



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL E  
IMPORTANCIA DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN  
PREESCOLARES.

**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:

MICHELLE ELIZABETH CONTRERAS PACHECO

TUTOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

ASESORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER

MÉXICO, D.F.

2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*Agradecimientos:*

*Quiero agradecer principalmente a Dios por darme la fuerza y el coraje para hacer este sueño realidad, por darme la sabiduría y la fortaleza para alcanzar este triunfo.*

*A mis abuelitos Velia, Juanita, Fidencio y Pepe por ser mis ángeles más hermosos y saber que siempre están conmigo, sé que esto los llena de orgullo, los amo.*

*A mis padres, nunca existirá una forma de agradecer todo su apoyo y su amor, esto va dedicado a ustedes por siempre confiar en mí y alentarme para nunca rendirme ante nada, gracias por ser las personas más perfectas en este mundo, ¡lo logramos! Los amo.*

*A mi hermano por ser mi amigo incondicional, siempre estar para mí y apoyarme en todo, sabes que eres mi mayor ejemplo a seguir, te amo.*

*A ese ser tan hermoso que llegó alegrar mi vida te amo mucho.*

*A Mariana, cuñis por siempre estar conmigo y ser un miembro más de mi familia.*

*A mis amigas Alexis por compartir tanto conmigo y ser más que una amiga una hermana, porque esto también se logró gracias a ti, a Nataly porque sé que estos años sin ti no hubieran sido lo mismo, gracias por todas las locuras a tu lado y aprender juntas amar esta carrera.*

*A Mónica por estar en todo momento conmigo, por tantos años de amistad y seguir tan unidas como siempre.*

*A Eréndira por ser mi mejor amiga y compartir tantas cosas juntas.*

*A Daguito por todo su apoyo, por qué sabes cuánto me costó llegar hasta el final.*

*Agradezco al Jardín de niños José Revueltas que me permitió realizar este trabajo pero en especial a la Directora Eva Rocío Ríos Monroy y a la Maestra Carmen Angélica García García por todo su apoyo.*

*A todos y cada uno de mis pacientes que depositaron su confianza en mí ya que sin ustedes esto no hubiera sido posible.*

*A mi tutores el Dr. Alfonso Bustamante Bácame y la Dra. Mirella Feingold Steiner por todo su apoyo, dedicación y paciencia.*

*A todos mis profesores por sus enseñanzas y conocimientos que me permitieron darme cuenta de mi verdadera vocación.*

*Finalmente gracias a mi segunda casa la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme sus puertas y hacerme una gran y verdadera Universitaria.*

***“Nunca consideres  
el estudio  
como una obligación,  
sino como  
una oportunidad  
para penetrar  
en el bello y maravilloso  
mundo del saber”***

*Albert Einstein*

## Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Antecedentes.....</b>	<b>2</b>
2.2. Comunicación para la salud.....	2
2.3. Programas de Salud Oral.....	4
2.3. Esquema de vacunación.....	9
<b>3. Planteamiento del problema.....</b>	<b>18</b>
<b>4. Objetivo general.....</b>	<b>18</b>
<b>5. Objetivos específicos.....</b>	<b>18</b>
5.1. Informar a padres de familia y educadores acerca del programa.....	18
5.2. Revisar la cartilla de vacunación.....	18
5.3. Establecer contacto con los niños.....	18
5.4. Explicar técnicas de cepillado de manera lúdica.....	18
5.5. Realizar ceo-d.....	18
<b>6. Metodología.....</b>	<b>19</b>
6.1. Material y método.....	19
6.2. Tipo de estudio.....	22

6.3. Población de estudio.....	22
6.4. Muestra.....	22
6.5. Criterios de inclusión.....	22
6.6. Criterios de exclusión.....	22
6.7. Variables de estudio.....	23
<b>7. Presentación de caso.....</b>	<b>24</b>
<b>8. Resultados.....</b>	<b>30</b>
<b>9. Conclusiones.....</b>	<b>41</b>
<b>10. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>42</b>
<b>11. Anexos.....</b>	<b>43</b>

## 1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud oral como la ciencia que se encarga de la conservación de la salud a nivel poblacional, por medio de la participación colectiva. Sus principales metas consisten en crear conciencia acerca del cuidado de la salud, proponer las modificaciones adecuadas en los estilos de vida de los individuos y de las comunidades, así como el implementar programas en diferentes partes del mundo.

Aunque un programa de Educación para la Salud Oral no puede modificar de manera directa las condiciones de vida familiar, económica y social del preescolar, si se puede contribuir a que comprendan por qué es importante practicar medidas de salud oral. La herramienta clave para disminuir la prevalencia de enfermedades orales como la caries, es la educación de la población, que debe empezar de forma temprana.

Este estudio propone un programa de Educación para la Salud Oral así como también informar la importancia de la vacunación en edad preescolar, ya que esta es una de las estrategias de salud pública para erradicar o prevenir enfermedades.

La intervención del educador de la salud oral como promotor de la salud será de suma importancia en este proceso, ya que es considerado pieza fundamental estableciendo la comunicación y aprendizaje entre el niño o niña, la madre y padre de familia, así como el educador preescolar.

## **2. Antecedentes**

El resurgimiento de enfermedades y la aparición de nuevos organismos infecciosos han puesto de manifiesto el gran interés en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Por ende, en la actualidad, la comunicación para la salud desempeña un papel protagónico en los programas de salud pública.<sup>1</sup>

La Educación para la Salud Oral, como estrategia para la promoción de la salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta mejorar las condiciones de salud oral.<sup>2</sup>

La comunicación es el fenómeno que relaciona a los seres vivos, que reciben información de su entorno y la comparten con otros. En relación con los humanos, éste es un acto de la actividad psíquica derivada del pensamiento, lenguaje y desarrollo de las capacidades psicosociales de relación. Gracias a la comunicación, es posible el funcionamiento y desarrollo de las sociedades.

Lo que determina una buena comunicación es la forma en la que se emitirán el mensaje y la respuesta así como la manera en la que la aceptarán o rechazarán los receptores.<sup>1</sup>

Investigaciones realizadas en las últimas décadas han demostrado la importancia de la comunicación en todas sus modalidades para mejorar la salud de las comunidades.

Mencionaremos algunos países que desde años atrás han llevado a cabo medidas relacionadas con estos programas.

*“En Julio de 1969, una delegación de estomatólogos cubanos que asistieron a la Reunión Anual de la Organización Europea sobre Investigaciones de la Caries Dental (ORCA) celebrada en Estocolmo, Suecia, pudo conocer de cerca y adquirir experiencias en la organización de estas aplicaciones masivas”<sup>3</sup>*

En Cuba a semejanza de Suecia se aumentó de manera masiva las aplicaciones tópicas de fluoruro que no requieren la intervención de estomatólogos, ya que esta técnica consiste en el enjuague con soluciones de fluoruro que puede realizarse por los propios niños en pequeños grupos dirigidos por una persona adiestrada en este método, que preferiblemente debe ser asistente dental.<sup>3</sup>

Gracias a las medidas implementadas; el empleo de fluoruro de manera tópica y la serie de controles sanitarios, se logró concientizar a la población, lo que hace que en la actualidad Cuba sea uno de los países con menor índice de caries.

También en España se implementó un programa de salud bucodental orientado a niños, “Sonrisitas” que fue dirigido a los centros que imparten el primer ciclo de educación infantil cuyo objetivo fundamental, fue obtener sus hábitos alimenticios y de higiene bucodental, con el desarrollo de estilos de vida saludables. Se trató de un programa impulsado por la Consejería de Educación y la Consejería de Salud, que facilitaron el ingreso a los centros de apoyo y asesoramiento, así como recursos didácticos y materiales para su desarrollo y posterior evaluación.<sup>4</sup>

En dicho programa los principales objetivos fueron:

1. Promover la adquisición de hábitos saludables y conseguir cambios significativos en el aprendizaje de los niños y niñas en relación con la Educación para la Salud.
2. Concientizar a los profesionales de los centros que imparten el primer ciclo de la Educación infantil, así como también a las familias acerca de la importancia de la educación y salud oral.
3. Proporcionar al grupo de profesionales, conocimientos, habilidades y materiales para introducir cuidados de higiene oral y alimentación saludable adaptada a las edades de los niños.

