

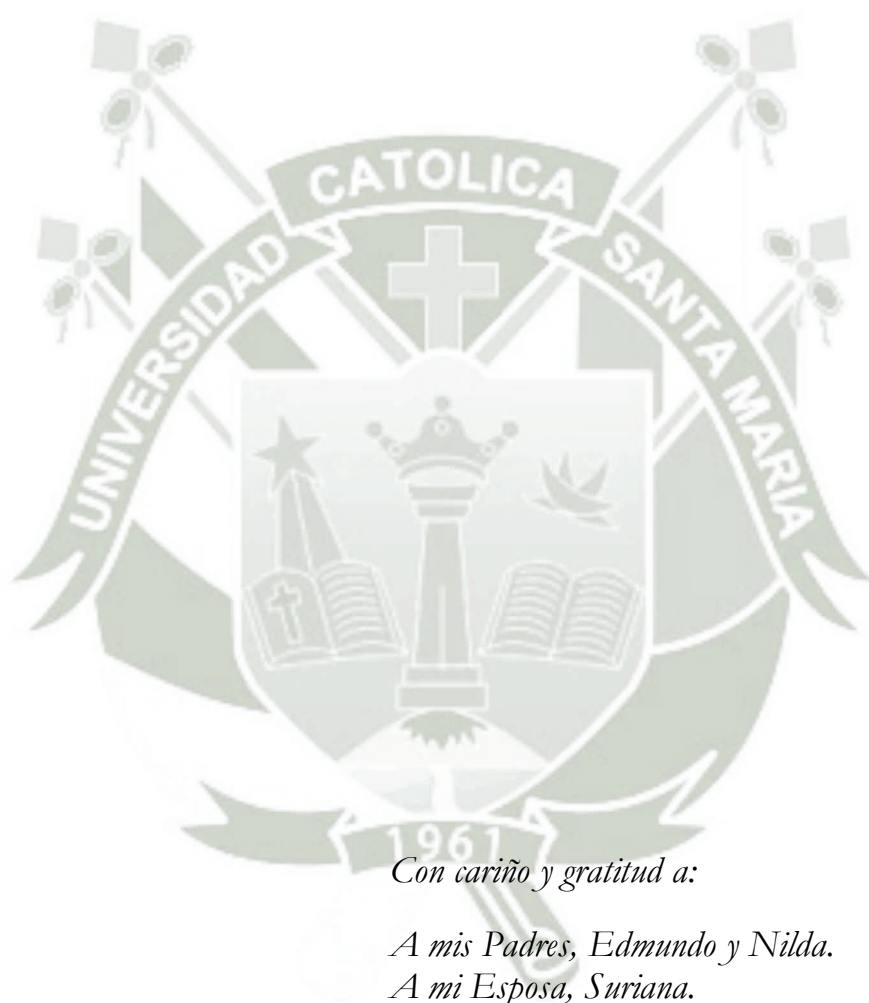
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD



**CORRELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO ACERCA DE
PREVENCIÓN DE SALUD BUCAL Y EL ESTADO DE SALUD
DENTO – PERIODONTAL EN ALUMNOS DE 12 A 17 AÑOS.
COLEGIO 41041 “CRISTO REY” – CAMANÁ. 2003**

**TESIS PRESENTADA POR EL BACHILLER:
JAVIER CAMPOS GUTIÉRREZ
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAGÍSTER EN EDUCACIÓN PARA LA
SALUD**

**AREQUIPA – PERÚ
2004**



Con cariño y gratitud a:

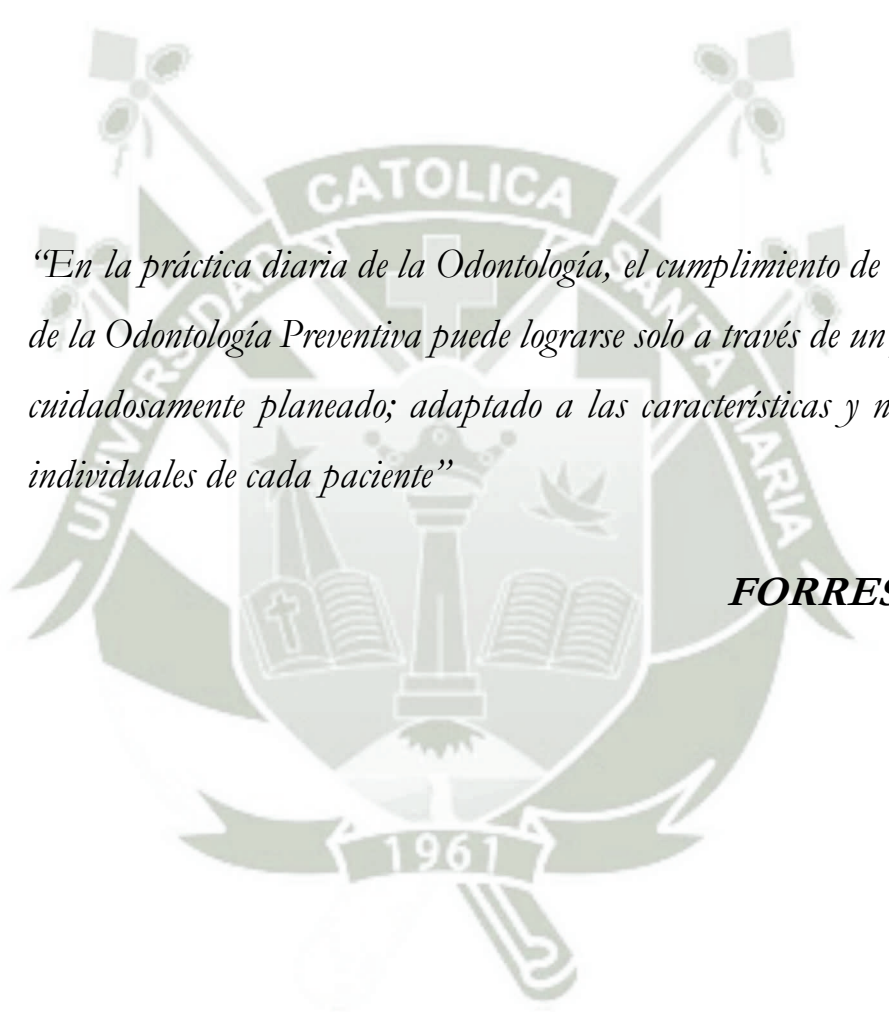
A mis Padres, Edmundo y Nilda.

A mi Esposa, Suriana.

A mis Hijos, Carlo Javier y Carla Leslie.

Por su apoyo, comprensión y estímulo que han permitido la realización del presente Trabajo.

A la memoria de mi abuelo, Jesús Orestes Gutiérrez Vilchez.



“En la práctica diaria de la Odontología, el cumplimiento de los ideales de la Odontología Preventiva puede lograrse solo a través de un programa cuidadosamente planeado; adaptado a las características y necesidades individuales de cada paciente”

FORREST, Jhon

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO ÚNICO: RESULTADOS	8
1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.....	9
2. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE SALUD BUCAL.....	12
3. ESTADO DE SALUD DENTO PERIODONTAL.....	25
4. REPERCUSIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LOS ÍNDICES CPOD, IHO-S, IPR	32
CONCLUSIONES	36
PROPUESTA: PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR	37
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	44
1. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	45
2. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	101
3. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE FORMULARIO DE PREGUNTAS	103
4. CÁLCULOS ESTADÍSTICOS	107

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue diseñado con la finalidad de determinar la correlación entre el nivel conocimiento acerca de prevención de salud bucal y el Estado de Salud Dento - Periodontal de los alumnos de 12 a 17 años en un Colegio de Nivel Secundario de Gestión Estatal. Para la selección de pacientes se empleó el método de muestro estratificado simple por números aleatorios; de una población de 579 estudiantes se seleccionó un total de 237 estudiantes (muestra).

El estudio comprendió la aplicación de un formulario de preguntas (elaborado especialmente para la investigación), para establecer el nivel de conocimientos acerca de Salud Bucal Preventiva de los estudiantes. Luego a cada estudiante se le aplicó los índices siguientes: Índice de Klein y Palmer (CPOD), el Índice de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillon (IHO-S) y el Índice Periodontal de Rousell (IPR), para medir el Estado de Salud Dento - Periodontal.

Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba estadística del Coeficiente de Correlación de Pearson.

Al concluir la investigación se demostró estadísticamente que el nivel de conocimiento a cerca de Prevención de Salud Bucal repercute en el estado de Salud Dento-Periodontal, obteniendo una relación del nivel de conocimiento acerca de prevención de salud bucal: con el índice CPOD de (-41.87%), con el Índice de Higiene Oral Simplificado IHO-S de (-45.22%) y con el Índice Periodontal de Rousell IPR de (-45.96%); en todos los casos se trata de una relación moderada.

ABSTRACT

The present Investigation work was designed to determine the correlation between the level of knowledge on preventive oral health and the Dento - Periodontal health, in students between 12 to 17 years in a public school. For the selection, a simple stratificate exhibition for aleatory numbers was used. From a population of 579 students, we chose 237 students (exhibition).

The study began with the application of a questionnaire (made specially for the investigation). To determine the level of knowledge about preventive mouth health of the students. Then each student was given the Klein and Palmer Index (CPOD) Index Simplify of the Oral Hygiene of Green and Vermillon (IHO-S) and Rousell Periodonty Index (IPR) to mearsure the condition of Dento - Periodonty Health.

To verify the hypothesis we used Pearson's coefficient of correlation statistics test.

At the end of the research it was statistically demostred that, the level of knowledge on preventive oral health has a repercussion on the Dento-Periodontal health, obtaining a relationship of the level of knowledge on the prevention of dental health with the index COPD (-41.87%), with oral hygiene index simplified IHO-S (-45.22%) and the Rousell periodontal index IPR (-45.96%). In every case it is a moderate relationship.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación esta avocado a determinar la correlación entre el Conocimiento acerca de Prevención de Salud Bucal y la Salud Dento-Periodontal de los Alumnos de 12 a 17 años del Colegio 41041 Cristo Rey de Camaná. 2003.

Durante la formación de los educandos se aborda de distintas maneras temas acerca de Prevención de Salud bucal, en aras de establecer la importancia de éstos Conocimientos con respecto al Estado de Salud Dento-Periodontal, se seleccionó una muestra de 237 de una población de 579 estudiantes del Colegio 41044 Cristo Rey. Para la ejecución del presente trabajo de investigación se contó con el apoyo del Sr. Director del mencionado colegio así como de los Docentes.

El capítulo único presenta los resultados en el que se considera las características de la población; el nivel de conocimiento acerca reprevención de salud bucal y el estado de salud dento-periodontal, analizados estadísticamente.

En anexos se incluye el Proyecto de Investigación, que incluye la bibliografía, el Formulario de Preguntas, la Ficha Epidemiológica, los Cálculos Estadísticos y la Matriz de Sistematización de Datos.

Cabe agradecer el apoyo recibido por parte del Director, Sub Director y personal docente del Colegio 41041 "Cristo Rey" de Camaná por su apoyo importante que ha permitido el desarrollo de esta investigación.



CAPÍTULO ÚNICO

RESULTADOS



1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

CUADRO N° 1

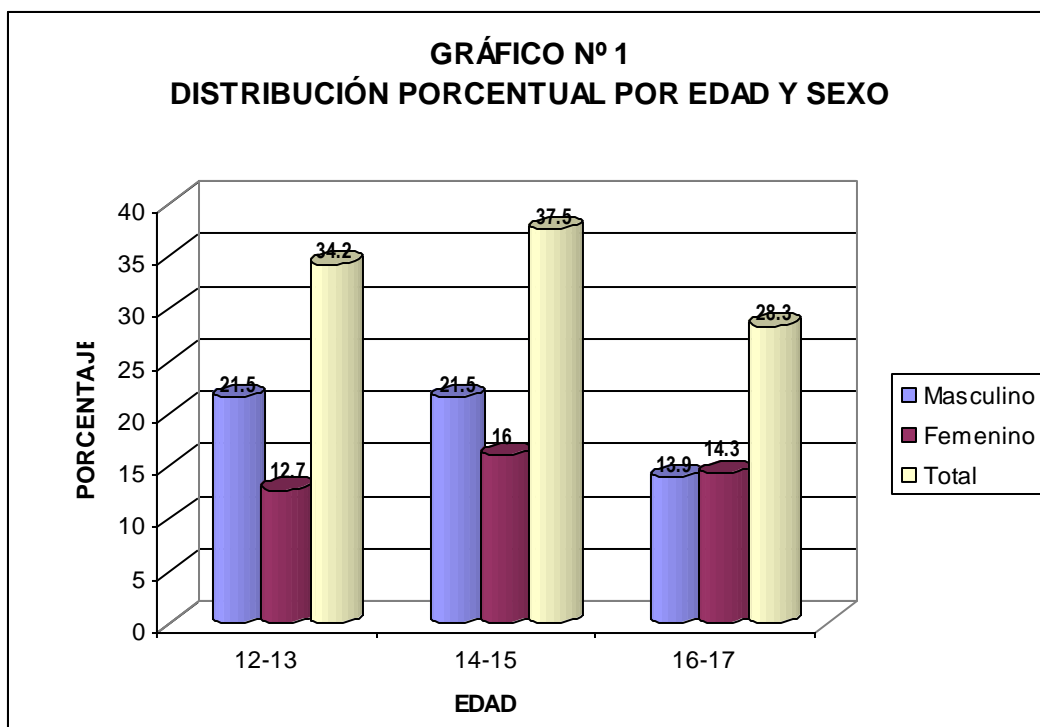
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL POR EDAD Y SEXO

Sexo \ Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
12 – 13	51	21.5	30	12.7	81	34.2
14 - 15	51	21.5	38	16.0	89	37.5
16 – 17	33	13.9	34	14.3	67	28.3
Total	135	57.0	102	43.0	237	100.0

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos)

Se observa claramente que el mayor porcentaje (57.0%) de estudiantes corresponde al sexo masculino, debido a que es el único Centro Educativo de Nivel Secundario que recibe varones en el turno tarde en la provincia de Camaná.

En el grupo etareo de 16 - 17 el porcentaje de estudiantes de sexo masculino y femenino es similar debido que a esa edad algunos estudiantes varones pasan a estudiar en el turno nocturno.



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).



