

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**“INFLUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL
SOBRE EL I.H.O.S EN ESCOLARES DE 8 - 9 AÑOS DEL COLEGIO
ESTADO DE SUECIA, AREQUIPA 2017”**

Tesis presentada por la Bachiller:

MADELEI JOMHARA VARGAS MENDOZA.

Para optar el título Profesional de Cirujano

Dentista.

Asesor: Mgter. Alberto Alvarado Aco.

AREQUIPA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

*A Dios por la vida, las experiencias dadas y las enseñanzas
detrás de ellas.*



*Dedico mi trabajo a mis padres y hermanos que me apoyaron
en todo momento impulsándome a seguir mis sueños.*

AGRADECIMIENTOS

*Agradezco a mi asesor el Dr. Alberto Alvarado y a la
Dra. Serey Portilla por guiarme en la realización de este
proyecto.*

*A todos los que de una u otra forma me apoyaron y
compartieron este esfuerzo.*

Gracias por sus Consejos.

La différence entre ce que tu es et ce que tu veux être

c'est ce que tu fais.

Anonyme



RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar el nivel de Influencia de Salud Oral sobre el Índice de Higiene Oral simplificado en los Escolares de 8 – 9 años de edad del colegio Estado de Suecia de la ciudad de Arequipa.

Se evaluó a 55 niños entre 8 a 9 años de edad, mediante una observación directa, en las cuales los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de 14 preguntas sobre Salud Oral y se realizó una de ficha de observación de Índice de Higiene Oral Simplificado (I.H.O.S) de Greene y Vermillón

En esta investigación el resultado fue que efectivamente existe relación entre el nivel de conocimiento de salud oral “alto” sobre el Índice de Higiene Oral Simplificado (I.H.O.S.) “bueno” con un 88.9%. Por lo tanto, se demuestra que, a mayor conocimiento se presenta un mejor Índice de Higiene Oral.

Palabras Clave: higiene oral, índice de higiene oral simplificado.

ABSTRACT

The present research aims to determine the level of Oral Health Influence on the Simplified Oral Hygiene Index in Schoolchildren aged 8 - 9 years of the State School of Sweden in the city of Arequipa.

Fifty-five children between 8 and 9 years of age were evaluated through a direct observation, in which the instruments used were a questionnaire of 14 questions on Oral Health and a simple Oral Hygiene Index (IHOS) Of Greene and Vermillion.

In this research the result was that there was indeed a relationship between the "high" oral health knowledge level on the "Good" Oral Hygiene Index (I.H.O.S.) with 88.9%. Therefore, it is demonstrated that, to a greater knowledge, a better Oral Hygiene Index is presented.

Key words: oral hygiene, simplified oral hygiene index.

INTRODUCCIÓN

Si bien nosotros somos el presente, los niños serán el futuro, basados en esto es de suma importancia saber cuáles son los conocimientos que presentan actualmente los escolares sobre salud oral, y si hay una influencia directa de estos conocimientos sobre sus hábitos, por lo tanto al realizar el Índice de Higiene Oral Simplificado (I.H.O.S.) de Greene y Vermillón se demostrará si efectivamente los niños cuidan de su higiene oral por los conocimientos que tienen sobre salud oral, por lo tanto a más conocimientos se tenga sobre este tema habrá una mayor prevención, así la Prevención Odontológica en nuestro País será de mayor importancia.

Como técnica se utilizó la observación aplicada en niños de 8 a 9 años del colegio Estado de Suecia y mediante un cuestionario de 14 preguntas se realizó la evaluación de conocimiento: Importancia de la Higiene Oral, Partes del Diente, Complementos de Higiene Bucal, Uso de Pasta Dental, Presencia de Placa Bacteriana. Partes del Cepillo. Tiempo de Cepillado. Momentos de uso del cepillo de dientes. Funciones de los dientes. Principales alimentos. Conocimiento sobre Recambio Dental. Visita al Odontólogo.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

INDICE

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	Pág. 1
1.1 DETERMINACIÓN	Pág.1
1.2 ENUNCIADO	Pág. 1
1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	Pág. 2
A) ÁREA DE CONOCIMIENTO	Pág. 2
B) ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	Pág. 2
1.4 INTERROGANTES BÁSICAS	Pág. 3
1.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN	Pág. 3
1.6 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	Pág. 3
1.7 TAXONOMÍA	Pág. 3
1.8 JUSTIFICACIÓN	Pág. 4
2. OBJETIVOS	Pág. 5

3. MARCO TEÓRICO	Pág. 6
1. <u>Salud oral</u>	
1.1. <u>Definición de salud oral</u>	Pág. 6
1.2 <u>Definición de Placa Bacteriana</u>	Pág. 7
<u>Formación De La Placa Bacteriana</u>	Pág. 7
<u>Naturaleza De la Placa Dental o Biofilm Dental</u>	Pág. 8
<u>Características del Biofilm</u>	Pág. 8
<u>Placa Supragingival.</u>	Pág. 9
<u>Placa Subgingival</u>	Pág. 10
<u>Apariencia Clínica y Detección</u>	Pág. 10
1.3 <u>Definición de Tártaro Dental</u>	Pág. 11
<u>Aspecto Clínico Y Distribución Del Tártaro</u>	Pág. 11
1.4 <u>Definición de Gingivitis</u>	Pág. 11
1.5 <u>Definición de Periodontitis</u>	Pág.12
1.6 <u>Índice De Placa</u>	Pág.13
1.7 <u>Control De Placa Dental</u>	Pág.15
1.8 <u>Cepillo Dental</u>	Pág.16
<u>Partes Del Cepillo Dental</u>	Pág.17
<u>Tipos De Cepillos Dentales</u>	Pág.19
Cepillos Eléctricos	Pág.19
Cepillos Monopenacho:	Pág.19
Cepillos Interproximales	Pág.19

1.10 <u>Pasta Dentífrica</u>	Pág.19
<u>Técnicas De Cepillado Dental</u>	Pág.20
Técnica De Barrido	Pág.21
Cepillado Horizontal	Pág.21
Cepillado Circular (Técnica De Fones)	Pág.21
Técnica De Bass	Pág.22
Técnica de Bass Modificada	Pág.22
Técnica de Stillman	Pág.23
Técnica de Stillman Modificado	Pág.23
Técnica de Charters	Pág.23
<u>Frecuencia Del Cepillado</u>	Pág.24
<u>Duración Del Cepillado</u>	Pág.24
<u>Cepillado De La Lengua</u>	Pág. 24
2. <u>Complementos Del Cepillado Dental</u>	Pág. 25
2.1 <u>Seda Dental O Hilo Dental</u>	Pág. 25
2.2 <u>Enjuague Bucal</u>	Pág. 25
2.3 <u>Reveladores De Placa Bacteriana</u>	Pág. 26
3. REVISIÓN DE ANTECEDENTES	
INVESTIGATIVOS	Pág.27
Antecedentes Locales	Pág. 28
Antecedentes Nacionales	Pág. 29
Antecedentes Internacionales	Pág. 30

4. HIPÓTESIS	Pág.31
CAPITULO II	
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	Pág.32
1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	Pág.33
1.1. Técnicas	Pág.33
1.2. Instrumentos	Pág.33
1.2.1 Documentales	Pág.33
1.2.2 Mecánicos	Pág.34
1.2.3 Materiales	Pág.34
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	Pág.35
Ámbito de Localización	Pág.35
Unidades de Estudio	Pág.35
2.1 Universo	Pág.35
2.2.2 Criterios de Cualificación	Pág.35
Criterios de Inclusión	Pág.35
Criterios de Exclusión	Pág.35
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN	Pág.36
3.1. Organización	Pág.36
3.1.1 Coordinación	Pág.36
3.1.2 Recursos	Pág.36
a. Recursos humanos	Pág.36

b. Recursos físicos	Pág.36
c. Recursos institucionales	Pág.36
d. Recursos financieros	Pág.36
3.2. Manejo de datos	Pág.36
3.2.1.1.Ordenamiento	Pág.36
3.2.2. Tratamiento de la información	Pág.37
Tablas y gráficas	Pág.37
3.2.2.1 Estudio de la información	Pág.38
CAPITULO III	
RESULTADOS	Pág.38
<u>DISCUSIÓN</u>	Pág.57
<u>CONCLUSIONES</u>	Pág.59
<u>RECOMENDACIONES</u>	Pág.60
<u>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS</u>	Pág.61
<u>ANEXOS</u>	Pág.64



CAPITULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DETERMINACIÓN

El presente trabajo se realiza por la necesidad de saber cuál es el nivel de conocimiento de salud oral de los escolares de 8 – 9 años de edad del colegio Estado de Suecia de la ciudad de Arequipa ya que se sabe poco acerca de este tema y, a la vez, hay pocos estudios al respecto, limitando así la labor de los profesionales pues no se puede tratar adecuadamente a una población de la cual no se sabe el grado de conocimiento de salud oral que presenta en aquel momento.

La gran mayoría de las enfermedades bucales pueden ser prevenidas y controladas, con información adecuada mediante charlas informativas, logrando influenciar y crear un hábito en los niños, es decir conocimiento crea hábitos. Por tanto, resulta importante llevar a cabo una evaluación que ayude a establecer de manera precisa el grado de conocimiento que presenta dicha población. Por tal motivo he desarrollado un estudio, para conocer la influencia del nivel de conocimiento de salud oral sobre el I.H.O.S., para realizar las evaluaciones de salud más adecuadas y así también tomar estas investigaciones como base para otros trabajos que permitan continuar con la acreditación de la Facultad de Odontología.

1.2 ENUNCIADO

**INFLUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL SOBRE
EL I.H.O.S. EN ESCOLARES DE 8 - 9 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO
ESTADO DE SUECIA, AREQUIPA 2017.**

1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A) ÁREA DE CONOCIMIENTO

- 1) Campo : Ciencias de la Salud.
- 2) Área : Odontología.
- 3) Especialidad : Odontología Preventiva y Social.
- 4) Línea : Salud Oral

B) ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Indicadores	Subindicadores
Independiente: Conocimiento de Salud Oral	Importancia de la Higiene Oral. Partes del Diente Complementos de Higiene Bucal. Uso de Pasta dental. Presencia de Placa Bacteriana. Partes del Cepillo. Tiempo de Cepillado.	Test (prueba escrita) Alto: 20-15 Puntos. Regular: 14-11 puntos. Bajo: 0-10 puntos
Dependiente I.H.O.S. de Greene y Vermillion.	Placa Blanda. Placa Dura.	Bueno: de 0.0 – 1.2 Regular: de 1.3- 3.0 Malo: de 3.1 – 6.0

1.4. INTERROGANTES BÁSICAS

- a) ¿Cuál será el Nivel de Conocimiento de Salud Oral en escolares de 8 - 9 años del colegio Estado de Suecia de Arequipa, 2017?
- b) ¿Cuál será el I.H.O.S. presente en escolares de 8 – 9 años del Colegio Estado

de Suecia de Arequipa, 2017?

- c) ¿Cuál será la Influencia del Conocimiento de Salud Oral sobre el I.H.O.S. en escolares 8 – 9 años edad del Colegio Estado de Suecia de Arequipa, 2017?

1.5. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación de campo porque supone la presencia de personas como unidades de estudio y el colegio Estado de Suecia como realidad específica.

1.6. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo relacional porque pretendemos demostrar que el Nivel de Conocimiento de Salud Oral influye sobre el Índice de Higiene Oral Simplificado (I.H.O.S).

1.7. TAXONOMÍA.

	TIPO DE ESTUDIO						
ABORDAJE	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el N° de muestras o poblaciones	Por el N° de mediciones de la variable	Por el ámbito de recolección	DISEÑO	NIVEL
Cuantitativo	Observacional	Prospectivo	Comparativo	Transversal	De campo	Observacional	Relacional

1.8. JUSTIFICACIÓN

- **Actualidad**

Actualmente en nuestro país existe una desinformación sobre salud oral,

lamentablemente los niños no reciben la información correspondiente, ni tampoco sobre prevención, existe una desinformación tanto a nivel educativo como en el hogar.

- **ORIGINALIDAD**

Pese a existir estudios sobre salud oral, en Arequipa es muy escaso lo que se sabe acerca de este tema, por lo que este trabajo aporta conocimientos nuevos acerca de la influencia sobre Salud Oral sobre el I.H.O.S. de esta población, por lo que considero que es de originalidad en nuestro medio.

- **RELEVANCIA CIENTÍFICA**

Es un aporte científico a la Odontología Preventiva y Social, estudio que aporta nociones de la influencia del conocimiento de salud oral sobre los niños del Colegio Estado de Suecia, los datos obtenidos servirán específicamente a la Facultad de Odontología de la U.C.S.M.

