

Universidad Particular  
**“SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”**

Unidad Académica de Salud  
Carrera de Odontología

**TESIS DE GRADO**

Previa a la Obtención del Título de

**ODONTÓLOGO**

TEMA:

**“LA PREVENCIÓN Y SU RELACIÓN CON LA SALUD ORAL EN LOS  
NIÑOS DE LA ESCUELA ENNA ALÍ GUILLEM”.**  
PERIODO DE MARZO - JULIO DEL 2009

**PROPUESTA ALTERNATIVA**

AUTORES:

**FARFÁN CÁRDENAS MAYRA TERESA  
MONTESDEOCA JÁCOME RICARDO SEBASTIÁN**

DIRECTORA DE TESIS:  
DRA. LILIAN BOWEN MENDOZA Mg. Sp.

**PORTOVIEJO – MANABI – ECUADOR**

**2009**

## **CERTIFICACIÓN**

Dra. Lilian Bowen Mendoza Mg. Sp., certifica que la tesis de investigación titulada **“LA PREVENCIÓN Y SU RELACIÓN CON LA SALUD ORAL EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA ENNA ALÍ GUILLEM”**, es original del Señor Ricardo Sebastián Montesdeoca Jácome y de la Señorita Mayra Farfán Cárdenas, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....

Dra. Lilian Bowen Mendoza Mg. Sp.

**DIRECTOR DE TESIS**



**UNIVERSIDAD PARTICULAR  
SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TEMA:**

“LA PREVENCIÓN Y SU RELACIÓN CON LA SALUD ORAL EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA ENNA ALÍ GUILLEM”.

**PROPUESTA ALTERNATIVA**

**TESIS**

**PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGOS**

Tesis de grado sometido a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontólogo

-----  
Dra. Ángela Murillo Mg. SP.  
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

-----  
Dra. Lilian Bowen Mg. SP.  
DIRECTORA DE TESIS

-----  
Dra. Mónica Cabrera Mg. Sc.  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

-----  
Dra. Ximena Guillen  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

-----  
Abg. Ramiro Molina  
SECRETARIO ACADÉMICO

## **DEDICATORIA**

Dedico este proyecto y toda mi carrera universitaria a Dios por ser quien ha estado a mi lado en todo momento dándome las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se me presenten.

A mi mamá Sra. Teresa Cárdenas y a mi papá Ing. René Farfán Looor ya que gracias a ellos soy quien soy hoy en día, fueron los que me dieron ese cariño y calor humano necesario. Gracias por todo, por darme esta carrera para mi futuro y creer en mí, aunque hemos pasado por momentos muy difíciles siempre han estado ahí apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón. Este trabajo se los dedico a ustedes.

A mis hermanos, gracias por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

A mi compañero de tesis Sebastián por haberme apoyado en mis momentos difíciles en los que ya me sentía decaer, muchas gracias.

*MAYRA*

## **DEDICATORIA**

Al haber culminado una de las etapas mas importantes de mi vida, quiero dedicar este logro: en primer lugar a dios que me ha permitido llegar a cumplir una de mis metas traadas.

A mis padres que con su cariño y apoyo han sido un pilar fundamental en el transcurrior de mis años de estrudio.

A mi amada esposa, que con su calidez y amor me ha acompañado y motivado para poder llegar a culminar mi etapa universitaria.

A mis queridos hermanos que con su cariño y estimulo me ha infundado el deseo de superarme.

A mi compañera de tesis Mayra Farfán Cardenas que colaboro en el desarrollo del presente trabajo.

*Ricardo Montesdeoca Jácome*

## **AGRADECIMIENTO**

Los Autores del presente trabajo, expresamos nuestro agradecimiento infinito a Dios por Guiar Nuestro camino, y hacer que esta última etapa de estudio sea una gran realidad.

A nuestra querida Directora de Tesis, Dra. Lilian Bowen, por ser una persona incondicional, con la cual contamos en todo momento y nos levantaba el ánimo cuando estábamos desanimados.

Al Personal Administrativo y funcional del S.C.S “San Cristóbal” y de la Escuela Enna Alí Guillem, por habernos brindado las facilidades para trabajar y habernos dado siempre la mano.

Y en general a cada una de las personas que de una u otra manera participaron en nuestra formación estudiantil universitaria.

***MAYRA Y RICARDO***

## **INDICE GENERAL**

### **PRELIMINARES**

INTRODUCCIÓN..... I

ANTECEDENTES .....II

### **CAPITULO I**

1.1Planteamiento del Problema..... 1

1.2Formulación del Problema.....2

### **CAPITULO II**

JUSTIFICACIÓN.....3

### **CAPITULO III**

OBJETIVOS.....4

3.1Objetivo General.....4

3.2Objetivos Específicos .....4

### **CAPITULO IV**

HIPÓTESIS .....5

4.1Hipótesis General .....5

4.2 Hipótesis Específicas .....	5
---------------------------------	---

## **CAPITULO V**

### **LINEAMIENTO DEL MARCO TEÓRICO**

5.1.- ANTECEDENTES INSTITUCIONALES .....	6-7
5.2 PREVENCIÓN .....	8
5.2.1.- DIETA E HIDRATACIÓN ADECUADAS .....	9-10
5.2.2.- USO DE FLUORUROS .....	10-11-12
5.2.2.1.- MECANISMO DE ACCIÓN .....	12
5.2.2.1.1.- Acción sobre las bacterias de la placa bacteriana .....	13
5.2.2.1.2.- Acción sobre la superficie del esmalte .....	13
5.2.2.1.3.- Acción sobre el tamaño y estructura del diente .....	13
5.2.2.2.- VÍAS DE ADMINISTRACIÓN .....	14
5.2.2.2.1.- VÍA SISTÉMICA .....	14
5.2.2.2.2.- VÍA TÓPICA .....	14
5.2.2.3.- MÉTODOS DE APLICACIÓN .....	15
5.2.2.3.1.- VÍA SISTÉMICA .....	15-16
5.2.2.3.2.- VÍA TÓPICA .....	17
5.2.2.3.3.- BARNICES Y GELES FLUORADOS .....	18



5.2.2.3.4.- DENTÍFRICOS.....	19-20
5.2.2.3.5.- COLUTORIOS.....	21
5.2.2.3.6.- PASTA PROFILÁCTICA.....	22
5.2.2.3.7.- CHICLES CON FLÚOR.....	23
5.2.3.- APLICACIÓN DE SELLADORES .....	23
5.2.3.1.- TÉCNICA DE APLICACIÓN DE SELLANTES.....	24-25
5.2.4.- REVISIONES EN EL DENTISTA CADA 6-12 MESES .....	26
5.2.5.- MECANISMOS CARIOSTÁTICOS NATURALES.....	27
5.2.5.3.- LA PLACA DENTOBACTERIANA.....	27-28
5.2.3.4.- FINES DE LA PREVENCIÓN.....	29
5.2.3.5.- MÉTODOS DE PREVENCIÓN .....	29-30
5.2.3.6.- ELIMINACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA MEDIANTE UNA CORRECTA HIGIENE ORAL.....	31
5.2.3.6.1.- TÉCNICAS DE CEPILLADO.....	32
5.2.3.6.2.- TÉCNICA CIRCULAR O ROTACIONAL.....	33
5.2.3.6.3.- TÉCNICA DE BASS.....	34
5.2.3.6.4.- TÉCNICA DE CHARTERS.....	34
5.2.3.6.5.- TÉCNICA DE STILLMAN.....	35
5.2.3.6.6.- FRECUENCIA DEL CEPILLADO.....	35
5.2.4.- TIPOS DE PASTAS DENTALES.....	36
5.2.4.1.- PASTAS DENTALES CON FLUORURO.....	36

5.2.4.2.- PASTAS DENTALES INSENSIBILIZADORAS.....	36
5.2.4.4.- PASTAS DENTALES PARA EL CONTROL DEL SARRO.....	37
5.2.4.5.- PASTAS DENTALES CON BICARBONATO DE SODIO.....	37
5.2.4.6.- PASTAS DENTALES CON MICROBICIDA.....	37
5.2.4.7.- MEDIOS AUXILIARES DE LA HIGIENE BUCAL.....	38
5.2.4.7.1.- HILO DENTAL.....	38
5.2.4.7.1.1.- USO CORRECTO DEL HILO DENTAL.....	38
5.2.4.7.2.- ESTIMULADOR INTERDENTAL.....	39
5.2.4.7.3.- PALILLOS.....	39
5.2.4.7.4.- CLORHEXIDINA.....	40
5.2.5.- CEPILLO DE DIENTES.....	41
5.2.5.1.- CEPILLO CON CERDAS DE PELO DE CERDO.....	41
5.2.5.2.- CEPILLO DE DIENTES ELÉCTRICO.....	42-43
5.2.5.3.- LAS CARACTERÍSTICAS DEL CEPILLO ADECUADO.....	44
5.3.- SALUD ORAL.....	44
5.3.1.-CARIES.....	45-46
5.3.2.-ENFERMEDAD PULPA.....	47

5.3.2.1.-CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PULPARES.....	48
5.3.2.2.- PULPITIS.....	48
5.3.2.3.- PULPITIS REVERSIBLE.....	49
5.3.2.4.- PULPITIS IRREVERSIBLE.....	49
5.3.3.- HALITOSIS.....	49
5.3.3.1.- ETIOLOGÍA DE LA HALITOSIS.....	50
5.3.4.- ENFERMEDAD PERIODONTAL .....	50

## **CAPITULO VI**

6.1 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
6.1.1.- MÉTODOS .....	52
6.1.1.1.- MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
6.1.1.2.- NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	52

6.1.2.- TÉCNICAS .....	53
6.1.3.- INSTRUMENTOS.....	53
6.1.4.- PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS .....	53
6.1.5.- POBLACIÓN .....	54
6.1.6.- MUESTRA.....	54
6.2.- MARCO ADMINISTRATIVO.....	55
6.2.1.- RECURSOS .....	55
6.2.1.1.- RECURSOS HUMANOS .....	55
6.2.1.2.- RECURSOS MATERIALES .....	56
6.2.1.3.- RECURSOS ECONÓMICOS .....	56
6.3.- DESARROLLO METODOLÓGICO.....	56

6.4.- CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	57
6.4.1.- VARIABLES.....	57
6.4.1.1.-V.INDEPENDIENTE.....	57
6.4.1.2.-V.DEPENDIENTE.....	58
6.4.1.3.- VARIABLES INTERVINIETES.....	59

## **CAPITULO VII**

<b>7.1ANALISIS E INTERPRETACIÓN.....</b>	<b>60</b>
7.1.1 Resultado de las Encuestas.....	60-101
7.1.2 Resultado de las Fichas Clínicas. ....	102-107
7.1.3 Resultado del Concentrado Epidemiológico ....	108-109
<b>7.2 CONCLUSIONES.....</b>	<b>110</b>
<b>7.3 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>111</b>

**BIBLIOGRAFIA**

**PROPUESTA ALTERNATIVA**

**ANEXOS**

## ÍNDICE DE GRAFICUADROS

### **Resultados de las encuestas dirigidas a los padres de familia de la escuela “Enna Alí Guillem”.**

#### **GRAFICUADRO N 1.**

¿Sabe usted cual es la edad correcta para comenzar con el cuidado de los dientes de sus hijos? **PAG.60**

#### **GRAFICUADRO N° 2.**

¿Cuándo fue la última vez que llevó al niño con el odontólogo? **PAG.62**

#### **GRAFICUADRO N° 3.**

¿Conoce usted qué es la caries? **PAG.64**

#### **GRAFICUADRO N° 4.**

¿Por qué llevó usted al niño al odontólogo? **PAG.66**

#### **GRAFICUADRO N° 5.**

¿El niño realiza su cepillado? **PAG.68**

#### **GRAFICUADRO N° 6.**

¿Cuál de estos elementos utiliza usted y su niño para realizar la limpieza de los dientes?  
**PAG.70**

**GRAFICUADRO N° 7.**

¿Cada qué tiempo lleva a su niño a la consulta odontológica? **PAG.72**

**GRAFICUADRO N° 8.**

¿La atención odontológica que recibe su niño es en? **PAG.74**

**GRAFICUADRO N°9.**

¿De qué manera usted colabora en el programa de salud oral que lleva la escuela?

**PAG.76**

**GRAFICUADRO N° 10.**

¿Qué son los sellantes dentales? **PAG.78**

**GRAFICUADRO N° 11.**

¿Ha utilizado la frase en forma de amenaza “si te portas mal te llevo al odontólogo”.

**PAG.80**

**GRAFICUADRO N° 12**

¿Qué es el flúor? **PAG.82**

**GRAFICUADRO N° 13**

¿En qué productos encontramos el flúor? **PAG.84**



## **RESULTADOS DE LAS ENCUESTA DIRIGIDA A LOS NIÑOS DE LA ESCUELA “ENNA ALÍ GUILLEM”**

### **GRAFICUADRO N 1.**

¿Cuándo te cepillas los dientes? **PAG.86**

### **GRAFICUADRO N 2.**

¿Cada qué tiempo cambia de cepillo de dientes? **PAG.88**

### **GRAFICUADRO N 3.**

¿Sabes por qué se forman las caries? **PAG.90**

### **GRAFICUADRO N 4.**

¿Cada qué tiempo visita al odontólogo? **PAG.92**

### **GRAFICUADRO N 5.**

¿Por qué tienes miedo ir al odontólogo? **PAG.94**

### **GRAFICUADRO N 6.**

Quando has ido al odontólogo ¿te han colocado una pastita en los dientes que el doctor le llama flúor? **PAG.96**

### **GRAFICUADRO N 7.**

¿Qué comes en el recreo? **PAG.98**

**GRAFICUADRO N 8.**

¿Con qué te limpias los dientes?

**PAG.100**

**ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS FICHAS CLÍNICAS  
INDICADORES DEL c. e. o de la escuela ENNA ALÍ GUILLEM.**

**GRAFICUADRO N 1.**

INDICE DE PIEZAS CARIADAS

**PAG.102**

**GRAFICUADRO N 2.**

DE PIEZAS EXTRAÍDAS

**PAG.103**

**GRAFICUADRO N 3.**

PIEZAS OBTURADAS

**PAG.104**

**ANALISIS DEL CONCENTRADO EPIDEMIOLOGICO**

**GRAFICUADRO N 1.**

ÍNDICE DE PLACA

**PAG.108**

ÍNDICE DE CÁLCULO

**PAG.109**

## INTRODUCCIÓN

La palabra prevención significa tomar una serie de medidas o acciones con la finalidad de evitar problemas futuros. En salud esos problemas son las enfermedades que se podrán evitar o al menos aliviar.

Tradicionalmente, la práctica de la odontología ha seguido una llamada *filosofía restauradora* en la que el paciente llega al consultorio cuando ya tiene una enfermedad activa (caries avanzadas, dolor dental, infecciones, etc.). Con esta filosofía solo se trata el o los problemas que el paciente manifiesta, pero no existe preocupación por las causas que motivaron la enfermedad, como tampoco el interés del odontólogo para impedir su recurrencia, y mucho menos por concienciar y motivar al paciente del cuidado de su salud bucal futura.

Por otra parte por mucho tiempo se ha tenido la creencia que la prevención sólo aplica en aquellos pacientes con graves problemas, tales como caries rampante, caries por síndrome de biberón, periodontitis, etc., pero por el contrario, la prevención debe ser una parte integral e inseparable de la práctica odontológica y aplicable tanto en pacientes enfermos o sanos o con problemas mínimos.

Actualmente existe un creciente número de odontólogos dedicados a la promoción y la incorporación de la prevención en su práctica, pero son mucho más aquellos que no solo hablan de ella o que la ignoran por no representar aparentemente un lucro personal, o simplemente porque los pacientes no la solicitan. Sin embargo resulta un

deber de los profesionales en la materia procurar la erradicación de las principales enfermedades que afectan la salud bucal de aproximadamente el 98% de la población.

## ANTECEDENTES

La caries dental es posiblemente la enfermedad más frecuente. En los niños lo es, podríamos considerar que la infancia es el grupo de prevención con mayor potencial si la caries no se trata a tiempo, habrá problemas para poder comer adecuadamente porque produce dolor, y este también puede afectar el sueño.

Además, las infecciones de la boca, puede dañar al resto del organismo.

Sin embargo, la caries dental es una enfermedad fácil de prevenir, de tal forma que podemos evitar su aparición tanto en niños como en adulto.

La revisión periódica sirve para detectar posibles nuevas caries y para controlar dientes con caries en tratamiento.

El diagnóstico precoz de las lesiones de caries hace posible ofrecer más soluciones que cuando aquellas se detectan en estadios avanzados.

En el S.C.S “San Cristóbal” de la ciudad de Portoviejo según el diagnóstico realizado no existe ningún trabajo de investigación respecto a lo que es prevención y su relación con la salud oral en los niños de la escuela ENNA ALÍ GUILLEM.

Este problema es muy frecuente sobre todo cuando los padres no tienen una adecuada educación sobre lo importante que es prevenir y los cuidados que se les debe dar a sus niños.



# CAPITULO I

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el periodo de internado se pudo evidenciar el desconocimiento del usuario externo acerca de la prevención, que significa tomar una serie de medidas o acciones con la finalidad de evitar problemas futuros. En salud esos problemas son las enfermedades que se podrán evitar.

En odontología las afecciones más frecuentes que son prevenibles son la caries y enfermedades periodontales.

La caries se define como una afección que se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción de los tejidos dentarios.

Aunque se conoce que la etiología de estas afecciones es de orden multifactorial; también se reconoce que están asociadas a una defectuosa o incorrecta higiene oral.

Los problemas de la salud dental que afectan en mayor grado a los estudiantes de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”, se basan específicamente en la desinformación referente al cuidado de sus dientes, debido al abandono u olvido de las autoridades tanto de salud como de educación, quienes se preocupan solo de las actividades restaurativas las cuales llevan un mayor gasto para el estado y un mayor trauma para los niños, produciendo problemas en la atención del infante.

En cambio al realizar actividades preventivas, se obtendría una mayor información y educación referentes a las normas de cepillado y cuidado dental familiarizando al infante con el profesional construyendo una relación paciente-odontólogo buena, dando como resultado la disminución de las afecciones dentales.

El hecho de que estas familias sean de predominio socioeconómico bajo, así como el poco interés de la salud dental de sus hijos, conlleva a una falta de los implementos necesarios para la higiene básica de los dientes y a la no asistencia al centro de salud, todo esto sumado a que el padre relaciona la consulta odontológica a un castigo, hace que el niño no colabore con el profesional.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Frente a esta problemática surge la inquietud de investigar: “¿CUÁL ES EL ESTADO DE HIGIENE DENTAL EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA ENNA ALÍ GUILLEM?”.

La interrogante anterior será respondida mediante el proceso de investigación científica.



## **CAPITULO II**

### **JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación se justifica porque la Universidad San Gregorio de Portoviejo en su estatuto de normativa considera que para obtener el título profesional debe hacer un trabajo de investigación científica, por ser interesante y beneficioso.

Se justifica esta investigación además porque no existe ninguna investigación que verifique el problema actual de la salud oral de los niños de esta escuela que preocupan y se ven en la necesidad de captar el problema como propio, no solo designando responsabilidades a las instituciones públicas, sino haciendo un esfuerzo personal para cambiar el estado actual de los infantes, dado que el niño es un ser indefenso y necesita de orientación y protección en todos los campos de su desarrollo personal, es por esto con esta investigación se hará como primer documento que servirá de guía para actuar de forma adecuada en cuanto a salud oral se refiere con los habitantes de esta importante escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”.

Esta investigación ayudará a reforzar y aplicar todos los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera y dará la experiencia de laborar con niños de la escuela, la cual se aplicara en el año rural que se tendrá los programas escolares.

## **CAPITULO III**

### **FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la influencia de los métodos de prevención utilizados en la salud oral de los niños de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar los métodos preventivos utilizado por los niños de la Escuela ENNA ALÍ GUILLEM.
2. Analizar el rol que cumplen las familias en la prevención de caries de los niños.
3. Relacionar las medidas de prevención utilizadas con la salud oral de los niños de la escuela ENNA ALÍ GUILLEM.
4. Diseñar una propuesta alternativa para la solución del problema planteado.

## **CAPITULO IV**

### **FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

#### **HIPÓTESIS GENERAL**

La falta de aplicación de los métodos de prevención ayuda a incrementar el índice de caries de los niños de la escuela “Enna Alí Guillem”.

#### **HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

1. Los niños de la escuela ENNA ALÍ GUILLEM no aplican todos los métodos preventivos.
2. La falta de colaboración de los padres contribuye a la mala higiene oral de los niños.
3. A mayor prevención menor índice de caries.

## **CAPITULO V**

### **LINEAMIENTO DEL MARCO TEÓRICO**

#### **5.1.- ANTECEDENTES INSTITUCIONALES**

Correspondiendo a un viejo anhelo de los moradores de este recinto llamado en ese entonces Negrital de contar con una escuela para la enseñanza-aprendizaje de sus hijos, se reúnen los padres de familia el día viernes 22 de mayo de 1962 en casa del señor Enrique Intriago con el objeto de formar el comité que se encargará de gestionar la creación de la escuela.

Después de insistir ante el señor director de educación de esa época el profesor Abg. Francisco Alarcón Cevallos, fue nombrada la señora Teresa Intriago de Farfán para que preste servicio a la escuela un 28 de Agosto de 1962, comenzando a funcionar el día 3 de Septiembre con 18 alumnos el primer ciclo 12 en primer grado y 6 en segundo. Pasaron 4 meses y con la presencia del señor inspector de la zona señor Humberto Elías Mendoza se inaugura oficialmente este plantel educativo con la escuela sin nombre. En un comienzo fue una casita de caña con cubierta de cady, construida con materiales donados por moradores del lugar y a base de mingas efectuadas en los fines de semana. Su entusiasmo era tan grande que trabajaban alegremente los sábados y domingos con el único fin de tener una escuela segura para sus hijos. La escuela comenzó a crecer en alumnado y paulatinamente aumentaban los grados, y es así que muy preocupada la señora directora gestionaba un incremento formando una escuela pluridocente con la

llegada de la señora María Esther Macías en el año 1965. En este mismo año funcionó por primera vez el desayuno escolar.

## **Funcionamiento**

La escuela está conformada por el siguiente personal:

**Directora del Plantel:** Brenda Santos Andrade.

### *Personal Docente:*

Intriago Molina Isabel María.

Intriago Caicedo Martha Rosa.

Triviño Macías Gustavo Arturo.

García María de Jesús.

Barreiro Loor Mariana del Jesús.

Loor Palma Elia Briseida.

Cevallos Cedeño Mariana del Jesús.

Cevallos Vera Blanca Horlanda.

Mejía Zambrano Rosa Consuelo.

Moreira Arias Víctor Hugo.

Alcívar López Olga Editha.

Moreira Gorozabel María Atenaida.

## 5.2.- PREVENCIÓN

La caries dental es posiblemente la enfermedad más frecuente, enfermedad producida por bacterias acidógenas que provocan la destrucción progresiva de la estructura mineral del diente. En cuanto al desarrollo de la caries, la primera estructura que sufre el daño es el esmalte que recubre la corona de el diente, posteriormente progresa y llega a la dentina, que es más blanda y fácil de destruir, en los primeros estadios de la enfermedad no hay síntomas de dolor ni inflamación que hagan acudir a el odontólogo. En los niños lo es, y podríamos considerar que la infancia es el grupo de prevención con mayor potencial<sup>1</sup>. (Ver anexo 3, fig. #1).

Para el dentista, una solución práctica es clasificar los métodos en aquellos que suponen el tratamiento del paciente en el consultorio y aquellos que deben llevar a cabo el paciente en su casa. Aunque en el segundo caso los pacientes no serán supervisados profesionalmente, es el dentista quien debe instruirles<sup>2</sup>. Los dientes se pierden fundamentalmente por dos causas: la caries y la enfermedad periodontal, vulgarmente conocida como **piorrea**.<sup>3</sup> Si la caries no se trata a tiempo, habrá problemas para comer adecuadamente porque produce dolor, y éste también puede afectar el sueño. Además, las infecciones en la boca (la caries es una infección en el diente), pueden dañar al resto del organismo.

---

<sup>1</sup> [HTTP://WWW.MAPFRE.COM](http://www.mapfre.com)

<sup>2</sup> Alvin L Morris, Harry M. Bohannon, Daniel P. Casullo. Editorial Labor S.A. Pág. 1.

<sup>3</sup> [HTTP://SERVISALUD.COM-ODONTOLOGÍA PREVENTIVA](http://servisalud.com-odontología-preventiva)

Sin embargo, la caries dental es una enfermedad fácil de prevenir y multifactorial, en la que interaccionan factores dependientes de huésped, placa dental y sustrato<sup>4</sup>. De tal forma que podemos evitar su aparición tanto en niños como en adultos.