2. CONOCIMIENTO ACERCA DE PREVENCIÓN DE SALUD BUCAL

CUADRO N° 2

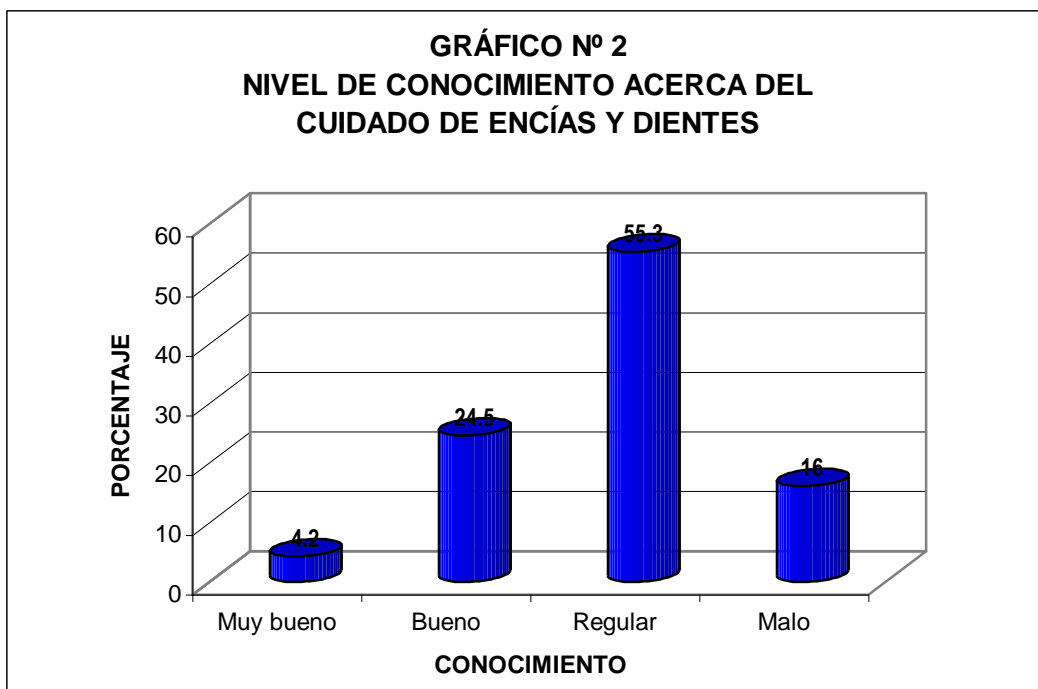
NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DEL CUIDADO DE
ENCÍAS Y DIENTES*

CONOCIMIENTO*	N°	%
Muy Bueno	10	4.2
Bueno	58	24.5
Regular	131	55.3
Malo	38	16.0
Total	237	100.0

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).

* Ver Anexo N° 3 (Pág. 102)

Observamos que el 55.3% de Estudiantes (131) presenta una nivel de conocimiento Regular y solo el 4.2% de Estudiantes (10) presenta un nivel de conocimiento Muy Bueno a cerca del Cuidado de Encías y Dientes. Al aplicar un adecuado programa de salud Bucal Escolar se debe elevar el conocimiento acerca de Cuidado de Encías y Dientes en los Estudiantes.



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).

CUADRO N° 3

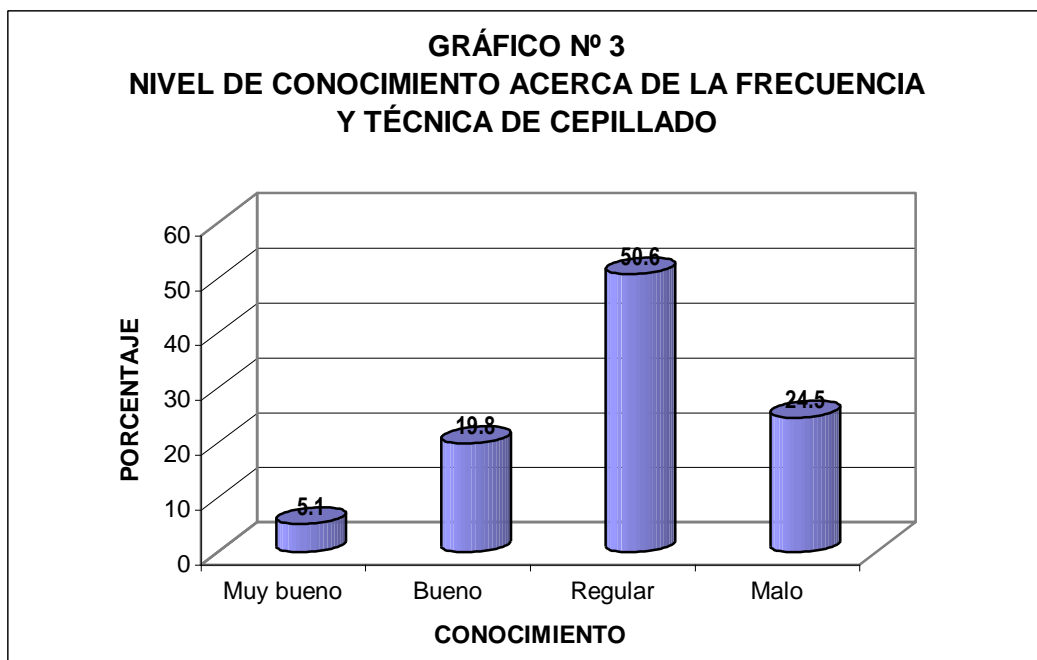
NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA FRECUENCIA Y
TÉCNICA DE CEPILLADO*

CONOCIMIENTO*	N°	%
Muy Bueno	12	5.1
Bueno	47	19.8
Regular	120	50.6
Malo	58	24.5
Total	237	100.0

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).

* Ver Anexo N° 3 (Pág. 102)

Observamos que el 50.6% de Estudiantes (120) presenta un nivel de conocimiento Regular y solo un 5.1% de Estudiantes (12) presenta un nivel de conocimiento Muy Bueno acerca de Frecuencia y Técnica de Cepillado. Un Programa de Salud Bucal Escolar debe poner énfasis en mejorar el Nivel Conocimiento de la Frecuencia y Técnica de Cepillado, para así mejorar los hábitos y la aplicación de una adecuada Técnica de Cepillado por los estudiantes.



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).



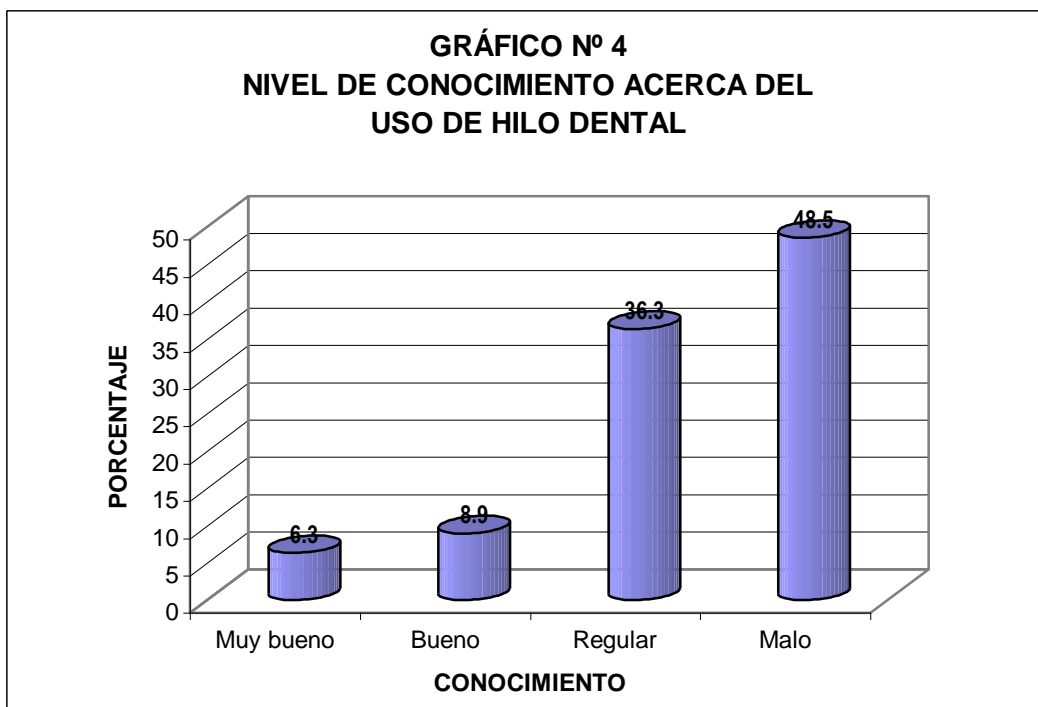
CUADRO N° 4**NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE USO DEL HILO DENTAL***

CONOCIMIENTO*	N°	%
Muy Bueno	15	6.3
Bueno	21	8.9
Regular	86	36.3
Malo	115	48.5
Total	237	100.0

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).

* Ver Anexo N° 3 (Pág. 102)

Observamos que el 48.5% de Estudiantes (115) presenta un nivel de Conocimiento Malo y solo el 6.3% de Estudiantes (15) presenta un nivel de Conocimiento Muy bueno acerca del uso de Hilo Dental. El escaso conocimiento acerca de las bondades del Uso de Hilo Dental, debe ser revertido con un Programa de Salud Bucal Escolar para lograr una mejor calidad de Higiene Oral en los estudiantes.



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).

CUADRO N° 5

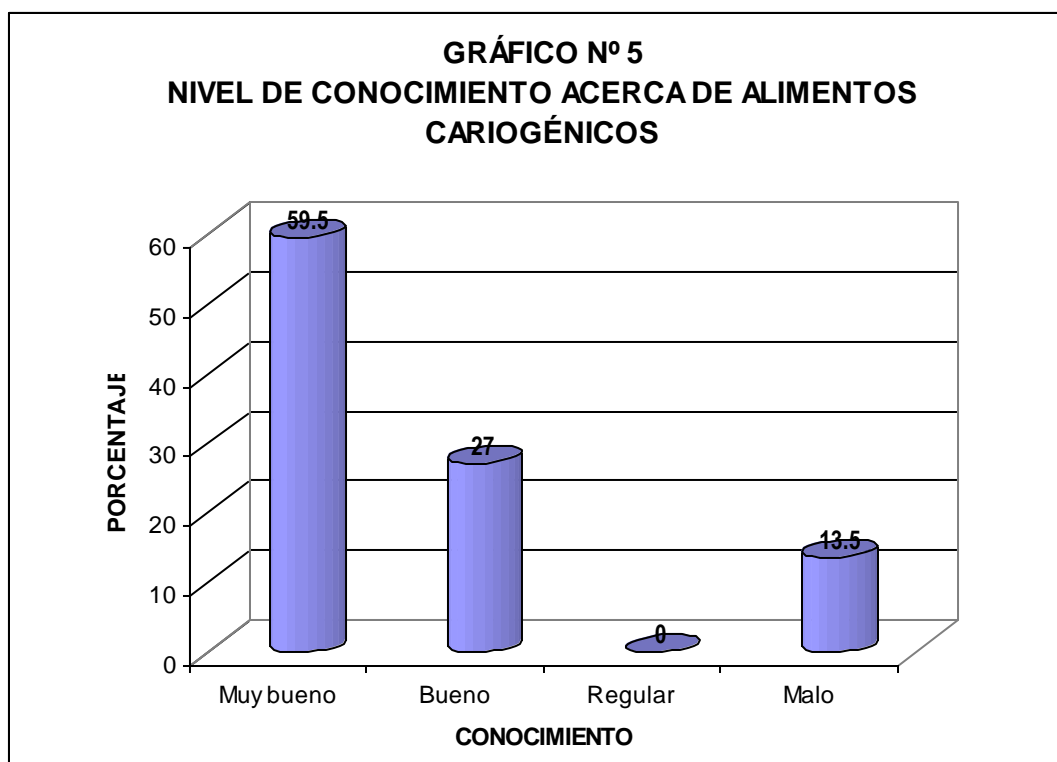
NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE ALIMENTOS
CARIOGÉNICOS*

CONOCIMIENTO*	N°	%
Muy Bueno	141	59.5
Bueno	64	27.0
Regular	-	-
Malo	32	13.5
Total	237	100.0

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).

* Ver Anexo N° 3 (Pág. 102)

Observamos que el 59.5% de Estudiantes (141) presenta un nivel de Conocimiento Muy Bueno y solo el 13.5% de Estudiantes (32) presenta un nivel Malo acerca de Alimentos Cariogénicos. Los hábitos alimenticios y de Higiene se relacionan negativamente con el estado de Salud Dento-Periodontal. En un programa de Salud Bucal Escolar se debe poner énfasis en mejorar los hábitos de higiene.



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).

CUADRO N° 6

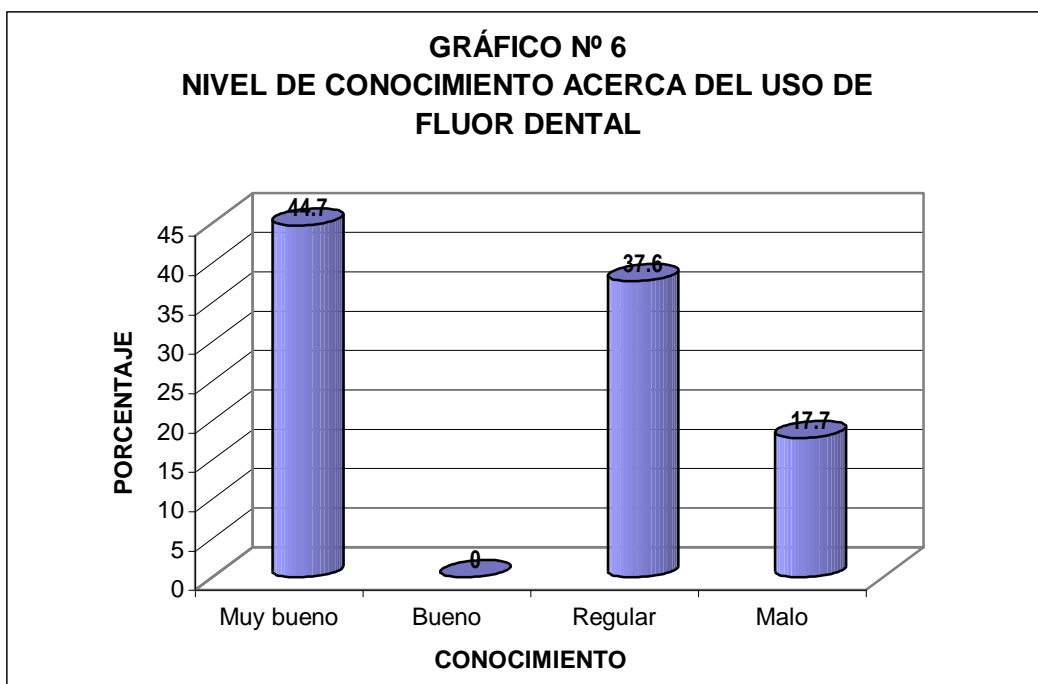
NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DEL USO DE FLUOR DENTAL*

CONOCIMIENTO*	N°	%
Muy Bueno	106	44.7
Bueno	-	-
Regular	89	37.6
Malo	42	17.7
Total	237	100.0

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).

