



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

EL EDUCADOR PARA LA SALUD ANTE LA  
PRESENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN  
EL ADOLESCENTE.

### **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:

ROCÍO SOTO MEDINA

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: Mtra. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

Me gustaría dar las gracias a través de estas líneas a todas aquellas personas que me han apoyado a lo largo de mi vida.

A Dios por darme la fortaleza para seguir adelante y nunca darme por vencida.

A mi mamá Guadalupe Medina Ávila, por sus consejos y apoyo que me motivaron a seguir adelante, a luchar por lo que quiero y a nunca rendirme. Por permanecer a mi lado en cada momento, brindarme su amor, comprensión y por ser mi pilar fundamental para alcanzar todas mis metas.

A mi papá Octavio Soto García, por ayudarme a forjar mi carácter, por enseñarme que todo lo que haga en la vida con base a mi esfuerzo, dedicación y constancia tiene una recompensa.

A mis hermanas y hermano, Guadalupe, Verónica y Marco, por apoyarme incondicionalmente en cada momento de mi vida, por todas las noches de desvelo juntos, por creer en mí y hacerme ver que soy capaz de lograr todo lo que me proponga.

A mi novio Erick, por demostrarme su amor todos los días y por apoyarme en todos los aspectos de mi vida.

A mis queridas amigas Gabriela, Mitchel, Alejandra, Norma, Margarita y Alejandra, les agradezco por su amistad inquebrantable, por su cariño y apoyo en momentos buenos y malos.

A mi tutora de tesina, la Dra. María Elena Nieto Cruz, por motivarme a dar lo mejor de mí y por guiarme en todo momento con sus consejos y enseñanzas.

“Orgullosamente UNAM”

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS.....	8
3. ANTECEDENTES.....	9
4. MARCO TEÓRICO.....	14
4.1    Conceptos generales.....	14
4.1.1    Salud.....	14
4.1.2    Educación para la salud.....	14
4.1.3    Promoción para la salud.....	14
4.1.4    Adolescencia.....	14
4.1.5    Enfermedad periodontal.....	15
5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	15
5.1    Aspectos cognoscitivos.....	15
5.1.1    Piaget: etapa de operaciones formales.....	15
5.1.2    Elkind: aspectos de inmadurez en el pensamiento.....	16
5.1.3    Kohlberg: razonamiento moral .....	17
5.2    Aspectos sociales.....	18
5.2.1    Independencia familiar.....	18
5.2.2    Relación con amigos.....	19
5.2.3    Imagen corporal.....	19
6. CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	21
6.1    Gingivitis.....	21
6.2    Periodontitis crónica.....	23

6.3	Periodontitis agresiva.....	25
6.4	Periodontitis como manifestaciones de enfermedades sistémicas.....	29
6.5	Enfermedades periodontales necrosantes.....	29
6.6	Abscesos del periodonto.....	32
6.7	Periodontitis asociada con lesiones endodóncicas.....	35
6.8	Condiciones y deformidades adquiridas o del desarrollo.....	35

## 7. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....36

7.1	Tabaquismo.....	36
7.2	Alcohol.....	37
7.3	Drogas.....	37
7.4	Menstruación.....	38
7.5	Embarazo.....	39
7.6	Trastornos alimenticios.....	40
	7.6.1 Anorexia.....	40
	7.6.2 Bulimia.....	42
	7.6.3 Trastorno por atracones .....	44
7.7	Obesidad.....	45
7.8	Consideraciones nutricionales en la adolescencia.....	46
7.9	Uso de Piercing (perforaciones).....	47

## 8. EL EDUCADOR PARA LA SALUD ANTE LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL ADOLESCENTE.....48

8.1	Educación para la salud bucal.....	50
8.2	Higiene bucodental .....	51
	8.2.1 Detección de placa bacteriana .....	51
	8.2.2 Técnicas de cepillado.....	53

8.2.2.1	Método de barrido.....	53
8.2.2.2	Método de charters.....	54
8.2.2.3	Método horizontal.....	54
8.2.2.4	Método de Stillman Modificado.....	54
8.2.3	Aditamentos para la higiene bucodental .....	56
8.2.3.1	Cepillos eléctricos.....	56
8.2.3.2	Cepillos interdetales.....	57
8.2.3.3	Dentífrico.....	58
8.2.3.4	Colutorios o enjuagues.....	59
8.2.3.5	Uso de hilo dental .....	59
8.3	Intervenciones educativas para mejorar higiene bucal.....	62
8.4	Propósito de los Programas de higiene oral en el consultorio.....	63
9.	CONCLUSIONES.....	65
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66

## 1. INTRODUCCIÓN

Al tratarse de una población que por su naturaleza es más propensa a padecer cierto tipo de enfermedades, no sólo juegan los factores biológicos, sino también influyen los factores psicológicos, sociales y familiares en torno al paciente. Debido a esto se describirán en este trabajo factores emocionales y sociales que afectan al adolescente y de esta manera mejorar la comunicación con los adolescentes, para poder generar conciencia y promover acciones de educación para el cuidado de la salud bucal.

El adolescente que por la etapa que transita, suele tener una personalidad rebelde y ególatra, con tendencia a cuestionar o criticar a la autoridad. Debido a que se trata de una población que se encuentra en pleno desarrollo de sus facultades físicas y mentales, es necesario profundizar en el conocimiento de esta etapa, para entender mejor el pensamiento del paciente adolescente.

Las enfermedades periodontales, así como otras enfermedades bucales causadas por una mala higiene, son una de las principales causas por las que pacientes en la edad adolescente acuden a consulta.

Es importante desarrollar técnicas de comunicación hacia esta población, que servirán de apoyo durante el proceso de educación, para que tanto el paciente como el educador, establezcan un vínculo de confianza y exista una adherencia hacia el tratamiento. El éxito alcanzado en el tratamiento, depende en gran medida de la conciencia generada que el educador, en este caso el odontólogo haya logrado transmitir al paciente, y que éste haya seguido las instrucciones.

Se abordan las medidas de higiene bucal por medio de la utilización de pastillas reveladoras de placa dentobacteriana, así como las diferentes técnicas de cepillado, la utilización de hilo dental, enjuague bucal y el uso de otros aditamentos que complementan la higiene bucal.

El papel del educador para la salud es informar, orientar y capacitar a los adolescentes para desarrollar hábitos, conductas y prácticas que favorezcan la salud bucal mediante medidas preventivas, de atención y para el control de la enfermedad periodontal.

## 2. OBJETIVOS

- Describir aspectos cognoscitivos y sociales del adolescente.
- Describir la enfermedad periodontal, su clasificación y características clínicas.
- Identificar los factores de riesgo asociados a la enfermedad periodontal.
- Identificar las acciones del educador para la salud ante la presencia de enfermedad periodontal en el adolescente.

### 3. ANTECEDENTES

La adolescencia es un período de transición de la infancia a la edad adulta, se caracteriza por grandes transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, lo que hace del adolescente un paciente difícil para el odontólogo, dificultando su atención clínica.<sup>1</sup>

En 1972 la Academia Americana de Pediatría amplió la responsabilidad del médico pediatra, que pasó a asumir el paciente durante su gestación hasta la adolescencia. En Brasil, a partir del año 1970, se observó un aumento del interés por parte de los profesionales de la salud hacia los adolescentes y en 1989, el Ministerio de Salud oficializó el Servicio de Asistencia a la Salud del adolescente, bajo la responsabilidad de la coordinación materno-infantil.

A nivel internacional y de acuerdo con la Doctora Jackie Brown la responsabilidad de la atención odontológica del adolescente, debería ser responsabilidad de la Odontopediatría. Para los doctores David Kaplan y Kathleen Mammel las afecciones bucodentales representan uno de los mayores problemas de la salud en la adolescencia, sin embargo, desde el punto de vista odontológico, los adolescentes continúan con una falta de una atención específica, dirigida a sus necesidades particulares, en especial en el aspecto conductual. Las doctoras Tarcília Aparecida da Silva, Helena Heloísa Paixão e Isabela Almeida Pordeus, en 1997, enfatizaron la falta de atención específica para los adolescentes en el área odontológica, siendo atendidos junto a los pacientes adultos.<sup>1</sup>

Se realizaron tratamientos en la Clínica Periférica Oriente de la Facultad de Odontología durante el periodo 2004 – 2006, mediante un estudio transversal, utilizando la base de datos del Programa Sistematizado de Control de Pacientes, obtenido de la hoja TRECLIP, la muestra de estudio

fueron adolescentes de entre 10 y 19 años. Se realizó el análisis de las variables: sexo masculino y femenino, edad de 10 a 19 años y niveles de atención dental primario, secundario y terciario. De acuerdo con los criterios establecidos por la institución, el nivel de atención primaria incluye las actividades de promoción de salud y prevención; en la atención secundaria, se considera a los tratamientos curativos y restaurativos y en la atención terciaria se incluyen procedimientos avanzados y de mayor complejidad catalogados como rehabilitadores. Debido a que no se contó con una distribución normal de la muestra para identificar el nivel de significancia respecto al sexo con el tratamiento realizado y el nivel de atención por grupos de edad, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, como estadística paramétrica, así como para probar si las diferencias encontradas eran estadísticamente significativas por edad, se aplicó la prueba Kruskal-Wallis para grupos independientes, con tal intención se dividió la muestra en tres grupos tomando en cuenta la tipificación sugerida por CONAPO que la integra en adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años).<sup>2</sup>

Fueron atendidos 4,979 pacientes de los cuales un 13.9% (693) correspondieron a personas entre los 10 y 19 años de edad. En total se llevaron a cabo 4,868 tratamientos de los cuales 2,031 tratamientos efectuados en el primer nivel, 615 correspondieron a la promoción de salud (20%) y 1,415 a acciones preventivas (79.72%). Con relación al segundo nivel de atención se llevaron a cabo 2,690 procedimientos odontológicos, ocupando los tratamientos curativos el 96.2%. Con referencia a los tratamientos curativos que abarcan las áreas de especialidad de periodoncia, odontopediatría, operatoria dental, cirugía, exodoncia y endodoncia. De acuerdo con los resultados obtenidos, la adolescencia representa un sector de la población en el cual existe el riesgo de padecer problemas bucales que pueden ser prevenidos con prácticas de autocuidado y medidas de protección específica. El proveer

al adolescente de los conocimientos necesarios para su autocuidado fortalecer la cultura de la prevención.<sup>2</sup>

En el año 2012 se realizó un estudio observacional analítico en el año 2012, siendo el universo de estudio fueron 480 estudiantes de 12 años de la ciudad de Penco en el país de Chile, los alumnos escogidos debían cursar sexto o séptimo básico. Se utilizó un muestreo probabilístico sistemático con 214 pacientes. El objetivo fue evaluar el estado de salud oral y asistencia a revisión dental, debido a que la caries dental y la enfermedad periodontal poseen una alta prevalencia en los distintos grupos etarios a nivel nacional generando un problema sanitario complejo. De acuerdo al estudio realizado, los escolares de 12 años presentan un mal estado de salud oral y más de la mitad de los adolescentes han asistido a revisión dental en el último año.<sup>3</sup>

El 31 de marzo del año 2014 se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal, donde se evaluó una muestra de 225 adolescentes de 12 años, pertenecientes a colegios municipales de la ciudad de Valdivia en el país de Chile. El protocolo de esta investigación fue presentado al Comité de Ética del Servicio de Salud de Valdivia, el cual aprobó la realización del estudio. Para determinar la necesidad de tratamiento se utilizó el Índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad.

