



UNIVERSIDAD VERACRUZANA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CAMPUS XALAPA
ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOLOGÍA INFANTIL

“FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDAD PERIODONTAL Y PREVALENCIA
EN PREESCOLARES DE 4 A 6 AÑOS DE EDAD DEL JARDIN DE NINOS JUAN
DE LA BARRERA DE LA CIUDAD DE XALAPA, VER.”

T E S I S

PARA RECIBIR EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ODONTOLOGÍA INFANTIL

PRESENTA:

CD. SINHUE MONTALVO VILLAGÓMEZ

DIRECTOR:

CD. LUZ BELINDA LÓPEZ RAMÍREZ.

XALAPA, VERACRUZ

AGOSTO 2011

INDICE

	PAG
INTRODUCCIÓN_____	1
1. ANTECEDENTES_____	2- 5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA_____	6 – 7
3. JUSTIFICACIÓN _____	8
4. OBJETIVOS GENERALES _____	9
5. OBJETIVOS ESPECIFICOS _____	9
6. METODOLOGÍA _____	10
6.1 TIPO DE ESTUDIO O DISEÑO _____	10
6.2 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN _____	10
6.2.1UBICACIÓN ESPACIO TEMPORA_____	10
6.2.1.1CRITERIOS DE INCLUSIÓN _____	10
6.2.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN _____	11
6.3 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE ESTUDIO_____	11
6.4 PROCEDIMIENTOS DE LA FORMA DE OBTENCION DE LA UNIDAD DE ESTUDIO _____	12
DEFINICION OPERACIONAL Y ESCALAS DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES._	13-14
6.6 PROCEDIMIENTO DE LA FORMA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES___	15
6.7TAMAÑO DE LA MUESTRA _____	15
7. ANALISIS ESTADÍSTICO._____	15
8. RECURSOS _____	16
8.1 RECURSOS MATERIALES._____	16
8.2 RECURSOS HUMANOS_____	16
8.3 RECURSOS FINANCIEROS._____	16

9. ETICA.	16
10. LOGISTICA.	17
11. RESULTADOS	18-26
12. DISCUSION	27-29
13. CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFIA	31-34

DEDICATORIAS

A DIOS:

Por regalarme la vida, darme el don

Y el amor hacia mi profesión y permitirme

Culminar una etapa más de mi vida.

A MI HERMANA:

Anaid Montalvo Villagómez. Por estar

Siempre conmigo apoyándome.

A MIS PADRES:

Ramón Montalvo Cadena y

Yolanda Villagómez Cruz por

Su apoyo incondicional, amor,

Y comprensión en los momentos

Difíciles de mi vida.

A MI ESPOSA:

Viridiana Herrera Santos.

Por su amor, comprensión y apoyo en este proyecto.

AGRADECIMIENTOS:

A mi director de tesis:

El Dr. Olivier Graillet Mora; por todo su

Tiempo, conocimientos y momento que

Compartió, así como ejemplo de superación

Y aprendizaje.

INTRODUCCIÓN

Muchas personas piensan que la enfermedad periodontal es un problema de los adultos sin embargo, estudios demuestran que la gingivitis (es la primera etapa de la enfermedad periodontal) se encuentra casi universalmente en los niños y en los adolescentes.

La gingivitis es la enfermedad bucal localizada en la encía y se caracteriza por cambios de color, forma y textura. La encía marginal y/o papilar adquiere un color más rojizo o rojo azulado, existe edema, la superficie es lisa, brillante con una pérdida o reducción del puntilleo, puede además presentar hemorragia espontánea o bajo presión leve.

La gingivitis crónica es común en los niños. Por lo general causa que las encías se inflamen, se enrojecen y sangren fácilmente. La gingivitis se puede prevenir y además tratar siguiendo una rutina habitual del cepillado, uso del hilo dental y cuidado dental profesional. Sin embargo si no se le da tratamiento, puede progresar con el tiempo hacia unas formas más serias de la enfermedad periodontal.

Existen factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad periodontal los cuales se deben identificar antes de que la enfermedad comience, para así prevenir o disminuir sus efectos.

El objetivo de esta investigación es el de conocer la prevalencia y los factores de riesgos que se presentan, para poder determinar y realizar a futuro un programa de salud bucal para la prevención de la enfermedad periodontal y el poder orientar a los padres y personal. Favoreciendo la salud bucal.

1. ANTECEDENTES

La enfermedad gingival es considerada como la segunda entidad, de morbilidad bucal, con mayor frecuencia en la población. Se estima que las tasas de prevalencia son muy altas y que más de las tres cuartas partes de la población la padecen o presentan un alto riesgo a desarrollarla.¹⁻³

La encía es parte de la membrana mucosa que produce los procesos alveolares de la mandíbula y maxila y rodea la porción cervical de los dientes. La gingivitis se caracteriza fundamentalmente por la inflamación de la mucosa gingival. Dentro de los signos más frecuentes que son observados se encuentran los de cambio de color, tamaño y forma, así mismo, alteraciones en su consistencia y textura, posición y presencia de hemorragia y es probable la presencia de dolor, ya sea provocado y/o espontáneo. La gingivitis puede ser clasificada de acuerdo a las zonas que afecta como: papilar, marginal o difusa. De igual manera, de acuerdo a su distribución en la cavidad bucal puede ser considerada como localizada y generalizada, la gingivitis es común en los niños; sin embargo, es mucho menos frecuente y destructiva que en los adultos, aunque no se descarta la posibilidad de encontrar casos de periodontitis aun cuando esta condición no es característica de un grupo de edad. ⁴⁻⁶

La frecuencia y severidad de la gingivitis es variable, no obstante, su establecimiento y desarrollo se pueden encontrar en edades tempranas, incrementándose conforme avanza la edad. ^{3, 4,5}

Se ha demostrado que el nivel de gingivitis es menor en niños de 4 a 6 años que en niños mayores y adultos. Los mayores niveles de acumulación de placa y de

inflamación gingival se han observado en la edad de 14 a 16 años y en adultos, lo que indica que la gingivitis se incrementa gradualmente hacia la edad adulta. ¹⁰

Existen diferentes factores asociados al desarrollo de enfermedad gingival, pero sin lugar a duda la presencia y composición de la placa bacteriana que rodea al surco gingival es la que ha demostrado mayor influencia para su desarrollo, sin embargo condiciones culturales, geográficas y socioeconómicas, entre otras, también puede influir en forma determinante.¹⁴

