



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
BUCODENTAL APLICADO A ALUMNOS QUE CURSAN
PREESCOLAR EN LA ESCUELA JARDÍN DE NIÑOS
JAPÓN.2011.

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:

ARIANNA IRAZEMA HERNÁNDEZ BARRIONUEVO

TUTOR: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: Esp. GUADALUPE CRUZ CHÁVEZ



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.

A Dios:

Por ayudarme a terminar este proyecto, gracias por darme la fuerza y el coraje para hacer este sueño realidad, por haberme dado la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible alcanzar este triunfo.

A mami:

Gracias por todo tu apoyo, y todas las noches de desvelo que te quedaste a mi lado, por creer en mí y por todo tu cariño y comprensión, por todo lo que me enseñaste y por ser la mejor mami del mundo.

A mi papá:

Gracias por todo lo que me has dado, por el apoyo incondicional, por el cariño y por brindarme la oportunidad de formarme como profesionista.

A mi hermana:

Por ser esa estrella que ilumina mi camino, por ayudarme en todo y por estar conmigo siempre, por ser tú, y por quererme tanto. Te quiero hermanita!

A mi tía mari:

Por ser parte de mi formación profesional y por ser mi paciente cuando más lo necesitaba, por tu paciencia y por creer en mí. Eres mi tía favorita.

A cesar:

Por ser mi mejor amigo y apoyarme siempre en las buenas y en las malas, por estos casi 6 años de amistad y por estar conmigo hasta el final; recuerda "juntos hasta la muerte".

A julio:

Gracias por apoyarme, amarme y soportar mis desplantes, por toda la ayuda que me brindaste para realizar este proyecto, por hacerme feliz y por ser tú. Te amo

A todos mis profesores y todos mis amigos: GRACIAS!!!!!!

ÍNDICE

Introducción

1	Antecedentes.....	8
2	Marco teórico.....	12
2.1	Conceptos.....	12
2.1.1	Educación para la salud.....	12
2.1.2	Promoción de la salud.....	13
2.2	Programas de salud.....	15
2.3	La dinámica del cambio.....	17
2.3.1	Cambios físicos.....	17
2.3.1.2	Cuerpo.....	17
2.3.1.3	Cambios dentales.....	17
2.4	Aspecto psicosocial en niños de 2 a 7 años de edad.....	19
2.4.1	Edad preescolar.....	19
2.4.1.2	Etapas del desarrollo (Piaget).....	19
2.5	Salud bucal del niño.....	22
2.6	Odontología preventiva.....	23
2.6.1	Niveles de prevención.....	24
2.6.2	Proceso educativo.....	25

2.6.3	Medida de prevención primaria.....	26
2.6.4	Selladores de fosetas y fisuras.....	31
2.6.5	Higiene bucal.....	32
2.6.6	Técnicas de cepillado en niños.....	33
2.6.7	Nutrición.....	35
2.7	Caries.....	36
2.7.1	Etiología de la caries.....	37
2.7.2	Placa bacteriana.....	39
3	Planteamiento del problema.....	41
4	Justificación.....	43
5	Objetivos.....	45
6	Programa de Educación para la Salud Bucodental aplicado a alumnos que cursan preescolar en el jardín de niños Japón.....	46
6.1	Contenido temático.....	46
6.2	Metas.....	46
6.3	Estrategias.....	46
6.4	Limites del programa.....	47
6.4.1	De espacio.....	47
6.4.2	De tiempo.....	47

6.5	Actividades.....	47
6.5.1	cronograma de actividades.....	48
7	Resultados.....	52
7.1	evaluación del programa.....	57
8	Conclusiones.....	59
9	Bibliografía.....	61
10	Anexos.....	63

Introducción:

Las caries es una de las enfermedades más frecuentes de la boca, esta enfermedad representa un problema de salud pública que afecta no solo a niños, sino que, los jóvenes y adultos también se ven afectados. A pesar de los esfuerzos que se han realizado por parte del sector salud, no han sido suficientes para poder erradicar esta enfermedad; se han realizado diversas campañas de salud bucal, pero no se han obtenido los resultados deseados, por ello es necesario implementar los programas de salud bucodental dirigidos a poblaciones más vulnerables, es decir, los que presentan más riesgo a desarrollar esta patología.

Los programas educativos en el campo de la salud bucal, se fundamentan en el efecto de la estimulación a través pláticas informativas, videos, demostraciones etc., constituyen las condiciones necesarias para desarrollar o cambiar patrones de conducta que permitan el alcance de niveles de salud bucal óptimos.

Es importante llevar a cabo atención primaria en salud bucal en preescolares, ya que en su mayoría, los programas de salud bucal, van dirigidos a la población en edad escolar y adultos jóvenes.

Consciente de ello, los profesionales de la salud bucodental han hecho un esfuerzo por realizar diversos programas de salud bucodental infantil, que consisten en una serie de medidas preventivas, como son, técnica de cepillado adecuada a la edad de la población, ya sean preescolares o escolares, colocación de selladores de fosetas y fisuras, aplicación tópica de fluoruro y una alimentación baja en carbohidratos, con la finalidad de prevenir

la caries y efectos nocivos que ésta conlleva , contemplando también algunos tratamientos que cubren las patologías más frecuentes que se presentan en la infancia.

Antecedentes

La salud bucodental es primordial en las condiciones generales de salud en la población. La caries dental es la enfermedad más común entre los niños, aproximadamente 90% de los escolares (5 a 17 años) presentan caries dental. Sin embargo, gracias a la intervención temprana, la caries dental puede evitarse o tratarse a un menor costo.

Pese a esto, la atención primaria en salud bucodental, en su mayoría, va dirigida a la población en edad escolar, dejando fuera a la población en edad preescolar.

Estudios epidemiológicos sobre salud bucodental realizados en preescolares en Europa, revela que entre el 5-11% de los preescolares deben ser considerados de alto riesgo de caries, los índices de restauración en dentición temporal son muy bajos, y se demostró que existe una asociación entre el nivel socioeconómico y caries, en los países industrializados los preescolares inmigrantes presentan peores niveles de salud oral que sus homónimos no inmigrantes.²⁴

Por otro lado la organización panamericana de la salud señala que las familias con bajos recursos, los grupos con menor desarrollo social y aislados geográficamente, además de los migrantes y los individuos con capacidades diferentes, son los que menor cuidado reciben y se encuentran con mayor riesgo de enfermedades bucales.²⁵

Dado que la OMS no incluye hasta el presente, la edad de 3 y 4 años entre los grupos prioritarios en las encuestas epidemiológicas de salud oral, no ha podido analizar la situación oral en los preescolares, sin embargo, en Andalucía, España en 2002, se realizó un programa denominado “aprenda a sonreír” que abarca a los escolares de 3 a 12 años de edad y cubre a los preescolares de 1 a 3 años.²⁴

En Europa, la situación en relación a los programas en preescolares es variable teniendo a los países escandinavos la cobertura a estas edades es muy elevada, hasta otras situaciones donde el sector público no interviene en estos grupos etarios. En Francia o Alemania la situación hasta el presente es la cobertura de todos los tratamientos restauradores (incluyendo dentición temporal). Los costos son asumidos en primera instancia por los padres para ser reembolsados al 70%.²⁴

La ADM en un esfuerzo por sensibilizar a la población acerca de la importancia que tiene la prevención para disminuir el efecto dañino a los problemas bucodentales, realizó el “Programa de salud bucodental del preescolar ADM” en el periodo 2010-2011, el cual logro gran éxito y beneficio a 19,880 preescolares y se registraron 175 jardines de niños durante el ciclo escolar. Para lograr el éxito del programa de salud participaron 103 colegios de dentistas con 923 odontólogos afiliados a la A. D. M. participando voluntariamente.²⁶

Los preescolares incluidos en el programa se beneficiaron con cada fase de este, logrando así la meta que fue “jardín de niños libre de caries”. Entre los estados que participaron en dicho programa destacó Chihuahua, que encabezó la lista de “jardín de niños libre de caries” del “Programa de salud bucodental del preescolar ADM”, con 5 jardines de niños inscritos en el programa, también destacaron estados como Nuevo León, Baja California Norte en la Cd. De Ensenada y Sonora entre otros.²⁶

Las actividades del programa constaron de tres fases:

1º fase del PSBP ADM: práctica guiada del cepillado bucal, pláticas de higiene oral, salud bucal y prevención de enfermedades orales, orientación sobre alimentación saludable para el recreo, caricaturas sobre higiene y salud bucal a preescolares.²⁶

2º fase: incluye la evaluación de las condiciones de salud bucal de los preescolares con un reporte para padres de familia y su referencia a los consultorios de los dentistas participantes.²⁶

3º fase: aplicación de tratamientos preventivos como barniz de flúor y selladores de fosetas y fisuras.²⁶

Concretamente y refiriendo a la etapa preescolar se recomienda monitorizar lo siguientes indicadores:²⁴

- ✚ Prevalencia de cepillado diario con pasta fluorada.²⁴
- ✚ Prevalencia de mares con niño en edad preescolar que tenga conocimiento de los efectos anticaries de la pasta fluorada.²⁴

- ✚ Porcentaje de preescolares con revisión dental rutinaria en los últimos 12 meses.²⁴
- ✚ Porcentaje de preescolares con al menos una caries sin tratar.²⁴

Es importante que todos los programas de salud bucal en preescolares incluyan la enseñanza de cepillado a los padres y recomendar pasta fluorada, dar recomendaciones de suplementos orales de flúor cuando estén indicadas²⁴, un plan de alimentación bajo en carbohidratos y la visita periódica al odontólogo.

2. Marco teórico

2.1 Conceptos

2.1.1 Educación para la salud

La educación para la salud es cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta, que conduzcan a la salud. (Green y col.)¹

La OMS define la educación para la salud como “el proceso planeado y manejado de investigación para lograr mejorar la salud en una población”.²

La educación para la salud es el proceso por medio del cual se le da a las personas información que les permite ejercer mayor grado de control sobre su propia salud”. Por lo general este término se interpreta como proporcionar a los pacientes personalmente información relevante acerca de su salud dental, con base en las evidencias científicas. Las habilidades necesarias comprenden comunicación, motivación, enseñanza y capacitación de individuos y pequeños grupos.²

La educación para la salud es un proceso que aborda no solamente la transmisión de la información en salud, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y el autoestima necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la *salud*, en ello se incluye la información que se refiere a los factores *de* riesgo y comportamientos *de* riesgo, así como su contraparte.