- **RELEVANCIA SOCIAL**

Posee relevancia social porque identifica variables (índice de higiene oral y evaluación de conocimiento sobre salud oral) que están presentes en nuestra población. Todo lo planteado anteriormente motiva a pensar que puede aportar elementos que pudieran contribuir a la atención de esta parte de la población, con el conocimiento adecuado y sobre todo con gran sensibilidad e interés se ayudaría a mejorar la prevención Odontológica.

- **VIABILIDAD**

El presente proyecto de tesis es viable tanto en tiempo como en costo, de estudio observacional.

- **INTERÉS PERSONAL**

Es de mi interés, el realizar esta investigación en nuestra localidad, para conocer la realidad del nivel de conocimiento que poseen los niños y cómo este influye en el I.H.O.S., de esta manera poder incrementar los conocimientos en los escolares y mejorar la higiene bucal.

Además, me permitirá obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista.

2. OBJETIVOS

- a) Evaluar el conocimiento de Salud Oral en escolares de 8 - 9 años del colegio Estado de Suecia de Arequipa.
- b) Conocer el nivel I.H.O.S. presente en escolares de 8 – 9 años de edad del Colegio Estado de Suecia de Arequipa.
- c) Relacionar la influencia del Conocimiento de Salud Oral sobre el I.H.O.S. en escolares 8 – 9 años edad del Colegio Estado de Suecia de Arequipa.

3. MARCO TEÓRICO

1. Salud oral

1.1 Definición de salud oral

La OMS lo define como “La salud bucodental, fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor, infecciones, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”.¹

La expresión salud dental hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de nuestra boca, especialmente de los dientes y de las encías. Además de permitirnos comer, hablar y reír (tener buen aspecto), los dientes y las encías deben carecer de infecciones que puedan causar caries, inflamación de la encía, pérdida de los dientes y mal aliento.²

1.2 Definición de Placa Bacteriana

“La placa bacteriana es una película transparente e incolora, adherente al diente, compuesta por bacterias diversas y células descamadas, dentro de un matriz de

¹ OMS disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

² EUFIC disponible en URL: <http://www.eufic.org/article/es/expid/basics-salud-dental/>

mucoproteínas y mucopolisacáridos”³

La cavidad bucal contiene una de las más concentradas y variadas poblaciones microbianas del organismo. Particularmente una gran cantidad de microorganismos son encontrados en el dorso de la lengua, alrededor del surco gingival y en la superficie dentarias.⁴

Formación De La Placa Bacteriana

La formación de la placa dental viene a ser el resultado de una serie de complejos procesos que involucran una variedad de componentes bacterianos y de la cavidad bucal del huésped. Constituye un depósito blando, adherente, consistente, mate y de color blanco amarillento, en la superficie de los dientes.

A las pocas horas de realizado el pulido de las superficies dentarias se adhiere la película adquirida conformada por aminoácidos de las glucoproteínas salivales y del fluido crevicular, por un proceso de absorción altamente selectiva y específico, formándose como resultado una película acelular que varía de grosor entre 0.1 y 3 micrómetros.

Una hora después se aprecian cantidades importantes de microorganismos en el margen gingival de la superficie que había sido limpiada y se obtiene un máximo de acumulación a los 30 días sólo si se suspende la higiene oral.

³ Carranza, Compendio de periodoncia. Pág. 23

⁴ TOMÁS SEIF R. CARIOLOGÍA, Prevención, Diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental, Pag. 38

Naturaleza De la Placa Dental o Biofilm Dental

La biopelícula, es un ecosistema microbiano organizado, conformado por uno o varios microorganismos asociados a una superficie viva o inerte, con características funcionales y estructuras complejas. Este tipo de conformación microbiana ocurre cuando se adhieren a una superficie o sustrato, formando una comunidad, que se caracteriza por la excreción de una matriz extracelular adhesiva protectora.

Los biofilms “son el método de crecimiento preferido de muchas, tal vez la mayoría, de las especies bacterianas. Este método tiene como ventaja principal la protección que ofrece el biofilm a la especie colonizadora frente a mecanismos competitivos procedentes de factores ambientales y de los mecanismos de defensa del huésped, así como frente a sustancias ambientales potencialmente tóxicas, como productos químicos letales o antibióticos”⁵

Características del Biofilm

“Las biopelículas están formados por una o más comunidades de microorganismos, embebidos en un glicocálix, unidos a una superficie sólida. La razón por la que existen las biopelículas en la naturaleza es que permiten a los microorganismos unirse y multiplicarse sobre distintas superficies.”⁶

Esta biopelícula dental se compone de saliva, polisacáridos extracelulares y una

⁵ C. MOUTON, J. ROBERT BACTERIOLOGIA BUCODENTAL pág. 41

⁶ Díaz C., Estado de salud bucal y nutricional de preescolares, Escuela Roberto White G., comuna de Alto Palena, X Región, Chile 2011, Pág. 86

diversidad de microorganismos (principalmente bacterias) que se asocian a manera de una comunidad o colonia que ocupa diferentes nichos ecológicos de tal manera que puede colonizar tanto las superficies dentales como los tejidos periodontales.

El biofilm está compuesto por bacterias, que representan un 15-20% del volumen, y una matriz o glicocálix, que representaría un 75-80% del volumen del biofilm”.

Los biofilms gruesos (>5 mm) presentan canales de agua entre las microcolonias presentes en estos biofilms. Los canales de agua permiten el paso de los nutrientes y otros agentes a través del biofilm actuando como un sistema circulatorio primitivo. Los nutrientes entran en contacto con las microcolonias (adheridas) fijas mediante la difusión a partir del canal de agua en la microcolonia en lugar de la matriz.

Según la relación que tiene la Placa Bacteriana con el margen gingival se clasifica en:

Placa Supragingival.

Es la que se encuentra coronal al margen gingival. Se divide en dos categorías: la coronal que está en contacto solo con la superficie dentaria y la placa marginal, que se relaciona con la superficie dentaria y el margen gingival. Contiene microorganismos proliferantes en un 70 a 80%, células epiteliales, leucocitos, macrófagos y una matriz intercelular adherente.

La porción no bacteriana está compuesta de 30% de polisacárido, 30% de proteína, 15% de lípido. Estos componentes representan productos extracelulares de bacterias, su citoplasma y membranas celulares remanentes, restos alimenticios y

derivados de glucoproteínas salivales. El Carbohidrato que está en mayor cantidad es el dextrán que forma el 9.5 % de la placa total. Los componentes inorgánicos son el Calcio, Fósforo, pequeñas cantidades de Magnesio, Potasio, Sodio.

Placa Subgingival

La formación de la placa subgingival se inicia por la presencia de una biopelícula supra gingival. La composición bacteriana de la placa subgingival está influenciada en parte por las bacterias de la placa supra gingival adyacente. No obstante, la microflora de la placa subgingival está constituida en general por bacterias con un mayor número de gramnegativos anaerobios, móviles y asacarolíticos”⁷

Apariencia Clínica y Detección

La distinción clínica entre los dos tipos de placa, supra gingival y subgingival, se hace en relación con el límite gingival, ya que se acepta que hay un paso progresivo de un medio al otro.

Encontramos la placa supragingival sobre la corona dentaria, donde podemos apreciar la placa de la superficies lisas, caras proximales, fosas y surcos oclusales. Cuando es poco gruesa es invisible al ojo.

La acumulación más marcada se produce en las zonas inaccesibles al cepillo dental, estas zonas son los espacios interproximales.

⁷ Newman M. G., Takei H., Perry R.; Carranza's Clinical Periodontology. Pág. 132

1.3 Definición de Tártaro Dental

A los depósitos calcificados conocidos como tártaro o sarro dental se los ha conocido por su efecto perjudicial sobre los tejidos gingivales.

Inicialmente se ven pequeños depósitos de placa blanda y conforme va pasando el tiempo se torna totalmente calcificada y finalmente las bacterias mismas terminan mineralizadas. Se lo clasifica como tártaro Supra gingival cuando es visible sobre las coronas clínicas de los dientes, por sobre el margen gingival. El tártaro ubicado hacia apical de margen gingival se le llama tártaro subgingival.

Aspecto Clínico Y Distribución Del Tártaro

El tártaro está constituido por agregados amarillo y blancos localizados habitualmente a lo largo de los márgenes gingivales de los dientes. Pero ese color puede cambiar a pardo como resultado de una tinción secundaria por el uso de tabaco o pigmentos alimentarios.

La distribución del tártaro Supra gingival no sigue totalmente aquella de la placa supra gingival, la tendencia de esta a calcificarse en tártaro varía dentro de la cavidad bucal.⁸

1.4 Definición de Gingivitis

Inflamación de la encía provocada por la acumulación de placa dental debido a una mala higiene dental. Las toxinas producidas por las bacterias que proliferan en la

⁸ Jan Lindhe, Periodontología Clínica 2º Ed. Pag. 110

dentadura provocan una irritación en la encía, que posteriormente se puede infectar. Los síntomas son una hinchazón y sangrado de las encías durante el cepillado de los dientes.⁹

Las enfermedades gingivales son una amplia familia de patologías diferentes y complejas, que se encuentran confinadas a la encía y son el resultado de diferentes etiologías. La característica común a todas ellas es que se localizan exclusivamente sobre la encía; no afectan de ningún modo a la inserción ni al resto del periodonto. De ahí que se engloben en un grupo independiente al de las periodontitis.¹⁰

1.5 Definición de Periodontitis

También designada a veces piorrea, es una condición de salud que implica la inflamación del periodonto y del alveolo.

En casos graves, el hueso alveolar en el área de la boca puede degradarse y, sin el tratamiento, eventualmente conlleva a la baja de dientes. La periodontitis es la causa primaria de la baja de los dientes en adultos. En los escenarios iniciales, la placa y el tártaro se acumulan entre los dientes y la base de estos, especialmente por lingual o palatino. Esto lleva a la inflamación en el área, conocida como gingivitis. Cuando se deja y no es tratado, la periodontitis ocurre generalmente como complicación de la gingivitis. La infección se extiende llegando al periodonto de los dientes y

¹⁰ Matesanz-Pérez P.; Matos-Cruz R.; Bascones-Martínez A. en Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura disponible en URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>

finalmente al hueso, causando el debilitamiento de las estructuras.¹¹

1.6 Índice De Placa

Son muchos los índices utilizados a nivel internacional para cuantificar la placa bacteriana en la boca del paciente, entre los más conocidos podemos citar el índice de O'Leary, el índice de Loe y Silness y el índice de Higiene oral Simplificado de Greene y Vermillion (I.H.O.S).

En la presente tesis se utilizará el índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillion:

Procedimiento:

Se debe de examinar 6 piezas dentarias, según la metodología de este índice:

- 1° molar permanente superior derecho (superficie vestibular).
- Incisivo central superior permanente derecho (superficie vestibular).
- 1° molar permanente superior izquierdo (superficie vestibular).
- 1° molar permanente inferior izquierdo (superficie lingual).
- Incisivo central inferior permanente izquierdo (superficie vestibular).
- 1° molar permanente inferior derecho (superficie lingual).

¹¹ Smith Y. en What is Periodontitis. disponible en URL: <http://www.news-medical.net/health/What-is-Periodontitis>

Asimismo, el índice IHO-S consta de dos componentes: el índice de desechos simplificado (DI-S) y el índice de cálculo (CI-S), cada componente se evalúa en una escala de 0 a 3.

Los criterios para medir son los siguientes

Depósitos Blandos

0 = No hay depósitos ni pigmentos.

1= Existen depósitos en no más del 1/3, pero menos que 2/3.

2= Existen Depósitos que Cubre más del 1/3, pero menos que 2/3.

3= Los depósitos más 2/3 de la superficie dentaria.

Depósitos Duros

0= No hay tártaro.

1= Tártaro supra gingival que cubre no más del 1/3 de la superficie dentaria.

2 = tártaro supra gingival que cubre más del 1/3, pero menos que 2/3 de la superficie dentaria.

3 = Tártaro supra gingival que cubre más de 2/3 de la superficie dentaria examinada, o existe una banda gruesa continua de tártaro supra gingival que rodea la porción cervical del diente.

