aire por la nariz.^{17, 26}

Actualmente, la respiración bucal es considerada un síndrome, en el cual percibimos varias características de desequilibrio funcional.

Los padres deben de estar atentos en las características físicas de respirador bucal. Generalmente son las siguientes:

- Boca abierta;
- Labio superior acortado (no cierra los labios);
- Labio inferior sin tonicidad muscular;
- Lengua baja y para el frente;
- Nariz de base estrecha;
- Maxilar estrecho;
- Ojeras (por falta de oxigenación);
- Mejillas caídas;
- Distráidos, sin concentración.

El respirador bucal generalmente presenta una postura corporal inadecuada, mirada distraída y abatida, labios reseco proyectados.

El niño que respira por la boca puede sufrir alteraciones como las siguientes:

- Crecimiento y desarrollo inadecuado de estructuras dentofaciales y musculares (asimetría facial, maloclusión);
- Problemas respiratorios (rinitis, sinusitis, bronquitis, otitis);
- Deglución atípica (el niño deglute mal);
- Masticación con la boca abierta;

- Dificultad con el habla;
- Eje corporal alterado (cabeza para enfrente o atrás, hombros para enfrente);
- Desarrollo intelectual comprometido (bajo nivel de atención, disminución de capacidad de concentración);
- Tórax estrecho.

En relación con la salud bucal, el respirador bucal tendrá una gingivitis, casi permanente, causada por el constante paso del aire, que reseca la encía y favorece la proliferación de bacterias, también tendrá labios reseco, y el hábito de humedecerlos con la lengua, aumentará la reseco. ^{17, 26}

3. DEGLUCIÓN ATÍPICA- INTERPOSICIÓN LINGUAL

La deglución es el acto de ingerir. A pesar de parecer muy simple, muchos órganos están involucrados en éste proceso. Los músculos que están involucrados son los músculos orales, linguales y los de la masticación.

En la deglución normal, los dientes superiores e inferiores se tocan, la lengua presiona al paladar haciendo fuerza y los músculos de los labios no hacen presión.

En el caso de la deglución atípica, la lengua generalmente se posiciona un poco más enfrente del lugar correcto, interponiéndose entre las dos arcadas, separando los dientes anteriores. Los dientes anteriores entonces no se tocan, llevando muchas veces a mordida abierta.

La acción muscular ejerce gran importancia en el desarrollo de las arcadas. Es preciso que haya equilibrio entre la musculatura interna y externa, como si los músculos “moldearan” los huesos, por medio de los movimientos que ejercen.

La deglución puede ser corregida a través de terapia, desarrollada por la fonoaudiología y la ortodoncia, integrando un mismo propósito de corrección. Dentro de este tratamiento puede estar indicado el uso de una trampa o educador lingual.^{17, 26}

4. POSTURA INADECUADA DE LA LENGUA

Otra situación que altera el buen desarrollo de las arcadas es la postura inadecuada de reposo de la lengua, que puede ser consecuencia de la deglución típica y de la respiración bucal.

Ambas alteraciones llevan a una posición de reposo de la lengua más debajo de lo normal.

La lengua, quedando en reposo, debe tocar el paladar. Si la lengua permanece apoyada sobre los dientes, esta fuerza pasiva mueve los dientes de modo que sus posiciones correctas se ven alteradas.

Por lo tanto en reposo bucal, la lengua debe encontrarse en el paladar sin presión y los dientes no deben estar en contacto entre sí, apenas aproximándose.

Esta posición puede ser alcanzada por medio de ejercicios como de terapia fonoaudiológica.^{17, 26}

5. BRUXISMO

El bruxismo es considerado una disfunción de la masticación que realizan los niños, adolescentes y adultos. Es definido como un constante apretar, rechinar o cerrar los dientes, que puede ser inconsciente o consciente.

Las causas de bruxismo no son claras, mas indican tener relación con factores psicológicos, contactos inadecuados entre los dientes y factores hereditarios.

A veces, el bruxismo puede presentarse como una alternativa de suprimir una necesidad de función neuromuscular de masticación, tal vez por esa necesidad de no ser estimulada regularmente.

El bruxismo puede ocurrir en determinadas fases de desarrollo de la dentición, y podría ser temporal.

Surge en un periodo entre los dos y cuatro años de edad, cuando el niño, en una fase de intensas modificaciones psicológicas. Su vivencia pasada de fantasías cambia, y pasan a la realidad, en ese periodo también podrán aparecer disturbios de sueño y habla (como tartamudez). Es muy importante que el niño esté en calma, se sienta amado, pues es la edad en que necesita de mucho cariño de los padres.

Si el bruxismo es muy intenso, pueden surgir desgastes en las superficies de los dientes, los dientes sólo deben de ser encontrados cuando comemos, los desgastes de los dientes ocurren porque la estructura dental no está preparada para un intenso contacto. Ocurre, por tanto, una sobrecarga tanto en los dientes como en las articulaciones.^{17, 26}

El tratamiento es variable y depende de los factores causantes del problema, que precisamente no pueden ser identificados. El uso de una placa acrílica puede ser indicado, lo que impedirá que los dientes se contacten, permitiendo un relajamiento de la musculatura y de las articulaciones, evitando así el bruxismo.

En los niños, la placa debe ser de acetato, material más flexible, y debe ser usada por un periodo estricto, en los adolescentes y adultos, la placa es más rígida y más dura, y con tiempo de tratamiento más largo.

6. ONICOFAGIA

La onicofagia es considerada una disfunción de masticación, así como el bruxismo. Ocurre mucho en niños de tres a seis años, el convivio social con otros niños en la escuela inhibe la relación del mal hábito.

Ocurre también con frecuencia en la pre-adolescencia, alrededor de los diez años. Las causas de la onicofagia parecen estar relacionadas con el estrés, tensión y ansiedad.

Ya que el morder las uñas, puede causar desgastes dentarios, además de llevar bacterias de la mano a la boca.

Este hábito puede acarrear problemas de salud, llevando infecciones por hongos y bacterias existentes en la boca y en las manos, también daños a las estructuras dentarias (desgastes de la superficie dental y reabsorciones de las raíces), además de callosidades en los dedos.

El tratamiento debe visualizar las causas del hábito, generalmente son difíciles de ser determinadas, sin embargo se debe de remover el mal hábito, estimulando al niño a otras actividades con las manos, siempre apuntando a mejorar su autoestima, sin hacer críticas.

Cualquier actitud definida para la remoción del hábito debe ser efectiva con la aceptación del niño, sino el procedimiento puede causar una característica diferente.^{17, 26}

3.4 MALOCLUSIONES

Las Maloclusiones, frecuentemente, son originadas por hábitos musculares bucofaciales nocivos, atribuidos a funciones alteradas como son: succión no nutritiva prolongada, hábito alimentario inadecuado, dieta pastosa, enfermedad nasofaríngea, anomalías en la función respiratoria y postura anormal de la lengua.¹²

Las alteraciones en el desarrollo del sistema estomatognático pueden instalarse desde los primeros meses de vida, pudiendo desencadenar alteraciones en la región dentofacial que no son ni hereditaria ni congénita, pero que fueron adquiridas progresivamente.

Muchas maloclusiones resultan de la combinación de pequeños desvíos de la normalidad, pero su combinación y persistencia ayudan a producir un problema clínico que debemos solucionar recuperando la integridad y el equilibrio.¹²

El resultado de las funciones realizadas fuera de los patrones de normalidad es el desequilibrio de la musculatura estomatognática-facial.