Los hallazgos revelaron que el 8% de los adolescentes examinados presentó un periodonto sano, un 40,9% sangrado al sondaje, un 47,6% cálculo y un 3,5% inspección a través de un periodontograma completo para determinar si existe periodontitis leve, moderada o grave. Según los resultados obtenidos se evidencia que existe una alta necesidad de tratamiento periodontal en los adolescentes de 12 años pertenecientes a los colegios municipales urbanos de Valdivia. Con los datos obtenidos se puede incentivar el inicio de futuras investigaciones, y planificar

programas odontológicos en la región que hagan énfasis en la prevención y tratamiento de las enfermedades periodontales desde el nivel primario de salud.<sup>4</sup>

Las principales patologías bucales que afectan a los adolescentes son: la caries y las enfermedades periodontales, como la gingivitis y la periodontitis. Estas enfermedades son de etiología infecciosa y afectan al 95% de la población.<sup>5</sup>

Siguiendo el mismo propósito en Paraguay se estableció como objetivo determinar la actitud y práctica sobre salud bucal de los adolescentes que asisten a colegios públicos en la ciudad de Asunción, en el año 2015. Se realizó un estudio a adolescentes de 14 a 16 años de edad, de ambos sexos de nacionalidad paraguaya matriculados en el sistema educacional paraguayo. Se encuestaron 130 adolescentes de 14, 15 y 16 años, distribuidos equitativamente por sexo. La mitad de los participantes tiene 14 años y cursaban el noveno grado.

Los adolescentes mostraron niveles muy bajos para mantener la salud bucal, tanto en actitudes favorables (12,3%) como en prácticas adecuadas (14,6%). Más de la mitad de los adolescentes mostraron un estado de salud bucal como regular (61%). En base a los resultados, se consideraron que la prevención de las enfermedades bucales es competencia del odontólogo con apoyo de la educación para la salud y la práctica de determinados estilos de vida construye una de las principales estrategias para evitar o minimizar las enfermedades bucales.<sup>5</sup>

La prevención de enfermedades dentales es una de las preocupaciones principales de los odontólogos que atienden adolescentes. Estos pacientes pueden considerarse como olvidados desde la formación profesional dado que la mayoría de las Facultades de Odontología enfocan la enseñanza de la atención odontológica distinguiendo al niño y

al adulto. La preocupación con los adolescentes no está asociada específicamente a los tratamientos odontológicos, sino principalmente en ajustarlos a los cambios y al desarrollo del aspecto emocional, psicosocial y cognitivo. El odontólogo desempeña un papel importante para instruir y motivar a estos pacientes, ya que el problema no se limita a la caries en sí, sino que incluye la enfermedad periodontal y sus implicaciones, la cual se torna cada vez más importante a medida que el niño avanza hacia los últimos años de la adolescencia.<sup>5</sup>

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Conceptos generales

#### 4.1.1 Salud

El término salud se refiere al completo bienestar físico, psíquico y social, no sólo la ausencia de enfermedad.<sup>6</sup>

#### 4.1.2 Educación para la salud

La educación para la salud consiste en la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y la comunidad.<sup>7,8</sup>

#### 4.1.3 Promoción para la salud

El concepto de la promoción de la salud se basa en la interpretación social y cultural de la salud y la enfermedad. La promoción de la salud es el proceso de capacitar a la gente para que adquiera mayor control sobre su salud, se lleva a cabo a través de la acción intersectorial. La promoción de la salud es un concepto dinámico y evolutivo que involucra a la gente en el contexto de sus vidas diarias y que promueve el bienestar físico, mental y social para todos.<sup>7</sup>

#### 4.1.4 Adolescencia

La adolescencia es la etapa que abarca de los 12 a 18 años, es un periodo complejo de la vida ya que marca la transición del desarrollo humano que va de la niñez a la edad adulta, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, intelectuales y sociales.<sup>8,9</sup>

#### 4.1.5 Enfermedad periodontal

El término enfermedad periodontal en general, sirve para abarcar todas las enfermedades del periodonto y se define como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes provocada por microorganismos o grupos de microorganismos específicos, que tienen como resultado la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsas periodontales, recesión gingival o ambas.<sup>10</sup>

### 5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

En este apartado se describen aquellos factores emocionales y sociales que afectan al adolescente y de esta manera mejorar la comunicación con esta población, para poder generar conciencia promoviendo acciones de educación para el cuidado de la salud bucal.

#### 5.1 Aspectos cognoscitivos

##### 5.1.1 Piaget: etapa de operaciones formales

Operaciones formales: En la teoría de Piaget, es la etapa final del desarrollo cognoscitivo, caracterizado por la capacidad para pensar en forma abstracta.

Este desarrollo, suele ocurrir alrededor de los 12 años, da una nueva manera de manipular (u operar) la información. Ya no es tan limitado al pensamiento en aquí y ahora, sino que pueden pensar en términos de lo que podría ser verdad, no sólo en términos de lo que es verdad. Pueden imaginar posibilidades, demostrar hipótesis y formular teorías.<sup>11,12</sup>

Razonamiento hipotético – deductivo: Piaget señala que es la capacidad que acompaña la etapa de las operaciones formales para desarrollar, considerar y probar hipótesis.<sup>11,12</sup>

Puede imaginar una serie de posibilidades, es capaz de aplicar el razonamiento hipotético deductivo mediante el cual puede plantear una hipótesis y después diseñar un experimento para demostrarlo.

Hacia mediados o fines de la adolescencia, muchos jóvenes son capaces de un razonamiento operativo formal, y asimilan dentro y fuera de la escuela conocimientos amplios, complejos y abstractos.<sup>12</sup>

Aristóteles, decía que los adolescentes “son apasionados, irascibles y tienden a dejarse llevar por sus impulsos”. Por otro lado se señala que son egocéntricos y buenos oradores, llegando a discutir con sus mayores. Normalmente rechazan ideas establecidas, lo que propicia una actitud rebelde, presentan inconformidad con la sociedad en la que viven, pero tienen la necesidad de ser aceptados por ésta, presentan cierto grado de timidez y búsqueda de originalidad. Siendo estas características las que dificultan su relación con los padres, maestros y odontólogos.<sup>8,12</sup>

### 5.1.2 Elkind: aspectos de inmadurez en el pensamiento

Con base en el trabajo clínico con adolescentes el psicólogo David Elkind describió comportamientos y actitudes típicos que pueden surgir de las aventuras no experimentadas por los jóvenes en el pensamiento abstracto:

- Encontrar fallas en las figuras de autoridades.
- Tendencia a discutir.
- Indecisión.
- Hipocresía aparente.
- Autoconciencia
- Suposición de invulnerabilidad.

Una de las actitudes más relevantes del adolescente es estar muy centrado en su propia conducta, cambios corporales y apariencia física y con frecuencia suponen que los demás están pensando lo mismo que ellos piensan.<sup>11,13</sup>

### 5.1.3 Kohlberg: razonamiento moral

En la teoría de Kohlberg, el razonamiento que sirve de base a la respuesta de una persona ante un dilema moral, más no la respuesta misma, indica la etapa del desarrollo moral.<sup>11,13</sup>

Las etapas iniciales de Kohlberg corresponden básicamente a las etapas del desarrollo moral de Piaget en la niñez, pero sus etapas avanzadas llegan hasta la edad adulta. Con base en los procesos de pensamiento que se presentan en las respuestas a sus dilemas, Kohlberg describió tres niveles de razonamiento moral:

- Nivel I: Moralidad preconvencional. El control es externo y las reglas se obedecen con el fin de obtener recompensas o evitar el castigo.
- Nivel II: Moralidad Convencional. En este nivel se ha interiorizado los patrones de las figuras de autoridad. Están interesados en ser buenos, complacer a los demás y mantener el orden social.
- Nivel III: Moralidad Posconvencional. En donde las personas siguen principios morales fundamentados en su interior sobre bondad y maldad, equidad y justicia, y pueden decidir entre patrones morales en conflicto.<sup>11,13</sup>

Algunos adolescentes, e incluso algunos adultos, se mantienen en el nivel I de Kohlberg. La mayoría de los adolescentes y de los adultos parecen estar en el Nivel II: se ajustan a las convenciones sociales, respaldan el *statu quo*, y hacen lo “correcto” para complacer a los demás o para

obedecer la ley. Muy pocas personas alcanzan el Nivel III, cuando pueden elegir entre dos patrones aceptados socialmente.<sup>11,13</sup>

## 5.2 Aspectos sociales

### 5.2.1 Independencia familiar

La adolescencia es la segunda y última fase de la transición social de la niñez hacia la edad adulta. De manera creciente el adolescente siente que le es difícil compartir secretos, pensamientos y fantasías con sus padres. Existen múltiples formas como la familia, ésta puede tener influencia sobre la conducta del adolescente que incluyen el tipo de relaciones entre los miembros, la calidez y la cercanía y el respeto a la autoridad. Uno de los mecanismos a través de los cuales la calidez y cercanía en la familia puede tener influencia en la actividad física de los adolescentes, es que estas características afectan la salud emocional del adolescente. Las conductas inadecuadas de los padres contribuyen a la baja auto-estima y depresión del adolescente, ambos están asociados con la actividad física.<sup>12,14</sup>

Durante la adolescencia, el joven comienza a considerar que debería tener legitimidad para controlar la toma de decisiones sobre determinados aspectos de su vida y esta visión no siempre es compartida por los padres, que tienen grandes dificultades para reconocer que su hijo abandonó la etapa de la infancia.<sup>11</sup>

### 5.2.2 Relación con amigos

Los compañeros son muy importantes como agentes sociales, en los cuales los niños del mismo grupo de edad están juntos. En tales situaciones, su mejor amigo se convierte en su confidente, en un escucha útil y valiosa.<sup>12,13</sup>

Por otra parte, los adolescentes tienen amigos que no pertenecen a entornos como la colonia, la escuela, la iglesia y otras instituciones, forman grupos mayores, como un equipo deportivo o un grupo de exploradores. La popularidad es muy importante y son pocos los adolescentes que no se preocupan al respecto.