* Ver Anexo N° 3 (Pág. 102)

Observamos que el 44.7% de Estudiantes (106) presenta un nivel de Conocimientos Muy Bueno y el 17.7% de Estudiantes (42) presenta un nivel de Conocimiento Malo acerca del uso de Fluor Dental. Los Estudiantes logran tener un Buen Conocimiento acerca del uso de Fluor Dental; pero los Programas de Salud Bucal Escolar o no se ejecutan o se ejecutan de manera deficiente.



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).

CUADRO N° 7

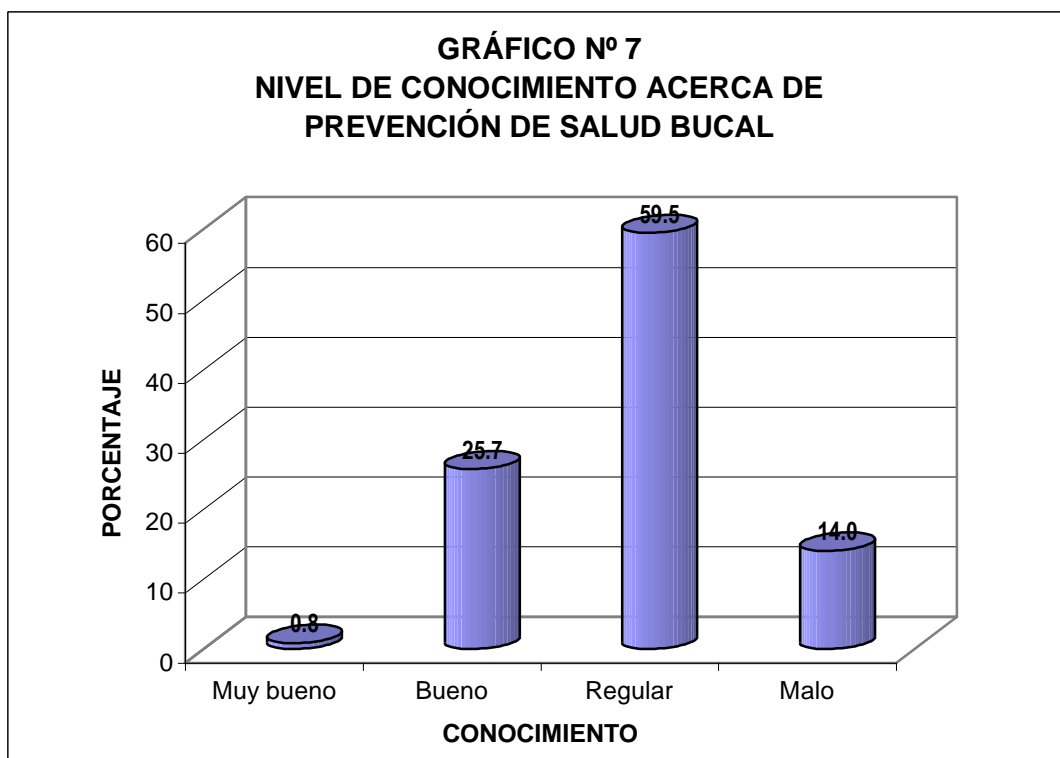
NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE PREVENCIÓN DE
SALUD BUCAL*

CONOCIMIENTO*	N°	%
Muy bueno	2	0.8
Bueno	61	25.7
Regular	141	59.5
Malo	33	14.0
Total	237	100.0

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).

* Ver Anexo N° 3 (Pág. 102)

La mayor cantidad de estudiantes (59.5%) presenta un Nivel de Conocimiento **Regular**, de Acerca de Prevención de Salud Bucal debido a que el Programa de Salud Bucal Escolar no se ejecuta adecuadamente. Por medio de programas preventivo-promocionales de salud, como el Programa de Salud Bucal Escolar o a través de contenidos temáticos de la currícula escolar debemos incrementar el Conocimiento a Cerca de Prevención de Salud Bucal de los Estudiantes.



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).

3. ESTADO DE SALUD DENTO - PERIODONTAL



CUADRO N° 8

ÍNDICE CPOD (DIENTES CARIADOS, PERDIDOS, OBTURADOS)

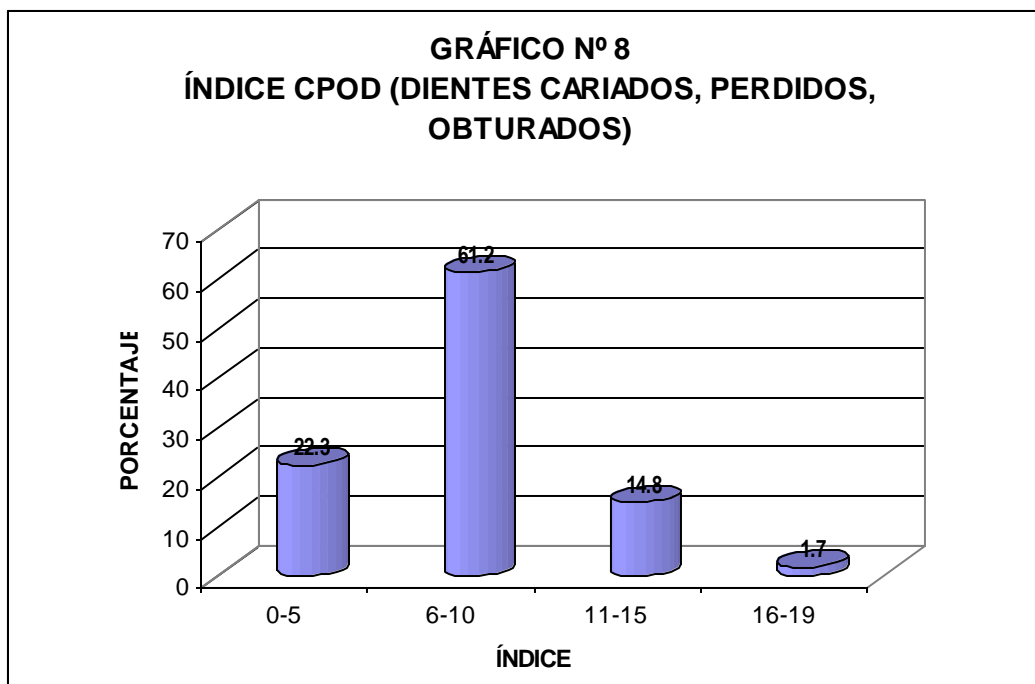
	ÍNDICE				TOTAL
	0 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 19	
N°	53	145	35	4	237
%	22.3	61.2	14.8	1.7	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos)

Índice CPOD promedio: 7.97

Leyenda: CPOD Muy Bueno (0-5)
CPOD Bueno (6-10)
CPOD Regular (11-15)
CPOD Deficiente (16-19)

El mayor número de estudiantes (184) presenta un CPOD igual o mayor que mayor que 6, lo cual es compatible con la alta incidencia de caries dental en nuestro país. En cuanto al CPOD promedio es de 7.97; relativamente alto con relación al CPOD - 12, de 5.76, determinado por estudios del Ministerio de Salud a Nivel Nacional.



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).

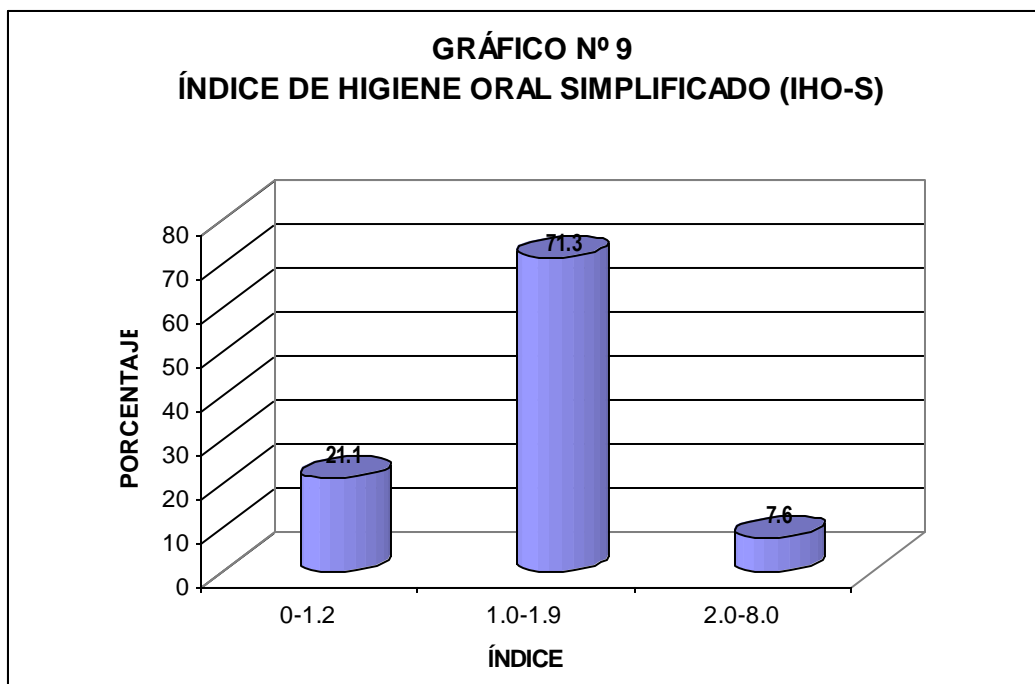
CUADRO N° 9

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S)

	ÍNDICE			TOTAL
	Bueno (0 – 1.2)	Regular (1.3 – 3.0)	Deficiente (3.1 – 6.0)	
N°	50	169	18	237
%	21.1	71.3	7.6	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos)
HO-S Promedio : 1.86

Observamos que 169 estudiantes (71.3%) presentan un Nivel de Higiene **Regular**, debido a que la población estudiantil tiene hábitos de higiene poco adecuados. El IHO-S Promedio es de 1.86, es mayor que el Índice de Higiene Oral encontrado en estudios realizados en 124 pacientes en la Clínica Odontológica (1999), IHO-S de 1.62.



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).

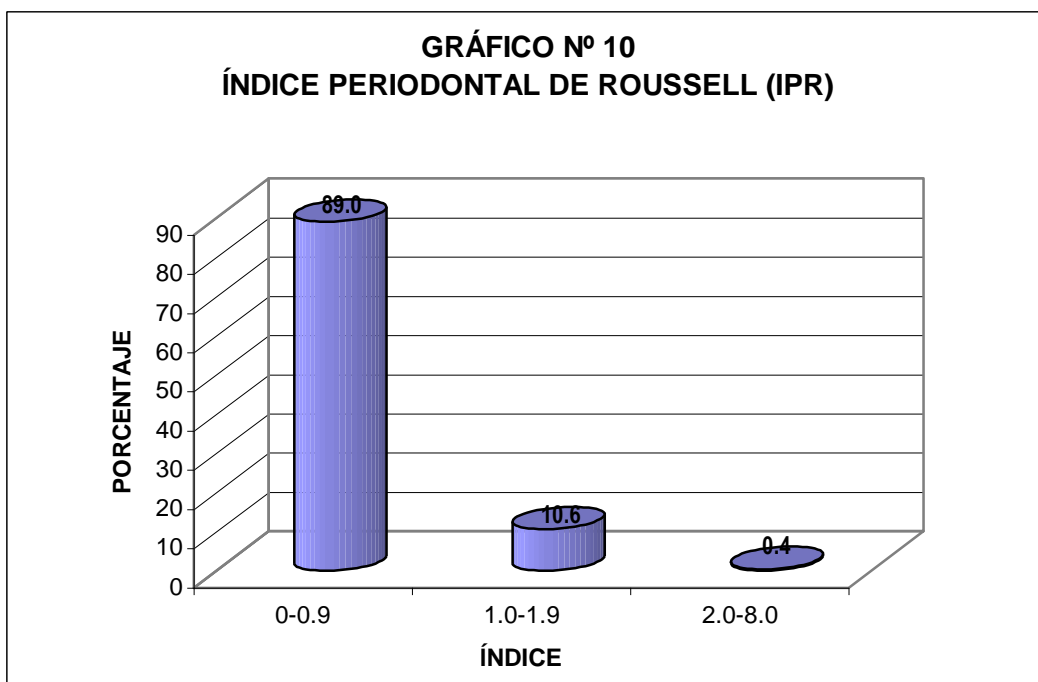
CUADRO N° 10

ÍNDICE PERIODONTAL DE ROUSSELL (IPR)


	ÍNDICE			TOTAL
	Bueno (0 – 0.9)	Regular (1.0 – 1.9)	Deficiente (2.0 – 8.0)	
N°	211	25	1	237
%	89.0	10.6	0.4	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos)
IPR Promedio: 0.50

El mayor número de estudiantes (89.0 %) presenta un IPR considerado **Bueno**, lo cual guarda relación con el hecho de que la mayor incidencia de Enfermedad Periodontal se presenta a partir de los 30 años de edad. Otros estudios realizados por el Ministerio de Salud consideran el incremento de la enfermedad periodontal a partir de los 20 años. Gickman publica algunos estudios que nos indican un incremento de la enfermedad periodontal entre los 35 - 40 años.



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos).



**4. CORRELACIÓN ENTRE EL
CONOCIMIENTO ACERCA DE
PREVENCIÓN DE SALUD BUCAL
Y EL ESTADO DE SALUD DENTO
- PERIODONTAL**

CUADRO N° 11

**CORRELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO ACERCA DE PREVENCIÓN
DE SALUD BUCAL Y EL ÍNDICE CPOD (DIENTES CARIADOS,
PERDIDOS, OBTURADOS)**

ÍNDICE Conocimiento	0 – 5		6 – 10		11 – 15		16 – 19		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy bueno	2	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.8
Bueno	17	7.2	42	17.7	2	0.8	0	0.0	61	25.7
Regular	34	14.3	83	35.0	21	8.9	3	1.3	141	59.5
Malo	0	0.0	20	8.5	12	5.1	1	0.4	33	15.0
Total	53	22.3	145	61.2	35	14.8	4	1.7	237	100.0

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos)

Leyenda: CPOD Muy Bueno (0-5)
CPOD Bueno (6-10)
CPOD Regular (11-15)
CPOD Deficiente (16-19)

Coefficiente de Correlación = -0.4187

Observamos que 141 estudiantes (59.5 %) presentan un Nivel de Conocimiento acerca de Prevención de Salud Bucal **Regular**; presentando este grupo el mayor número de estudiantes 83 (35.0 %) con un Índice CPOD **Regular**; además 02 estudiantes (0.8%), presentan un índices CPOD entre 0-5. Los conocimientos sobre prevención de salud bucal guardan relación con el índice CPOD.

La relación entre el Nivel de Conocimiento acerca Prevención de Salud Bucal e Índice CPOD, es de -0.4187 ó -41.87 %, siendo ésta una relación moderada y negativa; nos indica que a mayor conocimiento menor será el índice CPOD.

