

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN – LEÓN



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**GRADO DE HIGIENE ORAL EN NIÑAS Y NIÑOS ATENDIDOS EN EL
PROGRAMA DE LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS “ NIÑOS MARTIRES DE
AYAPAL ”, UNAN – LEÓN, II SEMESTRE DEL AÑO 2001**

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

AUTORES:

ANA CAROLINA FLORES RAMÍREZ

JEANETTE GUTIERREZ VARELA

TUTOR:

DR. JORGE CERRATO.

Depto. de Odontologia Preventiva y Social



León, Marzo del 2002

181.207

C-1



W
43
F67H9
2002

Dedicatoria

A mi esposo, Arturo Gurdían, que con amor y paciencia, supo brindarme todos los elementos esenciales para alcanzar esta meta tan importante en mi vida.

A mis hijos, Ana Lucía y Eugenio José que supieron sacrificar parte de su preciado tiempo de hijos, para que su madre pudiera ser profesional.

A Dios y a mis padres por inculcarme principios y convicciones necesarios para triunfar como persona.

Ana Carolina Flores de Gurdían

SCOP
BOS

Dedicatoria

A Dios Por haberme dado a mis hijos, la razón fundamental para salir adelante; Róger Antonio, Moisés Javier, Crista de los Ángeles y María Alejandra.

Jeannette Gutiérrez Varela

Agradecimiento

A Dios, nuestro padre por la vida y fortaleza al paso del tiempo.

A nuestro tutor Dr. Jorge Cerrato, que con dedicación nos apoyo en todo momento.

A nuestros familiares y amigos, que de una u otra forma contribuyeron al término de esta tan esperada meta.

A los docentes de la Facultad de Odontología, que nos brindaron sus conocimientos con paciencia y esmero.

Gracias,

Carolina y Jeannette



INDICE

Contenido	Páginas.
INTRODUCCIÓN-----	01
OBJETIVOS -----	03
MARCO TEÓRICO-----	04
DISEÑO METODOLÓGICO-----	17
RESULTADOS-----	21
DISCUSION DE LOS RESULTADOS-----	24
CONCLUSIONES-----	27
RECOMENDACIONES-----	28
BIBLIOGRAFÍA -----	29
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

La higiene oral en la dentición temporal y mixta de los niños de los centros escolares de la ciudad de León, garantiza un desarrollo integral en sus dientes permanentes, evitándose así en gran medida problemas de caries dental, enfermedad periodontal, mal oclusión, problemas estéticos, fonéticos y funcionales de naturaleza transitoria o permanente.

La higiene oral es un eje esencial en la prevención de diferentes problemas de salud oral, ya que ella reúne algunas acciones destinadas al control de la placa bacteriana y al fortalecimiento de los tejidos de soporte del diente. Para la realización de estas actividades se utilizan varios elementos, como: cepillo dental, pasta dentífrica y pastillas o agentes reveladores de placa bacteriana.

La promoción de higiene oral, proporciona la herramienta principal para prevenir las causas que aumentan la morbilidad y mortalidad dentaria, razón por la que, en la ciudad de León, desde el año 1983, la Facultad de Odontología de la UNAN León, en coordinación con el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación, dispuso desarrollar un programa de atención odontológica integral, llamado "Niños Mártires de Ayapal", que por un sistema de rotación de colegios de primaria, y cumpliendo con su principal objetivo proporciona atención en salud oral a niños y niñas de educación primaria con escasos recursos económicos. (4)

Por lo antes expuesto, el presente estudio trata de determinar, cuál es el nivel de higiene oral, de las niñas y niños atendidos en el programa de las clínicas odontológicas "Niños Mártires de Ayapal", de la UNAN León, al inicio y final del II semestre del año 2001, para valorar el grado de higiene oral que han alcanzado las niñas y niños escolares atendidos en el programa de las clínicas odontológicas "Ayapal", UNAN León, lo cual puede permitir que instituciones que trabajan en función de la niñez y la adolescencia, puedan brindar su apoyo a este programa, que de lograrse, contribuiría a mejorar los niveles de salud oral de estos niños, debido a que los fondos con que las clínicas odontológicas "Niños Mártires de



Ayapal” funciona, son del escaso presupuesto que la Facultad de Odontología recibe del estado, lo cual es insuficiente para brindar una mayor cobertura a niños y niñas en edad

escolar de la ciudad de León, dado que el crecimiento en el número de niños y niñas que requiere este importante servicio y el aumento demográfico de la población escolar leonesa, se ha incrementado de tal manera, que el “Programa Niños Mártires de Ayapal” se ve virtualmente imposibilitado en atenderlos, trayendo como consecuencia un gran número de pacientes jóvenes con problemas dentales que contribuyen a disminuir su calidad de vida y que exigen trabajo de mayor costo económico.

OBJETIVOS



Objetivo General

Determinar el nivel de higiene oral de las niñas y niños atendidos en el programa de las clínicas odontológicas "Niños Mártires de Ayapal", de la UNAN León, al inicio y final del II semestre del año 2001.

Objetivos Específicos

1. Determinar los porcentajes promedios de placa bacteriana en niñas y niños escolares al inicio y al final del programa odontológico, según grado académico
2. Identificar el nivel de higiene oral en niñas y niños escolares atendidos en las clínicas "Ayapal" al inicio y final del programa de atención odontológica, según grado académico.
3. Valorar la opinión de los niños y niñas escolares, sobre algunas características de las practicas de higiene oral en sus hogares.

MARCO TEÓRICO



MARCO TEÓRICO

La adecuada higiene oral constituye el medio ideal para gozar una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida en la boca, favorece un buen sabor, y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando la estética y calidad de vida de las personas. Pero sobre todo la higiene oral, representa un método eficaz para mantener una buena salud oral porque contribuye a la prevención de las dos enfermedades más frecuentes: caries dental y la enfermedad periodontal. (2)

Desde el nacimiento, la boca es colonizada por múltiples microorganismos de forma permanente, con depósitos de bacterias, constituyendo la placa bacteriana que puede utilizar el azúcar de la dieta para producir ácidos, y destruir el diente cuando estos erupcionan como ocurre en la caries dental, o bien, inflamarse la encía y posteriormente destruir el tejido que sostiene el diente unido al hueso, como ocurre en la enfermedad periodontal.