Al inicio, cuando la función es alterada, el desvío no es perceptible, sólo algún tiempo después, es que aparece la evidencia física de que algo no estuvo bien como el uso continuo del chupón, la succión del dedo, insuficiencia masticatoria, respiración bucal, son factores de deformación y tendrán sus efectos notorios solamente más tarde, cuando sea más notable la patología.¹²

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevención de las enfermedades bucodentales tiene como etapa idónea la infancia ya que es el período en el que comienza la erupción dentaria, tanto la temporal como la permanente, siendo el momento adecuado para adquirir conocimientos y hábitos saludables y para aplicar medidas preventivas eficaces, especialmente en los niños en los que se detecta riesgo de salud en la cavidad oral.

Debido a que en la niñez se observa un número significativo de caries en estado avanzado, así como el principio de enfermedades periodontales las cuales se agudizan en la adolescencia y en la edad adulta, dejando secuelas importantes.

El problema de la salud bucal en los niños se dificulta por la falta de información al respecto, ya que los padres consideran erróneamente que la niñez es un periodo transitorio, quedando este grupo excluido de formación y práctica odontológica.

5. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad se disponen de estrategias eficaces, capaces de disminuir de manera notable la caries dental y la enfermedad periodontal. Solo se necesita implementarlas de manera adecuada y así obtener resultados satisfactorios.

El pilar de la prevención es la Educación para la Salud. Así se considera como mejor alternativa de intervención en salud, la estrategia de Atención Primaria, donde se enfatiza la prevención y promoción de la salud.

Por lo tanto se requiere implementar programas de Educación para la Salud Bucodental que ayuden y motiven a los niños de edad preescolar, para que adquieran un hábito de higiene bucal, con la ayuda de sus padres y maestros, y de esta manera se reducirán las patologías más frecuentes en esta edad.

Por lo anterior señalado, se aplicará un programa dirigido a preescolares de 4 a 5 años de edad, con estrategias diseñadas de acuerdo a su edad y entorno social, con el propósito de que logren obtener de manera adecuada una salud bucodental.

6. OBJETIVO GENERAL

- Implementar un programa de salud bucodental dirigido a los preescolares de 4 y 5 años de edad que asisten al CENDI Dr. Rubén Leñero.

6.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Orientar a los preescolares en la nutrición.
- Dar a conocer la técnica de cepillado por medio de modelos de estudio.
- Orientar a los padres de familia como a los niños preescolares en relación a la caries dental y enfermedad periodontal.

7. METODOLOGÍA

7.1 Material y Método

Con la finalidad de fomentar una cultura de autocuidado, protección y conservación de la salud bucodental, se desarrolló un programa informativo dirigido a los padres de familia y alumnos de 4 y 5 años que cursan en el CENDI, la implementación de esta actividad se realizó en tres etapas dentro de las instalaciones del plantel, previa autorización de las autoridades correspondientes.

En la primera etapa se diseñó un cuestionario de evaluación, para obtener información respecto a los conocimientos, conductas y hábitos que tienen los padres de familia respecto a sus hijos. Mismo que fue aplicado en la primera visita.

En la segunda etapa, se desarrolló el contenido educativo del Programa de Salud Bucal, es decir el material audiovisual que se empleó y que cuenta con los elementos necesarios para facilitar la enseñanza del cuidado y preservación saludable de la cavidad oral hacia los padres, se dió una plática con el contenido temático establecido y se les enseñó la higiene bucal que se lleva a cabo de acuerdo a su edad, dieta baja en carbohidratos y las manifestaciones y hábitos bucales más comunes.

Por último se aplicó por segunda ocasión el cuestionario utilizado la primera vez, con el fin de evaluar el impacto del programa en el mejoramiento de sus conocimientos, conductas y hábitos, tanto de los alumnos, como de los padres sobre la salud bucodental.

7.2 Tipo de estudio

De intervención comunitaria

7.3 Población de estudio

Niños y niñas de 4 y 5 años de edad que se encuentran cursando segundo y tercer grado de educación preescolar en el CENDI Dr. Rubén Leñero.



Fuente directa

7.4 Muestra

30 niños que asisten al CENDI Dr. Rubén Leñero, a los que se les implementó el Programa de Educación para la Salud Bucal junto con sus respectivos padres.



Fuente directa



Fuente directa

7.5 Criterios de inclusión

- Niños y niñas que asisten al CENDI Dr. Rubén Leñero.
- Que tengan 4 y 5 años de edad.
- Que los niños y padres acepten participar.
- Que participen en las tres etapas de intervención del Programa.



Fuente directa

7.6 Criterios de exclusión

- Niños y niñas que no pertenezcan al CENDI Dr. Rubén Leñero.
- Alumnos que no tengan 4 y 5 años de edad.
- Que los niños y padres no acepten participar.
- Qué no participen en alguna de las tres etapas del programa.

7.7 Recursos

RECURSOS HUMANOS

Tutora de tesina

Asesora de tesina

Pasante de la facultad de odontología

MATERIALES

60 encuestas

Computadora

Plumas

Libros

Revistas

Tipodontos

Macro modelos

Material didáctico

Póster

Proyector

RECURSOS FÍSICOS

CENDI DR. Rubén Leñero

Facultad de Odontología. U.N.A.M.

Biblioteca de la Facultad de Odontología.

RECURSOS FINANCIEROS

Corren a cargo de la tesista

8. Programa de salud bucodental dirigido a niños de 4 a 5 años de edad que asisten al CENDI Dr. Rubén Leñero.

CONTENIDO TEMÁTICO

7.8 Metas

1. Elevar el nivel de conocimientos en los alumnos acerca de las enfermedades bucodentales más frecuentes, su tratamiento y su prevención.
2. Lograr en los padres un cambio de hábitos y costumbres, que puedan ser transmitidos a sus hijos por medio de la información transmitida.
3. Motivar la práctica de higiene oral en los preescolares para prevenir desde esta etapa la presencia de enfermedades bucodentales.
4. Contar con un programa de salud bucodental, con bases sólidas para su empleo, en el CENDI DR. Rubén Leñero.

7.9 Estrategias

1. Mostrar a los alumnos imágenes de las enfermedades bucodentales, como la caries, gingivitis y periodontitis.



Fuente directa

2. Enseñar a los preescolares procedimientos preventivos, como la técnica de cepillado y el tipo de alimentación con menos carbohidratos, apoyado en Tipodontos, macro modelos y material que puedan manipular para tener una mejor visión de lo que se les está mostrando.



Fuente directa



Fuente directa

3. Mostrar a los niños cómo deberán realizar el aseo bucal, empleando para ello poster, que ilustren la técnica adecuada y el tipo de alimentación que debe ingerir.



Fuente directa



Fuente directa

7.9 Límites del programa

7.9.1 De espacio

CENDI Dr. Rubén Leñero

7.9.2 De tiempo

Del 28 de Agosto al 8 de Octubre del 2010.

7.10 Actividades

Se implementó el Programa de Educación para la Salud Bucodental en el CENDI Dr. Rubén Leñero, realizando las siguientes actividades;

1. Se aplicó un cuestionario a los padres de familia con la finalidad de obtener sus conocimientos acerca de las enfermedades bucodentales e identificar que hábitos y costumbres tienen respecto al cuidado de su salud oral.
2. Se llevó a cabo una plática con los padres y alumnos apoyada en material audiovisual para que lograran identificar cada una de las enfermedades bucodentales, tratamiento y prevención de las mismas.



Fuente directa

3. Se les enseñó la técnica de cepillado adecuada y el tipo de alimentación idóneo con respecto a los carbohidratos.



Fuente directa

4. Se aplicó el mismo cuestionario que contestaron antes de las pláticas con el fin de medir el impacto que causaron las mismas.