Del mismo modo se señaló la importancia de que todos los programas de salud bucal en preescolares, incluyan la enseñanza de cepillado a los padres de familia y el empleo de pasta fluorada, así como un plan de alimentación bajo en carbohidratos y la visita periódica al odontólogo.<sup>2</sup>

La práctica Odontológica, en general y específicamente en América Latina, se caracteriza por ser individualista, orientada hacia lo clínico curativo con un enfoque en el proceso salud-enfermedad, donde la investigación, está orientada principalmente al desarrollo de tecnologías y materiales sofisticados, no necesariamente producto de las problemáticas y necesidades reales de la población.

Países como Guatemala, Argentina, Colombia y Venezuela también llevan a cabo programas de Educación para la Salud Oral, con acciones masivas como son los programas de agua fluorada, considerada como una de las medidas preventivas más efectivas para proteger a la población de la caries, pero en el caso de Venezuela no tuvo mayor efectividad.<sup>5</sup>

Del mismo modo en México se han realizado diversos programas de salud bucodental que mencionaremos a continuación:

En la Facultad de Odontología de la UNAM se llevan a cabo una serie de programas de educación para la salud bucodental. Uno de ellos fue el “Programa Itinerante de atención odontológica integral para la población rural dispersa”, se llevó a cabo del 2008 al 2010, en la parroquia de los Nevados ubicada en el Parque Nacional Sierra Nevada. Para tal fin se realizaron materiales educativos de apoyo durante los talleres de capacitación y un formato multimedia para ser entregado a la comunidad y poder utilizarse por los educadores.<sup>6</sup>

Las actividades estuvieron orientadas a evitar la aparición de la caries dental y la enfermedad periodontal, se buscó fomentar una cultura de autocuidado, protección y conservación de la salud oral.

Otro de los programas realizados fue “Programa SaludArte”, conjuntamente con la Facultad de Odontología, cuyo objetivo fue: verificar la eficacia del cepillado dental supervisado, para la disminución de placa bacteriana y gingivitis en escolares de zonas marginadas del Distrito Federal (2014), mismo que se evaluó el primer trimestre de este año con resultados favorables.

Durante su informe, el Dr. Armando Ahued, Secretario de Salud del Distrito Federal (SEDESA), expresó: *“Si el cepillado supervisado logró en tan sólo 3 meses mejorar las condiciones de menores de 6 a 12 años de edad entre 15 y 20% en cuanto a superficies libres de caries, placa dentobacteriana, gingivitis y sangrado gingival, hay que aplicar medidas semejantes en el resto de los menores que participan del Programa SaludArte pero también*

*construir o reforzar las estrategias para la población de todas las escuelas del Distrito Federal”.*<sup>7</sup>

Concluyeron que el programa de cepillado dental supervisado es efectivo para mejorar las condiciones de higiene bucal de los niños, ya que en la evaluación clínica se encontró un incremento en el porcentaje de superficies libres de placa (18%), disminución en la inflamación bucal (44%) y sangrado (38%). Asimismo, se recomendó reforzar el programa con educación para la salud bucal en forma de pláticas y demostraciones integradas al programa general de promoción de la salud.

Otro referente es la Facultad de Estudios Superiores Iztacala con el “Programa educativo preventivo de caries dental y periodontopatías” cuyo objetivo principal fue observar cuales enfermedades bucales son las que más afectan a los preescolares y escolares de la Ciudad de México, siendo la caries dental y las periodontopatías, en un grado bajo y medio, las que más afectan (90%) a esta población.<sup>8</sup>

En este trabajo que consiste en la aplicación de un programa de educación para la salud oral en niños preescolares, consideramos de suma importancia el revisar previamente la cartilla de vacunación para constatar que los niños han sido debidamente inmunizados ya que no es prudente realizar maniobras en la boca, sin la debida protección en este sentido.

Primero y a continuación daremos una breve revisión de los antecedentes de las vacunas y del empleo actual de las mismas.

La era moderna de la vacunación comienza con Edward Jenner, médico inglés del siglo XVIII, quien observó que los ayudantes de establo y ordeñadores eran aparentemente inmunes a la viruela humana, tras haber sufrido lesiones cutáneas de poca importancia conocidas como “viruela vacuna” por el contacto con pústulas de las ubres de los animales.<sup>9</sup>

*“El experimento definitivo de Jenner se basó en tomar pus de una pústula de la mano de una ordeñadora que había contraído viruela vacuna de su bovino e inocularlo a un niño sano de 8 años mediante dos incisiones superficiales. El niño tuvo una leve enfermedad y desarrolló una vesícula en los puntos de inoculación, que desapareció sin la menor complicación. Posteriormente, mediante varias incisiones leves inoculó al niño la viruela vacuna, pero éste no enfermó”.*<sup>9</sup>

Edward Jenner utilizó el término “vaccine” (vacuna) sin emplear jamás la palabra “vacunación”. Este término fue utilizado por primera vez en 1800 por Richard Dunning, con la aprobación de Jenner.<sup>10</sup>

En 1881 Luis Pasteur lleva a cabo un audaz y brillante experimento: inyectó animales con 58 gotas de un cultivo atenuado de *Bacillus anthracis*. Estos mismos fueron inoculados nuevamente con la misma cantidad de un cultivo menos atenuado, o sea más virulento.<sup>9</sup>

Se realizó la prueba suprema, se inyectaron con cultivos muy virulentos, todos los animales ya vacunados, y otros tantos no vacunados, que sirvieron como grupo testigo a la prueba.<sup>9</sup>

Posteriormente, una selecta y nutrida concurrencia apreció los resultados, que fueron los siguientes:

Todos los carneros vacunados estaban bien. De los no vacunados, 21 habían muerto ya, 2 más murieron durante la exhibición ante la propia concurrencia y el último al caer de la tarde de ese día. De las vacas, las 6 vacunadas se encontraban bien, mientras que las 4 no vacunadas mostraban todos los síntomas de la enfermedad y una intensa reacción febril.<sup>9</sup>

Al comunicar estos resultados Louis Pasteur, propuso que se emplearan las palabras “vacuna” y “vacunación” como términos generales. Fue el propio Pasteur quien continuó en esta línea con el descubrimiento de la vacuna

contra la rabia. Más adelante llegaron las vacunas contra la difteria, tétanos, tosferina, tuberculosis y polio.<sup>9</sup>

En cada país se recomienda que los niños sean vacunados tan pronto su sistema inmunitario sea capaz de responder a la inmunización artificial, con las dosis de refuerzo posteriores que sean necesarias, para conseguir la mejor protección sanitaria.

En 1960 de cada mil niños nacidos en México, 134 morían antes de cumplir su quinto año de vida; hoy fallecen 28 de cada mil niños. Esta reducción se debe en parte al Programa Nacional de Vacunación.

La vacunación permitió que la mortalidad en menores de 5 años en México se redujera, en 47%. Así se salvó la vida de 330,000 niñas y niños menores de 5 años.

La cobertura de vacunación aumentó enormemente en todo el mundo desde 1974, de 75.3% a 94.4%, año en que la OMS puso en marcha el Programa Ampliado de Vacunación.<sup>11</sup>

Con la creación del Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) en México en 1991 se fortalecieron los programas de vacunación.

## **Esquema de vacunación**

La Secretaría de Salud es la dependencia de la administración pública del Distrito Federal, que se encarga de todo lo relativo a la formulación, ejecución, operación y evaluación de las políticas de salud pública del país. La Secretaría de Salud cuenta con un programa de vacunación basado en las reglas internacionales de la OMS, con una serie de vacunas que se aplican en diferentes edades.

El esquema de vacunación es un medio de control que representa una medida de seguridad social. Este cronograma le indicará al usuario, cuál vacuna se aplicó, la fecha de la primera aplicación y fechas tentativas de las próximas dosis que suelen ser después de 30 días de la primera y posteriormente, a los 6 meses; obteniendo así, la verdadera inmunidad.<sup>12</sup>

En la actualidad alrededor del 60% de las consultas médicas, tienen como fin la prevención y uno de los objetivos es la inmunización, gracias a esta el índice de morbilidad ha disminuido de manera notable en la infancia.

Las vacunas son productos biológicos que sirven para prevenir enfermedades infecciosas cuando nuestro organismo desarrolla defensas específicas contra ellas.

