



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tema:

Nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales en niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo, en el periodo marzo - junio de 2015.

Autora:

Jennifer Elizabeth Ferrín Domo.

Directora de tesis:

Dra. Bernardita Navarrete Menéndez Mg. Gs.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Bernardita Navarrete Menéndez Mg. Gs., certifica que la tesis de investigación titulada: Nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales en niños de 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo, en el periodo marzo - junio de 2015, es trabajo original de Jenniffer Elizabeth Ferrín Domo, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Bernardita Navarrete Menéndez Mg. Gs.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales en niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo, en el periodo marzo - junio de 2015. Tesis de grado sometida al tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.

Coordinadora de la carrera.

Dra. Bernardita Navarrete Menéndez Mg. Gs.

Directora de tesis.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

Dra. Nancy Molina Moya Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo titulado Nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales en niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo, en el periodo marzo - junio de 2015, pertenece exclusivamente a la autora, y el patrimonio intelectual de la tesis es de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Jennifer Elizabeth Ferrín Domo.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios, por haberme dado la vida y bendecirme en cada paso y llegar hasta donde he llegado, por hacer realidad este sueño anhelado. A mis padres, Luis Ferrín Alcívar y María Domo Vélez, por ser mi fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aun en mis años de carrera profesional, ya que sin su ayuda me hubiera sido imposible culminar mi carrera. Gracias a mis hermanas, Priscila y Nicole, por creer en mí y por todo su amor.

Gracias a mi esposo, Alejandro Murillo Sanclemente, por su apoyo y comprensión que me brinda cada día para alcanzar mis metas, tanto profesionales como personales. A mi adorado hijo Alejandro, mi motor y mi inspiración, quien con su ternura y alegría endulza mi vida.

Gracias a la Dra. Bernardita Navarrete Menéndez Mg. Gs., directora de mi tesis, por apoyarme y ser mi guía durante el proceso de esta investigación. A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por abrirme las puertas y haberme preparado durante mis años de carrera.

Gracias al resto de mi familia, abuelos, tios, primos y a la familia de mi esposo, en especial a mi querida suegra Lenny por todo su cariño. Dios los bendiga.

Jennifer Elizabeth Ferrín Domo.

DEDICATORIA.

A Dios, por mantenerme siempre de pie para lograr mis objetivos. A mis padres Luis Ferrín Alcívar y María Domo Vélez, por ser el pilar fundamental en mi vida.

A mi esposo Alejandro Murillo Sanclemente por ser mi apoyo incondicional y mi compañía, a mi hijo Alejandro, por ser la muestra más sincera de amor de Dios hacia mí.

A mis hermanas, Priscila y Nicole, siempre buscaré ser un buen ejemplo para ustedes.

Jennifer Elizabeth Ferrín Domo.

RESUMEN.

El propósito de esta investigación fue establecer el nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales en niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo, en el periodo marzo - junio de 2015, a través de una encuesta aplicada a 90 niños seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión propuestos en este estudio. Y de igual forma identificar las enfermedades bucales más frecuentes, por medio de fichas clínicas adaptadas para el objetivo de esta investigación.

Mediante la encuesta se observó que los niños mostraron en su mayoría un nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales bueno, y mediante la ejecución de las fichas odontológicas, se logró evidenciar un alto número de caries tanto en la dentición temporaria como en la permanente, así como la presencia de placa bacteriana en la mayoría de los niños.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, prevención, enfermedades bucales, niños.

ABSTRACT.

The purpose of this research was to determine the level of awareness to prevent oral diseases in children aged 9-12 in 12 de Marzo Public School, parish Andres de Vera, canton Portoviejo, during march - june 2015, through a survey applied to 90 children that were chosen according to inclusion and exclusion criteria that are proposed in this paper and also identify the most frequent oral diseases, through adapted medical records for the purpose of this study.

Through the survey it was noted children showed a good level of awareness in oral disease prevention and by running dental records, it was observed a high number of cavities in both temporary and permanent dentition and the presence of plaque in most children.

Key Words: Level of awareness, prevention, oral diseases, children.

ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Índice de cuadros y gráficos.	XIV
Introducción.	1
Capítulo I.	
1. Problematización.	2
1.1. Tema.	2
1.2. Formulación del problema.	2
1.3. Planteamiento del problema.	2
1.4. Preguntas de la investigación.	4
1.5. Delimitación de la investigación.	4
1.5.1. Delimitación espacial.	5
1.5.2. Delimitación temporal.	5
1.6. Justificación.	5
1.7. Objetivos.	7
1.7.1. Objetivo general.	7
1.7.2. Objetivos específicos.	7
	IX

Capítulo II.

2.	Marco Teórico Referencial y Conceptual.	8
2.1.	Nivel de conocimiento.	8
2.2.	Prevención en salud.	10
	Niveles de prevención.	11
	Promoción y educación en salud.	12
2.2.1.	Diagnóstico clínico dental precoz.	13
2.2.2.	Hábitos alimenticios.	14
	Dieta.	15
	Recomendaciones dietéticas.	16
2.2.3.	Hábitos higiénicos.	18
	Cepillado dental.	18
	Cepillo dental.	18
	Características del cepillo dental.	19
	Limpieza del cepillo dental.	20
	Cambio del cepillo dental.	20
	Frecuencia del cepillado dental.	21
	Duración del cepillado dental.	21
	Técnicas del cepillado dental.	22
	Cepillado de la lengua.	23
	Seda o hilo dental.	23
	Técnica del hilo dental.	24
2.2.4.	Flúor.	25
2.2.5.	Visita al odontólogo.	25
2.3.	Enfermedades bucales.	26

2.3.1. Caries dental.	27
Epidemiología de la caries.	28
Prevención de la caries.	30
Placa bacteriana.	30
Cálculo dental.	32
Índice IHOS.	33
Control de la placa y el cálculo dental.	34
2.4. Hipótesis.	35
2.4.1. Hipótesis general.	35
2.5. Unidades de observación y análisis.	35
2.6. Variables.	35
2.6.1. Matriz de operacionalización de las variables.	35
Capítulo III.	
3. Marco Metodológico.	36
3.1. Modalidad de la investigación.	36
3.2. Tipo de investigación.	36
3.3. Métodos.	36
3.4. Técnicas.	36
3.5. Instrumentos.	36
3.6. Población y muestra.	37
3.6.1. Población.	37
3.6.2. Muestra.	37
Criterios de inclusión.	37
Criterios de exclusión.	37
3.7. Recolección de la información.	37

3.8.	Procesamiento de la información.	38
3.9.	Ética.	38
3.10.	Recursos.	38
3.10.1.	Humanos.	38
3.10.2.	Materiales.	39
3.10.3.	Tecnológicos.	39
3.11.	Presupuesto.	39
3.11.1.	Tabla de presupuesto.	39
3.12.	Cronograma.	39
	Capítulo IV.	
4.	Análisis e Interpretación de los Resultados.	40
4.1.	Análisis e interpretación de la encuesta aplicada a los niños de 9 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.	40
4.2.	Análisis e interpretación de las fichas odontológicas aplicadas a los niños de 9 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.	68
	Capítulo V.	
5.	Conclusiones y Recomendaciones.	86
5.1.	Conclusiones.	86
5.2.	Recomendaciones.	87
	Capítulo VI.	
6.	Propuesta.	88
6.1.	Datos informativos.	88
6.1.1.	Título de la propuesta.	88
6.1.2.	Entidad ejecutora.	88

6.1.3. Clasificación.	88
6.1.4. Ubicación sectorial y física.	88
6.1.5. Periodo de ejecución.	88
6.2. Introducción.	89
6.3. Justificación.	89
6.4. Marco institucional.	90
6.5. Objetivos.	91
6.5.1. Objetivo general.	91
6.5.2. Objetivos específicos.	91
6.6. Descripción de la propuesta.	91
6.6.1. Responsables.	91
6.6.2. Beneficiarios.	92
6.6.3. Diseño metodológico.	92
Primera fase.	92
Segunda fase.	92
6.6.4. Factibilidad.	93
6.6.5. Sostenibilidad.	93
6.7. Cronograma de la propuesta.	93
6.8. Presupuesto de la propuesta.	94
Anexos.	95
Bibliografía.	

ÍNDICE DE CUADROS Y GRAFICOS.

Cuadro 1.	Edad.	40
Cuadro 2.	Sexo.	42
Cuadro 3.	¿Qué importancia le daría usted al mantener una buena higiene de la boca y mantener sus dientes sanos?	44
Cuadro 4.	¿Cuántas veces se deben cepillar los dientes al día?	46
Cuadro 5.	¿Cada cuánto tiempo debe cambiar su cepillo de dientes?	48
Cuadro 6.	¿Cuántas veces al día cree usted que se deben consumir dulces y golosinas?	50
Cuadro 7.	¿Ha escuchado usted hablar de la caries dental?	52
Cuadro 8.	¿Qué considera usted que es una caries dental?	54
Cuadro 9.	¿Por qué cree usted que aparecen las caries en los dientes?	56
Cuadro 10.	¿Qué tipo de alimentos considera usted son los adecuados para evitar las caries?	58
Cuadro 11.	¿Cuándo cree usted que es necesario ir al dentista para evitar la aparición de caries?	60
Cuadro 12.	¿Por qué cree usted que a una persona le sangran las encías?	62
Cuadro 13.	¿Sabe usted para qué sirve el flúor?	64
Cuadro 14.	Distribución del nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales.	66
Cuadro 15.	Distribución del CPO según la edad.	68
Cuadro 16.	Distribución del ceo según la edad.	70
Cuadro 17.	Distribución del CPO y ceo según el sexo.	72
Cuadro 18.	Frecuencia de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la	

	dentición permanente.	74
Cuadro 19.	Frecuencia de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición temporal.	76
Cuadro 20.	Índice CPO y ceo.	78
Cuadro 21.	Distribución de la placa y el cálculo según la edad.	80
Cuadro 22.	Distribución de la placa y el cálculo según el sexo.	82
Cuadro 23.	Índice IHOS.	84

INTRODUCCIÓN.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la revista MEDISAN, un artículo de Cisneros y Hernández¹ (2011) cita que:

La prevención en estomatología debe ser integral y podría ser definida como una estrategia dirigida a promover salud bucal y prevenir problemas estomatológicos mediante actividades de promoción, exámenes periódicos, detección de riesgos, pronóstico de la posibilidad de enfermar, identificación del estado de salud actual relacionado con la edad, el estado general y los recursos existentes, todo ello encaminado a la disminución del nivel de riesgos. (p. 1446).

Consultando en la obra de Harris y García-Godoy² (2005) refiere que:

El cuidado personal incluye todas las actividades y decisiones de un individuo para prevenir, diagnosticar o tratar la mala salud personal. Este concepto, aplicado al cuidado de la cavidad oral, es conocido como cuidado oral personal o cuidado personal de la salud oral, remplazando los primeros términos como control personal de placa, cuidado casero o fisioterapia oral. Uno de los propósitos principales del cuidado personal de la salud oral es prevenir o detener la enfermedad periodontal y la caries, reduciendo la acumulación de placa. (p.109).

De acuerdo a las técnicas empleadas en esta investigación se pudo medir el nivel de conocimiento donde se utilizaron encuestas y fichas clínicas mediante las cuales se registraron los hábitos orales y la frecuencia de enfermedades bucales. Para ello se tomó como muestra a 90 niños y niñas comprendidos entre 9 a 12 años de la escuela fiscal mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera, cantón Portoviejo. Por esta razón, la presente investigación constituye un ventajoso aporte sobre el conocimiento en prevención de enfermedades bucales en los niños.

¹Cisneros, G., y Hernández, Y. (2011). La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n10/san131011.pdf>

²Harris, N., y García-Godoy, F. (2005). Odontología preventiva primaria. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno S.A.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales en niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo, en el periodo marzo - junio de 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Qué nivel de conocimiento preventivo en enfermedades bucales presentan los niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de marzo de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo?

1.3. Planteamiento del problema.

Leyendo informaciones disponibles en la página web de la Organización Mundial de la Salud³ (2007) expone que:

Las enfermedades dentales más frecuentes son la caries y la gingivitis.
El 60% al 90% de los escolares en el universo poseen caries dental.
Las enfermedades periodontales crónicas, que provocan la pérdida de dientes, afectan a un 5% a 20% de los adultos mayores. (párr. 3).

Averiguando en la página web de la revista Acta Odontológica Venezolana, un artículo de Dávila y Mujica⁴ (2008) transcribe que: “Actualmente existe una

³Organización Mundial de la Salud. (2007). Salud bucodental. [En línea]. Consultado: [23, mayo, 2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

⁴Dávila, M., y Mujica, M. (2008). Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Revista Acta Odontológica Venezolana. [En

aceptación en medir el nivel de conocimiento en salud bucal. La educación en salud oral es un compromiso intervenido entre padres, profesores, odontólogos y demás miembros de la sociedad". (p. 1).

Buscando la obra de Raza y colaboradores⁵ (2010) detalla que:

De acuerdo al último estudio epidemiológico de salud bucal realizado por la Ex Dirección Nacional de Estomatología (publicado 1996), revela que el 88.2% de los escolares presentan caries dentaria. El CPOD (promedio de piezas definitivas con caries, perdidas u obturadas) a nivel país a la edad de 6 años es apenas de 0.22, teniendo un rápido crecimiento conforme avanza la edad, así a la edad de 8 años tenemos un promedio de 0.77, aumentando a 2.95 a la edad de 12 años. A los 15 años el CPOD aumenta drásticamente a 4.65, evidenciándose la gravedad del problema. (p. 4).

Actualmente, la falta de conocimiento sobre prevención en salud oral se ve revelada por la frecuencia de enfermedades orales, consideradas como un gran problema de salud a nivel mundial, siendo las más frecuentes la caries y la enfermedad gingival. Estas enfermedades constituyen una dificultad de salud tanto para los países desarrollados como los en vías de desarrollo.

Los datos muestran que existen problemas en el grupo escolar: por un lado, la ausencia o falta de efectividad de los programas de prevención masiva, dando como consecuencia una alta prevalencia e incidencia de las diferentes alteraciones bucodentales de acuerdo a las cifras elevadas del índice CAOD⁶ asociados a diferentes factores; y por otro lado, una gran demanda insatisfecha de atención odontológica, la

línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/pdf/programa_educativo_escolares.pdf

⁵Raza, X. Pinto, G. Ayala, E. (2010). Manual de educación para la salud bucal para maestros y promotores. Ministerio de Salud Pública. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2015] Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20EDUCATIVO%20PARA%20LA%20SALUD%20BUCAL%20PARA%20MAESTROS%20Y%20PROMOTORES.pdf>

⁶CAOD. En mi tiempo de estudio pude conocer que esto significa técnica para controlar estadísticamente el número de dientes desintegrados, desaparecidos u obturados en la cavidad oral.

misma que debería tratar las lesiones a tiempo y evitar pérdida prematura de piezas dentales.

La salud oral es una parte importante de la estrategia de prevención por lo que urge la necesidad de conocer el nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales en la población infantil, identificando los factores que influyen en la falta de conocimiento preventivo a fin de modificar conductas y poner en práctica políticas preventivas efectivas que minimicen los daños, obteniendo resultados beneficiosos para la población. Se desconoce el nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales y la repercusión que esto acarrea en la salud oral de los niños comprendidos entre 9 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

1.4. Preguntas de investigación.

¿Cómo afecta el desconocimiento en prevención de salud oral en los niños?

¿Cuáles son las enfermedades bucales más frecuentes que presentan los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera?

1.5. Delimitación de la investigación.

Campo: ciencias de la salud.

Área: odontología.

Aspecto: salud bucal.

1.5.1. Delimitación espacial.

El presente estudio se desarrolló en la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo; provincia Manabí; República del Ecuador.

1.5.2. Delimitación temporal.

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el período marzo – junio de 2015.

1.6. Justificación.

Considerando la deficiente práctica de salud oral en los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera, así como la ausencia de planes de prevención de salud bucal y la presencia de patologías en cavidad oral. Se marcó necesario realizar este estudio investigativo para poder valorar los hábitos, características personales y conocimientos de higiene oral.

Examinando informaciones disponibles en la revista Avances en Odontología, un artículo de Bosch y colaboradores⁷ (2012) detalla que: “Las enfermedades bucodentales constituyen un importante problema de salud pública por su alta prevalencia e impacto sobre los individuos y la colectividad. Varios factores de riesgo que se asocian a estas enfermedades se relacionan con un inadecuado estilo de vida”. (p. 18).

⁷Bosch, R., Rubio, M., García, F. (2010). Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Avances en Odontología. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v28n1/original2.pdf>

Al establecer la problemática, surge el interés en la realización de esta investigación, ya que al determinar la magnitud del problema, se podrán proporcionar las medidas preventivas convenientes para el mejoramiento de la salud oral y reducir el índice de enfermedades bucales en la población infantil.

Los beneficiarios directos de esta investigación serán los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo, e indirectamente los miembros de sus hogares y la institución educativa, puesto que a través de la educación y prevención de los problemas bucales se disminuirá el ausentismo de los niños por dolencias dentales, su rendimiento escolar aumenta, gozarán de un mejor autoestima, lo que se traducirá en mejores relaciones con sus padres, compañeros y familiares, y el beneficio será para la colectividad en general.

Lo que motivo a optar por este tema fue el hallar en gran frecuencia y porcentaje notables patologías bucodentales en los niños de dicha escuela, las mismas que se observaron durante las visitas habituales en la búsqueda de pacientes. De tal forma, es posible a través de esta investigación concienciar a los padres de familia mediante el mensaje directo de los niños sobre prevención, siendo este el mejor tratamiento de toda enfermedad.

Mediante el trabajo investigativo, junto con la coordinación y cooperación de la escuela y los padres de familia, se logró realizar las actividades que permitieron conocer el nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales en los niños de edades comprendidas entre los 9 y 12 años.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

Establecer el nivel de conocimiento preventivo en enfermedades bucales en los niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

1.7.2. Objetivos específicos.

Medir el nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales en los estudiantes de 9 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Identificar las enfermedades bucales más frecuentes que se presentan en los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Nivel de conocimiento

Son muchas las definiciones que existen sobre el conocimiento. Investigando el diccionario de la lengua española⁸ (2012) refiere que conocer es: “Averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas”. (párr. 1).

Averiguado en la obra de Harris y García-Godoy⁹ (2005) señala que:

El conocimiento en salud es la capacidad de una persona para obtener, interpretar y comprender los servicios y la información básicos, así como la capacidad para utilizar o no, dicha información o servicios de manera que fortalezcan o mejoren la salud. (p. 383).

Analizando la revista digital del Centro Provincial de Ciencias Médicas, un artículo de Crespo y colaboradores¹⁰ (2010) cita que:

De hecho, estudios llevados a cabo en el área de salud revelaron que 60 % de los niños de 5 a 11 años tenían escasos conocimientos sobre salud bucal y 70 % una higiene bucal deficiente; por ello, teniendo en cuenta que en la Escuela Primaria Lidia Doce Sánchez estudia gran parte de los infantes y niños pertenecientes a esta área y que la mala higiene bucal afecta la salud en general, se decidió contribuir a modificar actitudes mediante acciones educativas dirigidas a lograrlo en dichos escolares. (p. 234).

⁸Real Academia Española. (2012). Diccionario de la lengua española. Madrid: Autor.

⁹Harris, N., y García-Godoy, F. (2005). Odontología preventiva primaria. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno S.A.

¹⁰Crespo, M., Riesgo, Y., Laffita, Y., Rodríguez, A., y Copello, A. (2010). Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria Lidia Doce Sánchez. Centro Provincial de Ciencias Médicas. [En línea]. Consultado: [13, junio, 2015] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n2/san14210.pdf>

Analizando informaciones disponibles en la página web de la Revista CES Odontología, un artículo de Franco y colaboradores¹¹ (2004) menciona que:

Los conocimientos en salud se han definido como la información a la que tiene acceso la población y que constituye la base cognitiva para la toma de decisiones en relación con la salud, las conductas orientadas hacia la salud y las conductas de riesgo; de esta información importa tanto la cantidad como la calidad. El hombre occidental ha reconocido dos formas básicas de conocimiento, el saber de la vida cotidiana (el conocimiento social) y el saber científico (conocimiento científico), uno y otro se interrelacionan, no se manifiestan puros, ni uno u otro guían exclusivamente las conductas de las personas. (p. 20).

Buscando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Infomed, un artículo de Sosa¹² (2003) menciona que: “El Nivel de Salud es ideado como las acciones que los sectores de la sociedad establecen y proporcionar las mejores opciones a sus ciudadanos, para que desarrollen, individual o colectivamente, sus potencialidades”. (p. 2).

Consultando nuevamente informaciones disponibles en la página web de la Revista CES Odontología, un artículo de Franco, et al.¹³ (2004) describe que:

Hasta ahora gran parte de la educación para la salud centra su atención en ampliar los conocimientos sobre las conductas saludables y las de riesgo, con la creencia de que esta información provoca un cambio de actitud y a la larga disminuyen el riesgo de enfermedad y aumenta los niveles de salud. Sin embargo, está claro que los conocimientos y las prácticas de los individuos son apenas una parte de todos aquellos factores o procesos que determinan el estado de salud individual y colectivo y sólo trabajando integralmente por los

¹¹Franco, A., Santamaría, A., Kurzer, E., Castro, L., Giraldo, M. (2004). El menor de seis años: situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Revista CES Odontología. [En línea]. Consultado: [05, junio, 2015] Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/461/261>

¹²Sosa, M., (2003). Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. [En línea]. Consultado: [03, junio, 2015] Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf>

¹³Franco, A., Santamaría, A., Kurzer, E., Castro, L., Giraldo, M. (2004). El menor de seis años: situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Revista CES Odontología. [En línea]. Consultado: [05, junio, 2015] Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/461/261>.

políticos, sociales y culturales, se alcanzarán los niveles de salud y bienestar deseados. (p. 20).

Leyendo investigaciones disponibles en la revista digital Cuaderno Médico Sociales, un artículo de Misrachi y Sáez¹⁴ (1989) expone que:

Los conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad, no se encuentran formulados en una doctrina, sino que forman parte de un cuerpo integral de creencias compartidas por la mayoría de la población. Las creencias sobre el origen de la enfermedad y las acciones terapéuticas, forman parte de la cultura popular. Dentro del campo de la cultura popular, las creencias, los conocimientos, los valores y las prácticas, conforman una importante gama de elementos culturales que se vinculan, a su vez, con factores biológicos, económicos y sociales. (p. 27).

2.2. Prevención en salud.

Investigando nuevamente en la obra de Cuenca y Baca¹⁵ (2013) refiere que:

En sentido amplio, prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad o bien interrumpir o aminorar su progresión. Naturalmente, esta definición, por su amplitud, permitiría afirmar que cualquier actuación en odontología puede considerarse una actuación preventiva. Este concepto amplio de prevención es posible porque cualquier enfermedad tiene su historia natural. (p. 4).

Examinando informaciones disponibles en el sitio web del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, un artículo de Mazariegos y colaboradores¹⁶ (2003) detalla que:

La salud oral es parte integral de la salud, es por ello que adquirir buenos hábitos bucales desde las primeras etapas de la vida garantizará con seguridad

¹⁴Misrachi, C., Sáez, M. (1989). Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral. Cuaderno Médico Sociales. [En línea]. Consultado: [05, junio, 2015] Disponible en: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/1989/30/2/30_2_6.pdf

¹⁵Cuenca, E., y Baca, P. (2013). Odontología Preventiva y Comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones. Reino de España: Elsevier Masson.

¹⁶Mazariegos, M., Vera, H., Sanz, C. (2003). Contenidos Educativos en Salud Bucal. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015] Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf

una vida sana. La boca como puerta de entrada al cuerpo responde al mundo exterior pero además refleja lo que ocurre en el interior. Los dientes en su conjunto tienen funciones múltiples como participar en la masticación, fonética, expresión facial e implicación en la estética, por lo que en su ausencia puede verse afectada la nutrición y autoestima. (p. 6).

Averiguando en la obra de Jiménez¹⁷ (2007) señala que:

En odontología trata de los diferentes métodos para prevenir enfermedad orales, y se define como la suma total de esfuerzos para promover, mantener o restaurar la salud dental del individuo a través de la promoción de salud y la prevención de enfermedades. (p. 228).

Niveles de prevención.

Buscando en la obra de Álvarez y Lazo de la Vega¹⁸ (2002) menciona que:

Se consideran a la medicina preventiva tres niveles de prevención.

1. Prevención primaria: Está dirigida al individuo sano o aparentemente sano. Sus objetivos particulares son: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; para conseguirlos se dispone de la educación para la salud y de la prevención específica.

2. Prevención secundaria: Tiene como objetivos especiales: evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez; estos objetivos se alcanzan mediante el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado, actividades que tradicionalmente corresponden al clínico. En este nivel de prevención, las acciones se dirigen ya al enfermo.

Entre la prevención primaria y la secundaria puede considerarse una acción intermedia: es la detección, que no es precisamente diagnóstico oportuno, sino la búsqueda intencionada de padecimientos, antes de que presenten la sintomatología correspondiente. La detección es particularmente útil para el descubrimiento de padecimientos de evolución prolongada.

3. Prevención terciaria: Corresponde a la rehabilitación, tanto en lo físico, como en lo mental y en lo social. La terapia física, la ocupacional y la psicológica, tratan de conseguir que los individuos se adapten a su situación y puedan ser útiles a sí mismos y a la sociedad. (p. 44).

¹⁷Jiménez, M. (2007). Odontopediatría en Atención Primaria. Reino de España: Vértice, S.L.

¹⁸Álvarez, R., y Lazo de la Vega, M., (2002). Salud Pública y Medicina Preventiva. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno S.A.

Analizando nuevamente en la obra de Álvarez y Lazo de la Vega¹⁹ (2002) cita que:

Los niveles mencionados coinciden con los descritos por Leavell y Clark. Para estos autores- y este es un concepto de particular importancia-, se hace medicina preventiva promoviendo y mejorando la salud; pero también al diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, y al realizar actividades de rehabilitación, evitando así complicaciones o secuelas del padecimiento; y se trata de evitar la invalidez o la incapacidad de los individuos, readaptándolos a su medio social. (p. 45).

Promoción y educación en salud.