La placa dentobacteriana tiene relevancia para el establecimiento de la enfermedad gingival por que se comporta como un agente químico –microbiano de alta agresividad a la mucosa bucal, por el alto contenido bacteriano de cocos y bacilos grampositivos y negativos, fusobacterias, espiroquetas y nocardias principalmente, circunstancia por la cual no resulta sorprendente observar correlaciones positivas entre esta condición y la prevalencia y la severidad de la gingivitis.⁷

Se ha comprobado que la alta experiencia de caries dental es una condición manifiesta por el nivel de infección en la cavidad bucal y de esta manera es comprensible esperar que los niños que muestran altos índices de caries dental también presenten inflamación gingival.⁷

Respecto a la relación entre el riesgo en los niños para desarrollar esta enfermedad y la influencia de las condiciones socioculturales de los padres, continúa en proceso de estudio, sin descartar la posibilidad de que las actitudes paternas influyan en el comportamiento de las enfermedades bucales en los hijos, fundamentalmente por los valores que le confieren a la salud, cuyos orígenes

están dados por los esquemas culturales y socioeconómicos en donde se desenvuelven.¹⁴

El tratamiento de la enfermedad gingival es mediante la terapia básica (técnica de cepillado y uso de auxiliares para la higiene oral) y reevaluación mínimo a las seis semanas. Si los signos de inflamación desaparecen indicados a través de la ausencia de hemorragia al sondaje, si el paciente maneja niveles de placa entre 10 y 15 % y el color y aspectos son normales, el paciente podrá ingresar en la etapa de mantenimiento.¹¹

En 1976, se reportó en los Estado Unidos una prevalencia de Gingivitis de entre 28 y 64% en escolares de 6 a 7 años de edad. ¹⁶

En 1986, Martínez y Zermeño observaron la presencia de Gingivitis en 72% de los niños Mexicanos. Mientras que en 1988, Arabska y Col, encontraron el 52% de los escolares Polacos presentaban esta afección. ⁸

En 1996, en Dinamarca se observó una prevalencia de 25% en niños de 3 años de edad.

Reportes realizados en 1992, por Teresita de J y Col. En niños Mexicanos indicaban un 91.3% de los escolares presentaban gingivitis y el 3.1 periodontitis, por lo que en niños Mexicanos parece ser más alarmante. En cuanto al sexo, existe diferencia significativa entre hombres y mujeres, mostrándose índices más altos para hombres.⁹

Estudio realizado en el 2000 por CD R Jorge Hernández CD Teresita Tello López a escolares del estado de Yucatán, indican que existe una prevalencia de enfermedad periodontal del 61.01%, 59.87% para el sexo femenino y 62.32 para el Masculino. ¹⁰

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad periodontal es un padecimiento de la cavidad bucal, manifestándose principalmente a temprana edad como gingivitis en el paciente pediátrico.

La gingivitis es la enfermedad bucal localizada en la encía y se caracteriza por cambios de color, forma y textura. La encía marginal y/o papilar adquiere un color más rojizo o rojo azulado, existe edema, la superficie es lisa, brillante con una pérdida o reducción del puntilleo, puede además presentar hemorragia espontánea o bajo presión leve.

La Academia Americana de Periodontología clasifica las enfermedades del periodonto en 4 grupos: 1). Aquellas alteraciones periodontales que son manifestaciones de padecimiento sistémicos (leucopenias, Alergias, Cardiopatías Leucemia, Epilepsia, en las cuales no se observan factores locales responsables; 2). La enfermedad periodontal necrotizante 3). La periodontitis destructiva agresiva, caracterizada por una rápida pérdida de los tejidos periodontales; 4). Enfermedad periodontal crónica de mayor prevalencia que las anteriores, menos agresiva y más localizada en la zona gingival. Provocando así problemas graves de salud bucal.

Los factores asociados a presencia de enfermedad periodontal crónica en niños, son: género, bajo nivel socioeconómico y el tipo de bacterias presentes en la placa dentobacteriana.

Se reconoce que la enfermedad periodontal se observa desde la infancia. En nuestro país, son escasos los informes de infantes con enfermedad periodontal.

En un estudio realizado en el estado de México, se observaron alteraciones periodontales en el 44% de escolares.

La enfermedad periodontal refleja los hábitos higiénicos de una comunidad, por lo que conocer su prevalencia en niños mexicanos es de importancia para los programas preventivos odontológicos.

Los factores de riesgo más comunes encontrados en estudios anteriores asociados a enfermedad periodontal son: caries interproximales, coronas de acero desajustadas, apiñamiento dentario, proceso de erupción y exfoliación y el uso del cepillado dental, los cuales se identificaron en este estudio

¿Cuáles son los factores asociados a enfermedad periodontal y prevalencia en preescolares de 4 a 6 años de edad del jardín de niños Juan de la barrera de la ciudad de Xalapa, Ver?

3. JUSTIFICACION.

Conocer la prevalencia y presencia de los factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal en niños de 4 a 6 años de edad es necesario, por que esta enfermedad trae como consecuencia un desequilibrio en la salud de la boca (caries dental, perdida prematura de órganos dentarios) y es preciso conocer su causa, origen, distribución y características para enfocar de una manera racional los esfuerzos de su manejo, prevención y tratamiento e intervenir apropiadamente en etapas tempranas del curso de la enfermedad.

En este estudio demostrare la relación de la enfermedad periodontal en preescolares con el índice de higiene oral simplificado (IHOS). Y la prevalencia que existe dentro de la población escolar. Al identificar la relación entre los factores se dará la importancia de la relación con enfermedad periodontal.

4. OBJETIVO GENERAL.

Conocer los factores de riesgos asociados a enfermedad periodontal y la prevalencia en niños de 4 a 6 años de edad del Jardín de niños “Juan de la Barrera” de la ciudad de Xalapa, Ver.

5. OBJETIVO ESPECÍFICOS.

Identificar cuales son los factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal y su prevalencia en niños que acuden al jardín de niños “Juan de la Barrera” de la Ciudad de Xalapa, Ver.

6. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDIO O DISEÑO

Se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo en una muestra de 135 niños de 4 a 6 años de edad del Jardín de niños “Juan de la Barrera” de la ciudad de Xalapa, Ver.

6.2 DEFINICION DE LA POBLACIÓN OBJETIVO.

Población preescolar es de 135 niños de 4 a 6 años de edad que asistieron al jardín de niños “Juan de la Barrera” de la ciudad de Xalapa, Ver. Durante los meses octubre – noviembre de 2008.

6.2.1 UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL

La investigación se realizó en el Jardín de niños “Juan de la Barrera” ubicado en la ciudad de Xalapa, Ver. En los alumnos de 4 a 6 años de edad. Durante los meses de octubre – noviembre de 2008.

6.2.1.1 CRITERIOS DE INCLUSION.

Población infantil de ambos sexos que tengan de 4 a 6 años de edad que asistan en el periodo señalado al Jardín de Niños “Juan de la Barrera” de la ciudad de Xalapa, Ver.

6.2.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.

Niños que sus padres no firmaron el consentimiento informado

Niños que no se encuentren dentro del rango de edades para la investigación.

Niños que no asistieron el día de la exploración clínica que tengan 4 a 6 años de edad.

Niños que los padres no proporcionaron los datos necesarios.

6.3 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE ESTUDIO

A continuación se darán las definiciones que se utilizarán en el siguiente estudio.

ENFERMEDAD PERIODONTAL: enfermedad inflamatoria de la encía.

PLACA DENTOBACTERIANA: Capa de bacterias que se pega a los dientes en la línea de la encía.

ENCIA: Tejido que rodea la base de los dientes.

MUCOSA: Capa de las cavidades internas del cuerpo que segregan mucosidad.

MUCOSIDAD: secreción viscosa de las membranas mucosas.

CALCULO DENTAL: Es la solidificación de la placa dentobacteiana.

APIÑAMIENTO DENTAL: se refiere a los dientes montados unos encima de otros, es provocado por una incorrecta alimentación, una mayor respiración por la boca y algunos malos hábitos adquiridos, sobre todo en la infancia.

6.4 PROCEDIMIENTOS DE LA FORMA DE OBTENCIÓN DE LA UNIDAD DE ESTUDIO.

En primer lugar se solicitó a los padres de familia firmarán el consentimiento informado el cual esta contenido en la parte de anexos en el formato1.

Se aplicó un cuestionario a los padres de familia en el cual se les preguntó sobre la salud bucal de sus hijos así como antecedentes de padecimientos sistémicos, tratamientos farmacológicos y de sus hábitos alimenticios. Se buscó asociación con factores de riesgo como procesos de erupción, apiñamiento dentario y restauraciones desajustadas y de esa manera identificar los factores de riesgos asociados a enfermedad periodontal.

El examen de cavidad bucal se realizó estando como operador y con ayuda de un asistente para registrar los índices de higiene oral y salud periodontal; esto con ayuda de un espejo bucal del # 3 sin aumento y explorador infantil en una área de la institución.

Se aplica la técnica decir-mostrar y hacer a los niños antes de realizar la exploración clínica.

Se realiza la exploración clínica por medio de un explorador y se procede a sondear.

La obtención de los datos es recolectada en un formato de índices de higiene oral y formato de riesgo.

DEFINICIÓN, OPERACIONAL Y ESCALAS DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Nombre de la variable	Definición operacional	Instrumento de medición	Valores de la variable	Tipo de variable	Unidad de medida	Escala de medición
edad	Expediente	Cardex	3 años a 6 años	independiente	años	Relación de números
sexo	clínica	clínica	Masculino o Femenino.	independiente	Masculino o Femenino.	Nominal
Enfermedad Periodontal	Examen clínico	Espejo y explorador	0,1,1/3,2,3, 2/3	Independiente.	Sondeo Parodontal IHOS	Relación de números
Caries interproximal	Examen clínico	Espejo y explorador	1	Independiente	Factor de riesgo	Nominal
CAC desajustadas	Examen Clínico	Espejo y explorador	2	Independiente.	Factor de riesgo.	Nominal
Apiñamiento dental	Examen clínico	Espejo.	3	Independiente	Factor de riesgo	Nominal
Exfoliación / erupción	Examen clínico	Espejo.	4	independiente	Factor de riesgo	Nominal

Higiene bucal deficiente	Examen clínico	Espejo	Eficiente Deficiente	Independiente	Espejo intraoral	Nominal.
IPMA	Examen clínico	espejo y explorador	0,1,2,3	Independiente	IHOS	Relación de números
IHOS	Examen clínico	Espejo y explorador	0,1,2	Independiente	IHOS	Relación de números
IP	Examen clínico	Espejo y explorador	0,1,2,6,8	Independiente	IHOS	Relación de números

6.6PROCEDIMIENTO DE LA FORMA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Se realizó una ficha clínica para hacer la recolección de los datos teniendo en consideración todas las variables controlables para determinar los factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal y el índice de la misma.

6.7TAMAÑO DE LA MUESTRA

135 niños que acudieron al jardín de niños Juan de la Barrera de la ciudad de Xalapa, Ver.

7. ANALISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó por frecuencia de edad y factores, sexo, prevalencia de enfermedad parodontal.

8. RECURSOS

8.1 RECURSOS MATERIALES.

Espejo del N° 3 sin aumento.

Exploradores infantiles.

Fichas de recolección de datos.

Guantes medianos.

Vasos desechables.

Cubre bocas.

Papelería en general.

8.2 RECURSOS HUMANOS

Para garantizar la calidad de la información fue recogida por el autor como operador y con la colaboración de un asistente.