Una de las acciones más importantes en los seres humanos es la aplicación de la vacunación en las etapas tempranas de la vida. Éstas han contribuido de manera fundamental al bienestar de la población, el objetivo principal de la vacunación es erradicar la enfermedad o prevenirla. Es una de las estrategias de salud pública que ha demostrado mayor beneficio a menor costo, su seguridad es muy alta y son los productos farmacéuticos a los que se les exigen estándares de seguridad más altos: todas las vacunas

que en la actualidad se administran han demostrado claramente su eficacia y seguridad.

Los C.D. deben prestar especial atención durante su consulta a la actualización de las vacunas de sus pacientes y como promotores de la salud, tienen la responsabilidad de crear conciencia que la vacunación es, sin duda, la mejor inversión en salud pública y que al llevar a cabo las medidas preventivas, y participar en todas las acciones para cuidar la salud, estamos coadyuvando de manera eficaz y eficiente con las instituciones sanitarias y médicas del país. Esto implica un beneficio para el bienestar del individuo y favorece también a toda la comunidad. Debemos vacunarnos, por dos motivos: el primero, para protegernos, el segundo para proteger a las personas de nuestro entorno, en nuestro caso los pacientes.

La vacunación en México forma parte del Programa de Atención a la Salud del primero y segundo grupos etarios, cuya gerencia y normatividad es responsabilidad del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y de la Adolescencia de la Secretaría de Salud (CeNSIA).<sup>13</sup>

En la actualidad, las Semanas Nacionales de Salud constituyen la estrategia mediante la cual se refuerza el programa permanente de vacunación. Es el evento de salud pública de mayor cobertura para brindar acciones integradas de atención primaria.

Cada año se realizan tres Semanas Nacionales de Salud, en donde se aplican todas las vacunas para iniciar o completar esquemas de inmunización en los niños menores de cinco años, mujeres en edad fértil y grupos poblacionales específicos.

Mediante las Semanas Nacionales se ha logrado una participación extensa y sostenida de las instituciones, organizaciones sociales y de la población en su conjunto mediante el trabajo voluntario, lo que ha favorecido su éxito.

Para facilitar la correcta aplicación de las vacunas en la infancia todos los países tienen sus propios esquemas de vacunación o calendarios de vacunaciones infantiles. En ellos se definen las vacunas, las dosis y las edades de aplicación.

Las Cartillas Nacionales de Salud son documentos oficiales para las familias mexicanas, que se entregan en forma gratuita en todas las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud.<sup>13</sup>

Sirven como instrumento que permite el registro preciso y periódico de todas las acciones de promoción, prevención y control de enfermedades incluidas en el Paquete Garantizado de Servicios de Salud, de acuerdo a los grupos de edad considerados.

## Cartilla de vacunación (0 a 9 años)

Es el documento Oficial para dar seguimiento al esquema de vacunación a los niños de 0 a 9 años de edad. Siempre que se acude a vacunación se debe de entregar para ver el esquema o anotar la vacuna que se está aplicando en ese momento.

México cuenta actualmente con un esquema amplio de inmunización, es vigente desde 2009 y para muchos especialistas es el más completo de América Latina, tanto por el número de vacunas que lo integran, así como por su constante actualización.<sup>12</sup>



Tomada de: [www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-infantil/esquemas/esquema-vacunacion-mexico.html](http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-infantil/esquemas/esquema-vacunacion-mexico.html).

# ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
<b>BCG</b>	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	
<b>HEPATITIS B</b>	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	
		SEGUNDA	2 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
<b>PENTAVALENTE ACELULAR DPaT+VPI+HIB</b>	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS POLIOMIELITIS INFECCIONES POR <i>H. influenzae</i> tipo B	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
		CUARTA	18 MESES	
<b>DPT</b>	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
<b>ROTAVIRUS</b>	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
<b>*HEPATITIS A</b>	HEPATITIS A	PRIMERA	12 MESES	
		SEGUNDA	18 MESES	

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
<b>NEUMOCÓCICA CONJUGADA</b>	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		*TERCERA	6 MESES	
		*CUARTA	ENTRE 12 Y 15 MESES	
<b>INFLUENZA</b>	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		SEGUNDA	7 MESES	
		ANUAL HASTA LOS 35 MESES	ANUAL	
<b>SRP</b>	SARAMPiÓN RUBEOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	
		REFUERZO	6 AÑOS	
<b>*VARICELA</b>	VARICELA	PRIMERA	12 MESES	
		SEGUNDA	15 MESES	
<b>*VPH (Virus del Papiloma Humano)</b>	CÁNCER CERVICO-UTERINO	PRIMERA	9 AÑOS	
		SEGUNDA	9 AÑOS 2 MESES	
		TERCERA	9 AÑOS 6 MESES	
<b>SABIN</b>	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
<b>S R</b>	SARAMPiÓN Y RUBEOLA	ADICIONALES		
<b>OTRAS VACUNAS</b>				

\* Vacunas y/o Dosis no contenidas en el esquema básico de Vacunación de México

## CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN MÉXICO 2011 (MODIFICADO)

Dr. Víctor Hugo Espinoza Román – Infectólogo Pediatra – [www.infectologiapediatrica.com](http://www.infectologiapediatrica.com) – [www.tu-pediatra.com](http://www.tu-pediatra.com)

Tomada de: [www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-infantil/esquemas/esquema-vacunacion-mexico.html](http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-infantil/esquemas/esquema-vacunacion-mexico.html)

### B.C.G. (tuberculosis)

- Se aplica a todos los recién nacidos normales que viven en países en que la tuberculosis es un problema de salud (México)

### Hepatitis B

- Se administra al nacimiento y dos veces más para completar tres dosis.

La segunda dosis se administra 1 a 2 meses posterior a la aplicación de la primera. Los niños que no recibieron hepatitis B al nacimiento deben recibir 3 dosis: dosis inicial (0), 1 mes después y a los 6 meses de la primera.

La dosis final de la hepatitis B (tercera) no debe ser administrada antes de las 24 semanas de edad y al menos 16 semanas posteriores a la primera dosis.

### Pentavalente Acelular (Difteria, Tosferina y Tétanos [D.P.T.] + Poliomieltis + Haemophilus influenzae)

- Edad mínima de aplicación a las 6 semanas.

La dosis final debería ser aplicada después de los 4 años de edad y con al menos 6 meses de diferencia con respecto a la anterior.

### D.P.T. (Difteria, Tosferina y Tétanos)

- Edad mínima de aplicación es a los 6 meses.

En México se ocupa como refuerzo de la Pentavalente a la edad de 4 años.

### Rotavirus

- La edad mínima para su aplicación es a las 6 semanas de vida (Rotarix y Rotateq). La segunda dosis se aplica entre 6 - 14 semanas después.

No debe iniciarse la vacunación después de las 15 semanas de vida.

La última dosis de la serie (tercera) no debe aplicarse después de cumplir los 8 meses de edad.

### Hepatitis A

- Edad mínima de aplicación 12 meses  
Administrar 2 dosis con al menos 6 meses de diferencia y no más de 18 meses

### Neumococo conjugada (PVC13= 13-valente)

- Edad mínima para aplicación 6 semanas de vida

Se administra a la edad de 2, 4, 6 meses con refuerzo entre los 12 y 15 meses de edad.

Para niños de 14 a 59 meses quienes han recibido un esquema adecuado con PCV7 administrar una sola dosis de PCV13.

Administrar una sola dosis de PCV13 a todos los niños sanos entre 2 y 5 años que no estén completamente vacunados para su edad. No se necesita aplicar más dosis a niños sanos si la primera dosis la recibió después de cumplir 2 años.<sup>14</sup>

Administrar una dosis a los niños entre 2 años a 5 años 11 meses con esquema de neumococo incompleto.

La serie de vacunación iniciada con 7-valente debe ser completada con 13-valente.

Para niños entre 2 y 6 años con ciertas condiciones médicas administre 1 dosis de PCV13 si ha recibido previamente 3 dosis de

PCV y 2 dosis separadas por al menos 8 semanas si ha recibido menos de 3 dosis previamente.

#### Influenza

- La edad mínima de aplicación es a los 6 meses  
Si se está aplicando la vacuna por primera vez se deben recibir 2 dosis separadas por al menos 4 semanas.  
La Academia Americana de Pediatría recomienda la aplicación anual en niños hasta los 8 años de edad.

#### S. R. P. (Sarampión, Rubeola y Paperas o Triple viral)

- Edad mínima de aplicación 12 meses.  
La segunda dosis se aplica entre los 4 y 6 años, puede ser aplicada después de 4 semanas de la primera.

