



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tema.

Nivel de conocimiento de los padres y salud bucal en niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana de la Ciudadela Bellavista del cantón Portoviejo, durante el período marzo – julio 2015.

Autor:

Fabián Neptalí Moreira Cano.

Directora de tesis:

Dra. Nancy Molina Moya Mg. Ge.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. **Nancy Molina Moya Mg. Ge.**, certifica que la tesis de investigación titulada: Nivel de conocimiento de los padres y salud bucal en niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana de la Ciudadela Bellavista del cantón Portoviejo, durante el período marzo – julio 2015. Es trabajo original de la estudiante **Fabián Neptalí Moreira Cano**, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Nancy Molina Moya Mg. Ge.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Nivel de conocimiento de los padres y salud bucal en niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana de la Ciudadela Bellavista del cantón Portoviejo, durante el período marzo – julio 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg.Gs.

Coordinadora de la carrera.

Dra. Nancy Molina Moya Mg. Ge.

Directora de tesis.

Dra. Katusca Briones Solórzano Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

Dra Jessica Garcia Loor Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Nivel de conocimiento de los padres y salud bucal en niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana de la Ciudadela Bellavista del cantón Portoviejo, durante el período marzo – julio 2015. Pertenece exclusivamente al autor Fabián Neptalí Moreira Cano. Cedo los derechos de esta tesis al patrimonio intelectual de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fabián Neptalí Moreira Cano.

Autor.

AGRADECIMIENTO.

Te agradezco Dios por ser mi fortaleza, por haber estado conmigo durante toda mi vida, guiándome en mis decisiones. Fueron muchas las veces en las que pensé no conseguir mi objetivo, pero tu amor y misericordia me recordó que con esfuerzo y sabiduría todo es posible.

A mis padres, Faviola Acacia Cano Miranda y Neptali Moreira Cabrera porque me enseñaron apreciar el valor de las cosas, descubriendo por mí mismo que la vida tiene sus etapas y depende de nosotros que el final de cada una de ellas se cierre con un triunfo. A mis hermanas Cinthya y Maria por brindarme su apoyo incondicional. A mi familia por estar conmigo cuando los necesité.

No quiero terminar mi agradecimiento, sin antes destacar el apoyo de mi novia Patricia Cabal Bravo, quien ha estado a mi lado durante esta etapa de mi vida.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional, a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos y ánimo en los momentos más difíciles de mi vida por lo que quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Fabián Neptalí Moreira Cano.

DEDICATORIA.

Amo al señor, porque ha escuchado mi voz y mis suplicas, porque ha inclinado hacia mí su oído, por eso lo invocaré mientras yo viva. (Salmos 116: 1,2)

Dedico esta tesis a Dios por ser el centro de mi vida, a mis padres y familiares por su apoyo brindado durante esta etapa.

Y a mis sobrinas Luciana Sofía Marcillo Moreira y Abigail Marcillo Moreira que han traído mucha alegría al hogar.

Fabián Neptalí Moreira Cano.

RESUMEN.

La salud oral es un componente esencial que afecta cada aspecto de nuestras vidas. Y esta relacionada con la salud en general, es importante que comience en la infancia siendo los padres encargados de orientar a sus hijos. El presente trabajo tuvo como propósito investigar el nivel de conocimiento de los padres y la salud bucal en niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana, cuyas edades comprendían de 5 a 10 años. Se diagnosticó la presencia de caries dental, piezas perdidas, obturada, y se midió el índice de Higiene Oral simplificada de Greene y Vermillón.

El análisis de datos obtenidos se realizó mediante distribución de frecuencias, porcentajes y tablas de contingencia. Mediante el uso de los indicadores epidemiológico CPOD, ceo-d y el uso del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) permitieron demostrar y concluir que la mayor parte de la población escolar examinada goza de una higiene oral buena. Así mismo se realizó una encuesta dirigida a los padres con la finalidad de determinar su nivel de conocimiento sobre la salud oral, revelando que el 62% de los padres tiene un buen nivel de conocimiento.

En esta investigación se pudo comprobar que el conocimiento de los padres junto con la salud oral de sus hijos es buena, discrepando de otros estudios realizados.

Palabras claves: salud oral, conocimiento, padres, familia, higiene, escolares, placa bacteriana, hábitos alimenticios, prevención.

ABSTRACT.

Oral health is an essential component that affects every aspect of our lives. And is related to the overall health, it is important that Begin in childhood being responsible parents guide their children. The present study was aimed to investigate the level of conococimiento of parents and oral health in children of the School of Basic Educación Bolivarian Fiscal Unit, whose ages ranged from 5-10 years. The presence of dental caries, missing pieces, sealed diagnosed, and the simplified oral hygiene index of Greene and Vermillion was measured.

The analysis of data was performed using frequency distribution, percentages and contingency tables. Using the epidemiological indicators DMFT, ceo-d and use the Simplified Oral Hygiene Index (OHI) allowed to demonstrate and conclude that most of the school population tested has a good oral hygiene. Also a survey of parents in order to determine their level of knowledge on oral health was conducted, revealing that 62% of parents have a good level of knowledge.

In this investigation it was found that knowledge of the parents along with the oral health of their children is good, differing from other studies.

Keywords: oral health, knowledge, parents, family, health, school, plaque, eating habits, prevention.

ÍNDICE.

Portada.	
Certificación de la directora de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaratoria de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Introducción.	1
Capítulo I.	
1. Problematización.	2
1.1. Tema.	2
1.2. Formulación del problema.	2
1.3. Planteamiento del problema.	2
1.3.1. Preguntas de la investigación.	4
1.4. Delimitación de la investigación.	4
1.5. Justificación.	5
1.6. Objetivos.	6
1.6.1. Objetivo general.	6
1.6.2. Objetivos específicos.	6

Capítulo II.

2.	Marco Teórico Referencial y Conceptual.	7
2.1.	Salud bucal.	8
2.2.	Consejos para padres de la salud oral.	10
2.2.1.	Consejos para evitar la transmisibilidad de gérmenes.	10
2.2.2.	Recomendación promover la salud oral.	11
2.2.3.	Medidas preventivas según la edad.	11
2.2.4.	Cuidado de los primeros dientes.	12
2.2.5.	Cuándo llevar al niño con el odontopediatra.	13
2.3.	Niveles de prevención en salud oral.	14
2.4.	Higiene bucal en niños.	15
2.4.1.	Cepillos dentales.	15
2.4.2.	Técnica de cepillado dental.	16
2.4.3.	Secuencia del cepillado.	18
2.4.4.	La seda dental.	19
2.4.5.	Colutorios.	19
2.5.	Placa bacteriana.	20
2.5.1.	Control placa bacteriana.	20
2.5.2.	Autoclisis.	21
2.6.	Importancia de la dieta en la salud bucal de los niños.	22
2.6.1.	Función nutriente.	22
2.6.2.	Alimentos anticariogénicos.	23
2.6.3.	Dieta cariogénica.	23
2.7.	Caries en el niño.	25
2.7.1.	Caries de biberón.	27

2.8.	Enfermedad periodontal en el niño.	27
2.8.1.	Placa subgingival.	28
2.8.2.	Retención de la placa: factores naturales.	28
2.8.3.	Retención de la placa: factores iatrogénicos.	29
2.9.	Tratamientos preventivos.	29
2.9.1	Profilaxis.	29
2.9.2.	Fluorización.	30
2.9.3.	Sellantes de fosas y fisuras.	32
2.10.	Hipótesis.	33
2.11.	Unidad de observación y análisis.	33
2.12.	Variables.	33
2.12.1.	Matriz de operacionalización de las variables.	33

Capítulo III.

3.	Marco Metodológico.	
3.1.	Modalidad de la investigación.	34
3.2.	Tipo de investigación.	34
3.3.	Método.	34
3.4.	Técnica.	34
3.5.	Instrumentos.	35
3.6.	Recursos.	35
3.7.	Población y muestra.	35
3.8.	Recolección de la información.	35
3.9.	Procesamiento de la información.	37
3.9.1.	Ética.	37

3.10.	Cronograma.	37
-------	-------------	----

Capítulo IV.

4.	Análisis e Interpretación de los Resultados.	38
4.1.	Análisis e Interpretación de la ficha clínica.	38
4.2	Análisis e Interpretación de la encuesta.	56

Capítulo V.

5.	Conclusiones y Recomendaciones.	81
5.1.	Conclusiones.	81
5.2.	Recomendaciones.	82

Capítulo VI.

6.	Propuesta.	83
6.1.	Título de la propuesta.	83
6.2.	Clasificación de la propuesta.	83
6.3.	Ubicación sectorial y física.	84
6.5.	Justificación.	84
6.6.	Marco Institucional.	84
6.7.	Objetivos.	85
6.7.1.	Objetivo general.	85
6.7.2.	Objetivos específicos.	86
6.8.	Descripción de la propuesta.	86
6.9.	Responsable.	87
6.10.	Factibilidad.	87

6.11. Sostenibilidad.	87
6.12. Diseño metodológico.	87
6.13. Recursos.	89
6.13.1. Humanos.	89
6.1.2. Técnicos.	89
6.13.3. Materiales.	89
6.13.4. Financieros.	89
6.14. Presupuesto.	89
Anexos.	90
Bibliografía.	

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro N° 1. Distribución de la población por género.	38
Gráfico N° 1. Distribución de la población por género.	38
Cuadro N° 2. Edad de la población.	40
Gráfico N° 2. Edad de la población.	40
Cuadro N° 3. Placa bacteriana.	42
Gráfico N° 3. Placa bacteriana.	42
Cuadro N° 4. Cálculo dental.	44
Gráfico N° 4. Cálculo dental.	44
Cuadro N° 5. Gingivitis.	46
Gráfico N° 5. Gingivitis.	46
Cuadro N° 6. Índice de higiene oral simplificada IOHS.	48
Gráfico N° 6. Índice de higiene oral simplificada IOHS.	48
Cuadro N° 7. Frecuencia de piezas dentales cariadas, perdidas y obturadas.	50
Gráfico N° 7. Frecuencia de piezas dentales cariadas, perdidas y obturadas.	50
Cuadro N° 8. Frecuencia de piezas dentales cariadas, exfoliadas y obturadas.	52
Gráfico N° 8. Frecuencia de piezas dentales cariadas, exfoliadas y obturadas.	52
Cuadro N° 9. Índice CPOD y ceo-d global de la población.	54
Gráfico N° 9. Índice CPOD y ceo-d global de la población.	54
Cuadro N° 10. Estudios.	56
Gráfico N° 10. Estudios.	56
Cuadro N° 11. ¿Qué efectos produce chuparse el dedo a largo plazo?	58
Gráfico N° 11. ¿Qué efectos produce chuparse el dedo a largo plazo?	58
Cuadro N° 12. ¿Cuáles dientes son más importantes?	60

Gráfico N° 12. ¿Cuáles dientes son más importantes?	60
Cuadro N° 13. ¿Cada qué tiempo lleva a su hijo a la consulta odontológica?	62
Gráfico N° 13. ¿Cada qué tiempo lleva a su hijo a la consulta odontológica?	62
Cuadro N° 14. ¿Le ha hablado a su hijo(a) de la higiene oral?	64
Gráfico N° 14. ¿Le ha hablado a su hijo(a) de la higiene oral?	64
Cuadro N° 15. ¿En qué productos encontramos el flúor?	66
Gráfico N° 15. ¿En qué productos encontramos el flúor?	66
Cuadro N° 16. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo(a)?	68
Gráfico N° 16. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo(a)?	68
Cuadro N° 17. ¿Con qué te limpias los dientes?	70
Gráfico N° 17. ¿Con qué te limpias los dientes?	70
Cuadro N° 18. ¿Cada qué tiempo es recomendable cambiar el cepillo dental?	72
Gráfico N° 18. ¿Cada qué tiempo es recomendable cambiar el cepillo dental?	72
Cuadro N° 19. ¿Qué alimentación considera usted saludable?	74
Gráfico N° 19. ¿Qué alimentación considera usted saludable?	74
Gráfico N° 20. Nivel de conocimiento de los padres/tutores sobre salud oral.	76
Gráfico N° 20. Nivel de conocimiento de los padres/tutores sobre salud oral.	76

INTRODUCCIÓN.

Para disfrutar de una salud plena en general debemos considerar muchos aspectos entre ellos la salud oral, debido que cumple muchas funciones que influyen positivamente en el bienestar físico, psicológico y social.

La higiene oral diaria es muy importante para nuestra salud, porque evita que la acumulación de bacterias dañen los tejidos del diente formando caries, asimismo evita la acumulación de placa bacteriana y con ello la formación de sarro y cálculo que puede producirle enfermedad periodontal y al final la pérdida de los dientes.

Los hábitos alimenticios son un factor de riesgo alto para la presencia de caries. Muchos alimentos aumentan este riesgo, como los carbohidratos y los azúcares porque son alimentos pegajosos que pueden permanecer sobre los dientes por más tiempo.

La importancia de la enseñanza de los padres a sus hijos acerca de la salud oral es fundamental para establecer una salud óptima en el niño. Además de desarrollar como hábito preventivo visitar al odontólogo cada 6 meses, acompañada de una dieta balanceada y una buena higiene oral.

El aprendizaje e imitación de los niños hacia sus padres es la manera en que estos pueden inculcarle buenos hábitos para un sano desarrollo.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Nivel de conocimiento de los padres y salud bucal en niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana de la Ciudadela Bellavista del cantón Portoviejo, durante el período marzo – julio 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres y el estado de salud bucal de los niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana de la Ciudadela Bellavista del cantón Portoviejo?

1.3. Planteamiento del problema.

Examinando una investigación realizada en el Master Universitario Salud Pública, su versión digital, consulte un artículo de Farfán¹ (2012) puedo citar que:

En España se realizó un estudio que evaluó el impacto de la caries y traumatismo dental en niños sobre la calidad de vida de la familia, encontrando que a las madres y padres les preocupaba que su niño tenga menores oportunidades en su vida futura (asociadas al aspecto físico), consideraban que sus niños requieren mayor atención para aliviar el dolor y molestias, y se sentían culpables por la salud dental de sus niños. Finalmente, la magnitud del impacto en la calidad de vida de la familia fue proporcional a la severidad de la caries y traumatismos dentales. (p. 4).

¹Farfán, C. (2012). Programa de educación para la salud bucodental infantil en madres y padres de niños entre 0 y 6 años de edad en Pamplona y Comarca – Navarra, España. Master Universitario Salud Pública. [En línea]. Consultado: [27 de noviembre, 2014]. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/7823/Master%20Salud%20Publica%20Cecilia%20Farfan.pdf?sequence=1>

En la actualidad la salud bucal en niños depende fundamentalmente de la importancia que le den los padres. Siendo un problema que afecta a la mayor parte de los menores de edad en todo el mundo.

Analizando la Rev. Odontología Sanmarquina, en su versión digital, consulté un artículo de

¹Benavente, L y cols² (2012) puedo referir que:

Se realizó un estudio en los establecimientos hospitalarios del ministerio de salud (MINSA) y seguro social (ESSALUD), el objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, teniendo en consideración los criterios y normas éticas establecidas; siendo un estudio de tipo analítico transversal. Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6%, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal. (p. 14).

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web, realiza por el Ministerio de Salud

Pública del Ecuador³ (2010) puedo conocer que:

De acuerdo al último estudio epidemiológico de salud bucal realizado por la Ex-Dirección Nacional de Estomatología (publicado 1996), revela que el 88.2% de los escolares presentan caries dentaria. El CPOD (promedio de piezas definitivas con caries, perdidas u obturadas) a nivel país a la edad de 6 años es apenas de 0.22, teniendo un rápido crecimiento conforme avanza la edad, así a la edad de 8 años tenemos un promedio de 0.77, aumentando a 2.95 a la edad de 12 años. (párr. 2).