Los adolescentes que tienen una buena relación con su grupo de amigos la entablan también con adultos. De igual manera, quienes no reciben la aceptación de otros adolescentes experimentan mayor dificultad con los adultos, y crecen con diversos problemas sociales y emocionales.<sup>12,13</sup>

Suelen encontrar más conflictos cuando se trata de cuestiones relativas al rendimiento escolar y el comportamiento en el colegio, la elección de amistades y compañías, así como las peleas entre hermanos.<sup>15</sup>

### 5.2.3 Imagen corporal

La imagen corporal, se refiere a la representación mental realizada del tamaño, figura y de la forma de nuestro cuerpo (en general y de sus partes); es decir, cómo lo vemos y cómo creemos que los demás lo ven. Además de la percepción, la imagen corporal implica cómo sentimos el cuerpo (insatisfacción, preocupación, satisfacción, etc.) y cómo actuamos con respecto a este componente conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción).<sup>16,17</sup>

El cambio físico en la adolescencia se experimenta cuando el niño(a) va perdiendo su cuerpo infantil y aparece la necesidad psicológica de reestructurar la imagen corporal. Empiezan a tener autoconciencia de los cambios, una preocupación por el cuerpo, la necesidad de integrar una imagen individual del aspecto físico y la “ofuscación” por el grado de aceptación que su figura despierta en un grupo. La preocupación se agudiza especialmente durante la pubertad (inicio de la etapa de la adolescencia), cuando los y las adolescentes están inconformes con su cuerpo. La aceptación de un grupo, al igual que el aspecto físico, son dos elementos especialmente importantes en la adolescencia que correlacionan con la autoestima.<sup>16</sup>

Las adolescentes se ven fuertemente condicionadas por los medios de comunicación para adoptar y mantener las normas que impone la cultura de la delgadez. Además, la insatisfacción que sufren los hombres es diferente a la de las mujeres, ya que ellos quieren estar más fuertes, mientras que las mujeres quieren estar más delgadas y toman medidas para cambiar su imagen corporal con el fin de sentirse bien, independientemente del peso real que tengan.<sup>17</sup>

## 6. CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

La clasificación de una enfermedad es útil para el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. Los padecimientos más frecuentes de los tejidos periodontales son los procesos inflamatorios gingivales (encía) y de las estructuras de soporte (cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar). La enfermedad periodontal es considerada una enfermedad infecciosa e inflamatoria, que de acuerdo al grado de compromiso puede llevar a la pérdida total de los tejidos de soporte del diente, las más frecuentes se inician por la acumulación de placa, cálculo y flora periodontal patógena subgingival. Existen otros padecimientos gingivales y del ligamento periodontal que no son infecciones, sino procesos degenerativos, neoplásicos, granulomatosos, quísticos o traumáticos.<sup>18,19</sup>

### 6.1 Gingivitis

La gingivitis es el tipo de enfermedad periodontal que se observa con más frecuencia en los tejidos blandos que rodean al diente en pacientes jóvenes. Se caracteriza por el edema, sensibilidad, enrojecimiento y sangrado gingival. Está asociada a la deficiente higiene bucal y a los cambios hormonales de la pubertad.<sup>20,21</sup>

#### Gingivitis Inducida por placa bacteriana

La gingivitis inducida por placa bacteriana se presenta en un periodonto sin pérdida de inserción o en uno con pérdida previa de la inserción que está estable y no avanza. Es el resultado de una interacción entre el microorganismo que se encuentra en la biopelícula de la placa dentobacteriana, en los tejidos y células inflamatorias del huésped. Los efectos de factores locales (figura 1), sistémicos, medicamentos (figura 2) y malnutrición modifican la interacción placa-huésped, además la formación de cálculo que retiene placa en la corona contribuye a la

enfermedad, debido a su capacidad para retener microorganismos de la placa e inhibir su eliminación por medio de técnicas de control de placa.<sup>18,19</sup>



Figura 1 Gingivitis inducida por placa bacteriana con factores locales asociados.



Figura 2 Agrandamiento gingival asociado a la toma de medicamentos.

### Gingivitis no inducida por placa bacteriana

Las reacciones inflamatorias gingivales pueden producirse por infecciones bacterianas específicas, víricas, micóticas, de origen genético, de origen sistémico traumático, sin una reacción inflamatoria gingival asociada a la placa.<sup>18,19,21</sup>

Las enfermedades gingivales de origen micótico incluyen diversas enfermedades como candidiasis, histoplasmosis y eritema gingival lineal.<sup>19</sup>

Las lesiones traumáticas en la mucosa oral se pueden producir de forma accidental, iatrogénica o autoinducidas. Pueden presentarse en forma de recesiones gingivales localizadas (figura 3), abrasiones, ulceraciones o quemaduras. Pueden tener una apariencia edematosa, eritematosa o blanquecina, o una combinación de las anteriores.<sup>19</sup>



Figura 3 Recesiones gingivales.

## 6.2 Periodontitis crónica

La periodontitis crónica es la forma más común de periodontitis, está relacionada con la acumulación de placa dentobacteriana y cálculo. Prevalce en adultos, pero también puede observarse en adolescentes. Es de avance lento a moderado con posibles periodos de avances rápido, el aumento en la velocidad de avance de la enfermedad puede ser provocado por el impacto de factores locales, sistémicos o ambientales que influyen en la interacción normal entre el huésped y las bacterias.<sup>18,22,23</sup>

- Factores locales: acumulación de placa dentobacteriana.
- Factores sistémicos: diabetes mellitus e infección por VIH.
- Factores ambientales: tabaquismo y estrés emocional.

Se divide por su extensión en:

- Localizada: sitios afectados <30%.
- Generalizada: sitios afectados >30%.

Se describe con base en la cantidad de pérdida de la inserción clínica:

- Leve: pérdida de inserción de 1-2 mm.
- Moderada: pérdida de inserción de 3-4 mm.
- severa: pérdida de inserción  $\geq$  5 mm.

Características clínicas de la periodontitis crónica pueden variar según su tiempo de evolución de la enfermedad (figura 4).<sup>21,23</sup>

- Alteraciones de color, forma, consistencia y textura gingival
- Cambios en posición del margen gingival.
- Pérdida de inserción de la encía.
- Depósitos de cálculo supra y subgingival.
- Formación de bolsas periodontales.
- Sangrado al sondeo.
- Inflamación y sangrado gingival.
- Pérdida de hueso alveolar.
- Placa dentobacteriana
- Movilidad dental.



Figura 4 Aspecto clínico de la periodontitis crónica. Figura 4A) Se observa cambios en la posición del margen gingival. B) Pérdida de inserción. C) Alteración de la forma y textura gingival.

### 6.3 Periodontitis agresiva

La periodontitis agresiva es una enfermedad caracterizada por una avanzada pérdida de tejido periodontal y rápida progresión de la enfermedad, asociada a factores sistémicos modificantes, genéticos e inmunológicos que favorece la predisposición a su aparición.<sup>24,26</sup>

Características comunes en pacientes con periodontitis agresiva:

- Pacientes sistémicamente sanos.
- Pérdida de inserción y destrucción ósea rápidas.
- Se observa una predisposición de la enfermedad dentro del grupo familiar.
- Proporciones elevadas de *Actinobacillus actinomycetemcomitans* y ocasionalmente de *Porphyromonas gingivalis*.

- En algunos casos, la pérdida ósea y la pérdida de inserción pueden autolimitarse.

Se presenta de forma localizada y generalizada:

Forma localizada:

- Comienzo en la edad circumpuberal (en la época de la pubertad).
- Destrucción periodontal interproximal agresiva localizada en primer molar o incisivos y no más de dos dientes adicionales afectados (figura 5 y 6).
- Respuesta robusta de los anticuerpos séricos ante los agentes infecciosos.<sup>23,25,26</sup>



Figura 5 Aspecto clínico de la periodontitis agresiva localizada. Figura 5A) destrucción periodontal interproximal en incisivos inferiores izquierdos. B) y C) se observa pérdida de inserción clínica en la zona de dientes posteriores.

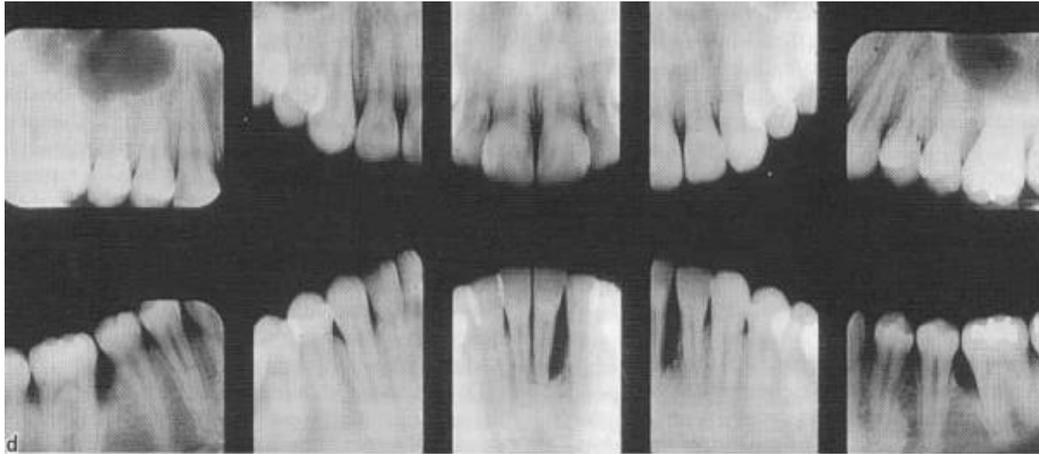


Figura 6 Radiografías periapicales donde se muestra pérdida del nivel de hueso alveolar.

Forma generalizada:

- Afecta a personas de menos de 30 años, pero los pacientes pueden ser de mayor edad.
- pérdida de inserción interproximal generalizada afectando al menos tres dientes adicionales además de primeros molares e incisivos.
- La destrucción de inserción y de hueso alveolar es de índole episódica.
- Respuesta sérica deficiente de anticuerpos ante los agentes infecciosos.

Estas características se complementan con parámetros radiográficos, microbiológicos e inmunológicos, junto a la evaluación de otros factores tales como, estrés, consumo de drogas, hormonas sexuales, fumar, los cuáles podrían afectar el curso de los diferentes tipos de periodontitis. Otros factores de riesgos se relacionan con una higiene bucal deficiente y factores locales que favorecen la placa dental y cálculo subgingival. Lesiones de caries activas y restauraciones en las superficies no proximales del diente pueden predisponer a una pérdida de inserción significativa (figura 7 y 8).<sup>25,26</sup>



A



B



C

Figura 7 Aspecto clínico de la periodontitis agresiva generalizada. Figura 7A) Inflamación y edema intenso del margen gingival. B) Retracción de margen gingival. C) Se observa pérdida de inserción.



Figura 8 Aspecto radiográfico de periodontitis agresiva generalizada.

## 6.4 Periodontitis como manifestaciones de enfermedades sistémicas

La periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas puede manifestarse por determinados desórdenes hematológicos, como la neutropenia adquirida o leucemia se produce una resistencia del huésped disminuida determinante en el desarrollo de la enfermedad periodontal.<sup>23</sup>

También se manifiesta con diversas enfermedades genéticas: neutropenia familiar/cíclica, síndrome de Down, síndrome de deficiencia de adhesión leucocitaria, síndrome de Papillon-Lefèvre, hipofosfatemia, síndrome de Ehlers-Danlos o histiocitosis idiopática.<sup>23,25</sup>

## 6.5 Enfermedades periodontales necrosantes

La gingivitis ulceronecrosante y la periodontitis ulceronecrosante son afecciones periodontales más severas causadas por placa dentobacteriana. Son rápidamente destructivas, debilitantes y representan diversas etapas del mismo proceso.<sup>25,26</sup>

Gingivitis ulceronecrosante (GUN): debe emplearse para designar las lesiones que sólo afectan el tejido gingival, sin pérdida de inserción periodontal.<sup>25,26</sup>

Características clínicas:

Papilas y márgenes gingivales ulceradas (figura 9), cubiertas por una seudomembrana de color blanco amarillento o grisáceo. Se caracteriza por lesiones que parecen producidas por sacabocados (punched-out) (figura 10).<sup>25,26</sup>



Figura 9 Gingivitis ulceronecrosante a lo largo del margen gingival.



Figura10 Gingivitis ulceronecrosante con sacabocados en las papilas interdentes.

