



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontóloga.

Tema:

Cultura preventiva de los padres y su relación con el estado de salud bucal de los niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte.

Autora:

María Lizeth Ibarra Zambrano.

Directora de tesis:

Dra. Katiuska Briones Solórzano Mg. Ge.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Katuska Briones Solórzano Mg. Ge., certifica que la tesis de investigación titulada: Cultura preventiva de los padres y su relación con el estado de salud bucal de los niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte, es trabajo original de la egresada María Lizeth Ibarra Zambrano, la misma que fue realizada bajo mi dirección. Cedo los derechos de esta tesis al patrimonio intelectual de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Dra. Katuska Briones Solórzano Mg. Ge.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Cultura preventiva de los padres y su relación con el estado de salud bucal de los niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucia Galarza Santana. Mg. Gs.

Coordinadora de la Carrera.

Dra. Katuska Briones Solórzano. Mg. Ge.

Directora de Tesis.

Dra. Nelly San Andres Plúa. Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

Odont. Geomara Dueñas Zambrano. Mg. Gs.

Miembro del Tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo titulado: Cultura preventiva de los padres y su relación con el estado de salud bucal de los niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte. Son exclusivamente de mi autoría y el patrimonio intelectual de la tesis a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

María Lizeth Ibarra Zambrano.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Mi mayor agradecimiento a Dios, porque es quien me ha permitido llegar a la cima de esta meta para desde aquí buscar nuevos logros. De manera especial agradezco a mis Padres Roberto Ibarra Rivera y Solange Zambrano Cedeño, por ser mi principal apoyo y sustento, a quienes debo todo lo que tengo y todo lo que soy, ejemplo de valores, principios, dedicación, esfuerzo y lucha constante para librar mis mayores batallas en el ámbito profesional y personal.

Agradezco a mi Familia por su preocupación en el desarrollo de mi carrera, de manera especial a mi hermano Roberto Carlos Ibarra. A Carlos Carpio por su apoyo incondicional en el transcurso de mi tesis de grado. A mis compañeras: Estefani Venegas, Iliana Cedeño, Nathaly Paredes y Lila Loor por su apoyo y compañía durante estos siete años de carrera profesional, viviendo juntas momentos inolvidables e irrepetibles.

Mi eterno cariño para la Universidad San Gregorio de Portoviejo, institución que me formo como profesional. A mi directora de tesis Dra. Katuska Briones Solórzano por orientarme con paciencia para culminar con éxito mi investigación. Y a la Comunidad de Tierra Bonita, muchas gracias por participar en la realización de mis prácticas pre-profesionales y en la elaboración de esta Tesis.

María Lizeth Ibarra Zambrano.

DEDICATORIA.

El esfuerzo, la dedicación y la perseverancia me han permitido alcanzar esta meta y todos estos dones los eh recibido de mis padres: Roberto Ibarra Rivera y Solange Zambrano Cedeño, es por esto que les dedico esta Tesis. Ellos constataron que no me fue fácil pero que sin su apoyo y ejemplo hubiese sido imposible.

Por ultimo dedico esta Tesis a mi sobrino Roberto Isaac Ibarra Zambrano, mi mayor bendición, me llena de energías cada día y me enseña que crecer es difícil pero que con una pizca de ilusión y varias medidas de alegría se logra cualquier propósito por pequeño o grande que se muestre. Que este trabajo signifique un ejemplo para él cuando sea mayor, para que sea un buen estudiante y se proponga grandes metas en la vida.

María Lizeth Ibarra Zambrano.

RESUMEN.

La presente investigación de carácter descriptivo se realizó en una población de 72 niños y niñas de la escuela de educación básica fiscal José Romero Albán, con el objetivo de determinar la relación que existe entre el estado de salud bucal de la población estudiada y el nivel de cultura preventiva de los padres/representantes.

Se evaluó el estado de la cavidad bucal de los niños y niñas mediante la exploración clínica, los datos obtenidos fueron descritos en la ficha de observación tomando como referencia los índices CPOD y ceod y el índice de higiene oral simplificado. Para determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre prevención se aplicó una encuesta a cada uno de los representantes.

Como resultado se obtuvo que existe una relación inversamente proporcional entre el nivel de cultura de los padres y el ceo-d de los niños y niñas; es decir que a menor cultura preventiva de los padres mayor índice de ceo-d y una relación directamente proporcional entre el nivel de cultura de los padres y la higiene oral de los niños y niñas, es decir que a menor nivel de cultura preventiva de los padres, disminuye la higiene oral. Por estos resultados, se efectuó una charla dirigida a los padres de familia que participaron en la investigación para que mejoren sus conocimientos sobre cultura preventiva y lo pongan de manifiesto mejorando la salud oral de sus hijos.

Palabras Clave: salud bucal, niños y niñas, ceo-d, higiene oral, cultura preventiva, padres.

ABSTRACT.

This descriptive research was conducted among seventy two children at José Romero Alban Public School. The purpose of this study was to determine the relationship between oral health status of the population being studied and the level of preventive oral health care of their parents or guardians.

The oral cavity of children was evaluated by clinical examination and the data was described in the observation sheet using as a reference indexes such as CPO-D, ceo-d and the oral hygiene index simplified. On the other hand, a survey was applied to each parent or guardian in order to determine the level of parental knowledge about prevention.

As a result, It was found that there is an inverse relationship between the level of culture of parents/guardians and the children's ceo-d. In other words, the lower the preventive culture of parents/guardians is, the higher the ceo-d index is, and there is a direct proportional relationship between the level of culture of parents and the oral hygiene of children, therefore if the level of culture of parents is low, the oral hygiene of children decreases. From these results, there was a meeting with the parents who participated in this research to improve their knowledge on preventive culture, thus improving their children's health care.

Keywords: oral health, children, ceo-d, oral hygiene, prevention culture, parents.

ÍNDICE.

Portada.	
Certificación de la directora de tesis.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de la autora.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Introducción.....	1
Capítulo I.	
1. Problematización.....	3
1.1. Tema.....	3
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.3. Formulación del problema.....	5
1.4. Delimitación del problema.....	6
1.4.1. Delimitación espacial.....	6
1.4.2. Delimitación temporal.....	6
1.5. Justificación.....	6
1.6. Objetivos.....	8
1.6.1. Objetivo General.....	8
1.6.2. Objetivos específicos.....	8
Capítulo II.	
2. Marco Teórico.....	9

2.1.	Cultura Preventiva.....	9
2.1.1.	Definición de Cultura Preventiva.....	9
2.1.2.	Higiene Bucodental.....	11
	Cepillado dental.....	12
	Uso del hilo dental.....	17
	Control químico de la placa dental.....	18
2.1.3.	Hábitos alimenticios.....	19
2.1.4.	Control Odontológico.....	23
2.1.5.	Prevención en el control Odontológico.....	24
	Profilaxis Dental.....	25
	Sellantes de fosas y fisuras.....	26
	Fluorización.....	30
	Odontotomías Profilácticas.....	33
2.2.	Estado de salud bucal infantil (diagnostico).....	34
2.2.1.	Variaciones del estado de salud bucal en niños.....	35
	Placa Bacteriana.....	36
	Caries dental.....	38
	Restauraciones directas como tratamiento de la caries.....	42
2.3.	Hipótesis.....	47
2.3.1.	Hipótesis General.....	47
2.3.2.	Unidades de Observación y análisis.....	48
2.4.	Variables.....	48
2.4.1.	Variable Independiente.....	48
2.4.2.	Variable dependiente.....	48

Capítulo III.

3.	Marco Metodológico.....	49
3.1.	Modalidad de la investigación.....	49
3.2.	Tipo de Investigación.....	49
3.3.	Método.....	49
3.4.	Técnicas.....	50
3.5.	Instrumentos.....	50
3.6.	Recursos.....	50
3.6.1.	Recursos Humanos.....	50
3.6.2.	Recursos Materiales.....	50
3.6.3.	Recursos Tecnológicos.....	51
3.6.4.	Recursos Económicos.....	51
3.7.	Población.....	51
3.8.	Proceso de recopilación de la información.....	51
3.9.	Procesamiento de la información.....	52
3.10.	Aspectos Éticos.....	52

Capítulo IV.

4.	Análisis e Interpretación de Resultados.....	53
4.1.	Análisis e Interpretación de Resultados de las fichas de observación.....	53
4.2.	Análisis e Interpretación de Resultados de los formularios de encuesta.....	64
4.3.	Relación entre la cultura preventiva de los padres y el estado de salud bucal de los niños y niñas.....	98

Capítulo V.

5.	Conclusiones y Recomendaciones.....	102
5.1.	Conclusiones.....	102

5.2.	Recomendaciones.....	103
Capítulo VI.		
6.	Propuesta Alternativa.....	104
6.1.	Identificación de la propuesta.....	104
6.2.	Nombre de la propuesta.....	104
6.3.	Fecha de inicio.....	104
6.4.	Clasificación de la propuesta.....	104
6.5.	Localización geográfica.....	104
6.6.	Justificación.....	104
6.7.	Marco Institucional.....	105
6.8.	Objetivos.....	106
6.8.1.	Objetivo general.....	106
6.8.2.	Objetivos Específicos.....	107
6.9.	Descripción de la propuesta.....	107
6.10.	Responsable.....	107
6.11.	Beneficiarios.....	108
6.12.	Factibilidad.....	108
6.13.	Sostenibilidad.....	108
6.14.	Diseño Metodológico.....	108
6.15.	Actividades.....	108
6.16.	Presupuesto.....	109
	Anexos.....	110
Bibliografía.		

ÍNDICE DE CUADROS.

Cuadro N°. 1. CPOD.....	53
Cuadro N°. 2. Nivel de severidad de prevalencia de caries.....	56
Cuadro N°. 3. ceod.....	58
Cuadro N°. 4. Nivel de severidad de prevalencia de caries.....	60
Cuadro N°. 5. Higiene Oral.....	62
Cuadro N°. 6. Nivel de educación cursado.....	64
Cuadro N°. 7. Explica usted a su hijo como cepillarse los dientes?.....	66
Cuadro N°. 8. ¿Supervisa usted a su hijo mientras se cepilla los dientes?.....	68
Cuadro N°. 9. Momento más importante de cepillado dental.....	70
Cuadro N°. 10. Tiempo necesario de cepillado dental.....	72
Cuadro N°. 11. Tiempo de cambio del cepillo de dientes.....	74
Cuadro N°. 12. Al cepillarse los dientes su hijo(a) le sangran las encías.....	76
Cuadro N°. 13. Instrumentos usados para limpiar sus dientes.....	78
Cuadro N°. 14. El mayor consumo de azúcares produce caries.....	80
Cuadro N°. 15. Alimentos que debe consumir para una buena salud oral.....	82
Cuadro N°. 16. Bebidas recomendables para una buena salud oral.....	84
Cuadro N°. 17. ¿Conoce si los dientes de su hijo están sanos?.....	86
Cuadro N°. 18. ¿Cuándo necesita atención odontológica a qué lugar acude?.....	88
Cuadro N°. 19. ¿Cuántas veces al año debe asistir un niño al Odontólogo?.....	90
Cuadro N°. 20. Cuando lleva su hijo al dentista ¿Por qué razón lo hace?.....	92
Cuadro N°. 21. Qué actividades le han realizado a su hijo el dentista.....	94
Cuadro N°. 22. Nivel de cultura preventiva de los padres.....	96
Cuadro N°. 23. Relación del nivel de cultura preventiva y ceo-d.....	98

Cuadro N°. 24. Relación de la cultura preventiva y la higiene oral.....	100
Cuadro N°. 25. Cronograma de la propuesta.....	109
Cuadro N°. 26. Presupuesto de la propuesta.....	109

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

Gráfico N°. 1. Nivel de severidad de prevalencia de caries.....	54
Gráfico N°. 2. CPOD.....	56
Gráfico N°. 3. ceod.....	58
Gráfico N°. 4. Nivel de severidad de prevalencia de caries.....	60
Gráfico N°. 5. Higiene Oral.....	62
Gráfico N°. 6. Nivel de educación cursado.....	64
Gráfico N°. 7 Explica usted a su hijo como cepillarse los dientes?.....	66
Gráfico N°. 8¿Supervisa usted a su hijo mientras se cepilla los dientes?.....	68
Gráfico N°. 9 Momento más importante de cepillado dental.....	70
Gráfico N°. 10 Tiempo necesario de cepillado dental.....	72
Gráfico N°. 11 Tiempo de cambio del cepillo de dientes.....	74
Gráfico N°. 12 Al cepillarse los dientes su hijo(a) le sangran las encías.....	76
Gráfico N°. 13 Instrumentos usados para limpiar sus dientes.....	78
Gráfico N°. 14 El mayor consumo de azúcares produce caries.....	80
Gráfico N°. 15 Alimentos que debe consumir para una buena salud oral.....	82
Gráfico N°. 16 Bebidas recomendables para una buena salud oral.....	84
Gráfico N°. 17 ¿Conoce si los dientes de su hijo están sanos?.....	86
Gráfico N°. 18 ¿Cuándo necesita atención odontológica a qué lugar acude?.....	88
Gráfico N°. 19 ¿Cuántas veces al año debe asistir un niño al Odontólogo?.....	90
Gráfico N°. 20 Cuando lleva su hijo al dentista ¿Por qué razón lo hace?.....	92
Gráfico N°. 21 Qué actividades le han realizado a su hijo el dentista.....	94
Gráfico N°. 22 Nivel de cultura preventiva de los padres.....	96
Gráfico N°. 23 Relación del nivel de cultura preventiva y ceo-d.....	98

Gráfico N° 24 Relación de la cultura preventiva y la higiene oral.....	100
Gráfico N° 25. Elaboración de historias clínicas.....	119
Gráfico N° 26. Elaboración de historias clínicas.....	120
Gráfico N° 27. Aplicación de encuestas.....	120
Gráfico N° 28. Aplicación de encuestas.....	121
Gráfico N° 29. Charla educativa.....	121
Gráfico N° 30. Compromiso de los padres.....	122
Gráfico N° 31. Imagen posterior del tríptico.....	123
Gráfico N° 32. Imagen frontal del tríptico.....	123

INTRODUCCIÓN.

Indagando en la obra de Pinkham¹ (1996) se pudo exponer que: “La prevención, cuando se combina con una comprensión acerca del cuidado en el hogar, motiva a los padres a atender mejor a sus hijos. (p.8). Los padres se deben informar sobre el proceso de la caries, y comprender los cuidados preventivos que se llevan a cabo tanto en el hogar como en el consultorio odontológico.

La responsabilidad del cuidado de la salud bucal de los niños y niñas corresponde a los padres; orientados por el odontólogo y su personal. Leyendo la obra de Finn² (1985) se pudo citar que: “También está claro que condicionar a los niños hacia el dentista y los servicios dentales es responsabilidad de los padres. Deberán aceptar esta obligación como un deber paternal”. (p. 9).

El objetivo general de esta investigación fue determinar la relación que existe entre las variables cultura preventiva de los padres y estado de salud bucal de los niños y niñas de la escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte. Los objetivos específicos se enfocaron en identificar la salud oral de los niños y niñas mediante el índice de higiene oral y los indicadores epidemiológicos ceod y CPOD, y establecer el nivel de cultura preventiva que tienen los padres que representan a los niños examinados mediante una encuesta sobre conocimientos de prevención y salud oral.

¹ Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

² Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

Metodológicamente, corresponde a un estudio descriptivo de corte transversal que utilizó las técnicas de observación para medir la prevalencia de caries a través del y la higiene oral; y la encuesta que permitió conocer el nivel de conocimiento sobre cultura preventiva de los padres. Lo ya mencionado se aplicó a una población de 72 alumnos y a los 45 padres/ representantes.

En conclusión con esta investigación se pudo demostrar que existe relación entre el estado de salud bucal de los niños y niñas y el nivel de cultura preventiva de los padres, demostrando que a menor conocimiento mayor índice de caries y a menor nivel de cultura preventiva, disminuye la higiene oral. En base a los resultados obtenidos se elaboró una propuesta para capacitar sobre cultura preventiva a los padres/representantes de los niños y niñas que estudian en la escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte, provincia de Manabí.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Cultura preventiva de los padres y su relación con el estado de salud bucal de los niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte.

1.2. Planteamiento del problema.

Analizando la obra de Pinkham³ (2001) puedo citar que:

La odontología moderna en el mundo, está orientada a la prevención de las enfermedades más comunes que afectan a la cavidad bucal y desde el punto de vista preventivo, las acciones llevadas a cabo en infantes tendrán un efecto de por vida, por lo tanto, la mayoría de los estudios han sugerido la práctica de hábitos de higiene bucal para la preservación de la salud bucal desde los primeros años de vida, tomando en cuenta que la supervisión y asistencia de los padres durante la práctica del hábito posee gran relevancia. (p. 12).

Leyendo la tesis de Nolasco⁴ (2013) Inglehart y colaboradores afirmaron que:

Dado que los niños no toman las decisiones acerca de aspectos vinculados con la adopción de estilos de vida saludables sino que la responsabilidad para atender esas necesidades recae sobre sus cuidadores, éstos resultan importantes cuando se estudia el estado de salud relacionado con la calidad de vida. (p. 5).

Analizando la obra de Benavente, L. y cols.⁵ (2012) puedo citar que:

³ Pinkham, JR. (2001). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Mc Graw Hill.

⁴ Nolasco, A. (2013). Nivel de conocimiento de salud bucal y estado epidemiológico bucal en actores sociales de la comunidad en regiones de Ancash, la libertad y norte del país durante los años 2012-2013. Proyecto de Investigación. [En línea]. Consultado: [17, Mayo, 2015]. Disponible en: erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/.../16285520140630072707.pdf

⁵ Benavente, L. y cols. (2012, enero 15) Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Odontología Sanmarquina.

Los padres de familia son los responsables de la Educación para la Salud Bucal en los hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño. (p.15).

Consultando la información disponible en el sitio web de Guerra, Tovar, Blanco y Gutiérrez⁶ (2010) puedo transcribir que: “Las enfermedades bucales tienen relación con el nivel de instrucción y los hábitos de la población, lo cual confirma una vez más el hecho de que los estilos de vida son determinantes principales de la salud en los países”. (párr. 5).

Consultando en la obra del Ministerio de Salud Pública⁷ (2009) expongo que:

En el Ecuador, en abril de 1973, se crea la División Nacional de Odontología, se consigue la asignación presupuestaria para el desarrollo de los programas orientados a proporcionar agua potable fluorizada a la mayor parte de la población, se refuerzan los programas de higiene y educación, se permite incorporar a las comunidades marginadas a los beneficios de medidas preventivas de eficacia reconocida y a impulsar programas para formar personal de salud dentro de los criterios de calidad, productividad y cobertura. (p.7).

Examinando la obra del MSP⁸ (2009) puedo transcribir que:

El Plan de Salud Bucal, dentro del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, Intercultural Familiar y Comunitaria, tiene un enfoque en la Promoción y Prevención, estableciendo un adecuado equilibrio con los componentes curativo y restaurativo y una relación de complemento con la atención médica,

Consultado: 17 de Abril, 2015. Disponible en: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CC8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fsisbib.unmsm.edu.pe%2Fbvrevistas%2Fodontologia%2F2012_n1%2Fpdf%2Fa05v15n1.pdf&ei=SdBYVczxM5LBgwSp1oDoCw&usg=AFQjCNE4IuiLHHWi9NypNPHzAINmroh6A&bvm=bv.93564037,d.eXY

⁶ Guerra, M., Tobar, V., Blanco, L., Gutierrez, H. (2010). Información sobre Salud a embarazadas en la consulta prenatal del ambulatorio docente del Hospital Universitario de Caracas. [En línea]. Consultado: [1, junio, 2015] Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/2/art7.asp>

⁷ Ministerio de Salud Pública, Área de salud bucal. (2009). Plan Nacional de Salud Bucal. Republica de Ecuador: Autor.

⁸ Ministerio de Salud Pública, Área de salud bucal. (2009). Plan Nacional de Salud Bucal. Republica de Ecuador: Autor.

además busca articularse con los programas de atención a las personas, a fin de mejorar la calidad de salud y vida, eliminando las disparidades sanitarias y facilitando la colaboración entre las personas, profesionales de salud, comunidades y de todos los niveles de la sociedad. (p. 9).

Examinando la obra de Mazariegos⁹ (2011) puedo transcribir que:

Con relación a la cultura de salud bucal, en nuestro país, existen diversos mitos y creencias muy arraigadas tales como; a la salud bucal no se le considera parte de la salud general, no se le da importancia al cuidado de la primera dentición y se considera normal que los adultos mayores sean edentulos a edades tempranas, entre otros. Si estamos comprometidos con cambiar esto, y centramos nuestros esfuerzos en llegar a tener un mayor número de adultos sanos que representen una menor carga económica al sistema de salud al padecer menos enfermedades bucales y crónico-degenerativas, tenemos que empezar o seguir trabajando con nuestra niñez. (p. 7).

En el sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte no existe un subcentro de salud donde se brinde atención en prevención de enfermedades bucales, por lo cual la comunidad en general incluyendo los niños de la Escuela José Romero Albán acuden a la atención odontológica en el Hospital Cantonal, ubicado a unos 25 minutos de dicha Comunidad. Es por esto que en el sitio no existe literatura de estudios relacionados con el nivel de cultura preventiva que posee la población y su aparente repercusión en el estado de salud de la cavidad oral.

1.3. Formulación del problema.

¿Cuál es la relación entre la cultura preventiva de los padres y el estado de salud bucal de los niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte?

⁹Mazariegos, M. y cols. (2011) Salud Bucal Preescolar y Escolar. [En línea]. Consultado: [17, Abril, 2015]. Disponible en: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCgQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.cenaprece.salud.gob.mx%2Fprogramas%2Finterior%2Fsaludbucal%2Fdescargas%2Fpdf%2Fsbpye_completo2.pdf&ei=8TdZVbz4OsO6ggTB-4HIDA&usg=AFQjCNHE4RbSqvOR143Dup4Y0XIJDxdFfQ&bvm=bv.93564037,d.eXY

1.4. Delimitación del problema.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspectos: Prevención en salud bucal.

1.4.1. Delimitación espacial.

La investigación se realizó en la Escuela de Educación Básica Fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte.

1.4.2. Delimitación temporal.

La investigación se desarrolló durante el periodo Marzo-Junio 2015.

1.5. Justificación.

El cuidado de los dientes se aprende en la infancia y perdura toda la vida. Dientes y encías y bien cuidados procuran una buena salud a nivel general. Cuando los niños presentan alguna enfermedad en la cavidad bucal aparecen resultados negativos como: dolor, deficiencias en la nutrición, desarrollo del lenguaje e inclusive puede ocasionar problemas con su autoestima. Existen pocos indicadores al respecto, pero por lo general se asocia la existencia de una patología bucal en el infante, a una disminuida calidad de vida, puesto que el completo bienestar físico, mental y social no se alcanza.

La mayoría de las enfermedades ingresan por la cavidad bucal y mantener buenas normas de higiene oral fortalece la salud para que no se vea quebrantada. De ahí la importancia de la prevención y conservación en salud oral, siendo estas

prioritarias y fundamentales para el mantenimiento del buen estado del sistema estomatognático.

Los aspectos anteriormente mencionados, fueron los motivadores para realizar el presente estudio, el cual, se encamino específicamente a analizar el nivel de conocimientos que tienen los actores sociales que participan en la educación de los niños principalmente los padres de familia, con relación a medidas preventivas y salud bucal y la repercusión sobre el estado epidemiológico de la población estudiantil. Esta investigación se convirtió en un referente básico, ya que este tema ha sido poco estudiado.

Los beneficiarios directos de esta investigación fueron en primer lugar los niños y niñas de la escuela José Romero Albán e indirectamente sus padres y la comunidad en general; la institución educativa se benefició porque se contribuyó al fortalecimiento de la salud oral de sus estudiantes.

Para la ejecución de la investigación se contó con el respaldo de los docentes de la escuela José Romero Albán, el apoyo de la directora de la institución y la colaboración de los padres de familia que intervinieron en el proceso, además, se dispuso del tiempo, recursos necesarios y los ambientes para efectuar la investigación.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

Determinar la relación entre la cultura preventiva de los padres y el estado de salud bucal de los niños y niñas de la escuela de Educación Básica Fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte.

1.6.2. Objetivos específicos.

Identificar la salud oral en los niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte.

Establecer el nivel de cultura preventiva de los padres representantes de los estudiantes de la escuela de Educación Básica Fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita.

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico.

2.6. Cultura Preventiva.

2.1.1. Definición de Cultura Preventiva.

La cultura de la preventiva consiste en educar para adoptar nuevas conductas y una actitud responsable, consiente y de respeto por la protección de la vida, el entorno, por las futuras generaciones. La cultura de la prevención implica, una actitud colectiva.

Examinando la obra de Barrancos¹⁰ (2006) se pudo exponer que:

La prevención de las enfermedades puede realizarse en diferentes etapas de su desarrollo. La prevención primaria es la que se dirige a las personas sanas para promover acciones saludables o para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyen a prevenir determinadas enfermedades. Por ello se considera que la cultura de la prevención sólo puede darse como el resultado de un proceso de aprendizaje que debe dar comienzo en la enseñanza primaria. En este nivel formativo el aprendizaje debe integrarse en la formación de valores, concretamente dentro del valor salud. Como toda enseñanza de valores, la metodología ha de ser transversal y debe presentar los riesgos de la escuela como un primer ejemplo de riesgos laborales. (p.373).

Analizando en la obra de Harris y García Godoy¹¹ se pudo exponer que “Todas las profesiones al cuidado de la salud enfatizan que los pacientes deben buscar ingresar a programas preventivos bien planeados. En odontología, la falta de

¹⁰ Barrancos, M. (2006). Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires, República Argentina: Panamericana.

¹¹ Harris, N., Garcia-Godoy, F. (2005). Odontología Preventiva Primaria. (2da ed.). Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

prevención provoca más restauraciones, tratamiento periodontal, extracciones y dentaduras”. (p. 3).

Consultando en la Obra de Herazo¹² (2012) se pudo referenciar que:

Si se conserva sana a la mayoría de la población, se podría limitar la creación de entidades para curar, tratar o rehabilitar la enfermedad, pues el tratamiento de las enfermedades no es la solución para erradicarlas; por el contrario, lo que hace es mantenerlas. (p.29).

Indagando en la obra de Harris y García Godoy¹³ se pudo citar que: “Si el paciente (o de preferencia, los padres del niño pequeño) inicia los programas preventivos en una etapa temprana, es posible alcanzar un periodo largo y libre de enfermedades por placa; una buena inversión de costo-beneficio”. (p. 3).

Consultando la información disponible en el sitio web de Misrachi, Ríos, Morales, Urzúa, Barahona¹⁴ (2009) se pudo conocer que:

La salud es un importante mediador de la calidad de vida, sobre todo de su componente psicológico, es por ello que se han creado indicadores para ser utilizados en odontología. Estos tipos de indicadores de calidad de vida relacionada con la salud oral, permiten estimar el impacto social y funcional de las enfermedades bucales, traducir sus hallazgos en medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos, siendo todas medidas de gran utilidad para mejorar la calidad de los servicios de salud. (p. 456).

¹² Herazo, B. (2012). Clínica del sano en Odontología. Bogotá, Republica de Colombia: ECOE.

¹³ Harris, N., García-Godoy, F. (2005). Odontología Preventiva Primaria. (2da ed.). Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

¹⁴ Misrachi, C., Ríos, M., Morales, I., Urzúa, J., Barahona, P. (2009). Calidad de vida y condición de Salud Oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. [En línea]. Consultado: [25, abril, 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n4/a07v26n4.pdf>

2.1.2. Higiene bucodental.

Examinando la obra de Finn¹⁵ (1985) se pudo conocer que:

La limpieza dental puede realizarla el higienista dental o el odontólogo como procedimiento de consultorio, o puede realizarla el paciente como tratamiento sistemático en su hogar. En el primer caso la técnica emplea instrumentos manuales y cepillos mecánicos o copas con abrasivos leves, a intervalos de tiempo de tres a seis meses. En el segundo procedimiento se incluye el uso de un cepillo de dientes y pasta dentífrica juntos con seda dental y enjuagues bucales. (p. 12).

Leyendo en la obra de MAD¹⁶ (2008) se pudo transcribir que:

Tiene como objetivo el control de la flora microbiana asociada a los residuos orales y el cálculo. La eliminación de la placa dental para prevenir las caries y la enfermedad periodontal debe hacerse de forma mecánica, mediante cepillos e hilo dental. Los colutorios ayudan a su reblandecimiento o a disminuir el número de bacterias, pero no a su eliminación. (p.173).

Índice de placa blanda o índice de Higiene oral simplificado (IHO'S) de Green y Vermillon.

Indagando en la obra de López¹⁷ (2010) se pudo exponer que:

Estos autores vieron que no era necesario analizar todos los dientes de un individuo, para obtener los datos de higiene oral, seleccionaron 6 superficies dentarias representativas de los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Se examinan las superficies vestibulares de los dientes 16, 11, 26 y 31 y las superficies linguales de los dientes 36 y 46. En temporales se examinan las superficies vestibulares de 55, 51, 65, 81 y las superficies linguales de 75 y 85. (p. 177).