El objetivo fundamental de la higiene es reducir las bacterias que provocan estas enfermedades, es decir controlar el nivel de placa bacteriana.

La Placa Bacteriana

Es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas que se coleccionan sobre la superficie de los dientes, encía y otras superficies bucales (prótesis, etc.), cuando no se practican métodos de higiene bucal adecuados, esta formada de mucina, bacterias y restos alimenticios. Cuando se acumula, puede ser de color: blanco, verde anaranjada; y su eliminación es mecánica: a través del cepillado dental, auxiliado con el uso del hilo dental. Uno de los mayores impedimentos para emplear eficazmente el cepillado dental, es el alto grado de cooperación requerida por el paciente. Se ha demostrado que la mayoría de los niños menores de cinco años se cepillaban menos de 20 segundos y las únicas zonas cepilladas favorecidas son las superficies labiales y oclusales de los molares inferiores. (1)



Podemos fácilmente comprender que la eficacia del cepillado dental para limpiar dentaduras se verá ampliamente influida por el diseño del cepillo y técnicas de cepillado. (1)

Actualmente existen numerosas técnicas de cepillarse los dientes. La mayoría de ellas son tan complicadas, que no podrán ser dominadas por niños de corta edad. Por ello, se aconseja enseñar a los niños pequeños técnicas sencillas. Uno de estos métodos es la técnica Fones: en este sentido, con las piezas en oclusión, las superficies labial y bucal se cepillan con un movimiento circular amplio. Las superficies oclusal y lingual se cepillan con acción de cepillado horizontal hacia adentro y hacia fuera. (1)

Se sugiere que en ciertos casos el cepillado dental, se complementa con seda dental empleada eficazmente pasándola a través de los puntos de contacto y estirándola hacia la superficie mesial y distal del área interproximal. (1)

El empleo de técnicas de cepillado y de seda dental aflojará muchas partículas de alimentos y bacterias de la placa dental, estos pueden eliminarse enjuagando vigorosamente con agua. Por lo tanto, se aconseja que después de ingerir golosinas con carbohidratos, se instruya a los niños para enjuagarse la boca vigorosamente dos o tres veces, con cuanta agua puedan acomodarse fácilmente en la boca. Es especialmente importante hacer esto si en ese momento no es posible cepillarse los dientes. (1)

La placa bacteriana presenta 2 características muy fundamentales:

1. No es visible clínicamente.
2. No se despega con un "chorro" de agua.

La placa bacteriana es la responsable de la etiología de la caries dental y la enfermedad periodontal.



Composición microbiana de la placa

En un gramo de placa bacteriana, pueden existir aproximadamente 200 mil millones de microorganismos, con 40 especies diferentes. Sin embargo los microorganismos más prominentes son: Estreptococos y bacterias filamentosas Gram positivas, que se encuentran en la superficie coronarias los dientes. (2)

En el surco gingival y superficie radicular, la composición cambia, predominando las formas filamentosas, especialmente la especie ACTINOMICES, que es la principal responsable de la caries radicular y la enfermedad periodontal. (2)

El tiempo de formación de la placa, influye en los tipos de bacterias que la forman.

Al inicio es "simple", a medida que pasa el tiempo y no es controlada, se va poniendo más compleja. Así al cabo de 7 días aumenta la cantidad de anaerobios y tienden a disminuir las especies aeróbicas y hay una reducción en la proporción total de estreptococos, las placas que han podido desarrollarse durante 14 días o más, tienen un aspecto más filamentosas que la temprana, y pueden producir una alta cuenta de vibriones y espiroquetas, además de otros microorganismos anaerobios. (2)

A medida que se acumula la placa bacteriana, además de la edad de la placa, la composición bacteriana es también influida por el sitio del que se tome la muestra de la placa, el sujeto estudiado, dieta consumida y otros numerosos factores. De manera que en resumen, la composición bacteriana de una placa, varía considerablemente de una persona a otra, de un diente a otro y aún en distintas zonas de un mismo diente. (2)

La placa no es visible en condiciones ordinarias, esto tiene suma importancia clínica. Desde el punto de vista patológico la placa puede ser definida como un conjunto de colonias bacterianas que se adhieren firmemente a la superficie de los dientes y tejidos gingivales.

Esta definición tiene mucho más significación clínica que la anterior, puesto que se centra en los reales agentes de enfermedad dentro de la placa, es decir, las colonias bacterianas. La evidencia que asocia la formación de caries con la presencia bacteriana es concluyente.



Los microorganismos de la placa no solo producen caries sino también la iniciación de la inflamación gingival, que a su vez es según la mayoría de los autores, el paso inicial en el desarrollo de la enfermedad periodontal. (1)

En estudios realizados por Lõe y colaboradores se instruyó a adultos jóvenes para que realizaran técnicas de higiene bucal hasta remover prácticamente toda la placa y alcanzar un nivel casi perfecto de salud gingival. Se pidió a los practicantes que interrumpieran todas las maniobras de higiene bucal. La placa entonces comenzó a acumularse, se hicieron visibles los signos clínicos de la gingivitis en unos pocos días. Se reinstituyó la higiene bucal, y la gingivitis se desvaneció en breve tiempo. (2)

De lo precedente se evidencia que la placa es responsable de las dos enfermedades bucales más prevalentes – la caries dental y la enfermedad periodontal – y que la remoción de la placa y su control deben ocupar un lugar prominente en cualquier programa preventivo. (2)

Esto no quiere decir que la enfermedad periodontal no puede existir en ausencia de microorganismos o sea que puede existir enfermedad periodontal por otras causas como ocurre en el trauma oclusal. (2)

Si la placa es el principal agente causal, tanto de caries como de enfermedad periodontal, ¿Qué puede hacerse para prevenir su formación? Por ahora muy poco, aunque pueden esperarse respuestas más óptimas en el futuro como consecuencia del intenso trabajo de investigación que se está efectuando en este campo.