²Benavente, L., Chein, S., Campodónico, C., Palacios, R., Ventocilla, M., Castro, A., Huapaya, O., Álvarez, M., Córdova, W., Espetia, A. (2012). Nivel de conocimiento en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Rev. Odontología Sanmarquina, 15(1), 14. [En línea]. Consultado: [27 de noviembre, 2014]. Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf

³Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2010). Manual de educación para salud bucal para maestros y profesores Normalización del sistema nacional de salud: área de salud bucal. [En línea]. Consultado: [27 noviembre, 2014]. Disponible en:

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosdirecciones/dnn/archivos/manual%20educativo%20para%20la%20salud%20bucal%20para%20maestros%20y%20promotores.pdf>

Según lo antes citado conocemos que las altas cifras de caries dental y problemas en nuestro país lo que nos da la pauta para realizar una investigación sobre el nivel de conocimiento de los padres y salud oral de los escolares.

En la población examinada del Centro Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana en Bolivariana en la ciudad de Portoviejo, Manabí, Ecuador, no se han realizado investigaciones relacionadas con la problemática mencionada.

1.4. Preguntas de la investigación.

¿Cuál es el conocimiento que tienen los padres sobre la salud bucal?

¿Aplican los padres sus conocimientos en cuidar la salud bucal de sus niños?

¿Cuál es el estado de salud bucal de los niños y niñas?

1.5. Delimitación de la investigación.

Campo: Ciencias de la Salud.

Área: Odontológica.

Aspecto: Prevención salud oral.

1.5.1. Delimitación temporal.

La investigación se desarrollará durante el período marzo- junio 2015.

1.5.2. Delimitación espacial.

La investigación se realizó en la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana de la Ciudadela Bellavista del cantón Portoviejo, provincia de Manabí.

1.6. Justificación.

Debido a la gran incidencia de problemas dentales en niños el Ministerio de Salud comenzó a desarrollar programas destinados a la prevención en salud estomatológica, con gran acogida en Unidades Educativa y centros de salud. No obstante, continúa existiendo un gran número de niños con problemas bucodentales.

El presente estudio se ejecutó con el objetivo de establecer el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral y determinar el estado de salud bucal de los escolares del Centro Educativo Básico Fiscal Unidad Bolivariana con el fin de obtener datos epidemiológicos, que puedan ser utilizados como referencia para nuevas investigaciones relacionadas con el tema.

Se ha tomado en cuenta al índice CPOD y ceo-d gracias a su alta confiabilidad al momento de presentar resultados estadísticos y también a que detalla la experiencia de caries tanto presente como pasada al tomar en cuenta las caries y los tratamientos restauradores realizados con anterioridad. Así mismo se utiliza el Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillón debido a su amplio uso en diferentes países.

La investigación beneficiará a los escolares, padres de familia y profesores mediante la enseñanza de buenos hábitos higiénicos y alimenticios, dándole énfasis en la prevención odontológica debido que es más accesible y económica.

Este estudio será factible gracias a la investigación y observación en la materia y datos estadísticos de fuentes oficiales, formando una bibliografía además de la colaboración de las autoridades Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad

Bolivariana, y del apoyo de los padres de familia quienes serán parte fundamental de la investigación.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

Establecer el nivel de conocimiento de los padres y el estado de salud bucal de los niños y niñas.

1.7.2. Objetivos específicos.

Establecer la salud oral de los niños y niñas.

Determinar las medidas de prevención oral que aplican los padres.

Identificar hábitos de higiene y hábitos alimenticios en los niños y niñas.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

Considerando la obra, Protegiendo los dientes de tú bebe, de Sánchez⁴ (2005), puedo saber que:

La presencia de muchas caries en niños de dos o tres años de edad, es el principal indicador que el cuidado bucal a temprana edad fue poco eficiente y en algunos casos inexistente. Existen muchas razones para justificar esto, malos hábitos, falta de empleo de productos dentales, malos hábitos, falta de colaboración y participación de los padres en el cuidado dental, poca asistencia al dentista entre otras, pero se considera mucho más importante la falta de información y conocimiento por parte de los padres de cual, como y cuando realizar la higiene bucal del niño. (p. 5).

Observando informaciones disponibles en el sitio web scielo, consulte un artículo de González⁵ (2013), y puedo transcribir que:

En relación con las prácticas de higiene bucal que realizan las madres con sus hijos, a la pregunta: ¿cree usted ser el responsable del cepillado dental de su hijo?, ellas se consideran responsables de la higiene, aunque consideran no poseer el conocimientos y destrezas necesarias para realizar estos procedimientos (párr. 11).

Comparando la Revista Colombiana de investigación en Odontología, en su versión digital consulte un artículo de Linares y cols⁶(2010), y puedo exponer que:

Aunque en las madres que tenían cierto conocimiento sobre higiene oral se observaron altos índices de placa bacteriana, COP-D y ceo-d, estas se encontraban influenciadas por factores culturales, étnicos y socioeconómicos, lo que impide que pongan en práctica sus conocimientos en higiene oral. (párr. 17).

⁴Sánchez, C. (2005). Protegiendo los dientes de tu bebe. Guía práctica para padres. Estado plurinacional de Bolivia: Bolivia dental.

⁵González Martínez, F., Hernández Saravia, L. y Correa Mulett, K. (2013). Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. Rev. Cubana Salud Pública, 39. [En línea]. Consultado: [29 septiembre, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100006

⁶Linares, L., Ruiz, N., Herrera, D. y Gómez, R. (2010). Caries Dental y condiciones de higiene oral en niños indigentes Sikuaní, municipio de puerto Gaitan. Rev. Colombiana de investigación en Odontología, 1(2). [En línea]. Consultado: [2 octubre, 2014]. Disponible en: www.rcio.org/index.php/rcio/article/download/7/50

Investigando la Revista Cubana, en su versión digital, consulte un artículo de Díaz⁷ (2009)

puedo citar que:

Cuando se pregunta a las madres de menores de 5 años sobre la salud oral, usualmente reconocen su importancia. Sin embargo, no se refieren de manera directa a la salud oral cuando indican los problemas de salud más sentidos de sus hijos, por lo general diarreas, infecciones respiratorias y afecciones de la piel. (p. 46).

2.1. Salud bucal.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web, who.int (world health organization),

consulte un artículo de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸ (2007) y puedo transcribir

que:

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. (párr. 1).

Analizando la obra, Tratado de pediatría social de García C. y cols ⁹(2000) puedo exponer que:

La salud bucodental forma parte integrante de la salud de los individuos, toda vez que estos no puedan considerarse sanos si presentan una patología bucal. Las enfermedades bucodentales – principalmente las caries, las periodontopatías y las maloclusiones-sanitarias, ya que es infrecuente que ocasionen mortalidad directa. Sin embargo, por su elevadísima frecuencia (las padecen más del 90% de la población), por los trastornos locales que originan, por las enfermedades del aparato digestivo y otras complicaciones sistémicas y hasta por su repercusión en la estética personal, justifican la especial atención médica y sanitaria de la que deben ser subsidiarias. Asimismo, desde el punto de vista socioeconómico, la patología bucal tiene una gran importancia y transcendencia por el enorme costo monetario destinado a su terapia-la prevención siempre es muchísimo más económica y rentable -, por el absentismo laboral y escolar que ocasiona y por el precio incalculable de sus secuelas y complicaciones. Tras las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, a caries dental ocupa un lugar preferente en cuanto a frecuencia y extensión, por lo que la OMS la denomina (tercer plaga mundial). (p. 425).

⁷Díaz, M. (2009). La Salud Oral, ¿Cuestión de Cultura? Revista de salud pública. 1 (1). [En línea].

Consultado: [2 octubre, 2014]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/21294/1/17631-61781-1-PB.pdf>

⁸Salud, O. (2007). Salud Bucodental. Organización mundial de la salud. [En línea].

consultado: [25 noviembre 2014]. disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/#>

⁹ García, C. y González, A. (2000). Tratado de pediatría social. 2da edición Madrid: Díaz de santos.

Razonando la obra, El Niño Sano, de Posada, A. y cols¹⁰ (2005) puedo referenciar que:

La salud oral es una parte fundamental de la salud en general. Una buena salud oral contribuye a la construcción de otras metas de desarrollo de los niños, tales como la autoestima, la felicidad y la autonomía en su aspecto alimentario. (p. 300).

Considerando informaciones disponibles en la web encontré un artículo de Villaizán Pérez¹¹ (2012) y puedo saber que: “Se examinaron un total de 1220 escolares 366 de primero (6- 7 años), 415 de tercero (8-9 años) y 439 de quinto de Educación Primaria (10-11 años). La distribución por sexos ha sido 559 niños (46%) y 661 niñas (54%)”. (párr. 9).

Examinando informaciones disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud Pública (MSP)¹² (2009) se puede referenciar que:

En relación al perfil epidemiológico de salud bucal en la población ecuatoriana, podemos indicar que la caries dental continúa siendo un problema de salud pública que afecta considerablemente a la población infantil, de acuerdo con el último Estudio Epidemiológico realizado por el Ministerio de Salud en el año 1996, a escolares menores de 15 años, cuyos datos revelaron lo siguiente:

Prevalencia de caries dental: 88.2%
Promedio de CPOD a los 6 años: 0.22
Promedio de CPOD en primeros molares definitivos a los 6 años: 0.22
Promedio de CPOD a los 12 años: 2.95
Promedio de ceod a los 6 años: 5.61
Necesidad de tratamiento inmediato: 9.3%
Presencia de placa bacteriana: 84.9%
Presencia de Gingivitis: 65.6%
Presencia de mal oclusión: 48.5%. (p. 10).

¹⁰Posada, A, Gómez, J. y Ramírez, H. (2005). El Niño Sano. 3^{ra} Edición. Bogotá: Editorial Panamericana.

¹¹ Villaizán Pérez, Carmen (2012). Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. Consultado el 20 de mayo de 2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art14.asp>

¹²Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2009). *Normas y Procedimientos en atención bucal*. [En línea]. Consultado: [26 noviembre, 2014]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20EN%20SALUD%20BUCAL%20%20I%20%20NIVEL.pdf>

Considerando un artículo de González y cols en Colombia¹³(2010) puedo citar que: “Por último, el nivel de escolaridad más frecuente de los padres fue la secundaria completa, con 55.5%. (p. 4)”.

2.2. Consejos para padres de la salud oral.

Examinando informaciones disponibles en el sitio web madridsalud, consulte un artículo de madridsalud¹⁴ (2015), y puedo conocer que:

La caries dental es la enfermedad más frecuente en los niños. Si no se trata precozmente, pueden aparecer problemas para comer adecuadamente debido al dolor, también puede afectar el sueño y producir infecciones en la boca que pueden dañar al resto del organismo. Sin embargo la caries dental es una enfermedad fácil de prevenir, de tal forma que podemos evitar su aparición tanto en niños como en adultos. (p. 3).

Analizando informaciones disponibles en la web en el sitio saludymedicinas, consulte un artículo de Reyna, R.¹⁵ (2014) puedo citar que:

La Asociación Dental Americana (estadounidense) aconseja que la succión del pulgar debe ser interrumpida entre los 4 y 5 años de edad, porque si continúa los dientes tenderán a "salirse", lo que afectará cuando tenga que morder (oclusión). Lo anterior se explica porque la mandíbula se irá hacia atrás por la presión que ejercen mano y brazo. Asimismo, los dientes se inclinan y el paladar se profundiza. Lo que sigue es que el niño no va a poder cerrar normalmente sus labios por el desplazamiento óseo y dental, aumentando la distancia entre los labios. (párr. 3).

¹³ González Martínez, F., Barrios, C., y Morales, L. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Consultado el 20 de mayo del 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2011/sal113g.pdf>

¹⁴Madridsalud. (2015). Consejos sobre Salud Dental en la Infancia. [En línea]. Consultado: [15 mayo, 2015]. Disponible en: http://www.madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/cuida_tus_dientes.pdf

¹⁵ Reyna, R. (2014). Consecuencias de chuparse el dedo.” [En línea]. Consultado: [3 de junio, 2015]. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/bucodental/articulos/consecuencias-chuparse-dedo.html>

Considerando informaciones disponibles en la web en el sitio [livestrong](http://www.livestrong.com), consulte un artículo de Farmer, T¹⁶. (2015) puedo saber que:

Los bebés por lo general tienen su primer diente cerca de los 6 meses de edad. A medida que sacan más dientes, son capaces de masticar una variedad más amplia de alimentos. Los dientes de leche son importantes para masticar y también mantienen el espacio para que los dientes permanentes más grandes crezcan correctamente. Por lo tanto, es importante cuidar los dientes de leche a pesar de que finalmente se caigan. Alrededor de los 6 años, los dientes del bebé comienzan a caer para hacer espacio para los dientes permanentes. Alrededor de los 12 años, un niño generalmente ha perdido todos sus dientes de leche. Los adultos tienen bocas más grandes y necesitan más dientes para masticar. Una persona adulta tiene 32 piezas en un juego completo. (párr. 2).

2.2.1. Consejos para evitar la transmisibilidad de gérmenes.

Estudiando nuevamente la obra, *Protegiendo los dientes de tú bebe*, de Sánchez ¹⁷(2005), puedo transcribir que:

Usar utensilios (platos, copas, cubiertos, etc.) exclusivos para los bebés.
No “sople” o “pruebe” los alimentos antes de darlos al bebé.
No coloque en su boca el chupete, chupón o mordillo que él bebe está usando.
Evite besar al bebé en la boca.
No lleve alimentos masticados de su boca a la del bebé.
No pruebe la temperatura del biberón poniendo el chupón en su boca (p. 9).

2.2.2. Recomendaciones para promover la salud oral.

Indagando la obra, *Programa Educativo Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niños y Niñas Preescolares del Gobierno de Chile*¹⁸ (2007), puedo transcribir que:

Una alimentación saludable, de acuerdo a las guías alimentarias, y limitando el consumo de alimentos y bebidas azucaradas entre las comidas.
Si existe el hábito de succión digital, reemplazar por chupete adecuado, teniendo la precaución de evitar su uso indiscriminado, y retirándolo cuando el niño se queda dormido.
El chupete no debe ser chupado por un adulto u otros niños, para evitar la transmisión de microorganismos.

¹⁶ Farmer, T. (s.f.). La importancia de los dientes en los seres humanos. [En línea]. Consultado: [3 de junio, 2015]. Disponible en: http://www.livestrong.com/es/importancia-dientes-seres-info_16913/

¹⁷Sánchez, C. (2005). *Protegiendo los dientes de tu bebé*. Guía práctica para padres. Estado plurinacional de Bolivia: Bolivia dental.

¹⁸Gobierno de Chile. (2007). *Programa Educativo Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niños y Niñas Preescolares*. República de Chile.

El adulto debe iniciar la limpieza de los dientes desde que erupciona el primero de ellos (6 a 9 meses), con un cotonito, y posteriormente con un cepillo suave y pequeño, sin pasta dental.

Si después de la erupción de los dientes los niños requieren alimentarse durante la noche, se debe tener precaución de limpiar su dentadura; se recomienda que después del año de edad los lactantes no tomen mamadera antes de dormir.

Después de los 2 años se recomienda iniciar el reemplazo de la mamadera por el uso de taza o vaso.

Alrededor de los 3 años, se recomienda que los niños y niñas que usan chupete de entretención, abandonen esta práctica para evitar malformaciones.

A partir de los 3 años se debe iniciar el cepillado de dientes con pasta dental infantil con flúor, supervisado por un adulto.

El cepillado de dientes debe realizarse después de cada comida, siendo importante no olvidar el cepillado en la noche ante de acostarse y al levantarse. (p. 39).

2.2.3. Medidas preventivas según la edad.

Considerando nuevamente informaciones disponibles en el sitio web madridsalud, consulte un artículo de madridsalud ¹⁹(2015), y puedo saber que:

De 3 a 5 años

A esta edad son capaces de cepillarse ellos solos, pero aun así conviene que, al menos una vez al día, un adulto repase el cepillado asegurándose que la limpieza es correcta y apreciando cualquier alteración que pueda aparecer. Es muy importante que el niño adquiera en esta etapa buenos hábitos de alimentación, que esta sea variada, rica en frutas y verduras y que la masticación sea correcta. Evitar picar entre comidas y por supuesto evitar los dulces, que le provocaran caries. Si el niño sigue con chupete o se chupa el dedo tendrá problemas en la erupción de los dientes definitivos, por eso es muy importante eliminar este hábito, sin que el niño sea castigado, hay que estimularle, haciéndole ver lo mayor que se ha vuelto.