- ✓ Para obtener el índice individual de IHO-S por individuo se requiere sumar la puntuación de DI-S y dividirla entre el número de superficies analizadas, Así mismo de suma la puntuación de CI-S y dividirla entre el número de superficies analizadas, una vez ya establecido, se procede a sumar ambos

resultados para obtener I.H.O.S. de cada persona.¹²

$$\frac{\Sigma \text{ de piezas Depósitos blandos (DI-S)} + \Sigma \text{ de piezas Depósitos Duros (CI-S)}}{6 \quad \quad \quad 6}$$

Calificación de I.H.O.S. de GREENE Y VERMILLION:

- BUENO: 0.0 A 1.2
- REGULAR: 1.3 A 3.0
- MALO: 3.1 A 6.0

1.7 Control De Placa Dental

El control de la placa bacteriana se define como la “eliminación de la placa microbiana y la prevención de su acumulación sobre los dientes y las estructuras vecinas.”

Por otra parte, el control de las bacterias que componen el biofilm de la placa también retarda la formación del cálculo dental. Actualmente se considera que el control de la placa bacteriana debe ser fundamentalmente mecánico (acción de arrastre y barrido de las bacterias por las puntas de las cerdas del cepillo dental), relegando el uso de colutorios u otras formas de control químico como una ayuda auxiliar, pero que en ningún caso puede sustituir a la acción mecánica del cepillado.

¹² SALUD DENTAL disponible en URL:
<http://www.sdpt.net/ID/indicesimplificadohigieneoral.htm>

1.8 Cepillo Dental

“Se cree que el primer cepillo de dientes fabricado fue con cerdas de jabalí con mangos de hueso o marfil fue mencionado en la literatura china. Los filamentos de nailon fueron introducidos en 1938 porque las complicaciones de la segunda guerra mundial impedían la exportación de cerdas de jabalí”.

Actualmente casi todos los cepillos dentales se fabrican exclusivamente con materiales sintéticos. Es muy fácil fabricar filamentos de nailon y mangos de plástico y por lo tanto son más accesibles. Esto ha llevado a que el cepillo dental sea un hábito común en la mayoría de las sociedades.

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

- Tamaño del mango proporcionado a la edad y destreza del usuario para que el cepillo se pueda manipular con facilidad y eficacia.
- Tamaño de la cabeza del cepillo adecuado al tamaño de la boca del paciente.
- Uso de filamentos de nailon o poliéster de extremo redondeado no mayor de 0,35mm (0,009 pulgadas) de diámetro.
- Uso de filamentos suaves configurados según la definición de normas industriales internacionales aceptadas (ISO).¹³

¹³ ISO= International Organization for Standardization disponible en URL:<https://www.iso.org/search/x/query/toothbrush>

- Formas de filamentos que favorezcan la eliminación de la placa en los espacios interproximales.

Otras características podrían ser: económico, durable, impermeable a la humedad y de fácil limpieza.

Partes Del Cepillo Dental

- Mango: Está fabricado con distintos materiales, como acrílico y polipropileno. El mango del cepillo de dientes debe reposar con comodidad y seguridad en la mano. Debe ser suficientemente grueso para permitir una presión firme y buen control. La rigidez del mango es uno de los factores que afectan a la fuerza aplicada a los dientes, debido a esto también se fabrican ahora con mangos flexibles.
- Cabezal del cepillo: La cabeza debe ser suficientemente pequeña para manipularla con efectividad en cualquier lugar de la boca, pero no tan pequeña que requiera un uso extremadamente cuidadoso para obtener cobertura completa de la dentición. Una longitud alrededor de 2,5 cm es satisfactoria para un adulto; en los niños se considera adecuada una longitud alrededor de 1,5 cm.
- Filamentos (cerdas): Las cerdas de los cepillos de dientes actuales son de poliéster o de nailon. El poliéster y el nailon son polímeros con buena resistencia química e inertes. Se dice que el nailon se desgasta con menos rapidez que el poliéster, y que debido a sus propiedades

antiestáticas es más higiénico. El tamaño de las cerdas varía de acuerdo con cada cepillo y oscila entre ≤ 0.8 mm a > 12 mm, en cepillos interdientales es hasta >19 mm, según las normas industriales aceptadas (ISO).

- Textura: El diámetro de los filamentos varía considerablemente y se convierte en determinante crítico de textura, el intervalo es el siguiente:

✓ Blando: 0,15-0,17 mm.

✓ Medio: 0,18-0,23 mm.

✓ Duro/ extraduro: > 0.35 mm.

- Las cerdas de los cepillos de los niños deben ser siempre blandas (entre 0,1 y 0,15mm). No se deben recomendar nunca cepillos duros, ya que pueden dañar la encía favoreciendo la recesión gingival y causar abrasión dental.
- Forma del extremo para producir la menor abrasión posible, el extremo de la cerda debe ser redondo.
- Número de penachos en la cabeza del cepillo: Es muy variable, se suelen emplear 45-45 penachos y algunos cepillos americanos grandes utilizan 60. Los penachos están dispuestos en 3-4 hileras.

Tipos De Cepillos Dentales

- **Cepillos Eléctricos:**

El cepillo de dientes eléctrico es ahora un recurso bien aceptado dentro del arsenal de cuidado en el domicilio. Puesto que muchas personas no utilizan el cepillo convencional apropiadamente, el eléctrico puede resultarles beneficioso. El cabezal pequeño proporciona acceso a zonas difíciles

- **Cepillos Monopenacho:**

Se trata de un cepillo de un solo penacho diseñado para limpiar las zonas de acceso difícil con un cepillo de dientes normal, como alrededor de dientes irregulares, en un espacio donde falta un diente y alrededor de los pilares de los puentes.

- **Cepillos Interproximales:**

El cepillo interproximal es un dispositivo importante para la limpieza entre los dientes molares y los premolares, en particular después de la cirugía. La concavidad radicular interproximal de las raíces no se limpia adecuadamente con la seda o los palillos, pero aceptará bien un cepillo interproximal.

1.9 Pasta Dentífrica

El término dentífrico es un neologismo formado a partir del latín que está compuesto por dos palabras dens, dentis cuyo significado es diente y el verbo frico, fricare, fricui, fricatum o frictum cuyo concepto es frotar, restregar.

Las pastas dentífricas contienen abrasivos suaves que favorecen la eficiencia del cepillo de dientes para eliminar los depósitos de placa, así como sustancias.

COMPOSICIÓN

- ✓ Agua y humectantes: 75 %
- ✓ Abrasivos: 20 % (rocas/sal/arenas)
- ✓ Espuma y agentes de sabor: 2 %
- ✓ Amortiguadores del pH: 2 %
- ✓ Colorantes y agentes que opacan y aglutinan: 1,5 %
- ✓ Fluoruro: 0,15 %
- ✓ Monofluorofosfato de sodio o MFP (en algunos casos)

La concentración máxima permitida de flúor es de 1500 ppm (0,15 %) siendo tanto para adultos y para niños. Aquellos dentífricos que superen esta cantidad de flúor han de incluir una advertencia de seguridad en su etiquetado.

Los tipos de pastas dentales varían de acuerdo a cada marca, pero se podría dividir en dos tipos: para niños y para adultos, la diferencia radica básicamente en el sabor, debido al hecho que para los niños se fabrica la pasta dental con sabor dulce, por tal motivo el uso correcto de la pasta dental para niños debe ser bajo estricta supervisión de un adulto.

Técnicas De Cepillado Dental

✓ Técnica De Barrido

Se posiciona los filamentos del cepillo dental en ángulo de 90^a respecto a la superficie dentaria dirigiendo dichos filamentos hacia el margen gingival, y se realiza un movimiento vertical hacia las caras oclusales de los dientes. Para las caras oclusales se utilizan las técnicas con movimientos circulares.

✓ Cepillado Horizontal

Las cerdas del cepillo se colocan 90° con respecto al diente y el cepillo se mueve de atrás hacia adelante como en el barrido. Esta técnica está indicada en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permitan utilizar una técnica más compleja

✓ Cepillado Circular (Técnica De Fones)

Con los dientes cerrados se coloca el cepillo dentro del carrillo y se ejerce un movimiento circular rápido que se extiende desde la encía superior hasta la inferior con presión leve. En las superficies linguales y palatinas se hacen movimientos hacia atrás y adelante. Se coloca el cabezal del cepillo en sentido oblicuo hacia los ápices de los dientes, con los filamentos colocados en parte sobre el margen gingival y en parte sobre la superficie dentaria. Se presionan apenas los costados de los filamentos contra la encía. Después se desplaza el cabezal del cepillo con

movimientos circulares sobre la encía y los dientes en dirección oclusal”¹⁴

✓ **Técnica De Bass**

Esta técnica hace hincapié en la limpieza de la zona que se halla directamente debajo del margen gingival. El cabezal del cepillo se ubica en dirección oblicua hacia el ápice. Las puntas de los filamentos se orientan hacia el surco aproximadamente a 45 en relación con el eje mayor del 26 diente. El cepillo se desplaza hacia atrás y adelante con movimientos cortos sin desalojar las puntas de los filamentos del surco. En las superficies linguales de las zonas dentarias anteriores el cabezal del cepillo se mantiene vertical.¹⁵

✓ **Técnica de Bass Modificada**

Técnica de cepillado considerada como la más eficiente en la odontología. se colocan las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45° grados. las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. cepille suavemente la superficie dental externa de 2 ó 3 dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. mueva el cepillo al próximo grupo de 2 ó 3 dientes y repita la operación. mantenga un ángulo de 45° grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. cepille suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. incline el

¹⁴ Lindhe, Op cit, Pág. 120

¹⁵ Lindhe, Op cit, 120

cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo ponga el cepillo sobre la superficie masticadora y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.¹⁶

✓ **Técnica de Stillman**

Está diseñada para masajear y estimular la encía, así como para limpiar las zonas cervicales de los dientes. El cabezal de cepillo se coloca en sentido oblicuo hacia el ápice, con los filamentos colocados en parte sobre el margen gingival y en parte sobre la superficie dentaria. A continuación, se imprime al mango presión leve junto con un movimiento vibratorio levemente circular mientras se mantienen las puntas de los filamentos sobre la superficie dentaria.¹⁷

✓ **Técnica de Stillman Modificado**

Se realiza la técnica de Stillman y la modificación consiste en realizar un movimiento de barrido hacia oclusal al finalizar cada movimiento.

✓ **Técnica de Charters**

El cabezal del cepillo se coloca en sentido oblicuo con las puntas dirigidas hacia las

¹⁶ PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN Volumen 15 Numero 1 Enero-Marzo 2005 disponible en URL: http://sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/pdf-art/15-1_03.pdf

¹⁷ Lindhe, Op cit, Pág. 120

superficies oclusales e incisales. Se ejerce presión leve para flexionar los filamentos e introducir con suavidad las puntas en los espacios interproximales. Después se ejerce un movimiento vibratorio con el mango mientras se mantienen las puntas de los filamentos sobre la superficie dentaria.

Frecuencia Del Cepillado

Se recomienda que los pacientes cepillen sus dientes por lo menos tres veces por día, no solo para eliminar la placa sino también para aplicar flúor mediante el uso del dentífrico con el propósito de prevenir las caries.

Duración Del Cepillado

Dos minutos de cepillado eléctrico pueden ser tan eficaces como 2 a 3 minutos de cepillado manual. En los dos minutos se alcanza una eliminación de la placa de eficacia óptima tanto con los cepillos manuales como con los eléctricos.

Cepillado De La Lengua

Las bacterias de la lengua sirven como fuente de la diseminación bacteriana hacia otras partes de la cavidad bucal, como las superficies dentarias, y pueden contribuir a la formación de placa dental. Por eso se ha recomendado el uso del limpiador de lengua como parte de la higiene bucal casera diaria junto con el cepillo dental y el uso del hilo. El cepillado es una manera fácil de limpiar la lengua toda vez que se controle el reflejo del vómito. Una revisión sistemática reciente concluye que los raspadores o limpiadores son más eficaces que los cepillos para limpiar la lengua.

Se debe informar a los pacientes que es muy importante limpiar la porción posterior del dorso lingual.

2. Complementos Del Cepillado Dental

Seda Dental O Hilo Dental

La seda dental con o sin cera puede ser muy efectiva para eliminar la placa interproximal. Para ser efectiva, la seda debe pasar alrededor de la curvatura del diente, de forma que establezca contacto íntimo con la superficie. Es necesario usarla con control para no cortar la encía. El uso de la seda alrededor de todos los dientes se debe realizar una vez al día.¹⁸

Enjuague Bucal

Es una solución que suele usarse para mantener la higiene bucal, después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable. Existen dos tipos de enjuagues bucales:

- ✓ Los enjuagues bucales terapéuticos pueden ayudar a reducir la placa, la gingivitis, la caries y el mal aliento. Los que contienen flúor contribuyen a prevenir o reducir la caries dental.
 - 0.05% de NaF de uso diario (225 ppm F-)
 - 0.2% NaF de uso semanal (900 ppm F-)

¹⁸ Forrest John Odontología Preventiva Pág. 51

- ✓ Los enjuagues cosméticos pueden controlar o reducir temporalmente el mal aliento y dejar la boca con un sabor agradable, pero no solucionan las causas del mal aliento, ni eliminan las bacterias causantes del mismo, ni reducen la placa, la gingivitis o la caries.