Consultando en la obra de Harris y García-Godoy²⁰ (2005) se conoce que: “La promoción de la salud consiste en cualquier combinación planeada de apoyos educacionales, políticos, reguladores y organizacionales, para acciones y condiciones que conduzcan a la salud de una comunidad o de un grupo de individuos en una localización geográfica definida” (p. 353).

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista CED Odontología, un artículo de Franco, et al.²¹ (2003) transcribe que:

La educación para la salud está diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar las habilidades personales que la promueven, no solamente en el campo de la conciencia sobre las causas económicas y ambientales de la salud y la enfermedad.

La educación para la salud entonces, tiene que partir del nivel de conocimientos formales o informales (opiniones, creencias, representaciones sociales) que tienen las personas, en la medida que todos ellos guían la manera de actuar frente a un problema de salud o frente a la probabilidad de evitarlo.

En el caso específico de los problemas de salud bucal que afectan a la población infantil, los conocimientos que la madre y el padre o las personas responsables de su cuidado tengan acerca de cómo se producen, por qué se producen, cuales son los métodos para prevenirlas, etc., juegan un papel en la mayor o menor probabilidad de que el niño se enferme. (p. 28).

¹⁹Álvarez, R., y Lazo de la Vega, M., (2002). Salud Publica y Medicina Preventiva. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno S.A.

²⁰Harris, N., y García-Godoy, F. (2005). Odontología preventiva primaria. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno S.A.

²¹Franco, A., Jiménez, J., Saldarriaga, C., Zapata, L., Saldarriaga, A., Martignon, S., González, M., Luna, L., y Ocampo, A. (2003). Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de seis años. [En línea]. Consultado: [07, junio, 2015] Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/535/311>

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web EducaLab, un artículo de Ocaña²²

(2015) describe que:

A nivel mundial nacen más niños que niñas (la proporción 105/100 es la más normal), sin embargo, la mayor mortalidad masculina hace que el número de hombres y mujeres se equilibre en la juventud y a partir de las edades maduras el número de mujeres sea mayor que el de hombres. En conjunto, la población femenina es superior a la masculina. (p. 2).

2.2.1. Diagnóstico clínico dental precoz.

Indagando en la obra de González²³ (2010) cita que:

El objetivo básico de un programa preventivo es evitar la aparición de la enfermedad, o en caso de haberse desarrollado, diagnosticarla en los estadios iniciales de su desarrollo para reducir el impacto individual y colectivo que esta enfermedad supone. Cuanto primero identifiquemos una lesión, más eficaces y menos agresivas serán las medidas para tratarla.

Debe tenerse en cuenta que, en caso de bajo o moderado riesgo de caries, son necesarios 2 años para que una lesión llegue a la dentina una vez se localiza en la mitad del esmalte. Este margen nos permitirá aplicar medidas preventivas que frenen el avance y, en condiciones adecuadas, hagan revertir el daño producido por la enfermedad. Sin embargo en los casos de alto riesgo esta progresión consigue ser más rápida, y por tanto el tiempo disponible así como la capacidad para detener el proceso de lesión se reduce. Es decir, si asignamos adecuadamente al niño/a a un grupo de riesgo de caries, y hacemos una adecuada monitorización de la lesión podremos abordar cualquier caso con la máxima eficacia posible.

El diagnóstico precoz es, por tanto, fundamental para impedir la generación de más daño al diente que ya ha sufrido una caries, por lo que es necesario establecer una pauta de revisiones periódicas, capaces de detectar cuanto antes todas las lesiones presentes. (p. 24).

²²Ocaña, J., (2015). La población del mundo. EducaLab. [En línea]. Consultado: [13, junio, 2015]. Disponible en: http://recursostic.educacion.es/secundaria/edad/3esohistoria/quincena5/quincena5_contenidos_2a.htm

²³González, A. (2010). Guía para la atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria de Asturias. Asturias: Publidisa.

Examinando informaciones disponibles en la revista Medigraphic Literatura Biomédica, artículo de Ureña²⁴ (2009) detalla que:

El objetivo más importante del primer examen bucal temprano en la vida es dar información oportuna sobre la prevención de enfermedades bucales, en particular de caries, de tal suerte que se evite la necesidad de intervenciones quirúrgicas (restauradoras) para el manejo de lesiones cariosas.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica propone que sea después de la erupción del primer diente y antes del primer año de vida. En dicha cita se realiza la guía anticipatoria (educación de los padres).

Las lesiones de caries dental no reconocidas pueden convertirse en problemas severos que requieran de atención dental extensa y costosa, 26-28 por lo que su detección y manejo temprano pueden mejorar la salud, el bienestar general, así como que los niños estén mejor preparados durante su ingreso a la escuela. (pp. 99-100).

Investigando en la obra Álvarez y Lazo de la Vega²⁵ (2002) refiere que: “Estas acciones corresponden a la prevención secundaria. Son las que tradicionalmente realiza el médico. Generalmente no se piensa que esta acción sea también preventiva; y en realidad si lo es”. (p. 54).

2.2.2. Hábitos alimenticios.

Averiguando en la obra de Bello²⁶ (2012) señala que:

Los hábitos alimenticios se generan en el transcurso de la vida e influyen de un modo bien patente en las distintas etapas del ser humano, hasta el punto de que el desarrollo del niño, el crecimiento del adolescente, el equilibrio del adulto y la supervivencia del anciano dependen en gran parte de la alimentación recibida. (p. 9).

²⁴Ureña, J. (2009). Atención preventiva de la salud bucal en el preescolar. Medigraphic Literatura Biomédica. [En línea]. Consultado: [06, junio, 2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092h.pdf>

²⁵Álvarez, R., y Lazo de la Vega, M., (2002). Salud Pública y Medicina Preventiva. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno S.A.

²⁶Bello, J. (2012). Calidad de vida, Alimentos y salud Humana: Fundamentos científicos. Madrid, Reino de España: Ediciones Días de Santos S.A.

Buscando en la obra de Rodríguez y colaboradores²⁷ (2010) menciona que:

El odontólogo y el personal de salud y los maestros y maestras, deben tener un conocimiento sólido sobre alimentación y nutrición y la habilidad de promover en la comunidad y en los usuarios hábitos dietéticos, una alimentación equilibrada con menús variados y apropiados tanto en relación con problemas dentales como también con la salud general.

Lo que comemos y bebemos no solo juega un papel importante en el desarrollo y protección de los dientes y las encías; de hecho, la caries y las enfermedades de encías son dos de las enfermedades más comunes hoy en día y se puede contribuir a su prevención, mejorando la dieta. (p. 28).

Analizando en la obra de González²⁸ (2010) cita que:

La relación directa entre el consumo de azúcar y la caries dental está bien documentada. Desde el punto de vista de la nutrición, las golosinas y las bebidas azucaradas son inadecuadas y a menudo reemplazan a alimentos de mayor valor nutritivo. (p. 35).

Consultando en la obra de Laserna²⁹ (2008) describe que: “El potencial cariogénico de los alimentos depende de la ingesta que se realice, es decir, de su contenido de azúcar, la adhesividad a los tejidos dentales y el tiempo que se encuentren retenidos entre los dientes y en sus fisuras.” (p. 76).

Dieta.

Leyendo en la obra de Koch y Poulsen³⁰ (2011) explica que:

La relación entre la dieta y la caries se ha confirmado en muchos estudios. Sin embargo, la dieta nunca por sí misma produce caries. Los componentes ácidos de los alimentos pueden causar desmineralización y erosión. Para ser un riesgo permisible para el desarrollo de caries el alimento debe contener carbohidratos fermentables, que las bacterias de la placa puedan utilizar en su metabolismo glicolítico para producir ácidos. (p. 96).

²⁷Rodríguez, Ruiloba y Herdoiza. (2010). Manual de Educación para la Salud Bucal. República del Ecuador: Coordinación de promoción de la salud.

²⁸González, A. (2010). Guía para la atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria de Asturias. Asturias: Publidisa.

²⁹Laserna, V. (2008). Higiene Dental Personal Diaria. Naciones Originarias de Canadá: Trafford Publishing.

³⁰Koch, G., y Poulsen, S. (2011). Odontopediatría Abordaje clínico. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Estudiando en la obra de Rodríguez y colaboradores³¹ (2010) transcribe que:

La dieta cariogénica. Es una alimentación basada en el consumo de azúcares solos o combinados con otros alimentos, ingeridos casi diariamente o con una frecuencia de tres o más veces al día.

La placa bacteriana producida por el azúcar es la más abundante y la que provee las mejores condiciones para la formación de caries. Sobre la dieta cariogénica hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

La consistencia física de los alimentos, Adhesividad: los alimentos pegajosos, como las golosinas, cereales azucarados, etc., permanecen más tiempo en contacto con los dientes y, por lo tanto son más cariogénicos. Los alimentos líquidos como las bebidas azucaradas, se adhieren poco a los dientes y por tal motivo es considerada como poseedores de una limitada actividad cariogénica.

El tiempo que se ingieren: la cariogenicidad es menor cuando los alimentos que contienen azúcares se consumen durante la comida que cuando se lo hace entre éstas.

La frecuencia con que los alimentos que contiene azúcar son ingeridos: cuando menos frecuente es la ingestión, menor es la cariogenicidad. Los alimentos llamados cariogénicos, contienen fundamentalmente carbohidratos, el más peligrosos de los carbohidratos es el azúcar común. (p. 18).

Recomendaciones dietéticas.

Indagando en la obra de Guedes-Pinto y colaboradores³² (2011) cita que:

La orientación de dieta y nutrición tienen como objetivo disminuir la ingestión diaria de alimentos cariogénicos, buscando alternativas adecuadas de acuerdo con la edad y la necesidad nutricional individual.

Al realizar las recomendaciones dietéticas, debemos tener en mente que la dieta recibe influencias del núcleo familiar, del estado emocional, de la religión y del nivel socioeconómico y cultural y que las necesidades nutricionales varían de acuerdo con la edad del niño. (p. 193).

Examinando nuevamente la obra de Guedes-Pinto, et al.³³ (2011) detalla que:

“Además, de la composición de la dieta, uno de los factores más importantes relacionados a la dieta es la frecuencia de consumo de los alimentos. Cuanto mayor la

³¹Rodríguez, Ruiloba y Herdoiza. (2010). Manual de Educación para la Salud Bucal. República del Ecuador: Coordinación de promoción de la salud.

³²Guedes-Pinto, A., Bonecker, M., y Rodrigues, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa de Brasil: Livraria Santos Editora.

³³Guedes-Pinto, A., Bonecker, M., y Rodrigues, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa de Brasil: Livraria Santos Editora.

frecuencia de ingestión, mayor la posibilidad de desarrollar lesiones de caries”. (p. 136).

Investigando en la obra de Boj, et al.³⁴ (2011) refiere que:

El consejo dietético ha de ser practicado, con objetivos reales; es imposible eliminar completamente de la dieta el azúcar pero es factible reducir la cantidad total de azúcar consumido y restringirlo principalmente a las horas de las comidas.

Los refrescos y los zumos son productos de alto poder cariogénico y deben tenerse especialmente en cuenta por su frecuente ingesta en niños. El carácter ácido de estas bebidas junto con el alto contenido en azúcar causan un descenso importante del pH bucal, favoreciendo la desmineralización del esmalte. (p. 226).

Averiguando en la obra de Cuenca y Baca³⁵ (2005) señala que:

Las recomendaciones alimentarias para la prevención de la caries dental deben incluir:

Reducir el consumo de sacarosa por debajo de 50 g/día. En países en los que el consumo de sacarosa se encuentra por debajo de los 50 g/día, el índice CAOD a los 12 años es por lo general inferior a 3.

Reducir la frecuencia de consumo de azúcar y productos azucarados.

Evitar comer o picar entre comidas.

Disminuir el consumo de alimentos pegajosos o viscosos, que se adhieran más a la estructura dentaria.

Preconizar la sustitución de la sacarosa por edulcorantes no cariogénicos.

Promocionar el uso de xilitol o sorbitol en chicles y golosinas durante el periodo perieruptivo.

A pesar de que no todos los pacientes necesitan modificar sus hábitos alimentarios en relación con la caries dental, la educación nutricional en el contexto de la consulta odontológica ha de constituir una actividad preventiva generalizada, si bien se debe dar prioridad a los individuos con un riesgo elevado de caries. (pp. 82 y 83).

³⁴Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven, Reino de España: Ripano.

³⁵Cuenca, E., Baca, P. (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones. Reino de España: Masson.

Buscando en la obra de Gómez³⁶ (2007) menciona que: “Las frutas, legumbres y verduras son indispensables para la buena salud bucodental, ya que además de limpiar los dientes, los fortalecen y protegen. Se recomienda ingerir por lo menos una fruta en cada comida” (p. 211).

2.2.3. Hábitos higiénicos.

Analizando en la obra de Van Waes y Stöckli³⁷ (2002) cita que: “Ayudar al niño regularmente a lavarse los dientes desarrolla y fija en él hábitos que más tarde serán definitivos para su salud oral”. (p. 145).

Cepillado dental.

Consultando en la obra de Koch y Poulsen³⁸ (2011) describe que:

La higiene bucal adecuada se puede alcanzar y mantener por medios mecánicos y químicos realizados en el hogar y en el consultorio dental. Hay poca evidencia científica de que el cepillado dental por sí mismo pueda prevenir la caries dental, puesto que el solo cepillado no remueve la placa de fosas y fisuras ni de otros sitios de retención. La limpieza dental es, sin embargo, fundamental en el mantenimiento de un periodonto sano, y los estudios han demostrado la relación entre la ausencia de hábitos de cepillado dental, la gingivitis y el desarrollo temprano de la caries en niños muy pequeños y niños mayores. (p. 98).

Cepillo dental.

Leyendo en la obra de Barrancos³⁹ (2011) expone que:

El cepillo dental es el instrumento fundamental para la eliminación mecánica de la placa y de otros depósitos. Los tamaños, las formas, la consistencia de las

³⁶Gómez, O. (2007). Educación para la salud. San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

³⁷Van Waes, H., y Stöckli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Reino de España: Elsevier Masson.

³⁸Koch, G., y Poulsen, S. (2011). Odontopediatría Abordaje clínico. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

³⁹Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica. República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

cerdas, las longitudes y la dureza de los cepillos son diferentes y se ajustan a las necesidades individuales. (p. 405).

Estudiando en la obra de Wolf y Rateitschak⁴⁰ (2005) transcribe que:

El cepillo de dientes se ha utilizado durante siglos para eliminar la placa y los restos alimentarios de las superficies dentarias vestibulares, linguales y oclusales. Hoy como ayer, resulta indispensable, si bien no garantiza una higiene interdental suficiente y, manejando vigorosamente, es capaz de lesionar incluso una encía sana. (p. 226).

Indagando en la obra de Van Waes y Stöckli⁴¹ (2002) referencia que:

Para el niño, el instrumento más importante para la higiene bucal es el cepillo de dientes (Marthaler, 1994). Los surcos y pliegues a lo largo del margen encía-diente son más pequeños y más accesibles en el niño que en el adulto. La cabeza de los cepillos de dientes para niños debe ser pequeña para permitir una accesibilidad y una limpieza óptimas: en la parte anterior debe ser redondeado y tener una densa área de cerdas. Es recomendable que el material del que están hechas las cerdas sea sintético. Estas deben ser blandas y redondeadas en su extremo para evitar que se produzcan heridas en las partes carnosas. (p. 146).

Características del cepillo dental.

Examinando en la obra de Lindhe y Lang⁴² (2009) detalla que:

En el Congreso europeo de control mecánico de la placa se acordó que las características de un cepillo manual debe incluir (Egelberg y Claffey 1998):
Tamaño del mango relacionado a la edad y destreza del usuario para que el cepillo se pueda manipular con facilidad y eficacia.
Tamaño del cabezal conforme con las necesidades individuales del paciente.
Uso de filamentos de nylon o poliéster de extremo redondeado no mayor de 0,23 mm (0,009 pulgadas) de diámetro.
Uso de configuraciones de filamentos blandos según la definición de normas industriales internacionales aceptadas (ISO).
Formas de filamentos que favorezcan la eliminación de la placa en los espacios interproximales. (p. 707).

⁴⁰Wolf, H. y Rateitschak, E. (2005). Periodoncia. Reino de España: Masson.

⁴¹Van Waes, H., y Stöckli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Reino de España: Elsevier Masson.

⁴²Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica. Buenos Aires, República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Investigando en la obra de La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración⁴³

(2009) refiere que:

Las características de un cepillo dental manual adecuado para la higiene oral deben incluir:

Tamaño de mango adecuado para la edad y destreza motora del paciente que lo utilice.

Tamaño de la cabeza del cepillo adecuado al tamaño de la boca del paciente.

Uso de filamentos de nylon o poliéster de punta redondeada y tamaño inferior a 0,009 pulgadas de diámetro.

Uso de filamentos suaves configurados según los estándares de la industria.

Filamentos que permitan mejorar la eliminación de placa en los espacios interproximales y a lo largo del margen gingival. (p. 78).

Limpieza del cepillo dental.

Averiguando en la obra de Pires, Schmitt y Kim⁴⁴ (2009) señala que:

Después del uso del cepillo, es importante que se lave y seque. Los padres deben guardarlo en un lugar seco y ventilado para evitar la contaminación y proliferación de hongos y bacteria. Para una limpieza más profunda, sugerimos la utilización de una solución desinfectante de hipoclorito de sodio, diluida en un poco de agua, y enjuagues bucales antibacterianos. Lo ideal es dejar el cepillo inmerso por aproximadamente media hora. (pp. 79 y 80).

Cambio del cepillo dental.

Buscando informaciones disponibles en el sitio web de Colgate Profesional⁴⁵ (2015)

menciona que:

La mayoría de los odontólogos están de acuerdo en que el cepillo de dientes se debe cambiar cada 3 meses. Estudios han demostrado que después de 3 meses de uso regular, un cepillo es menos efectivo para remover la placa de los dientes y de las encías, en comparación con un cepillo nuevo. Las cerdas pierden resistencia y por consiguiente efectividad para llegar a las áreas difíciles de alcanzar alrededor de los dientes.

⁴³Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de Higiene Bucal: Placa Bacteriana. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁴Pires, M., Schmith, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

⁴⁵Colgate-Palmolive Company. (2015). Cuidados y reemplazo del cepillo dental. Colgate Profesional. [En línea]. Consultado: [08, junio, 2015] Disponible en: <http://www.colgateprofesional.com.ec/pacientes/Cuidados-y-reemplazo-del-cepillo-dental/articulo>

También es importante cambiar el cepillo de dientes después de un resfriado, gripa o infección bucal o de garganta, debido a que los gérmenes pueden esconderse en las cerdas del cepillo y reactivar la infección. (párr. 3 y 4).

Frecuencia del cepillado.

Analizando informaciones disponibles en la página web de Salud en familia, un artículo de Díaz⁴⁶ (2011) cita que:

El cepillado de los dientes, después de cada comida, es el método más seguro para prevenir la caries y mantener la salud de la boca. El cepillado no sólo sirve para arrastrar los restos de alimentos y para eliminar la placa bacteriana, sino que además asegura la salud de la encía porque estimula su circulación sanguínea. El cepillado ha de realizarse a diario, después de cada comida, y sobre todo antes de irnos a dormir. (párr. 4 y 5).

Duración del cepillado dental.

Consultando en la obra de Van Waes y Stöckli⁴⁷ (2002) describe que:

En la dentición infantil y juvenil, enjuagándose los dientes intensivamente durante 30 s se eliminan los restos de comida en igual medida que cepillándolos durante un periodo igual de tiempo (Tschan, 1984). Sin embargo, inmediatamente después de consumir azúcar resulta más efectivo contra la caries cepillarse los dientes durante poco tiempo que enjuagarlos, y esto se justifica por las siguientes razones (Marthaler, 1994):

Se elimina la placa ácida y productora de ácidos en los lugares a los que se puede acceder bien con el cepillo.

Mejora la difusión de la saliva y se amortigua la acidez en las partes de la placa que no se han eliminado.

Se facilita la remineralización de las zonas de la superficie dentaria libres de placa.

Se administra flúor (en caso de que se utilice una pasta que lo contenga). (p. 145).

⁴⁶Díaz, H. (2011). Higiene bucodental. Salud en familia. [En línea]. Consultado: [08, junio, 2015] Disponible en: <http://www.saludenfamilia.es/general.asp?seccion=663>

⁴⁷Van Waes, H., y Stöckli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Reino de España: Elsevier Masson.

Técnicas de cepillado dental.

Leyendo en la obra de Wolf y Rateitschak⁴⁸ (2005) expone que: “Más que la técnica, lo importante es la eficiencia de la limpieza, la sistemática del procedimiento y la inocuidad de la ejecución”. (p. 228).

Estudiando en la obra de Eley, Soory y Manson⁴⁹ (2012) transcribe que:

Se han diseñado gran número de técnicas de cepillado, pero los requisitos de un método satisfactorio de cepillado son pocos:

La técnica debe limpiar todas las superficies dentales, en particular el área del surco gingival y la región interdental. Una técnica de frotado limpiara bien las convexidades de los dientes pero dejará placa en lugares más protegidos.

El movimiento del cepillo no debe lesionar los tejidos blandos ni los duros. Los métodos de frotado vertical y horizontal pueden producir recesión gingival y abrasión dental.

La técnica debe ser simple y fácil de aprender. Una técnica fácil de usar para una persona puede resultar difícil para otro individuo; por tanto, cada persona necesita una guía individual.

El método debe estar bien organizado, de forma que cada parte de la dentición sea cepillada siguiendo un orden y no se pase por alto ninguna área. La boca puede dividirse en varias secciones, dependiendo del tamaño del arco dental y el tamaño del cepillo de dientes. (p. 153).

Técnica rotacional.

Indagando nuevamente en la obra de Eley, Soory y Manson⁵⁰ (2012) referencia que:

Es relativamente suave y en otros tiempos fue popular. El lado del cepillo se coloca contra el lado del diente, con las cerdas orientadas en sentido apical y paralelas al eje del diente; el dorso del cepillo está a nivel de la superficie de oclusión de los dientes. El cepillo rota después de forma pronunciada hacia abajo en el maxilar y hacia arriba en la mandíbula, de forma que las cerdas limpien la encía y el diente. Esta técnica ya no se recomienda para uso general, debido a que no limpia las áreas más importantes de los dientes, es decir, la unión del diente con el margen gingival y el surco gingival, y ha sido mejorada por la técnica de Bass descrita a continuación. (pp. 153 y 154).

⁴⁸Wolf, H. y Rateitschak, E. (2005). *Periodoncia*. Reino de España: Masson.

⁴⁹Eley, B., Soory, M., y Manson, J. (2012). *Periodoncia*. Reino de España: Elsevier.

⁵⁰Eley, B., Soory, M., y Manson, J. (2012). *Periodoncia*. Reino de España: Elsevier.

Técnica de Bass.

Examinando en la obra de Guedes-Pinto y colaboradores⁵¹ (2011) detalla que: “En la técnica de Bass, las cerdas serán colocadas en un ángulo de 45° con el eje longitudinal del diente, ejecutándose movimientos vibratorios de pequeña amplitud, a fin de no provocar daños gingivales”. (p. 173).

Cepillado de la lengua.

Buscando en la obra de Barrancos⁵² (2006) menciona que:

Actualmente se hace hincapié en el cepillado de la cara dorsal de la lengua ya que ciertos estudios han demostrado la presencia de bacterias que podrían colonizar las superficies dentales o ser responsables de la eliminación de gases que producen la halitosis. (p. 407).

Analizando en la obra de Monés⁵³ (2009) cita que:

Es importante recordar el cepillado de la lengua, que completa el cepillado de dientes y encías. El cepillado de la lengua se puede realizar con el mismo cepillo de dientes o con cepillos específicos raspadores o limpiadores de lengua. Ambas cosas se han demostrado útiles para disminuir y eliminar la lengua saburral, lo que consigue descender el número de bacterias y también la producción de gases sulfúricos responsables del mal aliento. (p. 31).

Seda o hilo dental.

Consultando en la obra de Eley, Soory y Manson⁵⁴ (2012) describe que: “La seda dental con o sin cera puede ser muy efectiva para eliminar la placa interproximal. Para resultar efectiva, la seda debe pasar alrededor de la curvatura del diente, de forma que establezca contacto íntimo con la superficie”. (p. 156).

⁵¹Guedes-Pinto, A., Bonecker, M., y Rodrigues, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa de Brasil: Livraria Santos Editora.

⁵²Barrancos, J. (2006). Operatoria Dental Integración Clínica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁵³Monés, J. (2009). El médico en casa, comprender el Estreñimiento y la Diarrea. Reino de España: Editorial Amat.

⁵⁴Eley, B., Soory, M., y Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier.

Leyendo en la obra de Guedes-Pinto y colaboradores⁵⁵ (2011) expone que:

Aunque este bien realizado, el cepillado no remueve el biofilm localizado en la región interproximal, lo que resulta en más susceptibilidad de esa área al desarrollo de enfermedades como caries y las periodontales. Cuando se utiliza adecuadamente, el hilo dental promueve un efecto benéfico en la prevención de esas enfermedades constituyéndose una manera más eficaz de remover restos de alimentos y biofilm de los espacios interproximales.

Wei comenta que la edad y la coordinación motora son importantes pronosticadores para el uso del hilo dental, enfatizando que no se debe esperar que niños con edad inferior a 8 años sean capaces de usarlo correctamente. Y agrega que, mismo en la edad de 9 a 12 años, un considerable periodo de entrenamiento y supervisión es necesario para el uso adecuado de ese recurso, además de refuerzo en intervalos regulares. (p. 174).

Técnica del hilo dental.

Estudiando en la obra del Programa de Educación Continúa Odontológica No Convencional⁵⁶ (1999) transcribe que:

La técnica propuesta comúnmente es la siguiente:

Longitud de hilo a emplear: entre 40 y 60 cm.

Posición del hilo: enroscado en el dedo mayor de una mano y una parte menor en el mismo dedo de la otra mano, dejando entre ambas manos 5 a 8 cm de hilo.

Tensado del hilo: se realiza con los índices de ambas manos dejando 2 cm de hilo entre ellos.

Ubicación entre los dientes: para ubicarlo se desliza el hilo con movimientos vestíbulo-linguales o vestíbulo-palatinos.