De 6 a 12 años.

Es la edad del recambio dental. Es muy importante que el niño continúe con sus hábitos higiénicos, que no deberá abandonar aunque a veces sienta molestias al cepillar la zona donde está saliendo un diente nuevo. En esta época es fundamental acudir a revisiones para que el dentista compruebe que los dientes hacen su erupción correctamente, en tiempo y situación. El primer molar definitivo sale alrededor de los 5-6 años, al final de la arcada dentaria, detrás de las muelas de leche, y al no sustituir a ninguna de ellas, es decir, al no caerse ninguna para que salga, no suele producir molestias y el acontecimiento puede pasar desapercibido para los padres. Este molar es muy importante para el desarrollo de los maxilares y la correcta masticación. Como su superficie masticatoria tiene surcos y fisuras profundas, es más susceptibles a la caries

¹⁹Madridsalud. (2015). Consejos sobre Salud Dental en la Infancia. [En línea]. Consultado: [15 mayo, 2015]. Disponible en: http://www.madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/cuida_tus_dientes.pdf

dental, por lo que debe protegerse con la aplicación de selladores y el uso regular de soluciones con flúor. Todos los dientes de leche serán reemplazados por dientes definitivos, acabando este proceso aproximadamente a los 12 años de edad con la erupción del 2 molar definitivo. (pp. 6-7).

2.2.4. Cuidado de los primeros dientes.

Observando nuevamente la obra, Protegiendo los dientes de tú bebe, de Sánchez²⁰(2005), puedo referenciar que:

Al momento de llevar al bebe a su nuevo hogar es necesario tomar en cuenta cuidados para mantener su salud y conseguir un desarrollo normal.

Según recomendación de la academia americana de Odontología Pediátrica, en parámetros generales desde el nacimiento a los seis meses de edad es necesario tomar en cuenta la siguiente lista como factores fundamentales de cuidado dental:

Limpie la boca del bebe.

Consulte al pediatra del niño sobre el uso de suplementos de fluoruro.

Regule los hábitos de la alimentación (biberón o lactancia materna). (p. 16).

2.2.5. Cuándo llevar al niño con el odontopediatra.

Analizando la obra, Pediatría para todos de Cortina²¹(2012) puedo Citar que:

Los padres deben ser conscientes de la importancia de la salud de la boca y de los dientes de sus hijos. Los primeros cuidados deben empezar desde el embarazo con una alimentación rica en calcio, fosforo, proteínas y vitaminas A, C y D. Mantener una buena salud de los dientes es tarea que se debe comenzar desde la infancia con el cuidado de los dientes de leche, a pesar de que su duración no sea larga. Partiendo del tema Cuidados Importantes de la Dentición de la Niñez. (Párr. 1).

Examinando informaciones disponibles en la web consulte un artículo en el sitio [guiainfantil](http://www.guiainfantil.com)²²

(2015). Puedo transcribir que:

Cada vez vemos más niños muy pequeños con problemas de caries. Por eso, los odontólogos recomiendan, por un lado, iniciar la higiene bucal a edad muy temprana, incluso, antes de que aparezca el primer diente y, por otro, acudir al dentista por primera vez cuando el bebé cumpla su primer año de edad. (párr. 1).

²⁰Sánchez, C. (2005). Protegiendo los dientes de tu bebe. Guía práctica para padres. Estado plurinacional de Bolivia: Bolivia dental.

²¹Cortina, J. (2012). Pediatría para todos. México. Estados Unidos Mexicanos. Grupo Editorial México.

²²Guiainfantil. (s.f.). La primera visita de los niños al dentista. Consultado [14 de mayo 2015]. Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/salud/dientes/irdentista.htm>

Considerando informaciones disponibles en la web consulte un artículo de Tercero, M.²³(20015) y puedo exponer que: “En general es bueno visitar al dentista cada 6 meses para hacer una revisión de rutina pero cada paciente es tratado de acuerdo a sus necesidades individuales”. (p. 17).

2.3. Niveles de prevención en salud oral.

Indagando nuevamente la obra, El Niño Sano, de Posada, A. y cols²⁴(2005) puedo saber que: “La prevención es el aspecto más importante en la práctica diaria de la salud oral: por tanto es fundamental enfatizar en la educación sobre tipos de prevención y sus formas de implementación”. (p. 300).

Examinando la obra, Manual de higiene bucal de Rojas F. y cols²⁵ (2009) puedo exponer que:

Según define la OMS, la prevención abarca las medidas encaminadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su progresión y a reducir sus consecuencias. Cada enfermedad tiene una evolución espontánea (sin la intervención del tratamiento) que parte del estado de salud inicial, pasa por un periodo prepatogénico, donde actúan los factores que favorecen y determina el desarrollo de la enfermedad (factores de riesgo), y concluye con un periodo patogénico donde, después de una fase sin manifestaciones clínicas, aparecen los signos y síntomas de la enfermedad y, en definitiva, las consecuencias de la enfermedad (incapacidad o muerte). Por lo tanto las medidas preventivas que se pueden aplicar en el curso del proceso evolutivo de la enfermedad van a ser tres niveles (niveles de prevención):

Prevención primaria. Se define como tal a aquellas medidas diseñadas para asegurar que la enfermedad no se manifieste (es lo que entendemos propiamente por prevención). Son, desde el punto de vista costo-beneficio, las medidas más efectivas y más baratas en cuanto a cote biológico y económico, ya que eliminan la necesidad de tratamiento adicional.

Prevención secundaria. Comprenden estrategias cuyo objetivo es detener el proceso de la enfermedad una vez ha aparecido y reducir o eliminar sus efectos sobre el organismo. Estas medidas están basadas en un diagnóstico y un tratamiento de la enfermedad lo más precoz posible.

Prevención terciaria. La fase de prevención terciaria se instaure cuando ha fracasado la prevención secundaria. Sus objetivos son dos: en primer lugar reducir o incluso eliminar las limitaciones causadas por la enfermedad (reemplazando pérdidas de

²³Tercero, M. (s.f.). Health trust Educación de salud dental. Consultado [14 de mayo 2015]. Disponible en: <http://www.first5kids.org/sites/default/files/Final%20short%20Oral%20Health%20Presentation1%20SPA.pdf>

²⁴Posada, A, Gómez, J. y Ramírez, H. (2005). El Niño Sano. 3^{ra} Edición. Bogotá: Editorial Panamericana.

²⁵Rojas, F. y Fernández, V. (2009). Manual de higiene bucal. Buenos aires: Medica Panamericana.

tejidos o rehabilitando su función); y, por otra parte, poner en marcha las estrategias necesarias para que no se produzca una recurrencia de la enfermedad. (p. 47).

2.4. Higiene bucal en niños.

Estudiando la obra, Técnicas de ayuda Odontología / Estomatológica de Gutiérrez E. y cols²⁶ (2009) puedo referir que:

Asumiendo que es más importante la minuciosidad en el cepillado que en la técnica empleada, no suele ser conveniente cambiar esta última a no ser que sea estrictamente necesario. Cualquier método es bueno si consigue eliminar la placa bacteriana y no causa lesiones. En los niños suele ser frecuente la técnica del restregado que comprende un movimiento horizontal del cepillo dental a lo largo de las caras externas e internas de las arcadas dentarias; si este es el método practicado por los padres no se debe modificar, siempre que se consigan los resultados adecuados. Hay que incidir en la pulcritud de la higiene dental. Es aconsejable cepillarse tras cada una de las comidas y antes de acostarse, siempre recordando que es más importante la calidad de cepillado que la frecuencia. (p.208).

2.4.1. Cepillos dentales.

Investigando la obra, Rehabilitación Bucal en Odontopediatría Atención Integral de Guedes A. y cols²⁷ (2003) puedo citar que:

Existen varios factores que intervienen para escoger los cepillos dentales, incluyendo el material de las cerdas; el largo, el diámetro y el número total de cerdas; el tamaño de la cabeza (parte activa) del cepillo, el número y colocación o posición de los penachos de cerdas; la angulación de la cabeza en relación al mango del cepillo y la forma del mango. Además de estos, otros factores relacionados con la motivación del niño, tales como los diferentes colores, diseños y figuras también deben ser considerados.

El cepillo dental considerado adecuado para realizar un cepillado eficaz debe tener un mango de forma rectangular o achatada con la finalidad de permitir una mejor retención y apoyo para realizar los movimientos del cepillado. La cabeza del cepillo debe presentar un tamaño de 25 a 32 mm de largo por 8 a 11 de ancho, presentado tres hileras de penachos, en sentido transversal, y ocho en sentido longitudinal. Se considera que esta sea la disposición ideal para poder alcanzar los grupos de dientes a ser cepillados. Las cerdas deben ser artificiales, para ser más homogéneas y más durables; de consistencia media, porque presentan mayor acción de limpieza con un menor daño a

²⁶Gutiérrez, E y Iglesias, P. (2009). Técnicas de ayuda Odontología / Estomatológica. Madrid: S.A. Editex.

²⁷Guedes, A., Ciamponi, A., Duarte, D., Marcillo, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, L., Prokopowitsch, I., Martines, J., Imparato, J., Guimaraes, L., Strazzeri, M., Bonecker., Bussadori, S., Chedid, S., Ferreira, S. (2003) Rehabilitación Bucal en Odontopediatría Atención Integral. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

los tejidos; el largo debe ser uniforme y las puntas redondeadas para permitir la acción simultánea de las cerdas. (p. 67).

Analizando la obra Periodontología Clínica e Implantología Odontológica de Lang y cols²⁸ (2009) puedo citar que: “Se suele aconsejar que los cepillos se cambien antes de que se observen los primeros signos de desgaste. Se ha estimado que la vida útil de un cepillo común es de 2-3 meses”. (p. 771).

Examinando informaciones disponibles en la web encontré un artículo de Villaizán Pérez²⁹ (2012) y puedo conocer que: respecto a los hábitos de higiene oral encontramos que un 43,8 % de los escolares no se cepillaban los dientes a diario, y de los que sí lo hacían solamente un 5,2 % lo realizaba después de cada comida principal, manteniéndose esta frecuencia en todas las edades. (párr. 10).

Revisando la obra de Cuenca y Baca³⁰ (2005) puedo conocer que “Para el cuidado de la salud oral, hay un axioma; el método más común y universal de práctica de higiene oral es el cepillado dental con un dentífrico fluorado”. (p. 77).

2.4.2. Técnica de cepillado dental.

Método del restregado.

Indagando nuevamente la obra, Técnicas de ayuda Odontología / Estomatológica de Gutiérrez E. y cols³¹(2009) puedo conocer que: “Es una técnica que consiste en cepillar las superficies vestibular lingual-palatino con las cerdas del cepillo en sentido

²⁸Lang, N., Lindhe, J. (2009). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ª Ed. Buenos Aires. Médica Panamericana S. A.

²⁹ Villaizán Pérez, Carmen (2012). Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. Consultado el 20 de mayo de 2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art14.asp>

³⁰Cuenca, E., y Baca, P. (2013). Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología. 4ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

³¹Gutiérrez, E y Iglesias, P. (2009). Técnicas de ayuda Odontología / Estomatológica. Madrid: S.A. Editex.

horizontal. Parece ser el método más demostrado por la mayoría de los especialistas”. (p. 208).

Método de Bass.

Razonando nuevamente la obra, Técnicas de ayuda Odontología / Estomatológica de Gutiérrez E. y cols³²(2009) puedo referir que:

Quizás la técnica más recomendada, en un Angulo de 45° la cerda penetre suavemente en el espacio entre encía y dientes y se efectúan movimientos de vaivén de unos 2mm. (pp. 208 y 209).

Técnica de Charters.

Estudiando la tesis de Costales³³ (2014), se puede transcribir que:

Esta técnica es de gran efectividad para limpiar en medio de los dientes de forma específica. La técnica de carácter es un poco similar a la de Bass y ciertas cosas se repiten como la inclinación del cepillo es de 45 grados pero en este caso apuntando al área oclusal. Los movimientos van centrados en la zona interproximal. En la zona oclusal se hace una ligera presión pero el movimiento sobre los dientes es de forma circular. Hacia la parte interna del diente o área lingual el cepillo se coloca de forma vertical. Por lo general esta técnica es utilizada por las personas que tienen brackets. El cepillo debe tener un ángulo de 45 de inclinación con respecto al ápice de los dientes; se lo debe realizar de una manera cuidadosa para que una parte del cepillo repose en la encía y la otra en la pieza dental haciendo ligeros movimientos y de vibración en el diente. (p. 24).

Técnica de Stillman.

Considerando la tesis de Baena³⁴ (2013), se puede transcribir que:

Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansa en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios. (p. 67).

³²Gutiérrez, E y Iglesias, P. (2009). Técnicas de ayuda Odontología / Estomatológica. Madrid: S.A. Editex.

³³Costales, A. (2014). Prevalencia del índice CPO en personas que asisten al grupo narcóticos anónimos en la ciudad de Guayaquil. [En línea]. Consultado: [13 mayo, 2015]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/1896/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-102.pdf>

³⁴Baena, E. (2013). Factores que modifican la frecuencia de cepillado dental en adultos mayores de 18 años de edad. [En línea]. Consultado: [13 mayo, 2015]. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/231104/1853/1/TESIS.pdf>

2.4.3. Secuencia del cepillado.

Investigando nuevamente la obra, Rehabilitación Bucal en Odontopediatra Atención Integral de Guedes A. y cols³⁵ (2003) puedo citar que:

El cepillado debe ser realizado de manera cuidadosa para que no sea olvidada ninguna región, motivo por el cual recomendamos una metodología que presente una secuencia de la enseñanza de la técnica de cepillado, con el propósito de evitar este problema, esta secuencia de técnicas de cepillado que podrían ser adoptadas. Una opción del método sistemático de cepillado sería comenzando por las superficies vestibulares del cuadrante superior izquierdo, siguiendo la secuencia hacia el lado derecho del mismo arco, después continuar sobre las superficies vestibulares del arco inferior de derecha a izquierda, continuando con las caras linguales del mismo arco de izquierda a derecha, y posteriormente sobre las caras palatinas de los dientes superiores, de derecha a izquierda. Finalmente, serían cepilladas las superficies oclusales del arco superior y enseguida las del arco inferior.

La región lingual inferior derecha es menos cepillada por los individuos diestros, motivo por el cual se debe enfatizar más la limpieza de esta región. Otra superficie que merece una atención especial es la región de caninos, como ya fue citado anteriormente, se encuentran en una región de curvatura del arco, donde la ejecución correcta de la técnica se ve dificultada. (p. 67).

2.4.4. Seda dental.

Razonando nuevamente la obra, Técnicas de ayuda Odontología / Estomatológica de Gutiérrez E. y cols³⁶(2009) puedo saber que:

El objetivo que se pretende al usar la seda dental es eliminar la placa interproximal, ya que con el cepillado existen pequeños espacios entre los dientes que no se pueden limpiar. Al utilizar esta, hay que evitar provocar daños o lesiones en las encías y en el tejido periodontal. (p. 211).

Indagando la obra, Operatoria Dental Integración Clínica de Barrancos M.³⁷ (2006) puedo transcribir que: “La necesidad de la eliminación periódica de la placa del espacio interproximal

³⁵Guedes, A., Ciamponi, A., Duarte, D., Marcillo, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, L., Prokopowitsch, I., Martines, J., Imparato, J., Guimaraes, L., Strazzeri, M., Bonecker., Bussadori, S., Chedid, S., Ferreira, S. (2003) Rehabilitación Bucal en Odontopediatra Atención Integral. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

³⁶Gutiérrez, E y Iglesias, P. (2009). Técnicas de ayuda Odontología / Estomatológica. Madrid: S.A. Editex.