8.3 RECURSOS FINANCIEROS.

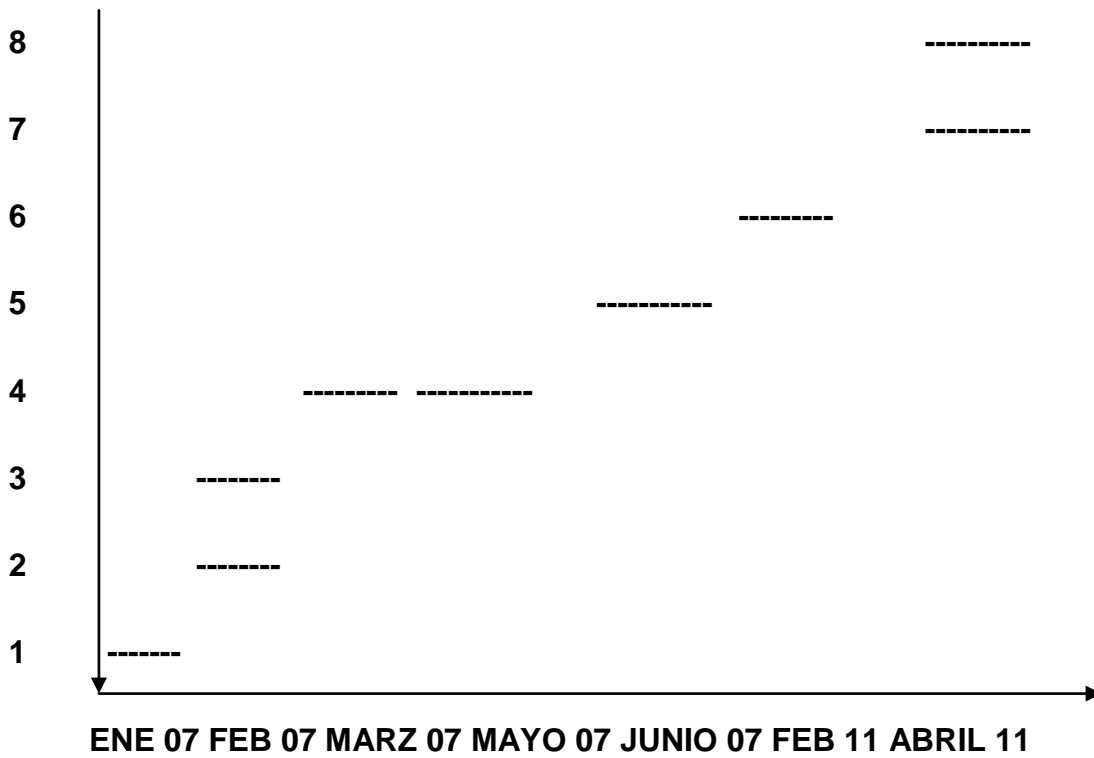
El costo total de la investigación fue financiada por el autor.

9. ETICA.

El consentimiento informado se realizó conforme a los códigos vigentes de Helsinki¹⁶, de buenas prácticas clínicas y a la ley General de salud en materia de investigación para la salud de México capítulo III artículo 36.

10. LOGISTICA.

GRAFICA DE GANT

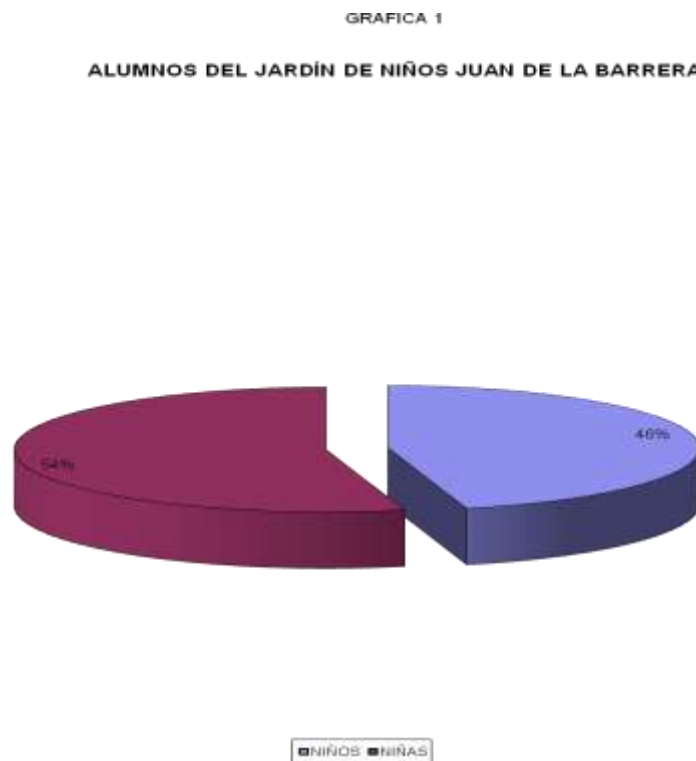


- | | |
|------------------------------|----------------|
| 1. RECOPIACIÓN BIBLIOGRAFICA | 7. ANALISIS |
| 2. ELABORACION DEL PROTOCOLO | 8. PUBLICACION |
| 3. ADQUISICION DE MATERIAL | |
| 4. RECOLECCION DE DATOS | |
| 5. CODIFICACION | |
| 6. PROCESAMIENTO | |

11. RESULTADOS

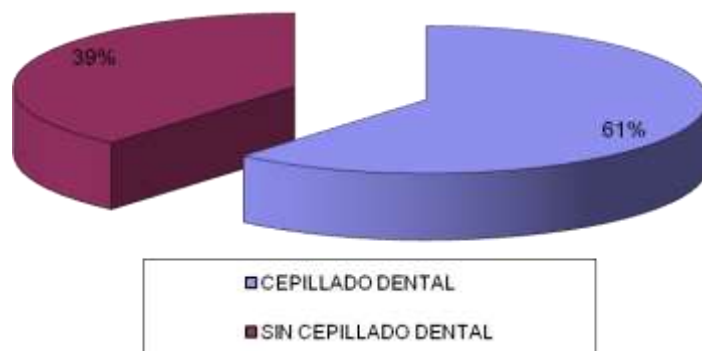
El estudio se realizó a los diferentes grupos del Jardín de Niños “Juan de la Barrera” mediante una aplicación de encuestas y la aplicación del IHOS, con una confiabilidad el 95 % con la finalidad de estudiar si existe correlación entre las variables: enfermedad periodontal, estado de enfermedad periodontal actual con el índice de higiene oral simplificado.