#### Varicela

- Edad mínima de aplicación 12 meses.  
Se administra la primer dosis entre los 12 y 15 meses de edad y la segunda dosis entre los 4 y 6 años de edad.  
En niños entre 1 y 12 años administrar la segunda dosis al menos 3 meses posteriores a la segunda.

#### VPH (Virus del Papiloma Humano) VPH2 (Cervarix) y VPH4 (Gardasil)

- La edad mínima de vacunación recomendada son los 9 años  
Se administran 3 dosis. La segunda dosis 1 a 2 meses después de la primera y la tercera 6 meses después (al menos 24 semanas después de la primera).  
Administrar toda la serie a todas las mujeres (VPH2 o VPH4) y todos los hombres (VPH4) entre los 13 y 18 años que no han sido vacunados.

VPH2 sólo para mujeres y VPH4 para hombres y mujeres.

- VPH2 (Cervarix): Fue aprobada para su uso en el año 2009. Esta vacuna es altamente segura, y bien tolerada por mujeres entre los 9 y los 26 años de edad.

No debe aplicarse a personas con historia de hipersensibilidad inmediata o a mujeres embarazadas. Ayuda a proteger contra el cáncer de cuello uterino.<sup>13</sup>

- VPH4 (Gardasil): Esta vacuna se aplica en los varones para reducir el riesgo de infectarse con las verrugas genitales y anales. La vacuna también reduce el riesgo de cáncer de pene y ano. Se administra en tres dosis durante un período de 6 meses. La segunda y tercera dosis se aplican a los 2 y 6 meses después de la primera.

Los niños ya a los 9 años de edad pueden recibir la vacuna si su médico se lo recomienda.<sup>13</sup>

### **3. Planteamiento del problema**

En la actualidad en México existen programas de educación para la salud oral en la edad preescolar, que se aplican en las escuelas pero que no toman en cuenta el estado de salud general de los infantes.

### **4. Objetivo general**

Implementar un programa de Educación para la Salud Oral, teniendo en cuenta la previa vacunación.

### **5. Objetivos específicos:**

5.1. Informar a padres de familia y educadores acerca del programa.

5.2. Revisar la cartilla de vacunación.

5.3. Establecer contacto con los niños

5.4. Explicar técnicas de cepillado de manera lúdica

5.5. Realizar ceod

## **6. Metodología**

### **6.1. Material y método**

Al inicio de este estudio se tuvo un acercamiento con las autoridades del Jardín de niños José Revueltas solicitándoles autorización para llevar a cabo este trabajo.

Las actividades se programaron para que coincidieran con la semana nacional de vacunación, manifestándoles nuestro interés en llevar a cabo un programa de concientización acerca de la importancia que tiene la vacunación previa a la práctica odontológica.

Para lograr un cambio conductual en los hábitos de higiene oral del niño, es necesario crear conciencia en los padres de familia y educadores acerca de las técnicas propias para conseguir este objetivo, ya que ellos serán los encargados de fomentar día a día esta medida en los niños. Se les comunicó de manera verbal y a través del consentimiento informado las actividades que se llevarían dentro del Programa y los objetivos del mismo, solicitándoles presentaran su cartilla de vacunación completa, para dar inicio a los trabajos.

La elaboración del material didáctico estuvo dirigida a los preescolares, apoyado por rotafolios, dibujos, tipodontos, cepillo dental, pasta y juegos de lotería.

Los contenidos temáticos se enfocaron a la higiene bucal enseñándoles los factores de riesgo y la técnica de cepillado adecuada.

Posteriormente se realizó la ficha dental de cada niño para que al finalizar se informara a los padres de familia el estado de salud oral en el que se encuentran sus hijos.

Se utilizó el índice ceo-d, indicado para dientes temporales, que consiste en la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados, muestra por separado el antecedente histórico del proceso carioso y la situación actual de las lesiones en cada individuo.

Estadísticamente representa el promedio de dientes cariados + obturados + extracción indicada.

Códigos y criterios del ceod:

- 0 = Espacio vacío.
- 6 = Diente temporario cariado.
- 7 = Diente temporario obturado.
- 8 = Diente temporario con extracción indicada.
- 9 = Diente temporario sano.

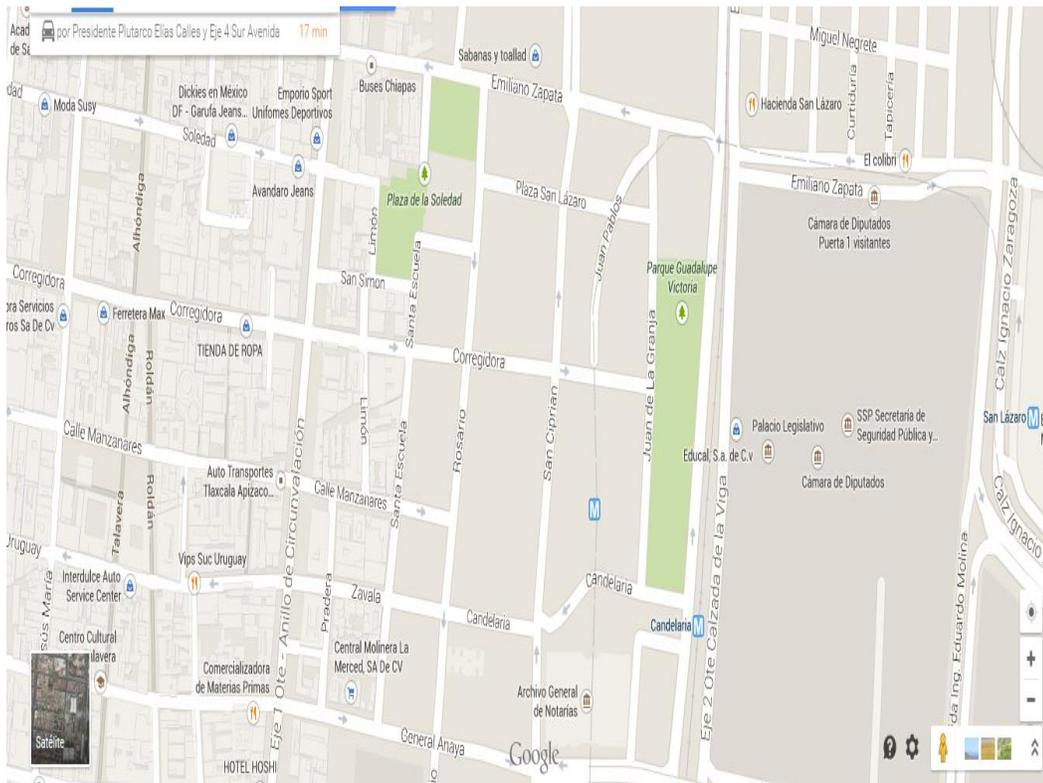
- No se consideran en este índice los dientes ausentes
- La extracción indicada es la que procede ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado.
- La restauración por medio de una corona se considera diente obturado.
- Cuando el mismo diente esta obturado y cariado, se consigna el diagnóstico más grave.
- La presencia de selladores no se cuantifica.

## Macrodelimitación

El Jardín de niños José Revueltas está situado: al norte Eje 1, Al Sur calle Fray Servando, al este Anillo de circunvalación y al oeste Av. del Congreso. Delegación Venustiano Carranza.

## Microdelimitación

Se encuentra al norte con la calle Emiliano Zapata, al Sur Calle Fray Servando, al este calle San Ciprian y al oeste Av. Del Congreso. Juan de la Granja sin núm. Col. Merced Balbuena.



Tomada de: [www.maps.google.com](http://www.maps.google.com)

## **6.2. Tipo de estudio**

Observacional, descriptivo y transversal

## **6.3. Población de estudio**

150 preescolares de 3 a 5 años de edad del Jardín de niños José Revueltas.

## **6.4. Muestra**

100 preescolares del Jardín de niños José Revueltas,

Género: 55 de género femenino y 45 de género masculino.

Edad: 25 de 3 años de edad, 24 de 4 años y 51 de 5 años.

## **6.5. Criterios de inclusión**

- a) Niños que asisten al Jardín de niños.
- b) Niños que aceptaron participar en el programa.
- c) Niños que presentaron su consentimiento informado.
- d) Niños que presentaron su cartilla de vacunación completa.