Analizando la obra de López¹⁸ (2010) se pudo conocer que:

Las piezas mencionadas se valoran con una escala de 0 a 3 así:
0 = No hay presencia de restos o placa blanda

¹⁵ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

¹⁶ Editorial MAD. (2008). Técnico Especialista Higienista Dental de Servicio Gallego de Salud. Reino de España: Mad, S.L.

¹⁷ López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

¹⁸ López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

- 1= La placa blanda cubre más de 1/3 de la superficie dentaria examinada o se aprecian manchas extrínsecas sobre la superficie.
- 2= La placa blanda cubre más de 1/3, pero menos de 2/3 de la superficie
- 3= La placa cubre más de 2/3 de la superficie dental examinada. (p.177).

Consultando en la obra de López¹⁹ (2010) se pudo referenciar que:

El índice por persona se obtiene sumando los valores obtenidos en cada uno de los dientes examinados y dividiéndolo por el número de superficies examinadas. El índice de una población resulta del promedio de los índices individuales obtenidos. (p. 177).

Leyendo en la obra de López²⁰ (2010) se pudo citar que:

La graduación total del INDICE DE HIGIENE ORAL DE GREENE Y VERMILLON, es la suma de los valores encontrados en el índice de placa blanda y el índice de cálculos. Los niveles clínicos de higiene oral que se pueden medir con el resultado de este índice, darían los siguientes valores:

- 1= de 0.0 a 1.2 bueno
- 2= de 1.3 a 3.0 regular
- 3= de 3.1 a 6.0 pobre (p. 178).

Cepillado dental.

Consultando en la obra de Bardoni y Squassi²¹ (1999) se pudo transcribir que:

El cepillado dental es el método de higiene oral más ampliamente difundido y cuenta con un alto grado de aceptabilidad social. En los países desarrollados, entre 80 y 90% de la población se cepilla los dientes una o dos veces por día. Sin embargo, los procedimientos de higiene bucal rutinarios tal como son practicados por la mayoría de estas personas no logran el propósito de controlar la placa bacteriana. La gente se cepilla los dientes por varias razones, pero en pocas ocasiones con el propósito específico de prevenir la enfermedad. (p. 11).

Consultando la información publicada en la revista web de Bachelet²² (2015) se pudo transcribir que: “El niño debe cepillarse al menos dos veces al día; el cepillado

¹⁹ López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

²⁰ López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

²¹ Bardoni, N. Squassi, A. (1999) Odontología Preventiva, Medidas preventivas. Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

nocturno es el más importante y debe durar el tiempo necesario para recorrer todas las caras de los dientes; sin existir un tiempo definido”. (párr. 34).

Analizando la obra de MAD²³ (2008) se pudo citar que:

Se entiende como cepillado dental eficaz la eliminación mecánica de la placa dental Supragingival y subgingival (sulcular o crevicular), llevada a cabo en el ámbito doméstico por el propio individuo o, si sus capacidades psicomotrices están limitadas, por los cuidadores del mismo. (p.173).

Indagando en la Obra de Barrancos²⁴ (2006) se pudo exponer que:

Hay una relación directa entre tiempo de cepillado y cantidad de placa eliminada. Desde el punto de vista práctico en general se recomienda que los paciente cepillen sus dientes por lo menos dos veces por día, no solo para eliminar la placa sino también para aplicar flúor mediante el uso del dentífrico con el propósito de prevenir las caries. (p. 710).

Comparando la obra de Bardoni y Squass²⁵ (1999) se pudo referenciar que:

La mayoría de las personas no se cepillan el tiempo necesario para conseguir la total remoción de la placa. Para cubrir los cuatro cuadrantes se emplean aproximadamente dos minutos y medio; por lo tanto, el tiempo mínimo estimado para cubrir todas las zonas que necesitan ser limpiadas con la cantidad de movimientos apropiados es de tres minutos (Matsuzawa, 1975). (pp. 23-24).

Consultando en la obra de Cuenca y Baca²⁶ (2013) se pudo conocer que:

Las zonas que se suelen cepillar peor son las superficies palatinas y linguales de los molares. La educación sanitaria y el entrenamiento deben ser

²² Bachelet, V. (2004, septiembre 13) Odontopediatría, lo que el pediatra debe saber. Medwave. Consultado el 13 de junio, 2015. En: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/PediatriaSBA/Septiembre2004/2357>

²³ Editorial MAD. (2008). Técnico Especialista Higienista Dental de Servicio Gallego de Salud. Reino de España: Mad, S.L.

²⁴ Barrancos, M. (2006). Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires, República Argentina: Panamericana.

²⁵ Bardoni, N. Squassi, A. (1999) Odontología Preventiva, Medidas preventivas. Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

²⁶ Cuenca, E., Baca, P. (2013). Odontología Preventiva y Comunitaria, Principios, Métodos y Aplicaciones. Reino de España: Elsevier Masson.

personalizados, por lo que se debe identificar la destreza manual de cada paciente, así como su específica situación oral con el fin de optimizar su técnica de cepillado, mediante la corrección de posibles errores y evitación de efectos adversos. (p.78).

Leyendo la obra de Barnodi y Squass²⁷ (1999) se pudo transcribir que: “La efectividad del cepillo dental depende de un conjunto de factores tales como: el diseño de los cepillos, el tipo de dentífrico utilizado, el método y la frecuencia de cepillado”. (p. 11). El cepillado dental más el uso de pastas dentales con flúor puede ser la causa de un cambio en el perfil epidemiológico de la caries.

Diseño del cepillo.

Analizando la obra de Bardoni y Squass²⁸ (1999) se pudo citar que:

Las consideraciones para la elección adecuada de un cepillo dental son las siguientes:

El tamaño de la cabeza debe ser suficientemente pequeño como para permitir buena maniobrabilidad en la cavidad bucal.

El largo de la superficie activa debe cubrir dos dientes vecinos.

El número de hileras de penachos está sujeto al ancho de la cabeza, y debe permitir tres o cuatro hileras con suficiente espacio entre ellas para garantizar la buena flexibilidad de las fibras y fácil secado. (p. 12).

Leyendo la obra de Bardoni y Squass²⁹ (1999) se pudo transcribir que:

Bass, en 1948, encontró que son más eficaces los cepillos dentales con cabeza recta, angosta y fibras de nylon que terminan en un solo plano (no dentada), lo que les permite abrirse en abanico y penetrar en las áreas interproximales. (p. 12).

²⁷ Bardoni, N. Squassi, A. (1999) Odontología Preventiva, Medidas preventivas. Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

²⁸ Bardoni, N. Squassi, A. (1999) Odontología Preventiva, Medidas preventivas. Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

²⁹ Bardoni, N. Squassi, A. (1999) Odontología Preventiva, Medidas preventivas. Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

Material de las cerdas.

Indagando en la obra de Bardoni y Squass³⁰ (1999) se pudo transcribir que:

El nylon es el material más utilizado actualmente. Como consecuencia del desarrollo de las terminaciones redondeadas, la mejora en el control de las características del nylon y la correcta selección de las fibras en su diámetro y longitud, los cepillos dentales abarcaron gran variedad de formas y modelos. La mayoría de ellos son eficaces en la remoción de placa bacteriana. (p. 13).

Consultando en la obra de Bardoni y Squass³¹ (1999) se pudo conocer que:

“Las características que garantizan una calidad superior de los filamentos de nylon son: La capacidad de absorción de agua. La resistencia a la abrasión. La recuperación de la flexibilidad”. (p.13).

Comparando la obra de Finn³² (1985) se pudo referenciar que:

Las investigaciones más recientes sobre diseños de cepillos dentales infantiles indican que los cepillos probados más adecuados tenían las siguientes especializaciones para la cabeza: una pulgada de largo (2,5cm), 0,36 pulgada de alto (9mm), 11 hileras triples con hilera central de diámetro de cerda de 0,12 pulgada (3mm) y cada hilera exterior con diámetros de cerda de 0,008 pulgada (0,2 mm). Se sugiere generalmente emplear cepillos medianos, porque limpian las piezas mejor que las cerdas duras o blandas y generalmente no producen lesiones a los tejidos gingivales. (pp. 470-471).

Indagando en la obra de Lang y Lindhe³³ (2009) se pudo referenciar que: “se suele aconsejar que los cepillos se cambien antes de que se observen los primeros signos de desgaste. Se estima que la vida útil de un cepillo común es de 2-3meses”. (p.712). De acuerdo con el sentido común un cepillo con los filamentos desgastados o

³⁰ Bardoni, N. Squassi, A. (1999) Odontología Preventiva, Medidas preventivas. Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

³¹ Bardoni, N. Squassi, A. (1999) Odontología Preventiva, Medidas preventivas. Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana

³² Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V

³³ Lang, N., Lindhe, J. (2009). Periodontología clínica e Implantología odontológica. Buenos Aires, República Argentina: Medica Panamericana.

abiertos pierde resiliencia y es poco probable que sea igual de eficaz que un cepillo nuevo.

Técnicas de cepillado.

Examinando la obra de Bardoni y Squassi³⁴ (1999) se pudo referenciar que:

Técnica de Bass (Bass, 1954).

El cepillo se coloca 45° con respecto al eje mayor del diente, las cerdas son ligeramente presionadas en el margen gingival y en la zona interproximal. El cepillo se mueve de atrás hacia adelante con acción vibratoria de 10 a 15 segundos (10 veces) en el mismo lugar para desorganizar la placa. Para las caras vestibulares de todos los dientes y las linguales de premolares y molares, el mango debe mantenerse paralelo y horizontal al arco dentario. Para las caras linguales de incisivos y caninos superiores e inferiores, el cepillo se sostiene verticalmente y las cerdas del extremo de la cabeza se insertan en el espacio crevicular de los dientes. Para las caras oclusales se recomiendan movimientos de barrido corto en el sentido anteroposterior. Esta técnica es especialmente recomendada para los pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos, por su capacidad de remover la placa Supragingival así como la subgingival más superficial. (p.21).

Indagando en la obra de Bardoni y Squassi³⁵ (1999) se pudo exponer que:

Técnica Horizontal.

Las cerdas del cepillo se colocan 90° con respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia adelante como en el barrido. Está indicada en niños pequeños o con mayores dificultades motrices que no les permita realizar una técnica más compleja (kimmelman, 1966). (p.22).

Analizando la obra de Bardoni y Squassi³⁶ (1999) se pudo citar que:

Técnicas recomendadas en niños.

Starkey (1978) dio importancia a la participación de los padres en el cepillado de los bebés y de los escolares, y para ello recomendó métodos específicos. Según este método el padre o la madre debe sentarse o pararse detrás del niño, quien reclina la cabeza sobre la cadera o pierna izquierda del adulto; luego se

³⁴ Bardoni, N. Squassi, A. (1999) *Odontología Preventiva, Medidas preventivas*. Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

³⁵ Bardoni, N. Squassi, A. (1999) *Odontología Preventiva, Medidas preventivas*. Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

³⁶ Bardoni, N. Squassi, A. (1999) *Odontología Preventiva, Medidas preventivas*. Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

debe separar el carrillo y los labios con la mano izquierda, mientras que con la mano derecha se cepilla al niño. Al comienzo del cepillado no hay que emplear dentífrico, este puede añadirse en la última parte de la operación para obtener los beneficios de un dentífrico fluorado. Starkey recomendó que los padres cepillen los dientes del niño hasta que este demuestre su habilidad suficiente para hacerlo solo, entre los 9 y 10 años. (p.22).

Uso del Hilo dental.

Examinando la obra de Finn³⁷ (1985) se pudo exponer que:

Se sugiere que en ciertos casos el cepillado dental se complementa con seda dental empleada eficazmente. Se ha afirmado que la mejor seda dental es la que consta de gran número de fibras de nilón microscópicas y no enceradas con un mínimo de rotación. (p. 472).

Leyendo la obra de Cuenca, et al³⁸ (2013) se pudo referenciar que:

Se utilizan cuando la papila ocupa totalmente la tronera. El dentista determinara en función de las necesidades individuales de cada paciente si es posible conseguir que este utilice el hilo dental con un alto nivel de eficacia. El hilo dental no tiene el mismo efecto en manos de los pacientes que en las de un profesional. Muy pocas personas lo saben usar correctamente. (p.82).

Consultando la obra de Bardoni, Escobar y Castillo³⁹ (2010) se pudo citar que:

Los métodos de higiene interdental reducen considerablemente los índices de biopelícula y mejoran la gingivitis. No está demostrado científicamente que actúen en la prevención de la aparición de la caries y periodontitis, pero resultan eficaces para prevenir la gingivitis y en la fase de mantenimiento de la periodontitis. (p.253).

Consultando la obra de Finn⁴⁰ (1985) se pudo transcribir que:

³⁷ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V

³⁸ Cuenca, E., Baca, P. (2013). Odontología Preventiva y Comunitaria, Principios, Métodos y Aplicaciones. Reino de España: Elsevier Masson.

³⁹ Bardoni, N., Escobar, A., Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

⁴⁰ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V

Para que tenga valor este material, deberá emplearse sistemáticamente, pasando la seda a través del punto de contacto y estirándola hacia la superficie mesial y distal del área interproximal. Inmediatamente después, deberán eliminarse los desechos desarticulados con vigorosos enjuagues bucales en agua. Aunque se sabe que este es procedimiento bastante complicado, en los niños de más edad deberá incluirse por lo menos el patrón de higiene aun cuando se limite solo a las áreas interproximal y mesial de primeros molares permanentes.

Para lograr mejores resultados, se corta un hilo dental de aproximadamente 18 pulgadas (45cm) de este pedazo y se sostienen entre los índices y pulgares secciones de una pulgada (2,5 cm) y 1,5 pulgada (37 mm), el exceso se enrolla alrededor del dedo índice de una mano. Después de limpiar cada superficie interproximal de molar, la seda ya usada puede enrollarse alrededor del dedo índice opuesto y se desenrolla seda limpia para emplear en el nuevo sitio que se va a limpiar. (pp. 472-473).

Control químico de la placa dental.

Analizando la obra de Van Wais y Stöckli⁴¹ (2002) se pudo referenciar que:

Las soluciones quimiopreventivas están indicadas cuando la limpieza mecánica resulta muy difícil. El mayor efecto inhibitor de la placa dental (reducción del 60-80%) se consigue con clorhexidina (CHX al 0,1- 0,2%). El hecho de que tenga algunos efectos secundarios (como la tinción de la lengua y los dientes y trastornos relacionados con el sabor) limita las aplicaciones a largo plazo de esta sustancia (Heintze y cols., 1992). (p. 148).

Comparando la obra de Van Wails y Stöckli (2002) se pudo conocer que:

Para evitar los efectos secundarios de la clorhexidina se utiliza una gran cantidad de productos quimiopreventivos suaves, que dan resultados similares y prácticamente no tienen efectos secundarios. La combinación de triclosan y copolímeros o soluciones poco concentradas (0,06 %) de CHX (Hoffman y Brex, 2000) tiene un efecto antiinflamatorio. Con betadine o enjuagues de braunol (10 % de yodo) se consigue una reducción muy efectiva de la placa (40-60 %). (p. 148).

Leyendo la obra de Lang, et al.⁴² (2009) se pudo exponer que: “pueden ser simples soluciones acuosas pero la necesidad de que los productos que adquiere el

⁴¹ Van Wais, H., Stöckli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Barcelona, Reino de España: Masson S. A.

público sean estables y de gusto aceptable suele requerir su agregado de saporíferos, colorantes y conservantes, como el benzoato de sodio” (p.741).

Examinando la obra de Finn (1985) se pudo citar que:

El enjuague bucal ayuda a remover los restos de comida y de placa poco adherida, contribuyendo a que el pH de la boca regrese a un valor neutral después de la producción ácida que resulta de la ingestión de carbohidratos. Por lo tanto, se aconseja que después de ingerir golosinas con carbohidratos, se instruya a los niños para enjuagarse la boca vigorosamente dos o tres veces, con cuánta agua puedan acomodar fácilmente en la boca. Es especialmente importante hacer esto si en ese momento resulta impráctico cepillarse los dientes. (p. 474).

2.1.3. Hábitos alimenticios.

Parte de la autohigiene oral comprende mantener una nutrición balanceada, rica en alimentos fibrosos y muy pocos dulces. La alimentación equilibrada ayuda a conservar los dientes sanos y fuertes, además ayudará al resto del organismo a tener más vitalidad.

Indagando en la obra de Villafranca, Fernández, et al⁴³ (2008) se pudo referenciar que:

La nutrición y la dieta influyen poderosamente en la cavidad bucal, pero también es válida la situación contraria, es decir, el estado de la cavidad mencionada también influye en la capacidad del sujeto para consumir una dieta adecuada y en el equilibrio posterior de nutrientes. (p. 135).

Consultando la obra de Finn⁴⁴ (1985) se pudo citar que:

Durante siglos se ha observado que las personas sometidas a dietas con elevado porcentaje de alimentos harinosos y azúcares tienden a sufrir destrucción dental

⁴² Lang, N., et al. (2009). Periodontología clínica e Implantología odontológica. Buenos Aires, República Argentina: Medica Panamericana.

⁴³ Villafranca, F., Fernández, M., et al. (2008). Manual del técnico superior en Higiene bucodental. Reino de España: MAD, S.L.

⁴⁴ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V

que puede oscilar entre moderada y grave. También se ha observado que los individuos sometidos a dietas formadas principalmente por grasas y proteínas presentan escasa o nula caries dental. Estas observaciones han mostrado la importancia de ciertos carbohidratos como agentes causales de la caries dental. (p. 452).

Analizando la obra de Barrancos⁴⁵ (2006) se pudo exponer que:

La relación entre caries y factores dietéticos es compleja. Entre los hidratos de carbono la sacarosa es el de mayor capacidad cariogénica. Su introducción en la dieta moderna se ha asociado con un incremento de la prevalencia de la caries y específicamente con la etiología de caries de superficies lisas de los dientes. (p.382).

Consultando en la obra de Barrancos⁴⁶ (2006) se pudo citar que: “La metabolización de la sacarosa produce ácido láctico, que puede hacer descender el PH hasta el nivel crítico y causar la disolución del esmalte. La metabolización de almidones produce ácidos más débiles”. (p. 382).

Analizando la obra de Finn⁴⁷ (1985) se pudo citar que:

En una serie de estudios con sujetos humanos se ha observado que, varias horas después de comer, la cantidad de carbohidratos (estimados como glucosa) en la saliva es despreciable. Subsecuentemente, si se introduce en la boca una sustancia de prueba de carbohidrato con contenido de glucosa y se realizan varios análisis, se puede observar que cantidades apreciables de carbohidratos (calculados como glucosa) persisten periodos de media hora o más. (p. 414).

Examinando la obra de Higashida⁴⁸ (2009) se pudo exponer que: “tiempo de ingestión: la ingestión de alimentos con hidratos de carbono durante las comidas

⁴⁵ Barrancos, M. (2006). Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires, República Argentina: Panamericana.

⁴⁶ Barrancos, M. (2006). Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires, República Argentina: Panamericana.

⁴⁷ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

⁴⁸ Higashida, B. (2009). Odontología Preventiva. Estados Unidos Mexicanos: Mc Graw Hill.

implica una cariogenicidad menor que la ingestión de esos alimentos entre comidas”.
(p. 125).

Factores que influyen en la retención de carbohidratos.

Leyendo la obra de Finn⁴⁹ (1985) se pudo transcribir que “Basta con recordar que los almidones de cereales se utilizan como base en la preparación de adhesivos para comprender que esta propiedad prolongaría fuertemente la retención de estas substancias sobre y alrededor de la superficie dental”. (p. 417).

Analizando la obra de Finn⁵⁰ (1985) se pudo citar que:

Los dulces blandos y el caramelo se adhieren tenazmente a la superficie dental, mientras que otros alimentos de carbohidratos, como pan integral y galletas saladas rociadas con aceite son mucho menos adherentes. También resulta evidente que aunque ciertos alimentos no son cariogénicos en sí, pueden promover la retención bucal de carbohidratos cariogénicos cuando se ingieren al mismo tiempo. (p.417).

Cariogenicidad de los alimentos.

Consultando en la obra de Villafranca, et al.⁵¹ (2008) se pudo exponer que:

Debemos diferenciar los alimentos en cariogénicos, cariostáticos y anticariogénicos:

Los alimentos cariogénicos con los que contienen carbohidratos fermentables que, cuando se ponen en contacto con los microorganismos de la actividad bucal, acidifican el ph de la saliva a menos de 5,5 y estimulan el proceso cariogénico.

Los alimentos cariostáticos son aquellos que contribuyen a frenar o impiden la progresión de caries.

Los alimentos anticariogénicos son los que impiden que la placa dentobacteriana “reconozca” un alimento cariogénico. Por ejemplo el xilitol y algunos quesos (gruyere). (p. 136).

⁴⁹ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

⁵⁰ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

⁵¹ Villafranca, f., Fernández, M., et al. (2008). Manual del técnico superior en Higiene bucodental. Reino de España: MAD, S.L.

Comparando en la obra de Villafranca, et al.⁵² (2008) se pudo conocer que:
(Ver Anexo N°. 4.).

La dieta y la nutrición son fundamentales durante todas las etapas de las piezas dentales, cuando éstas han aparecido en boca, la alimentación sigue influyendo en el desarrollo y mineralización de los dientes, fortalecen al esmalte y afectan también los patrones de erupción de las piezas que resten. Consultando en la obra de Villafranca, et al.⁵³ (2008) se pudo transcribir que: “durante toda la vida la dieta y la nutrición siguen afectando dientes, huesos e integridad de la mucosa de la boca, así como la resistencia a las infecciones y longevidad de las piezas dentales”. (p. 136).

Analizando la obra de Finn⁵⁴ (1985) se pudo citar que:

Es especialmente importante aconsejar alimentos ricos en calcio, fósforo y vitaminas A, C y D. En circunstancias normales, la ingestión de cantidades adecuadas de leche, huevos y frutas cítricas alcanzara este objetivo, especialmente cuando la leche esta enriquecida con vitamina D. (p. 452).

Leyendo la obra de Finn⁵⁵ (1985) se pudo exponer que:

Alimentos como naranjas, manzanas, apio y otros alimentos fibrosos son preferibles a los alimentos adherentes al final de una comida o entre comidas. Las piezas retienen alimentos fibrosos en cantidades menores, y estos alimentos probablemente puedan desalojar ciertas partículas alimenticias adheridas a las piezas. (p. 460).

⁵² Villafranca, F., Fernández, M., et al. (2008). Manual del técnico superior en Higiene bucodental. Reino de España: MAD, S.L.

⁵³ Villafranca, F., Fernández, M., et al. (2008). Manual del técnico superior en Higiene bucodental. Reino de España: MAD, S.L.

⁵⁴ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

⁵⁵ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

2.1.4. Control odontológico.

Examinando la obra de Pinkham⁵⁶ (1996) se pudo referenciar que:

Hasta hace unos años, la odontología infantil tradicional recomendaba que la primera visita dental del niño se realizara a los tres años de edad. Esta sugerencia se basaba en la capacidad para cooperar en el entorno clínico, y no en la ausencia de enfermedad dental. Aunque la prevalencia de caries dental está disminuyendo en niños, los lactantes y preescolares aun la sufren (NIDR, 1989). La caries por el biberón en tales pacientes es un proceso particularmente destructivo; además, la caries que se observa en los niños de tres y cuatro años, comenzó mucho antes de esas edades.

En consecuencia, la primera visita del niño al consultorio dental debe darse a más tardar a los doce meses de edad, para que el odontólogo pueda evaluar la salud bucal, detener el avance de problemas probables, como la caries por biberón, y educar a los padres en la prevención de problemas dentales. (Goepferd, 1986a). (p. 187).

Examinando la obra de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegracion⁵⁷. (2009) se pudo citar que:

Parece razonable aplicar una frecuencia de visitas al profesional al menos una vez al año en el caso de individuos de riesgo bajo a las enfermedades periodontales. Los individuos con una mayor susceptibilidad, que padecen enfermedades periodontales o que han recibido tratamiento periodontal, necesitarán de un protocolo preventivo más ajustado a su situación periodontal; por lo general se aconseja que la frecuencia de visitas en estos casos sea cada tres a seis meses. (p.51).

Indagando en la obra de Conceicao⁵⁸ (2008) se pudo citar que: “El profesional necesita trabajar con una ficha clínica que le permita registrar el mayor número de informaciones posibles para poder establecer un correcto diagnóstico”. (p.32). Esta historia clínica no debe ser muy extensa ni tampoco muy resumida pues se omitiría aspectos importantes para realizar un plan de tratamiento.

⁵⁶ Pinkham, J. (1996). *Odontología Pediátrica*. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

⁵⁷ Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegracion. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. Buenos Aires, Republica de Argentina: Médica Panamericana.

⁵⁸ Conceicao, N. (2008). *Odontología Restauradora, Salud y Estética*. Buenos Aires, Republica de Argentina: Médica Panamericana.

Comparando la obra de Conceicao⁵⁹ (2008) se pudo exponer que: “El registro de la queja principal o del motivo de la consulta es muy importante para determinar el perfil del paciente y orientar al profesional sobre como satisfacer el pedido del paciente”. (p.32).

2.1.5. Prevención en el control odontológico.

Indagando en la obra de Pinkham⁶⁰ (1996) se pudo exponer que: “La asesoría preventiva debe incluir consejos sobre las prácticas alimentarias, los patrones de consumo de refrigerios, los procedimientos de aseo dental (colocación y regulación del tiempo), y una valoración del uso de fluoruros que permita elaborar un programa adecuado”. (p.188).

Leyendo la obra de Finn⁶¹ (1985) se pudo conocer que: “Un enfoque eficaz para controlar enfermedades consiste en la identificación de los factores responsables de la resistencia natural o inmunidad, y el empleo subsecuente de ese conocimiento en terapéutica preventiva”. (p. 430).

Clasificación de la Odontología preventiva.

Indagando en la obra de Harris y García Godoy⁶² se pudo citar que:

La odontología preventiva se ha clasificado arbitrariamente en tres niveles diferentes.

⁵⁹Conceicao, N. (2008). Odontología Restauradora, Salud y Estética. Buenos Aires, Republica de Argentina: Médica Panamericana.

⁶⁰Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

⁶¹Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

⁶²Harris, N., Garcia Godoy, F. (2005). Odontología Preventiva Primaria. (2da ed.). Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

La prevención primaria utiliza estrategias y agentes para impedir el inicio de la enfermedad, cambiar en sentido opuesto el progreso de esta, o para detenerla antes de que se requiera tratamiento secundario preventivo.

La prevención secundaria emplea métodos de tratamientos estandarizados para acabar con un proceso patológico y/o para restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad.

La prevención terciaria utiliza las medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes hasta el punto en que las capacidades físicas o las actitudes mentales, o ambas, estén lo más cerca posible de la normalidad después de la falla de la prevención secundaria. (p. 4).

Dentro de las medidas de prevención primaria más conocidas que realiza el odontólogo en el control periódico, se encuentran:

Profilaxis.

Sellantes.

Fluorización.

Profilaxis o limpieza dental.

Indagando la obra de Finn⁶³ (1985) se pudo transcribir que: “La profilaxis o limpieza dental consiste en la remoción de la placa bacteriana y cálculos formados alrededor de los dientes, este tratamiento puede realizarse según el caso, con instrumentos manuales con ultrasonido u otro instrumento electromecánico”. (p. 469).

Analizando la obra de Dieguez⁶⁴ (2009) se pudo referenciar que:

Tradicionalmente se recomendaba la limpieza de las superficies mediante el empleo de una copa de profilaxis o de un cepillo rotatorio y de pasta de profilaxis, pero en los últimos años se ha discutido acerca de la pertinencia de realizar una profilaxis previa en la superficie oclusal. Los escasos estudios existentes sobre el tema aconsejan continuar con esta fase de profilaxis para retirar la placa bacteriana y la materia alba. (p.172).

⁶³ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V

⁶⁴ Diéguez, E. (2009). Selladores de fosas y fisuras para higienistas dentales. Reino de España: Ideas propias

Leyendo la obra de la Sociedad española de Periodoncia y Osteointegración⁶⁵ (2009)

se pudo transcribir que:

No debemos olvidar que el objetivo final del control de la PB es evitar que la PB Supragingival se transforme en placa establecida subgingivalmente, ya que en esta ubicación el individuo es incapaz de poderla eliminar por los métodos habituales de higiene oral. (p.50).

Examinando la obra de Dieguez⁶⁶ (2009) se pudo conocer que:

Es importante mantener controles periódicos para lograr una boca sana y una sonrisa saludable, visitando al odontólogo cada 6 meses. Una limpieza correcta nos permite lograr un "blanqueado natural" de los dientes, porque la sola presencia de la placa bacteriana y el sarro hace que los dientes se vean más amarillentos ya que se pigmentan con las comidas, bebidas y sobretodo con el tabaco. (p.172).

Consultando la obra de Finn (1085) se pudo exponer que "Generalmente, se concede que la profilaxia del consultorio dental tiene importancia mínima o nula para controlar la destrucción dental y que su contribución principal a la salud dental radica en la prevención de enfermedades periodontales". (p. 469).

Sellantes de fosas y fisuras.