De acuerdo a los resultados obtenidos se pueden demostrar las siguientes graficas:



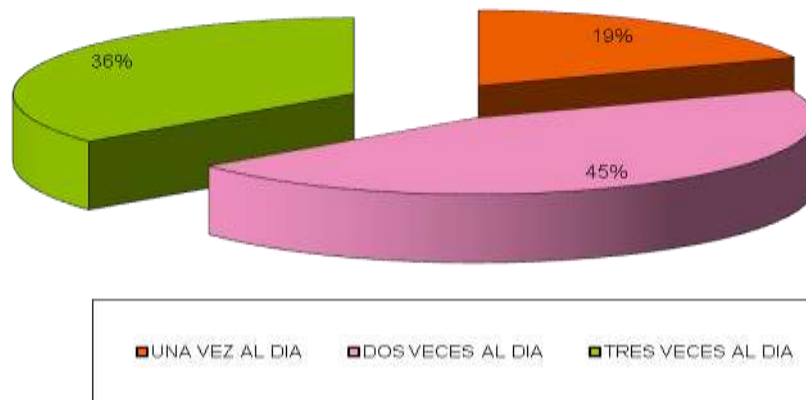
En esta grafica se muestra la población de niños que hay en el Jardín de Niños “Juan de la Barrera de la Ciudad de Xalapa, Ver. Que el 54% son niñas y el 46% son niños.

GRAFICA 3
USO DEL CEPILLO DENTAL



La grafica muestra que el 39% de la población infantil de Jardín de Niños “Juan de la Barrera” de la ciudad de Xalapa, Ver. No se cepilla y el 61% si se cepilla los dientes.

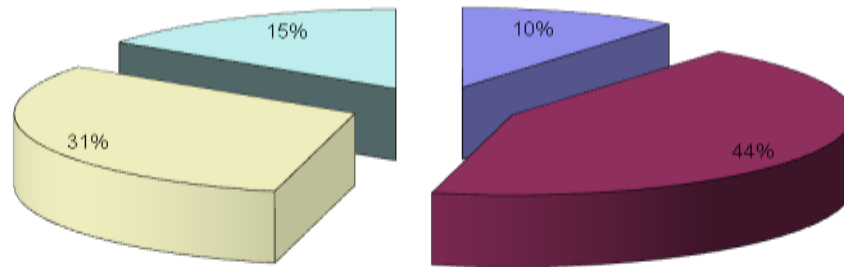
GRAFICO 4
FRECUENCIA DEL USO DEL CEPILLO DENTAL



Esta gráfica muestra que; el 19 % solo se cepilla los dientes una vez al día, el 36% tres veces al día y el 45 % 2 veces al día.

GRAFICA5

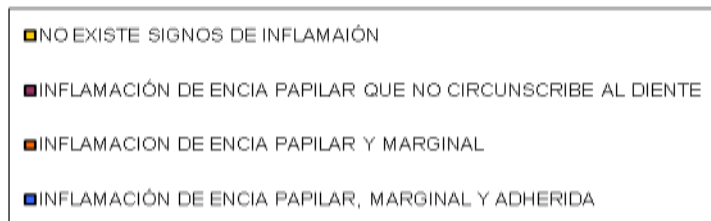
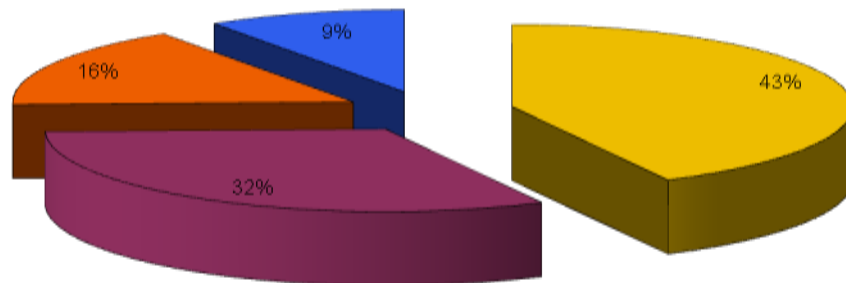
IHOS PLACA DENTOBACTERIANA



- NO EXISTEN RESIDUOS BLANDOS
- RESIDUOS BLANDOS QUE CUBREN NO MAS DE 1/3 DE SUPERFICIE DENTARIA EXPUESTA
- RESIDUOS BLANDOS QUE CUBREN MAS DE 1/3 PERO MENOS DE 2/3 DE SUPERFICIE DENTARIA
- RESIDUOS BLANDOS QUE CUBREN MAS DE 2/3 DE SUPERFICIE DENTARIA EXPUESTA

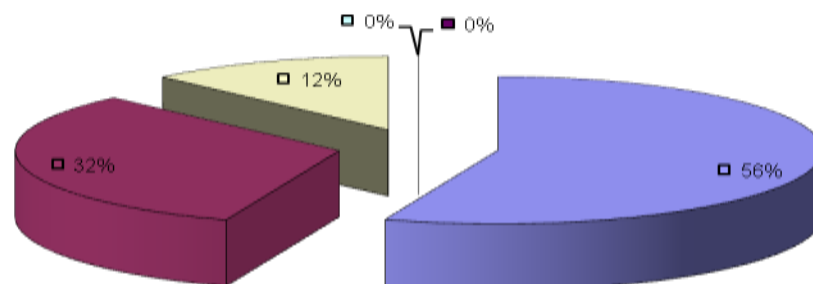
La gráfica muestra que de acuerdo al Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) aplicado a los niños se demostró que el 10% no tiene residuos blandos, el 15% residuos blandos que cubren más de 2/3 de superficie dentaria expuesta, 31% residuos blandos que cubren más de 1/3 pero menos de 2/3 de la superficie dentaria y el 44% residuos blandos que cubre más de 1/3 de superficie dentaria expuesta.

GRAFICA 6
INDICE PAPILAR MARGINAL ADHERIDO
(I.P.M.A)



La gráfica muestra que; en el 43% no existen signos de inflamación, 32% inflamación de la encía papilar que no circunscribe al diente, 16% inflamación de la encía papilar y marginal y 9% inflamación de la encía papilar, marginal y adherida.

GRAFICA 7 INDICE PAPILAR



■ AUSENCIA DE INFLAMACIÓN

■ GINGIVITIS LEVE. SE MANIFIESTA EN UN AREA DE INFLAMACIÓN EN LA ENCÍA LIBRE

■ GINGIVITIS. LA INFLAMACIÓN CIRCUNSCRIBE COMPLETAMENTE AL DIENTE PERO NO EXISTE ROMPIMIENTO APARENTE DE LA ADHERENCIA EPITELIAL.

