

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE FAMILIA SOBRE
HIGIENE BUCAL Y HÁBITOS ALIMENTICIOS EN RELACIÓN CON
EL ÍNDICE DE CARIES DENTAL E HIGIENE BUCAL DE SUS HIJOS
(6 – 12 AÑOS) DE LA “INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40256 CARLOS
MANCHEGO RENDÓN - AREQUIPA, 2016”.**

**Tesis presentada por la Bachiller:
MARLENY MOLINA VILLALBA**

**Para optar el Título Profesional de:
CIRUJANO DENTISTA**

AREQUIPA- PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios, por guiar mi camino y ser parte importante en cada momento de mí existir.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, familia y amigos por su incondicional apoyo en el desarrollo de mi carrera.





Todo aquello que puedas o sueñes hacer, comiéndalo.

La audacia contiene en si misma genio, poder y magia.

Goethe.

ÍNDICE

DEDICATORIA
EPÍGRAFE
RESUMEN
ABSTRACT
INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1. Determinación del problema	14
1.2. Enunciado	15
1.3. Descripción del problema	15
1.3.1. Área de conocimiento	15
1.3.2. Análisis y operación de variables	16
1.3.3. Interrogantes básicas	16
1.3.4. Taxonomía de la investigación	17
1.4 Justificación del problema	18
2. OBJETIVOS	19
3. MARCO TEÓRICO	20
3.1. Higiene Bucal.....	20
3.2. Cepillo Dental	20
3.3. Cepillado Dental	22
3.3.1 Frecuencia del cepillado.....	23
3.3.2 Técnicas del cepillado dental	24
3.4. Hilo Dental	27
3.5. Dentífrico	28
3.6. Enjuague Bucal	28

3.7. Hábito	29
3.8. Hábitos Alimenticios	30
3.8.1 Concepto	30
3.8.2 Nutrición	30
3.8.2.1 Nutrimento	31
3.8.2.2 Alimentación	35
3.8.2.3 Alimentos	35
3.8.2.4 Dieta y caries	41
3.8.2.5 Dieta y caries	44
3.8.3 Sustitutos del azúcar	47
3.9. Caries dental	48
3.9.1 Concepto	48
3.9.2 Factores etiológicos primarios	49
3.9.3 Clasificación de la caries dental	52
3.10. Placa bacteriana	52
3.11. Índices de salud	56
3.11.1 Índice de caries dental	57
3.11.2 Índice de Higiene oral simplificado	59
4. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	65
5. HIPÓTESIS	71

CAPÍTULO II

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN ..	73
1.1 Técnica	73
1.2 Instrumentos	75
1.3 Materiales	76
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	77
2.1 Ubicación Espacial	77
2.2 Ubicación Temporal	77
2.3 Ubicación de Estudio	77
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	79
3.1 Organización	79
3.2 Recursos	79
3.3 Prueba piloto	79
4. ESTRATEGIA DE MANEJO DE LOS RESULTADOS	80
1.1 Plan de procesamiento	80
1.2 Plan de análisis	81

CAPÍTULO III

III. RESULTADOS

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	83
DISCUSIÓN	113
CONCLUSIONES	115
RECOMENDACIONES	116

RESUMEN

El presente trabajo de investigación realizado en la I.E. 40256 “Carlos Manchego Rendón”, tuvo como propósito determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene oral e hábitos alimenticios con el índice de caries e higiene oral de sus hijos de la I.E. 40256 “Carlos Manchego Rendón”

Se realizó un estudio descriptivo transversal a 80 madres de familia y 80 alumnos de la I.E. 40256 “Carlos Manchego Rendón” entre 6 y 12 años que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

La recolección de datos se hizo mediante una entrevista de 20 preguntas a las madres de familia, y de tipo observacional a sus respectivos hijos para evaluar el índice de caries e higiene oral.

Se dividieron los resultados de nivel de conocimiento en cuatro categorías: (muy bueno) 18-20 puntos; (bueno) 15-17 puntos; (regular) 11-14 puntos y (malo) 0-10 puntos.

Se realizó la entrevista de 20 preguntas de conocimientos sobre higiene oral y hábitos alimenticios; la información obtenida fue calificada y colocada en la matriz de datos para después poder interpretarla en cuadros. También se realizó la revisión y observación de índice de higiene oral e índice de caries de sus respectivos hijos con ayuda de fichas epidemiológicas respectivas.

Los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos fueron:

El índice de caries CPOD obtenido de los alumnos entre 6 y 12 años de la I.E. 40256 “Carlos Manchego Rendón” fue de 1.01; este valor corresponde a un riesgo de caries muy bajo según la OMS. El índice de

caries ceo-d obtenido de los alumnos fue de 4.00; este valor corresponde a un riesgo de caries moderado según la OMS.

Además, el índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillon en el (65.0%) de los alumnos fue considerado como regular, en tanto el menor porcentaje de ellos (8.8%) presentaron una buena higiene bucal.

Por último, se obtuvo que el 60% de las madres tuvieron un nivel de conocimiento considerado como malo y sus hijos presentaron un índice de higiene oral malo; ahora bien, las madres con niveles de conocimiento regular (72.2%) y bueno (64.3%), la mayoría de sus hijos evidenciaron índice de higiene oral regular.

Finalmente, los hijos de las madres con niveles de conocimiento muy bueno, presentaron un índice de higiene oral buena.

En conclusión, se demostró, que sí existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre higiene bucal y hábitos alimenticios con el índice de caries e índice de higiene oral de sus hijos; pues si el conocimiento aumenta, el índice de caries disminuye y la higiene oral mejora sustancialmente.

Palabras claves: Higiene oral, índice de caries, índice de CPOD, índice ceo-d.

ABSTRACT

This research was done in the I.E. 40256 “Carlos Manchego Rendón” was to determine the correlation between the level of knowledge of mothers about oral hygiene and eating habits with the rate of decay and oral hygiene of their children from I.E. 40256 “Carlos Manchego Rendón”.

A cross-sectional descriptive study 80 mothers and 80 students performed the I.E. 40256 “Carlos Manchego Rendón”, between 6 and 12 years who met the inclusion and exclusion criteria.

Data collection was done by interview of 20 questions to mothers and observational their respective children to assess the rate of tooth decay and oral hygiene.

The knowledge level results were divided into four categories: (very good) 18 to 20 points; (good) 15 to 17 points; (regular) 11 to 14 points and (bad) 0-10 points.

It has been made an interview with 20 questions about knowledge of mothers about oral hygiene and eating habits was carried out, the information obtained was classified and placed in the data matrix to later interpret it in pictures. Review and observance of oral hygiene index and rate of decay of their children using epidemiological respective chips was also performed.

The results obtained according to the objectives were:

The deft index of the children between 6 and 12 years of I.E. 40256 “Carlos Manchego Rendón” was 1.01; this value corresponds to a very low risk of decay according to OMS. The deft index ceo-d obtained from students was 4.00; this value corresponds to a moderate risk of tooth decay according to OMS.

In addition, the simplified oral hygiene index in the (65.0%) of students was considered as a regular, while the lowest percentage (8.8%) were with good hygiene.

Finally, it was found, that mothers with a level of bad knowledge, most children (60.0%) had an index of oral hygiene considered bad; however, mothers with levels of regular and good knowledge, most children showed rates of oral hygiene considered as regular (72.2% and 64.3%, respectively), finally, mothers at very good knowledge, all their children had good oral hygiene.

In conclusion, it was shown that if there is significant relationship between the level of knowledge of mothers about oral hygiene and eating habits with caries index and index of oral hygiene of their children as if knowledge increases the rate of decay decreases and oral hygiene substantially improved.

Key words: oral hygiene, deft index, index CPOD, index ceo-d.

INTRODUCCIÓN

En el campo de la Odontología la caries dental es considerada como el principal problema, no solo desde el punto de vista de los procedimientos restaurativos sino también diagnóstico - preventivo. Está considerada, así mismo, como un problema de salud pública, por su alta prevalencia en países de tercer mundo. La caries dental es una enfermedad infecciosa y multifactorial, que constituye una de las afecciones más frecuentes, especialmente en la infancia. Consiste en un proceso de desmineralización con la consecuente desintegración progresiva de los tejidos dentarios calcificados, cuando no es prevenida ni tratada a tiempo; esta desmineralización es producida por ácidos orgánicos débiles de origen microbiano; cuando este proceso no se detiene se produce así una lesión de caries dental. Aunque el control de los hábitos dietéticos es uno de los factores más importantes para la prevención de la caries dental en infantes, también es de suma importancia el control de la placa dental, vale decir, la higiene bucal. La placa dental constituye el primer paso para el establecimiento de los microorganismos patógenos de la cavidad bucal.

Los ácidos producidos por la placa dental durante la degradación bacteriana de los carbohidratos consumidos en la dieta, inician la caries dental. La calidad de alimentación rica en carbohidratos altera el pH y el tipo de placa, es por ello que uno de los métodos más importantes para el control de la placa es mantener una dieta adecuada.

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

Las madres juegan un rol importante con respecto a la orientación en la salud oral de sus niños y especialmente en la adquisición de hábitos alimenticios e higiene oral, y considerando la aparición de la caries dental a temprana edad en los niños y la falta de orientación a las madres sobre cómo cuidar y preservar la higiene oral para prevenir dicha enfermedad motiva a buscar métodos para disminuir esta enfermedad.

El objetivo de este trabajo de investigación es determinar el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre hábitos alimenticios e higiene oral en relación con el índice de caries e higiene oral de sus hijos de 6 a 12 años de edad.

Finalmente, este estudio servirá para implementar y consolidar futuros programas de promoción y prevención de salud bucal, las cuales deben tener una metodología participativa, para poder generar un impacto efectivo y así controlar los principales factores de riesgo desde la infancia temprana, con el fin de disminuir esta enfermedad, promoviendo estilos de vida saludables del entorno familiar.



I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

La caries sigue siendo una de las enfermedades más predominantes en nuestro medio, son muy pocas las personas que conocen la fase inicial de la caries que está dada por la desmineralización de la superficie dental causada por los ácidos de la placa bacteriana. Esta placa bacteriana es eliminada por el cepillado dental, pero en nuestro medio existe poca información y muchas veces en algunos lugares no existen los medios adecuados para la eliminación de la placa bacteriana por lo cual hay presencia de caries dental.

La condición de Salud Bucal en el Perú, atraviesa una situación crítica debido a la alta prevalencia de enfermedades Odontoestomatológicas. La caries dental es una enfermedad bucal más común entre los niños, afectando aproximadamente al 90% de los escolares de América (5 a 17 años). Inicia a temprana edad, en forma de caries rampante, y por ello la acción principal tiene que ir dirigida a las madres, evitando que las manifestaciones clínicas de la misma vayan más allá del dolor y la infección dentaria, afectando la salud general y el relacionamiento social del niño.

La familia juega el rol más importante en el mantenimiento de la salud y dentro de este grupo, la madre es la encargada de crear en el seno de la familia desde edades tempranas conductos y hábitos que determinan el futuro de la salud bucal del niño.

La base de todo es el conocimiento, pero ¿Cuánto saben las madres?, ¿De dónde se debe partir? y ¿A dónde se debe apuntar para iniciar un programa de prevención?

La importancia de saber el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal y hábitos alimenticios es crucial puesto que el conocimiento es el primer escalón para la prevención de las enfermedades odontoestomatológicas. En este punto nace el presente trabajo de investigación que busca encontrar relación entre índice de caries e higiene oral de niños y el conocimiento de sus madres sobre higiene bucal y hábitos alimenticios, que servirá para la posterior planeación de las acciones que conlleven sino a la desaparición, por lo menos a la disminución del Índice de caries e Higiene Oral de los escolares de la población estudiada.

1.2 ENUNCIADO

“Nivel de conocimiento de las madres de familia sobre higiene bucal y hábitos alimenticios en relación con el índice de caries dental e higiene bucal de sus hijos (6 - 12 años) de la “Institución Educativa 40256 Carlos Manchego Rendón, Arequipa, 2016”.

1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 ÁREA DE CONOCIMIENTO

- a. **Área General:** Ciencias de la salud.
- b. **Área Específica:** Odontología.
- c. **Especialidad:** Odontología Preventiva y Social, Odontopediatría.
- d. **Línea:** Prevención.

1.3.2 ANÁLISIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE		INDICADORES	SUBINDICADORES
Nivel de conocimiento	1	Higiene Bucal	Muy bueno (18-20 puntos) Bueno (15-17 puntos) Regular (11-14 puntos)
	2	Hábitos Alimenticios	Malo (0 – 10 puntos)
Índice de caries dental	1	Índice C.P.O.D	Diente Cariado Diente Perdido Diente Obturado
	2	Índice c.e.o.d	Diente cariado Diente indicado para extracción o extraído Diente obturado
Índice de Higiene Oral Simplificado (Greene y Vermillón)	1	I.PB	Buena
	2	I.PC	Regular Mala

1.3.3 INTERROGANTES BÁSICAS

- A) ¿Cuál será el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de las madres de familia de la Institución Educativa 40256 “Carlos Manchego Rendón”?
- B) ¿Cuál será el nivel de conocimiento sobre hábitos alimenticios de las madres de familia de la Institución Educativa 40256 “Carlos Manchego Rendón”?
- C) ¿Cuál será el índice de caries dental de los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa 40256 “Carlos Manchego Rendón”?
- D) ¿Cuál será el índice de higiene oral de los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa 40256 “Carlos Manchego Rendón”?
- E) ¿Existirá relación entre el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre higiene bucal y hábitos alimenticios con el índice de caries dental e higiene oral de sus hijos?

1.3.4 TAXONOMÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Nivel de Dificultad	TIPO DE ESTUDIO					Diseño	Nivel
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Nº de mediciones de variables	Nº de muestra	Por el ámbito de recolección		
Cualitativa Cuantitativa	Observacional	Prospectivo	Transversal	Representativa	De campo	Relacional	Descriptiva



1.4 JUSTIFICACIÓN

a. Originalidad

El presente trabajo de investigación posee originalidad específica, por cuanto no existen trabajos de investigaciones que tengan la misma temática, las mismas unidades de estudio ni tampoco que se haya realizado en la población estudiada.

b. Relevancia

Este estudio se justifica desde el punto de vista científico porque ofrece un aporte sobre la salud bucal del niño, conocimiento de sus madres y al determinar esta asociación, se podrá implementar, reafirmar y reforzar medidas de prevención específicas. Además se podrá transmitir esta información a las madres de familia, para que de esta forma se pueda mejorar la higiene, hábitos alimenticios y esto permita controlar la enfermedad, mejorando así la calidad de vida de la población estudiada.

En cuanto a la relevancia actual, se sabe que la caries dental todavía es considerada como una de las enfermedades más comunes en nuestra sociedad y además, se sabe también que son muy pocas las personas que conocen su estado de salud bucal.

c. Factibilidad

En cuanto a la facilidad del estudio, puede considerarse un hecho por cuanto se dispone de unidades de estudio, recursos económicos, tiempo, asesoría y disponibilidad de un diseño para orientar la investigación.

d. Motivación

Existe motivación personal de incrementar conocimientos al respecto y es de mi interés obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista.

e. Contribución Académica

Esta investigación podrá ser utilizada como contribución académica para que los resultados obtenidos sirvan como aporte para realizar programas preventivos, campañas de salud bucal dirigidos a madres de familia.

2. OBJETIVOS.-

- A) Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de las madres de familia de la Institución Educativa 40256 “Carlos Manchego Rendón”.
- B) Determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos alimenticios de las madres de familia de la Institución Educativa 40256 “Carlos Manchego Rendón”.
- C) Determinar el índice de caries dental de los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa 40256 “Carlos Manchego Rendón”.
- D) Determinar el índice de higiene oral de los niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa 40256 “Carlos Manchego Rendón”.
- E) Determinar si existirá relación entre el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre higiene bucal y hábitos alimenticios con el índice de caries dental e higiene oral de sus hijos.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. HIGIENE BUCAL

3.1.1 Concepto.-

Es la eliminación de la placa dental y el mantenimiento de la superficie dentaria limpia.

La higiene bucal es un hábito importante que constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la calidad de vida de las personas. ¹

Una adecuada higiene bucodental desde la infancia es importante para conservar la dentadura, encías y boca en buenas condiciones. El abc de los cuidados de la boca debe incluir el cepillado diario, el uso del hilo dental, una revisión periódica por parte del dentista y el control de la dieta limitando el consumo de dulces. La labor de los progenitores es primordial para transmitir unos correctos hábitos de higiene bucodental a los niños: hay que enseñarles cómo hacerlo y ser constantes en el empeño. ²

3.2. CEPILLO DENTAL.-

Es el instrumento primario para la eliminación de la placa dental, que no daña tejidos blandos o duros orales. El cepillo dental debe cumplir una serie de requisitos como son: su fabricación con cerdas sintéticas o de nilón de igual longitud (cuanto menor es el diámetro

¹ FERNANDEZ MODRAGON, Pilar - DE CARLOS VILLAFRANCA, Félix. Manual Técnico Superior De Higiene Dental. Pág. 67

² http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene_oral.htm

de la cerda, más blanda es su textura), blandas, con punta redondeada (para evitar daño a tejidos gingivales), alineadas en varias hileras, agrupadas en penachos y dispuestas en un cabezal pequeño para el fácil acceso a todas las zonas de la boca.

El cepillo recomendado por la ADA tendrá un cabezal de superficie (2.5-3 cm de largo, 0.5-1 cm de ancho), con 2-4 hileras de fibras que pueda arquearse y llegar bien a los rincones.

- Cerdas suaves preferentemente.

Las cerdas duras pueden causar que el tejido de las encías se retraiga y haga que las raíces de los dientes queden expuestas. Esto puede desembocar después en una mayor sensibilidad al frío y al calor, así como a determinados alimentos y bebidas.

- Tamaño de cabezal medio

Según la Asociación Dental Americana, debe poder cepillar a la vez uno o dos dientes. En cuanto a la forma de la cabeza, puede ser cónica, rectangular y sus filamentos ondulados, planos, recortados en forma de bóveda.

- Tipo de mango

Según su comodidad y preferencias. Los hay antideslizantes o de cuello flexible.

3.2.1 TIEMPO DE DURACIÓN DEL CEPILLO DENTAL

Cambiar el cepillo de dientes cada dos o tres meses. En cuanto las cerdas parezcan gastadas o deshilachadas, se debe cambiar por otro nuevo.³

³ <http://www.colomerdental.com/blog/salud-bucodental/elegir-cepillo-de-dientes/>

3.2.2 TIPOS DE CEPILLOS:

- Cepillos periodontales, tres hileras con gran separación.
- Cepillos infantiles, cabeza pequeña con cerdas suaves en penachos juntos y mango largo.
- Cepillos Dentrust, tres superficies de cerdas que abrazan a la vez tres caras del diente.
- Cepillos de ortodoncia, dos hileras en forma de V.
- Cepillos monopenachos; para superficie mesial y distal de dientes adyacentes a espacios edéntulos, furcaciones. Utilizados en ortodoncia.
- Cepillos extraorales, de cerdas duras para aparatos de ortodoncia y prótesis removibles.
- Cepillos eléctricos, en la actualidad se están promocionando de manera importante y existen diferentes sistemas patentados. Todos tienen en común el objetivo de intentar conseguir una mayor eliminación de la placa dental, penetración interproximal, eliminación de la gingivitis y facilidad de manejo, son especialmente recomendables para personas con limitaciones de la movilidad manual, como ancianos, deficientes, etc.
- Cepillos Hyglonic, se basan en modificar la electronegatividad de la superficie dental con el fin de que la placa no se adhiere a la misma.⁴

3.3 CEPILLADO DENTAL

Se entiende como cepillado dental eficaz a la eliminación mecánica de la placa dental supragingival y subgingival (sulcular o crevicular), llevada a cabo en el ámbito doméstico por el propio individuo o, si sus

⁴ HARRIS, NORMAN O.; GARCIA - GODOY, Franklin. Odontología Preventiva Primaria. Pág. 537

capacidades psicomotrices están limitadas, por los cuidadores del mismo.

El cepillado de dientes es el primer paso en la higiene bucodental para eliminar la placa y restos alimentarios de la superficie de los dientes.

Se requiere, como mínimo un cepillado diario, siendo lo ideal uno inmediatamente después de cada comida, evitando así la actuación de las bacterias. Se recomendará el cepillado como mínimo tres veces diaria, haciendo hincapié en la nocturna.

Los objetivos del cepillado son eliminar los restos alimenticios, interferir en la formación de la placa dentogingival, estimular y queratinizar la mucosa de la encía.

3.3.1. FRECUENCIA DEL CEPILLADO

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

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

Los jóvenes y las personas con propensión a la caries dental deben cepillarse entre los 10 minutos posteriores de cada comida y antes de dormir. Si las personas no se cepillan minuciosamente, deben hacerlo después de cada comida, antes de dormir el cepillado nocturno es muy importante porque durante el sueño disminuye la secreción salival.⁵

⁵ SILVERSTONE L.M. Caries Dental. Pág.198

3.3.2. TÉCNICAS DE CEPILLADO DENTAL

Técnica de Bass

Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en el maxilar superior y hacia abajo en la mandíbula (maxilar inferior) formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 a 15 segundos por área. Si al cabo de esos movimientos el cepillo se desliza en dirección oclusal para limpiar las caras (vestibulares o linguales) de los dientes, se denomina método de Bass modificado. El ruido por frotamiento de las cerdas, indica presión excesiva de la vibración o movimientos desmesurados.

El mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de los premolares y molares; pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores. Las caras oclusales se cepillan haciendo presión en surcos y fisuras con movimientos cortos anteroposteriores.

Técnica de Charters

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

oclusal. De ese modo, se realizan movimientos vibratorios en los espacios interproximales.

Al cepillar las superficies oclusales, se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas.

El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores.

La técnica de chaters se utiliza también alrededor de aparatos ortodónticos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas.

Técnica Horizontal

Las cerdas del cepillo se colocan perpendiculares a la corona y el cepillo se mueve hacia adelante y hacia atrás. Esta técnica es útil en la primera dentición por las características anatómicas de los dientes hasta los 3 años de edad; sin embargo, la presión excesiva y los dentífricos abrasivos pueden ocasionar retracción gingival y dañar la unión amelocementaria.

Técnica de Skartey

Se divide la arcada dental en sextantes. Es una técnica ejecutada por los padres, colocando al niño por su espalda y apoyado sobre el pecho o la pierna del padre o tutor. Cuando el niño ya tiene más de 2 o 3 años esta técnica se realiza de pie y delante de un espejo.

Los filamentos se dirigen en una inclinación de 45 hacia apical y se realizan movimientos horizontales, unas 15 por sextante. El cepillo debe ser de filamentos muy suaves. (Gil, 2005).

Indicaciones: Bebés y niños hasta los 7 años

Técnica de Stillman

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

Técnica Deslizante (Técnica de Barrido)

Boca ligeramente abierta. El cepillo se coloca paralelo respecto al eje dental, apuntando hacia apical, con ligera presión sobre las encías y lo más arriba posible para los dientes de la arcada superior y lo más abajo, para los dientes de la arcada inferior. Se realizan movimientos de giro de muñeca. Las caras internas se cepillan igual y las caras oclusales con movimientos horizontales.

Indicaciones: pacientes jóvenes y pacientes con tejido periodontal sano.

Técnica del rojo al blanco o técnica de Leonard

Boca cerrada y cepillo prácticamente paralelo a la superficie oclusal. Se efectúan movimientos verticales desde la encía (rojo) a la corona dentaria (blanco). Las caras linguopalatinas y masticatorias se cepillan con otras técnicas. El objetivo de esta técnica es producir un estímulo de las encías y la limpieza de las superficies bucales de los dientes. Indicaciones: adolescentes y adultos con tejido periodontal sano.

Técnica de Bass Modificado

Se realiza la técnica de Bass y la modificación consiste en que una vez que el cepillo este contra el margen gingival y hayamos realizado los pequeños movimientos vibratorios, se realiza un movimiento de barrido hacia oclusal. Con esta técnica está limitada la limpieza de las superficies oclusales.

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 Fones

Para las superficies vestibulares o bucales, los dientes se mantienen en oclusión (niños) o en posición de reposo (adolescentes y adultos) y los filamentos del cepillo se colocan formando un ángulo de 90° respecto a la superficie bucal dentaria. Estas superficies se dividen en 6 sectores y realizamos 10 amplios movimientos rotatorios en cada sector. Para las caras oclusales, se abre la boca y se realizan movimientos de vaivén o circulares y en las caras linguopalatinas se coloca el cepillo según la técnica del cepillo separado (se gira el cabezal hasta su posición vertical) y se realizan pequeños movimientos rotatorios.⁶

3.4 SEDA O HILO DENTAL:

El uso del hilo dental requiere el desarrollo de una destreza medianamente compleja, lo que representa un inconveniente para su implementación sistemática.

La técnica propuesta habitualmente requiere el empleo de 46 a 60 cm de hilo y su destreza se ha popularizado más allá de la capacitación que realiza el odontólogo. Sin embargo, no es sistemáticamente incluido en las medidas de cuidado. Los recaudos a tener en cuenta son a) ubicar el hilo alrededor del dedo mayor de ambas manos, dejando 5 a 8 cm de hilo entre ellas,

⁶ BARRANCOS M, Julio. Operatoria Dental. Pág. 377

b) tensar el hilo entre los índices, c) ubicar el hilo entre los dientes redondeando contra la superficie de cada cara proximal deslizando hacia la encía con movimientos de serrucho y vaivén de arriba hacia abajo para remover la placa interproximal hasta alcanzar debajo del margen gingival, d) desplazar el sector de hilo usado en cada espacio proximal para limpiar cada diente con hilo limpio.

Los sostenedores de hilo son menos efectivos que la manipulación digital del hilo pero son útiles cuando existen dificultades manuales y están particularmente indicados en los pónicos de los puentes y en las prótesis.

3.5 DENTÍFRICO O PASTA DENTAL

El uso del cepillo suele combinarse con un dentífrico (vendido como pasta dental) con el propósito de facilitar la eliminación de la placa y aplicar sustancias a las superficies dentarias por razones terapéuticas o preventivas y el mantenimiento de un aliento agradable. La pasta de dientes por lo general contiene flúor para prevenir las caries. La pasta de dientes suele hacer espuma al cepillarse los dientes ya que tiene sulfatos. Se le pueden añadir algunos productos para potenciar ciertas funciones como el blanqueamiento de los dientes o la eliminación del sarro.⁷

3.6 ENJUAGUES BUCALES O COLUTORIOS

La solución alcohólica de clorhexidina al 0.2% para colutorios estuvo disponible por primera vez en Europa en la década de 1970.

⁷ LINDHE LANG. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Pág. 718

También se presentó un colutorio al 0.1% sin embargo este fue cuestionada en algunos países por su eficacia.

Un colutorio antiplaca es un agente químico antimicrobiano, vehiculizado en forma líquida para poder ser utilizado en la cavidad oral. Los agente químicos antimicrobianos deben ser capaces de destruir microorganismos, inhibir su reproducción o su metabolismo. Muchos son bactericidas y algunos bacteriostáticos ⁸

3.7 EL HÁBITO

3.7.1 Concepto.-

El hábito es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato.

El hábito puede definirse como una disposición adquirida y durable para reproducir con creciente facilidad y perfección los mismos actos o para vivir la acción de las mismas influencias físicas o psíquicas. ⁹

3.7.2 TIPOS DE HÁBITOS

MALOS HÁBITOS: Es todo aquello que limita el crecimiento, es un freno que no permite evolucionar, no te permite llegar a ser un mejor ser; no deja revelar el verdadero ser. En principio pueden resultar muy atractivos, por lo cual resulta muy fácil adquiridos principalmente cuando una persona se deja llevar por la satisfacción inmediata, sin embargo, a la larga, las consecuencias son desastrosas para la vida de una persona,

⁸ ALBALAT F, GIL FJ, Caballero A. Bases del uso de antibióticos en Periodoncia para el higienista dental. Pág. 223

⁹ DELGADO HONORIO. Psicología en Odontología pediátrica y del adolescente. Pág. 209

arrastrándola hacia situaciones muy problemáticas, accidentes, enfermedades graves o incluso la muerte.

BUENOS HÁBITOS: Es todo aquello que posibilita el crecimiento, permite mejorar, madurar y alcanzar los objetivos o metas, los hábitos positivos pueden parecer en principio algo aburridos para algunas personas, sin embargo, los beneficios a largo plazo son extraordinarios.¹⁰

3.8 HÁBITOS ALIMENTICIOS

Se pueden definir como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas.

3.8.2 NUTRICIÓN

El Instituto Nacional de la Nutrición (INN) de México define la nutrición como:

El conjunto de fenómenos involucrados en la obtención por el organismo; en la asimilación y transformación metabólica por las células, de las sustancias energéticas, estructurales y catalíticas necesarias para la vida.

La nutrición es en esencia un proceso celular continuo determinado por factores genéticos y ambientales. La suma e interacción de la nutrición correspondiente a los distintos tejidos constituye la nutrición

¹⁰CUENCA SALA, Emili; BACA GARCIA, Pilar. Odontología Preventiva y Comunitaria. Pág. 377

de los individuos es posible formular el concepto de “nutrición de una comunidad o de un país”.

La alimentación depende de la dieta y está se integra con platillos, derivados industriales y alimentos; los cuales a su vez deben combinarse de manera adecuada.

Los platillos y derivados industriales se componen de alimentos, pero también de procesos y condimentos. Por último, los alimentos contienen nutrimentos.

3.8.2.1 NUTRIMENTO.-

La unidad de la nutrición es el nutrimento. El instituto Nacional de la Nutrición recomienda utilizar este término en vez de nutriente y lo define como:

Es toda sustancia que desempeña un papel metabólico y que por lo regular está presente en la dieta.

Bourges señala los siguientes aspectos:

- Todos los nutrimentos son importantes.
- La cantidad de cada nutrimento requerida por el organismo es muy variable.
- La velocidad con que un nutrimento se utiliza en el organismo varía de un individuo a otro. El nutrimento más importante es el oxígeno y después el agua.
- Todos los alimentos contienen todos los nutrimentos.
- El organismo necesita una cantidad óptima de nutrimentos indispensables. Si recibe menos, experimenta un cuadro de deficiencia; pero si recibe más de lo necesario sufre obesidad o intoxicación, sobre todo si se trata de los que se acumulan en el organismo, como la vitamina A.

A. CLASIFICACIONES DE LOS NUTRIMENTOS

1.-NUTRIMENTOS INDISPENSABLES.- Son aquellos que el organismo no puede sintetizar.

2.- NUTRIMENTOS DISPENSABLES.- Se sintetizan en el organismo a partir de los indispensables.

Otra clasificación distingue seis grupos químicos:

- Hidratos de carbono
- Lípidos
- Proteínas
- Vitaminas
- Nutrimientos inorgánicos (antes llamados minerales)
- Agua y oxígeno

Estos grupos, de acuerdo con la función básica que ejercen en el organismo, se dividen en:

- Energéticos
- Plásticos o estructurales
- Reguladores o catalíticos

❖ NUTRIENTES BÁSICOS

• PROTEÍNAS

Las proteínas tienen funciones muy importantes y altamente diversificadas en el organismo. Son componentes fundamentales del músculo, el hueso, el cartílago, la piel y otros tejidos y líquidos de la economía. La mayoría de las hormonas son de naturaleza proteica, lo mismo que numerosas enzimas del organismo.

REQUERIMIENTOS Y DEFICIENCIA DE PROTEINAS

La ración dietética recomendada de proteínas para adultos es de 0,9 g/kg, o un total de 56g y 46 g para varones y mujeres adultos, respectivamente.

Durante los periodos de crecimiento, embarazo y lactancia, los requerimientos proteicos de la dieta son evidentemente algo mayores debido a la mayor síntesis de nuevo tejido proteico.

PROTEÍNAS Y CARIES DENTAL

Aunque no se ha demostrado una correlación firme entre la experiencia de caries dental y los complementos proteicos de la dieta ciertas evidencias en animales e in vitro indican que la proteína puede ejercer una influencia protectora sobre la dentición.

- **GRASAS**

Las grasas son componentes esenciales de la dieta sirve como fuente concentrada de energías. Sin embargo, hay una preocupación porque el exceso de ingestión de grasas puede relacionarse con enfermedades” contemporáneas” relacionadas con la nutrición tales como la obesidad, arteriosclerosis y enfermedad coronaria.

GRASAS Y CARIES DENTAL

Estudios realizados con esquimales proveen una evidencia indirecta de que la ingesta de dietas que contienen altos niveles de grasa (70 a 80%) se asocia con una baja tasas de caries.

Evidentemente, tales dietas tienen un contenido muy bajo en hidratos de carbono y la reducción en las caries pueden

deberse así a la menor ingestión de hidratos de carbono más que al aumento de ingesta de grasas.

- **HIDRATOS DE CARBONO**

Los hidratos de carbono han constituido la principal fuente de energía de dieta humana.

La glucosa, sacarosa y fructuosa, fueron los principales hidratos de carbono consumidos por el hombre primitivo.

Composición y clasificación

- Monosacáridos
- Disacáridos
- Polisacáridos

- **MINERALES**

Aunque como clase los minerales, o elementos inorgánicos, no proveen energía, se considera que 19 de ellos son esenciales para la nutrición humana. Los minerales cumplen con numerosas funciones en el organismo, muchas de las cuales están interrelacionadas. Por ejemplo el calcio, el fósforo, el magnesio y el flúor están entre los constituyentes importantes de los tejidos calcificados; el sodio, el potasio y el cloro funcionan en el mantenimiento del equilibrio ácido- base y el de los líquidos orgánicos. El hierro, el cobre y el cobalto son fundamentales en la formación de los eritrocitos; otros iones, que incluyen el magnesio, el manganeso, el zinc y el molibdeno, funcionan como componentes de diversos sistemas enzimáticos y como activadores de enzimas.

- **VITAMINAS**

Son un grupo de sustancias orgánicas que se encuentran en pequeñas cantidades en los alimentos, y que son fundamentales para algunas funciones orgánicas específicas. La mayoría de las vitaminas no puede ser sintetizada en cantidad adecuada como para cumplir con los requerimientos del organismo, y por lo tanto deben obtenerse de la dieta.¹¹

3.8.2.2. ALIMENTACIÓN

Es el conjunto de fenómenos involucrados en la obtención, por el organismo, de las sustancias energéticas, estructurales y catalíticas necesarias para la vida.

Tomando en cuenta los requisitos de la dieta recomendable, la buena alimentación incluye al menos un alimento de cada grupo en cada comida y varia, lo más posible, en los usados dentro de cada grupo, así como la forma de prepararlos; de ese modo se garantiza una dieta completa, equilibrada y variada.

Otro aspecto importante consiste en destinar a la preparación de la comida, el tiempo, el interés y la imaginación necesarios para que sea agradable.

Otra regla a seguir para lograr una buena alimentación es procurar suficiencia, inocuidad y adecuación.

3.8.2.3 ALIMENTOS

El término alimento se refiere a órganos, tejidos o secreciones de especies que contienen cantidades apreciables de nutrimentos biodisponibles y cuyo consumo en cantidades y formas habituales es inocuo, de amplia disponibilidad y costo

¹¹VASQUEZ HUERTA, ELSA. Salud Bucal y Nutrición. Pág.49.

razonable, así como atractivo a los sentidos y aceptado por alguna cultura.

A. CARACTERÍSTICAS DEL ALIMENTO

Las particularidades del alimento de acuerdo con sus funciones son:

1. Como vehículo de nutrimentos. Todo alimento es nutritivo y todos son importantes, por lo cual no existen alimentos de alto valor nutritivo: Biodisponibilidad, Inocuidad, Accesibilidad, Atractivo a los sentidos, Aprobado por la cultura.
2. Como satisfacer una necesidad, es decir, para suprimir el hambre.
3. Como estímulo psicológico y emocional. En condiciones normales, comer es un placer. La aceptación o rechazo de determinados alimentos se relaciona con experiencias previas.
4. Como integrador social. Como los alimentos se transmiten valores sociales, culturales y religiosos, además de que comer con otras personas es placentero.

B. GRUPOS DE ALIMENTOS

El departamento de Agricultura de Estados Unidos dividió los alimentos en cinco grupos y los representó en una pirámide: en la base y con mayor proporción ubicó los cereales; en un segundo nivel, frutas y verduras; más arriba, carnes, huevo y leguminosas; en el cuarto grupo, leche y sus derivados; por último en la punta de la pirámide, aceites, grasas y azúcares, los cuales deben consumirse en una proporción mucho menor.

Las modificaciones continuaron y se consideró que los cereales y sus derivados eran la base de los alimentación (40%) al proporcionar energía y proteína, lípidos, vitaminas (E, B1 y B2), hierro, fósforo y fibras. El consumo de azúcares (2%) y aceites (8%) debe ser mínimo.

Las frutas y verduras (30 a 32%) brindan algunas vitaminas, nutrimentos inorgánicos y fibras. Las leguminosas (frijol, haba, lenteja, garbanzo) aportan proteínas, hidratos de carbono y fibra. Por último, los alimentos de origen animal son fuente de proteína (20%).

De acuerdo con los porcentajes anteriores, 60 a 70% de la energía total proviene de los sacáridos, de los cuales no más de 10% debe ser de azúcares refinados; entre 20 y 25 % se obtiene a partir de triglicéridos, en los cuales los ácidos grasos saturados no deben representar más de un tercio de los lípidos totales; no habrá más de 5% en forma de grasas, aceites o azúcares refinados y no se consumirán más de 300 mg diarios de colesterol. Las proteínas deben aportar entre 10 y 15% de la energía total de la dieta.

Recientemente se diseñó “el plato del bien comer”, que se divide en tres porciones:

1. Frutas y verduras (muchas).
2. Cereales (suficientes).
3. Leguminosas (combinadas) y alimentos de origen animal.

Al parecer excluye grasas y azúcares, pero estos son componentes naturales de la mayoría de los alimentos de los tres grupos anteriores o se agregan al preparar platillos y productos industrializados.

Los alimentos de una dieta normal deben satisfacer funciones importantes, entre ellas asegurar el crecimiento normal, mantener las funciones corporales en condiciones óptimas, renovar los tejidos deteriorados y proveer la energía necesaria para realizar las actividades cotidianas. Sin embargo, su consumo tiene tres objetivos principales:

- Suprimir la sensación de hambre.
- Gratificar a la persona.
- Constituir un medio de socialización.¹²

❖ ALIMENTOS CLASIFICADOS POR CATEGORÍAS

▪ GRUPO LÁCTEOS

Este grupo incluye varios alimentos de origen lácteo tales como leche, crema, queso, manteca y helado. Probablemente la leche tenga más valor nutricional general que cualquier otro alimento; la leche entera fortificada con vitamina D puede proveer la mayor parte del requerimiento diario de calcio, así como niveles importantes de proteínas, vitaminas B (riboflavina y niacina), vitamina D, fósforo y vitamina A. La leche descremada provee más o menos los mismos nutrientes, pero tiene sólo la mitad de las calorías y fundamentalmente carece de vitamina A y de grasas. Los niveles de uso diario de leche recomendado para niños es de 3 o más vasos al día, para adolescentes es de 4 o más vasos, para adultos de 2 o más vasos, para mujeres embarazadas de 3 o más vasos diarios y para mujeres que amamantan 4 o más vasos al día.

¹²CUENCA SALA, Emili; BACA GARCIA, Pilar. Odontología Preventiva y Comunitaria. Pág. 377

- **GRUPO CARNES**

Este grupo comprende carne, pescados, aves, huevos, queso, o alternativas tales como habas y porotos secos, nueces o manteca de maní. En general, estos alimentos son fuentes particularmente buenas de proteínas, hierro y niacina, así como proveedores de algo de vitamina A, tiamina y rivo flavina. Generalmente se considera deseable 2 o más porciones diarias del grupo de las carnes para todos los segmentos de la población.

- **GRUPO DE HORTALIZAS Y FRUTAS**

Este grupo incluye los vegetales verde oscuro y amarillo intenso, las frutas cítricas, los tomates, las papas y otras frutas. Estos alimentos son ricos en vitaminas A y C (ácido ascórbico) y también contienen niveles importantes de otras vitaminas y minerales. Se recomiendan 4 o más porciones diarias de este grupo.

- **GRUPO DE LOS CEREALES**

Este grupo consta de alimentos derivados de varios granos de cereales tales como el trigo, avena, arroz, maíz y centeno. Así, para cumplir las recomendaciones de este grupo, se debe seleccionar entre panes, cereales cocidos o listos para comer, otros tipos de cereales, bizcochos, sémola, tallarines, macarrones, fideos y otros elementos horneados. Se sugieren 4 porciones diarias de este grupo; 3 de pan y 1 de cereal.¹³

C. REQUERIMIENTOS ENERGÉTICOS

La cantidad de energía necesaria para el individuo se obtiene sumando las necesidades vitales de energía, la cantidad de energía

¹³VASQUEZ HUERTA, ELSA. Salud Bucal y Nutrición. Pág.47..

destinada a la termogénesis alimentaria y el gasto energético por actividad física.

Las necesidades vitales de energía o gasto energético basal (GEB) constituyen el requerimiento mínimo del organismo para realizar las funciones vitales de sostén (respiratoria, angiológica o circulatoria, endocrina, renal, hepática, del sistema nervioso central, de la temperatura corporal, inmunitaria, etc.) y, en casos de crecimiento, embarazo y lactancia. Se miden en condiciones basales, después de dormir entre 10 y 12 horas.

Termogénesis alimentaria se refiere al aumento del gasto energético en las siguientes tres a cuatro horas posteriores a la ingestión de alimentos, y depende de la composición de los nutrimentos contenidos en los alimentos. Si se ingieren hidratos de carbono o triglicéridos, el aumento es de 3 a 4 %, y si se trata de proteínas, es de 15%; en términos generales, se calcula 10%.

Según la ONU expresó el gasto energético por actividad en múltiplos del gasto energético basal, y clasificó las actividades en ocupacionales y recreativas o discrecionales.