Por el momento debe concluirse que el mejor método para prevenir los efectos nocivos de la placa es su remoción mecánica antes que pueda dañar, tanto a los dientes como a los tejidos gingivales.

Potencial Patológico de la Placa

Los efectos nocivos de la placa no se deben a la presencia directa de los microorganismos, sino a determinados productos metabólicos de estos. (2)



Con respecto a las caries dental, la situación es bien conocida: los microorganismos metabolizan carbohidratos fermentables y forman ácidos y a su vez, estos ácidos disuelven los tejidos dentarios mineralizados.

Para que la caries se produzca, estos ácidos deben permanecer en contacto con el diente por tiempo suficiente para provocar un grado perceptible de descalcificación. El medio que permite dicho contacto es la placa dental. Los organismos bucales son capaces de sintetizar diversos polisacáridos adherentes (dextranos), los cuales constituyen el adhesivo que une las colonias a los dientes y entre sí. (2)

Estudios en roedores han demostrado que para la formación de caries oclusales no son necesarios polisacáridos, pues las características retentivas de la superficie oclusal, más los residuos alimenticios, son suficientes para mantener las colonias y los ácidos junto a la superficie dentaria.

La placa oclusal solo puede ser removida parcialmente por medios mecánicos; la prevención de caries en las superficies oclusales requiere pues, medios complementarios al control de la placa, como los selladores oclusales.

En lo que concierne a la enfermedad periodontal y en particular a la gingivitis, son también ciertos metabolitos microbianos los que causan la inflamación. (2)

Mecanismo de Formación de Placa Bacteriana

Primero: Colonización de la placa por bacterias a las pocas horas de depositada la cutícula salival (película dentaria) y comienzan a depositarse gérmenes sobre ésta, especialmente el estreptococo cariogénico. Se produce así la colonización bacteriana. Los estreptococos comienzan a producir una sustancia extracelular altamente adhesiva denominada dextrán, que es un polisacárido, de alto peso molecular, sintetizado exclusivamente a partir de la sacarosa (tipo de azúcar presente en los dulces, mermeladas, etc.), lo que hace ver que la presencia de azúcar es indispensable. Se siguen agregando diversas especies de microorganismos, principalmente lacto bacilos y anaerobios. (2)



Es evidente que la película dentaria desempeña un papel importante en la retención y nutrición de los microorganismos, los cuales inician la formación de la placa dental.

Para aplicar nuestro conocimiento del mecanismo de la colonización inicial de las bacterias sobre los dientes es necesario un conocimiento más completo de las características de la película y de su dinámica.

No se sabe con certeza si la película es un sustrato importante para los microorganismos de la placa o si su presencia es simplemente coincidencia. (3)

La placa se forma cuando los microorganismos se adhieren al diente mediante el dextrán, luego la placa comienza a proliferar y crecer.

La flora inicial que coloniza el área cervical de un diente con encía normal, consiste casi exclusivamente de: Estreptococos cariogénico, Gram Negativo y Bacilos cortos.

En la placa en formación durante las primeras 24 a 48 horas el número de estos organismos aumenta al aparecer gérmenes.

Gram Positivo: Especialmente cocos y bacilos cortos.

Segundo: Después de dos o tres días de acumulación de placa, hacen su aparición:

- ⌘ Filamentos.
- ⌘ Bacilos fusiformes.

Entre 5 y 10 días se produce la maduración de la placa bacteriana por el agregado de las diferentes especies microbianas.

Una placa de 10 días contiene gran cantidad de las bacterias ya mencionadas, además de:

- ⌘ Vibriones.
- ⌘ Espiroquetas.



En una placa de 14 días los cocos gram positivos y los bacilos cortos constituyen aproximadamente el 50% de la flora total.

- ↳ Cocos gram negativos y bacilos pequeños aproximadamente el 30%.
- ↳ Filamentos el 8%.
- ↳ Fusobacterias el 8%.
- ↳ Vibriones y espiroquetas aproximadamente el 2% cada uno.

Hasta donde es posible observar, en dos semanas el contenido bacteriano supragingival queda completo, está firmemente adherida a la superficie dentaria y a partir de ese momento inicialmente se observan cambios cuantitativos caracterizados por un aumento relativo en el número de bacterias gram negativos y microorganismos anaerobios, desarrollándose la placa infragingival. (3)

El hecho de que la síntesis de polisacáridos extracelulares sucede en las primeras etapas del desarrollo de la placa y toma lugar únicamente en la presencia de sacarosa sugiere que sea posible influencia la composición y cantidad de la placa variando la cantidad de sacarosa en la dieta.

Sin embargo en general la presencia o ausencia de placa sobre los cuellos de los dientes parece ser relativamente independiente del paso de alimentos a través a la cavidad oral.

La alimentación mediante tubos produce tanto o mayor formación de placa que la masticación y deglución ordinaria.

La naturaleza bacteriana de la placa y su independencia relativa de la composición de los alimentos, también es posible demostrarla mediante experimentos con enjuague a base de tetraciclinas.

Tres enjuagues diarios evitan la formación de placa en individuos que reciben dieta corriente capaz de producir placa.

Inclusive la masticación excesiva de alimentos fibrosos entre las comidas no previene la formación de placa dental. Por lo tanto términos como auto limpieza entre comidas o limpieza natural entre comidas son inadecuados.



Parece que la velocidad de formación de placa es influenciada hasta cierto punto por la:

- ⊗ Cantidad de saliva.
- ⊗ Características físicas y químicas de la saliva.
- ⊗ Composición de la saliva.