CUADRO N° 12

**CORRELACIÓN ENTRE DEL CONOCIMIENTO ACERCA DE
PREVENCIÓN DE SALUD BUCAL Y EL ÍNDICE DE
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S)**

ÍNDICE	Bueno (0 – 1.2)		Regular (1.3 – 3.0)		Deficiente (3.1 – 6.0)		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Conocimiento								
Muy bueno	2	0.8	0	0.0	0	0.0	2	0.8
Bueno	25	10.5	36	15.2	0	0.0	61	25.7
Regular	21	8.9	106	44.7	14	5.9	141	59.5
Malo	2	0.8	27	11.4	4	1.7	33	13.9
Total	50	21.1	169	71.3	18	7.6	237	100.0

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos)

Coefficiente de Correlación = -0.4522

Observamos que 2 estudiantes (0.8 %) tiene un Índice de Higiene Oral **Bueno** y con Nivel de Conocimiento **Malo**, debido a que no siempre el Conocimiento acerca de Prevención en Salud Bucal guardan una relación directa con los hábitos de higiene.

La relación entre el Nivel Conocimiento acerca de Prevención de Salud Bucal e IHO-S, es de -0.4522 ó -45.22%, es decir es una relación moderada y negativa; nos indica que a mayor conocimiento menor será el IHO-S.

CUADRO N° 13

**REPERCUSIÓN DEL CONOCIMIENTO ACERCA DE PREVENCIÓN
DE SALUD BUCAL EN EL ÍNDICE PERIODONTAL DE
ROUSELL (IPR)**

ÍNDICE Conocimiento	Bueno (0 – 0.9)		Regular (1.0 – 1.9)		Deficiente (2.0 – 8.0)		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy bueno	2	0.8	0	0.0	0	0.0	2	0.8
Bueno	59	24.9	2	0.8	0	0.0	61	25.7
Regular	130	54.9	11	4.6	0	0.0	141	59.5
Malo	20	8.4	12	5.2	1	0.4	33	13.9
Total	211	89.0	25	10.6	1	0.4	237	100.0

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Datos)

Coefficiente de Correlación = -0.4596

Observamos que 130 estudiantes (54.9 %) tienen un Nivel de Conocimiento **Regular** y presentan una **Buena** Salud Periodontal y 20 estudiantes (8.4%) con un nivel de Conocimiento **Malo** presentan una **Buena** Salud Periodontal. Ello debido a que la edad de la población de estudio es 12 a 17 años, y la mayor incidencia de enfermedad periodontal se presenta a partir de los 30 años de edad.

Se encontró una relación de -0.4596 ó -45.96 %, es decir es una relación moderada y negativa; nos indica que a mayor conocimiento menor será el IPR.

CONCLUSIONES

PRIMERA .

Los Estudiantes de 12 a 17 años del Colegio 41041 "Cristo Rey" de Camaná tienen en promedio un Nivel de Conocimiento Regular acerca de Prevención de Salud Bucal.

SEGUNDA .

El Estado de Salud Dento - Periodontal de los Estudiantes, el Índice CPOD (Dientes Cariados, Perdidos, Obturados) es de (7.97), el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) es de 1.86 (Regular) y el Índice Periodontal de Rousell (IPR) es de 0.50 (Bueno).

TERCERA .

Se confirma la Hipótesis de que el Nivel de Conocimientos Acerca de Prevención de Salud Bucal guarda una correlación positiva con el Estado de Salud Dento - Periodontal de los Estudiantes

PROPUESTA: PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR

A continuación se expone los pasos para implementar un Programa de Salud Bucal Escolar.

PASOS	PROCESO A SEGUIR	RESPONSABLE
1	Coordinación con Autoridades Educativas Director - Docentes – APAFA (Sensibilización)	Investigador
2	Elaborar: <ul style="list-style-type: none"> - Programa de Enjuagatorio de Fluor (6 – 14 años) - Programa Preventivo – Promocional con énfasis en Higiene Oral (cepillado dental diario) 	Investigador
3	Información - Educación - Comunicación (IEC) <ul style="list-style-type: none"> a) Desarrollar acciones de motivación sobre beneficios de aplicación del proyecto en Docentes, Padres de Familia y Alumnado. b) Difundir los beneficios de la aplicación de enjuagatorios de fluor y cepillado dental en la prevención de Caries y Enfermedad Periodontal. c) Elaborar material: Afiches – Folletos – Trípticos – Cuñas Radiales – Videos – Etc. 	Investigador y Director APAFA
4	Capacitación y Adiestramiento de Personal Involucrado	Investigador
5	Ejecución Aplicación del programa de Salud Bucal – Enjuagatorios con solución de Fluoruro de Sodio al 2% (6 a 14 años).y el programa preventivo promocional con énfasis en higiene oral (cepillado dental diario) a todo el Plantel.	Investigador y Personal Capacitado

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

1. CARACTERIZACIÓN

La salud bucal de los alumnos del Colegio 41041 "Cristo Rey" de Camaná se encuentra afectada por Caries Dental, Enfermedad Periodontal entre otras alteraciones bucales.

Siendo las características de la población estudiantil similares a las de la población en general. Hay estudios Epidemiológicos que demuestran que el 95% de la población Nacional padece de Caries Dental, y que a partir de los 20 años el 75% de la población esta afectada por Enfermedades Periodontales.

2. PROPÓSITO

Establecer criterios Técnicos y Normativos para elevar la Salud Bucal del Alumnado del Colegio 41041 "Cristo Rey" de Camaná.

3. POBLACIÓN OBJETIVO

Esta dirigido a los alumnos de Nivel Primario y Secundario del Colegio 41041 "Cristo Rey" de Camaná.

4. OBJETIVO

a) General

- Elevar el Nivel de Salud Bucal de la Población Estudiantil del Colegio 41041 "Cristo Rey" de Camaná.

b) Específicos

- Reducir la incidencia de Caries Dental y Enfermedad Periodontal en los Estudiantes del Colegio 41041 "Cristo Rey" Camaná.
- Establecer un Programa de Salud Bucal Preventiva, que sea Técnica y Económicamente Sostenible.
- Promover la Salud Bucal mediante acciones Preventivo- Promocionales.

5. ACCIONES ESPECÍFICAS

a) Información Educación Comunicaciones (IEC)

- Motivar la participación activa del alumnado en el cuidado de su Salud Bucal, con énfasis en la Higiene Bucal (cepillado diario) y enjuagatorios de Fluoruro de Sodio al 2%.
- Promover y fomentar la Participación de la Comunidad Educativa en acciones Preventivo-Promocionales y de control de la Salud Bucal.
- Elaborar material - Afiches - Folletos - Trípticos - Cuñas Radiales - Videos - Etc.

b) Prevención

Tiene como finalidad de disminuir la Prevalencia de las Enfermedades de la Boca a través de las siguientes acciones:

- **Enjuagatorios bucales de Fluor de Sodio al 2%** en alumnos de 06 a 14 años, se aplicaran una vez por semana, en las aulas del C.E. bajo la dirección del Profesor de Aula.
- **Control de la Placa Bacteriana.** La placa Bacteriana constituye el agente casual de la Caries Dental y Enfermedad Periodontal, su control y eliminación se hará con métodos eficaces con el cepillo dental.

c) Recuperación

Atención a los escolares se realizará mediante el sistema incremental, con los niños 6, 7 y 8 años, hasta alcanzar la cobertura deseada. La atención se hará de tipo Recuperativo - Preventivo con aplicación de Fluoruros y Sellantes, educar con la técnica del cepillado dental diario.

6. CAPACITACIÓN

- Director. y Personal Docentes del Colegio 41041 "Cristo Rey" de Camaná.
- Miembros de la APAFA del Colegios 41041 Cristo Rey de Camaná.

- Personal asistencial (Auxiliares) del POLSAL PNP Camaná.
- MODALIDAD:
 - ▣ Educación Continua
 - ▣ Capacitación mediante Seminarios, Talleres, etc.

7. RECURSOS HUMANOS

- ☉ Odontólogos del POLSAL PNP Camaná
- ☉ Personal asistencial (Auxiliares PNP)
- ☉ Docentes
- ☉ Voluntarios de la APAFA (20)

8. RECURSOS LOGÍSTICOS

Equipos

- Unidad dental (sillón alta velocidad)
- Instrumental odontológico
- Esterilizadora
- Lámpara de Luz Halógena
- Equipo de Rayos Equis.

Insumos

- Cemento para base (10 Fcos. x 1Libra).
- Limadura de Plata (20 Fcos. x 1 onza).
- Mercurio (20 Fcos).
- Resinas de Fotocurado (10 Cajas).
- Resinas de Autocurado (10 Cajas).
- Tiras de Celuloide (5 Cajas x 100).
- Ionómero de Vidrio (10 Cajas)
- Anestesia (40 Cajas x 50 Tub.).
- Aguja para Cárpule (30 Cajas x 100 Unid.).
- Otros.

9. DURACIÓN

Periodo de 05 años

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tiempo	1er AÑO												2do AÑO	3er AÑO	4to AÑO	5to AÑO	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
Difusión del Programa	X	X	X											3er mes	3er mes	3er mes	3er mes
Ejecución del Programa				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9no mes	9no mes	9no mes	9no mes
Evaluación y Monitoreo								X					X	7mo y 12vo mes	7mo y 12vo mes	7mo y 12vo mes	7mo y 12vo mes

10. COSTO

Asumido por la APAFA del Colegio 41041 Cristo Rey de Camaná.

PRESUPUESTO POR CADA ACTIVIDAD

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	COSTO UNITARIO (S/.)	COSTO TOTAL (S/.)
Difusión del Programa			
• Diseño elaboración y distribución de afiches.	40	4.00	160.00
• Diseño elaboración y distribución de trifoliados.	150	0.30	450.00
• Adquisición y difusión de videos.	02	4.00	800.00
Subtotal			1 410.00
Consulta odontológica			
Recursos Humanos:			
Odontólogo	01	800.00	36 000.00
Técnico/Auxiliar	01	400.00	18 000.00
Recursos logísticos			
• Material de escritorio			1 200.00
• Mobiliario			1 000.00
• Equipo			12 000.00
• Material Biomédico			10 000.00
Subtotal			78 200.00
Evaluación Monitoreo y Supervisión			
• Recursos humanos	02	120.00	2 400.00
TOTAL			82 010.00

11. SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

Estas actividades estarán a cargo por un equipo conformado por autoridades del Centro Educativo, docentes, APAFA y personal de la especialidad del Policlínico de Salud PNP Camaná.

Permitirá conocer el desarrollo del proyecto así como evaluar los avances y adoptar las medidas correctivas en caso de ser necesario

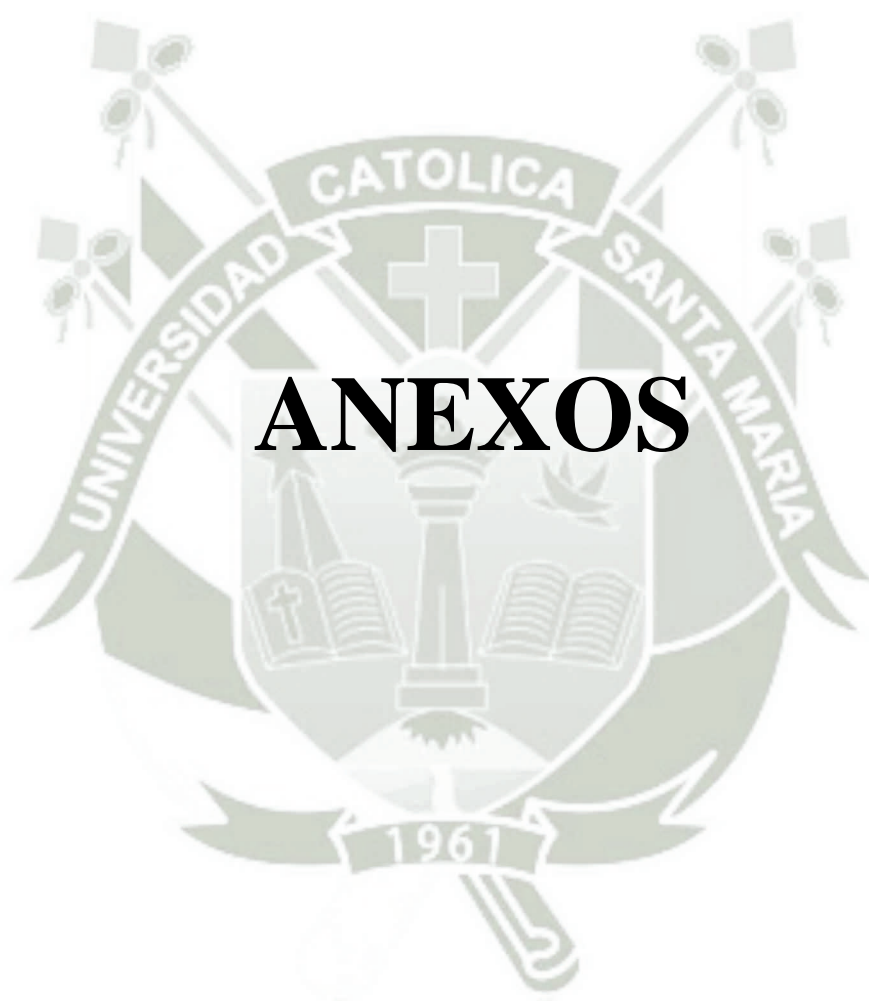
12. RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir al 50% la incidencia de Caries Dental en la población Estudiantil mediante la aplicación del Programa de Salud Bucal Preventivo.
- Disminuir el índice de Higiene Oral e Índice Periodontal a su más bajo nivel.



BIBLIOGRAFÍA

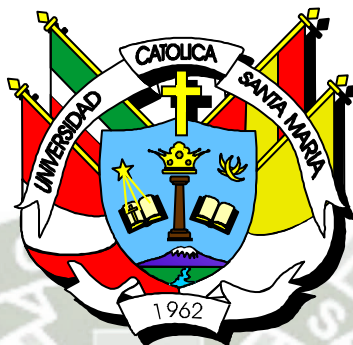
1. APAO-OPS. MANUAL DE INSTRUCCIONES DE FICHA EPIDEMIOLÓGICA 1985.
2. BARRANCOS MOONEY, JULIO, "OPERATORIA DENTAL". Edit. MÉDICO PANAMERICANA. BUENOS AIRES 1993.
3. BARRIOS, M GUSTAVO. "ODONTOLOGÍA, SU FUNDAMENTO BIOLÓGICO" Edit. IATROS. BOGOTÁ 1991.
4. CARRANZA, FERMÍN "PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA DE GLICKMAN". Edit. INTERAMERICANA 1985.
5. CHASTEEN, JOSEPH. "PRINCIPIOS DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA. Edit. EL MANUAL MODERNO. MÉXICO. 1981.
6. FORREST, Jhon. "ODONTOLOGÍA PREVENTIVA" Edit. EL MANUAL MODERNO. MÉXICO. 1981.
7. GÖRAN KOCH. "ODONTOLOGÍA ENFOQUE CLÍNICO" Edit. MÉDICA PANAMERICANA. BUENOS AIRES. 1994.
8. KATZ, Simón. MCDONAL James, STOOKEY George K. "ODONTOLOGÍA PREVENTIVA EN ACCIÓN". III Edición. EDITORIAL PANAMERICANA. BUENOS AIRES. 1982.
9. LINDHE, JAN. "PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA 2da. EDICIÓN. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA. BUENOS AIRES. 1992.
10. MCDONAL, Ralph E. "ODONTOLOGÍA PEDIATRICA Y DEL ADOLECENTE". 6ta Edit. DOYMA LIBROS. MADRID. 1995.
11. SEIF, Thomas Y COLABORADORES. "CARIOLOGÍA, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONTEMPORÁNEO DE LA CARIES DENTAL. 1ra. EDICIÓN. Edit. ACTUALIDADES MÉDICO ODONTOLÓGICA LATINOAMERICANA. C.A. CARACAS 1997.
12. SOROCHAN, Walter D. "AUTOEVALUACIÓN DE LA SALUD". Edit. LIMUSA. MÉXICO 1992.



1. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD



**CORRELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO ACERCA DE
PREVENCIÓN DE SALUD BUCAL Y EL ESTADO DE SALUD
DENTO – PERIODONTAL EN ALUMNOS DE 12 A 17 AÑOS.
COLEGIO 41041 “CRISTO REY” – CAMANÁ. 2003**

**PROYECTO DE TESIS PRESENTADO POR EL
BACHILLER:
JAVIER NICOLÁS CAMPOS GUTIÉRREZ
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

**AREQUIPA – PERÚ
2003**

I. PREÁMBULO

El trabajo con escolares me ha permitido conocer de cerca que en su formación se abordan de distintas maneras temas vinculados con la Salud Bucal.

Pues; tanto los Profesores como Profesionales de Odontología pertenecientes a organizaciones de salud tales como el MINSA, ESSALUD, y de La Dirección de Salud de la Policía Nacional del Perú; tratan temas con contenidos sobre Salud Bucal Preventiva.

Sin embargo es común encontrar alumnos con alteraciones en su Salud Buco - Dental; no obstante haber sido capacitados como anteriormente se menciona.

Por ello es necesario hacer una investigación sobre los conocimientos de los escolares acerca de la Salud Bucal Preventiva en relación con su estado de Salud Dento- Periodontal.

II. PLANEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Enunciado del Problema

Correlación entre el conocimiento acerca de Prevención de Salud Bucal y el Estado de Salud Dento - Periodontal en Alumnos de 12 A 17 años.
Colegio 41041 "Cristo Rey" - CAMANÁ. 2003.

1.2 Descripción del Problema

- **ÁREA CIENTÍFICA**

- ❖ **ÁREA GENERAL:** Ciencias de la Salud
- ❖ **ÁREA ESPECÍFICA:** Educación para la Salud
- ❖ **ESPECIALIDAD:** Odontología Preventiva

- **VARIABLES**

- ❖ **VARIABLE INDEPENDIENTE:**
 - Conocimiento acerca de Prevención de Salud Bucal

INDICADORES

- 1.- Cuidado de encías y dientes
- 2.- Frecuencia y técnica de Cepillado
- 3.- Alimentos Cariogénicos
- 4.- Uso de Hilo Dental
- 5.- Uso de Fluor Dental

- ❖ **VARIABLE DEPENDIENTE:**

- Estado de Salud Dento - Periodontal

Indicadores:

1. Índice CPOD (Dientes cariados, perdidos, obturados).
2. Índice de Higiene Oral-Simplificado.
3. Índice Periodontal de Roussell.

- **NIVEL DE INVESTIGACIÓN:** Explicativo.
- **TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Investigación de Campo.

1.3 Justificación del Problema

En la revisión de estudios acerca de la importancia de temas de Educación para la Salud en relación a la salud misma de los individuos específicamente en el campo de la Salud Dento - Periodontal se ha registrado estudios que en su mayoría relacionan los hábitos de higiene con la incidencia de caries dental y/o enfermedad gingival y Periodontal.

Es posible realizar un estudio que establezca la relación entre los conocimientos acerca de la Salud Bucal Preventiva que tienen los alumnos de nivel secundario, de 12-17 años, y el estado de su Salud Dento-Periodontal.

Establecer la relación entre los conocimientos acerca de la Salud Bucal Preventiva y el estado de Salud Dento- Periodontal de los estudiantes permitirá conocer la importancia que tiene la Educación para la Salud.

Es posible realizar el presente estudio ya que se cuentan con acceso a fuentes de información también con los recursos, el tiempo y la disponibilidad bibliográfica así como el dominio metodológico y la motivación personal para realizar una auténtica investigación de Campo.

Con los alcances del presente estudio se va a contribuir a mejorar los Niveles de Salud Estomatológica de manera inequívoca, buscando lograr la mayor eficiencia de una Educación para la Salud con respecto a la Salud Bucal.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. PREVENCIÓN

2.1.1. CONCEPTO

La Prevención en la Salud Dental es característicamente, un circuito continuo a través de

las fases de valoración, planificación, ejecución y evaluación.¹

Prevenir significa evitar enfermedades antes que curar y la prevención en Odontología es todavía la base en la que se construye toda la atención de la cavidad oral.

Katz, McDonald y Stookey estudian la odontología preventiva como una filosofía práctica, global que tiene los siguientes objetivos:

1. Considerar al paciente como un todo.
2. Mantener una boca limpia el máximo tiempo posible.
3. Detener la progresión de la enfermedad y proporcionar la rehabilitación más conveniente.²
4. Ofrecer a los pacientes los conocimientos, las habilidades y la motivación necesaria para conseguirlo.

El control de la placa dental y la higiene oral en el domicilio del paciente conforman el núcleo de la prevención.

¹ WALTER SOROCHAN. "Autoevaluación de la salud". 1982. Pag. 394.

² RALPH MCDONALD. "Odontología Pediátrica y del Adolescente". 1995. Pag. 245

2.1.2. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

Es la parte de la Odontología que trata de los diferentes métodos por medio de los cuales se puede prevenir las enfermedades orales.

El mejor tratamiento para cualquier enfermedad consiste en prevenir su ocurrencia y la alternativa para controlar la enfermedad es tratarla una vez manifestada.

La base de la Odontología preventiva es evitar la caries y luego proteger los tejidos blandos. Se considera a la caries y enfermedad periodontal las enfermedades dentales más comunes que causan pérdida del tejido normal.

La investigación demuestra que una buena higiene oral puede prevenir o controlar la enfermedad dental.³

a) NIVELES DE PREVENCIÓN

Al hablar de prevención tenemos que tocar una parte muy importante que son los niveles de prevención:

Los niveles de prevención presentan una secuencia compuesta de clases y niveles, los cuales se

³ WALTER SOROCHAN "Autoevaluación de la Salud".1982. Pag. 395

desarrollan en forma coherente, horizontalmente, gráficamente de izquierda a derecha.

Aquí en este cuadro están las clases y niveles, de forma muy didáctica.

C L A S E S	PREVENCIÓN PRIMARIA I		PREVENCIÓN SECUNDARIA II	PREVENCIÓN TERCIARIA III	
	Promoción de Salud 1	Prevención Específica 2	Diagnóstico Y Tratamiento Oportuno 3	Limitación del daño 4	Rehabilitación 5
N I V E L E S					

b) Filosofía Preventiva

Actuar con filosofía Preventiva es prevenir enfermedades antes de curar. La filosofía preventiva se enfoca desde el punto de vista de que el paciente esta sano o se le devuelve la salud, el que trabaja en este campo aúna sus esfuerzos para lograr que el paciente esté sano y mantenerlo sano. El cambio de conducta es importante.

La filosofía de la odontología preventiva debe aplicarse a todos los pacientes, a aquellos con graves problemas bucales como aquellos que no son portadores de la enfermedad, para ello se deberá aplicar la odontología preventiva a través de un programa de tratamiento integral del paciente.

La filosofía del cambio a la prevención en la práctica dental considera que muchos dentistas están ansiosos de hacer el cambio de una odontología puramente restauradora a una que considere la prevención como prioridad principal.⁴

2.1.3. PROGRAMA PREVENTIVO ODONTOLÓGICO

En la práctica diaria de la odontología, el cumplimiento de los ideales de la odontología preventiva puede lograrse solo a través de un programa cuidadosamente planeado, adaptado a las características y necesidades particulares de cada paciente individual. En términos generales tal programa puede dividirse en dos componentes: el primero a ser llevado a cabo en consultorio dental, y el segundo por el paciente en su

⁴ FORREST JHON. "Odontología Preventiva". 1981. Pag. 12

hogar, siguiendo las directivas previstas por el dentista.⁵

El odontólogo es una persona clave en la incorporación de los programas preventivos de la práctica privada. Son más cada vez las prácticas dentales que establecen programas de prevención formal en sus enfermos.

Los Clínicos que evalúan cuidadosamente las necesidades individuales de cada paciente y seguidamente desarrollan un programa preventivo, saben que la mejora de los hábitos del paciente es la parte más importante en la práctica de la higiene dental. Algunos cambian de forma lenta y otros no cambian. Unos programas preventivos requieren una buena planificación, persistencia requerimientos frecuentes, un amplio arsenal de refuerzo y técnicas interpersonales. El control de la placa es el aspecto más crítico de la prevención. Sin embargo otros temas diversos tienen una importancia fundamental en el programa de prevención.⁶

a) Programa para el Hogar

El programa de prevención para el hogar consta de una cantidad de medidas que tienen por objeto ser

⁵ FORREST JHON. "Odontología Preventiva". 1981. Pag. 12

⁶ WALTER SOROCHAN. "Autoevaluación de la Salud". 1982. Pag. 388

utilizadas por el paciente dentro de los confines de su casa. En efecto, estos procedimientos representan la contribución del paciente a la prevención de la enfermedad dental. Estas medidas son las siguientes:

1. La práctica de una higiene bucal correcta.
2. El uso de dentífricos (enjuagatorios, cuando están indicados) que contengan fluoruros.
3. El ejercicio de un control de dieta adecuado.
4. El control médico de cualquier estado sistémico con potencial daño para las estructuras bucales.
5. El cumplimiento de todas las citas dentales.

b) Programa del Consultorio

En lo que se refiere al programa del consultorio, debe comprenderse que la expresión Programa de Odontología preventiva se refiere las maniobras preventivas que comprenden un programa total de cuidados del paciente y no debe entenderse que se considere apropiado un programa preventivo separado. Las técnicas más importantes que se dan en la Clínica odontológica están ubicadas en el 2do nivel de prevención de Leavell y Clark.

1. Educación en Salud Oral.
2. Asesoramiento sobre dieta y Nutrición.
3. Control de Placa Dental o Bacteriana.
4. Higiene Buco- Dental.
5. Aplicación tópica de Fluoruros.
6. Aplicación de Sellantes para fisuras.

c) Propósito de un Programa Preventivo

1. Para evitar la presencia de enfermedades buco-dentales como la caries dental.
2. Para evitar la presencia de periodontopatías.
3. Para mantener sanos a los pacientes durante toda su vida.

2.1.4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación o promoción de salud es un aspecto básico y fundamental para el programa de prevención.

El educador preventivo es un compañero en este proceso. El educador cree que, después de la instrucción inicial, el resto del trabajo es responsabilidad del paciente. En realidad, el papel del educador sólo ha comenzado.

Ya no se acepta que una consulta dental ignore o minimice la Educación para la Salud Dental. La educación se considera ahora el marco de una buena consulta dental y la forma primaria de asegurar que se mantenga con el tiempo una buena salud dental y la calidad del tratamiento.

El Clínico Dental va a identificar situaciones que necesitan un diagnóstico dental y discutir de que forma afecta la salud, el aspecto dental y general. El clínico expone los procedimientos que pueden emplearse para corregir los problemas y proporciona información sobre las nuevas opciones terapéuticas. Esta área de educación se emplea frecuentemente después de una consulta dental, seguidamente el clínico comenta el plan con el paciente y trata algunas cuestiones.⁷

La mayoría de los clínicos recomiendan que la educación de la higiene dental preceda a cualquier tratamiento dental (aparte del tratamiento urgente).

Típicamente la prevención se integra con otras fases del tratamiento de la higiene dental. En la sesión inicial se introducen las primeras fases de la prevención, luego los procedimientos de instrumentación se integran según sea necesario con el refuerzo de la

⁷ WALTER SOROCHAN. "Autoevaluación de la Salud". 1982. Pag. 394-395

higiene oral y la modificación o adición de los procedimientos.⁸

A continuación se presenta las cuatro etapas que hay que considerar durante la planificación de la educación:

1. Pequeñas etapas: Proporcionar la información teórica de alimentos que el paciente pueda ingerir cuando que el paciente haya expresado la necesidad de saber.
2. Participación activa: Implicar al paciente en una actividad que estimule el aprendizaje y la retención de la información.
3. Retroalimentación inmediata: Dejar que el educando aprenda a evaluar su participación y progresión. La retroalimentación positiva proporciona apoyo y estímulo.
4. Establecer un ritmo propio: Sintonizar con las necesidades del paciente. Si el educando no puede o no quiere manejar más información, no le fuerce. Si muestra interés, siga las señales del paciente.

⁸ WALTER SOROCHAN. "Autoevaluación de la Salud". 1982. Pag. 396

El contenido del mensaje es una parte esencial de la educación, así como el estilo del mensaje que es el componente motivacional.

Seguido, se debe evaluar la progresión en efectuar una buena higiene oral, o sea determinar si su programa educativo está o no funcionando.

Para que el proceso educativo tenga éxito, el educando debe demostrar un cambio de conducta, y ha de atravesar varias etapas. Estas etapas son: concientización, interés, implicación, acción y finalmente hábito.

Una educación supervisada y basada en visitas múltiples con esfuerzo periódico logrará una mejoría significativa y sostenida de la higiene oral.⁹

2.2. CARIES

La Caries dental es la desmineralización y desintegración progresiva de los tejidos dentales que se produce por debajo de una capa de bacterias en la superficie dentaria. Se considera causada por ácidos formados por las bacterias de la placa, al metabolizar el azúcar de la dieta.

⁹ WALTER SOROCHAN. "Autoevaluación de la Salud". 1982. Pag. 394-396

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

La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la renovación de los iones de calcio y fosfato, así como el transporte hasta el medio ambiente circundante, esta etapa inicial es reversible y la remineralización puede ocurrir, particularmente con la presencia de fluoruros.

2.2.1. Índices de Caries CPOD (DIENTES CARIADOS, PERDIDOS, OBTURADOS).