Movimiento del hilo: manteniendo el hilo contra la superficie de cada cara proximal se lo desliza hacia la encía con movimientos de serrucho y vaivén de arriba hacia abajo, y se abraza la cara proximal de cada diente cuyo espacio se está limpiando para remover la placa interproximal hasta debajo del margen gingival.

Desarrollo de la técnica: el hilo debe ser corrido después de pasarlo por cada espacio proximal, para limpiar cada superficie proximal con hilo limpio. (p. 24).

⁵⁵Guedes-Pinto, A., Bonecker, M., y Rodrigues, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa de Brasil: Livraria Santos Editora.

⁵⁶Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional. (1999). Odontología preventiva. República Argentina: Organización Panamericana de la Salud.

2.2.4. Flúor.

Indagando en la obra de Cameron y Widmer⁵⁷ (2010) referencia que: “El flúor es ampliamente utilizado en la prevención de la caries dental. La reducción en los niveles de caries conseguidos gracias al uso del flúor ha sido un gran logro de la salud pública”. (p. 53).

Examinando en la obra de Ricketts y Bartlett⁵⁸ (2013) detalla que:

La aplicación de flúor en altas dosis conduce a la formación de fluoruro de calcio, el cual es relativamente soluble y actúa como un reservorio de flúor, protegiendo contra el ataque de caries mediante la inhibición de la disolución del mineral del diente cuando el pH local cae. (p. 8).

Investigando en la obra de Boj, et al.⁵⁹ (2011) refiere que:

El flúor puede ser utilizado tanto de forma sistémica como tópica. Se ha comprobado que el flúor ejerce principalmente su efecto protector de la caries en el periodo posteruptivo y sobre todo gracias a su acción tópica. Por otro lado, el flúor vía sistémica parece tener un efecto preventivo más modesto, actuando principalmente en el periodo preeruptivo por incorporación de flúor a través de la circulación sanguínea, al esmalte en desarrollo; sin embargo también tiene cierta acción tópica durante el periodo posteruptivo. (pp. 227 y 228).

2.2.5. Visita al odontólogo.

Averiguando informaciones disponibles en la Revista Estomatológica Herediana, un artículo de Contreras, Valdivieso y Cabello⁶⁰ (2008) señala que:

La consulta al odontólogo, por lo general, ocurre muy tarde en los niños, siendo realizada muchas veces sólo cuando se ha establecido un problema

⁵⁷Cameron, A. y Widmer, R. (2010). Manual de Odontología Pediátrica. Reino de España: Elsevier.

⁵⁸Ricketts, D., y Bartlett, D. (2013). Odontología Operatoria Avanzada un Abordaje Clínico. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁵⁹Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven, Reino de España: Ripano.

⁶⁰Contreras, N., Valdivieso, M. y Cabello, E. (2008). Nivel de conocimiento y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. Revista Estomatológica Herediana. [En línea]. Consultado: [03, junio 2015] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1852/1861>

dentario, generalmente cuando el paciente presenta dolor o múltiples lesiones cariosas, lo cual implica tratamientos complejos a una edad muy temprana. (p. 29).

Buscando en la obra de Rivas⁶¹ (2011) menciona que: “El odontólogo es quien debe transmitir y reforzar la educación higiénica con respecto a la boca”. (pp. 25 y 26).

2.3. Enfermedades bucales.

Analizando informaciones disponibles en la biblioteca digital de la Revista Estomatológica de la Universidad el Valle, un artículo de Arango y Baena⁶² (2004) cita que:

En Colombia unas de las principales causas de morbilidad encontrada en consultas externas odontológicas son las enfermedades orales, más específicamente la caries dental, la cual es la primer causa de consulta, lo cual está ilustrado en los 3 Estudios Nacionales de Salud Bucal (ENSAB), en los que se resalta, a su vez, que la población escolar de 5, 6, 7 y 12 años presentó una prevalencia de caries de 45.7% en dentición temporal y 28% en permanente, como aparece en el ENSAB III realizado en 1999. (p. 59).

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web de la revista MEDISAN, un artículo de Márquez et al.⁶³ (2009) transcribe que:

De los dientes permanentes, 73,0 % estaban cariados, con predominio en las edades de 7 y 12 años; 23,0 % habían sido obturados, preponderantemente en niños y niñas de 6 y 10 años (38,0 y 36,0 %, respectivamente). De igual forma se encontró que 6,5 % de las extracciones fueron indicadas a los 8 años y 7,1 % a los 9. (p. 3).

⁶¹Rivas, V. (2011). Salud Comunitaria. Tacna, República de Perú.

⁶²Arango, M., y Baena, G. (2004). Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Revista Estomatológica de la Universidad del Valle. [En línea]. Consultado: [15, junio. 2015] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10893/2285>

⁶³Márquez, M., Rodríguez, R., Rodríguez, Y., Estrada, G., y Aroche, A. (2009). Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica La Democracia. MEDISAN. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san12509.htm

2.3.1. Caries dental

Consultando en la obra de Barrancos⁶⁴ (2006) expone que: “La caries dental es una enfermedad infecciosa de distribución universal, de naturaleza multifactorial y de carácter crónico que si no se detiene su avance natural, afecta todos los tejidos dentarios y provoca una lesión irreversible”. (p. 297).

Estudiando informaciones disponibles en la página web KidsHealth, un artículo de Inga⁶⁵ (2014) transcribe que “La caries es un orificio en los dientes, que puede volverse más grande y profundo con el paso del tiempo”. (párr. 1).

Indagando informaciones disponibles en la página web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria⁶⁶ (2001) referencia que:

En el desarrollo de la caries influyen tres factores de riesgo:
Los azúcares de la dieta.
Las bacterias de la boca.
La existencia de dientes susceptibles o predispuestos.
Además, se necesita la colaboración de un cuarto factor, el tiempo, que es indispensable para que los otros factores actúen. (p. 1).

Indagando en la obra de Mora y Martínez⁶⁷ (2000) cita que: “La presencia de caries en niños ocasiona una serie secuelas como son infecciones, problemas estéticos, dificultades para la alimentación, alteraciones del lenguaje y aparición de

⁶⁴Barrancos, J. (2006). Operatoria dental: integración clínica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁶⁵Inga, C. (2014). ¿Qué es una caries? KidsHealth. [En línea]. Consultado: [14, junio, 2015] Disponible en: http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=KidsHealth&lic=1&ps=307&cat_id=20270&article_set=39807

⁶⁶Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. (2001). Caries dental. AEPap. [En línea]. Consultado: [14, junio, 2015] Disponible en: <http://www.aepap.org/pdf/caries.pdf>

⁶⁷Mora, L., y Martínez, J. (2000). Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyay y Cartuja de Granada capital. Atención Primaria. [En línea]. Consultado: [19, junio, 2015] Disponible en: <http://www.ugr.es/~cts131/documentos/DOC0070.PDF>

maloclusiones y malos hábitos orales, además de repercusiones médicas, emocionales y financieras”. (p. 398).

Examinando informaciones disponibles en la Revista de Investigación Clínica, un artículo de Martínez, et al.⁶⁸ (2010) detalla que:

Respecto al sexo, en este estudio se observó que la experiencia, prevalencia y severidad fueron mayores en las niñas que en los niños; sin embargo, esta diferencia sólo fue significativa en la dentición permanente. Estos resultados han sido mostrados de igual forma por otros autores tanto en México como en otras partes del mundo. La alta prevalencia de caries dental entre las mujeres es explicada por uno de tres factores, según Lukacs:

La erupción temprana de dientes en las niñas, lo que hace que sus dientes estén más expuestos al ambiente cariogénico de la boca.

El fácil acceso a los alimentos durante la preparación de éstos.

El embarazo. (p. 211).

Epidemiología de la caries.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web de la revista MEDISAN, un artículo de Márquez et al.⁶⁹ (2009) refiere que:

Los resultados de dicha investigación sobre caries en la dentición permanente indicaron que el porcentaje de personas con esta lesión aumenta a medida que lo hace la edad (como ha venido diciéndose). A los 7 años, 37 % de la población infantil sufría esta enfermedad en los dientes permanentes, sobre todo las niñas (56 %); a los 12, la proporción se elevaba a 83 %; a los 18, a 96 %; y a los 25 y más, a 99 %. El promedio de dientes atacados por caries a los 7 años fue de 0,8 y a los 12 de 3,7, lo cual revela el incremento de piezas dentarias afectadas con la edad. (p. 4).

⁶⁸Martínez, K. et al. (2010). Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6 a 12 años de edad de San Luis Potosí. Revista de Investigación Clínica. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn103c.pdf>

⁶⁹Márquez, M., Rodríguez, R., Rodríguez, Y., Estrada, G., y Aroche, A. (2009). Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica La Democracia. MEDISAN. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san12509.htm

Averiguando en la obra de Guedes-Pinto y colaboradores⁷⁰ (2011) señala que:

El conocimiento de resultados de estudios epidemiológicos de caries dentarias es muy importante para determinar, por ejemplo, la elección de un programa que incluya prevención y tratamiento de las lesiones de caries y también para programar servicios odontológicos.

La experiencia de caries dentarias puede expresarse por medio de la prevalencia que es el porcentaje de niños que presentan uno o más dientes con lesión de caries, o por la severidad, que indica la media de dientes o superficies que fueron acometidas por lesión de caries. La medida de la severidad de la caries en dientes deciduos se hace utilizándose el índice ceo-d (cariados, extracción indicada y obturados – por diente) y para los dientes permanentes, el índice es CPO-D (cariados, perdidos y obturados – por diente). (p. 142).

Buscando informaciones disponibles en la biblioteca digital de la Revista Estomatológica de la Universidad el Valle, un artículo de Arango y Baena⁷¹ menciona que: “El número de dientes temporales afectados por niño de 5 años (ceo-d) es 3.0 a nivel nacional; en la ciudad de Cali este ceo-d es de 2.1”. (p. 61).

Analizando informaciones disponibles en la página web de la Universidad Nacional del Nordeste, un artículo de Ojeda, et al.⁷² (2005) cita que: “La OMS establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores:

CPOD – ceod =

0 - 1.1 Muy Bajo

1.2 - 2.6 Bajo

2.7 - 4.4 Moderado

4.5 - 6.5 Alto

⁷⁰Guedes-Pinto, A., Bonecker, M., y Rodrigues, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa de Brasil: Livraria Santos Editora.

⁷¹Arango, M., y Baena, G. (2004). Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Revista Estomatológica de la Universidad del Valle. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10893/2285>

⁷²Ojeda, M., Acosta, N., Duarte, E., Mendoza, N., y Meana, M. (2005). Prevalencia de Caries Dental en Niños y Jóvenes de Zonas Rurales. Universidad Nacional del Nordeste. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf>

6.6 y + Muy Alto". (p. 1).

Prevención de la caries.

Consultando en la obra de Koch y Poulsen⁷³ (2011) transcribe que:

Existen pruebas científicas fuertes según las cuales para prevenir, revertir o retrasar las lesiones cariosas, uno o varios de los siguientes factores tiene que ser alterado o utilizado: dieta, higiene oral, el flúor y los sellantes de fisuras. Sin embargo, debe ser destacado que los factores no deben ser considerados como entidades separadas sino como interactivas. Por ejemplo, la buena higiene bucal realza el efecto de las aplicaciones tópicas de flúor. (p. 96).

Leyendo nuevamente en la obra de Koch y Poulsen⁷⁴ (2011) expone que:

Los sellantes de fosas son un método por el cual un material se pone en las fosas y fisuras de los dientes para prevenir o detener el desarrollo de la caries dental. El material se conserva en la superficie del esmalte con una técnica de grabado ácido o con una adhesión química del material a la superficie del esmalte, como en el caso de los sellantes basados en vidrio ionómero. (p. 102).

Placa bacteriana.

Consultando en la obra de Bascones⁷⁵ (2009) detalla que:

Se trata de un material blando que se adhiere al diente, compuesto por microorganismos y sus productos bacterianos, y que no es fácilmente eliminado por enjuagatorios con agua. Las bacterias se encuentran unidas entre sí por una sustancia intermicrobiana. Es el primer agente etiológico de la gingivitis y de la periodontitis.

La placa crece por agregación de nuevas bacterias, multiplicación de bacterias y acumulación de productos bacterianos. Al cabo de una hora, después de limpiar cuidadosamente los dientes, aparecen ya acúmulos de placa sobre los mismos. La velocidad de formación y la localización varían de unas personas a otras y también las distintas regiones de una misma boca, y asimismo en las diferentes zonas de un mismo diente. (pp. 91 y 92).

⁷³Koch, G., y Poulsen, S. (2011). Odontopediatría Abordaje clínico. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁷⁴Koch, G., y Poulsen, S. (2011). Odontopediatría Abordaje clínico. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁷⁵Bascones, A. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Medido-Dentales.

Estudiando informaciones disponibles en la página web de MedlinePlus, un artículo de Fotek⁷⁶ (2014) transcribe que: “La causa principal del sangrado en las encías es la acumulación de placa en la línea de la encía. Esto lleva a una afección llamada gingivitis o encías inflamadas”. (párr. 1).

Estudiando en la obra de Eley, Soory y Manson⁷⁷ (2012) detalla que:

La placa dental puede dividirse en placa supragingival o subgingival. La placa supragingival se encuentra en el margen gingival o sobre éste y puede estar en contacto directo con el mismo. La placa subgingival se encuentra por debajo del margen gingival, entre el diente y el tejido del surco gingival. (p. 20).

Indagando informaciones disponibles en la página web de la Revista CES Odontología, un artículo de Franco⁷⁸ (1995) referencia que:

La prevalencia de placa dental es del 95,6%. Sin embargo, se debe destacar que del total de niños con este hallazgo, el 81.6% presentaba acumulación leve (grado 1 del índice de Sliness y Löe) y no se encontraron niños con acumulación severa.

El índice de placa fue de 0,61 (DS=0,42), sin diferencias significativas según el estrato de procedencia y la edad, pero si entre ambos sexos (p=0,005). (p. 129).

Investigando en la obra de Liponis⁷⁹ (2008) describe que: “La placa es una capa gruesa de bacterias nocivas, la cual provoca una batalla constante con el sistema inmune”. (p. 21).

⁷⁶Fotek, I. (2014). MedlinePlus. Encías sangrantes. [En línea]. Consultado: [14, junio,2015] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003062.htm>

⁷⁷Eley, B., Soory, M., y Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier.

⁷⁸Franco, A. (1995). Prevalencia de caries y gingivitis en preescolares. Revista CES Odontología. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1412/998>

⁷⁹Liponis, M. (2008). Ultra – Longevidad. República de Colombia: Editorial Norma.

Examinando en la obra de Gómez⁸⁰ (2007) expone que:

La placa bacteriana es una película o membrana invisible que se forma sobre el diente después de cada comida. Esta membrana transparente debe ser eliminada con el cepillado dental, porque es la causante de las picaduras de los dientes o las caries. Las golosinas, mieles y refrescos gaseosos contribuyen a la aparición de caries dentales, inflamación y enfermedades de las encías (gingivitis); por eso, lo recomendable es cepillarse los dientes después de ingerirlos. (p. 211).

Indagando en la obra de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración⁸¹ (2009) cita que:

Las bacterias presentes en la cavidad oral pueden estar organizadas de dos maneras: por una parte, las que se localizan en la saliva suspendidas en la fase líquida, adoptando una forma que se denomina plactónica; o bien, las bacterias que se hallan sobre la superficie dura (diente, reconstrucciones, prótesis e implantes) formando una película gelatinosa adherente: la placa dental. La placa dental es el principal agente etiológico de las caries y de las enfermedades periodontales. (p. 2).

Analizando en la obra de Cawson y Odell⁸² (2009) referencia que:

Aunque las bacterias son las responsables de la producción de ácido, la placa bacteriana facilita que grandes concentraciones de ellas se adhieran a los dientes en las zonas de estancamiento, lo que impide una amortiguación efectiva de los ácidos bacterianos por la saliva. (p. 42).

Cálculo dental.

Examinando nuevamente en la obra de Eley, Soory y Manson⁸³ (2012) detalla que:

El cálculo, la <<costra pétrea>> que se forma en los dientes, se ha asociado a la enfermedad periodontal. Es una masa calcificada que se forma y se adhiere a la superficie de los dientes y otros objetos sólidos de la boca no expuestas a la

⁸⁰Gómez, O. (2007). Educación para la salud. República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

⁸¹Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de Higiene Bucal: Placa Bacteriana. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

⁸²Cawson, R., y Odell, E. (2009). Medicina y Patología Oral: Patología de Tejidos Duros. Reino de España: Editorial Elsevier.

⁸³Eley, B., Soory, M., y Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier.

fricción (p. ej., restauraciones y prótesis dentales). El sarro es la placa calcificada.

El cálculo casi nunca se encuentra en los dientes temporales y no es frecuente en los dientes permanentes de los niños pequeños. Sin embargo, se encuentra con frecuencia hacia los 9 años de edad y prácticamente en todos los adultos. (p. 22).

Averiguando en la obra de Bascones⁸⁴ (2009) señala que:

El cálculo, como ya hemos indicado anteriormente, es placa calcificada. La placa se endurece por la precipitación de sales minerales, que empieza entre el primero y 14 días de formación de la placa. No todas las placas se calcifican, pero se sabe que es probable que el fluido gingival provea los minerales del cálculo subgingival.

La calcificación es la unión de los iones de calcio con los complejos de carbohidratos y proteínas, así como la precipitación de sales de fosfato cristalino. (p. 98).

Índice IHOS.

Buscando informaciones disponibles en la página web de la Revista Chilena Salud

Pública, un artículo de Gómez y Morales⁸⁵ (2012) menciona que:

Para obtener el índice individual de IHOS por individuo se requiere sumar la puntuación para cada diente señalado y dividirla entre el número de superficies estudiadas, una vez establecido, se determina el grado clínico de higiene bucal:

Excelente: 0,0

Bueno: 0,1 - 1,2

Regular: 1,3 - 3,0

Malo: 3,1 - 6,0. (p. 28).

⁸⁴Bascones, A. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Medido-Dentales.

⁸⁵Gómez, N., y Morales, M. (2012). Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. Revista Chilena Salud Pública. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/18609/19665>

Control de la placa y el cálculo dental.

Analizando en la obra de Rodríguez y colaboradores⁸⁶ (2010) cita que:

Para mantener los dientes toda la vida, es necesario remover la placa bacteriana de los dientes y encías mediante el cepillado diario y cuidadoso, acudiendo al odontólogo para una limpieza profesional, que además removerá los cálculos endurecidos que se hayan formado en sitios difíciles de alcanzar. (p. 17).

Investigando en la obra de Palma y Sánchez⁸⁷ (2013) refiere que:

Los microorganismos presentes en la placa bacteriana (PB) son los principales responsables de la aparición de caries y enfermedad periodontal, por lo que cualquier acción que impida la permanencia de la placa bacteriana o que actúe sobre los microorganismos que contienen constituirá una acción preventiva. (p. 255).

Considerando en la obra de Cortesi⁸⁸ (2008) expone que:

El control de la placa bacteriana es la remoción diaria de las superficies dentarias, evitando de esta manera la acumulación de placa y retardando la formación de cálculo. Es importante enseñarle al paciente que es la placa dental y cuál importante es eliminarla. El control odontológico nos ayuda con la prevención de patologías no solo periodontal, sino también a evitar problemas de las piezas dentarias y al cuidado personal. (p. 103).

⁸⁶Rodríguez, Ruiloba y Herdoiza. (2010). Manual de Educación para la Salud Bucal. República del Ecuador: Coordinación de promoción de la salud.

⁸⁷Palma, A., y Sánchez, F. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica: prevención y Mantenimiento de la Salud Bucodental. Reino de España: Editorial Paraninfo S.A.

⁸⁸Cortesi, V. (2008). Manual práctico para el auxiliar de Odontología. Reino de España.

2.4. Hipótesis.

2.4.1. Hipótesis general.

Las enfermedades bucales se ven afectadas por la falta de conocimiento preventivo odontológico.

2.5. Unidades de observación y análisis.

Estudiantes de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera, del cantón Portoviejo, provincia Manabí, República del Ecuador.

2.6. Variables.

Edad.

Sexo.

Nivel de conocimiento.

Caries dental.

Placa bacteriana.

2.6.1. Matriz de operacionalización de las variables.

Ver Anexo 1, p. 95.

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Estudio de campo.

3.2. Tipo de investigación.

Estudio descriptivo de corte transversal.

3.3. Métodos.

Para la investigación se aplicó un cuestionario a los niños y niñas para explorar los conocimientos que tienen sobre la prevención de enfermedades bucales. Posteriormente se realizó un examen odontológico mediante una ficha clínica adaptada para esta investigación a cada niño del estudio, se utilizó el índice CPO y ceo para valorar la presencia de caries dental y el índice IHOS para valorar la presencia de placa bacteriana y cálculo.

3.4. Técnicas.

Encuesta.

Observación.

3.5. Instrumentos.

Cuestionario de encuesta (Ver Anexo 2, p. 96).

Ficha odontológica (Ver Anexo 3, p. 98).

3.6. Población y muestra.

3.6.1. Población.

Niños y niñas desde 9 hasta 12 años de edad de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera durante el periodo marzo-junio de 2015.

3.6.2. Muestra.

Se trabajó con 90 estudiantes matriculados en la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera durante el curso lectivo 2015 – 2016 que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión.

Niños y niñas cuyos padres o tutores accedan a que participen en el estudio.

Criterios de exclusión.

Niños y niñas cuyos padres o tutores no accedan a que participen en el estudio.

Niños y niñas menores de 9 años.

Niños y niñas mayores de 12 años.

Niños y niñas que desertaron la escuela.

3.7. Recolección de la información.

La recolección informativa se ejecutó por medio de una encuesta, mediante la cual se elaboró un cuestionario con preguntas cerradas, cuyas respuestas fueron analizadas para su posterior procesamiento. Y por medio del examen clínico

odontológico, cuyos resultados junto con los datos generales y socio demográficos, fueron registrados en una ficha de datos.

3.8. Procesamiento de la información.

Los datos obtenidos fueron almacenados y sistematizados en hojas de datos de Microsoft Excel 2010. Con las variables cualitativas nominales y cuantitativas discretas se realizó el cálculo de las frecuencias y porcentajes mediante cuadros y gráficos estadísticos.

3.9. Ética.

A cada padre de familia o tutor de los niños se solicitó su consentimiento informado por escrito (Ver Anexo 4, p. 99) después de una explicación oral sobre el propósito investigativo y mediante un documento confeccionado para el efecto indicado, se les afirmó que de la información obtenida, los datos no se emplearían para ningún otro fin ajeno a la investigación y que en todo momento se manejarían con discreción y se mantendría estricta confidencialidad sobre los mismos. También se aseguró que en caso de no dejar participar a sus representados, exista la evidencia del tutor, negándose a la autorización.

3.10. Recursos.

3.10.1. Humanos.

Investigadora.

Directora de tesis.

3.10.2. Materiales.

Fotocopias.

Fotografías.

Materiales de oficina.

Suministros de impresión.

Textos relacionados con el tema.

Instrumental odontológico.

3.10.3. Tecnológicos.

Cámara fotográfica.

Pen drive.

Computadora.

Impresora.

Internet.

3.11. Presupuesto.

La presente investigación tuvo un costo aproximado de \$317,68 financiado por la autora de esta tesis.

3.11.1. Tabla de presupuesto.

(Ver Anexo 5, p. 100).

3.12. Cronograma.

(Ver Anexo 6, p. 101).

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

4.1. Análisis e interpretación de la encuesta aplicada a niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera.

Cuadro 1.

EDAD.

Edad.	Frecuencia.	Porcentaje.	Total.
9 años.	24	27%	216
10 años.	24	27%	240
11 años.	36	40%	396
12 años.	6	7%	72
Total:	90	100%	924
			/90=10

Nota: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 96.

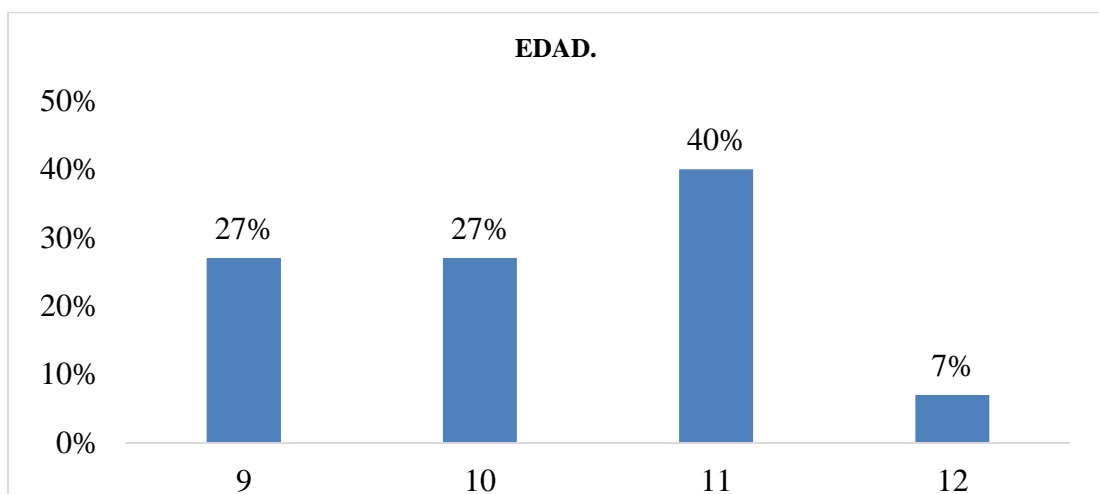


Gráfico N. 1: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 40.

Análisis e interpretación.

La encuesta se realizó a un número de 90 niños de los cuales, el 26,6% correspondía a la edad de 9 años, el 26,6% pertenecía a la edad de 10 años, el 40% afectaba a la edad de 11 años y el 6.6% a la edad de 12 años. El resultado de la edad promedio en los encuestados es de 10 años.

Analizando la revista digital del Centro Provincial de Ciencias Médicas, un artículo de Crespo y colaboradores⁸⁹ (2010) cita que:

Estudios realizados en salud revelaron que 60 % de los niños de 5-11 años presentaron bajos conocimientos sobre salud bucal y 70 % mala higiene oral; por ello, se decidió modificar actitudes mediante acciones educativas dirigidas en dichos escolares. (p. 8).