La educación para la salud es la mezcla de experiencias de aprendizaje planteadas para modificar voluntariamente la conducta de la población respecto a su salud.

La educación para la salud se interesa en la conducta en relación con la salud de la gente. Por lo tanto, debe tomar en consideración las fuerzas que afectan esa conducta, y el papel de la conducta humana en el fomento de la salud y la prevención de enfermedades.¹

La educación para la salud es una disciplina que estudia y desarrolla los procesos que permiten generar pautas de conducta -individuales y colectivas-favorables a la salud a través de distintos niveles de acción que van desde la transmisión de información hasta la reflexión y participación conjunta de los integrantes de dicho proceso educandos-educadores.³

2.1.2 Promoción de la salud

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia, mejorarla.⁴

La OMS la define como el proceso planeado y dirigido a fomentar y apoyar las mejoras en la salud de una población, de manera distinta de la provisión de los servicios al cuidado de la salud. Esta promoción incluye:²

- Aumentar el conocimiento individual acerca de las funciones del cuerpo y cómo prevenir enfermedades.²

- Incrementar la competencia en el uso del sistema al cuidado de la salud. ²³
- Incrementar la conciencia acerca de los factores políticos y ambientales que influyen en la salud. ²

Es una responsabilidad social, la cual necesita ser la prioridad en la toma de decisiones de organizaciones y gobiernos. La promoción de la salud implica un cambio en la política pública y acciones comunitarias que permitan que la gente tome decisiones en su vida. Milio (1986) encapsuló la promoción de la salud estableciendo que ésta era “hacer que la elección saludable sea la elección más sencilla”. ²

La carta de Ottawa

En 1986, la Carta de Ottawa fue definida por la OMS. Ésta identifica cinco temas clave para la promoción de la salud: ²

1. Construir una política pública de salud
2. Crear ambientes de apoyo
3. Desarrollar habilidades personales a través de la información y educación acerca de la salud y habilidades vitales.
4. Reforzar la acción de la comunicación
5. Reorientar los servicios de salud hacia la prevención y promoción de la salud.

2.2 Programas de salud

Un programa eficaz de educación para la salud debe enfocarse en ayudar al individuo a comprenderse mejor así mismo, saber qué es lo que lo hace funcionar, tener respeto por sí mismo. Un programa así deberá ayudar a las personas a sentirse bien respecto de otras personas y tener un sentido de la responsabilidad hacia sus vecinos y seres humanos. Estos individuos estarán mejor preparados para pensar por sí mismos, tomar decisiones propias y fijarse metas realistas. (Darden).¹

Un programa de salud, es un conjunto de acciones implementadas con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. De esta forma, las profesionales de la salud promueven campañas de prevención y garantizan el acceso a los servicios de salud en centros de atención.⁶

Para planear un programa preventivo de educación para la salud, es fundamental iniciar dando respuestas específicas a los problemas y a las necesidades identificadas y sentidas por la población. Un buen programa se inicia por el diagnóstico de la situación de salud, utilizando las estrategias y técnicas para la identificación y valoración de problemas, necesidades y recursos de la comunidad beneficiaria de un programa. Los objetivos y la meta son los criterios básicos para determinar logros, avances, éxitos o fracasos de un programa, éstos deben ser específicos y medibles en términos de tiempo, espacio y características muy concretas. Se debe diseñar el plan de evaluación con las variables que permitan saber si efectivamente se lograron objetivos y metas propuestas. Esta evaluación se debe hacer durante el programa y no solo a su término, ya que así no se tendrá oportunidad de corregir errores o modificar algún aspecto que esté funcionando mal.²³

Los programas de salud pública y de promoción de la salud pueden ayudar a mejorar la salud, reducir riesgo de enfermedades, dar tratamiento a enfermedades crónicas y dar bienestar y autosuficiencia a individuos y comunidades.⁵

Un programa de salud tiene su propio protocolo, el cual puede ser:

Fase 1:

Introducción

Antecedentes

La misión que cumplirá el programa.

Fase 2:

Diagnóstico de la situación actual

El plan (con la programación de actividades)

Conclusiones respecto a los resultados que se esperan conseguir.

El programa de salud es una estrategia para fomentar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención. Tratamiento y recuperación de la salud.⁶

Por otro lado Winslow señala que los programas de promoción y educación para la salud son realizados con el objetivo de promover y conservar la salud, prevenir enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia.⁷

2.3 La dinámica del cambio

2.3.1 Cambios físicos

2.3.1.2 Cuerpo

A la edad de tres años, los niños promedio alcanzan una estatura de 96.5 cm y un peso de 15kg. Las niñas miden 1 cm menos y pesan 250g menos, que los varones. En los próximos tres años, los niños y niñas ganan un promedio de 5kg de peso y 10 cm de estatura por año. En general los niños son un poco más altos y pesados que las niñas durante este periodo.²⁷

Los niños tienen predisposición a conservar su peso y estatura en comparación con los otros, durante el periodo preescolar; es decir, los niños que son altos o pesados a los dos años tienen probabilidad de serlo a los cinco años en comparación con sus contemporáneos (Meredith, 1965).²⁸ No obstante, no se trata de una correlación absoluta, ya que el crecimiento del cuerpo continúa siendo evidente durante el periodo preescolar. En esta etapa la cabeza crece con lentitud, mientras las extremidades lo hacen con gran rapidez, y el tronco, con rapidez intermedia. Durante este periodo preescolar de tres a seis años, el cartílago es sustituido por hueso, y todos los huesos del cuerpo se calcifican y endurecen más.²⁷

2.3.1.3 Cambios dentales

En la cronología de la dentición infantil se observa que el desarrollo de las raíces se ha completado hacia los tres años, éste representa un periodo estable a nivel clínico. No obstante, éste periodo es importante respecto al desarrollo de las coronas clínicas de la dentición secundaria y la erupción

subsecuente de la misma. También comienza la rizólisis de los incisivos primarios, durante los últimos seis meses de este periodo. ²⁷

Durante esta etapa la dentición está compuesta por 20 dientes, 10 en el maxilar superior y otros 10 en el inferior.

Los dientes temporales no sólo cumplen una función masticatoria, sino también articuladora, es decir, la correcta pronunciación de algunos fonemas puede alterarse en caso de alteración de dientes temporales. Por ello, es muy importante el cuidado de los dientes y la corrección de los malos hábitos en este periodo. ²⁹

Dientes de Leche		Edad en que salen los dientes (en meses)	Edad en que se caen los dientes (en años)
Deintes de Arriba			
Incisivo Central	9.6	7.0	
Incisivo Lateral	12.4	8.0	
Colmillo (Cúspide)	18.3	11.0	
Primer Molar Primario	15.7	10.0	
Segundo Molar Primario	26.2	10.5	
Deintes de Abajo			
Segundo Molar Primario	26.0	11.0	
Primer Molar Primario	15.1	10.0	
Colmillo (Cúspide)	18.2	9.5	
Incisivo Lateral	11.5	7.0	
Incisivo Central	7.8	6.0	

Fuente: <http://bauldeloqopedia.blogspot.com/2010/04/la-denticion.html>

2.4 Aspectos psicosocial en niños de 2 a 7 años de edad.

2.4.1 Edad preescolar

2.4.1.2 Etapas del desarrollo (Piaget)

Desde los 2 a los 7 años de edad

Los niños adquieren el lenguaje y aprenden que pueden manipular los símbolos que representan el ambiente. En esta etapa pueden manejar el mundo de manera simbólica, pero todavía no son capaces de realizar las operaciones mentales reversibles. Es por ello que Piaget (1967) denominó a este periodo la etapa preoperacional del pensamiento.

Piaget lo llamó así a la segunda etapa del pensamiento porque una operación mental requiere pensamiento lógico, y en esta etapa los niños aún no tienen la capacidad para pensar de manera lógica. En lugar de ello los niños desarrollan la capacidad para manejar el mundo de manera simbólica o por medio de representaciones. Es decir, desarrollan la capacidad para imaginar que hacen algo en lugar de hacerlo realmente. Por ejemplo, un niño en la etapa sensoriomotora del desarrollo aprende cómo jalar un juguete por el piso, un niño que ha alcanzado la etapa preoperacional desarrolla una representación mental del juguete y una imagen mental de cómo jalarlo. Si el niño puede usar palabras para describir la acción, la está cumpliendo mental y simbólicamente con el empleo de las palabras. Uno de los principales logros de este periodo es el desarrollo del lenguaje, la capacidad para pensar y comunicarse por medio de palabras que representan objetos y acontecimientos.

➤ Juego Simbólico:

Se hace más frecuente cada año del periodo preoperacional. Un niño de 2 años puede utilizar un objeto (como osito de felpa) para simbolizar otro (como su mamá). A medida que los niños se hacen mayores, simulan una serie de hechos, como ir de compras, jugar a la casita, o jugarán al doctor y harán que mamá y papá vayan al hospital. Buena parte del juego simbólico de niños de 5 o 6 años

Requiere la participación de otros niños, por ejemplo, juegan a la tienda o a policías y ladrones.

➤ Razonamiento Transductivo:

Obtener piezas separadas de información y unir las para formar una hipótesis o llegar a una conclusión.

➤ Sincretismo:

Consiste en cometer errores de razonamiento al intentar vincular ideas que no están relacionadas. Mamá tuvo un bebé la última vez que fue al hospital, de modo que la próxima vez que vaya al hospital se esperará erróneamente que traiga a casa otro bebé.

➤ Egocentrismo:

El egocentrismo es la incapacidad para tomar el lugar de otro para imaginar el punto de vista de otra persona.