El índice más común para describir caries es el CPO, basado en el recuento de unidades cariadas, perdidas u obturadas. La unidad de medida puede ser el diente o la superficie (**CPOD o CPOS**), el índice de CPO es puramente cuantitativo y no nos informa acerca de la extensión y el avance de la enfermedad. También es acumulativo, lo que significa que un puntaje de CPO de 12 en un joven de 15 años puede identificar 12 cavidades abiertas que necesitan tratamiento o total ausencia de caries u obturaciones.

Aunque el sistema CPO tiene desventajas, se lo usa comúnmente en estudios epidemiológicos.

El estudio de caries dental busca describir cuantitativamente el problema en personas de uno a más años de edad, utilizando el índice CPOD de Klein y Plamer para dientes permanentes y el índice c.e.o. de Gruebbel para dientes deciduos.

a) Método de Examen.

Se inicia el examen por el tercer molar superior derecho hasta el izquierdo; seguir por el tercer molar inferior izquierdo, finalizando con el tercer molar derecho.

En el examen siempre que se termine de dictar los códigos de cada cuadrante (18-28-38-48; 55-65-75-85), se verificará que las anotaciones correspondientes a cada espacio hayan sido anotadas correctamente por el registrador utilizando la palabra "correcto".

El examen de cada diente debe hacerse con el explorador aplicando una presión similar a la ejercida cuando se escribe normalmente, se revisa la superficie del diente en el siguiente orden: oclusal, lingual, distal, vestibular y mesial.

b) Criterios y registro de hallazgos.

Si el examinado es menor de un año debe marcarse la casilla **no aplicable**

Cuando se realiza el examen, los datos se consigan en las casillas correspondientes anotando el código que presenta el criterio de clasificación o denominación del hallazgo clínico según el siguiente cuadro.

CONDICIÓN DESCRIPCIÓN	DENOMINACIÓN	CÓDIGO
<p>Cuando el diente permanente no está presente y de acuerdo con la edad con la persona, debería haber erupción y no ha sido extraído por caries o por otras causas, presentándose por lo tanto el espacio vacío.</p>	<p>SIN ERUPCIONAR (sólo se utiliza para personas de cinco años y más).</p>	<p>1</p>
<p>Diente permanente que al momento del examen presente una o varias de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) caries clínicamente Visible. b) Opacidad del esmalte que indique lesión cariosa. c) Cuando en las fosas y fisuras, el explorador penetre y se puede constatar que en el fondo existe tejido dentario reblandecido. d) Cuando existiendo obturaciones se presenta simultáneamente alguno de los criterios en a, b y c. e) Dientes obturados con eugenato o cemento de oxifosfato se calificarán como cariados. 	<p>CARIADO</p>	<p>2</p>
<p>El diente presenta una obturación con material definitivo como amalgama, oro, silicato, resina o con cemento de sílico-fosfato, siempre y cuando la causa haya sido caries.</p> <p>Los dientes obturados con eugenato o</p>	<p>OBTURADO</p>	<p>3</p>

<p>cemento de oxiofosfato se considerarán cariados.</p> <p>NOTA: Dientes obturados por causas diferentes a caries dental tales como ocasionadas por prótesis, trauma o por estética se calificarán como dientes sanos (8), para caries dental el estado general de los dientes con relación a caries ayuda a valorar las respuesta que el paciente da al respeto.</p>		
<p>El diente no se encuentra presente al momento del examen y el examinado a pasado de la edad en la que aquel debería haber hecho erupción, no hay signo evidente que ocurrirá y existe el espacio dejado por la extracción. La edad del paciente, la secuencia y simetría de erupción, el estado general y en última instancia el interrogatorio de caries pueden ayudar a tomar la decisión.</p>	<p>EXTRAÍDO POR CARIES</p>	<p>4</p>
<p>La razón que a motivado la exodoncia no ha sido caries sino de tipo protésico, ortodóncico, traumático(fracturas) estético o periodontal.</p> <p>La decisión debe ser tomada por el examinador con base en el estado de salud oral del examinado y en última instancia en el interrogatorio.</p> <p>NOTA: En personas de edad avanzada es difícil determinar si los dientes perdidos fueron por caries o enfermedad periodontal, por esta razón, en otras personas se registrarán los dientes extraídos con el código 5 "por otras causas", cuando el interrogatorio y el criterio clínico no den bases ciertas para clasificarlo como extraído por caries.</p>	<p>EXTRAÍDO POR CAUSAS DIFERENTES A CARIES</p>	<p>5</p>
<p>Un diente cariado se considera como extracción indicada (no funcional) cuando existe:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Evidencia visible de absceso periapical. b. Evidencia visible de socabamiento haya o no exposición pulgar. c. Las caries retenidas. 	<p>EXTRACCIÓN INDICADA DEBIDA A CARIES</p>	<p>6</p>

<p>Cuando el diente desiduo no está presente la edad de la persona (3 a 4 años) debería haber hecho erupción.</p>	<p>DIENTE DESIDUO AUSENTE (3 Y 4 años)</p>	<p>7</p>
<p>Al momento de examen, en el diente presente en la boca NO se puede constatar signos actuales (código 2 y 6) ó (código 3 y 4) de caries dental.</p>	<p>SANO</p>	<p>8</p>

c) Otros criterios a tener en cuenta.

Cuando un diente desiduo y el diente permanente que lo reemplaza se encuentra ocupado el mismo espacio, se anotará solamente el permanente.

Cuando existe duda entre:

- a. Dientes sano y cariado, debe calificarse el diente como sano.
- b. Diente cariado y obturado, debe calificarse el diente obturado.
- c. Diente cariado y extracción indicada, se debe calificar cariado.
- d. Cuando existe duda entre sí en diente permanente es un primer premolar, o segundo premolar, se tomará siempre como primer premolar, y se asignará la condición hallaba a este.¹⁰

¹⁰ APAO-OPS. "Manual de Instrucciones de Ficha Epidemiológica". I Edición, 1985. Pág.

2.3. ENFERMEDAD PERIODONTAL

2.3.1. Generalidades.

El concepto "Enfermedad periodontal" es muy amplio y en principio, incorpora a todas aquellas condiciones clínico-patológicas relacionados con la gingiva, ligamento periodontal, cemento dentario y hueso alveolar.

La afección y destrucción de estos tejidos de soporte dentario denominados generalmente como "periodoncio", traería como consecuencia una destrucción paulatina de la función dentaria y su posterior pérdida total.¹¹

Las enfermedades periodontales generalmente están separadas en dos categorías: Ella incluye a la ENFERMEDAD GINGIVAL, que se caracteriza por alteraciones patológicas en la encía: en su mayor parte evolucionan hacia una enfermedad periodontal.

También incluye a la ENFERMEDAD PERIODONTAL, que se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias gingivales con formación de una bolsa

¹¹ MENA GARCIA ANTONIO E., RIVERA VELÁSQUEZ LUIS. Op. Cit. Pág. 146

periodontal y que lleva a la pérdida de hueso alveolar. Se suele incluir también bajo el mismo término a las alteraciones de los tejidos de sostén, estrechamente vinculados con aquellas y responden a una etiología traumática.

2.3.2. FACTORES ETIOLÓGICOS

La enfermedad Periodontal se produce como consecuencia de la interacción de una serie de factores que han sido clasificados en locales y sistemáticos.

a) FACTORES LOCALES.

Son aquellos que actúan por vía externa, directamente sobre las estructuras periodontales. Son los siguientes:

- i) Factores irritativos, que a través de un mecanismo bacteriano provoca la reacción inflamatoria del tejido gingival.
- ii) Factores traumatizantes, que ejercen su acción sobre la corona del diente transmitiéndose por este a las estructuras de soporte.

b) FACTORES SISTÉMICOS

Son aquellos internos orgánicos, que responden a su vez a diferentes causas, relacionadas o no con enfermedades generales detectables y que condicionan la resistencia tisular ante la agresión de los factores locales.

El papel desencadenante de los factores irritativos y el de agravante de los factores sistémicos permite establecer los siguientes tipos de enfermedad periodontal.

- i)** Enfermedad periodontal iniciada por factores locales desfavorables en presencia de factores sistémicos favorables que otorgan a los tejidos periodontales una buena resistencia a aquellos. Son los casos de enfermedad periodontal de larga evolución y favorable respuesta al tratamiento.
- ii)** Enfermedad periodontal iniciada por factores locales desfavorables en individuos con factores sistémicos también desfavorables, que condicionan una baja resistencia a aquellos. Son los casos de evolución más rápida y respuesta terapéutica más difícil. Por supuesto que dentro de este grupo

existe toda la gama de combinaciones entre la magnitud de los factores locales y sistémicos.¹²

2.3.3. Gingivitis

La gingivitis, inflamación de la encía, es la forma más común de la enfermedad gingival. La inflamación se halla casi siempre en todas las formas de enfermedad gingival, porque la placa bacteriana, que produce inflamación y los factores irritativos que favorecen su acumulación suelen estar en el medio gingival.

La inflamación causada por la placa bacteriana origina cambios degenerativos, necróticos y proliferativos en los tejidos gingivales.

Hay una tendencia a denominar todas las formas de enfermedad gingival con el nombre de gingivitis, como si la inflamación fuera el único proceso patológico que interviene. Sin embargo, en la encía ocurre procesos patológicos que no son causados por la irritación local, como atrofia, hiperplasia y neoplasia. No todos los casos de gingivitis son obligatoriamente iguales por el hecho de que presente alteraciones inflamatorias, y con frecuencia es preciso distinguir

¹² FERMIN A. CARRANZA. Compendio de Periodoncia. Cuarta Edición. Editorial Mundi 1986. Pág. 18-19-20

entre inflamación y otros procesos patológicos que pudieran hallarse en la enfermedad gingival.

- **Clasificación de la Gingivitis:**

- a. Gingivitis Aguda**

Es de instalación repentina, la encía afectada puede mostrar un color rojo brillante y el paciente siente dolor. La gingivitis aguda a menudo se produce como resultado de la injuria o como una gingivitis ulceronecrotizante aguda (Vincent).

- b. Gingivitis Crónica**

La gingivitis se produce mayormente como una enfermedad crónica o recurrente. La gingivitis crónica es una inflamación gingival persistente que es por lo general indolora.

La destrucción de los tejidos y la reparación tiene lugar corriente o alternadamente en la gingivitis crónica. Esta interacción de destrucción y preparación afecta a la apariencia clínica de la encía, la cual puede variar de color, desde ligeramente roja hasta un rojo muy brillante, o hasta magenta.

Estas apariencias reflejan el equilibrio de los hechos destructivos versus los reparativos.¹³

2.3.4. Periodontitis

La periodontitis se diagnostica fundamentalmente por la presencia de 3 signos:

1. Inflamación Crónica de la encía.
2. Formación de bolsas periodontales, signo inequívoco y patognomónico.
3. Pérdida ósea alveolar.

• Clasificación de la Periodontitis

a. Periodontitis Simple

La periodontitis simple o periodontitis marginal es la destrucción crónica y progresiva del periodonto de sostén debido exclusivamente a factores inflamatorios, representados por las endotoxinas de la placa bacteriana, La periodontitis simple se caracteriza por:

- Inflamación crónica de la encía.
- Presencia de bolsa supráósea.
- Pérdida ósea horizontal.

¹³ GRANT/STERN/EVERETT. Periodoncia en la Tradición de Orban y Gottlieb, Pág. 273-274

La movilidad dentaria aparece en estados tardíos de la enfermedad.

b. Periodontitis Compuesta

La periodontitis compuesta es también la destrucción de las estructura periodontales de sostén, pero debido a los **FACTORES INFLAMATORIOS Y AL TRAUMA OLCUSAL**.

La periodontitis compuesta se caracteriza por:

- Inflamación crónica de la encía.
- Presencia de bolsas infraósea.
- Pérdida ósea angular.
- Movilidad dentaria.
- Ensanchamiento del espacio periodontal.
- Migración patológica de los dientes.

c. Periodontitis Juvenil

La periodontitis juvenil implica lesiones periodontales destructivas óseas en el período circumpuberal.

La periodontitis juvenil se caracteriza por:

- Encías relativamente normales.

- Hueso extensamente reabsorbido.
- Bolsas intraóseas.
- Cemento adelgazado.
- Defectos óseos angulares bilaterales.

i) Periodontitis Juvenil Generalizada

Se caracteriza porque la lesión periodontal destructiva abarca la totalidad de las piezas dentarias y está asociada a algunas afecciones sistémicas, como el síndrome de Papillon Lefevre, hipofosfathemias, agranulocitosis, etc.

ii) Periodontitis Juvenil Localizada

Llamada también periodontitis, se caracteriza por que la destrucción del aparato de sostén del diente, afecta de modo peculiar solo incisivos y molares.

2.3.5. INDICE PERIODONTAL DE ROUSSELL (IPR)

Este índice fue ideado para tratar de evaluar la enfermedad periodontal con mayor profundidad que el índice PMA, midiendo la presencia o ausencia de inflamación gingival, su intensidad, la bolsa y la pérdida de la función masticatoria

Se usa para levantar índices a nivel de comunidades e índices individuales (al estudio clínico).¹⁴

El puntaje por individuo de índice periodontal se obtiene sumando el puntaje de todos los dientes examinados y dividiendo por el número de dientes examinados. Este índice fue creado para estudios epidemiológicos, pero con cuidado puede emplearse para pruebas clínicas. La importancia del índice periodontal reside en que mediante de él se valoran más datos que con ningún otro índice de la enfermedad periodontal.

Tiene el inconveniente que no se puede aplicar en su totalidad pues tiene que hacerse otro índice para establecer el estado de los tejidos que rodean al diente.

$$\text{Índice periodontal (puntaje por individuo)} = \frac{\text{Puntaje de todos los dientes}}{\text{Número de dientes examinados}}$$

$$\text{Índice periodontal de Roussell.} = \frac{\text{Suma de puntos individuales}}{\text{Cantidad de dientes presentes}}$$

¹⁴ FERMIN A. CARRANZA. Op. Cit.

Se obtiene una escala de valores:

Grupo de puntaje I.P.	Estado Clínico	Estado de la Enfermedad
0 a 0.2	Tejidos de soporte clínicamente normales	Reversible
0.3 a 0.9	Gingivitis simple	
0.7 a 1.9	Gingivitis Periodontal destructora incipiente	Irreversible
1.6 a 5.0	Enfermedad Periodontal destructora establecida	
3.8 a 8.0	Enfermedad terminal	

2.4 HIGIENE ORAL

Son los diversos procedimientos destinados a mantener aseadas las estructuras dentales y gingivales. Estos procedimientos comprenden: el cepillo dental, uso del hilo dental, colutorios, etc.

2.4.1. Índice de Higiene Oral Simplificado:

El Índice de Higiene Oral consta de dos componentes: El Índice de residuos simplificado, y el índice de cálculo simplificado. Cada componente es valorado en una escala de 0 a 3. Para el examen se emplea un espejo bucal y explorador dental curvo, sin agente revelador de placa. Las seis superficies dentales examinadas son las superficies vestibulares de los dientes N° 3, 8, 14 y 24. La superficie linguales de los

dientes N° 19 y 30; la superficie dentaria es dividida horizontalmente en un tercio gingival, medio e incisal.