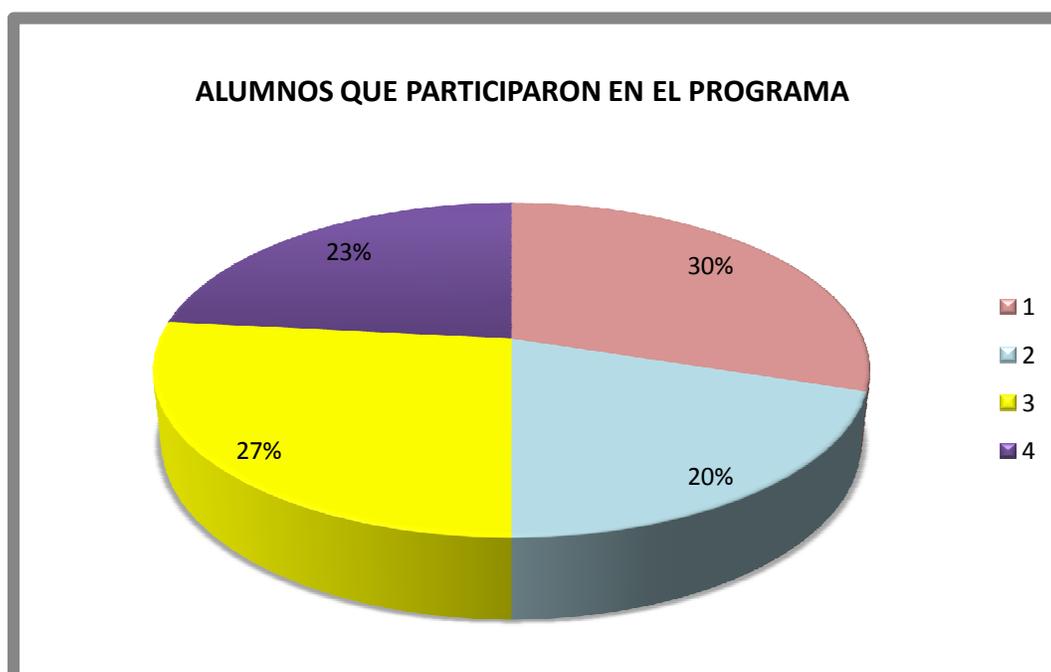
a. Cronograma de actividades

Fecha	Hora	Actividad
27/Agosto/2010	9:00 hrs.	Autorización del protocolo para la implementación del Programa de Educación para la Salud Bucodental 2010.
30/Agosto/2010	9:00 hrs.	Implementación del Programa de Educación para la Salud Bucodental. Aplicación de los cuestionarios a los padres de familia.
2,3/Septiembre/2010	9:00 a 10:30 hrs.	Pláticas informativas dirigidas a padres de familia. Demostración de técnica de cepillado y utilización de hilo dental.
6,7,8/Septiembre/2010	9:00 a 10:30 hrs.	Pláticas informativas dirigidas a los alumnos del CENDI Dr. Rubén Leñero, de 4 a 5 años de edad. Demostración de técnica de cepillado y alimentación reducida en carbohidratos.
27,28/Septiembre/2010	9:00 a 10:30 hrs.	Evaluación del programa aplicando los mismos cuestionarios.
29/Septiembre/2010	9:00 Hrs.	Resultados
4-21/Octubre/2010		Terminación de Tesina.

8. RESULTADOS

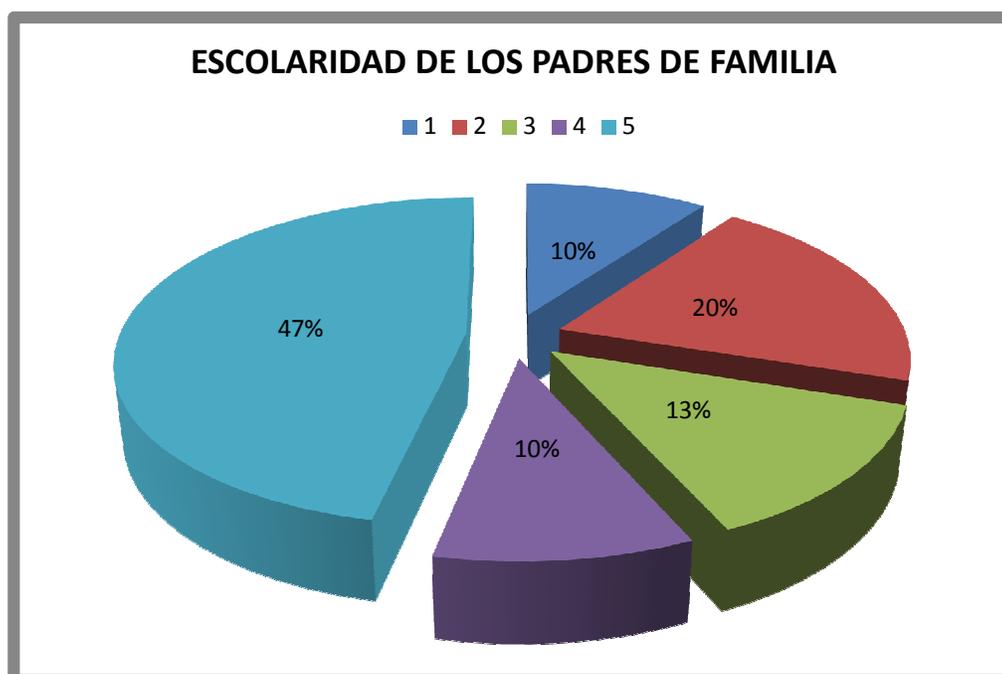
En el programa participaron 30 niños, de los cuáles había. 9 niñas de 4 años, 6 niños de 4 años, 8 niñas de 5 años y 7 niños de 5 años, con sus respectivos padres de familia.

En cada gráfica, los resultados reportados corresponden a la información proporcionada en los cuestionarios “antes” de la plática y “después” de la misma.



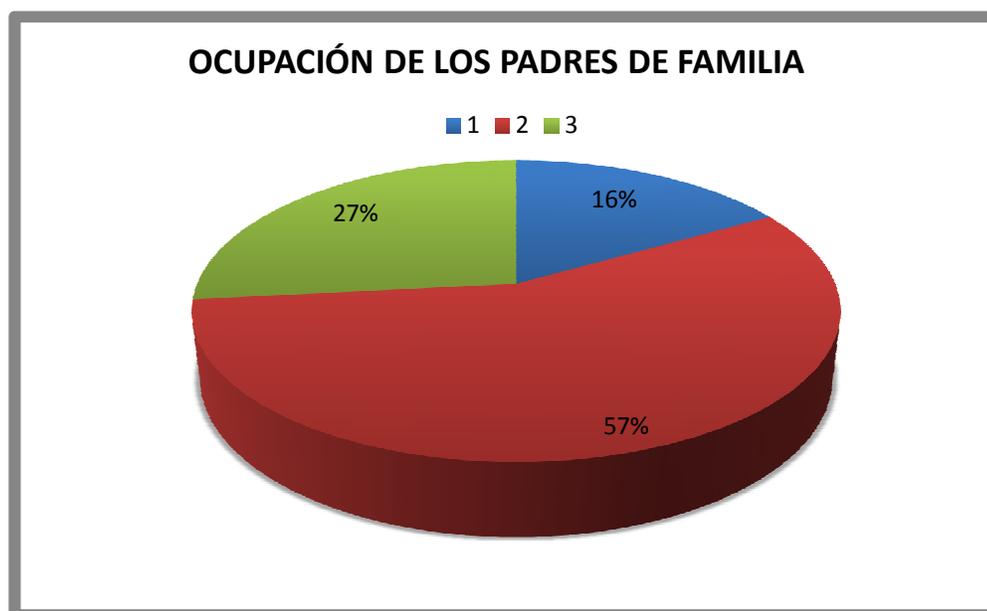
Fuente Directa

Gráfica1. Porcentaje de alumnos que participaron en el programa. Participaron 1.- 9 niñas de 4 años, 2.- 6 niños de 4 años, 3.- 8 niñas de 5 años y 4.- 7 niños de 5 años



