



Unidad Académica de Salud

Carrera De Odontología

TESIS DE GRADO

Tema

**“HIGIENE BUCAL Y SALUD PERIODONTAL DE
LOS ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS URBANAS
DEL CANTÓN JUNÍN”
PROPUESTA ALTERNATIVA**

Autores

**LOOR CEDEÑO HENRY AUGUSTO
SALTOS LOOR JUAN CARLOS**

Directora

Dra. Lucía Galarza Santana

Portoviejo – Manabí – Ecuador

2011

CERTIFICACIÓN

Dra. Lucía Galarza Santana, certifica que la tesis de investigación titulada **“Higiene Bucal y Salud Periodontal de los Estudiantes de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín”** es trabajo original de los Srs. Henry Augusto Loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....
Dra. Lucia Galarza Santana
DIRECTORA DE TESIS



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

**“HIGIENE BUCAL Y SALUD PERIODONTAL DE LOS ESTUDIANTES
DE LAS ESCUELAS URBANAS DEL CANTÓN JUNÍN”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de Grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo.

APROBADA

Dra. Ángela Murillo, Mg. Sp.
PRESIDENTA

Dra. Lucía Galarza Santana
DIRECTORA DE TESIS

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Ramiro Molina
SECRETARIO ACADÉMICO

DEDICATORIA

Hoy he logrado alcanzar una de mis meta y objetivos , lo cual he logrado a base de mucho esfuerzo , estudio , perseverancia, y fe , pero también es importante resalta el apoyo que de una u otra manera he recibido de muchas personas , de allí mi gratitud eterna y dedicatoria principalmente :

A Dios, porque me da la fuerza de seguir adelante en los momentos difíciles, guiando mi sendero, siendo fuente de luz y amor, porque sin Él nada es posible.

A mi madre, que con amor esfuerzo y perseverancia siempre me ha apoyado, eres uno de los pilares de apoyo más importante para alcanzar mis metas, sin tu ayuda nada de esto hubiera sido posible, nunca voy a dejar de agradecerte “gracias mamá”.

A mis abuelos, que con su ejemplo han sabido cultivar valores y principios, que siempre han sido pilares importantes para mí desarrollo como persona y estudiante para así ser una persona justa y con valores.

A mi esposa, compañera fiel, siempre me apoyaste con palabras de aliento en los momentos buenos y malos, ayudándome con amor a superar las dificultades de la vida

A mi hija, que llegaste en un momento difícil, para llenar mi vida de felicidad y que es por tí que cada día me esfuerzo mas y trato de alcanzar mis metas para que te sientas orgullosa de tu papá, “mi niña”.

A mis hermanos que con su ayuda incondicional siempre estuvieron ayudándome, para superar los obstáculos que se me atravesaban.

Y gracias a todos los que pusieron su granito de ayuda de otra manera, gracias a todos, les voy a estar eternamente agradecidos.

Henry

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la fuerza suficiente para esquivar los obstáculos que se me atraviesan, haciéndome más fuerte y superando todas las adversidades de la vida.

A mi familia, por siempre apoyarme en mi formación como persona, estudiante y ser humano.

Agradezco a la Dra. Lilian Bowen, por su ayuda en la elaboración de esta tesis

Agradezco a la Dra. Shirley Robles por su ayuda en la recolección de información teórica en la tesis

Agradezco a todas las autoridades de las escuelas urbanas del Cantón Junín por abrirnos las puertas de sus establecimientos educativos y brindarnos su colaboración, confianza y ayuda.

Henry Loor

DEDICATORIA

A mi padre, el Lcdo. Ovidio Saltos, a mi madre Lcda. Fabiola Loor quienes me ayudaron incondicionalmente para la culminación de mi carrera universitaria.

A mi esposa Gema Peñarrieta, por ser mi pilar indiscutible, por estar a mi lado y por todo su apoyo durante el transcurso de mi tiempo académico, mil gracias.

A mis hijos Said Alejandro y Joao Alejandro, por haber llegado a mi vida a dar luz, dicha y felicidad.

Juan Carlos

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por darme fe, sabiduría y la fuerza necesaria para llegar a esta meta y culminarla.

A mis padres especialmente, por haberme ayudado incondicionalmente en los buenos y malos momentos.

A mis hermanos, por darme su apoyo

A mis hijos, la razón por la que me esfuerzo cada día más.

A mi esposa, por creer en mí, por su confianza y por su amor incondicional.

A mis suegros, que aportaron para el éxito de mi terminación profesional.

A mis suegros de corazón, por estar presente en los momentos más difíciles.

A mis amigos, familiares y compañeros, gracias.

Al Centro Materno Infantil Junín y en especial al Dr. Carlos Morales Loor, por su colaboración en la realización de esta tesis.

A las Escuelas Urbanas del Cantón Junín, por su colaboración para poder culminar esta tesis.

A la Dra. Ángela Murillo, Coordinadora de la Carrera de Odontología y a todo el personal administrativo por la ayuda brindada en mis años de estudio.

A la Dra. Shirley Robles y Dra. Lilian Bowen, por su colaboración, mil gracias.

A todas aquellas personas que de una u otra manera ayudaron en mi desarrollo como persona y como estudiante.

Juan Carlos Saltos

INDICE

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

CAPITULO I

1.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2

CAPITULO II

2.	JUSTIFICACIÓN.....	3
----	--------------------	---

CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1.	OBJETIVO GENERAL.....	5
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5

CAPITULO IV

4.	HIPÓTESIS.....	6
----	----------------	---

CAPITULO V

5.1	MARCO INSTITUCIONAL.....	7
5.2.	HIGIENE BUCAL.....	9
5.2.1.	Cuidados en el hogar	9
5.2.2.	Cepillado dental.....	10
5.2.2.1.	Frecuencia del cepillado.....	11

5.2.2.2.	Cepillado de la lengua.....	11
5.2.2.3.	Tipos de cepillo	12
5.2.2.3.1.	Cepillo convencional.....	12
5.2.2.3.2.	Cepillo periodontal.....	12
5.2.2.3.3	Cepillo eléctrico.....	13
5.2.2.3.4.	Cepillos interdentes.....	13
5.2.2.4.	Cambio del cepillo de dientes.....	13
5.2.2.5.	Características de los cepillos dentales.....	14
5.2.2.6.	Técnicas de cepillado.....	14
5.2.2.6.1.	Técnica de Bass.....	14
5.2.2.6.2.	Técnica Horizontal.....	15
5.2.2.6.3.	Técnica de Stillman modificada:.....	15
5.2.2.6.4.	Técnica de Charters.....	15
5.2.3.	Seda dental.....	16
5.2.4.	Estimulador interdental.....	16
5.2.5.	Enjuagues bucales.....	17
5.2.5.1.	Triclosán.....	17
5.2.5.2.	Clorexidina.....	18
5.2.5.3.	Enjuagues dentales con fluoruro.....	18
5.2.6.	Pastas dentales.....	19
5.2.6.1.	Pastas con control de cálculo.....	19
5.2.6.2.	Pastas desensibilizantes.....	19
5.2.6.3.	Bicarbonato de sodio.....	20
5.2.6.4.	Peróxido de hidrógeno (pastas blanqueadoras).....	20
5.2.6.5.	Clasificación de las pastas dentales fluoruradas.....	20
5.2.6.5.1.	Productos cosméticos.....	20
5.2.6.5.2.	Productos farmacéuticos.....	21
5.2.6.5.3.	Composición.....	21

5.2.6.5.4.	Concentración de flúor.....	21
5.2.6.5.5.	Contraindicaciones.....	21
5.3.	SALUD PERIODONTAL.....	22
5.3.1.	Unidad dento gingival.....	22
5.3.1.1.	Periodonto.....	22
5.3.1.2	Descripción macroscópica de la encía.....	22
5.3.1.3	Encía libre y adherida.....	23
5.3.1.4	Margen gingival.....	23
5.3.1.5	Epitelio gingival.....	24
5.3.1.6.	Ligamento periodontal.....	24
5.3.1.7.	Hueso alveolar.....	25
5.3.2.	Historia clínica.....	25
5.3.3.	Examen clínico.....	25
5.3.4.	Inspección del tejido blando.....	26
5.3.4.1.	Placa bacteriana.....	26
5.3.4.2.	Cálculo dental.....	27
5.3.4.3.	Halitosis.....	28
5.3.4.4.	Sondaje periodontal.....	28
5.3.4.5.	Evaluación de la movilidad dentaria.....	29
5.3.4.6.	Recesión gingival.....	29
5.3.5.	Análisis radiográfico.....	29
5.3.6.	Diagnóstico y pronóstico periodontal.....	30
5.3.7.	Patología oral y problema periodontales.....	30
5.3.8.	Clasificación de las enfermedades periodontales.....	31
5.3.8.1.	Gingivitis.....	31
5.3.8.2.	Enfermedades gingivales inducidas por placa.....	32
5.3.8.3.	Enfermedad gingival asociada a la placa bacteriana.....	32
5.3.8.4.	Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos.....	32

5.3.8.5.	Enfermedad gingival inducida por fármacos.....	33
5.3.9.	Periodontitis.....	33
5.3.9.1.	Periodontitis leve.....	34
5.3.9.2.	Periodontitis moderada.....	34
5.3.9.3.	Periodontitis agresiva.....	35

CAPITULO VI

6.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
6.1.	MÉTODOS.....	37
6.1.1.	Modalidad básica.....	37
6.1.2.	Nivel o tipo de la investigación.....	37
6.2.	TÉCNICAS.....	38
6.3.	INSTRUMENTOS.....	38
6.4.	POBLACIÓN.....	38
6.5.	TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	38
6.6.	RECURSOS.....	38

CAPITULO VII

7.1.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
7.1.1.	Análisis e interpretación de las encuestas.....	40
7.1.2.	Análisis e interpretación de las fichas clínicas	
7.1.3.	Análisis e interpretación de las fichas de observación.....	
7.2.	CONCLUSIONES.....	76
	BIBLIOGRAFÍA.....	77

PROPUESTA

ANEXOS

ÍNDICE DE GRAFICUADROS

ÍNDICE DE LOS GRAFICUADROS DE ENCUESTAS

FRECUENCIA DEL CEPILLADO

GRAFICUADRO # 1

¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?..... 40

REEMPLAZO DEL CEPILLO DENTAL

GRAFICUADRO # 2

¿Cada cuanto tiempo cambias tu cepillo dental?..... 42

IMPLEMENTOS DE LIMPIEZA BUCAL

GRAFICUADRO # 3

¿Qué instrumentos de limpieza utilizas para tu boca?..... 44

SANGRADO DE LAS ENCÍAS

GRAFICUADRO # 4

¿Te sangran las encías al cepillarte los dientes?..... 46

CEPILLADO DENTAL

GRAFICUADRO # 5

Cuándo te cepillas los dientes:..... 48

CEPILLADO DE LENGUA

GRAFICUADRO # 6

Cuando te cepillas los dientes, ¿cepillas tu lengua?..... 50

ESTADO DE CEPILLADO DENTAL

GRAFICUADRO # 7

El cepillo dental que usas actualmente, tiene:..... 52

TIPO DE CEPILLADO DENTAL

GRAFICUADRO # 8

El cepillo dental que utilizas tiene:..... 54

GRAFICUADROS DE LAS FICHAS CLÍNICAS

INDICADORES DE SALUD BUCAL

GRAFICUADRO # 1

PLACA BACTERIANA..... 56

GRAFICUADRO # 2

CÁLCULO..... 58

GRAFICUADRO # 3

GINGIVITIS..... 60

HALLAZGOS CLÍNICOS

GRAFICUADRO # 4

HALITOSIS..... 62

GRAFICUADRO # 5

ENROJECIMIENTO DE LAS ENCÍAS..... 64

GRAFICUADRO # 6

INFLAMACIÓN DE LAS ENCÍAS..... 66

GRAFICUADRO # 7

RECESIÓN DE LA ENCÍA..... 68

GRAFICUADRO # 8

ENFERMEDAD PERIODONTAL

LEVE..... 70

MODERADA..... 70

SEVERA..... 70

**GRAFICUADROS DE LAS FICHAS DE
OBSERVACIÓN**

GRAFICUADRO # 1

Técnica del cepillado dental..... 72

GRAFICUADRO # 2

Técnica del hilo dental..... 74

INTRODUCCIÓN

Una de las técnicas a utilizar, para saber, si los niños y niñas de las escuelas tienen una correcta higiene bucal, es la participación de ellos, demostrando cómo se cepillan sus dientes en sus hogares; y así saber, que tanto tienen de conocimientos sobre las correctas técnicas de cepillado, porque se sabe que una mala higiene oral, provoca el acumulo de la placa bacteriana generando mayor cantidad de microorganismo, que afecta directamente a la salud general de los niños y a la salud Periodontal.

Este estudio fue realizado en los niños escolares, ya que es un grupo muy vulnerable a la aparición de enfermedades en la cavidad bucal, ya sea porque en esta edad hay una alimentación rica en azúcares y carbohidratos o porque todavía no desarrollan la habilidad motriz necesaria para realizar un correcto cepillado, ocasionando que muchas veces tengan lesionados los tejidos blandos; por lo que se consideró que este tiene mayor importancia del que se obtendrán mejores resultados que podrán ayudar a aclarar la situación real de estos niños.

La investigación de tesis quedó estructurada de dos partes, una bibliográfica con la información adquirida en textos y páginas Web y la investigación de campo, en la cual se realizó encuestas e historias clínicas a los niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín, con una muestra de 199 niños para realizar la investigación; con las preguntas se evaluó el grado de conocimientos de los escolares sobre una salud bucal dando como resultado que la tercera parte de los alumnos presentan problemas periodontales a causa de una mala higiene bucal; como solución al problema, se decidió entregar material educativo “BANNER” y se realizaron charlas para mejorar el conocimiento de los escolares en higiene oral.

ANTECEDENTES

Estudios realizados por la OMS (1954) demostraron, que la falta de higiene bucal repercute en la salud periodontal. La enfermedad periodontal es una de las más comunes a nivel mundial y una de las principales causas de pérdida dentaria. La Salud periodontal se relaciona con factores biológicos como la edad, el sexo, el estado inmunológico, la genética, y otros como la microbiota del surco, el hábito de fumar y la mala higiene bucal entre otros.

En el 2003 la (OMS) enfatizó la necesidad de promover la salud oral en la población mundial y publicó un documento guía para que cada país pueda definir sus metas de mejoría en los indicadores de salud oral. La enfermedad periodontal también es uno de los problemas más comunes que afecta a nivel mundial y una de las principales causas de pérdida dentaria.

En Latinoamérica dada la situación establecida, con indicadores de salud bucal preocupantes de correlación significativa, ya sea con problemas socio-económicos que determinan ausencia de cobertura, tanto educativa como asistencial, en la cual se definieron políticas y llegaron a algunas alternativas por medio de instituciones nacionales que conforman la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA).

En América Latina se realizaron investigaciones sobre la prevalencia de la enfermedad periodontal, para que profesionales y gobernantes, realicen estrategias de salud individual y comunitaria de prevención, tratamiento y control de la enfermedad periodontal.

En el Ecuador la dirección de control y mejoramiento de la salud pública, a través del subproceso de promoción de la salud, ha realizado un taller sobre promoción de la salud, dirigida a los profesionales odontólogos de las provincias, para coordinar acciones en el programa de escuelas promotoras de la salud (EPS).

En las escuelas urbanas del cantón Junín, no se han realizado estudios sobre esta problemática, lo cual fue un incentivo para realizar esta investigación, ya que la falta de interés por parte de padres de familia y autoridades de las escuelas, puede desencadenar que aumenten los índices de enfermedad periodontal, pues ese es uno de los factores que ayudan a que los tejidos blandos de la cavidad bucal se inflamen y se deterioren.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La deficiencia de higiene bucal es un problema que se ve mucho en los niños y que de acuerdo con el análisis realizado hay que determinar si esta afecta directamente a la dentadura; en vista de los problemas que ocasionan y de la importancia que se requiere, se ha creído conscientemente realizar el presente trabajo, dado a que la salud bucal hace parte de la salud integral del individuo, por lo cual, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad bucal, son necesarios para el crecimiento y desarrollo adecuado de los niños.

De acuerdo al trabajo investigado, se pudo determinar que el deficiente conocimiento por parte de los padres, sobre los cuidados dentales, está dado, por un bajo nivel de conocimientos, que son factores que actúan desfavorablemente en la salud bucal de los niños; que da como resultado, que los niños vayan creciendo con una deficiente higiene bucal.

Otra de las causas más comunes es la mala técnica del cepillado, la cual, al entrar en contacto el cepillo con las piezas dentales puede provocar abrasión – erosión y un desgaste de las superficies dentarias, afectando más al esmalte; en las piezas posteriores existe mayor acumulación de alimentos y generalmente el cepillo no llega correctamente a esta zona, quedando las piezas dentales más susceptibles a las caries y problemas periodontales por la formación de la placa bacteriana.

Además, existe la deficiente visita al odontólogo, que tiene como resultado el poco interés por parte de los padres o también por padres de familia de bajos recursos económicos.

Otro efecto que contribuye a este, es la fobia al odontólogo, principalmente en los niños, lo cual dificulta realizar una adecuada atención oral; pero para esto, el profesional debe estar preparado para aplicar la psicología, para que los niños vayan familiarizándose y perdiendo el miedo al odontólogo.

Otra causa es el descuido de los Directores de las escuelas, que no le toman el debido interés a la prevención de la higiene bucal, dándole más importancia al deporte y la cultura, que también son relevantes en la formación académica de los estudiantes; Viéndose más, esta despreocupación en las escuelas rurales, trayendo esto como consecuencia, pocos conocimientos de una correcta higiene bucal.

Como última causa, existe una deficiente campaña odontológica sobre la salud bucal, lo que ocasiona que, docentes, padres de familia, niños y niñas no tengan los respectivos conocimientos para el buen cuidado de sus piezas dentarias; por lo cual se considera necesario promover campañas masiva en todas las escuelas urbanas y rurales del cantón, sobre una correcta higiene bucal, donde se comprometan a colaborar municipios, centro de salud, maestros, padres de familia, empresas privadas y toda la comunidad en general.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente, el problema quedó formulado de la siguiente manera:

¿Cómo inciden los hábitos de higiene bucal en la salud periodontal de los niños de las escuelas urbanas del cantón Junín?

Esta interrogante fue resuelta por medio de la investigación científica.

CAPITULO II

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo cumplir con uno de los requisitos del estatuto de la Universidad “San Gregorio de Portoviejo” previo a la obtención de título de Odontólogo, que establece el desarrollo de un trabajo investigativo vinculado directamente con la comunidad.

El tema escogido tiene mucha importancia ya que da a conocer a profesionales de la salud, profesores, padres de familia y comunidad; sobre la higiene bucal y los problemas de la salud Periodontal que son muy relevantes en los alumnos de dichas escuelas.

Se ha podido evidenciar que existe un elevado número de alumnos que han faltado a clases por dolencias en sus dientes, incluso los docentes han tenido que llamar a los padres de familia para que los lleven a una cita con el odontólogo, y así sean atendidos y solucionar sus problemas dentales. Los autores de esta investigación se preguntaron: ¿En la casa, los padres de familia enseñan a sus hijos, cómo cepillarse los dientes?, ¿Los niños practican algún tipo de limpieza bucal en las escuelas?, ¿Los niños cuántas veces se cepillan en el día?

Hay que tener bien claro, la importancia que hay que darle a este problema, pues, si no hay colaboración por parte de los padres, maestros y autoridades de las escuelas, la higiene bucal será muy deficiente en los niños de estas instituciones, ya que no van a tener los cuidados respectivos con su salud bucal, afectando directamente a las encías de los niños, por la acumulación de la placa bacteriana, sarro y tártaro, que posteriormente conlleva a un problema gingival y Periodontal; que puede observarse clínicamente o muchas veces suele pasar desapercibido.

Con esta investigación se brindará un aporte significativo a diferentes ciencias, principalmente a las ciencias de la salud, ya que, como futuros odontólogos, se tiene que crear una cultura en salud oral, en la cual van a estar íntimamente relacionados autoridades de las escuelas, médicos y odontólogo rural.

Los principales beneficiados con esta investigación son los propios autores, ya que se reforzaron los conocimientos que fueron adquiridos durante el transcurso de la carrera, además con la propuesta de solución se beneficiaron los niños de las escuelas urbanas de Junín.

CAPITULO III

OBJETIVOS

La presente investigación se proyectó a cumplir con los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de la Higiene Bucal en la Salud Periodontal de los estudiantes de las escuelas urbanas del cantón Junín.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los principales hábitos de higiene bucal que tienen los niños de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín.
- Evaluar las técnicas del cepillado y uso del hilo dental en los niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín.
- Evaluar la salud periodontal que tienen los estudiantes de 7 a 9 años de las escuelas urbanas de Junín.
- Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema.

CAPITULO IV

HIPÓTESIS

Los niños de 7 a 9 años de las escuelas urbanas de Junín padecen de problemas periodontales por causa de una mala higiene oral.

CAPITULO V

MARCO TEÓRICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

Junín es un pequeño cantón, situado en la Provincia de Manabí, limitado: Al norte con el Cantón Bolívar, al sur y este con el cantón Portoviejo y al oeste con el cantón Rocafuerte, tiene aproximadamente 264 Km² donde viven 30.000 habitantes, entre la población Urbana y Rural; no tiene parroquias.

Es de gran importancia que los habitantes del cantón Junín conozcan sobre la higiene bucal y los problemas que pueden ocasionar estos en la salud periodontal, ya que de ello depende la salud integral del individuo.

5.1.1 En la zona urbana de Junín existen las escuelas:

“La escuela Quito N° 59, fue la primera Institución educativa, fundada en el año de 1845, funcionó en local de caña guadua y cadí, ubicado en lo que hoy es el parque Abdón Calderón. Esta fue creada mediante acuerdo ministerial N°0015 del 15 de junio de 1936 y funcionó en ese tiempo en casa de don Jesús Palacios, inmueble que fue adquirido por el municipio de Bolívar.

La escuela Quito se encuentra ubicada en la Av. Eloy Alfaro, esta es una de las escuelas más numerosas que tiene el Cantón Junín. En la actualidad consta con 440 niños y niñas, siendo su director el Prof. Luis Reyes Murillo, cuenta con 15 maestros con nombramiento y 12 contratados.