Para efectuar el índice de residuos simplificado, se coloca un explorador en el tercio incisal u oclusal del diente y se le desplaza hacia el tercio gingival. La puntuación por persona del índice de residuos se obtiene sumando la puntuación de residuos por superficie dentaria y dividiéndola entre el número de superficies examinadas.

La valoración del índice de cálculos se realiza colocando suavemente un explorador en el surco gingival distal y dirigiéndolo subgingivalmente desde el área de contacto distal al área de contacto mesial. La puntuación por persona del índice de cálculos se obtiene sumando la puntuación por superficie dentaria y dividiéndola entre el número de superficies examinadas. La puntuación del índice de higiene oral simplificado se obtiene sumando el índice de residuos y de cálculos por cada paciente.

a) Grados Clínicos de Limpieza:

Los grados clínicos de limpieza de residuos que pueden ser asociados con los resultados agrupados, por puntuación son los siguientes:

- Bueno : de 0 a 0.6
- Regular : de 0.7 a 1.8
- Malo : de 1.9 a 3

Los grados clínicos de higiene bucal que pueden ser asociados por puntuación según el Índice de Higiene Oral Simplificado, son los siguientes:

- Bueno : de 0 a 1.2
- Regular : de 1.3 a 3.0
- Malo : de 3.1 a 6

b. Criterios para medir el Componente de Residuos:

- 0 : No hay residuos ni manchas.
- 1 : Los residuos blandos cubren no más de un tercio de la superficie dentaria o presencia de pigmentaciones extrínsecas, sin otros residuos cualquiera que sea la superficie cubierta.
- 2 : Residuos blandos que cubren más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.
- 3 : Residuos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.

c. Criterios para medir el Componente de

Cálculos:

- 0 : No hay cálculos
- 1 : Cálculos supragingivales que cubren no más de un tercio de superficie dentaria expuesta.
- 2 : Cálculos supragingivales que cubren más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta o áreas aisladas de cálculos subgingivales alrededor de la porción cervical del diente o ambos.
- 3 : Cálculos supragingivales que cubren más de dos tercios de superficie dentaria expuesta a una banda ancha y continua de cálculos subgingivales alrededor de la porción cervical del diente o ambos.

2.4.2. Cepillado

El cepillo dental ha sido utilizado por siglos con el propósito de retirar restos alimenticios depositados sobre las superficies dentarias. No existe un cepillo de dientes ideal.¹⁵

El instrumento primario para la eliminación de la placa es el cepillo dental y el secreto para evitar la caries es el cepillado mínimo de 3 veces

¹⁵ JOSEPH CHASTEEN. "Principios de la Clínica Odontológica". 1981. Pag. 36

al día desde que aparecen los primeros dientes. Realmente el éxito radica no tanto en el tipo de cepillo sino más bien en la técnica de cepillado.¹⁶

En el diseño y la fabricación de los cepillos de dientes se tienen en cuenta diversas variables, entre las que destacan las siguientes: el material de la cerda; la longitud, el diámetro, el número total de fibras; y el diseño de la cabeza del cepillo, así como su longitud, orientación y angulación respecto al mango.¹⁷

a. Frecuencia del Cepillado

Estudios recientes han comprobado que el mantenimiento de la salud gingival es compatible con la eliminación minuciosa de la placa bacteriana es a cada 24 a 48 horas de allí que la validez de la clásica recomendación de cepillar los dientes después de cada comida y antes de dormir, muchos estudios han informado sobre el mejoramiento de la salud periodontal con la mayor frecuencia de cepillado hasta dos veces por día. Mayores frecuencia de limpieza, esto es tres veces por día o más no producen estados periodontales significativamente mejores. En términos prácticos de

¹⁶ GUSTAVO BARRIOS. "Odontología su fundamento biológico". 1991. Pag. 291

¹⁷ RALPH MCDONALD. "Odontología pediátrica y del adolescente". 1995. Pag. 247

recomienda hacer dos cepillados diarios, uno de ellos sumamente minucioso.

En conclusión, hay que hacer hincapié en la eficacia más que en la frecuencia de la limpieza dental.

b. Técnicas del Cepillado

Ningún método es mejor que otro. Un paciente puede necesitar utilizar principios de varias técnicas para limpiarse adecuadamente.¹⁸

i. Método de Bass

La técnica de cepillado de Bass se ha popularizado mucho en los últimos años.

Las cerdas del cepillo deben tener un diámetro dentro de 17 centésimas de milímetro y las puntas redondeadas.¹⁹

La posición inicial para vestibular es de 45° respecto del eje mayor, la punta de la cerda hacia la encía, con movimiento vibratorio de adelante hacia atrás.²⁰ Para lingual el cepillo en forma vertical y las cerdas del extremo de la cabeza se insertan en el espacio Interdentario cervical con movimiento vibratorio de abajo

¹⁸ WALTER SOROCHAN. "Autoevaluación de la Salud" 1982. Pág. 401

¹⁹ GORAN KOCH. "Odontopediatría Enfoque Clínico". 1994. Pág. 89-90

²⁰ THOMAS SEIF. "Cariología Prevención Diagnóstico y Tratamiento contemporáneo de la caries dental"

hacia arriba y el tiempo es de 15 segundos cada dos dientes.²¹

En la técnica modificada de Bass se colocan las cerdas a la altura del margen gingival con una angulación aproximada de 45° y suavemente se trata se introducir la punta de la cerda por debajo del margen gingival con movimientos rotatorios cortos hacia delante y hacia atrás.²²

ii) Técnica Horizontal

Indicada sobre todo en niño. La posición es que las cerdas estén a 90° respecto del eje mayor del diente, con movimientos horizontales de atrás hacia delante. La zona que abarca es de 6 sectores y el tiempo es de 20 veces por cada sector.²³

iii) Técnica de Stillman Modificada

Indicada para adultos. La posición de las cerdas es de 45° respecto del eje mayor, descansa casi totalmente en la encía, con movimientos mixtos de vibración y frotamiento hacia oclusal, sigue el eje

²¹ BARRANCOS MOONEY JULIO. "Operatoria Dental" 1993. Pág. 100

²² GUSTAVO BARRIOS. "Odontología su fundamento Biológico". 1991. Pág. 292

²³ JAN LINDHE. "Periodontología Clínica". 1992. Pág. 315

longitudinal del diente y el tiempo es de 15 segundos cada dos dientes.²⁴

iv) Técnica de Charters

Sobre todo indicada para adultos. La posición para vestibular es a 45° respecto del eje mayor del diente con cerdas dirigidas hacia oclusal y entre los espacios interproximales con movimientos rotatorios y cortos hacia delante y hacia atrás. Para palatino la posición es vertical trabajando sólo la punta de las cerdas. El tiempo es de 15 segundos cada dos dientes.²⁵

c) Uso del Hilo Dental

La manera más eficaz para limpiar las superficies proximales es la aplicación de un hilo de gran duración denominado seda dental.

La seda dental es de nylon, aunque existe una seda nueva a base de otro tipo de teflón, politetrafluoroetileno. El hilo dental está constituido por 4 a 18 terminaciones o fibras; cada fibra está constituida por 15 a 50 filamentos; cada filamento tiene

²⁴ JAN LINDHE. "Periodontología Clínica". 1992. Pág. 315

²⁵ RALPH MCDONALD. "Odontología Pediátrica y del Adolescente" 1995. Pág. 257

2 denier. Un denier equivale a 100g de peso de una fibra de 8 229,6 m. determinado su finura.²⁶

La seda dental es un elemento que debemos utilizar a diario, después de cada comida y antes del cepillado dental. Hay varios tipos de seda dental, pero básicamente 2 tipos: la seda dental plana y la seda dental redonda y estas a la vez enceradas o sin encerar, con sabor o sin sabor.²⁷ Además la seda dental aromatizada o no; con flúor, mentoladas delgadas, acintadas y entrelazadas.²⁸

- Técnica de aplicación de la seda dental

La seda dental se coloca entre las piezas dentarias a nivel de las regiones interproximales, y a continuación se frota entre las dos superficies proximales en cada lado del espacio. La clave para aprender la técnica adecuada de limpieza con seda es conservar el control de la misma. Este control se inicia mediante extracción del envase de una longitud suficiente de hilo.

Se requieren de 46 - 60 cm. de seda aproximadamente. El hilo se envuelve a continuación

²⁶ BARRANCOS MOONEY JULIO. "Operatoria Dental". 1993. Pág. 101

²⁷ JULIAN ACOSTA GOYA. "La seda dental". 1998. Pág. 2.

²⁸ RALPH MACDONALD. "Odontología Pediátrica y del Adolescente". 1995. Pág. 61

alrededor de los dedos medios de cada mano, con unos 10 cm. de seda extendidos entre las dos manos. La porción de 8 ó 9 cm. de seda puede ser guiada a continuación entre las piezas dentarias.²⁹

Con los pulgares y los índices para guiar la seda, se imprime un suave movimiento de sierra entre los dos dientes a limpiar. Hay que tener cuidado y no tirar hacia debajo de la seda para no lesionar las encías. La seda debe adoptar una forma de C alrededor de cada uno de los dientes y se mueve en sentido cérvico-oclusal, recíprocamente, hasta eliminar la placa dental. Al colocar la seda entre dos nuevos dientes, se recoloca de modo que se emplee material limpio y sin usar en cada nueva posición.³⁰

²⁹ JOSEPH CHASTEEN. “Principios de la Clínica Odontológica”. 1981. Pág. 41-43

³⁰ RALPH MACDONALD. “Odontología Pediátrica y del Adolescente”. 1995. Pág. 259

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- a. "ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS ÍNDICES DE HIGIENE ORAL, CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL EN ESCOLARES DE 6 A MÁS DE 12 AÑOS, DEL C.E. N°40035 PP.JJ VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE (COMUNIDAD URBANO MARGINAL) Y C.E. N°40136 YURAMAYO (COMUNIDAD RURAL)" 1996 - 1997. AREQUIPA. BACH. OLINDA ANTONIETA TALAVERA BEGAZO.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue diseñado para comparar niveles de salud bucal entre dos comunidades una Urbano Marginal y otra Rural, aplicado a escolares de 6 a más de 12 años de edad.

El estudio comprendió en cada grupo la aplicación de los índices, de H.O-S de Green y Vermillon.

Índice de caries de Klein y Palmer (C.P.O-D) para la dentición permanente. Índice de Caries de Gruebel (c.e.o-d), correspondiente a dientes deciduos y el Índice Periodontal de Rousel (I.P.R), los resultados obtenidos corresponden a ambas comunidades:

Los escolares de la Comunidad Urbano Marginal mostraron los siguientes índices, el I.H.O-S de 1,52 el C.P.O-D de 3,59; el c.e.o-d de 4,92 el I.P.R. de 0,33%.

Los escolares de la Comunidad Rural mostraron IHO-S de 1.22; el C.P.O-D de 2.42; el c.e.o-d de 2,66; el I.P.R. de 0,14.

El estudio demostró que el nivel de salud bucal es diferente entre ambas comunidades.

b. "INFLUENCIA DEL PROGRAMA PREVENTIVO ODONTOLÓGICO EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA EN EL AÑO 1999". AREQUIPA. BACH. DORIS MADELEYNE HUANQUICANTO.

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se determinó, la influencia del programa Preventivo Odontológico en los índices de Higiene Oral (IHO) en 134 pacientes tanto niños como Adultos de la Clínica Odontológica de la UCSM Arequipa. Se realizó el IHO en 2 grupos: niños y adultos, por grupo atareo, sexo y según el número de sesiones.

En los niños se encontró que el IHO más alto está en el sexo femenino con 1.32 y el más bajo en el sexo masculino con 0.90. De las cuatro sesiones el IHO más alto se da en la 1era sesión con 1.62 (higiene regular) y el más bajo en la 4ta sesión con 0.82 (higiene buena). Según la edad el IHO más alto se dio en el grupo de 6 a 7 años con 1.25 y el más bajo en el grupo de 10 a 12 años con 0.96. Siendo el promedio global del IHO en niños de 1.11 (higiene buena).

En los Adultos se encontró que el IHO más alto está en el sexo femenino con 1.13 y el mas bajo en el sexo masculino con 1.10, de las cuatro sesiones el IHO más alto se da en la 1era

sesión con 1.81 (higiene regular) y el más bajo en la 4ta sesión con 0.35 (higiene buena), lo cual significa que ha ido disminuyendo progresivamente en cada sesión.

Según la edad el IHO más alto se da en el grupo de 41 a 50 años con 1.53 y el más bajo en el grupo de 31 a 40 años con 0.79. Siendo el promedio Global de IHO en Adulto de 1.10 (higiene buena).

El Promedio Global del IHO de toda la población es de 1.10 (higiene buena).

c. "INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS EN LA CARIES DENTAL DE PACIENTES ADULTOS DE 19 - 30 AÑOS DE EDAD DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA U.C.S.M, AREQUIPA - 2000, BACH. ÁNGELA ARLETTE RIVERA MOLINA.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene la finalidad de determinar la influencia de los hábitos alimenticios en la presencia de caries dental de pacientes que acuden a la Clínica Odontológica, para la investigación fueron seleccionados 85 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 19 y 30 años.

Para la selección de pacientes fue aplicada una ficha de observación clínica y documental, junto a un diario semanal de dieta donde se hizo la evaluación de los hábitos alimenticios mediante el análisis de los 4 grupos básicos y el potencial cariogénico (ingesta de carbohidratos) relacionándolo a la ocurrencia

de caries, también se realizó la evaluación de la higiene oral con el fin de homogeneizar la población.

La relación se midió a través de la prueba estadística del coeficiente de correlación de Pearson.

Al final de la investigación se demostró estadísticamente, que el consumo de los grupos básicos de alimentos tienen una baja relación con la caries dental que va desde (1.57% a 19.98%), es decir no se encuentra relación significativa, y la ingesta en los grupos de leche, carnes, frutas y verduras en la mayor parte de pacientes esta por debajo de las recomendaciones diarias el 95.3%, el 54.1% y el 82.4% de los pacientes respectivamente.

Con respecto al potencial cariogénico de los carbohidratos de acuerdo al consumo según la consistencia física, momentos de ingestión, frecuencia de ingesta y tiempo de exposición de los dientes a ácidos, la relación es de importante a baja desde (76.62% a 50.60%), es decir determina el valor cuantitativo de caries.

4. OBJETIVOS

- 4.1 Determinar el nivel de conocimiento de los alumnos acerca de Prevención Salud Bucal.
- 4.2 Identificar el estado de salud dento - periodontal de los alumnos.
- 4.3 Establecer la correlación entre el nivel de conocimientos acerca de prevención de salud bucal y el estado de salud dento - periodontal.