Los niños de 9 a 12 años se encuentran en una edad conveniente para formar parte del universo de estudio de esta investigación, siendo una edad indicada para valorar el nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales y obtener resultados considerables, tal como lo establecen los estudios de Crespo y colaboradores.

⁸⁹Crespo, M., Riesgo, Y., Laffita, Y., Rodríguez, A., y Copello, A. (2010). Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria Lidia Doce Sánchez. Centro Provincial de Ciencias Médicas. [En línea]. Consultado: [13, junio, 2015] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n2/san14210.pdf>

Cuadro 2.

SEXO.

Sexo:	Frecuencia:	Porcentaje:
Masculino.	40	44%
Femenino.	50	56%
Total:	90	100%

Nota: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 96.

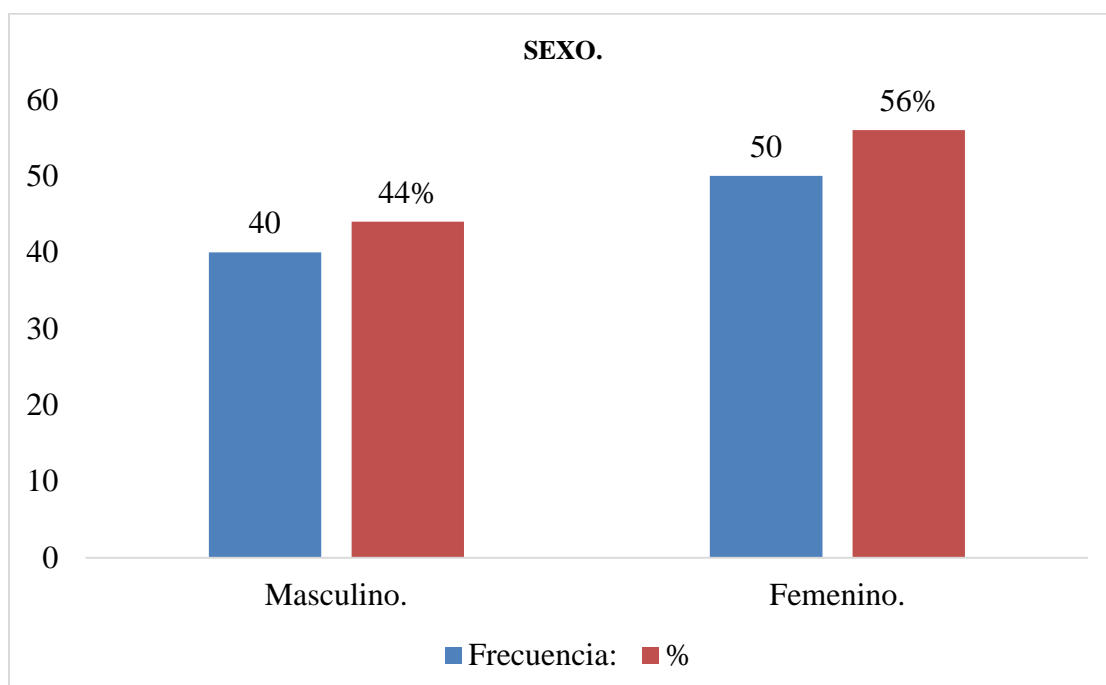


Grafico N. 2: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 42.

Análisis e interpretación.

El total de la muestra de 90 niños, 40 representan el 44% correspondientes al género masculino y 50 que representan al 56% pertenecientes al género femenino.

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web EducaLab, un artículo de Ocaña⁹⁰ (2015) expone que:

A nivel mundial nacen más niños que niñas (la proporción 105/100 es la más normal), sin embargo, la mayor mortalidad masculina hace que el número de hombres y mujeres se equilibre en la juventud y a partir de las edades maduras el número de mujeres sea mayor que el de hombres. En conjunto, la población femenina es superior a la masculina. (p. 13).

Se consideraron parte del estudio todos los niños y niñas legalmente matriculados y que los padres consintieron formar parte del mismo, lo que demostró que de la población estudiada hay un predominio del sexo femenino, siendo las niñas en su totalidad un 12% mayoría respecto a los niños.

⁹⁰Ocaña, J., (2015). La población del mundo. EducaLab. [En línea]. Consultado: [13, junio, 2015]. Disponible en: http://recursostic.educacion.es/secundaria/edad/3esohistoria/quincena5/quincena5_contenidos_2a.htm

Cuadro 3.

¿Qué importancia le daría usted al mantener una buena higiene de la boca y mantener sus dientes sanos?

Alternativas:	Frecuencia:	Porcentaje:
Muy importante.	88	98%
Poco importante.	2	2%
No es importante.	0	0%
Total:	90	100%

Nota: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 96.

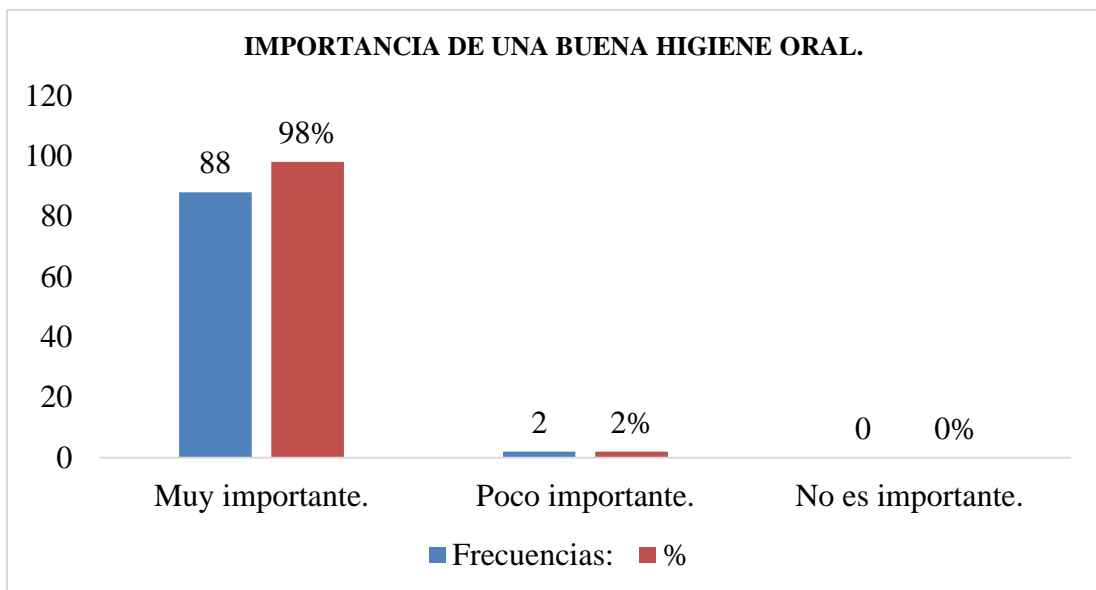


Grafico N. 3: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 44.

Análisis e interpretación.

En el presente cuadro estadístico N. 3, el 97,7% consideró importante el mantener una buena higiene oral, el 2,2% consideró poco importante el mantener una buena higiene oral y el 0% consideró no importante el mantener una buena higiene oral.

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, un artículo de Mazariegos y colaboradores⁹¹ (2003) describe que:

La salud bucal es parte vital de la salud en general, adquirir buenas conductas bucales desde los primeros años de vida certificará una vida sana. La boca como portón de entrada al cuerpo responde al mundo exterior pero además refleja lo que ocurre en el interior. Los dientes en su conjunto tienen funciones múltiples como participar en la masticación, fonética, expresión facial e implicación en la estética, por lo que en su ausencia puede verse afectada la nutrición y autoestima. (p. 10).

Los resultados indican que el 97,7 % de los pacientes consideró importante el mantener una buena higiene de la boca y mantener sus dientes sanos. Por lo tanto, el nivel de conocimiento en prevención de los niños fue bueno ya que como indica Mazariegos la salud oral es parte integral de la salud y por ello es importante adquirir buenos hábitos bucales desde las primeras etapas de la vida y garantizar con seguridad una vida sana.

⁹¹Mazariegos, M., Vera, H., Sanz, C. (2003). Contenidos Educativos en Salud Bucal. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015] Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf

Cuadro 4.

¿Cuántas veces se deben cepillar los dientes al día?

Alternativas:	Frecuencia:	Porcentaje:
Después de cada comida.	63	70%
Dos veces al día, al despertarse y acostarse.	27	30%
Una vez al día.	0	0%
Total:	90	100%

Nota: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 96.

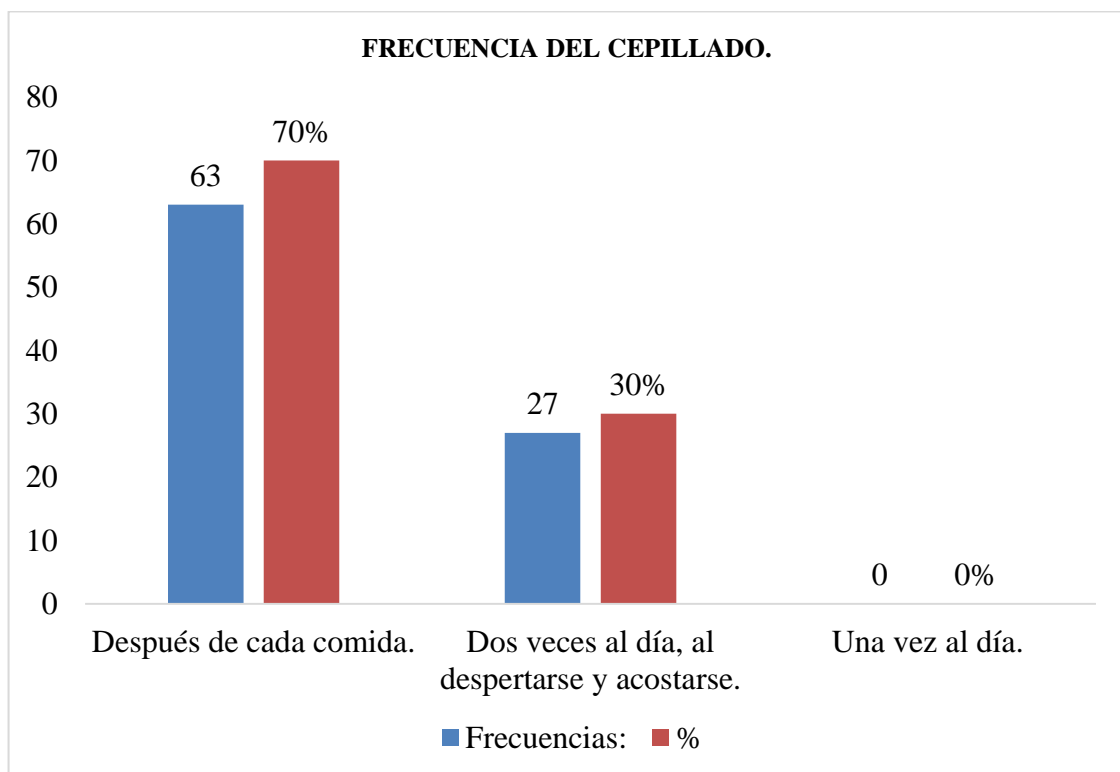


Grafico N. 4: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 46.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro N. 4, se obtuvo que de los 90 niños encuestados el 70% afirmó que se deben cepillar los dientes después de cada comida, el 30% aseguró que se deben cepillar los dientes dos veces al día, al despertarse y acostarse y el 0% consideró que se deben cepillar los dientes una vez al día.

Indagando informaciones disponibles en la página web de Salud en familia, un artículo de Díaz⁹² (2011) referenciar que:

El cepillado de los dientes, después de cada comida, es el método más seguro en la prevención de la caries y mantener el estado de salud bucal. El cepillado ha de realizarse diariamente, después de cada comida, y sobre todo antes de irnos a dormir. (p. 21).

De acuerdo a los datos obtenidos, se determinó que el 70% de los niños consideraron que se deben cepillar los dientes después de cada comida, dando como resultado un nivel de conocimiento en prevención bueno, como lo indica Díaz, es el método más seguro para prevenir la caries y mantener la salud de la boca.

⁹²Díaz, H. (2011). Higiene bucodental. Salud en familia. [En línea]. Consultado: [08, junio, 2015] Disponible en: <http://www.saludenfamilia.es/general.asp?seccion=663>

Cuadro 5.

¿Cada cuánto tiempo debe cambiar su cepillo de dientes?

Alternativas:	Frecuencia:	Porcentaje:
Antes de los 6 meses.	71	79%
De 6 meses a 1 año.	10	11%
Después de 1 año.	9	10%
Total:	90	100%

Nota: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 96.

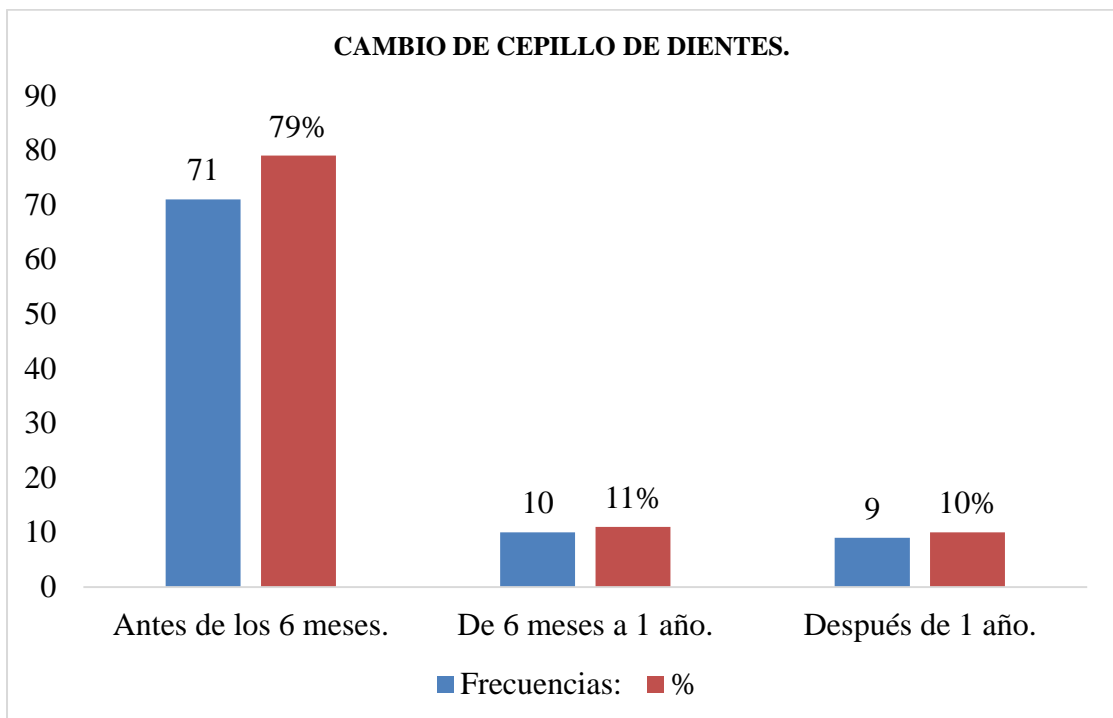


Grafico N. 5: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 48.

Análisis e interpretación.

Según los resultados del cuadro N. 5 sobre el tiempo de cambio del cepillo de dientes, el 78,8% de los niños encuestados afirmó que se debe cambiar el cepillo de dientes antes de los 6 meses, el 11,1% afirmó que se lo debe cambiar de 6 meses a 1 año y el 10% aseguró que se debe cambiar el cepillo de dientes después de 1 año.

Examinando información disponible en el sitio web de Colgate Profesional⁹³ (2015) un artículo de Cuidados y reemplazo del cepillo dental detalla que:

Estudios han demostrado que después de 3 meses de uso regular, un cepillo es menos efectivo para remover la placa de los dientes y encías. Las cerdas pierden resistencia y por consiguiente efectividad para llegar a las áreas difíciles de alcanzar alrededor de los dientes. (p. 20).

Según los resultados se obtuvo que el 78,8% de los niños encuestados están orientados a cambiar su cepillo de dientes antes de los seis meses, ya que tiempo después de los 6 meses, el cepillo es menos efectivo para remover la placa de los dientes y encías; mostrando tener un nivel de conocimiento bueno, de acuerdo a los estudios de Colgate Profesional.

⁹³Colgate-Palmolive Company. (2015). Cuidados y reemplazo del cepillo dental. Colgate Profesional. [En línea]. Consultado: [08, junio, 2015] Disponible en: <http://www.colgateprofesional.com.ec/pacientes/Cuidados-y-reemplazo-del-cepillo-dental/articulo>

Cuadro 6.

¿Cuántas veces al día cree usted que se deben consumir dulces y golosinas?

Alternativas:	Frecuencia:	Porcentaje:
Una vez al día.	80	89%
Varias veces al día.	8	9%
Todos los días.	2	2%
Total:	90	100%

Nota: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 96.

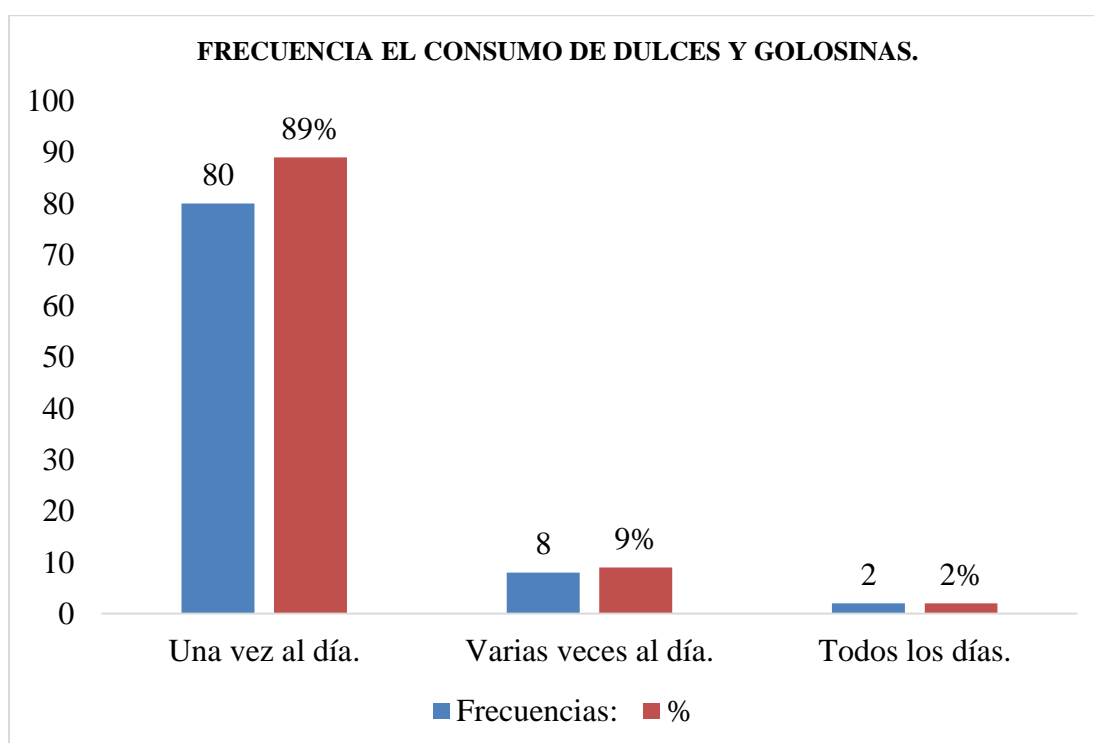


Grafico N. 6: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 50.

Análisis e interpretación:

En el presente cuadro N. 6, sobre el consumo diario de dulces y golosinas, el 88,8% de los niños encuestados consideró que se deben consumir una vez al día, el 8,8% consideró que se deben consumir varias veces al día y el 2% consideró que se deben consumir dulces y golosinas todos los días.

Consultando en la obra de Guedes-Pinto y colaboradores⁹⁴ (2011) refiere que: “Además, de la composición de la dieta, uno de los factores más importantes relacionados a la dieta es la frecuencia de consumo de los alimentos. Cuanto mayor la frecuencia de ingestión, mayor la posibilidad de desarrollar lesiones de caries”. (p. 16).

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación el 89% de los niños encuestados consideró que se deben consumir dulces y golosinas una vez al día, exponiendo un nivel de conocimiento bueno y poder prevenir las enfermedades bucales, principalmente la caries dental.

⁹⁴Guedes-Pinto, A., Bonecker, M., y Rodrigues, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa de Brasil: Livraria Santos Editora.

Cuadro 7.

¿Ha escuchado usted hablar de la caries dental?

Alternativas:	Frecuencia:	Porcentaje:
Muchas veces.	67	74%
Casi nunca.	20	22%
Nunca.	3	3%
Total:	90	100%

Nota: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 96.

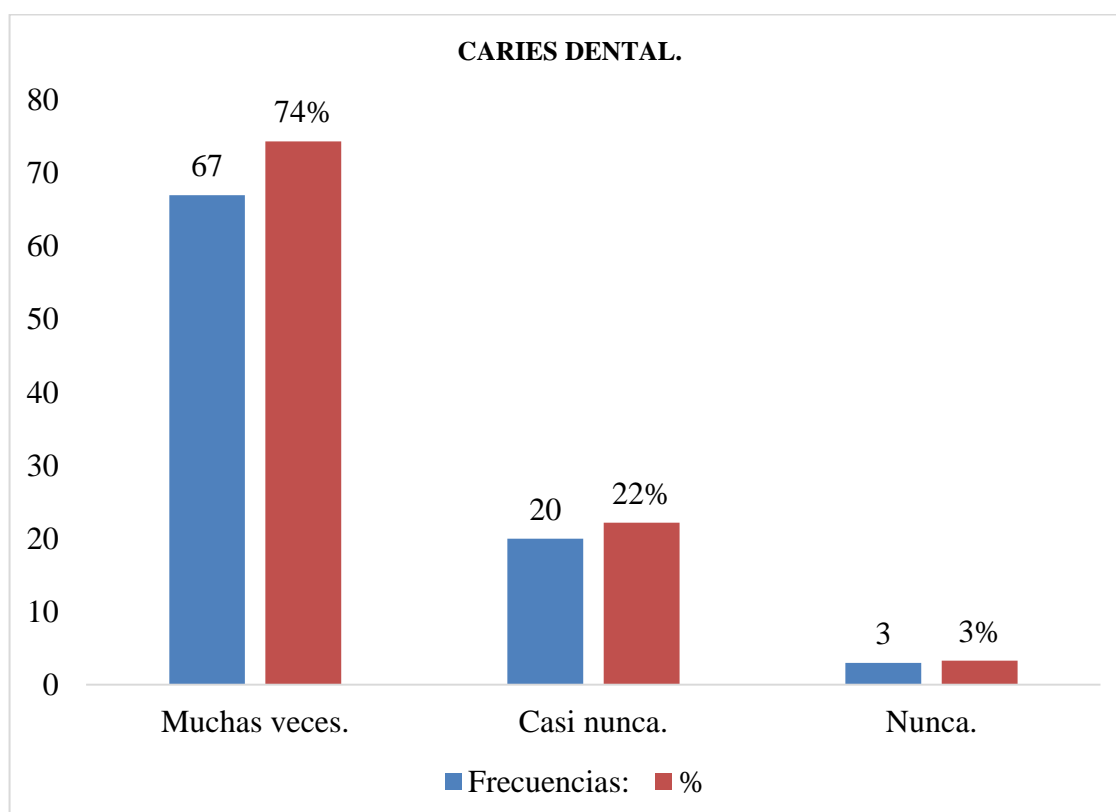


Grafico N. 7: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 52.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro N. 7 el 74,4 de los niños encuestados afirmó que muchas veces han escuchado hablar de la caries dental, el 22,2% afirmó que casi nunca han escuchado hablar de la caries dental y el 3% aseguró que nunca han escuchado hablar de la caries dental.

Averiguando en la obra de Barrancos⁹⁵ (2006) menciona que: “La caries dental es una enfermedad infecciosa de distribución universal, de naturaleza multifactorial y de carácter crónico que si no se detiene su avance natural, afecta todos los tejidos dentarios y provoca una lesión irreversible”. (p. 27).

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, se pudo comprobar que el 25,5% de los niños encuestados casi nunca o nunca han escuchado hablar de la caries dental, lo cual reveló su falta de conocimiento en prevención, ya que si no se detiene a tiempo, como indica Barrancos afecta todos los tejidos dentarios y provoca una lesión irreversible.

⁹⁵Barranco, J. (2006). Operatoria dental: integración clínica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Cuadro 8.

¿Qué considera usted que es una caries dental?

Alternativas:	Frecuencia:	Porcentaje:
Es un hueco en los dientes.	68	76%
Es un diente partido o roto.	15	17%
Es un diente flojo.	7	8%
Total:	90	100%

Nota: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 96.