## **6.6. Criterios de exclusión**

- a) Niños que no asisten al Jardín de niños
- b) Niños que no aceptaron participar en el programa
- c) Niños que no presentaron su consentimiento informado
- d) Niños que no presentaron su cartilla de vacunación completa
- e) Niños menores a tres años de edad

## **6.7. Variables de estudio**

- Variable independiente: Falta de conocimiento acerca de la higiene oral
- Variable dependiente: Programa de Educación para la salud oral e importancia del esquema de vacunación en preescolares
- Variables de estudio: edad, género, tiempo, lugar
- Escala de medición: Intervalo (cuantitativo)

## 7. Presentación de caso

El Programa de educación para la salud oral se inició en el Jardín de niños José Revueltas con pláticas en los diferentes grupos, mismas que se realizaron durante dos días, se llevó a cabo con la presencia de las educadoras quienes nos apoyaron durante todo el proceso. Este consistió en una presentación apoyada con dibujos elaborados por la tesista, donde se explicó la importancia de la visita al odontólogo de una manera divertida y en la que los niños pudieran participar, se habló acerca de la importancia de una buena alimentación y prevención de enfermedades dentales, después se realizaron preguntas para aclarar dudas al respecto y exitosamente pudimos observar que la información quedó bien comprendida.



Fig. 1 Fuente directa



Fig. 2 Fuente directa

Posteriormente se continuó la dinámica con los preescolares enseñándoles la técnica de cepillado que se apoyó con canciones, un tipodonto y un cepillo dental, mismos que se les entregaron a cada uno de ellos para que participaran, al mismo tiempo que iban siguiendo los movimientos que se les iban indicando, se pudo observar que los niños tenían algún conocimiento y habilidad acerca de la técnica del cepillado dental ya que la mayoría de ellos lo hacían de forma correcta.



Fig. 3 Fuente directa



Fig. 4 Fuente directa

Con el apoyo de las educadoras se organizaron parejas para continuar con un juego de lotería, al repartir las cartas se daba una breve explicación de los aditamentos dentales como recordatorio para que los niños fueran comprendiendo mejor y la mayoría de las veces se les hacían preguntas al respecto sobre para que se utilizan. Esta actividad nos permitió interactuar aún más con ellos para que la información que se proporcionó anteriormente fuera reforzada.



Fig. 5 Fuente directa



Fig. 6 Fuente directa

Se realizó la ficha dental, con todas las barreras necesarias, (bata, lentes, cubreboca, guantes y espejos) se comenzó con la revisión y el llenado del ceod, de acuerdo con la lista de asistencia se fue llamando a cada uno ellos para cuestionarles una vez más respecto a su higiene oral,

Al finalizar la revisión se les gratificó a cada niño, estímulos positivos sociales que los motivan a mejorar su higiene oral.



Fig. 7 Fuente directa



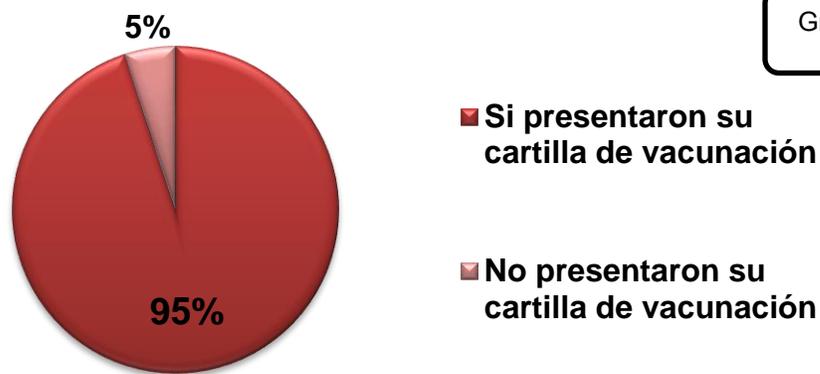
Fig. 8 Fuente directa



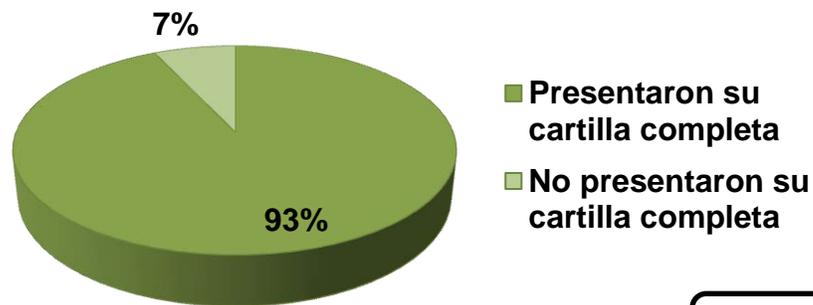
Fig. 9 Fuente directa

## 8. Resultados

Se realizó un estudio estadístico de los niños que presentaron su cartilla de vacunación para poder participar en el Programa de Educación para la Salud Oral. De los 112 niños contemplados para el programa 95% que corresponde a 107 niños presentaron su cartilla de vacunación y sólo 5% que corresponde a 5 niños no presentaron su cartilla de vacunación.



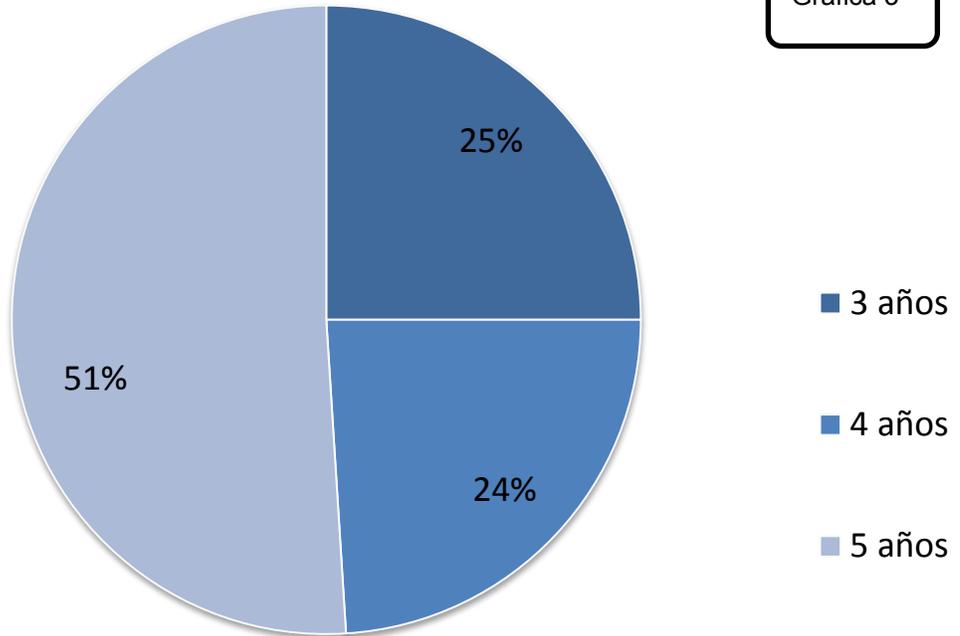
De los 107 niños que presentaron su cartilla de vacunación 93% correspondiente a 100 niños presentaron su esquema de vacunación completa, y sólo 7% que fueron (7 niños) no la presentaron completa.



En el programa participaron 100 alumnos de preescolar, 4 grupos de 25 alumnos cada uno, con edades que fluctúan de los 3 a los 5 años de edad; en este estudio se observó que la mayor proporción la constituyó el grupo de 5 años de edad con un porcentaje de 51% que corresponde a 51 niños; el grupo de 4 años representa 24% (24 niños) y finalmente el de 3 años 25% corresponde a 25 niños.