La escuela fiscal de niñas Junín N° 60, se encuentra ubicada en la Av. 8 de noviembre, siendo su primera directora la Sra. Guillermina Álava de Gonsález. Ahora en la actualidad la dirige como directora la Prof. Marilú Cantos.

La escuela Pastora Intriago se fundó en el año de 1977, su ubicación esta en el sector de la ciudadela Jaime Roldos Aguilera, entre las Instituciones públicas del Centro de Salud y Colegio Carlos A. García Mora, tiene buena infraestructura con un área de 70x70 metros (4.900 m²), su rector, el supervisor hijo de este pueblo

Sr. Alberto Buchely Intriago, existían en ese entonces 2 escuelas fiscales, una de niños Quito y una de niñas Junín. Con visión y misión de buen ciudadano y docente, creó la tercera escuela fiscal para dar mayor comodidad a la comunidad.

La escuela particular “María Mercedes” de Junín, en el año 1.950, se fundó en noviembre 7, se hacen presentes las religiosas MERCEDARIAS MISIONERAS, en el pueblo de Junín. Siendo su directora, Madre Purificación Villanueva Bernal. Llevando esta como objetivo la enseñanza de Educación Básica, encaminada a la enseñanza, catequesis, misiones.

La escuela particular “Hule”, se creó el 7 de marzo de 1.987 por el Prof. Darwin Santana Álava, de quien nació la idea de crear este Centro Educativo, pensando en el futuro del cantón Junín; ya que era el deseo de muchas personas, se encuentra ubicada en la av.. 8 de noviembre.

Por lo que hemos analizado, en todas estas Escuelas Urbanas, no existe departamento odontológico, para atender a la gran mayoría de niños que hoy asisten a estos centros educativos.

Tuvimos la información de que la escuela Quito N° 59, es promotora de salud. En el año 2.009 realizaron un proyecto de salud, y uno de los objetivos fue, hacer que todos los niños de esta Escuela recibieran atención odontológica, dando charlas y aplicación de flúor a todos los niños. Esto motivo a la Escuela Junín, los cuales también fueron atendidos por estos programas odontológicos. Esta campaña de salud que hicieron con la ayuda de autoridades de la escuela y municipio y el Centro de Salud Junín, sirve de ejemplo para que otras escuelas realicen estas campañas y así mejorar la higiene bucal en niños y niñas de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín.”¹

¹ Escuelas urbanas del cantón Junín. Archivos actualizados de cada Escuela

5.2 HIGIENE BUCAL

La higiene oral es la práctica de mantener la boca, los dientes y encías limpias y saludables para prevenir los problemas dentales mediante la eliminación de la placa y las bacterias. Se incluye el cepillado de los dientes, hilo dental, limpieza de la lengua, y visitar al dentista regularmente. Se recomienda visitar al dentista dos veces al año, aunque los que tienen un mayor riesgo de las enfermedades bucodentales, como los consumidores de tabaco, se recomienda visitar al dentista con más frecuencia. Es muy importante seguir un régimen de salud oral en el hogar entre las visitas al dentista.

Muchas inquietudes respecto a la higiene oral de los niños se presentan entre los padres, es común pensar que la limpieza de la boca en un niño se realice cuando este tenga todos sus dientes en boca, pero es importante tener presente que un correcto cuidado de los dientes y encías de nuestros hijos deben realizarse desde que nacen.

“La educación y acceso a servicios de salud de calidad son ejemplo de promoción de la salud, por lo general este término se interpreta como proporcionar a los pacientes personalmente información relevante acerca de su salud dental; las habilidades necesarias para llevar a cabo esta educación oral comprenden comunicación, motivación y capacitación de individuos y pequeños grupos.”²

5.2.1 CUIDADOS EN EL HOGAR

Qué tipo de cuidado es apropiado

“La necesidad de los niños depende de la edad y si tienen dientes o no. Tanto los padres como las personas a cargo del cuidado del niño, necesitan saber qué nivel de cuidado bucal se recomienda para los niños durante su crecimiento.

Niños en edad escolar: Permita que los niños se cepillen solos (con supervisión). Tal vez, resulte necesario con algunos niños que el adulto que está supervisando “termine la tarea,” para asegurarse de que todas las superficies de los dientes han

² Higiene Dental y Tratamiento. Robert Ireland. Capítulo 17. Pág. 151 y 152.

sido limpiadas. Los niños necesitan supervisión y pueden necesitar ayuda con el cepillado ¡hasta al menos los 8 años de edad.

Nutrición

Los alimentos saludables para tener dientes saludables, son en realidad los mismos alimentos para tener una buena salud en general. Evite, o al menos disminuya los alimentos azucarados, pegajoso o a base de harina, tales como: pasteles, papitas, panes dulces, golosinas y frutas secas.”³

5.2.2 CEPILLADO DENTAL

Según la Asociación Dental Estadounidense, el primer cepillo dental lo creó en 1498 un emperador chino que puso cerdas de puerco en un mango de hueso. Los mercaderes que visitaban China introdujeron el cepillo entre los europeos si bien, no fueron muy comunes en occidente hasta el siglo XVII. Sin embargo, en aquellos tiempos los europeos preferían cepillos dentales más blandos confeccionados con pelos de caballo. También era común mondarse los dientes tras la comida con una pluma de ave o utilizar mondadientes de bronce o plata.

“El cepillo dental diario utilizando un dentífrico fluorado se considera en muchos países como un hábito socialmente aceptado y parece ser que la combinación de ambas técnicas preventivas es responsable de la disminución de las caries en los países desarrollados.

La eficacia clínica del cepillado se traduce en la eliminación de la placa bacteriana, y existe evidencia suficiente que los cepillos manuales son eficaces en la eliminación de placa y en la prevención de la gingivitis.”⁴

“Los objetivos del cepillado dental son obtener un estándar elevado de higiene oral por medio de la remoción de la placa en sitios accesibles y permitir la aplicación de fluoruro y otros agentes en la superficie dental.”⁵

³ Salud y Seguridad en Establecimientos de Cuidado de Niños 2007. Lynda Boyer-Chu RN. MPH. Pág. 8 y 31.

⁴ Odontología Preventiva y Comunitaria 2005. Emili Cuenca y Pilar Baca, III Edición. Capítulo. 5. Pág. 88.

5.2.3 FRECUENCIA DEL CEPILLADO

“La placa bacteriana vuelve a establecerse sobre la superficie dental en menos de 24 horas tras su eliminación, por lo que los dientes deben cepillarse al menos una vez al día. Lo ideal es que se realice el cepillado después de cada comida, aunque se recomienda que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de ir a la cama. En los niños hay que insistir mucho en la higiene, ya que es el periodo durante el cual se forma la dentición, además hay que dar mucha importancia en el cepillado en los niños portadores de aparatología ortodóncica.

Para los pacientes ortodóncicos existen cepillos diseñados especialmente con las cerdas en forma de V o de U. Sin embargo se aconseja el cepillo sulcular para remover la placa sulcular efectuando movimientos horizontales cortos y repetidos.

En pacientes portadores de prótesis parcial o total removible se deben extraer las mismas de la boca y realizar el cepillado tanto de la mucosa, como de los dientes remanentes y también cepillar las prótesis con agua y jabón.”⁶

5.2.4. CEPILLADO DE LA LENGUA

“La limpieza de lengua puede ser hecha con el cepillo de dientes de la siguiente forma:

- Coloque la lengua para fuera el máximo que pueda (intente visualizar áreas blanquecinas, que son los residuos).
- Coloque el cepillo en la parte más posterior posible de la lengua (sobre las áreas blanquecinas), presione el cepillo contra la lengua y empuje vigorosamente para adelante.
- Repita esta operación hasta que todos los restos hayan sido removidos y después enjuague la boca. Esta operación puede ser realizada durante el cepillado de dientes.

⁵ Higiene dental y tratamiento 2006. Robert Ireland. Sección II. Pág. 283.

⁶ http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_cepillado

Este procedimiento puede ser difícil para personas que tienen reflejo de restricción, o sea, sienten náuseas cuando un objeto es colocado en la lengua; pero la persona se acostumbra con el tiempo.”⁷

5.2.5. TIPOS DE CEPILLO

Aparte del cepillado dental existen también otros métodos que ayudan a eliminar la placa bacteriana tales como la seda dental, los cepillos interproximales o las limpiezas profesionales, pero vamos a centrarnos principalmente en las técnicas de cepillado dental.

Así pues, hablaremos de las características y tipos de cepillos, así como de las distintas técnicas de cepillado, indicando cuál de todas resulta más eficaz tanto para adultos como para niños.

5.2.5.1. CEPILLO CONVENCIONAL

“Existen diferentes diseños de cepillos dentales, y todos pueden ser efectivos (los cepillos de nailon suelen ser mas económica poseen cerdas de tamaño uniforme). La forma y textura del cepillo deben elegirse de acuerdo con cada paciente, tomando en consideración.

1. Tamaño de los dientes y la cavidad oral
2. Facilidad de accesibilidad
3. Calidad y anatomía de la encía
4. Cualquier zona vulnerable o sensibilidad.”⁸

5.2.5.2. CEPILLO PERIODONTAL

También llamado sulcular o crevicular, tiene dos tiras de cerdas. Se utiliza en casos de inflamación gingival y surcos periodontales profundos. También es recomendable en niños con ortodoncia fija.

⁷ <http://www.i-salud.com/familia/%C2%BFpor-que-limpiar-su-lengua/>

⁸ Higiene Dental y Tratamiento. Robert Ireland. Capitulo 17. Pág. 134

5.2.5.3. CEPILLO ELÉCTRICO

Los cepillos de dientes eléctricos en general muestran cuatro tipos básicos de movimientos:

- Horizontal.
- Rotatorio en arco de 60°.
- Combinados con oscilaciones rotatorias y de atrás-adelante.
- Con penachos de cerdas de rotación autónoma.
- Se ha diseñado una gran variedad de cepillos para solucionar el problema de la higiene bucal del paciente portador de ortodoncia. Algunos de estos cepillos tienen un corte en V a lo largo del eje mayor de las fibras para permitir su ubicación adecuada con respecto a la aparatología instalada.

5.2.5.4. CEPILLOS INTERDENTALES

“Los cepillos interdentes deben utilizarse una vez al día antes del cepillado dental; esto resulta más sencillo de recordar para el paciente y posee el beneficio adicional de que el fluoruro de la pasta dental penetra entre los dientes cuando se utiliza con el cepillo convencional después.

No se debe utilizar pasta dental con cepillos interdentes, ya que la mayoría de las pastas son abrasivas. Es posible eliminar la placa de manera efectiva sin frotar tanto, siempre que el cepillo posea un ajuste perfecto y la cabeza sea de 20 a 25 mm de largo.”⁹

5.2.6. CAMBIO DEL CEPILLO DE DIENTES

El momento de cambiar de cepillo dental, varía según la fuerza o la frecuencia del cepillado. “Reemplace los cepillos dentales cada tres meses o más frecuentemente si se muestran gastados, están contaminados por el contacto con otro cepillo o niño; o si el niño ha tenido una infección. Los cepillos dentales deben ser lavados después de cada uso y secados al aire. Si se guardan varios cepillos en el mismo lugar, no permitan que se toquen entre sí.”¹⁰

⁹ Higiene Dental y Tratamiento. Robert Ireland. Capítulo 17. Pág. 133

¹⁰ Salud y seguridad en establecimientos de cuidado de niños: Promoviendo la salud bucal infantil 2007. Lynda Boyer-Chu, RN, MPH. Pág. 34

5.2.7. CARACTERÍSTICAS DE LOS CEPILLOS DENTALES

“El cepillo tiene que tener una cabeza corta y estrecha y ser sustituido por uno nuevo cuando las cerdas se tuercen y separan”

La cabeza de cepillos de dientes para niños debe ser pequeña para permitir una accesibilidad y una limpieza óptima. En la parte anterior debe ser redondeado y tener una densa área de cerdas. Los más ventajosos son los cepillos de doble cabeza. Es recomendable que el material del que están hechas las cerdas sea sintético. Estas deben de ser blandas y redondeadas en su extremo para evitar que se produzcan heridas en las partes carnosas. Las cerdas de materias naturales son poco higiénicas, y al poco tiempo de uso su capacidad limpiadora deja de ser satisfactoria.”¹¹

5.2.8. TÉCNICAS DE CEPILLADO

“En los niños se recomienda la técnica de barrido horizontal por ser la más fácil. No debe de ser un cepillado demasiado enérgico. En menores de 7-8 años es aconsejable que los realicen los padres una vez al día, ya que el niño carece de la necesaria destreza manual a esa edad.” (Fig. 2 y 3 de Anexo 3)

5.2.8.1. TÉCNICA DE BASS

“Es recomendada en adultos, diseñada para conseguir la higiene del surco gingival. Se introducen suavemente las cerdas en el surco gingival formando un ángulo de 45° con el eje vertical y se realizan cortos movimientos vibratorios (cortos movimientos horizontales antero-posteriores) por área. A continuación se mueve el cepillo en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares o linguales/palatinas de los dientes.

Para las caras vestibulares de todos los dientes y linguales/palatinas de los premolares y molares el mango del cepillo debe mantenerse horizontal y paralelo al arco dental.

¹¹ Atlas de Odontopediatria 2005. Hubertus J.M. Van Waes – Paul W. Stockli. Pág. 146 y 147.

Para las caras palatinas/linguales de los incisivos superiores e inferiores, se sostiene verticalmente el cepillo, y se insertan las cerdas de un extremo de la cabeza del cepillo en el espacio crevicular.

Las caras oclusales se cepillan por medio de movimientos de frotación hacia delante y atrás.”¹²

5.2.8.2. TÉCNICA HORIZONTAL

Fue introducida por Kimmelman en 1966. Las cerdas del cepillo se colocan 90° con respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia adelante como en el barrido, Es la técnica está indicada en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permitan utilizar una técnica más compleja. Esta técnica se recomienda para niños pequeños o con dificultades motrices.

5.2.8.3. TÉCNICA DE STILLMAN MODIFICADA:

Las cerdas se colocan a 45° respecto de la raíz de los dientes sobre la zona de la encía, en una posición similar al método rotatorio, descansando parcialmente en la encía. El cepillo se sitúa en forma horizontal con un movimiento gradual hacia la zona oclusal (es decir el borde de los dientes anteriores o la zona de masticación de los posteriores).Es decir que se hace un barrido desde la encía hacia el diente. De esta manera se limpia la zona interproximal y se masajea el tejido gingival.

5.2.8.4. TÉCNICA DE CHARTERS

“Se coloca el cepillo con las cerdas formando un ángulo de 45¼ con respecto al plano oclusal y dirigidas hacia la zona de corte o masticación. Se realiza un movimiento rotatorio. Este método es particularmente eficaz en los casos de pérdida de altura de las papilas interdentes, es decir, cuando esos espacios están abiertos y así, accesibles a la penetración de las cerdas.”¹³

¹² Odontología Preventiva y Comunitaria. Dra. María José Lartitegui Sebastián 2009. Pág. 44.

¹³ <http://www.encias.com/higieneoraltecnicas.html>

5.2.9. SEDA DENTAL

“La ceda dental consiste en una especie de hilo compuesto principalmente por múltiples filamentos de nylon. Puede tener forma cilíndrica o de cinta, más o menos ancha. También puede estar recubierta por compuestos como cera, teflón y/o flúor, con los cuales se pretende lograr una mayor efectividad, aunque las sedas con diferentes características físicas y de composición no han comprobado ser superiores entre si. La presentación comercial de esta, ayuda de higiene oral, que traen varios metros enrollados de hilo, de los cuales se extrae un pequeña porción entre 40 y 50 cm de largo para realizar la higiene.

Así como con el cepillo, el uso de la seda dental en niños menores de 8 años y aún mayores, personas con alguna limitación física y ancianos deben de ser supervisados y/o realizados por otros, para ayudarles a lograr una higiene interdental efectiva.”¹⁴ (Fig. 4 - 5 - 6 Anexo 3)

Modo de uso

- Cortar unos 40 cm de hilo dental y enrollarlo en los dedos medios de ambas manos.
- Tomar el hilo con el índice y pulgar de cada mano, dejando unos 6 cm de hilo entre ambas manos.
- Tensar el hilo y deslizarlo suavemente entre los dientes.
- Moverlo frotando el borde del diente con el hilo de arriba hacia abajo, removiendo la placa bacteriana y restos de alimentos.
- Intentar llegar lo más abajo posible de la línea de las encías.
- Se recomienda su uso por lo menos una o dos veces al día.

5.2.10. ESTIMULADOR INTERDENTAL

Es una punta flexible de hule o plástico que esta adherida al extremo libre del mango del cepillo. Se utiliza solo para eliminar residuos del espacio interdental cuando este se encuentra muy abierto se ha reducido.

¹⁴ Periodoncia Fundamentos de la Odontología 2005. María Beatriz Ferro Camargo-Mauricio Gómez Gusman. Cap 6. Pág. 140

5.2.11. ENJUAGUES BUCALES

Como complemento perfecto para una completa higiene bucal, están los enjuagues bucales.

Son agentes químicos destinados a controlar la placa bacteriana y eliminar o disminuir los gérmenes que ésta contiene. Están compuestos por numerosos agentes químicos cuyo fin es el de combatir las diferentes enfermedades de la boca.

La función de los enjuagues bucales es:

- “Ayudar a eliminar la placa bacteriana y los pigmentos y pulir los dientes.
- Prevenir y reducir las caries dentales, aplicando fluoruro tópico en los dientes.
- Prevenir la gingivitis por medio de antimicrobianos.
- Lograr otros efectos, como desensibilización y blanqueamiento.
- Proporcionar al paciente una sensación de bienestar con un sabor de boca agradable y alimento fresco.”¹⁵

Cuando un paciente no puede realizar una adecuada remoción de placa bacteriana, el uso de cremas y enjuagues con agentes químicos es muy importante.

Un enjuague ideal debe ser:

- Cómodo para el paciente.
- Costo – efectivo.
- Tener baja toxicidad.
- Buena permeabilidad.

5.2.11.1. TRICLOSÁN

El Triclosán tiene una acción antiinflamatoria, es un antibacteriano y antihongos, de sustantividad elevada (actúa 14 horas), presenta menos acción anti placa que la Clorexidina, sin embargo no presenta los efectos secundarios de esta. Es un agente

¹⁵ Higiene dental y tratamiento 2006. Robert Ireland

que puede ser de uso diario continuado. Es muy útil en pacientes con enfermedad de las encías.

5.2.11.2. CLORHEXIDINA.

Este es uno de los agentes químicos más eficaz para combatir la placa dentó-bacteriana. Se une a las bacterias de dicha placa, el esmalte del diente y a la película adquirida, alterando el citoplasma bacteriano.

Su ventaja, en relación con otros antisépticos, consiste en fijarse en la mucosa oral debido a su fuerte carga positiva y liberarse poco a poco en el transcurso de las siguientes 8 a 12 horas, esta propiedad se denomina sustantividad. El digluconato de Clorexidina en solución alcohólica al 0.12% se utiliza cada 12 horas. En colutorio o enjuague durante 30 a 60 segundos inmediatamente después de la limpieza bucal.

El paciente debe saber que no debe deglutir la solución ni consumir líquidos o alimentos durante 30 minutos siguientes para lograr máxima eficacia. Los efectos colaterales de la solución mencionada son: irritación de mucosa, descamación, cambios en el sentido del gusto, tinción de dientes y lengua sobre todo en personas fumadoras o que ingieren té, café, o vino tinto o todos. Por tanto, solo debe indicarse a pacientes con enfermedad periodontal, irradiados en cara o cuello, con tratamiento ortodóntico con antecedentes recientes de tratamiento quirúrgico bucal o incapacitados para seguir una higiene bucal adecuada.

5.2.12. ENJUAGUES DENTALES CON FLUORURO

“Existen enjuagues bucales para uso diario y semanal que contienen 0,05% (225ppm) o 0.2% (900 ppm), de fluoruro de sodio, respectivamente. Es recomendable que los pacientes utilicen un enjuague dental usual para incrementar el número de exposiciones al fluoruro.

A todos los pacientes con ortodoncia se les debe de recomendar un enjuague con fluoruro para minimizar el riesgo de desmineralización y de lesiones de mancha

blanca en los márgenes de los brackets. Se debe tener precaución con los niños menores de seis años, ya que tienen mayor riesgo de ingestión.

5.2.13. PASTAS DENTALES

Las pastas dentales no deben contener componentes lesivos. Se sabe que algunos elementos como los agentes espumantes (sulfato de lauril sódico SLF) son nocivos. La mayoría de los pacientes homeopáticos no usaran un dentrífico que contenga fluoruro, edulcorantes, abrillantadores, colores o sabores artificiales, particularmente la menta.¹⁶

Las pastas suelen tener también un efecto terapéutico sobre nuestros dientes conteniendo productos antisarro, anticaries, desensibilizantes, antisépticos o blanqueadores.

5.2.13.1. Pastas con control de cálculo

Como lo indica su nombre, previenen la formación de cálculo (comúnmente denominado "piedra"). Algunos estudios indican que estas pastas disminuyen la formación de cálculo hasta en un 36 por ciento. Sin embargo, estas pastas no remueven el cálculo ya formado. Este debe ser removido por el odontólogo o higienista dental por medio de una limpieza profesional. El ingrediente activo de estas pastas dentales está basado en el mecanismo de acción química de diversos pirofosfatos y el citrato de zinc.

5.2.13.2. Pastas desensibilizantes

Muchas personas padecen de recesión de las encías (encías que se han alejado de los dientes) dejando al descubierto los cuellos (raíces) de los dientes. Esto dientes son sensibles en especial a los cambios de temperatura en la boca. Estas personas sufren al ingerir alimentos y bebidas muy frías o calientes.

Las pastas desensibilizantes ayudan a bloquear el dolor. La Asociación Dental Americana (ADA) reconoce dos ingredientes efectivos para tratar este problema: el cloruro de estroncio y el nitrato de potasio. El cloruro de estroncio actúa

¹⁶ Higiene Dental y Tratamiento. Robert Ireland. Capitulo 17. Pág.290-480

bloqueando los millones de tubulillos que atraviesan al diente hacia el nervio y el nitrato de potasio actúa reduciendo la habilidad del nervio de transmitir el impulso doloroso.