La GUN responde bien a la terapia antimicrobiana combinada con eliminación de placa dentobacteriana, cálculo dental y con el mejoramiento de la higiene bucal.<sup>25,26</sup>

Periodontitis ulceronecrosante (PUN): se designa a los tejidos periodontales, incluidos la encía, el ligamento periodontal y el hueso alveolar.<sup>25,26</sup>

Características clínicas:

Destrucción de la papila, la necrosis se extiende lateralmente a lo largo del margen gingival en las superficies vestibular, lingual o palatina de los dientes. Las áreas necróticas originadas en los espacios interproximales a

menudo se fusionan para formar un área necrótica continua (figura 11). La encía marginal palatina y lingual está afectada con menos frecuencia que el área vestibular correspondiente. En países en desarrollo la periodontitis necrosante también se relaciona con malnutrición grave, lo que lleva a la inmunosupresión en algunos pacientes. <sup>23,25,26</sup>



Figura 11 Periodontitis necrosante con lesiones en las papilas interdetales y el margen gingival.

#### Diagnóstico:

El diagnóstico de la gingivitis necrosante (GN) y la periodontitis necrosante (PN) se basa en los hallazgos clínicos de cada una de ellas.

#### Tratamiento:

Se divide en dos fases: aguda y de mantenimiento.

- Fase aguda: consiste en eliminar la actividad patológica manifestada por la necrosis tisular que se desarrolla lateral y apicalmente, además de evitar el dolor y las molestias que ocasionan la ingestión de alimentos. <sup>25,26</sup>

Se debe realizar un raspado radicular, de preferencia se debe realizar raspado ultrasónico, ya que ejerce mínima presión en los tejidos blandos, elimina depósitos blandos y mineralizados. Se instruye al paciente para

que sustituya el cepillado dental por un control químico de la placa en esas áreas con heridas abiertas, el uso de agua oxigenada 3% (peróxido de hidrógeno) con agua caliente en partes iguales como enjuague bucal o clorhexidina al 0,2% dos veces por día son eficaces para reducir la formación de la placa cuando no se usa cepillo dental. Los pacientes con enfermedad periodontal ulceronecrosante deben ser examinados casi diario mientras persistan los síntomas agudos.<sup>23,25,26</sup>

- Fase de mantenimiento: cuando se ha complementado el tratamiento de la fase aguda, la necrosis y los síntomas agudos en algunos sitios pueden requerir corrección quirúrgica, los cráteres poco profundos pueden ser eliminados mediante gingivectomía.

Los pacientes con enfermedad periodontal ulceronecrosante no siempre son fáciles de motivar para que lleven a cabo un programa de higiene bucal correcto. A menudo tienen inadecuados hábitos de higiene bucal y una actitud negativa hacia el tratamiento. Algunas personas interrumpen el tratamiento luego de aliviar el dolor. La instrucción y la motivación deben ser planificadas para evitar que esto ocurra.<sup>25,26</sup>

## 6.6 Abscesos del periodonto

Los abscesos en el periodonto son infecciones odontológicas que pueden ser causadas por necrosis pulpar, infecciones periodontales, pericoronitis, trauma o cirugía. Se clasifican con base a la localización de la infección en gingival, periodontal o pericoronal.<sup>23,26,27</sup>

## Absceso gingival

Es localizado, doloroso, se expande rápidamente involucrando el margen gingival o de la papila interdental Figura 12. Se aprecia como una zona inflamada eritematosa con una superficie suave, brillante y un orificio en la superficie del cual puede aparecer un exudado purulento.<sup>25,26</sup>



Figura 12 Absceso Gingival en la papila interdental.<sup>18</sup>

## Absceso periodontal

Es un acumulo de pus que está localizado dentro de la pared gingival de una bolsa periodontal, ocasionando la destrucción de inserción de fibras de colágeno y pérdida de hueso alveolar. Las lesiones pueden ser agudas o crónicas.

Clínicamente se observa como una elevación ovoide de la encía, se aprecia edematosa y eritematosa con superficie suave y delgada, a la presión suave se aprecia pus en el margen gingival (figura 13).<sup>25,26</sup>



Figura 13 Absceso periodontal asociado con primer molar inferior derecho.

### Absceso pericoronaral

Es un acumulo localizado de pus dentro de la encía que rodea la corona de un diente que no está erupcionado en su totalidad (figura14), afecta a terceros molares inferiores con mayor frecuencia, la encía clínicamente se ve lisa, eritematosa y brillante.<sup>25,26</sup>



Figura 14 Absceso Pericoronario en la zona del 3er. molar mandibular.

### Diagnostico:

Se basa en la evaluación e interpretación los síntomas del paciente, más los signos clínicos y radiográficos observados. El síntoma de un absceso

periodontal es la presencia de una elevación ovoide de la encía a lo largo de la cara lateral de la raíz.<sup>25,27</sup>

Se puede observar supuración de una fístula o de la bolsa periodontal, puede ser espontánea o sucede cuando se presiona la superficie externa de la encía. Los síntomas clínicos van desde una molestia leve hasta dolor intenso en la encía, además de sensibilidad a la percusión y movilidad del diente afectado.<sup>25,27</sup>

Tratamiento:

En el manejo de la lesión aguda se debe realizar la incisión y drenaje, así como raspado y alisado radicular, cirugía periodontal, uso de antibióticos y extracción dental.

#### 6.7 Periodontitis asociada con lesiones endodóncicas

Las infecciones de origen periodontal o endodóncico pueden resultar en un incremento de la profundidad al sondeo periodontal adyacente a una superficie radicular, formación de una fístula, sensibilidad a la percusión, incremento de la movilidad dental, pérdida ósea angular y dolor.<sup>22</sup>

Lesiones combinadas endoperiodontales: se presentan donde existe una lesión periapical inducida endodónticamente en un diente que está involucrado periodontalmente.<sup>23,26</sup>

#### 6.8 Condiciones y deformidades adquiridas o del desarrollo

Las condiciones y deformidades adquiridas o del desarrollo, pueden presentarse en pacientes sin ningún otro signo de enfermedad periodontal y son factores locales relacionados con el diente, que modifican o predisponen a enfermedad gingival inducida por placa.<sup>23,26</sup>

## 7. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Un factor de riesgo es aquel cuya presencia implica que existe un incremento en la posibilidad de que ocurra la enfermedad periodontal. Actúa como un factor predisponente o modificador que puede acelerar el proceso destructivo periodontal. Entre estos factores de riesgo se encuentran el tabaquismo, el alcohol, las drogas, la menstruación, la obesidad, los trastornos alimenticios, el embarazo y el uso de piercing.<sup>28</sup>

### 7.1 Tabaquismo

El uso del tabaco es un factor de riesgo en los adolescentes para el desarrollo y severidad de la enfermedad periodontal, tiene un efecto adverso en la evolución de la enfermedad y en la respuesta a la terapia periodontal. Los efectos en el periodonto por haber fumado en el pasado son la formación de cálculo supragingival e inflamación de la encía en dientes inferiores (figura 15), el dejar de fumar tiene efectos beneficiosos en la progresión futura de la enfermedad y en la respuesta del periodonto a la terapia.<sup>29,30</sup>



Figura 15 Uso de tabaco en el adolescente. Figura 15A) Inflamación de la encía en dientes inferiores y cálculo supragingival en el área interproximal. B) Gingivitis ulceronecrosante en paciente fumador, formación de cálculo supragingival en las caras linguales de los incisivos inferiores.

## 7.2 Alcohol

El alcohol es una sustancia muy popular entre muchos de los jóvenes y no es difícil de obtener para la inmensa mayoría de ellos. Algunos de los adolescentes usan el alcohol como una forma inadecuada para hacer frente al aburrimiento.<sup>31,32</sup>

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes y adolescentes, puede ser el resultado del estilo de vida actual, de niveles elevados de estrés, ansiedad, baja autoestima, sentimientos depresivos, susceptibilidad a la presión de los padres y problemas escolares.

El consumo de alcohol también se ha relacionado con lesiones en la mucosa oral. Se asocia con el origen, severidad y evolución de las enfermedades gingivales y periodontales, y se ha sugerido que los alcohólicos presentan una probabilidad mucho mayor de padecer estas enfermedades que los individuos no alcohólicos, pues en estos pacientes en muchas ocasiones la higiene bucal es deficiente, hay disminución del flujo salival o xerostomía como consecuencia de la alteración morfológica y funcional de las glándulas salivales. Por otra parte, se plantea que el alcohol produce atrofia epitelial de la mucosa bucal, con aumento de la permeabilidad y con incremento de la solubilidad de las sustancias tóxicas.<sup>30,32</sup>

## 7.3 Drogas

El consumo a largo plazo de otras drogas, como la metanfetamina, la cocaína y la heroína, a menudo produce numerosos efectos fisiológicos adversos, muchos de los cuales comprometen el estado nutricional de los usuarios y puede resultar en múltiples problemas nutricionales. El abuso crónico de éstas puede conducir a trastornos alimenticios, debido a la pérdida crónica de apetito producida por las drogas, el individuo pierde el interés en los alimentos, el comer y la ingesta de nutrientes.<sup>32,33</sup>

El uso problemático de drogas afecta la salud oral de los consumidores, diversos factores pueden incidir en el estado de salud oral de los pacientes. El empleo de drogas ilícitas tiene un efecto negativo tanto en los hábitos de higiene como en la prevalencia de caries y enfermedad periodontal. En especial, los consumidores de drogas inyectables, como la heroína, han demostrado constituir un grupo de alto riesgo a prevalencia de caries, gingivitis y enfermedad periodontal, debido a un déficit en los hábitos de higiene. La condición de embarazo en situaciones de consumo abusivo puede aumentar la incidencia de caries y enfermedad periodontal durante la gestación por descuido en la higiene oral entre otros factores.<sup>32,33</sup>

#### 7.4 Menstruación

Ocasionalmente, algunas mujeres padecen gingivitis en períodos menstruales, presentando sangrado e inflamación en las encías con tono rojo brillante, así como úlceras en los carrillos, inducidos por placa en relación con el ciclo menstrual. Ocurre justo antes de la menstruación y desaparece una vez que ésta ha empezado. En casos de gingivitis ya existente los signos y síntomas de la inflamación son más pronunciados.

La mayoría de las mujeres con encías clínicamente sanas, experimentan cambios periodontales poco significativos durante la menstruación. Además de la inflamación gingival, en algunas mujeres se presentan lesiones aftosas intraorales recurrentes (figura 16), herpes labial e infecciones por *Candida albicans* que parecen estar asociados con mayores niveles de progesterona durante el ciclo menstrual.<sup>34</sup>



Figura 16 Paciente femenina con presencia de lesiones aftosas.

## 7.5 Embarazo

La inflamación de la encía aumenta durante la gestación, y suele desaparecer habitualmente tras el parto, lo que se conoce como gingivitis del embarazo o gravídica. Las embarazadas experimentan una importante repercusión en su salud periodontal durante la gestación, siendo especialmente frecuentes los sangrados (figura 17).<sup>34</sup>



Figura 17 Paciente femenina con presencia de sangrado de encía en los incisivos inferiores, además de inflamación.