➤ Animismo:

Consiste en atribuir a los objetos inanimados cualidades de los seres vivos. Los niños suelen hacerlo con objetos que representan figuras vivas, como animales disecados o muñecos de juguete.

➤ **Centración:**

Parte de la razón por la cual los niños en la etapa preoperacional no pueden pensar de manera lógica es que concentran la atención en un aspecto o detalle de la situación a la vez y son incapaces de tomar en consideración otros detalles. Esta tendencia es conocida como **centración**.

➤ **Conservación:**

La tendencia a practicar la **centración** se revela en las tareas de **conservación**. Por ejemplo, los niños pueden llegar a la conclusión de que hay más agua en un plato poco profundo que en un vaso porque el plato es más ancho, aunque hayan visto que el agua era vertida del vaso al plato.

➤ **Clasificación**

Clasificar significa que es posible pensar en los objetos en términos de categorías o clases. Los niños en la etapa preoperacional muestran la capacidad limitada para clasificar los objetos en categorías.

➤ **Irreversibilidad**

Los niños de la etapa preoperacional también cometen errores de pensamiento por causa de la **irreversibilidad**, es decir, su incapacidad para reconocer que una operación puede realizarse en ambos sentidos. Por ejemplo, no entienden que si se vierte agua de un recipiente alto a uno extendido, puede trasvasarse otra vez al primer recipiente, manteniendo la misma cantidad de agua. Los niños de la etapa preoperacional no pueden aceptar mentalmente que sea posible recuperar el estado original.⁸

2.5 Salud bucal del niño

La caries dental constituye el trastorno de salud oral que más afecta a los niños. Es una enfermedad infecciosa de origen bacteriano no específico, de carácter multifactorial que causa la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo ácido de las bacterias capaces de fermentar a carbohidratos.

Son considerados factores de riesgo sociales, el estrato socioeconómico, el estilo de vida y el nivel cultural, que al interrelacionarse con los factores biológicos definen el perfil de riesgo de cada individuo. A pesar de los esfuerzos realizados por muchos países y organizaciones internacionales y locales para disminuir la frecuencia de la caries dental en la población, esta patología continúa siendo un problema de salud pública importante entre los niños de los países latinoamericanos.⁹

Los factores dietéticos que influyen en el desarrollo de la caries en preescolares, se encuentran el uso del biberón con líquido endulzado, ya sea leche o jugo durante el sueño del niño, los ácidos de las bebidas azucaradas debilitan el esmalte y favorecen el desarrollo de la caries (3)¹⁰

Otro factor dietético el uso del biberón y de la lactancia materna más allá del año de edad, debido a la exposición prolongada de los dientes del niño a los sustratos cariogénicos presentes en la leche. Asimismo, el consumo de caramelos o jugos azucarados y el uso de chupones con sustancias dulces son factores que influyen en el desarrollo de la caries.¹¹

Entre los factores ambientales se describen las malas condiciones socioeconómicas, el bajo nivel educativo y la higiene oral inadecuada. Resulta difícil evaluar en forma objetiva la frecuencia, calidad y constancia del cepillado en edad preescolar. Por otro lado, la prevalencia de caries en niños de clases sociales deprimidas, puede estar asociado al difícil acceso a los servicios de salud.³

2.6 Odontología preventiva

En una rama de la odontología, es la ciencia que se encarga del estudio y conocimiento del medio bucal y sus implicaciones microbiológicas e inmunológicas en la prevención de enfermedades. Incluye técnicas de prevención y control de enfermedades bucodentales e informa a la población acerca de los beneficios que se obtienen si se toman estas medidas.¹²

Cuando no es posible la prevención es muy útil el diagnóstico precoz para minimizar sus consecuencias y simplificar el tratamiento.¹³

Prevención y diagnóstico precoz son, los pilares de la medicina preventiva y las enfermedades de la boca no son una excepción.¹³

La odontología preventiva, se basa en prevenir o evitar la aparición de diferentes enfermedades, o a lo sumo, disminuir el grado de malignidad o destrucción de las estructuras bucodentales en el caso que aparezcan.¹³

Si se conocen las causas de las enfermedades de la cavidad bucodental se pueden evitar, aunque este muy extendido el concepto fatalista de pensar en

el desgaste de los dientes como parte de un proceso natural de degeneración el que cada cierto tiempo se dañen los dientes y acudir al dentista para que lo solucione, entonces el odontólogo jugaría un papel pasivo en esta situación , ya que si se actúa sobre las causas responsables de este proceso se está no sólo corrigiendo algunos defectos sino mas bien curando una enfermedad. ¹³

Los beneficios serán mayores cuanto antes se ponga en marcha un programa preventivo o más rápidamente se detecte la enfermedad. ¹³

Por lo tanto la odontología preventiva tiene como finalidad interponer barreras que interfieran en el desarrollo de las enfermedades bucodentales. Cuando no es posible la prevención es muy útil el diagnóstico precoz para minimizar sus consecuencias y simplificar su tratamiento. Por lo tanto, prevención y diagnóstico precoz son los pilares de la medicina preventiva y las enfermedades de la cavidad bucodental no son una excepción. ¹³

2.6.1 Niveles de prevención

La medicina preventiva es parte de la salud pública, sus objetivos son promover y conservar la salud y prevenir las enfermedades; consta de 3 niveles de prevención:

Prevención primaria

Prevención secundaria

Prevención terciaria

Prevención primaria es dirigida al individuo sano o aparentemente sano. Sus objetivos son: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; para conseguirlos se dispone de la educación para la salud y la prevención específica.

Prevención secundaria su objetivo es evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez; esto se alcanza mediante el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado. En este nivel de prevención, las acciones se dirigen al enfermo.

Entre la prevención primaria y secundaria se considera una acción intermedia: es la detección, que no es precisamente diagnóstico oportuna, sino la búsqueda intencionada de padecimientos, antes de que presenten la sintomatología correspondiente.

Prevención terciaria consiste en la rehabilitación física, mental y social. La terapia física, la ocupacional y la psicológica, tratan de conseguir que los individuos se adapten a su situación y puedan ser útiles a sí mismos y a la sociedad.¹⁴

2.6.2 Proceso educativo

Pretende estimular un cambio de conducta del individuo hacia su propia salud bucal. Consta de 3 pasos:

Información: se da a conocer la necesidad de que los niños reciban atención odontológica oportunamente para protegerlos de las enfermedades bucales, o que existe un procedimiento sencillo para detectar caries entre otros.

Motivación: se lleva a cabo cuando se consigue interesar a las personas sobre las ventajas que tiene el procedimiento. Previene enfermedades y evita posibles complicaciones.

Educación propiamente dicha: cuando la madre o los familiares del niño, lo llevan a una revisión odontológica para aprovechar información que se les ha proporcionado. Esto puede ser el cambio de conducta.

Cuando la información es completa e interesante, lleva un grado de motivación, y éste es el paso previo que conduce al cambio de conducta.¹⁴

2.6.3 Medidas de prevención primaria:

Fluoruro

La presencia de fluoruros en el agua potable ha demostrado que produce descenso de la incidencia de caries.¹⁵

Existen evidencias que indican que la actividad cariostática de los fluoruros comprende mecanismos diferentes, la ingestión de fluoruros da como resultados la incorporación a la dentina y el esmalte de los dientes no erupcionados, lo que hace que los dientes sean más resistentes al ataque de los ácidos después de su erupción en la cavidad oral.¹⁵

La incorporación del fluoruro al esmalte depende del momento de exposición al ión flúor. Cuando es a nivel pre-eruptivo (efecto sistémico) se obtiene un mayor beneficio en las superficies proximales; cuando es a nivel

post-eruptivo (efecto tópico) las superficies vestibulares, linguales y palatinas son las más beneficiadas, mientras que las superficies oclusales siempre van a tener solo un efecto benéfico transitorio. Su mecanismo de acción es hasta de 60% en los procesos de remineralización, lo que lo hace útil en lesiones blancas de caries y el 40% restante con una acción antibacteriana e inhibición de la solubilidad del esmalte.¹⁶

A partir de 1945, múltiples investigaciones han demostrado que la incorporación de fluoruro al agua en la proporción de una parte de fluoruro por un millón de partes de agua (1ppm), reduce significativamente la caries dental; estos estudios dieron la pauta para que en diferentes países se adoptara la fluoruración del agua como una importante medida de salud pública, entre ellos se encuentran el Reino Unido, Rusia, Canadá, Estados Unidos de Norteamérica y Australia.¹⁶

La administración de fluoruro se realiza a través de dos vías: la sistémica (que se distribuye por vía sanguínea) y la tópica (de efecto local). La administración sistémica tiene efecto tópico a través de la secreción salival; y la vía tópica se transforma en sistémica cuando los productos aplicados se ingieren indebidamente.¹⁶

Vía Sistémica

- Acción sobre la hidroxiapatita:

En la fase pre-eruptiva la adición de flúor aumenta la concentración de ese ión en la malla cristalina, sustituyendo en los cristales del esmalte algunos defectos y deficiencias de los iones de calcio e hidroxilo, lo que produce el

crecimiento de cristales de fluoruro apatita. El flúor desplaza al ión hidroxilo de la molécula de apatita y ocupa su lugar. Como resultado, hay mayor riqueza del esmalte en cristales fluorados, re-estructurando los cristales de hidroxiapatita. También se forma fluorhidroxiapatita.¹⁷

En la etapa pos-eruptiva, la acción del fluoruro como componente de la saliva y fluidos gingivales favorece la maduración del esmalte. Este periodo de maduración puede durar aproximadamente dos años. El máximo valor para la cristalinidad del esmalte se logra después de la erupción dental. Durante esta fase de depósito mineral una considerable cantidad de fluoruro es incorporada en la capa sub-superficial del esmalte, brindando una mayor resistencia al proceso de desmineralización producido por los ácidos bacterianos.¹⁷

Vía Tópica

El fluoruro se incorpora al esmalte superficial post-eruptivamente desde el ambiente bucal, pero este depósito se restringe a la sub-superficie.¹⁷

- Promueve la remineralización:

El fluoruro evita la desmineralización del esmalte a través de dos procesos: el esmalte con proporción alta de fluoruro apatita o fluorhidroxiapatita es menos soluble en ácido que cuando contiene solo hidroxiapatita; la concentración alta de fluoruro en los fluidos orales hace más difícil la disolución de la apatita del esmalte. Pero si a pesar de todo se produce desmineralización del esmalte por caída del pH en presencia de fluoruro, los iones se difunden a partir de la disolución de hidroxiapatita, se

combinan con el fluoruro y forman una capa superficial mineralizada de fluorapatita o fluorhidroxiapatita, con lo cual ocurre la remineralización.¹⁷

Barnices

Presentan un contenido más elevado de fluoruro, entre 0.1% (1 000 ppm) y 2.26%

(22 600 ppm), son de consistencia viscosa y endurecen en presencia de la saliva. Estudios realizados han demostrado una reducción de caries hasta de 50%.¹⁷

Los barnices han probado su eficacia en múltiples estudios, en virtud de:

- Incrementar el tiempo de contacto entre el fluoruro y diente.
- Evitar la ingestión residual de fluoruro.
- Seleccionar con mayor exactitud las zonas del diente que se consideran de mayor riesgo.
- Liberar lenta y continuamente el fluoruro, asegurando mayor rango de prevención.
- Ser efectivo a cualquier edad.