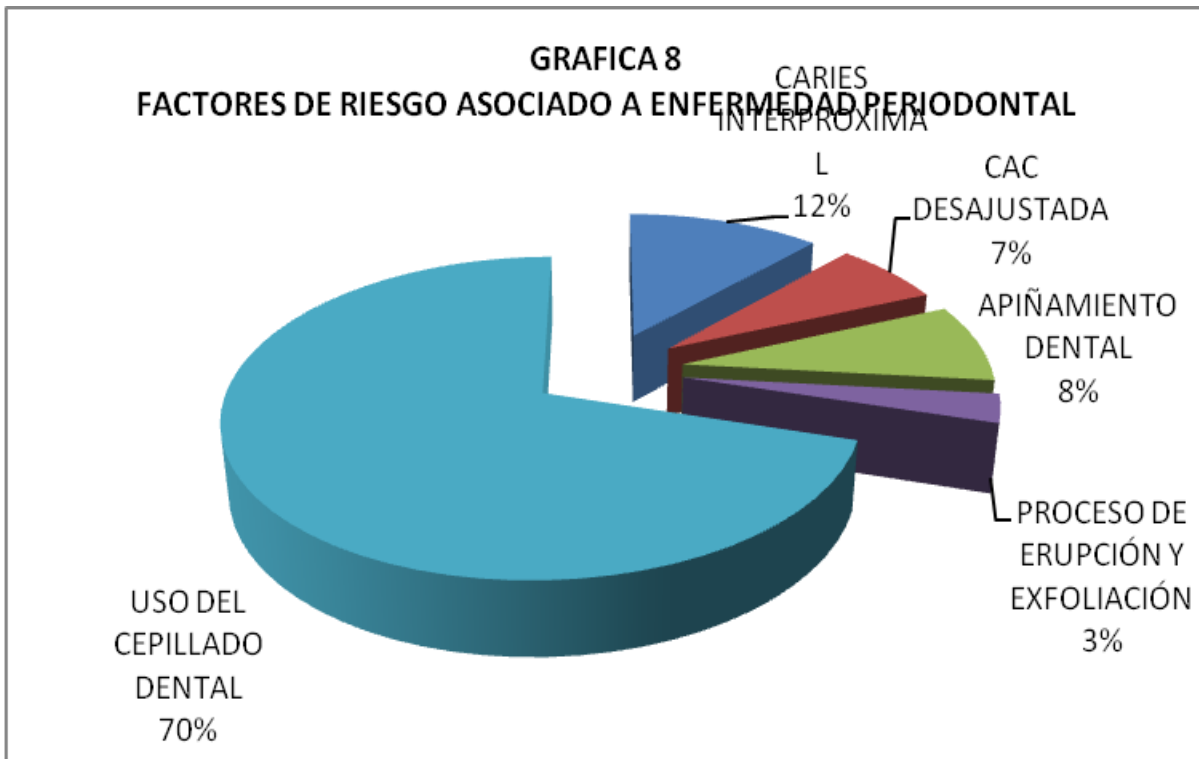
■ GINGIVITIS CON FORMACIÓN DE BOLSA. LA ADHERENCIA EPITELIAL SE HA ROTO Y EXISTE BOLSA, NO EXISTE INTERFERENCIA CON LA FUNCIÓN MASTICATORIA NORMAL, EL DIENTE ES FIRME Y NO TIENE MOVIMIENTO.

■ DESTRUCCIÓN AVANZADA CON PERDIDA DE LA FUNCIÓN MASTICATORIA. EL DIENTE PUEDE TENER MOVIMIENTO Y HUNDIRSE EN SU ALVEOLO.

La gráfica muestra que; el 56% hay ausencia de inflamación, 32% gingivitis leve que se manifiesta en un área de inflamación en la encía libre. 12% gingivitis, la inflamación circunscribe completamente al diente pero no existe rompimiento aparente de la encía epitelial.

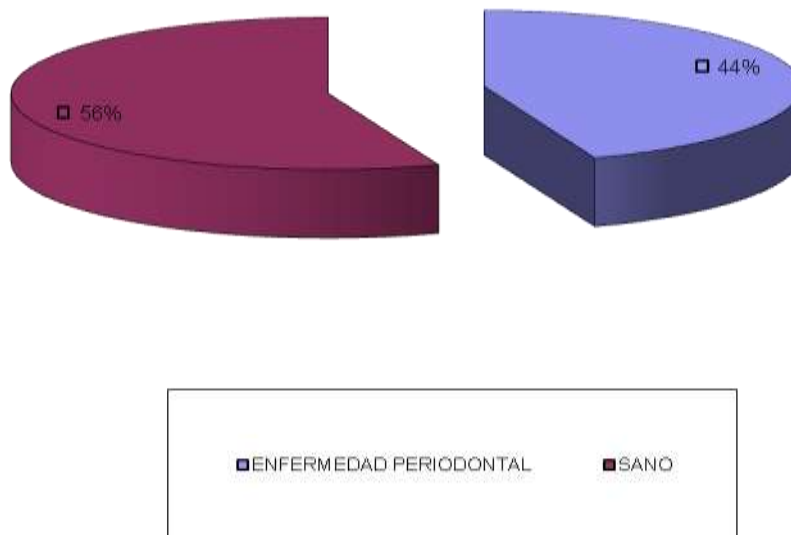
INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) CALCULOS

No se encontró presencia de cálculo dental en los niños del Jardín de Niños “Juan de la Barrera” de la ciudad de Xalapa, Ver.



La gráfica muestra que; no se encontraron pacientes con algún factor sistémico que pudiera presentar enfermedad periodontal, se encontró caries interproximal en un 12%, CAC desajustadas en un 7%, apiñamiento dental en un 8%, proceso de erupción o exfoliación dental en un 3% y uso del cepillado dental 70%.

GRAFICA 8
PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PREESCOLARES DEL
JARDIN DE NIÑOS "JUAN DE LA BARRERA"



La gráfica muestra que el 56% de los niños del Jardín de Niños “Juan de la Barrera” no presentan enfermedad periodontal de ningún tipo y el 44% si presenta enfermedad periodontal. Casi la mitad de la población infantil.