## 7.6 Trastornos alimenticios

Los trastornos alimenticios incluyen conductas alimentarias no saludables como una dieta inadecuada, la falta de control sobre la comida y la existencia de sintomatología bulímica. La apariencia física es de gran importancia para la mayoría de los adolescentes y para algunos de ellos, en particular, estar lo suficientemente delgada o delgado puede convertirse en una obsesión debido a la insatisfacción con el cuerpo.<sup>32,35</sup>

### 7.6.1 Anorexia

La preocupación por la apariencia y el peso corporal durante la adolescencia puede conducir a la anorexia nerviosa. La anorexia puede ser de tipo restrictivo, en la que la ingesta de alimentos es muy limitada o de tipo ingesta compulsiva o purga, en las que las personas participan en la provocación de vómito o en el uso excesivo de laxantes o diuréticos, cuyo resultado final es la delgadez excesiva por desnutrición.<sup>36,37</sup>

Síntomas:

- La negativa a mantener un peso corporal igual o mayor de lo esperado para la edad y la talla del paciente.
- Miedo constante a engordar, aunque se esté por debajo del peso normal mínimo acorde a la altura y la edad.
- Distorsión de la imagen corporal (del peso y de la figura).
- Ingesta alimenticia muy escasa o realización de dietas sumamente estrictas.
- Sentirse y verse gorda, aunque se esté muy delgada.
- Sentirse culpable luego de ingerir algún alimento.
- Amenorrea (ausencia de la menstruación por lo menos durante tres períodos).
- Pérdida excesiva de peso en muy poco tiempo.
- Práctica excesiva de ejercicio físico y/o hiperactividad.

- Utilización de laxantes y/o diuréticos para bajar y/o mantener el peso.
- Cambios abruptos de humor (melancolía, alegría, irritabilidad, insomnio).
- Demasiada sensibilidad al frío.
- Síntomas de debilidad por inanición.
- Algunas características comunes a las personas que padecen anorexia nerviosa son: control obsesivo y excesivo de la cantidad de alimentos que ingieren, conteo de las calorías de los mismos, ayunos prolongados, muchas horas de ejercicio físico compulsivo y consumo de purgantes (diuréticos y/o laxantes) luego de comer.<sup>36,37</sup>

#### Consecuencias:

Puede aparecer un aumento del vello, llamado lanugo, en brazos, piernas, hombros, espalda y cara. La piel del cuerpo se reseca y agrieta, se puede llegar a alcanzar una coloración amarillenta de piel en las extremidades. El cabello se seca, pierde brillo y cae abundantemente. Las uñas se vuelven quebradizas. Los huesos también se resienten, y puede producirse un estancamiento en el crecimiento y no llegar a alcanzar la talla previsible.<sup>35,37</sup>

El carácter también cambia y se va mostrando más susceptible, más irritable y ansioso, con cambios bruscos en su estado de ánimo, perdiendo el interés por lo que le rodea. Aparecen trastornos como la depresión, la ansiedad, la fobia, o pensamientos obsesivos, rituales y compulsiones. En cuanto a su comportamiento, su forma de comer se lentifica, esparce la comida en el plato, la manosea, se pesa con frecuencia, palpa de forma repetida partes de su cuerpo, recoge información de recetas y calorías.<sup>35,37</sup>

## 7.6.2 Bulimia

Es la ingesta secreta, obsesiva y masiva de alimentos seguida de vómitos autoinducidos, episodios de ayuno prolongado o catarsis intestinal voluntaria mediante el abuso de laxantes y diuréticos.<sup>28,32</sup>

Generalmente los pacientes bulímicos tienen un pasado de obesidad o sobrepeso y han realizado por su cuenta, infinidad de dietas para adelgazar. Ocultan sus atracones y la inducción del vómito, por lo cual es difícil detectar el problema.<sup>37</sup>

Síntomas:

- Frecuentes episodios de atracones o sobre ingesta de comida en poco tiempo (dentro de 2 horas).
- Pérdida del control, del dominio de la situación, mucha ansiedad durante los episodios de atracones de comida.
- Comer a escondidas, generalmente, los episodios de atracones se dan cuando nadie está presente.
- Al menos dos sucesos de atracones en la semana durante un período de tres meses.
- Preocupación constante y exagerada por el cuerpo, el peso, permanente obsesión por el aspecto físico.
- Realización habitual de dietas para bajar de peso.
- Temor exagerado por engordar: un 92% de las bulímicas sienten muchísimo miedo a engordar.
- Síntomas de depresión: las bulímicas manifiestan mucha melancolía, ideas pesimistas, pensamientos recurrentes de suicidio.
- Preocupación permanente por mantener un peso mínimo. Las bulímicas a diferencia de las pacientes anoréxicas, no presentan tan bajo peso. Aunque muchas veces también se vuelven bulímicas.
- Muy baja autoestima directamente asociada al cuerpo.<sup>36,37</sup>

## Consecuencias:

- Dolores de cabeza.
- Debilidad, mareos: la purgación puede provocar excesiva pérdida de líquido en donde se eliminan también grandes cantidades de potasio.
- Hinchazón del rostro a causa del incremento de las glándulas salivales y parótidas.
- Irregularidades menstruales.
- Pérdida de cabello.
- Aumentos y reducciones bruscas de peso.
- Colón irritable.
- Reflujo gastrointestinal.
- Roturas gástricas.
- Perforación esofágica.
- Deshidratación.
- Arritmias que pueden derivar en infartos.
- Problemas psicológicos y comportamiento autodestructivo.<sup>37</sup>

## Manifestaciones bucodentales:

Dentro de las principales manifestaciones bucodentales en los pacientes anoréxicos y bulímicos se encuentran: descalcificación y erosión del esmalte, caries extensa, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales, sialoadenosis y xerostomía, pérdida de la integridad de las arcadas, disminución de la capacidad masticatoria y antiestética, mordida abierta anterior y restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados.<sup>32,36,37</sup>

### 7.6.3 Trastornos por atracones

El trastorno por atracón o apetito compulsivo se caracteriza por un patrón de comportamiento alimenticio alterado, en que el individuo que lo padece presenta episodios recurrentes de alimentación compulsiva junto con pérdida de control. En dichos episodios se realizan ingestas alimentarias que son, en cantidad y voracidad, superiores a lo que normalmente comería cualquier persona en el mismo período de tiempo, y se viven con una sensación de pérdida de control.<sup>32,38</sup>

#### Características:

Las personas que tienen este trastorno realizan los atracones manifestando algunas de las características señaladas a continuación:

- Comer más rápido de lo normal.
- Comer hasta que se sienten incómodamente llenos.
- Comiendo mucho aun no sintiendo hambre.
- Comiendo solos por la vergüenza de que los demás vean cómo comen.
- Sentirse disgustado, deprimido o culpable después de comer en exceso.
- Sentir malestar frente a la ingesta compulsiva.
- Comer en exceso al menos 2 días a la semana.

El trastorno tiene ciertas similitudes con la bulimia nerviosa, dado que comparten la alimentación de forma compulsiva, pero en el trastorno por atracón no se dan las conductas compensatorias que ocurren en la bulimia, como el vómito, el uso abusivo de laxantes o diuréticos. También está relacionado con el sobrepeso y la obesidad, ya que el trastorno por atracón favorece el incremento de peso.<sup>32,38</sup>

## 7.7 Obesidad

La obesidad resulta de un desequilibrio crónico entre la ingesta y el gasto energético. Está relacionada con una serie compleja de factores genéticos, ambientales, psicológicos, biológicos y económicos. La obesidad es definida como la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, es diagnosticada basándose en el índice de masa corporal (IMC). El IMC es calculado dividiendo el peso de la persona en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros.<sup>32,36,39</sup>

La obesidad en la adolescencia puede tener efectos psicológicos importantes. Los jóvenes obesos pueden verse expuestos al rechazo o las burlas de sus compañeros, tener dificultades para encontrar amigos o pareja. Todo esto puede reducir su autoestima, provocarles ansiedad, trastornos del sueño, aislamiento social y disminución del rendimiento escolar. Estos problemas pueden conducir a un caso grave de depresión, a desarrollar problemas de ansiedad o trastornos obsesivo-compulsivos o incluso conductas autodestructivas.

Para poder solucionar el problema de la obesidad en la adolescencia, es necesario actuar cuanto antes. Es conveniente llevar al adolescente a la consulta de un profesional que pueda marcarle la dieta adecuada que le permita bajar de peso, cuidando de que su desarrollo no sea afectado.

En el plano emocional, es importante comunicarse con el adolescente de forma eficaz, establecer hábitos de alimentación y actividades saludables para toda la familia, así como prestar mucha atención a los síntomas de depresión o aislamiento que pueda presentar.<sup>32,36,39</sup>

## 7.8 Consideraciones nutricionales en la adolescencia

Las consideraciones nutricionales de los adolescentes están influenciadas principalmente por el inicio de la pubertad. El aumento en la tasa de crecimiento está acompañado por el incremento de las necesidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales. En general las mujeres consumen menos alimentos que los varones y deben cumplir con sus necesidades de nutrientes individuales dentro de un rango menor de ingesta calórica. Como resultado, las adolescentes están en alto riesgo de deficiencias nutricionales, a menudo se encuentran con presión social significativa para restringir la ingesta de alimentos con fines de control del peso.<sup>30,32</sup>

Algunas adolescentes recurren al consumo de cigarrillos para ayudar a controlar su peso corporal, hacen dietas de moda y realizan conductas alimenticias desordenadas.

Diferencias de género en cuestiones nutricionales.

Mujeres.

- Necesidades energéticas más bajas.
- Delgadez considerada importante.
- Preocupación sobre masa ósea máxima.
- Mayor riesgo de trastornos alimenticios.
- Mayor riesgo de deficiencias nutricionales.

Hombres.

- Necesidades energéticas más altas.
- Fuerza considerada importante.
- Menos preocupación sobre masa ósea.
- Menor riesgo de trastornos alimenticios.
- Menor riesgo de deficiencias.

## 7.9 Uso de Piercing (perforaciones)

El uso de piercing, se relaciona con la moda, es un aspecto que en la actualidad puede hacer más comunes los traumatismos en la cavidad bucal, debido a que tejidos como labios, encía, lengua, dientes, frenillos y las vías respiratorias pueden verse afectados. Además, se suman condiciones como reacciones alérgicas al metal, sangrado, recesiones gingivales, incremento en el fluido salival, infecciones sistémicas o dolor.<sup>40</sup>

Los piercing que no son de acero inoxidable o de calidad quirúrgica pueden causar infecciones o reacciones alérgicas en la boca, lo que puede provocar problemas de salud más graves. Cuando las perforaciones no se colocan bien, o si el paciente desarrolla el hábito de jugar con ella en la boca, provoca la erosión de los dientes y daños graves en la encía.<sup>40</sup>

Las complicaciones que surgen del uso de piercings orales, pueden ocurrir durante o después del procedimiento, siendo las principales las siguientes:

- Complicaciones durante la colocación: dolor, lesión nerviosa, edema, hemorragia, enfermedades transmisibles (como hepatitis, VIH, entre otras).
- Complicaciones inmediatas a la colocación: inflamación local, infección localizada, trauma en mucosa, bacteriemia, Angina Ludwig.
- Complicaciones tardías: Hiperplasia tisular, fractura dentaria, recesión gingival, aspiración o ingestión, hipersensibilidad, hipersalivación, formación de cálculo en piercing, halitosis, Interferencia radiográfica, reacciones adversas, alteraciones en la fonación, deglución y masticación.
- Otras complicaciones de las perforaciones en la cavidad oral son las deformidades mucogingivales, y la dificultad para la intubación orotraqueal de urgencia.