Se recomiendan 3 aplicaciones consecutivas en un período de 10 días, una vez al año, durante 3 años consecutivos. La evidencia científica comprueba que no aumenta la fluorosis.¹⁷

Pastas profilácticas fluoruradas

Este tipo de pastas se utilizan de manera rutinaria para limpiar y pulir las superficies dentarias.¹⁷

Pueden contener entre 4 000 y 20 000 ppm, no sustituyen al gel o barniz en el tratamiento de pacientes de alto riesgo y nunca han sido aceptadas como agentes terapéuticos. Cada vez más cuestionado su uso, por la abrasión que producen.¹⁷

Pastas dentales fluoruradas

El fluoruro es el ingrediente activo más efectivo de los dentífricos para la prevención de la caries, es la manera más práctica para mantener los niveles de fluoruro en dientes y el vehículo para administrar fluoruro más utilizado en el mundo. Su uso forma parte de los procedimientos normales de la higiene corporal.¹⁷

El riesgo de ingestión de pasta dental se incrementa en niños menores de 6 años, algunos estudios han demostrado que los niños pueden ingerir suficiente pasta como para estar en riesgo de fluorosis.¹⁷

Enjuagues con fluoruro

Son una solución concentrada de fluoruro que se utiliza para la prevención de la caries. Puede ser de frecuencia diaria, semanal o quincenal; al igual que la pasta dental se retiene en la biopelícula y en la saliva, el compuesto más comúnmente usado es el de fluoruro de sodio.¹⁷

2.6.4 Selladores de fosetas y fisuras

Las fosas y fisuras son uno de los principales lugares de formación de caries, su anatomía y estrechez las hacen un lugar particularmente propenso a la acumulación de placa bacteriana, y restos alimenticios, lo que las convierte en áreas de alto riesgo cariogénico.¹⁸

El sellado de fosas y fisuras es una técnica de prevención ampliamente extendida en la Odontología actual. La modificación de las áreas anatómicas más retentivas de la cara oclusal de los dientes, las fosas y las fisuras, mediante la utilización de diversas técnicas y materiales, ha sido una de las principales medidas preventivas empleadas para combatir la caries.¹⁸

Se han aplicado métodos mutilantes como la ameloplastía, en la que se modificaba la anatomía de la fisura por eliminación del esmalte adyacente, hasta transformarla en una depresión suave, fácilmente higienizable, o la preparación cavitaria intraesmalte y obturación con amalgama de plata. Estas técnicas han sido sustituidas en la actualidad por otras más conservadoras de la integridad del diente.¹⁸

El desarrollo de la técnica de adhesión al diente con grabado ácido del esmalte y aplicación de una resina, abrió la puerta a la técnica de sellado de fosas y fisuras, que permite un aislamiento del medio eficaz de aquellas áreas anatómicamente susceptibles de retención de placa, por interposición de una barrera física a la placa bacteriana, siendo éste el método más empleado en la actualidad.¹⁸

2.6.5 Higiene bucal

Cepillarse los dientes.

Es primordial enseñar a los niños a remover la placa dentobacteriana de las superficies dentales para evitar daños a los dientes. Es conveniente supervisar el cepillado de los 3 hasta los siete años o un poco más tarde. Se sugiere que además del uso de una pasta fluorada en pequeña cantidad, los niños deben tener acceso a un espejo a su altura. De preferencia se deben cepillar los dientes después de cada comida; en caso de que esto no sea posible, se recomienda que se enjuaguen la boca con agua sola.¹⁹

Por la noche siempre se deben lavar los dientes antes de irse a dormir, pues se inicia un periodo en el que la autoclísis está en reposo y por ende se incrementa el riesgo de que se produzca la caries.²⁰

Lo importante es que el preescolar adquiera el hábito de cepillarse los dientes y no que aprenda una técnica específica. El uso de tabletas reveladoras de placa bacteriana es muy útil, ya que así los niños constatan la presencia de esta placa y pueden eliminarla con facilidad.¹⁹

2.6.6 Técnicas de cepillado en niños

Debemos considerar la edad del niño, interés, habilidades y grupo familiar.²¹

Consideraciones:

Posición de Starkey.- el niño permanece de pie al frente y de espalda a la madre o la persona que ejecuta el cepillado apoyando la cabeza contra ella.²¹

Diferentes técnicas de cepillado para niños:

1.- Técnica de Fones.- indicada en niños en edad preescolar, se realizan movimientos circulares sobre las superficies vestibulares, linguales o palatinas de los dientes y en las caras oclusales e incisales se realizan movimientos anteroposteriores.²¹

Se recomienda que el niño o la madre sujeten el cepillo firmemente y realicen movimientos circulares de un lado a otro de la hemiarcada. ²¹

La limpieza por la zona vestibular facilita que el niño permanezca con la boca cerrada, evite que ingiera crema dental. Los movimientos circulares deben ser realizados 15 veces por área con el propósito de remover la placa bacteriana.²¹

2. Técnica de Stillman modificado.- Se coloca el cepillo en la región mucogingival, con los filamentos del cepillo apoyado lateralmente sobre la encía.²¹

Se realizan movimientos vibratorios y desplazamiento del cepillo sobre la superficie dentaria, proporcionando a la técnica no sólo eficacia en la remoción mecánica de placa bacteriana, sino también masaje gingival.²¹

El movimiento debe ser repetido de 20 a 25 veces en cada grupo dentario a ser cepillado. La región de los caninos, debido a su posición sobresaliente por la curvatura del arco, debe recibir una atención especial, el cepillo dental debe ser colocado adecuadamente para no dañar la encía. La cara oclusal (superficies molares) debe ser higienizada con movimientos anteros posteriores.²¹

3. Técnica de Bass.- Indicado en odontopediatría sólo en pacientes portadores de aparatos de ortodoncia fija. Se recomienda que los filamentos del cepillo dental sean colocados directamente sobre el surco gingival, formando un ángulo de 45°, con relación al eje del diente, con el cepillo dental en esta posición serán ejecutados movimientos vibratorios de pequeña amplitud.²¹
Estos movimientos deben ser repetidos 15 veces para cada región cepillada.

Seda dental

Debe medir de 25 a 45 cm, siendo enrollada alrededor del dedo medio de ambas manos. La distancia entre ambos dedos índices debe ser de 2 a 3 cm, permitiendo que la seda dental permanezca estirada, pero sin tensión. La

limpieza en esta zona se consigue por el movimiento de la seda dental de arriba hacia abajo y esta debe estar abrazando bien la superficie interproximal.²¹

En el arco inferior la seda debe ser apoyada con el dedo índice. En el arco superior, el uso de la seda debe ser apoyada con el dedo pulgar y no el índice como fue utilizado en la arco superior.²¹

2.6.7 Nutrición

Alimentación y nutrición del preescolar

Una adecuada alimentación es llevar una dieta balanceada para que el organismo obtenga todo los nutrientes necesarios para lograr una buena salud.

En esta etapa los niños desarrollan una gran actividad física, por la que su gasto energético aumentará considerablemente, y por lo que deberá adaptar su consumo de calorías, a la nueva realidad. Desde el punto de vista del desarrollo psicomotor, el niño ha alcanzado un nivel que le permite una correcta manipulación de los utensilios empleados durante las comidas, siendo capaz de usarlos para llevar los alimentos a la boca. Una de las características específicas de esa edad es el rechazo a los alimentos nuevos, por el temor a lo desconocido. Se trata de una parte normal del proceso madurativo en el aprendizaje de la alimentación, lo que no debe ser traducido por la falta de apetito. El niño preescolar puede reconocer y elegir los alimentos al igual que el

adulto. Normalmente, el niño tiende a comer lo que ve comer a sus padres y a otras personas que le acompañan. Ellos observan e imitan, también en la alimentación.²²

2.7 Caries

La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los restos de alimentos, que se exponen a las bacterias que fabrican ese ácido, de la dieta. La destrucción química dental se asocia a la ingesta de azúcares y ácidos contenidos en bebidas y alimentos. La caries dental se asocia también a errores en las técnicas de higiene así como pastas dentales inadecuadas, falta de cepillado dental, ausencia de hilo dental, así como también con una etiología ~~g~~ genética. Tras la destrucción del esmalte ataca a la dentina y alcanza la pulpa dentaria produciendo su inflamación, pulpitis, y posterior necrosis. Si el diente no es tratado puede llevar posteriormente a la inflamación del área que rodea el ápice produciéndose una periodontitis apical, y pudiendo llegar a ocasionar un absceso, una celulitis o incluso una angina de Ludwig.³⁰

2.7.1 Etiología de la caries

Para que la caries surja es deben concurrir varios factores para que se desarrolle, se han logrado determinado cuatro factores fundamentales:³⁰