Los enjuagues bucales se utilizan por distintos motivos:

- ✓ Refrescar el aliento
- ✓ Ayudar a impedir o controlar la caries dental
- ✓ Reducir la placa (una capa fina de bacterias que se forma en los dientes)
- ✓ Prevenir o reducir la gingivitis (una fase temprana de la enfermedad de las encías)
- ✓ Reducir la velocidad a la que se forma el sarro (la placa endurecida) en los dientes o producir una combinación de estos efectos.¹⁹

Es recomendable evitar diluir los enjuagues debido a que puede disminuir su eficacia. El enjuague Bucal no reemplaza el cepillado dental, sólo lo complementa.

Reveladores De Placa Bacteriana

Los reveladores de placa bacteriana pueden presentarse de dos formas: líquido o en pastillas; que contiene un colorante –eritrosina o fluoresceína sódica, normalmente– capaz de teñir el biofilm que forman las bacterias al nutrirse de los restos de alimentos y que es el principal causante de las enfermedades bucodentales, como la caries dental o las enfermedades periodontales (de las encías).

¹⁹ ADA = AMERICAN DENTAL ASSOCIATION disponible en URL:
<http://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/m/mouthwash>

Los hay monocolor y bicolor. Estos últimos muestran de color azul la placa formada hace más de 48 horas y en rosado la más reciente. Tanto si es en pastillas o líquido, no debemos ingerirlo, aunque en caso de hacerlo accidentalmente no es perjudicial para el organismo.

El objetivo del revelador de placa es evidente: hacer visible la placa bacteriana para asegurarnos de que la hemos eliminado correctamente de nuestra boca. Esto puede sernos especialmente útil en dos situaciones:

- ✓ Para saber si nos limpiamos los dientes correctamente

El revelador de placa puede ser un buen complemento para asegurarnos de que estamos haciendo una higiene bucodental eficaz y, por tanto, una prevención adecuada frente a las enfermedades bucodentales. Si lo utilizamos tras el cepillado, podremos comprobar en qué partes de la boca debemos hacer mayor hincapié. De esta forma, podemos ir detectando aquellas zonas a las que prestamos menos atención e ir perfeccionando nuestra técnica de higiene.

Esta aplicación del revelador de placa es muy práctica para personas con ortodoncia fija. Los brackets y los arcos de los aparatos fijos dificultan nuestra higiene bucodental, lo que nos obliga a ser más perfeccionistas con el cepillado y el uso de la seda dental. El revelador de placa nos ayudará a comprobar fácilmente qué zonas hemos limpiado bien y en cuáles debemos insistir un poco más.

- ✓ Para motivar a los más pequeños

Es muy útil para niños pequeños ya que, a modo de juego, les permite ser conscientes de que la placa bacteriana existe, aunque seamos incapaces de verla, lo que les motivará a cepillarse los dientes.²⁰

3. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- **Antecedentes Locales**

AUTOR: Medina Gómez C. K.

“INFLUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN LA HIGIENE ORAL EN ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM”

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal, con una muestra de 164 estudiantes. Los conocimientos sobre higiene oral son buenos en casi todos los estudiantes y la higiene oral es regular en más de la mitad de los estudiantes del cuarto y quinto año de la Facultad de Odontología de la UCSM. Por lo que se aceptó la hipótesis alterna, que no existe influencia entre ambas variables. Esta tesis es importante por la aplicación del nivel del conocimiento sobre salud oral en la higiene oral.²¹

²⁰ SALUD BUCAL disponible en URL: <http://www.buccasana.es/para-que-es-util-un-revelador-de-placa-bacteriana/>

²¹ UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA Medina Gómez C. K. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista, Arequipa, UCSM, 2015 (O.4.2556)

- **Antecedentes Nacionales**

AUTOR: Ávalos-Márquez J.C, Huilca-Castillo N., Picasso-Pozo M. A, Omori-Mitumori E., Gallardo-Schultz A.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL RELACIONADO CON LA CALIDAD DE LA HIGIENE ORAL EN ESCOLARES DE UNA POBLACIÓN PERUANA”

Se determinó el nivel de conocimientos en salud oral relacionada a la calidad de la higiene oral de la población escolar de 9-12 años de edad en la I.E. 1120 “Pedro A. Labarthe”, Lima-Perú, 2012. Materiales y métodos. Estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 76 escolares seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. La información se obtuvo mediante un cuestionario de preguntas cerradas; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, conocimientos básicos de salud oral y el índice de higiene oral simplificado (IHO-s). Se realizó el análisis descriptivo de cada variable mediante tablas de distribución de frecuencias; para evaluar la relación entre el nivel de conocimientos en salud oral y la calidad de la higiene oral se empleó la prueba Chi cuadrado. Resultados. La mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en salud oral (72,4%), seguido por “bueno” (22,4%). En cuanto a la calidad de la higiene oral, la mayor parte de la muestra presentó un “mala” (59,2%), seguido por “regular” (38,2%). No se encontró relación entre el nivel de conocimientos en salud oral y la calidad de la higiene oral (P: 0,360). Conclusiones. Aunque la mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en salud oral, la mayoría presentó una higiene oral

deficiente. Lo que demuestra que aportar información es insuficiente si no hay práctica y motivación en el hogar y en el colegio.

Este artículo es importante porque evalúa el nivel de conocimiento con la calidad de higiene oral en niños de 9 a 12 años en la ciudad de Lima.²²

- **Antecedentes Internacionales**

AUTOR: TITO CAÑAMAR E. M.

“INFLUENCIA DE LAS TÉCNICAS DE CEPILLADO DENTAL SOBRE LA REMOCIÓN DEL BIOFILM MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA DR. BENJAMÍN CARRIÓN”

Se estableció un estudio de tipo experimental, comparativo, diseño descriptivo; prospectivo de corte longitudinal ejecutado en una muestra de 120 alumnos 6 a 12 años de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión de la ciudad de Quito, describe la influencia de las técnicas de cepillado dental en la remoción del biofilm mediante una intervención educativa. Los resultados encontrados determinaron que el 33.30 % de los niños que utilizaron la técnica horizontal obtuvieron una buena higiene oral según la escala del índice de O’Leary, alcanzando el mayor porcentaje de remoción de biofilm en comparación con los otros métodos de cepillado dental. Considerando el rango de edad de los niños, el 24.20% de los alumnos de segundo grado cuyas edades oscilan entre 6 y 7 años consiguieron una higiene oral adecuada,

²²UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES Disponible en URL:
http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2015/Kiru_12-1_v_p61-65.pdf

indicando el mejor resultado en relación con los otros grados.

Finalmente se comprobó que el 63.30% de los escolares estudiados tienen una higiene oral incorrecta debido a que presentan más del 30% de caras coloreadas lo que demuestra gran cantidad de biofilm en las superficies dentarias.

Esta tesis es importante porque evalúa los resultados de la influencia de la técnica de cepillado dental utilizados por los niños de 6 a 12 años.²³

4. HIPÓTESIS

Dado que, los niños del Colegio Estado de Suecia de Arequipa reciben un programa de información sobre Salud Oral.

Es probable que, el conocimiento de Salud Oral influya favorablemente sobre el I.H.O.S. en los niños de 8-9 años.

²³ UNIVERSIDAD DEL ECUADOR Repositorio Digital disponible en
URL:<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/5800>

CAPITULO II **PLANTEAMIENTO** **OPERACIONAL**



1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.1 Técnicas

Se utilizará la siguiente técnica:

- a) Observación.
- b) Cuestionario.

1.2 Instrumentos

1.2.2 Documentales

En relación con el uso de técnicas se tomarán en cuenta los siguientes instrumentos de recolección de datos:

- a) Ficha de Observación.
- b) Cuestionario.

CUADRO DE VARIABLES Y TÉCNICAS

Variables	Indicadores	Subindicadores	Técnicas	Instrumentos
Independiente: CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL	Importancia de la Higiene Oral. Partes del Diente Complementos de Higiene Bucal. Uso de Pasta Dental. Presencia de Placa Bacteriana. Partes del Cepillo. Tiempo de Cepillado.	Test (prueba escrita) Alto: 20-15 Puntos. Regular: 14-11 puntos. Bajo: 0-10 puntos.	Recolección de datos de Campo.	Observación Test
Dependiente I.H.O.S. de Greene y Vermillion.	Placa Blanda. Placa Dura.	Bueno: de 0.0 – 1.2 Regular: de 1.3- 3.0 Malo: de 3.1 – 6.0	Recolección de datos de Campo	Ficha de Observación.

1.2.3 Mecánicos

Se utilizará cámara fotográfica

1.2.4 Materiales

- Espejos.
- Exploradores.
- Pinzas
- Solución Reveladora.
- Hisopos Estériles

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito de Localización

La investigación se realizará en el colegio Estado de Suecia de Arequipa.

2.2. Unidades de Estudio

2.2.1 Universo

La población está constituida por 55 escolares de 8 - 9 años del Colegio Estado de Suecia de Arequipa.

2.2.2 Criterios de Cualificación

- **Criterios de Inclusión**
 - Alumnos que pertenezcan al colegio Estado de Suecia de la ciudad de Arequipa.

-Alumnos entre los años de 3^a a 4^a grado de Primaria del mismo colegio.

- Alumnos entre 8 a 9 años de edad.

- **Criterios de Exclusión**

- Alumnos que no presentaran la firma del padre de familia en el consentimiento informado.

- Alumnos que no asistieron en el día de la evaluación.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN

3.1 Organización

3.1.1 Coordinación

Se coordinará con la directora de la Institución Estado de Suecia.

Se remitirá una solicitud para realizar dicho estudio.

3.1.2 Recursos

3.1.2.1 Recursos humanos

Autor: Madelei Jomhara Vargas Mendoza.

Asesor: Mgter. Alberto Alvarado Aco.

3.1.2.2 Recursos físicos

Ambiente particular de trabajo personal.

3.1.2.3 Recursos institucionales

Local de la Institución Educativa Estado de Suecia de Arequipa.

3.1.2.4 Recursos financieros

El presente trabajo será autofinanciado.

3.2 Manejo de datos

3.2.2 Ordenamiento

El ordenamiento de los datos será manual, de acuerdo con los criterios de evaluación, consignando en la Matriz de Datos las calificaciones de todos los pacientes.

3.3 Tratamiento de la información

CUADRO DE TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Variable	Indicadores	Escalas de medición	Análisis y medición
CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL	Importancia de la Higiene Oral. Partes del Diente Complementos de Higiene Bucal. Uso de Pasta dental. Presencia de Placa Bacteriana. Partes del Cepillo. Tiempo de Cepillado.	<ul style="list-style-type: none"> • Nominales • Ordinales 	<ul style="list-style-type: none"> • Apreciación crítica.
I.H.O.S. de Greene y Vermillion.	Placa Blanda Placa Dura	<ul style="list-style-type: none"> • Nominales • Ordinales 	<ul style="list-style-type: none"> • Apreciación crítica.