Es importante recomendar a los adolescentes que visiten al Odontólogo, con el propósito de explicarles los riesgos y las complicaciones que se asocian con el uso de piercing antes de que se decidan a usarlos, debido a que muchos de los establecimientos en los cuales se realizan éstos trabajos no son tan higiénicos como deberían ser.<sup>40</sup>

## 8. EL EDUCADOR PARA LA SALUD ANTE LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL ADOLESCENTE.

La educación para la salud permite que el individuo adquiera una responsabilidad en la identificación y solución de los principales problemas de salud. Se caracteriza por una actuación continua, activa y organizada que hace que la participación sea consciente.<sup>41</sup>

Los adolescentes deben ser orientados a través de programas educativos continuos, para crear actitudes de respeto y responsabilidad hacia su salud bucodental, para alcanzarla hay que intervenir sobre los hábitos de vida, como la higiene dental y el consumo de tabaco, entre otros factores de riesgo para contraer enfermedad periodontal.<sup>41,42</sup>

Los adolescentes no asisten a la consulta voluntariamente, ni tienen responsabilidad con su salud bucal, cuando se realizan acciones preventivas curativas en las escuelas se observa un comportamiento negativo por parte de éstos, sin brindarle la importancia requerida a dicha actividad.

El resultado de la educación para la salud, debe ser un cambio de conducta y no simplemente un cambio cognoscitivo, por tanto, promocionar salud es transmitir conocimientos para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ésta.<sup>41,42</sup>

El profesional debe establecer una comunicación bidireccional con el paciente y ganarse su confianza. El factor más importante del educador

para la salud es una comunicación efectiva, no importa qué tan bueno sea el mensaje si éste no es comunicado de manera efectiva el resultado deseado no será alcanzado.<sup>27,43</sup>

La comunicación es un proceso de dos vías y es importante estar conscientes de lo que estamos diciendo, cómo lo estamos diciendo y cómo será interpretado. La comunicación se puede dividir en verbal (lo que se dice) y no verbal, incluyendo lenguaje corporal, contacto visual y posición corporal.

#### Comunicación verbal

Para comunicarse a nivel individual o grupal, es importante utilizar un lenguaje apropiado para el oyente. Como profesionales, es muy fácil utilizar tecnicismos. Demostrar un conocimiento superior nos puede hacer sentir mejor, pero puede dejar al oyente confundido y más vulnerable e inseguro. Por otro lado, se debe tener cuidado de seleccionar las palabras apropiadas con base en la edad, o capacidad intelectual del oyente.<sup>27,43</sup>

#### Comunicación no verbal

Es un conjunto de signos no lingüísticos o señales que utiliza el hombre para transmitir a los demás lo que piensa, siente y quiere. Es una parte esencial de la actividad humana y se clasifica de la siguiente manera.<sup>27,44</sup>

- Kinética: Son los movimientos de las diferentes partes del cuerpo en el proceso de comunicación.
- Proxemia: se refiere al empleo y a la percepción que los individuos hacen de su espacio físico de mayor o menor cercanía que existe entre ellos y que intervienen en el proceso de la comunicación.
- Prosodia: se refiere a las variaciones e intensidad del sonido emitido por una persona, como la entonación, ritmo, cadencia y exclamación.

Para desarrollar la capacidad del paciente para realizar una tarea de una manera competente, es más efectivo demostrar, repasar y practicar los

procedimientos indicados por el educador para la salud. Es necesario estar pendiente de cómo se sienten los pacientes adolescentes, si están asustados o preocupados por el procedimiento, es esencial que se aliente en cada paso.

Conseguir la confianza del paciente es una parte de la función del educador para la salud oral, es tan importante como el desarrollo de habilidades prácticas. La enseñanza de habilidades prácticas requiere tiempo y paciencia, puede ser útil iniciar con modelos de la boca para demostrar la técnica de cepillado o el uso de hilo dental para que el paciente se sienta en la confianza de intentar el procedimiento en su propia boca. Es aquí donde puede iniciarse la estrategia de educar. Si el paciente tiene dudas, el odontólogo debe aclarárselas y proporcionarle estímulos positivos.<sup>27,41</sup>

El objetivo principal es ayudar a que las personas logren obtener el conocimiento y las habilidades que les permita cambiar de una conducta de riesgo a una conducta que promueva la salud.

### 8.1 Educación para la salud bucal

- Enseñar la importancia de la salud bucal como parte de la salud integral del individuo.
- Orientar sobre los padecimientos bucales y factores de riesgo más frecuentes, para su prevención, control y secuelas.
- Informar qué padecimientos bucales, son factores de riesgo para el control de enfermedades sistémicas.
- Informar, orientar y capacitar a los adolescentes para desarrollar hábitos, conductas y prácticas que favorezcan la salud bucal mediante medidas preventivas, de atención y control de las enfermedades bucales.

- Promover el autocuidado de las estructuras anatómicas del sistema estomatognático y estructuras adyacentes, mediante la orientación para realizar el autoexamen bucal rutinario.
- Se debe orientar al paciente sobre los cuidados y mantenimiento de prótesis parciales y totales para su conservación y funcionamiento.<sup>40,42</sup>

## 8.2 Higiene bucodental

Un cuidado oral adecuado puede reducir la probabilidad de generar enfermedad gingival, enfermedad periodontal, lesiones en lengua, faringe, cáncer oral y caries dental, y así poder prescribir un tratamiento oportuno y reducir el daño.

### 8.2.1 Detección de placa bacteriana

La placa bacteriana es una película transparente, formada por diferentes microorganismos que constantemente se van adhiriendo sobre los dientes, la encía y la lengua. Cuando se ingieren alimentos que contienen azúcar (caramelos, chicles, pastelillos, entre otros) las bacterias de la placa los usan para producir ácidos que destruyen el esmalte de los dientes. También otras bacterias eliminan sustancias irritantes llamadas toxinas que actúan sobre la encía, inflamándola.<sup>40,45,46</sup>

La placa bacteriana es uno de los principales agentes causales de las enfermedades orales, así como el mal aliento, por lo que su acumulación tiene que ser controlada, ya sea con la aplicación de medidas de higiene personal o con ayuda profesional. La placa bacteriana que se acumula sobre la superficie de los dientes también se le conoce como placa dentobacteriana, se puede detectar utilizando pastillas reveladoras, colorantes vegetales, betabel, moras o azul añil. La pastilla o colorante que se utilice se coloca en la boca y se hace pasar por toda la boca, las zonas que se observan con más coloración indican una mayor acumulación de placa bacteriana, es decir, son las zonas que no se están

cepillando correctamente, por lo que se tiene que tener más cuidado en ellas. Esta tinción se puede eliminar mediante el barrido de la placa bacteriana con cepillo e hilo dental.<sup>40,45,46</sup>

### Pastillas Reveladoras de Placa

Las pastillas o tabletas reveladoras, sirven para hacer visible la placa dentobacteriana (restos alimenticios, bacterias y saliva) que se encuentra entre la encía y el diente, para saber dónde hay que cepillarse con mayor frecuencia.<sup>32,40,45</sup>

#### Técnica

- Antes del cepillado dental se mastica dicha pastilla o tableta hasta que forma una masa junto con la saliva (No se ingiere).
- Se esparce por todos los dientes con ayuda de la lengua.
- El exceso se escupe.
- Las áreas teñidas indican los sitios donde hay placa bacteriana.<sup>45</sup>

### Clorhexidina

La clorhexidina se diferencia del resto de antimicrobianos porque tiene alta sustentividad intraoral, al unirse a los dientes, a la placa y a las mucosas. La unión es rápida, a los 15 s. se retiene el 50%, a los 30 s. el 75%. La clorhexidina en colutorio es igual de efectiva cuando se utiliza durante 30 s. que 1 min.<sup>32,45,46</sup>

#### Indicaciones

El profesional debe determinar el vehículo, la concentración, la frecuencia y el tiempo de utilización de la clorhexidina, en función de las necesidades de cada paciente y valorando la posible aparición de efectos adversos. Está indicada especialmente en las siguientes situaciones:

- Después de una cirugía oral o periodontal, luego de un raspado y de un alisado radicular. Se utilizan a corto plazo mientras se resuelve la situación clínica. Se emplea en forma de colutorios o geles al 0,12-0,2% cada 12 hr. El enjuague preoperatorio reduce la carga bacteriana y el riesgo de bacteremias.
- Pacientes periodontales. Está indicado para mejorar los resultados de la terapia periodontal.
- Pacientes con ortodoncia fija y removible, rehabilitaciones protésicas e implantes. Se valora la necesidad de agentes antimicrobianos como complemento del control mecánico.<sup>45,46</sup>

Efectos adversos.

Entre los más comunes destacan las tinciones que aparecen en las superficies de los dientes en el 30-50% de los pacientes. Se deben a la precipitación en las superficies orales de productos resultantes de la interacción entre la clorhexidina y los pigmentos de los alimentos, asociado a una higiene oral incompleta, y se eliminan con profilaxis.<sup>45,46</sup>

## 8.2.2 Técnicas de cepillado

Diferentes técnicas de cepillado han sido recomendadas a lo largo de los años. Las más predominantes son el método de barrido, Método de charters, método horizontal y el método de Stillman Modificado.<sup>32,46,27</sup>

### 8.2.2.1 Método de barrido

El cepillo es colocado en el vestíbulo, la cerda termina dirigiéndose apicalmente, con los lados de las cerdas tocando el tejido gingival. El paciente ejerce presión lateral con los lados de las cerdas y el cepillo es movido oclusalmente. El cepillo se coloca nuevamente elevado en el vestíbulo y el movimiento de barrido se repite. Las superficies linguales son cepilladas de la misma manera.<sup>46,47</sup>

### 8.2.2.2 Método de charters

Los extremos de las cerdas son colocados en contacto con el esmalte de los dientes y la encía, con las cerdas dirigidas en un ángulo de 45 grados hacia el plano de oclusión. Una presión lateral y hacia abajo es entonces ejercida en el cepillo, y éste se hace vibrar suavemente hacia adelante y hacia atrás.<sup>46,47</sup>

### 8.2.2.3 Método horizontal

El cepillo es colocado horizontalmente sobre las superficies vestibulares y linguales, es movido hacia atrás y adelante con un movimiento de limpieza.<sup>46,47</sup>

### 8.2.2.4 Método de Stillman Modificado

El método de Stillman modificado combina una acción vibratoria de las cerdas con un movimiento de elevación del cepillo en el eje longitudinal de los dientes.<sup>46,48,49</sup>

- Para cepillar correctamente los dientes se debe colocar el cepillo sobre el diente y la encía a una angulación de 45° (figura 18). Se debe explicar a los pacientes adolescentes la técnica del cepillado, se debe comenzar con un barrido siguiendo el eje del diente, empezando por la encía y sin desplazamientos horizontales, se coloca el cepillo verticalmente para cepillar la cara interior de los dientes superiores e inferiores.<sup>48,49</sup>

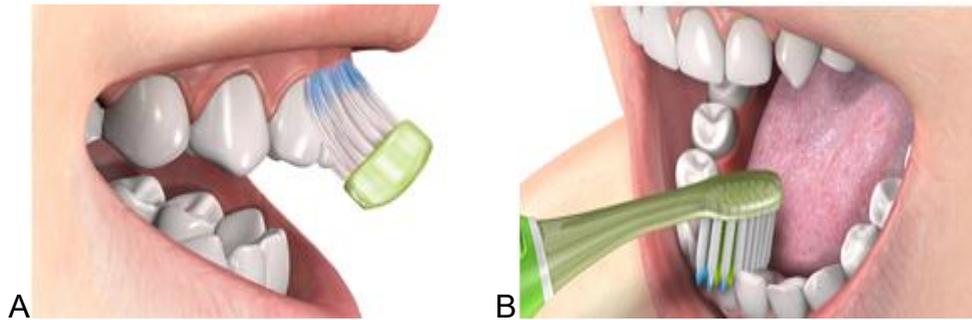


Figura 18 Método de Stillman Modificado. Figura 18A) Comienzo del barrido. B) Se coloca el cepillo verticalmente.<sup>50</sup>