1. Anatomía dental: la composición de su superficie y su localización hace que los dientes retengan más o menos placa dental. Los molares y premolares son más susceptibles a la caries ya que su morfología presentan una cara oclusal donde predominan los surcos, fosas, puntos y fisuras, y la lengua no limpia tan fácilmente su superficie; las zonas que pueden ser limpiadas por las mucosas y por la lengua se denomina zona de autoclisis.³⁰
2. Tiempo: la placa dental es capaz de producir caries debido a la capacidad acidogénica y acidoresistente de los microorganismos que la colonizan, de tal forma que los carbohidratos fermentables en la dieta no son suficientes, sino que además éstos deben actuar durante un tiempo prolongado para mantener un pH ácido constante a nivel de la interfase placa - esmalte. Asimismo el elemento tiempo forma parte primordial en la etiología de la caries. Un órgano dental es capaz de resistir 2 horas por día de desmineralización sin sufrir lesión en su esmalte, la saliva tiene un componente amortiguador en este fenómeno, pero el cepillado dental proporciona esta protección, es decir, 30 min posterior a la ingesta de alimentos el órgano dental tiene aún desmineralización.³⁰
3. Dieta: la presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries, sin embargo los almidones no la producen. Es necesario aclarar que el metabolismo de los hidratos de

carbono se produce por una enzima presente en la saliva denominada alfa amilasa salival o ptilina, esta es capaz de degradar el almidón hasta maltosa y de acuerdo al tiempo que permanezca el bolo en la boca podría escindirla hasta glucosa, esto produce una disminución en el pH salival que favorece la desmineralización del esmalte. La persistencia de un pH inferior a 7 eventualmente produce la desmineralización del esmalte.³⁰

4. Bacterias: aquellas capaces de adherirse a la película adquirida y congregarse formando un "biofilm", de esta manera evaden los sistemas de defensa del huésped que consisten principalmente en la remoción de bacterias patógenas no adheridas por la saliva siendo estas posteriormente deglutidas. Inicialmente en el biofilm se encuentra una gran cantidad de bacterias gram positivas con poca capacidad de formar ácidos orgánicos y polisacáridos extracelulares, pero estas posteriormente, debido a las condiciones de anaerobiosis de las capas más profundas son reemplazadas por un predominio de bacterias gram negativas y es en este momento cuando se denominada a la placa "cariogénica" es decir capaz de producir caries dental. Las bacterias se adhieren entre sí pero es necesario una colonización primaria a cargo del *Streptococcus sanguis* perteneciente a la familia de los mutans además se encuentran *Lactobacillus acidophilus*, *Actinomyces naeslundii*, *Actinomyces viscosus*, etc.³⁰

2.7.2 Placa dentobacteriana

La cavidad oral es un ambiente húmedo, el cual tiene una temperatura relativamente constante (34 a 36°C), con un pH hacia la neutralidad en la mayoría de sus superficies, soporta el crecimiento de una gran variedad de especies.³¹ Este acumulo bacteriano es resultado de la interacción entre el medio oral y la flora bacteriana, denominándolo placa dentobacteriana; así como su localización (superficies dentales, surcos y fosas de la cara oclusal, surco gingival), composición bacteriana, metabolismo e incidencia patológica posibles en el diente, pulpa o periodonto.³²

La placa dentobacteriana es una acumulación heterogénea que se adhiere a la superficie dental o se sitúa en el espacio gingivodental, compuesto por una comunidad microbiana rica en bacterias aerobias y anaerobias, rodeadas por una matriz intercelular de polímeros de origen microbiano y salival.³²

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. Formándose en unas horas y no se elimina con el agua a presión. Esto permite diferenciarla de la materia alba, la cual se forma por restos alimenticios, leucocitos en vía de desintegración, células epiteliales descamativas y microorganismos.³²

Hay varias clasificaciones de la placa, por sus propiedades (adherente; poco adherente); por su capacidad patógena (cariógena o periodontal). Principalmente se clasifica como supragingival y

subgingival³³; ésta da como resultado la caries, la cual es la acidificación prolongada de la

microflora y de la desmineralización del diente, debido a la ingesta de carbohidratos.³²

3 Planteamiento del Problema

Hoy en día, en México la atención bucal hacia las poblaciones que lo requieren está caracterizada por tratamientos de tipo restaurativos, por lo tanto, no es tan notoria la intervención temprana de brigadas preventivas en grupos vulnerables como el constituido por niños en edad preescolar, que cursan una etapa de vida en la que una enseñanza preventiva sería muy beneficiosa.

Es por la casi nula participación de estos grupos, que niños de edad escolar no gozan de buena salud bucodental, presentando desde la aparición de los primeros órganos dentarios permanentes un índice de caries que pocas veces resuelve en un buen pronóstico para los demás órganos dentarios aún sin erupcionar.

Un factor muy importante en esta situación, no es la ignorancia de los niños “per se”; la falta de conocimientos correctos por parte de los padres de familia o los mismos profesores es la que impide un fomento de educación bucal preventiva hacia los escolares y preescolares.

Otro pilar que no ha encontrado una estructura bien cimentada es la prevención de la salud, es endeble y en algunas comunidades nula, por tanto las expectativas de la educación para la salud bucal en ellas son bajas, para que esto no suceda se requiere de la participación activa de profesionales de la salud, la Secretaría de Salud, brigadas de carácter preventivo por parte de instituciones autónomas y dependientes del gobierno, así como de educadores y padres de familia.

Un programa de salud bucal es indudablemente el mejor recurso. Dicho programa puede y debe ser llevado a cabo por profesionales de la salud, no obstante, el hacer extensiva la labor de estos, dependerá de la

participación ejemplar de los profesores y padres de familia. Con ello la salud bucal de los niños perteneciente a la comunidad en activo, presumirá un mejor pronóstico.

Los métodos de prevención, respaldados por el tiempo brindarán el resultado de tratamientos restaurativos de menor tiempo, menos extracciones en edades tempranas, así como una menor cantidad de dientes permanentes con pronósticos desfavorables.

4 Justificación

Existen modelos preventivos eficientes que no se ponen en práctica en todos los niveles, evidentemente porque no están hechos para todos los niveles, directamente. Los métodos de prevención bucal que se presentan a poblaciones cuyos integrantes superan la mayoría de edad, pueden ser adaptados y redirigidos a poblaciones preescolares, identificando los problemas bucales existentes en este grupo y reestructurando las estrategias para obtener la respuesta por parte de la población y resultados deseados.

La educación para la salud es la base de nuestro concepto de prevención, y pondremos en práctica la Atención Primaria directamente en nuestra población compuesta principalmente por preescolares, y encontrar sostén en promover la prevención y mantenimiento de la salud.

Nuestra estrategia de promoción de la salud evidentemente nos exhorta a participar más allá de los muros que resguardan a una institución encargada de la preservación de la salud, a la que difícilmente acuden niños en edad preescolar en busca de una enseñanza preventiva. El desenvolvimiento de nuestro programa debe tener lugar en instituciones educativas de preescolares, instituciones en las que los niños aprenden y perfeccionan los hábitos que los acompañaran gran parte de su vida, instituciones que afortunada o desafortunadamente depende del esfuerzo nuestro o de campañas de voluntarios para que la promoción de la salud bucal sea parte de su enseñanza y la Educación para la salud parte de su plan académico.

Para que el esfuerzo de los promotores de la salud no sea inocuo y temporal, es importante la elaboración de un programa de salud que incluya la participación activa de padres de familia y educadores, además de la

inamovible participación de los niños, desarrollada bajo un entorno favorable para el aprendizaje que deseamos proveerles.

Hoy en día, a pesar de los muchos esfuerzos que se han hecho por hacer de la educación para la salud y la prevención una costumbre en la sociedad mexicana, no se ha logrado el establecimiento del conocimiento; hacer conciencia en las poblaciones la importancia de la terapéutica preventiva general y, para nuestros fines, bucal, que tanta relación comprobada tienen con el estado de salud general.

5 Objetivos

5.1 Objetivo general

- Diseñar y aplicar un programa de Educación Bucodental para padres y preescolares del jardín de niños Japón durante el mes de septiembre y octubre del 2011.

5.2 Objetivos específicos

- Conocer los hábitos de higiene y técnica de cepillado que emplean.
- Instruir una adecuada técnica de cepillado.

Programa de Educación para la Salud Bucodental aplicado a alumnos que cursan preescolar en el jardín de niños Japón.

6.1 Contenido temático

Niveles de prevención

Higiene bucal

Técnicas de cepillado

Nutrición

Orientación sobre el cuidado y preservación de la salud bucodental

6.2 Metas

- 1.- Lograr que los niños dominen la técnica de cepillado
- 2.-Motivar la práctica de higiene oral para prevenir enfermedades bucodentales en etapas primarias.
- 3.- Elevar el nivel de conocimiento en los padres de familia acerca de las enfermedades bucodentales más frecuentes, su tratamiento y prevención.
- 4.- Orientar a los padres acerca de la dieta y nutrición que deben aplicar en sus hijos preescolares.

6.3 Estrategias

- 1.- Mostrar a los niños videos sobre caries e higiene oral
- 2.-Enseñar a los preescolares procedimientos preventivos, como la técnica de cepillado, apoyado con videos y practica en tipodonto de acrílico.
- 3.-Mostrar a los alumnos cómo se deberán realizar el aseo bucal haciendo que cada niño se cepille correctamente los dientes usando la técnica adecuada y el tipo de alimentación que deben ingerir.