Indagando la obra de Llodra y Bravo⁶⁷ (2012) se pudo citar que:

Los selladores de fosas y fisuras constituyen una medida muy eficaz en la prevención de caries oclusales. En efecto, los SF tienen por objeto rellenar los puntos y fisuras del esmalte impidiendo la colonización bacteriana y evitando la difusión de los substratos fermentables que pueden ser metabolizados por las bacterias. Debido a la alta prevalencia de lesiones oclusales y a que el flúor protege fundamentalmente las superficies lisas, los SF son doblemente importantes. (p. 127).

⁶⁵ Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de Higiene Bucal. Buenos Aires, Republica de Argentina: Médica Panamericana.

⁶⁶ Diéguez, E. (2009). Selladores de fosas y fisuras para higienistas dentales. Reino de España: Ideas propias

⁶⁷ Llodra, J.C., Bravo, M. (2012). Odontología: selladores de fosas y fisuras. [En línea] Consultado: [07, Diciembre, 2014] Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Odontologia-Selladores-De-Fosas-y-Fisuras/3539409.html>

Leyendo la obra de Dieguez⁶⁸ (2009) se pudo exponer que:

Los sellantes dentales son películas para prevenir la aparición de caries a edades tempranas, lo mejor es aplicar el sellador de fosas y fisuras en cuanto lo permita la erupción del diente. Como es mayor la probabilidad de que se desarrollen lesiones de caries en fosas y fisuras en los molares a edades tempranas, son los niños y adolescentes los candidatos clave para recibir este tratamiento. Sin embargo, en ciertos casos, los adultos también pueden beneficiarse de esta medida preventiva. (p.171).

Composición de los selladores.

Consultando la obra de Pinkham⁶⁹ (1996) se pudo exponer que:

Los selladores están compuestos de una estructura de resina BIS-GMA utilizada en resinas compuestas. El monómero de esta resina se diluye en un monómero de dimetacrilato de bajo peso, para dar al material sellador una fluidez que le permita penetrar con facilidad en las fosetas y fisuras de las superficies oclusales. Se dispone de los selladores en dos sistemas de componentes, que son de autopolimerización cuando se mezclan, y de fotopolimerización. (p. 198).

Características de los selladores.

Analizando la obra de Valencia, Pascual, Vela y Visuerte⁷⁰ (2009) se pudo referenciar: “Son de un material fluido. Presentan capacidad humectante. Muestran capacidad de unión mecánica y adhesiva al tejido dentario. Demuestran baja contracción en la polimerización”. (p.150).

Examinando la obra de Finn⁷¹ (1985) se pudo transcribir que:

El éxito del empleo de esta técnica, al igual que el de otros aspectos de operatoria dental, depende de la rigurosa adhesión al procedimiento recetado, que en este caso es como sigue: 1) aplicación de la solución grabadora; 2)

⁶⁸ Diéguez, E. (2009). Selladores de fosas y fisuras para higienistas dentales. Reino de España: Ideas propias.

⁶⁹ Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

⁷⁰ Valencia, E. Pascual, F. Vela, C. Visuerte, j. (2009). Selladores de Fosas y Fisuras para Higienistas dentales, Indicaciones y técnicas de colocación. Reino de España: Ideas Propias.

⁷¹ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V

aplicación de la solución acondicionadora; 3) lavado con agua manteniendo la contaminación salival en un mínimo; 4) secado con aire caliente durante 10 a 20 segundos, y 5) aplicación del adhesivo para evitar burbujas. (p. 486).

Consultando la obra de Cárdenas⁷² (2003) se pudo referenciar que: “Adicionalmente, el esmalte grabado y sellado es más resistente al ataque ácido que el esmalte no grabado debido a la remineralización que produce la saliva y la retención de las proyecciones de sellante que quedan en la superficie externa”. (p. 190).

Analizando la obra de Cárdenas⁷³ (2003) se pudo conocer que:

Técnica de aplicación de los sellantes.

La aplicación del sellante paso por paso es la siguiente.

Profilaxis de la superficie oclusal con óxido de zinc, usando copa de caucho o cepillo.

Elimine los excedentes de óxido de zinc en la fisura, con el explorador.

Lave profusamente con agua y seque completamente. Asegúrese de que no haya contaminación en la manguera de aire.

Aislé y seque adecuadamente el cuadrante usando rollos de algodón. Idealmente, se debe utilizar el dique de goma y una buena succión.

Grabe la superficie oclusal con ácido fosfórico al 37%. El ácido debe colocarse sobre las fosas y fisuras y extenderse 2 milímetros hacia los planos inclinados de las cúspides. Debe evitarse el contacto del ácido con las mucosas. El tiempo de aplicación del ácido es entre 15 y 20 segundos.

Lavado y secado del diente. Se debe irrigar con agua durante 20 segundos, siempre asegurándose de que los dientes no se contaminen con saliva, para esto es indispensable un buen eyector.

Aplicación del sellante: el material se puede aplicar con pincel, explorador o dispensadores. Recuerde eliminar los excesos antes de polimerizar.

Polimerización: debe hacerse inmediatamente después de aplicar el sellante para evitar la contaminación. La lámpara de fotocurado se debe dirigir en forma perpendicular sobre el sellante durante 20 segundos.

Evaluación del sellante: se debe hacer una inspección visual y táctil. **No se debe desalojar con el explorador.** No debe cubrir toda la superficie oclusal, solo las fosas y fisuras. **No** debe interferir con la oclusión. (p. 191).

⁷² Cárdenas, D. (2003). Fundamentos de Odontología, Odontología Pediátrica. Medellín. República de Colombia: CIB.

⁷³ Cárdenas, D. (2003). Fundamentos de Odontología, Odontología Pediátrica. Medellín. República de Colombia: CIB.

Indicaciones de los selladores.

Leyendo en la obra de Llodra, et al.⁷⁴ (2012) se pudo exponer que las Indicaciones de los selladores son:

A nivel individual:

Dientes con morfología oclusal susceptible a la caries (surcos profundos)
Molares hasta los 4 años tras su erupción (fase de maduración posteruptiva del esmalte, que es el momento ideal para colocar un sellador), sanos o con caries incipiente de fisura limitada a esmalte.

En pacientes que puedan ser controlados regularmente

En hipoplasias o fracturas del esmalte.

Para el sellado de márgenes de reconstrucciones con resinas compuestas.

A nivel comunitario: Referido siempre a dientes sanos o con caries incipiente de fisura limitada a esmalte.

Primeros molares permanentes: de 6-10 años

Segundos molares permanentes: de 11-15 años.

Premolares en dentición de moderado y alto riesgo de caries.

Molares temporales en dentición primaria de alto riesgo. (p. 127).

Indagando en la obra de Llodra, et al.⁷⁵ (2012) se pudo referenciar que las contraindicaciones de los selladores son: “En molares o premolares con caries clínica detectable con sonda (fondo blando y/o caries en dentina). En pacientes con numerosas caries interproximales. En dientes con caries interproximal”. (p. 128).

Comparando la obra de Valencia, et al⁷⁶ (2009) puedo citar que:

Es imprescindible establecer unas pautas de revisión y reaplicación de los selladores para incrementar su efectividad al menos en programas individuales. Las principales recomendaciones se centran en la aplicar el sellador cada seis meses durante los dos primeros años tras su revisión salvo en pacientes de muy alto riesgo en los que se recomienda una revisión cada tres o cuatro meses. A partir del tercer año, si no ha habido aparición de nuevas lesiones de caries, la

⁷⁴ Llodra, J.C., Bravo, M. (2012). Odontología: selladores de fosas y fisuras. [En línea] Consultado: [07, Diciembre, 2014] Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Odontologia-Selladores-De-Fosas-y-Fisuras/3539409.html>

⁷⁵ Llodra, J.C., Bravo, M. (2012). Odontología: selladores de fosas y fisuras. [En línea] Consultado: [07, Diciembre, 2014] Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Odontologia-Selladores-De-Fosas-y-Fisuras/3539409.html>

⁷⁶ Valencia, E. Pascual, F. Vela, C. Visuerte, J. (2009). Selladores de Fosas y Fisuras para Higienistas dentales, Indicaciones y técnicas de colocación. Reino de España: Ideas Propias.

revisión puede ser anual. Sin embargo, en el caso de que hubiera aparecido una nueva lesión, las revisiones continuarían siendo semestrales. (p.193).

Fluorización Tópica.

Leyendo la obra de Finn⁷⁷ se pudo referenciar que “El niño paciente promedio debería ir al odontólogo cada seis meses para un examen dental, y en esa ocasión es cuando el odontólogo estimara conveniente administrar tratamiento de profilaxia y fluoruro”. (p. 443).

Indagando en la obra de la Aso. Española de Pediatría⁷⁸ (2008) se pudo citar que:

Es la medida más eficaz en la lucha contra la caries. El flúor se almacena en los dientes desde antes de su erupción; su efecto se basa en reducir la solubilidad del esmalte. En la fase posteruptiva, el flúor actúa sobre el esmalte ya formado, remineralizando lesiones incipientes. También parece inhibir la actividad enzimática de los microorganismos responsables de la caries. (p.1769).

Examinando la obra de la Aso. Española de Pediatría⁷⁹ (2008) se pudo transcribir que:

Se conoce que el mecanismo primario por el que el flúor protege contra la caries es su efecto local sobre la superficie del diente, directamente relacionado con la concentración de flúor en la saliva. Por ello no solo resulta eficaz en la infancia, sino que actúa durante toda la vida. (p. 1769).

Comparando la obra de Pinkham (1996) se pudo transcribir que:

Aunque no se comprenden a fondo los mecanismos exactos por los que se previene la caries dental con fluoruros, se considera que son tres de carácter general, a saber: 1) mayor resistencia a la desmineralización de la superficie dental, 2) refuerzo del proceso de remineralización y 3) menor potencial cariogénico de la placa dental. (p. 200).

⁷⁷ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

⁷⁸ Asociación Española de Pediatría. (2008). Manual del Residente de Pediatría y sus Áreas Específicas. Madrid, Reino de España: Norma.

⁷⁹ Asociación Española de Pediatría. (2008). Manual del Residente de Pediatría y sus Áreas Específicas. Madrid, Reino de España: Norma.

Indagando en la obra de Villafranca, et al.⁸⁰ (2008) se pudo exponer que “los fluoruros tópicos se clasifican en los aplicados por el profesional y los de auto aplicación y suelen ser: Fluoruro de estaño. Fluoruro de sodio. Fluoruro de Fosfato Acidulado. Monofluoruro de Sódico”. (p. 197).

Analizando la obra de Finn⁸¹ (1985) se pudo conocer que:

Aunque se ha sometido a muchos compuestos de fluoruro a pruebas clínicas y de laboratorio para determinar su posible utilidad en la prevención de caries, los compuestos que hasta la fecha han recibido mayor atención son fluoruro de sodio neutro, fosfato fluoruro de sodio acidulado y fluoruro estañoso. (p.442).

Número de aplicaciones.

Leyendo la obra de Finn⁸² (1985) se pudo citar que:

La literatura contiene informes de experimentos con fluoruro de sodio en los que el número de aplicaciones en un año variaba de 1 a 15. Al estudiarlas colectivamente apoyan la creencia de que la máxima reducción de caries dental obtenible con una solución neutra de fluoruro de sodio al 2 por 100 se logra con cuatro tratamientos, en un periodo de un año. Sin embargo, una solución acidulada de fluoruro parece más eficaz y requiere solo una aplicación, anualmente o cada seis meses.

El fluoruro estañoso se ha empleado principalmente como solución al 8 por 100 aplicada a las piezas una vez al año. Más recientemente, se ha hecho la sugerencia de que el fluoruro estañoso aplicado cada seis meses es más beneficioso. (p.443).

Edad de aplicación.

Indagando en la obra de la Aso. Española de Pediatría⁸³ (2008) se pudo citar que:

El flúor vía tópica debe ser colocado a partir de los 5-6 años de edad, cuando el niño puede evitar la ingestión de la solución. Para mantener una concentración

⁸⁰ Villafranca, f., Fernández, M., et al. (2008). Manual del técnico superior en Higiene bucodental. Reino de España: MAD, S.L.

⁸¹ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

⁸² Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

⁸³ Asociación Española de Pediatría. (2008). Manual del Residente de Pediatría y sus Áreas Específicas. Madrid, Reino de España: Norma.

adecuada de flúor en la saliva se recomienda evitar cualquier tipo de ingesta en los 30 minutos posteriores a la aplicación tópica de flúor. (p.1769).

Consultando en la obra de la Asociación Española de Pediatría⁸⁴ (2008) se pudo referenciar que: “En adultos el flúor puede ser útil en problemas de sensibilidad dentaria. También está indicado en pacientes con susceptibilidad especial para las caries o que tiene algún factor facilitador especial como un tratamiento ortodóncico, radioterapia o xerostomía”. (p.1769).

Procedimientos para tratamiento.

Comparando la obra de Finn⁸⁵ (1985) se pudo exponer que:

Se aconseja ampliamente la técnica de Knutson para aplicación tópica de fluoruro de sodio a las piezas. En la primera visita se limpian cuidadosamente las piezas con piedra pómez y copa de caucho. Después, se enjuaga la boca y se aíslan las piezas con cilindros de algodón. Un método satisfactorio consiste en aislar las piezas superiores e inferiores en un lado cada vez. Esto se logra con un mantenedor de cilindros de algodón y un cilindro largo de algodón en los surcos bucales superior e inferior y un cilindro corto en el área lingual. Un eyector de saliva ayudara a mantener seca el área. Se secan entonces las piezas al aire y se aplica a cada superficie dental la solución de fluoruro de sodio al 2 por 100, incluyendo las superficies proximales con un aplicador de algodón o roció. Se deja secar la solución sobre las piezas tres a cinco minutos; después, se tratan las piezas del lado opuesto. (p. 443).

Geles fluorados de uso profesional.

Analizando la obra de Villafranca, et al.⁸⁶ (2008) se pudo citar que:

Son el método de aplicación profesional con mayor aceptación tanto por su eficacia como por la facilidad de utilización en la consulta. Los geles actuales contienen en una concentración de 1,23% con un Ph 3-4. Esta acidez, debida a la incorporación de ácido fosfórico a una concentración de 1%, facilita la incorporación de fluor a la superficie del esmalte de una forma decisiva. Sin

⁸⁴ Asociación Española de Pediatría. (2008). Manual del Residente de Pediatría y sus Áreas Específicas. Madrid, Reino de España: Norma.

⁸⁵ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

⁸⁶ Villafranca, f., Fernández, M., et al. (2008). Manual del técnico superior en Higiene bucodental. Reino de España: MAD, S.L.

embargo, las aplicaciones reiteradas de este tipo de geles pueden alterar la estética de las restauraciones de cerámica y las de composite y esto se debe vigilar. La aplicación del gel se hace con cubetas prefabricadas en el mercado o con cubetas individuales por cada paciente. El gel se vierte en la cubeta en una cantidad siempre menor a 2,5% por arcada y se coloca sobre los dientes previamente secados con aire, ya que la presencia de saliva diluye la abundante concentración y reduce significativamente la absorción del Flúor. (p. 197).

Leyendo la obra de Finn⁸⁷ (1985) se pudo transcribir que: “Es costumbre tratar las piezas a los 3, 7 y 13 años de edad, para asegurar que las piezas en erupción reciban los efectos beneficiosos del fluoruro”. (p.443).

Odontotomías Profilácticas.

Comparando la obra de Finn⁸⁸ (1985) se pudo referenciar que:

La “odontotomía profiláctica” describe una técnica hecha popular por Hyatt y col. Consiste en eliminar las partes defectuosas de la pieza para proteger a esta contra la destrucción. Los que defienden este procedimiento señalan que las áreas de fosetas y fisuras de las piezas posteriores presentan gran susceptibilidad a la caries. En circunstancias normales puede preverse que se vuelvan cariosas en un periodo razonable después de la erupción. Si progresara rápidamente la lesión, podría afectar a una gran porción del tejido dental. Esto, a su vez, dañaría la pulpa y haría necesario un trabajo restaurativo extenso. Estas dos posibilidades pueden minimizarse al eliminar áreas susceptibles a la caries, tales como fosetas y fisuras, en las piezas posteriores, especialmente en los molares de los seis años, y al restaurarlos con obturaciones de amalgama.

En ciertos casos seleccionados en que el defecto no afecta el espesor completo del esmalte, Hyatt recomendó “una inmunización”. Esto consiste en emplear fresas redondas y piedras para convertir los defectos en una fosa poco profunda, lisa y redonda, o un surco con las mismas características que no retenga desechos alimenticios. (p. 484).

⁸⁷ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

⁸⁸ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

2.2. Estado de salud bucal infantil (diagnostico).

Consultando la obra de Van Wais y Stöckli⁸⁹ (2002) se pudo transcribir que:

La realización de una anamnesis sistémica y de una exploración y un registro clínico para la obtención final de un diagnóstico son elementos fundamentales en medicina odontológica. El seguimiento consecuente de esta secuencia garantiza una correcta planificación y ejecución de la profilaxis, el tratamiento y el control del proceso. (p. 101).

Examinando la obra de Barrancos⁹⁰ (2006) se pudo exponer que: “El diagnóstico es la conclusión diferenciada que define el estado de salud y de enfermedad y las etapas en la evolución natural, entre ellas la prepatogénica de un individuo o de una comunidad”. (p. 342).

Analizando la obra de Cárdenas⁹¹ (2003) se pudo citar que:

El objetivo del examen del paciente niño es obtener toda la información posible acerca del estado de salud oral del paciente, así como de la salud general asociada, ya que existen muchas situaciones en las cuales la salud oral afecta la salud general y viceversa. Además el examen oral nos da las bases para el diagnóstico y el pronóstico que va a determinar los requerimientos inmediatos y a largo plazo, ya sean de naturaleza preventiva-correctiva o restauradora. (p. 1).

Leyendo la obra de Pinkham⁹² (1996) se pudo conocer que:

La práctica moderna de odontología no tiene por qué ser desagradable ni producir temor; en cambio el examen inicial del niño menor de tres años debe aportar fundamentos para la creación de una actitud positiva hacia ella. El método para examinar al lactante así como el ambiente adecuado, permitirán hacer una introducción a la odontología que resulte agradable, no intimidante, para el niño y sus padres. (p. 187).

⁸⁹ Van Wais, H., Stöckli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Barcelona, Reino de España: Masson S. A.

⁹⁰ Barrancos, M. (2006). Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires, República Argentina: Panamericana.

⁹¹ Cárdenas, D. (2003). Fundamentos de Odontología, Odontología Pediátrica. Medellín. República de Colombia: CIB.

⁹² Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

Comparando la obra de Cárdenas⁹³ (2003) se pudo transcribir que:

Un diagnóstico completo y exacto requiere 4 pasos importantes:

Historia del paciente.

Datos personales (nombre, edad, etc.).

Motivo de la consulta.

Historia familiar y Social.

Historia médica.

Historia dental.

Examen Clínico.

Apariencia facial general (simetría vs. asimetría).

Mucosa oral y tejidos blandos en general: lengua – frenillos, etc.

Tejidos periodontales.

Dientes (numero – forma – tamaño, etc.).

Oclusión.

Exámenes Complementarios.

Modelos de estudio – biopsias, etc.

Análisis de laboratorio (de acuerdo con lo encontrado en la historia médica).

Examen radiográfico.

Intraoral.

Extraoral. (p. 2).

2.2.1. Variaciones del estado de salud bucal en niños.

Indagando en la obra de Cárdenas⁹⁴ (2003) se pudo referenciar:

También podríamos definirlo como la identificación de lo que se aparta de lo normal y es por lo tanto esencial tener una idea muy clara de lo que es normal antes de intentar reconocer lo que se aparta de esta definición. (p. 1).

Analizando la obra de Barrancos⁹⁵ (2006) se pudo exponer que:

El adecuado estado de la salud bucal permite desarrollar funciones vitales como la alimentación, la comunicación y el afecto de forma normal. Un indicador de la salud bucal es el índice de caries dental (sumatoria de número de dientes cariados, perdidos y obturados: CPOD o el ceod en caso de dentición temporal). Este índice, muestra problemas no resueltos, presentes y

⁹³ Cárdenas, D. (2003). Fundamentos de Odontología, Odontología Pediátrica. Medellín. República de Colombia: CIB.

⁹⁴ Cárdenas, D. (2003). Fundamentos de Odontología, Odontología Pediátrica. Medellín. República de Colombia: CIB.

⁹⁵ Barrancos, M. (2006). Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires, República Argentina: Panamericana.

futuros, además de ser ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos para estimar la magnitud de problemas de salud bucal. (p.342).

Placa bacteriana.

Comparando la obra de Cawson y Odell⁹⁶ (2009) se pudo exponer que:

La placa es un depósito muy adherente que se forma sobre la superficie de los dientes y que consiste en una matriz orgánica con una densa concentración de bacterias. En términos microbiológicos, la placa es una biopelícula. Las biopelículas consisten en una fase viscosa deshidratada formada a partir de bacterias y sus matrices extracelulares de polisacáridos. (p.42).

Examinando la obra de Van Wais y Stöckli⁹⁷ (2002) se pudo conocer que:

En cuestión de minutos u horas, sobre un diente sano se deposita una película de glucoproteínas salivales. En un periodo de 24h esta película es colonizada por bacterias, sobre todo cocos grampositivos. En los primeros días del crecimiento de la placa aparecen ya diferentes microorganismos, y después de 7 a 14 días se instalan también filamentos. (p. 134).

Indagando en la obra de Cawson y Odell⁹⁸ (2009) se pudo citar que:

La placa bacteriana resiste la fricción que generan los alimentos durante la masticación, y puede ser eliminada con facilidad solo por el cepillo de dientes. Sin embargo existen zonas inaccesibles o depresiones donde ni el cepillo ni los alimentos fibrosos pueden eliminar la placa. Cuando el cepillado se interrumpe durante 12 a 24 horas, la placa se hace visible sobre todo en las superficies labiales de los incisivos. Su aspecto es el de una película con una superficie mate que apaga el brillo y la tersura del esmalte. (p.43).

Analizando la obra de Van Wais y Stöckli⁹⁹ (2002) se pudo exponer que:

La placa supra y subgingival es la causante de la caries, la gingivitis y la periodontitis. La placa siempre causa gingivitis: cuanto mayor sea la superficie de contacto entre la placa y la encía más extendida estará la gingivitis. Cada

⁹⁶ Cawson, R., Odell, E. (2009). Fundamentos de Medicina y Patología Oral. Reino de España: Elsevier.

⁹⁷ Van Wais, H., Stöckli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Barcelona, Reino de España: Masson S. A.

⁹⁸ Cawson, R., Odell, E. (2009). Fundamentos de Medicina y Patología Oral. Reino de España: Elsevier

⁹⁹ Van Wais, H., Stöckli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Barcelona, Reino de España: Masson S. A.

vez que se come un plato que contiene azúcar, los microorganismos de la placa degradan los diferentes tipos de azúcar presentes por fermentación; a partir de este proceso, aparecen ácidos orgánicos que descalcifican el esmalte dentario. Según las hipótesis actuales, solo un grupo reducido de diferentes bacterias de la placa son responsables de la aparición de la caries. (p. 134).

Leyendo en la obra de Lang, et al.¹⁰⁰ (2009) se pudo referenciar que:

El papel de la placa bacteriana en la etiopatogenia de las enfermedades periodontales fue claramente demostrado en el estudio de gingivitis experimental de Løe et al., donde demostraron que el depósito de placa siempre se sigue de inflamación gingival y que la eliminación de la placa controla este proceso. (p.78).

Comparando la obra de Van Wais y Stöckli¹⁰¹ (2002) se pudo citar que: “Como han demostrado las investigaciones microbiológicas, los microorganismos de la placa más relevantes desde el punto de vista cariogénico son: Streptococcus mutans, lactobacilos, Streptococcus sobrinus y actinomicetos (Según Houe, 1980)”. (p. 135).

Analizando la obra de Cameron y Widmer¹⁰² (1998) se pudo exponer que:

A los niños, sus padres y los pacientes de más edad les cuesta saber cuándo han eliminado correctamente la placa de sus dientes. Las soluciones y comprimidos identificadores son muy útiles para ayudar a los pacientes y los padres a visualizar y eliminar mejor la placa. (p. 57).

¹⁰⁰ Lang, N., et al. (2009). Periodontología clínica e Implantología odontológica. Buenos Aires, República Argentina: Medica Panamericana.

¹⁰¹ Van Wais, H., Stöckli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Barcelona, Reino de España: Masson S. A.

¹⁰² Cameron, A., Widmer, R. (1998). Manual de Odontología Pediátrica. Madrid, Reino de España: Harcourt Brace.

Caries dental.

Consultando en la obra de Ross y Wojciech¹⁰³ (2008) se pudo transcribir que:

La caries dental es una enfermedad microbiana infecciosa de los dientes cuya consecuencia es la destrucción de los tejidos calcificados afectados, o sea el esmalte, la dentina y el cemento. Las lesiones cariosas suelen aparecer debajo de masas de colonias bacterianas conocidas como placa dental. (p.16).

Analizando la obra de Finn¹⁰⁴ (1985) se pudo exponer que:

En la caries dental, la lesión primaria se produce en primer lugar en la superficie dental, y si no se detiene o elimina, progresa hacia adentro, afectando en última instancia a la pulpa. Las lesiones cariosas iniciales ocurren con mayor frecuencia en aquellas superficies que favorecen la acumulación de alimentos y microorganismos. (p. 413).

Leyendo la obra de Finn¹⁰⁵ (1985) se pudo citar que:

En la mayoría de los casos, el primer cambio clínico observable en la caries del esmalte es el aspecto blanquecino de la superficie en el lugar del ataque. Aunque este color blanquecino puede pasar inadvertido cuando la pieza está húmeda, es fácilmente detectable cuando la superficie dental se está examinando después de secarla cuidadosamente. Subsecuentemente el área blanquecina se ablanda, hasta formar diminutas cavidades y puede ser atravesada con un explorador dental. (p. 413).

Leyendo en la obra de Negroni¹⁰⁶ (2009) se pudo citar que:

La etiopatogenia de la caries dental fue propuesta por W. Miller en 1882, según Miller el factor más importante en la patogenia de la enfermedad era la capacidad de gran número de bacterias bucales de producir ácidos a partir de los hidratos de carbono de la dieta, hipótesis que sustento experimentalmente al aislar varios grupos de microorganismos bucales que eran cariogénicos. Paul Keyes en 1960, en forma teórica y experimental, estableció que la Etiopatogenia de la caries obedece a la interacción simultánea de tres elementos o factores principales: un factor “microorganismo” que en presencia de un factor “sustrato” logra afectar a un factor “diente” (también denominado

¹⁰³ Rossi, G. Cuniberti, N. (2004). Atlas de Odontología Restauradora y Periodoncia. Buenos Aires, Republica de Argentina: Médica Panamericana.

¹⁰⁴ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

¹⁰⁵ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

¹⁰⁶ Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica, Fundamentos y guía práctica. Buenos Aires, Republica de Argentina: Médica Panamericana.

hospedero). La representación esquemática de estos tres factores básicos se conoce como triada de Keyes. Si estos condicionantes confluyeran solo durante un periodo muy breve, la enfermedad cariosa no se produciría; por lo tanto, se ha agregado el tiempo de interacción de estos, así como diversas variables e interrelaciones que inciden como modificadores de este proceso. (p. 247-248).

Comparando la obra de García y Gonzales¹⁰⁷ (2008) se pudo conocer que: “Otros muchos factores predisponen a la formación de caries: herencia, raza, higiene, morfología dentaria, flujo salival, composición química del esmalte, glándulas de secreción interna, sistema inmunitario, enfermedades sistémicas y estados carenciales de base”. (p.427).

Analizando la obra de Finn¹⁰⁸ (1985) se pudo transcribir que:

Aunque los microorganismos bucales y carbohidratos retenidos son factores etiológicos en la producción de caries dental, debe recordarse que cada uno de estos existe en un medio constantemente expuesto a saliva. Basándose en esto, es concebible suponer que las propiedades físicas o químicas de la saliva pueden influir en la susceptibilidad a la caries dental. Es de todos conocido que en aquellos casos en que el flujo normal de saliva se ve disminuido puede producirse posteriormente destrucción dental rampante. (p. 422).

Examinando la obra de Ross y Wojciech¹⁰⁹ (2008) se pudo referenciar que:

Cantidades muy pequeñas de flúor, de fuentes como el agua potable (0,5 a 1,0 ppm es la cantidad optima), los dentífricos e incluso la dieta, pueden aumentar la resistencia a los efectos de las bacterias cariogénicas. El flúor mejora la resistencia de la estructura dentaria al ácido, actúa como un agente antimicrobiano y promueve la remineralización de las lesiones cariosas pequeñas. (p.16).

¹⁰⁷ García, C., Gonzales, A. (2005). Tratado de Pediatría Social. Madrid, Reino de España: Díaz de Santos, S.A.

¹⁰⁸ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

¹⁰⁹ Ross, M., Wojciech, P. (2008). Histología, Texto y atlas color con biología celular y molecular. Buenos Aires, Republica de Argentina: Médica Panamericana.

Consultando la obra de Pinkham¹¹⁰ (1996) se pudo citar que:

La anatomía de los molares primarios, con sus superficies oclusales fisuradas y áreas de contacto interproximal planas y amplias, los convierte en los dientes deciduos más propensos a la caries. La importancia de los molares primarios en la masticación y como conservadores de espacio para los dientes sucedáneos, aunada a la creación de materiales restaurativos económicos y adecuados, favorece la tendencia a restaurarlos y conservarlos. (p. 310).