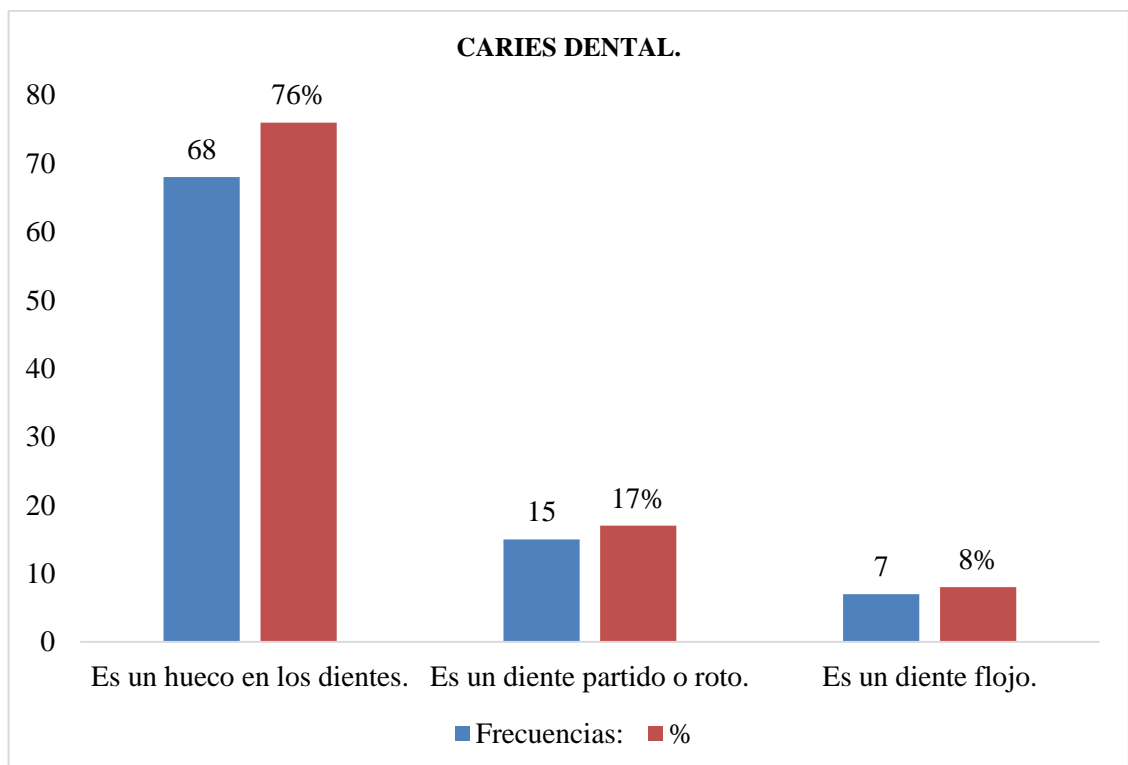


Grafico N. 8: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 54.

Análisis e interpretación.

En el presente cuadro N. 8 se observó que el 75,5% de los niños encuestados consideró la caries dental como un hueco en los dientes, el 16,6% consideró la caries dental como un diente partido o roto y el 7,7% consideró a la caries dental como un diente flojo.

Buscando informaciones disponibles en la página web KidsHealth, un artículo de Inga⁹⁶ (2014) menciona que: “La caries es un orificio en los dientes, que puede volverse más grande y profundo con el paso del tiempo”. (p. 27).

De acuerdo a los datos obtenidos de los niños encuestados, el 75,5% consideró que la caries dental es un hueco en los dientes, como indica Inga es un orificio en los dientes, proporcionando un nivel de conocimiento preventivo bueno entre los encuestados.

⁹⁶Inga, C. (2014). ¿Qué es una caries? KidsHealth. [En línea]. Consultado: [14, junio, 2015] Disponible en: http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=KidsHealth&lic=1&ps=307&cat_id=20270&article_set=39807

Cuadro 9.

¿Por qué cree usted que aparecen las caries en los dientes?

Alternativas:	Frecuencia:	Porcentaje:
Por la acumulación de saliva, bacterias y restos de comida.	64	71%
Por cepillarse una vez al día.	19	21%
No sabe.	7	8%
Total:	90	100%

Nota: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 96.

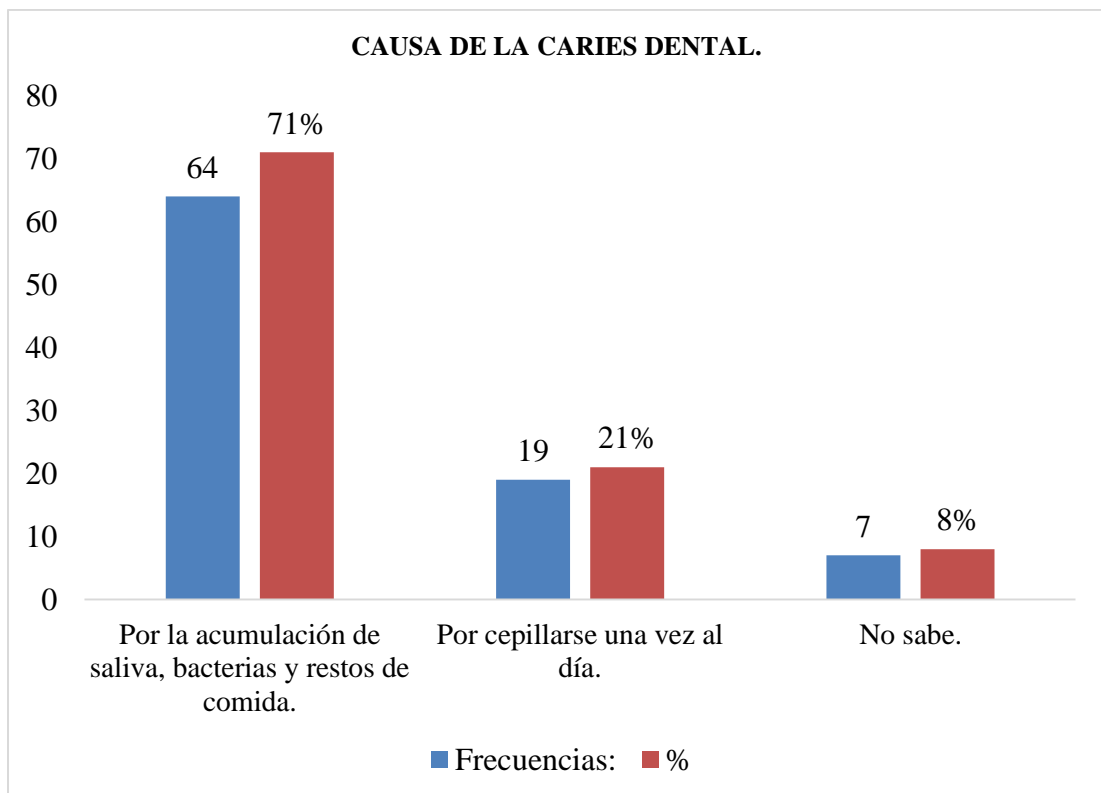


Grafico N. 9: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 56.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro N. 9 sobre la aparición de la caries dental, el 71% de los niños encuestados resolvió que las caries aparecen por la acumulación de saliva, bacterias y restos de comida, el 21% afirmó que las caries aparecen por cepillarse los dientes una vez al día y el 8% aseguró que no saben porque aparecen las caries.

Consultando informaciones disponibles en la página web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria⁹⁷ (2001) transcribe que:

En el desarrollo de la caries influyen tres factores de riesgo:

Los azúcares de la dieta.

Las bacterias de la boca.

La existencia de dientes susceptibles o predispuestos.

Además, se necesita la colaboración de un cuarto factor, el tiempo, que es indispensable para que los otros factores actúen. (p. 27).

Los resultados indicaron que el 26% de los niños consideró que la caries dental aparece por cepillarse una vez al día o no saben, manifestando la falta de conocimiento sobre enfermedades bucales, especialmente la caries, considerada una de las más frecuente.

⁹⁷Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. (2001). Caries dental. AEPap. [En línea]. Consultado: [14, junio, 2015] Disponible en: <http://www.aepap.org/pdf/caries.pdf>

Cuadro 10.

¿Qué tipo de alimentos considera usted son los adecuados para evitar las caries?

Alternativas:	Frecuencia:	Porcentaje:
Vegetales, carnes y frutas.	83	92%
Vegetales, dulces, frutas y golosinas.	3	3%
Dulces y golosinas.	4	4%
Total:	90	100%

Nota: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 96.

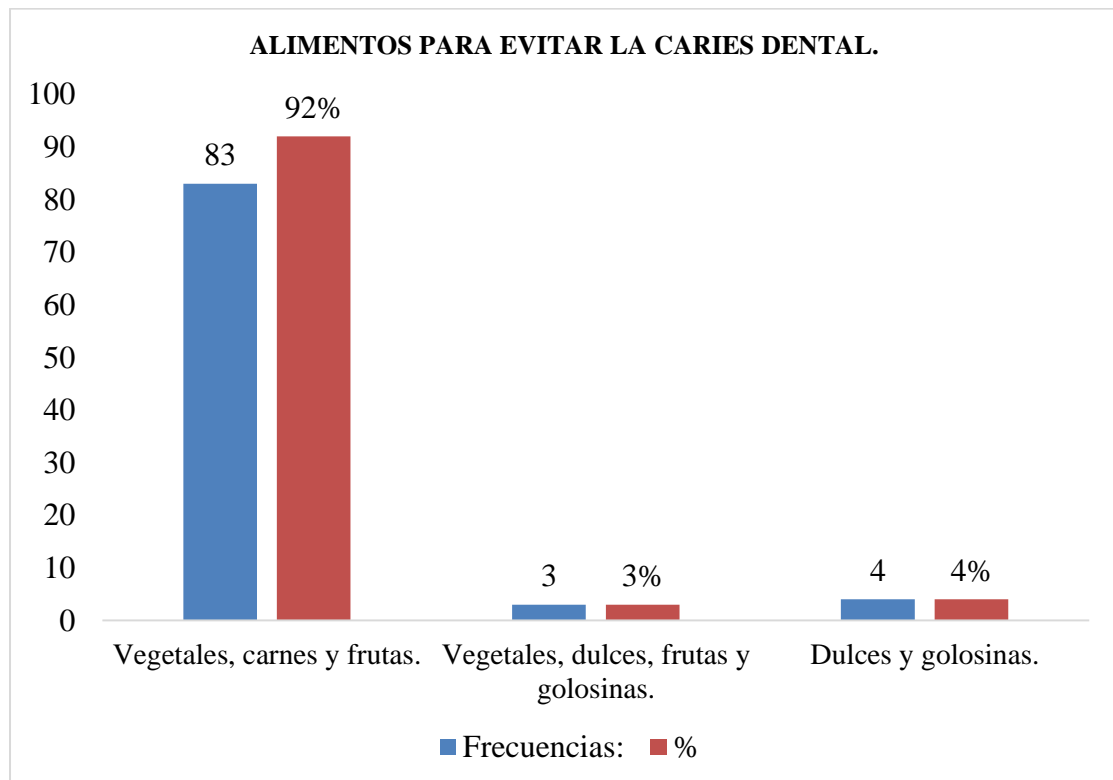


Grafico N. 10: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 58.

Análisis e interpretación.

En el presente cuadro N. 10 sobre los tipos de alimentos adecuados para evitar las caries, el 92,2% de los niños encuestados afirmó que eran los vegetales, carnes y frutas, el 3,3% aseguró que los alimentos adecuados para evitar la caries eran los vegetales, dulces, frutas y golosinas y el 4,4% eligió a los dulces y golosinas.

Analizando la obra de Gómez⁹⁸ (2007) cita que “Las frutas, legumbres y verduras son indispensables para la buena salud bucodental, ya que además de limpiar los dientes, los fortalecen y protegen. Se recomienda ingerir por lo menos una fruta en cada comida”. (p. 18).

De acuerdo a los datos obtenidos, se determinó que el 92,2% de los niños consideraron a los vegetales, carnes y frutas como el tipo de alimentos adecuados para evitar las caries. Lo que dio como resultado un nivel de conocimiento bueno sobre la alimentación necesaria para evitar las caries y tal como indica Gómez, para la buena salud bucodental.

⁹⁸Gómez, O. (2007). Educación para la salud. San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Cuadro 11.

¿Cuándo cree usted que es necesario ir al dentista para evitar la aparición de caries?

Alternativas:	Frecuencia:	Porcentaje:
Cuando voy por un control regular de los dientes sin tener molestias.	36	40%
Cuando ya se han formado los agujeros en los dientes y me duelen.	31	34%
Cuando existe dolor en las encías.	23	26%
Total:	90	100%

Nota: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 96.

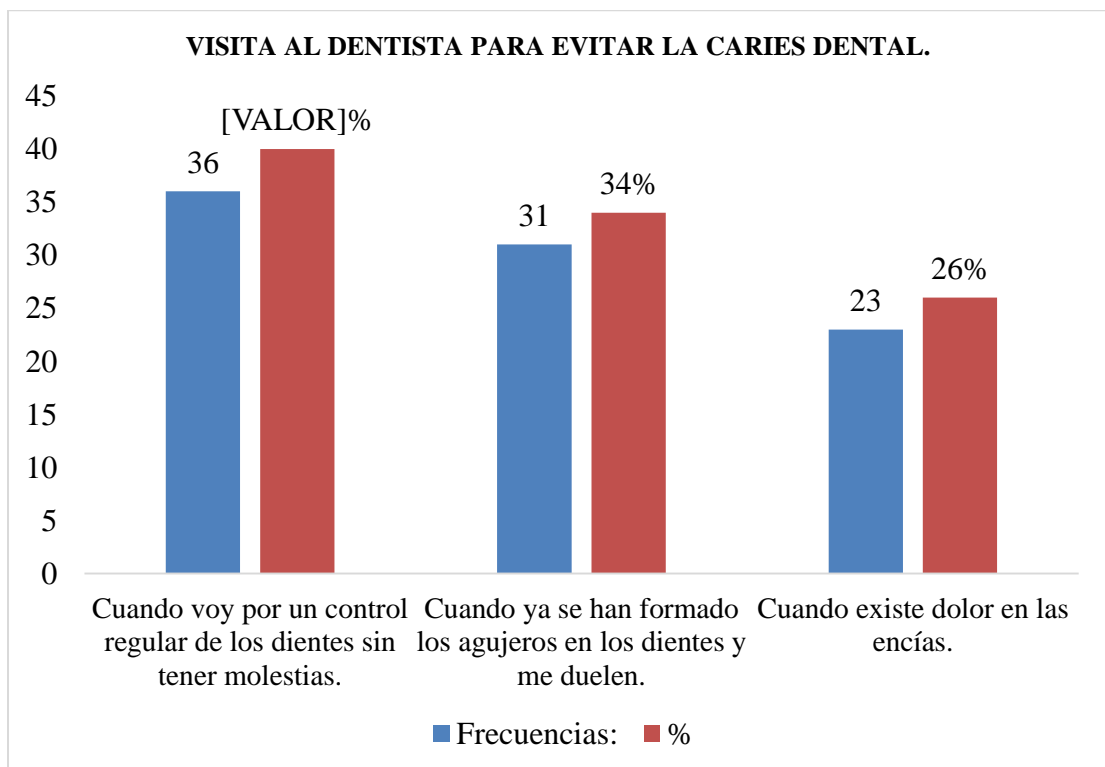


Grafico N. 11: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 60.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro N. 11, el 40,0% de los niños encuestados consideró necesario ir al dentista para evitar la aparición de caries cuando van por un control regular de los dientes sin tener molestias, 34,4% de los niños consideró que es necesario ir al dentista cuando ya se han formado los agujeros en los dientes y le duelen y el 25,5% consideró necesario ir al dentista para evitar la aparición de caries cuando existe dolor en las encías.

Leyendo informaciones disponibles en la Revista Estomatológica Herediana, un artículo de Contreras, Valdivieso y Cabello⁹⁹ (2008) describe que:

La consulta al odontólogo, por lo general, ocurre muy tarde en los niños, siendo realizada muchas veces sólo cuando se ha establecido un problema dentario, generalmente cuando el paciente presenta dolor o múltiples lesiones cariosas, lo cual implica tratamientos complejos a una edad muy temprana. (p. 25).

De acuerdo con los datos obtenidos, el 60% de los niños encuestados asisten al dentista cuando ya se han formado los agujeros en los dientes o cuando existe dolor en las encías, por lo tanto desconocen la importancia de las visitas periódicas de control para prevenir la aparición de caries, sin que sea necesario que presenten molestias dentales.

⁹⁹Contreras, N., Valdivieso, M. y Cabello, E. (2008). Nivel de conocimiento y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. Revista Estomatológica Herediana. [En línea]. Consultado: [03, junio 2015] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1852/1861>

Cuadro 12.

¿Por qué cree usted que a una persona le sangran las encías?

Alternativas:	Frecuencia:	Porcentaje:
Porque tiene inflamada las encías.	38	42%
Porque no visita al dentista.	49	54%
No sabe.	3	3%
Total:	90	100%

Nota: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 96.

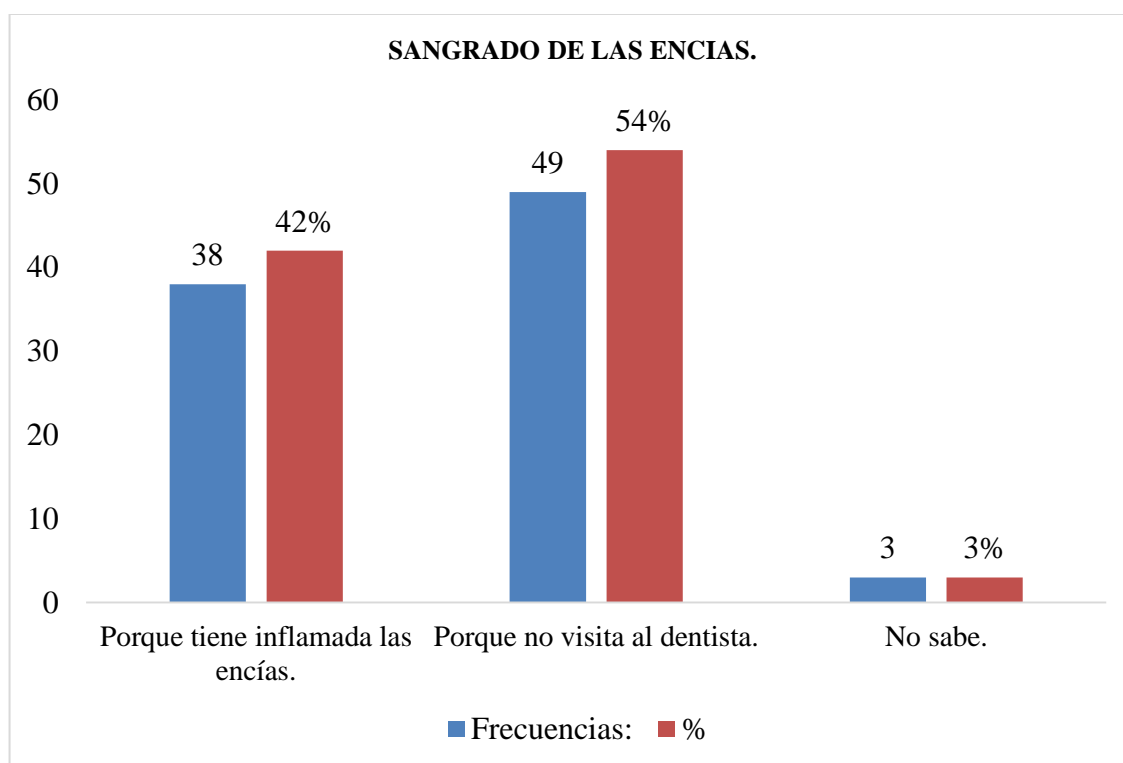


Grafico N. 12: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 62.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro N. 12, el 42,2% de los niños encuestados consideró que a una persona le sangran las encías porque las tiene inflamadas, el 54,4% afirmó que es porque no visita al dentista y el 3,3% aseguró no saber porque a una persona le sangran las encías.

Estudiando informaciones disponibles en la página web de MedlinePlus, un artículo de Fotek¹⁰⁰ (2014) transcribe que: “La causa principal del sangrado en las encías es la acumulación de placa en la línea de la encía. Esto lleva a una afección llamada gingivitis o encías inflamadas”. (p. 29).

De acuerdo con los resultados obtenidos, se observó que el 54,4% de los niños encuestados afirmó que el sangrado de las encías se debe porque las personas no visitan al dentista, reflejando en su mayoría, un nivel de conocimiento regular, ya que según Fotek se debe a una afección llamada gingivitis o encías inflamadas.

¹⁰⁰Fotek, I. (2014). MedlinePlus. Encías sangrantes. [En línea]. Consultado: [14, junio,2015] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003062.htm>

Cuadro 13.

¿Sabe usted para qué sirve el flúor?

Alternativas:	Frecuencia:	Porcentaje:
Para evitar la aparición de las caries.	36	40%
Para curar las caries de los dientes.	41	46%
Para cepillarse los dientes.	13	14%
Total:	90	100%

Nota: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 96.

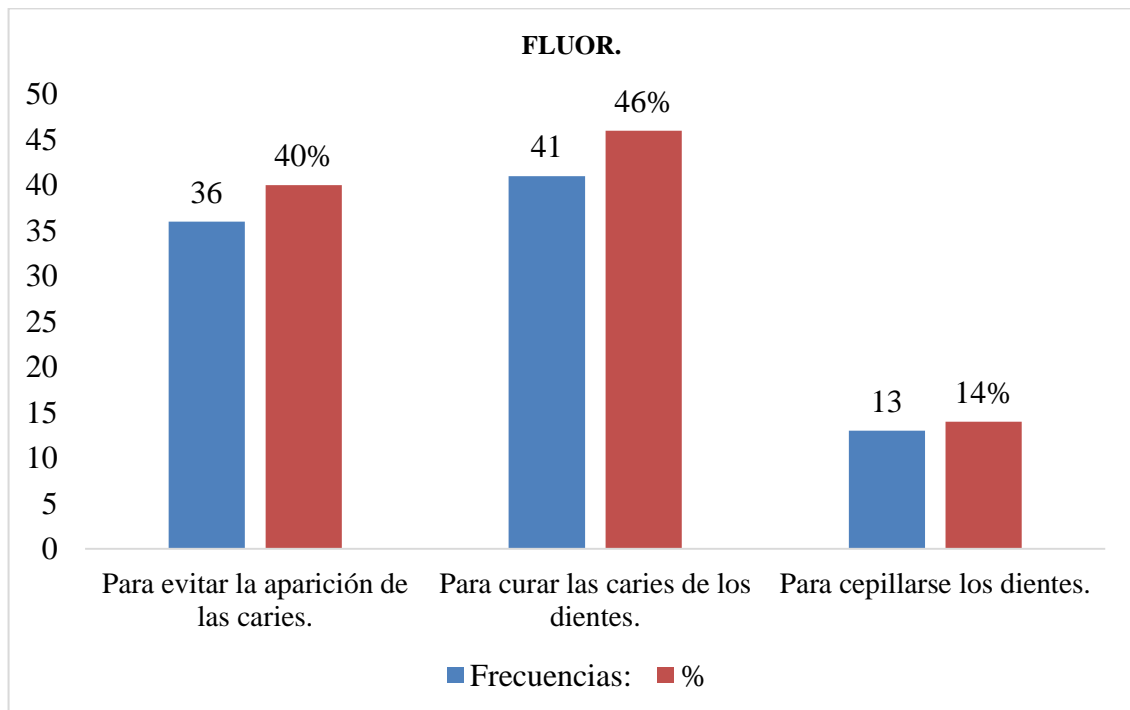


Grafico N. 13: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 64.

Análisis e interpretación.

De acuerdo a los datos obtenidos en el cuadro N. 13 sobre el uso del flúor, el 40,0% de los niños aseguró que el flúor sirve para evitar la aparición de las caries, el 45,5% afirmó que sirve para curar las caries y el 14,4% consideró que el flúor sirve para cepillarse los dientes.

Considerando en la obra de Cameron y Widmer¹⁰¹ (2010) describe que: “El flúor es ampliamente utilizado en la prevención de la caries dental. La reducción en los niveles de caries conseguidos gracias al uso del flúor ha sido un gran logro de la salud pública”. (p. 25).

Los resultados indicaron que el 46% de los niños encuestados, en su mayoría consideraron que el flúor sirve para curar los dientes, por lo tanto el nivel de conocimiento fue regular, lo que implicó falta de conocimientos sobre prevención oral, con la consiguiente posibilidad de aumento de enfermedades bucales por la escasa orientación e información.

¹⁰¹Cameron, A. y Widmer, R. (2010). Manual de Odontología Pediátrica. Reino de España: Elsevier.

NIVEL DE CONOCIMIENTO.

Cuadro 14.

Distribución del nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales.

Nivel de conocimiento.	Frecuencia.	Porcentaje:
Bueno.	49	54%
Regular.	37	41%
Malo.	4	4%
Total:	90	100%

Nota: Encuesta aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 96.

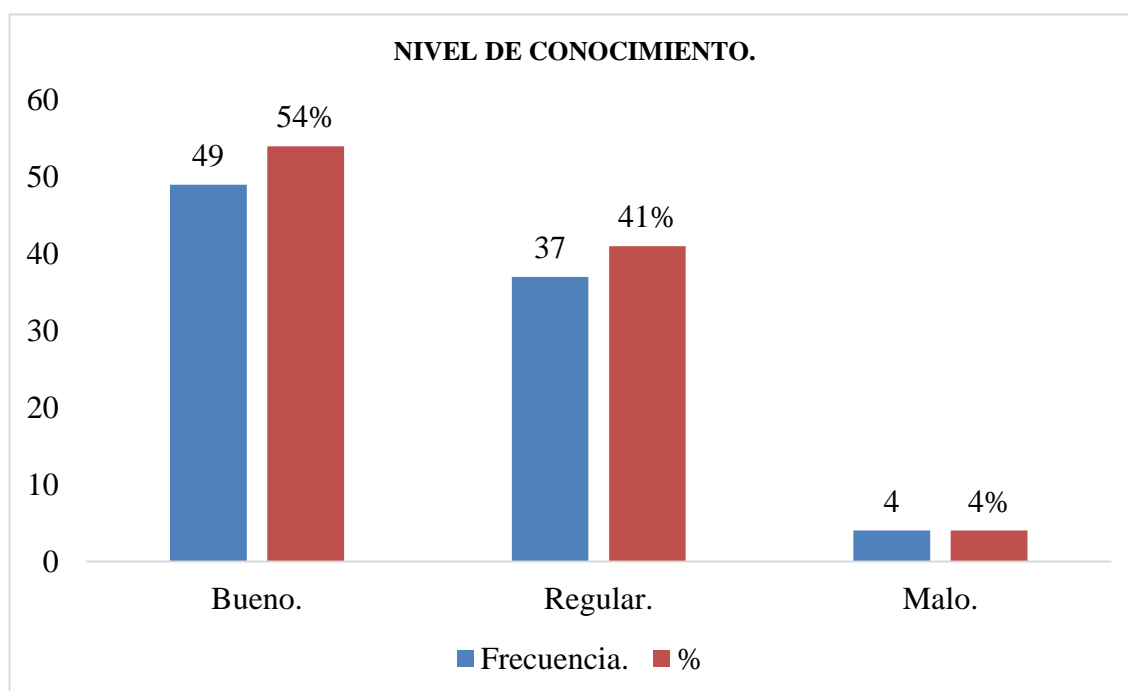


Grafico N. 14: Nivel de conocimiento de los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 66.