Puede tomar de 4 a 6 semanas antes de notar algún beneficio.

5.2.13.3. Bicarbonato de Sodio

Este ingrediente puede actuar como un leve abrasivo si se le utiliza en suficiente concentración. Muchas personas piensan que el bicarbonato previene la inflamación de las encías pero esto no se ha evidenciado en ningún estudio científico serio. Una ventaja del bicarbonato como ingrediente en la pasta dental, es que a muchas personas le agrada la textura y sabor de estas pastas y por tanto es probable que aumente la frecuencia del cepillado.

5.2.13.4. Peróxido de Hidrógeno (PASTAS BLANQUEADORAS)

El peróxido de hidrógeno es uno de los ingredientes utilizado en tratamientos blanqueadores realizados por el odontólogo. Su efectividad en el proceso de blanqueamiento está bien documentada en la literatura científica. No todo el mundo es un candidato para blanqueamiento y por ello cada quien debe consultar a su odontólogo.

Cuando se utiliza el peróxido en las pastas dentales, se le utiliza casi siempre en conjunto con bicarbonato de sodio. Las concentraciones del peróxido en las pastas no son suficientes para blanquear los dientes. Tampoco ha sido demostrado que el peróxido tenga efectos terapéuticos sobre las encías.

5.2.14. CLASIFICACIÓN DE LAS PASTAS DENTALES FLUORURADAS

5.2.14.1. PRODUCTOS COSMÉTICOS

“Las pastas dentales con menos de 1500 ppm de ión fluoruro son consideradas productos cosméticos.

5.2.14.2. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Pastas con concentraciones mayores a 1500 ppm de flúor.

Las pastas dentales clasificadas como productos cosméticos deben cumplir con el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Cosméticos.

Aquellas pastas clasificadas como productos farmacéuticos deben cumplir con el reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos.”¹⁷

5.2.14.3. COMPOSICIÓN

Las mayoría de las formulaciones de pastas fluoruradas contiene un compuesto activo fluorurado, agua, sistema abrasivo, surfactantes, agentes de unión, humectantes, agentes saborizantes y endulzantes, colorantes y perseverantes.

5.2.14.4. CONCENTRACIÓN DE FLÚOR

“En pastas infantiles, destinados a niños de 2 a 6 años, la concentración de flúor no debería ser inferior a 400 ppm ni superior a 500 ppm.

La concentración de flúor en las pastas para mayores de 6 años, consideradas productos cosméticos, no debería ser inferior a 1000 ppm ni superiores a 1500 ppm de flúor.

5.2.14.5. CONTRAINDICACIONES

- No usar pasta dental fluorurada en menores de 2 años.
- No deben ser usadas en menores de 6 años, aquellas pastas dentales que presenten una concentración.”¹⁸

¹⁷ Odontología preventiva y Comunitaria, principios, métodos y aplicación. Emili Cuenca Sala y Pilar Baca García. . 3 Edición. MASSON. S.A

¹⁸ Normas de uso de fluoruros en la prevención Odontológica. Año 2008. Dra. Olaya Fernández (MINSAL), Dr. Santiago Gómez (U. de Valparaíso). 2 ediciones. Capítulo 4. Pág. 28 – 32.

5.3. SALUD PERIODONTAL

“Periodoncía es una rama de la odontología que maneja las estructuras de la encía y los tejidos del soporte del diente y sus sustitutos.

Es indispensable tener un conocimiento profundo de las características del periodonto, sus componentes, sus límites anatómicos y su función en estado de salud y normalidad, para tener un punto claro de referencia para manejar en la práctica clínica tanto la prevención de la patología periodontal como también poder llegar a un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento correcto de la misma.

5.3.1. UNIDAD DENTO GINGIVAL.

Está constituida por la encía y diente, de forma más específica por la fibra gingival, el esmalte y el epitelio de unión.

5.3.1.1. PERIODONTO

El término periodonto significa **perio**: alrededor y **donto**: diente. Este se encuentra con formado por el periodonto de protección o unidad dento gingival y por la unidad dento alveolar o periodonto de inserción.”¹⁹

5.3.1.2 DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA DE LA ENCÍA.

La encía es la parte de la mucosa oral que recubre los procesos alveolares y las porciones cervicales de los dientes. La mucosa oral se puede dividir en:

- a. Mucosa masticatoria: incluye la encía queratinizada y el recubrimiento del paladar duro.
- b. Mucosa especializada: recubre el dorso de la lengua.
- c. Mucosa de revestimiento: corresponde al tejido restante.

Con respecto a los límites de la encía esta se extiende en sentido coronal desde el margen gingival hasta la línea mucogingival. En el paladar no existe línea mucogingival puesto que todo este se encuentra cubierto por mucosa masticatoria.

¹⁹ Fundamentos de la odontología, segunda edición. María Beatriz Ferro Camargo - Mauricio Gómez guzmán, Capítulo 1 pág. 16 a la 35, editorial pontificia universidad Javeriana Bogotá.

5.3.1.3. ENCÍA LIBRE Y ADHERIDA

La encía a su vez, se divide en encía libre y adherida o insertada. La encía libre va desde el margen gingival hasta la hendidura gingival correspondiente a la protección del surco gingival; y desde este punto hacia apical se encuentra la encía adherida (si la hay). En este punto cabe resaltar la diferencia entre encía adherida y encía queratinizada.

La encía queratinizada corresponde a la suma del margen gingival y la encía insertada, mientras que la encía adherida (si existe) se encuentre firmemente insertada al cemento radicular y al periostio subyacente mediante las fibras conectivas, y lo que la hace comparativamente inmóvil en relación con la mucosa alveolar que continua apicalmente a partir de la línea mucogingival.

5.3.1.4 MARGEN GINGIVAL

“El margen gingival es festoneado puesto que sigue la línea amelocementaria de los dientes, con un bisel que le da forma de filo de cuchillo, con apariencia general redondeada.

Entre el diente y la encía se forma una pequeña invaginación o surco gingival, que en pacientes sanos no debe exceder los dos a tres milímetros y cuanto se introduce en este una sonda periodontal, no debe sangrar; generalmente es más profundo en la medición clínica puesto que la sonda alcanza a penetrar entre el diente y el epitelio de unión, por otra parte existe algunos factores que pueden influir en la variación de dicha medición, por ejemplo:

- Grado de inflamación de los tejidos.
- Fuerza ejercida al sondaje.
- Grosor de la sonda periodontal
- Inclinación de la sonda al sondear.
- La presencia o ausencia de septum óseo interproximal.”²⁰

²⁰ Fundamentos de la odontología, María Beatriz Ferro Camargo. Mauricio Gómez guzmán. 2 edición Capitulo 1 pág. 16 a la 35, editorial pontificia universidad Javeriana Bogotá.

5.3.1.5 EPITELIO GINGIVAL

En los seres humanos la superficie gingival está recubierta por epitelio escamoso estratificado queratinizado o paraqueratinizado.

El epitelio gingival puede diferenciarse así:

- Epitelio oral: mira hacia la cavidad oral.
- Epitelio surcular oral: mira hacia el diente.
- Epitelio de unión: participa entre la adherencia entre el diente y la encía.

El epitelio de la encía es de tipo y grosor uniforme. El límite entre el epitelio de la encía y el epitelio conectivo subyacente es irregular y se caracteriza por presentar interdigitaciones de papilas epiteliales y conectivas que son las que clínicamente dan la apariencia de “cáscara de naranja”.

5.3.1.6. LIGAMENTO PERIODONTAL

“El ligamento periodontal tiene su origen en la fibra del saco dental y es el mecanismo de unión entre el diente, específicamente une el cemento radicular y el hueso alveolar. Es un tejido conectivo laxo altamente vascular y celular donde predomina el fibroblasto, células especializadas que excretan tanto fibras colágenas como las sustancias intercelulares del tejido conectivo. Este también es esencial para la movilidad fisiológica de los dientes la cual está determinada en gran parte por el ancho, altura y calidad del ligamento periodontal.

El diente está unido al hueso por haces de fibras colágenas las cuales se clasifican en:

- Fibras de la cresta alveolar
- Fibras horizontales
- Fibras oblicuas
- Fibras apicales
- Fibras de la zona interradiculares”²¹

²¹ Fundamentos de la odontología. 2 edición. María Beatriz Ferro Camargo, Mauricio Gómez guzmán. Capítulo 1 pág. 16 a la 35. editorial pontificia universidad Javeriana Bogotá.

5.3.1.7. HUESO ALVEOLAR

El hueso es un tejido mesodérmico especializado compuesto por matriz orgánica y matriz inorgánica. El componente orgánico está constituido por una red de osteositos y sustancias extracelulares, en tanto que gran parte de la inorgánica está compuesta por calcio, fosfato y carbonato en formas de cristales de apatita.

El proceso alveolar es aquella parte del maxilar donde se encuentran los procesos alveolos que alojan los dientes, se forman con el desarrollo y la erupción de los diente y se reabsorben gradualmente ante la pérdida dental. La función de los dientes está directamente relacionada con el mantenimiento del hueso alveolar.

5.3.2. HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica, consta de módulos, secuenciales encaminados a:

- Conocer y detallar el signo o síntoma (“molestia”) Periodontal por el que consulta el paciente.
- Conocer la condición sistémica presente y pasada.
- Conocer la historia familiar.
- Conocer el entorno social y económico del paciente.
- Identificar los posibles factores de riesgos innatos y adquiridos.
- Valorar la condición clínica específica (dental y Periodontal) del paciente.

5.3.3. EXAMEN CLÍNICO

El odontólogo debe contar con el pleno conocimiento de los parámetros clínicos y radiográficos que demarcan las características de normalidad. Este hecho le permitirá detectar desviaciones hacia lo anormal o patológico.

- Periodontal. Sondeo de los surcos o bolsas periodontales.
- Sondeo de las bi o trifurcaciones.
- Evaluación de la movilidad dentaria.
- Evaluación de la función oclusal.

- Análisis de radiografías oclusales y/o coronales.
- Evaluación de factores etológicos locales tales como: placa bacteriana, obturaciones defectuosas, empaquetamiento alimenticio, caries, mal posiciones dentales, defectos anatómicos dentales (surcos de desarrollo, proyecciones del esmalte, etc.).

5.3.4. INSPECCIÓN DEL TEJIDO BLANDO

Su objetivo principal es detectar procesos inflamatorios que comprometan el tejido blando Periodontal, alteraciones en la posición y arquitectura del margen gingival, lo mismo que el estado de las inserciones de los frenillos. También pretende establecer el fenotipo gingival que expresa el paciente, durante esta fase del examen es necesario evaluar el tono muscular de los labios y observar si normalmente el paciente logra un labial sin mayores esfuerzos.

Para la detección del proceso inflamatorio gingival localizado, es necesario explorar cada una de los “sensores” clínicos característicos de enfermedad, tales como enrojecimientos, edema, alteración en la forma y consistencia gingival, sangrado después del sondeo Periodontal y supuración.

5.3.4.1. PLACA BACTERIANA

“La placa bacteriana es una biopelícula, entendiendo como tal una estructura que coloniza una amplia variedad de superficies presentes tanto en el hombre como en la naturaleza.

En la cavidad oral, la placa dental se define como un conjunto de microorganismos firmemente adheridos entre si 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 el aire a presión. Esto la diferencia de la materia alba, que está constituida por restos alimentarios, células descamadas, leucocitos y bacterianas no adheridas y que puede ser arrastrada, por ejemplo, por un chorro de agua.

Existen dos tipos de placas dentales en relación con la encía. Las denominadas supragingivales o coronales, a su vez localizadas en las superficies lisas, sobre todo en las zonas de estancamiento como el margen gingival (placa marginal); zonas de retención de las áreas de contacto de los dientes o espacios interproximales (placa proximal) y otras zonas retentivas como las fosas, fisuras o surcos de las superficies oclusales (placa de fosas y fisura).

El segundo tipo de placa dental asienta en el surco gingival y es conocida como placa subgingival.”²²

5.3.4.2. CÁLCULO DENTAL

“El cálculo dental no es más que biopelícula calcificada que se deposita sobre las superficies dentales, bien sean coronales o radiculares y podría llegar a considerarse como la etapa final de la formación de de la biopelícula.

En si no es considerado un factor etiológico de la enfermedad periodontal; sin embargo, es de suma importancia que el clínico sea capaz de detectarlo, ya que las bacterias que lo cubren permanecen en intimo contacto con las superficies de los tejidos periodontales induciendo la enfermedad periodontal.

El cálculo se adhiere a la superficie dental por medio de la interacción con la película adquirida y estableciendo una traba mecánica con las irregularidades de la superficie. A nivel radicular puede incluso estar en estrecho contacto con el cemento.

Sus características clínicas son muy variadas y su color puede ir entre blanquecino y café oscuro de acuerdo con diferentes factores especialmente la dieta –hábitos- del paciente porque los pigmentos contenidos en los alimentos pueden determinar su coloración. Puede formarse en cualquier diente pero se encuentran más frecuentemente en las caras libres de los dientes localizados en las áreas adyacentes a la salida de los conductos de las glándulas salivares.”²³

²² Odontología Preventiva y Comunitaria. Emili Cuenca Sala y Pilar Baca García 3ra edición Capitulo 3 pág. 51

²³ Fundamentos de la Odontología. María Beatriz Ferro Camargo, Mauricio Gómez guzmán. 2 edición Capitulo 3 pág. 65. editorial pontificia universidad Javeriana Bogotá.

5.3.4.4. HALITOSIS

“Halitosis o mal aliento es una afección de la encía de la que se da cuenta muy a menudo. Sea en forma de mal aliento ocasional que siente casi todo adulto sano al levantarme en la mañana, o sea en forma de problemas más serios o graves, desde trastornos metabólicos hasta tumores pulmonares, se dice que la halitosis afecta a casi 50 % de una población. A juzgar por la magnitud del mercado de ventas de colutorios y otros productos contra el mal aliento (de casi un billón de dólares según las últimas estadísticas) la halitosis es un problema personas que preocupa a mucha gente. La halitosis puede ser también un sistema de ciertas enfermedades que afectan a todos los organismos, como una enfermedad del hígado, una diabetes mal controlada, insuficiencia renal o una enfermedad de los pulmones o de la boca.

Pero la causas principales es sin duda algunas, la combinación de residuos alimenticios entre los dientes y una mala o escasa higiene bucal , la cual crea un buen caldo de cultivo para las bacterias y, por lo tanto , para las infecciones . Este problema se soluciona cepillando los dientes adecuadamente y utilizando seda dental.”²⁴

5.3.4.5. SONDAJE PERIODONTAL

El sondaje Periodontal es uno de los pocos medios con características de objetividad, con el que cuenta el examen clínico Periodontal; con el se puede detectar la condición de salud o enfermedad, basados en la ausencia o presencia de sangrado a través del surco gingival durante o inmediatamente después de la ejecución de dicho procedimiento.

Además, permite establecer la magnitud de la profundidad de los surcos gingivales o bolsas periodontales, lo mismo que el nivel de inserción clínico Periodontal. Sin embargo, se debe tener en cuenta que existe un margen de error asociado con este examen, que en un examinador debidamente calibrado puede ser hasta de 1 mm.

²⁴ www.monografias.com

5.3.4.6. EVALUACIÓN DE LA MOVILIDAD DENTARIA

Frecuentemente, el clínico general sobrestima la movilidad dentaria y comúnmente la emplea como el único recurso de valoración Periodontal. La evaluación de la movilidad dentaria siempre debe estar acompañada de otros parámetros clínicos y ayudas diagnósticas. Partiendo de este hecho, se recomienda que en presencia de un diente con hipermovilidad, seguidamente se establezca el nivel de inserción clínica y la profundidad de bolsas periodontales; el nivel radiográfico del soporte óseo, la presencia de lesiones periapicales, etc. para así determinar la(s) posible(s) causa(s) de la movilidad incrementada que acusa el diente examinado.

La hipermovilidad dentaria, como signo clínico, puede ser observada en algunas situaciones de periodontitis apical, trauma oclusal, diferentes grados de severidad de periodontitis, etc. por estas razones, la movilidad dentaria más allá de los límites fisiológicos, no es considerada como signo patognomónico de periodontitis.

5.3.4.7. RECESIÓN GINGIVAL

“La recesión gingival, la cual es una falta de cobertura total de la raíz del diente, dejando la superficie radicular expuesta, es muy común, y es una causa de preocupación para muchos pacientes. Las causas principales son:

- Desproporción en el tamaño de los dientes y el hueso alveolar – el diente es muy ancho para el hueso alveolar de soporte, esta situación puede ser exacerbada por la abrasión del cepillado dental, en especial si el paciente utiliza una técnica muy agresiva.
- Pérdida de la adherencia por periodontitis crónica.”²⁵

5.3.5. ANÁLISIS RADIOGRÁFICO

“El uso de las radiografías en el diagnóstico periodontal se basa en el objetivo de evaluar el nivel óseo radiográfico incluye toda la extensión y el patrón de la pérdida ósea si está presente.

²⁵ Higiene dental y tratamiento 2006. Robert Ireland. Sección II. Pág. 118 – 119.

También ofrecen información acerca del espacio del ligamento periodontal, la cortical ósea, longitud y morfología radicular, proporción corona/raíz y de factores de riesgo locales como cálculos subgingivales, restauraciones desadaptadas o sobre contorneadas y compromiso endodóntico.”²⁶

5.3.6. DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO PERIODONTAL

“Los objetivos iniciales del diagnóstico periodontal eran la identificación de los signos clínicos de la enfermedad en los dientes y estructuras de soporte. Más recientemente, la investigación de laboratorio y el desarrollo tecnológico han permitido desarrollar otras formas de diagnóstico, encaminadas idealmente a la identificación lo más temprana posible del inicio y la progresión de la enfermedad, tanto en el individuo como en las localizaciones periodontales específicas.

Al evaluar el estado periodontal, el interés reside en disponer de prueba diagnóstica para determinar la existencia de enfermedad periodontal activa, establecer el nivel de riesgo de inicio de periodontitis, identificando los individuos o localizaciones periodontales específicas donde esté aumentado, y determinar el pronóstico de la enfermedad con tratamiento o sin él. Para ello se dispone de una serie de marcadores o indicadores de la presencia de periodontitis, los cuales, combinados con los factores de riesgo y otras características del sujeto (edad, sexo, raza), permiten establecer modelos de riesgo y modelos predictivos para alcanzar las metas propuestas de diagnósticos, determinación del riesgo, y pronóstico de las enfermedades periodontales.”²⁷

5.3.7. PATOLOGÍA ORAL Y PROBLEMA PERIODONTALES

La exploración de la mucosa y del periodonto en pacientes odontopediátricos, debe ser sistemática en la exploración oral. Su importancia radica en que cuanto antes se diagnostique una lesión oral mejor será su pronóstico. La mayoría de las

²⁶ Odontopediatria. Saavedra Marban y C. Armero Abad J.R.Boj, M.Catala, C. García editorial MASSON. Capitulo. pagina 367 a la 373

²⁷ Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios métodos y aplicación. Emili Cuenca Sala y Pilar Baca García. 3ra edición. Cap. 9 Prevención y control de las enfermedades periodontales. pág. 175, 176, 178.

lesiones orales aparecen en niños que, por lo demás, están sanos, pero en determinados casos, estas pueden ser signos de enfermedades sistémicas cuya primera manifestación es en el campo orofacial.

Las enfermedades gingivales (EG), en sus diversas formas de afectación, son un hallazgo habitual en niños y adolescentes. En el niño sano no suele ocurrir la típica evolución de gingivitis a periodontitis por lo que, a pesar de la elevada prevalencia de gingivitis, la incidencia de formas crónicas y agresivas de la enfermedad periodontal (EP) es baja. Estas últimas suelen ir asociadas a enfermedades sistémicas.

5.3.8. CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

5.3.8.1. GINGIVITIS

“El termino gingivitis significa inflamación de la encía. La causa mas común es la acumulación de la placa dentobacteriana en los márgenes gingivales cuando el paciente no la remueve de manera efectiva. A diferencia de la periodontitis, la gingivitis da como resultado daño reversible a los tejidos gingivales.”²⁸

HALLAZGOS CLÍNICOS:

“No hay pérdida de inserción

- El sangredo puede o no estar presente
- La pseudobolsas puede estar o presentes
- Solo los tejidos gingivales han sido infectados en el proceso inflamatorio

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS:

No hay evidencia RX de perdida ósea

La lamina dura y la cresta está presente

El nivel del hueso alveolar está entre 1 – 2 mm del área de unión cemento esmalte.

²⁸ Higiene dental y tratamiento 2006. Robert Ireland. Sección II. Pág. 113.

5.3.8.2. ENFERMEDADES GINGIVALES INDUCIDAS POR PLACA.

EG son el conjunto de signos y síntomas de distintas afecciones localizadas en la encía. Puede ser inducida por placa o inicialmente no asociadas a la presencia de placa bacteriana.

5.3.8.3. ENFERMEDAD GINGIVAL ASOCIADA A LA PLACA BACTERIANA.

La gingivitis es la EG más común en niños, y se caracteriza por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o de hueso alveolar. El inicio de este proceso es multifactorial, más de 40 componentes de fluido cervical se han estudiado por su papel en la patogenia.

En dentición temporal comienza con una inflamación del margen gingival que avanza en ocasiones hasta la encía insertada. Conforme empeora la situación, el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el sondaje o con el cepillado. No existe flora bacteriana.

Las pruebas histológicas apoyan una diferencia entre la gingivitis infantil y la adulta: un infiltrado linfocítico con predominio de células plasmáticas. La gingivitis responde ante la eliminación de depósitos bacterianos y la mejoría en las técnicas de higiene oral diarias.”²⁹

5.3.8.4. ENFERMEDAD GINGIVAL MODIFICADA POR FACTORES SISTÉMICOS (MEDIADOS POR HORMONAS ESTEROIDES)

Estos procesos se caracterizan por una marcada respuesta inflamatoria con inflamación y eritema graves.

La gingivitis por fluctuaciones hormonales, en presencia de poca o nula placa bacteriana. Se suele estabilizar en una etapa tarda de la adolescencia.