Mecanismos Defensivos de la Cavidad Oral

1. Integridad de la mucosa oral.
2. Descamación epitelial.
3. Actividades fisiológicas tales como.

- ⊗ Hablar.
- ⊗ Comer.
- ⊗ Deglutir.

Funciones de la Saliva, como Mecanismo de Defensa

- ⊗ Acción mecánica de arrastre.
- ⊗ Acción humedecedora y lubricante de los tejidos.
- ⊗ Acción antimicrobiana directa mediante sustancias presentes en ella como: enzimas, anticuerpos, leucocitos. (2)

Programa de Control de Placa

Quando los problemas de la enfermedad bucal de un paciente se deben, a aunque sea parcialmente, a la placa, y esto es así en la mayoría de ellos, es imperativo un programa de control de placa. La caries activa *detectable por la presencia de cavidades abiertas y la gingivitis detectable por la presencia de enrojecimiento, tumoración o hemorragia de las encías* son signos evidentes de la presencia de placa. (2)



Es importante la observación atenta y la vigilancia alerta por parte del dentista y auxiliares, de los pacientes que son capaces de eliminar en forma adecuada su placa, y que no muestran signos clínicos ni detectables de placa o de enfermedad bucal inducida por ella, para asegurarse de que continúen así a medida que pase el tiempo.

Control Mecánico de la Placa

De los varios métodos con que puede controlarse la placa, el más efectivo en el momento actual es su remoción mecánica por medio del cepillo de dientes, el hilo dental y algunos otros coadyuvantes. Debe reconocerse, sin embargo, que estos procedimientos tienen sus limitaciones. Como afirmó Lôe "para el paciente bien motivado y correctamente instruido que desea invertir el tiempo y el esfuerzo necesarios, las medidas mecánicas son efectivas en el control de placa". También es adecuado decir que "la destreza técnica, el esfuerzo, el tiempo y la perseverancia requerido para mantener continuamente un alto grado de limpieza bucal excede a la capacidad del ser humano promedio". (2)

Además, "la motivación y la instrucción en la higiene bucal requieren que el personal profesional y auxiliar actúe en un nivel que difícilmente puede lograrse en país alguno en la actualidad. Por lo tanto, los procedimientos mecánicos pueden no ofrecer una solución completa al problema de la prevención de placa y de su control para una gran población." Así, la profesión dental debe continuar en la investigación de otros procedimientos que no requieren tanta cooperación del paciente y tiempo del profesional. Sin embargo, el dentista privado en su consultorio y con sus pacientes, debe hacer todo esfuerzo posible para inducirlos a la práctica de las maniobras mecánicas adecuadas para la remoción de la placa. El tomar conciencia de que un grupo de pacientes no será capaz o no deseará cumplir con tal programa, debe servir como consuelo filosófico cuando se produce un fracaso. (2)

Con el material precedente se puede determinar con facilidad que un programa de control de placa es esencialmente un programa educacional; primero educar al paciente en lo que es la placa y cuáles son sus efectos, y en segundo lugar cómo controlar esos efectos. Debe



comprenderse que para que un programa educacional esté terminado, debe producirse un cambio en la conducta. En otras palabras, el programa no puede constar solamente de la instrucción (o la prédica) sin efectos ulteriores. (2)

Es fundamental que el paciente desarrolle nuevas actitudes y prácticas, o que cambie de actitudes inadecuadas y prácticas ineficientes adquiridas en el pasado.

¿Dónde debe realizarse el programa?

Un programa de control de placa puede realizarse en el gabinete del dentista o la higienista. Eso sin embargo, inmovilizará un costoso equipo durante las horas en que se realice el programa; por esta razón, es económicamente más conveniente tener una sala de control separada. Además, esto mostrará al paciente que el consultorio le asigne tal importancia al programa, que le dedicó una sala separada para su uso. (2)

¿Quién debe revisar el programa?

En nuestra opinión, las primeras introducciones deben ser hechas por el odontólogo mismo durante las sesiones de diagnóstico y presentación del caso. Tienen la envergadura profesional y científica necesarias para impresionar al paciente con la importancia del programa, y debe así proveer la instrucción inicial en lo que respecta a la placa, la necesidad de su control y las responsabilidades del paciente en este respecto.

Debe aclarar al paciente que, mientras que el consultorio va a tomar todas las medidas necesarias para enseñarle los métodos de control adecuados y hacer las restauraciones bucales necesarias, el éxito del tratamiento dependerá del deseo del paciente de controlar su placa. En muchos consultorios esta presentación inicial o por lo menos parte de ella, es hecha por la higienista dental cuando hace la profilaxis a un paciente en preparación para el examen del dentista. Una vez que se ha realizado esta fase inicial, el programa puede ser llevado a cabo en su totalidad por personal auxiliar correctamente entrenado, particularmente la higienista o, más comúnmente, la terapeuta de control.



En efecto, se ha observado que en la mayoría de los casos este personal puede comunicarse mucho mejor con los pacientes que el propio dentista. Son puntos importantes con respecto a esto:

- 1) Que la auxiliar pueda usar un lenguaje no técnico, que generalmente es comprendido por la mayoría de los pacientes, mientras que el dentista puede sentirse poco profesional si no emplea la oratoria técnica.
- 2) Que las auxiliares mismas están, en cuanto a lenguaje odontológico, más cerca del nivel de los pacientes (y generalmente no son autoridades en el tema) y así le evitan al paciente la sensación de ridículo que puede sentir frente el dentista cuando no comprenden un punto determinado.
- 3) Que las auxiliares pueden dedicar todo su tiempo al programa, lo que rara vez sucede con los odontólogos.
- 4) Que frecuentemente pueden abordar problemas y formular preguntas personales con menos inhibición que los dentistas.