3.3.2 Tablas y gráficas

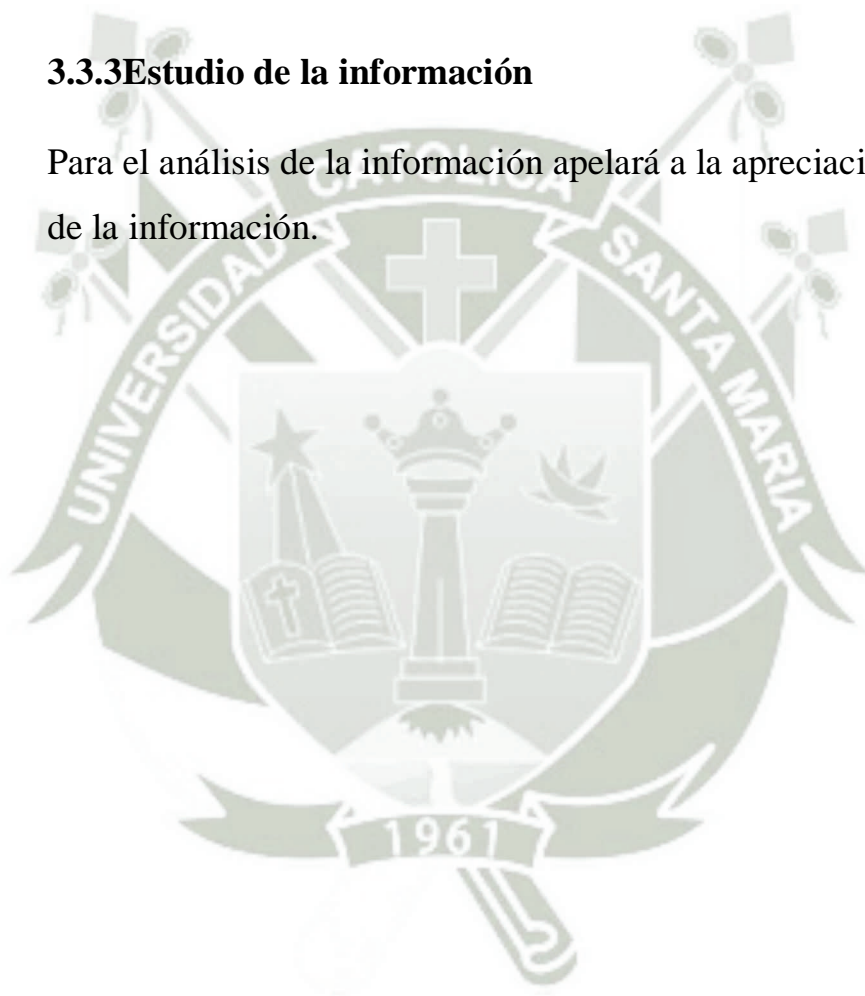
La sistematización se realizará en Tablas de distribución de frecuencias con las gráficas correspondientes.

De simple entrada para cada variable.

De doble entrada para la relación de variables.

3.3.3 Estudio de la información

Para el análisis de la información apelará a la apreciación crítica de la información.



CAPITULO III **RESULTADOS**



TABLA N° 01

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DE EDAD DEL
COLEGIO ESTADO DE SUECIA SEGÚN GÉNERO, AREQUIPA, 2017.**

GÉNERO	N°	Porcentaje (%)
Masculino	31	56.4
Femenino	24	43.6
Total	55	100.0

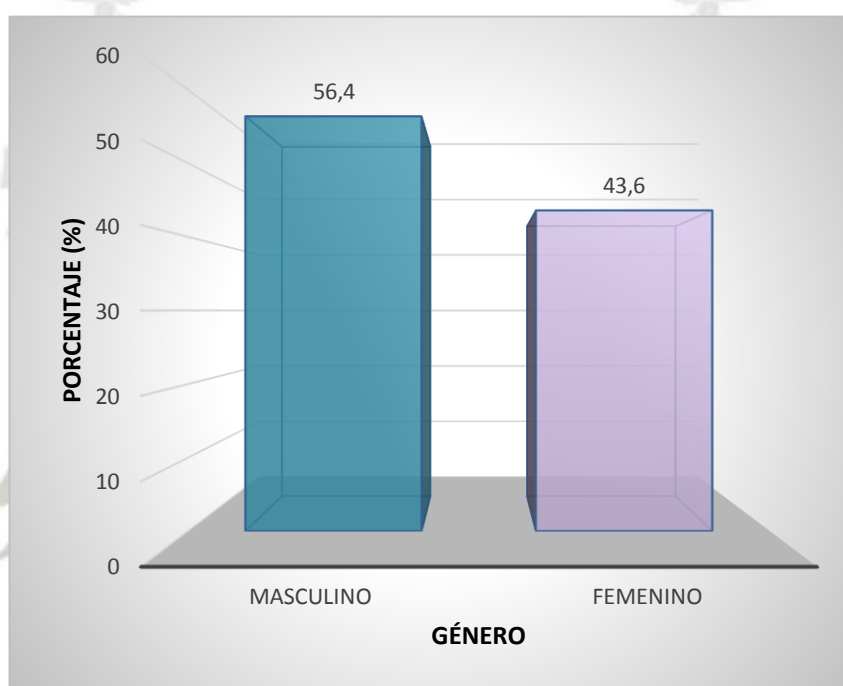
Fuente: Elaboración Personal (Matriz de datos).

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se puede apreciar que los niños motivo de investigación del colegio Estado de Suecia de la Ciudad de Arequipa, que la mayoría de ellos son de sexo masculino con 56.4% y el 43.6% fueron de sexo femenino.

GRÁFICO N° 01

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DE EDAD DEL
COLEGIO ESTADO DE SUECIA SEGÚN GÉNERO, AREQUIPA, 2017.**



Fuente: Elaboración Personal (cuestionario aplicado a los niños).

TABLA N° 02

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DE EDAD DEL
COLEGIO ESTADO DE SUECIA SEGÚN EDAD, AREQUIPA, 2017.**

EDAD	N°	Porcentaje (%)
8 años	21	38.2
9 años	34	61.8
Total	55	100.0

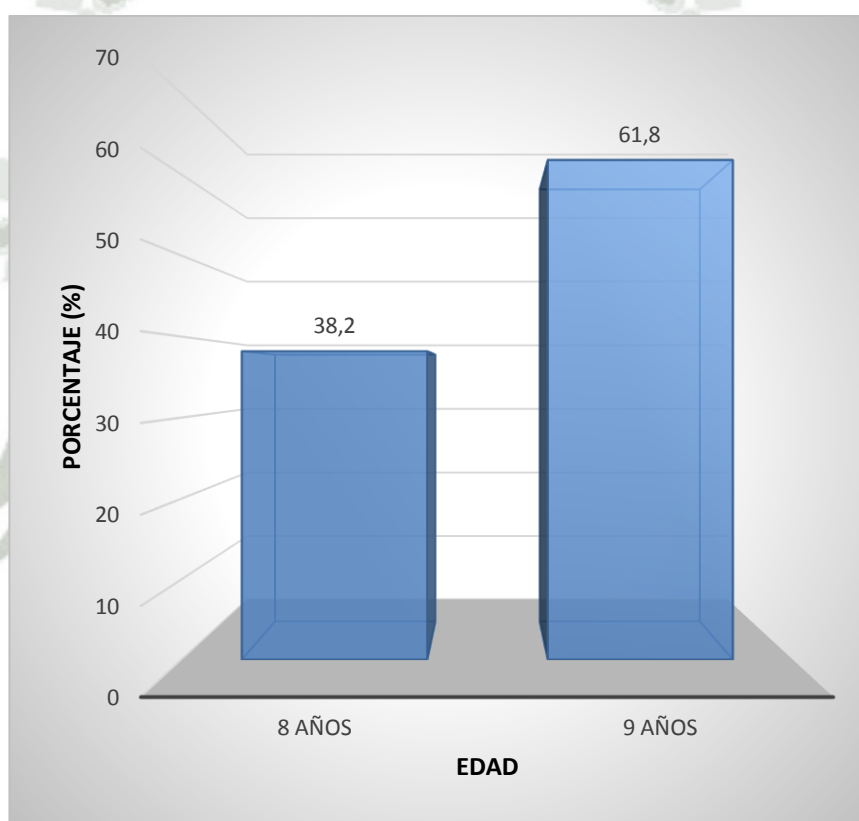
Fuente: Elaboración Personal (Matriz de datos).

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se demuestra que los niños evaluados del colegio Estado de Suecia de la Ciudad de Arequipa, que el 61.8% presenta 9 años de edad y el 38.2% presenta 8 años de edad.

GRAFICO N° 02

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DE EDAD DEL
COLEGIO ESTADO DE SUECIA SEGÚN EDAD, AREQUIPA, 2017.**



Fuente: Elaboración Personal (cuestionario aplicado a los niños).

TABLA N° 03

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES DE 8-9 AÑOS DE EDAD DEL
COLEGIO ESTADO DE SUECIA SEGÚN EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL, AREQUIPA, 2017.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL	n	Porcentaje (%)
Alto (20-15 puntos)	9	16.4
Regular (14-11 puntos)	22	40.0
Bajo (10-0 puntos)	24	43.6
Total	55	100.0

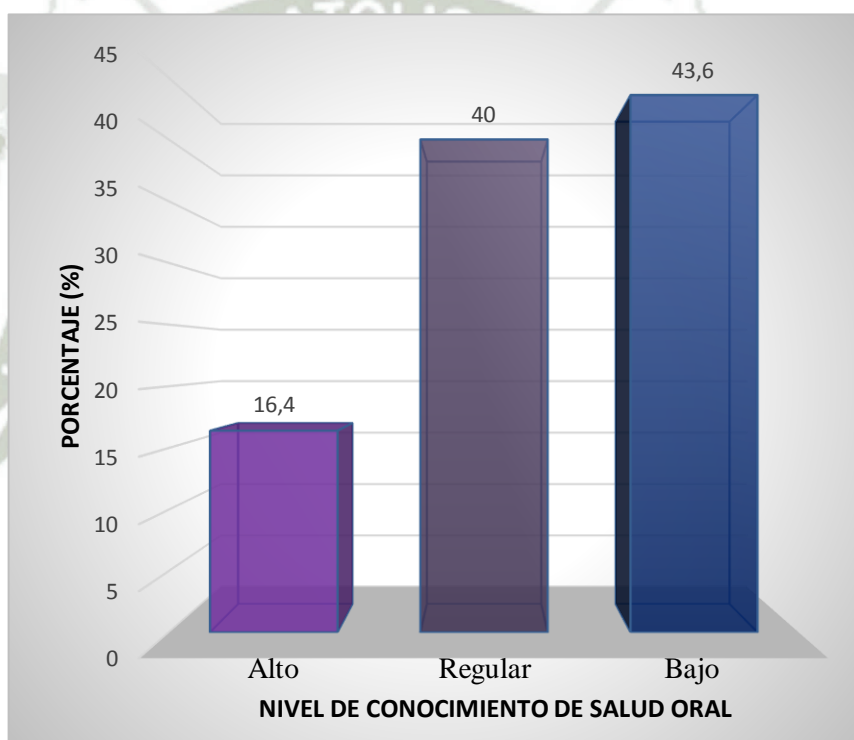
Fuente: Elaboración Personal (Matriz de datos)

INTERPRETACIÓN

En la tabla se observa que el 43.6 % de niños evaluados presenta bajo nivel de conocimiento de salud Oral, el grupo en mención obtuvo una calificación entre 10 y 0 puntos.

GRÁFICO N° 03

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES DE 8-9 AÑOS DE EDAD DEL
COLEGIO ESTADO DE SUECIA SEGÚN EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL, AREQUIPA, 2017.**



Fuente: Elaboración Personal (cuestionario aplicado a los niños).

TABLA N°04

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES DE 8 -9 AÑOS DE EDAD DEL
COLEGIO ESTADO DE SUECIA SEGÚN ÍNDICE DE HIGIENE ORAL
SIMPLIFICASO (I.H.O.S.), AREQUIPA, 2017.**

I.H.O.S.	n	Porcentaje (%)
Bueno (0.0-1.2)	12	21.8
Regular (1.3-3.0)	36	65.5
Malo (3.1-6.0)	7	12.7
Total	55	100.0

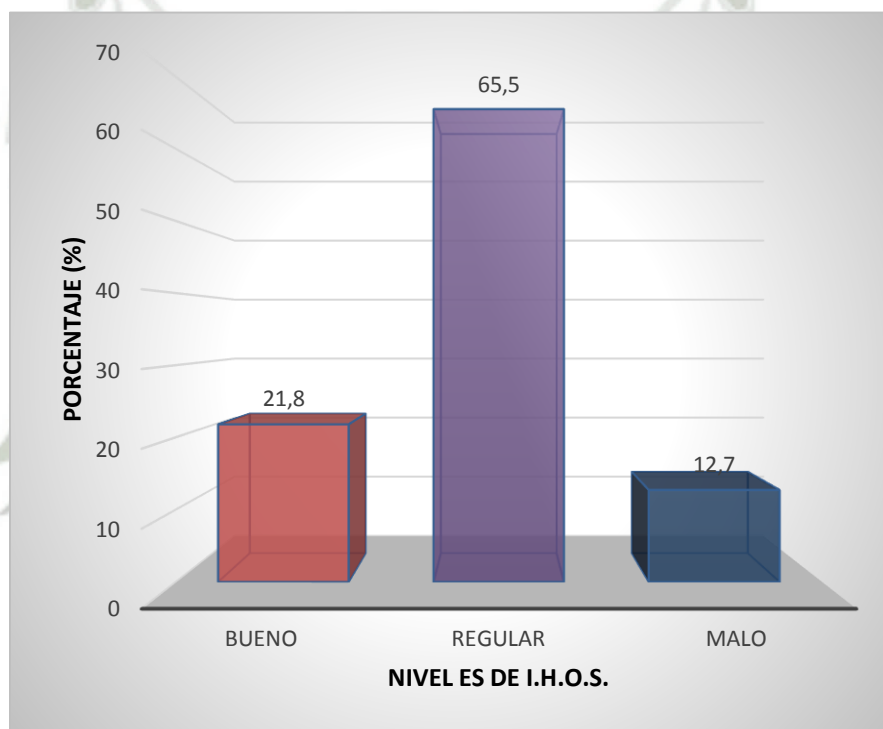
Fuente: Elaboración Personal (Matriz de datos)

INTERPRETACIÓN

En la tabla 4, podemos observar que el 65.5% de niños evaluados del Colegio Estado de Suecia de la ciudad de Arequipa presenta un I.H.O.S. regular entre 1.3 a 3.0.