³⁷Barrancos M. (2006), Operatoria Dental Integración Clínica. 4ª Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.

está dada por el hecho de que el lugar más susceptible a los patógenos periodontales es precisamente el tejido interdental”. (p. 407).

Uso de la seda dental.

Analizando nuevamente la obra, *Operatoria Dental Integración Clínica de Barrancos M.*³⁸ (2006) puedo exponer que:

El hilo debe fijarse con seguridad alrededor del dedo mayor de cada mano y tenderse dejando una pequeña distancia (2,5-5 cm) entre los dedos índice y pulgar que lo sujetan. De ser necesario se puede recomendar un mango portahilo como ayuda.

No se debe forzar el hilo dentro del surco gingival, ya que se puede provocar una lesión de los tejidos blandos. Debe pasarse suavemente a través de los puntos de contacto interproximales.

Se coloca en principio en la base del surco gingival y luego se mueve hacia arriba y hacia abajo entre el surco y el punto de contacto interproximal. El hilo se curva alrededor del diente procurando no lastimar el tejido gingival.

Existen diversos tipos de grosores y texturas que pueden aplicarse bajo pónicos fijo o implantes.

Conviene comprobar con regularidad la técnica con la que el paciente aplica el hilo dental para garantizar su correcta utilización. (p. 407).

2.4.5. Colutorios.

Examinado informaciones disponibles en el sitio web *Gaceta Dental*, consulte un artículo de Hernández, C. y cols³⁹ (2011), se puede referir que:

El uso de los colutorios como métodos anticaries en niños y adolescentes se ha incluido en los programas de prevención y preservación de la salud desde 1960. Dependiendo de su composición y los efectos deseados los colutorios pueden considerarse cosméticos para la higiene bucal, que precisan un registro industrial, o productos que necesitan un registro farmacéutico. Recientemente se ha expresado la preocupación sobre si su contenido de alcohol podría ser una amenaza para la salud. (párr. 4).

³⁸Barrancos M. (2006), *Operatoria Dental Integración Clínica*. 4ª Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.

³⁹Hernández, C., Millares, V., Maroto, M., Barbería, E. (2011). Colutorios en Odontopediatría. Indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios, criterios de selección y protocolo. Consultado: [8, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2011/09/colutorios-en-odontopediatra-indicaciones-contraindicaciones-efectos-secundarios-criterios-de-seleccin-y-protocolo-25441/>

2.5. Placa bacteriana.

Considerando nuevamente la obra, Tratado de pediatría social de García C. y cols⁴⁰(2000)

puedo transcribir que:

La placa bacteriana es la responsable de las caries dental y de la enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis). La placa comienza a formarse al depositarse sobre la superficie dental una película de glicoproteínas salivares, que en poco tiempo es colonizada por bacterias (principalmente estreptococo), dando origen a una masa blanda y adherente que llega a cubrir toda la superficie del diente en 24 horas. Los gérmenes cariogénicos, al metabolizar los hidratos de carbono fermentables, forman ácidos orgánicos que provocan un descenso del ph de la placa por debajo de 5,5, dando lugar a la desmineralización del esmalte, seguida de su remineralización. Si predomina la desmineralización se produce la lesión inicial de la caries o mancha blanca, que evolucionara hacia caries definitiva.

La caries dental es, por tanto, una enfermedad infecciosa que conduce a la destrucción progresiva de la pieza dentaria. Tiene una etiología multifactorial que requiere, al menos, la confluencia de un huésped susceptible, microorganismos cariogénicos y una dieta inadecuada, con ingesta frecuente de hidratos de carbono fermentables.

Otros muchos factores predisponen a la formación de caries: herencia, raza, higiene. Morfología dentaria, flujo salival, composición química del esmalte, glándulas de secreción interna, sistema inmunitario, enfermedades sistémicas y estados carenciales de base.

Para prevenir los efectos nocivos de la placa es necesario un control mecánico (cepillado dental y uso de seda dental) y, en ocasiones, un control químico mediante enjuagues de clorhexidina o listerine. (p. 427).

2.5.1. Control placa bacteriana.

Comparando nuevamente la obra, Manual de higiene bucal de Rojas F. y cols⁴¹(2009) puedo

citar que:

Hoy en día, el principal medio para controlar la placa bacteriana supragingival sigue siendo su eliminación a través de procedimientos mecánicos .Dentro de estos procedimientos cabe destacar el uso del cepillado y de medios específicos para la higiene interdental, como la seda dental y los cepillos interproximales, junto con la profilaxis profesional regular. (p. 48).

⁴⁰García, C. y González, A. (2000). Tratado de pediatría social. 2^{da} edición Madrid: Díaz de santos.

⁴¹Rojas, F. y Fernández, V. (2009). Manual de higiene bucal. Buenos aires: Medica Panamericana.

Indagando nuevamente la obra, Manual de higiene bucal de Rojas F. y cols⁴²(2009) en cuanto al control de la PB, puedo referir que:

Primera, que el control de la PB supragingival es la base para la salud periodontal y la mejoría del estado clínico del paciente con afección periodontal.

Segunda, que el principal medio de control de PB supragingival es la acción mecánica del cepillo dental, aunque nos puede servir de ayuda el uso de agentes químicos.

Tercera, que la alteración diaria de la PB por encima del margen gingival es crítico para controlar el potencial de las bacterias de causar inflamación gingival. (p. 49).

Examinando el estudio de Simancas, Salas, y Agreda⁴³ (2011), se puede saber que:

De acuerdo a los criterios evaluados en el Índice OHI-S para cálculo dental, encontrando que 102 niños (79,7%) no presentaron cálculo dental, en contraste con 26 niños (20,3%) donde se observó cálculo desde un tercio hasta dos tercios de su superficie (15,6% y 4,7%, respectivamente). (p. 28).

2.5.2. Autoclisis.

Observando nuevamente la obra, Manual de higiene bucal de Rojas F. y cols⁴⁴ (2009) puedo saber que:

Con este término nos referimos a aquellos mecanismos que limpian de forma natural las superficies de los dientes y los tejidos de revestimiento de la cavidad oral. Estos mecanismos naturales son insuficientes para eliminar de forma adecuada la placa bacteriana (PB). El rozamiento sobre las superficies del diente y de la encía, debido a los movimientos de la lengua, de la mucosa de los carrillos, de los labios y de los propios alimentos durante la masticación posee un efecto de fricción sobre la PB que limita su acumulación, especialmente en las zonas con una arquitectura convexa. (p. 48).

⁴²Rojas, F. y Fernández, V. (2009). Manual de higiene bucal. Buenos aires: Medica Panamericana.

⁴³Simancas, Y., Salas, M., Agreda, M. (2011). Condiciones de Higiene bucal en niños en edad escolar. [En línea]. Consultado: [23, febrero, 2014]. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/33983/3/articulo_3.pdf

⁴⁴Rojas, F. y Fernández, V. (2009). Manual de higiene bucal. Buenos aires: Medica Panamericana.

2.6. Importancia de la dieta en la salud bucal de los niños.

Analizando nuevamente la obra, Rehabilitación Bucal en Odontopediatría Atención Integral de Guedes A. y cols⁴⁵ (2003) puedo citar que:

Es importante que el clínico tenga conocimientos de los hábitos alimenticios de sus pacientes para que pueda realizar una orientación dietética dirigida hacia la promoción de la salud bucal, lo más precozmente posible, sin confundir su función con la del nutricionista, que analiza la dieta de sus pacientes en relación al valor nutritivo y a la composición de los alimentos. (p. 77).

Investigando nuevamente la obra, El Niño Sano, de Posada, A. y cols⁴⁶(2005) puedo exponer que:

Un alimento es la sustancia que el hombre ingiere con el propósito de asegurar su crecimiento, mantener adecuadamente sus funciones corporales, renovar los tejidos que han sufrido deterioro y proveerse de la energía necesaria para efectuar las actividades habituales. Un alimento es, pues, cualquier producto que aporte energía y nutrientes. En sentido estricto los términos alimento y nutriente no son sinónimos. Los nutrientes vienen en los alimentos y son parte de estos que nutre, es decir, que ayuda al crecimiento y desarrollo. (pp. 272- 273).

2.6.1. Funciones de los nutrientes.

Indagando nuevamente la obra, El Niño Sano, de Posada, A. y cols⁴⁷(2005) puedo exponer que:

En la naturaleza existen seis clases de nutrientes: proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales (oligoelementos) y agua. Cada uno de ellos desempeña funciones específicas en el organismo. Estas funciones pueden dividirse en: energética, plástica y reguladora.

La función energética de los nutrientes consiste en proveer la energía necesaria para la formación de nuevos tejidos y para el funcionamiento del organismo. Al grupo de nutrientes que cumplen esta función pertenecen los carbohidratos (azúcares), las grasas (lípidos) y las proteínas.

La función plástica consiste en el suministro del material necesario para la formación de nuevos tejidos. Al grupo de nutrientes con función plástica pertenecen algunos minerales y las proteínas, suministradas principalmente por carnes, huevos y leches.

⁴⁵Guedes, A., Ciamponi, A., Duarte, D., Marcillo, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, L., Prokopowitsch, I., Martines, J., Imparato, J., Guimaraes, L., Strazzeri, M., Bonecker., Bussadori, S., Chedid, S., Ferreira, S. (2003) Rehabilitación Bucal en Odontopediatría Atención Integral. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁴⁶Posada, A, Gómez, J. y Ramírez, H. (2005). El Niño Sano. 3ra Edición. Bogotá: Editorial Panamericana.

⁴⁷Posada, A, Gómez, J. y Ramírez, H. (2005). El Niño Sano. 3ra Edición. Bogotá: Editorial Panamericana.

Mediante la función reguladora se utilizan adecuadamente las sustancias plásticas y energéticas. Se encuentran nutrientes con función reguladora en algunos alimentos como frutas, verduras y hortalizas, que aportan minerales (calcio, hierro, potasio, cobre, zinc, flúor), además de vitaminas. (pp. 272-273).

2.6.2. Alimentos anticariogénicos.

Considerando informaciones disponibles en la web en el sitio [naturesan](http://naturesan.net), consulte un artículo de Pérez, C.⁴⁸ (2015) puedo transcribir que:

Aguas fluoradas: contienen aproximadamente entre 0.7 – 1.2 mg.
Pescados: salmón, sardinas o bacalao (entre 0.01 a 0.17mg/100 gr.)
Mariscos.
Carnes: como el pollo.
Frutas y hortalizas: como las naranjas o cebollas.
Lácteos: leche materna y leche fluorada.
Vegetales verdes: como las espinacas o las lechugas.
Papas.
Postres: gelatinas.
Infusiones: como el té (de 1 a 6 mg/litro). (párr.1).

Analizando la obra de Villafranca & cols.⁴⁹ (2006) puedo referenciar que:

La comida en el ser humano está sometida a unas reglas, a una cultura. Hay un horario, unos utensilios, unos modelos. No todos los alimentos, a veces los que más nos gustan, son igualmente saludables. Para conservar una dentadura sana los mejores alimentos son los ricos en fibras (verduras, ensaladas, frutas). O los que tienen una buena aportación de calcio y minerales (leche, queso, yogurt). O los bien dotados de vitaminas y proteínas (pescados, carnes, frutos secos). (p. 281).

⁴⁸ Pérez, C. (s.f.). Alimentos ricos en flúor." [En línea]. Consultado: [3 de junio, 2015]. Disponible en: <http://www.naturesan.net/alimentos-ricos-fluor/>

⁴⁹ Villafranca, F. y cols. (2006). Higienistas Dentales. Servicio de Salud de Castilla y León. 1era. Edición. Sevilla Reino de España: Editorial MAD, S.L.

2.6.3. Dieta cariogénica

Examinando nuevamente informaciones disponibles en la web, la revista creces consulte un artículo de Guerrero S. y cols⁵⁰ (1991). Y puedo conocer que:

Existen alimentos que predisponen mejor que otros a la producción de caries. Ingerirlos en forma abundante, frecuente y entre las comidas es garantizar dolorosas molestias que un buen hábito alimenticio y un adecuado aseo dental podrían evitar.

Las caries dentales constituyen una de las enfermedades crónicas más frecuentes que afectan a la raza humana. Con toda propiedad es posible asegurar que, en cualquier momento, un porcentaje superior a la mitad de la población está siendo víctima de un proceso cariogénico.

Diversos factores predisponen al individuo a adquirir caries. Entre ellos, la calidad de la dieta es uno de los fundamentales. Una dieta rica en hidratos de carbono facilitará la formación de la placa bacteriana, estructura de composición física y química variable que permite la colonización bacteriana. Las propiedades adhesivas de la placa bacteriana de gran importancia en el proceso cariogénico están dadas por una glicoproteína de origen salival que además sirve como elemento nutritivo a los microorganismos. (párr.1).

Propiedades físicas de la dieta cariogénica.

Considerando nuevamente informaciones disponibles en la web, la revista creces consulte un artículo de Guerrero S. y cols⁵¹(1991). Y en cuanto a las propiedades físicas de la comida puedo transcribir que:

Adhesividad.

Cuanto más adhesivo sea el alimento, mayor tiempo permanecerá unido a la pieza dentaria, lo que determinará una mejor disponibilidad para la metabolización por bacterias cariogénicas.

Dimensión de la partícula.

Alimentos formados por partículas de tamaño pequeño tienen una mayor probabilidad de invaginarse en la anatomía oclusal de las muelas.

Ocasión en que se ingiere.

Salivación disminuye entre comidas, mayor acumulo de residuos alimenticios.

Frecuencia.

Mientras más veces al día se esté ingiriendo alimentos, más probabilidad del efecto cariogénico de éstos. (párr. 9).

⁵⁰Guerrero, S. y Lipari, A. (1991). Rev. creces. La dieta criogénica. [En línea]. Consultado: [7 mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.creces.cl/new/index.asp?imat=%20%20%3E%20%2068&tc=3&nc=5&art=214>

⁵¹Guerrero, S. y Lipari, A. (1991). Rev. creces. La dieta criogénica. [En línea]. Consultado: [7 mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.creces.cl/new/index.asp?imat=%20%20%3E%20%2068&tc=3&nc=5&art=214>

2.7. Caries en el niño.

Indagando un artículo de Gómez y Morales⁵² (2012), se puede citar a la escala de valores de gravedad de la afectación establecida por la Organización Mundial de la Salud en:

Muy bajo 0.0 – 1.1
Bajo 1.2 – 2.6
Moderado 2.7 – 4.4
Alto 4.5 – 6.5.
Muy alto +6.6. (p. 27).

Analizando un estudio de Lavanda⁵³ (2010), se puede referir que: “Los resultados obtenidos: De los 37 escolares 56.75% son niños y 43.25% son niñas; encontrándonos con un índice CPOD promedio de 1.95 (niños) y 1.12 (niñas); el índice ceo-d promedio de 7.28 (niños) y 7.06 (niñas)”. (párr. 1).

Analizando nuevamente la obra, Tratado de pediatría social de García C. y cols⁵⁴ (2000), puedo transcribir que:

La OMS define la caries como un proceso patológico localizado, de origen externo, que se inicia después de la erupción dentaria, determinando un reblandecimiento del tejido duro de los dientes y que evoluciona hacia la formación de una cavidad. Se trata de una desmineralización acida de los tejidos duros dentarios, de causa bacteriana, que conduce a la formación de la cavidad en el diente.

El problema más frecuente de salud oral es la caries. En España, a pesar de la disminución del índice de caries entre la población infantil y adolescente (el índice CPOD a los 12 años, en 1998, es de 2,34), la prevalencia de la misma sigue siendo elevada: un 68% a los 12 años y un 82% a los 15 años. La caries se presenta con mayor frecuencia en las clases sociales bajas, el medio rural y la zona meridional del país, posiblemente en relación con los hábitos dietéticos y los medios preventivos y asistenciales de que disponen.