El empleo de auxiliares, por supuesto deja libre el tiempo del dentista para otras maniobras profesionales, y de este modo contribuye a que el programa esté al alcance de más pacientes a un costo razonable. (2)

La característica más importante del personal responsable de realizar el control de placa es la capacidad para comunicarse con la gente, y el sincero deseo de ayudarlos dentro de una atmósfera de calor humano. Además, la terapeuta debe estar firmemente convencida del valor del programa y practicarlo escrupulosamente sobre sí misma. Debe, por supuesto, conocer los distintos conceptos y procedimientos utilizados en todo el programa.

Dentro de estas calificaciones, cualquier persona inteligente, y no necesariamente una con formación previa, podrá ser entrenada para que sea una eficiente terapeuta preventiva. Una cantidad de odontólogos ha hallado que, debido a sus características y entretenimiento, las maestras son particularmente aptas para realizar la parte educacional y motivacional del programa.



Otros dentistas emplean higienistas, asistentes, u otra gente a la que entrenan específicamente para su programa.

Estrategia:

Se sugiere para la primera visita las siguientes estrategias, que comprende suficiente material para que la mayoría de los pacientes lo digiera en una sola sesión. Se aconseja a la terapeuta que no trate de incluir material adicional, a menos que esté trabajando con pacientes cuya inteligencia esté por encima del promedio y posea habilidades manuales con las mismas características, o pacientes que hayan recibido instrucción previa sobre el control de la placa.

También habrán presentado al paciente a la terapeuta de control, y enfatizado que ella estará a cargo del programa porque es la persona mejor calificada del consultorio para realizarlo.

El paciente también ha sido transferido a la sala de control de placa, o se le ha dado una nueva cita para comenzar el verdadero programa. A partir de este punto la estrategia comprende lo siguiente:

1. Reconocimiento por parte del paciente que:
 - a. Tiene placa.
 - b. La placa está compuesta por "gérmenes" vivos.
 - c. La placa produce caries dental y enfermedades gingivales.
 - d. La remoción de la placa previene o cura tales enfermedades.
 - e. La placa puede eliminarse.
 - f. Puede remover la placa, si trata de hacerlo.

2. Recomendación de que vaya a su casa y practique la identificación de la placa y su eliminación por cepillado. (2)



Selección del Cepillo Dental

1. La cabeza del cepillo debe de ser pequeña y recta, para permitir alcanzar más superficie dentaria, principalmente en posterior.
2. Los penachos deben de ser separados, para una mejor acción de limpieza, debido a la flexión que permite su separación.
3. Las fibras deben de ser sintéticas, ya que las naturales se desgastan muy rápido, además las sintéticas recuperan su elasticidad muy pronto después de ser usadas.
4. Las cerdas deben de ser blandas y con los extremos redondeados, para evitar daños a los tejidos blandos.

No hay que dejar la impresión en los pacientes de que la pasta dental o el uso de enjuagatorios bucales, pueden sustituir el adecuado cepillado de los dientes y el uso del hilo dental.

DISEÑO METODOLÓGICO



DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio:

Descriptivo, de corte transversal.

Area de Estudio:

El presente estudio se realizó en las clínicas odontológicas "Niños Mártires de Ayapal", de la Facultad de Odontología UNAN - León, ubicadas en el edificio central de la UNAN-LEÓN.

Estas clínicas son el escenario donde los alumnos del IV y V curso de odontología realizan sus prácticas profesionales, supervisados por dos docentes en cada turno.

Se atienden de forma gratuita a niñas y niños escolares de escasos recursos económicos siendo la atención integral y teniendo como filosofía la odontología preventiva.

Cuenta para la atención odontológica, con once unidades dentales que son de la década de los años 50, lo cual muchas veces dificulta la atención brindada a los y las escolares.

Población de Estudio

Está constituido por 390 niñas y niños atendidos de los colegios de primaria en el II semestre del año 2001, en las clínicas odontológicas "Niños Mártires de Ayapal", UNAN León.

Muestra:

Para obtener la muestra de estudio, se utilizó el muestreo simple aleatorio, entre los colegios que se atienden en el programa, saliendo favorecido el Colegio "Anexo La Salle", del Barrio "Andrés Zapata", para hacer la comparación de los porcentajes de placa bacteriana y grado de higiene oral, antes y después de la atención de los niños en el programa de "Niños Mártires de Ayapal".



La recolección de datos se hizo en una ficha diseñada con los datos necesarios para cumplir con los objetivos planteados, la cual se observa en los anexos.

Para recoger la información de los niños que fueron atendidos en las clínicas "Niños Mártires de Ayapal", se revisaron los expedientes de los niños/as atendidos por los alumnos del IV y V curso de Odontología, los cuales examinaron y atendieron a estos 93 niños/as que llegan una vez por semana a recibir atención odontológica, de los 5to y 6to. grados del colegio "Anexo La Salle".

Para examinar la higiene oral de los niños y niñas atendidas en dicho programa, se utilizó un revelador de placa bacteriana y el índice de Love, llamándose a éstos, de acuerdo a la lista que de ellos lleva su profesora. El estudiante de Odontología que atendió cada niño, le solicitó que procediera a cepillarse los dientes con el cepillo que de cada uno de ellos se tiene en las clínicas, seguidamente en un sillón dental, se le hizo el examen clínico para conocer el porcentaje de placa bacteriana y su grado de higiene oral, anotando en el expediente los datos obtenidos.

Posteriormente se le pidió al niño que se cepillara los dientes hasta eliminar la placa que estaba teñida.

Este procedimiento se realizó antes de iniciar la atención odontológica a los niños escolares en "Ayapal". En las semanas posteriores, se les realizó el programa de control de placa, así como los tratamientos odontológicos que necesitaban, logrando darle de altas a una parte de estos pacientes.

Para valorar el nivel alcanzado de los niños/as en su higiene bucal, una vez concluido el periodo de atención en las Clínicas "Ayapal", se establecieron comparaciones entre los resultados obtenidos del programa de control de placa al inicio y final del semestre.