Análisis e interpretación.

Con relación al nivel de conocimiento preventivo odontológico se observó que 49 niños correspondientes al 54,4% presentó un nivel de conocimiento bueno, 37 niños que corresponden al 41,1% presentó un nivel de conocimiento regular y 4 niños que corresponden al 4,4% presentó un nivel de conocimiento malo.

Buscando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Infomed, un artículo de Sosa¹⁰² (2003) menciona que:

El Nivel de Salud es concebido como la resultante de las acciones que los sectores de la sociedad ejecutan, con el fin de proporcionar las mejores opciones (las más saludables) a sus ciudadanos, para que desarrollen, individual y/o colectivamente, sus potencialidades en aras de alcanzar el máximo bienestar. No existe un nivel de salud último, pero si un nivel óptimo. (p. 9).

Los resultados indicaron que el 54% de los niños encuestados, en su mayoría poseen un nivel de conocimiento bueno, por lo que es posible conocer que están bien orientados e informados sobre la prevención de enfermedades bucales. Aunque el 46% restante presentaron insuficiencias en conocimiento preventivo odontológico, es necesario reforzar estos conocimientos para que sean llevados a la práctica diaria.

¹⁰²Sosa, M., (2003). Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. [En línea]. Consultado: [03, junio, 2015] Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf>

4.2. Análisis e interpretación de las fichas odontológicas aplicadas a niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera.

CARIES DENTAL.

Cuadro 15.

Distribución del CPO según la edad.

Edad.	C	P	O	Total:
9	24	0	4	28
10	31	1	12	44
11	56	2	8	66
12	8	0	0	8
	119	3	24	146
	1.19	0.03	0.24	

Nota: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 98

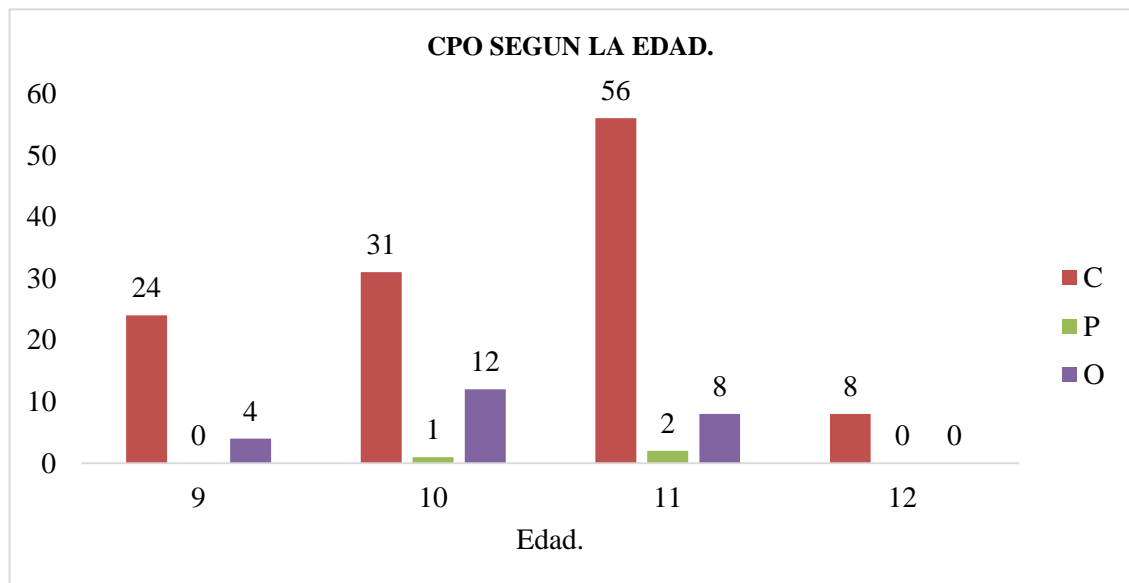


Grafico N. 15: Ficha odontológica aplicada los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 68.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N. 15 se observó que de la población estudiada, en la dentición permanente, los niños de 9 años presentaron 24 caries, 0 piezas perdidas y 4 obturadas; los niños de 10 años presentaron 31 caries, 1 pieza perdida y 12 obturadas; los niños de 11 años presentaron 56 caries, 2 piezas perdidas y 8 obturadas y los niños de 12 años presentaron 8 caries, 0 piezas perdidas y 0 obturadas.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web de la revista MEDISAN, un artículo de Márquez et al.¹⁰³ (2009) detalla que:

Los resultados de dicha investigación sobre caries en la dentición permanente indicaron que el porcentaje de personas con esta lesión aumenta a medida que lo hace la edad (como ha venido diciéndose). A los 7 años, 37 % de la población infantil sufría esta enfermedad en los dientes permanentes, sobre todo las niñas (56 %); a los 12, la proporción se elevaba a 83 %; a los 18, a 96 %; y a los 25 y más, a 99 %. El promedio de dientes atacados por caries a los 7 años fue de 0,8 a los 12 de 3,7, lo cual revela el incremento de piezas dentarias afectadas con la edad. (p. 28).

Por lo tanto, se observó 119 piezas cariadas, 3 perdidas y 24 obturadas, el total de índice CPO fue de 1,46; con una prevalencia de caries de 1,19, de perdidos de 0,03 y de obturados de 0,24 para la dentición permanente.

¹⁰³Márquez, M., Rodríguez, R., Rodríguez, Y., Estrada, G., y Aroche, A. (2009). Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica La Democracia. MEDISAN. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san12509.htm

Cuadro 16.

Distribución del ceo según la edad.

Edad.	c	e	o	Total:
9	55	6	15	76
10	42	4	24	70
11	32	6	28	66
12	2	0	0	2
	131	16	67	214
	1.31	0.16	0.67	

Nota: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 98.

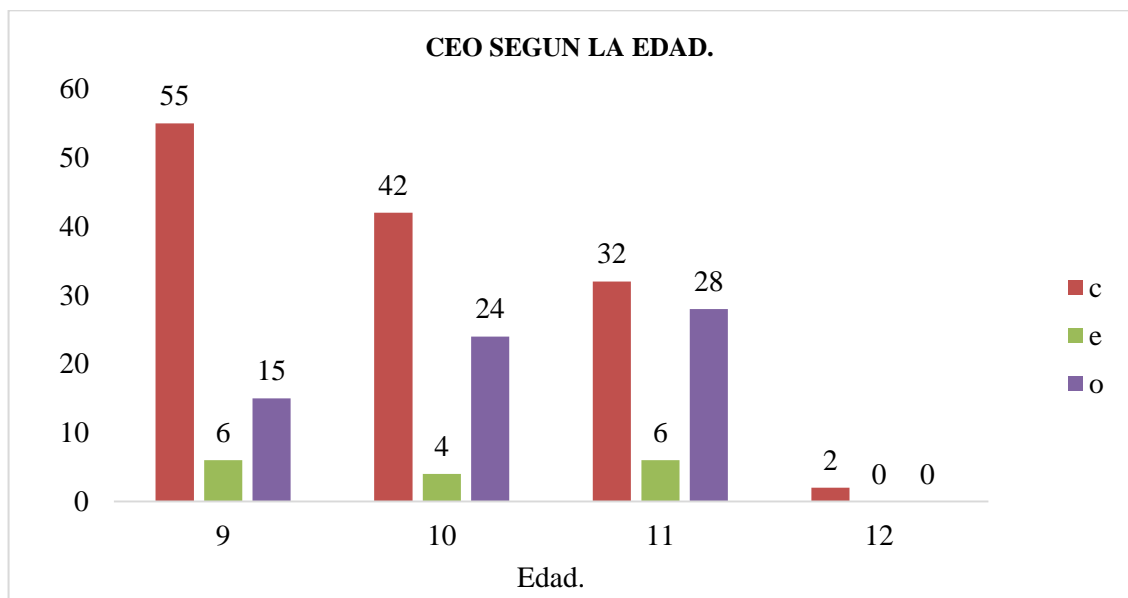


Grafico N. 16: Ficha odontológica a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 70.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N. 16 se observó que de la población estudiada, en la dentición temporal, los niños de 9 años presentaron 55 caries, 6 piezas exfoliadas y 15 obturadas; los niños de 10 años presentaron 42 caries, 4 piezas exfoliadas y 24 obturadas; los niños de 11 años presentaron 32 caries, 6 piezas exfoliadas y 28 obturadas y los niños de 12 años presentaron 2 caries, 0 piezas perdidas y 0 obturadas.

Consultando informaciones disponibles en la biblioteca digital de la Revista Estomatológica de la Universidad del Valle, un artículo de Arango y Baena¹⁰⁴ (2004) refiere que:

En Colombia unas de las principales causas de morbilidad encontrada en consultas externas odontológicas son las enfermedades orales, más específicamente la caries dental, la cual es la primer causa de consulta, lo cual está ilustrado en los 3 Estudios Nacionales de Salud Bucal (ENSAB), en los que se resalta, a su vez, que la población escolar de 5, 6, 7 y 12 años presentó una prevalencia de caries de 45.7% en dentición temporal y 28% en permanente, como aparece en el ENSAB III realizado en 1999. (p. 26).

Por lo tanto, se observó 131 piezas cariadas, 16 exfoliadas y 67 obturadas, el total de índice ceo fue de 2,14; con una prevalencia de caries de 1,31, de exfoliados de 0,16 y de obturados de 0,67 para la dentición temporal.

¹⁰⁴Arango, M., y Baena, G. (2004). Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Revista Estomatológica de la Universidad del Valle. [En línea]. Consultado: [15, junio. 2015] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10893/2285>

Cuadro 17.

Distribución del CPO y ceo según el sexo.

Sexo.	Frecuencia.	CPO	%	ceo	%
Masculino.	40	67	46%	128	60%
Femenino.	50	79	54%	86	40%

Nota: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 98.

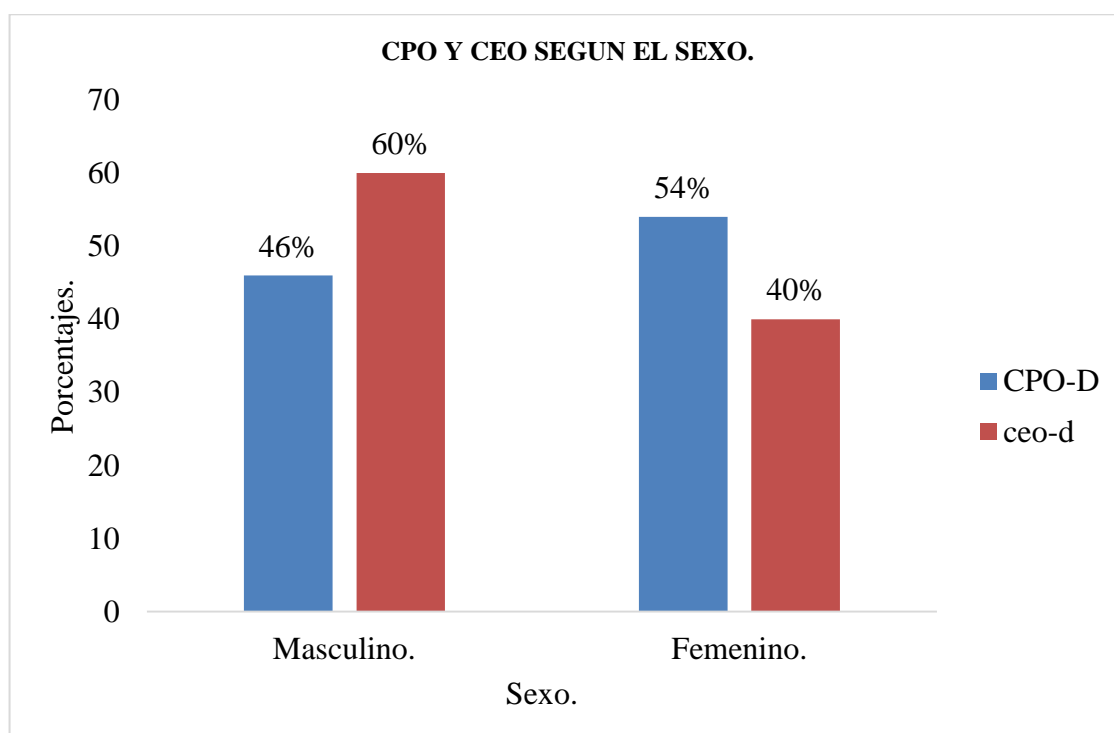


Grafico N. 17: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 72.

Análisis e interpretación.

En el presente cuadro N. 17 el CPO se presentó un 46% para el sexo masculino y un 54% para el sexo femenino; el ceo se presentó un 60% para el sexo masculino y un 40% para el sexo femenino.

Consultando informaciones disponibles en la Revista de Investigación Clínica, un artículo de Martínez, et al.¹⁰⁵ (2010) menciona que:

Respecto al sexo, en este estudio se observó que la experiencia, prevalencia y severidad fueron mayores en las niñas que en los niños; sin embargo, esta diferencia sólo fue significativa en la dentición permanente. Estos resultados han sido mostrados de igual forma por otros autores tanto en México como en otras partes del mundo. La alta prevalencia de caries dental entre las mujeres es explicada por uno de tres factores, según Lukacs:

1. La erupción temprana de dientes en las niñas, lo que hace que sus dientes estén más expuestos al ambiente cariogénico de la boca.
2. El fácil acceso a los alimentos durante la preparación de éstos.
3. El embarazo. (p. 28).

Esto dio como resultado que el índice CPO se presentó en mayor prevalencia en las niñas y el ceo con mayor predominio en los niños.

¹⁰⁵Martínez, K. et al. (2010). Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6 a 12 años de edad de San Luis Potosí. Revista de Investigación Clínica. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn103c.pdf>

Cuadro 18.

Frecuencia de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición permanente.

Cantidad de caries.	Número de niños.	%	Frecuencia de pérdidas.	%	Frecuencia de obturadas.	%
0	45	50%	87	97%	76	84%
1	11	12%	3	3%	9	10%
2	13	14%	0		2	2%
3	9	10%	0		1	1%
4	7	8%	0		2	2%
5	3	3%	0		0	
6	2	2%	0		0	

Nota: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 98.

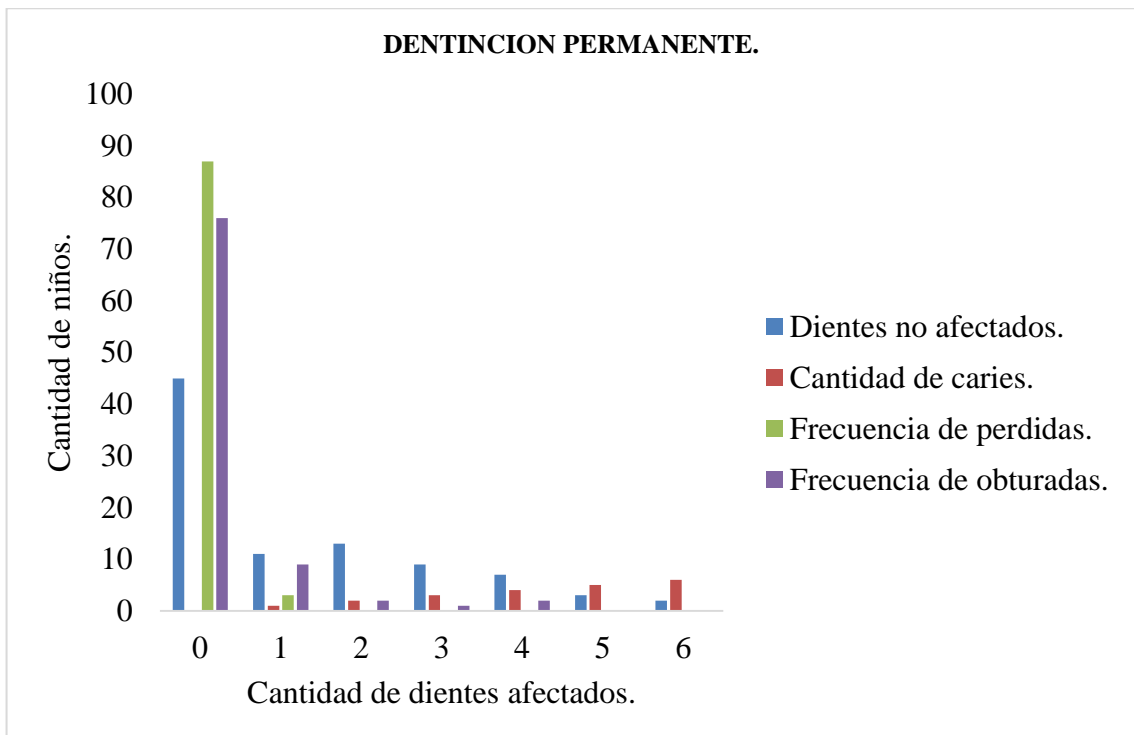


Grafico N. 18: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 74.

Análisis e interpretación.

En el presente cuadro N. 18 se observó que de la población estudiada 45 niños que representan el 50,0% presentó 0 caries, 11 niños que representan el 12,2% presentó 1 caries, 13 niños que representan el 14,4% presentó 2 caries, 9 niños que representan el 10,0% presentó 3 caries, 7 niños que representan el 7,7% presentó 4 caries, 3 niños que representan el 3,3% presentó 5 caries y 2 niños que representan el 2,2% presentó 6 caries. En cuanto a las piezas perdidas en la dentición permanente hubo 3 niños que habían perdido 1 pieza dental, que representan el 3% del 100% y en lo que respecta a las obturaciones se observó en este estudio que el 15% del total de la población poseen obturaciones.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web de la revista MEDISAN, un artículo de Márquez et al.¹⁰⁶ (2009) cita que:

De los dientes permanentes, 73,0 % estaban cariados, con predominio en las edades de 7 y 12 años; 23,0 % habían sido obturados, preponderantemente en niños y niñas de 6 y 10 años (38,0 y 36,0 %, respectivamente). De igual forma se encontró que 6,5 % de las extracciones fueron indicadas a los 8 años y 7,1 % a los 9. (p. 26).

Lo que dio como resultado que el 50% de los niños presentaron un alto índice de caries y una baja frecuencia de piezas perdidas y obturadas.

¹⁰⁶ Márquez, M., Rodríguez, R., Rodríguez, Y., Estrada, G., y Aroche, A. (2009). Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica La Democracia. MEDISAN. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san12509.htm

Cuadro 19.

Frecuencia de piezas cariadas, exfoliadas y obturadas en la dentición temporal.

Cantidad de caries.	Número de niños.	%	Frecuencia de exfoliadas.	%	Frecuencia de obturadas.	%
0	43	48%	79	88%	62	69%
1	13	14%	8	9%	10	11%
2	14	16%	2	2%	9	10%
3	5	6%	1	1%	3	3%
4	7	8%	0		4	4%
5	3	3%	0		0	0%
6	3	3%	0		1	1%
7	2	2%	0		0	0%
8	1		0		1	1%

Nota: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 98.

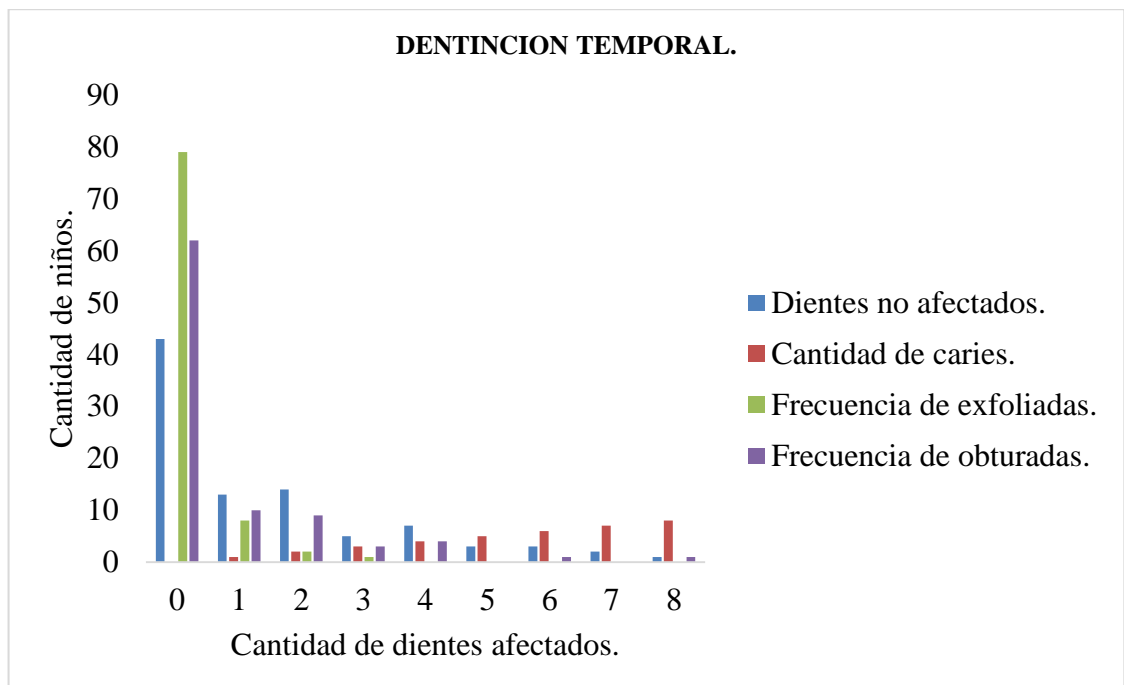


Grafico N. 19: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 76.

Análisis e interpretación.

En el presente cuadro N. 19 se observó que de la población estudiada 43 niños que representan el 48% presentaron 0 caries, 13 niños que representan el 14% presentaron 1 caries, 14 niños que representan el 16% presentaron 2 caries, 5 niños que representan el 6% presentaron 3 caries, 7 niños que representan el 8% presentaron 4 caries, 3 niños que representan el 3% presentaron 5 caries, 3 niños que representan el 3% presentaron 6 caries y 2 niños que representan el 2% presentaron 7 caries. En cuanto a las piezas exfoliadas en la dentición temporaria hubo 8 niños que habían perdido 1 pieza dental lo que representa el 9%, 2 niños que habían perdido 2 piezas dentales que representan el 2% y 1 niño que había perdido 3 piezas dentales que representa el 1%. En lo que respecta a las obturaciones se observó en este estudio que el 31% del total de la población poseen obturaciones.

Estudiando informaciones disponibles en la biblioteca digital de la Revista Estomatológica de la Universidad el Valle, un artículo de Arango y Baena¹⁰⁷ (2004) refiere que: “El número de dientes temporales afectados por niño de 5 años (ceo-d) es 3.0 a nivel nacional; en la ciudad de Cali este ceo-d es de 2.1”. (p. 29).

Lo que dio como resultado que 47 niños correspondientes al 52% presentaron caries en dientes temporarios lo cual demostró que el índice de ceo es elevado, un 12% de piezas exfoliadas y un 31% de piezas obturadas.

¹⁰⁷Arango, M., y Baena, G. (2004). Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Revista Estomatológica de la Universidad del Valle. [En línea]. Consultado: [15, junio. 2015] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10893/2285>

Cuadro 20.

Índice CPO y ceo.

Índice CPO.	1,62
Índice ceo.	2,38

Nota: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 98.

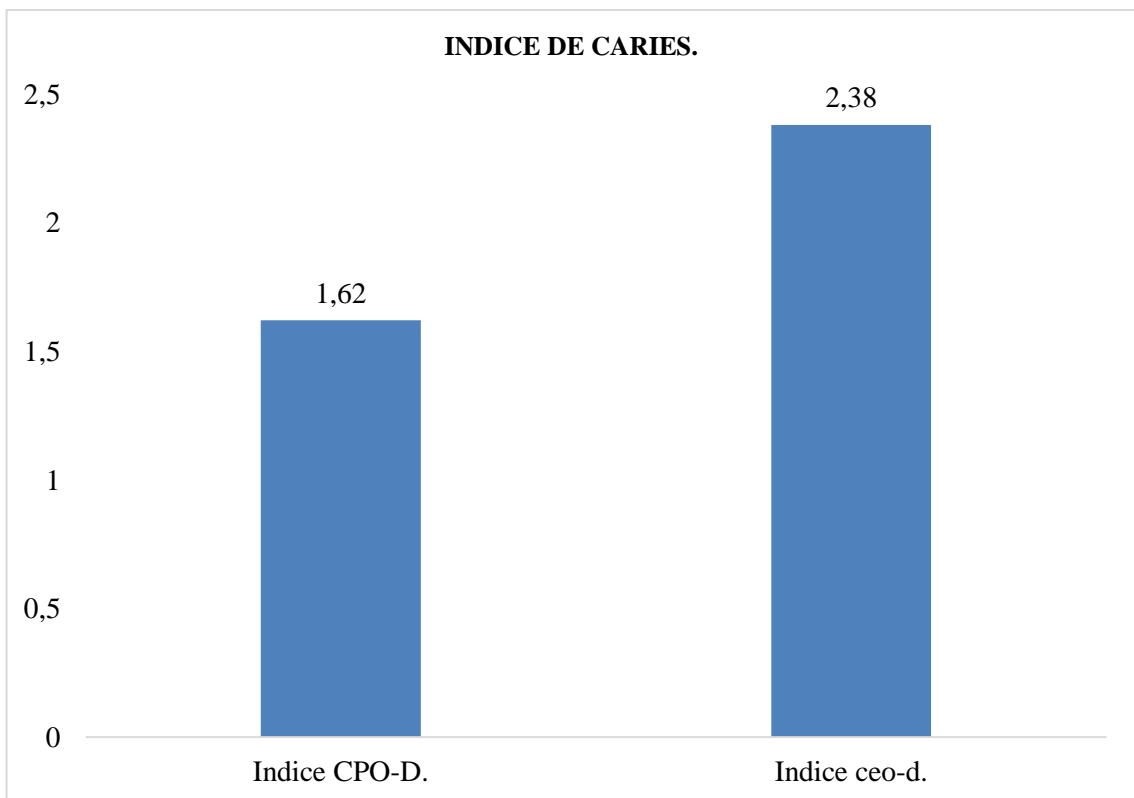


Grafico N. 20: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 78.

Análisis e interpretación.