5. HIPÓTESIS

Dado que la conservación de la salud está condicionada por un conjunto de factores, siendo uno de ellos el educativo:

Es probable que haya una correlación positiva entre el conocimiento acerca de la prevención de salud bucal y el estado de salud dento - periodontal de los alumnos de 12 a 17 años del Colegio 41041 "Cristo Rey" de Camaná.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas e Instrumentos

Variables	Indicadores	Item	Técnicas e Instrumentos
(Independiente) Nivel de conocimiento acerca de Prevención de Salud Bucal	1) Cuidado de encías y dientes 2) Frecuencia y técnica de cepillado 3) Uso de hilo dental 4) Alimentos cariogénicos 5) Uso de Fluor Dental	1-8 9-11 12-14 15-16 17-18	Cuestionario ↓ Formulario de Preguntas
(Dependiente) Estado de Salud Dento - Periodontal	1) Índice CPOD 2) IHO 3) IPR		Observación Clínica. ↓ Ficha Epidemiológica

FICHA EPIDEMIOLÓGICA

CÓDIGO :

FECHA :

NOMBRE :

EDAD :

SEXO F H

LUGAR:

1. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL

Placa Blanca	M.S.						M.I.						
placa Calcif	(17)	16	11	(21)	26	(27)	P.B.	(47)	46	(41)	31	36	(37)
I-HOS							P.C.						

2. CARIES

18	17	16	15	14	13	12	11	Condición	21	22	23	24	25	26	27	28
								Tratamiento								
								Condición								
								Tratamiento								
								Condición								
								Tratamiento								
								Condición								
								Tratamiento								

3. ENFERMEDAD PERIODONTAL

18	17	16	15	14	13	12	11	Condición	21	22	23	24	25	26	27	28
								Tratamiento								
								Condición								
								Tratamiento								
								Condición								
								Tratamiento								
								Condición								
								Tratamiento								

FORMULARIO DE PREGUNTAS

Nombre :

Edad :

Sexo :

Fecha :

Código :

Colegio :

Procedencia :

Cuantos años vive en Camaná:

Escuela Primaria :

LE PIDO RESPONDER CON SERIEDAD Y EN FORMA PERSONAL

Marque la alternativa correcta

1. Son métodos para prevenir LAS ENFERMEDADES Y CONSEERVAR LA BUENA Salud de los Dientes y Encías.

- a. Uso de Hilo
- b. Enjuagatorios de Flúor
- c. Cepillado
- d. Todos
- e. Ninguna

2. Conoces la importancia de cuidar la Salud de tus Encías

SI

NO

Porque

- a. Pueden Inflamarse
- b. Pueden Sangrar
- c. Es bueno para la Salud de los Dientes
- d. Todos

Porque

- a. No se enferman
- b. No se inflaman
- c. No sangran
- d. Todos

3. Conoces ¿Cuál es la enfermedad mas frecuente de la boca?

- a. Enfermedad Periodontal (piorrea)
- b. Gingivitis (inflamación de Encías)
- c. Caries
- d. Ninguna

4. Conoces ¿Qué daños ocasionan los restos alimenticios (placa bacteriana) en tu boca?

- a. Gingivitis(inflamación de Encías)
- b. Caries
- c. Caries y Gingivitis. (a y b)
- d. Ninguna

5. ¿El Sarro Dentario daña Los Dientes?

SI

NO

Porque

- a. Produce caries
- b. Hace que se muevan los dientes
- c. Inflaman las encías

Porque

- a. No produce caries
- b. No se mueven los dientes
- c. No inflama las encías

6. El sarro dentario debe ser retirado de los Dientes:

- a. Con Enjuagatorios
- b. Con el Cepillado
- c. Por el Dentista
- d. Se cae Solo
- e. Ninguna

7. Que consideras mas importante para conservar la Salud de tu Dientes

- a. Visitar al dentista regularmente
- b. Cepillarse Adecuadamente
- c. Conservar tus Dientes Limpios
- d. Todas las anteriores (a, b y c)
- e. Ninguna

8. El uso de Pasta Dental es importante, porque:

- a. Es irremplazable
- b. Ayuda a una mejor limpieza de los dientes
- c. Contiene flúor
- d. b y c
- e. Ninguna

9. Conoces ¿Cuántas veces al día debes Cepillarte?

- a. Una
- b. Dos
- c. Tres
- d. Cada vez que Comes

10. ¿En qué momento debemos cepillarnos?

- a. Antes de la Comidas
- b. Después de las Comidas
- c. Al Levantarse
- d. Al Acostarse

11. ¿Cuál de estas técnicas de cepillado conoces?

- a. Técnica Vertical
- b. Técnica Horizontal
- c. Técnica Combinada
- d. Ninguna Técnica

12. ¿Conoces como se debe usar del Hilo Dental?

SI

NO

13. ¿Cuántas veces al día se debe usar el Hilo Dental?

- a. Una
- b. Dos
- c. Tres
- d. Cada vez que te cepillas
- e. Ninguna

14. ¿Es importante el uso del hilo dental?

SI

NO

Porque

- a. Complementa del Cepillado
- b. Permite retirar los restos alimenticios de los dientes
- c. a y b
- d. Ninguno

Porque

- a. No se debe usar
- b. No ayuda a la higiene
- c. a y b
- d. Ninguno

15. ¿Qué Alimentos producen Caries?

- a. Las Carnes
- b. Los Carbohidratos (azúcares)
- c. Grasas
- d. Frutas y Verduras
- e. Ninguno

16. Los Azúcares que son mas criogénicos (producen caries) están contenidos en:

- a. Papa, Camote, Remolacha
- b. Azúcar de consumo diario
- c. Pan y Biscochos
- d. Caramelos, Galletas, Chocolates

17. Los Enjuagatorios de Flúor son importantes:

SI

NO

¿Por qué?

- a. Es importante para la Nutrición
- b. Fortalece los Dientes
- c. Ninguna

¿Por qué?

- a. Hace daño
- b. Se fracturan los Dientes
- c. Ninguna

18. ¿A qué edad se debe aplicar flúor en los dientes?

- a. Después de los 20 años
- b. De 16 años – 20 años
- c. De 04 a 12 años
- d. Ninguna

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

La presente investigación se realizará en el ámbito del Colegio "41041 - Cristo Rey", perteneciente a la provincia de Camaná, Región Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

La presente investigación se realizará en el período de Abril a Agosto del 2003.

Este trabajo de acuerdo al período investigativo es transversal porque solo se medirá una vez las variables en consideración y se procederá a su descripción y análisis.

2.3. Unidades de estudio

* Características Sociales de la Población

El ingreso promedio de los padres de familia es entre regular y bajo, el total de alumnos del plantel es de 579. El Centro Educativo no cuenta con servicio odontológico; en el contenido curricular, los aspectos relacionados a la Prevención de Salud Bucal no se abordan de manera adecuada. El Ministerio de Salud durante los últimos 5 años no aplica el Programa de Salud Bucal Escolar. Los docentes del plantel y sus autoridades no cuentan con la motivación para realizar Programas de Salud Bucal. Los odontólogos del MINSA, algunos años han dejado tabletas de fluor para el programa de enjuagatorios, pero no realizan la asesoría ni el monitoreo correspondiente.

La población estará representada por el número total de alumnos matriculados en el Colegio "41041 Cristo Rey", que cumpla con los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión
 - Escolares pertenecientes al Colegio mencionado.
 - Escolares de 12 a 17 años de edad
 - Escolares de ambos sexos.

- Criterios de exclusión
 - Escolares que no se encuentran dentro del grupo etareo.
 - Escolares de otros centros educativos.

- Determinación de la muestra

De una población de 579 estudiantes se seleccionó una muestra de 237 estudiantes, utilizando para ello el Método de Muestreo Estratificado Simple en base a la tabla de números aleatorios.

La fórmula empleada es la siguiente:

$$n = \frac{400}{1 + \frac{400}{N}}$$

N: Población

n: muestra

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

3.1. Organización

Para efectuar la presente investigación se presentará una solicitud al Director del Centro Educativo, para contar con el permiso correspondiente, se solicitará el apoyo de los profesores y alumnos en general.

Se habilitará un salón de clase que nos servirá para realizar el examen clínico y evaluar convenientemente a cada alumno.

3.2. Recursos:

a) Recursos Humanos:

Investigador: Javier Nicolás Campos Gutiérrez.

b) Recursos Físicos:

Se utilizará aulas del Colegio "41041 Cristo Rey", Camaná.

c) Recursos Económicos

Autofinanciado por el investigador.

3.3. Validación de los instrumentos

Se realizará diez pruebas piloto a igual número de alumnos para validar el instrumento (Ficha de Observación Clínica y Formulario de Preguntas), para así poder juzgar su eficacia, reajustarlo si es el caso, y calcular el tiempo de aplicación del instrumento por unidad de estudio.

3.4. Criterios para el manejo de resultados

- El tipo de procesamiento a utilizar será manual.
- Se utilizará la ponderación de los índices CPOD (Dientes Cariados, Perdidos, obturados) Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) e Índice Periodontal de Rousell (IPR). Para la evaluación del conocimiento se ha empleará el sistema vigesimal, luego serán categorizados de la siguiente manera: 19-20 (MUY BUENO), 15, 16, 17, 18 (BUENO), 11,12,13,14 (REGULAR), y de 0 a 10 (MALO). El procedimiento para la conversión de los resultados del formulario de preguntas al sistema vigesimal se encontró explicado en el Anexo N° 3 (Pág. 102).
- Tabulación: presentación de tablas según los indicadores.
- Análisis de Datos; para el análisis de datos empleará la Prueba Estadística El Coeficiente de Correlación
- Graficación de las tablas más relevantes.
- Informe: se elaborará y presentará un Informe final que incluye la difusión de los resultados, conclusiones y propuestas de aplicación de la investigación.

VARIABLE	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA DE MEDICIÓN	PRUEBA ESTADÍSTICA
<u>Independiente:</u> Conocimiento acerca de Prevención de Salud Bucal.	Variable Cualitativa	Vigesimal: MB: (19-20) B: (15-18) R: (11-14) M: (0-10)	Coeficiente de correlación
<u>Dependiente:</u> Estado de Salud Dento - Periodontal	Variable Cuantitativa Continua	Ponderación de Índices	

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo / Actividades	Mes Abril-Mayo-Junio			Mes Julio				Mes Agosto			
	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Recolección de datos	X	X	X								
2. Estructuración de resultados				X	X	X	X				
3. Informe final								X	X		

2. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS



3. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DEL FORMULARIO DE PREGUNTAS



TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DEL FORMULARIO DE PREGUNTAS

El tratamiento estadístico del formulario de preguntas consiste en asignarles los puntajes que se indica en hoja adjunta a cada respuesta sumando un total de 42 puntos, este total se ha convertido al sistema vigesimal.

Igualmente el ítem correspondiente al cuidado de encías y dientes (preguntas del 1 al 8) suma un puntaje máximo de 21 puntos; el ítem correspondiente a la frecuencia y técnica de cepillado (preguntas del 9 al 11) suma un puntaje máximo de 7 puntos; el ítem correspondiente al uso de hilo dental (preguntas del 12 al 14) suma un puntaje máximo de 7 puntos; el ítem de alimentos cariogénicos (preguntas 15 y 16) suma un puntaje máximo de 4 puntos; y el ítem de uso de fluor dental (preguntas 17 y 18) suma un puntaje máximo de 3 puntos. Todos los resultados por cada ítem fueron convertidos al sistema vigesimal.

En el punto 3.4. Criterios para el manejo de resultados pág. 99, se considera la categorización de los conocimientos, el criterio ha tomado como referencia la escala literal empleada por el Ministerio de Educación, detallado a continuación:

Referente a **CÓMO UTILIZAR EL REGISTRO DEL DOCENTE** en el punto 12 se detalla lo siguiente:

Los resultados obtenidos se transcribirán al Acta de Evaluación del Educando de Educación Primaria, utilizando las notas de escala vigesimal. Para este efecto se tendrá en cuenta las siguientes equivalencias:

ESCALA LITERAL		ESCALA LITERAL
AD	(logro destacado)	17 a 20
A	(logro)	13 a 16
B	(en proceso)	11 a 12
C	(con dificultades o en inicio)	10 y menos



PUNTAJE ASIGNADO AL FORMULARIO DE PREGUNTAS

- | | | | | | |
|----|-----------|-----------|-----|-------------|-------------|
| 1. | a. 1 | | 10. | a. 0 | |
| | b. 1 | | | b. 2 | |
| | c. 2 | | | c. 1 | |
| | d. 3 | | | d. 1 | |
| | e. 0 | | | | |
| 2. | Si | No | 11. | a. 1 | |
| | a. 1 | a. 0 | | b. 1 | |
| | b. 1 | b. 0 | | c. 2 | |
| | c. 1 | c. 0 | | d. 0 | |
| | d. 2 | d. 0 | | | |
| 3. | a. 1 | | 12. | Si 1 | No 0 |
| | b. 1 | | | | |
| | c. 2 | | 13. | a. 0 | |
| | d. 0 | | | b. 1 | |
| 4. | a. 1 | | | c. 2 | |
| | b. 2 | | | d. 3 | |
| | c. 3 | | | e. 0 | |
| | d. 0 | | 14. | Si | No |
| 5. | Si | No | | a. 2 | a. 0 |
| | a. 1 | a. 0 | | b. 1 | b. 0 |
| | b. 3 | b. 0 | | c. 3 | c. 0 |
| | c. 2 | c. 0 | | d. 0 | d. 0 |
| 6. | a. 0 | | 15. | a. 0 | |
| | b. 1 | | | b. 1 | |
| | c. 2 | | | c. 0 | |
| | d. 0 | | | d. 0 | |
| | e. 0 | | | e. 0 | |
| 7. | a. 2 | | 16. | a. 0 | |
| | b. 2 | | | b. 2 | |
| | c. 1 | | | c. 1 | |
| | d. 3 | | | d. 3 | |
| | e. 0 | | | | |
| 8. | a. 0 | | 17. | Si | No |
| | b. 2 | | | a. 1 | a. 0 |
| | c. 1 | | | b. 2 | b. 0 |
| | d. 3 | | | c. 0 | c. 0 |
| | e. 0 | | | | |
| 9. | a. 0 | | 18. | a. 0 | |
| | b. 1 | | | b. 0 | |
| | c. 2 | | | c. 1 | |
| | d. 3 | | | d. 0 | |



4. CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

1. Fórmula de Coeficiente de Correlación (r)

$$R = \frac{N \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{N \sum x^2 - (\sum x)^2 \cdot N \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

La correlación, de acuerdo a su valor o grado se rige por la siguiente escala:

Rango	Correlación
± 1.00	Perfecta
± 0.90 ± 0.99	Muy alta
± 0.70 ± 0.89	Alta
± 0.40 ± 0.69	Moderada
± 0.20 ± 0.39	Baja
± 0.01 ± 0.19	Muy baja
± 0.00	Nula