En nutriología se utilizan dos unidades para hacer referencia al contenido energético de los alimentos: la caloría y la kilocaloría. La caloría es la cantidad de calor necesaria para elevar en un grado centígrado la temperatura de 1g de agua destilada que se encuentra entre 14.5 y 15.5 grados centígrados. La kilocaloría equivale a 1000 calorías.

La guía más simple para determinar cuántas calorías deben consumirse es la cantidad que se necesita para mantener un peso deseable basado en la estatura, la edad, la actividad fisiológica y el estado fisiológico. Para lo cual es necesario recordar la cantidad de energía que produce un gramo de cada uno de los nutrientes básicos:

- Hidratos de Carbono 4 cal. por gramo.
- Proteínas 4 cal. por gramo.
- Grasas 9 cal. por gramo.
- Alcohol 7 cal. por gramo.

D. PLATILLOS Y DERIVADOS INDUSTRIALES

La mayoría de los alimentos no se ingieren solos en estado natural, pues se someten a procedimientos culinarios, se mezclan con otros alimentos y se les agregan condimentos con el propósito de elaborar platillos.

Un platillo bien presentado también recrea los órganos de los sentidos y favorece el contacto social.

Los alimentos industrializados son muy variados e incluyen desde aceites, harinas, tortillas y pan hasta los más elaborados como quesos, aderezos, azúcar, jugos, embutidos y mermeladas, entre muchos otros.

Por otro lado, desde hace varios años se habla del producto chatarra. Este término se adoptó para determinar aquellos comestibles cuyo precio es desproporcionado en relación con su aporte de nutrimentos. Su consumo frecuente deteriora el presupuesto familiar y puede desplazar la ingestión de los alimentos básicos.

3.8.2.4. DIETA

El término dieta proviene del griego diaita, el cual significa forma de vida. Muchas personas confunden la dieta con el régimen para bajar de peso o para tratar determinadas enfermedades, como la diabetes y la hipertensión arterial; en estos últimos casos se trata de dietas especiales.

La dieta es el conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día; por tanto, constituye la unidad de la alimentación.

Todo ser humano tiene su dieta porque come alimentos y platillos día a día; sin embargo, es necesario aprender a tener una dieta correcta o recomendable para conservar la salud. La dieta recomendable debe ser satisfactoria en los factores biológico, psicológico y social.

A. FACTOR BIOLÓGICO.-

En este, la dieta tiene que ser suficiente, completa, equilibrada, inocua y adecuada.

Dieta suficiente:

La dieta tiene que ser suficiente en cantidad y calidad. Es decir, debe quitar el hambre y proporcionar la energía necesaria para realizar las actividades diarias.

Asimismo, debe permitir el crecimiento corporal en los niños y mantener el peso de los adultos en los límites aconsejables. La cantidad de calorías depende de la actividad física del individuo.

Dieta completa:

Es aquella que debe contener todos los nutrimentos.

Dieta equilibrada:

Es la que posee la proporción de nutrimentos recomendables.

Dieta inocua:

La inocuidad de la dieta implica seleccionar productos en buen estado y seguir reglas de higiene. Los alimentos deben prepararse con las manos limpias y utensilios bien lavados, y es necesario desinfectar aquellos que se ingieren crudos como las

frutas y las verduras, ya que a menudo se riegan con aguas negras y un ejemplo de ello son las fresas. Los vegetales se lavan hoja por hoja bajo el chorro de agua de la llave y después se dejan en un recipiente con agua potable y algunas gotas de yodo como germicida. Las raíces, como la zanahoria y el rábano, se limpian también con escobeta o cepillo. Las cascaras se lavan con jabón. Por otro lado, la refrigeración ayuda a conservar los alimentos pues disminuye la acción de los microorganismos que producen la fermentación y la putrefacción; pero como no los destruye, es necesario consumir rápidamente dichos alimentos al sacarlos del refrigerador. La congelación tampoco destruye los microorganismos por ello, si un alimento se descongela debe consumirse de inmediato y no volverlo a congelar.

El enlatado y el envasado conservan los alimentos; pero si estos procedimientos no son adecuados, existe el peligro de adquirir una enfermedad llamada botulismo.

Las carnes de res, cerdo y pollo pueden contener parásitos por lo cual es indispensable cocerlas bien. Muchos pescados y mariscos pueden estar contaminados, por lo que también deben consumirse cocidos.

Por otra parte, la leche no pasteurizada y el agua deben someterse a ebullición. Y el huevo debe ingerirse cocido.

La buena digestión requiere el consumo de los alimentos en horarios fijos, así como de masticación adecuada.

Dieta Adecuada:

La adecuación también se denomina congruencia integral, pues la dieta debe ser adecuada a las características y circunstancias

del individuo, y para ello es necesario considerar la edad, sexo, tamaño corporal, actividad, estado de salud, cultura, estrato socioeconómico, lugar donde se vive y época del año.

B. FACTOR PSICOLOGICO

La dieta constituye un elemento gratificador y placentero al suprimir el hambre, y el niño desde su nacimiento establece una relación afectiva con los demás.

Pero es necesaria la diversidad, pues hasta el platillo más sabroso hastía, si se consume en cada comida y todos los días. El hastío a su vez reduce la ingestión y puede hacerla insuficiente. Al variar la dieta, es más fácil consumir todos los nutrimentos.

Por otra parte, las preocupaciones y los disgustos en el momento de tomar alimentos pueden inhibir el apetito y los procesos digestivos.

C. FACTOR SOCIAL

La dieta se comparte con los demás, y por consiguiente debe ajustarse a las costumbres; si se consumen los alimentos de la estación, también resulta más económica.

3.8.2.5 DIETA Y CARIES

Existe una gran cantidad de información sobre la influencia de la dieta en la caries dental. Lo que se sabe es que los alimentos que contienen azúcar inducen al proceso cariogénico; sin embargo, pensar que la cantidad de azúcar que un paciente consume se correlaciona directamente con la caries es una simplificación. Existen otros factores, relacionados con los alimentos, que tienen tanta o más importancia con respecto a la cariogenicidad de los mismos, que la cantidad de azúcar que estos contienen. Estos factores son:

1. Consistencia y adhesividad de los alimentos que contienen azúcar. Cuantos más adherentes sean estos alimentos, mayor será su cariogenicidad. Es el caso de los chicles, gominolas, turrone.

Consistencia. Un alimento duro y fibroso como la manzana, la zanahoria ejercerá una acción detergente sobre la pieza. Los blandos tienen tendencia a adherirse (galletas, chocolate, etc.).

Tamaño de la partícula. Los formados por partículas pequeñas tienen mayor probabilidad de quedar retenidos en surcos y fisuras.

2. Hora de la ingesta. Si los alimentos cariogénicos se ingieren durante las comidas, la saliva y los propios mecanismos de autolimpieza (el flujo salival, los movimientos de lengua y carrillos y los movimientos masticatorios) tienden a eliminar los alimentos de la boca. Asimismo, los sistemas tampón de la saliva tienden a neutralizar los ácidos que se forman. En consecuencia, el consumo de alimentos cariogénicos durante las comidas es menos peligroso que si los mismos se ingieren entre comidas. Probablemente, el peor momento para ingerir alimentos cariogénicos sea antes de ir a dormir, ya que durante el sueño los mecanismos de autolimpieza están disminuidos.

3. La frecuencia con que se ingieren los alimentos cariogénicos. Esto es debido a que la bajada de pH ocurre un mayor número de veces.

4. Composición de los alimentos. En este sentido hoy día se sabe que existen ingredientes de los alimentos que tienen una acción antagónica de los azúcares, es decir, que protegen contra la caries. Aunque la naturaleza exacta de estos compuestos no se conoce, existe evidencia de que los fosfatos, por ejemplo,

reducen las caries en animales. Asimismo se sabe que algunos componentes del cacao, ingrediente principal del chocolate, son protectores contra la caries. No todos los hidratos de carbono tienen el mismo potencial de cariogenicidad. De ellos, la sacarosa (disacárido formado por glucosa y fructosa) presente en algunas frutas y en todos los dulces, golosinas, caramelos y similares es el más cariogénico. Recordemos que el azúcar común es sacarosa pura. Con menos, pero apreciable potencial cariogénico, viene el grupo de los monosacáridos (glucosa, fructosa) presentes en algunas frutas y miel. También en este grupo se incluye la lactosa (disacárido) presente en la leche. Finalmente, con capacidad cariogénica relativamente baja están los grandes polisacáridos tipo almidón. El almidón cocido es más cariogénico que el almidón crudo. Es posible preparar, con los alimentos que contienen azúcar, una escala de peligrosidad de los más cariogénicos a los menos cariogénicos. Este concepto tiene utilidad clínica, aunque quizás no sea rigurosamente científico, en cuanto que permite guiar a los pacientes de una dieta más cariogénica a una menos cariogénica. La escala de peligrosidad de los alimentos, de más a menos cariogénos, es como sigue:

- Alimentos sólidos, retentivos que se consumen particularmente entre comidas, con bastante frecuencia y, aún peor, antes de ir a dormir.
- Los mismos alimentos consumidos durante las comidas.
- Alimentos que contengan azúcar, pero que sean líquidos, no retentivos, que se consuman entre las comidas, con frecuencia y, aún peor, antes de ir a dormir.
- Los mismos alimentos consumidos durante las comidas.

Por otra parte, existen alimentos que presentan un efecto inhibitorio sobre los procesos cariogénicos. Los principales son:

- Flúor. Bien en los alimentos o administrado en forma tópica.
- Calcio y fósforo. Evitan a desmineralización del diente.
- Hierro. Estudios realizados en animales han demostrado su efecto sobre el proceso cariogénico.
- Proteínas. Una dieta pobre en proteínas aumenta el riesgo de desarrollar caries.
- Grasas. Forman una película protectora sobre los dientes.¹⁴

3.8.3 SUSTITUTOS DEL AZÚCAR:

Para sustituir al azúcar se han propuesto numerosas sustancias que no son metabolizadas por las bacterias de la placa bacteriana produciendo ácidos o que dan lugar a una menor proporción de estos. La finalidad última es reducir el número de caries.

1. Edulcorantes calóricos: alcoholes de azúcar Son importantes sustitutos de la sacarosa. Pueden ser metabolizados pero lentamente. Los más importantes son el manitol, sorbitol, xilitol, maltitol y lactitol, entre otros. Es interesante destacar el xilitol. Este pentitol, tiene la misma dulzura relativa que la sacarosa y ejerce una acción cariostática. Inhibe muy específicamente a estreptococos del grupo mutans, consiguiendo reducciones de los niveles de esta bacteria en saliva y placa. El uso continuo de chicle con xilitol, reduce la incidencia de caries. En este caso, al mecanismo de acción del xilitol se le une el efecto beneficioso de la masticación. Actualmente muchas golosinas llevan en su composición edulcorantes no cariogénicos. La oficina suiza para

¹⁴ SALETE NAHAS, María. Odontopediatría en la primera infancia Pág. 168

la salud otorga un sello especial a aquellos productos que según las pruebas de telemetría no disminuyen el pH bucal por debajo del nivel crítico y, por lo tanto, no inducen caries. El nombre de dicho sello es “El diente feliz”.

2. Edulcorantes no calóricos Poseen un intenso sabor dulce y no son energéticos, o bien la energía es tan reducida que no tiene importancia clínica. Los más utilizados son la sacarina, la aspartama, el ciclamato, el monellin, el thaumatin, etc. ¹⁵

3.9. CARIES DENTAL

3.9.1 CONCEPTO.-

Es un proceso infeccioso, continuo, lento e irreversible que mediante un mecanismo quimicobiológico desintegra los tejidos del diente.

La definición de caries dental de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Es toda cavidad en una pieza dental, cuya existencia pueda diagnosticarse mediante examen visual y táctil practicado con espejo y sonda fina.

Un proceso biológico dinámico de desmineralización, remineralización debido a que en sus primeros estadios la progresión de la enfermedad se puede controlar e incluso hacerla reversible. (Según López Jordi) ¹⁶

¹⁵ CUENCA, Emili. Odontología Preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Pág. 19

¹⁶ HIGASHIDA Berta, Odontología Preventiva. Pág. 117

3.9.2 FACTORES ETIOLOGICOS PRIMARIOS

A.- Factores relaciones con el huésped: (saliva, diente y genética)

- **Saliva**

Desempeña un papel muy importante en la protección de los dientes frente a los ácidos.

La participación de la saliva en el proceso carioso ha sido corroborada mediante estudios diversos, en los cuales al disminuir el flujo salival se observó un incremento sustancial de los niveles de lesiones de caries.¹⁷

- **Diente**

La disposición de los dientes entre sí puede condicionar la existencia de zonas de difícil acceso a la remoción de la placa bacteriana. Esto sucede de una forma habitual en las caras proximales de los dientes bajo el punto de contacto. En los casos de apiñamiento dentario, pérdidas de punto de contacto y maloclusiones se incrementa notablemente la dificultad en la higiene de determinadas áreas.

- **Genética**

Existe un pequeño número de individuos que, aun consumiendo dietas cariogénicas, tienen una completa resistencia al desarrollo de caries. La inmunidad natural frente a la caries parece estar relacionada con la actividad del locus HLA DR situada en el cromosoma 6 los individuos HLA DRW6 generan una actuación, aumenta el número de células formadores e anticuerpos cuando se les enfrenta a solo 1 nanogramo de antígeno estreptocócico. Serian individuos

¹⁷ HENESTROZA Gilberto. Caries dental principios y procedimientos para el diagnóstico. Pág.28.

caries-resistentes. Los individuos HLA DR4 generan una actividad de los linfocitos T supresores (cuya actuación suprime la formación de células productoras de anticuerpos) cuando se les enfrenta a la misma cantidad de antígeno que los anteriores. Estos individuos serían caries- susceptibles.¹⁸

B. Factores relacionados con el sustrato: (dieta)

La cantidad acostumbrada de comida y líquidos ingeridos al día por una persona, es decir, la dieta, puede favorecer o no la caries, ya que los alimentos pueden reaccionar con la superficie del esmalte o servir como sustrato para que los microorganismos cariogénicos formen placa bacteriana o ácidos.

Los hidratos de carbono son precursores de polímeros extracelulares bacterianos adhesivos y al parecer son importantes en la acumulación de ciertos microorganismos en la superficie de los dientes.

La formación de los ácidos es el resultado del metabolismo bacteriano de los hidratos de carbono fermentables, sin embargo, deben considerarse los siguientes factores:

-Características físicas de los alimentos, sobre todo adhesividad.

Los alimentos pegajosos se mantienen en contacto con los dientes durante mayor tiempo y por ello son más cariogénicos.

Los líquidos tienen una adhesividad mínima a los dientes y, en consecuencia, poseen menor actividad cariogénica. La composición química del alimento puede favorecer a la caries.

¹⁸ GARCIA J.Ob.Cit.Pág.154

Tiempo de ingestión. La ingestión de alimentos con hidratos de carbono durante las comidas implica una cariogenicidad menor que la ingestión de estos alimentos entre comidas.

Frecuencia de ingestión. El consumo frecuente de un alimento cariogénico implica mayor riesgo que el consumo esporádico.

El pH de la placa dentobacteriana posterior a la ingestión de alimentos es muy importante para la formación de la caries y asimismo, depende del pH individual de los alimentos, el contenido de azúcar de estos y el flujo promedio de saliva.¹⁹

C. Factores relacionados con el agente: (microorganismos)

El papel esencial de los microorganismos en la etiología de la caries fue instituido por MILLER en 1890.

Entre las bacterias presentes en la boca se encuentra tres especies principalmente relacionadas con la caries:

Streptococcus, con las subespecies S. mutans, S. sobrinues y S. sanguis; lactobacillus, con las subespecies L. casei, L. fermentum, L. plantarum y L. oris y los Actinomyces, con subespecies A. israelis y A. naeslundii (ANDERSON 2001)²⁰

La virulencia de un microorganismo es la capacidad que tiene de vencer los mecanismos de defensa del huésped y causar daños a los tejidos.

Se ha realizado numerosos estudios in Vitro para descubrir los factores que determinan la virulencia o cariogenicidad de los microorganismo orales, siendo el más investigado el S. mutans.

21

¹⁹ HIGASHIDA Bertha, Y. Odontología Preventiva. Pág.117

²⁰ HENOSTROZA Gilberto, Ob.Cit. Pág. 163

²¹ GARCIA J, Ob. Cit. Pág.166

3.9.3 CLASIFICACIÓN DE LA CARIES DENTAL

A. Clasificación por la localización de la caries

Clasificación de Greene Vardiman Black:

Clase I: foseetas y fisuras de premolares y molares, cíngulos de dientes anteriores y anomalía estructural.

Clase II: caras proximales de dientes posteriores.

Clase III: caras proximales de dientes anteriores, sin abarcar ángulo incisal.

Clase IV: caras proximales de dientes anteriores abarcando ángulo incisal.

Clase V: tercio gingival de todos los dientes en caras linguales y bucales.

B. Clasificación por el tejido afectado

De primer grado: esmalte.

De segundo grado: esmalte y dentina.

De tercer grado: esmalte, dentina y pulpa. ²²

3.10. PLACA BACTERIANA

3.10.1. CONCEPTO.-

La placa dental se define como un conjunto de microorganismos firmemente adheridos entre sí y a una superficie, embebidos, entremezclados y rodeados de un material extracelular abiótico de un triple origen: bacterias, saliva y dieta. La placa bacteriana aparece como un depósito blando de color blanco- amarillento y, al ser adherente, no es eliminada por la acción de la masticación o por aire a presión ²³

²² HENOSTROZA Gilberto, Ob.Cit. Pág. 163

²³ CUENCA SALA Emili, Ob.Cit.Pág.51

Esta placa bacteriana está presente siempre en todos los individuos, si su formación no se contrarresta con medidas de higiene bucodental varia cuantitativamente de un individuo a otro y según la localización en una misma boca. La acumulación es más importante en las zonas inaccesibles o poco accesibles al cepillado y bajo la de contorno mayor de los dientes. Sin embargo, no aparece en las superficies afectadas por la fricción a lo largo de la masticación.²⁴

A. FORMACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA

Primera fase: Es la formación de la película adquirida sobre la superficie limpia del diente.²⁵ Esta biopelícula adherida está compuesta fundamentalmente por proteínas y glicoproteínas aniónicas unidas a la hidroxiapatita del esmalte. Su consistencia es blanda, mate, de color blanco-amarillo.

La película adquirida tiene varias funciones conocidas:

- Función protectora: Protege en cierta medida la superficie del esmalte contra el ataque ácido.
- Función Destructiva: Absorbe a los microorganismos. Sirve como sustrato a los microorganismos.

El diente es negativo (-) y gracias a puentes de calcio (+) produce la atracción y adhesión de microorganismos.

- Constituye un reservorio de algunos iones protectores como el flúor.²⁶

Segunda fase: Es la colonización de la película adquirida por microorganismos.

Se ha observado que estos primeros colonizadores pertenecen al género streptococcus (cocos Gram. positivos anaerobios

²⁴ MOUNTON, Cristián. Bacteriología bucodental. Pág.20

²⁵ RIBOO GARCIA Rafael, Ob.Cit.Pág145

²⁶ GARCIA J. Patología y terapéutica dental. Pág.160

facultativos, siendo la especie más destacada *Streptococcus sanguis*). Posteriormente se suman bacilos Gram. Positivos. Se producen interacciones bacterianas, formándose estructuras en forma de mazorca de maíz.

Tercera fase: El crecimiento y maduración de la placa bacteriana.²⁷

En esta etapa predominan las formas filamentosas Gram. Positivas, sobre todo *Actinomyces*.

Cuarta fase: Se produce la congregación de nuevas especies bacterianas. Se produce la adhesión de *Veillonella* sp. *Fusobacterium* sp. Y otras bacterias Gram- negativa.

B. CLASIFICACIONES DE LA PLACA BACTERIANA

SEGÚN SU LOCALIZACION:

B.1 PLACA SUPRAGINGIVAL:

Los cálculos son de color blanco o blanco amarillento y pueden ser coloreados por sustancias exógenas como el tabaco o el café.

Su consistencia es arcillosa y no se adhieren con mucha fuerza a la superficie del diente.

Se localizan con más frecuencia en las caras dentarias vecinas a los conductos excretores de las glándulas salivales, o sea:

En vestibular de primeros y segundos molares superiores vecinos al conducto de Stenon, excretor de la parótida.

²⁷ RIBOO GARCIA Rafael, Ob.Cit.Pág145

En lingual de los incisivos inferiores, vecinos a los conductos de Warthon, excretorios de las glándulas sublinguales.

B.2 PLACA SUBGINGIVAL: Presenta tres porciones:

- Placa adherida, que se encuentra firmemente unida a la superficie dentaria.
- Placa no adherida, que se encuentra libre en la luz de la bolsa.
- Placa asociada al epitelio, que se adhiere al epitelio de la bolsa y puede penetrar en el tejido gingival.

Los cálculos son por lo general de color oscuro o verdoso, aunque pueden a veces ser blancuzcos; son densos y duros

SEGÚN POTENCIAL PATÓGENO

La placa bacteriana en función de su orientación patógena altera:

- El tejido mineralizado del diente.
- El tejido de sostén del diente.