Al finalizar el período de atención en las Clínicas "Ayapal", se visitó el Colegio "Anexo La Salle" y se les aplicó a estos mismos niños/as, una pequeña encuesta, para valorar los conocimientos sobre algunas características practicadas en sus hogares sobre higiene bucal y poder valorar más objetivamente los resultados obtenidos por los niños/as en su última cita de control de placa bacteriana.



Aplicación del Índice de Love

1. Se aplica un agente revelador de placa bacteriana.
2. Con la ayuda de un espejo bucal, se valoran todas las superficies dentales a excepción de las caras oclusales.
3. Cada superficie teñida, se le da el valor de UNO.
4. Las piezas ausentes son señaladas con una línea horizontal.
5. Se suman los valores de todas las superficies teñidas y se divide entre el total de superficies examinadas y se multiplica por 100.

TOTAL DE SUPERFICIES TEÑIDAS

$$\frac{\text{TOTAL DE SUPERFICIES TEÑIDAS}}{\text{DIENTES PRESENTES x 4}} \times 100 = \text{_____} \%$$

DIENTES PRESENTES x 4

Valores del Índice de Love

0 = EXCELENTE.

1 A 14 = BUENO.

15 A MÁS = DEFICIENTE.



Operacionalización de Variables

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	VALORES
Grado de higiene oral.	Es la calificación que se le da a los dientes en relación con la cantidad de placa bacteriana existentes en los mismos.	A través del índice de placa bacteriana: Love.	0= excelente. 1 a 14= bueno. 15 a más = deficiente.
Grado académico.	Es el nivel de escolaridad en que se encuentra matriculado el niño o niña, al momento del examen clínico.	Se obtendrá a través del listado oficial de matrícula de los niños y niñas en el colegio.	% niños/as 5 grado. % niños/as 6 grado.
Prácticas de higiene oral en hogares de escolares.	Acciones que se desarrollan en el hogar para favorecer la higiene bucal.	A través de las respuestas de los escolares en la encuesta.	% si % no

Una vez levantados los datos, se procedió a elaborar una base de datos en EPI-6.4, para hacer los cruces de variables correspondientes según los objetivos planteados. Se aplicó la prueba de Test t de student para ver si hay significancia estadística entre los resultados obtenidos.

Los resultados se presentan en cuadros estadísticos y gráficos.

Materiales Utilizados

Ficha recolectora de datos.

Expedientes.

Lápices

Encuestas

Computadora.

RESULTADOS

TABLA No.1

PORCENTAJES PROMEDIOS DEL INDICE DE PLACA BACTERIANA EN NIÑOS ESCOLARES ATENDIDOS EN LAS "CLINICAS NIÑOS MARTIRES DE AYAPAL", AL INICIO Y AL FINAL DEL PROGRAMA DE ATENCION ODONTOLOGICA, SEGÚN GRADO ACADEMICO

Grado académico	PRIMER CONTROL			ULTIMO CONTROL			
	n	Media	d.e	n	Media	d.e	Test t de student P
5	49	38.54	19.02	49	18.09	10.37	< 0.0001
6	44	36.49	15.15	44	24.90	11.12	< 0.0001

TABLA No.2

GRADO DE HIGIENE BUCAL EN ESCOLARES ATENDIDOS EN EL PROGRAMA "NIÑOS HEROES Y MARTIRES DE AYAPAL" UNAN LEÓN, SEGÚN GRADO ACADEMICO, SEGUNDO SEMESTRE, AÑO 2001.

PRIMER CONTROL DE PLACA DENTO-BACTERIANA

Grado Higiene Oral.	n	Excelente		Buena		Deficiente	
		f	%	F	%	f	%
5 GRADO	49	0	0	4	8.16	45	91.84
6 GRADO	44	0	0	2	4.55	42	95.45
TOTAL	93	0	0	6	6.45	87	93.55

ULTIMO CONTROL DE PLACA DENTO-BACTERIANA

Grado Higiene Oral.	N	Excelente		Buena		Deficiente	
		f	%	F	%	f	%
5 GRADO	49	0	0	22	44.90	27	55.10
6 GRADO	44	0	0	9	20.45	35	79.55
TOTAL	93	0	0	31	33.33	62	66.67

TABLA No 3

OPINION DE LOS/LAS ESCOLARES DE 5 Y 6 GRADO DEL COLEGIO "ANEXO LA SALLE", LEON, SOBRE LAS PRACTICAS DE HIGIENE ORAL EN SUS HOGARES, NOVIEMBRE DEL 2001.

Preguntas	n	sí		No		1 vez		2 veces		3 veces		Nunca	
		f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	F	%
¿Tiene cepillo dental propio?	93	72	77.42	21	22.58								
¿Cambia su cepillo cada 3 meses?	93	26	27.96	67	72.04								
¿Usa pasta dental para cepillarse?	93	79	84.95	14	15.05								
¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día?	93					9	9.68	37	39.78	17	18.28	30	32.26
¿Tus padres te dicen que te cepilles los dientes?	93	12	12.90	81	87.10								
¿Observas si tus padres se cepillan los dientes?	93	7	7.53	86	92.47								

DISCUSION DE RESULTADOS



DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el presente estudio, para determinar el índice de higiene bucal en los niños y niñas atendidos en el programa "Niños Mártires de Ayapal", indican que existe al comienzo del tratamiento de estos niños una higiene bucal bien deficiente, como se aprecia en la tabla No.1, donde los niños del 5to. grado presenta un porcentaje promedio de higiene oral de 38.54% y para el 6to grado un 36.49%, con una desviación standard de 19.02 y 15.15 respectivamente.

Al analizar los resultados del control inicial de placa bacteriana del 5to. grado, el mejor grado de higiene bucal fue de 2.38% y el más deficiente fue de 94% y en el 6to. grado el mejor fue de 6.48% y el más deficiente fue de 89.58%.