Hay cinco pilares para la prevención de la caries a cualquier edad:

Eliminación de la placa bacteriana mediante una correcta higiene oral.

- ✓ Dieta e hidratación adecuadas.
- ✓ Uso de fluoruros.
- ✓ Aplicación de selladores.
- ✓ Revisiones en el dentista cada 6-12 meses.

### **5.2.1.- DIETA E HIDRATACIÓN ADECUADAS.**

Una dieta adecuada es de gran importancia para la prevención de la caries, en varios sentidos:

- ✓ Buen aporte de nutrientes: Es necesario para la formación de unos dientes sanos y fuertes frente a la caries. Ya desde el embarazo repercute en la salud oral una dieta variada y rica en todos los nutrientes, incluyendo por supuesto, minerales.
- ✓ Evitar abuso de la ingesta de dulces: Los hidratos de carbono o azúcares son buenos y necesarios dentro de una dieta variada, pero se debe intentar no abusar de ellos.

---

<sup>4</sup> LIEBANA UREÑA JOSÉ. "Microbiología Oral", McGRAW-HILL Interamericana Editores, S.A DE C.V. España-1997. Pág. 450.

- ✓ Es aún más importante la forma en la que se toman: Tomados con otras comidas son mucho menos cariogénos que si se toman aislados, por lo tanto *deben evitarse los dulces entre comidas o justo antes de acostarse*. Y en cualquier caso, si se comen dulces, hay que cepillarse.

Es preciso aquí mencionar un par de aspectos con respecto a la alimentación en los primeros meses de vida del niño, que evitarán una gran afectación por caries (caries rampantes del biberón); son:

- ✓ No mojar el biberón o el chupete en azúcar, miel o similares, así como tampoco echar éstas en el contenido del biberón (agua, leche o zumos de frutas naturales).
- ✓ Evitar el contacto prolongado de la tetina del biberón con los dientes. No se tiene que quedar el biberón toda la noche colocado en la boca.
- ✓ Mantenimiento de la saliva: La saliva es un agente protector anti-caries de origen natural y está compuesta en un 99% por agua, de ahí la importancia de beber abundante agua a lo largo del día.

### **5.2.2.- USO DE FLUORUROS**

El objetivo de la utilización del flúor es intentar dar más resistencia al diente contra la caries. El flúor supone un aporte mineral para los tejidos duros del diente.<sup>5</sup> Cuando el flúor se añade a la composición de los cristales del esmalte los hace más fuertes contra el ataque ácido. (Ver anexo 3, fig. #2).

---

<sup>5</sup> [HTTP:// WWW. Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://WWW.Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados).



El flúor se aplica mediante compuestos fluorados (fluoruros), que a su vez pueden ser por vía oral (ingeridos) o tópicos (acción local sobre los dientes en la boca). Para la vía oral existen comprimidos de flúor, y para la vía tópica destacan las pastas dentales, los colutorios para enjuagarse o los productos de uso profesional (geles, barnices).

Se ha descrito que la bajada de la incidencia de la caries en los últimos años puede tener que ver con la utilización de pastas dentífricas fluoradas, pues éstas son un método de aplicación del flúor muy constante y progresivo, y por lo tanto muy eficaz.

En algunas poblaciones el agua está fluorada como medida de prevención anti-caries y no suele ser necesario aporte extra de flúor. En España este método no está muy extendido pero sí hay zonas con aguas fluoradas (natural y artificialmente), de modo que antes de comenzar a utilizar fluoruros es interesante consultar con su dentista (o pediatra).

Los comprimidos fluorados tienen su principal indicación en niños con riesgo de caries que aún no han desarrollado la capacidad de enjuagarse la boca sin tragar líquido.

A partir de aproximadamente los 6 años, los niños ya han desarrollado la capacidad de enjuagarse y no tragar, de modo que pueden empezar a utilizarse colutorios de flúor. Éstos pueden ser de aplicación diaria o semanal: La aplicación diaria suele ser más conveniente, pues tiende a hacerse con más rigor, es decir, se hace un hábito fácilmente y no se olvida<sup>6</sup>.

El flúor puede ser tóxico cuando se ingiere a altas dosis, e incluso a dosis no tóxicas pero sí más altas de lo recomendado, puede ocasionar alteraciones en los dientes si éstos

---

<sup>6</sup> [HTTP:// WWW. Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://WWW.Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados)

se están formando (tales como manchas, rugosidades). Por eso es importante ajustar bien la dosis de los comprimidos y no ingerir el colutorio de flúor.

En pacientes con un alto riesgo de caries puede ser conveniente instaurar una pauta de aplicaciones profesionales de flúor concentrado, con gel fluorado aplicado mediante cubetas en las arcadas dentarias o bien con barniz de flúor adherido a todas o a determinadas superficies dentales.

El flúor se recomienda más frecuentemente en niños, pero hay situaciones y pacientes concretos, que pueden beneficiarse mucho de su utilización, independientemente de su edad (por ejemplo, para la caries de cuello y radicular en adultos).

#### **5.2.2.1.- MECANISMO DE ACCIÓN:**

El mecanismo de acción exacto del flúor no es del todo conocido; como consecuencia de ello, se han emitido varias hipótesis en trabajos que sustentan la actividad preventiva del flúor frente a la caries.<sup>7</sup>

En principio se podrían establecer cuatro grandes grupos:

- ✓ Acción sobre la hidroxiapatita.
- ✓ Disminuye la solubilidad.
- ✓ Aumenta la cristalinidad.
- ✓ Promueve la remineralización.

---

<sup>7</sup> [HTTP:// WWW. Monografias.com/trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://www.monografias.com/trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados)

#### **5.2.2.1.1.- Acción sobre las bacterias de la placa bacteriana:**

- ✓ Inhibidor enzimático.
- ✓ Reduce la flora cariogena (antibacteriano directo).

#### **5.2.2.1.2.- Acción sobre la superficie del esmalte:**

- ✓ Inhibe la unión de proteínas y bacterias.
- ✓ Disminuye la energía superficial libre.

#### **5.2.2.1.3.- Acción sobre el tamaño y estructura del diente:**

- ✓ Morfología de la corona.
- ✓ Retraso en la erupción.

Otros investigadores han descrito dos categorías básicas de mecanismo de acción anticariogena del fluor, que se corresponden:

- ✓ A los Aspectos fisicoquímicos del esmalte por un lado.
- ✓ Al estudio de la microbiología y bioquímica de la placa bacteriana.

En tal sentido, Pinkham (1.991), establece que aunque no se conoce del todo el mecanismo, el carácter preventivo del flúor se puede deber al aumento de la resistencia de la estructura dental a la disolución de los ácidos, fomento de la remineralización y disminución del potencial cariogénico de la placa bacteriana<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> [HTTP:// WWW. Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://WWW.Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados)

### **5.2.2.2.- VÍAS DE ADMINISTRACIÓN**

El flúor puede llegar a la estructura dentaria a través de dos vías:

#### **5.2.2.2.1.- VÍA SISTÉMICA:**

En la que los fluoruros son ingeridos y vehiculados a través del torrente circulatorio depositándose fundamentalmente a nivel óseo y en menor medida en los dientes. El máximo beneficio de esta aportación se obtiene en el periodo pre-eruptivo tanto en la fase de mineralización como en la de postmineralización. La administración por vía sistémica de fluoruros supone la aportación de dosis continuadas y bajas del mismo, siendo por tanto los riesgos de toxicidad prácticamente inexistentes.

#### **5.2.2.2.2.- VÍA TÓPICA:**

Supone la aplicación directa del fluoruro sobre la superficie dentaria, por lo que su uso es posteruptivo, pudiendo iniciarse a los 6 meses de edad y continuarse durante toda la vida. Lógicamente su máxima utilidad se centraría en los periodos de mayor susceptibilidad a la caries (infancia y primera adolescencia) o en adultos con elevada actividad de caries.

La primera técnica de fluoruro tópico que demostró eficacia implicó el uso de una solución neutra de fluoruro de sodio al 2% (Knutson, 1948)<sup>9</sup>.

La búsqueda de agentes más eficaces llevo a la introducción de la solución de fluoruro estañoso al 8%, según Gish y col, (1962). Sin embargo, Andlaw (1.994), establece que

---

<sup>9</sup> [HTTP:// WWW. Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://WWW.Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados)

el fluoruro estañoso es inestable en solución y produce una mancha parda en el esmalte hipomineralizado o desmineralizado. El flúor fosfato acidulado se utiliza hoy en día para las aplicaciones tópicas.

### **5.2.2.3.- MÉTODOS DE APLICACIÓN**

#### **5.2.2.3.1.- VÍA SISTÉMICA:**

-Fluoración de la aguas de consumo público: Es, con mucho, la medida más eficaz de todos los métodos conocidos para la prevención de la caries. La fluoración es el proceso de añadir un elemento de aparición natural, el flúor, al agua de consumo con el propósito de reducir la caries dental. Los compuestos usados son el fluoruro sódico, sílico, fluoruro de sodio y el ácido hexafluorsilícico. La dosis adecuada oscila entre 0,1-0,2 partes por millón, siendo variable en función de las condiciones climatológicas.

Según Pinkham (1.991), la fluoración del agua es la base de todo programa de prevención de la caries, no solo por su eficiencia, sino también por su mejor razón costo/eficacia<sup>10</sup>.

-Fluoración de las aguas en las en las escuelas: En este caso el agua debe estar fluorada a un nivel de varias veces superior al que sería recomendable para esa área, ya que los niños beberían esta agua durante un reducido número de horas del día. Ahora si la institución alberga niños menores de 6 años se debe asegurar que estos no reciban flúor por ninguna otra vía, ante el riesgo de estar aportando dosis excesiva.

-Aguas de mesa con Flúor: El agua embotellada constituye otra fórmula de aporte de Flúor, siendo muy variable la dosis en función de la fuente natural.

---

<sup>10</sup> [HTTP:// WWW. Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://www.monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados)

-Suplementos de los Alimentos con Flúor: Otra alternativa es incorporar el Flúor en determinados alimentos tal como, la sal, la leche, la harina o los cereales. Su dosificación oscila entre los 200-250 mg. En los años setenta, según Maier (1.971), se consideraba que no existían suficientes pruebas ni la cantidad exacta de flúor que debe incorporarse en la leche, sal y pan.

-Suplementos Dietéticos Fluorados: Existen otras vías de administrar flúor por vía sistémica, como son las gotas, tabletas o preparaciones vitamínicas que pueden constituir una alternativa o complementación a la ingestión de flúor a través del agua, pudiéndose utilizar de forma individual o comunal en las escuelas. Los suplementos dietéticos de flúor pueden prescribirse desde el nacimiento a los 13 años a los niños que vivan en áreas en las que el agua contenga 0,7ppm de flúor o menos. El gran inconveniente de estos métodos es que requieren un alto grado de motivación para que el suministro se realice de forma continuada y correcta durante años. El método para administrar estos suplementos, dependerá de la edad, en niños pequeños se utilizaran en flúor en gotas o las preparaciones vitamínicas, colocándolas directamente en la lengua o bien mezclándolas con agua o zumos, o en la propia comida del niño. Hay que tener en cuenta que estos preparados no deben mezclarse con leche, pues se retarda su absorción. En niños con capacidad de masticar se pueden utilizar las tabletas, que deben ser masticadas y mezcladas con saliva durante un minuto, para posteriormente ser ingeridas, de esta forma conseguiremos un efecto tópico y un efecto sistémico.

Según Driscoll (1974) citado por Pinkham, los complementos fluorados tienen el potencial de ser tan eficaces en la prevención como el agua fluorada. Claro, la eficacia depende del grado de responsabilidad de los padres en la administración.

La ventaja de este método sobre la fluoración de las aguas, es que permite administrar dosis específicas de fluoruro. (Andlaw, 1.994).

Una seria desventaja que limita el uso de las tabletas y gotas de fluoruro en la práctica dental es la necesidad de encontrar con la cooperación inteligente de los padres del niño, ya que estos deben estar muy motivados para administrar diariamente el fluoruro durante varios años, y tienen que ser cuidadosos y responsables a fin de almacenar las tabletas en un sitio seguro, fuera del alcance de los niños<sup>11</sup>.

#### **5.2.2.3.2.- VÍA TÓPICA:**

Las formas de presentación más comunes existentes para la aplicación tópica de flúor son:

- ✓ Barnices.
- ✓ Geles.
- ✓ Dentífricos.
- ✓ Colutorios.
- ✓ Seda Dental Fluorada.
- ✓ Pasta Profiláctica.
- ✓ Chicles con Flúor

---

<sup>11</sup> [HTTP:// WWW. Monografias.com/trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://www.monografias.com/trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados)

### 5.2.2.3.3.-BARNICES Y GELES FLUORADOS

#### a. MÉTODO:

-Aplicación de geles fluorados: Se realiza mediante cubetas por el profesional, dichas cubetas deben ajustarse adecuadamente a ambas arcadas para evitar la salida e ingestión de flúor. Asimismo el paciente debe estar incorporado y con la cubeta ligeramente flexionada; una aspiración continua, las cubetas no excesivamente llenas y la eliminación del exceso mediante expectoración tras el tiempo de colocación (4 minutos) y recomendar la no ingestión de alimentos y bebidas durante los 30 minutos siguientes. Otros autores, justifican la aplicación de la solución con pincel o algodón.

Según Andlaw (1.994), el procedimiento de técnica indirecta de la aplicación del Flúor a través de cubetas, debe anteceder el buen cepillado de los dientes del niño, y luego un análisis en la selección adecuada de la cubeta, probando la misma en la boca del paciente. El mismo autor, determina que es preciso surtir la cantidad requerida de gel directamente en la cubeta, y esto debe conservarse fuera del alcance de los niños, porque la ingestión de cantidades pequeñas (p. ej., 1,6 ml por un niño de 5 años de edad) puede originar síntoma digestivos.

-Aplicación de Barnices Fluorados: Previa limpieza, secado y aislamiento mediante rodillos, el barniz es aplicado sobre las superficies dentarias mediante torundas de algodón, pinceles de un solo uso, sondas o jeringas con cánula roma. Otros autores, corroboran la idea que los resultados realizados con barnices de flúor no han sido concluyentes en la prevención de la caries.



Según Andlaw (1.994), la técnica directa de la aplicación local de fluoruro debe comenzar por un riguroso y evaluado cepillado de las superficies dentarias, para así eliminar los desechos alimentarios antes de aplicar el fluoruro<sup>12</sup>.

#### **5.2.2.3.4.- DENTÍFRICOS**

Son muestras homogéneas y estables de diversos compuestos en variadas proporciones cuya presencia y concentraciones dependen del tipo de producto ofrecido por el fabricante. Pueden identificarse cuatro grupos o sistemas componentes:

Primero.- El sistema limpiador que está constituido por un detergente, un abrasivo y algún componente adicional (espumantes) que facilite la acción limpiadora.

Segundo.- El estabilizante que proporciona homogeneidad y plasticidad a la mezcla. Aquí debe tomarse en cuenta que los distintos componentes de una formulación pueden no ser miscibles entre sí, formando fases separadas lo que dificultaría la acción integral del dentífrico como profiláctico. Los componentes del sistema estabilizante permiten que se forme una mezcla homogénea, funcionando como un vehículo en común. Son utilizados generalmente tenso activos emulsificantes y lubricantes orgánicos.

Tercero.- El sistema profiláctico es el de mayor importancia preventiva, asiste y complementa al sistema limpiador en su acción anticariogénica. Algunas formulaciones presentan anestésicos en bajas concentraciones, otras protectores y reforzadores de la hidroxiapatita, principal constituyente del esmalte dental. Los más utilizados actualmente son los antibacterianos. (Inicialmente se agregaban compuestos orgánicos

---

<sup>12</sup> [HTTP:// WWW. Monografias.com/trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://www.monografias.com/trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados)

como la sal sódica del sarcosinato de N- Lauril). Actualmente son las sales fluoradas las que realizan esta función en la mayoría de los casos. (Ver anexo 3 fig. #3).

Existe adicionalmente un grupo relacionado con la presentación final de la pasta. Saborizantes, olorizantes y colorantes son utilizados en concentraciones y tipos diversos cuya elección depende principalmente de consideraciones comerciales.

Las sales fluoradas utilizadas en el sistema profiláctico actualmente a su vez pueden clasificarse en los siguientes grupos:

- Sales inorgánicas iónicas de fácil y rápida disolución como el fluoruro de sodio, de bajo costo; o el fluoruro de estaño de costo mayor.
- Otras sales inorgánicas cuyo ejemplo más utilizado es el monofluorofosfato de sodio, que según FORWARD es un fosfato modificado al que se le ha sustituido uno de sus oxígenos monovalentes por un fluoruro.
- Aminas orgánicas que poseen el flúor enlazado mediante un enlace orgánico de hidrólisis rápida, su costo en el mercado es alto.
- Compuestos orgánicos específicos que, al igual que las aminas, poseen flúor con la posibilidad de hidrólisis como el fluoruro de nicometanol.

Los métodos comunes de limpieza mecánica practicados por la mayoría de los pacientes no son suficientes para controlar la caries dental. Sin embargo con el uso de dentífricos durante el cepillado los pacientes pueden reducir el nivel de caries dental.

Históricamente, la función principal del dentífrico es limpiar y pulir las superficies accesibles del diente; además, los ingredientes activos se pueden usar terapéuticamente para reducir la incidencia de la caries y no sólo para cumplir una función cosmética<sup>13</sup>.

Actualmente casi todos los dentífricos contienen flúor. Sin embargo, no son efectivos contra la caries dental solo porque contengan este elemento. La asociación dental norteamericana (ADA) dirigió una revisión de los dentífricos terapéuticos. Un dentífrico es aceptado por el consejo de la ADA cuando hay pruebas de su seguridad y efectividad.

#### **5.2.2.3.5.- COLUTORIOS**

El uso de buches con colutorios fluorados constituye una fórmula de autoaplicación de flúor usada muy comúnmente tanto de forma individual como comunitaria. Autores Escandinavos y norteamericanos expusieron la efectividad positiva y el potencial preventivo en la planificación de programas preventivos en comunidades con alta prevalencia de caries, pero no se extendió su uso de manera generalizada.

a. Método: Dos son los métodos que pueden ser recomendados; los de elevada potencia/baja frecuencia y los de baja potencia/alta frecuencia. Los primeros se practican una vez por semana y suelen emplearse en programas escolares, los segundos suponen un enjuague diario y su uso es más frecuente en programas individuales.

---

<sup>13</sup> [HTTP:// WWW. Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://www.monografias.com/trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados)

El niño introduce en su boca 5 ml de colutorio si se encuentra en edad preescolar (no es recomendable en niños menores de 6 años) o 10 ml para niños mayores<sup>14</sup>. El enjuague se realiza durante 60 segundos y posteriormente se expectora evitando comer o beber durante los 30 minutos siguientes.

*b. Compuestos de Flúor:* El fluoruro sódico al 0,2% que contiene 904 p.p.m de F con una concentración de 0,09% que equivale a 0,90 mg de flúor por litro, es el preparado comúnmente empleado en los enjuagues semanales. Para la técnica se emplea el fluoruro sódico al 0,05%, que contiene un 0,02% de F (226 p.p.m de F) lo cual supone 0,23 mg de F por ml de colutorio. Asimismo, puede emplearse el Fluorofosfato acidulado al 0,044%.(Ver anexo 3, fig. #4).

*c. Dosificación:* El enjuague se realiza una vez al día empleando colutorios de baja concentración o bien una vez a la semana con colutorios de alta concentración. La cantidad a emplear en cada buche es de 10 ml, lo que supone 2,3 mg de F diarios o bien 9 mg semanales.

Igual que con la administración de tabletas de fluoruro, una desventaja de usar los enjuagues bucales es que es preciso conservar el interés del niño y los padres, y que estos deben motivarse lo suficiente para que el paciente se enjuague con conciencia.

#### **5.2.2.3.6.- PASTA PROFILÁCTICA**

Se incorporan varios fluoruros en las pastas para profilaxis, fluoruro de sodio, estañoso, APF, monofluorofosfato de sodio y hexafluorozirconato estañoso (Andlaw, 1.994).No

---

<sup>14</sup> [HTTP:// WWW. Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://WWW.Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados)

hay contraindicaciones para usar la pasta con fluoruro a fin de aplicar en los dientes antes aplicar una solución, gel o barniz<sup>15</sup>.

#### **5.2.2.3.7.- CHICLES CON FLÚOR**

El chicle estimula mediante la masticación el sistema tampón saliva y contribuye a mantener un cierto nivel de flúor en la saliva y en contacto con el esmalte. Sin embargo, otros autores determinan que no existen ensayos clínicos controlados que avalen esta indicación.

#### **5.2.3.- APLICACIÓN DE SELLADORES**

Los selladores son para prevenir la caries que pueda formarse en los surcos y hoyos propios de la anatomía de los dientes. A veces estos surcos son muy estrechos y profundos, de modo que son espacios muy difíciles de limpiar en los que hay más riesgo de caries. (Ver anexo 3, fig. #5)

Los sellantes son selladores de fosas y fisuras que crean una barrera altamente eficaz contra la caries, ya que son delgadas capas plásticas que se aplican a la superficie de masticación de los dientes posteriores permanentes del niño donde se forma la mayoría de la caries. Las fisuras, los orificios y los agujeros ciegos, constituyen nichos retentivos de placa en la superficie del diente. La acumulación de placa en las fisuras se incrementa durante el primer año después de la erupción de un molar. Las fisuras son más propensas a las caries debido a su bajo contenido de flúor y a que el esmalte

---

<sup>15</sup> [HTTP:// WWW. Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://WWW.Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados)

presenta una elevada impermeabilidad y sensibilidad a los ácidos después de la erupción<sup>16</sup>.

Los objetivos principales del sellado son:

- ✓ Los sellados deben cerrar los lugares predilectos de las caries en los molares mediante diacrilatos y retención del esmalte.
- ✓ En caries pequeñas los microorganismos deben ser aislados del sustrato para que no puedan sobrevivir o, como mínimo, no aumenten la lesión.
- ✓ En caries diagnosticables debe realizarse un sellado ampliado de fisuras.
- ✓ El sellado de una superficie dental ya obturada debe evitar la aparición de caries secundarias a lo largo del margen de la obturación.

### **5.2.3.1.- TÉCNICA DE APLICACIÓN DE SELLANTES**

La técnica es la siguiente:

- 1. Profilaxis.-** Limpieza de la zona fisurada con pasta libre de flúor, glicerinas o aceite, para eliminar las partículas de recubrimiento<sup>17</sup>. Debe lavarse completamente los residuos. Esta fase no resulta crítica y puede reemplazarse por simple limpieza por cepillado; innovaciones como pulido de fisuras con aire abrasivo, limpieza con agua oxigenada, y ensanchamiento de fisuras, no han mostrado resultados clínicamente significativos de aumento de retención.

---

<sup>16</sup> PINKHAM J.R., B.S., D.D.S., M.S. "Odontología Pediátrica". Segunda edición, Nueva editorial INTERAMERICANA, S.A., México D.F. 1996. Pág.396-397.

<sup>17</sup> VAN WAES HUBERTUS J.M-STOCKALI PAÚL W. "Atlas de Odontología Pediátrica". Edición Original. Editorial Masson 2002, Barcelona-España. Pág. 147.

2. **Aislamiento.-** El mejor método es mediante el aislamiento absoluto, aunque en muchos casos se puede obtener un eficiente aislamiento parcial con rollos de algodón y un buen sistema de eyección y succión.
3. **Grabado.-** Previo secado de las superficies se aplica la solución ácida, con un pincel fino. La solución se deja durante 15 segundos.
4. **Lavado.-** Un chorro de spray agua-aire durante 15 segundos es suficiente, comprobando previamente que la jeringa no contenga aceite. Se cambian algodones, si se ha optado esta forma de aislamiento, cuidando no contaminar con saliva y secar cuidadosamente. En este punto debe ser apreciable el esmalte grabado de color blanco mate. Si no es así, se debe repetir el procedimiento de grabado. En este momento con áreas de surco grabada y seca es posible ratificar la indicación o visualizar puntos que requieren de restauraciones limitadamente invasivas. En otros casos, tinciones sospechosas, desaparecen.
5. **Aplicaciones de sellantes.-** En este momento es crítico que no allá contaminación de saliva. Esta es la causa más importante de fracaso en retención del material; si así ocurriera, debe regrabarse. El material se aplica según las instrucciones y aditamentos del fabricante, en cualquier caso cuidando de no dejar burbujas<sup>18</sup>. La polimerización química suele producirse en el lapso de sesenta segundos a partir de la mezcla inicial. Actualmente predominan los sellantes fotoactivados, los cuales se recomienda dejar escurrir por 15 a 20 segundos después de la aplicación de sellantes antes de fotopolimerizar, lo cual

---

<sup>18</sup> VAN WAES HUBERTUS J.M-STOCKALI PAÚL W. "Atlas de Odontología Pediátrica". Edición Original. Editorial Masson 2002, Barcelona-España. Pág. 147.

permite un mejor flujo de la resina a las anfractuosidades del grabado; con este procedimiento, los sellantes autopolimerizantes y fotoactivados no difieren en los comportamientos después de 5 años.