29 Periodontología clínica de Carranza Autores: Gerald shklar y Fermín A Carranza parte 2 capítulo 5 epidemiología de las enfermedades periodontales pág. 94 - 99

Cualquier factor local, como placa acumulada, caries apiñamiento, respiración oral, erupción dental y/o Aparatología ortodónticas, tiende a combinarse para agravar la gingivitis.

El tratamiento es necesariamente de naturaleza local mediante tartrectomía, si es preciso, e instrucciones de higiene oral.

5.3.8.5. ENFERMEDAD GINGIVAL INDUCIDA POR FÁRMACOS.

“Estas gingivitis se asocian a la ingesta terapéutica de antiepilépticos (fenitoína, hidantoína), inmunosupresores (ciclosporina A) y antagonistas del calcio (nifedipino, valproato sódico).

La hiperplasia gingival no aparece en todos los pacientes tratados con estos fármacos, sino que depende de factores predisponentes genéticos. No parece existir una relación entre la dosis del fármaco y la gravedad de la hipertrofia.

Con la fenitoína aparece en el 50 - 80 % de los individuos tratados, con ciclosporinas en el 20 – 30 % y con los antagonistas del calcio en el 20%. La prevalencia es mayor en grupos de población joven.

El fármaco que con más frecuencia puede causar esta alteración gingival en los niños son los anticonvulsivantes. Los patrones de hiperplasia gingival varían en un mismo individuo y entre distintos pacientes.

El agrandamiento gingival suele comenzar después de 3 meses de medicación, y alcanza su intensidad máxima a los 12 – 18 meses de tratamiento.”³⁰

5.3.9. PERIODONTITIS

La periodontitis se la define como “una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes causada por microorganismos o grupos de microorganismos específicos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas”.

³⁰ Periodontología clínica de Carranza. Gerald shkklar y Fermín A Carranza parte 2. capítulo 5. epidemiología de las enfermedades periodontales pág. 94 - 99

La característica clínica que distingue la periodontitis de la gingivitis es la presencia de pérdida ósea detectable.

5.3.9.1. PERIODONTITIS LEVE

Habitualmente se considera la destrucción periodontal como leve cuando se producen no más de 3 a 4 mm.

HALLAZGOS CLÍNICOS

El sangrado al sondaje puede estar presente en la fase activa

Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 3 a 4 mm

El área localizada de recesión

Posible área de lesión de furca clase I

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS

Pérdida ósea horizontal suele ser común

Ligera pérdida del septum interdental

El nivel del hueso alveolar está a 3 – 4 mm del área de unión cemento esmalte

5.3.9.2. PERIODONTITIS MODERADA

Se califica como moderada la destrucción periodontal si hay 5 a 6 mm de pérdida de inserción clínica.

HALLAZGOS CLÍNICOS

Profundidad de bolsas o pérdida de inserción de 5 a 6 mm

Sangrado al sondaje

Área de lesión de furca grado I o II

Movilidad dental clase I

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS

Suele presentar pérdida ósea horizontal o vertical

El nivel del hueso alveolar esta de 4 a 6 mm del área de unión cemento esmalte

Furcaciones RX grado I y II

5.3.9.3. PERIODONTITIS AVANZADA

Hay pérdida del tercio apical con perdida de inserción de 6 a 7 mm.

HALLAZGOS CLÍNICOS

Sangrado al sondaje

Profundidad de bolsas o pérdida de inserción de más de 6 mm

Lesión de furca grado II y III

Movilidad dentaria de clase II y III

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS

Pérdida ósea horizontal y vertical

El nivel del hueso alveolar está a 6 mm o más del área de unión cemento esmalte

Furcas de evidencia RX³¹

³¹ http://sisbib.unmsm.edu.pe/bivirtualdata/tesis/salud/allende_rp/clasificacion.pdf

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 MÉTODOS

6.1.1 MODALIDAD BÁSICA

- ✓ Es bibliográfica, porque la investigación se basó en información obtenida de textos bibliográficos especializados, documentos de propiedad del Centro de Salud Junín y sitios de Internet referentes al tema.
- ✓ Es de campo, porque se encuestó a los niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón; la observación fue uno de los métodos indispensables para así saber los niveles de higiene oral que tenía cada niño.

6.1.2 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

- ✓ **EXPLORATORIA:** Porque se examinó el historial clínico de niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas, en el Centro de Salud Junín, y a la vez se examinó en boca, para así saber si el tipo de enfermedad periodontal, si es causado por una mala higiene bucal.
- ✓ **DESCRIPTIVA:** Porque se contó con teoría científica, el cual nos facilitó la investigación, teniendo esta teoría un contenido moderno y comprensivo, ya que este fue un estudio que contó con el apoyo del Centro de Salud de Junín y las autoridades de las Escuelas.
- ✓ **ANALÍTICA:** Porque se realizó un análisis profundo y sus desencadenantes de los hábitos de higiene bucal, basados en el contenido científico.
- ✓ **SINTÉTICA:** Porque toda la investigación recopilada fue sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.
- ✓ **PROPOSITIVA:** Porque al final de la investigación, se diseñó una propuesta de solución al problema.

6.2 TÉCNICAS

- ✓ Encuestas dirigidas a los niños de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín.
- ✓ Observación al proceso de higiene bucal de los niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín.

6.3 INSTRUMENTOS

- ✓ **Encuestas:** Formulario de encuesta
- ✓ **Observación:** Matriz de observación, Historia clínica

6.4 POBLACIÓN

La población la constituyen 412 niños y niñas de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín.

6.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra es de 199 niños y niñas de 7 a 9 años.

6.6. RECURSOS

6.6.1 TALENTO HUMANO

- ✓ Tutor de tesis
- ✓ Equipos de investigadores
- ✓ Estudiantes de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín

6.6.2 RECURSOS MATERIALES

- ✓ Textos relacionados con el tema de investigación
- ✓ Fotocopia
- ✓ Encuadernación
- ✓ Materiales de oficina
- ✓ Suministros de impresión
- ✓ Instrumental básico para exploración clínica

- ✓ Memory
- ✓ Internet

6.6.3 RECURSOS ECONÓMICOS

La investigación tuvo un costo aproximado de \$ 368 (ver en anexo 1)

CAPÍTULO VII

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Análisis e interpretación de los resultados

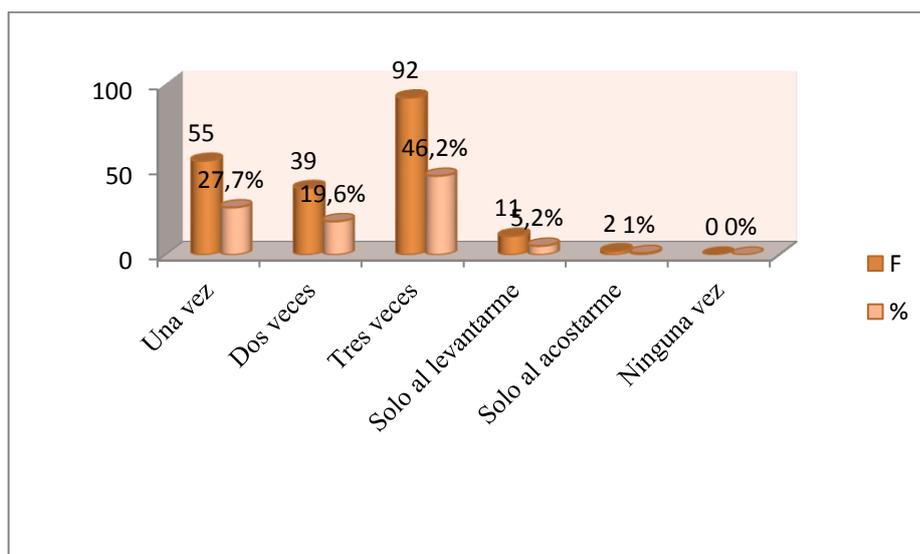
7.1.1 Análisis e interpretación de los resultados de las encuestas realizada a los niños y niñas de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín.

GRAFICUADRO # 1

FRECUENCIA DEL CEPILLADO

¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

Alternativas	F	%
Una vez	55	27,7
Dos veces	39	19,6
Tres veces	92	46,2
Solo al levantarme	11	5,2
Solo al acostarme	2	1,0
Ninguna vez	0	0
TOTAL	199	100%



Fuente: Encuestas realizadas a los niños y niñas de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín.

Elaborado por: Henry Augusto Loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De 199 niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín encuestadas sobre, cuántas veces al día se cepillan los dientes: 55 estudiantes que corresponden al 27,7%, respondieron una vez al día, 39 estudiantes que corresponden al 19,6%, dos veces al día, 92 estudiantes que corresponden al 46,2%, tres veces al día, 11 estudiantes que corresponden al 5,2%, solo al levantarse, 2 estudiantes que corresponden al 1,0%, solo al acostarse, y un 0% a ninguna vez.

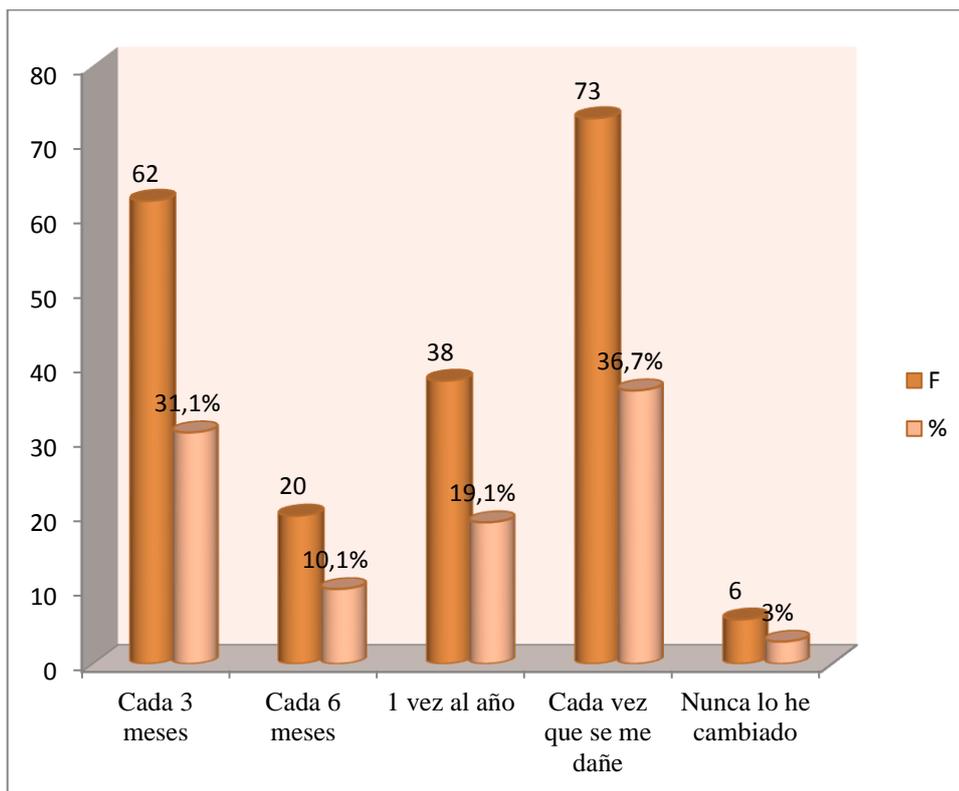
Frente a esta información: Higiene Dental y tratamiento. Robert Ireland 2008. I edición. Pág. 283 nos dice: **“Se recomienda realizar el cepillado dental 2 veces al día, en especial antes de acostarse, ya que desempeña una función clave en la prevención y el control de las caries dental y de la enfermedad periodontal.”**, por lo que la investigación dio como resultado que el 46.2% de los niños se cepillan tres veces al día, lo que significa que la mayoría de los niños no lo están realizando las veces que son necesarias.

GRAFICUADRO # 2

REEMPLAZO DEL CEPILLO DENTAL

¿Cada cuánto tiempo cambias tu cepillo dental?

Alternativas	F	%
Cada 3 meses	62	31,1
Cada 6 meses	20	10,1
1 vez al año	38	19,1
Cada vez que se me daña	73	36,7
Nunca lo he cambiado	6	3
Total	199	100%



Fuente: Encuestas realizadas a los niños y niñas de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín.

Elaborado por: Henry Augusto Loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo con la pregunta planteada, se consultó a los 199 niños y niñas de las escuelas urbanas del cantón Junín, cada cuanto tiempo cambias tu cepillo dental: 62 estudiantes que corresponden al 31,1 %, respondieron cada 3 meses, 20 estudiantes que corresponden al 10,1%, cada 6 meses, 38 estudiantes que corresponden al 19,1%, 1 vez al año, 73 estudiantes que corresponden al 36,7%, cada vez que se me dañe, 6 estudiantes que corresponden al 3%, nunca he cambiado mi cepillo dental.

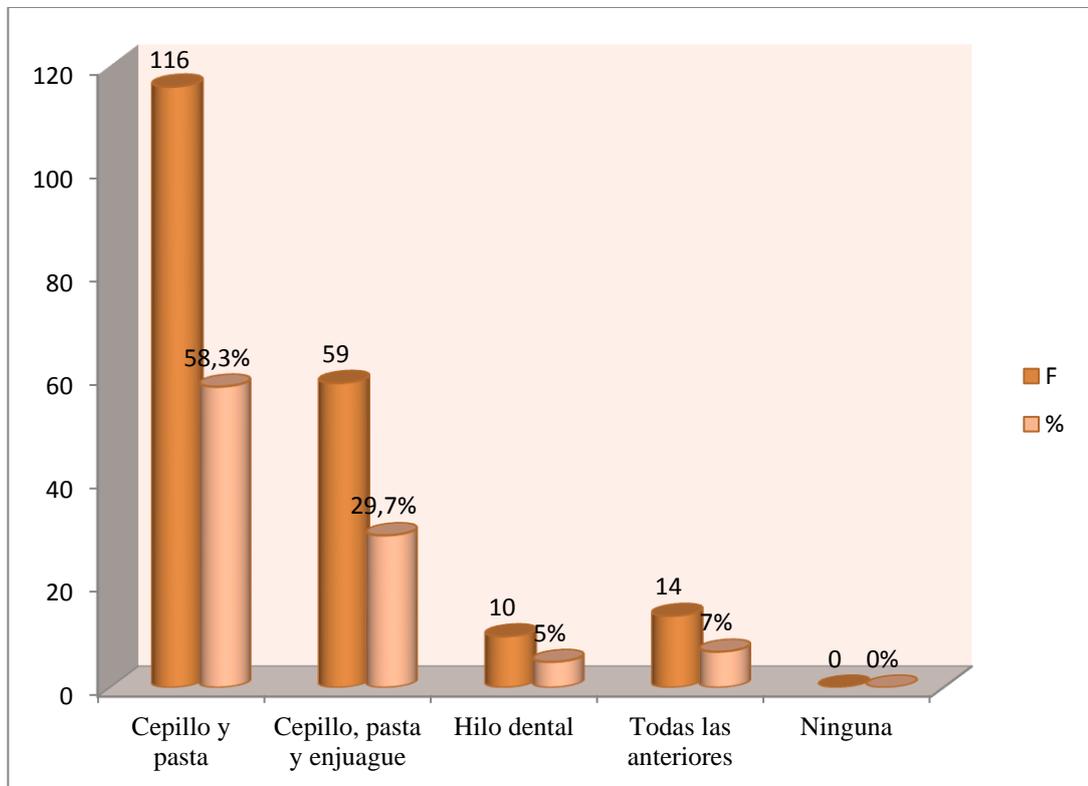
Por los datos obtenidos en la encuesta realizada a los 199 niños y niñas de las escuelas urbanas del cantón Junín, es indiscutible que una gran cantidad de ellos cambien su cepillo dental cada vez que se les dañe, lo cual es un error: Salud y seguridad en establecimientos de cuidado de niños 2007. Lynda Boyer-Chu, RN, MPH. Pág. 34, manifiesta que **“Reemplace los cepillos dentales cada tres meses o más frecuentemente si se muestran gastados”**.

GRAFICUADRO # 3

IMPLEMENTOS DE LIMPIEZA BUCAL

¿Qué implementos de limpieza utilizas para tu boca?

Alternativas	F	%
Cepillo y pasta	116	58,3
Cepillo, pasta y enjuague	59	29,7
Hilo dental	10	5
Todas las anteriores	14	7
Ninguna	0	0
TOTAL	199	100%



Fuente: Encuestas realizadas a los niños y niñas de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín.

Elaborado por: Henry Augusto Loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De 199 niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín, encuestadas sobre, que implementos de limpieza utilizas para tu boca: 116 estudiantes que corresponden al 58,3%, respondieron cepillo y pasta, 59 estudiantes que corresponden al 29,75%, cepillo, pasta y enjuague, 10 estudiantes que corresponden al 5%, hilo dental, 14 estudiantes que corresponden al 7%, todas las anteriores, y un 0% a ninguna.

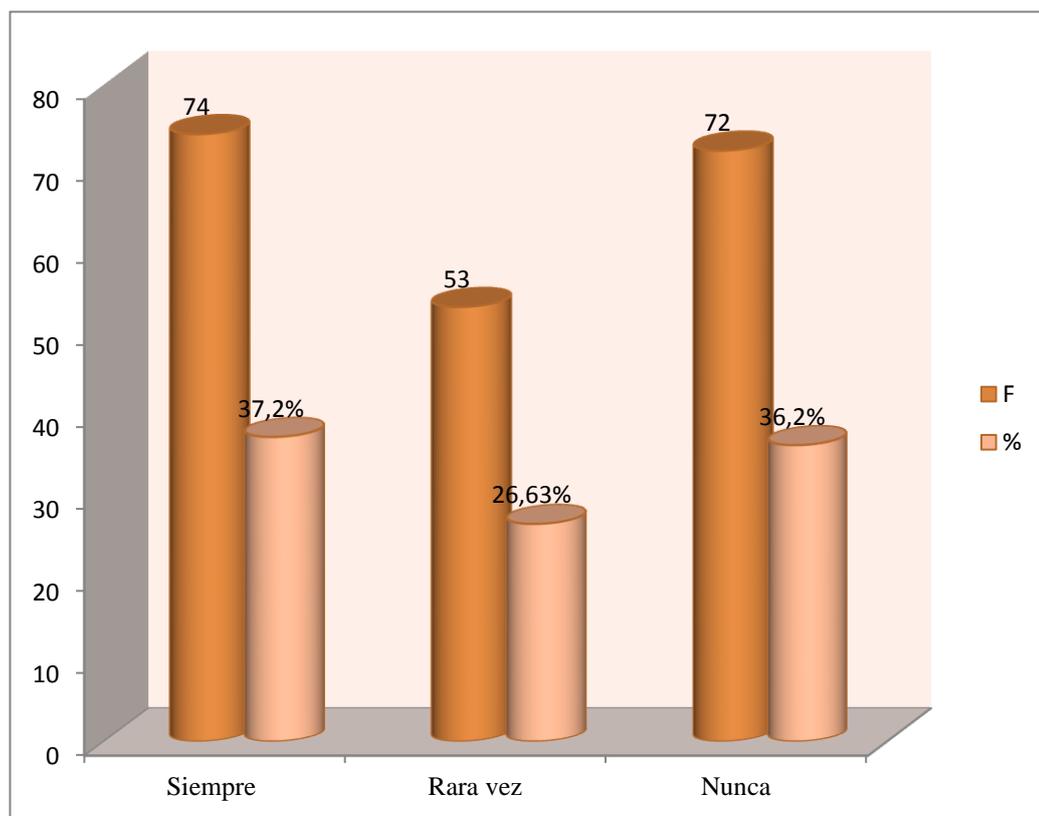
Frente a esta información: Odontología preventiva y comunitaria principios métodos y aplicaciones 2005. Emili cuenca y pilar baca. 3ra. edición. Capítulo 5. Página 88, **“el cepillo dental diario utilizando un dentífrico fluorado se considera en muchos países como un hábito socialmente aceptado y parece ser que la combinación de ambas técnicas preventivas son responsable de la eliminación de la placa bacteriana y la prevención de la gingivitis”**, por lo que se puede evidenciar en este estudio que el 58.3% de los niños utilizan cepillo y pasta.

GRAFICUADRO # 4

SANGRADO DE LAS ENCÍAS

¿Te sangran las encías al cepillarte los dientes?

Alternativas	F	%
Siempre	74	37,2
Rara vez	53	26,63
nunca	72	36,2
TOTAL	199	100%



Fuente: Encuestas realizadas a los niños y niñas de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín.

Elaborado por: Henry Augusto Loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se consulta a los niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín sobre, te sangran las encías al cepillarte los dientes, los cuales respondieron: 74 estudiantes que corresponden al 37,2%, siempre, 53 estudiantes que corresponden al 26,63%, rara vez, 72 estudiantes que corresponden al 36,2%, nunca.

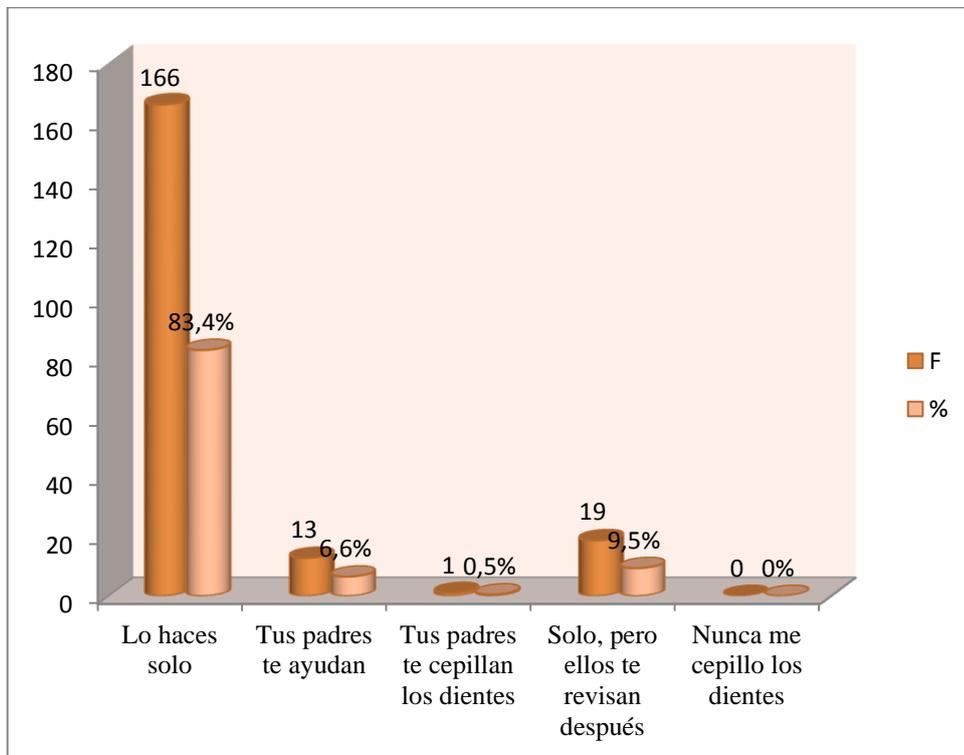
Odontopediatria 2005. G. Saavedra Marban y .C. Armero Abad. Capitulo 32. Pág. 37, nos dice **“(cuando existe enfermedad periodontal) el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el sondaje o con el cepillado (dental)**. Lo que explica que la mayor parte de los 199 niños y niñas encuestados le sangran las encías al cepillarse los dientes.