6.4 Límites del programa

6.4.1 De espacio

Jardín de niños Japón

6.4.2 De tiempo

Del 19 de septiembre al 21 de Octubre de 2011

6.5 Actividades

Se implementó el Programa de Educación para la Salud Bucodental en el Jardín de niños Japón, realizando las siguientes actividades:

- 1.- Se aplicó un cuestionario a los niños y niñas con el propósito de conocer sus hábitos de higiene oral y sus hábitos alimenticios e identificar cuanto conocimiento tienen acerca de la salud bucodental.
- 2.- Se llevó a cabo una plática con los alumnos apoyada con material autodidáctico y audiovisual para que identifiquen como se produce la caries, y como se previene.
- 3.- Se enseñó la técnica de cepillado correcta, así como una adecuada dieta, mediante juegos recreativos y premios.
- 4.- Se midió el índice de alumnos que aprendieron y modificaron correctamente su técnica de cepillado; y se aplicó el mismo cuestionario.
- 5.- Se citó a los padres de los alumnos para dar una charla acerca de la dieta adecuada que deben dar a sus hijos para su alimentación en el “recreo” y se les brindó información sobre hábitos nocivos y medidas de prevención primaria como aplicación de fluoruro y selladores de fosetas y fisuras.

6.5.1 Cronograma de actividades

Fecha	Hora	Actividad
Septiembre 14	14:00	Autorización del protocolo para la implementación del programa de educación para la salud 2011.
Septiembre 19,21,26	15:00	Implementación del programa de educación para la salud. A alumnos del 3º grado del preescolar Cuestionario. Videos.
Septiembre 27,29	15:00	Demostración de técnica de cepillado. Plática informativa sobre prevención de caries.
Octubre 5	14:30	Reforzamiento de técnica de cepillado. Juegos recreativos y premios.
Octubre 7	14:30	Valoración del mejoramiento de la técnica de cepillado.
Octubre 10,11	15:00	Implementación del programa de educación para la salud. A alumnos del 2º grado del preescolar Cuestionario. Videos.
Octubre 12	16:00	Demostración de técnica de cepillado Juegos recreativos y premios
Octubre 19		Evaluación del programa aplicando el mismo cuestionario Evaluación general del mejoramiento en la técnica de cepillado.
Octubre 21		Pláticas con los padres de familia
Octubre 24		Resultados
Octubre 27		Termino de la tesina

Primer día de actividades con los alumnos del 3º grado, se mostró la técnica de cepillado correcta y se dieron cepillos para que practicaran.



Fuente: directa



Fuente: directa



Fuente: directa



Fuente: directa

Niños cepillándose correctamente



Fuente: directa

Se premia a los alumnos que realizaron mejor la técnica de cepillado.



Actividades con los alumnos de 1º y 2º grado



Videos mostrados durante el programa de educación para la salud.

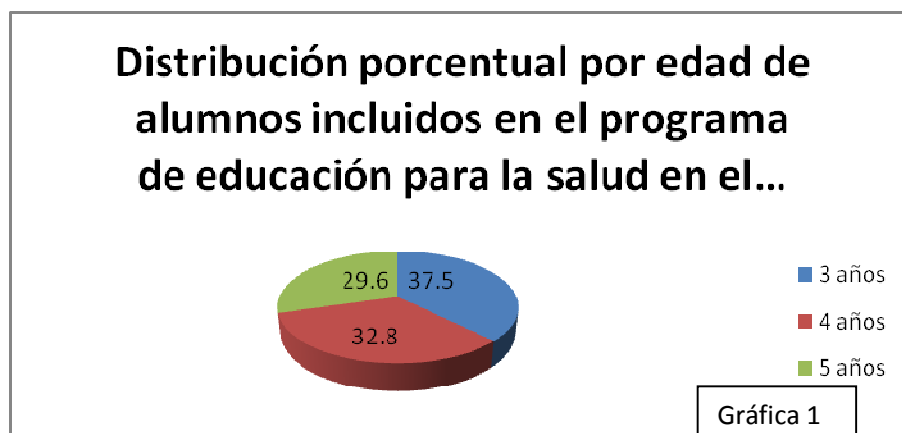


Practica de cepillado con niños de 2º grado



7.- Resultados

En el programa participaron 152 alumnos de preescolar; sus edades van de los 3 a los 5 años, en este estudio se observó que la mayor proporción la constituyó el grupo de 3 años de edad. (Gráfica 1)



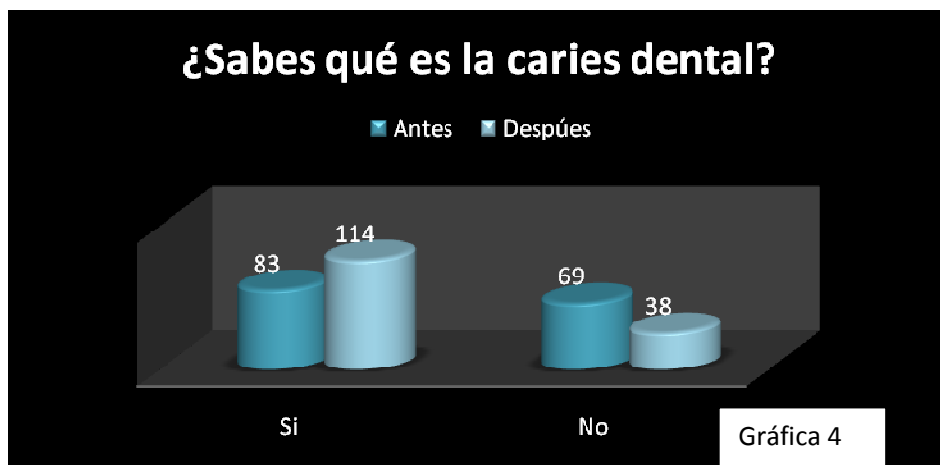
De los cuales de 3 años de edad, 26 corresponden al género masculino y 31 al femenino; de 4 años de edad 29 corresponden al género masculino y 21 al femenino y de 5 años de edad 21 corresponden al género masculino y 24 al femenino. (Gráfica 2)



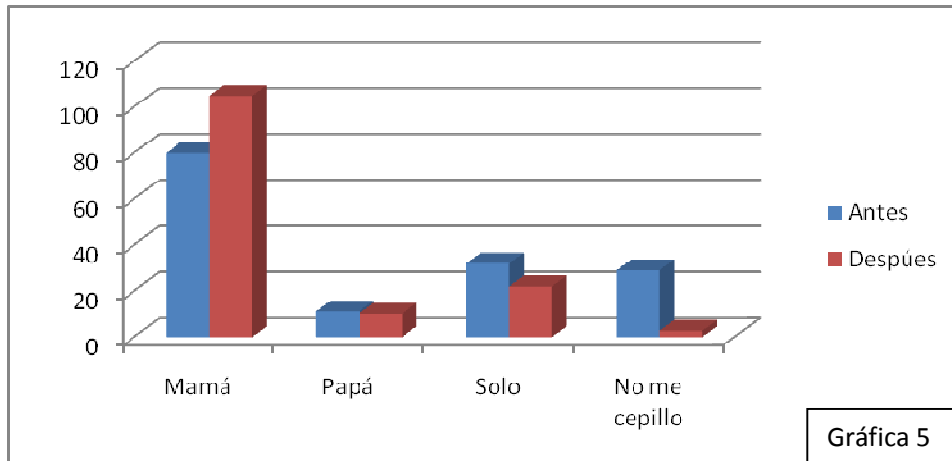
Para fines de entendimiento de las siguientes gráficas, los resultados reportados como “antes” corresponde a la información obtenida al aplicar por primera vez el cuestionario y “después” a los resultados al final del programa.



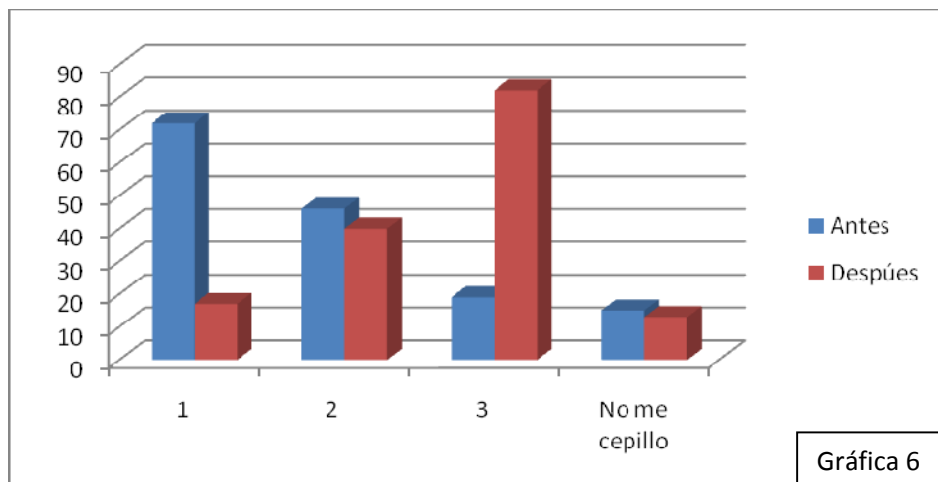
Gráfica 3 ¿has acudido al dentista? En esta gráfica, al aplicar el cuestionario por primera vez el 32.8% de los alumnos contestaron que si, y el 67.1% respondieron que no. Después de realizar el programa, el 40.7%, acudo al dentista. Es decir, aumento un 7.9 %.



Gráfica 4 ¿Sabes qué es la caries dental? Antes 54.6% Si, 45.4% No, después 75% Si, 25% No.