De acuerdo a su localización la caries puede clasificarse:

Clase I: Caries en la cara oclusal y sólo en esa cara.

Clase II: Caries en interproximal, en los dientes del grupo posterior.

Clase III: Caries en interproximal del sector anterior y sin afectación del borde incisal.

Clase VI: Caries en interproximal del sector anterior y con afectación del borde incisal.

Clase V: Caries en las caras libres dentales.

Indicador epidemiológico para la caries dental CPO-D.

Examinando la obra de López¹¹¹ (2010) se pudo exponer que:

Las características propias de la caries y de su historia natural, han facilitado la elaboración de índices que permiten la medición adecuada de esta enfermedad, prueba de ello es el índice COP-D o CPO-D o ICAOD, que es el mismo, solo que se utilizan las anteriores siglas de acuerdo a los diferentes países. (p. 172).

Consultando la obra de López¹¹² (2010) se pudo citar que:

Este ha sido el índice más utilizado a través de la historia, fue desarrollado por Klein Palmer y Knudson desde la década de los años 30 en el siglo pasado, se aplica a dientes permanentes e indica la experiencia de caries en un individuo sus valores están entre 0 y 32, y se obtienen sumando los valores encontrados,

¹¹⁰ Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

¹¹¹ López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

¹¹² López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

aunque también puede hacerse por superficies, así la C indica los dientes con caries activas, O indica el número de dientes obturados y P los dientes perdidos de esta manera si un individuo está completamente sano su índice de CPO será 0. (p. 95).

Indagando en la obra de López¹¹³ (2010) se pudo transcribir que:

La suma de estas tres posibles circunstancias determina el índice COP del individuo. Si se requiere definir este índice en un grupo poblacional, se debe promediar, sumando los índices COP individuales y dividiéndolo por el número total de individuos examinados. (p.172).

Indicador epidemiológico para la caries dental ceo-d.

Comparando en la obra de López¹¹⁴ (2010) se pudo citar que:

Para los dientes temporales se toma o mide el índice ceo-d, donde se hace el recuento de dientes (d) temporales o deciduos cariados (c), obturados (o), extracción indicada por caries (e), se suman estas variables y nos da un resultado que va de 0 a 20, para una comunidad se promedia y se divide por el número de niños examinados. Se diferencia del de permanentes en que se excluyen los dientes perdidos o ausentes, debido a la dificultad de definir si su ausencia se produjo por caries o por el proceso natural de exfoliación de los dientes deciduos. (p. 173).

Leyendo en la obra de López¹¹⁵ (2010) se pudo conocer que:

Estos dos anteriores índices son un buen instrumento de medida del nivel de PREVALENCIA de caries en una comunidad. En la medida en que el índice de prevalencia disminuya, la actividad del odontólogo debe orientarse hacia el mantenimiento y control preventivo de la caries y otras enfermedades bucodentales, disminuyendo así, su actividad de carácter restaurador; limitándose a procedimientos de carácter cosmético, traumatismos, cambios de viejas restauraciones, etc. (p. 173).

¹¹³ López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

¹¹⁴ López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

¹¹⁵ López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

Analizando la información disponible en la revista de la Universidad Nacional del Nordeste¹¹⁶ (2005) se pudo transcribir que: “La OMS establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores.

CPOD – ceod:

0,0 – 1,1 = Muy bajo.

1,2 – 2,6 = Bajo.

2,7 – 4,4 = Moderado.

4,5 – 6,5 = Alto.

6,6 y + = Muy alto”. (párr. 1).

Restauraciones directas como tratamiento de la caries dental.

Comparando la obra de Conceicao¹¹⁷ (2008) se pudo referenciar que:

Una restauración es una reconstrucción de una porción de un diente, fracturada, destruida, desgastada o afectada irreversiblemente por patología, previa terapéutica de la misma y preparación dentaria apropiada. Su objetivo es detener la progresión de la caries y evitar que siga la destrucción del diente hasta su definitiva pérdida y devolviéndole su forma natural (anatómica), su función y, si es posible, reemplazando los tejidos perdidos o enfermos e irrecuperables, por materiales artificiales adecuados. (p. 271).

Leyendo la obra de Rossi y Guniberti¹¹⁸ (2004) se pudo conocer que:

Es de máxima importancia conservar la estructura intacta del diente y su vitalidad en la preparación del diente. El trauma sobre la pulpa debe ser minimizado con el uso abundante de refrigeración acuosa. Para que una restauración se integre adecuadamente en la boca, su apariencia estética no es suficiente, debe existir un contorno correcto que colabore en la eliminación de la placa bacteriana, una cara oclusal adecuada que permita transmitir las

¹¹⁶ Universidad Nacional del Nordeste. (2005). Prevalencia de Caries Dental en niños y jóvenes de Zonas Rurales. [En línea]. Consultado: [12, junio, 2015] Disponible en: www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf

¹¹⁷ Conceicao, N. (2008). Odontología Restauradora, Salud y Estética. Buenos Aires, Republica de Argentina: Médica Panamericana.

¹¹⁸ Rossi, G. Cuniberti, N. (2004). Atlas de Odontología Restauradora y Periodoncia. (1^{era} ed). Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

fuerzas lo más axiales posibles y crear un espacio adecuado para generar el espesor necesario tanto en las caras libres como en las proximales. (p.59).

Materiales dentales de interés odontopediátrico.

Examinando la obra de Pinkham¹¹⁹ (1996) se pudo exponer que: “Los materiales de restauración utilizados en odontopediátrica son casi siempre los mismos que se emplean en odontología general”. (p. 295).

Bases y Recubrimientos.

Consultando la obra de Pinkham¹²⁰ (1996) se pudo transcribir que:

El uso de bases y recubrimientos es importante en odontopediátrica; permiten reducir la microfiltración marginal de una restauración y evitar la sensibilidad en la estructura dental subyacente. Tradicionalmente, los materiales de primera elección han sido los preparados de hidróxido de calcio, óxido de zinc y eugenol, y fosfato de zinc. En la actualidad, también el ionomero de vidrio es una base de uso muy frecuente. (p. 295).

Barnices cavitarios.

Analizando la obra de Pinkham¹²¹ (1996) se pudo referenciar que:

Los barnices cavitarios son resinas insolubles en los líquidos bucales. Se utilizan con las restauraciones de amalgama; inhiben la adhesión superficial de los sistemas de resina compuesta, sistemas de adhesión dentinaria y de ionomero de vidrio, además de evitar la liberación del fluoruro del ionomero de vidrio para obtener acceso a la restauración y la interface dental. El propósito de los barnices es reducir la microfiltración en los márgenes de restauración, e inhibir la penetración de productos de corrosión de la amalgama hacia la dentina, con lo que evita la pigmentación dental adyacente a estas restauraciones. Los barnices no impiden la hipersensibilidad térmica. (p. 298).

¹¹⁹ Pinkham, J. (1996). *Odontología Pediátrica*. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

¹²⁰ Pinkham, J. (1996). *Odontología Pediátrica*. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

¹²¹ Pinkham, J. (1996). *Odontología Pediátrica*. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

Materiales de Restauración.

Amalgama.

Indagando la obra de Pinkham¹²² (1996) se pudo exponer que: “La amalgama dental consiste en una mezcla de aleación de plata, cobre, estaño, y en algunos casos, partículas de zinc combinadas con mercurio”. (p. 298). El mercurio actúa en realidad como agente humectante de las partículas de aleación para iniciar el endurecimiento denominado amalgamación.

Analizando la obra de Pinkham¹²³ (1996) se pudo citar que: “La preparación debe tener un diseño tal que permita que permita condensar la amalgama como una “masa” de material; es necesario evitar la escases de profundidad y la creación de un istmo delgado donde se pueda presentar una fractura”. (p. 299).

Leyendo la obra de Pinkham¹²⁴ (1996) se pudo exponer que:

La amalgama se debe colocar y condensar inmediatamente después de su trituración, conforme a las recomendaciones del fabricante. La colocación de amalgama con pequeños incrementos es adecuada. El uso de condensadores pequeños, con presión firme, en pequeños incrementos de amalgama, reduce las burbujas dentro de la restauración final. (p. 299).

Examinando la obra de Pinkham¹²⁵ (1996) se pudo transcribir que:

En la superficie o subsuperficie de una amalgama se presenta corrosión, es decir un deterioro químico o electroquímico. El deterioro se puede deber a fisuras o grietas ocasionadas por deficiencia en la condensación, modelación o terminado de la amalgama, que permite que el alimento o los componentes de la saliva ataquen la matriz química. Metales disimiles en contacto también

¹²² Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

¹²³ Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

¹²⁴ Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

¹²⁵ Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

producen corrosión, una acción galvánica que hace que los materiales sufran solución. (p. 299).

Indagando en la obra de Conceicao¹²⁶ (2008) se pudo citar que:

Es esencial que el profesional tenga en cuenta que la elección y utilización de restauraciones de amalgama o de materiales restauradores estéticos en los dientes posteriores va mucho más allá de una simple indicación clínica. Un análisis metódico del perfil del paciente y de sus necesidades de tratamiento, así como del lugar de actuación y el entrenamiento previo del profesional son variables importantes en la definición del tratamiento restaurador. (p.150).

Resina Compuesta.

Comparando la obra de Pinkham¹²⁷ (1996) se pudo exponer que:

En la actualidad, la resina compuesta se utiliza para selladores y para restauraciones de clase I, II, III, IV y V en dientes primarios y secundarios. Las restauraciones con resina compuesta deben su aceptación principalmente a las cualidades estéticas excelentes. Otras ventajas son su relativa conductividad térmica baja, conservación de la estructura dental en preparación de cavidad y adelantos en la estabilidad de las propiedades que la componen. (p. 299).

Analizando la obra de Pinkham¹²⁸ (1996) se pudo conocer que:

Las resinas compuestas para dientes posteriores contienen un alto porcentaje por volumen de partículas de relleno. Esta composición proporciona una resistencia al desgaste y mayor estabilidad. Es necesario aumentar el contenido de relleno, para dotarlo de resistencia al desgaste, lo que requiere una disminución en el polímero de matriz de resina, con lo cual se logra reducir el grado de contracción que se presenta después de la polimerización. Al aumentar las partículas de relleno, aumenta el módulo de elasticidad y tiende a reducirse la contracción (Ruyter, 1982). (p. 301).

¹²⁶ Conceicao, N. (2008). *Odontología Restauradora, Salud y Estética*. Buenos Aires, Republica de Argentina: Médica Panamericana.

¹²⁷ Pinkham, J. (1996). *Odontología Pediátrica*. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

¹²⁸ Pinkham, J. (1996). *Odontología Pediátrica*. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

Resinas compuestas de polimerización química.

Consultando la obra de Pinkham¹²⁹ (1996) se pudo referenciar que:

Las resinas compuestas tradicionales activadas de manera química forman cadenas cruzadas durante la copolimerización del metilmetacrilato y del dimetacrilato e glicoletileno. Los monómeros de metacrilato polimerizan por medio de un radical libre, iniciando la polimerización, para formar una matriz orgánica de una red tridimensional. (p. 301).

Resina compuesta polimerizada con luz visible.

Leyendo la obra de Pinkham¹³⁰ (1996) se pudo exponer que:

En la actualidad, la mayor parte de las resinas compuestas son materiales de fotoactivación. Esto permite mayor control en la colocación de la resina durante la preparación cavitaria; la aplicación se puede hacer con facilidad en incrementos. Las resinas fotoactivadas casi siempre contienen un iniciador bicetona (camforquinona) y un catalizador amina (dimetilaminoetil metacrilato). La dicetona absorbe la luz en una longitud de onda cercana a 470nm para formar un estado excitado, el cual junto con la amina, produce radicales del ion que inician la polimerización de los radicales libres (Smith, 1985; Ruyter, 1985). (pp. 301-302).

Ionomeros de Vidrio.

Indagando en la obra de Pinkham¹³¹ (1996) se pudo transcribir que:

Restauraciones anteriores.

El uso de este cemento para restauraciones anteriores se limita a preparaciones de las clase III y V. La baja resistencia a la fractura y la escasa resistencia de la adhesión mecánica al esmalte, hace su uso impráctico para las restauraciones de clase IV. La retención en las restauraciones de ionomero de vidrio de clase V, cuando el margen gingival no está en esmalte, tiene sus ventajas. Se ha demostrado que la liberación de fluoruro de las restauraciones con ionomero inhibe la caries secundaria.

Restauraciones Posteriores.

La principal desventaja del cemento de ionomero de vidrio como material de restauración en dientes posteriores es su propensión a la fractura y el desgaste.

¹²⁹Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

¹³⁰ Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

¹³¹ Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

Se han agregado partículas de metal a este cemento para aumentar su dureza y resistencia al desgaste en restauraciones de dientes posteriores. (p. 303).

Cementos.

Comparando la obra de Pinkham¹³² (1996) se pudo citar que:

Los cementos se utilizan con frecuencia en la práctica de la odontopediatría. Su aplicación básica está en la cementación de coronas de acero inoxidable y bandas de ortodoncia. Los de uso más frecuente son los de fosfato de zinc, policarboxilato, óxido de zinc y eugenol y ionomero de vidrio. (p. 305).

Analizando la obra de Cárdenas¹³³ (2003) se pudo exponer que:

En general se puede afirmar que las amalgamas son más duraderas en términos de forma anatómica e integridad marginal en niños entre los 5 y 11 años de edad.

Los Ionomeros de vidrio modificados son promisorios para la restauración de cavidades II en molares deciduos. Igualmente lo son los compómeros especialmente en áreas donde deben soportar las fuerzas masticatorias. (p.161).

2.3. Hipótesis.

2.3.1. Hipótesis General.

La deficiente cultura preventiva de los padres influye en el estado de salud oral de los niños y niñas de la escuela de educación básica fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte.

¹³² Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

¹³³ Cárdenas, D. (2003). Fundamentos de Odontología, Odontología Pediátrica. Medellín. República de Colombia: CIB.

2.3.2. Unidades de observación y análisis.

Niños y niñas de la escuela de educación básica fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte.

2.4. Variables.

2.4.1. Variable Independiente.

Cultura preventiva.

2.4.2. Variable Dependiente.

Estado de salud bucal.

CAPÍTULO III.

1. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

De Campo, puesto que se trabajó con la población in situ.

1.2. Tipo de investigación.

Estudio descriptivo de corte transversal.

3.3. Método.

A cada niño-niña de la escuela José Romero Albán, se le realizó un examen bucal, los datos obtenidos se especificaron en la ficha clínica 033 que sirvió para medir la higiene bucal mediante el índice simplificado de higiene oral y determinar las piezas afectas por enfermedad cariosa por medio del indicador epidemiológico para caries dental CPO-D y ceo-d. (Anexo 1). Para medir la cultura preventiva o los conocimientos sobre prevención, se aplicó un cuestionario de encuesta a cada padre/representante. (Anexo 2).

La encuesta aplicada a los padres/representantes contenía 16 preguntas. La valoración de cada pregunta fue de 1 punto, para un total de 16 puntos.

La puntuación es:

Conocimiento bajo: 0 – 8.

Conocimiento medio: 9 – 12.

Conocimiento alto: 13 - 16.

3.4. Técnicas.

Para desarrollar esta investigación, se utilizó las siguientes técnicas:

Observación.

Encuesta.

3.5. Instrumentos.

Para esta investigación se utilizó:

Formulario de Encuesta.

Ficha de Observación.

3.6. Recursos.

3.6.1. Humanos.

Investigadora.

Directora de tesis.

3.6.2. Materiales.

Esferográficos.

Marcadores.

Borradores.

Papel.

Viáticos.

Espejo.

Explorador.

Guantes.

Mascarillas.

3.6.3. Recursos tecnológicos.

Computador.

Internet.

Impresora.

Cámara fotográfica.

Cd.

Pendrive.

3.6.4. Económicos.

El desarrollo de la investigación tuvo un valor de \$295,50.

3.7. Población.

Para esta investigación se trabajó con los 72 niños y niñas estudiantes de la Escuela “José Romero Albán” del sitio Tierra Bonita, Cantón Rocafuerte.

3.8. Proceso de recopilación de la información.

La información primaria fue recopilada a través de la encuesta aplicada a los padres de familia. Y además se recolectó información de la higiene y estado bucal mediante la historia clínica que se realizó a cada niño-niña. La información secundaria se obtuvo por la recopilación de datos investigados de libros, artículos e internet.

3.9. Procesamiento de la información.

La investigación estadística se la procesará con Microsoft Office Excel 2010 por medio de tablas y gráficos.

1.10. Aspectos Éticos.

Para realizar ésta investigación se solicitó el consentimiento de los participantes, fueron informados con antelación del tipo de trabajo a realizar y firmaron una plantilla de consentimiento la cual quedó como respaldo en la investigación. (Anexo N. 3).

CAPÍTULO IV.

2. Análisis e Interpretación de Resultados.

4.1. Análisis e interpretación de los resultados de las fichas de observación realizadas a los 72 niños y niñas de la escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita de cantón Rocafuerte.

Cuadro N°. 1.

CPOD.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Cariados.	72	62.07%
Perdidos.	0	0,00%
Obturados.	44	37.93%
Total CPOD:	116	100,00%

Nota: CPOD. Datos obtenidos de la ficha de Observación realizada a los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita, Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta Tesis.

Gráfico N°. 1.

CPOD.

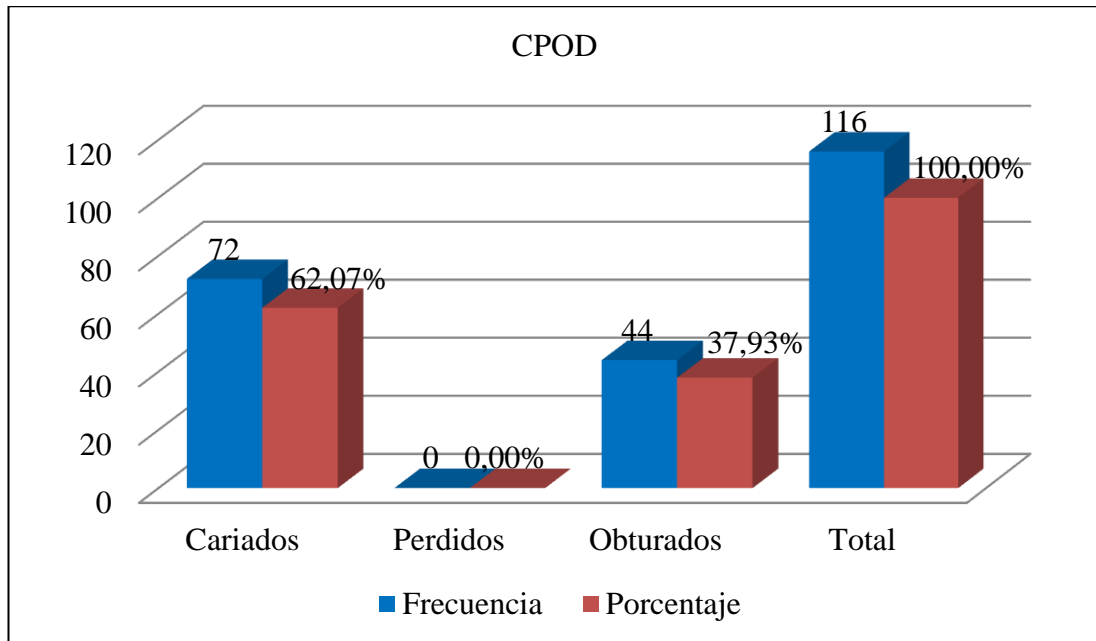


Gráfico N°. 1. Indicador Epidemiológico CPOD. Datos obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 1 y gráfico N°. 1, se observan los resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán. De los 72 niños y niñas se obtuvo un resultado de: 72 piezas cariadas que representa el 62,06%; 0 piezas perdidas que representa el 0,00%; 44 piezas obturadas que representa el 37,93%, resultado un CPOD de 116 piezas afectadas que representa el 100,00%.

Indagando en la obra de López¹³⁴ (2010) puedo transcribir que:

Las características propias de la caries y de su historia natural, han facilitado la elaboración de índices que permiten la medición adecuada de esta enfermedad, prueba de ello es el índice COP-D o CPO-D o ICAOD, que es el mismo, solo que se utilizan las anteriores siglas de acuerdo a los diferentes países. (p. 172).
Página 40 del marco teórico.

Como expresa López, J., el CPO del individuo determina la historia y características de la caries, los datos obtenidos de la inspección de las piezas dentales permanentes dan como resultado que existe alta prevalencia de caries dental y baja prevalencia de piezas obturadas y perdidas.

¹³⁴ López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

Cuadro N°. 2.

Indicador de Severidad de prevalencia de Caries.

Niveles de Severidad de prevalencia de Caries.		
Indicador epidemiológico CPOD.	Rango.	CPOD de población
Muy Bajo.	0,0 - 1,1	
Bajo.	1,2 - 2,6	1,61
Moderado.	2,7 - 4,4	
Alto.	4,6 - 6,5	
Muy Alto.	6,6 y +	

Nota: Niveles de Severidad de prevalencia de Caries. Universidad Nacional del Nordeste. (2005). Párr. 1. Datos obtenidos del CPOD de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita, Cantón Rocafuerte.

Gráfico N°. 2.

Indicador de severidad de prevalencia de caries.

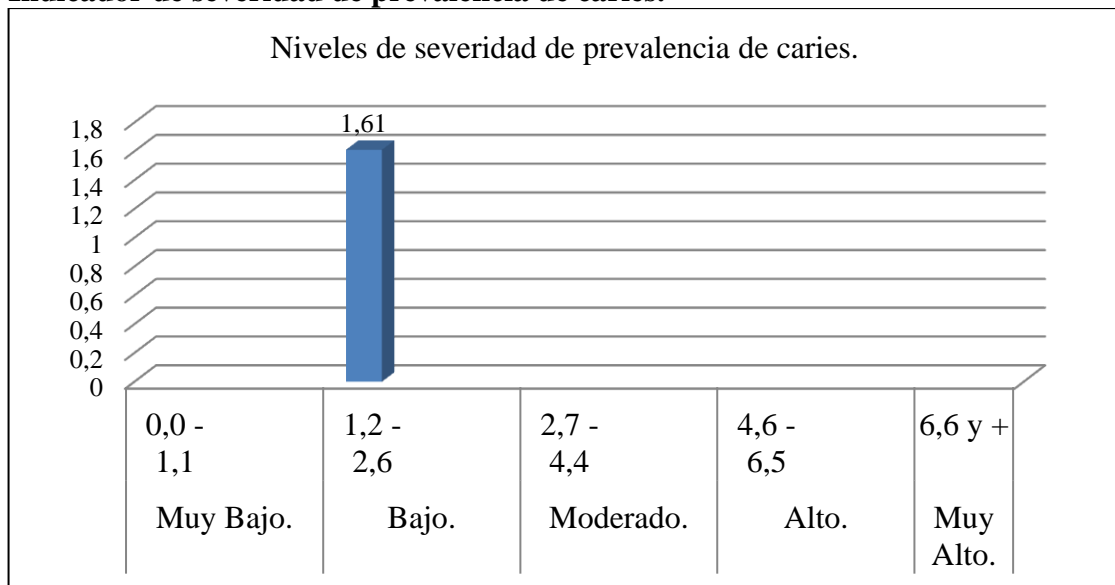


Gráfico N°. 2. Niveles de severidad de prevalencia de caries. Datos obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 2 y gráfico N°. 2 podemos observar que el CPOD de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte es de 1,61 que corresponde a un nivel de severidad de prevalencia de caries bajo porque entra en el rango de 1,2 a 2,6.

Analizando la información disponible en la revista de la Universidad Nacional del Nordeste¹³⁵ (2005) puedo transcribir que “La OMS establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores:

CPOD – ceod:

0,0 – 1,1 = Muy bajo.

1,2 – 2,6 = Bajo.

2,7 – 4,4 = Moderado.

4,5 – 6,5 = Alto.

6,6 y + = Muy alto”. (párr. 1). Página 42 del marco teórico.

Según los niveles de severidad de prevalencia de caries de la OMS que se exponen en la revista de la Universidad Nacional del Nordeste, este resultado de 1,61 es denominado como un CPOD bajo, considerando que es una población infantil y que no toda la población contaba con piezas permanentes.

¹³⁵ Universidad Nacional del Nordeste. (2005). Prevalencia de Caries Dental en niños y jóvenes de Zonas Rurales. [En línea]. Consultado: [12, junio, 2015] Disponible en: www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf

Cuadro N°. 3.

ceod.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Cariados.	180	55,56%
Extraídos.	56	17,28%
Obturados.	88	27,16%
Total ceod:	324	100,00%

Nota: ceod. Datos obtenidos de la ficha de Observación realizada a los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita, Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta Tesis.

Gráfico N°. 3.

ceod.

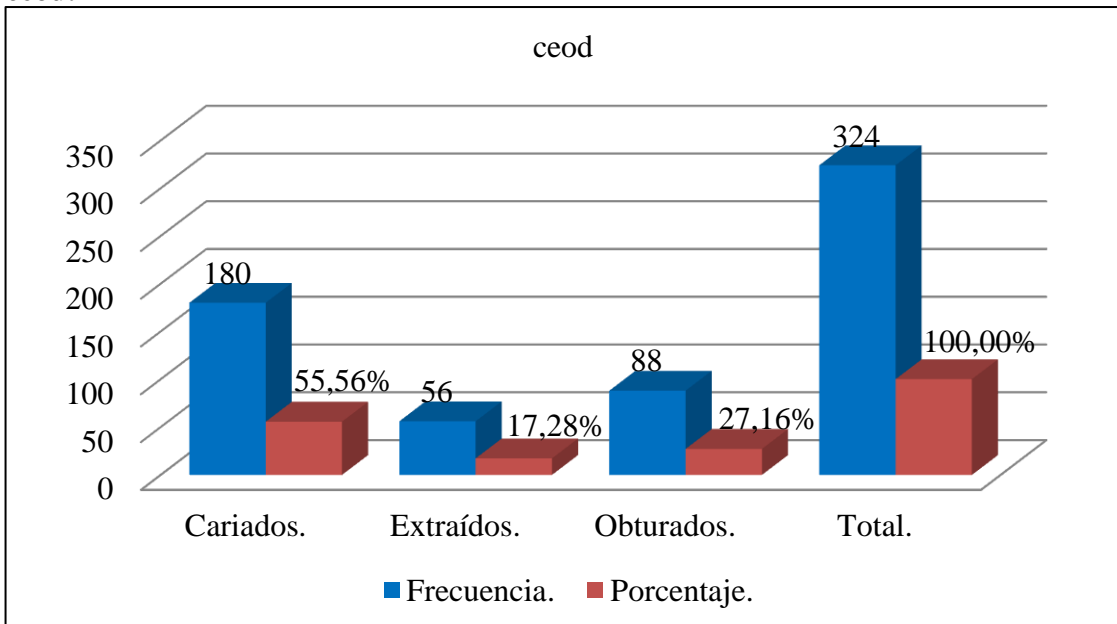


Gráfico N°. 3. Indicador Epidemiológico ceod. Datos obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 3 y gráfico N°. 3, se observan los resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de Escuela José Romero Albán. De los 72 niños y niñas se obtuvo un resultado de: 180 piezas cariadas que representa el 55,56%; 56 piezas extraídas que representa el 17,28%; 88 piezas obturadas que representa el 27,16%, resultado un ceod de 324 piezas afectadas que representa el 100,00%.

Comparando en la obra de López¹³⁶ (2010) puedo citar que:

Para los dientes temporales se toma o mide el índice ceo-d, donde se hace el recuento de dientes (d) temporales o deciduos cariados (c), obturados (o), extracción indicada por caries (e), se suman estas variables y nos da un resultado que va de 0 a 20, para una comunidad se promedia y se divide por el número de niños examinados. Se diferencia del de permanentes en que se excluyen los dientes perdidos o ausentes, debido a la dificultad de definir si su ausencia se produjo por caries o por el proceso natural de exfoliación de los dientes deciduos. (p. 173). Página 41 del marco teórico.

Como manifiesta López, J., la suma de las piezas cariadas, extraídas y obturadas determina el ceo de los dientes temporales, los datos obtenidos de la inspección de las piezas temporales dan como resultado que existe alta prevalencia de caries dental activa y se manifiesta una historia anterior de caries por la cantidad considerable de piezas extraídas y obturadas.

¹³⁶ López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

Cuadro N°. 4.

Indicador de Severidad de prevalencia de caries.

Indicador epidemiológico ceod.	Rango.	ceod de población
Muy Bajo.	0,0 - 1,1	
Bajo.	1,2 - 2,6	
Moderado.	2,7 - 4,4	
Alto.	4,6 - 6,5	4,5
Muy Alto.	6,6 y +	

Nota: Niveles de Severidad de prevalencia de Caries. Universidad Nacional del Nordeste. (2005). Párr. 1. Datos obtenidos del CPOD de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita, Cantón Rocafuerte.

Gráfico N°. 4.

Indicador de severidad de prevalencia de caries.