Por lo tanto, en este estudio se puede observar que los resultados indican; que el principal factor asociado a enfermedad periodontal, es la poca frecuencia del uso del cepillado dental, la mayoría solo cepilla sus dientes una o dos veces al día, y trayendo como resultado enfermedad periodontal asociada a placa dentobacteriana. Teniendo una prevalencia del 44 % de la población infantil casi la mitad de la población del Jardín de Niños “Juan de la Barrera” de la Ciudad de Xalapa, Ver.

12. DISCUSION

Actualmente se considera a la enfermedad periodontal como la segunda entidad, con mayor frecuencia de morbilidad bucal en el mundo; afectando un amplio sector de la población, constituyendo por ello un problema de salud publico.

Se encontró que el 44% de los preescolares presentaron alteraciones periodontales, prevalencia menor a lo observado en niños mexicanos en 1986, Martínez y Zermeño (72%), 1992 por Teresita de J. y col. En niños mexicanos 91.3%.⁸

La prevalencia encontrada fue menor a la observada en niños que habitan en otras zonas de nuestro país. Es importante mencionar que los niños que participaron en este estudio, no habitan en un área marginada de la ciudad y que la literatura a señalado el nivel socioeconómico como un factor de riesgo, así los grupos con un nivel presentan mayor prevalencia de alteraciones periodontales, debido a esto a la poca cobertura de los programas preventivos y la atención odontológica, así como la deficiencia en sus hábitos higiénicos bucales.²¹

Del total de los niños con alteraciones periodontales 32% corresponde a una severidad leve del IPMA coincidiendo con otro estudio que señala ala gingivitis marginal crónica como la alteración de mayor frecuencia durante la dentición primaria. Esta enfermedad clínicamente se caracteriza por la inflamación de la encía marginal sin pérdida de la adherencia epitelial, y dicha inflamación puede afectar a su vez a la encía interpapilar.

Se ha mencionado que las reacciones inflamatorias en el periodonto de niños y adultos son diferentes, Matsson y col. Observaron menor respuesta inflamatoria ante la presencia de la misma cantidad de placa bacteriana en los infantes. Se ha señalado que existe un factor de resistencia en los infantes, tal vez en inmunitario, que evita el avance de la lesión gingival hacia periodontitis.¹⁷

Un factor de riesgo considerado en la dentición primaria, es la presencia de caries activas y restauraciones interproximales extensas que predisponen a la pérdida de la adherencia epitelial por el traumatismo que causa la acumulación de alimentos.¹⁸

Otro factor a considerar es la presencia de apiñamiento dental, común en edad preescolar y la falta del cepillado dental trayendo como consecuencia enfermedad periodontal.

Bimstein y col. señalan que las coronas de acero cromo desajustadas provocan problemas periodontales. En esta investigación se observó que las coronas de acero cromo y las restauraciones interproximales de amalgamas extensas, fueron determinantes para la presencia de alteraciones periodontales.¹⁸

En esta investigación se encontró que el 7% de los preescolares presentaban problemas de enfermedad periodontal asociado a coronas de acero cromo desajustadas.

La etapa de recambio de la dentición inicia alrededor de los cinco años con la erupción de los incisivos centrales inferiores permanentes, la cual provoca inflamación gingival, ocasionada por los ligeros traumatismos al masticar y por la falta del cepillado dental motivado por la hipersensibilidad de las piezas dentarias próximas a exfoliar.

El análisis de la encuesta contestada por los padres de familia indican que el 39% aceptaron que sus hijos no se cepillan los dientes y 68% si lo realizaban por lo menos una vez al día. He de ahí determinante que las costumbres y actitudes de los padres sean determinantes para la salud bucal de sus hijos, a quines no se les inculca el hábito de la higiene y autocuidado bucal. Es grato saber que en dicha investigación los índices porcentuales son mayor (61%) en los niños que se cepillan por lo menos una vez al día. Esto nos hace dar cuenta de la preocupación de los padres por el cuidado de la salud bucal de sus hijos así como de la

información que ellos están recibiendo en su escuela y a través de los medios de comunicación.¹⁹

Por otra parte, se sabe que en los niños la prevalencia de enfermedades periodontales destructivas es baja y cuando ésta se presenta puede ser en manifestaciones subclínicas de algunas enfermedades sistémicas que en ocasiones no han sido identificadas.²⁰

Este estudio muestra que la enfermedad periodontal y los factores de riesgo son menores en comparación a otros estudios realizados a niños de algunas poblaciones mexicanas.

13. CONCLUSIONES

El control de la enfermedad periodontal y los factores de riesgo ha respondido a la combinación de intervención de los servicios de salud, medios de comunicación y la educación que se les brinda hoy en día a los preescolares acerca del cuidado de sus dientes así como la salud bucal en general.

Es importante seguir realizando nuevos estudios que nos permitan conocer mejor la distribución de los problemas periodontales en nuestra población, abarcando diferentes etapas de la niñez y la adolescencia.

Un diagnóstico oportuno nos permite establecer un tratamiento adecuado, por lo que se considera importante reconocer las alteraciones periodontales en el preescolar e implementar programas de promoción y protección específica de la salud bucal. Para esto se deben implementar programas dirigidos principalmente a los padres de familia con la finalidad de que motiven el mejoramiento de los hábitos higiénicos bucales y alimenticios dentro de la familia, que los oriente sobre el alto consumo de carbohidratos y alimentos blandos como favorecedores en la acumulación de la placa dentobacteriana, y de la misma forma la ventaja que tienen los alimentos fibrosos en la auto limpieza dental.

Podemos concluir diciendo que la enfermedad periodontal y los factores asociados en preescolares han disminuido favorablemente dentro de nuestra población infantil.

BIBLIOGRAFIA

1. Kinane D Periodontal disease in children and adolescents: Introduction and classification. J Periodontol 2001; 18: 7-15.

- 2.-Abbott B. Periodontal disease in children and adolesencents. J Dent Soc 1989; 26: 26-9.

3. Jenkins M, Papapanou P. Epidemiology of periodontal disease in children and adolessencest. J Periodontol 2001; 26: 16-32.

4. Bimstein E periodontal Health and disease and children dolescents. Pediatr Clin North Am 1991; 38: 1082-207.

5. Waite M, Furniss J. Periodontal disease and children. J Dent Health 1988: 27: 7-14

6. Carlew S. Periodontal diseases of children and adolescenst. J Periodontal 1996; 67: 57-62.

- 7 Albandr J, Tinoco E. Global Epidemiology of periodontal diseases in children and Yong persons.J periodontol 2002; 29: 153-76.