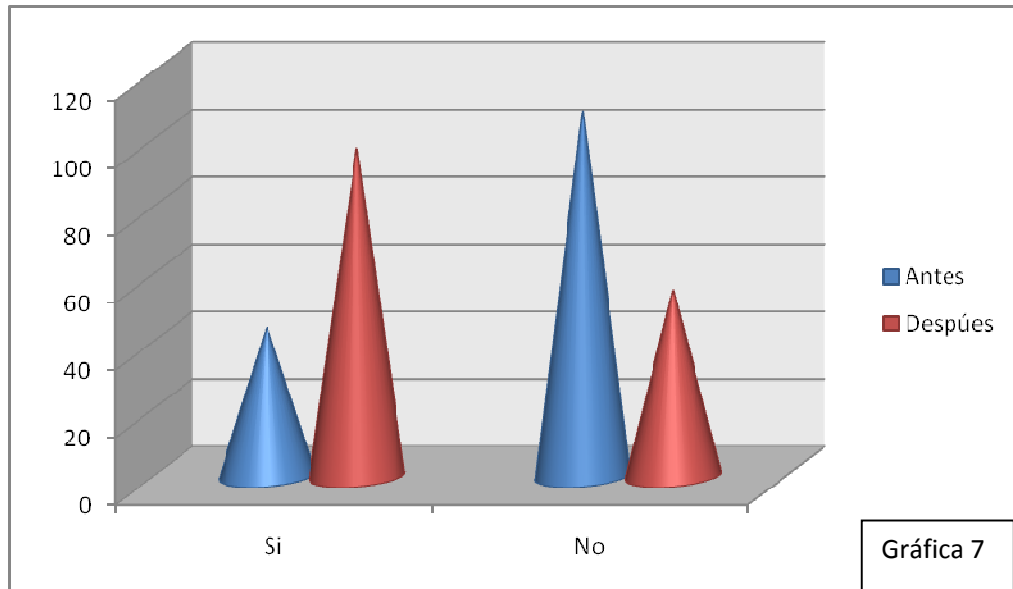


Gráfica 5 ¿Quién te cepilla tus dientes? Antes 52.6% Mamá, 7.2% Papá, 21% solo, 19%. Después 69% Mamá, 6.5 Papá, 14.4% Solo y 9.8% no me cepillo.



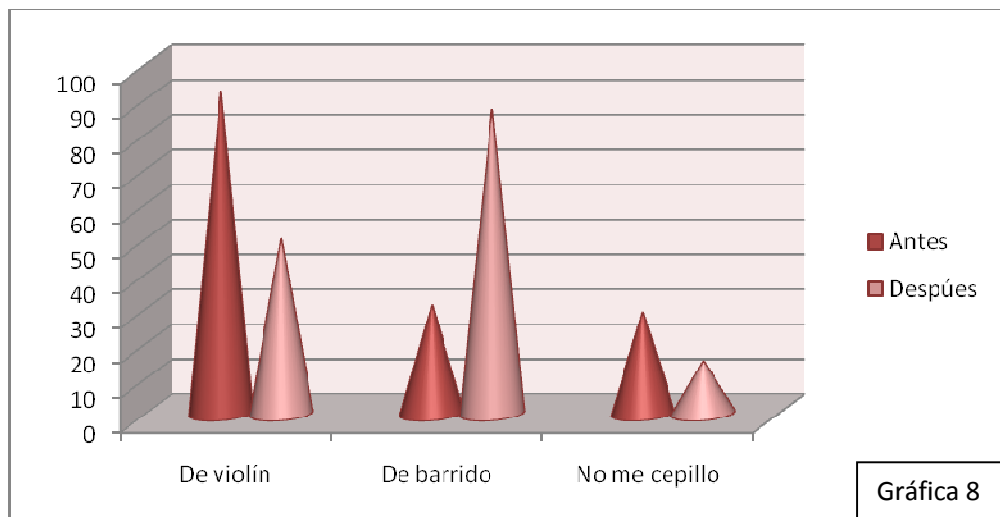
Gráfica 6 ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

Antes 47% 1, 32.2% 2, 12.5% 3 y 9.8 no me cepillo. Después 11.1% 1, 26.3% 2, 53.9% 3 y 8.5% no me cepillo.



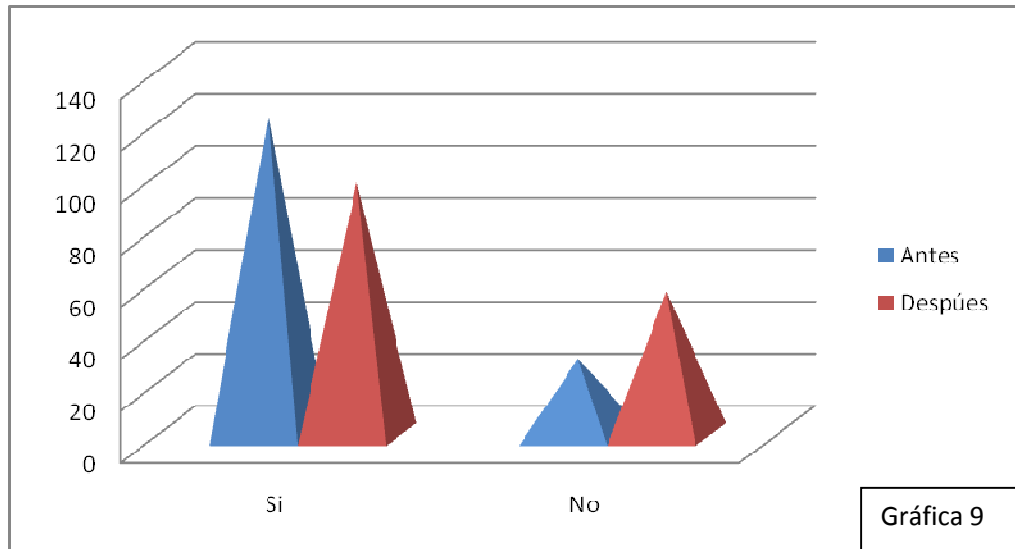
Gráfica 7 Cepillando tus dientes, ¿Puedes evitar la caries?

Antes 28.9% Si, 71% No. Después 63.8% Si, 36.1% No.



Gráfica 8 ¿Cómo te cepillas los dientes?

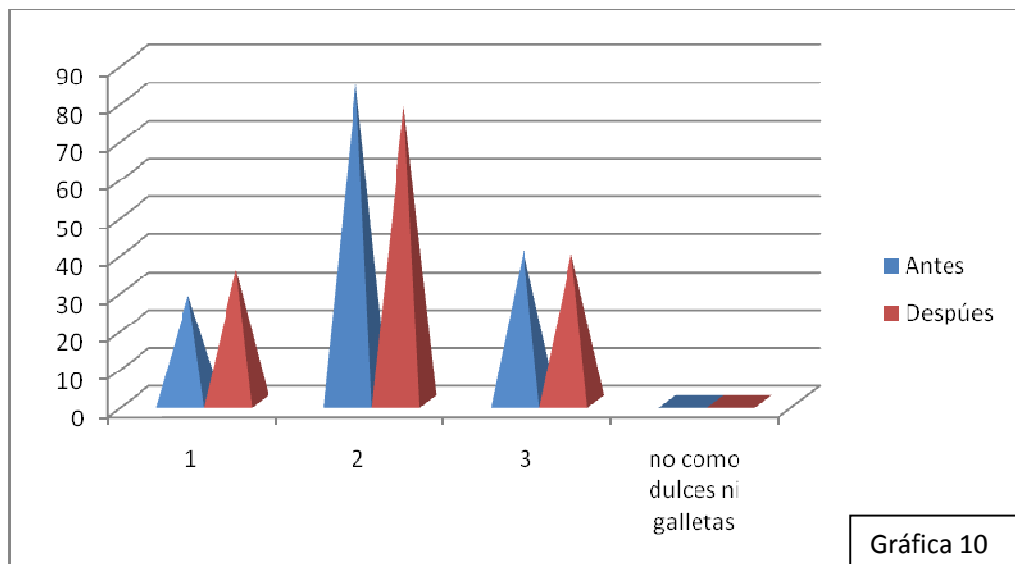
Antes 60.5% de violín, 20.3% de barrido, 19% no me cepillo. Después 32.8% de violín, 57.2% de barrido y 9.8 no me cepillo.



Gráfica 9

Gráfica 9 ¿Comes muchos dulces y galletas?

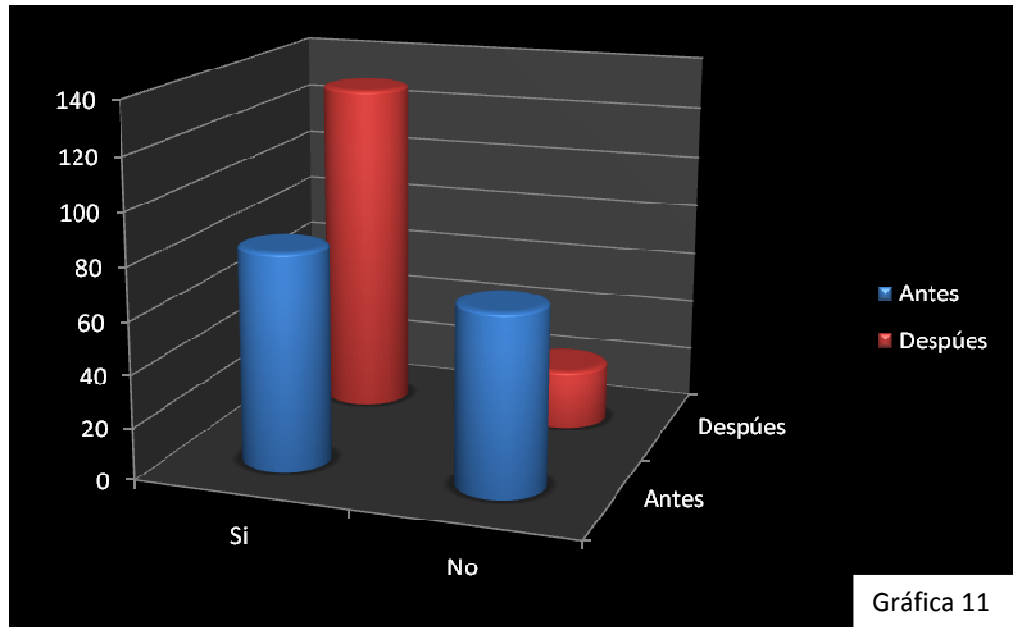
Antes 80.9% Si, 19% No. Después 63.8% Si y 36.1% No.



Gráfica 10

Gráfica 10 ¿Cuántas veces al día comes dulces y galletas?

Antes 18% 1, 55.2% 2, 26.3% 3, 0% no como dulces ni galletas. Después 23% 1, 51.3% 2, 26.5% 3, 0% no como dulces ni galletas.



Gráfica 11 ¿Cepillas tus dientes antes de dormir?

Antes 54.6% si, 45.3% No. Después 84.8% Si, 15.1% No.