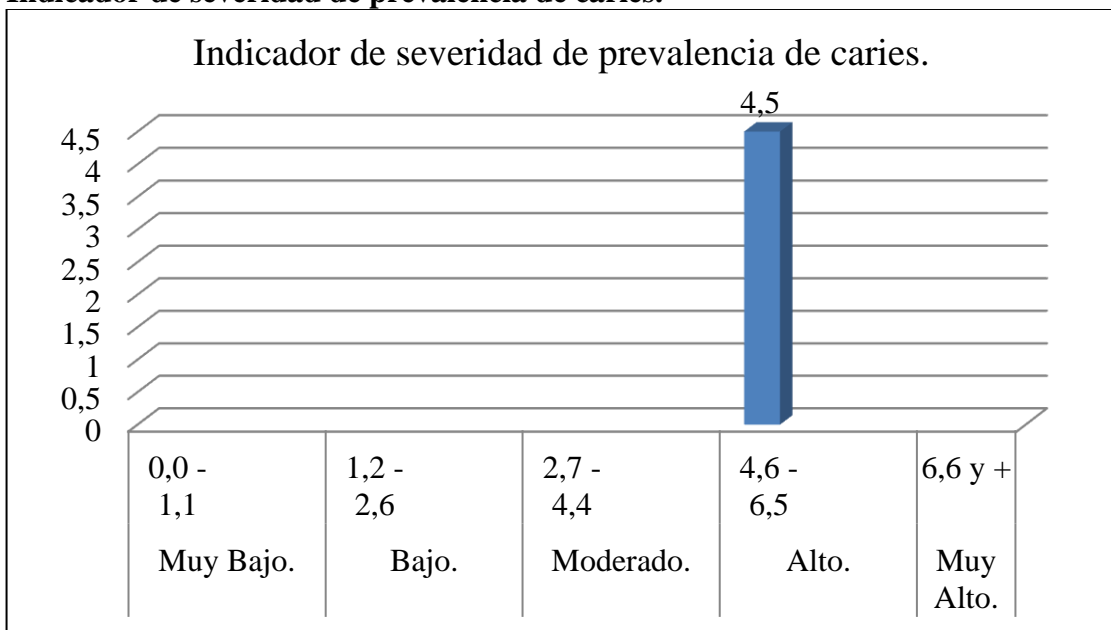


Gráfico N°. 4. Niveles de severidad de prevalencia de caries. Datos obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 4 y gráfico N°. 4 podemos observar que el ceod de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita es de 4,5 que corresponde a un nivel de severidad de prevalencia de caries alto porque entra en el rango de 4,6 a 6,5.

Analizando la información disponible en la revista de la Universidad Nacional del Nordeste¹³⁷ (2005) puedo transcribir que “La OMS establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores:

CPOD – ceod:

0,0 – 1,1 = Muy bajo.

1,2 – 2,6 = Bajo.

2,7 – 4,4 = Moderado.

4,5 – 6,5 = Alto.

6,6 y + = Muy alto”. (párr. 1). Página 42 del marco teórico.

Según los niveles de severidad de prevalencia de caries de la OMS que se exponen en la revista de la Universidad Nacional del Nordeste, el ceod de 4,5 de la población es denominado como un ceod alto.

¹³⁷ Universidad Nacional del Nordeste. (2005). Prevalencia de Caries Dental en niños y jóvenes de Zonas Rurales. [En línea]. Consultado: [12, junio, 2015] Disponible en: www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf

Cuadro N°. 5.

Higiene Oral.

Alternativa.	Rango.	Personas.	Porcentaje.
Bueno.	0.0 a 1.2	20	27,78%
Regular.	1.3 a 3.0	49	68,05%
Pobre.	3.1 a 6.0	3	4,17%
Total:		72	100,00%

Nota: Índice de higiene oral de Greene y Vermillon. López, J. (2010), p.12. Datos obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte.

Gráfico N°. 5.

Higiene Oral.

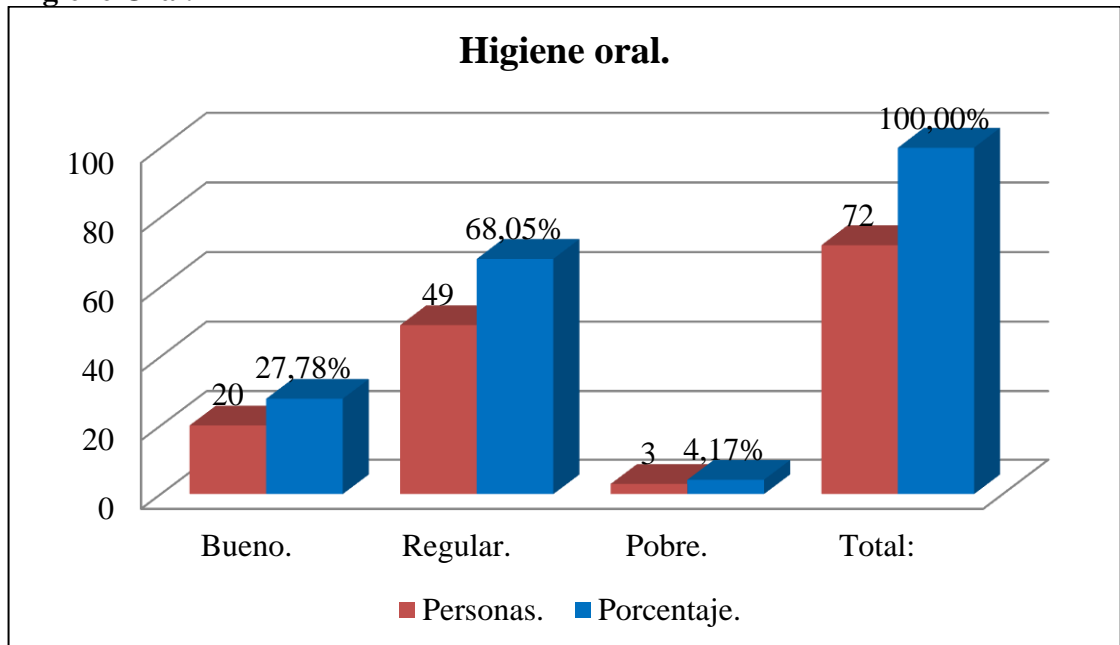


Gráfico N°. 5. Índice de Higiene Oral. Datos obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 5 y gráfico N°. 5, se observan los resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte. De los 72 niños y niñas se obtuvo un resultado de: 20 niños y niñas que corresponde al 27,78% dentro del rango bueno; 47 niños y niñas que comprende el 68,05% dentro del rango regular; y 3 niños y niñas que corresponde al 4,17% dentro del rango pobre.

Leyendo en la obra de López¹³⁸ (2010) puedo citar que:

La graduación total del INDICE DE HIGIENE ORAL DE GREENE Y VERMILLON, es la suma de los valores encontrados en el índice de placa blanda y el índice de cálculos. Los niveles clínicos de higiene oral que se pueden medir con el resultado de este índice, darían los siguientes valores:

1= de 0.0 a 1.2 bueno

2= de 1.3 a 3.0 regular

3= de 3.1 a 6.0 pobre (p. 178). Página 12 del marco teórico.

Esto da como resultado que la mayoría de niños y niñas se ubican en el rango de 1.3 a 3.0 del índice propuesto por López, quedando determinado que el índice de Higiene Oral en esta población es regular.

¹³⁸ López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

4.2. Análisis e interpretación de los resultados de las encuestas realizados a los padres de familia, representantes de los niños y niñas de la escuela José Romero Albán.

Cuadro N°. 6.

¿Qué nivel de educación ha cursado?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Primaria.	40	88,89%
Secundario.	4	8,89%
Estudio superior universitario.	1	2,22%
Total de personas:	45	100,00%

Nota: Nivel de educación de la población. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 6.

¿Qué nivel de educación ha cursado?

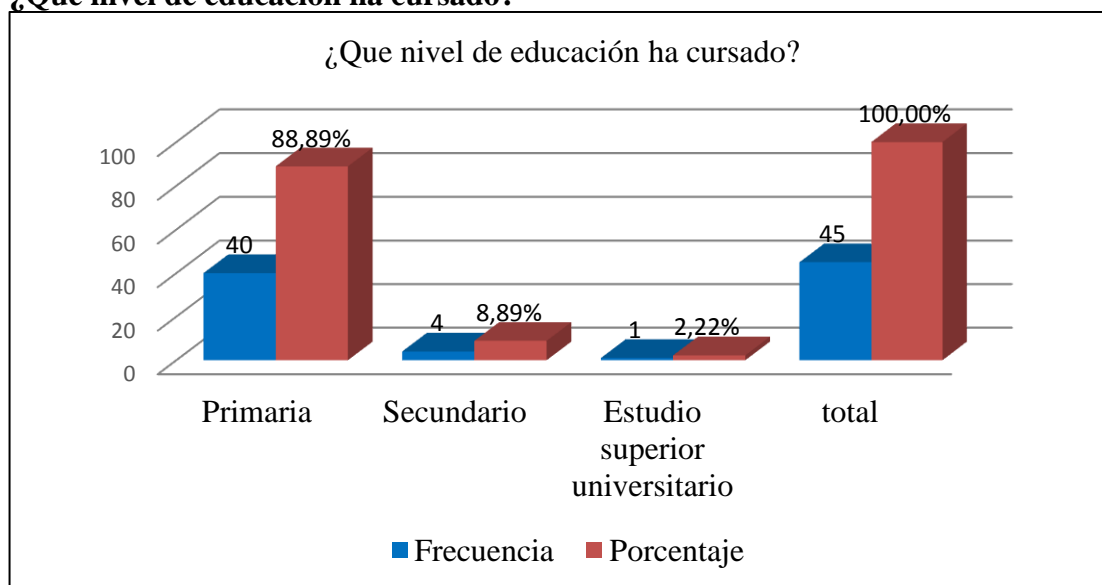


Gráfico N°. 6. Nivel de educación de la población. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 6 y gráfico N°. 6 podemos observar que: 40 padres que representa el 88,89% respondió que han cursado la educación primaria; 4 padres que corresponde al 8,89% contestó que ha cursado la instrucción de bachillerato; y 1 padre que comprende el 2,22% marco que ha cursado el estudio superior universitario, de un total de 45 padres de familia que corresponde al 100,00% de la población encuestada.

Consultando la información disponible en el sitio web de Guerra, Tovar, Blanco y Gutiérrez¹³⁹ (2010) puedo transcribir que “Las enfermedades bucales tienen relación con el nivel de instrucción y los hábitos de la población, lo cual confirma una vez más el hecho de que los estilos de vida son determinantes principales de la salud en los países”. (párr. 5). Página 4 del marco teórico.

Esto da como resultado que el mayor porcentaje de padres de familia ha cursado la educación primaria, lo cual tiene relación con la obra de Guerra, M., y cols., manifestando que las enfermedades bucales tienen relación con el nivel de instrucción de la población.

¹³⁹ Guerra, M., Tobar, V., Blanco, L., Gutierrez, H. (2010). Información sobre Salud a embarazadas en la consulta prenatal del ambulatorio docente del Hospital Universitario de Caracas. [En línea]. Consultado: [1, junio, 2015] Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/2/art7.asp>

Cuadro N°. 7.

¿Explica usted a su hijo como cepillarse los dientes?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Siempre.	20	44,44%
A veces.	23	51,11%
Nunca.	2	4,44%
Total de personas:	45	100,00%

Nota: Explicación del cepillado dental. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 7.

¿Explica usted a su hijo como cepillarse los dientes?

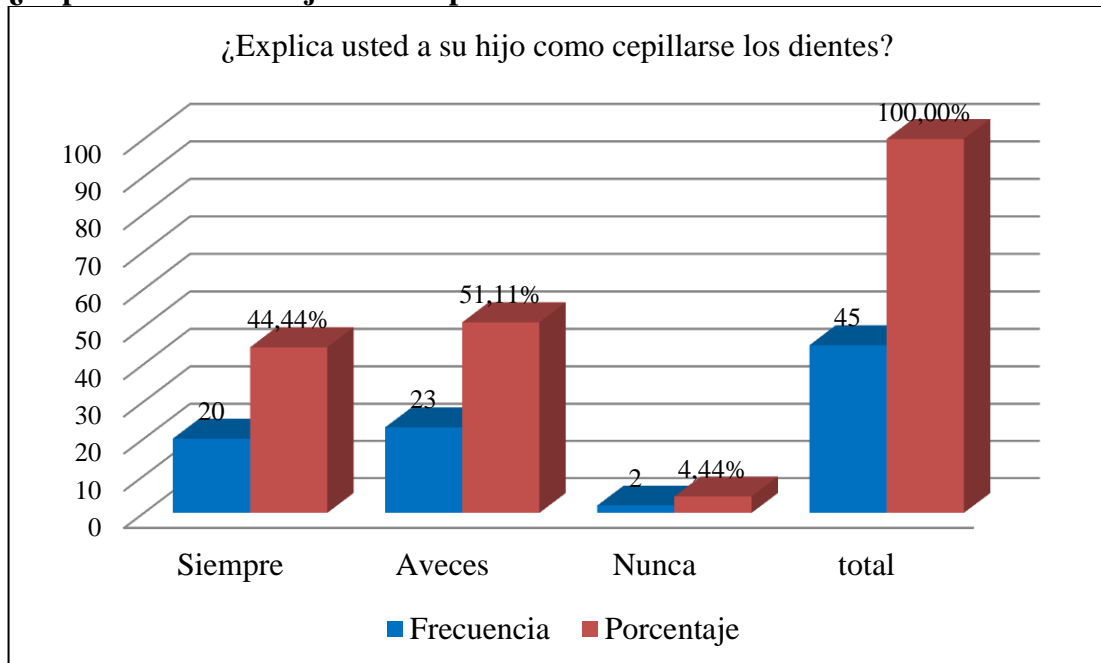


Gráfico N°. 7. Explicación del cepillado dental. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 7 y gráfico N°. 7 podemos observar que: 20 personas que comprende el 44,44% respondió siempre; 23 personas que corresponde al 51,11% contestó a veces; 2 personas que representa el 4,44% respondió nunca, de un total de 45 padres de familia que representa el 100,00% de la población encuestada.

Leyendo la tesis de Nolasco¹⁴⁰ (2013) Inglehart y colaboradores afirmaron que:

Dado que los niños no toman las decisiones acerca de aspectos vinculados con la adopción de estilos de vida saludables sino que la responsabilidad para atender esas necesidades recae sobre sus cuidadores, éstos resultan importantes cuando se estudia el estado de salud relacionado con la calidad de vida. (p. 5).
Página 3 del marco teórico.

Esto da como resultado que un número considerable de padres de familia le explica sus hijos a veces como cepillarse los dientes, debemos tener en cuenta lo que expresa Nolasco, A., los niños por si solos no adoptan estilos de vida saludables, son sus cuidadores quienes deben asumir esta responsabilidad y explicarles siempre como cuidar de su higiene oral.

¹⁴⁰ Nolasco, A. (2013). Nivel de conocimiento de salud bucal y estado epidemiológico bucal en actores sociales de la comunidad en regiones de Ancash, la libertad y norte del país durante los años 2012-2013. Proyecto de Investigación. [En línea]. Consultado: [17, Mayo, 2015]. Disponible en: erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/.../16285520140630072707.pdf

Cuadro N°. 8.

¿Supervisa usted a su hijo mientras se cepilla los dientes?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Sí.	21	46,67%
No.	24	53,33%
Total de personas:	45	100,00%

Nota: Supervisión de los niños durante el cepillado dental. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 8.

¿Supervisa usted a su hijo mientras se cepilla los dientes?

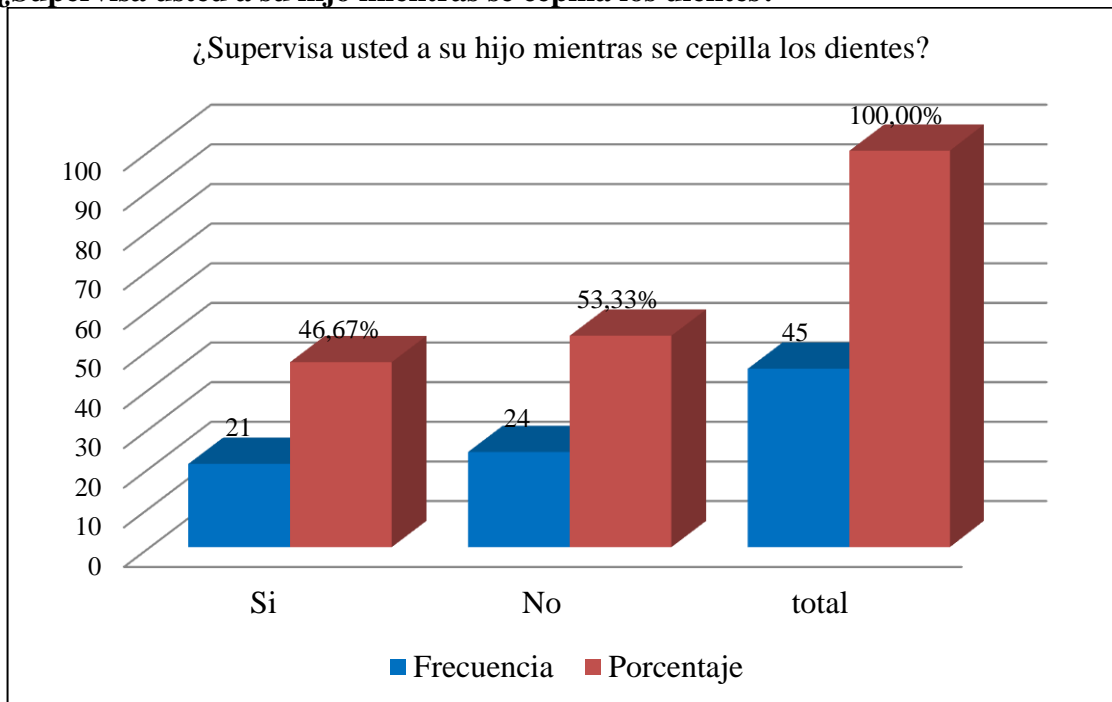


Gráfico N°. 8. Supervisión de los niños durante el cepillado dental. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 8 y gráfico N°. 8 podemos observar que: 21 personas correspondiente al 46,67% respondió que sí observan a sus hijos mientras se cepillan los dientes; y 24 personas comprendiendo el 53,33% contestó que no, de un total de 45 padres de familia que comprenden el 100,00% de la población encuestada.

Analizando la obra de Bardoni y Squassi¹⁴¹ (1999) puedo citar que:

Técnicas recomendadas en niños

Starkey (1978) dio importancia a la participación de los padres en el cepillado de los bebés y de los escolares, y para ello recomendó métodos específicos. Según este método el padre o la madre debe sentarse o pararse detrás del niño, quien reclina la cabeza sobre la cadera o pierna izquierda del adulto; luego se debe separar el carrillo y los labios con la mano izquierda, mientras que con la mano derecha se cepilla al niño. Al comienzo del cepillado no hay que emplear dentífrico, este puede añadirse en la última parte de la operación para obtener los beneficios de un dentífrico fluorado. Starkey recomendó que los padres cepillen los dientes del niño hasta que este demuestre su habilidad suficiente para hacerlo solo, entre los 9 y 10 años. (p.22). Página 16 del marco teórico.

Esto da como resultado que el mayor número de padres de familia respondió que no observa a sus hijos mientras se cepillan los dientes, Bardoni, N., Squassi, A., dan importancia a la participación de los padres en el cepillado de los niños y señalan técnicas para que la explicación sea eficaz y dé buenos resultados en la higiene oral del niño.

¹⁴¹ Bardoni, N. Squassi, A. (1999) Odontología Preventiva, Medidas preventivas. Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

Cuadro N°. 9.

¿Qué momento considera más importante para que se cepille los dientes su hijo?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Antes del desayuno.	36	26,86%
Después del desayuno.	28	20,90%
Después de almuerzo.	28	20,90%
Después de merienda.	27	20,15%
Antes de acostarse.	15	11,19%
Total de respuestas:	134	100,00%

Nota: Momento de cepillado dental. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 9.

¿Qué momento considera más importante para que se cepille los dientes su hijo?

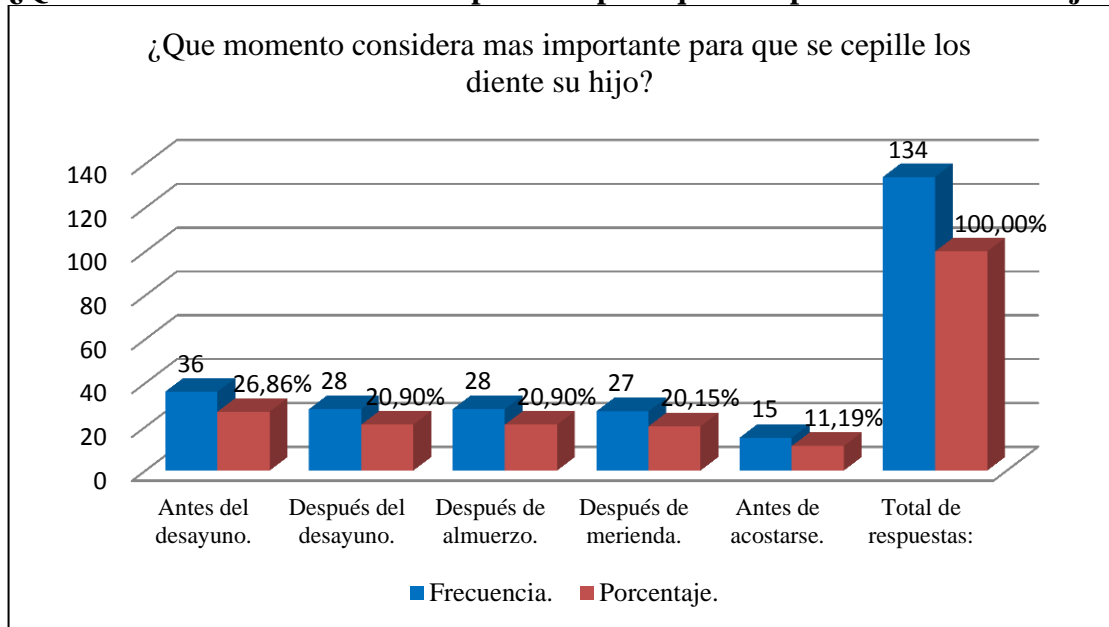


Gráfico N°. 9. Momento de cepillado dental. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 9 y gráfico N°. 9 se observa que: 36 personas correspondiente al 26,68% contestó que el momento de cepillado más importante es antes del desayuno; 28 personas que representa el 20,90% contestó que es después del desayuno; 28 personas que comprende el 20,90% contestó que es después del almuerzo; 27 personas que alcanza el 20,15% respondió que es después de merienda y 15 personas con un 11,19% contestó que es antes de acostarse, con un total de 134 respuestas que constituye el 100,00%.

Consultando la información publicada en la revista web de Bachelet¹⁴² (2015) puedo transcribir que: “El niño debe cepillarse al menos dos veces al día; el cepillado nocturno es el más importante y debe durar el tiempo necesario para recorrer todas las caras de los dientes; sin existir un tiempo definido”. (párr. 34). Página 12 del marco teórico.

Estos datos dan como resultado que los padres de familia consideran más importante que sus hijos se cepillen los dientes antes del desayuno, discrepando con el criterio de Bachelet, V., quien argumenta que el cepillado nocturno es decir el que se realiza antes de dormir es el más importante. Esto se debe a que la boca esta en reposo y la lengua no ejerce la acción mecánica de barrido de microorganismos, estos tienen entonces la potestad de ejercer su acción durante las horas de sueño sino se realiza un correcto cepillado antes de dormir.

¹⁴² Bachelet, V. (2004, septiembre 13) Odontopediatria, lo que el pediatra debe saber. Medwave. Consultado el 13 de junio, 2015. En: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/PediatriaSBA/Septiembre2004/2357>

Cuadro N°. 10.

¿Cuál considera usted que es el tiempo necesario de cepillado dental?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Menos de 1 minuto.	12	26,67%
Entre 1 y 2 minutos.	18	40,00%
Entre 2 y 3 minutos.	9	20,00%
Más de 3 minutos.	6	13,33%
Total de personas:	45	100,00%

Nota: Tiempo de cepillado dental. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 10.

¿Cuál considera usted que es el tiempo necesario de cepillado dental?

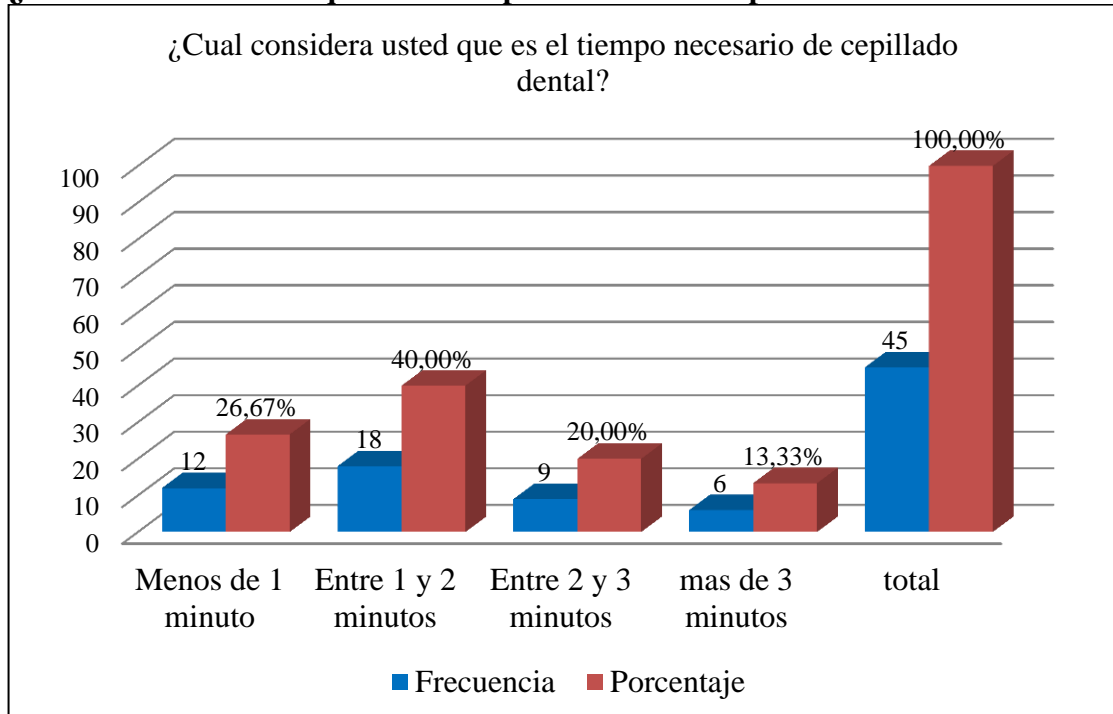


Gráfico N°. 10. Tiempo de cepillado dental. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 10 y gráfico N°. 10 observamos que: 12 personas consideran que el tiempo necesario de cepillado dental es de menos de un minuto representando el 26,67%; 18 personas consideran que el tiempo necesario es de entre 1 y 2 minutos alcanzando un 40%; 9 personas escogieron entre 2 y 3 minutos obteniendo un 20,00% y 6 personas piensan que el tiempo necesario es de más de 3 minutos de un total de 45 padres de familia que constituyen el 100,00% de la población encuestada.

Comparando la obra de Bardoni y Squass¹⁴³ (1999) puedo referenciar que:

La mayoría de las personas no se cepillan el tiempo necesario para conseguir la total remoción de la placa. Para cubrir los cuatro cuadrantes se emplean aproximadamente dos minutos y medio; por lo tanto, el tiempo mínimo estimado para cubrir todas las zonas que necesitan ser limpiadas con la cantidad de movimientos apropiados es de tres minutos (Matsuzawa, 1975). (pp. 23-24). Página 13 del marco teórico.

Esto da como resultado que la mayoría de padres considera el tiempo necesario para cepillado dental de sus hijos entre 1 y 2 minutos. Por debajo de lo que estiman Bardoni, N., Squassi, A., quienes consideran que el tiempo necesario para cubrir todas las zonas a ser limpiadas es entre dos y tres minutos.

¹⁴³ Bardoni, N. Squassi, A. (1999) Odontología Preventiva, Medidas preventivas. Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

Cuadro N°. 11.

¿Cada cuánto tiempo cree usted que debe cambiar el cepillo de dientes su hijo?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Cada mes.	19	42,22%
Cada 2 meses.	19	42,22%
Cada 3 meses.	6	13,33%
Cada año.	1	2,22%
Total de personas:	45	100,00%

Nota: Tiempo de cepillado dental. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 11.

¿Cada cuánto tiempo cree usted que debe cambiar el cepillo de dientes su hijo?