GRAFICUADRO # 5

CEPILLADO DENTAL

Cuando te cepillas los dientes:

Alternativas	F	%
Lo haces solo	166	83,4
Tus padres te ayudan	13	6,6
Tus padres te cepillan los dientes	1	0,5
Solo, pero ellos te revisan después	19	9,5
Nunca me cepillo los dientes	0	0
TOTAL	199	100%



Fuente: Encuestas realizadas a los niños y niñas de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín.

Elaborado por: Henry Augusto Loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se consultó a los 199 niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín sobre, cuando te cepillas los dientes: 166 estudiantes que corresponden al 83,4%, respondieron lo haces solo, 13 estudiantes que corresponden al 6,6%, tus padres te ayudan, 1 estudiante que corresponde al 0,5%, tus padres te cepillan los dientes, 19 estudiantes que corresponden al 9,5%, solo, pero ellos te revisan después, y un 0%, nunca me cepillo los dientes.

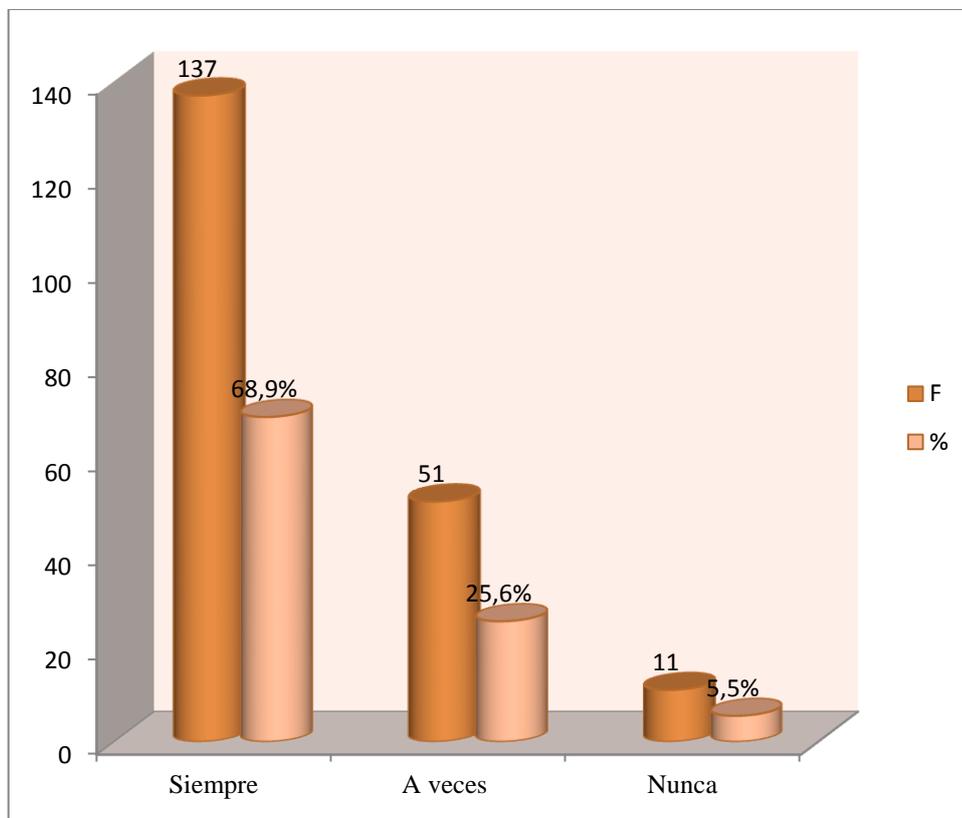
Según la cita: Odontología Preventiva y Comunitaria. Dra. María José Lartitegui Sebastián 2009 dice que: **“En menores de 7-8 años es aconsejable que los realicen los padres una vez al día”**, frente a los datos recolectados de las encuestas realizados a los niños, hay un 83.4% que se cepillan solo los dientes.

GRAFICUADRO # 6

CEPILLADO DE LA LENGUA

Cuando te cepillas los dientes ¿cepillas tu lengua?

Alternativas	F	%
Siempre	137	68,9
A veces	51	25,6
Nunca	11	5,5
TOTAL	199	100%



Fuente: Encuestas realizadas a los niños y niñas de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín.

Elaborado por: Henry Augusto Loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De 199 niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín encuestadas sobre, cuando te cepillas los dientes, cepillas tu lengua: 137 estudiantes que corresponden al 68,9%, respondieron siempre, 51 estudiantes que corresponden al 25,6%, a veces, 11 estudiantes que corresponden al 5,5%, a nunca.

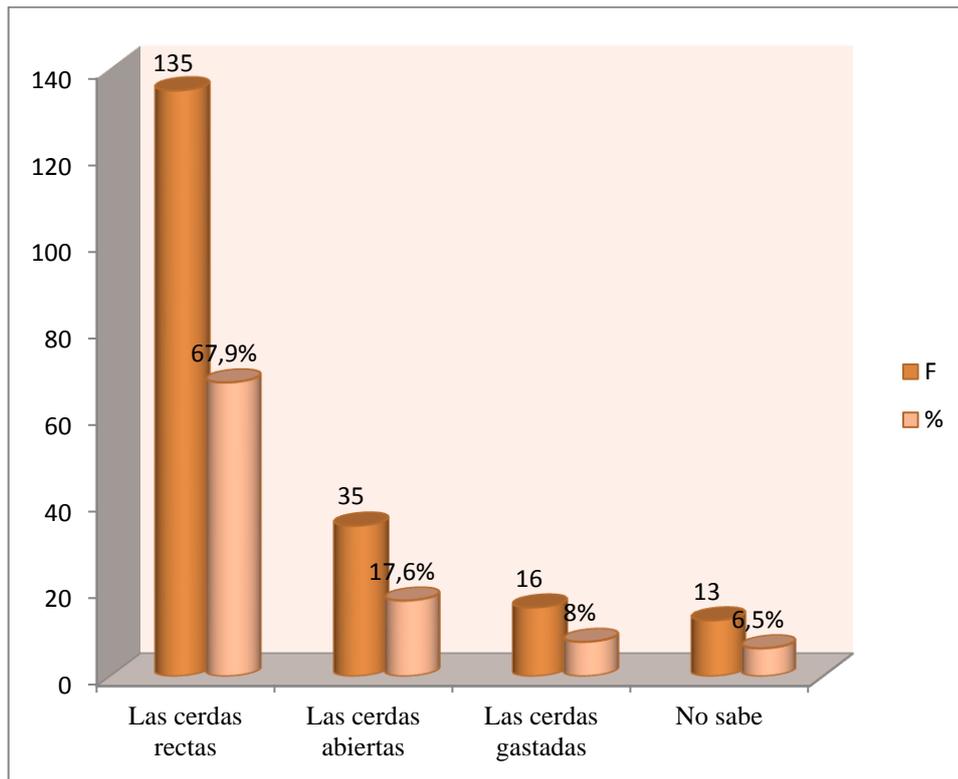
Por los datos obtenidos en la encuesta realizada a los 199 niños que estudian en las escuelas urbanas del cantón Junín, es indiscutible que una gran cantidad de ellos realizan el cepillado de la lengua, lo cual es beneficioso ya que la Página <http://www.i-salud.com/familia/%C2%BFpor-que-limpiar-su-lengua/> manifiesta que: **“Este procedimiento puede ser difícil para personas que tienen reflejo de restricción, o sea, sienten náuseas cuando un objeto es colocado en la lengua; pero la persona se acostumbra con el tiempo.”**

GRAFICUADRO # 7

ESTADO DE CEPILLO DENTAL

El cepillo dental que usas actualmente, tiene:

Alternativas	F	%
Las cerdas rectas	135	67,9
Las cerdas abiertas	35	17,6
Las cerdas gastadas	16	8,0
No sabe	13	6,5
TOTAL	199	100%



Fuente: Encuestas realizadas a los niños y niñas de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín.

Elaborado por: Henry Augusto Loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se consultó a los 199 niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín sobre, el cepillo dental que usas actualmente tiene: 135 estudiantes que corresponden al 67,9%, respondieron las cerdas rectas, 35 estudiantes que corresponden al 17,6%, las cerdas abiertas, 16 estudiantes que corresponden al 8,0%, las cerdas gastadas, 13 estudiantes que corresponden al 6,5%, no sabe.

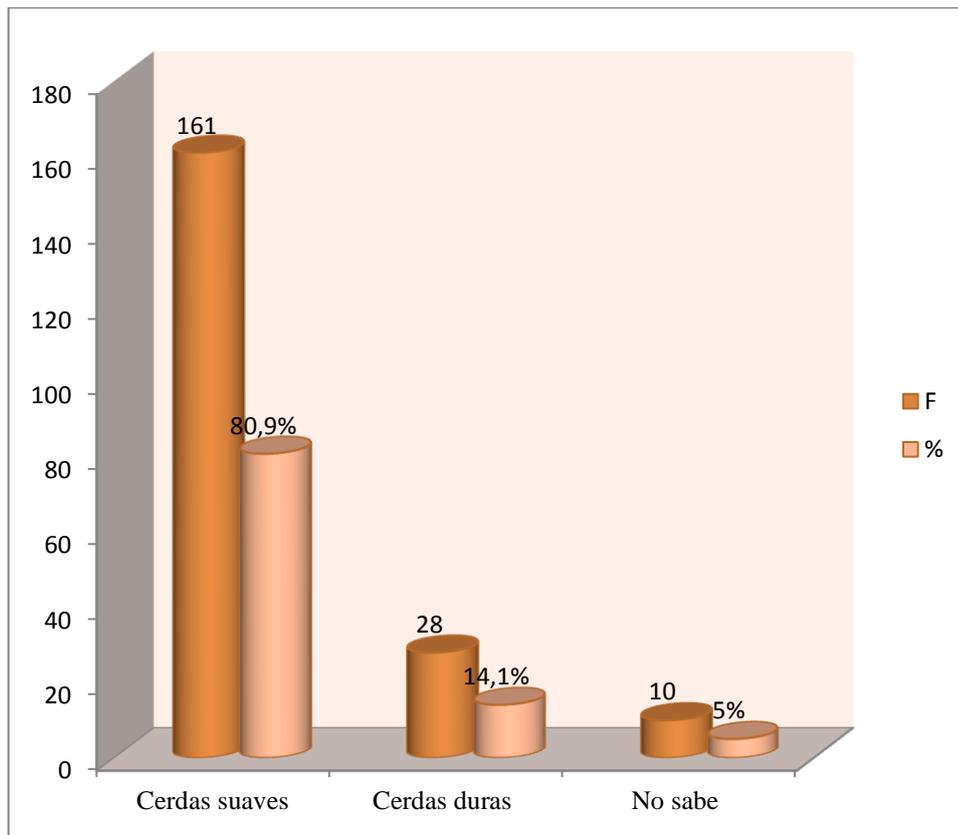
Frente a esta información el Atlas de Odontopediatria 2005. Hubertus J.M. Van Waes – Paul W. Stockli. Página 147 nos dice: **“el cepillo tiene que tener una cabeza corta y estrecha y ser sustituido por uno nuevo cuando las cerdas se tuercen y separan”**, habiendo constatado en el estudio realizado que el 67.9% de los niños utilizan cerdas rectas.

GRAFICUADRO # 8

TIPO DE CEPILLO DENTAL

El cepillo dental que utilizas tiene:

Alternativas	F	%
Cerdas suaves	161	80,90
Cerdas duras	28	14,1
No sabe	10	5
TOTAL	199	100%



Fuente: Encuestas realizadas a los niños y niñas de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín.

Elaborado por: Henry Augusto Loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De 199 niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín, encuestadas sobre, el cepillo dental que utilizan tiene: 161 estudiantes que corresponden al 80,90%, respondieron cerdas suaves, 28 estudiantes que corresponden al 14,1%, cerdas duras, 10 estudiantes que corresponden al 5%, a no saben.

Frente a esta información el Atlas de Odontopediatría 2005. Hubertus J.M. Van Waes – Paul W. Stockli. Página 146 nos dice: **“Es recomendable que el material del que están hechas las cerdas sea sintético. Estas deben ser blandas y redondeadas en su extremo para evitar que se produzcan heridas en la heridas en las partes carnosas (de la boca)”**, por lo que la investigación dio como resultado que el 80.90% de los niños utilizan cepillo dental con cerdas suaves.

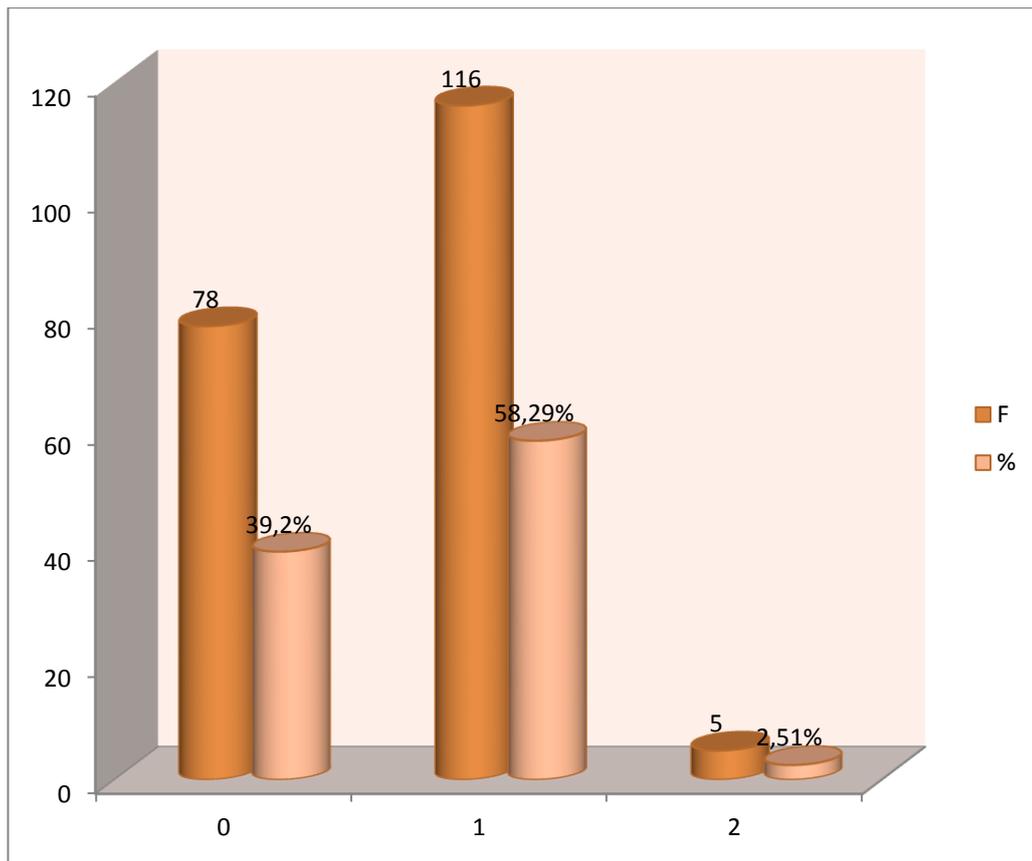
7.1.2 Análisis e Interpretación de las Fichas Clínicas

GRAFICUADRO # 1

INDICADORES DE HIGIENE ORAL

PLACA BACTERIANA

PLACA	F	%
0	78	39,2
1	116	58,29
2	5	2,51
TOTAL	199	100%



Fuente: Fichas clínicas realizadas en los niños de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín

Elaborado por: Henry Augusto loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se realizó la historia clínica en los estudiantes de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín y 78 niños no presentaron placa bacteriana que corresponde a un 39.2 % , 116 niños presentaron placa bacteriana en grado 1 que corresponde a 58.29% , y 5 niños presentaron placa bacteriana grado 2 que corresponde al 2.51% y no hubo niños con placa bacteriana grado 3 .

Odontología Preventiva y Comunitaria. Emili Cuenca Sala y Pilar Baca García 3ra edición. Capítulo 3. Pág. 51 nos dice: **“En la cavidad oral, 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.”**

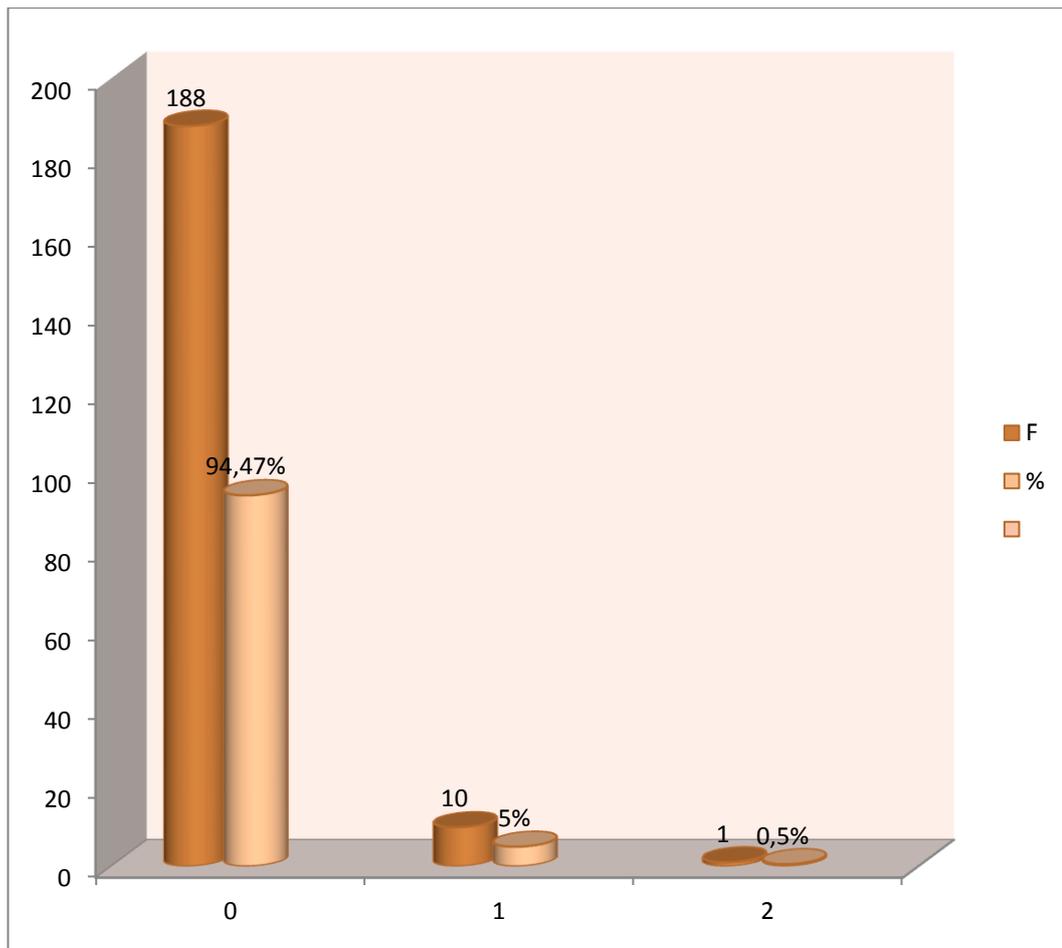
Según los datos obtenidos se pudo saber que de los 199 estudiantes, 116 presentan placa bacteriana grado I y 5 estudiantes placa bacteriana grado II.

GRAFICUADRO # 2

INDICADORES DE HIGIENE ORAL

CALCULO

CALCULO	F	%
0	188	94,47
1	10	5,0
2	1	0,50
TOTAL	199	100%



Fuente: Fichas clínicas realizadas en los niños de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín

Elaborado por: Henry Augusto loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se realizaron encuestas de fichas clínicas a los 199 estudiantes de las escuelas de Junín, y se llegó a la conclusión que 188 estudiantes que corresponde al 94.47%, no presentan calculo, 10 estudiantes que corresponden al 5.0%, presentan cálculo grado I y 1 estudiante que corresponde al 0.5%, tiene cálculo grado II.