**6. Prueba de retención.-** La pérdida de material ocurre por lo general en las primeras semanas después de aplicación, en la mayoría de los casos, posiblemente por aplicación defectuosa. Por eso se recomienda tratar de sacar el material con una sonda; si la técnica ha sido adecuada este resiste y se mejora así notablemente su pronóstico de permanencia a largo plazo.

#### **5.2.4.- REVISIONES EN EL DENTISTA CADA 6-12 MESES**

Las revisiones periódicas sirven para detectar posibles nuevas caries y para controlar dientes con caries en tratamiento. (Ver anexo 3, fig. #6).

El diagnóstico precoz de las lesiones de caries hace posible ofrecer más soluciones (y generalmente más fáciles y más baratas) que cuando aquéllas se detectan en estadios avanzados.<sup>19</sup> El pronóstico de un diente tratado de caries será mejor cuando es tratado tempranamente.

La visita al dentista es una buena forma de asegurar la salud dental frente a la caries.

---

<sup>19</sup> [HTTP://WWW.MAPFRE.COM](http://www.mapfre.com)



### **5.2.5.- MECANISMOS CARIOSTÁTICOS NATURALES**

Es importante que el dentista que practica odontología preventiva advierta que hay procesos bioquímicos dentro de la cavidad oral que no sólo alteran el proceso de la lesión cariosa, sino que la detienen y alcanzan un estado clínico satisfactorio.

Gracias a las investigaciones realizadas durante las dos últimas décadas, han ganado aceptación los conceptos de *remineralización* y *regresión* de la lesión<sup>20</sup>. Cuando una superficie dental que se diagnostica como lesión cariosa en una visita es considerada sana en una visita posterior aplicando el mismo criterio, se dice que ha sufrido una regresión, Este cambio puede ocurrir sólo si el área del diente que sufría desmineralización adquiere cierta dureza o se remineraliza.

#### **5.2.5.3.- LA PLACA DENTOBACTERIANA**

La placa dentobacteriana es un sedimento blando, bacteriano, adherente, que se acumula en los dientes. El otro sedimento es el duro, o sea el sarro. Es de destacar que el sarro se forma con la placa dentobacteriana.

---

<sup>20</sup> Alvin L Morris, Harry M. Bohannon, Daniel P. Casullo. Editorial Labor S.A. Pág.1.

Esta placa es invisible, y se forma con la aparición de una capa de bacterias en el diente y encías cuando no tenemos una buena higiene bucal.<sup>21</sup> Se desarrolla gracias a la fijación y multiplicación de las bacterias que producen ácidos y las sustancias tóxicas junto con los restos alimenticios. Esta se descubre con tabletas reveladoras que permiten ver en que partes de los dientes y encías se ha acumulado mayor cantidad de placa. Se mastican las tabletas y éstas pintarán más las zonas donde hay placa dentobacteriana. Con un buen cepillado, las tabletas sólo pintarán muy pálidamente. La coloración acentuada se depositará sólo en determinados lugares: en las coronas dentarias, en la parte situada cerca de la encía, en los espacios interdentarios, en el borde gingival y en todas aquellas zonas en las que el cepillado resulta difícil.

La placa dentobacteriana progresa más rápido con los alimentos blandos y los ricos en azúcares. Por eso, es aconsejable evitar los dulces entre comidas. La placa dentaria es la causa principal de la caries y las enfermedades de las encías. El cepillado de los dientes y encías es el mejor procedimiento utilizable para una higiene oral adecuada. El sedimento blando se mineraliza y forma sarro y una vez formado no puede ser eliminado con el cepillo dental, pues es muy duro y está fuertemente unido al diente. Como se deposita cada vez más, será necesario que su dentista lo retire al cabo de unos meses.

---

<sup>21</sup> [HTTP://UAA.MX](http://UAA.MX).

#### **5.2.3.4.- FINES DE LA PREVENCIÓN**

Se trata de luchar contra las consecuencias de la placa dentaria, bien desorganizándola, bien reforzando el esmalte del diente<sup>22</sup>.

#### **5.2.3.5.- MÉTODOS DE PREVENCIÓN**

- ✓ Suprimir las costumbres alimenticias nocivas, una alimentación dulce favorece la caries dental y primera a la placa dentaria.
- ✓ Hay que evitar las sustancias azucaradas y pegajosas, sobre todo entre comidas y más aún por la noche antes de acostarse.
- ✓ Otro método es usar un colorante rojo o tableta reveladora, se mantiene en la boca un minuto moviéndola de un lado para otro se escupe y se ve con un espejo las zonas en que exista la placa: están coloreadas de rojo y se sitúan principalmente en el borde lingual gingival y los espacios interdentes. Si la higiene dental es demasiado mala, el diente quizá esté recubierto totalmente por la placa, por tanto, las coloraciones rojas serán más importantes.

El uso de la tableta reveladora contribuye a:

- ✓ Localizar zonas en que se sitúa la placa dentaria y en donde debemos esforzarnos durante el cepillado.
- ✓ Adquirir una perfecta técnica.
- ✓ Controlar la eficiencia del cepillado.

---

<sup>22</sup> [HTTP://UAA.MX](http://UAA.MX)

- ✓ En los niños, adquirir buenas costumbres, pues es más fácil pedirles que eliminen la coloración roja de la placa con un cepillo.
- ✓ Recuerde: El revelador de la placa sirve para visualizar las zonas en que ésta se halla presente, permitiendo controlar la eficacia del cepillado.
- ✓ El cepillado de los dientes y las encías es el mejor procedimiento utilizable para una higiene oral adecuada. Así mismo, los abrasivos presentes en las pastas dentales permiten mantener los dientes libres de residuos alimenticios. Los cepillos dentales deben ser de tamaño, forma y textura adecuada, manipulables, fáciles de lavar, de composición constante y durable<sup>23</sup>. Elija sobre todo un cabezal que no sea demasiado voluminoso. Debe limpiar de manera eficaz; por tanto, utilice un cepillo de mucho pelo y de duración media. Evite las cerdas duras que pueden provocar abrasiones o traumatismos en el borde gingival y también las cerdas muy blandas que pueden ser insuficientes ante un sedimento importante de placa. Utilice cerdas de nylon mejor que las naturales.

Es de vital importancia cepillar a profundidad hasta los rincones más escondidos dentro de la boca.

Sea metódico, debe cepillar las 5 caras de cada corona dentaria, así como la totalidad del borde gingival.

Una vez formado el sarro o cálculo dentario no se puede eliminar con el cepillado y necesita de una profilaxis para su remoción.

---

<sup>23</sup> [HTTP://UAA.MX](http://UAA.MX).

Finalmente, no debe olvidarse que el mejor recurso existente para una profilaxis o limpieza oral adecuada, proviene de la visita periódica a su profesionalista dental.

#### **5.2.3.6.- ELIMINACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA MEDIANTE UNA CORRECTA HIGIENE ORAL.**

Los cuidados necesarios para una buena higiene oral dependen de cada paciente, por ejemplo, la manera de cuidar la boca de un bebé no es igual que la de un señor de 30 años. Por ello también existen multitud de armas preventivas para combatir la placa bacteriana y el desarrollo de la caries.

Pero sí hay una pauta común: el objetivo es eliminar la placa bacteriana y los restos de alimentos que puedan ser sustrato para la misma.

La técnica reina para ello es el cepillado dental. Desde el momento en el que aparecen los dientes en la boca son susceptibles de caries y es entonces, a partir de la erupción del primer diente, cuando conviene empezar a hacer cepillado. Para los niños existen cepillos especiales, mucho más pequeños y más suaves. El cepillado debe realizarse, a ser posible, después de cada comida.

En bebés, o en ancianos totalmente edéntulos, conviene utilizar una gasa húmeda para frotar las encías y retirar restos de alimentos y placa dental.

Cuando se utilizan prótesis removibles es muy importante cepillar éstas con un cepillo que no sea el mismo que se utiliza para cepillar los dientes que quedan en boca (si los hubiera). Se puede utilizar un cepillo dental especial para dentaduras, un cepillo dental duro o un cepillo de uñas, además de sumergir la prótesis al menos una vez a la semana en un antiséptico como la clorhexidina al 0.2%.

Las fibras del cepillo deben pasar por todos los recovecos de los dientes.

Para la limpieza entre dientes (espacios interproximales) puede utilizarse el hilo o seda dental, si hay mucho espacio entre los dientes puede ser conveniente utilizar un cepillo interproximal.

Como complemento a las técnicas básicas de higiene dental (cepillado y seda dental) existen métodos que son correctos pero nunca deben sustituir a los primeros: pasta dental (da buen sabor y puede tener sustancias que favorezcan la salud dental y gingival, pero no es clave para un buen cepillado), utilización de colutorios con sustancias antisépticas (que eliminan superficialmente los microbios y mantienen la boca más limpia, pero que es conveniente que no se utilicen durante periodos largos de tiempo excepto por prescripción del dentista), irrigador dental a presión.

#### **5.2.3.6.1.- TÉCNICAS DE CEPILLADO**

Las técnicas de cepillado son diversas y algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realizan. Además pueden combinarse; pues lo importante es

cepillar todas las áreas de la boca entre ellas la lengua y paladar.<sup>24</sup> (Ver anexo 3, fig. #7).

#### **5.2.3.6.2.- TÉCNICA CIRCULAR O ROTACIONAL**

Para mayor eficacia del cepillado, el dedo pulgar se apoya en la superficie del mango y cerca de la cabeza del cepillo las cerdas del cepillo se colocan en dirección apical con sus costados apoyados contra la encía. Así, el cepillo se gira con lentitud como barrera con una escoba. De ese modo las cerdas pasan por la encía siguen por la corona (en ese momento forman un ángulo recto con la superficie del esmalte) y se dirigen hacia la superficie oclusal, pero es necesario y pasan por los espacios interproximales.

En las superficies linguales de los dientes anteriores el cepillo debe tomarse de manera vertical las superficies oclusales se cepillan con un movimiento de vaivén hacia atrás y hacia adelante o con golpeteo. Si cada arcada se divide en seis zonas (dos posteriores, dos medias y dos anteriores) cada una de éstas tiene dos caras linguales y vestibular o labial. Las zonas a cepillar son 24 ya que se recomienda realizar de 8 a 12 cepillados por zona lo cual hace un total de 192 a 288 cepilladas. (Ver anexo 3, fig. #8).

---

<sup>24</sup> [HTTP://HTML.RINCONDELVAGO](http://HTML.RINCONDELVAGO)

#### **5.2.3.6.3.- TÉCNICA DE BASS**

Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos.

El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en el maxilar superior y hacia abajo en la mandíbula formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 a 15 segundos por área.<sup>25</sup> Si al cabo de esos, movimiento el cepillo de desliza en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares o linguales de los dientes se denomina método de Bass modificado. El ruido por frotamiento de las cerda; indica presión excesiva de la vibración o movimientos desmesurados el mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de los molares y premolares pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores en las caras oclusales se cepillan, haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores. (Ver anexo 3, fig. #9).

#### **5.2.3.6.4.- TÉCNICA DE CHARTERS**

El cepillado con esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y

---

<sup>25</sup> [HTTP://HTML.RINCONDELVAGO](http://HTML.RINCONDELVAGO).



apuntando hacia la superficie oclusal. De ese modo se realizan movimientos vibratorios en los espacios Interproximales.<sup>26</sup> Al cepillar las superficies oclusales se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas. El cepillo se colocó de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. Esta técnica se utiliza también al rededor de aparatos ortodónticos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas. (Ver anexo 3, fig. #10).

#### **5.2.3.6.5.- TÉCNICA DE STILLMAN.**

Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansen en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.

#### **5.2.3.6.6.- FRECUENCIA DEL CEPILLADO**

La frecuencia del cepillado depende del estado gingival, la sensibilidad a la caries y minuciosidad del aseo. Los adultos que no son susceptibles a la caries y sin afección gingival pueden cepillarse y utilizar el hilo dental una vez al día después de la cena.

Los adultos con afección gingival sin susceptibilidad a la caries pueden utilizar el cepillo y el hilo dental dos veces al día.

---

<sup>26</sup> [HTTP://HTML.RINCONDELVAGO](http://HTML.RINCONDELVAGO)

Los jóvenes y las personas con propensión a la caries dental deben cepillarse entre los 10 minutos posteriores de cada comida y antes de dormir. Si las personas no se cepillan minuciosamente, de hacerlo después de cada comida, antes de dormir el cepillado nocturno es muy importante porque durante el sueño disminuye la secreción salival.

#### **5.2.4.- TIPOS DE PASTAS DENTALES**

##### **5.2.4.1.- PASTAS DENTALES CON FLUORURO**

Contienen en su formulación fluoruro sódico. Las mismas actúan en la superficie, endureciendo la superficie exterior del esmalte, lo que contribuye a que los dientes estén menos expuestos a descomposición.<sup>27</sup> No elimina la caries si ya la hay.

##### **5.2.4.2.- PASTAS DENTALES INSENSIBILIZADORAS**

Contienen cloruro de estroncio y nitrato de potasio. Este tipo de dentífrico protege la dentina expuesta (a causa de lesiones, desgaste del esmalte, exposición del cuello), por medio del bloqueo de los sensibles túbulos dentinarios. Hay que usar el producto por lo menos durante un mes para que se noten los efectos terapéuticos. (Ver anexo 3, fig. #11).

##### **5.2.4.3.- PASTAS DENTALES BLANQUEADORAS**

Contienen peróxido de hidrógeno y peróxido de urea. Este tipo de ingredientes abrasivos pueden blanquear o aclarar algunas manchas del esmalte. Sin embargo, su uso

---

<sup>27</sup>[HTTP:// W.W.W.MONOGRAFIAS.COM.](http://w.w.w.monografias.com)

prolongado puede causar irritación de las encías y sensibilidad acentuada<sup>28</sup>. No todos los dientes se "blanquean" por igual y este tipo de producto no funciona con todas las manchas.

#### **5.2.4.4.- PASTAS DENTALES PARA EL CONTROL DEL SARRO**

Contienen en su formulación pirofosfato de sodio. Este ingrediente se adhiere a la superficie del diente y evita la formación de sarro por encima de la encía. Es importante mencionar que no elimina el sarro y que su uso prolongado puede causar sensibilidad acentuada.

#### **5.2.4.5.- PASTAS DENTALES CON BICARBONATO DE SODIO**

Contienen bicarbonato de sodio. Este componente es ligeramente abrasivo, y limpia la superficie del diente. Sin valor terapéutico demostrado, el uso excesivo puede irritar las encías.

#### **5.2.4.6.- PASTAS DENTALES CON MICROBICIDA**

Contienen Triclosan, el cual ayuda a eliminar las bacterias causantes de enfermedad en las encías. No sana ni reduce la enfermedad ya existente en las encías. Según la Academia de Odontología General, todas las pastas dentífricas dan mejores resultados después de una limpieza profesional, realizada por el odontólogo, ya que de esta manera los ingredientes activos de cada tipo de pasta dental actúan sobre una superficie limpia, lo que facilita su acción.

---

<sup>28</sup>[HTTP:// W.W.W.MONOGRAFIAS.COM.](http://w.w.w.monografias.com)

#### **5.2.4.7.- MEDIOS AUXILIARES DE LA HIGIENE BUCAL<sup>29</sup>**

La limpieza dentaria con un cepillo común no eliminará bien la placa en las áreas interdenciales. Por tanto, se deben utilizar instrumentos auxiliares para la remoción interproximal de la placa. Según la forma de espacio interproximal se utilizará hilo o cinta dental, mondadientes, cepillos interproximales o cepillos monopenachos.

##### **5.2.4.7.1.- HILO DENTAL**

Es un hilo especial de ceda formado por varios filamentos, las cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente.

Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor, con sabor a menta. Su indicación depende de las características de la persona; si existe un contacto muy estrecho entre los dientes es preferible usar el hilo, pero, si el espacio es mayor es conveniente utilizar la cinta o hilo de tipo "floss", una zona central distensible con varias fibrillas. (Ver anexo 3, fig. #12).

##### **5.2.4.7.1.1.- USO CORRECTO DEL HILO DENTAL**

Para hacer el uso correcto del hilo dental se recomienda que el hilo dental mida de 25 a 45 centímetros, siendo enrollado en el dedo medio de ambas manos. Con las manos naturalmente abiertas, la distancia entre los dedos índices debe ser de 2 a 3 centímetros, lo que proporciona que el hilo dental esta estirado, pero sin tensión.

En el arco inferior, el hilo dental debe ser apoyado con el dedo índice y los movimientos deben ser alisados en sentido vestíbulo lingual hasta el área de contacto,

---

<sup>29</sup> [HTTP://HTML.RINCONDEL VAGO.COM](http://HTML.RINCONDEL VAGO.COM)

siendo deslizado apicalmente dentro del surco gingival. La limpieza de esta región es obtenida por el movimiento del hilo dental de arriba hacia abajo y este debe estar abrazando bien la superficie interproximal<sup>30</sup>.

En el arco superior el uso del hilo dental debe seguir las recomendaciones semejantes a aquellas descritas para la arcada inferior, es decir que la cantidad de hilo dental debe ser idéntica y la posición inicial de la mano debe ser la misma, variando a penas en el hecho de que el dedo que apoyara el movimiento será el pulgar y no el índice como fue utilizado en el arco inferior.

#### **5.2.4.7.2.- ESTIMULADOR INTERDENTAL**

Es una punta flexible de hule o plástico que esta adherida al extremo libre del mango del cepillo. Se utiliza solo para eliminar residuos del espacio interdentario cuando este se encuentra muy abierto se ha reducido.

#### **5.2.4.7.3.- PALILLOS**

Hay palillos de madera para limpiar los espacios interproximales pero sólo se utilizan cuando dichos espacios son amplios y es necesario tener cuidado de no lesionar la papila gingival.

Hay un limpiador interdental de puntas romas que constituye un auxiliar de gran utilidad para la higiene dental. (Ver anexo 3, fig. #13).

---

<sup>30</sup> GUEDES PINTO ANTONIO CARLOS. "Rehabilitación oral en Odontopediatría- atención integral", Primera edición. 2003. Editorial ALMOCA, Pág.69.

#### **5.2.4.7.4.- CLORHEXIDINA.**

Este es uno de los agentes químicos más eficaz para combatir la placa dentobacteriana. Se une a las bacterias de dicha placa, el esmalte del diente y a la película adquirida, alterando el citoplasma bacteriano.

Su ventaja, en relación con otros antisépticos, consiste en fijarse en la mucosa oral debido a su fuerte carga positiva y liberarse poco a poco en el transcurso de las siguientes 8 a 12 horas, esta propiedad se denomina sustantividad. El digluconato de clorhexidina en solución alcohólica al 0.12% se utiliza cada 12 horas<sup>31</sup>. En colutorio o enjuague durante 30 a 60 segundos inmediatamente después de la limpieza bucal.

El paciente debe saber que no debe deglutir la solución ni consumir líquidos o alimentos durante 30 minutos siguientes para lograr máxima eficacia. Los efectos colaterales de la solución mencionada son: irritación de mucosa, descamación, cambios en el sentido del gusto, tinción de dientes y lengua sobre todo en personas fumadoras o que ingieren té, café, o vino tinto o todos. Por tanto, solo debe indicarse a pacientes con enfermedad periodontal, irradiados en cara o cuello, con tratamiento ortodónticos con antecedentes recientes de tratamiento quirúrgico bucal o incapacitados para seguir una higiene bucal adecuada.

---

<sup>31</sup> [HTTP://HTML.RINCONDEL VAGO.COM](http://HTML.RINCONDEL VAGO.COM)

### **5.2.5.- CEPILLO DE DIENTES**

El cepillo de dientes es un cepillo con mango alargado utilizado para cepillarse los dientes, con la finalidad de limpiarlos. Muchas culturas tradicionales alrededor del mundo han limpiado sus dientes frotando ramas de árbol o trozos de madera desde tiempos inmemoriales. También se han frotado con tiza o soda caliente.

Según la Asociación Dental Estadounidense, el primer cepillo de dientes lo creó en 1498 un emperador chino que puso cerdas de puerco en un mango de hueso. Los mercaderes que visitaban China introdujeron el cepillo entre los europeos si bien, no fueron muy comunes en occidente hasta el siglo XVII. Sin embargo, en aquellos tiempos los europeos preferían cepillos de dientes más blandos confeccionados con pelos de caballo. También era común mondarse los dientes tras la comida con una pluma de ave o utilizar mondadientes de bronce o plata. Existió no obstante, un método más antiguo de cepillarse los dientes con un trozo de tela que se utilizaba en Europa desde tiempos de los romanos. En cualquier caso, los cepillos no se popularizaron en el mundo occidental hasta el siglo XIX<sup>32</sup>. (Ver anexo 3, fig. #14).

#### **5.2.5.1.- CEPILLO CON CERDAS DE PELO DE CERDO**

Las cerdas naturales fueron reemplazadas por un material natural (Pelo de cerdo), gracias al lanzamiento realizado por Du Pont en el año 1938. El nailon presentaba varias ventajas frente a las cerdas de animales: era rígido, indeformable y no era atacado por la

---

<sup>32</sup> [HTTP:// WWW.WIKIPEDIA.ORG.](http://www.wikipedia.org)

humedad evitando el consiguiente riesgo de infecciones. Sin embargo, al principio las cerdas eran tan rígidas que causaban serias molestias en los usuarios, lo que llevó a Du Pont a lanzar el nailon blando.

#### **5.2.5.2.- CEPILLO DE DIENTES ELÉCTRICO**

El primer cepillo de dientes eléctrico, el Broxodent, fue presentado por Squibb Pharmaceutical en el centenario de la American Dental Association en 1959. Poco más tarde el General Electric creó el cepillo de dientes eléctrico sin cable accionado por pilas.

El cepillo eléctrico que vibra mayor frecuencia es el Philips Sonicare. Este cepillo hace vibrar las cerdas mediante un campo magnético variable que actúa sobre imanes unidos a las cerdas, así, este cepillo consigue proyectar la mezcla de agua y pasta de dientes entre los espacios interproximales<sup>33</sup>.

Ningún cepillo puede limpiar del todo el espacio interproximal. Sólo un correcto uso diario del Hilo Dental puede limpiar por completo este espacio.

Los cepillos eléctricos aparecen casi cincuenta años, por tanto no son tan modernos como la gente cree, aunque hasta hace muy pocos años no se han perfeccionado.

Hay varios diseños y marcas diferentes, quizás el cabezal ideal aun no se ha conseguido, y de los actuales hay predominio de cabezales pequeños y redondos. Hay cepillos con

---

<sup>33</sup> [HTTP://WWW.WIKIPEDIA.ORG](http://www.wikipedia.org)



diferentes velocidades y lo que es más importante es que los hay que si ejercemos un exceso de presión sobre los dientes, se para de forma automática para evitar que lesionemos la encía y al propio diente.

Están indicados en personas con salud bucal, en niños, en disminuidos físicos y psíquicos, se aconseja a los padres para limpiar los dientes de niños pequeños, es más fácil.

Los cepillos eléctricos eliminan la placa de forma más rápida, pero la placa subgingival se elimina mejor aun con el método de Bass, por ello en enfermos periodontales, podemos combinar el uso de eléctricos y manuales<sup>34</sup>.

Un mismo cepillo puede servir para varias personas, los cabezales son intercambiables, cada uno debe tener el suyo, aunque lo mejor es tener cada persona el suyo.

Existen los cepillos eléctricos interproximales, son muy prácticos y quizás debido a la novedad, los pacientes los usan con más frecuencia y empeño que los manuales. Algunos cepillos eléctricos llevan un temporizador con memoria, avisan cuando llevan 2 minutos de cepillado.

Existen cepillos que combinan el efecto rotatorio con un gran aumento de pulsaciones, equivale a un efecto sónico (aparatos usados en las clínicas dentales).