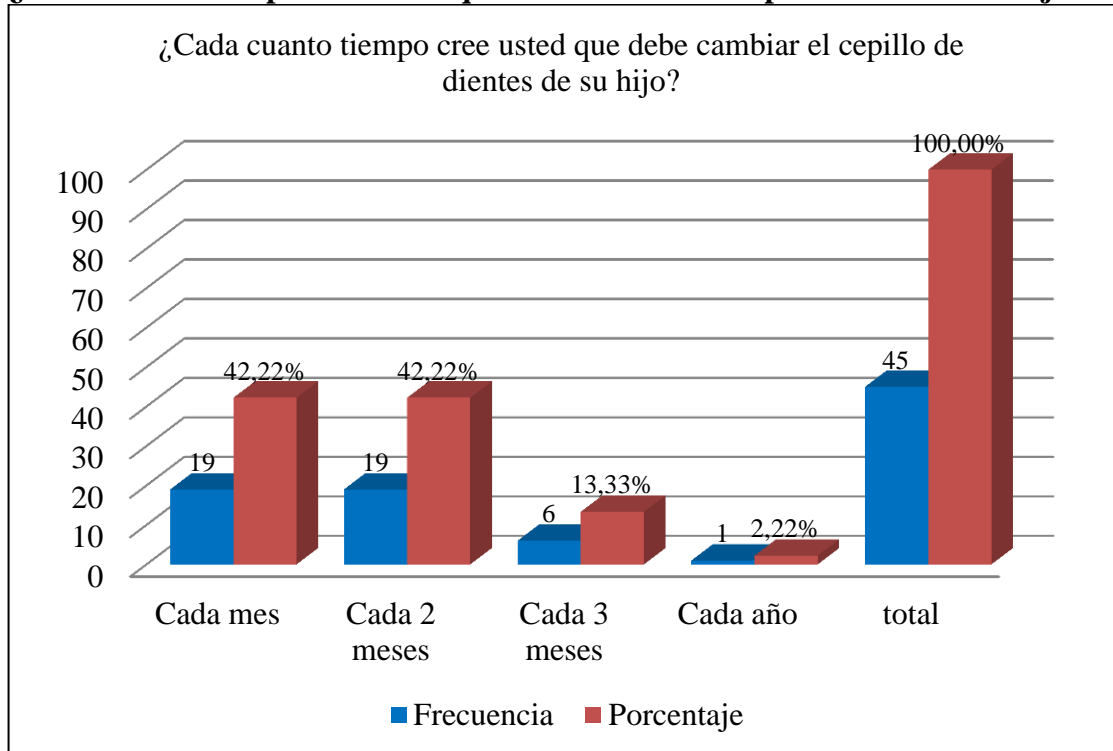


Gráfico N°. 11. Tiempo de cepillado dental. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 11 y gráfico N°. 11 podemos apreciar que: 19 personas que representa el 42,22% respondió que el cepillo dental de sus hijos dese ser cambiado cada mes; 19 personas que comprende el 42,22% contestó que debe ser cada 2 meses; 6 personas que responde al 13,33% escogió que debe ser cada 3 meses; y 1 persona que ocupa el 2,22% respondió que debe ser cada año, de un total de 45 padres de familia que constituye el 100,00% de la población encuestada.

Indagando en la obra de Lang y Lindhe¹⁴⁴ (2009) puedo referenciar que: “se suele aconsejar que los cepillos se cambien antes de que se observen los primeros signos de desgaste. Se estima que la vida útil de un cepillo común es de 2-3meses.” (p.712). Página 15 del marco teórico.

Esto da como resultado que la mayoría de padres de familia considera que el cepillo de su hijo debe ser cambiado cada mes y cada 2 meses, acertando un poco con lo que estiman Lang, N., y Lindhe, J., para ellos el cepillo dental tiene una vida útil de 2-3 meses, antes de observarse los primeros signos de desgaste.

¹⁴⁴ Lang, N., Lindhe, J. (2009). Periodontología clínica e Implantología odontológica. Buenos Aires, República Argentina: Medica Panamericana.

Cuadro N°. 12.

¿Sabe usted si al cepillarse los dientes su hijo(a) le sangran las encías?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Sí.	17	37,78%
No.	28	62,22%
Total de personas:	45	100,00%

Nota: Observación de sangrado de encía. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 12.

¿Sabe usted si al cepillarse los dientes su hijo(a) le sangran las encías?

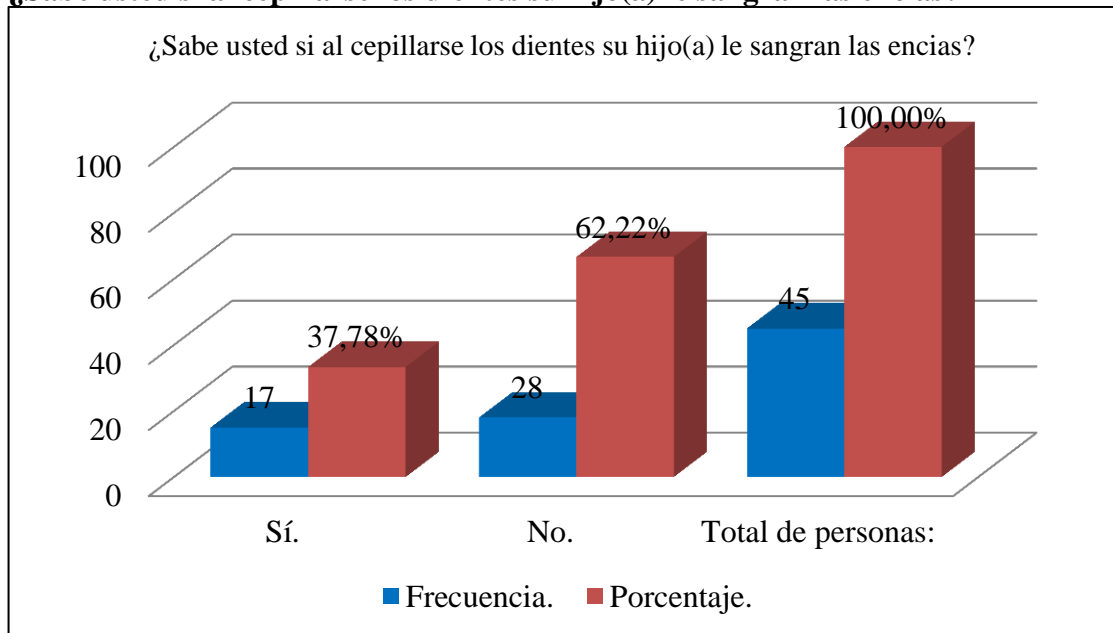


Gráfico N°. 12. Observación de sangrado de encía. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 12 y gráfico N°. 12 observamos que: 17 personas correspondiente al 33,33% respondió que sí y 28 personas que representa el 40,00% respondió que no de un total de 45 padres de familia que constituyen el 100,00% de la población encuestada.

Analizando en la obra de Harris y García Godoy¹⁴⁵ se pudo exponer que “Todas las profesiones al cuidado de la salud enfatizan que los pacientes deben buscar ingresar a programas preventivos bien planeados. En odontología, la falta de prevención provoca más restauraciones, tratamiento periodontal, extracciones y dentaduras”. (p. 3). Página 9 del marco teórico.

Esto da como resultado que la mayoría de los padres de familia respondió que no sabe si les sangra la encía a sus hijos/as, lo que significa que no están pendientes de lo que le ocurre salud oral de ellos, como lo mencionan Harris y García Godoy, las personas deben ingresar a programas preventivos, tratándose de niños son los padres quienes deben interesarse de la su salud bucal para dirigirlos hacia la prevención.

¹⁴⁵ Harris, N., Garcia-Godoy, F. (2005). Odontología Preventiva Primaria. (2da ed.). Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

Cuadro N°. 13.

¿Cuál de los siguientes instrumentos usa su hijo para limpiar sus dientes?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Cepillo de dientes.	43	43,88%
Pasta dental.	43	43,88%
Hilo dental.	2	2,04%
Enjuague bucal.	10	10,20%
Total de respuestas:	98	100,00%

Nota: Instrumentos para limpieza dental. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 13.

¿Cuál de los siguientes instrumentos usa su hijo para limpiar sus dientes?

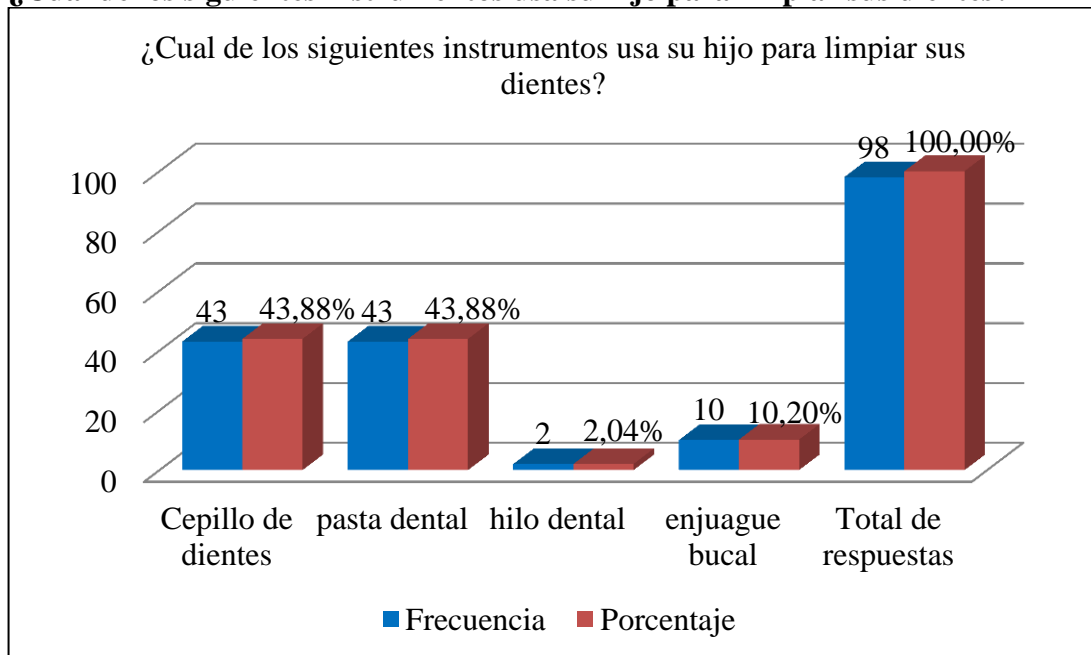


Gráfico N°. 13. Instrumentos para limpieza dental. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 13 y gráfico N°. 13 se observa que 43 personas que corresponde al 43,88% respondió que sus hijos o hijas utilizan cepillo dental; 43 personas que representa el 43,88 contestó que sus niños o niñas usan pasta dental; 2 personas que comprende el 2,04% escogió hilo dental y 10 personas que representa el 10,20% marco enjuagues bucales, con un total de 98 respuestas que constituyen el 100,00%.

Leyendo en la obra de MAD¹⁴⁶ (2008) puedo transcribir que:

Tiene como objetivo el control de la flora microbiana asociada a los residuos orales y el cálculo. La eliminación de la placa dental para prevenir las caries y la enfermedad periodontal debe hacerse de forma mecánica, mediante cepillos e hilo dental. Los colutorios ayudan a su reblandecimiento o a disminuir el número de bacterias, pero no a su eliminación. (p.173). Página 11 del marco teórico.

Esto da como resultado que la mayoría de padres de familia refiere que sus hijos solo usan cepillo dental y pasta, pero MAD considera que el hilo dental y enjuagues bucales son un apoyo para el cepillado dental haciéndolo más fácil y eficaz.

¹⁴⁶ Editorial MAD. (2008). Técnico Especialista Higienista Dental de Servicio Gallego de Salud. Reino de España: Mad, S.L.

Cuadro N°. 14.

¿Considera usted que el mayor consumo de azúcares produce caries?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Sí.	20	44,44%
No.	25	55,55%
Total de personas:	45	100,00%

Nota: Consumo de azúcares. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 14.

¿Considera usted que el mayor consumo de azúcares produce caries?

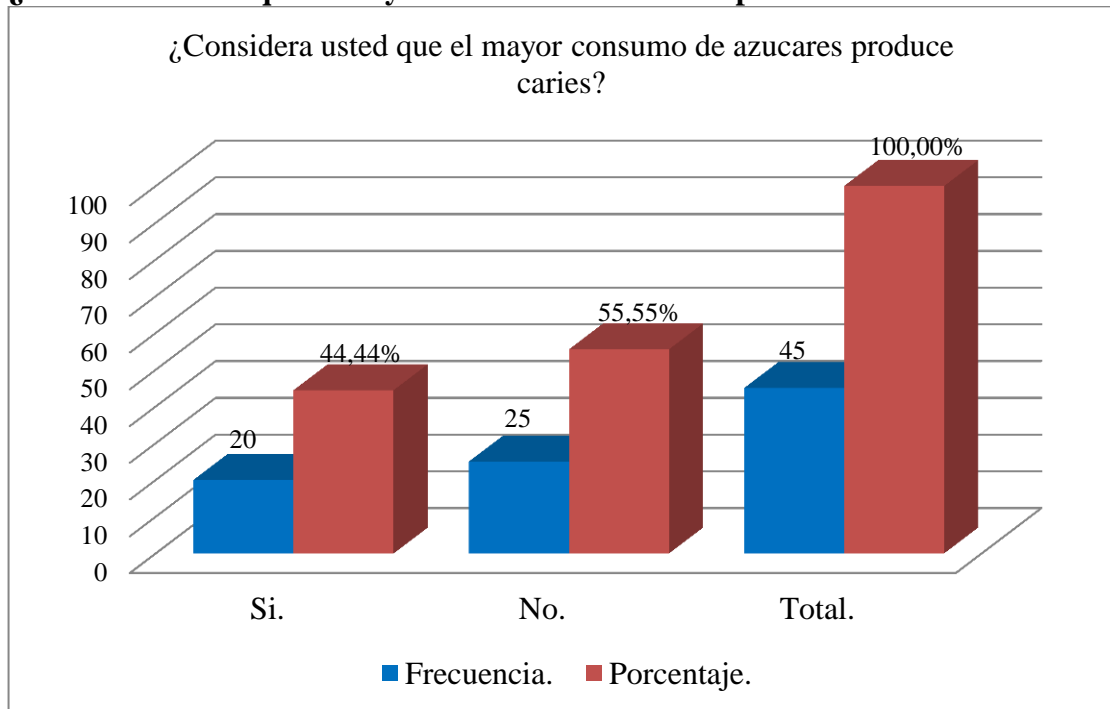


Gráfico N°. 14. Consumo de azúcares. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 14 y gráfico N° 14 se observa que: 20 personas que corresponde al 44,44% respondió que sí considera que el mayor consumo de azúcares produce caries; y 25 que representa el 55,55% respondió que no lo considera así, de un total de 45 padres de familia que constituye el 100,00% de la población encuestada.

Consultando la obra de Finn¹⁴⁷ (1985) puedo citar que:

Durante siglos se ha observado que las personas sometidas a dietas con elevado porcentaje de alimentos harinosos y azúcares tienden a sufrir destrucción dental que puede oscilar entre moderada y grave. También se ha observado que los individuos sometidos a dietas formadas principalmente por grasas y proteínas presentan escasa o nula caries dental. Estas observaciones han mostrado la importancia de ciertos carbohidratos como agentes causales de la caries dental. (p. 452). Página 19 del marco teórico.

Esto da como resultado que la mayoría de padres de familia considera que el mayor consumo de azúcares no produce caries, lo cual se aleja de la realidad según lo que respalda Finn, S., quien afirma que personas sometidas a dietas con elevado porcentaje de alimentos harinosos y azucarados tienden a sufrir destrucción dental que oscila entre moderada y grave.

¹⁴⁷ Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V

Cuadro N°. 15.

Marque con una X los alimentos que debe consumir para mantener una buena salud oral.

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Leche y derivados.	28	20,00%
Carne, pescado, huevos y legumbres.	36	25,71%
Pan, cereales y pastas.	28	20,00%
Frutas y verduras.	39	27,86%
Aceite, manteca y embutidos.	9	6,43%
Total de respuestas:	140	100,00%

Nota: Consumo de azúcares. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 15.

Marque con una X los alimentos que debe consumir para mantener una buena salud oral.

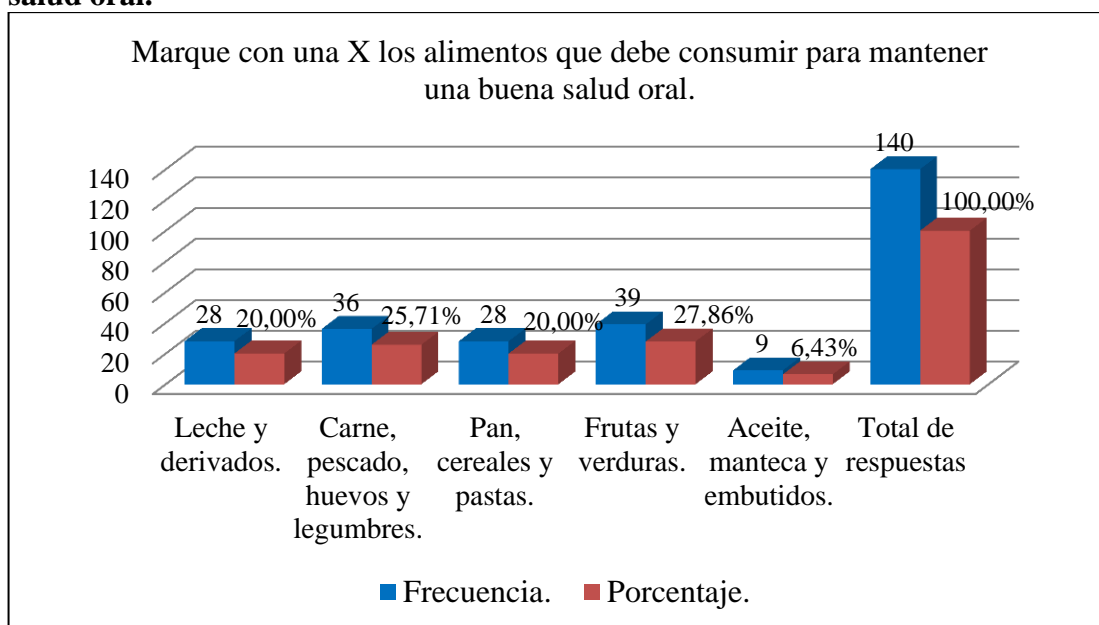


Gráfico N°. 15. Consumo de azúcares. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N° 15 y gráfico N°. 15 se puede observar que 28 personas que representa el 20,00% concordó que los alimentos que se debe consumir para mantener una buena salud oral son leche y derivados; 36 personas que corresponde al 25,71% respondió Carne, pescado, huevos y legumbres; 28 personas que alcanza el 20,00% marcó Pan, cereales y pastas; 39 personas que representa el 27,86% escogió Frutas y verduras; y 9 personas con un 6,43% respondieron Aceite, manteca y embutidos, con un total de 140 respuestas que representa el 100,00%.

Cuadro 22

Escala de Cariogenicidad de los alimentos

Escala de cariogenicidad de los alimentos	
Cariogénicos	
Dulces, azúcar, bebidas azucaradas, miel, uvas	Sacarosa
Pan y cereales refinados	Glucosa, Fructuosa, almidón
No cariogénicos	
Vegetales cocinados, frutas	Almidón crudo
Vegetales crudos, legumbres, leche	Sorbitol, Manitol
Carne, huevos, queso, maíz, aceite, pescado, cacahuates, semillas	Xylitol, no hidratos de carbono

Nota: Escala de Cariogenicidad de los alimentos. Villafranca, F¹⁴⁸., et al. (2008). p. 136. (Ver Anexo N°. 4)

Esto da como resultado que la mayoría de padres de familia considera que los alimentos para mantener una buena salud oral son frutas y verduras. Este resultado es acertado considerando la escala de cariogenicidad de los alimentos de Villafranca, F., donde se explica que las frutas y verduras son considerados no cariogénicos.

¹⁴⁸ Villafranca, F., Fernández, M., et al. (2008). Manual del técnico superior en Higiene bucodental. Reino de España: MAD, S.L.

Cuadro N°. 16.

¿Qué bebidas considera que son recomendables para una buena salud oral?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Bebidas azucaradas.	10	8,34%
Jugos naturales.	36	30,00%
Colas.	7	5,83%
Lácteos.	30	25,00%
Agua.	37	30,83%
Total de respuestas:	120	100,00%

Nota: Bebidas para una buena salud oral. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 16.

¿Qué bebidas considera que son recomendables para una buena salud oral?

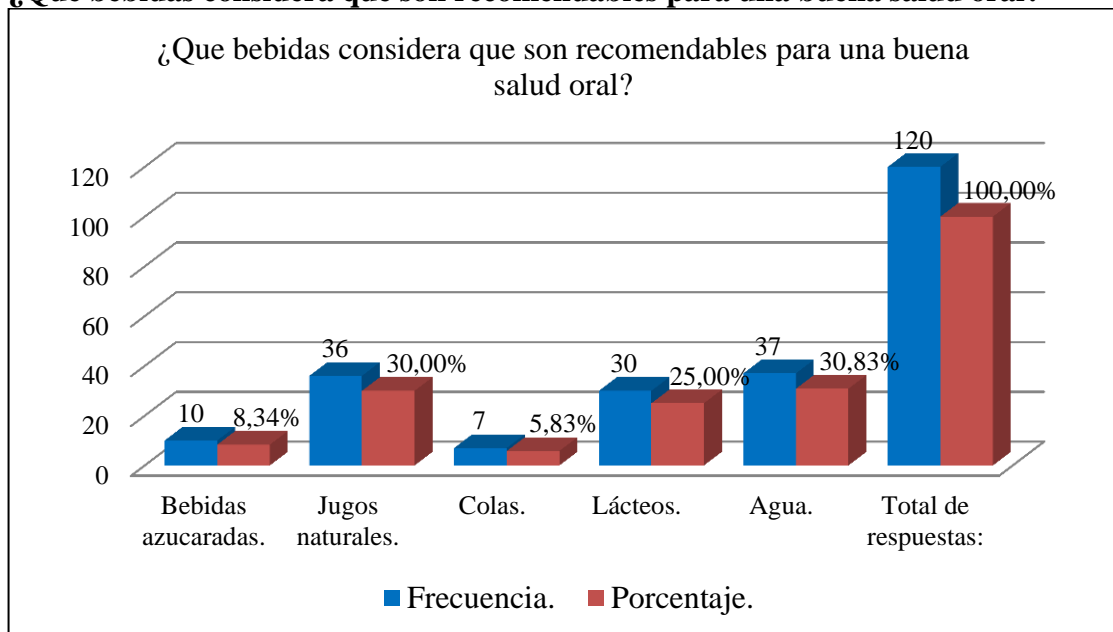


Gráfico N°. 16. Bebidas para una buena salud oral. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el presente cuadro N°. 16 y gráfico N°. 16 se observa que 10 personas que corresponde al 8,34% contestó que las bebidas azucaradas son recomendables para una buena salud oral; 36 personas que representa el 30,00% respondió que son recomendables los jugos naturales; 7 personas que alcanza el 5,83% respondió que la cola es recomendable; 30 personas que representa el 25,00% marcó que los lácteos son recomendables y 37 personas que comprende el 30,83% concordó que el agua es recomendable, con un total de 120 respuestas que representa el 100,00%.

Analizando la obra de Finn¹⁴⁹ (1985) puedo citar que:

Es especialmente importante aconsejar alimentos ricos en calcio, fósforo y vitaminas A, C y D. En circunstancias normales, la ingestión de cantidades adecuadas de leche, huevos y frutas cítricas alcanzara este objetivo, especialmente cuando la leche esta enriquecida con vitamina D. (p. 452).
Página 22 del marco teórico.

Esto da como resultado que la mayoría de padres de familia considera que el agua es recomendable para una buena salud oral, poniendo en segundo y tercer puesto a los jugos naturales y lácteos respectivamente. Similar a lo que plantea Finn, S., quien asegura que en condiciones normales, ingerir cantidades adecuadas de leche especialmente la enriquecida con vitamina D y frutas cítricas proporcionan vitaminas, calcio y fosforo, necesarios para mantener buena salud oral.

¹⁴⁹Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

Cuadro N°. 17.

¿Conoce si los dientes de su hijo están sanos?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Sí.	20	44,44%
No.	25	55,55%
Total de personas:	45	100,00%

Nota: Bebidas para una buena salud oral. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 17.

¿Conoce si los dientes de su hijo están sanos?

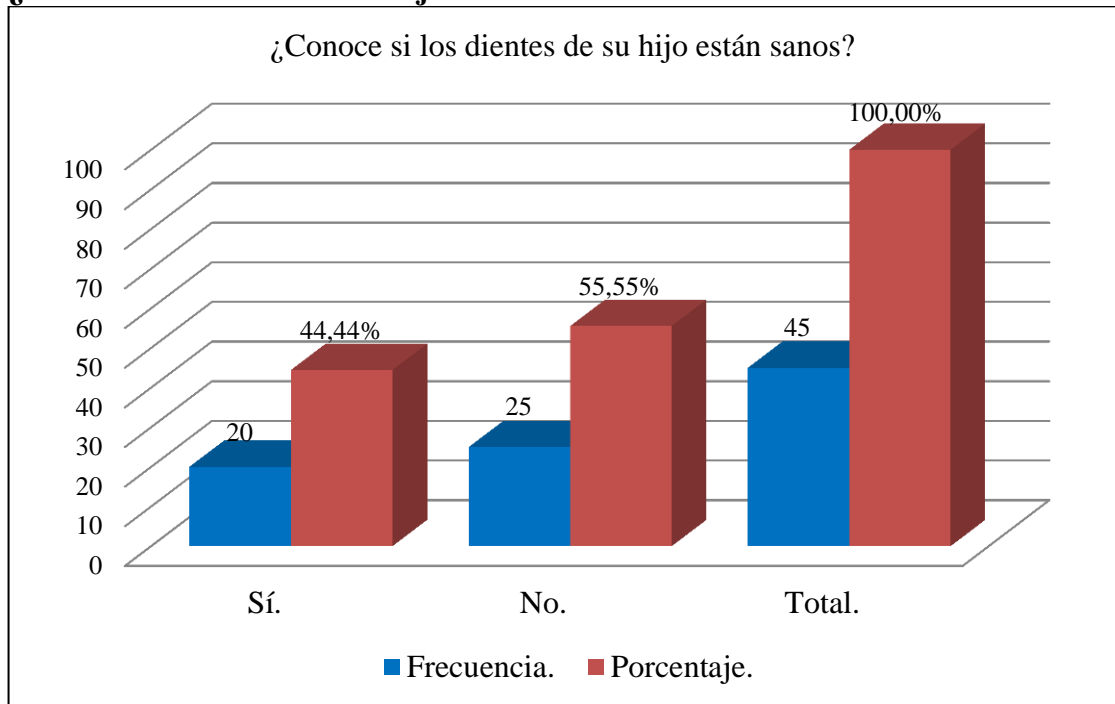


Gráfico N°. 17. Bebidas para una buena salud oral. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 17 y gráfico N°. 17 se observa que: 20 personas que corresponde al 44,44% marcó que sí conoce si los dientes de sus hijos/as están sanos y 25 personas que corresponde al 55,55% contestó que no conoce si están sanos los dientes de sus hijos/as, de un total de 45 padres de familia que constituyen el 100,00% de la población encuestada.

Leyendo la obra de Finn¹⁵⁰ (1985) puedo conocer que “Un enfoque eficaz para controlar enfermedades consiste en la identificación de los factores responsables de la resistencia natural o inmunidad, y el empleo subsecuente de ese conocimiento en terapéutica preventiva”. (p. 430). Página 24 del marco teórico.

Esto da como resultado que la mayoría de padres de familia expreso que no sabe si están sanos los dientes de sus hijos, lo que significa que no se interesan por el estado de los dientes de sus niños y según lo expresado por Finn, S., es importante para controlar las enfermedades identificar las causas para poder prevenir su aparición.

¹⁵⁰Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

Cuadro N°. 18.

¿Cuándo necesita atención odontológica a qué lugar acude?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
MSP.	43	95,55%
IESS.	2	4,44%
Consultorio particular.	0	0,00%
Total de personas:	45	100,00%

Nota: Lugar de atención Odontológica. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 18.

¿Cuándo necesita atención odontológica a qué lugar acude?