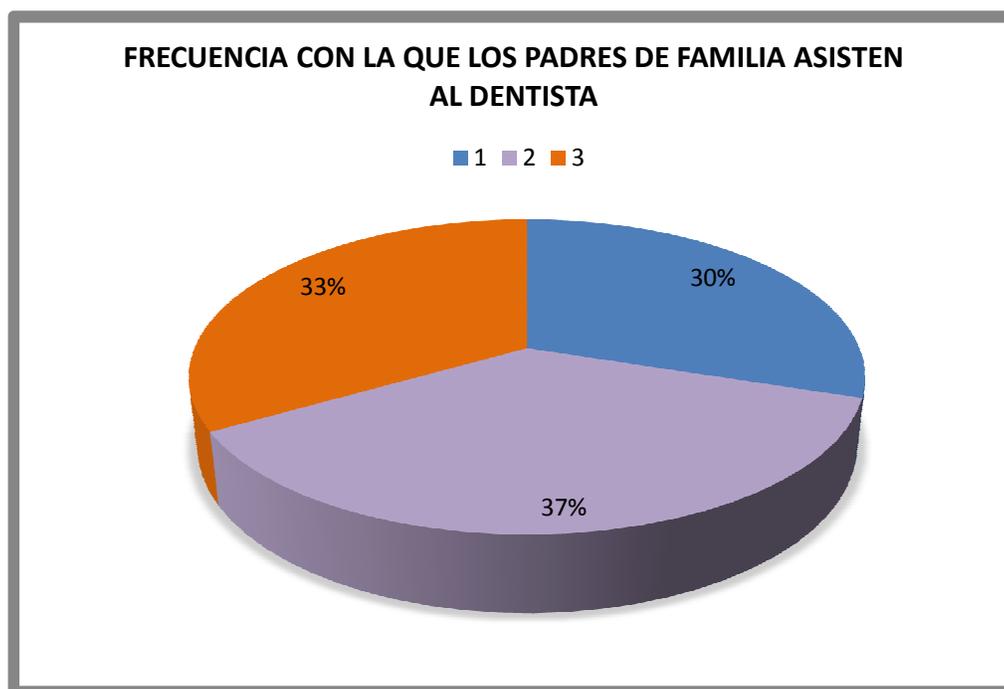
Fuente directa

Grafica2. Escolaridad de los padres de familia que participaron en el programa. 1. PRIMARIA, 2. SECUNDARIA, 3. PREPARATORIA, 4. EDUC. TÉCNICA, 5. LICENCIATURA. En esta gráfica, se observa el porcentaje que se obtuvo en la escolaridad de los padres de familia.



Fuente directa

Gráfica3. Ocupación de los padres de familia. 1. Hogar, 2. Empleado, 3. Independiente.



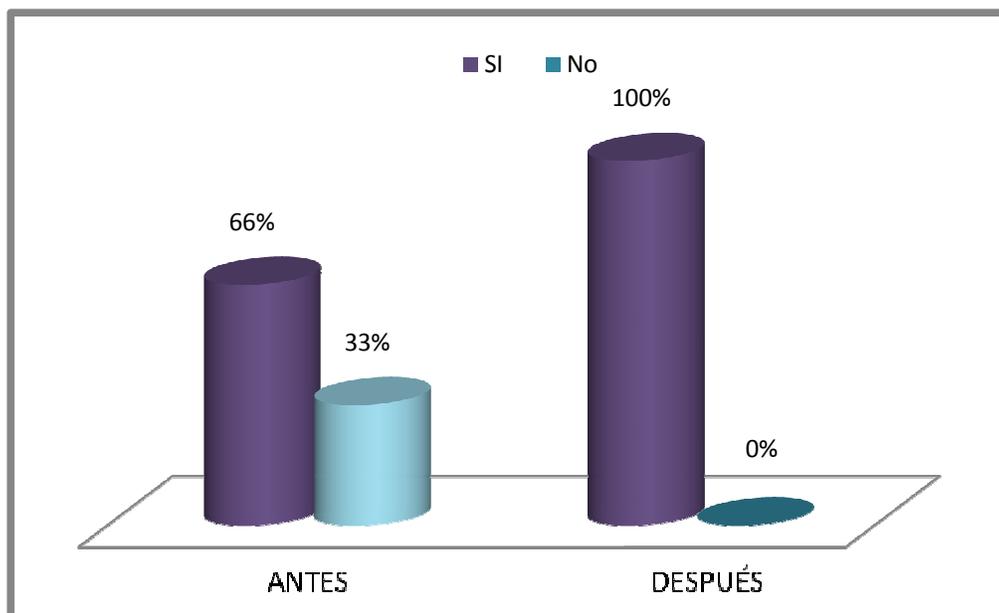
Fuente directa

Gráfica 4. Frecuencia con la que los padres asisten al dentista. 1. Cada mes, 2. Cada año, 3. Cada que presenta molestia.



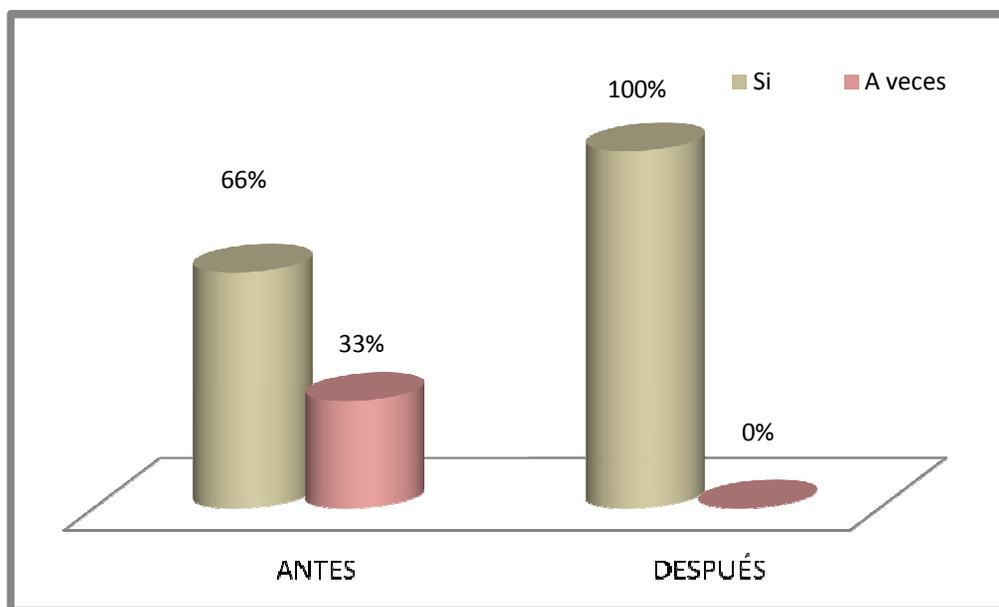
Fuente directa

Gráfica 5. Nivel de importancia que ocupa el cuidado dental en los padres. Antes y después de la plática.