- Posteriormente se cepilla la cara masticatoria de todos los molares y premolares con movimientos circulares (figura 19). Para facilitar el cepillado de los dientes del lado izquierdo el codo debe estar a la altura del hombro y para los del lado derecho el codo deberá colocarse lo más próximo al cuerpo.<sup>48,49</sup>



Figura 19 Se cepilla la cara masticatoria de todos los molares y premolares con movimientos circulares.<sup>50</sup>

- Una vez terminado el cepillado de dientes y encía, se cepilla la lengua en forma de barrido de atrás hacia adelante Figura 20.<sup>48,49</sup>



Figura 20 Cepillado de lengua.<sup>51</sup>

El cepillo debe ser de cabeza chica, cerdas blandas, con las puntas redondeadas. Cuando las cerdas del cepillo estén gastadas o dobladas, es necesario cambiarlo. Se debe recomendar al adolescente tener un cepillo de viaje y guardarlo en su mochila para realizar el cepillado después de ingerir alimentos cuando se encuentre fuera de casa.<sup>49</sup>

### 8.2.3 Aditamentos para la higiene bucodental

#### 8.2.3.1 Cepillos eléctricos

Son efectivos para la remoción de placa, incluidas las áreas proximales, aunque no reemplazan a los dispositivos de limpieza interdental. Si se tiene en cuenta que la higiene interdental no es una práctica común, los cepillos eléctricos pueden jugar un importante papel en el control de placa en estas zonas.<sup>45,52</sup>

Los cepillos con movimientos rotatorios – oscilante han demostrado ser más efectivos que el cepillado manual en el control de placa, además de promover una motivación en el cepillado dental y mejoran el nivel de cumplimiento en el adolescente.

## Indicaciones

- Están indicados para toda la población.
- Se aconseja su uso en dos situaciones: 1) cuando hay destreza manual disminuida (discapacidad y para cepillar a otras personas), y 2) en situaciones orales especiales (ortodoncia fija o implantes).

Los cepillos eléctricos no inducen efectos adversos clínicamente relevantes ni en tejidos duros ni en blandos. Son tan seguros como los manuales. Algunas marcas llevan incorporados sensores de presión para proteger cuando se aplica una fuerza excesiva, el usuario debe recibir instrucciones para asegurar su correcto uso.<sup>45,52</sup>

### 8.2.3.2 Cepillos interdetales

Los cepillos interdetales están diseñados específicamente para limpiar entre los dientes, por lo que son de tamaño pequeño, formados por filamentos de nailon enrollados alrededor de un fino alambre de acero inoxidable con forma cónica.<sup>45,48,52</sup>

## Indicaciones

- Están indicados para pacientes que tengan suficiente espacio entre sus dientes y son de elección los pacientes con enfermedad periodontal. Cuando no se usan correctamente pueden producir hipersensibilidad.
- En pacientes con ortodoncia.

## Técnica

- Se debe seleccionar un cepillo que ajuste cómodamente al espacio interdental.
- Se aplica desde vestibular insertándolo en el espacio interproximal en sentido apicocoronal, deprimiendo la papila interdental y realizando movimientos de vaivén.

## Eficacia

- Pueden remover la placa supragingival y hasta 2,5 mm por debajo del margen gingival.
- Consiguen una mayor reducción de los índices de placa, de sangrado y de profundidad de bolsa que si solo se procede al cepillado dental.<sup>45,48,52</sup>

### 8.2.3.3 Dentífricos

Los dentífricos están disponibles para el consumidor en forma de pastas y geles, los usos de éstos aumentan los beneficios del cepillado. Las formulas incluyen abrasivos, agentes espumantes, sabores, agua, humectantes, ligantes, edulcorantes, conservadores y sales de flúor como agentes terapéuticos.<sup>45,49,52</sup>

Los abrasivos son agentes de limpieza y de pulido son sales inorgánicas insolubles como el fosfato dicálcico, el pirofosfato de calcio, los carbonatos de calcio y magnesio, óxidos de aluminio hidratados, silicatos y silicagel deshidratado. Los agentes espumantes son tensoactivos como el lauril sulfato de sodio que es usado con más frecuencia. Los sabores empleados son la menta y la canela. El sorbitol, el glicerol y el propilenglicol son humectantes usados para evitar el endurecimiento o la pérdida de agua del dentífrico. Los ligantes son agentes espesantes que estabilizan y evitan la separación de las fases sólida y líquida, estos son

las gomas naturales, las celulosas sintéticas y los coloides minerales. Los edulcorantes son la sacarina y el sorbitol.<sup>49,52</sup>

#### 8.2.3.4 Colutorios o enjuagues

Los enjuagues bucales ayudan a suprimir temporalmente el mal aliento, reducen las bacterias en la boca y la refrescan, dejando en ella un sabor agradable. Algunos contienen ingredientes activos para ayudar a proteger contra enfermedades orales como la caries o la gingivitis.

Son una solución fluorada, constituyen un método sencillo y conveniente de aplicación tópica de fluoruro. Las soluciones disponibles con mayor frecuencia son las de fluoruro de sodio neutro. Para uso diario se recomienda una solución al 0,05% (0,023 de fluoruro) y una a 0,2% (0,09 de fluoruro) para uso semanal o quincenal.<sup>48,49,52</sup>

#### 8.2.3.5 Uso de hilo dental

El hilo dental es indispensable en el cuidado de los dientes, ya que por el grosor de las cerdas del cepillo no permite limpiar la zona entre diente y diente, debido a que el espacio entre estos es muy pequeño, por lo que se recomienda utilizar el hilo dental. Si no se utiliza el hilo dental se estará realizando solamente la mitad del trabajo para mantener una buena limpieza dental.<sup>40,49,52</sup>

#### Técnica para usar el hilo dental

- Tomar aproximadamente 30 cm. de hilo dental y enredar en los dedos medios, dejando una distancia corta entre ellos Figura 21.<sup>51,52</sup>

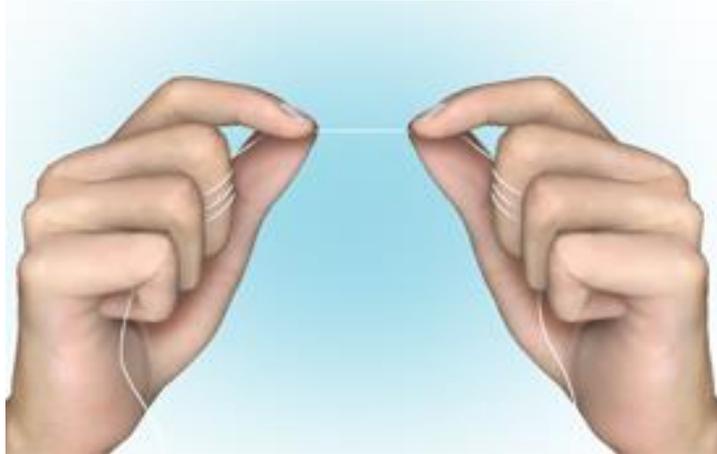


Figura 21 Se toma el hilo dental y se enreda en los dedos.<sup>53</sup>

- Una vez realizado lo anterior, emplear los dedos pulgar e índice de ambas manos para guiar el hilo Figura 22.<sup>51,52</sup>



Figura 22 Se emplean los dedos pulgares para guiar el hilo.<sup>53</sup>

- Mantener estirado el hilo, con movimientos de atrás hacia adelante introduciéndolo entre los dientes, se debe tener cuidado de no lastimar la encía Figura 23.<sup>51,52</sup>



Figura 23 Se mantiene estirado el hilo, con movimientos de atrás hacia adelante introduciéndolo entre los dientes.<sup>53</sup>

- Sostener el hilo rígido contra uno de los dientes y deslizarlo de arriba hacia abajo manteniéndolo en contacto con el diente y repetir los movimientos contra el otro diente Figura 24.<sup>51,52</sup>
- Repetir este paso entre cada uno de los dientes y conforme se vayan limpiando, cambiar el tramo de hilo dental.

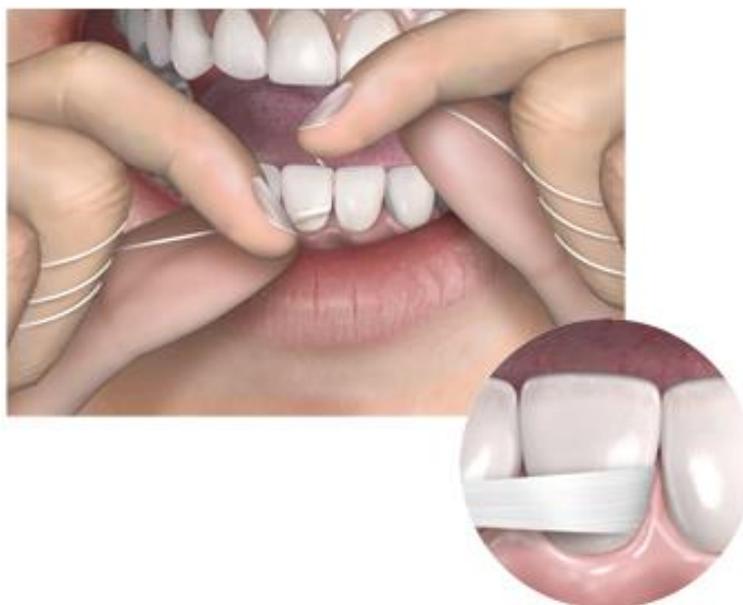


Figura 24 Sostener el hilo rígido contra uno de los dientes y deslizarlo en contacto con el diente.<sup>53</sup>

Las primeras veces que se utilice el hilo dental la encía puede doler o sangrar un poco, pero una vez que se domine la técnica esta molestia desaparecerá.<sup>49,52</sup>

### 8.3 Intervenciones educativas para mejorar higiene bucal

- Se deben realizar intervenciones de promoción de la salud durante la atención odontológica de los adolescentes para mejorar su salud bucal.
- Se sugiere aprovechar las instancias de educación para la salud programadas en el modelo de salud integral para reforzar hábitos de salud bucal.
- Se debe realizar refuerzos periódicos de las intervenciones de promoción de la salud para generar cambios en las conductas de salud bucal sostenibles en el tiempo.
- Implementar actividades de consejería breve en tabaco en adolescentes durante la atención odontológica.<sup>27,54</sup>

Aunque el paciente adolescente por lo general ha desarrollado las habilidades para los procedimientos de higiene oral adecuados, el cumplimiento es un problema importante durante este periodo de edad, por las reacciones de rebelión contra la autoridad externa y alguna incapacidad para apreciar las consecuencias a largo plazo.