Teniendo en cuenta los resultados de este estudio se pudo plantear que el índice CPO de 1,62 dio como resultado un bajo riesgo de enfermedad cariosa en la dentición permanente y en la dentición temporaria, con un 2,38 para el índice ceo. Aunque estos valores no impliquen un alto riesgo, constituyen una señal de alerta, debido a que los daños en la dentición temporaria pueden arrastrar daños futuros en la dentición permanente.

Investigando informaciones disponibles en la página web de la Universidad Nacional del Nordeste, un artículo de Ojeda y colaboradores¹⁰⁸ (2005) cita que: “La OMS establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores:

CPOD – ceod =

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”. (p. 29).

Estos resultados mostraron que el estado bucal de los niños no fue totalmente el adecuado y que se están descuidando las medidas preventivas odontológicas para el control de enfermedades bucales, lo que provocará riesgo largo plazo.

¹⁰⁸Ojeda, M., Acosta, N., Duarte, E., Mendoza, N., y Meana, M. (2005). Prevalencia de Caries Dental en Niños y Jóvenes de Zonas Rurales. Universidad Nacional del Nordeste. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf>

PLACA Y CÁLCULO DENTAL.

Cuadro 21.

Distribución de la placa y cálculo según la edad.

Edad.	Placa.	%	Cálculo.	%
9 años.	36	30%	7	27%
10 años.	26	22%	1	4%
11 años.	49	41%	14	54%
12 años.	9	7%	4	15%
	120	100%	26	100%

Nota: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 98.

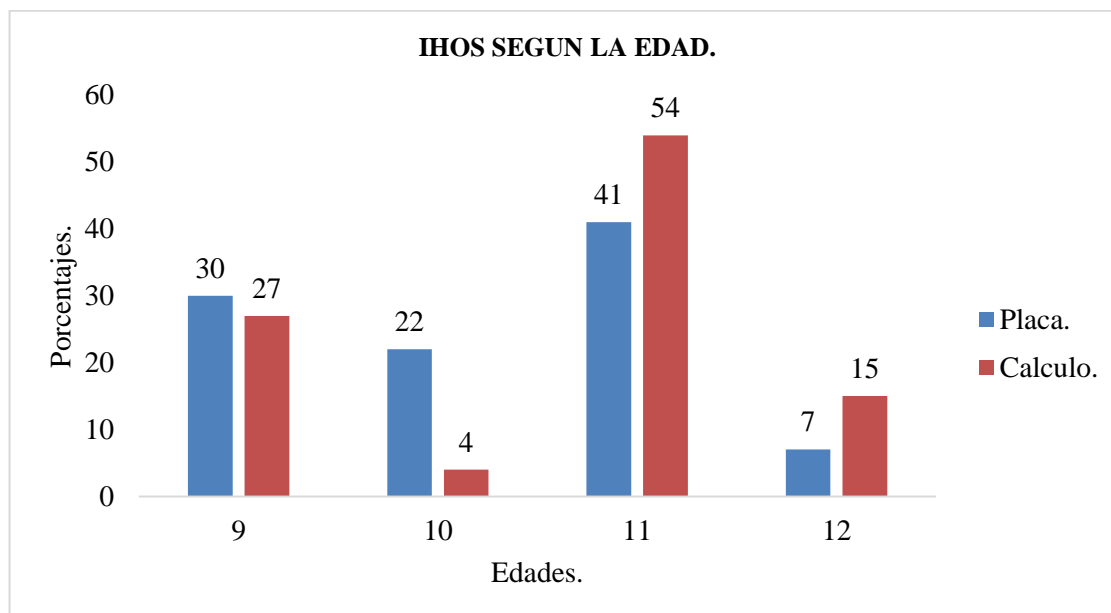


Grafico N. 21: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 80.

Análisis e interpretación.

En el presente cuadro N. 21, en el índice de placa por edad se observó que los niños de 9 años muestran 30% de placa, los de 10 años presentan 22% de placa, los de 11 años presentan 41% y los de 12 años muestra 7% de placa bacteriana. En cuanto al índice de cálculo en la edad de 9 años presentaron 27% de cálculo dental, los niños de 10 años presentaron 4% de cálculo, los de 11 años presentaron 54% y los de 12 años 15% de cálculo dental.

Examinando nuevamente en la obra de Eley, Soory y Manson¹⁰⁹ (2012) detalla que:

El cálculo, la <<costra pétreas>> que se forma en los dientes, se ha asociado a la enfermedad periodontal. Es una masa calcificada que se forma y se adhiere a la superficie de los dientes y otros objetos sólidos de la boca no expuestas a la fricción (p. ej., restauraciones y prótesis dentales). El sarro es la placa calcificada.

El cálculo casi nunca se encuentra en los dientes temporales y no es frecuente en los dientes permanentes de los niños pequeños. Sin embargo, se encuentra con frecuencia hacia los 9 años de edad y prácticamente en todos los adultos. (p. 32).

Por lo tanto, el índice de placa a la edad de 11 años presentó un 41% siendo el más alto y en cuanto al índice de cálculo a la edad de 11 años mostró un 54%, concurriendo la edad de 11 años la de mayor frecuencia en cuanto a los porcentajes de placa y cálculo.

¹⁰⁹Eley, B., Soory, M., y Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier.

Cuadro 22.

Distribución de la placa y cálculo según el sexo.

Sexo.	Placa.	%	Cálculo.	%
Masculino.	52	43%	11	42%
Femenino.	68	57%	15	58%

Nota: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 98.

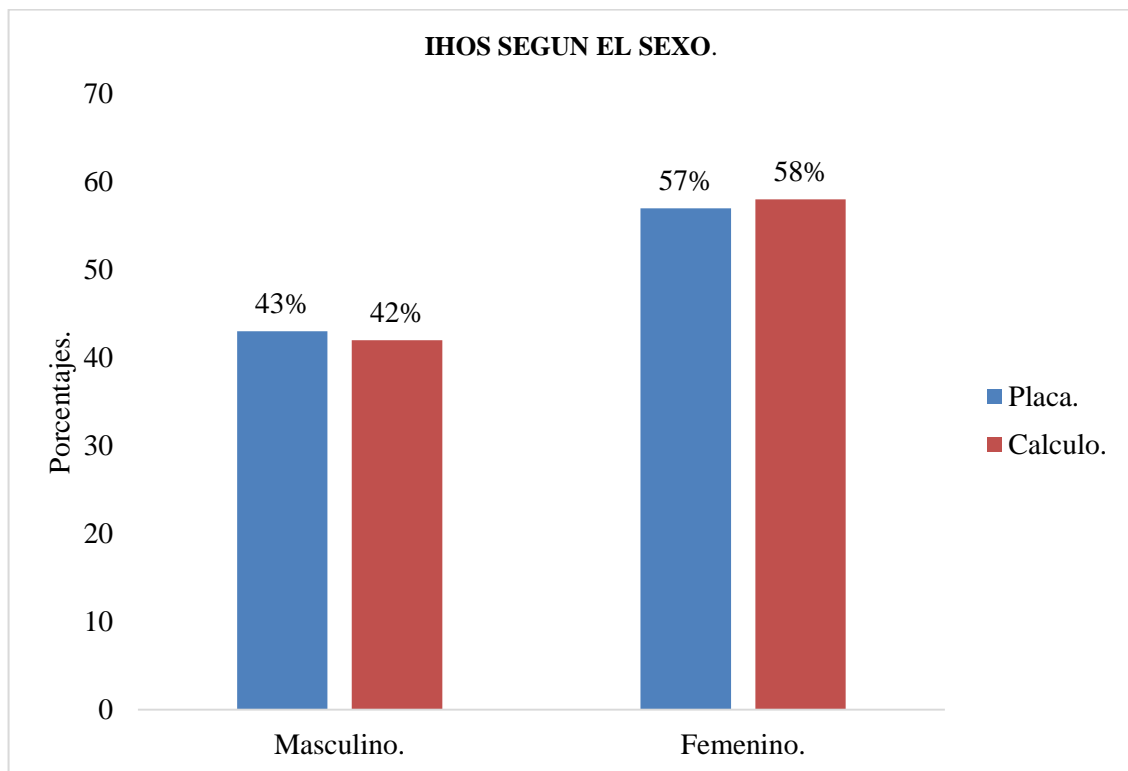


Grafico N. 22: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 82.

Análisis e interpretación.

En el presente cuadro N. 22 se observó que el nivel de placa en el sexo masculino se presentó en 52 niños representando el 43% y en el sexo femenino se presentó en 68 niñas correspondientes al 57%. El nivel de cálculo en el sexo masculino presentó 11 niños representando el 42% y en el sexo femenino se presentó en 15 niñas correspondientes al 58%.

Investigando informaciones disponibles en la página web de la Revista CES Odontología, un artículo de Franco¹¹⁰ (1995) describe que:

La prevalencia de placa dental es del 95,6%. Sin embargo, se debe destacar que del total de niños con este hallazgo, el 81.6% presentaba acumulación leve (grado 1 del índice de Sliness y Løe) y no se encontraron niños con acumulación severa.

El índice de placa fue de 0,61 (DS=0,42), sin diferencias significativas según el estrato de procedencia y la edad, pero si entre ambos sexos ($p=0,005$). (p. 31).

Lo que dio como resultado respecto al nivel de placa, que el sexo femenino fue en su totalidad un 14% mayoría y en cuanto al nivel de cálculo un 16% superior, por consiguiente las niñas predominaron en frecuencia de placa y cálculo.

¹¹⁰Franco, A. (1995). Prevalencia de caries y gingivitis en preescolares. Revista CES Odontología. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1412/998>

Cuadro 23.

Índice IHOS.

Índice IHOS.	Placa.	Cálculo.	Total:
	1,2	0,26	1,46

Nota: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 98.

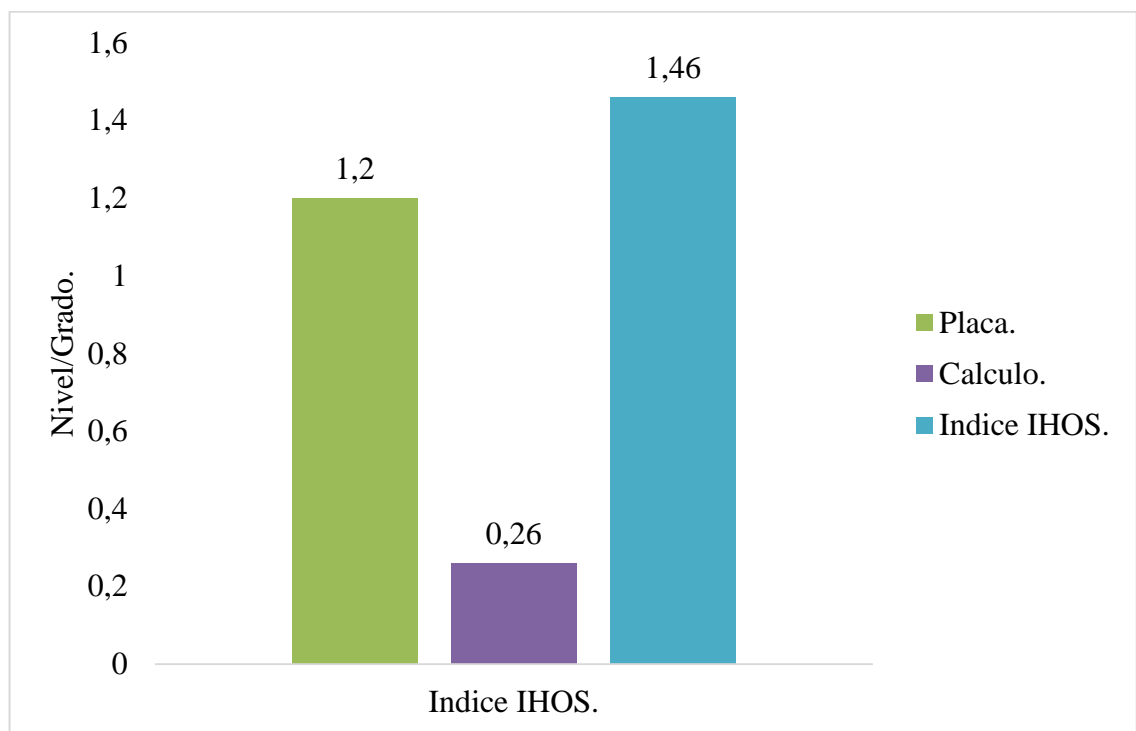


Grafico N. 23: Ficha odontológica aplicada a los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 84.

Análisis e interpretación.

En el presente cuadro N. 23, el índice IHOS en la población estudiada presentó 1,2 promedio de placa y 0,26 promedio de cálculo, con un total de 1,46 entre ambos.

Estudiando informaciones disponibles en la página web de la Revista Chilena Salud Pública, un artículo de Gómez y Morales¹¹¹ (2012) cita que:

Para obtener el índice individual de IHOS por individuo se suma la puntuación para cada diente señalado y dividirla entre el número de superficies consideradas, una vez establecido, se determina el grado clínico de higiene bucal:

Excelente: 0,0

Bueno: 0,1 - 1,2

Regular: 1,3 - 3,0

Malo: 3,1 - 6,0. (p. 33).

Lo que dio como resultado según el Índice de Higiene Oral Simplificada, un nivel regular.

¹¹¹Gómez, N., y Morales, M. (2012). Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. Revista Chilena Salud Pública. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/18609/19665>

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

El nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales se midió a través de un cuestionario de encuesta, mostrando que el 54% de los niños presentó un nivel de conocimiento bueno, el 41% presentó un nivel de conocimiento regular y el 4% un nivel de conocimiento malo. Logrando concluir que la mayoría están bien orientados e informados sobre la prevención de enfermedades bucales, y el 46% restante presenta déficit en conocimiento preventivo odontológico.

La placa bacteriana y el cálculo dental fueron signos sobresalientes en los niños, y la enfermedad bucal más frecuente que se logró identificar fue la caries dental. Los niños presentaron un 50% de caries en la dentición permanente con un índice CPO de 1,62 que según la OMS el nivel de severidad corresponde a un bajo riesgo de caries; para la dentición temporal presentaron 52% de caries con un índice ceo de 2,38 correspondientes a un bajo riesgo de caries. Por medio del índice IHOS se identificó 1,2 promedio de placa y 0,26 promedio de cálculo, y entre ambos 1,46 que según el índice de higiene oral simplificado correspondió a Regular.

5.2. Recomendaciones.

Es fundamental reforzar los conocimientos preventivos en salud oral en los niños y obtener mayor cuidado en el mantenimiento de una buena higiene oral, en la frecuencia del cepillado, la frecuencia del cambio del cepillo dental y lograr mejorar los hábitos higiénicos y por ende prevenir las enfermedades bucales.

Se recomienda a padres y niños a tener un mayor control en la ingesta diaria de dulces y golosinas y así evitar problemas a futuro, como la aparición de caries y gingivitis.

Se debe motivar a los niños sobre la importancia de la visita periódica al odontólogo y la aplicación de flúor como medio de prevención de enfermedades bucales.

Es necesario diseñar e implementar estrategias divulgativas y educativas públicas o privadas, que incrementen los conocimientos en prevención oral de los niños haciendo especial énfasis en los aspectos que se han mostrado como insuficientes en esta investigación y aunque los valores epidemiológicos no impliquen un alto riesgo, constituyen una señal de alerta, debido a que los daños en la dentición temporaria pueden arrastrar daños futuros en la dentición permanente, o provocar a futuro la pérdida prematura de las piezas dentarias.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos informativos:

6.1.1. Título de la propuesta.

Fortalecimiento de los conocimientos sobre prevención de las principales enfermedades bucales a los niños de 9 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

6.1.2. Entidad ejecutora.

Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera.

6.1.3. Clasificación.

Intervención social y educativa.

6.1.4. Ubicación sectorial y física.

La Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo está ubicada en la calle San Ignacio y Av. 15 de Abril, en la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, República del Ecuador.

6.1.5. Periodo de ejecución.

Fecha de inicio: 17 de junio de 2015.

Fecha de finalización: 22 de junio de 2015.

6.2. Introducción.

De acuerdo con las técnicas empleadas se pudo realizar la propuesta sugerida. Para ello se contó con los niños de 9 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

La presente propuesta constituyó una favorable contribución para reforzar los conocimientos en prevención de enfermedades bucales, y de esta forma mejorar la salud oral de los niños. Por ello, el presente documento está compuesto de datos de la propuesta, justificación, objetivos y finalmente el modelo del tríptico entregado a cada uno de los niños.

6.3. Justificación.

Se ha podido constatar en este estudio que en los niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera, existe un habitual nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales, como lo evidencian los resultados, existe un descuido en las visitas periódicas al odontólogo para evitar las caries, desconocen las señales de una gingivitis y el uso del flúor como medida preventiva odontológica. Y esto ha trascendido en el estado de salud oral de los niños por el alto número de caries tanto en la dentición temporaria como la permanente, así como la presencia de placa bacteriana en la mayoría de los niños.

Por tal razón esta propuesta tuvo el interés de educar a los niños por medio de un plan de charlas educativas sobre las medidas preventivas odontológicas y de higiene oral, y de esta forma reforzar los conocimientos en prevención de enfermedades bucales y mejorar sus estilos de vida.

6.4. Marco institucional.

La Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo inicia sus actividades el 15 de abril de 1934, manteniendo su intachable trayectoria hasta los actuales momentos. Desde entonces no ha existido normativa o reglamento que imposibilite normalizar cada una de las responsabilidades ya que se han manejado con una asociativa de responsabilidad en cada una de las áreas de docentes y basado en lo que textualmente expresa el reglamento General de la Ley de Educación. Si miramos retrospectivamente, esta institución no ha tenido que resolver problemas profundos en lo académico, pedagógico, de disciplina estudiantil o de comportamiento con la comunidad, sino que esos pequeños brotes han sido resueltos gracias a la capacidad intelectual de los docentes.

Hace unos años atrás se realizó la estructuración del reglamento interno que regulaba las actividades de sus miembros de acuerdo a la descripción de funciones de los respectivos cargos, aunque no se le hizo el trámite correspondiente con las autoridades superiores para su legalización, la escuela fiscal mixta 12 de Marzo ha ofrecido y ofrece una enseñanza acorde a los programas vigentes en el Ecuador, escolarizando a casi 600 estudiantes sin hacer distinción de sexo, religión, raza o capacidades diferentes para lo cual, se integra el estudio de la civilización, historia, cultura e idioma del Ecuador, respetando las exigencias esenciales de los programas oficiales ecuatorianos. La relación e interpretación del presente código de convivencia se encuentra circunscrita a lo dispuesto en el acuerdo ministerial 182 del 22 de mayo del 2007, así como a las características propias de la escuela fiscal mixta 12 de Marzo.

6.5. Objetivos.

6.5.1. Objetivo general.

Fortalecer los conocimientos sobre prevención de las principales enfermedades bucales a los niños de 9 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

6.5.2. Objetivos específicos.

Concientizar a los niños sobre la importancia de una buena higiene oral y el mantenimiento de dientes sanos.

Inculcar medidas preventivas odontológicas para mejorar los hábitos de salud oral y evitar la aparición de enfermedades bucales.

6.6. Descripción de la propuesta.

La presente propuesta, es de tipo educativa, dirigida a los niños y niñas desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera del Cantón Portoviejo, provincia de Manabí, República del Ecuador. La misma que tuvo como finalidad proporcionar conocimientos sobre prevención de enfermedades bucales y la importancia de una buena higiene oral.

6.6.1. Responsables.

Responsable de la tesis y directora de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

6.6.2. Beneficiarios.

- Beneficiarios directos: Niños de 9 a 12 años de edad de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera, cantón Portoviejo.
- Beneficiarios indirectos: Los padres de los niños y el personal docente de la escuela.

6.6.3 Diseño metodológico.

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron las siguientes actividades.

Primera fase:

- Socialización de los resultados obtenidos de esta investigación con las autoridades de la escuela.
- Elaboración de un cronograma de trabajo para la ejecución de la propuesta.
- Elaboración del material para las charlas que se realizaron en la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

Segunda fase:

- Realización de las charlas educativas.
- Entrega de trípticos educativos y de una gigantografía para contribuir en el conocimiento de las medidas preventivas odontológicas y mejorar la salud oral de los niños.

6.6.4. Factibilidad.

Esta propuesta es factible porque los niños de 9 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo cuentan con los conocimientos en prevención oral, y las autoridades y docentes de la misma dejaron constancia de su compromiso y predisposición en la realización de las réplicas de la información adquirida.

6.6.5. Sostenibilidad.

Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con la colaboración de los padres de familia, los niños de 9 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera, y de la directora y personal docente, que serán los responsables de realizar las réplicas de la información que les servirá a los padres y a los niños para reforzar las medidas preventivas odontológicas y evitar la aparición de enfermedades bucales, a través de un acta de compromiso firmado por los responsables de la misma (Ver Anexo 11, p. 109).

6.7. **Cronograma de la propuesta.**

Cuadro 24.

Cronograma de la propuesta.

Actividades.	Junio 2015.			
	17	18	19	22
Elaboración del material para las charlas educativas.	X			
Socialización de la propuesta con la directora de la escuela.		X		
Ejecución de las charlas educativas y entrega de trípticos.			X	
Entrega de la gigantografía a las autoridades del plantel.				X
Firma del acta de compromiso.				X

Nota: Cronograma de la propuesta.

Elaborado por la autora de esta tesis. (p. 93).

6.8. Presupuesto de la propuesta.

Cuadro 25.

Presupuesto de la propuesta.

Actividad.	Cantidad.	Valor Unitario.	Valor Total.	Responsable.
Trípticos.	100.	\$0,06	\$6,00	Autora.
Gigantografía.	1.	\$15,00	\$15,00	Autora.
Transporte.	0.	\$0.	\$10,00	Autora.
Imprevistos 10%.	0.	\$0.	\$3,10	Autora.
Total:				\$34,10

Nota: Presupuesto de la propuesta.

Elaborado por la autora de esta tesis. (p. 94).

ANEXOS.

Anexo 1.

Cuadro N. 26.

Matriz de operacionalización de las variables.

Variabes.	Tipo.	Escala.	Descripción.	Indicadores.
Edad.	Cuantitativa discreta.	9-10-11-12	Edad cronológica.	Frecuencia y porcentaje.
Sexo.	Cualitativa nominal.	Femenino Masculino	Sexo biológico.	Frecuencia y porcentaje.
Nivel de conocimiento.	Cualitativa nominal dicotómica.	Bueno. Regular. Malo.	Según las respuestas de la encuesta: 8-11 respuestas positivas. 4-7 respuestas positivas. 0-3 respuestas positivas	Frecuencia y porcentaje.
Caries dental.	Cuantitativa discreta.	Nivel de severidad: 0-1.1 1.2-2.6 2.7-4.4 4.5-6.5 6.6 y +	Según Índice CPO y ceo: Muy bajo. Bajo. Moderado. Alto. Muy alto.	Frecuencia y porcentaje.
Placa bacteriana.	Cuantitativa discreta.	0 1 2 3	Según Índice IHOS: Excelente. Bueno. Regular. Malo.	Frecuencia y porcentaje.

Nota: Matriz de operacionalización de las variables.
Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 1, p. 95.

Anexo 2.

Cuestionario de encuesta.



Carrera de Odontología.

Objetivo: Establecer el nivel de conocimiento preventivo en enfermedades bucales en los niños/as de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera.

ENCUESTA

N° de Orden: _____ Fecha: _____
Establecimiento: _____ Edad: _____
Sexo: _____ Paralelo: _____

El presente cuestionario nos permitirá tener una información sobre el nivel de conocimiento en salud oral, no existen respuestas buenas o malas, todas son útiles, por favor conteste con sinceridad.

Instrucción.- Marque con una X su respuesta.

CUESTIONARIO

1. ¿QUÉ IMPORTANCIA LE DARÍA UD AL MANTENER UNA BUENA HIGIENE DE LA BOCA Y MANTENER SUS DIENTES SANOS?

Muy importante.
Poco importante.
No es importante.

2. ¿CUÁNTAS VECES SE DEBEN CEPILLAR LOS DIENTES AL DÍA?

Después de cada comida.
Dos veces al día, al despertarse y acostarse.
Una vez al día.

3. ¿CADA CUÁNTO TIEMPO DEBE CAMBIAR SU CEPILLO DE DIENTES?

Antes de los 6 meses.
De 6 meses a 1 año.
Después de 1 año.

4. ¿CUÁNTAS VECES AL DIA CREE UD QUE SE DEBEN CONSUMIR DULCES Y GOLOSINAS?

Una vez al día.
Varias veces al día.
Todos los días.

5. ¿HA ESCUCHADO UD HABLAR DE LA CARIES DENTAL?

Muchas veces.
Casi nunca.
Nunca.

6. ¿QUÉ CONSIDERA UD QUE ES UNA CARIES DENTAL?

Es un hueco en los dientes.
Es un diente partido o roto.
Es un diente flojo.

7. ¿POR QUÉ CREE UD QUE APARECEN LAS CARIES EN LOS DIENTES?

Por la acumulación de saliva, bacterias y restos de comida.
Por cepillarse una vez al día.
No sabe.

8. ¿QUÉ TIPO DE ALIMENTOS CONSIDERA UD SON LOS ADECUADOS PARA EVITAR LAS CARIES?

Vegetales, carnes y frutas.
Vegetales, dulces, frutas y golosinas.
Dulces y golosinas.

9. ¿CUÁNDO CREE UD QUE ES NECESARIO IR AL DENTISTA PARA EVITAR LA APARICIÓN DE CARIES?

Cuando voy por un control regular de los dientes sin tener molestias.
Cuando ya se han formado los agujeros en los dientes y me duelen.
Cuando existe dolor en las encías.

10. ¿POR QUÉ CREE UD QUE A UNA PERSONA LE SANGRAN LAS ENCÍAS?

Porque tiene inflamada las encías.
Porque no visita al dentista.
No sabe.

11. ¿SABE UD PARA QUÉ SIRVE EL FLÚOR?

Para evitar la aparición de las caries.
Para curar las caries de los dientes.
Para cepillarse los dientes.

Anexo 3.

Ficha odontológica.