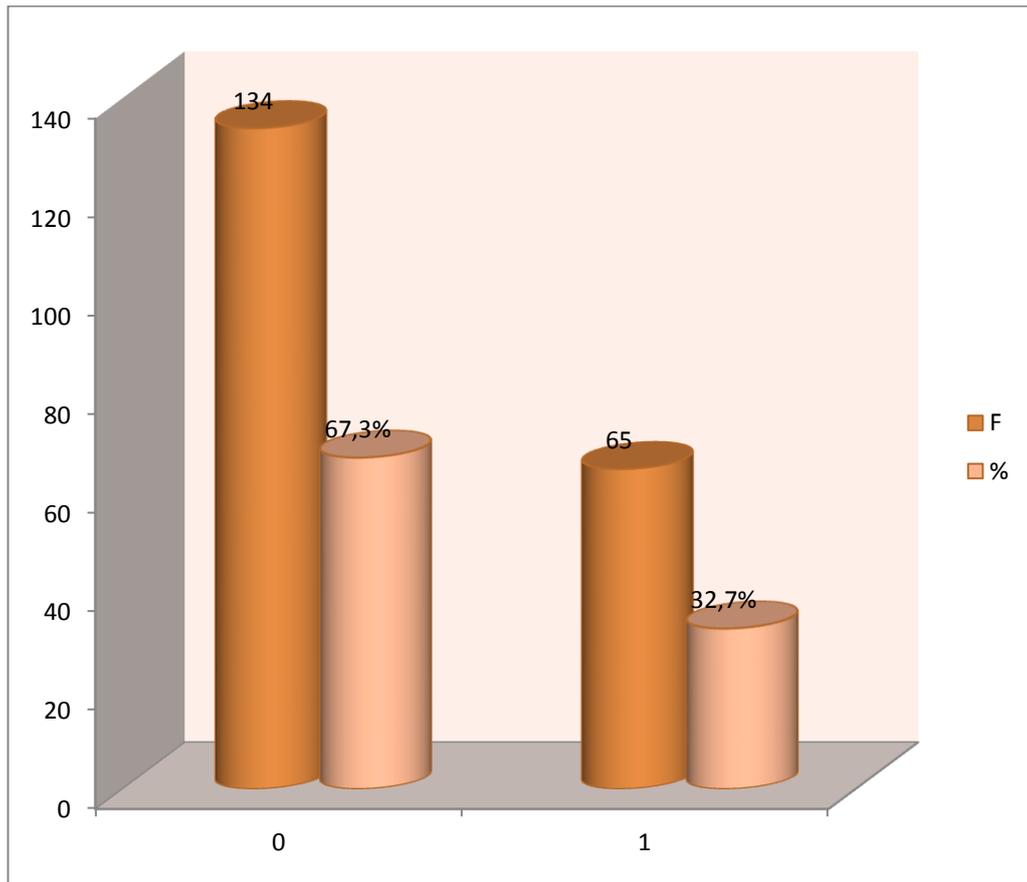
Periodoncia Fundamentos de la Odontología 2005. María Beatriz Ferro Camargo-Mauricio Gómez Guzmán. Cap. 3. Pág. 59, nos relata: **“(El Cálculo) en si no es considerado un factor etiológico de la enfermedad periodontal, sin embargo, es de suma importancia que el clínico sea capaz de detectarlo, ya que las bacterias que lo cubren permanecen en intimo contacto con la superficie de los tejidos periodontales induciendo la enfermedad periodontal”**, el cual el 94.47% de los estudiantes no presentan cálculo, mientras que el 5.0% tienen cálculo grado I, y el 0.5% tienen cálculo grado II.

GRAFICUADRO # 3

INDICADORES DE HIGIENE ORAL

GINGIVITIS

GINGIVITIS	F	%
0	134	67,3
1	65	32,7
TOTAL	199	100%



Fuente: Fichas clínicas realizadas en los niños de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín

Elaborado por: Henry Augusto loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las escuelas urbanas del cantón Junín se les realizaron fichas clínicas a 199 a niños de 7 a 9 años y pudimos constata que, 134 niños no presenta gingivitis que corresponde al 67.3% pero 65 niños presentan gingivitis que corresponde al 32.7% esto quiere decir que mas de tercera parte de los niños observados tienen gingivitis.

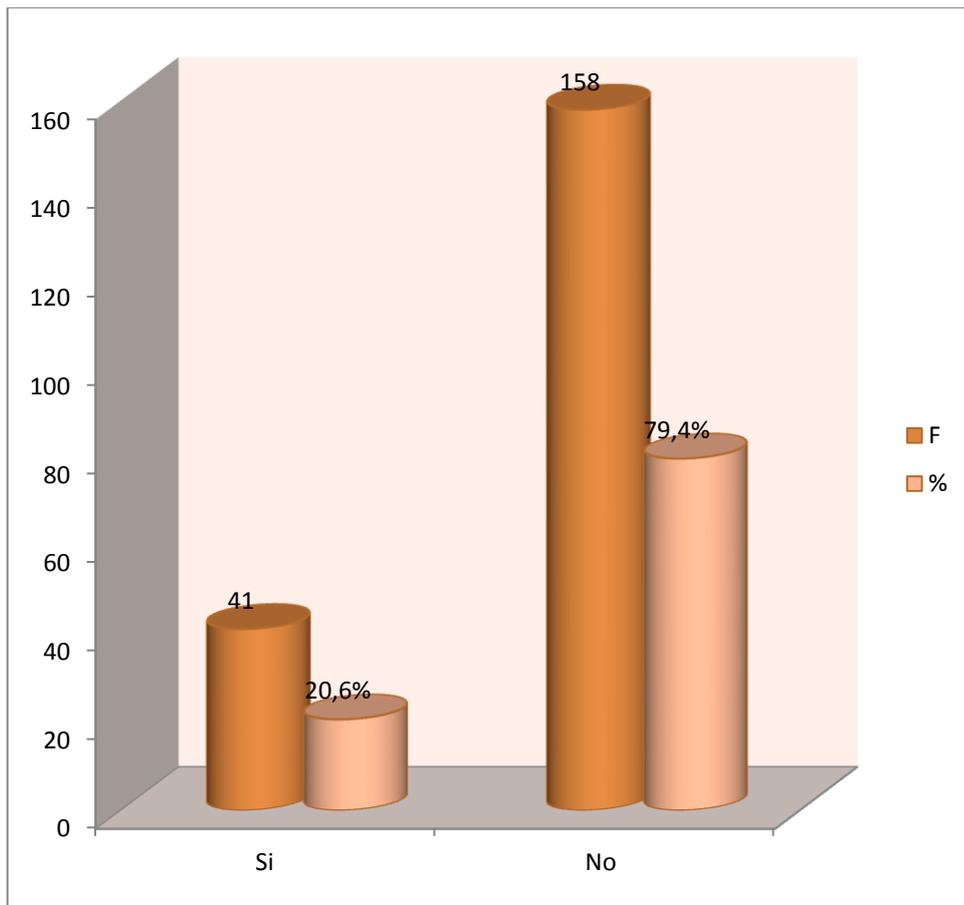
Periodoncia Fundamentos de la Odontología 2005. María Beatriz Ferro Camargo-Mauricio Gómez Guzmán. Cap. 5. Pág. 101-102, nos relata: **“Es un Fase temprana del proceso inflamatorio que pueden conducir a la destrucción de los tejidos periodontales, sin embargo, es una condición reversible y no siempre progresa a periodontitis; los depósitos de placa han sido estrictamente relacionados con al gingivitis.”**, esto da como resultado que la tercera parte de los 199 niños presentan un cuadro de gingivitis.

GRAFICUADRO # 4

HALLAZGOS CLÍNICOS

HALITOSIS

Alternativas	F	%
Si	41	20.6
No	158	79.4
TOTAL	199	100%



Fuente: Fichas clínicas realizadas en los niños de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín

Elaborado por: Henry Augusto Loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se realizó la historia clínica en los 199 estudiantes de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín y 41 niños y niñas que corresponde a un 20,6%, tienen halitosis, 158 niños que corresponde a 79,4%, no tienen halitosis.

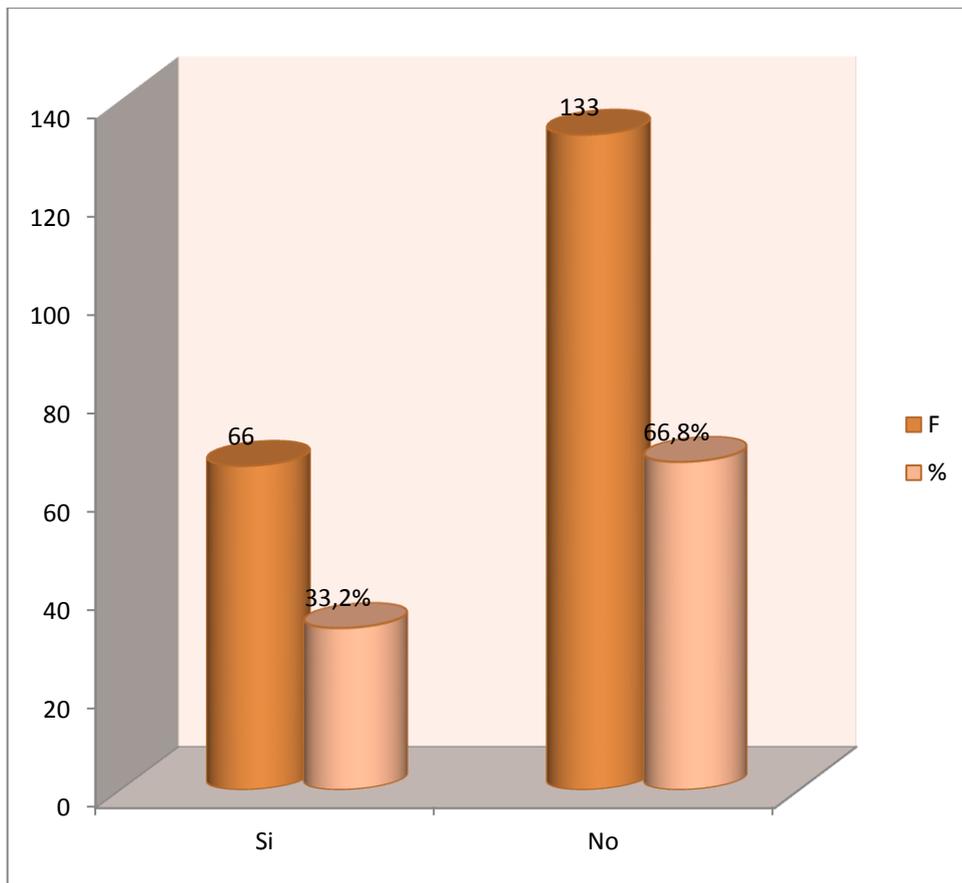
La siguiente cita www.monografias.com nos relata: **“Se dice que la Halitosis afecta al 50% a la población a nivel mundial, pero en proporción mínima a los niños y es un signo característico de la enfermedad periodontal”**

Esto da como resultado que la halitosis no es muy frecuente en los niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín.

GRAFICUADRO # 5

ENROJECIMIENTO DE LAS ENCÍAS

Alternativas	F	%
Si	66	33.2
No	133	66.8
TOTAL	199	100%



Fuente: Fichas clínicas realizadas en los niños de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín

Elaborado por: Henry Augusto loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 199 niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín, se realizó la ficha clínica: 66 estudiantes que corresponden al 32,2%, tienen enrojecimiento de las encías, 133 estudiantes que corresponden al 66,8% no tienen enrojecimiento de las encías.

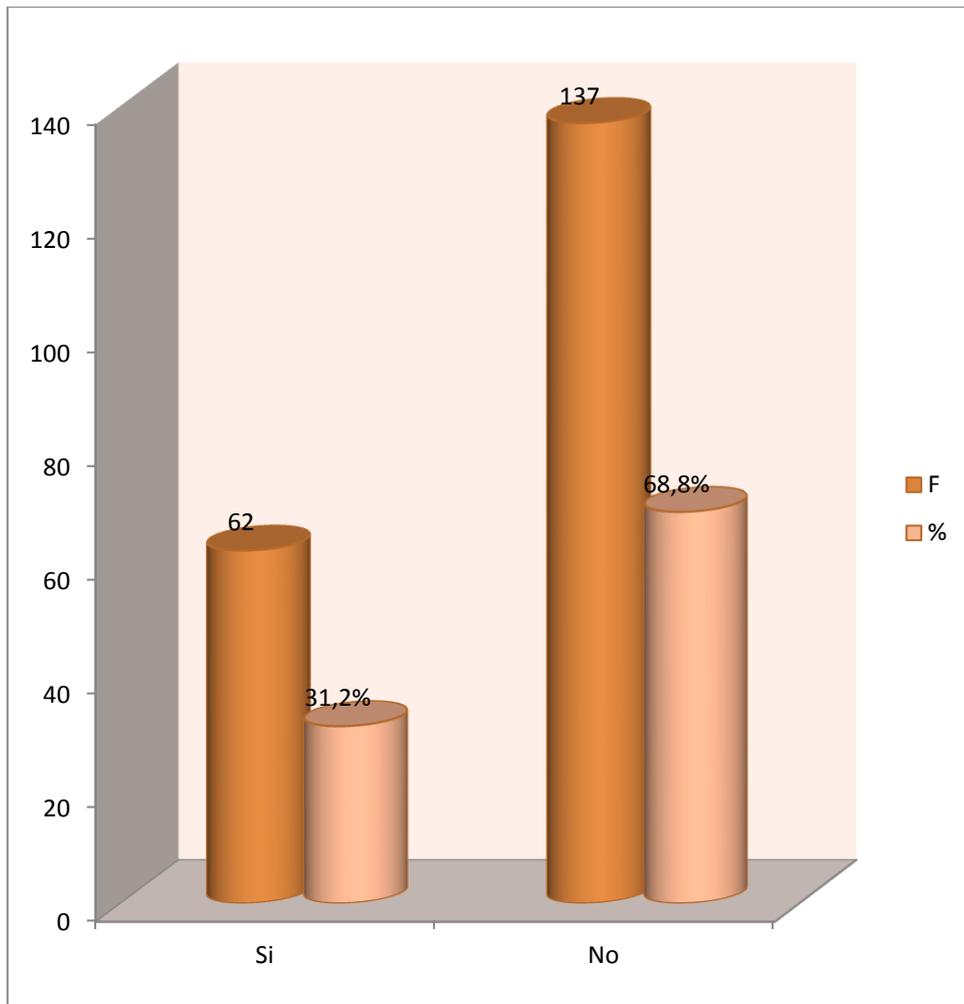
“(En la Enfermedad periodontal) el tejido gingival se enrojece, inflama y sangra con el cepillado y el sondaje” el cual lo relata ODONTOPEDIATRÍA. G. Sabedra Marban y C. Armando Abad. Editorial. MASSON. 2005. Capítulo 32. Pág. 136.

Según los hallazgos clínicos existe un gran número de escolares que presentan enrojecimiento de las encías que corresponde al 32,2% del alumnado.

GRAFICUADRO # 6

INFLAMACIÓN DE LAS ENCÍAS

Alternativas	F	%
Si	62	31.2
No	137	68.8
TOTAL	199	100%



Fuente: Fichas clínicas realizadas en los niños de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín

Elaborado por: Henry Augusto Iloor Cedeño y Juan Carlos Saltos Lloor

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

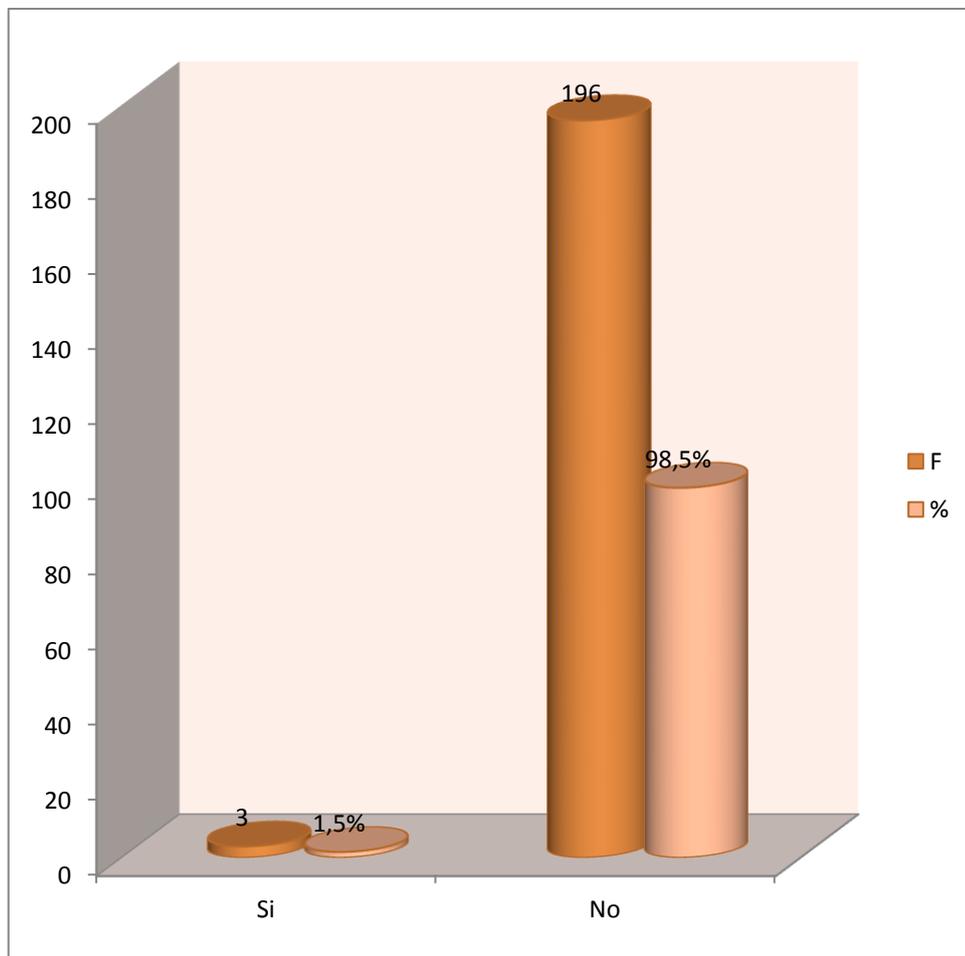
Es realizo la historia clínica a los 199 estudiantes de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín y 62 niños presentaron inflamación de la encías que corresponde a un 31,2% y 137 niños no presentaron cuadros de de inflamación de las encías que corresponde a 68,8%.

Periodontología de Carranza. Susan Kínder Haake, parte 3, etiología de la enfermedad periodontal, pág. 99, dice: **“La inflamación es la característica patológica central de la enfermedad periodontal y la placa bacteriana el factor causal que induce el mecanismo de huésped”**, esto da como resultado que gran parte de los de los niños presentan inflamación en sus encías.

GRAFICUADRO # 7

RECESIÓN GINGIVAL

Alternativas	F	%
Si	3	1.5
No	196	98.5
TOTAL	199	100%



Fuente: Fichas clínicas realizadas en los niños de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín

Elaborado por: Henry Augusto loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 199 niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín, se les realizó la ficha clínica y 3 niños presentaron recesión gingival que corresponde a un 1,5%, 196 niños no presentaron recesión gingival que corresponde a 98,5%.

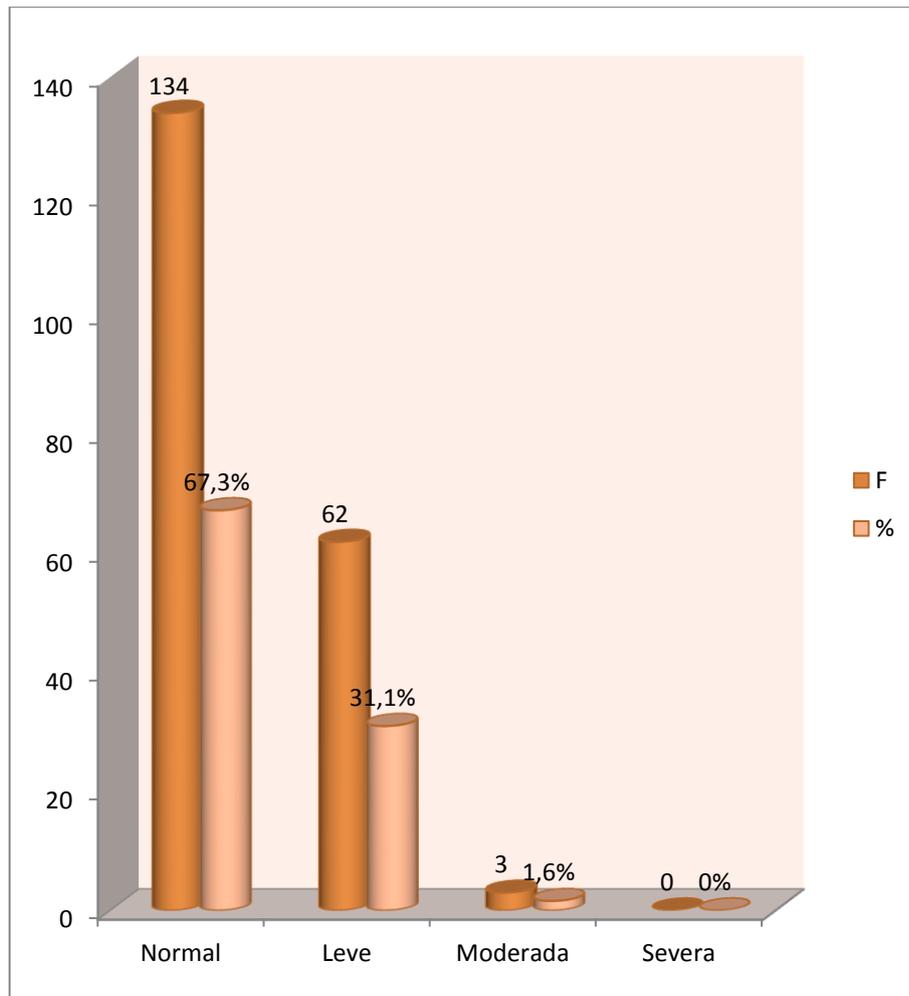
“La recesión gingival, la cual es una falta de cobertura total de la raíz del diente, dejando la superficie radicular expuesta” lo dice: Higiene dental y tratamiento 2006. Robert Ireland. Sección II. Pág. 118 – 119.

Lo que demuestra que generalmente la recesión gingival, se presentó en un porcentaje bajo, ya que la recesión no es un signo característico de la enfermedad periodontal en los niños.

GRAFICUADRO # 8

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Grado	F	%
Normal	134	67.3 %
Leve	62	31.1 %
Moderada	3	1.6 %
Severa	0	0 %
TOTAL	199	100 %



Fuente: Fichas clínicas realizadas en los niños de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín

Elaborado por: Henry Augusto Iloor Cedeño y Juan Carlos Saltos Lloor.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se realizó la ficha clínica en los 199 niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín: 134 estudiantes que corresponden al 67,3%, no presentaron enfermedad periodontal, 62 estudiantes que corresponden al 31,1%, presentaron enfermedad periodontal leve, 3 estudiantes que corresponden al 1,6%, presentaron enfermedad periodontal moderada.