---

<sup>34</sup> [HTTP://WWW.WIKIPEDIA.ORG](http://www.wikipedia.org)

### **5.2.5.3.- LAS CARACTERÍSTICAS DEL CEPILLO ADECUADO**

- ✓ De mango recto.
- ✓ De tamaño adecuado a la edad del individuo y tamaño de la boca (niños, jóvenes, adultos).
- ✓ Las cerdas deben ser plásticas (no usar cepillos con cerdas naturales, ya que ésta conservan la humedad).
- ✓ Las cerdas deben ser suaves, firmes y con puntas redondeadas.
- ✓ Debe ser reemplazado cada dos o tres meses de uso, un cepillo "despeinado" sólo irritará las encías y no limpiará adecuadamente.

### **5.3.- SALUD ORAL**

La expresión salud dental hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de nuestra boca, especialmente de los dientes y de las encías. Además de permitirnos comer, hablar y reír (tener buen aspecto), los dientes y las encías deben carecer de infecciones que puedan causar caries, inflamación de la encía, pérdida de los dientes y mal aliento.

La caries, también conocida como cavidad dental, es la enfermedad más común de los dientes. Los principales factores para el control de la caries son la higiene bucal, el uso de flúor y el consumo moderado de alimentos cariogénicos.

A los dientes también les afecta el “desgaste de los dientes” o erosión. Se trata de un proceso normal que se produce con la edad, a medida que se pierde el esmalte de los dientes debido a su exposición repetida a ácidos distintos de los que produce la placa.

La atrición (desgaste mecánico) y la abrasión son otras formas de deterioro de los dientes. La atrición se produce cuando los dientes se erosionan debido al contacto con otros dientes. La abrasión es provocada por factores mecánicos externos como un lavado de los dientes incorrecto.

Las enfermedades periodontales, también conocidas como enfermedades de las encías, están provocadas a una infección e inflamación de la encía (gingival), de los tejidos conectivos periodontales y del hueso alveolar. Las enfermedades periodontales pueden provocar la pérdida de los dientes.

### **5.3.1.-CARIES.**

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevaencia en el hombre y aunque algunos estudios en la pasada década han indicado reducción en la prevalencia de la caries dental en algunos países del mundo, esta enfermedad continua manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. La caries dental ha sido definida como la destrucción localizada de los tejidos duros del diente, por la acción bacteriana, donde dichos tejidos son modificados y eventualmente disueltos.

Otros autores lo definen como la descomposición molecular de los tejidos duros del diente que involucra un proceso histoquímica bacteriano, el cual termina con la descalcificación y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y desintegración de su matriz orgánica.

Aquellas áreas de los dientes que no estén protegidas por la autolimpieza, tales como fosa, fisuras y puntos de contacto, son más susceptibles a presentar caries dental que aquellas expuestas a la autolimpieza, tales como superficies bucales y linguales.

La formación de cavidades cariosas comienza como pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental. La desmineralización es provocada por ácidos, en particular ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fosfato, así como el transporte hacia el medio ambiente circundante. Esta etapa inicial es reversible y la remineralización puede ocurrir particularmente con la presencia de fluoruros.

La caries aparece en los dientes como manchas blancas, depósitos de placa o sarro marronoso, y puede llegar a causar pequeñas fracturas o cavidades. La destrucción del diente se extiende propagándose al diente definitivo que aún se encuentra escondido.

Una vez empieza, es cuestión de tiempo que se extienda y ataque a toda la dentadura.

Una higiene bucal deficiente permite que se acumulen en la boca restos alimenticios que producen ácidos que destruyen el esmalte. Estos restos, principalmente azúcar, alimentan a otros microbios que atacan la estructura debilitada de los dientes.

### **5.3.2.-ENFERMEDAD PULPAR**

A grandes rasgos la pulpa es el tejido que da nutrición y sensibilidad a los dientes y se ubica en el centro de la corona dentaria extendiéndose a lo largo de sus raíces, mientras que el periodonto es el tejido de sostén que relaciona al diente con el hueso maxilar o mandibular y apical se refiere al extremo o ápice de cada raíz dentaria. Por lo tanto, pulpitis y periodontitis son procesos inflamatorios de dichos tejidos.

El tejido pulpar reacciona ante diversos irritantes externos, principalmente bacterianos, desencadenando un proceso inflamatorio como sucedería en cualquier otro tejido conjuntivo. En función de la intensidad y duración de los irritantes y de la resistencia del huésped, la patología pulpar puede variar desde una inflamación grave y progresiva o pulpitis irreversible que evolucionará necesariamente hacia la necrosis o muerte pulpar.

Las caries poco profundas, la exposición de los túbulos dentinarios, los tallados protésicos poco agresivos, ciertos traumatismos o iatrogenia en la terapéutica restauradora pueden producir una pulpitis reversible, ya sea asintomática o sintomática, aunque la mayoría de ellas son asintomáticas. Si existen síntomas son producidos por estímulos: frío, calor, azúcares, roce o por la impactación alimentaria en la cavidad careada. Aunque puedan provocar dolor intenso, éste es de muy escasa duración y cede al suprimir el estímulo.

### **5.3.2.1.-CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PULPARES**

Existe una gran cantidad de clasificaciones y terminologías publicadas por investigadores, muy razonadas y de gran valor científico, pero que han provocado controversias y disidencias. En lo que todos los autores están de acuerdo es que no existe correlación entre los hallazgos histopatológicos y los síntomas clínicos. Generalmente en los trabajos de investigación se hacían cortes insuficientes y se cometían errores en su interpretación.

Se acepta que las clasificaciones netamente histopatológicas son importantes en la investigación científica y con fines académicos para entender los procesos reaccionales pulpares; por otra parte debe preferirse una clasificación clínica para ayudar al profesional a decidir con precisión el mejor tratamiento.

La mayoría de los autores clasifican las enfermedades pulpares en procesos inflamatorios o pulpitis, procesos regresivos y degenerativos o pulposis y muerte pulpar o necrosis.

### **5.3.2.2.- PULPITIS**

La pulpitis es la inflamación dolorosa de la pulpa dentaria. La provocan principalmente la caries y los traumatismos dentarios.

Puede clasificarse como:

### **5.3.2.3.- PULPITIS REVERSIBLE**

Es una condición inflamatoria suave a moderada de la pulpa causada por diversos estímulos, en la cual la pulpa es capaz de regresar al estado no inflamatorio después de retirado el estímulo<sup>35</sup>. Se caracteriza por ser un dolor no localizado, agudo y que cede después de aplicar un estímulo doloroso.

### **5.3.2.4.- PULPITIS IRREVERSIBLE**

Es una condición inflamatoria persistente de la pulpa, causada por un estímulo nocivo. Puede presentarse sintomática o asintomática. Se presenta como un dolor crónico, localizado, que no cede después de aplicar un estímulo doloroso y que aumenta con el calor y disminuye con el frío. La pulpitis irreversible deberá ser tratada siempre, ya que no se puede recuperar, haciendo una endodoncia o, si el diente es insalvable, una extracción.

### **5.3.3.- HALITOSIS**

La halitosis es un síntoma o un signo caracterizado por mal aliento u olor desagradable de la cavidad oral.

Tiene una gran prevalencia en la población general, puesto que se estima que más del 50% de las personas la padecen. Casi todo el mundo presenta halitosis al despertar por

---

<sup>35</sup>[HTTP:// WWW.PROTESISDENTALJLC.COM/ENFERMEDADESDENTALES](http://www.protesisdentaljlc.com/enfermedadesdentales)

la mañana, después de varias horas de sueño nocturno, cuando las estructuras de la boca han estado en reposo y la producción de saliva ha sido muy escasa.

#### **5.3.3.1.- ETIOLOGÍA DE LA HALITOSIS**

Las causas de la halitosis pueden ser múltiples, desde escasa higiene bucal, hasta enfermedades tan graves como el cáncer de pulmón.

El mal olor de la boca se produce por descomposición bacteriana de restos de alimentos entre los dientes, de saliva, de células de la mucosa oral o de sangre, que produce sustancias volátiles como ácidos grasos simples como el ácido butírico, ácido propiónico, ácido valérico y componentes de sulfurados derivados de las proteínas como la putrescina y cadaverina<sup>36</sup>. Debido a esta producción de sustancias, más del 90% de las halitosis tienen su origen en la cavidad oral y cuando no existe patología, suele ser por higiene bucal escasa.

#### **5.3.4.- ENFERMEDAD PERIODONTAL.**

La enfermedad periodontal afecta las encías y los tejidos que sostienen los dientes.

La **GINGIVITIS**, una inflamación de las encías caracterizada por enrojecimiento, inflamación y en ocasiones sangrado, es una forma común de enfermedad periodontal.

La acumulación de sarro (una película dura de partículas de alimentos y bacterias que se

---

<sup>36</sup>[HTTP:// WWW.PROTESISDENTALJC.COM/ENFERMEDADESDENTALES](http://www.protesisdentaljc.com/enfermedadesdentales)



acumula sobre los dientes) suele causar este trastorno<sup>37</sup>. La gingivitis es casi siempre el resultado de cepillarse y limpiarse con hilo dental inadecuadamente. Cuando la gingivitis no se trata, puede resultar en **PERIODONTITIS**, un trastorno en el cual las encías alrededor de los dientes se aflojan y se forman acumulaciones de bacterias y pus, en ocasiones dañando al hueso de sostén y provocando la pérdida de dientes.

---

<sup>37</sup> Lindhe Jan. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Tercera edición. Editorial Panamericana.2001.

## CAPITULO VI

### 6.1.- METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 6.1.1.- MÉTODOS:

Para desarrollar la presente investigación se utilizaron los siguientes métodos.

##### 6.1.1.1.- MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN:

- ✓ Investigación Bibliográfica: Este estudio investigativo se basó en la información bibliográfica encontrada en libros e información electrónica extraída de internet
- ✓ Investigación de campo: Porque este tipo de investigación permitió recopilar datos personales, familiares y conocer la salud dental actual de los escolares y su grado educacional sobre la salud dental, para reconocer cuáles son sus falencias.

##### 6.1.1.2.- NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- ✓ **-Exploratoria:** Una de las principales inquietudes de los investigadores, fue el detectar un índice cariogénico elevado llegando en ciertas ocasiones a la pérdida prematura de los dientes temporales de los infantes, despertando en ellos el interés de conocer las causas y la manera de prevenir el problema encontrado.
- ✓ **-Descriptiva:** Mediante la técnica del árbol del problema se establecieron causas y efectos producidos por la falta de higiene que conlleva a la presencia de caries.

- ✓ **-Analítica:** En esta parte de la investigación se analizaron las normas de higiene bucales, técnica de cepillado, uso de dentífrico, uso de hilo dental, utilización de flúor, empleo de colutorios, y si es efectiva la utilización de sellantes.
- ✓ **-Sintética:** Al final de la investigación se llegará a establecer conclusiones en base a los métodos de encuesta, y la investigación bibliográfica.
- ✓ **-Propositiva:** Se recomendará establecer charlas educativas a los padres, alumnos y maestros así como integrar a la institución con programas educativos por parte del ministerio de salud.

#### **6.1.2.- TÉCNICAS:**

Se apoyó en las siguientes técnicas:

- ✓ Técnica de fichaje
- ✓ Técnica de la encuesta.
- ✓ Muestra.

#### **6.1.3.- INSTRUMENTOS**

Para desarrollar esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

- ✓ Formulario de encuesta.
- ✓ Fichas bibliográficas.
- ✓ Fichas clínicas.
- ✓ Fichas nemotécnicas.

#### **6.1.4.- PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS:**

- ✓ La tabulación de datos se realizó en forma manual con el programa Excel de la presentación Microsoft Office para Windows.

### **6.1.5.- POBLACIÓN:**

- ✓ La población la constituye (379) alumnos matriculado en la escuela ENNA ALÍ GUILLEM atendidos en programa escolar en el Subcentro San Cristóbal.

### **6.1.6.- MUESTRA:**

- ✓ Al ser la población muy numerosa se aplicó la siguiente fórmula para seleccionar la muestra:

**n**= muestra/75

**Z**= estimativo estadístico/ 0.96%

**P**= probabilidad de ocurrencia/50

**Q**= probabilidad de no ocurrencia/50%

**N**= población/379

**e**= margen de error/5%

$$N = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{Z^2 \times P \times Q + N^2}$$

$$N = \frac{(0,96)^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 379}{(0,96)^2 \times 0,5 \times 0,5 + 379 \times (0,05)^2}$$

$$N = \frac{0,9216 \times 0,5 \times 0,5 \times 379}{0,9216 \times 0,5 \times 0,5 + 379 \times 0,0025}$$

$$N = \frac{79,2576}{0,9216 \times 0,5 \times 0,5 + 0,86}$$

$$N = \frac{79,2576}{1,0904}$$

$$N = 75$$

## 6.2.- MARCO ADMINISTRATIVO:

### 6.2.1 RECURSOS:

En esta investigación se utilizaron los siguientes recursos:

#### 6.2.1.1.- RECURSOS HUMANOS

- ✓ Equipo de investigadores: Mayra Farfán C. y Ricardo Montesdeoca J.
- ✓ Director de Tesis: Dra. Lilian Bowen Mendoza.

- ✓ Niños de la escuela ENNA ALÍ GUILLEM
- ✓ Padres de familia de la escuela ENNA ALÍ GUILLEM.

#### **6.2.1.2.- RECURSOS MATERIALES:**

- ✓ Fotocopias
- ✓ Internet
- ✓ Viáticos
- ✓ Suministros
- ✓ Materiales de oficina
- ✓ Encuadernación
- ✓ Digitación
- ✓ Imprevistos

#### **6.2.1.3.- RECURSOS ECONÓMICOS**

Los gastos económicos que se utilizaron en el desarrollo de la tesis, están cubiertas por los investigadores y tuvo un costo total de \$ 289.5 dólares.

#### **6.3.- DESARROLLO METODOLÓGICO**

El desarrollo de esta tesis se dio de la siguiente manera:

En la **primera semana de marzo** se inició el seminario sobre metodología y técnicas de la investigación, dentro de los tres primeros días de seminario, se eligió el problema a investigar.

Entre la **primera y segunda semana de marzo** se elaboró el proyecto

Dentro de la **última semana de marzo y la primera de abril**, se presentó el borrador, recibimos correcciones y devolvimos a la Carrera nuestra presentación final del proyecto.

En la **segunda semana de abril** nos presentamos ante el tribunal de tesis de la carrera de odontología para defender nuestro proyecto, luego de dos días nos dieron por aprobado el proyecto.

A partir de la **tercera semana de abril**, iniciamos el desarrollo del marco teórico terminando para la **primera semana de junio**.

La aplicación de los instrumentos de campo se desarrolló durante las **dos últimas semanas de junio**.

**Se realizó encuestas tanto a padres como a niños para conocer sus hábitos de higiene y su salud oral, como nuestra población encuestada incluye a niños, se realizaron preguntas de fácil entendimiento para ellos.**

La tabulación y el análisis de los datos se hicieron entre la **primera semana de julio**.

En la **segunda semana de julio** elaboramos el diseño de la propuesta.

En la **cuarta semana de julio** se dio paso a la revisión que realizaría el tribunal de la carrera de Odontología.

En la **cuarta semana de julio** nos presentamos a la sustentación privada de la tesis.

De acuerdo a las sugerencias obtenidas por el tribunal en la sustentación privada, realizamos de manera definitiva la tesis entre la **cuarta semana de julio y la primera de agosto**.

La **primera semana de agosto** presentamos los ejemplares y copias de tesis, previo a la sustentación pública.

Finalmente la **tercera semana de agosto** se realiza la sustentación pública de la tesis.

## **6.4.- CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

### **6.4.1.- VARIABLES**

#### **6.4.1.1.- V. INDEPENDIENTE**

- ✓ Prevención

### **CONCEPTUALIZACIÓN**

La higiene dental nos permitirá prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la caries. Pero una higiene dental debe realizarse de la forma y con las herramientas adecuadas. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva.

### **OPERALIZACIÓN**

Esta variable fue controlada mediante técnicas de observación y a través de entrevistas que van hacer aplicadas a las personas inmersas en nuestra investigación.

#### **6.4.1.2.- V. DEPENDIENTE**

Salud Oral.

### **CONCEPTUALIZACIÓN**

La salud oral está muy ligada al bienestar general del ser humano. Por ejemplo, la capacidad de masticar permite obtener los nutrientes necesarios para el funcionamiento del organismo. Por tal motivo, cuando se presentan problemas bucales muchos aspectos de la vida se ven afectados de manera negativa. Surgen dificultades en la comunicación y la autoestima baja.



## **OPERALIZACIÓN**

Esta variable fue controlada mediante una técnica de observación y a través de las encuestas y entrevistas que se aplican a los investigados.

### **6.4.1.3.- VARIABLES INTERVINIENTES**

- Dieta e hidratación adecuadas.
  
- Dentífricos.
  
- Mecanismos Cariostáticos Naturales.
  
- Frecuencia del Cepillado.
  
- Tipos de Pastas Dentales.
  
- Medios Auxiliares de la Higiene Bucal.

## CAPITULO VII

### 7.1 ANALISIS E INTERPRETACIÓN

#### 7.1.1.-RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS TERCEROS Y QUINTOS AÑOS BASICO DE LA ESCUELA “ENNA ALÍ GUILLEM”

##### GRAFICUADRO N° 1

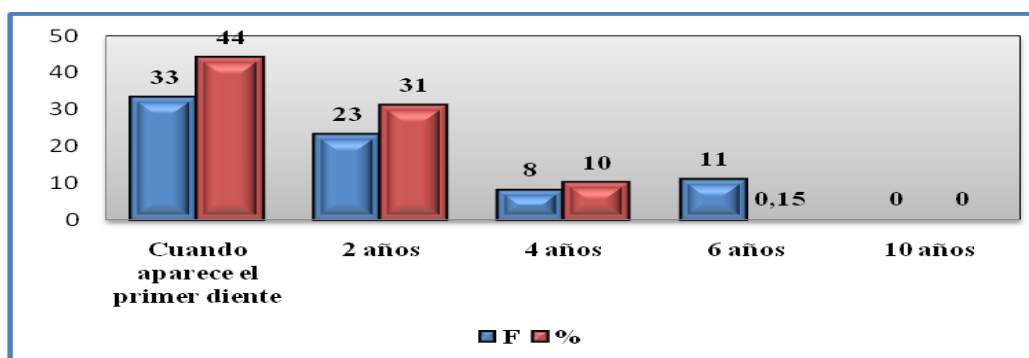
##### EDAD CORRECTA PARA COMENZAR CON EL CUIDADO DE LOS DIENTES DE LOS NIÑOS.

1) ¿Sabe usted cual es la edad correcta para comenzar con el cuidado de los dientes de sus hijos?

ALTERNATIVAS	F	%
Cuando aparece el primer diente	33	44%
2 años	23	31%
4 años	8	10%
6 años	11	15%
10 años	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los terceros y quintos años básico de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”

AUTORES: Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente gráfico podemos observar que de 75 padres de familia, 33 de ellos que corresponden al 44%, manifestaron cuando aparece el primer diente, 23 padres con un 31%, opinan que es a partir de los dos años, 8 de ellos con un 10% piensan que es a los cuatro años, 11 padres representado en un 15% manifestaron que a los diez años.

**“El cuidado de los dientes debe empezar tan pronto salen los dientes de leche”.**

**Como lo refiere [HTTP://UAA.MX](http://UAA.MX).**

De esto podemos concluir que más de la mitad de los padres desconocen la edad correcta para comenzar con la limpieza de los dientes de los niños.

## GRAFICUADRO N° 2

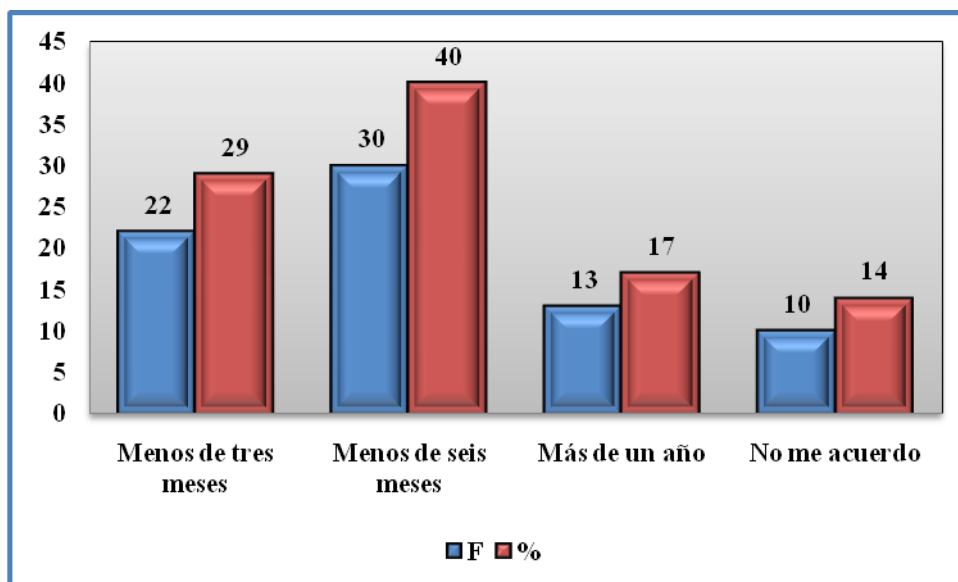
### LA ÚLTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO

¿Cuándo fue la última vez que llevó al niño con el Odontólogo?

ALTERNATIVAS	F	%
Menos de tres meses	22	29%
Menos de seis meses	30	40%
Más de un año	13	17%
No me acuerdo	10	14%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los terceros y quintos años básico de la escuela "ENNA ALÍ GUILLEM"

AUTORES: Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente gráfico podemos observar que de 75 padres de familia, 22 de ellos que corresponden al 29%, han llevado al niño a la visita odontológica hace menos de tres meses, 30 padres con un 40%, contestaron que los llevaron hace menos de 6 meses, 13 de ellos con un 17%, manifestaron que llevaron niño a la consulta luego de un año, 10 padres representado en un 14% respondieron que no se acuerdan.

**“El mejor recurso existente para una profilaxis o limpieza oral adecuada, proviene de la visita periódica cada seis meses a su profesionalista dental....”**. Tal como lo refiere [HTTP://UAA.MX](http://UAA.MX).

De todo esto podemos concluir que la mayoría de los padres de familia llevan a sus hijos a visitas periódicas al odontólogo eso nos indica que gran parte de ellos le prestan una gran importancia al cuidado de los dientes de los niños.

### GRAFICUADRO N° 3

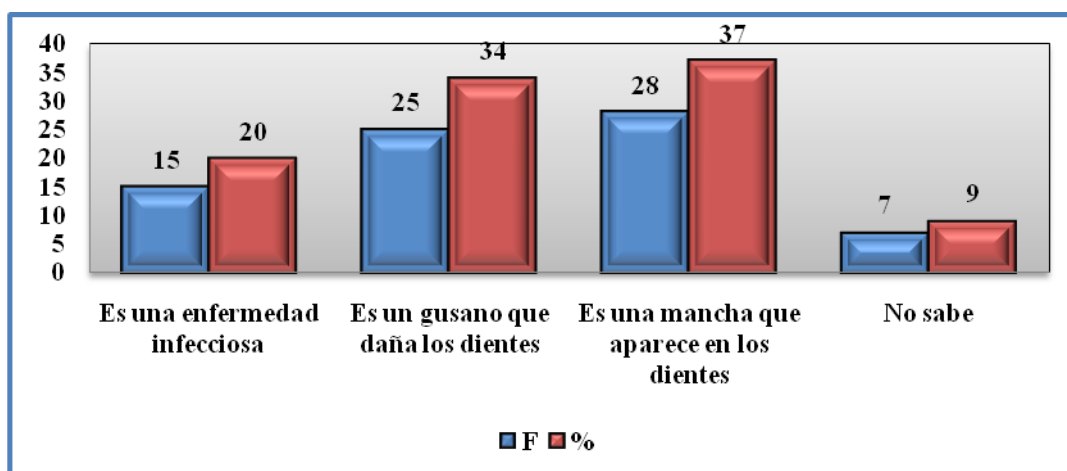
#### CONCEPTO DE CARIES

¿Sabe usted como se forma la caries?

ALTERNATIVAS	F	%
Es una enfermedad infecciosa	15	20%
Es un gusano que daña los dientes	25	34%
Es una mancha que aparece en los dientes	28	37%
No sabe	7	9%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los terceros y quintos años básico de la escuela "ENNA ALÍ GUILLEM"

AUTORES: Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



## **ANALISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente gráfico podemos observar que de 75 padres de familia, 15 de ellos que corresponden al 20%, dicen que es una enfermedad infecciosa, 25 padres con un 34%, opinan que es un gusano que daña los dientes, 28% de padres representando el 37% opinan que es una mancha que aparece en los dientes, y finalmente 7 padres que constituyen un 9% manifestaron que no saben.