B.3 PLACA CARIOGÉNICA

Cuando el metabolismo tiene su prioridad y depende de hidratos de carbono y el pH baja, el esmalte es desmineralizado y comienza la lesión cariosa.

La placa bacteriana cariógena presenta microorganismos acidógenos y acidúricos, formadores de polisacáridos intracelulares que darían origen a pH bajos, aun en ausencia de sacarosa y grandes formadores de ácidos al consumir sacarosa.

El estreptococo mutans es el componente bacteriano mayor de la placa bacteriana cariógena, junto a otros estreptococos, actinomyces y lactobacilos.

El fruto de la placa bacteriana se caracteriza por la escasa o nula tendencia a la mineralización, la desmineralización del esmalte y la lesión conjunta- dentaria.

B.4 PLACA PERIODONTOPATÓGENA

Cuando las bacterias conviven en un medio en el que predomina la proteólisis y el pH aumenta, se mineraliza la matriz de la placa bacteriana, comienza la destrucción de los tejidos blandos y la difusión de los gérmenes y toxinas.²⁸

3.11. ÍNDICES DE SALUD

Son unidades de medida que permiten registrar las observaciones de los estados clínicos en una escala graduada siguiendo los patrones establecidos.

Los índices se utilizan para estimar la magnitud y trascendencia de una situación determinada. Siempre deben estar referidos a:

- La población a partir de la cual se calculan.
- Periodo de tiempo que representan.
- El lugar geográfico del cual proviene la información (variables de persona, de tiempo y de lugar).⁵

²⁸ CARRANZA SZNAJDER, compendio de periodoncia. Pág.39

3.11.1 ÍNDICE DE CARIES DENTAL

Para medir la severidad de caries dental en la población se utiliza el índice de CPOD y el ceo-d, el cual cuantifica los estados clínicos de la enfermedad en una escala numérica.²⁹

A. ÍNDICE CPOD.-

Descrito por Klein, Palmer y Krutson en los años treinta y adoptado por IOMS para encuestas de salud oral, el índice de CPO mide la historia (presente y pasado) de caries de un individuo o una población, es el índice odontológico más usado. Las iniciales de las siglas CPOD significan:

C: Número de dientes permanentes cariados no tratados.

P: Número de dientes permanentes ausentes o perdidos.

O: Número de dientes permanentes obturados o restaurados.

Algunas consideraciones especiales:

- Cuando el mismo diente obturado y cariado, se considera el diagnóstico más severo (cariado).
- Se considera diente ausente el que no se encuentra en la boca después de tres años de su tiempo normal de erupción.
- La restauración por medio de corona se considera diente obturado.
- La presencia de raíz se considera como pieza cariada.³⁰

²⁹ HENOSTROZA Gilberto, Ob.Cit.Pág.159

³⁰ HENOSTROZA Gilberto, Ob.Cit.Pág.163

2.- ÍNDICE DE ceo-d.-

Descrito por Gruebbel, el índice es la sumatoria de dientes deciduos cariados, con indicación de extracción y obturados.

C: Numero de dientes temporales cariados y no restaurados.

E: Numero de dientes temporales indicados para extraer.

O: Numero de dientes temporales obturados.

Respecto a su empleo, téngase en cuenta que:

- No se consideran en este índice dientes ausentes.
- La extracción indicada es la que procede ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado.
- La restauración por medio de una corona se considera diente obturado.
- Cuando el mismo diente esta obturado y cariado, se consigna el diagnóstico más grave.
- La presencia de selladores no se cuantifica. ³¹

Criterios de clasificación de hallazgos clínicos de caries

DENOMINACIÓN	CÓDIGO
Sin erupcionar	1
Cariado (evidentemente)	2
Obturado en buenas condiciones	3
Extraído por caries	4
Extraído por causas diferentes a caries	5
Extracción indicada debido a caries	6
Diente deciduo ausente (3 y 4 años)	7
Sano	8

³¹ HENOSTROZA Gilberto, Ob.Cit. Pág.165

Criterios para registros de necesidades de tratamientos para caries

DENOMINACIÓN	CÓDIGO
No necesita tratamiento	0
Obturación de una superficie	1
Obturación de dos superficies	2
Obturación de tres superficies	3
Endodoncia	4
Corona	5
Extracción por caries	6
Extracción por prótesis total	7
Extracción por ortodoncia	8
Extracción por otras causas	9

0 - 1.1: Muy Bajo

1.2 - 2.6: Bajo

2.7 - 4.4: Moderado

4.5 - 6.5: Alto

6.6 y +: Muy Alto.

3.11.2 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

En 1960 Geene y Vermillion crearon el índice de higiene bucal (OHI, por sus siglas en inglés higiene index); más tarde lo simplificaron para incluir solo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés oral hygiene index simplified). Mide la superficie del diente cubierta con “restos”. Se uso porque no era práctico diferenciar entre placa, restos y la materia alba. Además la práctica de determinar el peso y grosor

de los depósitos blandos sugirió que entre más sucia se encontrase la boca, mayor es la superficie del diente cubierta por restos.

Esto también comprende el factor tiempo, dado que mientras más tiempo se abandonen las prácticas de higiene bucal, mayores son las probabilidades de que la superficie del diente este cubierta por restos.³²

Métodos de examen según Green y Vermillón

Como no era necesario analizar todos los dientes de un individuo para obtener los datos de Higiene oral, Green y Vermillón seleccionaron seis superficies dentarias representativas de los segmentos anteriores y posteriores de la boca.

Las seis superficies examinadas son:

- Vestibulares: (1.6, 1.1, 3.1, 2.6)
- Linguales: (3.6 y 4.6)

Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal.³³

Identificación de dientes y superficies específicas

Arcada superior: Reúne las superficies vestibulares de los primeros molares y el incisivo central derecho. Si no estuviera presente, los primeros molares, sustituir por el segundo molar.

En el caso del incisivo central derecho sustituirlo por incisivo izquierdo respectivamente.

Si no se encuentran ningún diente de los mencionados se debe excluir a ese paciente y poner en la ficha no aplicable.³⁴

³² LOPEZ, Jorge. Odontología para la higiene oral. Pág.110

³³ CUENCA S, Emili. Odontología Preventiva y Comunitaria. Pág. 18.

Criterios y registro para la clasificación de la placa bacteriana.

Para la evaluación de la placa bacteriana tomamos seis superficies: cuatro vestibulares y dos linguales.

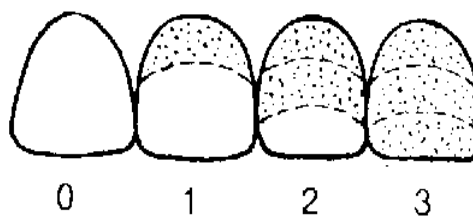
Las vestibulares son: 1.6, 1.1, 2.6, 3.1 (primer molar superior derecho, incisivo central superior, primer molar superior izquierdo e incisivo central inferior izquierdo) y las superficies linguales son 3.6 y 4.6 (primer molar inferior y derecho). Cada superficie dental dividida horizontalmente en tercios gingival medio e incisal.

Se coloca el explorador en el tercio incisal del diente y se desplaza hacia el tercio gingival según los criterios para la medición de la placa bacteriana la puntuación debe reflejar la estimación de toda la superficie incluida el área proximal de la zona de contacto.³⁵

Los criterios para la medición de la placa bacteriana son: PLACA BLANDA	
0	No hay presencia de residuos o manchas
1	Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos sin importar la superficie cubierta.
2	Desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta.
3	Residuos blandos que cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta.

³⁴ FLETCHER, Robert. Epidemiología Clínica, Aspectos Fundamentales. Pág. 50

³⁵ FLETCHER, Robert. Epidemiología Clínica, Aspectos Fundamentales. Pág. 65.



Los criterios para la medición de placa bacteriana son: PLACA DURA	
0	No hay sarro presente.
1	Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental expuesta.
2	Sarro supragingival que cubre más de un tercio, pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia de vetas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente, o ambos.
3	Sarro supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta, o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, o ambos.



Criterios y registros de hallazgos

Cuando se realiza el examen se encierra con un círculo el dígito que identifica al diente examinado y consignado con la casilla correspondiente al código que presenta el criterio de la clasificación y registro de hallazgo clínico.³⁶

Obtención del Índice de Higiene Oral

Posterior al registro de los valores de los detritos y de cálculo dentario se realiza al cómputo de IHS para cada individuo.

Para calcular este índice deber registrarse por los menos dos dientes (superficies examinadas).

El promedio de detritus bucales (placa blanda) se obtiene sumando los valores encontrados y dividiendo entre las superficies examinadas. El mismo método se utiliza para obtener el promedio del cálculo dentario.³⁷

El IHOS es la suma del promedio de detritus bucales (placa blanda) y del cálculo dentario (placa calcificada)-

ÍNDICE DE PLACA BLANDA= $\frac{\text{Suma de los valores placa blanda}}{\text{Superficies examinadas}}$

ÍNDICE DE P. CALCIFICADA= $\frac{\text{Suma de los valores placa calcificada}}{\text{Superficies examinadas}}$

IHOS de Green y Vermillón = Suma de Placa Blanda y Placa Calcificada.

³⁶ FLETCHER, Robert. Epidemiología Clínica, Aspectos Fundamentales. Pág. 86.

³⁷ FLETCHER, Robert Epidemiología Clínica, Aspectos Fundamentales. Pág. 50

Escala sugerida para la valoración de IHOS

La calificación DI-S se obtiene por persona totalizando la puntuación de los desechos por superficie dental y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas.

La valoración CI-S se practica colocando con cuidado un explorador dental en el surco gingival distal y llevándolo en sentido subgingival desde el área de contacto distal hacia la mesial (una mitad de la circunferencia dental es considerada como la unidad de calificación). El cuadro anterior incluye los criterios para calificar el componente referente al sarro en el parámetro OHI-S. La puntuación CI-S se obtiene por persona redondeando las calificaciones del cálculo por superficie dentaria y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas. La calificación OHI-S por persona es el total de las calificaciones DI-S y CI-S por sujeto.

A continuación se expresan los valores clínicos de la limpieza bucal respecto a los desechos que es posible relacionar con las calificaciones DI-S agrupadas:

Adecuado	0.0 - 0.6
Aceptable	0.7 - 1.8
Deficiente	1.9 – 3.0

Los valores clínicos de la higiene bucal que pueden vincularse con las calificaciones OHI-S para grupos son los siguientes:

Adecuado	0.0-1.2
Aceptable	1.3-3.0
Deficiente	3.1-6.0

4. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS LOCALES

TÍTULO: “Prevalencia de caries dental y su relación con los hábitos alimenticios y de higiene bucal en infantes de 06 a 36 meses de edad en el programa CRED, distritos de Hunter y Socabaya, Arequipa, 2010.”

AUTORA: Carol Carmen Ponce Cáceres,

RESUMEN:

En este estudio se encontró que los hábitos alimenticios están relacionados con la prevalencia de caries en infantes de 6 a 36 meses. Los factores relacionados con la prevalencia de caries son: Realización de la higiene dental en un 91.9%, los elementos usados para la higiene dental, siendo el más resaltante el cepillo dental, con una prevalencia de caries del 98.5% y la frecuencia de cepillado, con un 100% de prevalencia de caries en aquellos niños que cepillan sus dientes 3 veces al día.

TÍTULO: “Hábitos de higiene bucodental en alumnas de secundaria del colegio Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús, Arequipa-2008.”

AUTORA: Rosa Elizabeth Hualla Mariño

RESUMEN:

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo con la finalidad de tener un mejor conocimiento sobre los Hábitos de Higiene bucodental en alumnas de secundaria del Colegio Esclavas del

Sagrado Corazón de Jesús. El universo de estudio fue de 372 alumnas teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión; a las cuales se les realizó una encuesta para la recolección de datos, los cuales fueron sistematizados constituyendo una matriz de datos en el programa Epi-info versión 2000; dicho estudio fue realizado en el mes de mayo del año 2008 y entre los principales hallazgos se encontró: que la frecuencia de cepillado en el 41.7% de las alumnas fue de 2 veces al día y en el 48.1% el momento en que lo hacen es después de los alimentos y al acostarse; el 56.7% de las unidades de estudio tarda aproximadamente más de 1 minuto en cepillarse los dientes y la frecuencia con la que cambian su cepillo dental en el 34.1% es sólo cuando sea necesario.

El 42.2% de las alumnas usa hilo dental, de ellas el 60.5% lo hace sólo 1 vez al día y el 28% lo usa antes del cepillado.

El uso de enjuagues bucales se dio en el 66.4% de las alumnas. La frecuencia con la que lo usan el 40.5% de ellas es 1 vez al día; el 75.3% tiene el enjuague en boca aproximadamente 1 minuto y el 96% de dichas alumnas usa el colutorio después del cepillado.

El hábito del consumo de alimentos entre comidas se dio en un 90.3% y el 59% de éstos alimentos son carbohidratos, golosinas y gaseosas.

El 95.7% de las alumnas visita al odontólogo, mientras que el 2,4% de ellas nunca lo visitó; la frecuencia con la que acuden al odontólogo en el 65.2% es aproximadamente cada 6 meses y el 27.2% lo visita sólo cuando lo amerita.

4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS NACIONALES

TITULO: “Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares y validación del instrumento, Lima 2015.”

AUTORES: Ana Cecilia Cupé-Araujo, Carmen Rosa García-Rupaya

RESUMEN:

Objetivo: Validar un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas Iniciales en zonas urbano marginales de la provincia de Lima en el año 2012.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario estructurado.

Resultados: La obtención de la validez de contenido se obtuvo mediante la prueba estadística V de Aiken, la reproducibilidad, fue calculada con el CCI en una muestra de 30 madres y/o padres de familia, para la validez de constructo se analizaron las respuestas del cuestionario de 312 padres y/o madres de familia con el análisis factorial. Finalmente, se evaluó la confiabilidad de los resultados obtenidos con la prueba estadística Alfa de Cronbach. Dentro de los resultados se pudo observar que se obtuvo una validez de contenido de 0.95, reproducibilidad de 0.89, validez de constructo el resultado menor de 0.36 en el ítem de amamantamiento nocturno y el más elevado 0.77 en el ítem de lactancia materna y finalmente la confiabilidad de 0.64. **Conclusión:** El instrumento es seguro y confiable en la medición de los conocimientos sobre salud bucal en los padres de familia de niños que asisten al nivel inicial.

TITULO: “Relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito la esperanza – Trujillo. 2010”

AUTORA: Evelyn Giovanna Pisconte León

RESUMEN:

EL presente estudio es de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, y tuvo como propósito determinar si existe relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito La Esperanza - Trujillo 2010. La muestra estuvo conformada por un total de 328 preescolares de 3 a 5 años de edad y sus respectivas madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados nos permitieron concluir que existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental ($p = 0.001$). La prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad del Distrito La Esperanza. Trujillo -2010, fue de 60.7%. Encontrándose un I-ceo promedio de 3.2 (moderado). El nivel de conocimiento sobre salud dental de las madres de los preescolares examinados fue medio en un 66.5%. El nivel de conocimiento sobre salud dental en las madres de los niños examinados según rango de edad, se encontró que existe relación significativa, pero es muy baja ($p = 0.02$), con un nivel de conocimiento alto en un 40% en las madres entre 25 - 35 y 35 - 45 años de edad. 7 No se observó relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres de los preescolares evaluados sobre salud dental, y el tipo de institución educativa ($p = 0.147$). También se observó relación significativa entre la prevalencia de caries dental y el tipo de institución educativa ($p = 0.0002$). Con un promedio de I - ceo de 3.5 (moderado) en instituciones educativas estatales y un I- ceo de

2.6 (Bajo) en instituciones educativas particulares. Se halló relación significativa entre la prevalencia de caries dental y la edad de los niños ($p = 0.005$).

TITULO: “Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad; Lima - Perú

AUTORES; Lourdes A. Benavente Lipa y Sylvia A. Chein Villacampa

RESUMEN:

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD), teniendo en consideración los criterios y normas éticas establecidas; siendo un estudio de tipo analítico transversal. La muestra estuvo constituida por madres con sus hijos menores de cinco años de edad ($n = 143$). El tipo de muestreo fue no probabilística por cuotas. Se aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental (ceo-d), Placa bacteriana (Greene y Vermillion. IHO-S). No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad ($p = 0,16$). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde

temprana edad, resaltando el rol que cumple la dentición temporal, no solo para garantizar el espacio de los dientes permanentes, sino mucho más como es la alimentación del niño y el rol que juega para su buen crecimiento y desarrollo bio-psico-social, logrando así estilos de vida adecuados.

4.3 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

TITULO: "Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad. Antioquía-Colombia":

AUTORES:

Juan Carlos Cuartas, Ana María Alvar Ospina, Ana María Maya, Juan Manuel Cárdenas, María Isabel Arias, Álvaro Jaramillo

RESUMEN;

Este estudio evaluó la relación existente entre la percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico, hábitos de higiene oral de los padres y el estado de salud oral de sus hijos entre 3 y 5 años de edad, en una población de estudio de 100 niños clasificados según el índice coe-d, en 50 niños sanos (con bajo o ninguna experiencia de caries) y 50 niños enfermos (con alta experiencia de caries) tomados de los Hogares Infantiles Rotarios del Municipio de Envigado y clínica CES Sabaneta. La percepción y los hábitos de higiene oral de los padres, se determinaron, mediante el uso de los cuestionarios respectivos. Los resultados indicaron una diferencia estadísticamente significativa entre los hábitos de higiene oral de los padres y el estado de salud oral de los niños, mostrando padres de niños sanos clasificados con malos, regulares y buenos hábitos en un porcentaje de 10%, 68 % Y 22% respectivamente, mientras que con los niños enfermos se obtuvo 30%,52% Y 18% en la misma clasificación. No se

encontró diferencia estadísticamente significativa, entre la percepción sobre el tratamiento odontológico de los padres y el estado de salud oral de los niños, obteniendo unos valores de percepción en padres de niños sanos de positiva, negativa e indiferente, 82%, 18% 0% respectivamente, y en padres de niños enfermos 64%, 24 % Y 12% respectivamente. Esto se presentó al parecer porque los niños copian muchas de las actitudes de los padres, en cuanto a los hábitos de higiene oral, las cuales pueden ser transmitidos ya que las visualizan diariamente, mientras que la percepción es un rasgo interno difícil de imitar.

5. HIPÓTESIS

Dado que las madres de familia influyen en la conducta y hábitos de sus hijos.

Es probable que a mayor nivel de conocimiento de higiene bucal y hábitos alimenticios de las madres, menor será el índice de caries e higiene oral del niño.



I. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 TÉCNICA

A. Precisión de la técnica

Se utilizará la técnica de entrevista para obtener la información sobre las variables (higiene dental, hábitos alimenticios).

Se utilizará la técnica observacional para evaluar el índice de caries dental e índice de higiene oral.

B. Esquemmatización

VARIABLES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento sobre higiene bucal y hábitos alimenticios	Entrevista	Encuesta
Índice de caries dental	Observación clínica intraoral	Ficha de observación clínica
Índice de higiene oral	Observación clínica intraoral	Ficha de observación clínica

C. Descripción de la técnica

- Se coordinó con la Universidad Católica Santa María para emitir los permisos para la realización del proyecto de investigación.
- Se coordinó con la I.E 40256 “Carlos Manchego Rendón”.
- Se determinó el número de niños y madres a evaluar según los criterios de inclusión y exclusión
- Entrevista: Se procederá a tomar las muestras a partir de las fichas con una encuesta de 20 preguntas. Esta técnica sirvió para obtener información de la variable.

➤ Observacional

-Índice CPOD y ceod

Para determinar los índices de CPOD y ceod se realiza exploración de la cavidad bucal por cuadrantes, iniciando el examen por cuadrante superior derecho hasta el cuadrante superior izquierdo, seguir con el cuadrante inferior izquierdo y finalmente con el cuadrante inferior derecho.

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

Cada superficie debe recorrerse completamente hasta llegar a un diagnóstico seguro no confiando únicamente en la inspección visual.

El índice de CPOD es el resultado de la suma de dientes cariados, dientes perdidos y dientes obturados.

El índice ceod es el resultado de la sumatoria de dientes deciduos cariados, dientes indicados para extracción y dientes obturados.

Tanto para el CPOD como para el ceod:

Índice CPO individual= C + P + O

Índice CPO comunitario o grupal = $\frac{\text{CPO total}}{\text{Total de examinados}}$

-Índice de Higiene Oral Simplificado

El examen debe de hacerse pasando sobre la superficie dental con la punta del explorador con un recorrido horizontal descendente que vaya de proximal a proximal, empezando en el borde incisal u oclusal y terminando en el margen gingival.

El explorador se coloca en un ángulo de 45° con relación a la superficie del diente. Se comienza a examinar la superficie indicada para el diente 1.6 (ó 17) y se continua con el 1.1 (ó 2.1), el 2.6 (ó2.7), el 3.6 (ó 3.7), el 3.1 (ó 4.1) terminando con el diente 4.6 (ó 4.7)

Cuando se realice el examen se encierra con círculo el dígito que identifica al diente examinado y consignando en la casilla correspondiente el código que representa el criterio de la clasificación y registro de hallazgo clínico

Cuando no exista en el examen, el diente seleccionado ni su sustituto se consigna en la casilla el código 9 (NO APLICABLE) sin encerrar con círculo el dígito que identifica el diente.