La caries se inicia ya en el primer o segundo año de la vida y se conoce como “caries por biberón” o “caries rampante”. Esta se suele producir cuando el niño duerme con un

⁵²Gómez, N., Morales, M. (2012). Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. [En línea]. Consultado: [4 mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/18609/19665>

⁵³Lavanda, A. (2010). Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar de segundo, cuarto, quinto y sexto año de educación básica de la Escuela “José Rafael Arizaga”, del barrio Zalapa Alto, de la parroquia El Valle, cantón Loja, provincia de Loja; mediante la atención básica bucodental considerando su perfil epidemiológico periodo marzo – septiembre 2010. [En línea]. Consultado: [23, febrero, 2015]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6625>

⁵⁴García, C. y González, A. (2000). Tratado de pediatría social. 2^{da} edición Madrid: Díaz de santos.

biberón en la boca, conteniendo cualquier tipo de alimento líquido que no sea agua. Ese alimento se acumula en los dientes y causa su deterioro rápido, principalmente de los incisivos superiores y los primeros molares. La consecuencia a largo plazo es la pérdida de los dientes temporales y la mayor predisposición a las caries en las superficies lisas de los dientes definitivos.

La labor del pediatra estará encaminada a proporcionar la salud bucodental, enseñando a los padres a desterrar los hábitos alimentarios y de conducta inadecuados. Además, debe estar atento a la aparición de cualquier mancha blanca en los dientes temporales (lesión inicial de la placa bacteriana), remitiendo al niño en ese caso al odontólogo pediátrico lo antes posible, pues en 1 o 6 meses se puede destruir el diente. Se recomienda que todos los niños sean revisados por primera vez por el odontoestomatologo al cumplir el primer año de vida.

Las caries de fosas y fisuras dentales están en relación con defectos del diente, que se extienden ampliamente hacia la superficie y son muy difíciles de limpiar mediante cepillado e hilo dental. Se afectan sobre todo las superficies oclusales del primer y segundo molar permanente y de los premolares. El pediatra puede identificar a los niños con riesgo de padecer este tipo de caries al realizar los exámenes periódicos de salud. La medida preventiva más eficaz es la colocación de selladores dentales por parte del especialista.

Las caries de la superficie lisas del diente pueden presentarse incluso antes de los 4 años de edad. Aunque los niños con antecedentes de caries por biberón son más susceptibles de padecer este tipo de lesión en la dentición definitiva. Su prevención es fundamental en la higiene bucodental, fluorización adecuada, disminución del número de exposiciones a los hidratos de carbono y visitas periódicas al odontólogo. (pp. 427-429).

Examinando nuevamente la obra, tratado de pediatría social de García C. y cols⁵⁵(2000), puedo exponer que: “al contrario de lo que generalmente se cree, si se presentan caries en la dentición temporal, en la edad preescolar, deben ser restauradas. Esta medida evitara problemas futuros como las infecciones, maloclusiones o la enfermedad periodontal.” (p. 429).

⁵⁵García, C. y González, A. (2000). Tratado de pediatría social. 2da edición Madrid: Díaz de santos.

2.7.1. Caries de biberón.

Estudiando nuevamente la obra, *Rehabilitación Bucal en Odontopediatría Atención Integral* de Guedes A. y cols⁵⁶ (2003) puedo conocer que:

El síndrome de la “caries de biberón” representa una forma específica del desarrollo de la enfermedad caries en los niños. Su presencia está asociada al consumo frecuente de leche, jugos, bebidas gaseosas o cualquier líquido contenido azúcar fermentable, en general ofrecidos a través del biberón durante el transcurso del día y de la noche, provocando una destrucción rápida de los dientes deciduos.

El estadio inicial se caracteriza por la desmineralización y por la aparición de manchas blancas en forma de media luna sobre las superficies cervicales e interproximales, en los incisivos superiores. El diagnóstico de la enfermedad en este estadio es poco frecuente, debido a que generalmente ocurre en niños muy pequeños (en medida de 10 a 20 meses de vida), los cuales todavía no están acostumbrados a visitar al dentista. Este diagnóstico es fundamental para que se adopten medidas preventivas que tengan como objetivo revertir el cuadro. (p. 35).

2.8. **Enfermedad periodontal en el niño.**

Investigando nuevamente la obra, tratado de pediatría social de García C. y cols⁵⁷(2000), puedo citar que:

La enfermedad periodontal es una inflamación de las estructuras de soporte del diente, el periodonto formado por la encía, el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso alveolar, es el tejido de protección y soporte del diente. En condiciones normales, cuando el tejido periodontal está sano, la encía es sonrosada, firme, bien adaptada a los cuellos de los dientes y separado de este por un surco gingival de 2-3 mm de profundidad.

Las manifestaciones más frecuentes de inflamación periodontal son las gingivitis o inflamación reversible de la encía y la periodontitis o inflamación de los tejidos de soporte del diente con pérdida progresiva de las estructuras de apoyo (ligamento periodontal y hueso alveolar). En general su origen es bacteriano, si bien también son determinantes en su desarrollo la alteración de la respuesta inmunológica y la susceptibilidad personal. (p. 429-430).

⁵⁶Guedes, A., Ciamponi, A., Duarte, D., Marcillo, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, L., Prokopowitsch, I., Martines, J., Imparato, J., Guimaraes, L., Strazzeri, M., Bonecker., Bussadori, S., Chedid, S., Ferreira, S. (2003) *Rehabilitación Bucal en Odontopediatría Atención Integral*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁵⁷García, C. y González, A. (2000). *Tratado de pediatría social*. 2da edición Madrid: Díaz de santos.

Analizando un artículo de Taboada y Talavera⁵⁸ en el sitio Scielo (2011), se puede citar que:

Los estudios epidemiológicos indican que la gingivitis se presenta en la población infantil de 1 a 9% en las edades de 5 a 11 años y, en forma generalizada, de 1 al 46% entre los 12 y los 15 años de edad. Otros reportes muestran que en los niños de 3 a 11 años los porcentajes varían de 14 a 85%. (p. 22).

2.8.1. Placa subgingival.

Analizando la obra, Atlas En Color de Odontología Periodoncia de Herbert F. y cols.⁵⁹ (2005),

Puedo referenciar que:

Las primeras bacterias que se establecen supragingivalmente en la superficie dental son en su mayor parte grampositivos (*Streptococos* sp, *Actinomicces* sp). En el curso de los siguientes días se asientan cocos gramnegativos, así como bacilos grampositivos y gramnegativos y los primeros filamentos. Mediante la liberación de numerosos productos metabólicos, la flora bacteriana provoca un incremento de la exudación del tejido y la migración de leucocitos polimorfonucleares (PMN) hacia el sulcus (barrera leucocitaria contra las bacterias). Debido al incremento de la migración de PMN y al flujo de líquido sulcular del epitelio de unión se aloja, por lo que las bacterias pueden penetrar más fácilmente entre el diente y el epitelio hasta la zona subgingival (gingivitis, formación de bolsa periodontal).

La formación de placa y las primeras reacciones de los tejidos gingivales se producen en ausencia total de higiene oral. Una mala higiene oral-también interdental-optima elimina en gran parte la biopelícula en formación y mantiene la salud gingival. (pp. 25-27).

2.8.2. Retención de la placa: factores naturales.

Estudiando nuevamente la obra, Atlas En Color de Odontología Periodoncia de Herbert F. y

cols.⁶⁰ (2005), Puedo referenciar que:

Los factores de retención naturales por un lado favorecen la formación de una biopelícula sobre la placa y por otro dificultan su eliminación mediante la higiene oral. Estos factores de retención son:

Cálculos supragingivales y subgingivales.

Limite amelocementario, proyecciones del esmalte.

⁵⁸Taboada, O., Talavera, I. (2011). Prevalencia de gingivitis en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v68n1/v68n1a3.pdf>

⁵⁹Herbert, F. Wolf; Edith, M. & Klaus H. Rateitschak. (2005). Atlas En Color de Odontología Periodoncia (3ª Edición). Reino de España: Masson, S.A.

⁶⁰Herbert, F. Wolf; Edith, M. & Klaus H. Rateitschak. (2005). Atlas En Color de Odontología Periodoncia (3ª Edición). Reino de España: Masson, S.A.

Lesiones de furcacion, entrantes.
Fisuras y fosas dentarias.
Caries de cuello dentario y de la raíz.
Apiñamiento, falta de espacio.

El cálculo dental por sí mismo es poco patógeno, pero su superficie rugosa ofrece un lugar ideal para la retención de bacterias lesivas.
El límite amelocementario discurre de forma muy irregular a nivel microscópico y posee rugosidades con capacidad retentiva, proyecciones y perlas de esmalte.
Las lesiones de furcacion, fisuras, etc. Son recovecos para la placa. La caries constituye un gran depósito de bacterias.
El apiñamiento limita la autolimpieza y dificulta la higiene oral. (pp. 25-27).

2.8.3. Retención de la placa: factores iatrogénicos.

Examinando nuevamente la obra, Atlas En Color de Odontología Periodoncia de Herbert F. y cols.⁶¹ (2005), Puedo referenciar que:

Si no se lleva a cabo correctamente, la odontología restauradora, desde una simple obturación hasta la reconstrucción total, puede resultar más perjudicial que beneficiosa para la salud de la boca. La práctica de restauraciones óptimas implica una actuación profiláctica periodontal.

Las obturaciones y coronas, que clínica y macroscópicamente aparecen perfectas, al microscopio muestran casi siempre hendiduras en el borde que, si ocupan una posición subgingival, constituyen siempre factores de irritación para el periodonto marginal.

Debajo de reconstrucciones desbordantes puede acumularse más placa, lo que produce una gingivitis. La composición de la placa cambia, con un aumento del número de anaerobios gramnegativos (p. ej., Porhynomonas gingivalis) corresponsables de la aparición y progresión de la periodontitis.

Irritaciones iatrogenas toscas, como ganchos que se hundan y sillas libres de prótesis removibles, pueden traumatizar de forma mecánica el periodonto. (pp. 25-27).

2.9. **Tratamientos preventivos en niños.**

2.9.1. Profilaxis.

Observando la obra, Odontopediatra de Boj, J.⁶² (2005) puedo saber que:

La fase de profilaxis comprende:

Evaluar la técnica de cepillado dental: observar el cepillado del niño y determinar el índice de placa bacteriana.

⁶¹Herbert, F. Wolf; Edith, M. & Klaus H. Rateitschak. (2005). Atlas En Color de Odontología Periodoncia (3ª Edición). Reino de España: Masson, S.A.

⁶²Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A. (2005). Odontopediatra. Reino de España: Masson, S.A.

Instrucciones sobre higiene bucal, sobre como eliminar correctamente esa placa bacteriana.

Limpieza dental profesional con un cepillo de rotación y pasta dental.

Aplicación tópica de flúor.

Selladores de fisuras.

Proporcionar el impreso de registro de dieta y explicar su propósito tanto al niño como a los padres. (p. 25).

2.9.2. Fluorización.

Investigando nuevamente la obra, Rehabilitación Bucal en Odontopediatría Atención Integral de Guedes A. y cols⁶³ (2003) puedo saber que:

Método Sistémico.

En la actualidad el fluoruro sistémico no es considerado tan importante. Su utilización sistémica es considerada relevante cuando es analizado su efecto tópico sobre el esmalte dental.

Cuando se ingiere agua fluorada, el fluoruro entra en contacto con los dientes en la cavidad bucal (efecto tópico).

Después de ser ingerida, el flúor es rápidamente absorbido, entra a la torrente sanguínea, saturándose en los huesos y apareciendo en la cavidad bucal a través de la saliva y del fluido gingival (nuevamente actuación tópica).

Por ejemplo, el agua de abastecimiento en Sao Paulo es fluorada, no existiendo la necesidad de suplementación cuando la región no es abastecida por agua fluorada, es interesante la implementación bajo la forma de tabletas o gotas. Además, pueden ser usados otros recursos como el de disolver 1.7g de fluoruro de sodio en un litro de agua destilada. Esta solución es más concentrada, por lo tanto, deberá permanecer fuera del alcance de los niños y con una etiqueta o aviso que alerte su contenido, con la finalidad de evitar accidentes e intoxicaciones. De esta solución concentrada se colocará 1ml en un litro de agua potable, pudiendo ser ofrecida de esta manera al niño e inclusive siendo factible de utilizar para la preparación de sus alimentos.

Método Tópico.

Este método es más utilizado e importante cuando es necesario el fluoruro de manera constante en la cavidad bucal. Cuando la aplicación es realizada sobre el esmalte dental, se recomienda y se utiliza clínicamente el flúor fosfato acidulado (FFA) en la forma de gel, debido a su facilidad de aplicación y menor riesgo de deglución. Al ser aplicado se forma una capa de fluoruro de calcio, la cual se solubiliza a medida que el medio bucal se acidifica liberando flúor constantemente en el lugar que es requerido. Dentro de los métodos tópicos, están incluidos: dentríficos, soluciones para enjuagues, aplicaciones de geles o barnices, pastas profilácticas, entre otras. Si es analizada nuevamente la

⁶³Guedes, A., Ciamponi, A., Duarte, D., Marcillo, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, L., Prokopowitsch, I., Martinez, J., Imparato, J., Guimaraes, L., Strazzeri, M., Bonecker., Bussadori, S., Chedid, S., Ferreira, S. (2003) Rehabilitación Bucal en Odontopediatría Atención Integral. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

figura 4.10, referente a la dinámica del desarrollo de la caries en la presencia de fluoruros, se puede observar que es a través de la acción tópica de los fluoruros, presentes de manera constante en la cavidad bucal, que serán obtenidos los mejores resultados de reposición de pérdida iónicas y prevención del desarrollo de la caries dental.

Los dentífricos actualmente son considerados uno de los medios más eficaces de mantener los fluoruros constante en la cavidad bucal en pequeñas concentraciones.

Los fluoruros presentes en los dentífricos, en regiones donde el agua es fluorada, es considerado uno de los principales responsables por la disminución de los índices de caries actuales. (p. 51).

Técnicas de remineralización.

Analizando nuevamente la obra, Rehabilitación Bucal en Odontopediatra Atención Integral de

Guedes A. y cols⁶⁴ (2003) puedo exponer que:

La técnica más simple de remineralización es la aplicación tópica de flúor gel fosfato acidulado sobre la lesión. Dependiendo del estadio de la lesión, fácilmente puede conseguirse una reversión del proceso de caries. El esmalte de los dientes deciduos se desmineraliza más rápidamente, pero su remineralización también puede ocurrir con mayor rapidez.

Primero se realiza la profilaxis utilizando un cepillo, piedra pómez y agua, se lava y enseguida se procede a aislar el campo. Se seca bien con aire y enseguida se aplica el gel sobre la lesión por un periodo de cuatro minutos. Después de concluida la aplicación no debemos lavar la región.

El niño debe escupir el exceso de gel y no debe ingerir líquidos o alimentos por un periodo mínimo de 30 minutos.

El niño y el responsable deben ser orientados a mantener higienizada esa región. Otras aplicaciones son realizadas sin que exista la necesidad de realizar una nueva profilaxis, a menos que la higiene no se mantenga adecuadamente. Se realizarán tantas aplicaciones cuantas sean necesarias hasta que retorne la apariencia brillante del esmalte. Por tratarse de remineralización con la utilización de fluoruros de menor concentración (al comparado con la técnica de barnices), muchas veces se puede obtener un mejor patrón de remineralización del esmalte. Enjuagues diarios de fluoruros de menor concentración del esmalte. Enjuagues diarios de fluoruros de sodio al 0.05% también pueden ser recomendados antes de dormir y después de realizada la higienización.

Finalizado el tratamiento, podremos observar la lesión con un aspecto brillante. Muchas veces aquella coloración blanca de esmalte permanece, por lo que es recomendable que los padres o responsables sean alertados antes de iniciar el tratamiento. (pp. 56-57).