*“La caries dental es posiblemente la enfermedad más frecuente, enfermedad producida por bacterias acidógenas que provocan la destrucción progresiva de la estructura mineral del diente” tal como lo refiere [HTTP://WWW.MAPFRE.COM](http://www.mapfre.com).*

De todo esto podemos concluir que los padres tienen el desconocimiento de lo que es la caries por lo que no le prestan atención cuando esta se presenta en los niños.

## GRAFICUADRO N° 4

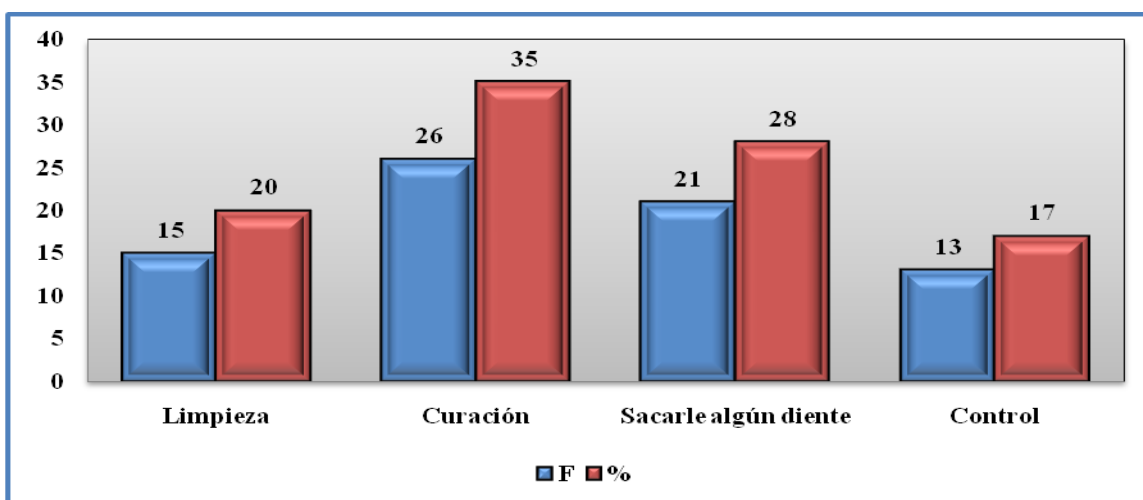
### MOTIVOS POR EL CUAL LLEVÓ AL NIÑO AL ODONTÓLOGO

¿Por qué llevó usted al niño al Odontólogo?

ALTERNATIVAS	F	%
Limpieza	15	20%
Curación	26	35%
Sacarle algún diente	21	28%
Control	13	17%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los terceros y quintos años básico de la escuela "ENNA ALÍ GUILLEM"

AUTORES: Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.





## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente gráfico se puede apreciar que de 75 padres de familia, 15 de ellos que corresponden al 20%, han llevado al niño para limpieza, 26 padres con el mayor porcentaje de un 35%, manifiestan que llevan al niño para que le realicen curaciones, 21 de ellos con un 28%, los llevan para sacarle algún diente, 13 padres representado en un 17%, los llevan para realizarles el control adecuado que deben realizarle.

*“Para el dentista, una solución práctica es clasificar los métodos en aquellos que suponen el tratamiento del paciente en el consultorio y aquellos que deben llevar a cabo el paciente en su casa. Aunque en el segundo caso los pacientes no serán supervisados profesionalmente, es el dentista quien debe instruirles” tal como lo refiere Alvin L Morris, Harry M. Bohannon, Daniel P. Casullo. Editorial Labor S.A.*

De todo esto podemos concluir que los padres desconocen la importancia de brindarles la atención preventiva a sus niños.

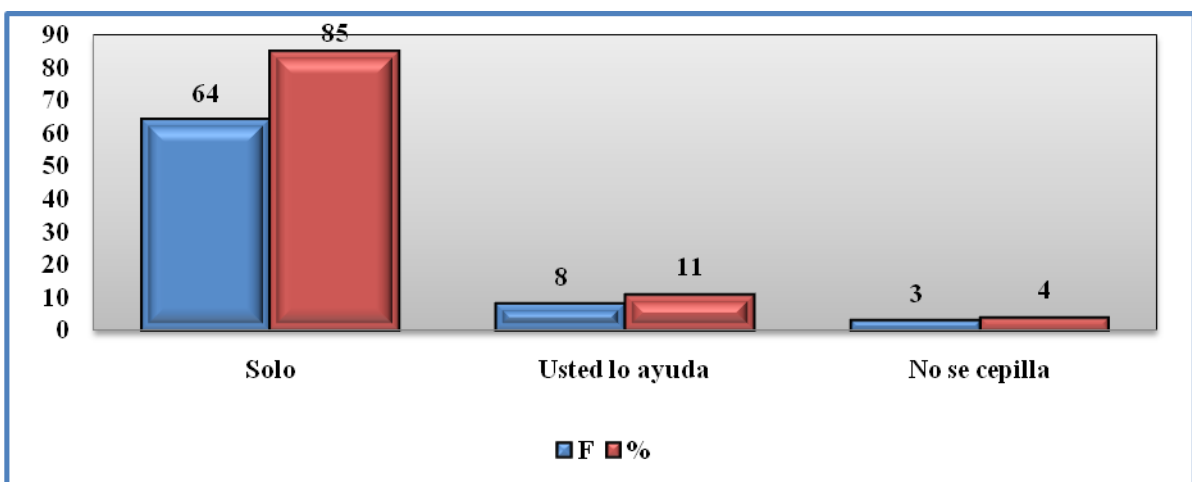
**GRAFICUADRO N° 5**  
**EL NIÑO REALIZA EL CEPILLADO**

**¿El niño realiza su cepillado?**

ALTERNATIVAS	F	%
Solo	64	85%
Usted lo ayuda	8	11%
No se cepilla	3	4%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuesta realizada a los padres de familia de los terceros y quintos años básico de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”

**AUTORES:** Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente gráfico podemos observar que de 75 padres de familia, 64 de ellos que corresponden al 85%, manifestaron que el niño realiza el cepillado solo, 8 de ellos con un 11%, ayudan al niño a realizarse el cepillado, 3 padres con un porcentaje del 4%, manifestaron que no se cepillan.

*“...Normalmente, el niño intenta lavárselos el solo desde los tres años de edad sin embargo, no se puede esperar que lo haga correctamente hasta los ocho años y, por lo tanto, dependerá de la ayuda e indicaciones diarias de sus padres durante mucho tiempo.....”. Tal como lo refiere Hubertus J.M Van Waes. Paul W. Stockli 2002.*

De todo esto podemos concluir que la mayoría de los padres no supervisa la higiene oral de los niños dejando la responsabilidad a los pequeños sin saber si ellos lo realizan de una manera adecuada.

## GRAFICUADRO N° 6

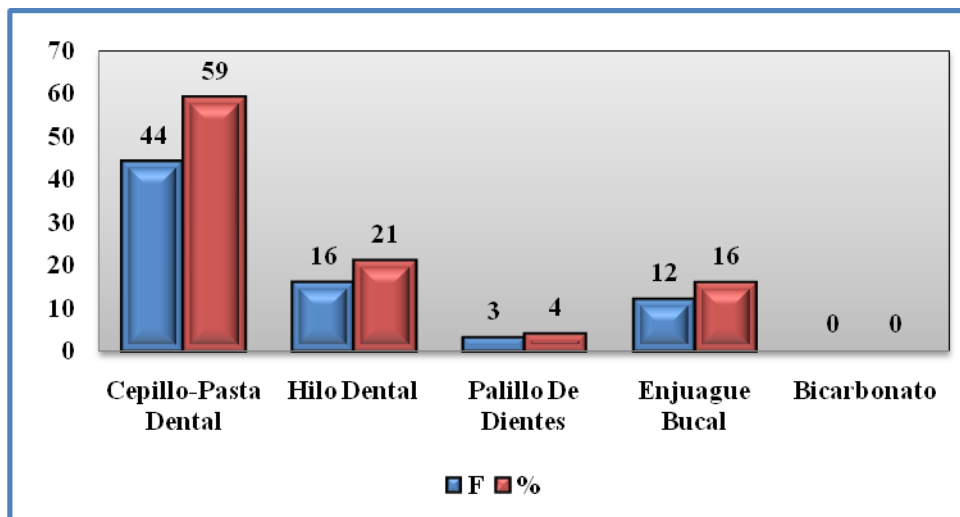
### ELEMENTOS UTILIZADOS PARA LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES

**¿Cuál de estos elementos utiliza usted y su niño para realizar la limpieza de los dientes?**

ALTERNATIVAS	F	%
Cepillo-Pasta Dental	44	59%
Hilo Dental	16	21%
Palillo De Dientes	3	4%
Enjuague Bucal	12	16%
Bicarbonato	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuesta realizada a los padres de familia de los terceros y quintos años básico de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”

**AUTORES:** Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En el graficuaadro N°6 observamos que de los 75 padres de familia, 44 de ellos que representan el 59% contestaron que el niño utiliza para la limpieza de sus dientes el cepillo y la pasta dental, 16 padres con un 21% dicen que utilizan sólo el hilo dental, 3 padres con un 4% utilizan palillo de dientes, 12 padres con el 16% contestaron que utilizan enjuague bucal.

*“...el control mecánico de la placa bacteriana se realiza de manera fundamental por medio del cepillado y uso del hilo dental. El control mecánico del biofilm dental, efectuando en el hogar o a nivel profesional, es un método muy eficaz para el control del desarrollo y progresión de la caries dental, cuando se combinan con el huso del dentífrico fluorado.” Tal como lo refiere Léa Assed Bezerra de Silva. 2008.*

De esta manera podemos concluir que la mayoría utiliza cepillo y pasta dental para realizar la limpieza oral lo cual por factores económicos solo cumplen con los elementos básicos para esta actividad de tanta importancia.

## GRAFICUADRO N° 7

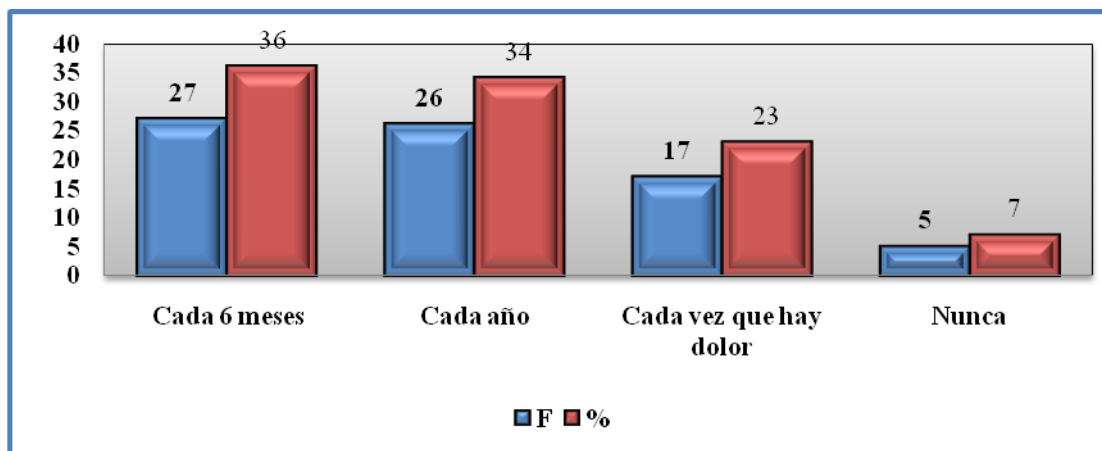
### FRECUENCIA CON QUE LLEVA AL NIÑO A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

¿Cada qué tiempo lleva a su niño a la consulta odontológica?

ALTERNATIVAS	F	%
Cada 6 meses	27	36%
Cada año	26	34%
Cada vez que hay dolor	17	23%
Nunca	5	7%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los terceros y quintos años básico de la escuela "ENNA ALÍ GUILLEM"

AUTORES: Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



## **ANALISIS E INTERPRETACIÓN:**

Como se ha podido observar en el graficuaadro N° 7, que de 75 padres de familia, 27 de ellos que corresponden al 36%, llevan al niño cada 6 meses, 26, padres con un 34%, los llevan cada año, 17 de ellos con un 23%, los llevan cada vez que hay dolor, 5 padres representado en un 7% manifestaron que nunca llevan al niño.

*“Las revisiones periódicas sirven para detectar posibles nuevas caries y para controlar dientes con caries en tratamiento.” Tal como lo refiere [HTTP://WWW.MAPFRE.COM](http://www.mapfre.com).*

De todo esto podemos concluir que la mayoría de los padres no descuidan la visita odontológica del niño, y 17 de estos sólo llevan al niño cuando este tiene dolor.

## GRAFICUADRO N°8

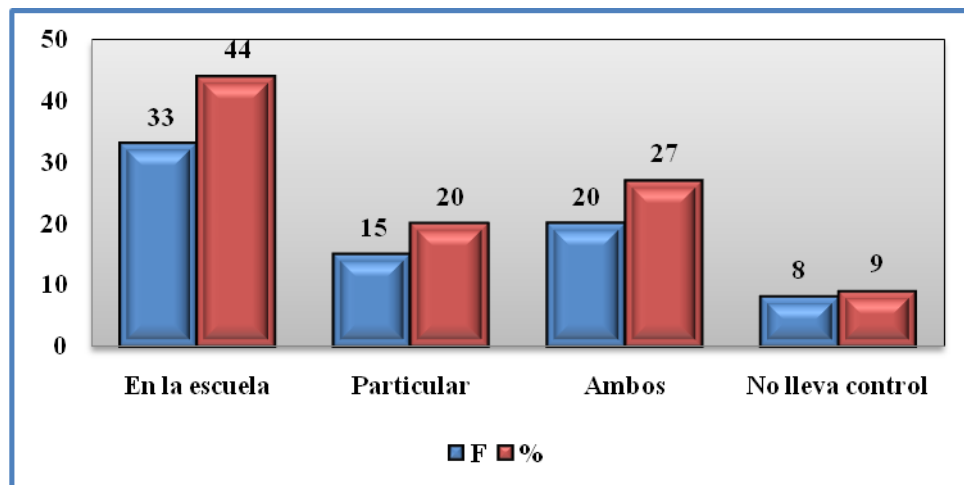
### ATENCIÓN ODONTOLÓGICA RECIBIDA

¿La atención odontológica que recibe su niño es en?

ALTERNATIVAS	F	%
En la escuela	33	44%
Particular	15	20%
Ambos	20	27%
No lleva control	8	9%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los terceros y quintos años básico de la escuela "ENNA ALÍ GUILLEM"

AUTORES: Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.





## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente graficuarro podemos observar que de 75 padres de familia, 33 de ellos que corresponden al 44%, manifestaron que la única atención es en la escuela, 15 padres con un 20%, opinan que la única atención odontológica que recibe es de forma particular, 20 de ellos con un 27%, expresan que la atención la reciben tanto en la escuela como particular, 8 padres representado en un 9% manifiestan que el niño no lleva atención odontológica.

*“La educación sanitaria se desarrolla de forma semi comunitaria, de manera que es asumida por la comunidad escolar. Los jardines de infancia y las escuelas son los lugares donde se puede acceder aquellos niños que están poco atendido en el ámbito privado” Tal como lo refiere Hubertus J.M Van Waes. Paul W. Stockli 2002.*

De todo esto podemos concluir que el 9% de los padres encuestados no saben de la importancia de brindarle la atención odontológica a su hijo.

## GRAFICUADRO N°9

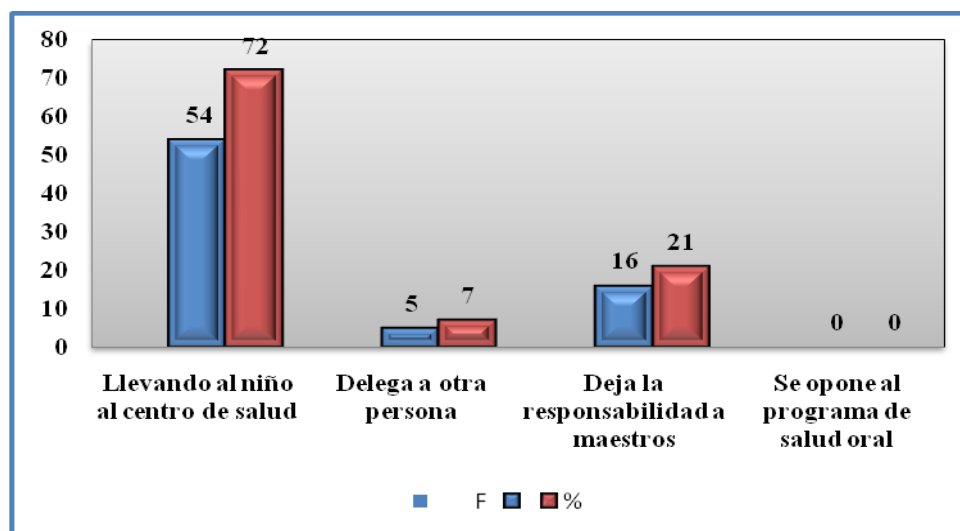
### COLABORACIÓN EN EL PROGRAMA DE SALUD ORAL QUE LLEVA LA ESCUELA

**¿De qué manera usted colabora en el programa de salud oral que lleva la escuela?**

ALTERNATIVAS	F	%
Llevando al niño al centro de salud	54	72%
Delega a otra persona	5	7%
Deja la responsabilidad a maestros	16	21%
Se opone al programa de salud oral	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuesta realizada a los padres de familia de los terceros y quintos años básico de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”

**AUTORES:** Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente graficadro podemos observar que de 75 padres de familia, 54 de ellos que resulta el 72%, colabora en el programa de salud oral que lleva la escuela siendo este el mayor porcentaje, 5 padres con un 7%, opinan que delegan a otra persona, 16 de ellos con un 21% dejan la responsabilidad a los maestros, 16 padres representado en un 21% manifestaron que se oponen al programa de salud oral.

De todo esto podemos concluir los padres de familia si colaboran con los programas de salud oral que lleva la escuela.

## GRAFICUADRO N°10

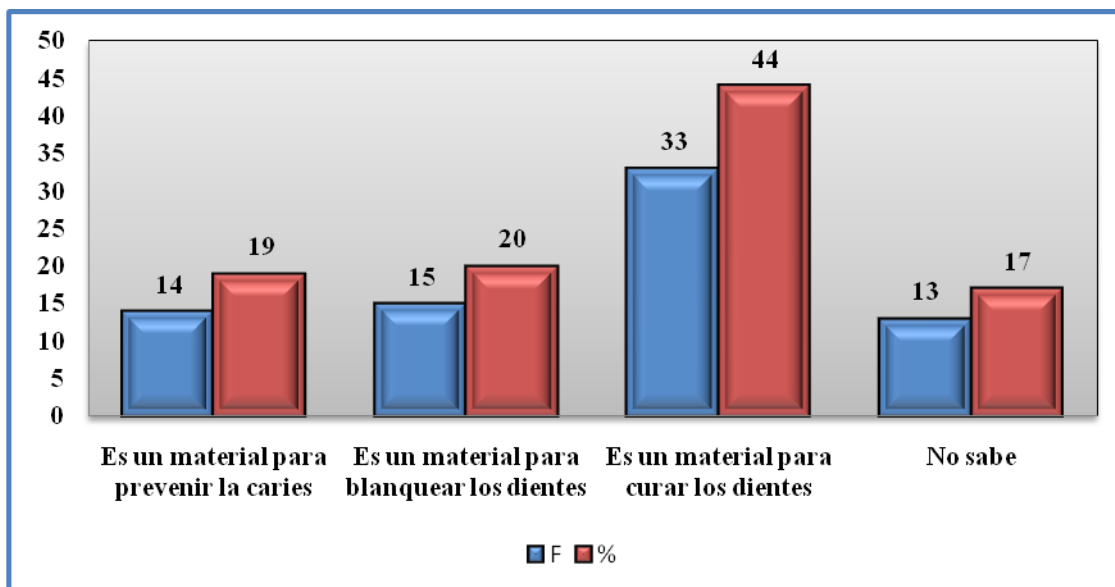
### SELLANTES DENTALES

#### ¿Qué son los sellantes dentales?

ALTERNATIVAS	F	%
Es un material para prevenir la caries	14	19%
Es un material para blanquear los dientes	15	20%
Es un material para curar los dientes	33	44%
No sabe	13	17%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los terceros y quintos años básico de la escuela "ENNA ALÍ GUILLEM"

AUTORES: Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente graficadro podemos observar que de 75 padres de familia, 14 de ellos que equivale al 19%, opinaron que es un material para prevenir la caries, 15 padres con un 20%, opinan que es un material para blanquear los dientes, 33 de ellos con un 44%, contestaron que es un material para curar los dientes, 13 padres representado en un 17% manifestaron que no saben que son los sellantes.

**“Los selladores son para prevenir la caries que pueda formarse en los surcos y hoyos propios de la anatomía de los dientes.” Tal como lo refiere [HTTP:// WWW. Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://www.monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados).**

De todo esto podemos concluir que gran parte de los padres encuestados no tienen conocimiento de lo que son los sellantes ni la importancia que es la aplicación del sellante en sus niños.

## GRAFICUADRO N°11

### UTILIZACIÓN DE LA FRASE EN FORMA DE AMENAZA, “SI TE PORTAS

### MAL TE LLEVO AL ODONTÓLOGO”

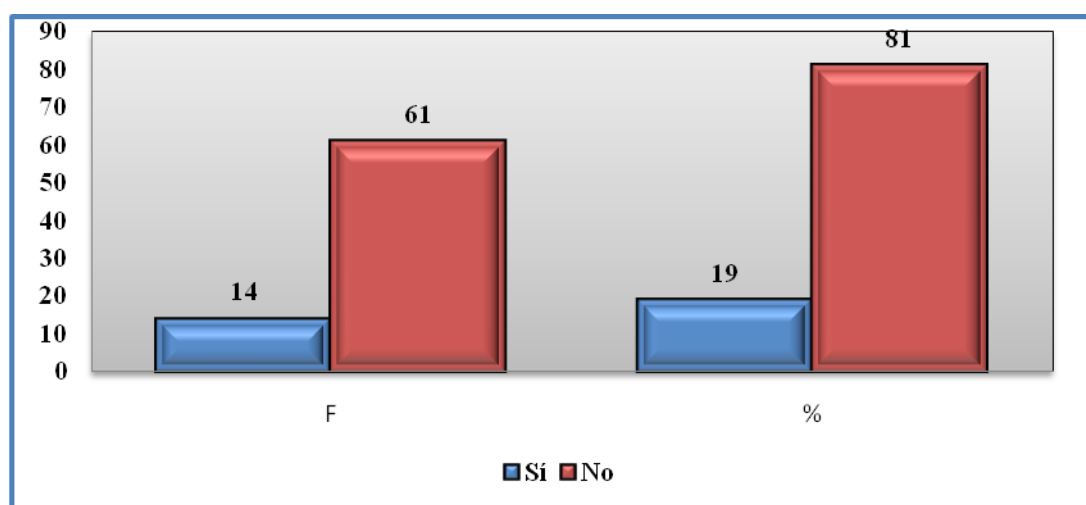
¿Ha utilizado la frase en forma de amenaza

“si te portas mal te llevo al odontólogo”

ALTERNATIVAS	F	%
Sí	14	19%
No	61	81%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los terceros y quintos años básico de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”

AUTORES: Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



## **ANALISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente graficadro podemos observar que de 75 padres de familia, 14 de ellos que equivalen el 19%, sí han utilizado esa frase, 61 padres con un 81%, manifestaron que no utilizan esa frase.

*“Muchos adultos justifican su miedo al dentista partiendo de experiencias negativas vividas en la niñez y pueden transmitir ese rechazo al niño, sin darse cuenta, al hacer manifestaciones irreflexivas al respecto.....”* Tal como lo refiere **Hubertus J.M Van Waes. Paul W. Stockli 2002.**

De esto podemos concluir que la mayoría de los padres no utilizan esa frase.