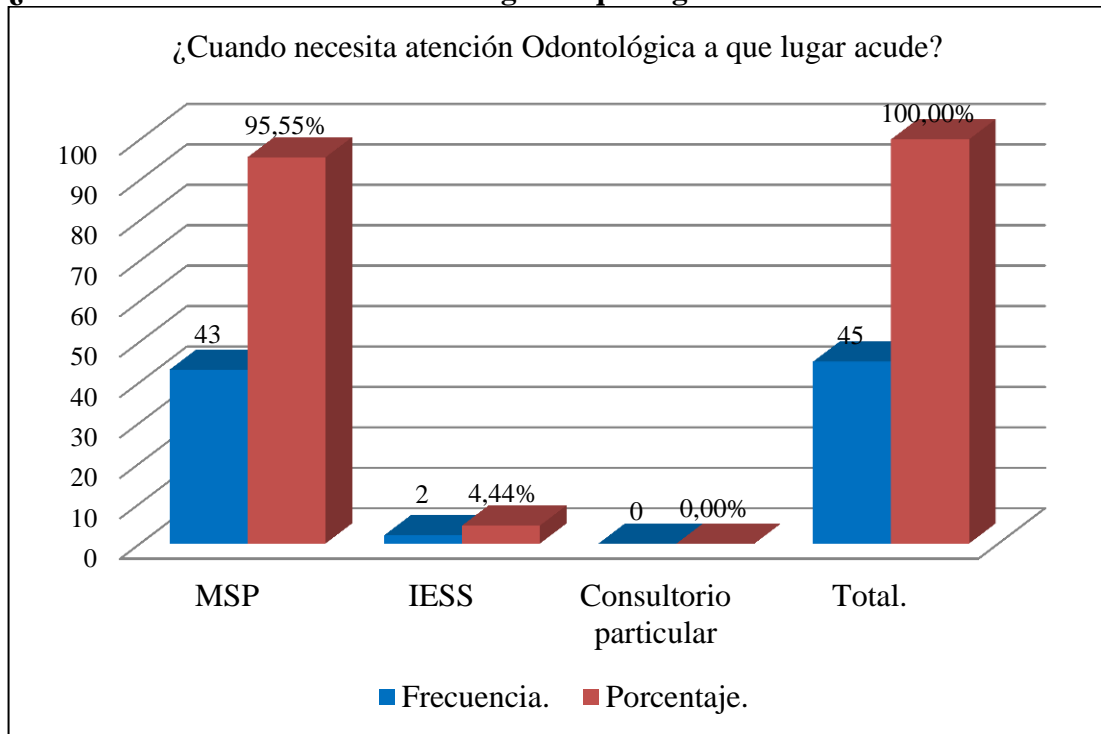


Gráfico N°. 18. Lugar de atención odontológico. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N° 18 y gráfico N° 18 se observa que: 43 personas que corresponde al 95,55% acude al Hospital del MSP cuando necesita atención odontológica; 2 personas que comprende el 4,44% marcó que acude a Instituciones del IESS; y 0 personas que comprende el 0% acude a un Consultorio particular, de un total de 45 personas que constituye el 100,00% de la población encuestada.

Examinando la obra del MSP¹⁵¹ (2009) puedo transcribir que:

El Plan de Salud Bucal, dentro del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, Intercultural Familiar y Comunitaria, tiene un enfoque en la Promoción y Prevención, estableciendo un adecuado equilibrio con los componentes curativo y restaurativo y una relación de complemento con la atención médica, además busca articularse con los programas de atención a las personas, a fin de mejorar la calidad de salud y vida, eliminando las disparidades sanitarias y facilitando la colaboración entre las personas, profesionales de salud, comunidades y de todos los niveles de la sociedad. (p. 9). Página 4 del marco teórico.

Esto da como resultado que la mayoría de padres de familia acude al Hospital del MSP donde como indica la obra del mismo MSP, se lleva a cabo un plan de salud bucal para equilibrar los componentes curativo y restaurativo. Pero los padres llevan a sus hijos cuando presentan alguna molestia y consideran conveniente.

¹⁵¹ Ministerio de Salud Pública, Área de salud bucal. (2009). Plan Nacional de Salud Bucal. República de Ecuador: Autor.

Cuadro N°. 19.

¿Cuántas veces al año considera usted que debe asistir un niño al Odontólogo?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Una vez.	14	31,11%
Dos veces.	18	40,00%
Tres veces.	13	28,88%
Ninguna.	0	0%
Total de personas:	45	100,00%

Nota: Visitas al Odontólogo. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 19.

¿Cuántas veces al año considera usted que debe asistir un niño al Odontólogo?

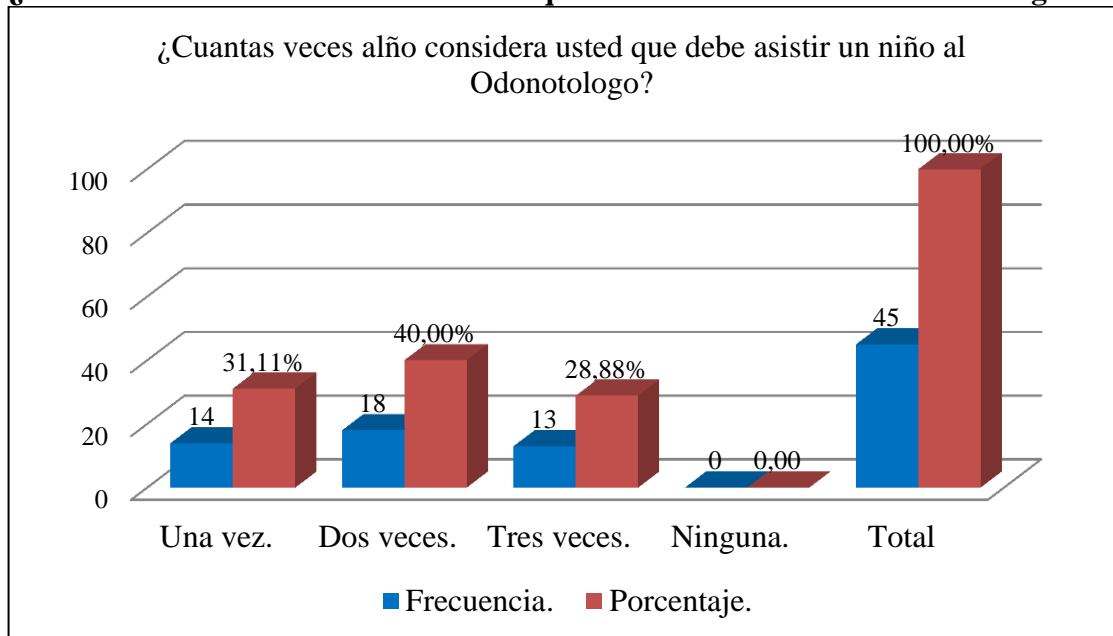


Gráfico N°. 19. Visitas al Odontólogo. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 19 y gráfico N°. 19 se observa que: 14 personas que corresponde al 31,11% respondió que un niño debe ir al Odontólogo una vez al año, 18 personas que comprende el 40,00% respondió que dos veces al año; 13 personas que representa el 28,88% concordó que tres veces al año y 0 personas con un 0%00 contestó que nunca, de un total de 45 padres de familia que constituye el 100,00% de la población encuestada.

Examinando la obra de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración¹⁵² (2009) puedo citar que:

Parece razonable aplicar una frecuencia de visitas al profesional al menos una vez al año en el caso de individuos de riesgo bajo a las enfermedades periodontales. Los individuos con una mayor susceptibilidad, que padecen enfermedades periodontales o que han recibido tratamiento periodontal, necesitarán de un protocolo preventivo más ajustado a su situación periodontal; por lo general se aconseja que la frecuencia de visitas en estos casos sea cada tres a seis meses. (p.51). Página 23 del marco teórico.

Esto da como resultado que la mayoría de padres de familia considera que un niño debe asistir al odontólogo dos veces al año. Concordando con la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, que afirma que la frecuencia de visitas al odontólogo debe ser por lo menos de una vez al año y en caso de individuos con mayor susceptibilidad se aconseja la frecuencia de visitas al Odontólogo sea de cada tres a seis meses.

¹⁵² Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de Higiene Bucal. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Cuadro N°. 20.

Cuando lleva su hijo al dentista ¿Por qué razón lo hace?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Por dolor en un diente.	19	20,88%
Para que revisen sus dientes.	18	19,78%
Por curarle un diente.	22	24,18%
Para sacarle un diente.	32	35,16%
Total de respuestas:	91	100,00%

Nota: Razones de la visita al Odontólogo. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 20.

Cuando lleva su hijo al dentista ¿Por qué razón lo hace?

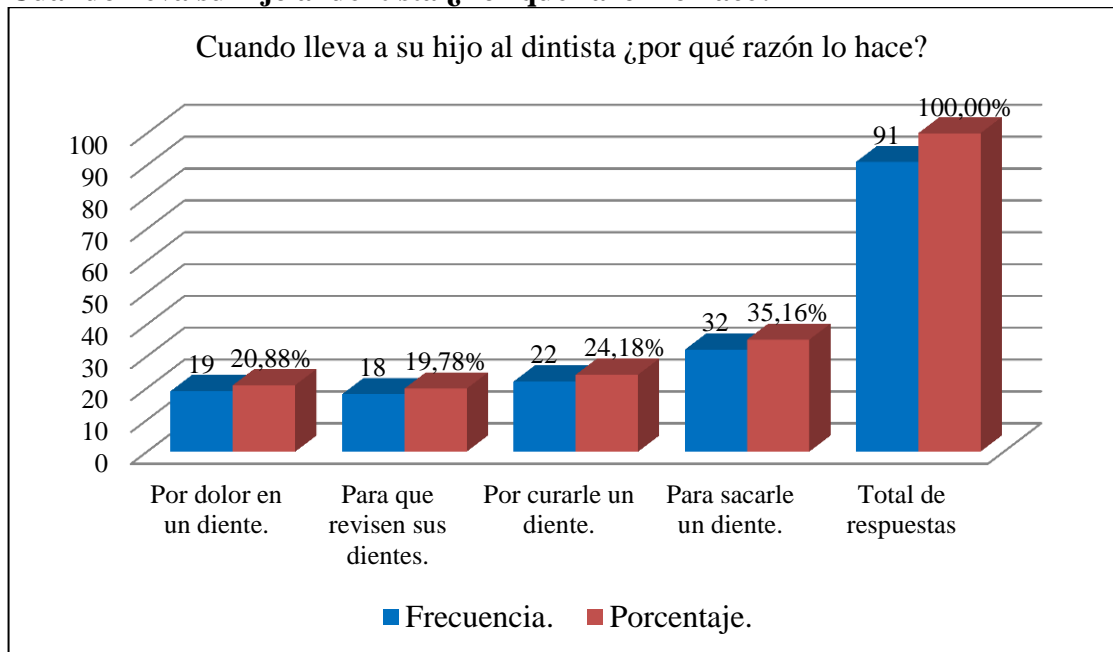


Gráfico N°. 20. Razones de la visita al Odontólogo. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 20 y gráfico N°. 20 se observa que 19 personas que representa el 20,88% respondió que lleva a su hijo al odontólogo por dolor en un diente; 18 personas que corresponde al 19,78% contestó que lleva a su hijo para que revisen sus dientes; 22 personas que comprende el 24,18% concordó que lleva a su hijo por curarle un diente y 32 personas que alcanzan el 35,16% marcó que lleva a su hijo por sacarle un diente, con un total de 91 respuestas que representa el 100,00%.

Consultando en la Obra de Herazo¹⁵³ (2012) puedo referenciar que:

Si se conserva sana a la mayoría de la población, se podría limitar la creación de entidades para curar, tratar o rehabilitar la enfermedad, pues el tratamiento de las enfermedades no es la solución para erradicarlas; por el contrario, lo que hace es mantenerlas. (p.29). Página 10 del marco teórico.

Esto da como resultado que la mayoría de padres de familia lleva a sus hijos al Odontólogo para sacarle un diente, criterio bastante errado, debido a que se debe llevar a los niños/as al Odontólogo revise sus dientes y prevenir la enfermedad. Como indica Herazo, B., el tratamiento de las enfermedades no las erradica, solo las mantiene, enfatizando la prevención.

¹⁵³ Herazo, B. (2012). Clínica del sano en Odontología. Bogotá, Republica de Colombia: ECOE.

Cuadro N°. 21.

Cuando acude al dentista ¿Qué actividades le han realizado a su hijo?

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Limpieza.	41	80,39%
Sellantes.	6	11,77%
Fluorización.	2	3,92%
Ninguna.	2	3,92%
Total de respuestas:	51	100,00%

Nota: Tratamiento preventivos recibidos. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 21.

Cuando acude al dentista ¿Qué actividades le han realizado a su hijo?

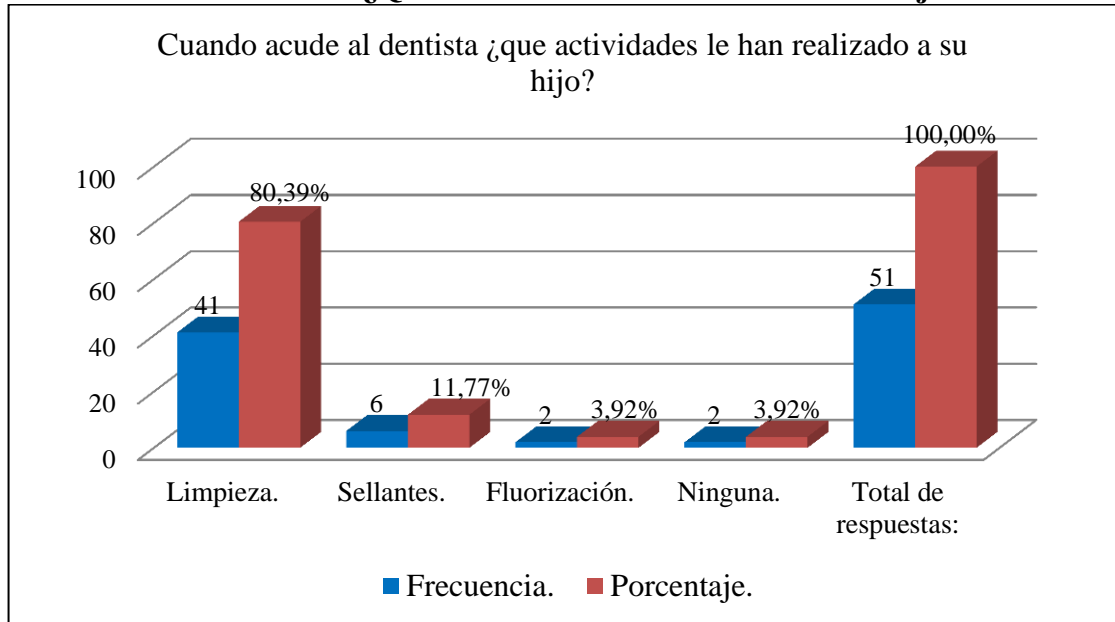


Gráfico N°. 21. Tratamientos preventivos recibidos. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 21 y gráfico N°. 21 se observa que 41 personas que representa el 80,39% respondió que al acudir al dentista a su hijo o hija le han realizado limpieza dental; 6 personas que corresponde al 11,77% contestó que le han realizado sellantes a su hijo; 2 personas que comprende el 3,92% marcó que a su hijo le han realizado Fluorización y 2 personas que alcanza el 3,92% contestó que a su hijo no le han realizado ninguna de las actividades mencionadas, con un total de 51 respuestas que representa el 100,00%.

Indagando en la obra de Harris y García Godoy¹⁵⁴ se pudo citar que “Si el paciente (o de preferencia, los padres del niño pequeño) inicia los programas preventivos en una etapa temprana, es posible alcanzar un periodo largo y libre de enfermedades por placa; una buena inversión de costo-beneficio”. (p. 3). Página 10 del marco teórico.

Esto da como resultado que la mayoría de padres de familia contestó que a su hijo o hija le han realizado limpieza o profilaxis dental. Lo que expresa una falta de los demás tratamientos preventivos realizados por el odontólogo en los niños, como expresa Harris y García Godoy si se inician programas preventivos en etapas tempranas se alcanza un periodo largo libre de enfermedades.

¹⁵⁴ Harris, N., García-Godoy, F. (2005). Odontología Preventiva Primaria. (2da ed.). Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

Cuadro N°. 22.

Nivel de Cultura preventiva de los padres.

Nivel.	Rango.	N° de padres de familia.	Frecuencia.
Bajo.	0 a 8	24	53,33%
Medio.	9 a 12	21	46,67%
Alto.	13 a 16	0	0,00%
Total.		45	100,00%

Nota: Nivel de cultura preventiva de los padres. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 22.

Nivel de Cultura preventiva de los padres.

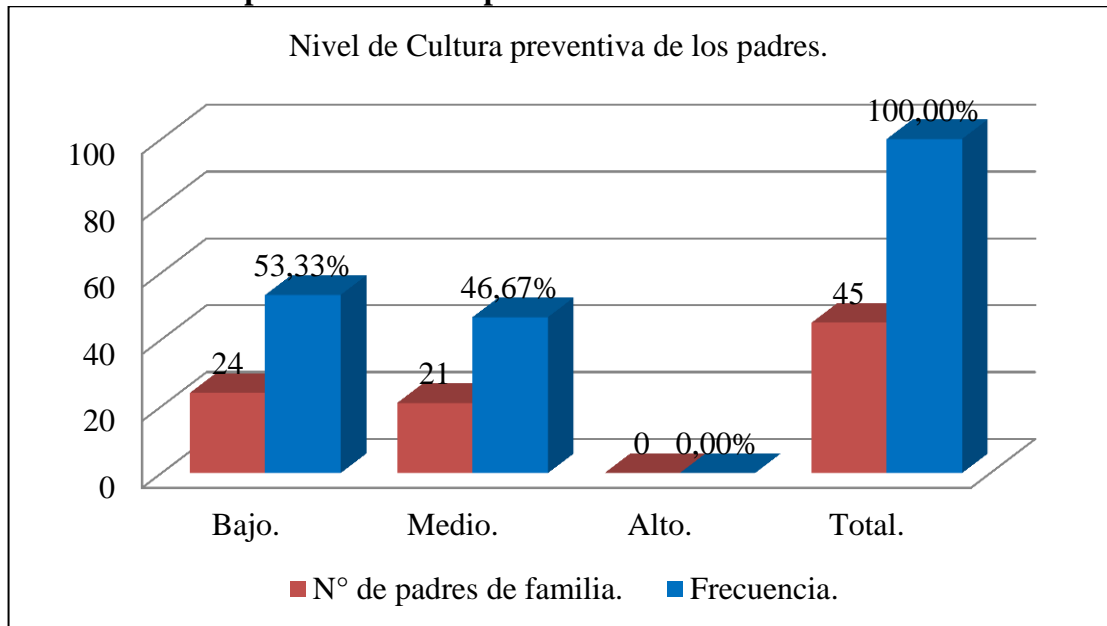


Gráfico N°. 22. Cultura preventiva de los padres. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los representantes de los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 22 y gráfico N°. 22 se observa que de 45 padres de familia encuestados: 24 personas que significa el 53,33% tiene un nivel bajo de conocimientos sobre cultura preventiva; 21 personas que representa el 46,67% tiene un nivel de conocimiento medio y 0 personas que representa el 0,00% posee un nivel alto de cultura preventiva.

Analizando la obra de Benavente, L. y cols.¹⁵⁵ (2012) se pudo citar que:

Los padres de familia son los responsables de la Educación para la Salud Bucal en los hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño. (p.15). pp. 4-5 del marco teórico.

Esto da como resultado que la mayoría de padres de familia tiene un nivel bajo de cultura preventiva, es decir que poseen bajos conocimientos sobre temas de prevención en salud oral y como expresa Benavente, L., los padres son los responsables de la educación para la salud en el hogar y si ellos tienen conceptos y hábitos equivocados puede ser perjudicial para los niños y niñas.

¹⁵⁵ Benavente, L. y cols. (2012, enero 15) Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Odontología Sanmarquina. Consultado: 17 de Abril, 2015. Disponible en: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CC8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fsisbib.unmsm.edu.pe%2Fbvrevistas%2Fodontologia%2F2012_n1%2Fpdf%2Fa05v15n1.pdf&ei=SdBYVczxM5LBgwSp1oDoCw&usg=AFQjCNE4IuiLHHWi9NypNPHzAlNmroh6A&bvm=bv.93564037,d.eXY

4.3. Relación del nivel de cultura preventiva de los padres y el ceo-d de niños/as de la escuela de educación básica fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte.

Cuadro N°. 23.

Relación del nivel de cultura preventiva de los padres y el ceo-d de niños/as.

ceo-d.	Cultura Preventiva.			Total.
	Bajo.	Medio.	Alto.	
Muy alto.	13	5	-	18
Alto.	12	6	-	18
Moderado.	7	8	-	15
Bajo.	4	2	-	6
Muy Bajo.	7	8	-	15
$\Sigma=$	43	29	-	72

Nota: Relación de nivel de cultura preventiva de los padres y el ceo-d. Datos obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños-niñas y las encuestas aplicadas a los padres de la escuela de educación básica fiscal José Romero Albán. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 23.

Relación del nivel de cultura preventiva de los padres y el ceo-d de niños/as.

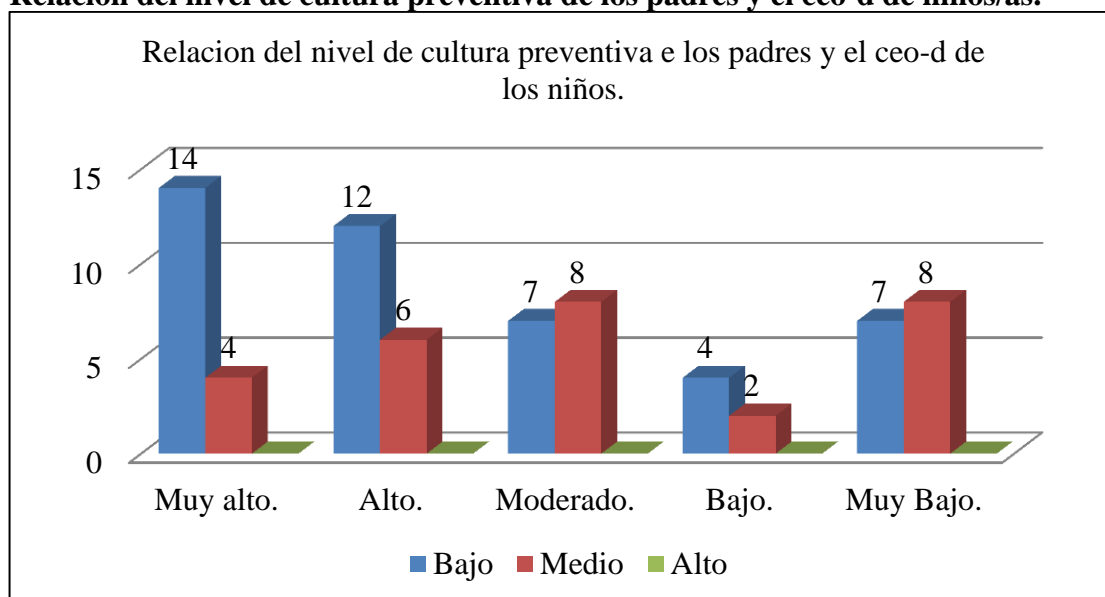


Gráfico N°. 23. Relación de nivel de cultura preventiva de los padres y el ceo-d. Datos obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños-niñas y las encuestas aplicadas a los padres de la escuela de educación básica fiscal José Romero Albán. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 23 y gráfico N°. 23 se pone de manifiesto la relación entre la cultura preventiva de los padres y el ceo-d de los 72 niños y niñas, se puede evidenciar que: 18 niños y niñas con un ceo-d muy alto tienen padres con un nivel de cultura preventiva bajo-medio; 18 con ceo-d alto tienen padres con un nivel de cultura preventiva bajo-medio; 15 con un ceo-d moderado tienen padres con un nivel de cultura preventiva medio-bajo; 6 con un ceo-d bajo tienen padres con un nivel de cultura preventiva bajo-medio; 15 con un ceo-d muy bajo tiene padres con un nivel de cultura preventiva medio-bajo.

Examinando la obra de Mazariegos¹⁵⁶ (2011) puedo transcribir que:

Con relación a la cultura de salud bucal, en nuestro país, existen diversos mitos y creencias muy arraigadas tales como; a la salud bucal no se le considera parte de la salud general, no se le da importancia al cuidado de la primera dentición y se considera normal que los adultos mayores sean edentulos a edades tempranas, entre otros. Si estamos comprometidos con cambiar esto, y centramos nuestros esfuerzos en llegar a tener un mayor número de adultos sanos que representen una menor carga económica al sistema de salud al padecer menos enfermedades bucales y crónico-degenerativas, tenemos que empezar o seguir trabajando con nuestra niñez. (p. 7). Página 5 del marco teórico.

Esto da como resultado que el ceo-d es inversamente proporcional al nivel de conocimiento de los padres, es decir, que a menor nivel de conocimiento de los padres, es mayor el ceo-d en los niños y niñas. Como expresa Mazariegos, M., para lograr adultos con buena salud bucal se debe empezar desde la niñez.

¹⁵⁶Mazariegos, M. y cols. (2011) Salud Bucal Preescolar y Escolar. [En línea]. Consultado: [17, Abril, 2015]. Disponible en: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCgQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.cenaprece.salud.gob.mx%2Fprogramas%2Finterior%2Fsaludbuca1%2Fdescargas%2Fpdf%2Fsbpye_completo2.pdf&ei=8TdZVbz4OsO6ggTB-4HIDA&usg=AFQjCNHE4RbSqvOR143Dup4Y0XIJDxdFfQ&bvm=bv.93564037,d.eXY

Cuadro N°. 24.

Relación del nivel de cultura preventiva de los padres con la higiene oral de los niños y niñas.

Higiene Oral.	Cultura Preventiva.			Total.
	Bajo	Medio	Alto	
Bueno.	5	15	-	20
Regular.	30	19	-	49
Pobre.	3	-	-	3
$\Sigma=$	38	34	-	72

Nota: Relación de nivel de cultura preventiva de los padres y la higiene oral. Datos obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños- niñas y las encuestas aplicadas a los padres de la escuela de educación básica fiscal José Romero Albán. Realizado por la autora de esta tesis.

Gráfico N°. 24.

Relación del nivel de cultura preventiva de los padres con la higiene oral de los niños y niñas.

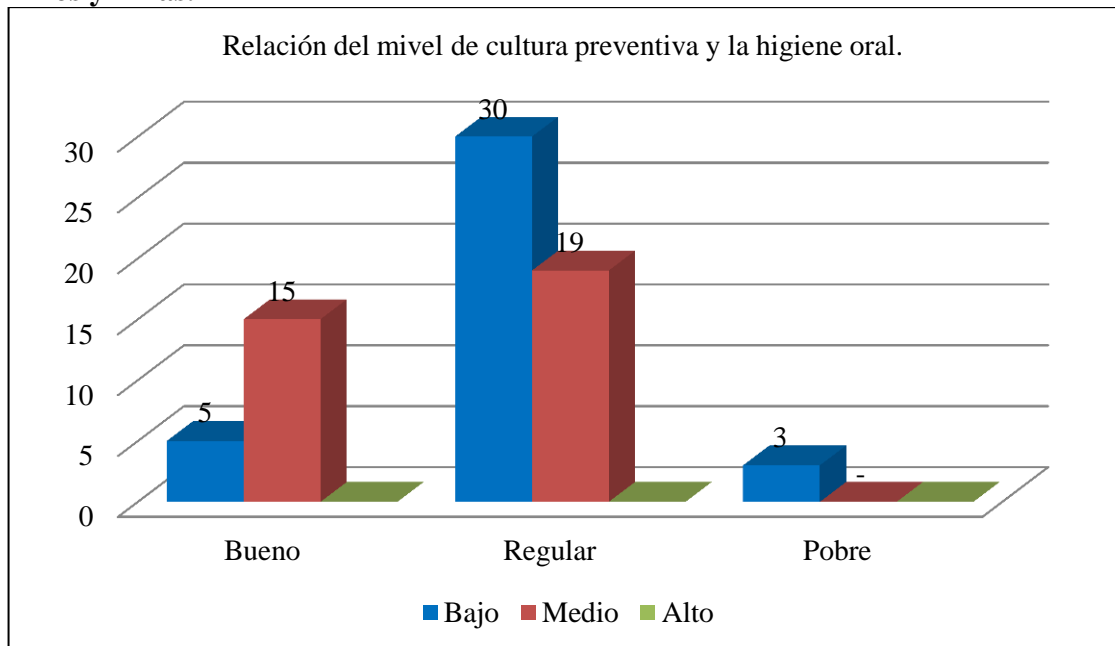


Gráfico N°. 24. Relación de nivel de cultura preventiva de los padres y la higiene oral. Datos obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños-niñas y las encuestas aplicadas a los padres de la escuela de educación básica fiscal José Romero Albán. Realizado por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N°. 24 y gráfico N°. 24 se muestra la relación entre el nivel de cultura preventiva de los padres y la higiene oral de los 72 niños y niñas, se puede observar que: 20 niños y niñas que presentan higiene oral buena tienen padres con un nivel de cultura preventiva medio-bajo; 49 con una higiene oral regular tienen padres con un nivel de cultura preventiva bajo-medio y 3 con una higiene oral pobre tienen padres con un nivel de cultura preventiva bajo.

Analizando la obra de Pinkham¹⁵⁷ (2001) puedo citar que:

La odontología moderna en el mundo, está orientada a la prevención de las enfermedades más comunes que afectan a la cavidad bucal y desde el punto de vista preventivo, las acciones llevadas a cabo en infantes tendrán un efecto de por vida, por lo tanto, la mayoría de los estudios han sugerido la práctica de hábitos de higiene bucal para la preservación de la salud bucal desde los primeros años de vida, tomando en cuenta que la supervisión y asistencia de los padres durante la práctica del hábito posee gran relevancia. (p. 12). Página 3 del marco teórico.

Esto da como resultado que la higiene oral es directamente proporcional a la higiene oral de los niños y niñas. Es decir que a menor nivel de cultura preventiva, disminuye la higiene oral. Como expresa Pinkham, J., practicar buenos hábitos de higiene bucal desde edades tempranas preserva la salud de la cavidad oral, siendo muy importante la supervisión y asistencia de los padres.

¹⁵⁷ Pinkham, JR. (2001). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Mc Graw Hill.

CAPÍTULO V.

4. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Según los resultados obtenidos en las fichas de observación y encuestas, se llega a la conclusión que existe una relación inversamente proporcional entre el nivel de cultura de los padres y el ceo-d de los niños y niñas; a menor cultura preventiva de los padres mayor índice de ceo-d y una relación directamente proporcional entre el nivel de cultura de los padres y la higiene oral de los niños y niñas, a menor nivel de cultura preventiva, disminuye la higiene oral.

En el diagnóstico realizado a los 72 niños y niñas se pudo identificar que existe amplia afectación de caries en las piezas temporales debido a que el ceod es alto y el índice de higiene oral de la mayoría de la población infantil corresponde a un nivel regular.

A través de los resultados obtenidos en la encuesta aplicada a los padres, representantes de los niños y niñas de la escuela de educación básica fiscal José Romero Albán, se pudo determinar que la mayoría posee un nivel de cultura preventiva bajo.

4.2.Recomendaciones.

Se sugiere a la institución educativa que solicite al hospital del cantón Rocafuerte incluya en los programas de prevención a todos los niños y niñas de la Escuela José Romero Albán, con el fin de disminuir el alto índice de ceod y modificar la higiene oral regular que presenta la población.

Desarrollar programas informativos sobre prevención en salud oral a los niños de la Escuela José Romero Albán. Incentivarlos a mejorar el cepillado dental, motivar para que utilicen más recursos que solo el cepillo y pasta dental y promover la importancia del cepillado antes de acostarse a dormir para tener condiciones óptimas de salud.

A los padres de familia de la Escuela José Romero Albán, se informen sobre prevención, requieran tratamientos preventivos en las instituciones públicas de salud. Lleven a sus hijos a chequeos periódicos y profundicen temas referentes a prevención con sus niños/as a fin de que se concientice desde el hogar el cuidado e importancia de los dientes.

CAPÍTULO VI.

5. Propuesta Alternativa.

6.1. Identificación de la propuesta.

6.2. Nombre de la propuesta.

Capacitación sobre medidas de prevención en salud oral a los padres/representantes de los niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte.

6.3. Fecha de inicio.

Junio 2015.

6.4. Clasificación de la propuesta.

Tipo educativo.

6.5. Localización geográfica.

Escuela de Educación Básica Fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte.

6.6. Justificación.

Debido a que los niños no deciden por si solos sobre aspectos relacionados con la adopción de estilos de vida saludables sino que la responsabilidad recae sobre sus cuidadores, éstos se convierten en responsables de la educación para la salud bucal

en los hogares. Pero no todos los padres están preparados para poder transmitir hábitos correctos a sus hijos, debido a la cultura que ellos han recibido, con conceptos y hábitos equivocados, que pueden ser perjudiciales para el niño como se ha demostrado es esta investigación.

Por ello se justifica este proyecto, haciendo necesario la realización de una charla para capacitar, concienciar e incentivar a los padres, sobre hábitos higiénicos y su importancia en la salud oral para así evitar o disminuir las enfermedades orales en los niños/as. Por lo tanto se brinda a los padres los conocimientos básicos sobre el cuidado de los dientes para que socialicen con sus hijos y lo pongan en práctica.

6.7. Marco institucional.

La escuela toma el nombre de José Romero Albán en honor al Vicepresidente de la Municipalidad de Rocafuerte quien consiguió que la escuela sea municipal y que se done el terreno para la construcción de la misma. La escuela nace como particular en el año 1978 funcionando en la casa del Señor Antonio Zambrano Mesías siendo las primeras profesoras; la Señora Mercedes Vera esposa del señor Mesías y María Cristina Zambrano hija de ambos, el número de estudiantes era de 20 a 22 niños.

En el año 1986 tiene la categoría de escuela Fiscal siendo su primer profesor el señor Rubén Moreira Rodríguez laborando con los 6 grados. El 15 de agosto de 1987 llega a laborar la señorita Edith Moreira Hidrovo designada por el proyecto AMER. En octubre de 1988 el profesor Rubén Moreira pasa por reajuste a desempeñar sus funciones en la escuela "José Alejandro Bermúdez" del Sitio La Papaya. Yes en el año 1989 que la escuela vuelve a ser Pluridocente ya que llega como incremento la

profesora Consuelo Ayadira Salvador Andrade y luego en el año 1992 la profesora Lucetty Mayanin Farfán Velásquez maestra fiscal designada por la Dirección de Educación de Manabí.

En el año 1997 la profesora Edith Moreira pasó a cumplir sus funciones en otra institución, es reemplazada por la señora profesora Solange Zambrano Cedeño a quien se le encargó la dirección del plantel. En el año 2004 el consejo Provincial construyó un nuevo local escolar en un terreno donado por el Señor Bartolomé Carbo ya que el antiguo solo consta de 2 aulas y el terreno estaba en mal estado como consecuencia del terremoto del año 2003.

En el año 2006 la escuela se trasladó al nuevo recinto escolar, donde funciona hasta la actualidad contando con 4 docentes fiscales: Lic. Solange Zambrano Cedeño Mg. Ge. Directora de la institución, Prof. Consuelo Salvador Andrade docente, Prof. Inés Cedeño docente, Lic. Lucetty Farfán Velásquez docente, y 72 estudiantes y 45 padres de familia.

6.8. Objetivos.

6.8.1. Objetivo general.

Educar a los padres de familia de la Escuela de educación básica fiscal José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte sobre medidas de higiene oral.

6.8.2. Objetivos específicos.

Incentivar a los padres a socializar con sus hijos como mejorar del cepillado dental.

Concienciar a los padres sobre la importancia de las visitas rutinarias al dentista como medida de prevención de enfermedades bucales.

6.9. Descripción de la propuesta.

En la investigación realizada se observó que los niños presentan alta prevalencia de caries en sus piezas temporales, y una higiene oral regular, a la par del deficiente conocimiento que tienen los padres sobre prevención. Por lo que se estableció en esta propuesta difundir a los padres información sobre prevención y cuidados de salud oral, de esta manera lograr que mejoren sus conocimientos y los pongan de manifiesto mejorando la salud oral de sus hijos e hijas.

Se realizó una charla educativa socializando temas de prevención, todo lo referente a cepillado dental, artículos para el cuidado de la salud oral, como cuidar de su cavidad oral y la de los niños y niñas; se contara con la presencia de las autoridades de la escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte y la participación de los padres de familia, se le facilitara a los mismos un tríptico con contenido de cultura preventiva para que puedan seguir recordándole a los niños/as el cuidado de la higiene oral.

6.10. Responsable.

Autora de esta tesis.

6.11. Beneficiarios.

Los beneficiarios directos serán los niños y niñas de la escuela José Romero Albán.

6.12. Factibilidad.

Es factible porque se cuenta con el apoyo de las autoridades y docentes de la escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita del cantón Rocafuerte, y la predisposición de los padres de familia para beneficio de la salud de sus hijos e hijas.

6.13. Sostenibilidad.

Es sostenible porque el personal que labora en dicha institución se encargara de realizar las réplicas con la información que se les proporcionara sobre prevención.

6.14. Diseño Metodológico.

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaran las siguientes actividades:

Reunión con la directora de la Escuela José Romero Albán para la socialización de la propuesta alternativa.

Elaboración de un cronograma de trabajo.

Charla educativa sobre medidas de prevención y el cuidado e higiene que deben enseñar los padres a sus hijos e hijas.

6.15. Actividades.

Cuadro N°. 25.**Cronograma de actividades.**

Actividades	Periodo			
	Junio, 2015			
	17	18	19	22
Reunión con las autoridades.	X			
Elaboración del plan de cada temática.	X			
Socialización de la propuesta.		X		
Preparación del material didáctico.			X	
Charlas educativas.				X
Entrega de tríptico.				X

Cuadro N°. 24: Cronograma de actividades. Realizado por la autora de esta tesis.

6.16. Presupuesto.**Cuadro N°. 26.****Presupuesto de la propuesta.**

Rubros.	Cantidad.	Unidad de medida.	Costo unitario.	Costo Total.
Papel.	1	resma	5,00	5,00
Fotocopias.	50	unidad	0,04	2,00
Tinta color.	1	tóner	25,00	37,5
Viáticos.	4	Dólar	5,00	20,00
Trípticos.	45	Unidad	0,50	22,50
Total				87,00

Cuadro N°. 23: Presupuesto. Realizado por la autora de esta tesis.

ANEXOS.

Anexo N°.1.

Historia Clínica dirigida a los niños y niñas de la Escuela de Educación básica Fiscal “José Romero Albán” del sitio Tierra Bonita del Cantón Rocafuerte.

HISTORIA CLINICA N°:.....

SEXO:.....

EDAD:.....

AÑO BASICO:.....

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESIÓN MARCAR "X" (1,2 O 3), SI APLICA

<p>RECESIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>MOVILIDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>VESTIBULAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">56 54 53 52 51</p> <p>LINGUAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">85 84 83 82 81</p> <p>VESTIBULAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>MOVILIDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>RECESIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>21 22 23 24 25 26 27 28</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>61 62 63 64 65</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>71 72 73 74 75</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>31 32 33 34 35 36 37 38</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	--

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS
			0 - 1 - 2 - 3	0 - 1 - 2 - 3	0 - 1
16	17	55			
11	21	51			
26	27	65			
36	37	75			
31	41	71			
46	47	85			
TOTALES					

SNS-MSP / HCU-form 033/ 2008

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* ₁₇₀ SELLANTE NECESARIO	⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)	= PROTESIS TOTAL
* ₁₀₄ SELLANTE REALIZADO	△ ENCONDONCIA	☐ CORONA
X ₁₀₀ EXTRACCIÓN INDICADA	○ PROTESIS Fija	⊙ DETURADO
X ₁₀₁ PERDIDA POR CARIES	(---) PROTESIS REMOVIBLE	○ ₁₇₀ CARIES

ODONTOLOGÍA (1)

Gráfico N. 1: Ficha de Observación 033. Ministerio de Salud Pública.

Anexo N°. 2.

Formulario de encuesta dirigido a los padres de familia representantes de los estudiantes de la Escuela José Romero Albán.

Instrucciones: Ésta encuesta es personal. Responda marcando con una **X**, cada una de las preguntas, al indicar hágalo con sinceridad y claridad, su aporte será beneficioso para el trabajo que nos planteamos realizar.

1. ¿Qué nivel de educación ha cursado?
- Primaria
 - Bachillerato
 - Estudio Superior Universitario

Higiene bucal

2. ¿Explica usted a su hijo (a) como cepillarse los dientes?
- Siempre
 - A veces
 - Nunca
3. ¿Supervisa a su hijo (a) mientras se cepilla los dientes?
- Si
 - No
4. ¿Qué momento considera más importante para que se cepille los dientes su hijo?
- Antes del desayuno
 - Después del desayuno
 - Después del almuerzo
 - Después de la merienda
 - Antes de acostarse.
5. ¿Cuál considera usted que es el tiempo necesario de cepillado dental?
- Menos de 1 minuto
 - Entre 1 y 2 minutos
 - Entre 2 y 3 minutos
 - Más de 3 minutos
6. ¿Cada cuánto tiempo cree usted que debe cambiar el cepillo de dientes su hijo?
- Cada mes
 - Cada 2 meses
 - Cada 3 meses
 - Cada año
7. Sabe usted si al cepillarse los dientes su hijo(a) le sangran las encías.
- Sí
 - No

8. ¿Cuál de los siguientes instrumentos usa su hijo (a) para limpiar sus dientes?
- Cepillo de dientes
 - Pasta dental
 - Hilo dental
 - Enjuagues bucales

Dieta

9. Considera usted que el mayor consumo de azúcares produce caries
- Sí
 - No
10. Marque con una X los alimentos que debe consumir para mantener una buena salud oral.
- Leche y derivados
 - Carne, pescado, huevos y legumbres (Proteínas)
 - Pan, Cereales y Pastas (hidratos de carbono)
 - Frutas y verduras
 - Aceite, manteca y embutidos (lípidos o grasas)
11. ¿Qué bebidas considera que son recomendables para una buena salud oral?
- Bebidas azucaradas
 - Jugos naturales
 - Colas
 - Lácteos (Yogurt, leche)
 - Agua

Visitas al Odontólogo

12. ¿Conoce si los dientes de su hijo están sanos?
- Si
 - No
13. ¿Cuándo necesita atención Odontológica a qué lugar acude?
- Hospital del Ministerio de Salud Pública (MSP)
 - Institución del Seguro Social O Campesino (IESS)
 - Consultorio Particular
14. ¿cuántas veces al año considera usted que debe asistir un niño al odontólogo?
- Una vez
 - Dos veces
 - Tres veces
 - Ninguna

15. Cuando lleva su hijo al dentista ¿por qué razón lo hace?

- Por dolor en un diente
- Para que revisen sus dientes
- Por curarle un diente
- Para sacarle un diente

16. Cuando acude al Dentista que actividades le han realizado a su hijo(a)?

- Limpieza
- Sellantes
- Fluorización
- Ninguna

Nota: La presente encuesta fue elaborada por la autora de este proyecto.

ANEXO N°. 3.

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el abajo firmante,

Con residencia

en _____

Acepto tomar parte en este estudio titulado: Cultura preventiva y su relación con el estado de salud bucal de los niños de la Escuela José Romero Albán del sitio Tierra Bonita

La Dra.:....., odontólogo e investigador del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio. He tenido la oportunidad de hacer a la doctora, preguntas acerca de todos los aspectos del estudio. Independientemente de esto, ella me ha entregado una copia del documento de información para la participación en el estudio.

Estoy de acuerdo con que mis datos personales y médicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computarizados de la Dra.:....., autora de la investigación. Me consta que puedo ejercer mi derecho a acceder y a corregir esta información.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades médicas y accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Nombre y firma del Odontólogo evaluador que informó al participante:

Dr.....

Nombre y firma del participante:

Nota: La presente encuesta fue elaborada por la autora de este proyecto.

Anexo N°. 4

Cuadro N°. 27.

Escala de Cariogenicidad de los alimentos.

Escala de cariogenicidad de los alimentos	
Cariogénicos	
Dulces, azúcar, bebidas azucaradas, miel, uvas	Sacarosa
Pan y cereales refinados	Glucosa, Fructuosa, almidón
No cariogénicos	
Vegetales cocinados, frutas	Almidón crudo
Vegetales crudos, legumbres, leche	Sorbitol, Manitol
Carne, huevos, queso, maíz, aceite, pescado, cacahuates, semillas	Xylitol, no hidratos de carbono

Nota: Escala de Cariogenicidad de los alimentos. Villafranca, F¹⁵⁸, et al. (2008). p. 136.

¹⁵⁸ Villafranca, F., Fernández, M., et al. (2008). Manual del técnico superior en Higiene bucodental. Reino de España: MAD, S.L.

Anexo N°. 5.

Matriz de Operacionalización de las variables.

Variables	Tipo	Escalas	Descripción	Indicadores
Nivel de Cultura Preventiva	Variable cualitativa nominal	Alto Medio Bajo	Por medio de la encuesta se determinara si la población posee una conducta y actitud responsable y de respeto por la protección de la salud bucal.	frecuencia
Caries	Variable cualitativa nominal	0,0–1,1=Muy bajo 1,2 – 2,6 = Bajo 2,7–4,4=Moderado 4,5–6,5 = Alto Mayor a 6,6 = Muy alto	Se observa la cavidad oral de cada niño y se establece la presencia o ausencia de caries en el índice epidemiológico de caries CPO-D y ceo-d	Porcentaje
Placa Bacteriana	Variable cualitativa ordinal	0= no hay presencia de restos de placa 1= la placa cubre más de 1/3 de la superficie del diente 2= placa en más de 1/3 menos de 2/3 del diente 3= la placa cubre más de 2/3 del diente	Los resultados serán: Bueno: 0.0 a 1.2. Regular: 1.3 a 3.0. Pobre: 3.1 a 6.0.	Número Entero y Porcentaje

Nota: Operacionalización de las Variables elaborado por la autora de esta Tesis.

Anexo N°. 6.

Presupuesto de Actividades.

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total	Fuentes de financiamiento	
					Auto financiamiento	Aporte Externo
Papel	2	resma	5,00	10,00	10	
fotocopias	800	unidad	0,04	32,00	32,00	
Impresiones	150	unidad	0,25	37,50	37,50	
Internet mes	50	horas	1,00	50,00	100,00	
Transporte	25	galones	1,5	30,00	30,00	
CD	5	unidad	1,00	5,00	5,00	
mascarillas	1	caja	5,00	5,00	5,00	
guantes	2	caja	8,00	16,00	16,00	
Espejos	20	unidad	1,50	30,00	30,00	
Explorador	20	unidad	1,50	30,00	30,00	
TOTAL					295,50	

Nota: Presupuesto de actividades elaborado por la autora de esta Tesis.

Anexo N°. 7.

Cronograma de actividades.

		DECIMO OCTAVA PROMOCION																																							
		2014												2015																											
ACTIVIDADES	sep	nov				dic				enero				feb				marzo				abril				mayo				jun				jul				agosto			
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
ELABORACION DE PROYECTO	3	4	1	2	3	4																																			
PRESENTACION DE PROYECTOS																																									
APROBACION DE PROYECTOS																																									
PREPARACION DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE INFORMACION																																									
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION																																									
SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION																																									
ANALISIS E INTERPRETACION																																									
ELABORACION DE CONCLUSIONES																																									
ELABORACION DE PROPUESTA																																									
REDACCION DEL BORRADOR																																									
REVISION DEL BORRADOR																																									
PRESENTACION DE INFORME FINAL																																									

Nota: Cronograma. Elaborado por docentes de la carrera de odontología de la universidad San Gregorio de Portoviejo.

Anexo N°. 8.



Gráfico No. 25. Elaboración de ficha de observación a los niños/as de la Escuela José Romero Albán. Cantón Rocafuerte. Provincia de Manabí. República del Ecuador. Elaborado por la autora de esta tesis. [04, junio, 2015].



Gráfico No. 26. Elaboración de ficha de observación a los niños/as de la Escuela José Romero Albán. Cantón Rocafuerte. Provincia de Manabí. República del Ecuador. Elaborado por la autora de esta tesis. [05, junio, 2015].



Gráfico No. 27. Aplicación de encuesta a los padres de la Escuela José Romero Albán. Cantón Rocafuerte. Provincia de Manabí. República del Ecuador. Elaborado por la autora de esta tesis. [10, junio, 2015].



Gráfico No. 28. Aplicación de encuesta a los padres de la Escuela José Romero Albán. Cantón Rocafuerte. Provincia de Manabí. República del Ecuador. Elaborado por la autora de esta tesis. [10, junio, 2015].



Gráfico No. 29. Charla sobre higiene oral a los padres de la Escuela José Romero Albán. Cantón Rocafuerte. Provincia de Manabí. República del Ecuador. Elaborado por la autora de esta tesis. [24, junio, 2015].



Gráfico No. 30. Compromiso de mejorar la higiene oral de los niños/as de la Escuela José Romero Albán. Cantón Rocafuerte. Provincia de Manabí. República del Ecuador. Elaborado por la autora de esta tesis. [24, junio, 2015].

¿ Como conseguir una buena Higiene Oral en los niños?

Enseñar a su hijo/a los métodos de higiene bucal apropiados es una inversión en salud que le proporcionará beneficios para toda la vida.

Lo primero es darle un buen ejemplo; al cuidar usted sus propios dientes el niño recibirá el mensaje de que la salud bucal es algo importante. Todo lo que haga de la higiene dental una tarea divertida, como cepillarse los dientes junto con sus hijos o permitirles elegir sus propios cepillos dentales, fomenta una higiene bucal apropiada.

Para ayudar a sus hijos a proteger sus dientes y encías y reducir el riesgo de formación de caries, enséñeles a seguir estos simples pasos:

- Cepillase los dientes por lo menos dos veces al día con una pasta de dientes , el cepillado mas importante es el de antes de dormir.
- Utilice hilo dental diariamente (desde los 4 años de edad) para eliminar la placa.
- Use enjuague bucal antes o después de cepillarse los dientes.
- Utilice productos dentales que contengan flúor, incluida la pasta de dientes.




Técnicas de cepillado:

Es importante supervisar el cepillado de sus niños hasta que dominen estos simples pasos:

- Utilice una pequeña cantidad de pasta de dientes. Verifique que sus hijos no se traguen la pasta de dientes.
- Con un cepillo dental suave, cepille primero la superficie interior de cada diente, que es donde más se acumula la placa. Cepille suavemente de posterior a anterior.
- Limpie las superficies exteriores de cada diente. Coloque el cepillo en ángulo respecto de la encía exterior. Cepille suavemente de posterior a anterior.
- Cepille la superficie de masticación de cada diente. Cepille suavemente de posterior a anterior.
- Utilice la punta del cepillo para limpiar la parte posterior de los dientes anteriores, tanto superiores como inferiores.
- No olvidar cepillarse la lengua.



ALIMENTACIÓN

Una dieta balanceada es necesaria para que sus hijos desarrollen dientes fuertes y resistentes a las caries. Además de vitaminas y minerales, la dieta de un niño debe incluir mucho calcio, fósforo y los niveles apropiados de flúor.

Los alimentos entre comidas de manera frecuente son el peor enemigo. Los azúcares y los almidones presentes en muchos alimentos como galletas, dulces, frutas secas, refrescos, galletas saladas y papas fritas se combinan con la placa en los dientes para crear ácidos. Estos ácidos atacan el diente y pueden formar caries.



Gráfico No. 31. Vista interior de tríptico. Elaborado por la autora de esta tesis. [23, junio, 2015].

VISITAS ODONTOLÓGICAS

La primera visita del niño al consultorio dental debe darse a más tardar a los doce meses de edad, para que el odontólogo pueda evaluar la salud bucal, detener el avance de problemas probables, como la caries por biberón, y educar a los padres en la prevención de problemas dentales.

La frecuencia de visitas al profesional debe ser de al menos una vez al año en el caso de personas de riesgo bajo a las enfermedades de las encías. Las personas con una mayor susceptibilidad, que padecen enfermedades en las encías o que han recibido tratamiento ello, necesitan de un protocolo preventivo más ajustado a su situación; por lo general se aconseja que la frecuencia de visitas en estos casos sea cada tres a seis meses.



TRATAMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS POR EL ODONTÓLOGO.

Profilaxis o Limpieza dental.
Consiste en la remoción de la placa bacteriana y cálculos formados alrededor de los dientes, este tratamiento puede realizarse según el caso, con instrumentos manuales con ultrasonido u otro instrumento electromecánico.



Selladores de fisuras.
Son delgadas capas plásticas que se aplican a las superficies de masticación de los dientes posteriores permanentes del niño, donde se forman la mayoría de las caries, crean una barrera altamente eficaz contra las caries, su aplicación no es dolorosa y se puede efectuar en una sola visita al dentista. Él le indicará si un sellador es necesario para sus hijos.



Aplicación de flúor.
El flúor es una de las mejores maneras para ayudar a prevenir el deterioro de los dientes. Se trata de un mineral que, al combinarse con el esmalte dental, lo fortalece. Se aplica sobre los dientes del niño y se deja actuar.



PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

- Higiene oral
- Alimentación adecuada
- Visitas Odontológicas



Ma. Lizeth Ibarra Zambrano

Gráfico No. 32. Vista exterior de tríptico. Elaborado por la autora de esta tesis. [23, junio, 2015].

BIBLIOGRAFÍA.

Arias, M. (2011). Características de las prácticas de prevención y patologías bucodentales, en los niños/as de sexto y séptimo de educación básica, de las escuelas del sector de Pugacho durante el período 2007 – 2009. Tesis de postgrado, Universidad Técnica del Norte, Ibarra. [En línea]. Consultado: [29. Septiembre, 20124]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/2173>.

Asociación Española de Pediatría. (2008). Manual del Residente de Pediatría y sus Áreas Específicas. (Volumen 2). Madrid, Reino de España: Ediciones Norma.

Bachelet, V. (2004, septiembre 13) Odontopediatría, lo que el pediatra debe saber. Medwave. Consultado el 13 de junio, 2015. En: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/PediatriaSBA/Septiembre2004/2357>.

Bardoni, N. Escobar, A. Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. (1th ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Bardoni, N. Squassi, A. (1999) Odontología Preventiva, Medidas preventivas. (Vol. 2). Buenos Aires, República Argentina: Médica Panamericana.

Barrancos, M. (2006). Operatoria Dental, Integración Clínica. (4th ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Benavente, L. y cols. (2012, enero 15) Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Odontología Sanmarquina. Consultado: 17 de abril, 2015. En: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ua>

ct=8&ved=0CC8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fsisbib.unmsm.edu.pe%2Fbvrevistas%2Fodontologia%2F2012_n1%2Fpdf%2Fa05v15n1.pdf&ei=SdBYVczxM5LBgwSp1oDoCw&usg=AFQjCNE4IuiLHHWi9NypNPHzAlNmroh6A&bvm=bv.93564037,d.eXY.

Cameron, A., Widmer, R. (1998). Manual de Odontología Pediátrica. Madrid, Reino de España: Harcourt Brace.

Cárdenas, D. (2003). Fundamentos de Odontología, Odontología Pediátrica. (3th ed.). Medellín. República de Colombia: CIB.

Cuenca, E. Baca, P. (2013). Odontología Preventiva y Comunitaria, Principios, Métodos y Aplicaciones. (4th ed.). Reino de España: Elsevier Masson.

Cawson, R., Odell, E. (2009). Fundamentos de Medicina y Patología Oral. (8th ed.). Reino de España: Elsevier.

Conceicao, N. (2008). Odontología Restauradora, Salud y Estética. (2th ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Diéguez, E. (2009). Selladores de fosas y fisuras para higienistas dentales. Reino de España: Editorial Ideas propias.

Editorial MAD. (2008). Técnico Especialista Higienista Dental de Servicio Gallego de Salud. (2th ed.) Reino de España: Editorial Mad, S.L.

Finn, S. (1985). Odontología Pediátrica. Cuarta Edición. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana S. A DE C.V.

García, C., Gonzales, A. (2005). Tratado de Pediatría Social. Segunda Edición. Madrid, Reino de España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Guerra, M., Tobar, V., Blanco, L., Gutierrez, H. (2010). Información sobre Salud a embarazadas en la consulta prenatal del ambulatorio docente del Hospital Universitario de Caracas. [En línea]. Consultado: [1, junio, 2015] Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/2/art7.asp>.

Harris, N., García Godoy, F. (2005). Odontología Preventiva Primaria. (2th ed.). Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

Herazo, B. (2012). Clínica del sano en Odontología. Cuarta Edición. Bogotá, República de Colombia: ECOE ediciones.

Higashida, B. (2009). Odontología Preventiva. Estados Unidos Mexicanos: Mc Graw Hill.

Lang, N., Lindhe, J. (2009). Periodontologia clínica e Implantologia odontológica. (5th ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Llodra, J.C., Bravo, M. (2012). Odontología: selladores de fosas y fisuras. [En línea] Consultado: [07, diciembre, 2014] Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Odontologia-Selladores-De-Fosas-y-Fisuras/3539409.html>.

López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

Ministerio de Salud Pública, Área de salud bucal. (2009). Plan Nacional de Salud Bucal. República de Ecuador: Autor.

Misrachi, C., Rios, M., Morales, I., Urzúa, J., Barahona, P. (2009). Calidad de vida y condición de Salud Oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. [En línea].

Consultado: [25, abril, 2015]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n4/a07v26n4.pdf>.

Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica, Fundamentos y guía práctica. (2th ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Nolasco, A. (2013). Nivel de conocimiento de salud bucal y estado epidemiológico bucal en actores sociales de la comunidad en regiones de Ancash, la libertad y norte del país durante los años 2012-2013. Proyecto de Investigación. [En línea].

Consultado: [17, mayo, 2015]. Disponible en:
<http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCYQFjAB&url=http%3A%2F%2Ferp.uladech.edu.pe%2Farchivos%2F03%2F03012%2Fdocumentos%2Frepositorio%2F2012%2F01%2F10%2F162855%2F16285520140630072707.pdf&ei=SdBYVczxM5LBgwSp1oDoCw&usg=AFQjCNHwGDPs2MhsC7ru2dMukrd1E5C35w&bvm=bv.93564037,d.eXY>.

Pinkham, J. R. (1996). Odontología Pediátrica. Segunda Edición. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana Mc Graw Hill.

Pinkham, J. R. (2001). Odontología Pediátrica. Tercera Edición. Estados Unidos Mexicanos. Editorial Interamericana Mc Graw Hill.

Ross, M., Wojciech, P. (2008). Histología, Texto y atlas color con biología celular y molecular. (5th ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana

Rossi, G. Cuniberti, N. (2004). Atlas de Odontología Restauradora y Periodoncia. (1th ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de Higiene Bucal. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Universidad Nacional del Nordeste. (2005). Prevalencia de Caries Dental en niños y jóvenes de Zonas Rurales. [En línea]. Consultado: [12, junio, 2015] Disponible en: www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf.

Van Wais, H., Stöckli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Barcelona, Reino de España: Masson S. A.

Valencia, E. Pascual, F. Vela, C. Visuerte, J. (2009). Selladores de Fosas y Fisuras para Higienistas dentales, Indicaciones y técnicas de colocación. (1th ed.). Reino de España: Ideaspropias Editorial.

Villafranca, f., Fernández, M., et al. (2008). Manual del técnico superior en Higiene bucodental. Reino de España: Editorial MAD, S.L.