El IHOS se halla sumando el promedio de detritus bucales (placa blanda) y de cálculo dentario (placa calcificada).

IHOS de Greene y Vermillón = Placa Blanda + Placa Calcificada.

1.2 INSTRUMENTOS

A. Instrumento documental

A.1 Precisión del Instrumento

Se utilizará un solo instrumento documental de tipo entrevista, cuyas preguntas llevarán implícitas todas las variables para alcanzar los objetivos. Se elaboró un cuestionario de 20 preguntas con respuestas cerradas sobre temas hábitos alimenticios e higiene bucal.

El puntaje fue de 0 a 20 según el Ministerio de Educación del Perú; se utilizó el método estadístico de la V de Aiken, para la obtención de los resultados, obteniendo como resultado final, un valor de 0.95. La prueba que se utilizó fue el Coeficiente de Validez (V de Aiken).

Particularmente, es esencial desarrollar la validez y confiabilidad de un instrumento cuando se trata de un intento para medir el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres y padres; por lo general esto se utiliza para la comparación de las respuestas de esos individuos.

La corroboración adicional resulta al aplicar una escala de calificación según el Ministerio de Educación:

AD (muy bueno) 18-20 puntos,

A (bueno) 15-17 puntos,

B (regular) 11-14 puntos y

C (malo) 0-10 puntos.

A.2 Estructura del Instrumento

VARIABLE		INDICADORES	ITEMS
Nivel de conocimiento	1	Higiene Bucal	1 Cepillado dental 2 Pasta Dental 3 Uso de hilo dental 4 Uso de enjuague bucal 5 Visita periódica al odontólogo
	2	Hábitos Alimenticios	1 Tipo de alimentos 2 Frecuencia de alimentos 3 Consumo de azúcares 4 Consumo de bebidas azucaradas 5 Lonchera saludable 6 Dieta cariogénica
Índice de caries dental	1	C.P.O.D	1 Diente Cariado 2 Diente Perdido 3 Diente Obturado
	2	c.e.o.d	1 Diente cariado 2 Diente indicado para extracción o extraído 3 Diente obturado
Índice de higiene oral	1 2	I.PB I.PC	1 Bueno 2 Regular 3 Malo

B. Instrumentos mecánicos

- Computadora
- Impresora

1.3. Materiales

- Útiles de escritorio
- Hojas de papel
- Folder
- Trípode
- Guantes
- Gorro
- Campo
- Pastillas reveladoras

2. CAMPO DE VERIFICACIONES

2.1 UBICACIÓN ESPACIAL

▪ ÁMBITO GENERAL.-

El estudio de la presente investigación se realizará en el distrito de Socabaya.

▪ ÁMBITO ESPECÍFICO.-

Institución Educativa 40256 “Carlos Manchego Rendón”

2.2 UBICACIÓN TEMPORAL

La presente investigación será realizada en el año 2016

2.3 UNIDADES DE ESTUDIO

a. Unidades de análisis.

- Alumnos de 6 a 12 años de edad matriculaos en la I.E. 40256 “Carlos Manchego Rendón”.
- Madre de familia del alumno de 6 a 12 años de edad perteneciente a la I.E. 40256 “Carlos Manchego Rendón”.

b. Caracterización de inclusión

b.1 Criterios de Inclusión

- Alumnos de 6 a 12 años de edad, que estén a cargo de su madre y tengan matricula regular en la I.E 40256 “Carlos Manchego Rendón”.
- Madres de familia de alumnos de 6 a 12 años de la institución Educativa 40256 “Carlos Manchego Rendón”, que asistan a las reuniones de padres de familia convocadas por los docentes y firmen el consentimiento informado para evaluar a sus hijos.

b.2 Criterios de Exclusión

- Alumnos que no acepten ser examinados y presenten alguna enfermedad sistémica,
- Madres que no asistan al 80% de las reuniones convocadas por docentes
- Madre que no acepte participar en el estudio.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

3.1 Organización

- Se coordinó con la Institución Educativa 40256 “Carlos Manchego Rendón”.
- Se procederá a tomar la muestra a través de las fichas y a la evaluación de las mismas.

3.2 Recursos

a. Recursos Humanos

a.1 Investigadora: Marleny Molina Villalba

a.2 Asesor: Dr. Alberto Figueroa Banda

b. Recursos Físicos

Biblioteca de Universidad Católica de Santa María

c. Recursos Económicos

Propios de la investigadora

d. Recursos Institucionales

La Institución Educativa 40256 “Carlos Manchego Rendón”.

3.3 Prueba piloto

a. Tipo de prueba: Incluyente

b. Muestra piloto: 5% de la población accesible.

c. Recolección piloto: Administración preliminar de la entrevista y evaluación.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS

4.1 Plan de Procesamiento

a. Tipo de procesamiento:

El ordenamiento de los datos será electrónico mediante el uso del programa SPPS (programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado)

b. Operaciones del procesamiento

b.1 Clasificación

Una vez aplicada la cedula de entrevista, los datos obtenidos fueron ordenados en una matriz de sistematización.

b.2 Codificación

Se codificaran las muestras.

b.3 Recuento

Fue de tipo computarizado y matriz de conteo.

b.4 Tabulación

Se utilizara cuadros numéricos de doble entrada.

b.5 Graficación

El tipo de grafico que se utilizara será el grafico de barras comparativas

4.2 Plan de Análisis

a. Tipo de análisis

El análisis se hizo mediante el cálculo de frecuencias, porcentaje, media, desviación estándar, valor mínimo y máximo.

Se utilizó la prueba de T de Student para relacionar el conocimiento con el índice de caries (CPOD y ceo-d).
Se utilizó chi cuadrado para relacionar el nivel de conocimiento con el índice de higiene oral.

b. Tratamiento estadístico

VARIABLES	CARÁCTER ESTADÍSTICO	ESCALAS DE MEDICION	ESTADISTICA DESCRIPTIVA
Nivel de conocimiento sobre higiene dental y hábitos alimenticios	Cualitativo	Ordinal	Frecuencias Absolutas Frecuencias Relativas
Índice de caries dental	Cuantitativo	Ordinal	Desviación estándar Media Aritmética Valor máximo Valor mínimo
Índice de higiene oral	Cuantitativo	Ordinal	Prueba T-student Prueba Chi-cuadrado



TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS SEGÚN EDAD DE LA I.E. 40256
“CARLOS MANCHEGO RENDÓN”**

Edad	N°	%
6 a 7 años	33	41.3
8 a 10 años	32	40.0
11 a 12 años	15	18.8
Total	80	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de alumnos motivo de investigación (41.3%) tienen entre 6 y 7 años, en tanto el menor porcentaje de ellos (18.8%) estaban entre los 11 a 12 años.

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS SEGÚN EDAD DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”

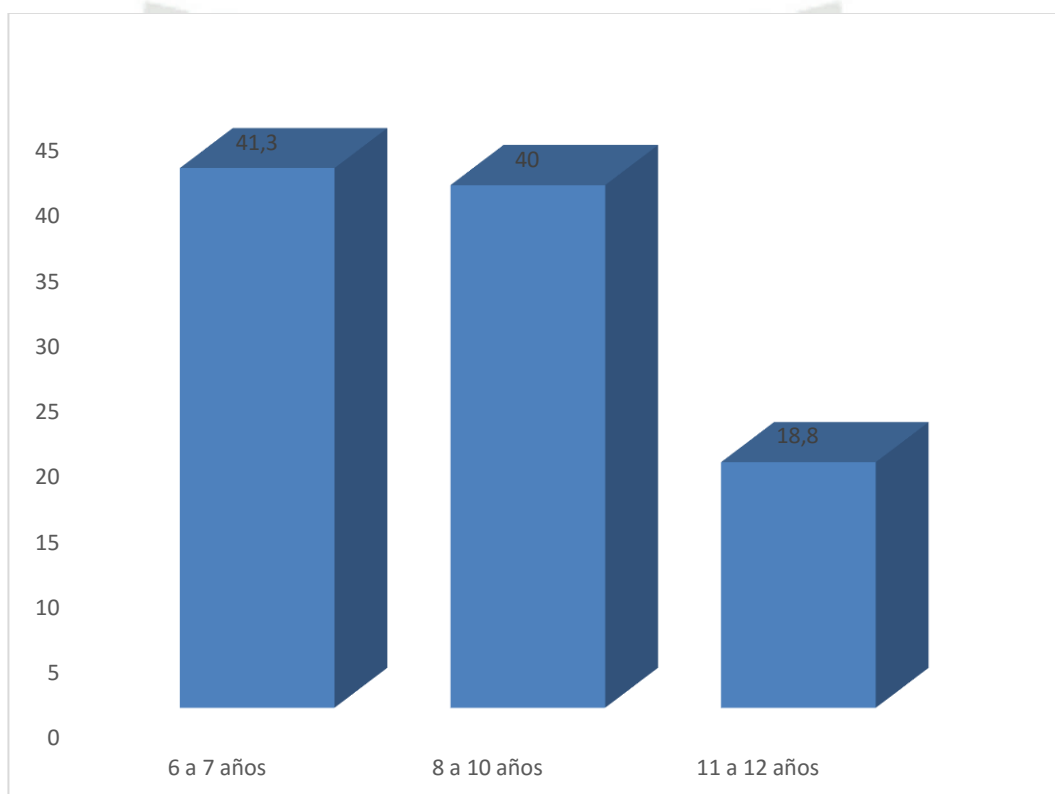


TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS SEGÚN GÉNERO DE LA I.E.
40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”

Sexo	N°	%
Masculino	40	50.0
Femenino	40	50.0
Total	80	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que el 50% de los alumnos son de sexo masculino y el 50% es de sexo femenino.

GRAFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS SEGÚN GÉNERO DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”

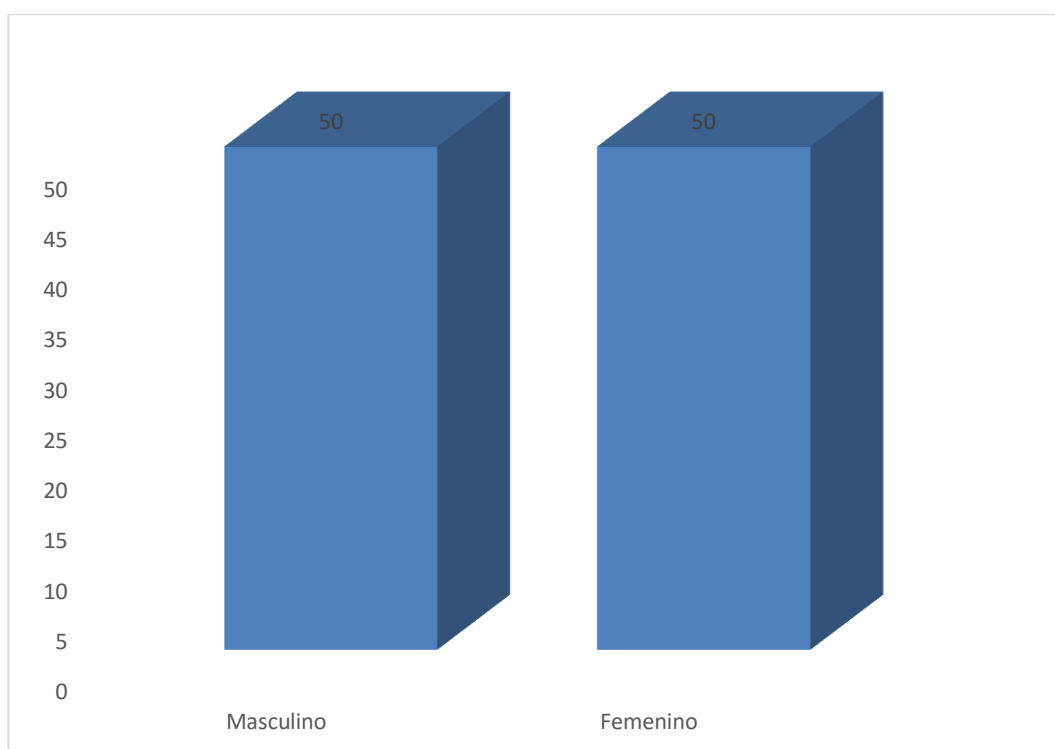


TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ÍNDICE DE CARIES DENTAL (CPOD) EN LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”

VALORES	ÍNDICE – CARIES			
	Cariadas	Perdidas	Obturadas	CPOD
Media Aritmética	0.67	0	0.33	1.01
Desviación Estándar	1.19	0	0.88	1.65
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	5	0	4	6
TOTAL	80			

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que, respecto al índice CPOD, el promedio de piezas con historia de caries fue de 0.67; no se evidenciaron piezas perdidas; finalmente las piezas obturadas correspondieron al promedio de 0.33. El índice de caries CPOD obtenido fue de 1.01; este valor corresponde a un riesgo de caries muy bajo según la Organización Mundial de la Salud.

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ÍNDICE DE CARIES DENTAL (CPOD) EN LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”

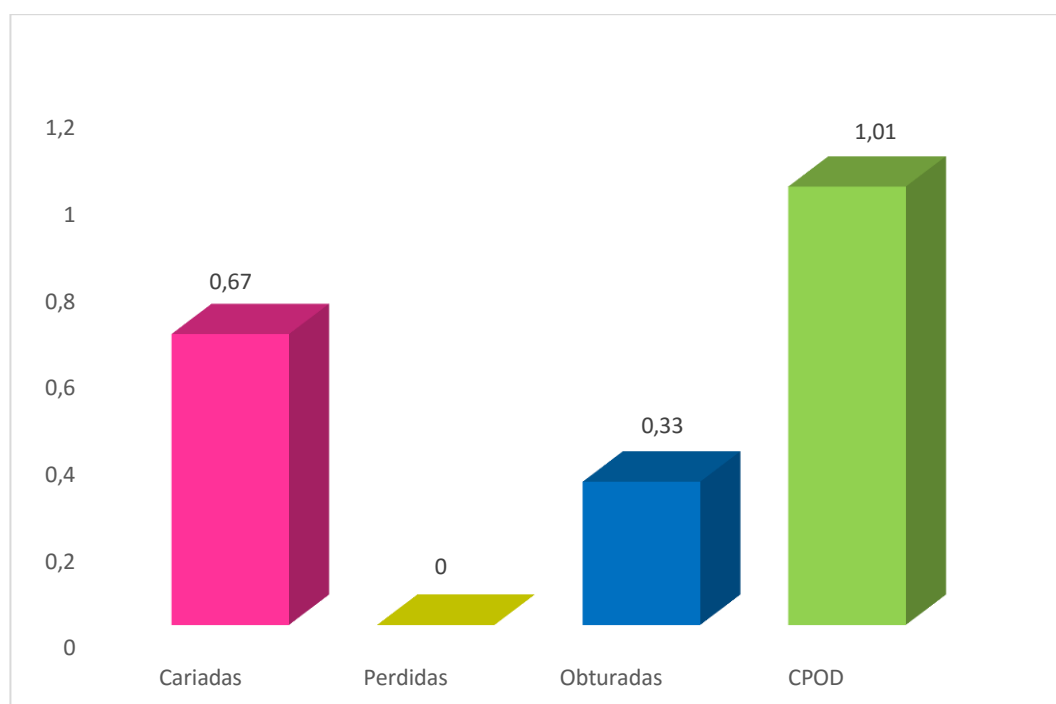


TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ÍNDICE DE CARIES DENTAL (ceo-d) EN LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”

VALORES	ÍNDICE – CARIES			
	Cariadas	Perdidas	Obturadas	ceo-d
Media Aritmética	2.81	0.35	0.83	4.00
Desviación Estándar	2.59	0.79	1.33	2.79
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	9	3	6	11
TOTAL	80			

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que, respecto al Índice ceo-d, el promedio de piezas con historia de caries fue de 2.81; el promedio de piezas perdidas fue de 0.35; finalmente las piezas obturadas correspondieron al promedio de 0.83. El índice de caries ceo-d obtenido fue de 4.00; este valor corresponde a un riesgo de caries moderado según la Organización Mundial de la Salud.

GRÁFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ÍNDICE DE CARIES DENTAL (ceo-d) EN LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”

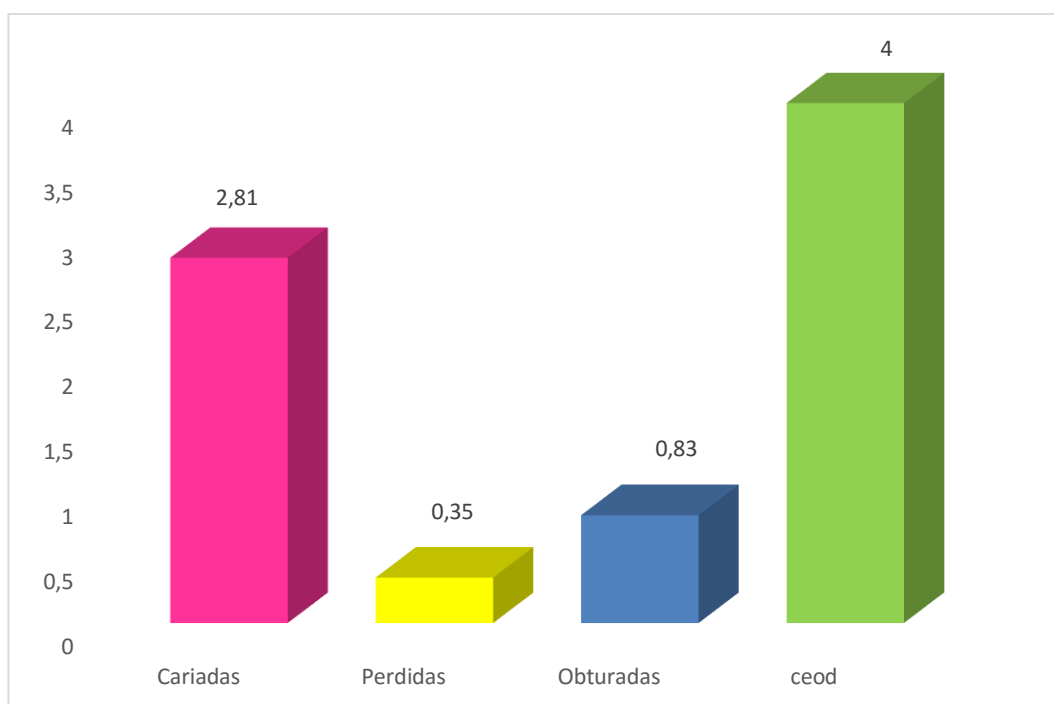


TABLA N° 5

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE
LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”**

Higiene Oral	N°	%
Bueno	7	8.8
Regular	52	65.0
Malo	21	26.3
Total	80	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de alumnos motivo de investigación (65.0%) tienen una higiene oral regular, en tanto que el menor porcentaje de ellos (8.8%) estaban con una higiene considerada como buena.

GRÁFICO N° 5

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE
LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”**

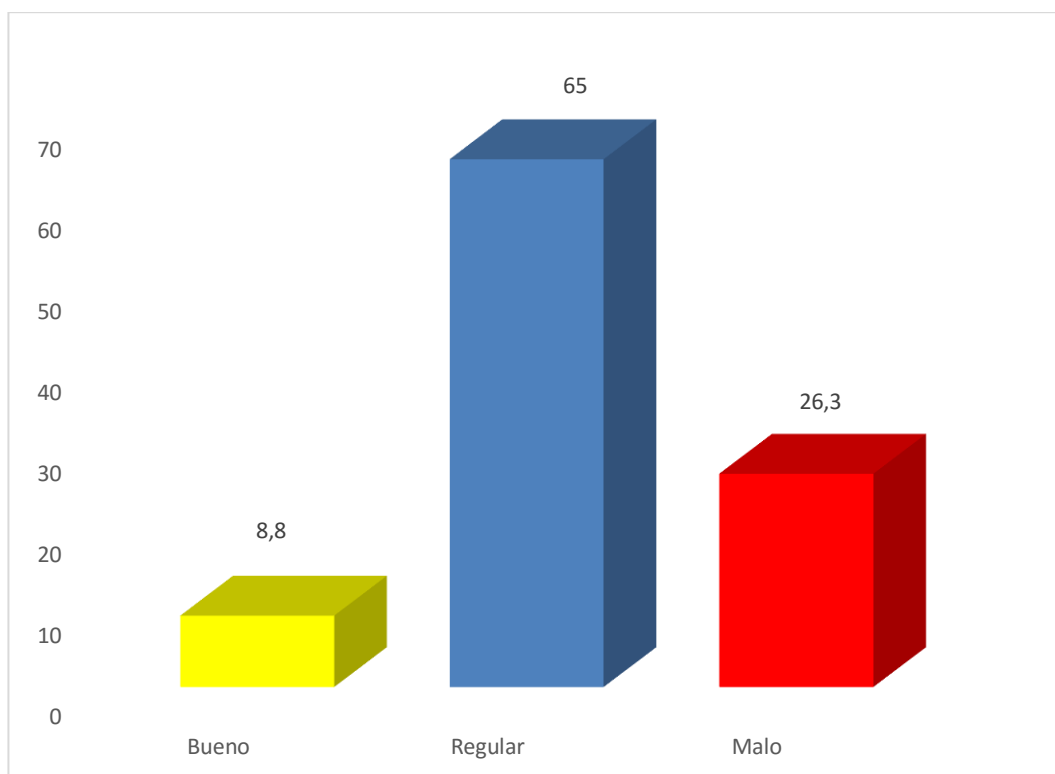


TABLA N° 6

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MADRES DE LA I.E. 40256
“CARLOS MANCHEGO RENDÓN”**

Edad	N°	%
20 a 35 años	62	77.5
36 a 50 años	18	22.5
Total	80	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de madres motivo de investigación (77.5%) tienen entre 20 y 35 años, en tanto el menor porcentaje (22.5%) tienen entre 36 a 50 años.