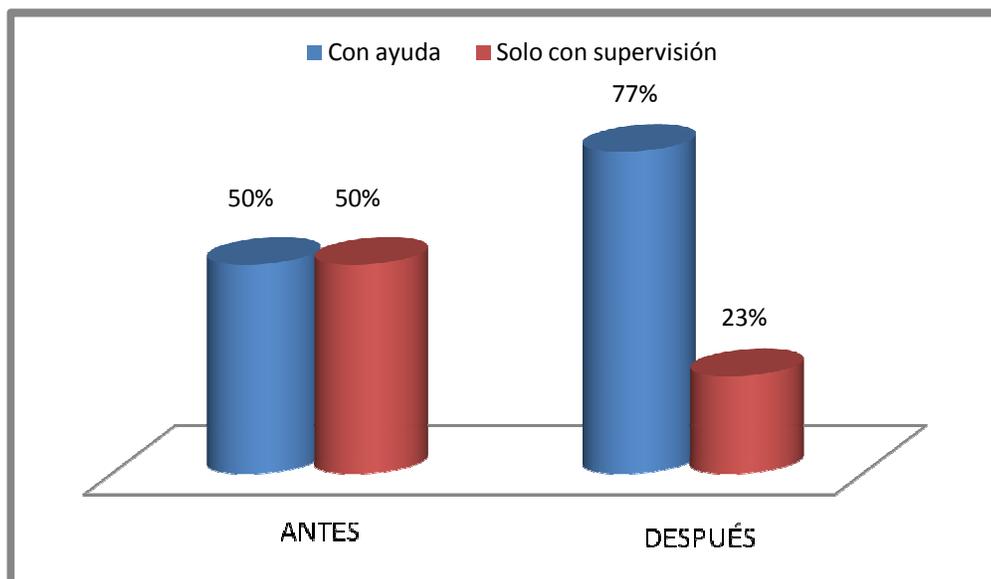
Fuente directa

Gráfica 6. ¿Acostumbra revisar los dientes de su hijo?. En esta gráfica, al aplicar por primera vez el cuestionario, los padres respondieron que si el 66%, que no el 33%, y después de la plática, el 100% respondió que sí.



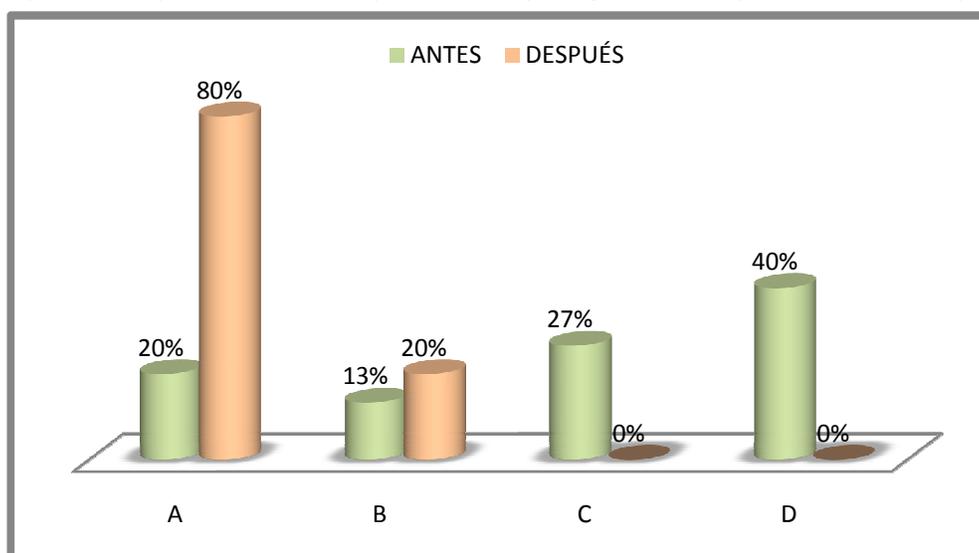
Fuente directa

Gráfica 7. ¿Acostumbra cepillar los dientes de su hijo?. En esta gráfica, al aplicar por primera vez el cuestionario, los padres respondieron que si el 66%, a veces el 33%, y después de la plática, el 100% respondió que si.



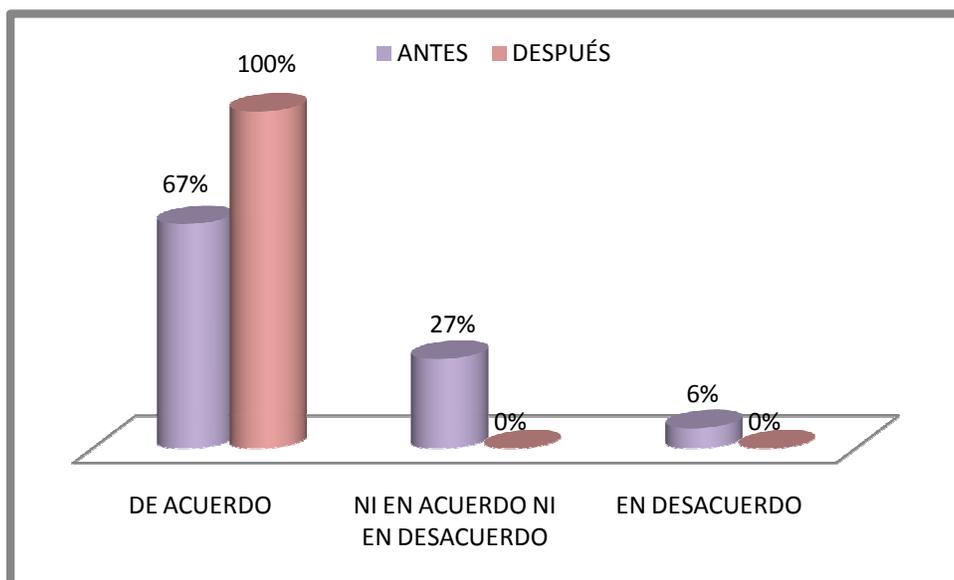
Fuente directa

Gráfica 8. ¿Cómo se cepilla su hijo los dientes?. En esta gráfica, al aplicar por 1ra vez el cuestionario, los padres respondieron que con ayuda el 50%, sólo con supervisión el 50% y después de la plática, el 77% respondió con ayuda y el 23% respondió sólo con supervisión.



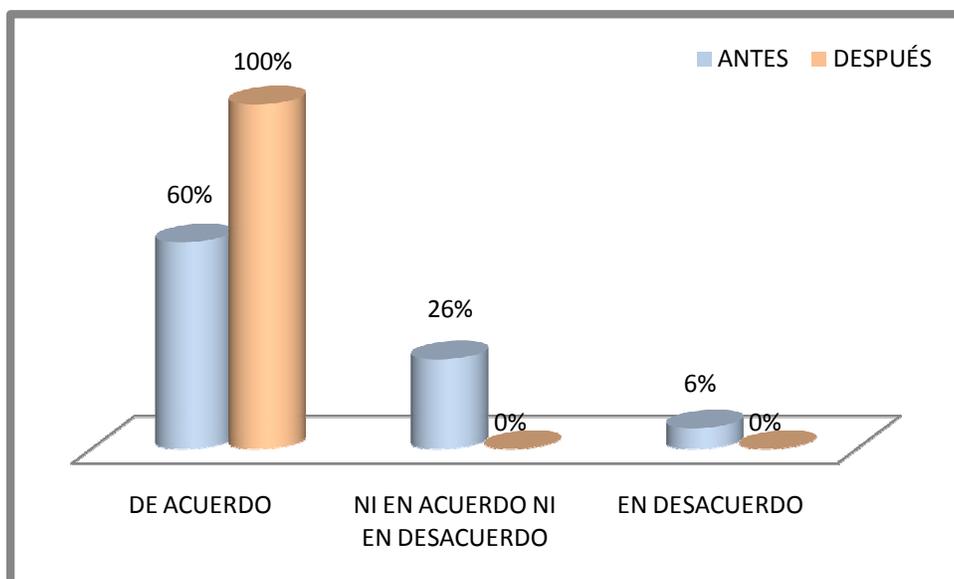
Fuente directa

Gráfica 9. ¿Desde qué edad cree necesario realizar su 1ra consulta odontológica? A) desde la erupción de su 1er diente B) desde su 1er año de vida C) hasta que aparezcan todos sus molares de "leche", D) hasta que mude completamente la dentición de "leche" y aparezcan los dientes definitivos.