### Distribución porcentual por edad de alumnos incluidos en el Programa de Educación Para la Salud Oral

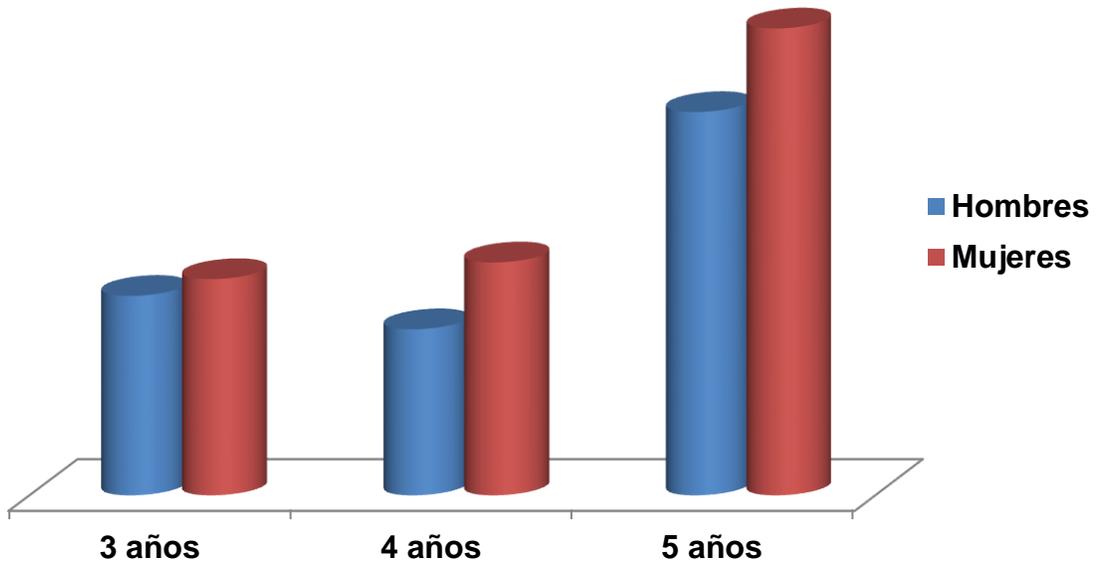
Gráfica 3



De los niños de 3 años de edad, 12% corresponde al género masculino que son 12 niños y 13% al femenino que son (13 niñas); los de 4 años de edad 10% corresponde al género masculino que son 10 niños y 14% al femenino que corresponde a (14 niñas) y de 5 años de edad 23% corresponde al género masculino 23 niños y 28% al femenino, que corresponde a (28 niñas).

**Conteo de alumnos por género**

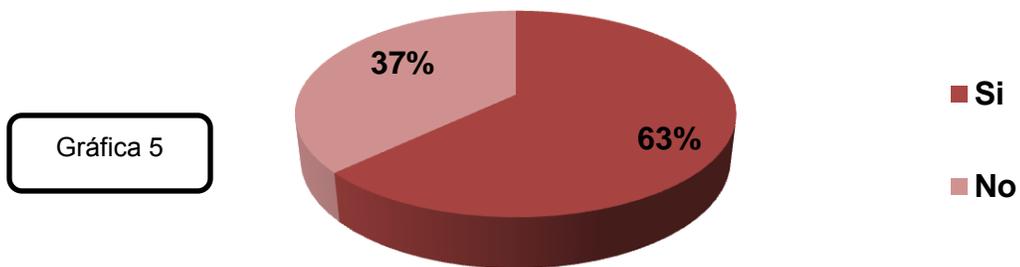
Gráfica 4



Los conocimientos y habilidades de los preescolares respecto a su higiene oral fueron evaluados por medio de 5 preguntas.

La primera pregunta fue ¿Has ido al dentista alguna vez? 63% que corresponde a 63 niños respondió que sí, 37% que corresponde a 37 niños dijo que no.

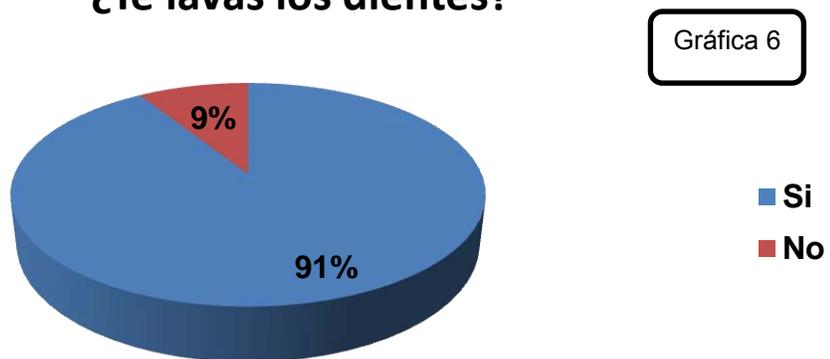
### ¿Has ido al dentista alguna vez?



Al preguntar ¿Te lavas los dientes?

El 9% de los niños que corresponde a sólo 9 niños contestó que no y 91% que son 91 niños dijeron que sí.

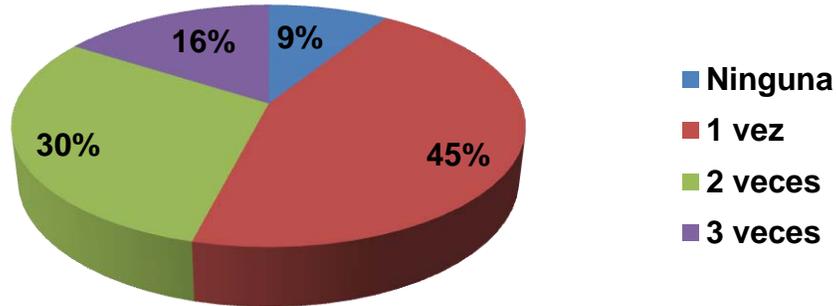
### ¿Te lavas los dientes?



¿Cuántas veces te lavas los dientes al día?, 9% correspondiente a 9 niños, contestó que ninguna vez, el 45% que son 45 niños una vez, el 30% que corresponde a 30 niños 2 veces y el 16% que son 16 niños dijeron 3 veces.

### ¿Cuántas veces te lavas los dientes al día?

Gráfica 7

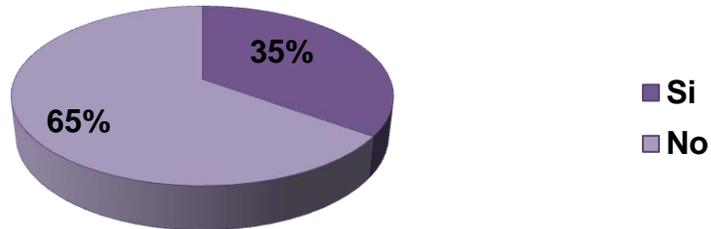


Otra de las preguntas fue ¿Te lavas los dientes antes de dormirte?

El 35% correspondiente a 35 niños, dijeron que si y el 65% que son 65 niños que no.

### ¿Te lavas los dientes antes de acostarte?

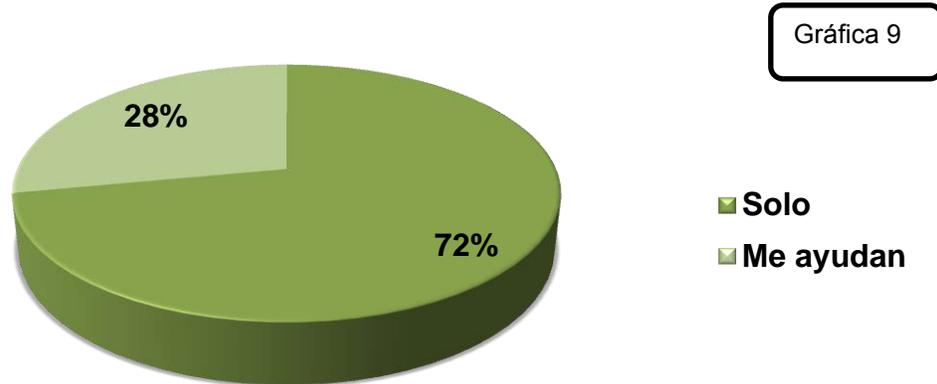
Gráfica 8



La última pregunta de nuestra evaluación fue ¿Te ayudan para cepillarte los dientes o lo haces tú solo?

El 72% que corresponde a 72 niños dijeron que ellos lo hacen solos, y el 28% que son 28 niños contestaron que los ayudan.