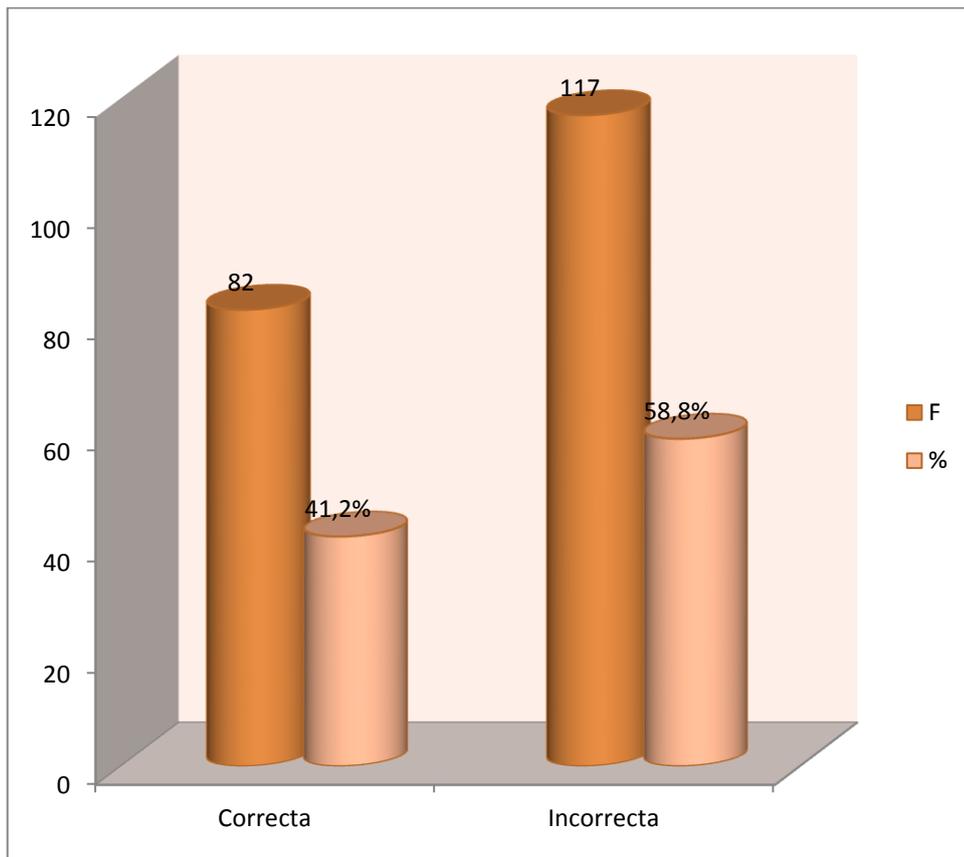
Periodontología clínica de Carranza. James D .Beck y Samuel J. Arbes, Jr. Capítulo 5 Epidemiología de las enfermedades gingivales y periodontales. Página 82, nos relata: **“Por lo general un caso de gingivitis (Enfermedad Periodontal) es una persona con por lo menos inflamación leve en por lo menos una de las unidades gingivales valoradas. Un valor de 0.1 a 1.0 indica inflamación leve; 1.1 a 2.0, inflamación moderada, y 2.1 a 3.0 inflamación intensa”.**

Lo que demuestra que 31.1% del estudiantado presenta enfermedad periodontal leve y el 1.6% moderada.

GRAFICUADRO # 1

FICHA DE OBSERVACIÓN TÉCNICAS DE CEPILLADO

Alternativas	F	%
Correcta	82	41,2
Incorrecta	117	58,8
TOTAL	199	100%



Fuente: Ficha de Observación realizada en los niños de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín.

Elaborado por: Henry Augusto Loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

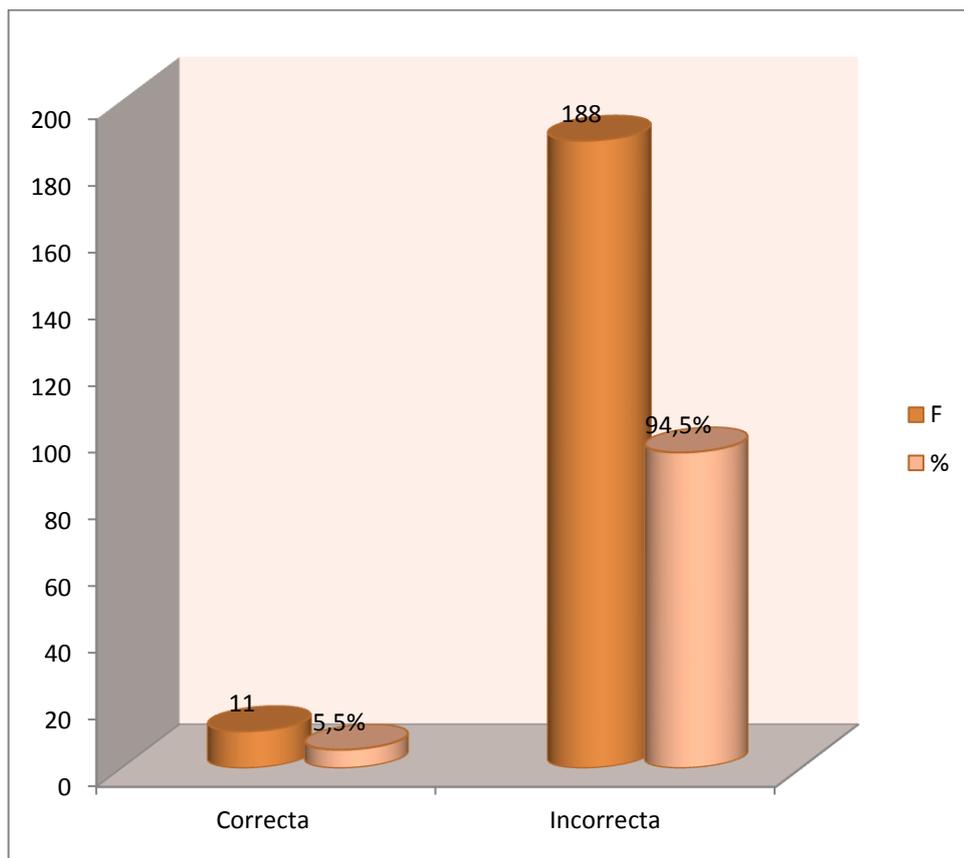
Se observó a los estudiantes de 7 a 9 años de las Escuelas urbanas del cantón Junín cuando realizaban el cepillado dental realizado en las instalaciones de cada escuela y pudimos observar que 82 estudiantes que corresponden al 41,2%, tienen una técnica correcta de cepillado y 117 estudiantes que corresponden al 58,8%, tienen una mala técnica de cepillado.

Frente a esta información: Odontología Preventiva y Comunitaria. Dra. María José Lartitegui Sebastián 2009. Pág. 44. Que manifiesta **“En los niños se recomienda la técnica de barrido horizontal por ser la más fácil. No debe de ser un cepillado demasiado enérgico. En menores de 7-8 años es aconsejable que los realicen los padres una vez al día, ya que el niño carece de la necesaria destreza manual a esa edad”**, por lo que se puede comprobar en este estudio que el 58.8% de los niños tienen una mala técnica del cepillado dental.

GRAFICUADRO # 2

FICHA DE OBSERVACIÓN TÉCNICA DEL HILO DENTAL

Alternativas	F	%
Correcta	11	5,5
Incorrecta	188	94,5
TOTAL	199	100%



Fuente: Ficha de Observación realizada en los niños de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín.

Elaborado por: Henry Augusto Loor Cedeño y Juan Carlos Saltos Loor.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se observó a los 199 estudiantes de 7 a 9 años de las Escuelas urbanas del cantón Junín, cuando realizaban el uso del hilo dental que es un instrumento de limpieza bucal, este realizado en las instalaciones de cada escuela y pudimos observar que 11 estudiantes que corresponden al 5,5%, tienen una técnica correcta en el uso del hilo dental, 188 estudiantes que corresponden al 94,5%, tienen una mala técnica de uso del hilo dental.

Por los datos obtenidos en las encuestas realizadas a los 199 niños de las escuelas urbanas del cantón Junín, es indiscutible que el 94.5% de los estudiantes no tienen conocimientos de la técnica del hilo dental, lo cual es un error como lo indica: Periodoncia Fundamentos de la Odontología 2005. María Beatriz Ferro Camargo-Mauricio Gómez Gusman. Cap 6. Pág. 140, manifiesta que **“así como con el cepillo, el uso de la seda en niños menores de 8 años y aun mayores, personas con algunas limitaciones físicas y ancianos debe ser supervisados y/o realizados por otros, para ayudarles a lograr una higiene interdental efectiva”**

7.2. CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se obtuvieron los siguientes resultados:

- 53.8% de los niños 7 a 9 años que estudian en las escuelas urbanas del cantón Junín tienen una deficiente frecuencia del cepillado dental diariamente; el 68.9% no cambian el cepillo cuando se recomienda cambiarlo ; el 93% no utilizan todos los implementos de limpieza bucal; el 83.4% se cepillan los dientes solos sin ayuda de los padres; el 5.5% de los niños nunca se cepillan la lengua; el 25.6% utiliza cepillos no aptos para la limpieza por su mal estado; y el 14.1% de los niños utilizan cepillos no recomendados por la dureza de las cerdas dentales. Esto nos da como conclusión que existen malos hábitos de higiene oral en una tercera parte de los alumnos de las escuelas urbanas del cantón Junín.
- 58,8 % de los niños 7 a 9 años que estudian en las escuelas urbanas del cantón Junín, tienen una mala técnica de cepillado; así como el 94,5%, tienen una mala técnica de uso del hilo dental. Concluyendo que la mayor parte de los niños y niñas de las escuelas urbanas de Junín no utilizan las técnicas correctas para el uso del cepillo dental y el hilo dental.
- 32.7% de los niños 7 a 9 años que estudian en las escuelas urbanas del cantón Junín tienen enfermedad periodontal; el 20.6 tienen halitosis ; el 33.2 tienen enrojecimiento de las encías ; el 31.2 tienen inflamación de las encías ; el 1.5 tienen recesión gingival ; el 60.8 presenta placa bacteriana ; el 5.5 presentan calculo ; el 32.7 presentan gingivitis. Esto da como conclusión que una tercera parte de los 199 niños y niñas presentan enfermedad periodontal.

BIBLIOGRAFÍA

Dra. María José Lartitegui Sebastián. Odontología Preventiva y Comunitaria 2005. Pág. 44.

Emili Cuenca Sala – Pilar Baca García. Odontología Preventiva y Comunitaria 2005. 3ra. Edición MASSON.

G. Saavedra Marban y .C. Armero Abad. Odontopediatria 2005. Capitulo 32 pág. 37.

Head Start de Minnesota (MHSA). DELTA DENTAL. Libro del diente 2006.

Hubertus J.M. Van Waes – Paul W. Stockli. Atlas de Odontopediatria 2005. Página 146.

J.R. Job - M. Catala. C. García Ballesta. A. Mendoza. MASSON. Odontopediatria 2005.

James D .Beck y Samuel J. Arbes, Jr. Periodontología clínica de Carranza. Capitulo 5. Epidemiología de las enfermedades gingivales y periodontales. Página 82.

Lynda Boyer-Chu, RN, MPH. Promoviendo la salud bucal infantil 2007. Pág. 34.

María Beatriz Ferro Camargo-Mauricio Gómez Guzmán. Periodóncia Fundamentos de la Odontología 2005. Cap. 6. Pág. 140.

Robert Ireland. Higiene dental y tratamiento. Capitulo 17, página 151 y 152. Autores María Beatriz Ferro Camargo – Mauricio Gómez Guzmán 2005. Periodóncia fundamentos de odontología. 2da. Edición.

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/allende_rp/clasificacion.pdf

http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_cepillado

<http://picasso.denteq.com.ec/2010/08/las-caries/>

http://es.wikipedia.org/wiki/Cepillo_de_dientes

<http://ortodonciasalud.com.ar/2007/05/tecnicas-de-cepillado/>

http://es.wikipedia.org/wiki/Hilo_dental

http://es.wikipedia.org/wiki/Hilo_dental

http://asisa.saludalia.es/desarrolloReportaje.aspx?id=doc_pastas

<http://www.cesarrivera.cl/pastas-dentales/>

<http://www.lular.info/a/belleza/2010/08/Que-es-la-higiene-oral.html>

<http://www.dientesperfectos.es/?p=480>

<http://www.i-salud.com/familia/%C2%BFpor-que-limpiar-su-lengua/>

<http://www.encias.com/higieneoraltecnicas.html>

http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_cepillado

PROPUESTA ALTERNATIVA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

TEMA:

Implementación de material educativo sobre “Prevención Oral y Técnicas de Higiene” a las escuelas urbanas del cantón Junín.

ENTIDAD EJECUTORA:

Escuelas urbanas del cantón Junín

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO:

De tipo social y de orden educativo

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA:

Junín es un pequeño cantón, situado en la Provincia de Manabí, limitado: Al norte con el Cantón Bolívar, al sur con el Cantón Portoviejo y al oeste con el Cantón Rocafuerte, tiene aproximadamente 264 Km² donde viven 30.000 habitantes, entre la población Urbana y Rural; no tiene parroquias.

2. JUSTIFICACIÓN

Al concluir la investigación sobre higiene bucal y salud periodontal realizada en las escuelas urbanas del cantón Junín, se puede comprobar que una de las principales causas de los problemas periodontales en los niños escolares era la deficiente higiene bucal que presentaban los niños que acudían a ellos, por lo que se considera oportuno desarrollar una propuesta que ayude a mejorar el problema encontrado.

Habiendo sido el desconocimiento de las técnicas correctas de cepillado dental y de los cuidados que deben tener para lograr una buena salud bucal.

Se consideró que una de las maneras de mejorar esta situación, era colocar un material educativo que llame la atención de los niños y que perdure por mucho tiempo en las instalaciones del plantel.

3. MARCO INSTITUCIONAL

En la zona Urbana de Junín existen las escuelas:

La escuela Quito N° 59, fue la primera Institución educativa, fundada en el año de 1845, funcionó en local de caña guadua y cadi, ubicado en lo que hoy es el parque Abdón Calderón. Esta fue creada mediante acuerdo ministerial N°0015 del 15 de junio de 1936 y funcionó en ese tiempo en casa de don Jesús Palacios, inmueble que fue adquirido por el municipio de Bolívar.

La escuela Quito se encuentra ubicado en la Av. Eloy Alfaro, esta es una de las escuelas más numerosas que tiene el Cantón Junín. En la actualidad consta con 440 niños y niñas, siendo su director el Prof. Luis Reyes Murillo, cuenta con 15 maestros con nombramiento y 12 contratados.

La Escuela Fiscal de niñas Junín N° 60, se encuentra ubicada en la Av. 8 de noviembre, siendo su primera directora la Sra. Guillermina Álava de Gonsález. Ahora en la actualidad la dirige como directora la Prof. Marilú Cantos.

La Escuela Pastora Intriago se fundó en el año de 1977, su ubicación esta en el sector de la ciudadela Jaime Roldos Aguilera, entre las Instituciones públicas de Centro de Salud y Colegio Carlos A. García Mora, tiene buena infraestructura con un área de 70x70 metros (4.900 m²), su rector, el supervisor hijo de este pueblo Sr. Alberto Buchely Intriago, existían en ese entonces 2 escuelas fiscales, una de niños Quito y una de niñas Junín. Con visión y misión de buen ciudadano y docente, creo la tercera escuela fiscal para dar mayor comodidad a la comunidad.

La Escuela Particular “María Mercedes” de Junín, en el año 1.950, se fundó en noviembre 7, se hacen presentes las religiosas MERCEDARIAS MISIONERAS, en el pueblo de Junín. Siendo su directora, Madre Purificación Villanieva Bernal. Llevando esta como objetivo de la fundación de la Educación Básica caminada a la enseñanza, catequesis, misiones.

La Escuela Particular “Hule”, se creó el 7 de marzo de 1.987 por el Prof. Darwin Santana Álava, de quien nació la idea de crear este Centro Educativo, pensando en el futuro del Cantón Junín; ya que era el deseo de muchas personas, se encuentra ubicada en la av.. 8 de noviembre.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la salud bucodental de los niños y niñas de 7 a 9 años de las escuelas urbanas del cantón Junín.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar a las escuelas urbanas del cantón Junín de material educativo, referente a la salud oral.
- Instruir a los alumnos de las escuelas urbanas del cantón Junín, sobre las técnicas correctas de higiene bucal.
- Disminuir el índice de enfermedad periodontal en los escolares.

5. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Para que esta propuesta pueda llevarse a cabo, es necesaria la colaboración, no solo de los padres de familia, sino también de los profesores y los niños de las escuelas.

El problema detectado en los niños y niñas de las escuelas urbanas del cantón Junín, es el desconocimiento de hábitos de higiene bucal, es lo que nos impulsa a la realización de esta propuesta.

Esta propuesta tiene como finalidad que los niños, padres y profesores tomen conciencia de lo importante que es de tener una buena higiene oral para el cuidado de la salud integral del estudiantado; y dediquen más tiempo a la enseñanza-aprendizaje de la higiene bucal.

Para cumplir con esta finalidad, se realizaron charlas educativas, finalizando con la entrega de una Pancarta Educativa a cada una de las 5 instituciones educativas, con el objetivo de mejorar los conocimientos relacionados con la salud bucodental.

6. BENEFICIARIOS

BENEFICIARIOS DIRECTOS: Los niños que estudian en las escuelas urbanas del cantón Junín.

BENEFICIARIOS INDIRECTOS: Padres de familia y profesores de las escuelas.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

Para la elaboración de esta propuesta se deberán seguir las siguientes etapas:

- Se debe establecer un cronograma de las fechas en las cuales se realizarán las

charlas educativas sobre salud bucal. Esto lo llevara a cabo los egresados previa autorización de los Directores de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín.

- Una vez establecida las fechas de trabajo, se comenzará a realizar las charlas educativas dirigidas a los niños de las escuelas. Los temas a tratar serán los siguientes:
 - Enfermedades bucodentales más frecuentes (caries, gingivitis).
 - Técnicas del Cepillado Dental.
 - Técnicas del uso del Hilo Dental.
 - Uso de Enjuagues Bucales.
 - Dieta moderada de azúcares.

Las charlas educativas se realizaran en una aula facilitada por los Directores de dicha Instituciones, las mismas que van dirigidas a los niños.

8. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN:

ACTIVIDADES	MESES							
	Diciembre				Enero			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Socialización de la Propuesta	X							
Elaboración del material educativo.		X						
Charlas Educativas			X		X			
Entrega del Material Educativo			X		X			

9. PRESUPUESTO

Actividades	Recursos	Cant.	V. Unit.	V. Total	EXISTE	A FINA NCIA R	FUENTE
Material Educativo	Banner	5	15	75	NO	75	Escuelas
TOTAL				75.00		75.00	

10. SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible por que se contó con el tiempo y los medios económicos necesarios para realizarlo. Además se tuvo el apoyo de los directores de las diferentes escuelas urbanas del cantón Junín.

11. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

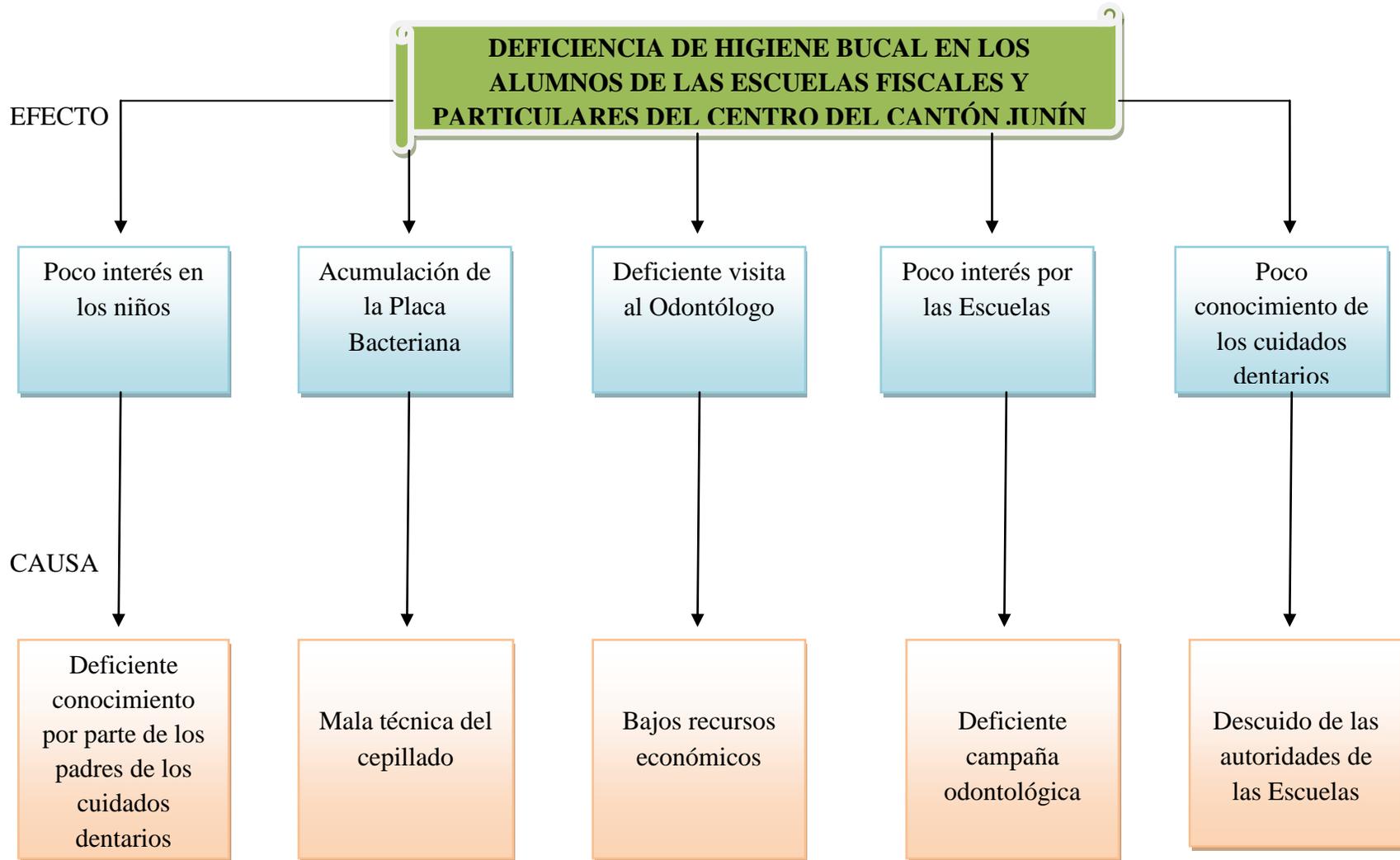
Este proyecto fue financiado por los autores de los mismos.