GRÁFICO N°04

DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO ESTADO DE SUECIA SEGÚN ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (I.H.O.S.), AREQUIPA, 2017.



Fuente: Elaboración Personal (Ficha de Observacion I.H.O.S de Grenne y Vermillion)

TABLA N° 05

**RELACION ENTRE GÉNERO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
SALUD ORAL EN ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DEL COLEGIO
ESTADO DE SUECIA, AREQUIPA, 2017.**

Género	Nivel Conocimientos						Total	
	Alto		Regular		Bajo		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Masculino	6	19.4	11	35.5	14	45.2	31	100.0
Femenino	3	12.5	11	45.8	10	41.7	24	100.0

Fuente: Elaboración Personal (Matriz de datos) P = 0.674 (P ≥ 0.05) N.S.

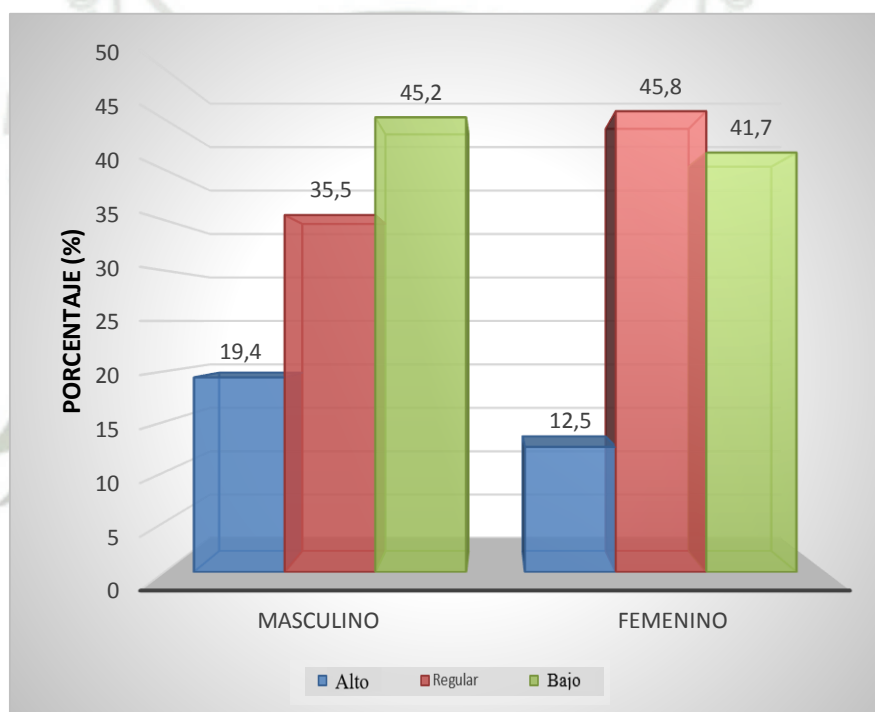
INTERPRETACIÓN

En la tabla 53 se puede observar la distribución de Nivel de Conocimiento de Salud Oral según el género encontrando que el 45.2% presenta un Nivel de Conocimiento Bajo siendo de género masculino y un 45.8% son mujeres con un nivel de conocimiento regular.,

La prueba estadística aplicada demuestra que el nivel de conocimiento de Salud Oral es independiente del género ($p \geq 0.05$).

GRAFICO N° 05

**RELACION ENTRE GÉNERO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
SALUD ORAL EN ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DEL COLEGIO
ESTADO DE SUECIA, AREQUIPA, 2017.**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°06

**RELACION ENTRE EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
SALUD ORAL EN ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DEL COLEGIO
ESTADO DE SUECIA, AREQUIPA, 2017.**

Edad	Nivel Conocimientos						Total	
	Alto		Regular		Bajo		n	%
	n	%	n	%	n	%		
8 años	4	19.0	6	28.6	11	52.4	21	100.0
9 años	5	14.7	16	47.1	13	38.2	34	100.0

Fuente: Elaboración Personal (Matriz de datos) $p= 0.396$ ($p \geq 0.05$) N.S.

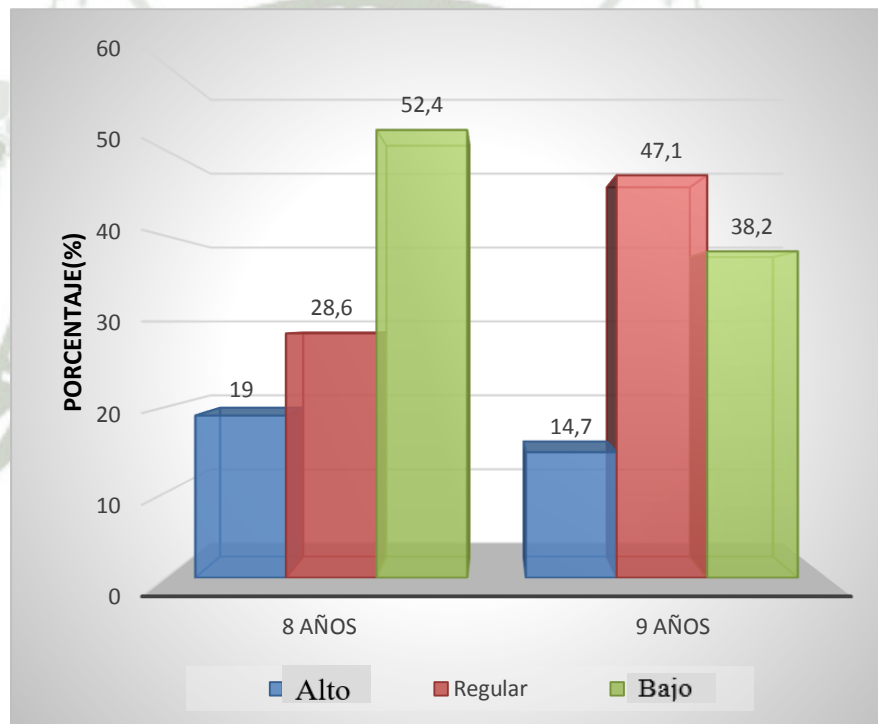
INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se observa que, los niños de 8 años obtuvieron un 52.4% con respecto a un conocimiento bajo, mientras que los niños de 9 años obtuvieron 47.1% fue “regular” con respecto al Nivel de Conocimiento sobre salud Oral.

La prueba aplicada demuestra que no existe relación significativa entre edad y conocimiento sobre salud oral y edad ($p \geq 0.05$)

GRAFICO N°06

**RELACION ENTRE EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
SALUD ORAL EN ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DEL COLEGIO
ESTADO DE SUECIA, AREQUIPA, 2017.**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N° 07

**RELACION ENTRE GÉNERO E INDICE DE HIGIENE ORAL
SIMPLIFICADO (I.H.O.S) EN ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DEL
COLEGIO ESTADO DE SUECIA, AREQUIPA, 2017.**

GÉNERO	IHOS						Total	
	Bueno		Regular		Malo		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Masculino	6	19.4	21	67.7	4	12.9	31	100.0
Femenino	6	25.0	15	62.5	3	12.5	24	100.0

Fuente: Elaboración Personal (Matriz de datos) P = 0.880 (P ≥ 0.05) N.S.

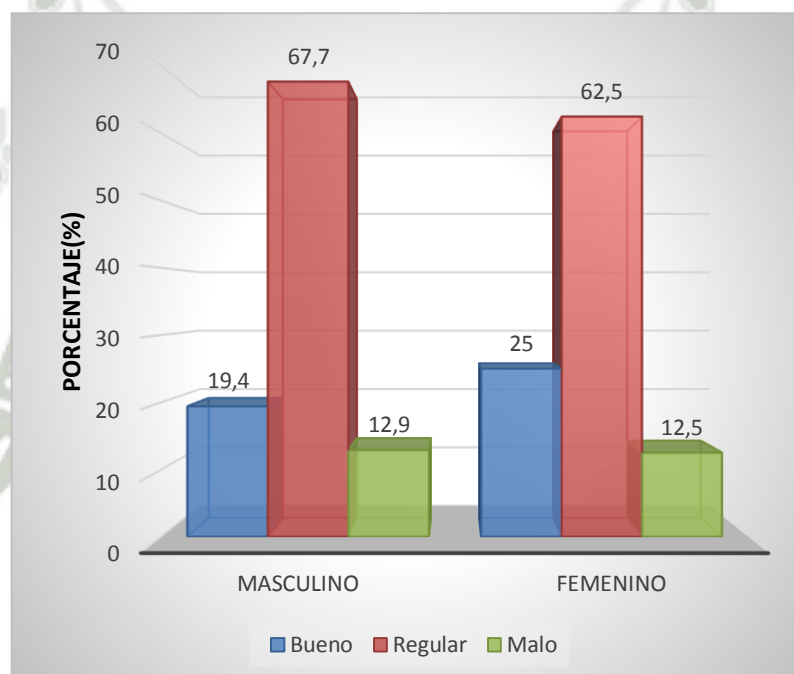
INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se encuentra que los niños de género masculino presentaron un I.H.O.S regular con un 67.7%, mientras que el género femenino presentó un I.H.O.S de 62.5% siendo regular.

Según la prueba estadística, demuestra que no existe relación significativa entre género e I.H.O.S. ($p \geq 0.05$)

GRAFICO N° 07

**RELACION ENTRE GÉNERO E INDICE DE HIGIENE ORAL
SIMPLIFICADO (I.H.O.S) EN ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DEL
COLEGIO ESTADO DE SUECIA, AREQUIPA, 2017.**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N° 08

**RELACION ENTRE EDAD E INDICE DE HIGIENE ORAL
SIMPLIFICADO (I.H.O.S) EN ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DEL
COLEGIO ESTADO DE SUECIA, AREQUIPA, 2017.**

Edad	IHOS						Total	
	Bueno		Regular		Malo		n	%
	n	%	n	%	n	%		
8 años	5	23.8	13	61.9	3	14.3	21	100.0
9 años	7	20.6	23	67.6	4	11.8	34	100.0

Fuente: Elaboración Personal (Matriz de datos) P = 0.908 (P ≥ 0.05) N.S.

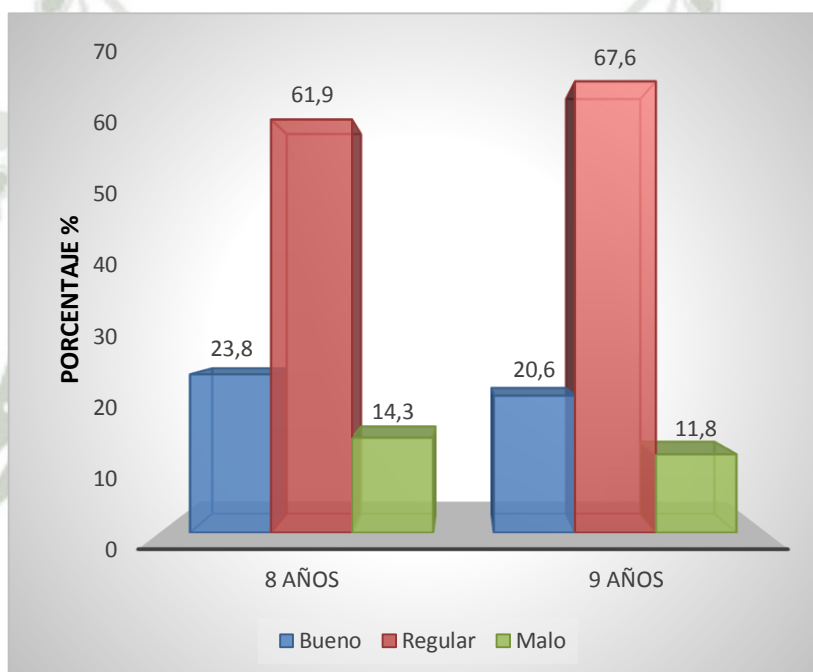
INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se observa que el 67.6% de niños de 9 años presentaron un I.H.O.S. regular, seguido de los niños de 8 años con un porcentaje de 61.9%.