Después que los estudiantes de IV y V curso de odontología le realizaran a estos niños un programa de atención preventivo y correctivo se obtuvo al final del programa, que los datos del último control de placa bacteriana, indican que los niños de 5to. Grado presentaron un porcentaje promedio de placa bacteriana de 18.09%, es decir que bajaron de manera colectiva 20.45%, con una desviación standard menor al del primer control que es de 10.37 y los niños del 6to. Grado obtuvieron un porcentaje promedio del índice de placa de 24.90%, es decir que bajaron de manera colectiva 11.59% con una desviación standard menor que la del primer control, la cual es de 11.12. Como podemos observar en tabla No. 1 con gráfico No.1

Al aplicarle la prueba de test t de student, indican que estos resultados tienen significancia estadística, lo que demuestra una respuesta positiva, es decir que hubo impacto en este programa de atención odontológica, al disminuir considerablemente los porcentajes del valor del índice de placa bacteriana en el último control.



Respecto al grado de higiene oral en que se ubican los escolares, según el grado académico, como se podrá observar en la tabla No. 2, en el primer control de placa bacteriana, el grado excelente fue de 0% en ambos grados y que en el 5to. Grado fue mayor el porcentaje en el grado de bueno y que al 6to.grado se ubicó en un 95.45% en el grado de deficiente.

Al comparar los valores obtenidos por estos mismos escolares en el último control de placa, se observa que aunque en ambos grados, siempre el grado de excelente es 0%, el 5to. Grado obtuvo que el 44.90% de escolares se ubico en el rango de bueno, es decir que un 36.74% de niños pasó de la categoría deficiente a bueno, mientras que los escolares de 6to. Grado se ubicó en un 20.45% en el rango de bueno, es decir que el 15.90% de los niños pasó de la categoría deficiente a la categoría de bueno.

Esto nos indica que el impacto fue mayor en los escolares del 5to. Grado, es posible que estos resultados tengan su explicación; en el hecho de que los niños de 6to. Grado, perdieron más turnos de atención que los de 5to. Grado, o la motivación que estos últimos hayan presentado por ser de menor edad.

Como se expresa en la tabla No.2 de manera general un 26.88% pasó de la categoría deficiente a la de bueno y el resto de los niños, aunque no pasó a la categoría de bueno, disminuyeron considerablemente sus valores o porcentajes del índice de control de placa bacteriana, ya que por ejemplo el valor más alto del índice del control de placa en el primer control fue de 94%, en el último control este mismo niño disminuyó su valor hasta 47.22% y aunque siempre se ubica en la categoría deficiente hubo una importante disminución del porcentaje de placa bacteriana.

Los resultados de la opinión de los escolares sobre las prácticas de higiene bucal en sus hogares, refleja que estas prácticas no complementan la labor educativa que se llevan a efecto



SECRETARÍA



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN - LEÓN.

en las clínicas Niños Mártires de Ayapal, por cuanto no hay una continuidad por parte de los padres de familia o responsables del cuidado de estos niños y niñas, que como refleja la tabla No.3, el 22.58% de los escolares no tienen un cepillo dental propio y un 72.04% tienen un cepillo en sus hogares con más de 3 meses de uso, razón por la cual estos niños y niñas, se ven imposibilitados de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el programa de las clínicas Niños Mártires de Ayapal.

La motivación que se les brinda a estos escolares en cuanto a mantener una buena higiene bucal por parte de sus padres o encargados es deficiente, por tanto el 87.10% manifiestan que sus padres no les inducen o recuerdan de cepillarse los dientes y solamente el 12.90% indican que sí reciben esa orientación de sus padres.

Así mismo el 92.47% indican que no observan que sus padres tengan prácticas de cepillarse los dientes, lo cual es un ejemplo muy negativo para estos escolares.

Al relacionar que un porcentaje de estos niños no tienen cepillos propios y que no reciben motivación en sus hogares para tener una higiene oral adecuada, hay un 32.26% que opinan que nunca se cepillan los dientes en sus casas y que solo un 18.28% emplean esta práctica 3 veces al día, así como que un 15.05% no utiliza pasta dentífrica para cepillarse.

Cabe destacar que estos niños y niñas atendidos en el programa de las Clínicas de Niños Mártires de Ayapal, provienen de sectores cuyos padres de familia tienen bajos recursos económicos y bajo nivel educativo, razón por la cual muchas veces estos padres no le dan la debida importancia a que sus hijos o ellos mismos tengan práctica de higiene bucal adecuada, estos factores antes mencionados influyen negativamente en la labor que se desarrolla en las Clínicas "Niños Mártires de Ayapal", cuya filosofía es esencialmente preventiva.

Lo que se puede observar claramente en los resultados del último control de placa bacteriana en los escolares, ya que si el accionar de este programa incluyera la educación a los padres de familia o responsables, la higiene bucal de estos niños y niñas mejoraría sustancialmente por los consejos que los padres de familia estarían dando de manera constante en el hogar.

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje promedio del índice del control de placa bacteriana, lo presentaron los niños de 5to. Grado en el primer control y estos mismos escolares obtuvieron el menor porcentaje promedio del último control de placa bacteriana.
2. La disminución de los porcentajes promedios del último control de placa bacteriana con respecto a los del primer control es estadísticamente significativa.
3. En 5to.y 6to. grados los mayores porcentajes en el primer control de placa bacteriana se ubican en la categoría de deficiente y en el último control de placa bacteriana, aunque en ambos grados, siempre se ubican los mayores porcentajes en la categoría de deficientes, si hubo un aumento considerable de porcentajes de escolares en la categoría de bueno.
4. Las prácticas de higiene bucal en sus hogares, según opinión de los escolares, reflejan una marcada deficiencia, lo cual influye negativamente en las prácticas de higiene bucal de estos escolares atendidos en las Clínicas Niños Mártires de Ayapal.