GRÁFICO N° 6

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MADRES DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”

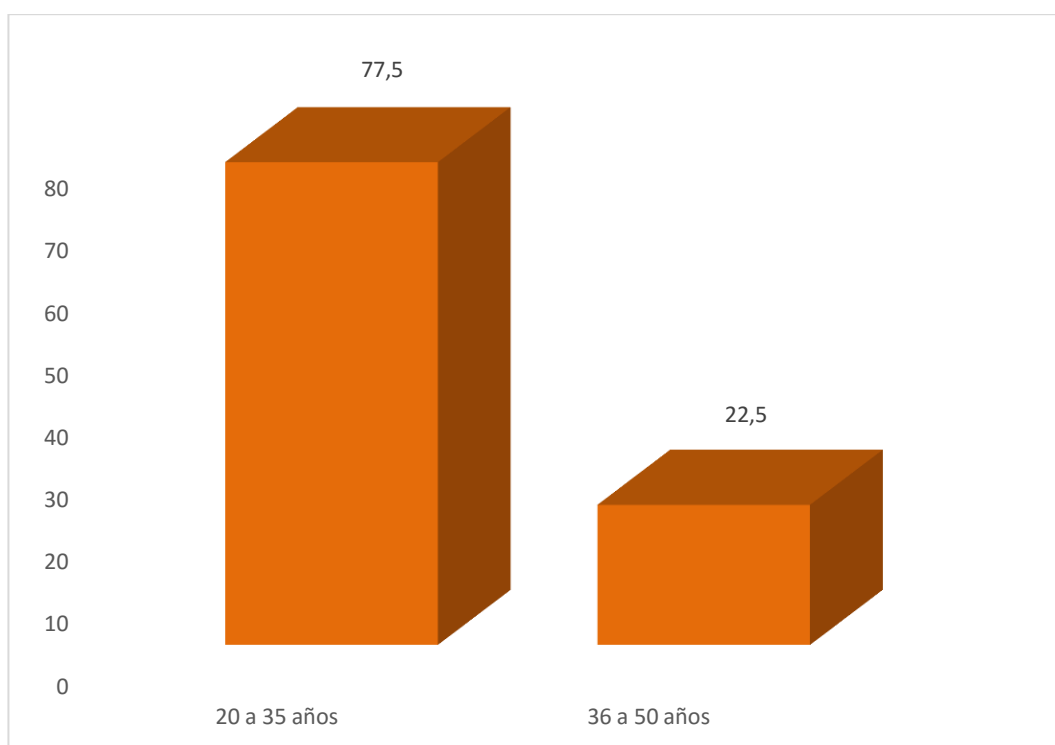


TABLA N° 7

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE FAMILIA DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”

Estado Civil	N°	%
Casada	29	36.3
Conviviente	26	32.5
Soltera	25	31.3
Total	80	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de madres motivo de investigación (36.3%) son casadas, el (32.5%) de madres son convivientes y el 31.3% de madres de familia son solteras.

GRÁFICO N° 7

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE FAMILIA DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”

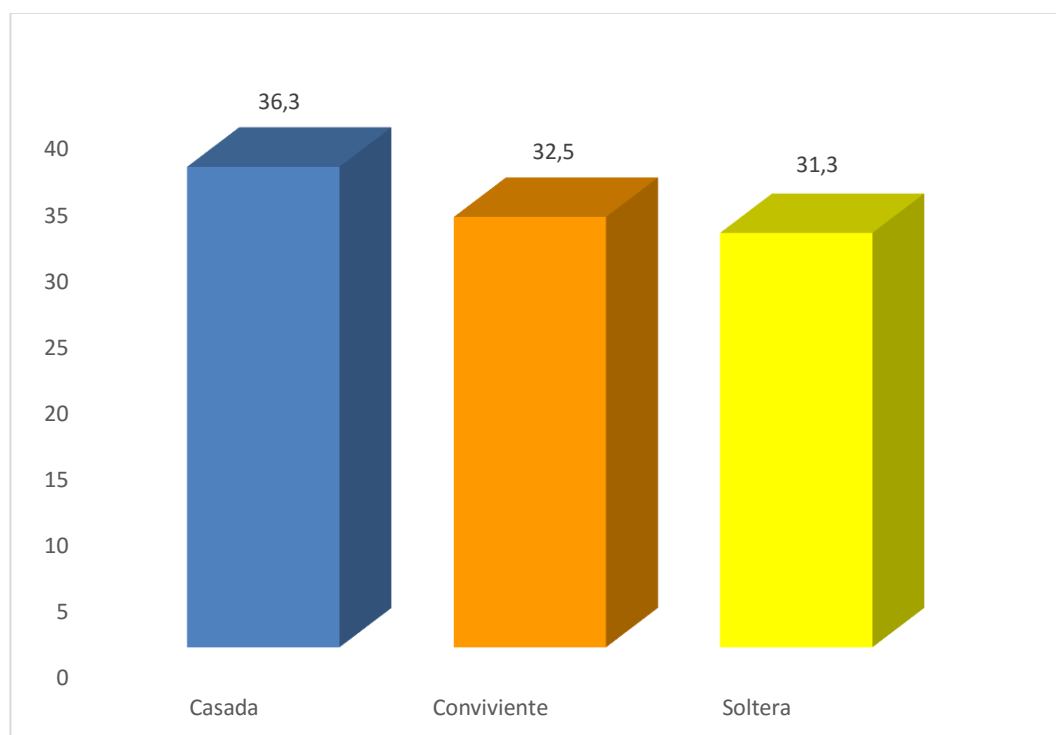


TABLA N° 8

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE FAMILIA
DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”**

Ocupación	N°	%
Ama de casa	38	47.5
Independiente	24	30.0
Dependiente	11	13.8
Estudiante	7	8.8
Total	80	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de madres de familia (47.5%) son amas de casa, en tanto el menor porcentaje de ellas (8.8%) son estudiantes.

GRÁFICO N° 8

DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE FAMILIA DE LA I.E. 40256 "CARLOS MANCHEGO RENDÓN"

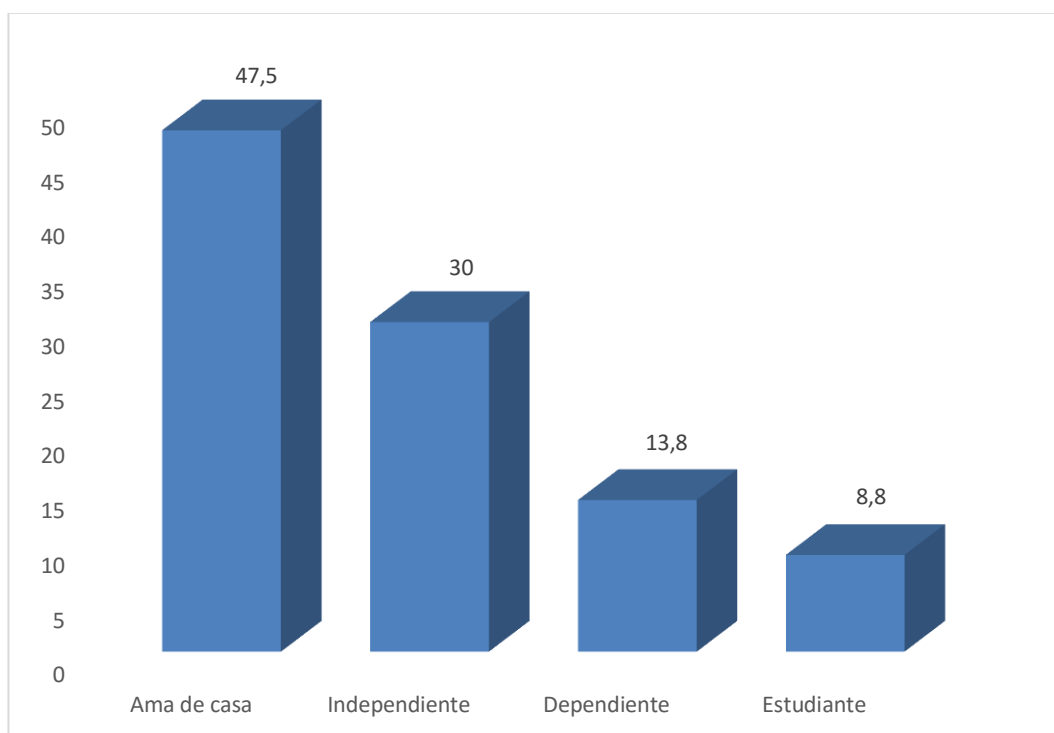


TABLA N° 9

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS
MADRES DE FAMILIA DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO
RENDÓN”**

Grado de Instrucción	N°	%
Primaria	3	3.8
Secundaria	54	67.5
Superior	23	28.8
Total	80	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de madres de familia (67.5%) tienen grado de instrucción secundaria, en tanto el menor porcentaje de ellas (3.8%) tienen grado de instrucción primario.

GRÁFICO N° 9

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS
MADRES DE FAMILIA DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO
RENDÓN”**

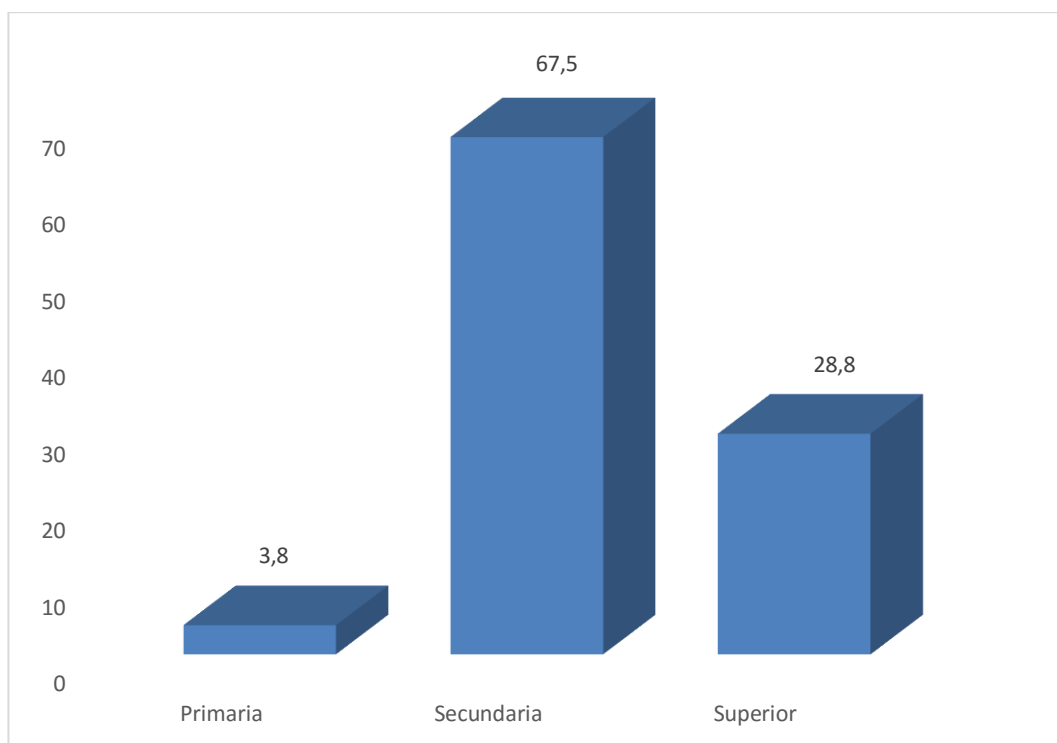


TABLA N° 10

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
MADRES SOBRE HIGIENE BUCAL**

Nivel Conocimientos Higiene Bucal	N°	%
Malo	22	27.5
Regular	36	45.0
Bueno	19	23.8
Muy Bueno	3	3.8
Total	80	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de madres de familia (45%) tienen un nivel de conocimiento sobre higiene bucal considerado regular, en tanto el menor porcentaje de ellas (3.8%) tienen un nivel de conocimiento sobre higiene bucal considerado muy bueno.

GRÁFICO N° 10

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
MADRES SOBRE HIGIENE BUCAL

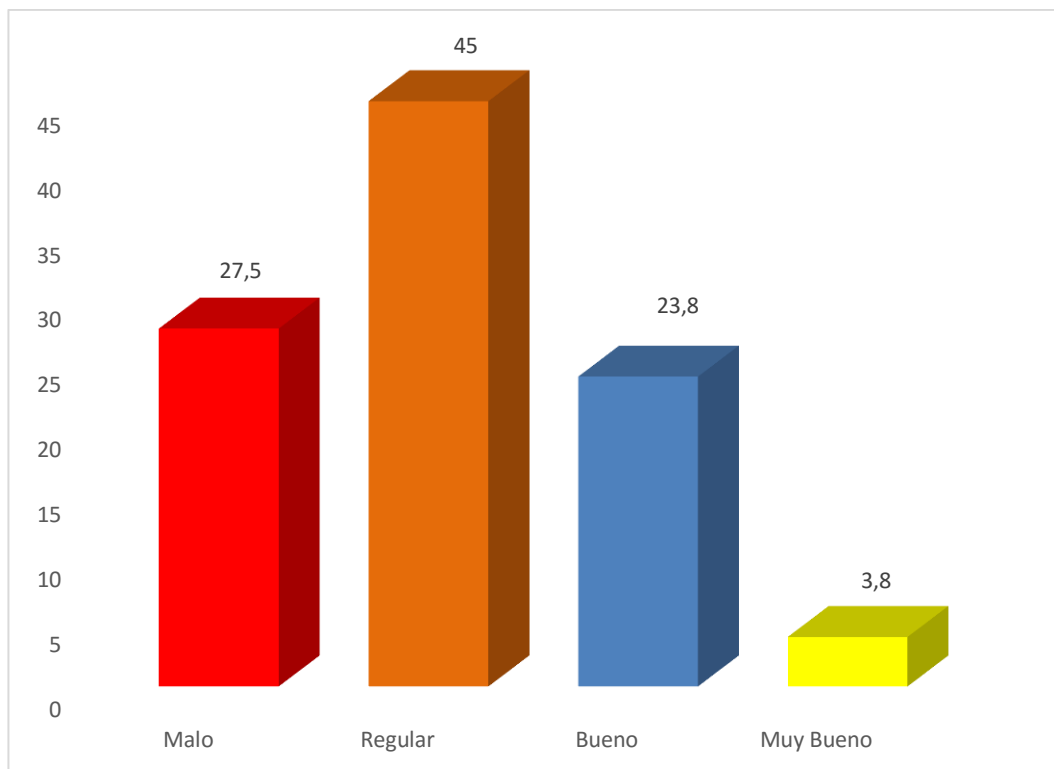


TABLA N° 11

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
MADRES SOBRE HÁBITOS ALIMENTICIOS**

Nivel Conocimientos Hábitos Alimenticios	N°	%
Malo	22	27.5
Regular	48	60.0
Bueno	10	12.5
Muy Bueno	0	0.0
Total	80	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de madres de familia (60%) tienen un nivel de conocimiento sobre hábitos alimenticios considerado regular, en tanto el menor porcentaje de ellas (12.5%) tienen un nivel de conocimiento sobre higiene bucal considerado bueno y ninguna (0%) de las madres presentó un nivel de conocimiento muy bueno.

GRÁFICO N° 11

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
MADRES SOBRE HÁBITOS ALIMENTICIOS

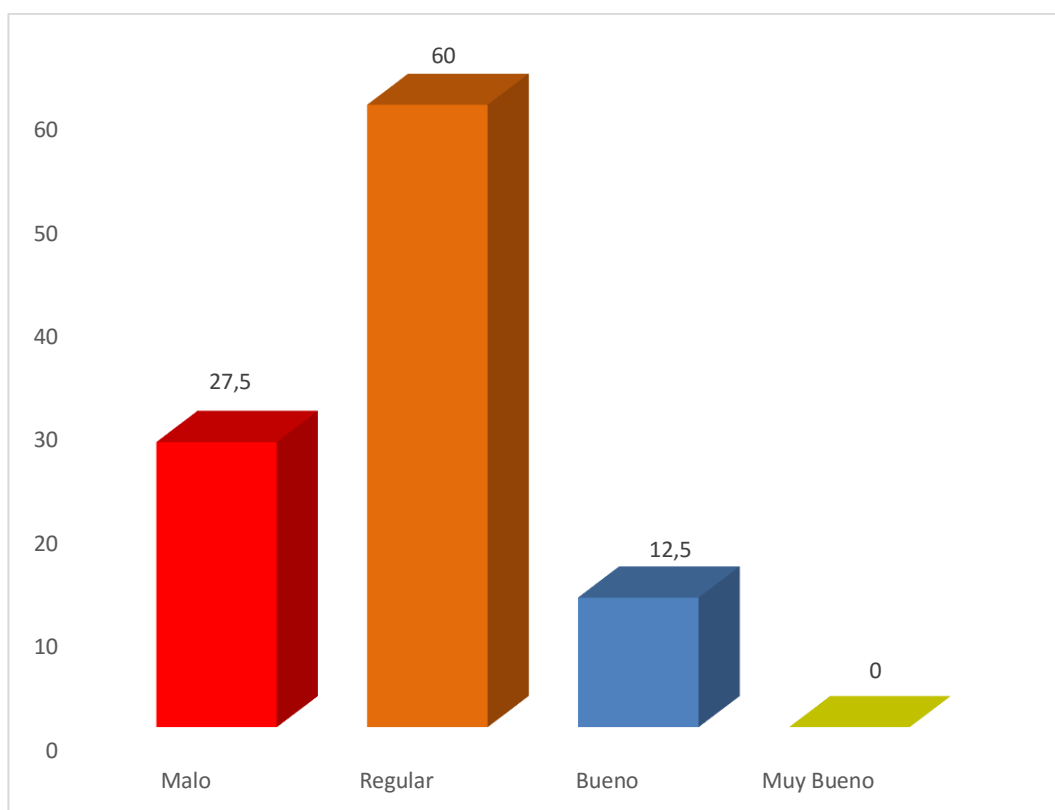


TABLA N° 12

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO GLOBAL DE
LAS MADRES SOBRE HIGIENE BUCAL Y HÁBITOS ALIMENTICIOS**

Nivel de Conocimientos	N°	%
Malo	10	12.5
Regular	54	67.5
Bueno	14	17.5
Muy Bueno	2	2.5
Total	80	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de madres de familia (67.5%) tienen un nivel de conocimiento global sobre higiene bucal y hábitos de higiene considerado regular, en tanto el menor porcentaje de ellas (2.5%) tienen un nivel de conocimiento global sobre higiene bucal y hábitos de higiene considerado muy bueno.