⁶⁴Guedes, A., Ciamponi, A., Duarte, D., Marcillo, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, L., Prokopowitsch, I., Martinez, J., Imparato, J., Guimaraes, L., Strazzeri, M., Bonecker, B., Bussadori, S., Chedid, S., Ferreira, S. (2003) Rehabilitación Bucal en Odontopediatra Atención Integral. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

2.9.3. Sellantes de fosas y fisuras.

Estudiando la obra, Atlas de Odontología Pediátrica de Van Waes, H.J.M y cols ⁶⁵(2002) puedo transcribir que:

Las fisuras, orificio y los agujeros ciegos constituyen nichos retentivos de placa en la superficie del diente. El acumulo de placa en la fisuras se incrementa especialmente durante el primer año después de la erupción de un molar. Los dientes son entonces muy propensos a la caries. Las fisuras también son más vulnerables a la caries debido a su bajo contenido en flúor y a que el esmalte presenta una elevada permeabilidad y sensibilidad a los ácidos justo después de la erupción. (p. 203).

Objetivos del sellado.

Analizando nuevamente la obra, Atlas de Odontología Pediátrica de Van Waes, H.J.M y cols ⁶⁶(2002) puedo exponer que:

Los selladores deben cerrar los lugares predilectos de las caries en los molares (no tanto en premolares e incisivos) mediante diacrilatos y retención del esmalte.
En caries pequeñas e indignantables, los microorganismos deben ser aislados del sustrato para que no puedan sobrevivir o, como mínimo, no aumentan la lesión.
En caries diagnosticadas debe realizarse un sellado amplio de fisuras.
El sellado de una superficie dental ya obturada debe evitar la aparición de caries secundarias a lo largo del margen de la obturación. (p. 203).

Indicaciones y momento del sellado.

Observando nuevamente la obra, Atlas de Odontología Pediátrica de Van Waes, H.J.M y cols ⁶⁷(2002) puedo saber que:

La incidencia de la caries en fisuras y orificios es especialmente elevada en los primeros 3 años tras la erupción de los dientes. Como consecuencia, estaría especialmente indicado al sellado temprano de todas aquellas fisuras y orificios que, por su morfología retentiva de placa, su evidente descalcificación, su coloración oscura y la predisposición a la caries del paciente en cuestión pudieran clasificarse como de alto riesgo. El aislamiento y drenaje perfectos de la superficie del diente, sin embargo, no suelen ser posibles en este momento. Además, los sellados que no se han realizado de manera técnicamente perfecta pueden favorecer la aparición de nuevas caries o dificultar que estas se reconozcan a tiempo. Existe además una relación clara entre el estado de erupción del diente y el grado de retención del sellador: cuando más tarde se

⁶⁵Van Waes, H.J.M., Stockli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Reino de España: Masson.

⁶⁶Van Waes, H.J.M., Stockli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Reino de España: Masson.

⁶⁷Van Waes, H.J.M., Stockli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Reino de España: Masson.

realice el sellado, más tiempo dura. Por todo ello, deben evitarse las caries de fisuras durante e inmediatamente después de la erupción con otros métodos, especialmente barnices de flúor y de clorhexidina.

El sellado debe realizarse como muy pronto cuando sea posible realizarlo aislada y técnicamente, y cuando el riesgo de caries aun sea alto. Con este procedimiento, no solo se favorece la resistencia natural del diente a la caries, sino también se evitan sellados innecesarios. Cuando el riesgo de caries es bajo, no hay ningún motivo por el cual deban sellarse fisuras no teñidas.

Hoy ya está superada la antes frecuente opinión de que en los pacientes con alto riesgo de caries estaban contraindicados los selladores de fisuras porque había que contar con que serían necesarias restauraciones interproximales y de varias superficies, incluso si se produjese una caries interproximal, esta se podría tratar con una pequeña obturación gracias a que la superficie oclusal estaría libre de caries. Una higiene bucal insuficiente tampoco constituye una contraindicación: precisamente, estos son los pacientes que más provecho sacan del sellado. (p. 203).

2.10. Hipótesis.

2.11. Unidades de observación y análisis.

Padres, niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana de la Ciudadela Bellavista del cantón Portoviejo, provincia de Manabí.

2.12. Variables.

Variable dependiente: Salud oral.

Variable independiente: Nivel de conocimiento.

2.12.1. Matriz de operacionalización de la variable.

(Ver anexo 1).

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

De campo: La investigación se basó en la información primaria obtenida de los niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana sobre su estado de salud bucal.

3.2. Tipo de Investigación.

Descriptivo de corte transversal.

3.3. Método.

Se procedió a registrar los datos de la ficha clínica para el presente estudio, la cual fue llenada a través de la inspección visual de la cavidad oral de los niños y niñas del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana, se determinó los indicadores de dientes cariados, perdidos, obturados (CPOD) y (ceo-d), por último la higiene oral simplificada (IHOS) de Greene y Vermillón. (Ver anexos 6).

Para determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral se aplicó una encuesta a los padres/tutores (anexo 5). La encuesta dirigida a los padres/tutores contenía 9 preguntas la valoración de cada pregunta fue de 1 punto, para un total de 9 puntos.

La puntuación es:

Conocimiento malo: 0 – 3.

Conocimiento regular: 3 – 6.

Conocimiento bueno: 6 – 9.

3.4. Técnica.

Examen clínico odontológico.

Preguntas a padres según un cuestionario.

3.5. Instrumentos.

Ficha clínica para examen odontológico.

Instrumental odontológico.

3.6. Recursos.

Humanos:

Investigador.

Directora.

Materiales.

Instrumentos de exploración odontológica.

Fotocopias.

Fotografías.

Materiales de oficina.

Suministro de impresión.

Tecnológicos.

Cámara digital.

Computadora.

Flash memory.

Impresora.

Internet.

Software.

Teléfono.

Recursos económicos.

La elaboración del presente trabajo requirió de una cantidad aproximada de \$368.50 dólares, los mismos que fueron financiados a un 100% por el investigador. (Ver anexo 2).

3.7. Población y muestra.

La población estará constituida por 110 niños y sus respectivos padres de familia de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana de la ciudad Bellavista del Portoviejo, durante el periodo marzo – julio 2015.

Criterios de inclusión.

Niños y niñas matriculados de 5 a 10 años de edad.

Que sus padres firmaron el documento de consentimiento informado.

Que hayan asistido a la escuela durante el periodo de investigación.

Criterios de exclusión.

Niños y niñas matriculados menores de 5 años o mayores de 10 años.

Cuyos padres no otorgaron el consentimiento informado.

Que no hayan asistido a la escuela durante el periodo investigativo.

3.8. Recolección de la información.

La recolección de la información se realizó mediante el examen clínico odontológico a los menores a través de la inspección visual e instrumento de diagnóstico, cuyos resultados

fueron registrados en una ficha de datos. Luego se realizó la aplicación de una encuesta a los padres de familia o tutores de los menores, las encuestas fueron enviadas a los padres a través de sus hijos y se recogió al día siguiente.

3.9. Procesamiento de la información.

La información estadística será procesada con el software de cálculo Microsoft Excel 2010. Los resultados serán representados mediante tablas y gráficos. Finalmente se terminará con un análisis con las conclusiones del estudio.

3.9.1. Ética.

El presente estudio tuvo como objeto la evaluación de los escolares y determinar el estado de salud oral mediante IHOS, CPOD, ceod. Además una encuesta dirigida hacia los padres para exponer su nivel de conocimiento sobre salud bucal. No se realizó ningún tratamiento invasivo pues solo se procedió a realizar un examen observacional mediante un espejo bucal y explorador, lo cual nos brindó un diagnóstico clínico de caries y de la higiene bucal.

A todos los padres de familia de los escolares se les administró un consentimiento informado en el cual se explicó su participación de manera voluntaria, el tema del proyecto, su objetivo y el tiempo aproximado necesario para completar el examen clínico. En aquellos casos en que los padres de familia no estuvieron de acuerdo en participar, los menores fueron excluidos sin ningún inconveniente o repercusión.

3.10. Cronograma.

(Ver anexo 3).

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

4.1. Análisis e interpretación de las fichas de observación realizadas a los escolares del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana.

Cuadro 1.

Distribución de la población por género.

Género	Número absoluto.	Frecuencia relativa.
Femenino	51	46,3%
Masculino	59	54%
Total	110	100%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha clínica odontológica, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Distribución de la población de escolares. Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 6, p. 95.



Gráfico No. 1. Distribución de la población de escolares, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 1. Cap. IV. p. 38.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 1, se indica el total de la muestra de 110 escolares examinados, el 46% son mujeres y el 54% son hombres. Se observa que existe un mayor porcentaje de estudiantes de género masculino en relación al género femenino en esta población examinada.

Considerando informaciones disponibles en la web encontré un artículo de Villaizán Pérez⁶⁸ (2012) y puedo saber que: “Se examinaron un total de 1220 escolares 366 de primero (6- 7 años), 415 de tercero (8-9 años) y 439 de quinto de Educación Primaria (10-11 años). La distribución por sexos ha sido 559 niños (46%) y 661 niñas (54%)”. (párr. 9).

El resultado de esta investigación no concuerda con el estudio de Villaizán Pérez debido que el 54% fue género masculino.

⁶⁸ Villaizán Pérez, Carmen (2012). Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. Consultado el 20 de mayo de 2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art14.asp>

Cuadro 2.

Edad de la población.

Edad	Número Absoluto	Frecuencia Relativa
5	7	6,4%
6	27	25%
7	24	22%
8	30	27,3%
9	20	18,2%
10	2	2%
Total	110	100%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha clínica odontológica, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Edad de la población escolar. Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 6, p. 95.

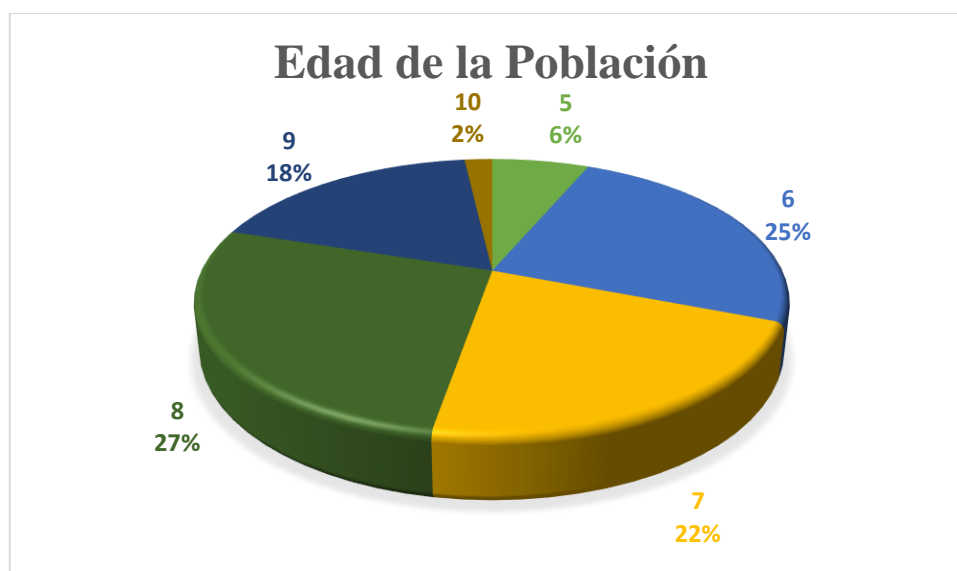


Gráfico No. 2. Edad de la población escolar, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 2. Cap. IV. p. 40.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 2, se indica edad de la población examinada, el 6,4% de los escolares tiene 5 años, el 25% corresponde a la edad de 6 años, el 22% de los escolares tiene 7 años, el 27,3% corresponde a la edad de 8 años, el 18,2% de los escolares tiene 9 años y el 2% corresponde a la edad de 10 años.

Examinando informaciones disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud Pública (MSP)⁶⁹ (2009) se puede referenciar que:

En relación al perfil epidemiológico de salud bucal en la población ecuatoriana, podemos indicar que la caries dental continúa siendo un problema de salud pública que afecta considerablemente a la población infantil, de acuerdo con el último Estudio Epidemiológico realizado por el Ministerio de Salud en el año 1996, a escolares menores de 15 años, cuyos datos revelaron lo siguiente:

Prevalencia de caries dental: 88.2%
Promedio de CPOD a los 6 años: 0.22
Promedio de CPOD en primeros molares definitivos a los 6 años: 0.22
Promedio de CPOD a los 12 años: 2.95
Promedio de ceod a los 6 años: 5.61
Necesidad de tratamiento inmediato: 9.3%
Presencia de placa bacteriana: 84.9%
Presencia de Gingivitis: 65.6%
Presencia de mal oclusión: 48.5%. (p. 10).

En este estudio se encontró mayor prevalencia de niños con edad de 8 años con el 27% y tan solo el 2% con 10 años de edad.

⁶⁹Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2009). *Normas y Procedimientos en atención bucal*. [En línea]. Consultado: [26 noviembre, 2014]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20EN%20SALUD%20BUCAL%20%20I%20%20NIVEL.pdf>

Cuadro 3.

Placa bacteriana.

Total 110			
Ausencia		Presencia	
21	19,1	89	80,9

Nota: Resultados obtenidos de la ficha clínica odontológica, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Placa bacteriana. Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 6, p. 95.

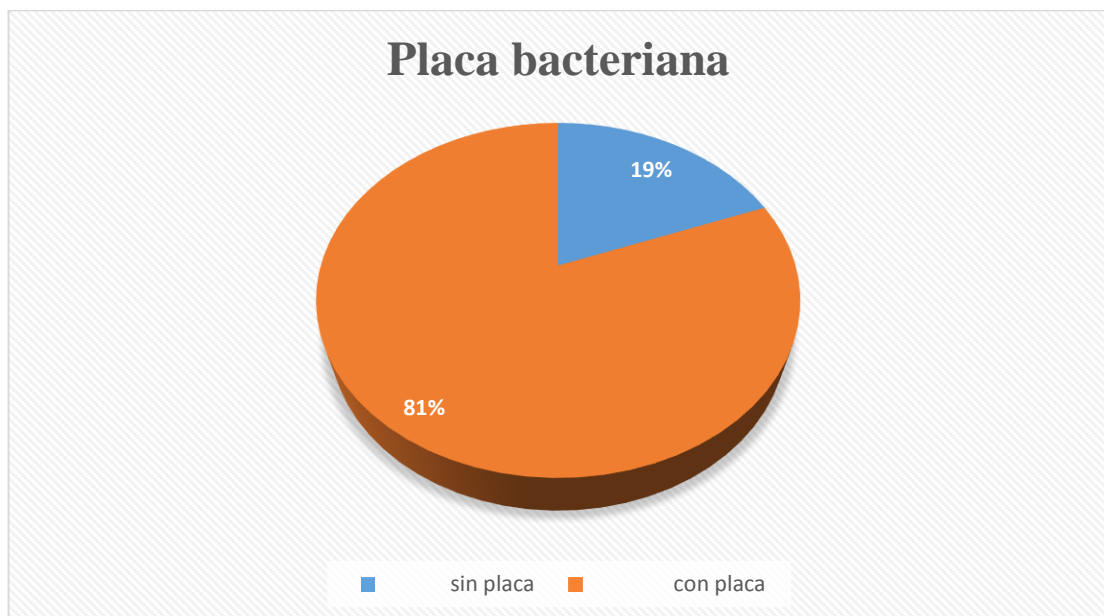


Gráfico No. 3. Placa bacteriana, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 3. Cap. IV. p. 42.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 3, se indica la presencia de bacteriana en la población examinada. Se muestra que el 82% de la población está afectada por algún grado de placa dental. Mientras que el 19% de los escolares no presentaba placa dental.

Considerando nuevamente la obra, Tratado de pediatría social de García C. y cols ⁷⁰(2000) puedo transcribir que:

La placa bacteriana es la responsable de las caries dental y de la enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis). La placa comienza a formarse al depositarse sobre la superficie dental una película de glicoproteínas salivares, que en poco tiempo es colonizada por bacterias (principalmente estreptococo), dando origen a una masa blanda y adherente que llega a cubrir toda la superficie del diente en 24 horas. Los gérmenes cariogénicos, al metabolizar los hidratos de carbono fermentables, forman ácidos orgánicos que provocan un descenso del ph de la placa por debajo de 5,5, dando lugar a la desmineralización del esmalte, seguida de su remineralización. Si predomina la desmineralización se produce la lesión inicial de la caries o mancha blanca, que evolucionara hacia caries definitiva.