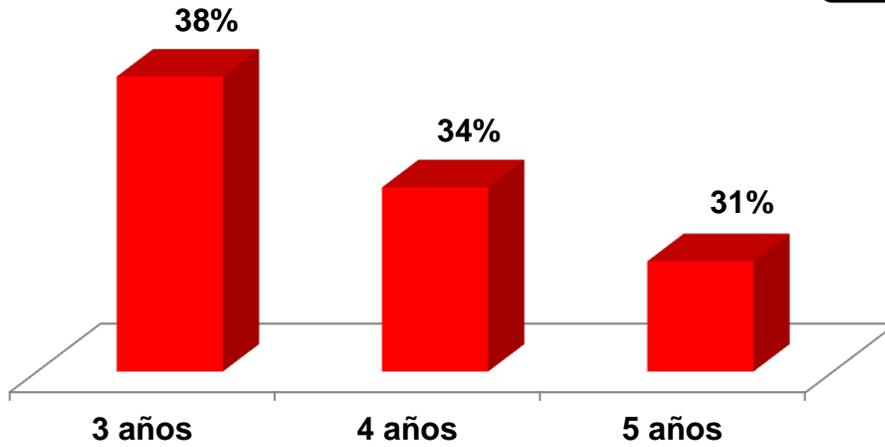
### ¿Te ayudan para lavarte los dientes o lo haces tu solo?



Al realizar la inspección oral, en los 100 preescolares el porcentaje de dientes cariados que se obtuvo fue de 34% lo que corresponde a 858 dientes de 2000 que se revisaron, tomando en cuenta que cada niño tiene 20 dientes. En los preescolares de 3 años de edad el porcentaje de caries fue de 38% que corresponde a 242 dientes de 625 que se revisaron, en los de 4 años resultó 34% de los correspondientes a 213 dientes y en los de 5 años el resultado fue de 31% con 403 dientes cariados.

### Dientes cariados

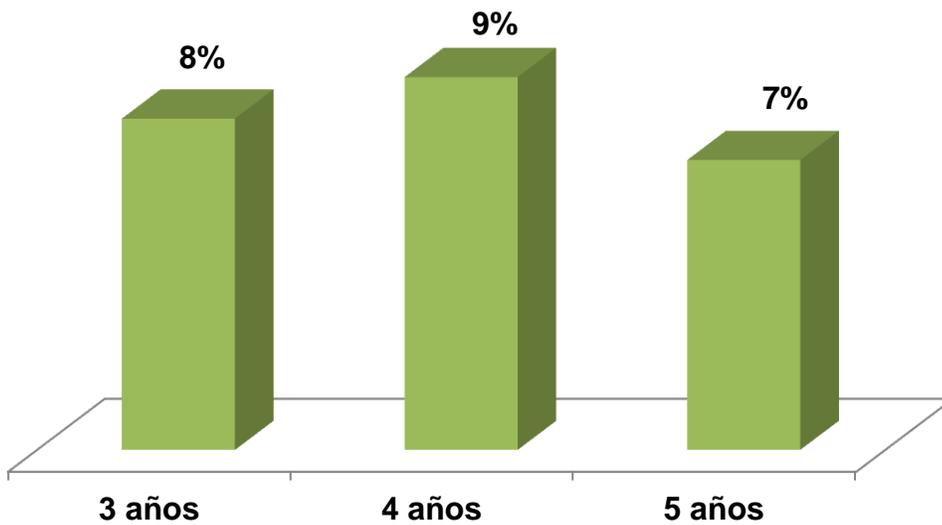
Gráfica 10



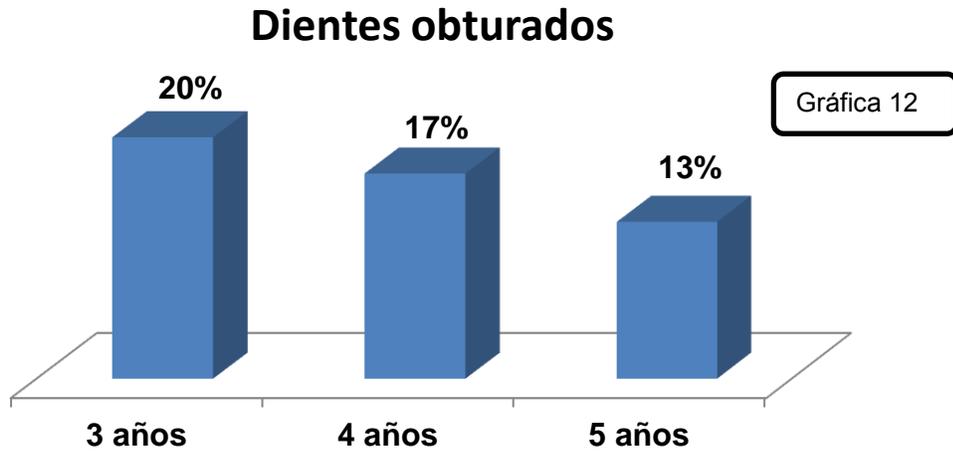
El número total de dientes extraídos fue de 250 lo que corresponde al 10%. En los niños de 3 años el número de dientes extraídos fue de 54 dientes que corresponde a 8%, en los de 4 años fue 9% que son 70 dientes y en los niños de 5 años el número de dientes extraídos es de 96 dientes lo que corresponde al 7%.

### Dientes extraídos

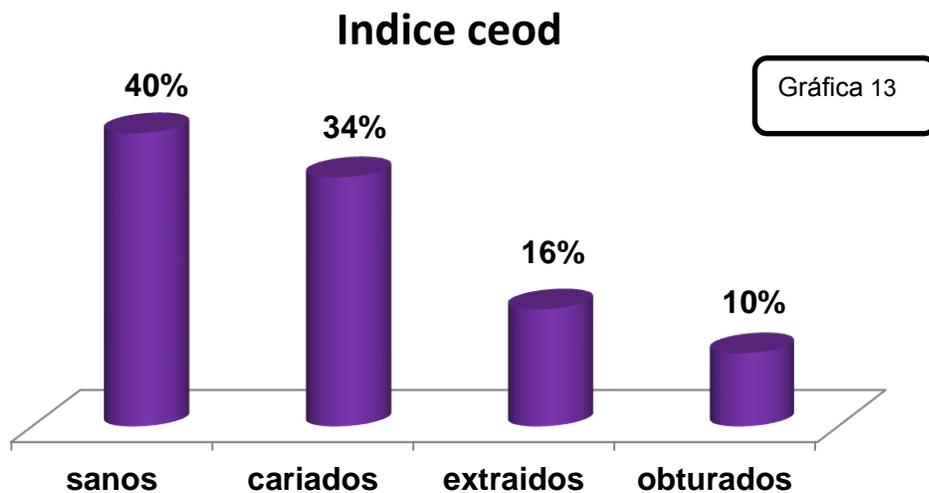
Gráfica 11



El número de dientes obturados fue de 412 que corresponde a 16%. En los niños de 3 años fue de 130 dientes representando 20%, en los de 4 años, hubo 100 dientes obturados lo que correspondió 17% y en los niños de 5 años, 182 dientes estaban obturados lo que representa 13%.



Al realizar el índice ceod, el resultado fue: de 2000 dientes revisados a 100 niños, 40% que corresponde a 800 dientes que resultaron sanos, 34% (680 dientes) estuvieron cariados, 16% correspondiente a 200 dientes fueron extraídos y 10% que representan 230 dientes presentaron obturaciones.

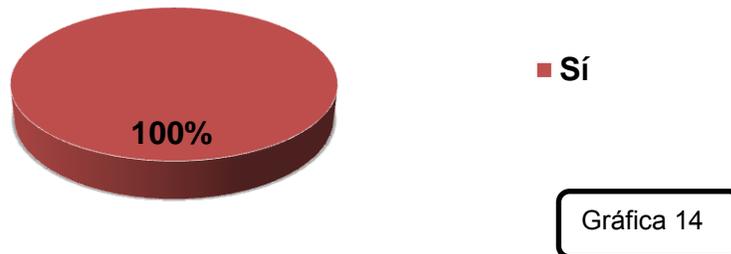


Así mismo se realizaron preguntas dirigidas a los padres de familia, una vez terminado el programa.

La primera pregunta ¿Les agradó que se realizara este programa de salud oral con sus hijos?

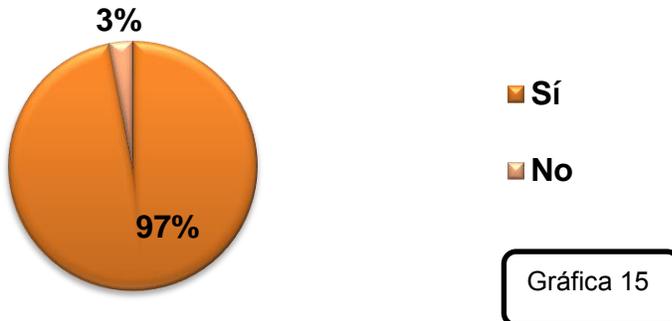
El 100% que corresponde a 100 padres de familia contestó que sí.