GRÁFICO N° 12

**DISTRIBUCION SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO GLOBAL DE
LAS MADRES SOBRE HIGIENE BUCAL Y HÁBITOS ALIMENTICIOS**

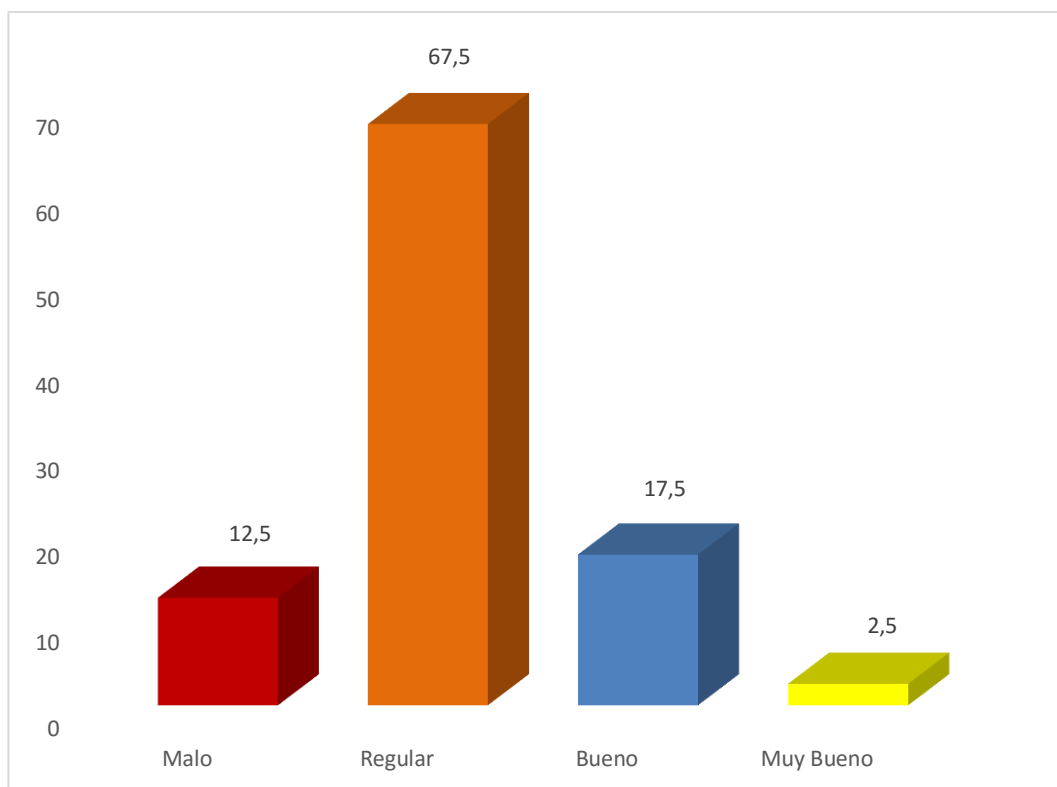


TABLA N° 13

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE Y EL ÍNDICE CPOD DE LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”

Nivel Conocimientos	Índice CPOD			
	Media	Desviación Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
Malo	2.20	2.39	0	6
Regular	0.91	1.54	0	5
Bueno	0.71	1.26	0	4
Muy bueno	0.00	0	0	0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que las madres cuyo nivel de conocimiento fue malo, sus hijos tuvieron como promedio 2.20 piezas con historia de caries, las mamás con un nivel regular, el índice de sus hijos bajó a 0.91, este índice siguió descendiendo hasta 0.71 en las madres con conocimientos buenos, finalmente las que tenían muy buenos conocimientos, sus hijos no evidenciaron caries.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas son significativas, es decir, hay relación entre el nivel de conocimiento de las madres y el índice de caries de sus hijos, pues si el conocimiento aumenta el índice disminuye.

GRÁFICO N° 13

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE Y
EL ÍNDICE CPOD DE LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40256 “CARLOS
MANCHEGO RENDÓN”

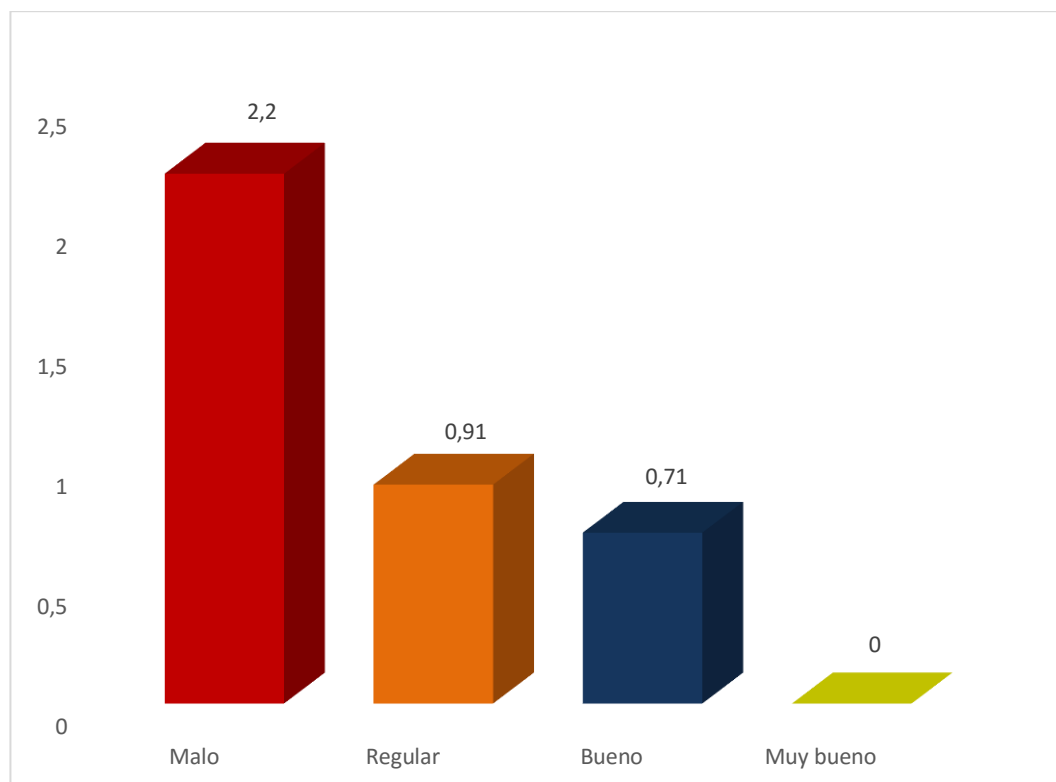


TABLA N° 14

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE Y EL ÍNDICE ceo-d DE LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”

Nivel Conocimientos	Índice ceo-d			
	Media	Desviación Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
Malo	2.80	3.19	0	8
Regular	4.69	2.75	0	11
Bueno	2.43	1.78	0	6
Muy bueno	2.50	2.12	1	4

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.045$ ($P < 0.05$) S.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que las madres cuyo nivel de conocimiento fue malo y/o regular, sus hijos tuvieron como promedio entre 2.80 y 4.69 piezas con historia de caries, ahora bien, las mamás con un nivel bueno y muy bueno, el índice de sus hijos bajó hasta 2.43 y 2.50 respectivamente.

GRÁFICO N° 14

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE Y
EL ÍNDICE ceo-d DE LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40256 “CARLOS
MANCHEGO RENDÓN”**

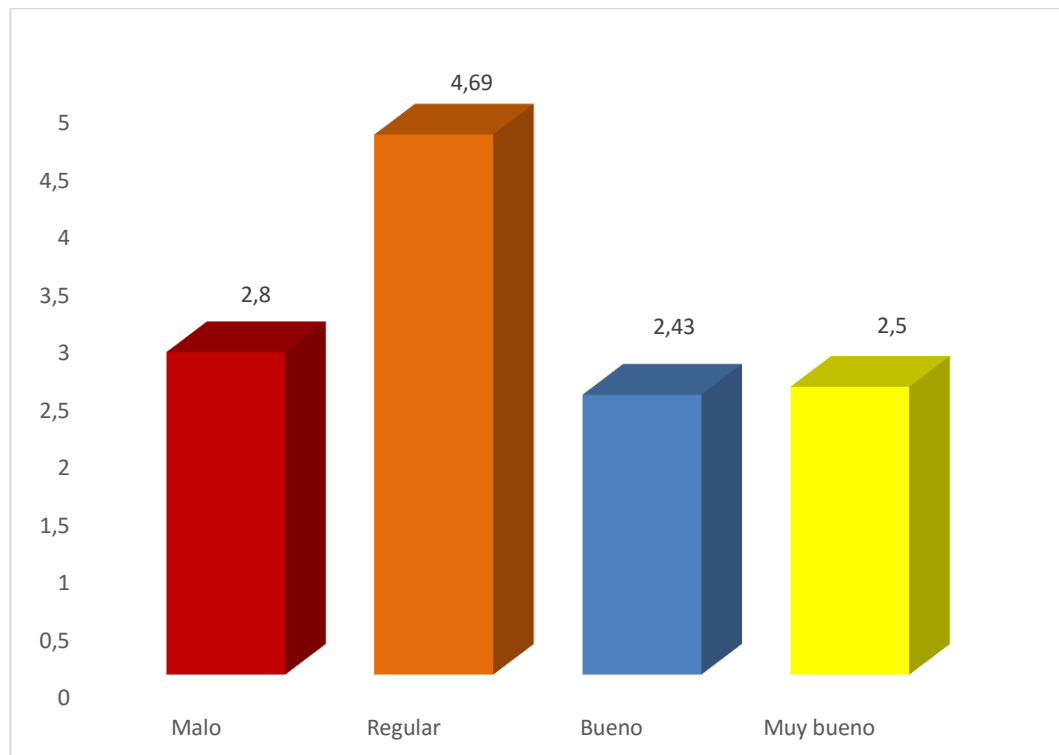


TABLA N° 15

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE Y EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40256 “CARLOS MANCHEGO RENDÓN”

Nivel Conocimiento	Higiene Oral						Total	
	Bueno		Regular		Malo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Malo	0	0.0	4	40.0	6	60.0	10	100.0
Regular	0	0.0	39	72.2	15	27.8	54	100.0
Bueno	5	35.7	9	64.3	0	0.0	14	100.0
Muy bueno	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0
Total	7	8.8	52	65.0	21	26.3	80	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.

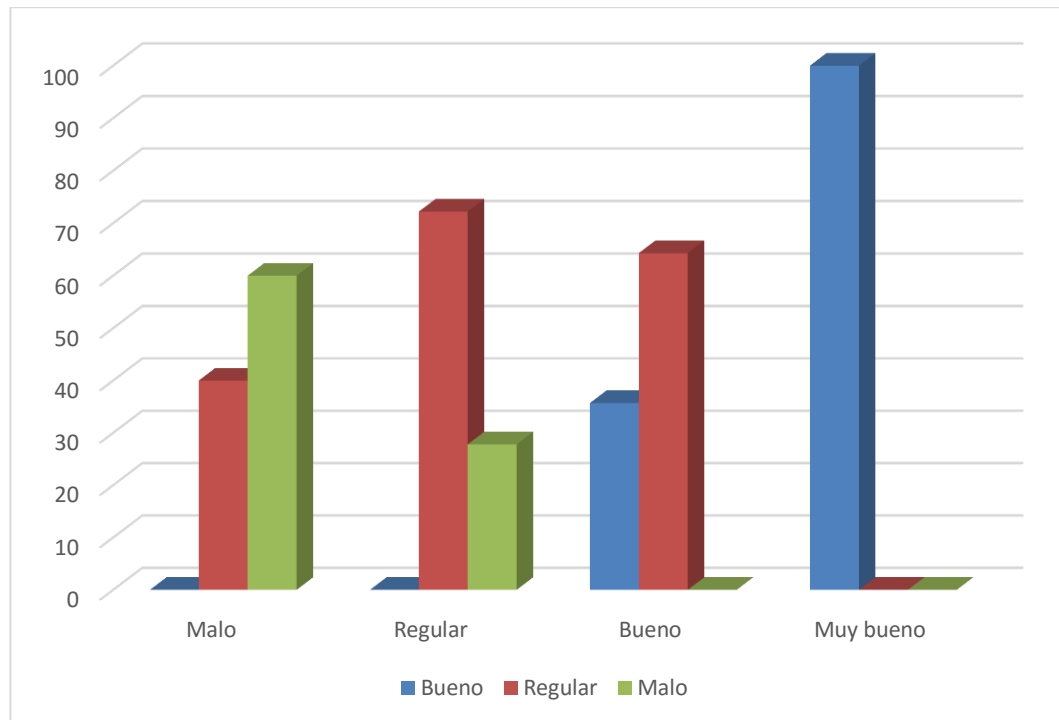
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que las madres con un nivel de conocimiento malo, la mayoría de sus hijos (60.0%) presentaron un índice de higiene oral considerado como malo; ahora bien, las madres con niveles de conocimiento regular y bueno, la mayoría de sus hijos evidenciaron índices de higiene oral considerados como regulares (72.2% y 64.3%, respectivamente), finalmente, las madres con niveles de conocimiento muy bueno, la totalidad de sus hijos presentaron higiene oral buena.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas son significativas, es decir, hay relación entre el nivel de conocimiento de las madres y el índice de higiene oral de sus hijos, pues si el conocimiento aumenta la higiene mejora sustancialmente.

GRÁFICO N° 15

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE Y
EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40256
“CARLOS MANCHEGO RENDÓN”**



DISCUSIÓN

Se determinó, que en la I.E 40256 “Carlos Manchego Rendón” del distrito de Socabaya. El nivel de conocimiento de la mayoría de las madres de familia (67.5%), tuvo un nivel considerado regular sobre higiene bucal y hábitos alimenticios.

El índice de caries CPOD obtenido de alumnos entre 6 y 12 años de la I.E 40256 “Carlos Manchego Rendón” fue de 1.01; este valor corresponde a un riesgo de caries muy bajo y el índice de caries ceo-d obtenido fue de 4.00; este valor corresponde a un riesgo de caries moderado según la OMS. El índice de higiene oral simplificado en el (65.0%) de alumnos entre 6 y 12 años fue considerado como regular, en tanto el menor porcentaje de ellos (8.8%) estaban con una higiene buena.

Además, se comprobó una relación significativa entre el índice de caries e índice de higiene oral de sus hijos; pues si el conocimiento aumenta, el índice de caries disminuye y la higiene oral mejora sustancialmente; comparando este resultado con el realizado por Evelyn Giovanna Pisconte León con el tema: “Relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito la esperanza – Trujillo. 2010”; se encontraron similares resultados respecto al nivel de conocimiento, cuya muestra estuvo conformada por un total de 328 preescolares de 3 a 5 años de edad y sus respectivas madres, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados permitieron concluir, que sí existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental.

Por el contrario comparando el resultado de esta investigación con el realizado por Lourdes A. Benavente Lipa y Sylvia A. Chein Villacampa con el tema: " Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad"; no se halló asociación significativa, entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad ($p > 0,16$). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo.



CONCLUSIONES

PRIMERA

En cuanto al conocimiento global sobre higiene bucal y hábitos alimenticios la mayoría de las madres 67.5% tuvo un nivel considerado regular.

SEGUNDA

El índice de caries CPOD obtenido de alumnos entre 6 y 12 años de la I.E 40256 “Carlos Manchego Rendón” fue de 1.01, (riesgo de caries MUY BAJO); El índice de caries ceo-d obtenido fue de 4.00,(riesgo de caries moderado).

TERCERA

El índice de higiene oral simplificado en el 65 % de alumnos fue considerado como regular (0.7-1.8) y 8.8% estaban con una higiene buena (0.0-0.6).

CUARTA

El 60% de las madres tuvieron un nivel de conocimiento considerado como malo y sus hijos presentaron un índice de higiene oral malo. Las madres con niveles de conocimiento regular (72.2%) y bueno (64.3%), la mayoría de sus hijos evidenciaron índices de higiene oral regular.

Se determinó que el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre higiene bucal y hábitos de higiene tiene relación significativa ($p < 0.05$), con el índice de caries e índice de higiene oral de sus hijos pues si el conocimiento aumenta el índice de caries disminuye y la higiene oral mejora sustancialmente. Con esta conclusión queda verificada la hipótesis de investigación

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Se recomienda a la I.E 40256 “Carlos Manchego Rendón” coordinar con los encargados del ministerio de Salud correspondiente para promover programas sobre prevención en salud oral a las madres de familia para mejorar la salud bucal de sus hijos.

SEGUNDA

Se recomienda a los estudiantes de Odontología de UCSM realizar más investigaciones de éste tipo, en poblaciones de distinto nivel socioeconómico.



BIBLIOGRAFIA

CUENCA Emili y BACA Pilar. Odontología Preventiva y Comunitaria, Principios, Métodos y Aplicaciones. Edit. ElSevierMasson. Tercera Edicion. Barcelona 2005

HENOSTROZA Gilberto. Caries Dental, Principios y Procedimientos para el Diagnostico. Edit. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1ra Edición, Lima, 2007.

HIGASHIDA Bertha. Odontologia Preventiva. Edit McGrawHill. 2da Edicion. Mexico 2009

FERNANDEZ MODRAGON, Pilar - DE CARLOS VILLAFRANCA, Félix. Manual Técnico Superior De Higiene Dental.

HARRIS, NORMAN O.; GARCIA - GODOY, Franklin. Odontología Preventiva Primaria.

SILVERSTONE L.M. Caries Dental. 2da Edición. Editorial Manual Moderno 386

BARRANCOS M, Julio. Operatoria Dental. 2da Edición.

LINDHE LANG. Periodontologia Clínica e Implantologia Odontológica.

ALBALAT F, GIL FJ, Caballero A. Bases del uso de antibióticos en Periodoncia para el higienista dental.

DELGADO HONORIO, Psicología En: Odontología pediátrica y del adolescente. Sexta Edición en Español. España. Editorial Mosby/Doyma, 1995:

VASQUEZ, HUERTA ELSA, Promoción en Salud Bucal. Primera Edición. Editorial Universidad Católica de Santa María Arequipa 2011.

SALETE NAHAS, María. Odontopediatría en la primera infancia Primera Edición.

MOUNTON Cristián, Bacteriología bucodental. Editorial Masson. Paris 1995.

RIBOO GARCIA Rafael, Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Tomo I. Primera Edición. Editorial Avances Médicos Dentales. Madrid 2002.

VASQUEZ HUERTA, ELSA. Salud Bucal y Nutrición. Primera Edición. Arequipa 2005.

GARCIA J. Patología y Terapéutica Dental. Editorial Síntesis. Madrid 2000

LOPEZ, Jorge. Odontología para la higiene oral.

FLETCHER, Robert. Epidemiología Clínica, Aspectos Fundamentales.

INFORMATIGRAFIA

- ❖ http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene_oral.htm
- ❖ <http://www.colomerdental.com/blog/salud-bucodental/elegir-cepillo-de-dientes/>



HEMEROGRAFIA

Carmen Rosa Maquera Vargas “Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y los hábitos de higiene oral en estudiantes de primer y segundo grado de secundaria de las instituciones educativas públicas del distrito de Ciudad Nueva-Tacna, 2012.”

Ana Cecilia Cupé-Araujo - Carmen Rosa García-Rupaya “Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares y validación del instrumento, Lima 2015.”

Miguel Angel Paz Mamani “Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del honadomani “San Bartolom” Minsa, Lima-2014.”

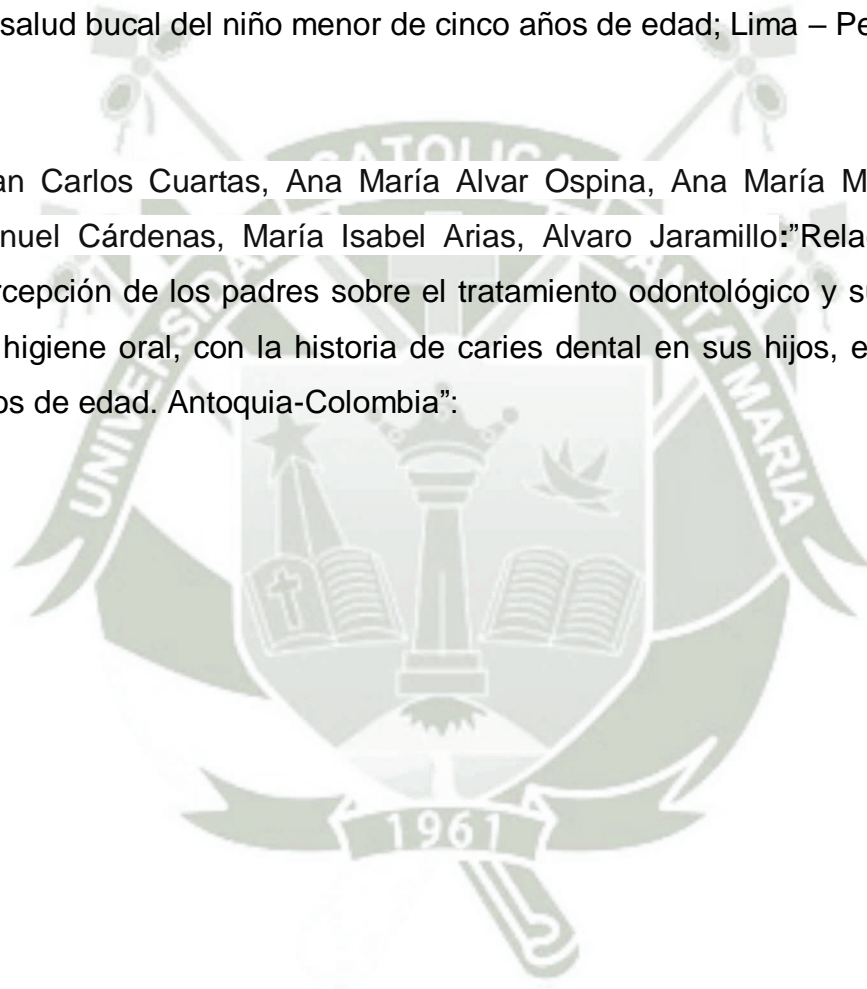
Evelyn Giovanna Pisconte León “Relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito la esperanza – Trujillo. 2010”

Carol Carmen Ponce Cáceres “Prevalencia de caries dental y su relación con los hábitos alimenticios y de higiene bucal en infantes de 06 a 36 meses de edad en el programa cred, distritos de Hunter y Socabaya, Arequipa, 2010.”

Rosa Elizabeth Hualla Mariño “Hábitos de higiene bucodental en alumnas de secundaria del colegio Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús, Arequipa-2008.”