ANEXOS

ANEXO

1

ÁRBOL DEL PROBLEMA



	Modo de tarea	higiene bucal y salud periodontal	Duración	Comienzo	Fin	Pred	Nombres de los recursos
1		DISEÑO DEL PROYECTO DE TESIS	68 días	lun 06/09/10	mié 08/12/10		
2		Capacitación sobre diseño de proyectos	30 días	lun 06/09/10	vie 15/10/10		Docente de proyectos de tesis
3		Elaboración del borrador del proyecto	30 días	lun 18/10/10	mié 08/12/10	2	Autores de tesis
4		Presentación del proyecto	1 día	vie 15/10/10	vie 15/10/10	3	Autores de tesis
5		Defensa del proyecto y correcciones de errores	7 días	lun 18/10/10	mar 26/10/10	4	Autores de tesis
6		APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	1 día	jue 11/11/10	jue 11/11/10		
7		Presentación del proyecto en especies valoradas	1 día	mié 27/10/10	mié 27/10/10	5	Autores de tesis
8		Designación del Tutor de tesis	1 día	jue 28/10/10	jue 28/10/10	7	Consejo directivo de la facultad
9		RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA	18 días	lun 18/10/10	mié 10/11/10		
10		Recopilación de textos acordes con el tema investigado	10 días	vie 29/10/10	jue 11/11/10	8	Autores de tesis
11		Selección de la información bibliográfica	5 días	vie 12/11/10	jue 18/11/10	10	Autores de tesis
12		Depuración de los contenidos	3 días	vie 19/11/10	mar 23/11/10	11	Autores de tesis
13		REDACCIÓN DEL MARCO TEÓRICO	7 días	jue 11/11/10	vie 19/11/10		
14		Redacción del marco teórico	6 días	mié 24/11/10	mié 01/12/10	12	Autores de tesis
15		Correcciones del marco teórico	1 día	jue 02/12/10	jue 02/12/10	14	Tutor de tesis
16		APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO	6 días	mar 23/11/10	mar 30/11/10		
17		Aplicación de la prueba piloto de los instrumentos	1 día	vie 03/12/10	vie 03/12/10	15	Autores de tesis
18		Aplicación de las encuestas	4 días	lun 06/12/10	jue 09/12/10	17	Autores de tesis
19		Aplicación de las entrevistas	1 día?	mar 23/11/10	mar 23/11/10		Autores de tesis
20		Aplicación de la observación	4 días	mié 24/11/10	lun 29/11/10	19	Autores de tesis
21		TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	5 días	lun 29/11/10	vie 03/12/10		
22		Tabulación de los resultados	4 días	mar 30/11/10	vie 03/12/10	20	Autores de tesis
23		Graficación estadística de la información	1 día	lun 06/12/10	lun 06/12/10	22	Autores de tesis
24		Análisis e interpretación de los resultados	1 día	mar 07/12/10	mar 07/12/10	23	Autores de tesis
25		Evaluación del alcance de los objetivos específicos	1 día	mié 08/12/10	mié 08/12/10	24	Autores de tesis
26		REDACCIÓN DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	1 día	dom 12/12/10	dom 12/12/10		
27		Redacción de las conclusiones	1 día	jue 09/12/10	jue 09/12/10	25	Autores de tesis
28		Redacción de las recomendaciones	1 día	vie 10/12/10	vie 10/12/10	27	Autores de tesis
29		DISEÑO DE LA PROPUESTA	4 días	vie 15/10/10	mié 20/10/10		
30		Planificación de la propuesta	1 día	lun 13/12/10	lun 13/12/10	28	Autores de tesis
31		Elaboración de la propuesta	2 días	mar 14/12/10	mié 15/12/10	30	Autores de tesis
32		Correcciones del diseño de la propuesta	1 día	jue 16/12/10	jue 16/12/10	31	Tutor de tesis

Id	Modo de tarea	higiene bucal y salud periodontal	Duración	Comienzo	Fin	Pred.	Nombres de los recursos
33		REDACCIÓN DEL INFORME FINAL	7 días	vie 07/01/11	lun 17/01/11		
34		Redacción del borrador del informe final	3 días	vie 17/12/10	mar 21/12/10	32	Autores de tesis
35		Correcciones del borrador del informe final	1 día	mié 22/12/10	mié 22/12/10	34	Tutor de tesis
36		CORRECCIÓN DEL INFORME FINAL	2 días	lun 24/01/11	mar 25/01/11		
37		Presentación del borrador del informe final para correcciones	1 día	jue 23/12/10	jue 23/12/10	35	Autores de tesis
38		Correcciones finales del borrador del informe	1 día	vie 24/12/10	vie 24/12/10	37	Tutor de tesis
39		DEFENSA DEL INFORME FINAL	9 días	mié 02/02/11	sáb 12/02/11		
40		Aprobación de la tesis	9 días	lun 27/12/10	mié 05/01/11	38	Consejo directivo de la facultad

PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTION	APORTE INSTITUCIONAL
Fotocopias	1200	Unidad	0.03	36	36	
Internet	6	Meses	32	192	192	
Viáticos	2	Dinero	50	100	100	
Tinta	2	Resmas	28	56	56	
Encuadernación	10	Unidad	7	70	70	
Materiales dentales	199	kit dental	0.50	99.5	99,5	
Libro	1	Unidad	150	150	150	
Total					703.5	

ANEXO 2

Nombre y Apellido:..... Fecha:.....
 Dirección:..... Localidad:.....
 Edad:..... Sexo:.....
 Escuela:..... Curso:.....

ODONTOGRAMA

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">18</td><td style="border: none;">17</td><td style="border: none;">16</td><td style="border: none;">15</td><td style="border: none;">14</td><td style="border: none;">13</td><td style="border: none;">12</td><td style="border: none;">11</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;">55</td><td style="border: none;">54</td><td style="border: none;">53</td><td style="border: none;">52</td><td style="border: none;">51</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11												55	54	53	52	51									<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">21</td><td style="border: none;">22</td><td style="border: none;">23</td><td style="border: none;">24</td><td style="border: none;">25</td><td style="border: none;">26</td><td style="border: none;">27</td><td style="border: none;">28</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;">61</td><td style="border: none;">62</td><td style="border: none;">63</td><td style="border: none;">64</td><td style="border: none;">65</td><td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td> </tr> </table>	21	22	23	24	25	26	27	28											61	62	63	64	65									
18	17	16	15	14	13	12	11																																																										
																																																																	
			55	54	53	52	51																																																										
																																																																	
21	22	23	24	25	26	27	28																																																										
																																																																	
		61	62	63	64	65																																																											
																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;">85</td><td style="border: none;">84</td><td style="border: none;">83</td><td style="border: none;">82</td><td style="border: none;">81</td><td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">48</td><td style="border: none;">47</td><td style="border: none;">46</td><td style="border: none;">45</td><td style="border: none;">44</td><td style="border: none;">43</td><td style="border: none;">42</td><td style="border: none;">41</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td> </tr> </table>			85	84	83	82	81										48	47	46	45	44	43	42	41									<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">71</td><td style="border: none;">72</td><td style="border: none;">73</td><td style="border: none;">74</td><td style="border: none;">75</td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">31</td><td style="border: none;">32</td><td style="border: none;">33</td><td style="border: none;">34</td><td style="border: none;">35</td><td style="border: none;">36</td><td style="border: none;">37</td><td style="border: none;">38</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td> </tr> </table>	71	72	73	74	75												31	32	33	34	35	36	37	38								
		85	84	83	82	81																																																											
																																																																	
48	47	46	45	44	43	42	41																																																										
																																																																	
71	72	73	74	75																																																													
																																																																	
31	32	33	34	35	36	37	38																																																										
																																																																	

INDICADORES DE SALUD BUCAL

Higiene oral simplificada					Placa	Calculo	Gingivitis
Piezas					0-1-2-3	0-1-2-3	0-1
16		17		55			
11		21		51			
26		27		65			
36		37		75			
31		41		71			
46		47		85			
Totales							

HALLAZGOS CLÍNICOS		
	Si	No
Halitosis		
Enrojecimiento de las encías		
Inflamación de las encías		
Recesión de la encía		

Enfermedad periodontal		
	Si	No
Leve		
Moderada		
Severa		

Dirigidos a: Los niños y niñas de 7 a 9 años de las Escuelas Urbanas del Cantón Junín

Sobre:

Higiene Bucal y salud Periodontal

Indicaciones:

- ✓ Somos estudiantes de odontología, el cual estamos con la finalidad de darles unas preguntas.
- ✓ Requerimos que respondan todas las preguntas del caso.
- ✓ Por favor contestar a una alternativa en las preguntas
- ✓ Se le agradece por su colaboración
- ✓

Nombre de la Escuela:.....

Grado:..... Edad:.....

CONTENIDO:

1.-¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

- a. una vez ()
- b. dos veces ()
- c. tres veces ()
- d. solo al levantarme ()
- e. solo al acostarme ()
- f. ninguna vez ()

2.- ¿Te han dado charlas de cómo cuidarse los dientes?

- a. en la escuela ()
- b. en el centro de salud Junín ()
- c. en la casa ()
- d. no he recibido charlas ()

3.- Entre las comidas, ¿qué comes con más frecuencia?

- a. frutas ()
- b. golosinas (chocolate, caramelo, chicles, chupetes, etc.) ()
- c. comida chatarra (chitos, papas fritas, chetos, etc.) ()
- d. frituras (deditos, empanadas, maduros, corviches, etc.) ()
- e. nada ()

4.- ¿Cada cuanto tiempo cambias tu cepillo dental?

- a. cada 3 meses ()
- b. cada 6 meses ()
- c. 1 vez al año ()
- d. cada vez que se dañe ()
- e. nunca lo he cambiado ()

5.- ¿Qué instrumentos de limpieza utilizas para tu boca?

- a. cepillo y pasta ()
- b. cepillo, pasta y enjuague ()
- c. hilo dental ()

- d. todas las anteriores ()
- e. ninguna ()

6.- ¿Te sangran las encías al cepillarte los dientes?

- a. siempre ()
- b. rara vez ()
- c. nunca ()

7.- Cuándo te cepillas los dientes:

- a. lo haces solo ()
- b. tus padres te ayudan ()
- c. tus padres te cepillan los dientes ()
- d. solo, pero ellos te revisan después ()
- e. nunca me cepillo los dientes ()

8.- Cuando te cepillas los dientes, ¿cepillas tu lengua?

- a. siempre ()
- b. a veces ()
- c. nunca ()

9.- El cepillo dental que usas actualmente, tiene:

- a. las cerdas rectas ()
- b. las cerdas abiertas ()
- c. las cerdas gastadas ()
- d. no sabe ()

10.- El cepillo dental que utilizas tiene:

- a. cerdas suaves ()
- b. cerdas duras ()
- c. no sabe ()

FICHA DE OBSERVACIÓN

Nombres	No.	Técnica del Cepillado		Técnica de Hilo Dental	
		Correcta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				
	15				
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
	21				
	22				
	23				
	24				
	25				
	26				
	27				
	28				
	29				
	30				
	31				
	32				
	33				
	34				
	35				
	36				
	37				
	38				
	39				
	TOTAL				

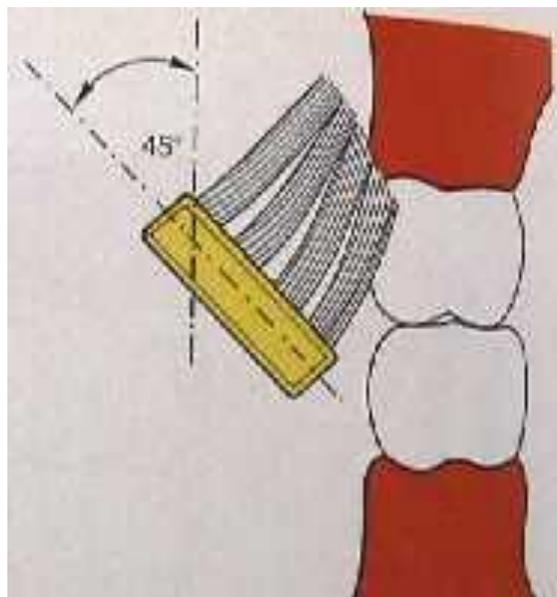


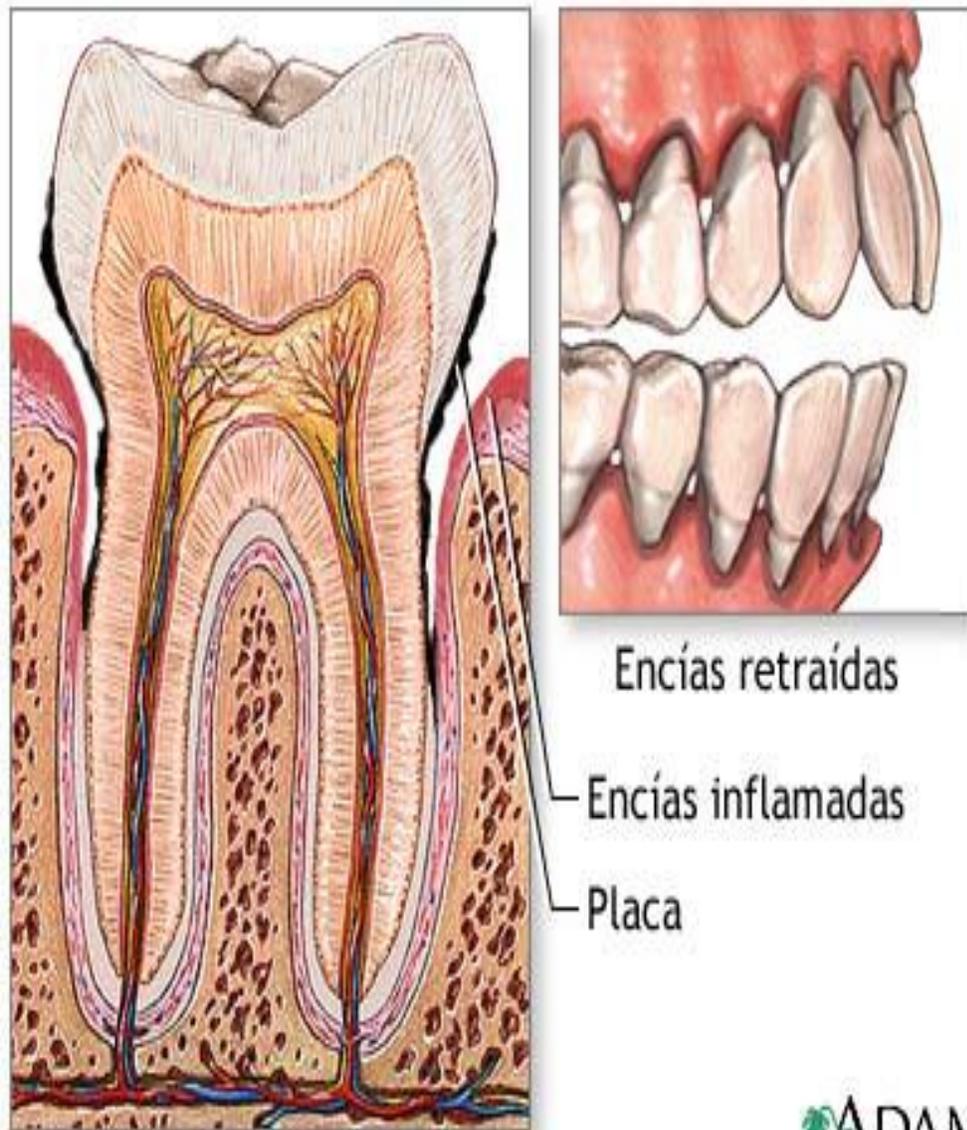
(Fig. 1 Libro dientes por edades)





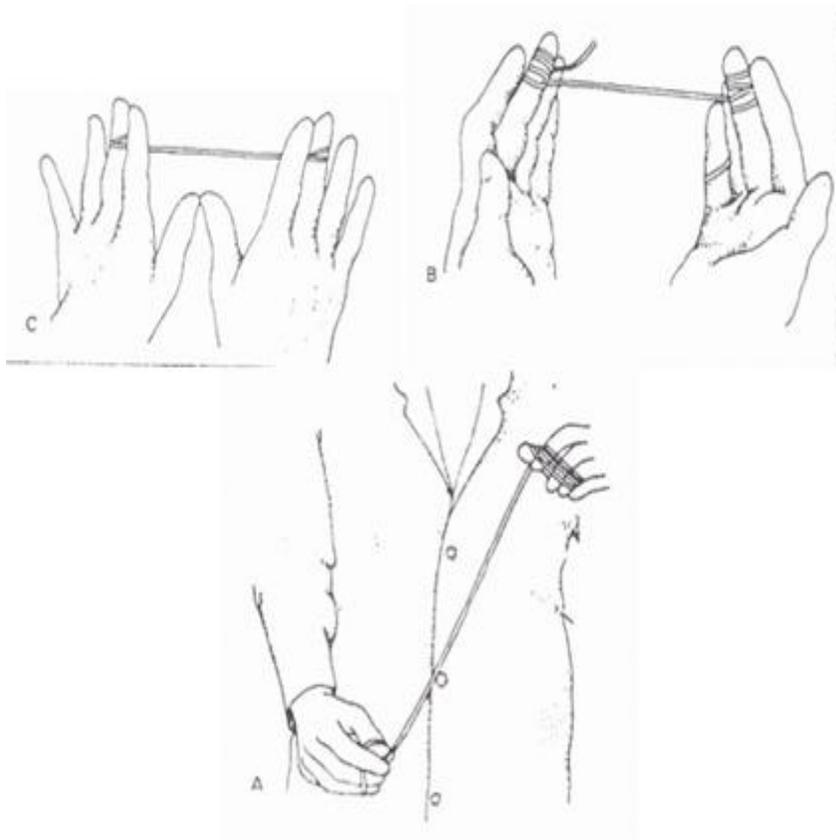
(Fig. 2 y 3 Página 14)



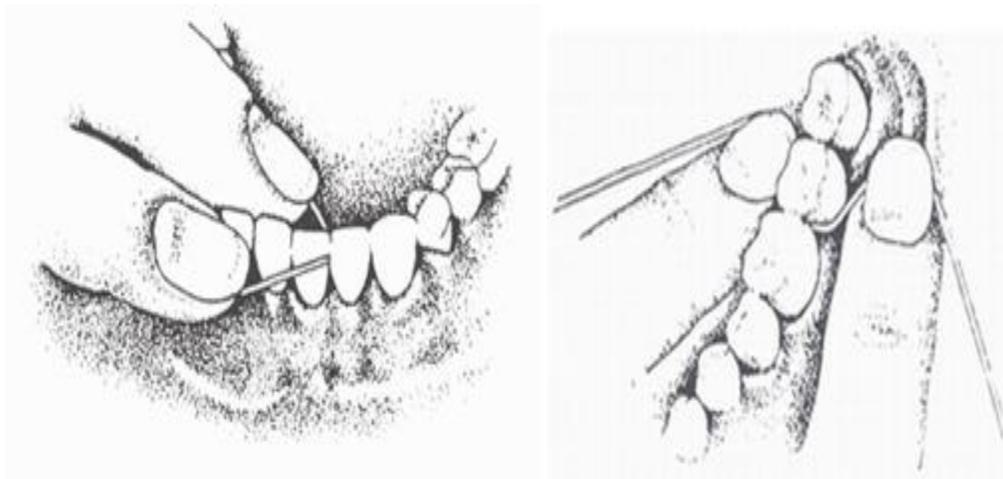


ADAM.

(Fig. 4 Pagina 19)



(Fig. 5 -6 Pagina 16)



ANEXO

3



Universidad San Gregorio de Portoviejo

Facultad de Odontología

CO. OF. # 467 - 10

Portoviejo, 8 de octubre de 2010

Señores Directores:
ESCUELAS URBANAS DEL CANTON JUNIN
Ciudad

De mi consideración:

Por medio del presente solicito a usted muy comedidamente, se les permita a los egresados de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, Carrera Odontología: LOOR CEDEÑO HENRY AUGUSTO Y SALTOS LOOR JUAN CARLOS, realizar las observaciones en los niños de 7 a 9 años de edad en la escuela que usted digna y acertadamente dirige, ya que se encuentran realizando su proyecto de Tesis de Grado que versa sobre "HIGIENE BUCAL Y SALUD PERIODONTAL DE LOS ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS URBANAS DEL CANTON JUNIN".

Segura de contar con su valioso apoyo, me suscribo de usted, reiterándole mi agradecimiento.

Atentamente,

Dra. Ángela Murillo Almache
COORDINADORA CARRERA ODONTOLÓGICA





REALIZACIÓN DE DE LA FICHAS CLÍNICAS



ENCUESTAS REALIZADAS A LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 7 A 9 AÑOS

COLABORACIÓN DEL PERSONAL DOCENTE AL REALIZAR LA ENCUESTA



REALIZANDO LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN







CHARLAS A LOS NIÑOS Y NIÑAS SOBRE TÉCNICAS DE CEPILLADO





ENTREGA DE IMPLEMENTOS DE HIGIENE ORAL







PROPUESTA

ENTREGA DE BANNER EN LA ESCUELA FISCAL JUNÍN # 60



Marilú Cantos
Directora del Plantel



ENTREGA DE BANNER EN LA ESCUELA FISCAL PASTORA INTRIAGO



Lic. Nila Casanova
Directora del Plantel



ENTREGA DE BANNER EN LA ESCUELA PARTICULAR HULE



Docente junto a sus estudiantes



ENTREGA DE BANNER EN LA ESCUELA PARTICULAR MARÍA MERCEDES



Charlas Educativas a los estudiantes





Sor. Rosario Quispe
Directora del plantel



Prof. Carmen Bravo
Docente del Plantel