RECOMENDACIONES



RECOMENDACIONES

1. Que los tutores hagan más énfasis en los estudiantes que atienden a los escolares en las Clínicas Niños Mártires de Ayapal, sobre la importancia de realizar un correcto programa de control de placa bacteriana.
2. Que la dirección de las Clínicas Niños Mártires de Ayapal, se coordine con las direcciones de los centros escolares, cuyos niños son atendidos en estas clínicas, para realizar asambleas con los padres de familia y explicarles a estos, la labor desarrollada en las clínicas con sus hijos y la manera como ellos pueden contribuir en sus hogares a la educación en salud bucal de sus hijos.
3. Que la dirección de las Clínicas Niños Mártires de Ayapal, presente proyectos de cooperación a organismos gubernamentales y no gubernamentales a fin de conseguir apoyo para el funcionamiento de estas clínicas, haciendo énfasis en la obtención de materiales audiovisuales que faciliten la educación en salud bucal de estos niños y sus padres.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

1. Finn B. Sydney.
“Odontología Pediátrica”. 4^{ta}. Edición.
2. Katz / McDonald / Stookey.
“Odontología Preventiva en acción”.
3^{ra} Edición, Editorial Médica Panamericana 1991.
3. Tesis Consultada.
“Estado de Higiene Oral de los niños de 3 a 6 años en los C.D.I. del distrito IV de Managua, en 1988 ”
W 430 15 1989
4. Tesis Consultada
Mendoza Poveda Enrique.
“Necesidades de atención odontológica y tratamiento realizado en las clínicas de Ayapal”.
W 43 M 539n 2000.
5. Página WEB
<http://www.unanleon.edu.ni/~ayapal>

ANEXOS

GRAFICO 1. PORCENTAJES PROMEDIOS DE HIGIENE BUCAL POR GRADO ESCOLAR

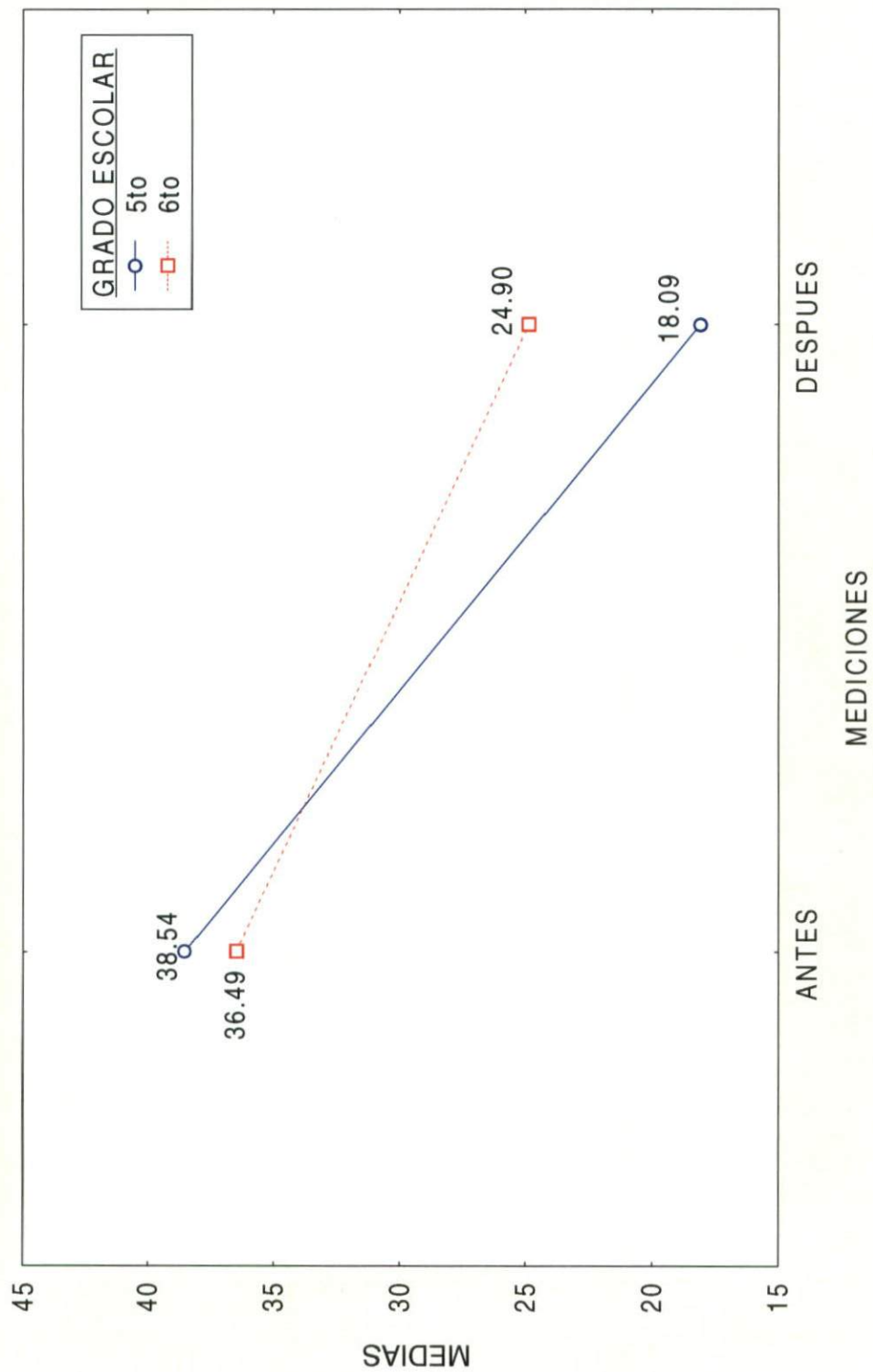


GRAFICO 2. RELACION DEL INDICE INICIAL Y EL INDICE FINAL EN LOS NIÑOS ESTUDIADOS



■ BUENO
■ DEFICIENTE