Lourdes A. Benavente Lipa y Sylvia A. Chein Villacampa “Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad; Lima – Perú

Juan Carlos Cuartas, Ana María Alvar Ospina, Ana María Maya, Juan Manuel Cárdenas, María Isabel Arias, Alvaro Jaramillo:”Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad. Antioquia-Colombia”:





Arequipa, 02 de Junio 2016

Señor(a):

Luis de los Ángeles Bejarano Coya

Director de la I.E N° 40256 "Carlos Manchego Rendón"

Presente.-

Asunto: Trabajo de Investigación

Odontológica.

Yo, Marleny Molina Villalba, con DNI N° 46529136, con dirección en calle Peral 320-Cercado, Egresada de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María, ante usted me presento y expongo:

Que por motivos de realizar mi trabajo de Investigación para la obtención del Título Profesional, es que solicito a usted me permita la toma de muestras en alumnos de primer a sexto grado de primaria que pertenezcan a su institución, la cual será efectuada durante el mes de Junio y Julio del presente año.

Dicho trabajo consistirá en realizar entrevista sobre higiene bucal y hábitos alimenticios y hacer un examen bucal a sus hijos para determinar su estado bucal con el fin de determinar su relación entre dicho nivel de conocimiento y el estado bucal de sus hijos.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente

Marleny Molina Villalba

DNI N° 46529136

Adjunto

Copia de DNI

Fotocopia de bachille

FORMULARIO DE PERMISO DE LAS MADRES PARA EXAMEN BUCAL A LOS ESTUDIANTES

Arequipa, 02 de Junio 2016

Señora

Madre de familia

De mi mayor consideración. A través de la presente, le expreso mis cordiales saludos y le manifiesto que con el propósito de realizar un trabajo de investigación con el fin de conocer el estado bucal de su hijo es que dirijo a usted para pedirle su apoyo y consentimiento en esta investigación ya que su hijo(a)....., ha sido seleccionado para participar en el examen bucal gratuito. Los niños han sido seleccionados según la edad el cual oscila entre 6 a 12 años y que presenten los requisitos exigidos para la investigación. El examen bucal consistirá en el diagnóstico de caries e higiene bucal de su hijo. El propósito de esta investigación es darles a conocer no solo el estado bucal de su niño sino también darles alcances de cómo influye el conocimiento de las madres en el estado bucal de sus hijos. También se le otorgará una encuesta sobre higiene bucal y hábitos alimenticios. Esperamos que usted apruebe que su niño participe en este examen bucal que será beneficioso para Ud. y para su niño.

Atentamente,

Marleny Molina Villalba
Bachiller en Odontología

Contando con su apoyo, deberá firmar el consentimiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....,madre del alumno(a)
.....otorgo mi consentimiento
para que mi menor hij(a) participe en el examen de salud.

N° _____

CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene una finalidad estrictamente académica, por tanto es anónima, y le agradecemos responder con sinceridad.
Encierre en un círculo la respuesta escogida.

I. DATOS:

Edad..... Estado Civil.....
Ocupación..... Grado de instrucción.....

II. HIGIENE BUCAL:

1 La frecuencia del cepillado puede ser:

- a) Ocasionalmente
- b) 1 vez al día
- c) 2 veces al día
- d) 3 veces al día o más

2 ¿Cuánto tiempo debe demorar el cepillado de dientes?

- a) Menos de 30 segundos
- b) 30 segundos
- c) 1 minuto
- d) 2 minutos a 3 minutos

3 ¿Cuándo se debe realizar el cepillado de dientes?

- a) Al levantarse
- b) Solo al acostarme
- c) Antes de las comidas
- d) Después de las comidas

4 ¿Cada cuanto tiempo se debe reemplazar el cepillo dental?

- a) Al mes
- b) Cada 3 meses
- c) Cada 6 meses
- d) Cuando el cepillo está deteriorado

5. Para el cepillado dental la pasta dental se coloca
- Encima de las cerdas del cepillo
 - Esparcidas por las cerdas del cepillo
 - Dentro de las cerdas del cepillo
 - Ninguna
6. ¿Desde que edad se puede usar pasta dental con flúor?
- A partir de los 2 años
 - A partir de 5 años
 - A partir de la adolescencia
 - En niños menores de 2 años
7. ¿En qué momento se utiliza el hilo dental?
- Nunca
 - Antes del cepillado
 - Después del cepillado
 - No usa no sabe
8. ¿Cuántas veces al día se debe utilizar el enjuague bucal?
- No usa o no sabe
 - Ocasionalmente
 - 1 vez al día o 2 veces al día
 - 3 veces al día o mas
9. ¿Cuánto tiempo se debe tener el enjuague bucal en boca?
- Menos de 1 minuto
 - Más de 1 minuto
 - No usa o no sabe
10. ¿En qué momento se debe realizar el enjuague bucal?
- Antes del cepillado
 - Después del cepillado
 - No usa
 - No sabe

11. ¿Cada cuanto tiempo se debe asistir al Odontólogo?

- a) Cada mes
- b) Cada 3 meses
- c) Cada 6 meses
- d) Cada 12 meses

12. La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:

- a) A partir de los 2 años
- b) Cuando aparece el primer diente de leche
- c) Cuando tenemos dientes de adulto
- d) Solo cuando existe dolor

III. HABITOS DE ALIMENTACION

13. ¿Qué alimentos no deben faltar en nuestra dieta diaria?

- a) Carne, lácteos, pescado, frutas y verduras
- b) Menstras, cereales y tubérculos, líquidos
- c) Carne, lácteos, frutas, pescado, frituras, agua,
- d) A y b son correctas

14. ¿Cuántas comidas debería hacer al día?

- a) 5 comidas al día (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena)
- b) 4 comidas al día (desayuno, media mañana, comida y cena)
- c) 3 comidas al día (desayuno, comida y cena)
- d) 2 comidas al día (desayuno y comida)

15. Los azucares que producen caries, están contenidos en:

- a) Verduras y pescado
- b) Carne, menstras y verduras
- c) Manzana, naranja y papaya
- d) Ensalada de frutas y galletas dulces

16. Una lonchera saludable debe contener:
- a) Gaseosa, papas fritas y ensalada de frutas
 - b) Jugo de caja, porción de torta y fruta
 - c) Yogurt, sándwich de mermelada y fruta
 - d) Agua, pollo desmenuzado con verdura picada
17. De las siguientes alternativas ¿Qué alimento es menos cariogenico?
- a) Sacarosas (Jugo de caja)
 - b) Almidón (Cereales)
 - c) Proteína (Queso)
 - d) Ninguna de las anteriores.
18. De las siguientes alternativas ¿Cuál es la bebida que tiene mayor riesgo de caries?
- a) Yogurt
 - b) Jugo de caja
 - c) Leche
 - d) Agua
19. ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes mas sanos?
- a) Frutas y vegetales
 - b) Gaseosas y frutas
 - c) Frugos y galletas
 - d) Todas las anteriores
20. Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto
- a) El niño nunca debe consumir azúcar
 - b) El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día
 - c) El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes
 - d) Todas las anteriores

FICHA EPIDEMIOLOGICA

DATOS PERSONALES.-

Nombre y apellidos del alumno.....

Edad..... Sexo.....

Grado:.....

1. INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

No aplicable Menor de 5 años Menos de 2 sup. seleccionadas

Placa Blanda															
	1.7	1.6	2.1	1.1		2.6	2.7		4.7	4.6		3.1	4.1	3.6	3.7
Placa Calcificada															

Índice: _____

2. INDICE DE CARIES DENTAL

										CONDICIÓN									
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1				2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
										TRATAMIENTO									

										CONDICIÓN				
5.5	5.4	5.3	5.2	5.1						6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
										TRATAMIENTO				

										CONDICIÓN									
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1				3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
										TRATAMIENTO									

										CONDICIÓN				
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1						7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
										TRATAMIENTO				

Indicé: _____



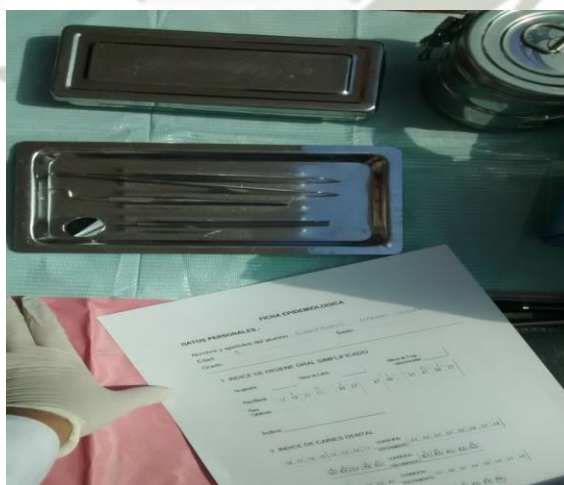


ESCUELA DE PADRES DE FAMILIA





EVALUACION DEL INDICE DE CARIES E HIGIENE ORAL





MATRIZ DE DATOS

DATOS DEL ALUMNO				INDICE DE CARIES DENTAL						DATOS DE LA MADRE DE FAMILIA							
N°	Nombres y Apellidos	Edad	Sexo	C	P	O	c	e	o	HOS	CALIFICACION	HIGIENE BUCAL	HABITOS ALIMENTICIOS	Edad	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	GRADO DE INSTRUCCION
1	Aco Díaz, Mirian Jade	6	F	0	0	0	4	0	1	1.3	Regular	8	8	24	soltera	estudiante	superior
2	Bejarano Quispe, Gimena Carol	6	F	0	0	0	2	0	0	0.8	Buena	9	8	25	soltera	independiente	universitario
3	Canaza Cauna, Mathias Caytano	6	M	0	0	0	2	0	1	1.3	R	8	7	39	conviviente	ama de casa	superior
4	Chipana Ccala, Jesus Dashiro	6	M	0	0	0	4	0	0	1.5	R	6	7	23	soltera	independiente	4to de secundaria
5	Malaga Herencia, Angie Paloma	6	F	0	0	0	2	0	0	1.3	R	7	8	28	conviviente	ama de casa	secundaria completa
6	Mamani Aquino, Jonathan	6	M	0	0	0	5	0	0	2.3	R	6	6	27	soltera	estudiante	superior
7	Mamani Cheje, Johan Jefferson	6	M	0	0	0	5	2	0	2.5	R	5	6	24	conviviente	secretaria	secundaria compleeta
8	Portillo Chino, Jurith Cecilia	6	F	0	0	0	6	0	2	2.3	R	6	7	31	casada	independiente	superior
9	Quispe Quispe, Rubi Dayana	6	F	0	0	0	4	0	0	1.8	R	9	4	29	casada	ama de casa	secundaria completa
10	Ticona Ali, Hector Rodrigo	6	M	0	0	0	2	0	0	2.3	R	7	6	25	conviviente	ama de casa	secundaria completa
11	Ticona Calcina, Scarlet Camila	6	F	0	0	0	0	0	2	1.3	R	5	7	29	casada	independiente	secundaria completa
12	Valero Zapana, Emily Brisette	6	F	0	0	0	6	0	0	3.1	Mala	5	4	20	soltera	estudiante	secundaria completa
13	Yancapallo Vera, Yajairo Bryan	6	M	0	0	0	5	0	0	2.3	R	6	6	25	casada	estudiante	superior
14	Condori Christopher	6	M	0	0	0	8	0	0	1.8	R	7	7	25	soltera	trabajadora	secundaria completa

15	Ramos Quispe, Alexis	6	M	0	0	0	2	0	0	0.5	B	8	7	29	conviviente	independiente	superior
16	Condori Mamani, Diego	6	M	0	0	0	4	1	0	2.1	R	4	6	26	conviviente	trabajadora	5to de secundaria
17	Mamani Quispe Gianfranco	6	M	0	0	0	1	2	0	1.5	R	6	7	25	casada	ama de casa	secundaria completa
18	Mamani Tallinaufa Alexandro	6	M	0	0	0	5	0	0	1.8	R	6	6	34	casada	ama de casa	secundaria
19	Apaza Casani, Katia Marian	6	F	0	0	0	2	0	2	2.1	R	5	7	22	casada	ama de casa	secundaria completa
20	Delgado Coaguila, Josue Gonzalo	6	M	0	0	0	8	0	3	3.9	M	5	7	25	viuda	independiente	secundaria completa
21	Casa Cama Adriano Alessandro	6	M	0	0	0	6	0	0	4.2	M	5	4	23	soltera	estudiante	5to de secundaria
22	Mamani Calisaya, Luz Esperanza	7	F	0	0	0	1	0	1	3	R	8	4	29	casada	ama de casa	secundaria completa
23	Arapa Ali, Katherine Zenobia	7	F	0	0	0	1	0	4	2	R	7	7	33	casada	comerciante	superior
24	Cheje Suca Briyi Maryori	7	F	0	0	0	0	0	4	1.2	B	10	8	30	conviviente	ama de casa	5to de secundaria
25	Chipana Bejarano Enmanuel Diego	7	M	0	0	0	3	0	0	1.8	R	8	8	26	casada	comerciante	secundaria completa
26	Condori Salas, Erick	7	M	0	0	0	7	0	0	1.7	R	8	5	24	conviviente	ama de casa	primaria
27	Huaccha Laura Angela Mishel	7	F	0	0	0	1	0	0	0.7	B	10	8	31	casada	tecnica	superior
28	Huilca Herrera Kiara	7	F	0	0	0	8	2	0	3.5	M	6	7	28	casada	comerciante	superior
29	Lipa Ancasi Alex Nicolas	7	M	0	0	0	1	0	1	1.3	R	7	6	31	conviviente	ama de casa	secundaria completa
30	Machaca Quispe Milagros Estrella	7	F	0	0	0	8	0	0	2.5	R	6	8	38	soltera	empleada	superior
31	Ochoa Condori Angel Gabriel	7	M	0	0	0	9	0	0	2	R	6	7	32	divorciada	casada	primaria
32	Panty Surco, Maria Fernanda	7	F	2	0	0	6	2	0	3.5	M	4	5	30	conviviente	ama de casa	secundaria completa
33	Rivera Gutierrez, Andrea Jimena	7	F	0	0	0	3	0	0	2.7	R	7	6	28	conviviente	confeccionista de lenceria	superior

34	Achahuanco Loayza, Aracely Miriam	8	F	0	0	0	2	0	0	1.7	R	7	7	29	casada	ama de casa	superior
35	Caso Quispe, Nicol Naomi	8	F	0	0	0	0	0	4	2.1	R	6	7	33	conviviente	ama de casa	secundaria completa
36	Castro Huaricallo, Jhames Jefferson	8	M	0	0	0	4	0	0	2.8	R	8	5	28	soltera	ama de casa	secundaria completa
37	Ccopa Jara, Miluska	8	F	1	0	0	6	0	2	3.2	M	7	6	34	soltera	comerciante	3ro de secundaria
38	Chipana Ccala, Yanelly	8	F	0	0	2	6	0	1	3	M	6	5	28	soltera	cosmetologa	superior
39	Flores Huacho, Carlos Daniel	8	M	0	0	0	5	0	2	3.5	M	8	4	31	soltera	independiente	secundaria completa
40	Garay Arhuire, Rodrigo	8	M	0	0	0	0	0	6	1.5	R	6	8	30	casada	ama de casa	4to de secundaria
41	Huarca Quicaña, Bryan Sebastian	8	M	0	0	0	4	3	1	3.5	M	5	7	27	conviviente	independiente	4to de secundaria
42	Monrroy Huayta, Gleysi Belen	8	F	0	0	0	4	0	2	2.7	R	8	7	36	casada	repcionista	secundaria completa
43	Ramos Colque, Valeria Xiomara	9	F	0	0	0	5	0	1	1.3	R	7	6	30	conviviente	ama de casa	4to de secundaria
44	Yauri Paricahua, Kiara Britany	9	F	1	0	0	6	0	0	4.2	M	6	5	37	casada	cosmetologa	secundaria completa
45	Quispe Ramos, Camila Valentina	8	F	0	0	0	0	1	0	1.4	R	7	7	33	casada	comerciante	superior
46	Casi Mamani, Marco Antonio	9	M	0	0	0	3	0	3	1.7	R	5	7	28	conviviente	comerciante	5to de s
47	Checya Nifla Willians	9	M	1	0	0	2	0	0	2.3	R	4	7	38	conviviente	ama de casa	3ro de secundaria
48	Condori suca Roxana Sara	9	F	2	0	0	6	1	0	2.8	R	7	7	46	conviviente	ama decasa	4to secundaria
49	Eliscano Tafur, Ariana (4to)	9	F	0	0	0	6	0	0	1.7	R	5	6	29	casada	ama decasa	secundaria completa
50	Mendoza Lopez, Eddy Omar	9	M	0	0	0	0	0	5	1.3	R	9	4	30	conviviente	ama de casa	secundaria
51	Pilco Roque, Annie	9	F	0	0	1	5	3	0	4.5	M	7	5	69	casada	ama de casa	4to secundaria
52	Mamani Aquino Tatiana Yunsut	9	F	1	0	0	5	1	1	3.2	M	6	6	27	soltera	estudiante	superior

53	Nina Canaza, Sharon	9	F	2	0	0	1	0	3	1.5	R	8	8	38	conviv	ama de casa	superior
54	Panty Surco, Joyce	10	F	5	0	0	1	3	0	4.2	M	5	6	30	conviviente	ama de casa	secundaria completa
55	Castañeda Morocco, Samuel Max	10	M	3	0	1	3	0	0	3.3	M	7	5	30	conviviente	comerciante	secundaria
56	Chipana Bejarano, Garret Fernando	10	M	4	0	0	0	0	0	0.6	B	8	7	33	soltera	marketing	superior
57	Mamani Pari, Manuel Alexander	10	M	3	0	0	0	0	0	1.3	R	7	6	27	conviviente	independiente	3ro de secundaria
58	Montalvo, Alanoca, Eliseo	11	M	3	0	2	0	0	0	1.8	R	6	5	33	casada	ama de casa	secundaria
59	Rivera Gutierrez, Jeremias Ricardo	10	M	1	0	0	0	0	0	1.3	R	5	5	35	soltera	independiente	5to de secundaria
60	Roque Lupo, Jairo Manuel	10	M	1	0	1	1	0	1	1.5	R	10	7	40	casada	ama de casa	5to de secundaria
61	Zuni Huayhua, Maria Angela	10	F	2	0	0	5	0	3	3.3	M	5	6	45	conviviente	ama de casa	5to de secundaria
62	Ochoa Condori Ariana (6to)	11	F	0	0	3	0	2	0	2	R	6	7	36	casada	ama de casa	secundaria completa
63	Arapa Ali, Jefferson Victor	10	M	3	0	0	0	0	0	1.5	R	7	5	32	casada	ama de casa	secundaria completa
64	Ayala Alvis, Nicolle Ximena	10	F	0	0	2	0	2	2	2.7	R	9	4	35	soltera	ama de casa	4to de secundaria
65	Canazas Laura, Stephany Nicolle	10	F	0	0	0	2	0	1	1.3	R	9	7	41	casada	ama de casa	superior
66	Espinal Ahuanlla, Samir	10	M	0	0	0	0	0	2	1.7	R	8	8	27	casada	comerciante	secundaria completa
67	Farfan Calsin, Micaela	10	F	2	0	2	4	0	0	3.2	M	7	5	30	conviviente	ama de casa	secundaria
68	Jano Palomino, Fernando Jose	11	M	2	0	3	0	0	0	3.7	M	6	7	29	divorciada	ama de casa	4to de secundaria
69	Lipa Ancasasi, Jordan	11	M	0	0	0	0	0	2	2	R	6	7	32	conviviente	ama de casa	secundaria completa
70	Ramirez Coaguila, Luis	11	M	0	0	0	3	0	1	1.7	R	5	6	28	casada	independiente	4to de secundaria
71	Roque Valencia, Marco Esthephano	11	M	0	0	0	2	0	1	2.5	R	6	6	29	casada	ama de casa	secundaria completa

72	Suca Suca, Danfer Ronaldo	11	M	0	0	0	0	1	2	2.7	R	5	5	30	soltera	independiente	3ro de primaria
73	Cahuna Colque Jonathan	12	M	0	0	0	0	0	0	1.2	B	8	7	36	soltera	profesora	superior
74	Condori Cruz Angela	12	F	2	0	3	0	0	0	3.3	M	3	6	40	viuda	confeccionista de lenceria	superior
75	Mamani Aquino Maria Fernanda	12	F	0	0	0	3	2	0	1.8	R	6	6	27	soltera	estudiante	superior
76	Medina supo nicol lucero	12	F	3	0	0	0	0	0	2	R	5	5	33	conviviente	comerciante	secundaria completa
77	Gonzales Huaricallo Alain	12	M	2	0	0	0	0	0	0.8	B	9	7	43	soltera	tecnica en enfermeria	superior
78	Suca Condori Maria Alejandra	12	F	3	0	3	0	0	0	3.7	M	2	4	51	divorciada	ama de casa	2do secundaria
79	Villasante Mamani Angela Maricelo	13	F	4	0	0	0	0	0	3.3	M	5	7	40	casada	ama de casa	secundaria completa
80	Yauri Mamani Maxwell	12	M	1	0	4	0	0	0	3.2	M	4	5	45	casada	independiente	4to de secundaria