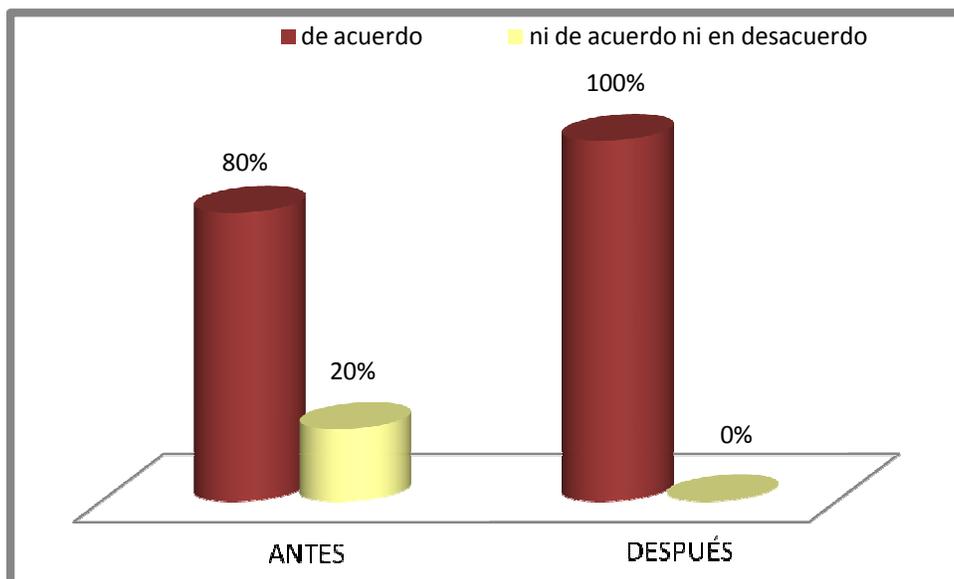
Fuente directa

Gráfica 10. ¿la caries dental es producida por bacterias? a) de acuerdo b) ni en acuerdo ni en desacuerdo c) en desacuerdo



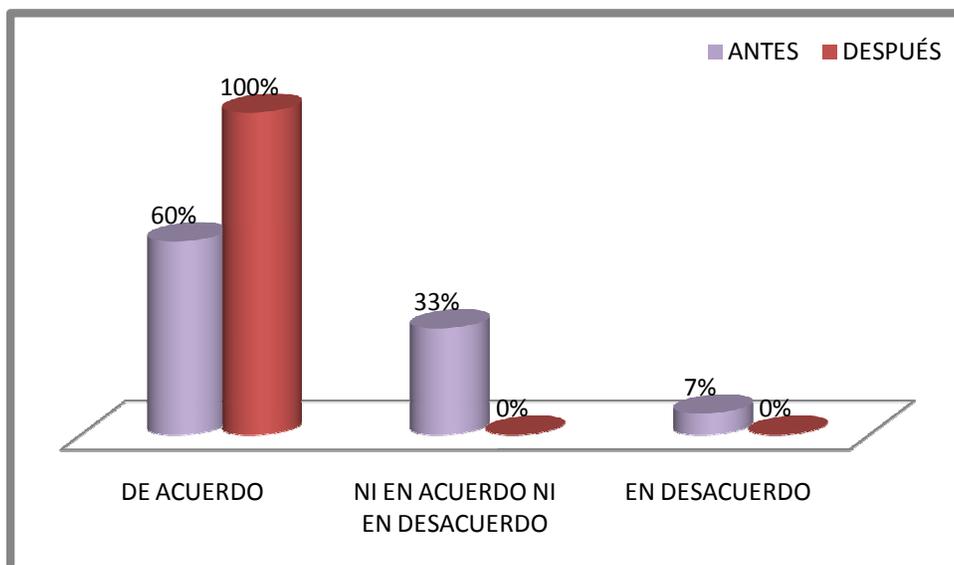
Fuente directa

Gráfica11. ¿La gingivitis es una enfermedad de las encías exclusivamente? a) de acuerdo b) ni en acuerdo ni en desacuerdo c) en desacuerdo.



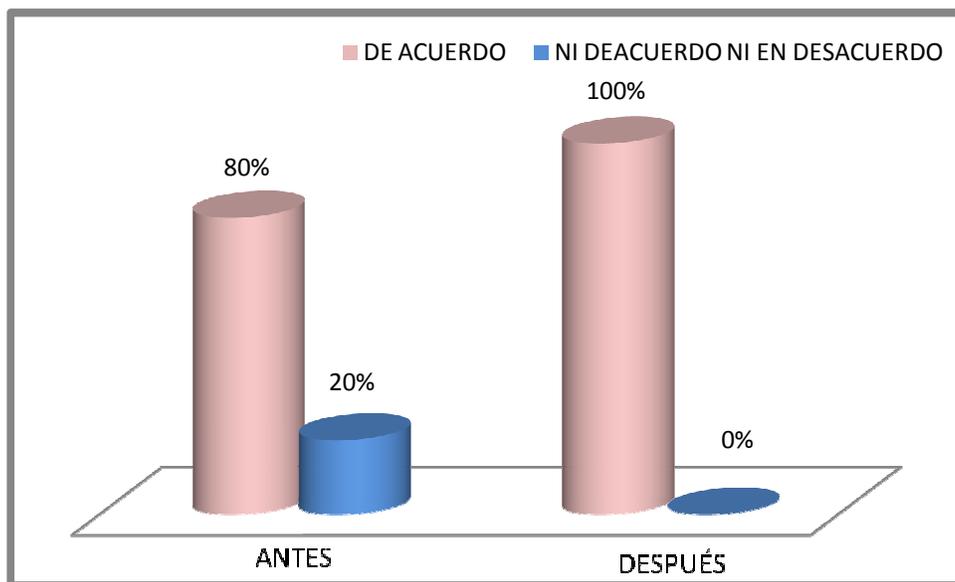
Fuente directa

Gráfica 12. ¿La caries dental es factible de ser prevenida con el cepillado dental? Las respuestas que proporcionaron los padres fueron: de acuerdo y ni de acuerdo ni en desacuerdo, antes de la plática, y después de ella, respondieron el 100% que estaban de acuerdo.



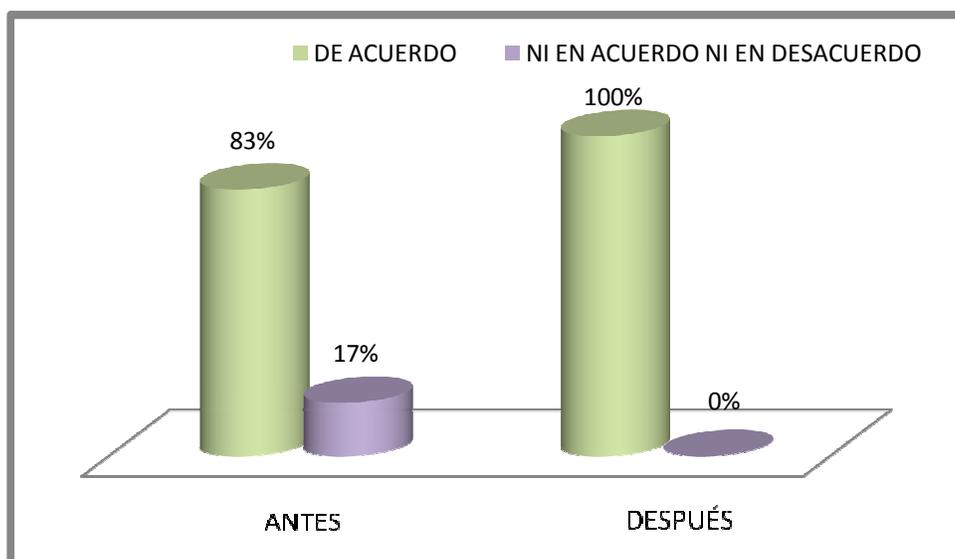
Fuente directa

Gráfica 13. ¿La placa dentobacteriana es un factor de riesgo para la caries dental, así como para el desarrollo de enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis)? Las respuestas que proporcionaron los padres fueron: de acuerdo y ni de acuerdo ni en desacuerdo, antes de la plática, y después de ella, respondieron el 100% que estaban de acuerdo.