Según la prueba estadística, demuestra que no existe relación significativa entre edad e I.H.O.S. ($p \geq 0.05$)

GRAFICO N° 08

RELACION ENTRE EDAD E INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (I.H.O.S) EN ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DEL COLEGIO ESTADO DE SUECIA, AREQUIPA, 2017.



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N° 09

**RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL
SOBRE I.H.O.S EN ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DEL COLEGIO
ESTADO DE SUECIA, AREQUIPA, 2017.**

Nivel Conocimientos	IHOS						Total	
	Bueno		Regular		Malo		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Alto	8	88.9	1	11.1	0	0.0	9	100.0
Regular	4	18.2	18	81.8	0	0.0	22	100.0
Bajo	0	0.0	17	70.8	7	29.2	24	100.0
Total	12	16.4	36	40.0	7	43.6	55	100.0

Fuente: Elaboración Personal (Matriz de datos) P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

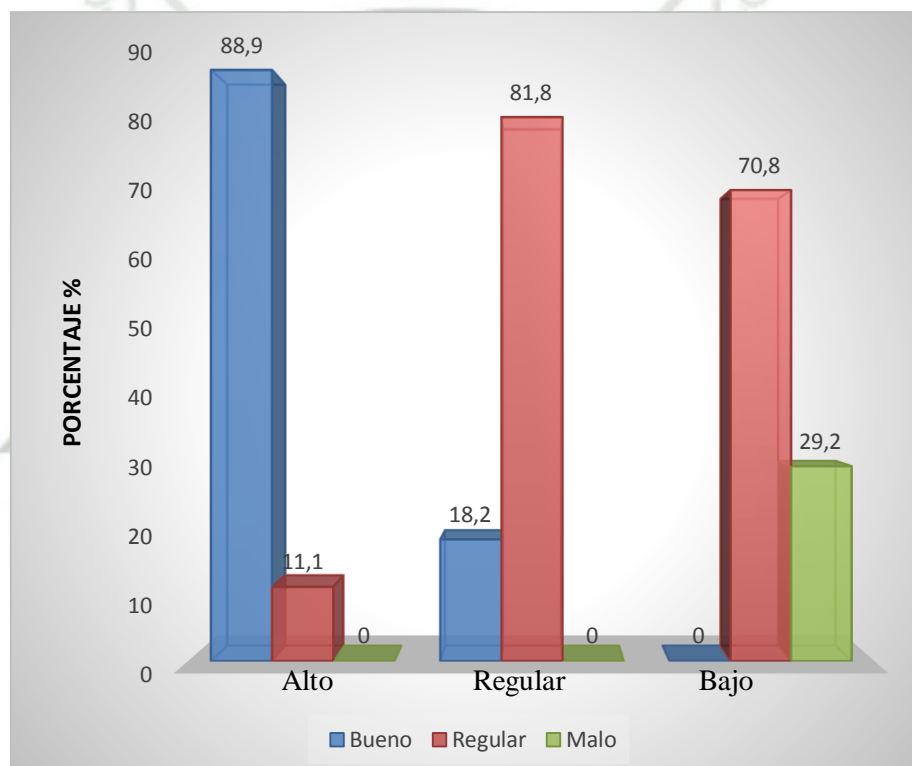
INTERPRETACIÓN

La presente tabla muestra que los alumnos que tuvieron un nivel conocimiento sobre salud oral “alto” obtuvieron un I.H.O.S “bueno” con un 88.9%, aquellos niños con nivel de conocimiento “regular” obtuvieron un I.H.O.S. “regular” con un 81.8%, mientras que los niños con un nivel de conocimiento “bajo” obtuvieron un I.H.O.S. “regular” del 70.8% con tendencia a ser “malo” en un 29.2%.

Según la prueba estadística demuestra que, si existe relación significativa entre ambas variables puesto que, a mayor conocimiento sobre salud oral existe un mejor índice de higiene oral.

GRAFICO N° 09

**RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL
SOBRE I.H.O.S EN ESCOLARES DE 8 – 9 AÑOS DEL COLEGIO
ESTADO DE SUECIA, AREQUIPA, 2017.**



Fuente: Elaboración Personal

DISCUSION

Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos indican que efectivamente si influye el nivel de conocimiento de Salud Oral sobre el I.H.O.S en niños de 8-9 años de edad del Colegio Estado De Suecia de Arequipa, por lo tanto, la hipótesis planteada se acepta.

Medina Gómez (2010) mencionó en su estudio que los conocimientos sobre higiene oral son buenos en casi todos los estudiantes y la higiene oral es regular. En más de la mitad de los estudiantes del cuarto y quinto años de la facultad de Odontología de la UCSM. Por lo que se aceptó la hipótesis alterna, que no existe influencia entre ambas variables. Mientras que, Tito Cañamar E. M., comprobó que el 33.3% de los niños utilizaron la técnica Horizontal obteniendo una buena higiene oral, a pesar de ello el 63.30% de los escolares estudiados tienen una higiene oral incorrecta debido a que presentan más del 30% de caras coloreadas lo que demuestra gran cantidad de biofilm en las superficies dentarias. Por lo tanto, demostró que la técnica de cepillado horizontal no influye en la higiene Oral.

Por otro lado Ávalos-Márquez J.A., Huillca-Castillo N., Picasso-Pozo M.A., Omori-Mitumori E., Gallardo-Schultz A. en su artículo indica que la mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en salud oral (72,4%), seguido por “bueno” (22,4%) ; en mi investigación se demuestra que los niños de del colegio estado de Suecia de la Ciudad de Arequipa presenta un nivel de conocimiento “bajo” con un 43.6% y un conocimiento “alto” del 16.4%, por lo tanto comparando

resultados con el artículo existe una moderada falta de información, a pesar que los niños del colegio Estado de Suecia reciben un programa sobre este tema. En cuanto a la calidad de la higiene oral, la mayor parte de la muestra del artículo presentó un (59,2%) “mala”, seguido por “regular” (38,2%). Comparando la presente investigación el 65.5% presento un I.H.O.S. “regular”, seguido de un. 21.8% con I.H.O.S. “bueno”

Los niños del Colegio Estado de Suecia reciben un programa de información sobre Salud Oral por lo tanto se encontró que un 88.9% de niños presentan un nivel de conocimiento “alto” con un I.H.O.S. “bueno”, seguido de un Nivel de conocimiento “regular” con un I.H.O.S. “regular” del 81.8%.

De esta manera, la presente investigación determinó que, a mayor conocimiento sobre salud oral existe un mejor índice de higiene oral, por lo tanto, si existe Influencia del Nivel de Conocimiento de Salud Oral sobre el I.H.O.S, en Escolares de 8 – 9 años de edad del Colegio Estado de Suecia.

Es así como se acepta la hipótesis alterna.

CONCLUSIONES

Primera. –

El nivel de conocimiento de Salud Oral en escolares de 8-9 años de edad del Colegio Estado de Suecia de Arequipa fue “bajo” obteniendo 43.6%, mientras que el 16.4% fue “alto”.

Segunda. –

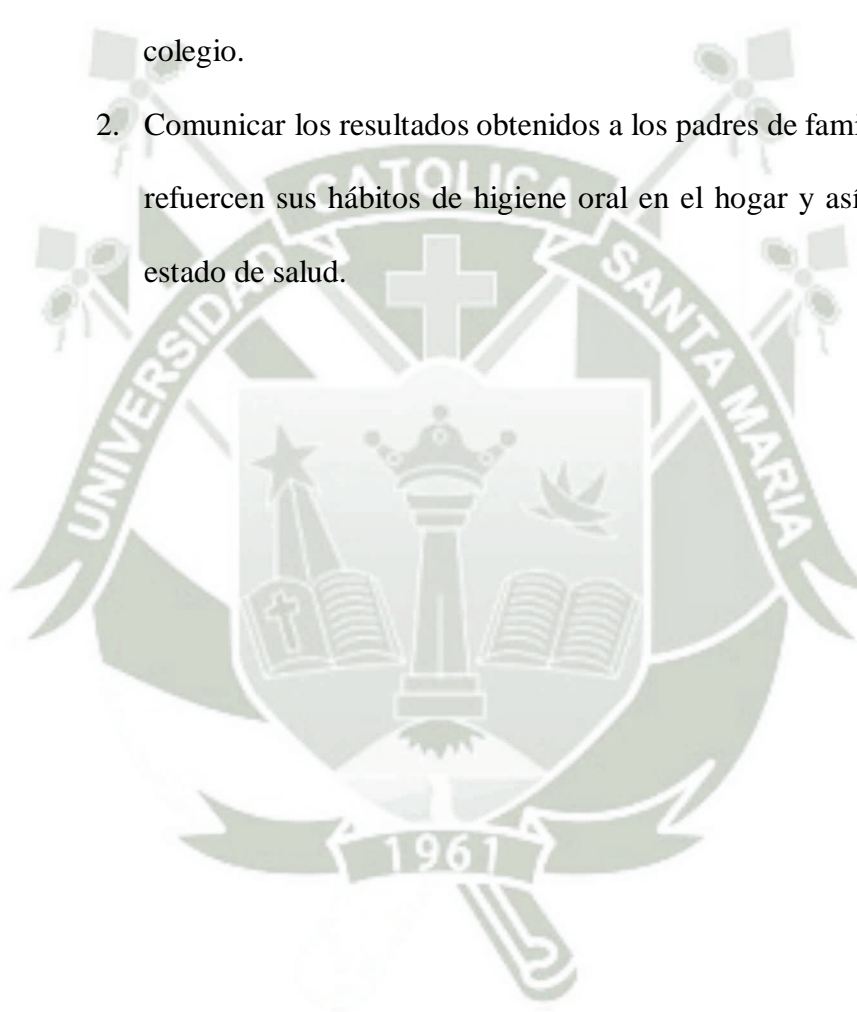
El nivel de I.H.O.S presente en escolares de 8-9 años del Colegio Estado de Suecia de Arequipa es “regular” con un 65%.

Tercera. -

El nivel de Influencia del Conocimiento de salud Oral sobre el I.H.O.S. en Escolares de 8-9 años del Colegio Estado de Suecia es altamente significativo, es decir, cuando existe conocimientos previos sobre un tema se puede obtener un mejor resultado en la práctica.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda comunicar los resultados a la directora del Colegio Estado de Suecia para que junto con los profesores y la Facultad de Odontología mejoren el plan acción que presenta actualmente el colegio.
2. Comunicar los resultados obtenidos a los padres de familia para que refuercen sus hábitos de higiene oral en el hogar y así mejorar su estado de salud.