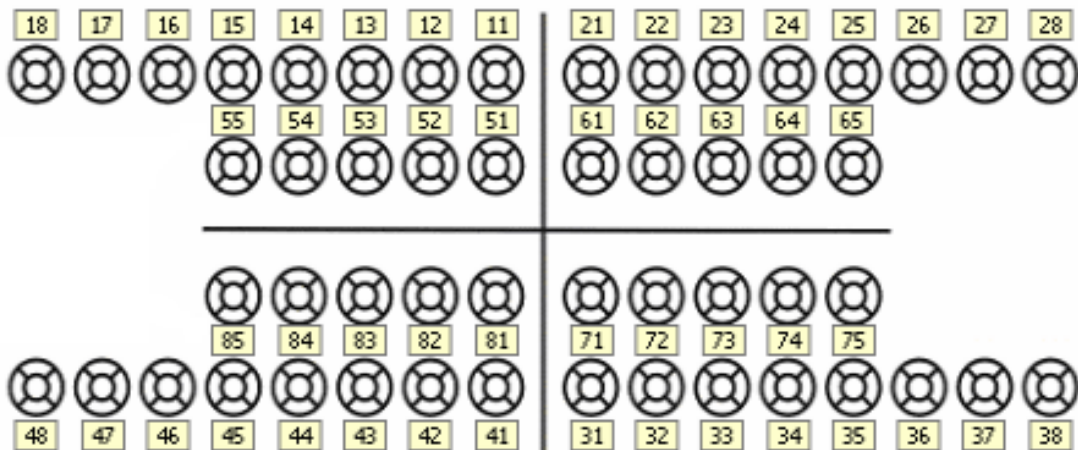


**CARRERA ODONTOLÓGIA.
FICHA ODONTOLÓGICA.**

N° de Ficha: _____

Fecha: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Establecimiento:			
Sexo:	Masculino.		Femenino.
Edad:			



Índices CPO-ceo.				
D	C	P	O	TOTAL.
D	C	E	O	TOTAL.

INDICADORES DE SALUD BUCAL.			
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA.			
PIEZAS DENTALES.			
	PLACA.	CALCULO.	GINGIVITIS.
	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1-2-3
16	17	55	
11	21	51	
26	27	65	
36	37	75	
31	41	71	
46	47	85	
TOTALES.			

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. III, 36.

Anexo 4.

Planilla de consentimiento informado.



Proyecto de investigación titulado:

Nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales en niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Investigadora: Jenniffer Elizabeth Ferrín Domo, estudiante de la carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Se solicita a usted el permiso de participación de su niño/a, en este proyecto de investigación, cuyo objetivo principal es establecer el nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales en los niños de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera.

En este estudio serán beneficiados los niños y niñas, los miembros del hogar y la institución educativa, porque a través de la educación y prevención de los problemas bucales se verá disminuido el ausentismo de los niños por dolencias dentales, su rendimiento escolar aumenta, al igual que gozaran de un autoestima alta, lo que traducirá en mejores relaciones con sus padres, compañeros y familiares, y el beneficio será para la colectividad en general.

La participación de su representado/a en el estudio es totalmente voluntaria y la información se utilizara solo para fines estadísticos, si usted decide no dar el permiso de participación, no existirá problema alguno.

Si usted decide dar la autorización de participación de su representado/a, se le realizará al mismo una ficha clínica y una exploración intra y extraoral de la cavidad bucal, para identificar las alteraciones bucodentales que presente, y puedan ser tratadas a tiempo y sean de su conocimiento.

De igual forma se le hará una encuesta anónima con un cuestionario de once preguntas simples sobre conocimiento en prevención de salud oral, esto ayudará a determinar el nivel de conocimiento en prevención en los niños y motivarlos sobre la importancia en salud oral.

En caso de otorgar su consentimiento informado y aceptar la participación de su niño/a firmar en la parte inferior de este documento.

Nombre del Representante Autorizado: _____

Nombre del Estudiante: _____ Año Básico: _____

Firma: _____

Jenniffer Ferrín Domo.
Responsable de esta investigación.

Fecha: _____

Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. III, p. 38.

Anexo 5.

Cuadro N. 27.

Presupuesto.

Cantidad.	Material.	Valor unitario.	Valor total.
4	Espejos bucales.	\$ 2,50	\$ 10,00
4	Exploradores.	\$ 2,00	\$ 8,00
20	Paquetes de campos operatorios.	\$ 1,00	\$ 20,00
1	Bandejas porta instrumental.	\$ 9,00	\$ 9,00
1	Caja de mascarilla.	\$ 4,00	\$ 4,00
3	Caja de guantes.	\$ 8,00	\$ 24,00
2	Eúcida.	\$ 7,50	\$ 15,00
1	Desinfectante de manos.	\$ 5,00	\$ 5,00
3	Remas.	\$ 4,00	\$ 12,00
5	Cd.	\$ 0,50	\$ 2,50
2	Lápiz bicolor.	\$ 0,50	\$ 1,00
2	Borrador.	\$ 0,25	\$ 0,50
2	Esferográficos.	\$ 0,40	\$ 0,80
5	Carpeta.	\$ 0,80	\$ 4,00
1	Riñonera.	\$ 6,00	\$ 6,00
3	Paquete de gasas.	\$ 3,00	\$ 9,00
Transporte.		\$ 40,00	\$ 40,00
Copias.		\$ 25,00	\$ 25,00
Material didáctico.		\$ 30,00	\$ 30,00
Impresiones.		\$ 40,00	\$ 40,00
Empastados.		\$ 20,00	\$ 20,00
Anillados.		\$ 15,00	\$ 15,00
SUBTOTAL:			\$ 288,80
IMPREVISTOS 10%.			\$ 28,88
TOTAL:			\$ 317,68

Nota: Presupuesto de esta tesis.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 100.

Anexo 6.

Cuadro N. 28.
Cronograma.

DECIMO OCTAVA PROMOCION.																																										
ACTIVIDADES.	2014												2015																													
	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.	■	■	■	■	■	■																																				
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 de esta tesis.

Elaborado por: Carrera de Odontología. Anexo 6, p. 101.

Anexo 7.

Cuadro N. 29.

Matriz de datos de la encuesta aplicada en niños desde 9 hasta 12 años de la escuela fiscal mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Escala para medir el nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales en niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo.	BUENO.	REGULAR.	MALO.
1. ¿QUÉ IMPORTANCIA LE DARÍA UD AL MANTENER UNA BUENA HIGIENE DE LA BOCA Y MANTENER SUS DIENTES SANOS?			
2. ¿CUÁNTAS VECES SE DEBEN CEPILLAR LOS DIENTES AL DÍA?			
3. ¿CADA CUÁNTO TIEMPO DEBE CAMBIAR SU CEPILLO DE DIENTES?			
4. ¿CUÁNTAS VECES AL DIA CREE UD QUE SE DEBEN CONSUMIR DULCES Y GOLOSINAS?			
5. ¿HA ESCUCHADO UD HABLAR DE LA CARIES DENTAL?			
6. ¿QUÉ CONSIDERA UD QUE ES UNA CARIES DENTAL?			
7. ¿POR QUÉ CREE UD QUE APARECEN LAS CARIES EN LOS DIENTES?			
8. ¿QUÉ TIPO DE ALIMENTOS CONSIDERA UD SON LOS ADECUADOS PARA EVITAR LAS CARIES?			
9. ¿CUÁNDO CREE UD QUE ES NECESARIO IR AL DENTISTA PARA EVITAR LA APARICIÓN DE CARIES?			
10. ¿POR QUÉ CREE UD QUE A UNA PERSONA LE SANGRAN LAS ENCÍAS?			
11. ¿SABE UD PARA QUÉ SIRVE EL FLÚOR?			

Nota: Matriz de datos de la encuesta aplicada a los niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera.

Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 7, p. 102.

Anexo 8.

Cuadro N. 30.

Concentrado de los indicadores epidemiológicos en salud bucal en niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera.

N°.				IHOS.		IP.	INDICE DE CARIES.					
	X	%		X		%	CPO.			ceo.		
	Edad.	SEXO.		Placa.	Calculo.	Gingivitis	C	P	O	C	e	O
M.		F.										
1	9	x		1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	9	x		1	0	0	1	0	0	2	0	0
3	9	x		2	0	0	3	0	0	5	0	0
4	9	x		1	0	0	0	0	0	2	0	0
5	9	x		1	0	0	0	0	0	1	0	0
6	9	x		2	1	0	0	0	0	1	2	0
7	9	x		1	0	0	4	0	0	2	0	0
8	9	x		2	1	0	4	0	0	4	0	1
9	9	x		0	0	0	0	0	0	0	0	2
10	9	x		1	0	0	0	0	0	0	0	0
11	9	x		1	0	0	5	0	0	0	0	0
12	9		x	1	0	0	0	0	0	0	0	0
13	9		x	1	0	0	2	0	1	1	0	1
14	9		x	3	1	0	0	0	3	5	0	3
15	9		x	2	0	1	0	0	0	4	0	0
16	9		x	2	0	0	0	0	0	4	0	1
17	9		x	2	0	0	1	0	0	7	1	0
18	9		x	3	1	1	2	0	0	7	2	0
19	9		x	2	1	0	1	0	0	1	1	3
20	9		x	1	0	0	0	0	0	2	0	0
21	9		x	1	0	0	1	0	0	0	0	0
22	9		x	1	0	0	0	0	0	2	0	0
23	9		x	2	1	0	0	0	0	3	0	4
24	9		x	2	1	0	0	0	0	2	0	0
25	10	x		1	0	0	1	0	0	3	0	1
26	10	x		1	0	0	0	0	0	5	0	1
27	10	x		1	0	0	3	0	0	6	0	0
28	10	x		1	0	0	0	0	0	4	0	1
29	10	x		1	0	0	0	0	0	2	1	2
30	10	x		1	0	0	2	0	0	2	0	2
31	10	x		1	0	0	5	0	1	0	0	0
32	10	x		1	0	0	0	0	0	0	0	2

33	10	x		1	0	0	2	0	0	4	1	2
34	10	x		1	0	0	0	0	2	0	0	2
35	10	x		2	1	0	0	1	1	4	0	0
36	10	x		1	0	0	0	0	2	3	1	4
37	10	x		1	0	0	0	0	1	0	0	3
38	10		x	1	0	0	2	0	0	3	0	0
39	10		x	2	0	0	0	0	4	0	0	0
40	10		x	1	0	0	0	0	0	0	0	1
41	10		x	1	0	0	2	0	0	2	0	0
42	10		x	1	0	0	4	0	0	0	0	0
43	10		x	1	0	0	3	0	0	2	0	0
44	10		x	1	0	0	2	0	0	0	0	1
45	10		x	1	0	0	2	0	0	0	0	0
46	10		x	1	0	0	0	0	0	0	0	0
47	10		x	1	0	0	0	0	1	1	1	2
48	10		x	1	0	0	3	0	0	1	0	0
49	11	x		2	1	1	2	0	0	6	0	0
50	11	x		1	0	0	0	0	0	4	0	0
51	11	x		2	0	1	0	0	0	2	1	4
52	11	x		1	0	0	5	0	0	0	0	0
53	11	x		1	0	0	0	0	1	0	0	4
54	11	x		2	1	0	0	0	0	1	0	2
55	11	x		1	0	0	1	0	0	0	0	6
56	11	x		2	1	0	3	1	0	2	4	0
57	11	x		2	0	0	0	0	0	0	0	8
58	11	x		2	0	0	0	0	4	0	0	0
59	11	x		2	1	0	2	0	0	1	0	2
60	11	x		1	0	0	0	0	0	0	0	0
61	11	x		2	1	0	6	0	0	0	0	0
62	11	x		1	1	0	1	0	0	0	0	0
63	11		x	2	1	0	6	0	0	1	0	1
64	11		x	1	0	0	0	0	0	1	0	1
65	11		x	2	1	0	4	0	1	3	0	0
66	11		x	1	0	0	2	0	0	0	0	0
67	11		x	1	0	0	2	0	0	0	0	0
68	11		x	2	0	0	3	0	0	2	1	0
69	11		x	1	0	0	1	0	0	0	0	0
70	11		x	2	0	0	2	0	1	0	0	0
71	11		x	1	0	0	1	0	0	0	0	0
72	11		x	1	0	0	0	0	0	0	0	0
73	11		x	1	0	0	0	0	1	0	0	0
74	11		x	1	0	0	0	0	0	0	0	0
75	11		x	1	0	0	0	0	0	0	0	0
76	11		x	1	0	0	0	1	0	1	0	0
77	11		x	2	1	0	4	0	0	0	0	0
78	11		x	1	1	1	3	0	0	0	0	0
79	11		x	1	1	0	3	0	0	0	0	0
80	11		x	1	0	0	0	0	0	0	0	0
81	11		x	1	0	0	0	0	0	0	0	0

82	11		x	1	1	1	0	0	0	1	0	0
83	11		x	1	1	1	4	0	0	1	0	0
84	11		x	1	1	0	1	0	0	6	0	0
85	12	x		1	1	0	0	0	0	0	0	0
86	12	x		2	1	1	3	0	0	2	0	0
87	12		x	1	0	0	0	0	0	0	0	0
88	12		x	2	1	1	1	0	0	0	0	0
89	12		x	1	0	0	0	0	0	0	0	0
90	12		x	2	1	0	4	0	0	0	0	0
Total:	924	44%	56%	120	26	9	119	3	24	131	16	67

Nota: Concentrado de los indicadores epidemiológicos en salud bucal.
Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 9, pp. 103 - 105.

Anexo 9.

Tríptico de la propuesta.



Gráfico N. 24: Anverso del tríptico entregado a los niños durante las charlas de la propuesta realizada en la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera. Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo, p. 106.

Tríptico de la propuesta.

Una sonrisa libre de caries... EL CEPILLADO DENTEAL

Colocó la pasta dental sobre el cepillo.

Cepilló tus dientes por todos lados, las encías y la lengua.

Pasa el hilo dental para quitar restos de comida.

Enjuégate bien de dos a tres veces.

¡Sonreí!

Como mantener una buena salud bucal:

Medidas preventivas.


Cepillarse los dientes después de cada comida, con una pasta dental fluorada y usa hilo dental para eliminar restos de comida.

¿Cómo cepillarse los dientes?

1. Incline el cepillo a un ángulo de 45° contra el borde de la encía y deslice el cepillo alejándose de ese mismo borde y hacia adelante.



2. Cepille suavemente el exterior e interior y la superficie de masticación de cada diente con movimientos cortos hacia atrás.



3. Cepille suavemente la lengua para eliminar las bacterias y refrescar el aliento.



Una alimentación equilibrada y

evitar el exceso de azúcares y carbohidratos.

Una dieta pobre puede promover la enfermedad de las encías y la caries dental. Los alimentos ricos en carbohidratos, azúcares y almidones contribuyen enormemente a la producción de ácidos de la placa que se adhiere al esmalte. Eventualmente, estos ácidos pueden causar la destrucción del esmalte formándose una cavidad.

Acudir al dentista dos veces por año, para revisión, detección y prevención de caries o cualquier padecimiento bucodental.

Gráfico N. 25: Reverso del tríptico entregado a los niños durante las charlas de la propuesta realizada en la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera. Elaborado por: Autora de esta tesis. Anexo 9, p. 107.

Anexo 10.

Socialización de la propuesta.

SOCIALIZACIÓN DE LA PROPUESTA.

Portoviejo, jueves 18 de junio del 2015.


Leda. Jeomar Cevallos Vélez.
Directora de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo.

Ciudad.-

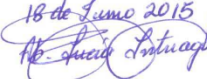
De mi consideración:

Como es de su conocimiento Sra. Rectora me encuentro realizando mi trabajo de investigación en el prestigioso establecimiento que ud dirige, y como resultado de mi encuesta y ficha odontológica aplicada a los niños y niñas de 9 a 12 años, he obtenido como resultado un nivel de conocimiento en prevención oral bueno en la mayoría de los estudiantes, pero nunca está de más reforzar los mismos, y también pude identificar un gran número de caries, presentando en un 50% caries en la dentición permanente y en un 52% en la dentición temporal, así como elevado índice de placa bacteriana en la mayoría de los niños. Por lo tanto me dirijo a ud con la finalidad de informarle que mi propuesta educativa será **“Fortalecimiento de los conocimientos sobre prevención de las principales enfermedades bucales a los niños de 9 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo”**; junto con la donación de una gigantografía y entrega de trípticos para incentivar a los estudiantes a tener una mejor salud oral.

Haciéndole conocer la socialización de mi propuesta, le reitero mi agradecimiento.


Jenniffer Ferrín Domo.
Egresada de la Carrera de Odontología.



Recibido
18 de Junio 2015


Anexo 11.

Acta de compromiso.

ACTA DE COMPROMISO.

A los veintidós días del mes de junio del año 2015, en la Dirección de la Escuela Fiscal Mixta “12 de Marzo” de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo; comparecen por una parte la Egresada en Odontología, Jenniffer Elizabeth Ferrín Domo; y, por la otra parte la Licenciada Jeomar Cevallos Vélez, Directora del plantel, con la finalidad de firmar el Acta de entrega - recepción, de una gigantografía y trípticos que servirán de material de apoyo, como parte de la propuesta de investigación: **“FORTALECIMIENTO DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES A LOS NIÑOS DE 9 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA 12 DE MARZO DE LA PARROQUIA ANDRÉS DE VERA DEL CANTÓN PORTOVIEJO”** de igual manera dejar constancia que el compromiso de la escuela sea que los docentes tomen a su cargo la difusión de medidas preventivas odontológicas como técnicas de cepillado, uso de la seda dental, una correcta alimentación y las visitas periódicas al odontólogo, a través de charlas educativas, todo lo cual, se impartirá en el horario que se considere pertinente.



Jenniffer Ferrín Domo.

Egresada de Odontología.



DIRECTORA E

Lda. Jeomar Cevallos Vélez.



Anexo 12.



Grafico N. 26: Madre de familia firmando el consentimiento informado previo a la recolección de datos de esta investigación.

Foto tomada por: Autora de esta tesis. Anexo 12, p. 110.



Grafico N. 27: Desarrollo de la encuesta sobre el nivel de conocimiento en prevención de enfermedades bucales en niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera.

Foto tomada por: Autora de esta tesis. Anexo 12, p. 110.



Grafico N. 28: Aplicación del examen odontológico en niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera.
Foto tomada por: Auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 12, p. 111.



Grafico N. 29: Socialización de la propuesta junto a la directora de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera.
Foto tomada por: Auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 12, p. 111.



Grafico N. 30: Ejecución de las charlas educativas sobre prevención de enfermedades bucales en niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera.
Foto tomada por: Auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 12, p. 112.



Grafico N. 31: Entrega de trípticos a niños desde 9 hasta 12 años de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera.
Foto tomada por: Auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 12, p. 112.



Grafico N. 32: Firma del acta de compromiso junto a la directora de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera.

Foto tomada por: Auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 12, p. 113.



Grafico N. 33: Entrega de la gigantografía como parte de la propuesta a la directora de la Escuela Fiscal Mixta 12 de Marzo, parroquia Andrés de Vera.

Foto tomada por: Auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 12, p. 113.

BIBLIOGRAFÍA.

- Álvarez, R., y Lazo de la Vega, M., (2002). Salud Pública y Medicina Preventiva. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno S.A.
- Arango, M., y Baena, G. (2004). Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Revista Estomatológica de la Universidad del Valle. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10893/2285>
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. (2001). Caries dental. AEPap. [En línea]. Consultado: [14, junio, 2015] Disponible en: <http://www.aepap.org/pdf/caries.pdf>
- Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Bascones, A. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Medido-Dentales.
- Bello, J. (2012). Calidad de vida, Alimentos y salud Humana: Fundamentos científicos. Madrid, Reino de España: Ediciones Días de Santos S.A.
- Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven, Reino de España: Ripano.
- Bosch, R., Rubio, M., García, F. (2010). Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Avances en Odontoestomatología. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v28n1/original2.pdf>
- Cameron, A. y Widmer, R. (2010). Manual de Odontología Pediátrica. Reino de España: Elsevier.

Cawson, R., y Odell, E. (2009). Medicina y Patología Oral: Patología de Tejidos Duros. Reino de España: Editorial Elsevier.

Cisneros, G., y Hernández, Y. (2011). La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n10/san131011.pdf>

Colgate-Palmolive Company. (2015). Cuidados y reemplazo del cepillo dental. Colgate Profesional. [En línea]. Consultado: [08, junio, 2015] Disponible en: <http://www.colgateprofesional.com.ec/pacientes/Cuidados-y-reemplazo-del-cepillo-dental/articulo>

Contreras, N., Valdivieso, M. y Cabello, E. (2008). Nivel de conocimiento y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. Revista Estomatológica Herediana. [En línea]. Consultado: [03, junio 2015] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1852/1861>

Cortesi, V. (2008). Manual práctico para el auxiliar de Odontología. Reino de España. Crespo, M., Riesgo, Y., Laffita, Y., Rodríguez, A., y Copello, A. (2010). Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria Lidia Doce Sánchez. Centro Provincial de Ciencias Médicas. [En línea]. Consultado: [13, junio, 2015] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n2/san14210.pdf>

Cuenca, E., y Baca, P. (2013). Odontología Preventiva y Comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. Reino de España: Elsevier Masson.

Dávila, M., y Mujica, M. (2008). Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Revista Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en:

http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/pdf/programa_educativo_escolares.pdf

Díaz, H. (2011). Higiene bucodental. Salud en familia. [En línea]. Consultado: [08, junio, 2015] Disponible en: <http://www.saludenfamilia.es/general.asp?seccion=663>

Eley, B., Soory, M., y Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier.

Franco, A. (1995). Prevalencia de caries y gingivitis en preescolares. Revista CES Odontología. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1412/998>

Franco, A., Jiménez, J., Saldarriaga, C., Zapata, L., Saldarriaga, A., Martignon, S., González, M., Luna, L., y Ocampo, A. (2003). Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de seis años. [En línea]. Consultado: [07, junio, 2015] Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/535/311>

Franco, A., Santamaría, A., Kurzer, E., Castro, L., Giraldo, M. (2004). El menor de seis años: situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Revista CES Odontología. [En línea]. Consultado: [05, junio, 2015] Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/461/261>

Fotek, I. (2014). MedlinePlus. Encías sangrantes. [En línea]. Consultado: [14, junio, 2015] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003062.htm>

Gómez, N., y Morales, M. (2012). Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. Revista Chilena Salud Pública. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/18609/196>

Gómez, O. (2007). Educación para la salud. República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

González, A. (2010). Guía para la atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria de Asturias. Asturias: Publidisa.

Guedes-Pinto, A., Bonecker, M., y Rodrigues, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa de Brasil: Livraria Santos Editora.

Harris, N., y García-Godoy, F. (2005). Odontología preventiva primaria. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno S.A.

Inga, C. (2014). ¿Qué es una caries? KidsHealth. [En línea]. Consultado: [14, junio, 2015] Disponible en: http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=KidsHealth&lic=1&ps=307&cat_id=20270&article_set=39807

Jiménez, M. (2007). Odontopediatría en Atención Primaria. Reino de España: Vértice, S.L.

Koch, G., y Poulsen, S. (2011). Odontopediatría Abordaje Clínico. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Laserna, V. (2008). Higiene Dental Personal Diaria. Naciones Originarias de Canadá: Trafford Publishing.

Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Liponis, M. (2008). Ultra – Longevidad. República de Colombia: Editorial Norma.

Márquez, M., Rodríguez, R., Rodríguez, Y., Estrada, G., y Aroche, A. (2009). Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica La Democracia. MEDISAN. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san12509.htm

Martínez, K. et al. (2010). Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6 a 12 años de edad de San Luis Potosí. Revista de Investigación Clínica. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn103c.pdf>

Mazariegos, M., Vera, H., Sanz, C. (2003). Contenidos Educativos en Salud Bucal. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015] Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf

Misrachi, C., Sáez, M. (1989). Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral. Cuaderno Médico Sociales. [En línea]. Consultado: [05, junio, 2015] Disponible en: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/1989/30/2/30_2_6.pdf

Monés, J. (2009). El médico en casa, comprender el Estreñimiento y la Diarrea. Reino de España: Editorial Amat.

Mora, L., y Martínez, J. (2000). Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyar y Cartuja de Granada capital. Atención Primaria. [En línea]. Consultado: [19, junio, 2015] Disponible en: <http://www.ugr.es/~cts131/documentos/DOC0070.PDF>

Ocaña, J., (2015). La población del mundo. EducaLab. [En línea]. Consultado: [13, junio, 2015]. Disponible en: http://recursostic.educacion.es/secundaria/edad/3esohistoria/quincena5/quincena5_contenidos_2a.htm

Ojeda, M., Acosta, N., Duarte, E., Mendoza, N., y Meana, M. (2005). Prevalencia de caries dental en niños y jóvenes de zonas rurales. Universidad Nacional del Nordeste.

[En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en:
<http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2007). Salud bucodental. [En línea]. Consultado:
[23, mayo, 2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

Palma, A., y Sánchez, F. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica: prevención y mantenimiento de la salud bucodental. Reino de España: Editorial Paraninfo S.A.

Pires, M., Schmith, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

Raza, X. Pinto, G. Ayala, E. (2010). Manual de educación para la salud bucal para maestros y promotores. Ministerio de Salud Pública. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2015] Disponible en:
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20EDUCATIVO%20PARA%20LA%20SALUD%20BUCAL%20PARA%20MAESTROS%20Y%20PROMOTORES.pdf>

Real Academia Española. (2012). Diccionario de la lengua española. Madrid: Autor.

Ricketts, D., y Bartlett, D. (2013). Odontología Operatoria Avanzada un Abordaje Clínico. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Rivas, V. (2011). Salud Comunitaria. Tacna: República de Perú.

Rodríguez, Ruiloba y Herdoiza. (2010). Manual de Educación para la Salud Bucal. República del Ecuador: Coordinación de promoción de la salud.

Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de Higiene Bucal: Placa Bacteriana. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Sosa, M., (2003). Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. [En línea]. Consultado: [03,

junio, 2015] Disponible en:

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf>

Ureña, J. (2009). Atención preventiva de la salud bucal en el preescolar. Medigraphic Literatura Biomédica. [En línea]. Consultado: [06, junio, 2015] Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092h.pdf>

Van Waes, H., y Stöckli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Reino de España: Elsevier Masson.

Wolf, H. y Rateitschak, E. (2005). Periodoncia. Reino de España: Masson.