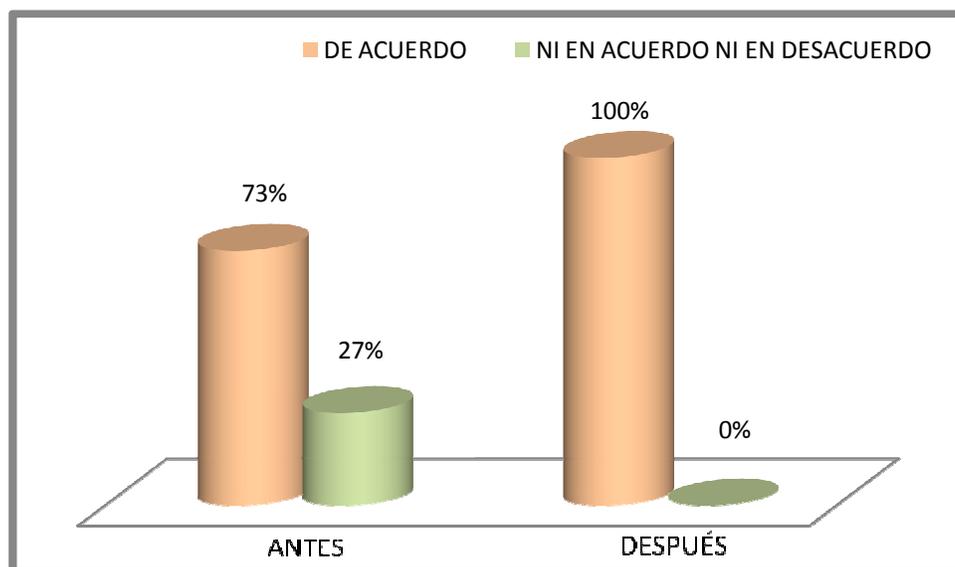
Fuente directa

Gráfica 14. ¿Se deben de cepillar los dientes de los pequeños después de cada comida? Las respuestas que proporcionaron los padres fueron: de acuerdo y ni de acuerdo ni en desacuerdo, antes de la plática, y después de ella, respondieron el 100% que estaban de acuerdo.



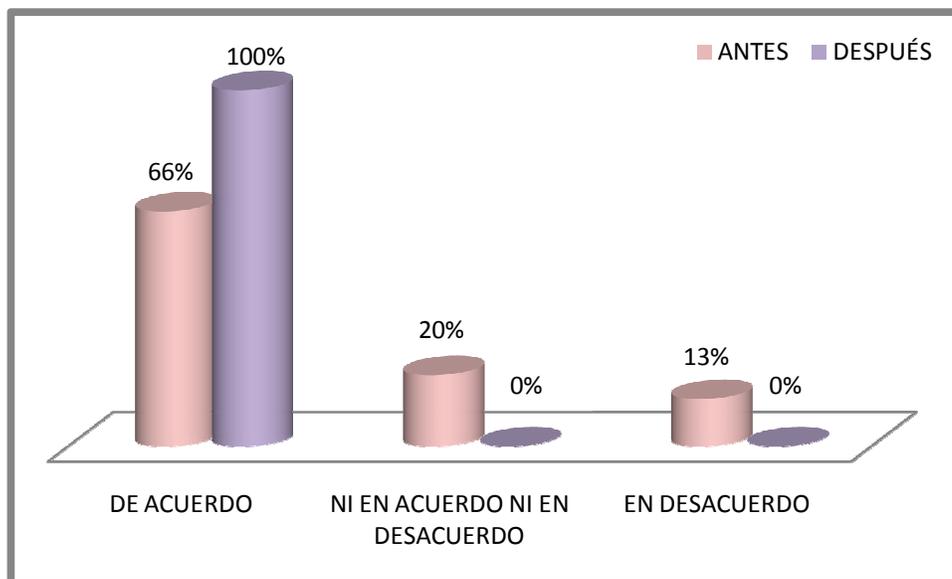
Fuente directa

Gráfica 15. ¿Los carbohidratos presentes en los alimentos participan activamente en el desarrollo de la caries de los pequeños? Las respuestas que proporcionaron los padres fueron: de acuerdo y desacuerdo, antes de la plática, y después de ella, respondieron el 100% que estaban de acuerdo.



Fuente directa

Gráfica 16. ¿Que los niños duerman con el biberón es un factor muy importante para que presenten caries a edad muy temprana? Las respuestas que proporcionaron los padres fueron: de acuerdo y ni de acuerdo ni en desacuerdo, antes de la plática, y después de ella, respondieron el 100% que estaban de acuerdo.



Fuente directa

Gráfica 17. ¿Existen tratamientos preventivos que se realizan en el consultorio dental tales como: la aplicación de fluoruro y selladores de fosetas y fisuras? Las respuestas que proporcionaron los padres fueron: de acuerdo y ni de acuerdo ni en desacuerdo, antes de la plática, y después de ella, respondieron el 100% que estaban de acuerdo.

10. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

El cuestionario constó de dos partes, en la primera parte, el objetivo era saber la actitud de los padres acerca de la salud bucal, como podemos observar en las gráficas correspondientes a cada pregunta, la segunda parte se realizó con el fin de conocer los hábitos que tenían los padres en cuanto a sus hijos y a ellos mismos, y por último, los conocimientos que presentaban acerca de la salud bucal.

Al implementar el programa de Educación para la Salud, adoptaron las técnicas adecuadas para corregir sus malos hábitos y se logró fomentar el interés tanto en los preescolares como en sus padres respecto a la higiene bucodental.

Estos resultados se ven reflejados en las gráficas que se presentan, por lo que se puede inferir que el Programa de Educación para la Salud Bucodental aplicado a los alumnos que tienen 4 y 5 años de edad, que asisten al CENDI DR. Rubén Leñero, obtuvo resultados favorables de acuerdo a los objetivos planteados.

10. CONCLUSIÓN

La caries y la enfermedad periodontal, en sus distintas formas, representan los problemas de salud más frecuentes en los niños de edad preescolar. La única posibilidad de mantener la salud bucodental, es prevenir estas enfermedades de forma precoz, antes de que éstas se instalen.

La comunidad tiene que conocer su repercusión y los medios existentes para actuar tanto individual como colectivamente.

Un programa preventivo básico bucodental debe intentar conseguir tres objetivos:

- Higiene bucal y asesoramiento dietético
- Realización de medidas preventivas como aplicación de fluoruro y selladores de fosetas y fisuras.
- Por último si se presentan casos de patologías bucales, su objetivo es la rehabilitación y tratamiento Odontológico Integral.

Un programa de salud bucodental va a actuar sobre el individuo (niños y padres), sobre el medio escolar (profesores), y sobre el ámbito sanitario (actividades odontológicas y de enfermería), en coordinación y colaboración con otras instituciones y recursos de salud bucodental.

El ámbito ideal para el desarrollo de los programas de salud bucodental son los equipos de atención primaria y los profesionales de salud bucodental integrados en los mismos, padres y profesores tienen un papel fundamental en la educación individual para la adquisición de hábitos higiénicos y dietéticos.

El Programa de Educación para la Salud que se implementó, cumplió con los objetivos trazados, se debe resaltar que la población a la que le fue implementado este programa, participó activamente y mostró gran interés en esta actividad, tanto los alumnos como los padres y profesores, por lo que se recomienda continuar con este tipo de programas para lograr sensibilizar a la población en general e informar de la importancia de preservar la salud bucodental.