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. BIBLIOGRAFÍA

- CARRANZA y NORMA S. COMPENDIO DE PERIODONCIA. Ed. Médica Panamericana, 1996.
- NEWMAN; TAKEI, KLOKKEVOLD, CARRANZZA. CARRANZA'S CLINICAL. PERIODONTOLOGY, 11ava Edición, Editorial "EL SEVIER" SAUNDERS.
- JAN LINDHE. PERIODONTOLOGIA CLINICA E IMPLANTACION ODONTOLÓGICA, 5ta Edición, Ed. Medica Panamericana.
- FORREST JOHN O. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA. Ed. El manual Moderno, 1983
- TOMAS SEIF PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONTEMPORÁNEO DE LA CARIES DENTAL. 1º Edición, Ed. Actualidades Medico Odontológicas, 1997.
- CHRISTIAN MOUTON, JEAN-CLOUDE ROBERT. BACTERIOLOGÍA BUCODENTAL. Edición Original, Ed. Masson, S.A.,1995

2. HEMEROGRAFÍA

- Medina Gómez C. K. INFLUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN LA HIGIENE ORAL

EN ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM, Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista, Arequipa, UCSM, 2015 (O. 64.2556)

- Ávalos-Márquez J.A., Huillca-Castillo N., Picasso-Pozo M.A., Omori-Mitumori E., Gallardo-Schultz A. NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL RELACIONADO CON LA CALIDAD DE LA HIGIENE ORAL EN ESCOLARES DE UNA POBLACIÓN PERUANA. Revista Universidad San Martín de Porres, enero 2015. Disponible en URL: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2015/Kiru_12-1_v_p61-65.pdf
- TITO CAÑAMAR E. M. INFLUENCIA DE LAS TÉCNICAS DE CEPILLADO DENTAL SOBRE LA REMOCIÓN DEL BIOFILM MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA DR. BENJAMÍN CARRIÓN. Tesis para la obtención del Título de Odontóloga, Quito - Ecuador, Universidad Central del Ecuador, Enero 2016. Disponible en URL: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/5800>

3. INFORMATOGRAFÍA

- OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Smith Y. What is Periodontitis, 2015, disponible en: <http://www.news-medical.net/health/What-is-Periodontitis>
- Enciclopedia Salud, 2015, Disponible en:
<http://www.encyclopediasalud.com/definiciones>
- ADA: American Dental Association, disponible en:
<http://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/m/mouthwash>
- Francisco Gil Loscos, Periodoncia para el higienista Dental. 2016, disponible en: http://sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/pdf-art/15-1_03.pdf
- SALUD BUCAL, 2014 disponible en: <http://www.buccasana.es/revelador-de-placa-bacteriana/>



MATRIZ DE DATOS

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL SOBRE EL I.H.O.S. EN ESCOLARES DE 8 - 9 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO ESTADO DE SUECIA

# DE NIÑOS	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	NOTA DE CUESTIONARIO	I.H.O.S.
1	Rober Tito Gutierrez	8	M	15	0.7
2	Yosimar Puma Huamán	8	M	17	0.8
3	Carlos Huamani Peres	8	M	15	0.7
4	Alexander Condori Sierra	8	M	13	1.3
5	Santiago Adrian Nina E.	8	M	10	2.2
6	Alexander Jesus Rosas Charco	8	M	10	1.5
7	William Alex Quispe Flores	8	M	10	2.3
8	Joaquín Zubia Salas	8	M	8	3
9	Michael Huamani Ramirez	8	M	8	3.1
10	Ayhon Alexandro Ari Apaza	8	M	7	3.3
11	Rodrigo Nicolas Barrera Nuñez	8	M	8	3.3
12	Alfredo Rosas Huallpa	9	M	15	0.5
13	Luis Isidro Luque Condoti	9	M	15	0.7
14	Jose Manuel Rodriguez Vélez	9	M	15	0.5
15	Diego Raul Guillen Varos	9	M	14	1.5
16	Jose Manuel Fernandez Suarez	9	M	13	1.3
17	Max Rafael Mamani Romero	9	M	13	1.6
18	Diego Acero Puma	9	M	13	1.5
19	Kevin Valdez Ibárcena	9	M	11	1.33
20	Adrian Puma Huamán	9	M	11	1.8
21	Gian Eddy Flores Huilca	9	M	11	2
22	Walter A. Supo Amauri	9	M	11	1.3
23	Fernando Valentino Tapia Ayerve	9	M	11	1.3
24	Ronhy Supo	9	M	13	2.7
25	Juan Cesar Ticona	9	M	10	1.5
26	Darwin Rafael Zea Barra	9	M	10	2.6
27	Luis Fernando Quispe Condori	9	M	6	3
28	Josué Emanuel Sullá H.	9	M	8	2.5
29	Alfredo Pari Benitez	9	M	7	2
30	Guismar Alexis Guzman Tacca	9	M	10	1.5
31	Samir Herminio Castro Cuba	9	M	6	3.2
32	Luz María Quispe Salazar	8	F	13	2.2
33	María Llosa Vásquez	8	F	13	1.7
34	Mariangel Ari Apaza	8	F	11	2
35	Luciana Díaz Alpaca	8	F	11	2.7
36	Mariana Suclla Rosas	8	F	15	1
37	Sarai Flores del Valle	8	F	11	0.8
38	Allison Leonela Huaypuma Muto	8	F	8	2.5
39	Valery Flores Vallejo	8	F	10	2.7
40	Jhoselyn Mizu Bustamante Chorres	8	F	10	1.3

MATRIZ DE DATOS

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL SOBRE EL I.H.O.S. EN ESCOLARES DE 8 - 9 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO ESTADO DE SUECIA

# DE NIÑOS	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	NOTA DE CUESTIONARIO	I.H.O.S.
41	Nicol Yadira Inga Quispe	8	F	10	1.7
42	Mariana Gutierrez Linares	9	F	15	0.8
43	Shaoni Esmeralda Mamani Romero	9	F	15	1.5
44	Mariana Alarcón Suárez	9	F	14	1
45	Luciana Linares Mora	9	F	11	1.2
46	Kamila Patricia Falcón Flores	9	F	14	1.2
47	Marycielo de la Cruz Paredes	9	F	13	1.5
48	Valery Fernanda Sosa Cáceres	9	F	11	1.5
49	Maciel Infanzon	9	F	13	1.3
50	Maria Cristina Vilcarani Pérez	9	F	7	1.5
51	Liz Maryori Huaylla	9	F	10	2.3
52	Samara Ticona Vilca	9	F	8	1.5
53	Xiomara Agilar Triveño	9	F	8	3.1
54	Andrea Vilca Yanapa	9	F	6	3.2
55	Michelle Sanchez Galindo	9	F	8	3.13





CONSENTIMIENTO



Yo,.....
....., con D.N.I....., autorizo a mi menor
hijo(a).....
..... a participar del proyecto de investigación para la obtención del título
Profesional de Cirujana Dentista, titulado “INFLUENCIA DEL NIVEL DE
CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL SOBRE EL I.H.O.S. EN ESCOLARES DE
8 – 9 AÑOS EN EL COLEGIO ESTADO DE SUECIA, AREQUIPA 2017” por la
Srta. Madelei Vargas Mendoza, Bachiller en Odontología, el cual consta de un
cuestionario y una revisión oral.

FIRMA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante: Dra. Scroy Portilla
 1.2. Cargo e Institución donde labora: UCSM - Clínica Odontológica
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : Cuestionario Sobre Salud Oral y Cuestionario sobre Biofilm Dental
 1.4. Autor del Instrumento : Madelei Jomhara Vargas Mendoza

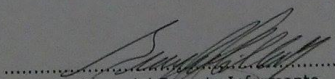
II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				/	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables				/	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				/	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada				/	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				/	
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				/	
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				/	
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.				/	
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				/	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				/	


III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
/		

Lugar y fecha: 10/06/2017 - Arequipa



 Firma del Experto Informante
 DNI: 29716878


Universidad Católica de Santa María
AREQUIPA - PERU

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra fortaleza)

Arequipa, 06 de JUNIO de 2017

INSTITUCIÓN EDUCATIVA
ESTADO DE SUECIA
Fecha: 08/06/2017
REGISTRO: 195 1033
FOLIOS: 01
ALACEI

Carta No.002-FO-2017.-

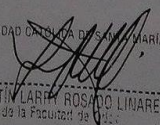
SEÑOR DIRECTOR
CENTRO EDUCATIVO DE SUECIA
PRESENTE.-

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para hacerle llegar un cordial saludo y a vez presentarle a la Srta MADELEI JOMHARA VARGAS MENDOZA, alumna de la Facultad de Odontología, quien está desarrollando su proyecto de investigación: INFLUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL SOBRE EL BIOFILM DENTAL DE LOS ESCOLARES DE 8 - 9 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO ESTADO DE SUECIA AREQUIPA 2017; motivo por el cual solicitamos a usted, tenga a bien autorizar el ingreso de nuestra alumna para que pueda realizar la recolección de datos, para el desarrollo de su trabajo de investigación .

Por la atención que le merezca la presente y por las facilidades que otorgue a nuestra alumna, desde ya le manifiesto mi agradecimiento y hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial deferencia personal.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Dr. MARTÍN LARÍN ROSADO LINARES
Decano de la Facultad de Odontología

MLRL/Dec.
Mrg.

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE SALUD
ORAL SOBRE EL I.H.O.S. EN ESCOLARES DE 8-9 AÑOS DE
EDAD DEL COLEGIO ESTADO DE SUECIA**

Nombres y Apellidos:

Edad:

Fecha:

**LEE ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y MARCA CON UNA
“X” TU RESPUESTA**

1. **¿Es importante lavarse los dientes?**

- a) Muy importante.
- b) Importante.
- c) Poco importante.
- d) Nada importante

2. **¿Cuántas veces se debe lavar los dientes al día?**

- a) 1 vez al día.
- b) 2 veces al día.
- c) 3 veces al día.

3. **Relaciona la columna de la derecha e izquierda con la imagen**

¿Cuáles son las partes del diente?

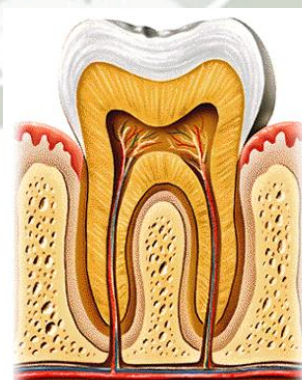
Raíz

Corona
Periodontal

Esmalte

Cuello

Alveólo



Dentina

Ligamento

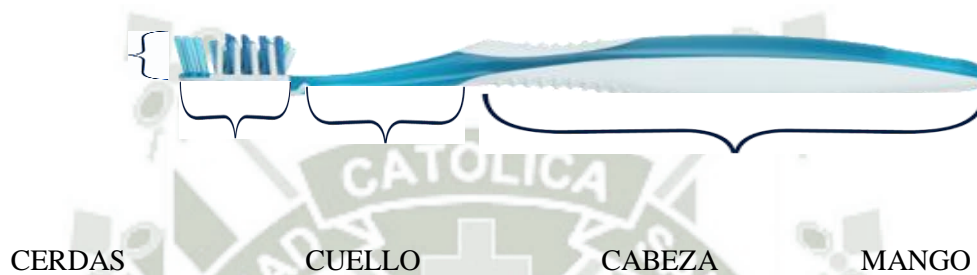
Pulpa

Cemento

4. **¿Cuáles son los complementos para la higiene Bucal?**

- a) Enjuague Bucal.
- b) Pastillas reveladoras.
- c) Hilo Dental.
- d) Todas las Anteriores.

5. **Ubica las partes del cepillo dental**



6. **¿Cada Cuánto tiempo se debe cambiar el cepillo Dental?**

- a) Cada mes.
- b) Cada 3 meses.
- c) Se debe cambiar cuando las cerdas del cepillo están abiertas.
- d) No se debe cambiar.

7. **¿Cuánto tiempo debe durar el cepillado dental?**

- a) 1 minuto
- b) 2 a 3 minutos.
- c) 5 minutos.
- d) 8 minutos.

8. **¿Cuándo se DEBE de cepillar los dientes?**

- a) No se debe cepillar los dientes.
- b) De vez en cuando se debe cepillar los dientes.
- c) Se debe cepillar los dientes después de: Desayuno, Almuerzo y Antes de irse a dormir.

9. **¿Cuál es la cantidad de pasta dental que se debe de usar al cepillarme los dientes?**

- a) Del tamaño de un GUISANTE.
- b) Usar todo en el cepillo.
- c) No usar pasta dental.

10. **¿Qué enfermedades produce el NO LAVARSE LOS DIENTES?**

- a) Gingivitis.
- b) Periodontitis.
- c) Caries.
- d) Todas las Anteriores.

11. **¿Qué alimentos son importantes para tener dientes sanos y fuertes?**

- a) Frutas y Verduras.
- b) Lácteos y Proteínas.
- c) Chocolates.
- d) a) y b) son Correctas.

12. **Mientras vamos creciendo ¿Cuántas veces cambiamos de dientes?**

- a) 1 vez.
- b) 2 veces.
- c) 3 veces
- d) No cambiamos de dientes.

13. **Reconoce y relaciona la imagen con la oración a través de una flecha según corresponda.**

- | | |
|---------------|--|
| a) INCISIVOS | ° Sirven para CORTAR los Alimentos. |
| b) CANINOS | ° Sirven para DESGARRAR los Alimentos. |
| c) PREMOLARES | ° Sirven para TRITURAR los Alimentos. |
| d) MOLARES | ° Sirven para MOLER los Alimentos. |

14. **¿Cuántas veces se DEBE VISITAR al Dentista?**

- a) Nunca.
- b) 1 vez al mes.
- c) 1 vez al año.
- d) Sólo cuando hay dolor.

¡GRACIAS!

FICHA DE OBSERVACIÓN
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREENE Y VERMILLION

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Placa Blanda						
Nº de Pieza	17 - 16	11 - 21	26 - 27	37 - 36	31 - 41	46 - 47
Placa Dura						

Índice: _____

Firma: _____

FOTOS