7.1 Evaluación del programa

El objetivo del cuestionario era identificar los conocimientos que tenían los alumnos acerca de la higiene bucal, sus hábitos alimenticios y sus visitas al odontólogo; como se puede observar en las gráficas, el porcentaje de alumnos que visitó previamente al odontólogo no se incrementó significativamente después del programa; sin embargo, durante este programa de educación para la salud, se observó un incremento notable de escolares que aprendieron una técnica de cepillado adecuada a su edad y sus capacidades motrices. También se elevó el número de preescolares que adquirieron el hábito de cepillarse los dientes después de comer dulces y alimentos, de igual manera realizarlo por la noche. El 17% cambió sus hábitos alimenticios.

La reunión con los padres de familia, no obtuvo el éxito esperado, ya que de todos los padres que se esperaban, sólo el 40% asistieron a las pláticas de prevención y hábitos alimenticios que se impartieron durante el programa de salud. Los padres de familia mostraron poco interés en el tema, y ninguno preguntó acerca de la alimentación que se les debe dar a sus hijos, ni de las medidas de prevención como la técnica de cepillado que se les enseñó a los alumnos.

Una vez observada la actitud de los padres se emplearon estrategias de motivación habiendo un cambio significativo en la actitud en los padres de familia.

Al implementar el programa de educación para la salud, los niños adoptaron la técnica de cepillado adecuada y se logró fomentar el interés por parte de los alumnos acerca del cuidado de los dientes. Se puede inferir que el Programa de Educación para la Salud Bucodental aplicado a alumnos que cursan preescolar en el jardín de niños Japón, obtuvo resultados favorables de acuerdo a los objetivos de este trabajo.

8.-Conclusión

La caries dental es una enfermedad muy frecuente en niños en edad escolar, la mayoría de las veces es el reflejo de una mala educación de higiene y cuidado bucal, ésta repercutirá no solo a corto, sino también a mediano y largo plazo. Lo anteriormente señalado sucederá siempre y cuando no se realice un cambio de hábitos o cambio conductual, que es el objetivo principal de este trabajo.

Se debe considerar que para obtener un cambio en la prevalencia de caries dental en la población de niños de primeros grados de educación básica, se debe implementar un programa de salud bucal, debido a que en esta edad los pacientes permiten moldear con mucha más facilidad sus hábitos y conducta, para obtener así la mejor respuesta al cambio.

El programa de salud, estuvo constituido por dos etapas fundamentales: la familiarización de los niños con el aseo bucal y la participación de los padres en la escuela y como reforzamiento en la casa.

La conjunción de estas dos partes, tuvo como resultado un cambio significativo en los intereses de los niños hacia el aseo bucal, así como del correcto cepillado de dientes.

Concluida la ejecución del programa, se obtuvo un cambio conductual en la mayoría de los preescolares.

Por tanto se concluye, que los programas de salud bucodental deben estar dirigidos a diferentes grupos de edades, sin excluir a los preescolares.

Por otro lado, los programas de salud deben ser implementados a lo largo de los diversos ciclos escolares, extendido a una mayor cantidad de

instituciones de educación, donde el ambiente de socialización y de ejecución del programa es muy favorable.

9 - Bibliografía

1. Greene W. Educación para la salud. México. Editorial Interamericana McGraw-Hil, 1988 p.26-50
2. Irlenad R. Higiene dental y tratamiento. México. Editorial Manual moderno, 2008 p150-152
3. <http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatrica/educasa.pdf>
4. <http://www.dgsm.unam.mx/web/educa.html>
5. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/guti%C3%A9rez_r_j/cap2.pdf
6. <http://definicion.de/programa-de-salud/>
7. Álvarez R. Salud pública y medicina preventiva. 3º ed. México. Editorial Manual Moderno p. 31 -65
8. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:b6yp_kmfxGgJ:html.rincondelvago.com/piaget_etapas-del-desarrollo.html+etapas+de+piaget&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx&source=www.google.com.mx
9. Organización Mundial de la Salud (1992). Global oral data department of Noncommunicable diseases Survaillance/oral Health Dental Caries Level al 12 years. USA
10. Seow, W. Biological mechanisms of early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26(1)
11. Dos Santos, N., Dos Santos, M., Francisco, SB, Cury, J.A. Relationship Among Dental Plaque Composition, Daily Sugar Exposure and Caries in the Primary Dentition. Caries Res. 2002; 36(5):347-352.
12. Cuenca Sala, Emili. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. Barcelona. Editorial Masson. 1999. 84-458-0818-4.
13. <http://dental.saludisima.com/odontologia-preventiva/>
14. Frías A. Salud pública y educación para la salud. España. Editorial Mason, 2002. p 43-47
15. McDonald R. Odontología pediátrica y del adolescente. Buenos Aires. Editorial Medica Panamericana, 1991.
16. <http://www.jalisco.gob.mx/wps/wcm/connect/09b32c804f3dbd428473af58efe3d181/manualfluorurosdentales.pdf?MOD=AJPERES>
17. Manual para el Uso de fluoruros dentales en la República Mexicana. <http://www.jalisco.gob.mx/wps/wcm/connect/09b32c804f3dbd428473af58efe3d181/manualfluorurosdentales.pdf?MOD=AJPERES>
18. <http://www.dentsply.es/Noticias/clinica1305.htm>
19. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/prescolar.pdf> Pag 18

20. Plazas M. Nutrición del preescolar y el escolar. Katz S. A diet counseling program. J Amer Dent Assoc 1981; pp18.
21. <http://pekebebe.com/1244-tecnicas-de-cepillado-en-ninos>
22. Vázquez C. Alimentación y Nutrición- Manual teórico-práctico, A.I.de Cos, C.López-Nomdedeu
23. Evaluación para el planteamiento de programas de educación para la salud. Washington, D.C 1990.
24. Bravo M., Llodra J., Cortés F., Casals E. Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007. RCOE, 2007, Vol.12, Nº3, 143-168. Hallado en: scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v12n3/original2.pdf
25. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 Salud bucal, secretaria de salud, subsecretaría de prevención y promoción de la salud, Primera edición 2008, México. Hallado en: www.cenave.gob.mx/progaccion/saludbucal.pdf
26. Programa de Salud bucal del Preescolar de la Asociación Dental Mexicana, A.C. Hallado en: E:\Programa de salud preescolar ADM\Programa de Salud Bucal del Preescolar ADM adm_org_mx.mht
27. Pinkham, J.R. odontología pediátrica. México D.F 1994
28. Pinkham, J.R. odontología pediátrica. En: Meredith HV: selected anatomic variables analyzed for interage relationships of the size-size, size-again, and gain-gain varieties. In Lipsitt LP, Spiker CC (eds): Advances in Child Development and Behavior, Vol 2. New York, Jhon W, 1954, pp 292-334.
29. <http://bauldelogopedia.blogspot.com/2010/04/la-denticion.html>
30. Negroni. Microbiología Estomatológica, Fundamentos y Guía Práctica. (2004). Editorial Panamericana. Impreso en Buenos Aires. Argentina.
31. Marcotte H, Lavoie MC. Oral microbial ecology and the role of salivary immunoglobulin A. Microbiology and Molecular Biology Reviews 1998; 62(1): 71-109. En: Francisco Fernando Baños, Román, Refugio Aranda Jacobo. Placa dentobacteriana. www.medigraphic.com/adm. México Vol. LX, No. 1 Enero-Febrero 2003 pp 34-36
32. Francisco Fernando Baños, Román, Refugio Aranda Jacobo. Placa dentobacteriana. www.medigraphic.com/adm. México Vol. LX, No. 1 Enero-Febrero 2003 pp 34-36
33. 2. Christian M, Jean CR. Placa dental. En: Bacteriología Bucodental. Ed. Masson S.A. 1995; Barcelona España, 19-25. En: Francisco Fernando Baños, Román, Refugio Aranda Jacobo. Placa dentobacteriana. www.medigraphic.com/adm. México Vol. LX, No. 1 Enero-Febrero 2003 pp 34-36

10.- Anexos



Universidad Nacional
Autónoma de México

Facultad de Odontología



CUESTIONARIO DE EVALUACION DE CONOCIMIENTOS DE HIGIENE DENTAL EN PREESCOLARES

Fecha de nacimiento: _____

Género: F M

1.- ¿Has acudido al dentista?

sí

no

2.- ¿Sabes qué es la caries dental?

sí

no

3.- ¿Quién te cepilla tus dientes?

Mamá

Papá

Yo solo

No me cepillo

4.- ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

1

2

3

No me cepillo

5.- Cepillando tus dientes, ¿Puedes evitar la caries?

sí

no

6.- ¿Cómo te cepillas los dientes?

De violín

De barrido

No me cepillo

7.- ¿Comes muchos dulces y galletas?

Sí

No

8.- ¿Cuántas veces al día comes dulces y galletas?

1

2

3

No como dulces ni galletas

9.- ¿Cepillas tus dientes antes de dormir?

Sí

No



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL

PROFRA. Margarita Roldán Peña
Supervisora de zona
“JARDÍN DE NIÑOS JAPÓN”

PRESENTE

Por medio de la presente me dirijo a usted atentamente con la finalidad de permitir a la pasante: ARIANNA IRAZEMA HERNÁNDEZ BARRIONUEVO con Núm. de Cuenta: 30402821-6 llevar a cabo un Programa de Salud Bucodental el cual tendrá como objetivo enseñar Técnicas de cepillado, así como establecer otras medias de prevención para evitar la caries dental. Cabe señalar que en el programa participarán en una sesión los padres de familia.

Sin otro particular y en espera de contar con su apoyo para la realización de dicho programa, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

Atentamente
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Ciudad Universitaria, D.F., a 29 de agosto de 2010

C.D. Ma. Elena Nieto Cruz
COORDINADORA



S. E. P.
Dir. Gral. de Educ. Preescolar
Inspección Zona No. 192A
CT. 0242P/192A
SECTOR II
Delegación Gustavo A. Madero

Margarita Roldán Peña
Rosecki Brizuela
Copia
14/09/11