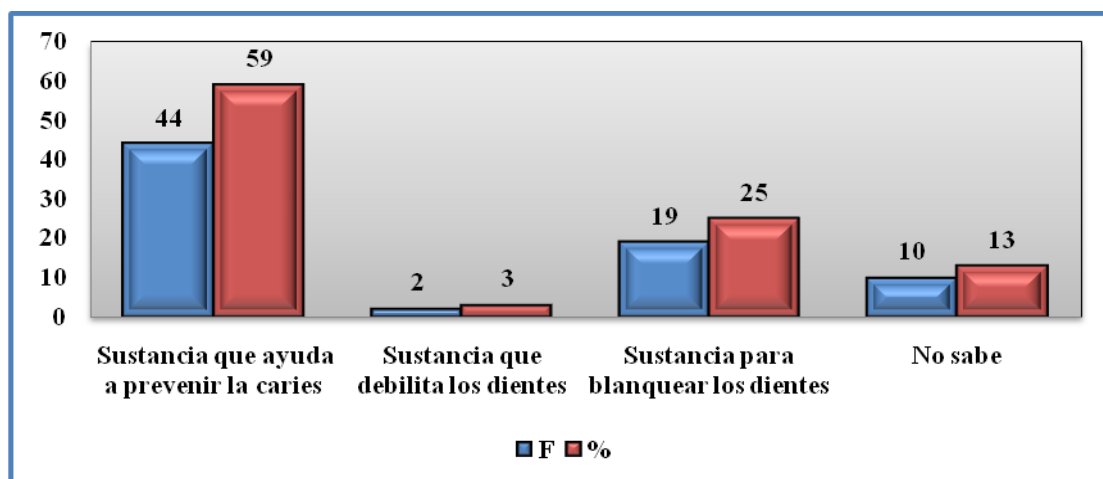
## GRAFICUADRO N°12

### EL FLÚOR ¿Qué es el flúor?

ALTERNATIVAS	F	%
Sustancia que ayuda a prevenir la caries	44	59%
Sustancia que debilita los dientes	2	3%
Sustancia para blanquear los dientes	19	25%
No sabe	10	13%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuesta realizada a los padres de familia de los terceros y quintos años básico de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”

**AUTORES:** Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.





## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente graficoadro podemos observar que de 75 padres de familia, 44 de ellos que corresponden al 59%, manifestaron que es una sustancia que ayuda a prevenir la caries, 2 padres con un 3%, opinan que es una sustancia que debilitan los dientes, 19 de ellos que resulta un 25% piensan que es una sustancia para blanquear los dientes, 10 padres representado en un 13% manifestaron que no saben.

*“El objetivo de la utilización del flúor es intentar dar más resistencia al diente contra la caries” tal como lo refiere [HTTP:// WWW. Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://www.monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados).*

De todo esto podemos concluir la mayor parte de los padres si tienen el conocimiento y saben de la importancia del flúor.

## GRAFICUADRO N°13

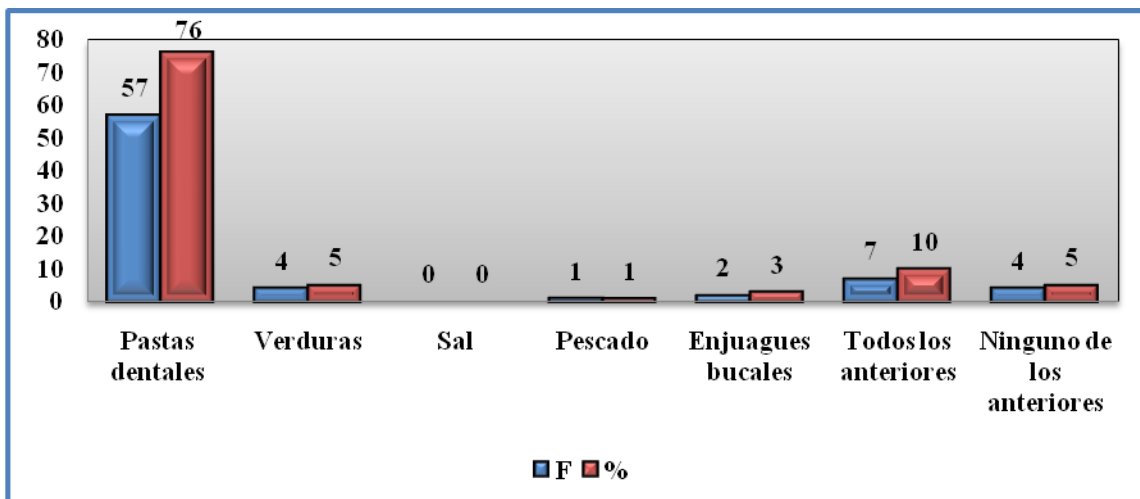
### PRODUCTOS EN DONDE SE ENCUENTRA EL FLÚOR

**¿En qué productos encontramos el flúor?**

ALTERNATIVAS	F	%
Pastas dentales	57	76%
Verduras	4	5%
Sal	0	0%
Pescado	1	1%
Enjuagues bucales	2	3%
Todos los anteriores	7	10%
Ninguno de los anteriores	4	5%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuesta realizada a los padres de familia de los terceros y quintos años básico de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”

**AUTORES:** Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente graficoadro podemos observar que de 75 padres de familia, 57 de ellos con un 76%, manifestaron que el flúor se encuentra en las pastas dentales, 4 padres con un 5%, opinan que se encuentra en las verduras, la sal ;con un 0%, 2 con un 3%, opinan que en los enjuagues bucales , 7 padres con un 10% manifestaron que se encuentra en todos los anteriores, 4 padres con el 5% dicen que no se encuentra en ninguno de los anteriores.

*“Los fluoruros están muy repartidos en la naturaleza y están presentes en el agua dulce el agua salada el pescado las verduras la leche y los compuestos orgánicos” así como lo refiere Cameron.R.Widmer. 2000.*

De todo esto podemos concluir que la mayor parte de los encuestados piensan que el flúor sólo lo van a encontrar en pastas dentales desconociendo que también lo encuentran en otros productos y alimentos.

**RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS NIÑOS DE LOS  
TERCEROS Y QUINTOS AÑOS BASICO DE LA ESCUELA “ENNA ALÍ  
GUILLEM”**

**GRAFICUADRO N°1**

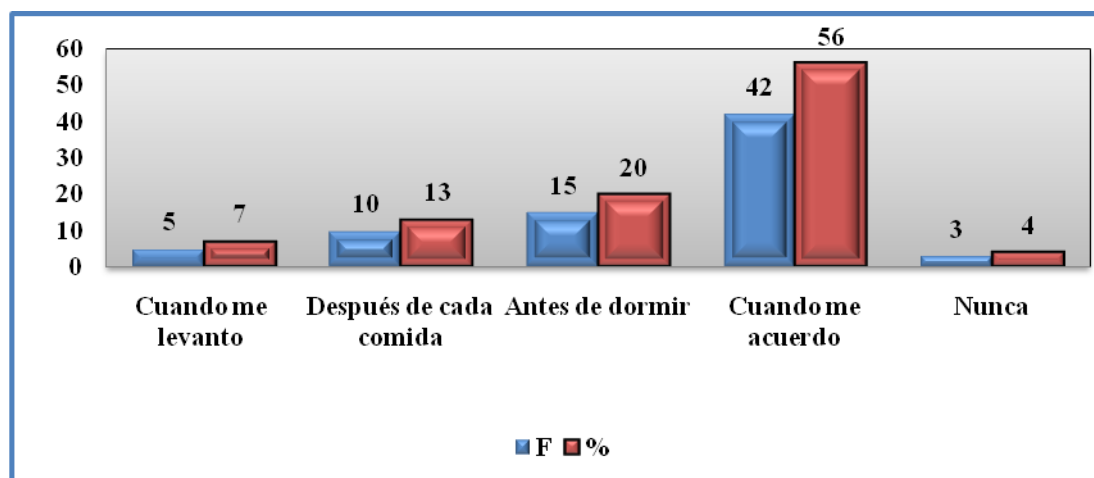
**TE CEPILLAS LOS DIENTES**

**¿Cuándo te cepillas los dientes?**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Quando me levanto	5	7%
Después de cada comida	10	13%
Antes de dormir	15	20%
Quando me acuerdo	42	56%
Nunca	3	4%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuesta realizada a los niños de los terceros y quintos años básico de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”

**AUTORES:** Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente graficcuadro podemos observar que de 75 niños, 5 de ellos con un 7%, se cepillan los dientes sólo cuando se levantan, 10 niños con un 13%, contestaron que se cepillan después de cada comida, 15 de ellos con un 20%, lo hacen antes de dormir, 42 niños con un 56% manifestaron que se cepillan cuando se acuerdan, 3 niños con el 4% dicen que nunca se cepillan los dientes.

*“Los jóvenes y las personas con propensión a la caries dental deben cepillarse entre los 10 minutos posteriores de cada comida y antes de dormir. Si las personas no se cepillan minuciosamente, de hacerlo después de cada comida, antes de dormir el cepillado nocturno es muy importante porque durante el sueño disminuye la secreción salival.” Tal como lo refiere [HTTP:// W.W.W.MONOGRAFIAS.COM](http://W.W.W.MONOGRAFIAS.COM).*

De todo esto podemos concluir que la mayoría de los niños no tienen un buen hábito del cepillado desconociendo de esta manera los problemas que se producirán a corto plazo.

## GRAFICUADRO N°2

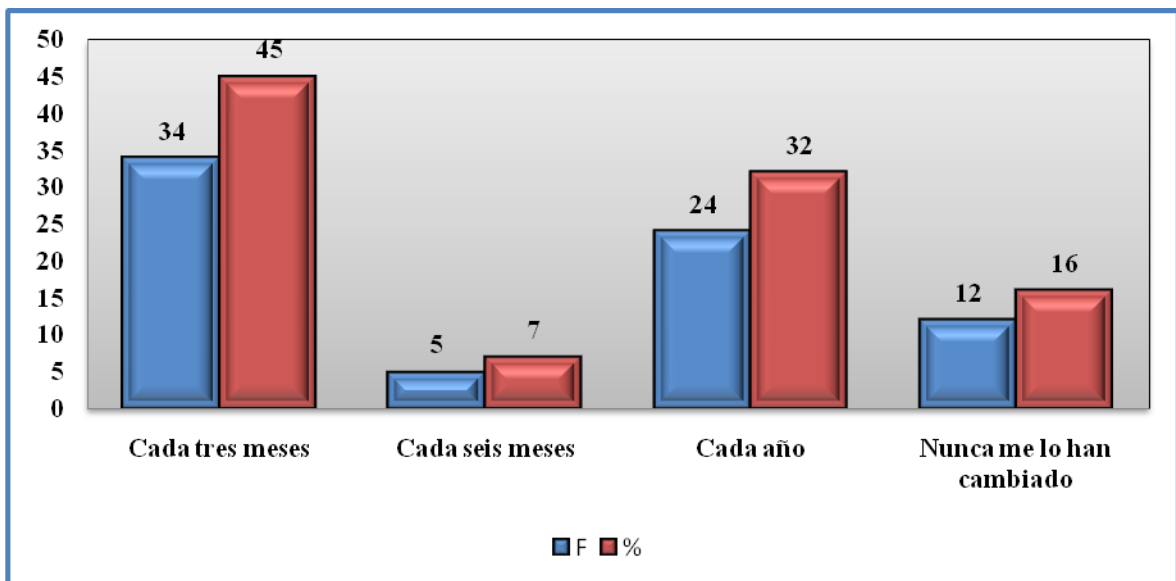
### RECAMBIO DE CEPILLO DE DIENTES

¿Cada qué tiempo cambia de cepillo de dientes?

ALTERNATIVAS	F	%
Cada tres meses	34	45%
Cada seis meses	5	7%
Cada año	24	32%
Nunca me lo han cambiado	12	16%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta realizada a los niños de los terceros y quintos años básico de la escuela "ENNA ALÍ GUILLEM"

AUTORES: Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente graficoadro podemos observar que de 75 niños, 34 de ellos con un 45%, cambian de cepillo de dientes cada tres meses, 5 de ellos con un 7%, lo cambian cada seis meses ,24 niños con un 32%, lo realizan cada año, 12 niños con un 16% manifestaron que nunca le han cambiado su cepillo de dientes.

*“Es importante recordar la conveniencia de cambiar el cepillo de dientes como máximo tres, meses, además de por una razón puramente por ser un accesorio que se haya una gran parte del tiempo húmedo y en contacto con bacterias, ya que de esta forma se garantizara que las cerdas que lo compone estén en perfecto estado” tal como lo refiere. [Www.wadha.org/downloads/children-sental-spanish.pdf](http://www.wadha.org/downloads/children-sental-spanish.pdf).*

Podemos concluir que la higiene de los niños depende de las enseñanzas de sus padres por el desconocimiento del cambio de los cepillos dentales.

### GRAFICUADRO N°3

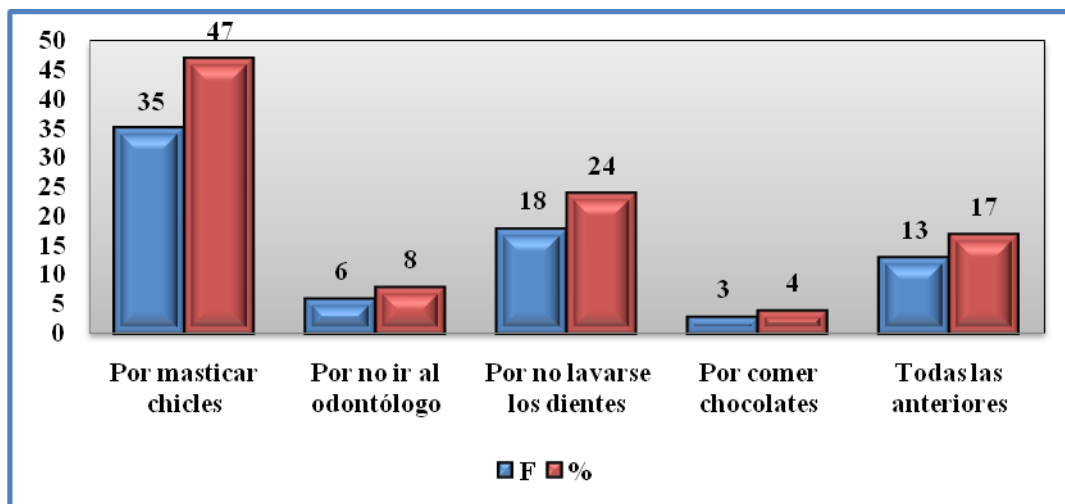
#### FORMACIÓN DE CARIES

¿Sabes porque se forman las caries?

ALTERNATIVAS	F	%
Por masticar chicles	35	47%
Por no ir al odontólogo	6	8%
Por no lavarse los dientes	18	24%
Por comer chocolates	3	4%
Todas las anteriores	13	17%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta realizada a los niños de los terceros y quintos años básico de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”

AUTORES: Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.





## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente graficadro observamos que de 75 niños, 35 de ellos con un 47%, piensan que la caries se forma por masticar chicle, 6 niños con un 8%, dicen que es por no ir al odontólogo, 18 de ellos con un 24%, por no lavarse los dientes, 3 niños con un 4% manifestaron que se forma por comer chocolates, 13 de ellos con un 17% dicen que es por todas las anteriores.

*“La caries se considera una enfermedad multifactorial en la que interaccionan factores dependientes del huésped la dieta y la placa dental.” Tal como lo refiere J.R.Boj-M. Catalá-C.García-Ballesta-A. Mendoza. Odontopediatria Masson.2004.*

Podemos concluir que estos niños no saben de manera adecuada sobre la formación de caries.

## GRAFICUADRO N° 4

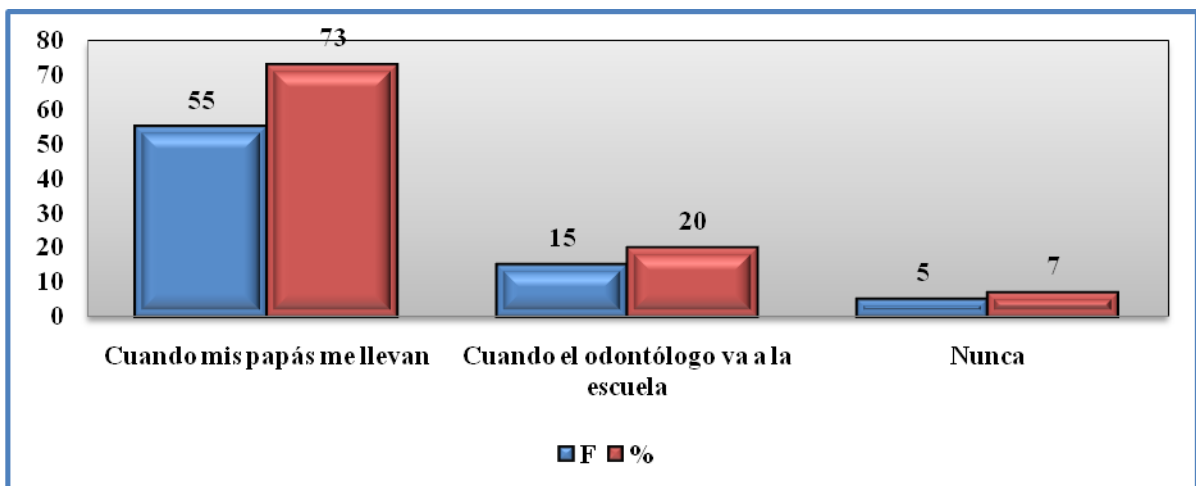
### VISITAS AL ODONTÓLOGO

¿Cada qué tiempo visita al odontólogo?

ALTERNATIVAS	F	%
Cuando mis papás me llevan	55	73%
Cuando el odontólogo va a la escuela	15	20%
Nunca	5	7%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuesta realizada a los niños de los terceros y quintos años básico de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”

**AUTORES:** Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente graficcuadro observamos que de 75 niños, 55 de ellos con un 73%, visitan al odontólogo cuando sus papás los llevan, 15 niños con un 20%, dicen que es cuando el odontólogo va a la escuela, 5 de ellos con un 7%, manifestaron que nunca han visitado al odontólogo.

*“Las revisiones periódicas sirven para detectar posibles nuevas caries y para controlar dientes con caries en tratamiento.” Tal como lo refiere [HTTP://WWW.MAPFRE.COM](http://www.mapfre.com).*

Podemos concluir que los padres de familia de los niños encuestados si llevan al niño al odontólogo

## GRAFICUADRO N° 5

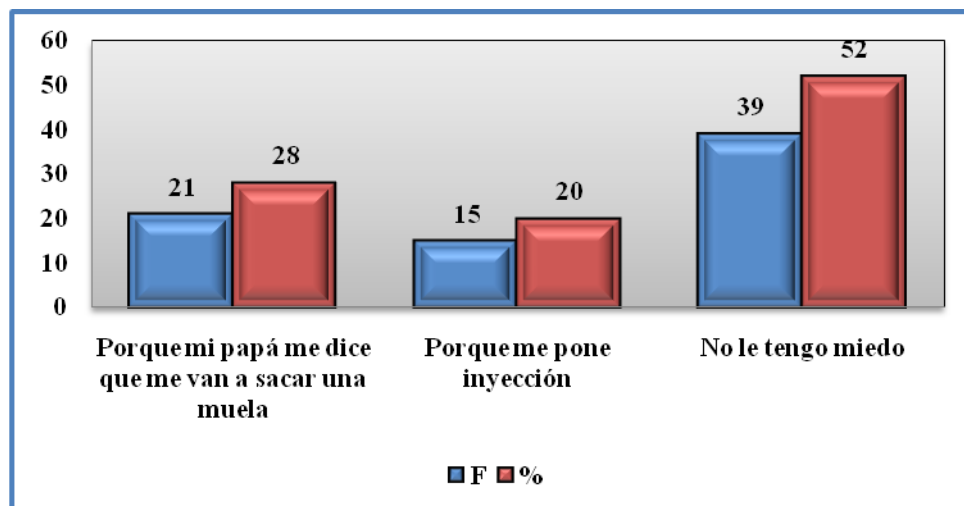
### MIEDO DE IR AL ODONTÓLOGO

¿Por qué tienes miedo ir al odontólogo?

ALTERNATIVAS	F	%
Porque mi papá me dice que me van a sacar una muela	21	28%
Porque me pone inyección	15	20%
No le tengo miedo	39	52%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta realizada a los niños de los terceros y quintos años básico de la escuela "ENNA ALÍ GUILLEM"

AUTORES: Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente graficoadro observamos que de 75 niños, 21 de ellos con un 28%, manifiestan que no le tienen miedo al odontólogo, 15 niños con un 20%, opinan que le tienen miedo porque le ponen una inyección, 39 de ellos con un 52%, dicen que no le tienen miedo.

*“..El problema con el dentista comienza cuando el niño debe ser sometido a procesos largos o traumáticos como tratamientos de las raíces de los dientes o las extracciones”. Tal como lo refiere [www.cuidadoinfantil.net/el-miedo-de-los-ninos-al-dentista](http://www.cuidadoinfantil.net/el-miedo-de-los-ninos-al-dentista).*

Podemos concluir que de los niños encuestados la mayoría no le tienen miedo al odontólogo.

## GRAFICUADRO N° 6

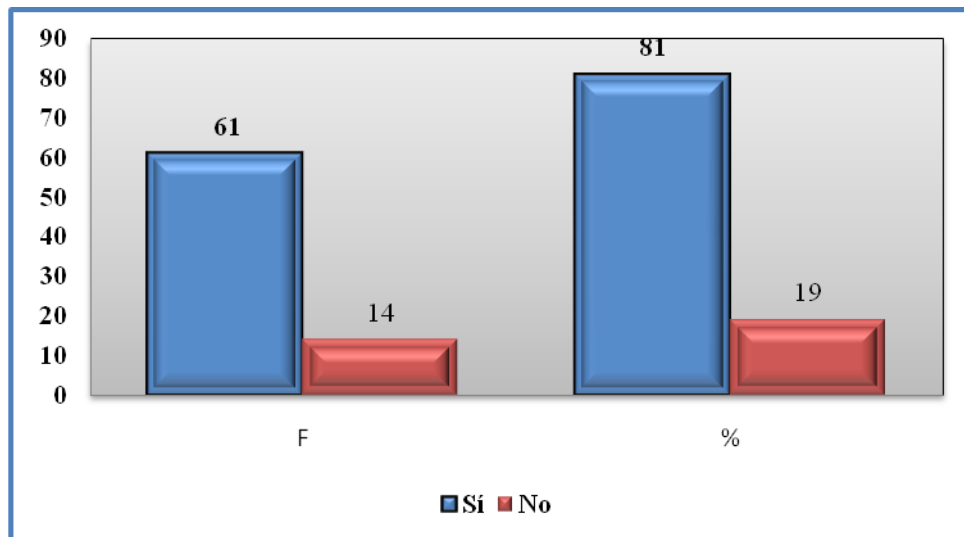
### COLOCACIÓN DE FLÚOR

**¿Cuándo has ido al odontólogo te han colocado una pastita en los dientes que el doctor le llama flúor?**

ALTERNATIVAS	F	%
Sí	61	81%
No	14	19%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuesta realizada a los niños de los terceros y quintos años básico de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”

**AUTORES:** Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente graficoadro observamos que de 75 niños, 61 de ellos con un 81%, contestan que si le han colocado flúor en sus dientes, 14 niños con un 29%, dicen que no le han colocado.

*“El flúor se aplica mediante compuestos fluorados (fluoruros), que a su vez pueden ser por vía oral (ingeridos) o tópicos (acción local sobre los dientes en la boca)<sup>38</sup>.*

*Para la vía oral existen comprimidos de flúor, y para la vía tópica destacan las pastas dentales, los colutorios para enjuagarse o los productos de uso profesional (geles, barnices).”Tal como refiere [HTTP:// WWW.](http://www.monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados)*

*[Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://www.monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados).*

Podemos concluir que a los niños si le colocaron flúor en alguna de las visitas al odontólogo.

## GRAFICUADRO N° 7

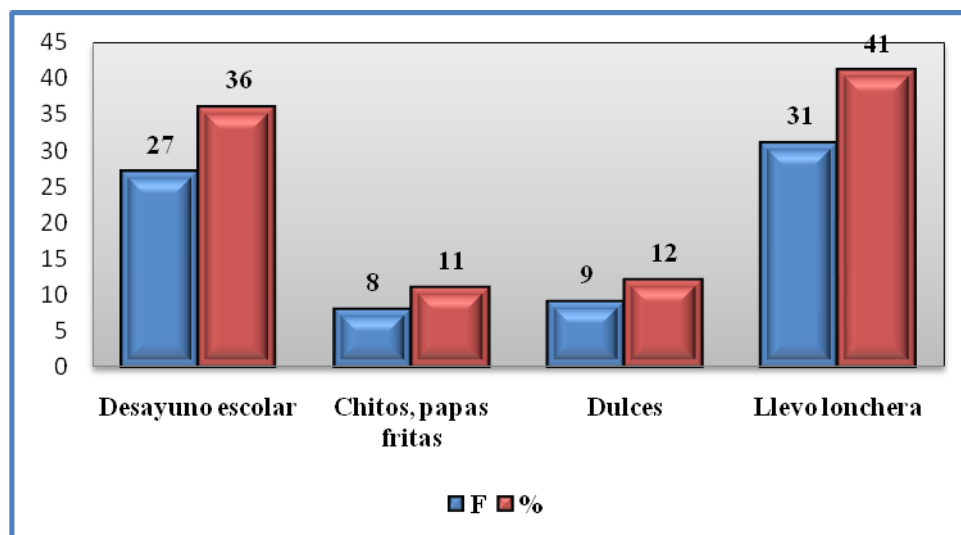
### COMES EN EL RECREO

#### ¿Qué comes en el recreo?

ALTERNATIVAS	F	%
Desayuno escolar	27	36%
Chitos, papas fritas	8	11%
Dulces	9	12%
Llevo lonchera	31	41%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuesta realizada a los niños de los terceros y quintos años básico de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”

**AUTORES:** Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.





## **ANALISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente graficoadro observamos que de 75 niños, 27 de ellos con un 36%, contestan que comen el desayuno escolar, 8 niños con un 11%, dicen que comen papitas y chitos, 9 de ellos con un 12%, comen dulces, 31 de ellos con un 41% llevan lonchera.