Estudiando un artículo de Agreda, Medina, Simancas Salas, Ablan ⁷¹ (2010), se puede transcribir que:

En este estudio además se pudo determinar que el 9.8% de la muestra no presenta placa dental, en contraste con un 90,2% donde se observa detritus blando en los distintos tercios de la superficie del diente. (p. 8).

Los resultados de esta investigación concuerdan con los datos citados, en donde hay un mayor número de escolares afectados por la placa bacteriana.

⁷⁰García, C. y González, A. (2000). Tratado de pediatría social. 2^{da} edición Madrid: Díaz de santos.

⁷¹Agreda, M. Medina, Y., Simancas, Y., Salas, M., Ablan, L. (2010). Condiciones de salud periodontal en niños en edad escolar. Consultado: [25, febrero, 2015]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/pdf/art8.pdf>

Cuadro 4.

Cálculo dental.

	Número absoluto	Frecuencia relativa
Presencia	2	2%
Ausencia	108	98,2%
Total	110	100%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha clínica odontológica, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Cálculo dental. Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 6, p. 95.

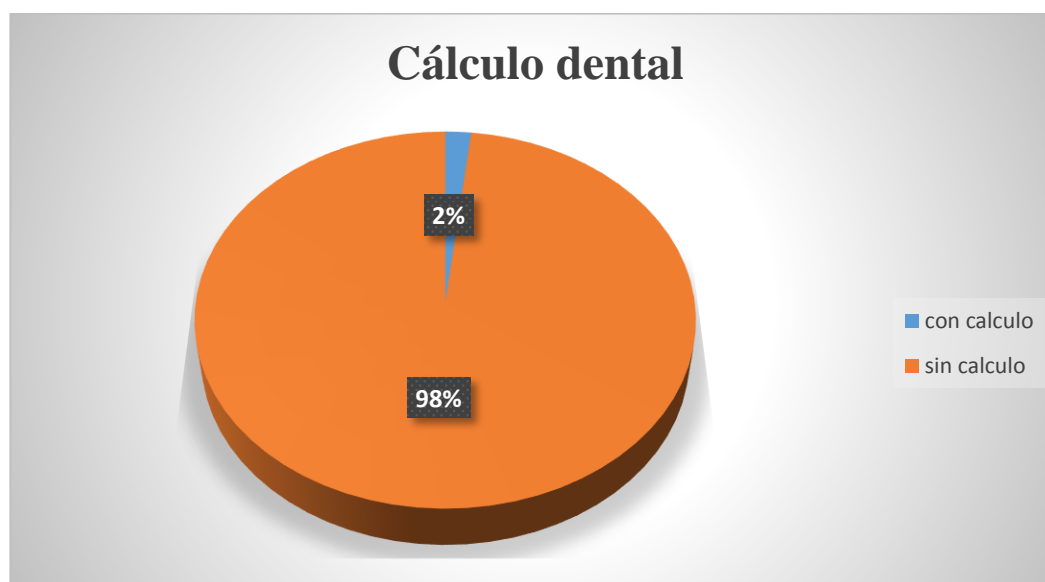


Gráfico No. 4. Cálculo dental, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 4. Cap. IV. p. 44.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 4, se indica la presencia de cálculo dental en la población estudiada. Se muestra que el 98,2% de la población estudiada no presenta cálculo dental. Y que el 2% de la población tiene cálculo dental. Se puede concluir que la mayor parte de la población estudiada no presenta cálculo dental.

Examinando el estudio de Simancas, Salas, y Agreda⁷² (2011), se puede saber que:

De acuerdo a los criterios evaluados en el Índice OHI-S para cálculo dental, encontrando que 102 niños (79,7%) no presentaron cálculo dental, en contraste con 26 niños (20,3%) donde se observó cálculo desde un tercio hasta dos tercios de su superficie (15,6% y 4,7%, respectivamente). (p. 28).

Se puede concluir que los resultados concuerdan con la cita mencionada anteriormente ya que el mayor porcentaje de la población estudiada un 98% no presentaba cálculo, mientras que el 2% presentaba algún grado de cálculo dental. Encontrándonos con una población estudiantil casi libre de cálculo dental.

⁷²Simancas, Y., Salas, M., Agreda, M. (2011). Condiciones de Higiene bucal en niños en edad escolar. [En línea]. Consultado: [23, febrero, 2014]. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/33983/3/articulo_3.pdf

Cuadro 5.

Gingivitis.

	Número absoluto	Frecuencia relativa
Presencia	0	0%
Ausencia	110	100%
Total	110	100%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha clínica odontológica, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Gingivitis. Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 6, p. 95.

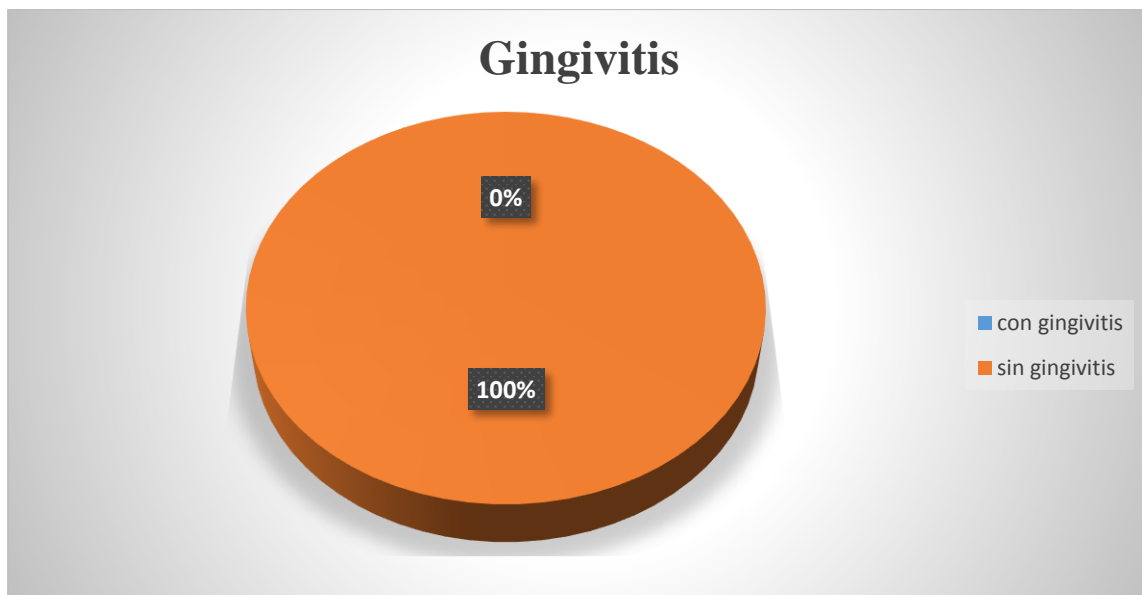


Gráfico No. 5. Gingivitis, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 5. Cap. IV. p. 46.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 5, se observa el porcentaje de la población estudiada que padece de gingivitis. Se encontró que el 100% no tenía gingivitis.

Investigando nuevamente la obra, tratado de pediatría social de García C. y cols ⁷³(2000), puedo citar que:

Las manifestaciones más frecuentes de inflamación periodontal son las gingivitis o inflamación reversible de la encía y la periodontitis o inflamación de los tejidos de soporte del diente con pérdida progresiva de las estructuras de apoyo (ligamento periodontal y hueso alveolar). En general su origen es bacteriano, si bien también son determinantes en su desarrollo la alteración de la respuesta inmunológica y la susceptibilidad personal. (p. 429-430).

Analizando un artículo de Taboada y Talavera⁷⁴ en el sitio Scielo (2011), se puede citar que:

Los estudios epidemiológicos indican que la gingivitis se presenta en la población infantil de 1 a 9% en las edades de 5 a 11 años y, en forma generalizada, de 1 al 46% entre los 12 y los 15 años de edad. Otros reportes muestran que en los niños de 3 a 11 años los porcentajes varían de 14 a 85%. (p. 22).

Considerando el estudio de Taboada y Talavera, realizado en ciudad de México se concluye que los resultados no coinciden con los obtenidos en esta investigación ya que el 100% estaba libre de gingivitis.

⁷³García, C. y González, A. (2000). Tratado de pediatría social. 2da edición Madrid: Díaz de santos. Consultado: [15 mayo, 2015].

⁷⁴Taboada, O., Talavera, I. (2011). Prevalencia de gingivitis en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v68n1/v68n1a3.pdf>

Cuadro 6.

Índice de higiene oral simplificada (IHOS).

IOHS	número absoluto	frecuencia relativa
Excelente	24	22%
Bueno	85	77,2%
Regular	1	0,9%
Malo	0	0%
Total	110	100%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha clínica odontológica, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Índice de higiene oral simplificada de Greene y Vermillion. Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 6, p. 95.

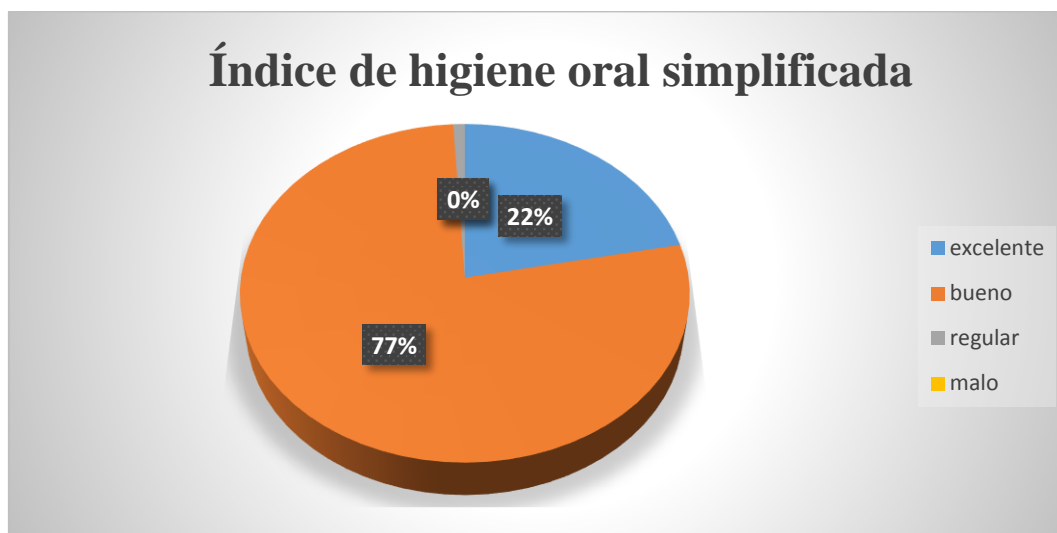


Grafico No. 6. Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillion (IHOS), del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 6. Cap. IV. p. 48.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 6, se indica el Índice de Higiene Oral simplificado de Greene y Vermillión de los 110 estudiantes examinados. Se utilizaron datos categorizados según los valores establecidos para medir la higiene oral a través del Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillión. Se muestra que el 22% de la población presentó una higiene oral excelente. Se revela que el 77,2% de los escolares tuvo una higiene oral buena, y el 0,9% de la población una higiene regular.

Observando informaciones disponibles en el sitio web scielo, consulte un artículo de González⁷⁵ (2013), y puedo transcribir que:

En relación con las prácticas de higiene bucal que realizan las madres con sus hijos, a la pregunta: ¿cree usted ser el responsable del cepillado dental de su hijo?, ellas se consideran responsables de la higiene, aunque consideran no poseer el conocimientos y destrezas necesarias para realizar estos procedimientos (párr. 11).

Los resultados de esta investigación revelan que el 77% tuvo una higiene oral buena.

⁷⁵González Martínez, F., Hernández Saravia, L. y Correa Mulett, K. (2013). Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. Rev. Cubana Salud Pública, 39. [En línea]. Consultado: [29 septiembre, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100006

Cuadro 7

Frecuencia de piezas dentales cariadas, perdidas y obturadas CPOD.

Cariados		Perdidos		Obturados	
N	%	n	%	n	%
12	11	1	0,9	0	0

Nota: Resultados obtenidos de la ficha clínica odontológica, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Frecuencia de piezas dentales cariadas, perdidas y obturadas CPOD. Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 6, p. 95.

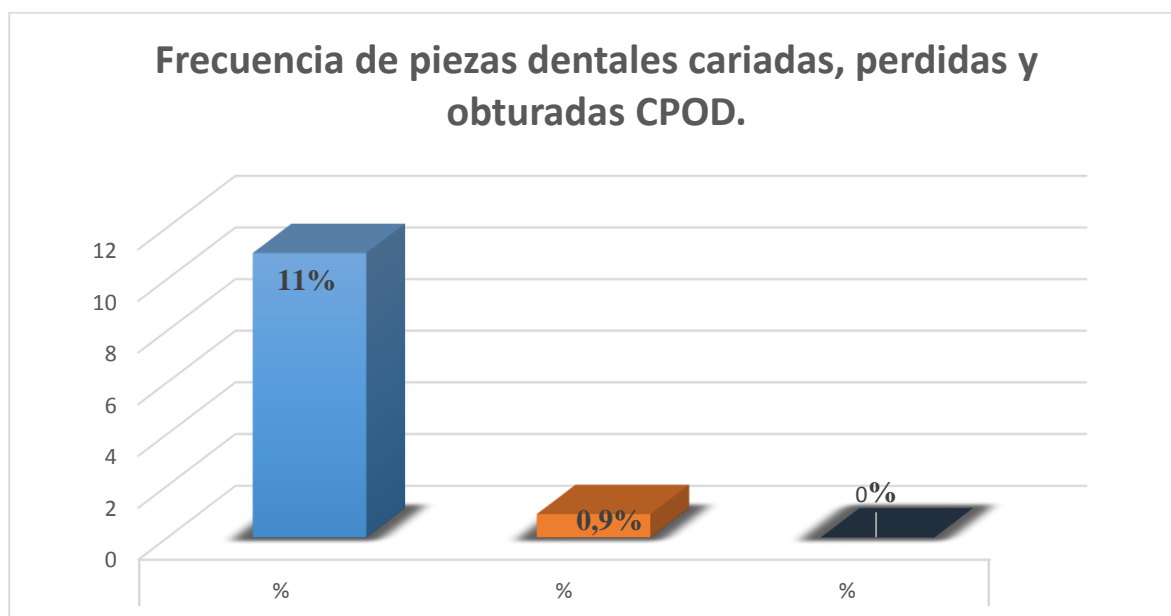


Gráfico No. 7. Índice CPOD global de los escolares, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 7. Cap. IV. p. 50.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 7 se indica la Frecuencia de piezas dentales cariadas, perdidas y obturadas, de los escolares del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Mostrando un índice CPOD: cariados 11%, perdidos 0.9% y obturado 0%.

Examinando informaciones disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud Pública (MSP)⁷⁶ (2009) se puede referenciar que:

En relación al perfil epidemiológico de salud bucal en la población ecuatoriana, podemos indicar que la caries dental continúa siendo un problema de salud pública que afecta considerablemente a la población infantil, de acuerdo con el último Estudio Epidemiológico realizado por el Ministerio de Salud en el año 1996, a escolares menores de 15 años, cuyos datos revelaron lo siguiente:

Prevalencia de caries dental: 88.2%
Promedio de CPOD a los 6 años: 0.22
Promedio de CPOD en primeros molares definitivos a los 6 años: 0.22
Promedio de CPOD a los 12 años: 2.95
Promedio de ceod a los 6 años: 5.61
Necesidad de tratamiento inmediato: 9.3%
Presencia de placa bacteriana: 84.9%
Presencia de Gingivitis: 65.6%
Presencia de mal oclusión: 48.5%. (p. 10).