8. Martínez J, Zermeño J. Incidence and prevalence of periodontal diseases JADM 1986; 43: 144-9.

9. Teresita de J, Tello de H, Hernández J, Gutiérrez N. Epidemiología oral de tejidos duros y blandos en escolares del estado de Yucatán, México. Rev Biomed 1997; 8: 17-20.

- 10 .Hernández J, Tello T, Hernández F, Rosette R. Enfermedad periodontal prevalencia y algunos factores asociados en escolares de una región mexicana. Rev ADM 2000; 57: 222-230.

11. Juárez M, Munieta J, Teodosio E. Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal en preescolares de la Ciudad de México. Rev Gac Med Mex 2005; 141: 185-189.

12. Zeron A. Nueva clasificación de las enfermedades periodontales. Rev. ADM 2001; 58: 16-20.

- 13.-Murrieta J, Juárez L, Linares C, Zurita V. Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimiento sobre salud bucal demostrado por sus madres. Bol Med Hosp. Infant Méx. 2004; 61: 44-54.

14 Van Palestein, Helderma W, Groeneveld A, Jan Truin G. Analysis of epidemiological data on oral diseases in Nepal and the need for a national oral health survey. J Int Dent 1998; 48: 56-61.

15. Okada M, Kawamura M, Miura K. Influence of oral health attitude of mothers on the gingival health of their school age children. ASDC J Dent Child 2001; 68:378-83.

16. Méndez Namihira. El protocolo de la investigación ed. Trillas. México 2006 pp80-83.

17. Matsson L, Golbert P. Gingival Inflammation reaction in children at different ages. J clinical periodontol 1985; 12;98-103

18. Bimstein E, Matsson L. Growth and development considerations in the diagnosis of gingivitis and periodontitis in children. Pediat Dent 1992; 21:186-191

19. Bimstein E. Frequency of alveolar bone loss adjacent to proximal caries in primary molar and healing due to restoration of the teeth. Pediatric Dent. 1992; 14:30-33

20. Albandar JM, Rams TE. Risk factor for periodontitis in children and young persons. Periodontology 2002;29:207-222

21. Attin T, Mblydzemo FN, Villard I, Kielba AM, Helwing E. Dental status of schoolchildren from a rural community in Cameroon. SADJ 1999; 54:1145-1148.

ANEXOS

ANEXO 1

FORMATO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

A QUIEN CORRESPONDA

Sr. (a) Padre de familia

Presente.

Por medio del presente me dirijo a usted Sr. (a) de la manera más cordial, solicitando su autorización y consentimiento para la realización de un proyecto de investigación sobre: "Enfermedad Periodontal en Preescolares" en la cual formará parte su hijo (a). Que se realizara en la institución del Jardín de Niños "Juan de la Barrera" de la ciudad de Xalapa, Ver. Cuyos objetivos consisten en determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal y la prevalencia. Estoy consciente de que los procedimientos, pruebas y tratamientos para lograr los objetivos mencionados consiste en la realización de un cuestionario y la exploración de la cavidad oral mediante un examen clínico con un espejo intraoral del # 3 y explorador y que los riesgos al niño son nulos. Entiendo que en el presente estudio se derivarán los siguientes beneficios: al conocer los factores de riesgos en enfermedad periodontal, se podrá brindar orientación sobre el cuidado de la salud bucal al personal educativo y mejorar sus hábitos de higiene de la cavidad oral.

Es de m i conocimiento que seré libre de retirar a mi hijo de la presente investigación en el momento que yo así lo desee.

Sin otro particular y agradeciendo de antemano su atención muchas gracias.

ATTE:

CD SINHUE MONTALVO VILLAGÓMEZ

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL PADRE O TUTOR

SEXO:
EDAD:

ANEXO 2

FORMATO 2

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

<p>IHOS Placa dentobacteriana</p> <p>0 = No existen residuos blandos. 1 = Residuos blandos que cubren no más de 1/3, de superficie dentaria expuesta. 2 = Residuos blandos que cubren más de 1/3, pero menos de 2/3 de superficie dentaria expuesta. 3 = Residuos blandos que cubren más de 2/3 de superficie dentaria expuesta.</p>	<p>IHOS cálculos.</p> <p>0 = No existen cálculos. 1 = Cálculo supragingival que cubre no más de más de 1/3, de superficie dentaria 1/3 de superficie dentaria. 2 = Cálculo supragingival que cubre más de 1/3, de 1/3, pero menos de 2/3 de pero menos de 2/3 de superficie dentaria. 3 = Cálculo supragingival que cubre más de 2/3, de superficie dentaria.</p>
<p>I.P.M.A</p> <p>0 = No existen signos de inflamación.</p> <p>1 = Inflamación de encía papilar que no circunscribe al diente. 2 = Inflamación de encía papilar y marginal 3 = Inflamación de encía papilar, marginal y adherida.</p>	<p>I.P.</p> <p>0 = Negativo. Ausencia de inflamación. 1 = Gingivitis leve. Se manifiesta un área de inflamación en la encía libre 2 = Gingivitis. La inflamación circunscribe completamente al diente, pero no existe rompimiento aparente de la adherencia epitelial. 6 = Gingivitis con formación de bolsa. La adherencia epitelial se ha roto y existe bolsa, no existe interferencia con la función masticatoria normal, el diente es firme y no tiene movimiento 8 = Destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria. El diente puede tener movimiento, sonido sordo a la percusión con un instrumento metálico, o hundirse en su alvéolo.</p>

ENCERRAR EN UN CIRCULO EL NUMERO QUE CORRESPONDA A LA OBSERVACIÓN CLINICA.

IHOS PLACA DENTOBACTERIANA (ROJO)
IHOS CALCULOS (AZUL)
IPMA (VERDE)
IP (NEGRO)

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

ANEXO 3
FORMATO 3
FORMATO DE RIESGO

NOMBRE _____

EDAD _____

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

GRUPO DE RIESGO

- 1 CARIES INTERPROXIMAL
2. CAC DESAJUSTADA
3. APIÑAMIENTO DENTAL.
4. PROCESO DE ERUPCIÓN Y EXFOLIACIÓN