### ¿Les agradó que se realizara este programa de salud oral con sus hijos?



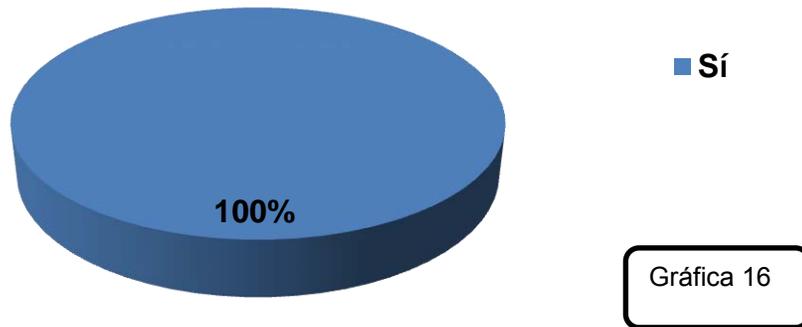
Al preguntar si el programa de salud oral causó algún cambio en la higiene de su hijo, el 97% correspondiente a 97 padres de familia respondió que sí y sólo 3% respondieron que no.

### ¿Cree que el Programa de Salud Oral mejorará la higiene bucal de su hijo?



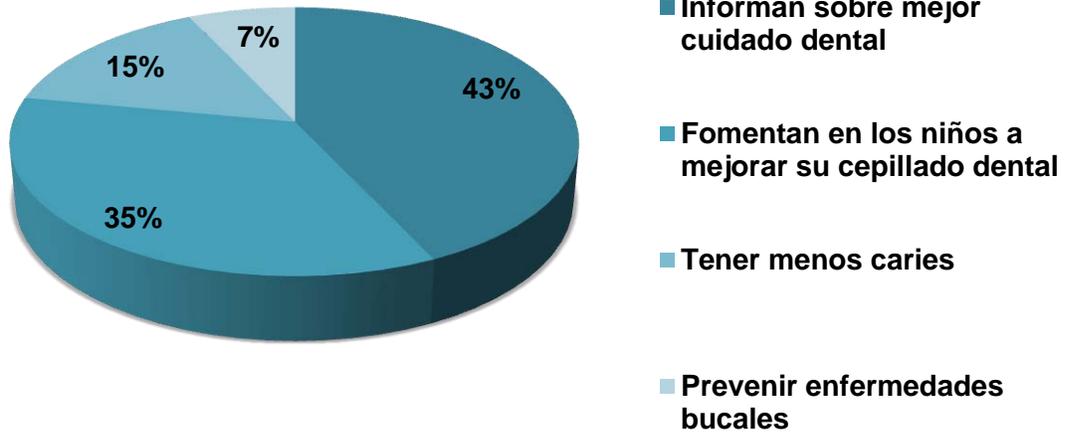
El 100% de los padres de familia contestaron que se deberían seguir implementando programas de este tipo en los jardines de niños

### ¿Crees que deberían seguir implementando este tipo de programas en los jardines de niños?



Se realizó una pregunta abierta ¿Por qué les gustaría que se siguieran implementando programas así? las respuestas más representativas fueron: 43% que corresponde a 43 padres de familia mencionó que les informan sobre un mejor cuidado dental, 35% que son 35 padres dijeron que fomentan a que los niños a mejoraren su cepillado dental, 15% correspondiente a 15 padres de familia señaló que para tener menos caries en los niños y sólo 7% que equivalen a 7 padres para prevenir enfermedades bucales.

## ¿Por qué le gustaría que se siguieran implementando Programas de Educación para la Salud Oral?



Gráfica 17

## **9. Conclusiones**

Se coincide, como en otros países, que los programas de educación para la salud oral son de gran importancia. Sobre todo cuando se inician a edad temprana, causando un compromiso y participación de las comunidades a las que van dirigidos.

El programa de educación para la salud oral que se implementó, tomando en cuenta el esquema de vacunación, cumplió con los objetivos propuestos. La población a la cual fue dirigida este, colaboró de manera activa y mostró un gran entusiasmo y participación.

La intervención en el Jardín de niños José Revueltas fue positiva, ya que los preescolares obtuvieron de una manera sencilla y divertida conocimientos sobre la boca y sobre todo, una buena salud oral.

El programa se desarrolló en dos etapas fundamentales: la familiarización de los padres y niños con el aseo oral y la participación de los padres de familia en cuanto a la vacunación previa a la atención odontológica.

La conjunción de estas dos partes tuvo como resultado un cambio significativo en los intereses de los niños hacia sus dientes y el conocimiento de los padres acerca de la importancia del esquema de vacunación.

Por lo mencionado anteriormente se deben seguir implementando programas de Salud Oral dirigidos a todas las edades, sobre todo a los preescolares, ya que son eficientes al modificar los conocimientos de los niños y mejorar su técnica de cepillado lo que redundará en beneficio de su salud oral.

## 10. Referencias bibliográficas

1. De la Fuente Hernández J., Sifuentes Valenzuela M. C., Nieto Cruz M. E. Promoción y Educación para la Salud en Odontología. Manual Moderno, 2014; 88-90
2. Greene W. H. Simons-Morton Educación para la Salud. México. Interamericana Mc Graw Hill, 1988.
3. Rev. Cubana Estomatología Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños 2003; 40.
4. Programa “Sonrisitas” de Promoción de la Salud bucodental en los centros que imparten el primer ciclo de la Educación Infantil. 2010 [www.juntadeandalucia.es/educación/nav/contenido.jsp?pag=/contenidos/PC/infantil/sonrisitas](http://www.juntadeandalucia.es/educación/nav/contenido.jsp?pag=/contenidos/PC/infantil/sonrisitas)
5. [www2.ula.ve/cdcht/dmdocuments/progrma-itinerante.pdf](http://www2.ula.ve/cdcht/dmdocuments/progrma-itinerante.pdf).
6. [www.odontologiaactual.com/progrma-saludarte-genera-cultura-del-cepillado-dental-entre-los-escolares/](http://www.odontologiaactual.com/progrma-saludarte-genera-cultura-del-cepillado-dental-entre-los-escolares/).
7. UNAM. Programa educativo preventivo de caries dental y periodontopatías, 2010. [www.odontologia.iztacala.unam.mx/pdfs\\_basodont/prog-preventivo.pdf](http://www.odontologia.iztacala.unam.mx/pdfs_basodont/prog-preventivo.pdf).
8. [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002024.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002024.htm).
9. [www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=35304&id\\_seccion=2363&id\\_ejemplar=3650&id\\_revista=143](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=35304&id_seccion=2363&id_ejemplar=3650&id_revista=143)
10. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Manual de vacunación 2008-2009. México D.F.: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia 2008.
11. [www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-infantil/esquemas/esquema-vacunacion-mexico.html](http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-infantil/esquemas/esquema-vacunacion-mexico.html).
12. [www.salud.df.gob.mx](http://www.salud.df.gob.mx)
13. [www.infectologiapediatrica.com/blog/2013/06/14/esquema-de-vacunacion-2013-actaulizacion/](http://www.infectologiapediatrica.com/blog/2013/06/14/esquema-de-vacunacion-2013-actaulizacion/)

## 11. Anexos

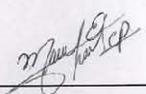
### Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA  
Carta de Consentimiento Válidamente Informado

México D.F. a \_\_\_\_\_

La que suscribe, Michelle E. Contreras Pacheco pasante de la Facultad de Odontología, solicita su autorización para realizar la revisión oral de su hijo(a), con la finalidad de obtener datos estadísticos sobre salud oral en los preescolares.

  
\_\_\_\_\_  
Michelle E. Contreras Pacheco

**Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) sea revisado.**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre o tutor



## Cuestionario realizado a padres de familia



¿Les agradó que se realizara este programa de salud oral con sus hijos?

- a) Si
- b) No

¿Cree que el programa de salud oral mejoró la higiene bucal de su hijo?

- a) Si
- b) No

¿Crees que deberían seguir implementando este tipo de programas en los jardines de niños?

- a) Si
- b) No

¿Por qué les gustaría que se siguieran implementando programas de educación para la salud oral?

---