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dra. Bertha Higashida, Odontología Preventiva. Editorial Interamericana ,2000. (3-141)pp.
2. Piedrola Gil et al. Medicina Preventiva y Salud pública,9^a edición Barcelona, ediciones Científicas y Técnicas 1991. (65-96)pp.
3. Norman. O. Harris y Franklin García Godoy. (2001). Salud para la Odontología. Dr. Hugo Rossetti (1995). Edit. Mc Graw Hill. (79-120)pp.
4. Forrest, Johon O. Odontología preventiva. Manual México Moderno 2^a Edición 1979.(26-52)pp.
5. Robert Ireland. Higiene Dental y tratamiento, Edit. El Manual Moderno,2008.(42-52)pp.
6. Lindhe. Jan Periodontología clínica. Edit., Medica Panamericana Buenos aires 1991 2^a. Edición.(86-94)pp.
7. Jenkins WMM. The prevention and control of chronic periodontal disease. En Murria JJ, ed, Prevention of oral disease. Oxford: Oxford University Press 1996.(75-93)pp.
8. ANDLAW RJ, Rock WP. Manual de Odontopediatría, México: Interamericana-Mc Graw Hill, 1994. (98-123)pp.
9. Ash M. A review of the problem and results of studies on manual an power toothbrushes. J Periodontol 1964. (25-31)pp.
- 10.<http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/28078.salud-buca.html>.
11. Bergstrôm J. Wer and hygiene status of toothbrushes in relation to some social background factors. Swedish Dent J. 1973. (56-63)pp.

12. María Salette Nahás Pires Corrêa. Odontopediatría en la Primera Infancia. Edit. Santos, 1ª Edición, 2009. (89-120)pp.
13. Bezerra, A.N.B.; Toledo, O.A. Nutrición dieta y caries. Edit. Artes Médicas; 3ª Edición, 2003. (56-60)pp.
14. Marshall, T. A. Dieta y nutrición en odontología pediátrica. 2003 (83-90)pp.
15. Romito, L.M. Introduction to nutrition and oral health. Dent Clin N Am 2003. (25-30)pp.
16. Riethe Peter. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador. México, Edit. Salvat. 1990 Tomo III. (49-58)pp.
17. <http://inviomed.org>
18. <http://www.ssa.gob.mx>
19. Nizel, Abraham E. Nutrición in clinical dentistry. 3ª Edición. Philadelphia W. B. Saunders. 1989.(58-72)pp.
20. <http://www.salud.gob.mx/>
21. <http://www.bbmundo.com/bbsalud>
22. The complete guide to better dental care, de Jeffrey F. Taintor, DDS, MA y Mary Jane Taintor, Revista de Salud pública 1997.(43-52)pp.
23. Mendoza Susana Conde. Salud comunitaria. Diagnóstico-estrategias-participación. Edit. Espartaco, México 1999.(84-92)pp.
24. Newburn Ernest. Cariología. Versión española. México Limusa traducción de Cariology, 1984.(42-46)pp.
25. Glickman. Irving Periodontología Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Periodontal. 2ª Edición Buenos Aires. Edit. Mundi. (56-62)pp.

26. Salette Nahás María. Salud Bucal del Bebé al Adolescente. .Livraria Santos Editora Ltda., 2009. (67-142)pp.
27. Baños F, Román, Refugió J, Placa dentobacteriana revista ADM, vol LX No. 1 Enero- Febrero 2003.(15-17)pp.
28. Shiblyn O, Rifai S, Zambon JJ. Supragingival dental plaque in the etiology of oral disease. Periodontology 2000.
29. Vargas Armando, dra. Verónica P. Palacios. Educación para la salud, Mc Graw Hill, México 1993. (84-95)pp.
30. Diana E. Papalia, Psicología Del Desarrollo, 8ª Edición, Mc Graw Hill, México 2001. (323-452)pp.
31. Diana E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Psicología, Mc Graw Hill Interamericana, 2002, (438-444).pp.
32. María L. A Juárez A, López, Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedad Periodontal en preescolares de la ciudad de México, Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza, UNAM, México, D.F., México, 16 de Agosto 2004.
33. Franco A, Santamaría A, El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres Medellín, Colombia. 2004.
34. Dra. Socorro M, Gómez D, Hábitos de higiene bucal de niños entre 15 y 20 meses de edad.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

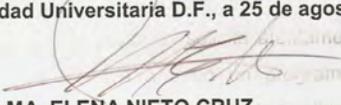
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL**

**MARÍA DE LOURDES GARCÍA CAMPOS
DIRECTORA DEL CENDI
" RUBEN LEÑERO "**

Por medio de la presente solicito atentamente a usted, que la pasante Alma Patricia Ruiz Parada, lleve a cabo un programa de salud bucodental, dirigido a niños preescolares y a las madres, con la finalidad de establecer estrategias didácticas que conduzcan a los pequeños a tener salud bucal.

Sin otro particular y en espera de contar con su aprobación para poder llevar a cabo dicho programa, me es grato reiterarle la seguridad de mi atenta y distinguida consideración.

Atentamente
" POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU "
Ciudad Universitaria D.F., a 25 de agosto de 2010



C.D. MA. ELENA NIETO CRUZ
COORDINADORA



SECRETARÍA DE SALUD
Dirección de Recursos Humanos
Centro de Desarrollo Infantil
"Rubén Leñero"
Clave 8000004000

Recibí Obicio
27/08/10

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La información que nos proporcione será de gran utilidad para diseñar programas de Educación para la Salud Bucodental dirigido al auto cuidado de los preescolares.

RESPONSABLE: MADRE PADRE SEXO: F M
EDAD: _____

1. ESCOLARIDAD

a) Ninguna b) primaria c) secundaria d) preparatoria e) educa. Técnica f) licenciatura g) especialidad

2. OCUPACIÓN

a) hogar b) empleado c) independiente d) jubilado

3. ¿Cada cuando asiste al dentista?

a) Cada mes b) cada año c) sólo cuando presenta molestias d) no asiste

4. ¿Qué nivel de importancia ocupa en su vida el cuidado dental?

a) muy importante b) poco importante c) nada importante

5. ¿Acostumbra revisar los dientes de su hijo?

a) si b) no c) a veces

6. ¿acostumbra cepillar los dientes de su hijo?

a) si b) no c) a veces d) nunca

7. ¿Cómo se cepilla su hijo los dientes?

a) Solo b) con ayuda c) solo con supervisión d) solo sin supervisión

8. ¿Desde qué edad cree necesario realizar su primera consulta odontológica?
- a) desde la erupción de su primer diente b) desde el 1er año de vida c) hasta que aparezcan todos sus molares de “leche”. d) hasta que mude completamente la dentición de “leche” y aparezcan los dientes definitivos.
9. La caries dental es producida por bacterias
- a) de acuerdo b) ni en acuerdo ni en desacuerdo c) en desacuerdo
10. La gingivitis es una enfermedad de las encías exclusivamente?
- a) de acuerdo b) ni en acuerdo ni en desacuerdo c) en desacuerdo
11. La caries dental es factible de ser prevenida con el cepillado dental
- a) de acuerdo b) ni de acuerdo ni en desacuerdo c) en desacuerdo
12. La placa dentobacteriana es un factor de riesgo para la caries dental, así como para el desarrollo de enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis).
- a) de acuerdo b) ni en acuerdo ni en desacuerdo c) en desacuerdo
13. Se deben de cepillar los dientes de los pequeños después de cada comida?
- a) de acuerdo b) ni en acuerdo ni en desacuerdo c) en desacuerdo
14. Los carbohidratos presentes en los alimentos participan activamente en el desarrollo de la caries de los pequeños.
- a) de acuerdo b) ni en acuerdo ni en desacuerdo c) en desacuerdo
15. Que los niños duerman con el biberón es un factor muy importante para que presenten caries a edad muy temprana
- a) de acuerdo b) ni en acuerdo ni en desacuerdo c) en desacuerdo
16. Existen tratamientos preventivos que se realizan en el consultorio dental tales como: la aplicación de fluoruro y selladores de fosetas y fisuras.
- a) de acuerdo b) ni en acuerdo ni en desacuerdo c) en desacuerdo