*“Evitar abuso de la ingesta de dulces: los hidratos de carbono o azúcares son buenos y necesarios dentro de una dieta variada, pero se debe intentar no abusar de ellos.”*

*Tal como lo refiere [HTTP:// WWW.](http://www.monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados)*

*[Monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados](http://www.monografias.com/Trabajos6/flúor/flúor.shtml?relacionados).*

Podemos concluir que estos niños tienen una dieta rica en carbohidrato lo cual puede ser un desencadenante para la proliferación de las caries.

## GRAFICUADRO N° 8

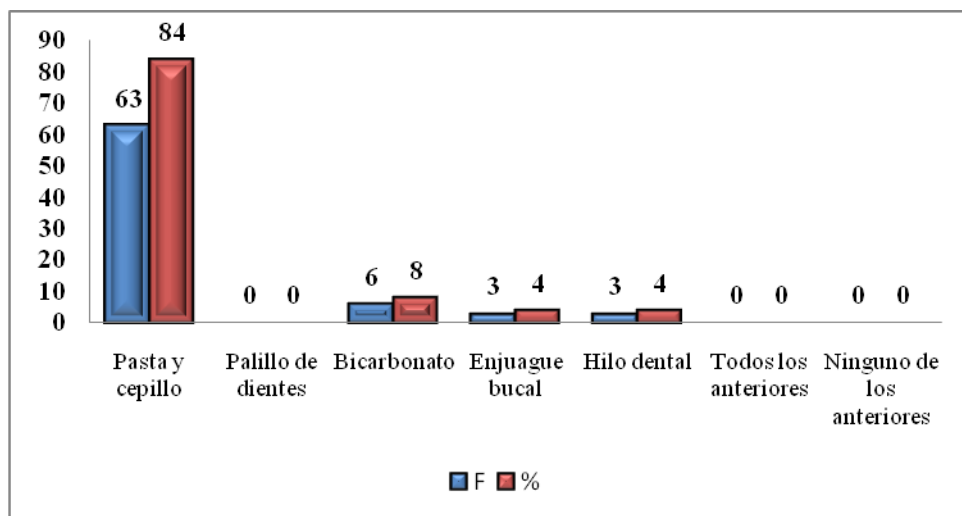
### TE LIMPIAS LOS DIENTES

#### ¿Con que te limpias los dientes?

ALTERNATIVAS	F	%
Pasta y cepillo	63	84%
Palillo de dientes	0	0%
Bicarbonato	6	8%
Enjuague bucal	3	4%
Hilo dental	3	4%
Todos los anteriores	0	0%
Ninguno de los anteriores	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuesta realizada a los niños de los terceros y quintos años básico de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”

**AUTORES:** Mayra Farfán y Ricardo Montesdeoca.



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En el siguiente graficuaadro observamos que de 75 niños, 63 de ellos con un 84%, contestan que se limpian los dientes con pasta y cepillo, niños con un 8% contestaron con bicarbonato, 3 con el 4% con enjuague bucal, 3 niños con un 4% manifestaron que con hilo dental.

*“La limpieza dentaria con un cepillo común no eliminará bien la placa en las aéreas interdetales. Por tanto, se deben utilizar instrumentos auxiliares para la remoción interproximal de la placa. Según la forma de espacio interproximal se utilizará hilo o cinta dental, mondadientes, cepillos interproximales o cepillos monopenachos.” Tal como lo refiere [HTTP://HTML.RINCONDEL VAGO.COM](http://HTML.RINCONDEL VAGO.COM).*

Como se puede constatar el mayor porcentaje de los niños encuestados realizan su limpieza oral con los materiales básicos como pasta y cepillo dental.

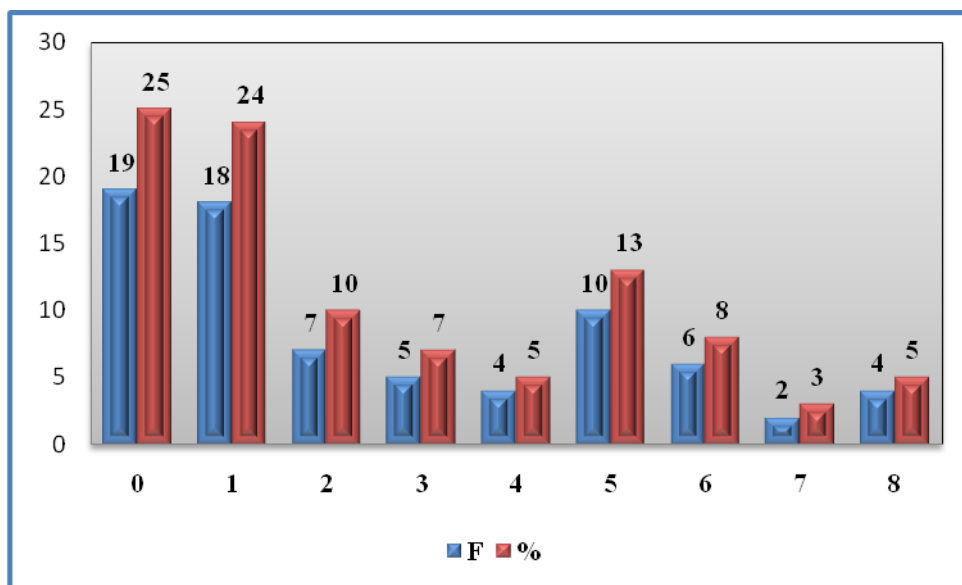
## 7.2.- ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS FICHAS CLÍNICAS

### INDICADORES DEL c. e. o

#### GRAFICUADRO #1

#### INDICE DE PIEZAS CARIADAS

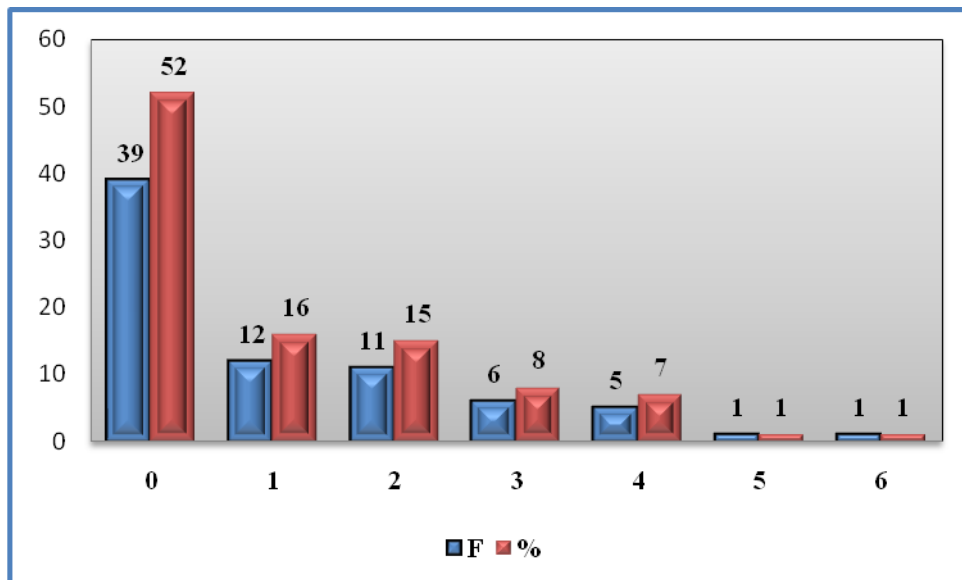
Número de piezas	F	%
0	19	25
1	18	24
2	7	10
3	5	7
4	4	5
5	10	13
6	6	8
7	2	3
8	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>



Como podemos apreciar en el siguiente graficuadao podemos ver que la mayoría de los alumnos observados tienen caries.

**GRAFICUADRO #2**  
**DE PIEZAS EXTRAÍDAS**

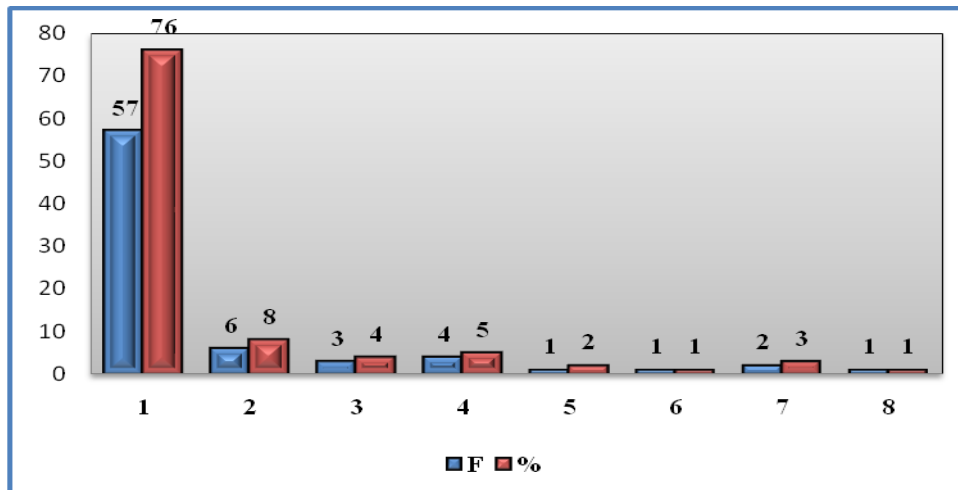
Número de piezas	F	%
<b>0</b>	39	52
<b>1</b>	12	16
<b>2</b>	11	15
<b>3</b>	6	8
<b>4</b>	5	7
<b>5</b>	1	1
<b>6</b>	1	1
<b>TOTAL</b>	75	100



En el siguiente graficudro podemos ver que 39 alumnos que corresponden al 52% no se les han realizado extracciones.

**GRAFICUADRO #3**  
**PIEZAS OBTURADAS**

número de piezas	F	%
<b>0</b>	57	76
<b>1</b>	6	8
<b>2</b>	3	4
<b>3</b>	4	5
<b>4</b>	1	2
<b>5</b>	1	1
<b>6</b>	2	3
<b>7</b>	1	1
<b>total</b>	75	100



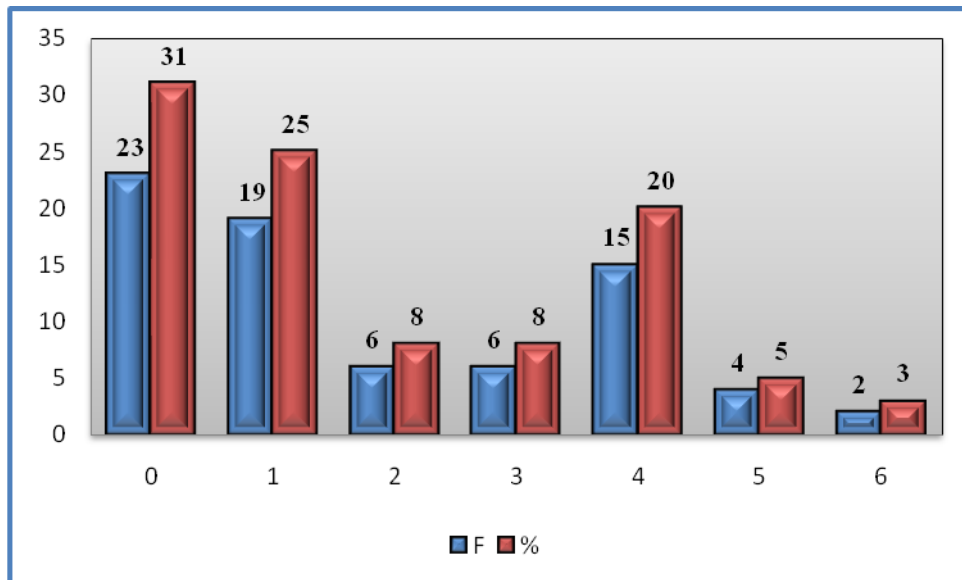
En el siguiente graficuario podemos ver que el porcentaje mayor que es 76% alumnos no presentan obturaciones en sus dientes.

## INDICADORES DEL C. P. O

### GRAFICUADRO #1

#### PIEZAS CAREADAS

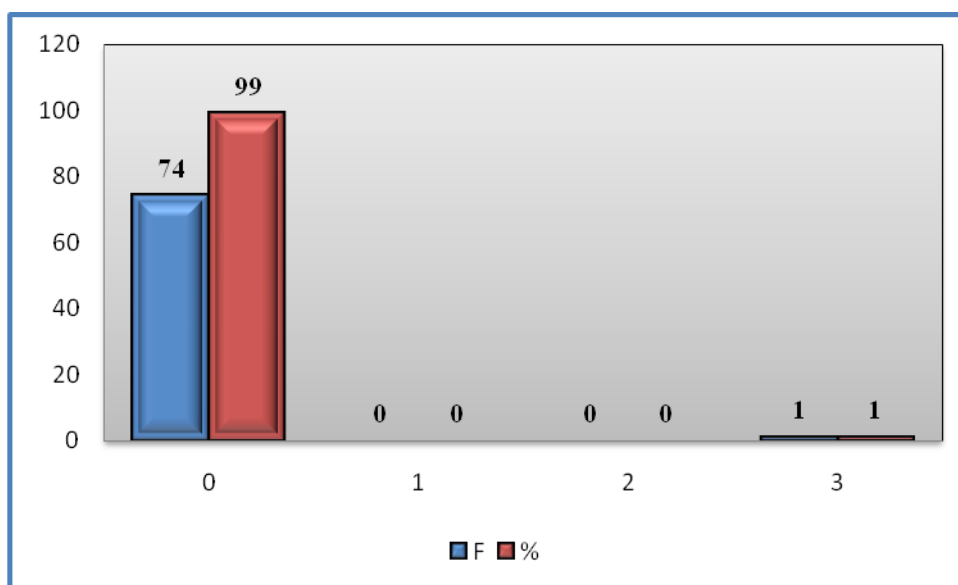
número de pieza	F	%
<b>0</b>	23	31
<b>1</b>	19	25
<b>2</b>	6	8
<b>3</b>	6	8
<b>4</b>	15	20
<b>5</b>	4	5
<b>6</b>	2	3
<b>total</b>	75	100



En el siguiente graficuario podemos ver que la mayoría de los alumnos observados tienen caries.

**GRAFICUADRO #2**  
**DE PIESAS PERDIDAS**

número de pieza	F	%
<b>0</b>	74	99
<b>1</b>	0	0
<b>2</b>	0	0
<b>3</b>	1	1
<b>total</b>	75	100

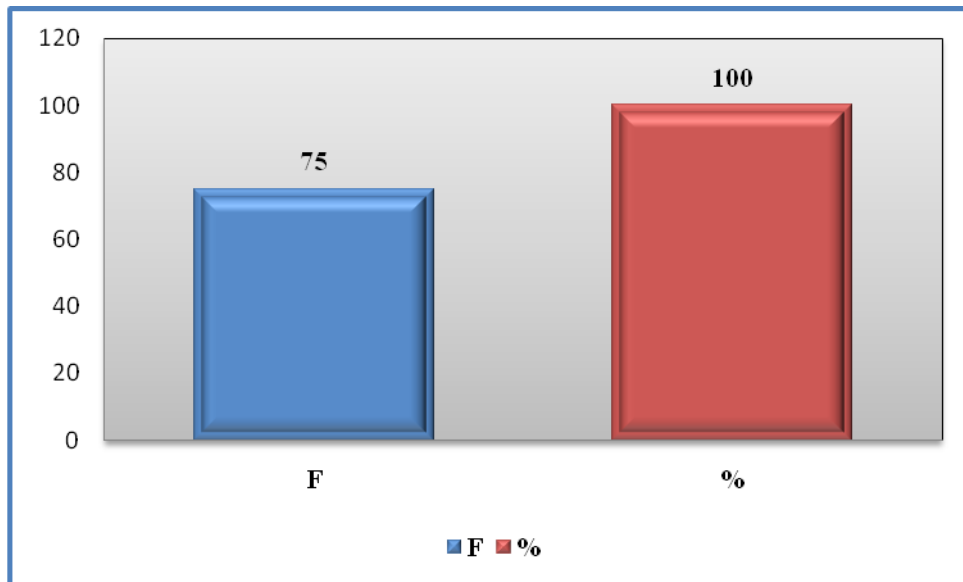


En el siguiente graficuadao podemos ver que 74alumnos que corresponden al 99% no presenta un índice de perdida de piezas dentales.



**GRAFICUADRO #3**  
**DE PIEZAS OBTURADAS**

número de pieza	F	%
<b>o</b>	75	100
<b>total</b>	75	100

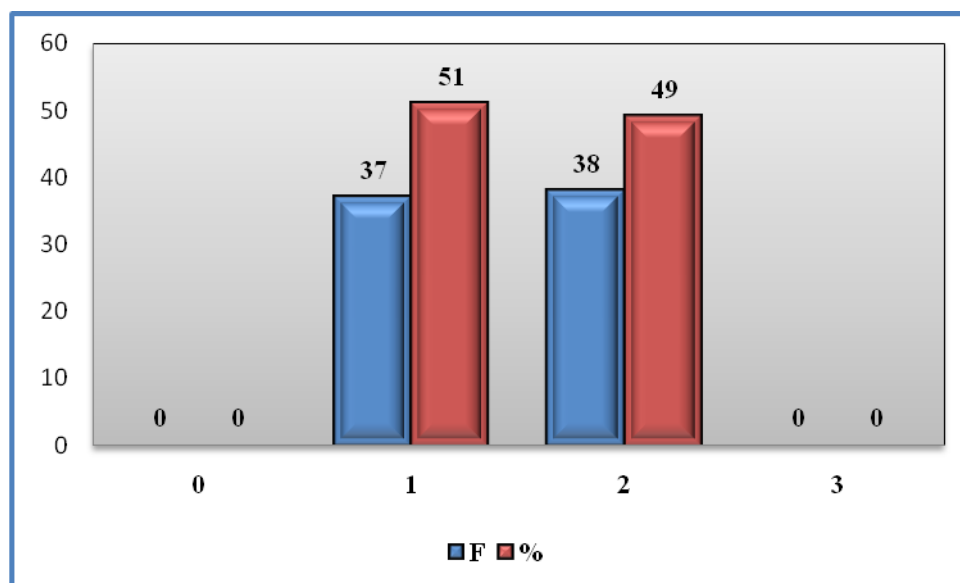


En el siguiente graficuario podemos ver que el porcentaje mayor que es 100% alumnos no presentan obturaciones en sus dientes.

### 7.1.3 ANALISIS DEL CONCENTRADO EPIDEMIOLOGICO

#### ÍNDICE DE PLACA

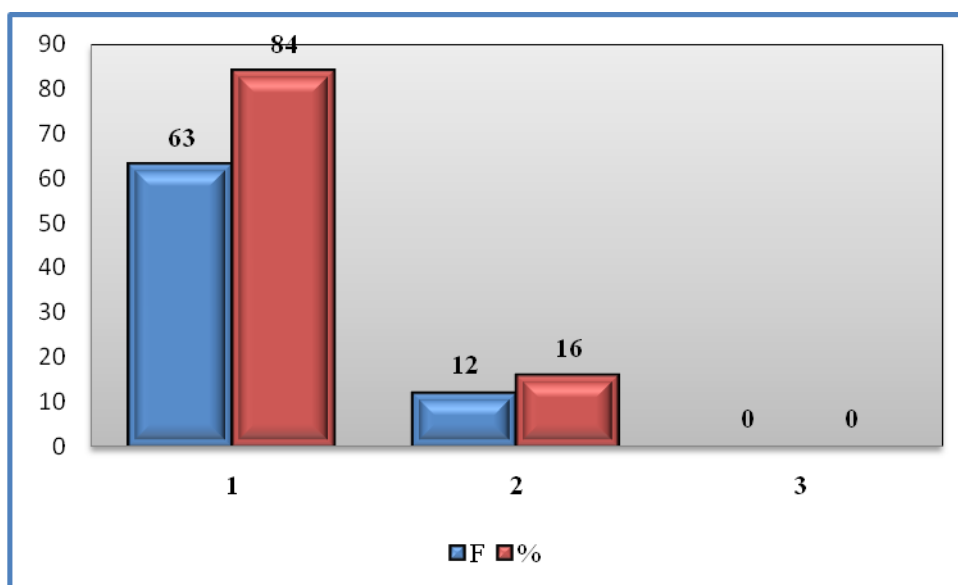
grado	F	%
0	0	0
1	37	51
2	38	49
3	0	0
total	75	100



En el siguiente graficoadro podemos ver que la mayoría de estos niños presentan un índice de placa grado 2.

## ÍNDICE DE CÁLCULO

GRADO	F	%
1	63	84
2	12	16
3	0	0
<b>total</b>	75	100



En el siguiente graficuoadro observamos que la mayoría de estos niños presentan un índice de calculo 1que corresponde a un grado leve.

## 7.2.- CONCLUSIONES

Basado en las encuestas aplicadas a padres y a hijos se pudo identificar claramente los factores de riesgo que está expuesta la población con relación al estado de salud oral de los niños de la escuela Enna Allí Guillem, estos factores serían:

- ✓ Desconocimiento referente a las normas básicas de higiene oral tanto de padres y con repercusión en la higiene oral de los niños.
- ✓ La población encuestada no cuenta con todos los materiales adecuados para la realización de la limpieza oral.
- ✓ Falta de motivación de los padres para llevar a los niños a un control odontológico periódico necesario.
- ✓ Inadecuados hábitos de higiene de los niños.
- ✓ Excesivo consumo de azúcares e hidratos de carbono en la dieta alimenticia de los niños.
- ✓ Poca aplicación de las normas básicas de prevención de la salud oral.
- ✓ Los padres llevan a los niños a la consulta odontológica solo para actividades de morbilidad.
- ✓ Deficiente técnica y frecuencia de cepillado de los niños.

### **7.3 RECOMENDACIONES**

En base a las conclusiones y conocimientos se darán las siguientes recomendaciones:

- ✓ A las escuelas para realizar charlas educativas tanto a padres como a los niños basándose en la prevención y salud oral.
- ✓ Realizar actividades prácticas del cepillado dental.
- ✓ Concienciar a los padres para que apoyen las actividades del programa escolar por parte del Ministerio de Salud.
- ✓ Al S.C.S San Cristóbal, para que informe a los padres y niños sobre prevención y que acudan al centro de salud a controles periódicos por medio de carteles y materiales didácticos.
- ✓ Al Ministerio de Salud Pública para que estos visiten escuelas y entreguen material instructivos educacionales referente a la salud oral.

## BIBLIOGRAFIA

- ✓ ALVIN L. MORRIS, HARRY M. BOHANNAN, DANIEL P. CASULLO. "Las Especialidades Odontológicas en la práctica general". Editorial. Labor S.A. 1995. Pág.
- ✓ BARRANCOS MOONEY. "Operatoria Dental". Editorial Médica. Panamericana .2000. Pág.196-225.
- ✓ BEZERRA DA SILVA LÉA ASSED. "Tratado de Odontopediatria" tomo#1. Edición 1 año 2008. Editorial Amolca-Venezuela. Pág. 148.
- ✓ CAMERON.R.WIDMER. 2000.
- ✓ GUEDES PINTO ANTONIO CARLOS. "Rehabilitación oral en Odontopediatría- atención integral", Primera edición. 2003. Editorial ALMOCA, Pág.69.
- ✓ HUBERTUS J.M VAN WAES. PAUL W. STOCKLI 2002.
- ✓ LÉA ASSED BEZERRA DE SILVA. 2008.
- ✓ LIEBANA UREÑA JOSÉ. "Microbiología Oral", McGRAW-HILL Interamericana Editores, S.A DE C.V. España-1997. Pág. 450.
- ✓ PINKHAM J.R., B.S., D.D.S., M.S. "Odontología Pediátrica". Segunda edición, Nueva editorial INTERAMERICANA, S.A., México D.F. 1996. Pág.396-397.
- ✓ VAN WAES HUBERTUS J.M-STOCKALI PAÚL W. "Atlas de Odontología Pediátrica". Edición Original. Editorial Masson 2002, Barcelona-España. Pág. 147.