Los malos hábitos alimenticios y los cambios hormonales de la pubertad aumentan el riesgo de caries y de enfermedad periodontal en los adolescentes.<sup>54</sup>

#### 8.4 Propósito de los Programas de higiene oral en el consultorio

La odontología preventiva es la base sobre la que debe de construirse toda la atención en salud oral, significa que el odontólogo, el personal, los sistemas de prácticas y el diseño deben de reflejar este concepto. Todo miembro del personal debe tener una comprensión y apreciación personal de la importancia de dicho concepto básico. Debe de ser evidente a partir de su propia higiene personal y sus interacciones de rutina con los pacientes.<sup>29,55</sup>

La recopilación de la información de los padres y de los adolescentes es necesaria para el practicante, para comprender cuáles son sus preocupaciones y hacerles saber que él o ella entienden esas preocupaciones. Al discutir las necesidades de los pacientes y de los padres, al escuchar y observar sus reacciones, el practicante puede evaluar su disposición para iniciar el programa de control de placa.

La educación dental de los adolescentes y de los padres debe de ser realizada junto con la adaptación al problema individual del paciente. Al describir exactamente por qué la higiene oral es importante en el caso particular del paciente, puede ayudar con la motivación.

Es importante ser positivo y tranquilizador, no crítico. Se deben utilizar frases como, te voy a enseñar cómo mejorar, en lugar de decir, lo estás haciendo mal. Ser amable, firme y solicitar la ayuda de los padres y del paciente en el plan de tratamiento y terapia. Establecer metas y logros complementarios ayudara a mantener positivas las actitudes de los pacientes y los padres.<sup>47,49,55</sup>

Se debe estar abierto a los comentarios de los pacientes y los padres en cuanto a sus prioridades y el progreso es muy útil. El establecimiento de un programa de mantenimiento regular es imprescindible. Junto con la

profilaxis, la remotivación y la reinstrucción en el programa de control de placa es un elemento necesario para el éxito. Los intervalos de revisión deben de ser ajustados a las necesidades de cada paciente, teniendo en cuenta factores como: la caries, el riesgo a enfermedad periodontal, las preocupaciones de restauración, tratamientos ortodónticos y protésicos, la educación odontológica y los niveles de habilidad de cada paciente.

Es responsabilidad de cada odontólogo como educador para la salud hacer de la higiene oral y la prevención el núcleo de su práctica. Al escuchar, educar, adaptarse y motivar a los pacientes y a sus padres, y de esta manera se puede lograr que cada práctica de prevención sea un éxito.<sup>47,55</sup>

## 9. CONCLUSIONES

El tratamiento de las enfermedades periodontales requiere un diagnóstico detallado y minucioso, un paciente bien informado, persistente y cooperador, un odontólogo comprometido con su profesión y un tratamiento de mantenimiento a largo plazo, ya que de ello depende que los pacientes tengan una buena salud periodontal y tener éxito.

Es importante destacar que el cirujano dentista tiene que estar informado sobre las enfermedades periodontales, así como su clasificación tomando en cuenta las características clínicas, signos y síntomas, así como los factores de riesgo que impactan a la población adolescente.

Por medio de técnicas de cepillado, uso de hilo dental, enjuague bucal, implementación de pastillas reveladoras de placa dentobacteriana y el empleo de otros aditamentos para complementar la higiene dental, se podrá lograr un cambio en los hábitos de los pacientes adolescentes.

La función del educador para la salud es enseñar, motivar y reforzar a los pacientes con prácticas que los hagan conscientes de su salud bucal.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cançado Figueiredo M, Demetrio Faustino-Silva D, Lansing Faneze J, Gass E, Valença Correia K, da Silva L. El papel del odontólogo como facilitador de la relación con el paciente adolescente: una revisión de literatura. *Odontoestomatología*. 2010;12:15-28.
2. Vega A, Sifuentes M, de la Fuente J. Estimación de necesidades en salud bucal de adolescentes. *Revista Odontológica Mexicana*. 2010;14(4):237-43.
3. Gaete Forno MJ, Córdova Cisterna C, Oliva Mella P. Estado de Salud Oral y Asistencia al Control Odontológico en Escolares de 12 Años, Comuna de Penco, Región del Biobío. *International journal of odontostomatology*. 2013;7:389-94.
4. Becker J, Millatureo D, Juárez-Membreño I, Lagos A. Necesidad de tratamiento periodontal en adolescentes de 12 años de colegios municipalizados en Valdivia–Chile 2014: estudio transversal. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2016;9(3):259-63.
5. Arhens A, Colmán R, Martínez N, Morel M, Osorio M, Paciello M. Actitud y práctica sobre salud bucal en adolescentes de colegios públicos de Asunción. *Rev Salud Pública Parag*. 2015;5(2):40-7.
6. Gálvez R, y colaboradores. Piédrola Gil: Medicina preventiva y salud pública. 10a ed. Barcelona: Masson; 2001. 3-11 p.
7. Torres A, Beltrán G, Barrientos G, Lin O, Martínez P. La investigación en Educación para la Salud. Retos y perspectivas; 2008. 45-55 p.
8. Borrás Santisteban T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*. 2014;18:05-7.
9. De la Fuente J, Sifuentes M, Nieto M. Promoción y educación para la Salud en Odontología. México, DF: Manual Moderno S.A. de C.V.; 2014. p. 34-41, 88-95.

10. Carranza F. Periodontología clínica de Glickman. 7a7a ed1993. 104-9, 216-23, 24-32 p.
11. Papalia D, Olds S. Psicología. México, DF: Interamericana McGraw-Hill; 2002. 641-665 p. 675-720 p.
12. Pinkham J, Casamassimo P, Fields H, McTigue D, Nowak A. Odontología pediátrica. 3° Edición. México, DF: McGraw-Hill Interamericana; 2001. 694 p.
13. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista Chilena de Pediatría. 2015;86(6):436-43.
14. Lavielle-Sotomayor P, Pineda-Aquino V, Jáuregui-Jiménez O, Castillo-Trejo M. Actividad física y sedentarismo: Determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolescente. Revista de Salud Pública. 2014;16:161-72.
15. Estevez E, Jimenez T, Musitu G. Relaciones entre padres e hijos adolescentes: Cultura Valencianes; 2007. 160p.
16. Salazar M. Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. Rev Reflexiones. 2008;2(87):67-80.
17. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PÁ. Imagen corporal: revisión bibliográfica. Nutrición Hospitalaria. 2013;28:27-35.
18. Carranza F, NewmaN M, Takei H. Periodontología clínica. 10° Edición ed. México, DF: McGraw-Hill Interamericana; 2010. 66-75, 99-114, 51-56, 494-511 p.
19. Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Avances en Periodoncia e Implantología Oral. 2008;20:11-25.
20. Genco R. Periodoncia. 1° edición ed. México, DF: Interamericana; 1993. 65-96 p.
21. Pérez D, Vidal L, Del Valle P. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. Rev Cubana Med Milit. 2011;40(1):40-7.

22. Escudero-Castaño N, Perea-García MA, Bascones-Martínez A. Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*. 2008;20:27-37.
23. Cawson R, Odell E. *Fundamentos de medicina y patología oral*. 8° ed: Elsevier; 2009. 77-98 p.
24. Nualart G, Morales C, Silvestre D. Enfermedad periodontal asociada a condiciones sistémicas de carácter genético. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*.12(3):170-5.
25. Lindhe J. *Periodontología clínica e implantología odontológica*. 4° edición ed. México, DF: Médica Panamericana; 2009. 420-6, 8-52, 59-72, 96-502 p.
26. Vargas C, Yañez O, Monteagudo A. *Periodontología e implantología*: Editorial Panamericana; 2016. 68-85 p.
27. Ireland R. *Higiene dental y tratamiento*: Editorial Manual Moderno; 2008. 149-68 p.
28. Rossi GH, Cuniberti de Rossi NE. *Atlas de odontología restauradora y periodoncia. Workshop de cirugía periodontal para el práctico general*. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana; 2004. 3-5 p.
29. Koushyar K, Hernández A. Tabaquismo: factor de riesgo para enfermedad periodontal. *Revista ADM*. 2010;67(3):101-13.
30. Miller B, Burt J. *Salud individual y colectiva. El hombre y la sociedad actual*. 3a ed. México, DF: Editorial Interamericana; 1987. 500 p.
31. Ruiz Candina H, Herrera Batista A, Puldón Seguí G. Enfermedades médicas y estomatológicas provocadas por el alcoholismo en adultos y adolescentes. Modelos animales. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 2012;31:26-36.
32. McDonald. *Odontología para el niño y el adolescente*. 9° Edición ed: Editorial AMOLCA. 2014. 205-221p. 223-238, 382-389, 396-400 p.
33. Rotemberg E, Salveraglio I, Kreiner M, Piovesan S, Smaisik K, Ormaechea R, et al. Estado dental y periodontal de población en

tratamiento por consumo de drogas: Estudio piloto. *Odontoestomatología*. 2015;17:34-9.

34. Rotemberg Wilf E, Smaisik Frydman K. Manifestaciones periodontales de los estados fisiológicos de la mujer. *Odontoestomatología*. 2009;11:16-26.

35. Marco JH, Perpiñá C, Botella C. Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Anales de Psicología*. 2014;30:422-30.

36. Castellanos J. *Medicina en odontología*. 2a ed: Castellanos; 2002. 387-97 p.

37. Martínez R. *Pediatría Martínez. La salud del niño y del adolescente*. 5a5a ed: Manual moderno; 2005. 1593-6 p.

38. Baile JI. Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista médica de Chile*. 2014;142:128-9.

39. Koch G, Poulsen S. *Odontopediatría, abordaje clínico*. 2a2a ed: AMOLCA; 2011. 315-29, 31-47 p.

40. Mazariegos MdL, Camargo A. *Salud bucal en la adolescencia*. 1a ed. México. 2012. 24 p.

41. Crespo M, al. e. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas 2009; 13(1).

42. Hechavarria Martínez BO, Venzant Zulueta S, Carbonell Ramírez MdC, Carbonell Gonsalves C. *Salud bucal en la adolescencia*. MEDISAN. 2013;17:117-25.

43. OMS. *Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud*. In: OMS, editor. Ginebra 1989.

44. DeFleur M, García B, Treviño E. *Fundamentos de comunicación humana*. 3a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2005.

45. Cuenca S. *Odontología preventiva y comunitaria*. 4° Edición ed: Elsevier Masson. 77-88 p.

46. Katz S, Stookey G, McDonald J. Odontología preventiva en acción. 3a ed: Panamericana; 1982.
47. Bernier J, Muhler J. Medidas preventivas para mejorar la práctica dental. 1a ed 1977.
48. Harris N, Gracia-Godoy F. Odontología preventiva primaria. 2a ed: Manual moderno; 2005. 65-96 p.
49. Gernez-Rieux C, Gervois M. Medicina preventiva salud oral e higiene. 1a ed. México DF: Editorial LIMUSA; 1989.
50. Técnica de cepillado. 2017: [<http://www.kuspideodontologia.com/?p=385>].
51. Cómo evitar el reflejo nauseoso al lavarse la lengua, 2017: [<http://es.wikihow.com/evitar-el-reflejo-nauseoso-al-lavarse-la-lengua>].
52. McDonald R, Avery D. Odontología pediátrica y del adolescente. 6a ed: Elsevier; 1996. 205-18, 20-21, 23-38, 52-61 p.
53. Técnica de uso de hilo dental, 2017: [<http://www.kuspideodontologia.com/?p=391>]
54. Guía de Práctica Clínica No GES Salud Oral en Adolescentes de 10 a 19 años. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Caries: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GPCSaludoralenadolescentesEnero2014.pdf>; 2013.
55. Programa de Salud Bucal 2013-2018: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-salud-bucal-2013-2018-20044>; 2013.