- ✓ [HTTP://WWW.PEDIATRALDIA.cl.](http://www.pediatraldia.cl)
- ✓ [HTTP: // WWW.WIKIPEDIA.com.](http://www.wikipedia.com)
- ✓ [HTTP://WWW.COLGATE.COM/MX/APP/COLGATE/TOTAL.MX/ES/HOME/PAGE.cvsp.](http://www.colgate.com/mx/app/colgate/total.mx/es/home/page.cvsp)
- ✓ [HTTP://SERVISALUD.COM-ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.](http://servisalud.com-odontología-preventiva)
- ✓ [HTTP://HTML.RINCONDELVAGO.](http://html.rincondelvago)
- ✓ [HTTP://UAA.MX.](http://uaa.mx)
- ✓ [HTTP://WWW.MAPFRE.COM.](http://www.mapfre.com)
- ✓ [HTTP://WWW.PROTESISDENTALJC.COM/ENFERMEDADESDENTALES.](http://www.protesisdentaljc.com/enfermedadesdentales)
- ✓ [HTTP://WWWADHA.ORG?DOWNLOADS?CHILDRESENTAL-SPANISH.PDF.](http://www.adha.org/downloads/childrensentalspanish.pdf)





## **PROPUESTA ALTERNATIVA**

### **1.- IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

**“MEJORAMIENTO DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL DE LOS PADRES Y MAESTROS DE LA ESCUELA “ENNA ALÍ GUILLEM”**

#### **ENTIDAD EJECUTORA**

- ✓ S.C.S “SAN CRISTOBAL”.

#### **CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO:**

- ✓ PROYECTO SOCIAL DE ORDEN EDUCATIVO.

#### **LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA:**

- ✓ “Escuela Enna Alí Guillem” de la ciudadela San Cristóbal, parroquia 18 de Octubre de la ciudad de Portoviejo.

### **2.- JUSTIFICACIÓN**

Se justifica esta propuesta porque por medio de las encuestas realizadas durante nuestra investigación, se pudo constatar las falencias de los padres de familia de la Escuela “ENNA ALÍ GUILLEM” acerca de la importancia de la salud oral en los niños. Estas falencias se tratarán de cubrir a través de charlas educativas que serán impartidas por los profesionales de la salud que laboran en el S.C.S “San Cristóbal”

Este proyecto permitirá, concienciar e incentivar tanto a padres como maestros para evitar enfermedades orales en los niños a futuro, porque mediante las charlas a realizarse a los padres y maestros de la escuela Enna Alí Guillem sobre la Salud oral, se creará conciencia sobre los factores de riesgo en los que se encuentran tanto ellos como los niños al llevar una higiene oral poco apropiada lo que podría generar muchas enfermedades.

### **3.- MARCO INSTITUCIONAL**

La ciudadela San Cristóbal se inicio a partir del año 1972, posterior a la invasión de un grupo de aproximadamente 8 - 10 familias de escasos recursos económicos en las tierras del Sr. Exipión Guerrero, el mismo trato de desalojar a estas familias con la fuerza policial, pero dicha acción resultó infructuosa. Al ver que realmente se trataba de personas indigentes, el Sr. Guerrero decidió donar sus tierras, par a ello busco el asesoramiento de su amigo el Sr. Onésimo Bravo.

Se escogió entonces a varias familias, y varios años después, se inicio la venta de terrenos, para formar una comunidad más organizada. *El* nombre "San Cristóbal" con el que se bautizo la ciudadela fue escogido por su propietario original.

Por otro lado la Unidad Operativa se fundó en 1980, y se lo denomino Profesor "Felipe Saúl Morales". *En* primera instancia funciono en la escuela Enna Alí Guillem que en esos meses se encontraba el alumnado de vacaciones, debido a que todavía no se había construido el local propio. Cuando las clases se iniciaron, el personal fundador que fue la Sra. Auxiliar Norma Hidalgo quien aun labora en el sub-centro y la entonces primera Directora de la unidad Dra. Sonia Burgos, se vieron en la necesidad de trasladarse a una casa frente a la escuela donde laboraron algunos meses hasta que se termino la construcción del Subcentro.

Dicha escuela empezó su funcionamiento el 3 de Septiembre de 1962 con 18 alumnos 12 en primer grado y 6 en segundo luego de 4 meses se inauguro oficialmente. En un comienzo fue una casita de caña con cubierta de cady, construida con materiales donados por moradores del lugar. En 1968 se legaliza la escritura del terreno donado por el señor Sebastián Bravo Quiroz, el nombre del plantel educativo nace en honor a una muestra luchadora por los ideales de la educación quedando aprobado por las autoridades gubernamentales y padres de familia de esa época.

## **CARACTERISTICAS GEOGRÁFICAS Y CLIMATOLÓGICAS**

### **Sus límites son:**

**Al norte:** Calle Atanasio Santos

**Sur:** Calle Eudoro Loor

**Este:** Calle 26 de Junio

**Oeste:** ciudadela primero de mayo

**Tipo de terreno.-** Es irregular, durante el verano es polvoso que con el invierno se vuelve muy lodoso y pedregoso.

**Clima.-** Como parte de la costa, tiene clima tropical con estaciones anuales de invierno y verano.

## **4.- OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Crear cultura preventiva en padres y maestros de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”.

## **ESPECÍFICO**

1. Educar a padres y maestros sobre las normas básicas de higiene oral.
2. Motivar a padres y maestros para que participen directamente en la higiene oral de los niños.
3. Concienciar a padres y maestros sobre los beneficios de prevención y programas de salud oral que se llevan a cabo en instituciones.

## **5.- DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA**

Esta propuesta es un proyecto social encaminado a mejorar conocimientos basados en la salud oral.

Es por esto que la propuesta es: Mejoramiento de conocimientos de salud oral de los padres y maestros de la escuela ENNA ALÍ GUILLEM meta que se pretende alcanzar con un trabajo en equipo liderado por el personal que trabaja en el S.C.S. “San Cristóbal”, los mismos que están capacitados para impartir sus conocimientos y se ayudarán con material de apoyo para de esta forma llegar a los padres de familia y motivarlos a mejorar la salud oral de sus hijos.

## **6.- BENEFICIARIOS:**

**DIRECTOS:** Padres y maestros de la escuela “ENNA ALÍ GUILLEM”.

**INDIRECTOS:** Loas niños que estudian en la escuela y miembros de la comunidad.

## **7.- DISEÑO METODOLÓGICO:**

- ✓ Se realizará la socialización de los resultados de la encuesta con el personal que labora en el S.C.S “SAN CRISTÓBAL” y la Sra. Directora de la escuela ENNA ALÍ GUILLEM.
- ✓ Se llevará a cabo una reunión con maestros y padres de familia del comité para informar las actividades que se irán a realizar en dicha escuela.
- ✓ Se determinará un cronograma para establecer las fechas en las cuales se realizarán las charlas educativas tanto a padres como maestros de la escuela ENNA ALÍ GUILLEM. Esto se llevará a cabo con la ayuda del personal que labora en el S.C.S “SAN CRISTÓBAL”.
- ✓ Una vez establecida las fechas se impartirán las charlas educativas a los padres y maestros de dicha escuela para de esta forma lograr una mejor salud oral en los niños.

## 8.- CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

Detalle de actividades	Agosto			Septiembre			octubre		
Socialización de resultados de la investigación al S.C.S “San Cristóbal”		X							
Reunión con maestros y directiva de padres de familia. Elaboración del cronograma de las charlas que se impartirán.					X				

## 9.- PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

DETALLES		CANTIDAD	VALOR UNIT	TOTAL
Materiales para la elaboración de material didáctico	Marcadores	2	\$1,50	\$3.00
	Cartulinas	3	\$1,00	\$3.00
	Cinta masquin	2	\$0,50	\$1.00
<b>T O T A L</b>				<b>\$7.00</b>

## 10.- SOSTENIBILIDAD

El proyecto realizado es sostenible por:.

- ✓ Porque existe personal informado y capacitado para transmitir conocimientos sobre los cuidados que deben de tenerse en cuenta para mejorar su salud oral.
- ✓ Como factor negativo tenemos la falta de recursos económicos.

## **11.- FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

- ✓ El “S.C.S SAN CRISTÓBAL”, mediante el aporte de recursos humanos y material educativo.
- ✓ La escuela con el recurso logístico.

**ANEXOS**



# **ANEXO 1**

# ÁRBOL DEL PROBLEMA





## PRESUPUESTO

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Valor Unitario	Costo Total	Fuentes de Financiamiento	
					Auto Gestión	Aporte Institucional
Fotocopias	500	unidad	0'03	15.0	15.0	—
Internet	60	hora	1	60.0	60.0	—
Viáticos	90	transportes	0.25	22.50	22.50	—
Suministros	2	cartuchos	29	58.0	58.0	—
Materiales de oficina	2	resma	5	10.0	10.0	—
Encuadernación	4	unidades	6	24.0	24.0	—
Cd	4	unidades	0.50	2.00	2.00	—
Gastos Operativos				100.0	100.0	—
<b>TOTAL</b>				<b>289.5</b>	<b>289.5</b>	—

# **ANEXO 2**

## ANEXO # 2

### INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

UNIVERSIDAD "SAN GREGORIO" DE PORTOVIEJO

Entrevista realizada a los PADRES DE LOS NIÑOS DE LA ESCUELA "ENNA ALÍ GUILLEN"

Tema: la prevención y su relación con la salud oral en los niños de la escuela "Enna Alí Guillen"

Mayra Farfán Cárdenas y Ricardo Montesdeoca Jácome, egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, solicitamos a usted su colaboración en la contestación de esta encuesta. Desde ya agradecemos su sinceridad.

Indicaciones: marque con una x la respuesta, recordando que los resultado serán utilizados para ayudar en la salud oral de su niño

<p>1) ¿Sabe usted cual es la edad correcta para comenzar con el cuidado de los dientes de sus hijos?</p> <p>a. cuando aparece el primer diente <input type="checkbox"/></p> <p>b. 2 años <input type="checkbox"/></p> <p>c. 4 años <input type="checkbox"/></p> <p>d. 6 años <input type="checkbox"/></p> <p>e. 10 años <input type="checkbox"/></p> <p>2) ¿Cuándo fue la última vez que llevó al niño con el odontólogo?</p> <p>a. Menos de tres meses <input type="checkbox"/></p> <p>b. Menos de seis meses <input type="checkbox"/></p> <p>c. Más de un año <input type="checkbox"/></p> <p>d. No me acuerdo <input type="checkbox"/></p> <p>3) ¿Conoce usted qué es la caries?</p> <p>a. es una enfermedad infecciosa <input type="checkbox"/></p> <p>b. es un gusano que daña los dientes <input type="checkbox"/></p> <p>c. es una mancha que aparece en los dientes <input type="checkbox"/></p> <p>d. no sabe <input type="checkbox"/></p> <p>4) ¿Por qué llevó usted al niño al odontólogo?</p> <p>a. limpieza <input type="checkbox"/></p> <p>b. curación <input type="checkbox"/></p> <p>c. sacarle algún diente <input type="checkbox"/></p> <p>d. control <input type="checkbox"/></p> <p>5) ¿El niño realiza su cepillado?</p> <p>a. sólo <input type="checkbox"/></p> <p>b. a veces sólo <input type="checkbox"/></p> <p>c. usted lo ayuda <input type="checkbox"/></p> <p>d. a veces acompañado <input type="checkbox"/></p> <p>e. no se cepilla <input type="checkbox"/></p> <p>6) ¿Cuál de estos elementos utiliza usted y su niño para realizar la limpieza de los dientes?</p> <p>a. cepillo y pasta dental <input type="checkbox"/></p> <p>b. hilo dental <input type="checkbox"/></p> <p>c. palillo de dientes <input type="checkbox"/></p> <p>d. enjuague bucal <input type="checkbox"/></p> <p>e. bicarbonato <input type="checkbox"/></p> <p>f. ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/></p> <p>7) ¿Cada qué tiempo lleva a su niño a la consulta odontológica?</p> <p>a. cada 6 meses <input type="checkbox"/></p> <p>b. cada año <input type="checkbox"/></p> <p>c. cada vez que hay dolor <input type="checkbox"/></p> <p>d. nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>8) ¿La atención odontológica que recibe su niño es en?</p> <p>a. en la escuela <input type="checkbox"/></p> <p>b. particular <input type="checkbox"/></p> <p>c. ambos <input type="checkbox"/></p> <p>d. no lleva control <input type="checkbox"/></p> <p>9) ¿De qué manera usted colabora en el programa de salud oral que lleva la escuela?</p> <p>a. llevándolo a su niño al centro de salud para control odontológico <input type="checkbox"/></p> <p>b. delega a otra persona <input type="checkbox"/></p> <p>c. deja la responsabilidad a los maestros <input type="checkbox"/></p> <p>d. se opone al programa de salud oral <input type="checkbox"/></p> <p>10) ¿Qué son los sellantes dentales?</p> <p>a. es un material para prevenir las caries <input type="checkbox"/></p> <p>b. es un material para blanquear los dientes <input type="checkbox"/></p> <p>c. es un material para curar los dientes <input type="checkbox"/></p> <p>d. no sabe <input type="checkbox"/></p> <p>11) ¿Ha utilizado la frase en forma de amenaza "si te portas mal te llevo al odontólogo"?</p> <p>a. si <input type="checkbox"/></p> <p>b. no <input type="checkbox"/></p> <p>12) ¿Qué es el flúor?</p> <p>a. es una sustancia que ayuda a prevenir caries <input type="checkbox"/></p> <p>b. es una sustancia que debilita los dientes <input type="checkbox"/></p> <p>c. es una sustancia para blanquear los dientes <input type="checkbox"/></p> <p>d. no sabe <input type="checkbox"/></p> <p>13) ¿En qué productos encontramos el flúor?</p> <p>a. pastas dentales <input type="checkbox"/></p> <p>b. verduras <input type="checkbox"/></p> <p>c. sal <input type="checkbox"/></p> <p>d. pescado <input type="checkbox"/></p> <p>e. enjuagues bucales <input type="checkbox"/></p> <p>f. todos los anteriores <input type="checkbox"/></p> <p>g. ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/></p>
--	---

UNIVERSIDAD "SAN GREGORIO" DE PORTOVIEJO

Entrevista realizada a los NIÑOS DE LA ESUELA "ENNA ALÍ GUILLEN"

Tema: La prevención y su relación con la salud oral en los niños de la escuela "Enna Alí Guillen"

Mayra Farfán Cárdenas y Ricardo Montesdeoca Jácome, egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, solicitamos a usted su colaboración en la contestación de esta entrevista. Desde ya agradecemos su sinceridad.

Indicaciones: Marca con una x la respuesta.

Edad:

año básico:

1. ¿Cuándo te cepillas los dientes?

- a. Cuando me levanto
- b. Después de cada comida
- c. Antes de dormir
- d. Cuando me acuerdo
- e. Nunca

2. ¿Cada qué tiempo cambias de cepillo de dientes?

- a. Cada 3 meses
- b. Cada año
- c. Cada 6 meses
- d. Nunca me lo han cambiado

3. ¿Sabes por qué se forman las caries?

- a. Por masticar chicles
- b. Por no ir al odontólogo
- c. Por no lavarse los dientes
- d. Por comer chocolates
- e. Todas las anteriores

4. ¿Cada qué tiempo visitas al odontólogo?

- a. Cuando mis papás me llevan
- b. cuando el odontólogo va a la escuela
- c. Nunca

5. ¿Por qué tienes miedo ir al odontólogo?

- a. Porque mi papá me dice que me van a sacar una muela
- b. Porque me pone inyección
- c. no le tengo miedo

6. Cuando has ido al odontólogo ¿Te han colocado una pastita en los dientes que el doctor le llama flúor?

- a. Sí
- b. No

7. ¿Qué comes en el recreo?

- a. desayuno escolar
- b. Chitos , papas fritas
- c. Dulces
- d. Llevo lonchera

8. ¿Con qué te limpias los dientes?

- a. Pasta y cepillo
- b. Palillo de dientes
- c. Bicarbonato
- d. Enjuague bucal
- e. Hilo dental
- f. Todos los anteriores
- g. ninguno de los anteriores

## INDICADORES DE c.e.o

### GRAFICUADRO N°1

<b>Edad</b>	<b>C</b>	<b>E</b>	<b>O</b>
1	8	0	0
2	6	3	0
3	1	3	0
4	1	0	1
5	1	0	1
6	5	0	0
7	0	0	3
8	1	0	0
9	0	1	6
10	0	0	0
11	0	0	0
12	1	0	0
13	1	2	0
14	0	2	0
15	0	1	0
16	2	1	0
17	7	4	0
18	0	0	0
19	2	3	0
20	2	0	0
21	3	1	0
22	1	0	0
23	3	4	1
24	1	0	2
25	0	0	0
26	1	0	1
27	5	0	0
28	3	0	0
29	6	0	0
30	1	1	2
31	0	0	0
32	0	0	0
33	5	1	0
34	5	2	0



35	2	0	0
36	6	0	0
37	4	0	0
38	4	1	0
39	1	2	3
40	0	2	0
41	1	1	0
42	0	0	0
43	0	0	0
44	5	0	0
45	8	2	0
46	0	0	0
47	0	0	0
48	5	1	0
49	5	2	0
50	2	0	0
51	6	0	0
52	1	0	0
53	4	1	3
54	1	2	0
55	0	2	0
56	1	1	0
57	0	0	0
58	0	3	0
59	5	0	0
60	5	0	0
61	8	2	0
62	1	1	0
63	1	0	0
64	6	4	1
65	0	0	0
66	3	0	0
67	2	0	0
68	4	4	7
69	5	3	6
70	6	0	5
71	7	4	2
72	2	3	3
73	3	5	4
74	1	6	0
75	2	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>189</b>	<b>81</b>	<b>51</b>

## INDICADORES DE C. P. O

### GRAFICUADRO N°2

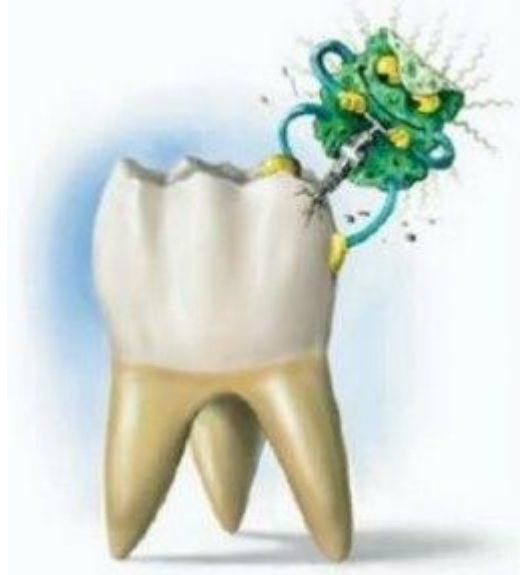
<b>EDAD</b>	<b>C</b>	<b>P</b>	<b>O</b>
1	2	0	0
2	6	0	0
3	4	0	0
4	1	0	0
5	1	0	0
6	1	0	0
7	0	0	0
8	1	0	0
9	0	0	0
10	5	0	0
11	1	0	0
12	0	0	0
13	0	0	0
14	1	0	0
15	0	0	0
16	0	0	0
17	4	0	0
18	3	0	0
19	2	0	0
20	0	0	0
21	2	0	0
22	3	0	0
23	0	0	0
24	0	0	0
25	2	0	0
26	4	0	0
27	0	0	0
28	4	0	0
29	3	0	0
30	3	0	0
31	4	0	0
32	4	0	0
33	0	0	0
34	1	0	0
35	5	0	0

<b>36</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>37</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>38</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>39</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>40</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>41</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>42</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>43</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>44</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>45</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>46</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>47</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>48</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>49</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>50</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>51</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>52</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>53</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>53</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>54</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>55</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>56</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>57</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>58</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>59</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>60</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>61</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>62</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>63</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>64</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>65</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>66</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>67</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>68</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>69</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>70</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>71</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>72</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>73</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>74</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>75</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>3</b>	<b>0</b>

# **ANEXO 3**

## ANEXO # 3

### PREVENCIÓN DE LA CARIES



**Fig. # 1**

# FLUOR

ENJUAGUE BUCAL CON FLUOR

OSITOS DE GOMINOLAS ANTICARIES



Fig. # 2

# DENTÍFRICOS



Fig. # 3

## COLUTORIO O ENJUAGUES BUCALES



Fig. # 4

## SELLADORES



Fig. # 5

## REVISIONES EN EL DENTISTA CADA 6-12 MESES



**Fig. # 6**

## TÉCNICA DE CEPILLADO



**Fig. # 7**

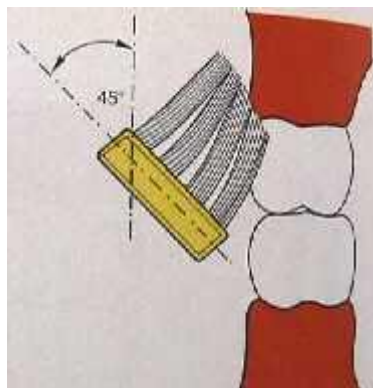


## TÉCNICA CIRCULAR O ROTACIONAL



Fig. # 8

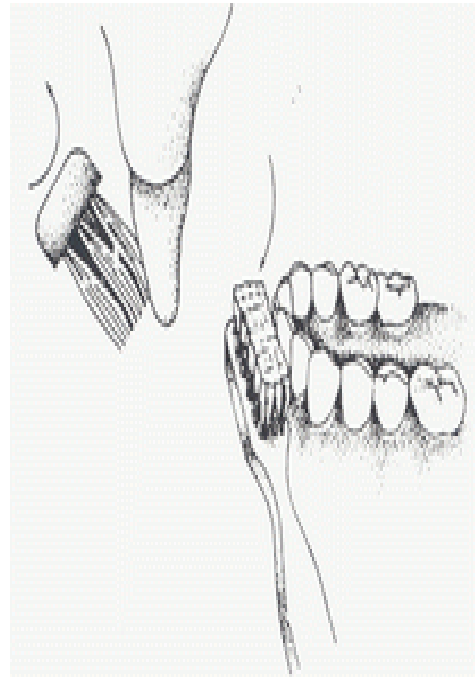
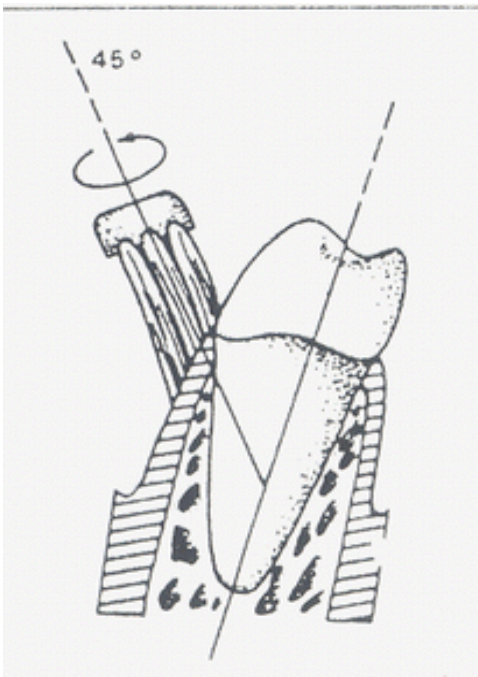
## TÉCNICA DE BASS





**Fig. # 9**

### **TÉCNICA DE CHARTERS**



**Fig. # 10**

# PASTAS DENTALES



Fig. # 11

# HILO DENTAL



Fig. # 12

## PALILLOS



Fig. # 13

## CEPILLO DE DIENTES





**Fig. # 14**

# **ANEXO 4**

## **(FOTOS)**







Portoviejo, 19 de Mayo del 2009

Sra.

DIRECTORA DE LA ESCUELA ENNA ALÍ GUILLEM

Ciudad.

De mis consideraciones

La Señorita Mayra Farfán Cárdenas y Sebastián Montesdeoca Jácome egresados en Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo que nos encontramos realizando nuestra tesis cuyo tema es **“LA PREVENCIÓN Y SU RELACIÓN CON LA SALUD ORAL EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA ENNA ALÍ GUILLEM”** nos dirigimos a ud muy encarecidamente para que se nos permita realizar en la escuela que usted dirige encuestas a padres y niños, la misma que servirán para el desarrollo de nuestra tesis investigativa..

En espera de que nuestra solicitud tenga una acogida favorable, quedamos de ud muy agradecidos.

Atentamente:

Mayra Farfán C.

Sebastián Montesdeoca J.