Estos resultados junto con los citados no concuerdan al indicar un índice CPOD muy bajo, con mayor prevalencia de las piezas cariadas en relación a las perdidas y obturadas.

⁷⁶Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2009). Normas y Procedimientos en atención bucal. [En línea]. Consultado: [26 noviembre, 2014]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20EN%20SALUD%20BUCAL%20%20I%20%20NIVEL.pdf>

Cuadro 8

Frecuencia de piezas dentales cariadas, exfoliadas y obturadas ceo-d.

Cariados		Exfoliados		Obturados	
N	%	n	%	n	%
141	128,2	118	107,3	38	34,5

Nota: Resultados obtenidos de la ficha clínica odontológica, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Frecuencia de piezas dentales cariadas, exfoliadas y obturadas ceo-d. Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 6, p. 95.

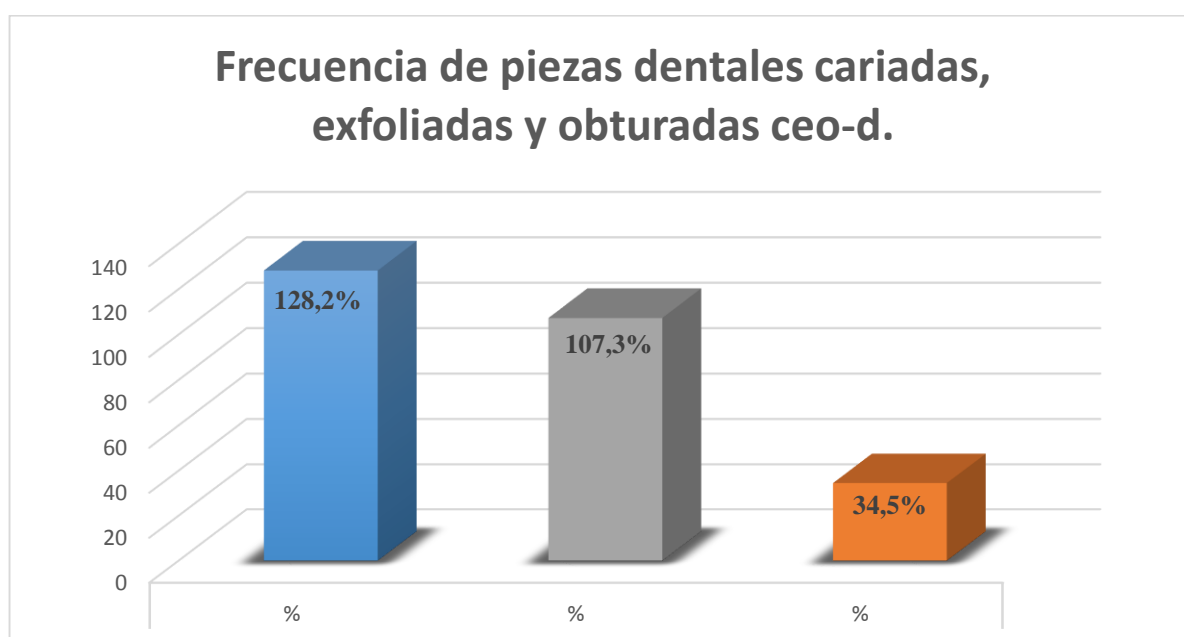


Gráfico No. 8. Índice ceo-d global de los escolares, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 8. Cap. IV. p. 52.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 8 se indica la Frecuencia de piezas dentales cariadas, exfoliadas y obturadas, de los escolares del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Mostrando un índice ceo-d: cariados 128.2%, exfoliados 127.3% y obturados 34.5%.

Comparando la Revista Colombiana de investigación en Odontología, en su versión digital consulte un artículo de Linares y cols⁷⁷(2010), y puedo exponer que:

Aunque en las madres que tenían cierto conocimiento sobre higiene oral se observaron altos índices de placa bacteriana, COP-D y ceo-d, estas se encontraban influenciadas por factores culturales, étnicos y socioeconómicos, lo que impide que pongan en práctica sus conocimientos en higiene oral. (párr. 17).

Los resultados de esta investigación concuerdan con los citados anteriormente al indicar el índice ceo-d alto con mayor prevalencia de piezas cariadas en relación a las piezas exfoliadas y obturadas.

⁷⁷Linares, L., Ruiz, N., Herrera, D. y Gómez, R. (2010). Caries Dental y condiciones de higiene oral en niños indigentes Sikuaní, municipio de Puerto Gaitán. Rev. Colombiana de investigación en Odontología, 1(2). [En línea]. Consultado: [2 octubre, 2014]. Disponible en: www.rcio.org/index.php/rcio/article/download/7/50

Cuadro 9.

Índice CPOD y ceo-d global de la población.

CPOD	0,1
ceo-d	2,6

Nota: Resultados obtenidos de la ficha clínica odontológica, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Índice CPOD y ceo-d global de la población. Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 6, p. 95.

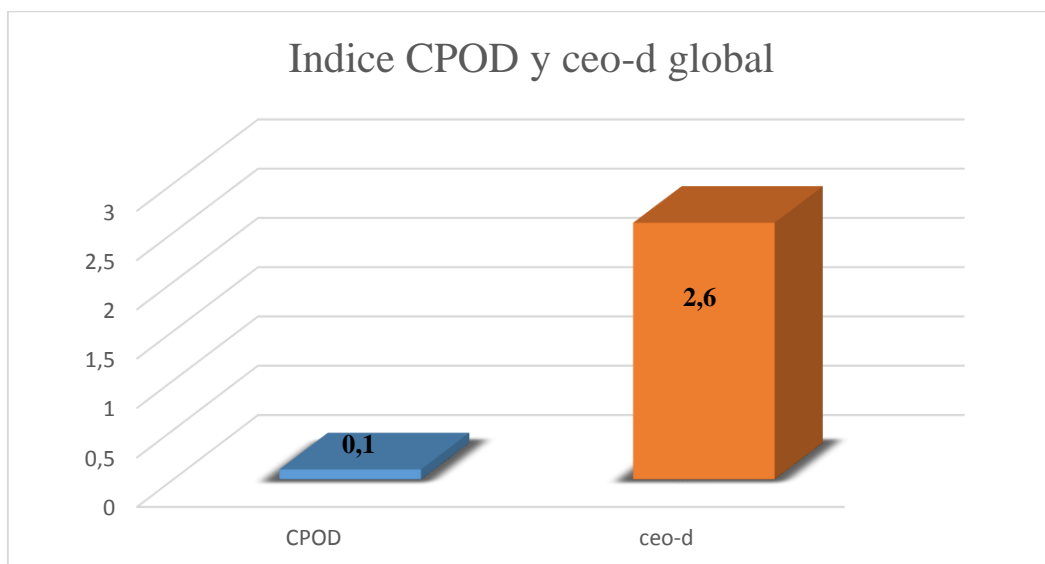


Gráfico No. 9. Índice CPOD y ceo-d global de los escolares, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 9. Cap. IV. p. 54.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 9, se indica el índice CPOD y ceo-d global de los escolares del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Mostrando un índice CPOD de 0,1 y un índice ceo-d de 2,6.

Analizando un estudio de Lavanda⁷⁸ (2010), se puede referir que: “Los resultados obtenidos: De los 37 escolares 56.75% son niños y 43.25% son niñas; encontrándonos con un índice CPOD promedio de 1.95 (niños) y 1.12 (niñas); el índice ceo-d promedio de 7.28 (niños) y 7.06 (niñas)”. (párr. 1).

Categorizando los resultados obtenidos con la escala de valores establecida por la Organización Mundial de la Salud se puede citar que tanto el índice CPOD global de la población escolar investigada es de (0,1) y el índice ceo-d es de (2,6). Podemos decir que el CPOD entra dentro del rango muy bajo (0.0 – 1.1), y el ceo-d entra dentro del rango bajo (1.2 – 2.6).

Comparando los datos de Lavanda y los resultados del presente estudio se puede conocer que no concuerdan. Debido que los escolares investigados presentaron un índice CPOD (0,1) muy bajo, y el índice ceo-d (2,6) bajo. Estos hallazgos se pueden explicar de diferentes maneras como por ejemplo: una buena salud oral según el índice IHOS

⁷⁸Lavanda, A. (2010). Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar de segundo, cuarto, quinto y sexto año de educación básica de la Escuela “José Rafael Arizaga”, del barrio Zalapa Alto, de la parroquia El Valle, cantón Loja, provincia de Loja; mediante la atención básica bucodental considerando su perfil epidemiológico periodo marzo – septiembre 2010. [En línea]. Consultado: [23, febrero, 2015]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6625>

4.2. Análisis e interpretación de las encuestas dirigidas a los padres/tutores de los niños y niñas del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana.

Cuadro 10.

Estudios.

Estudios	Segundo básico frecuencia	Tercero básico frecuencia	Cuarto básico Frecuencia	Quinto básico frecuencia	Total	Porcentaje
Primarios	7	7	8	8	30	27,3%
Secundarios	15	16	14	12	57	52%
Universitarios	2	2	9	4	17	16%
culmino estudios universitarios	1	2	0	1	4	4%
cuarto nivel	0	0	0	2	2	2%
Total	25	27	31	27	110	100%

Nota: Resultados obtenidos de la encuesta, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Estudios de los padres. Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 5, p. 93.

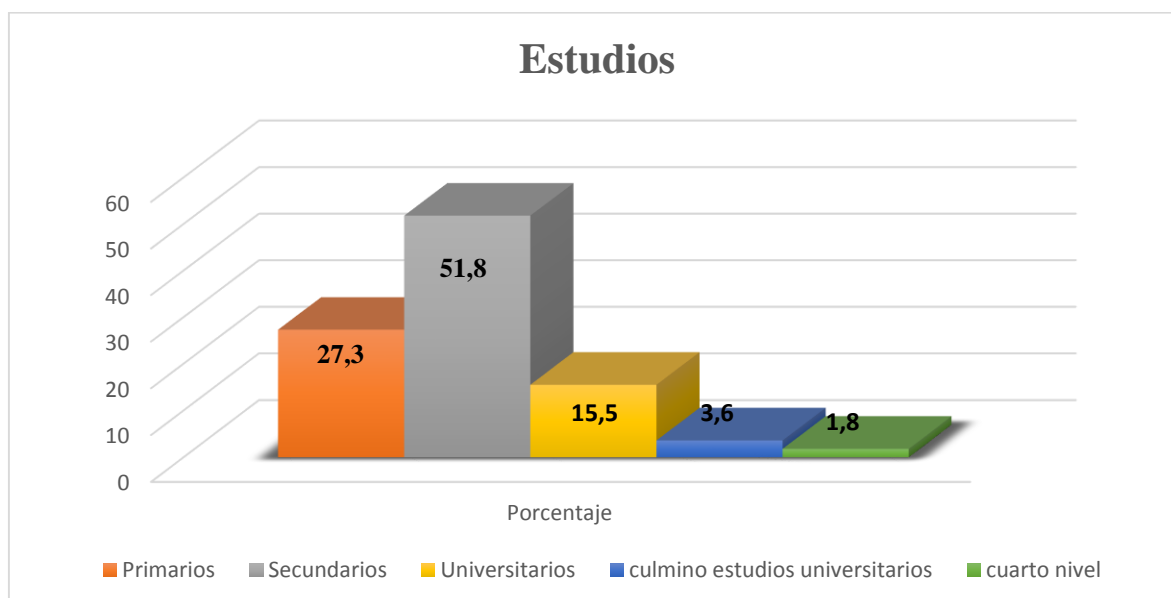


Gráfico No. 10. Estudios de los padres, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 10. Cap. IV. p. 56.

Análisis e interpretación

En el cuadro 10, se indica Estudios de los padres y/o tutores de familia encuestados. Se muestra que el 27.3% tiene estudios primarios, se revela que el 52% estudios secundarios, el 16% estudios universitarios, el 4% culminó sus estudios universitarios y solo el 2% tiene estudios de cuarto nivel.

Considerando un artículo de González y cols en Colombia⁷⁹(2010) puedo citar que: “Por último, el nivel de escolaridad más frecuente de los padres fue la secundaria completa, con 55.5%. (p. 4)”.

Comparando los resultados de Gonzales con los obtenidos en este estudio se puede decir que concuerdan, siendo el 52% de los padres con estudios secundarios.

⁷⁹ González Martínez, F., Barrios, C., y Morales, L. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Consultado el 20 de mayo del 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2011/sal113g.pdf>

Cuadro 11.

¿Qué efectos produce chuparse el dedo a largo plazo?

¿Qué efectos produce chuparse el dedo a largo plazo?	segundo básico	tercero básico	cuarto básico	quinto básico	Total	Porcentaje
	frecuencia	frecuencia	frecuencia	frecuencia		
deformaciones Oseas y dentales	22	20	29	24	95	84,8%
engreimiento del niño	2	5	3	3	13	11,6%
un buen desarrollo del niño	1	1	0	0	2	1,8%
todas las anteriores	0	1	0	1	2	1,8%
Total	25	27	32	28	112	100%

Nota: Resultados obtenidos de la encuesta, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. ¿Qué efectos produce chuparse el dedo a largo plazo? Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 5, p. 93.

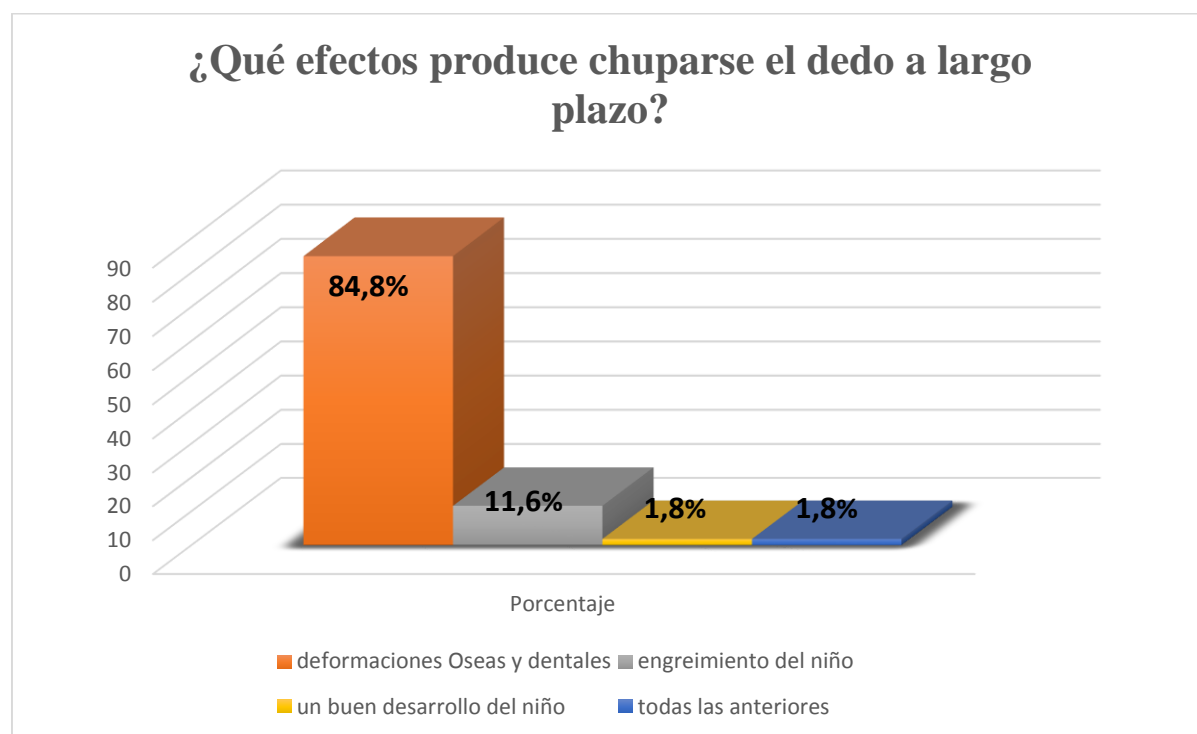


Gráfico No. 11. ¿Qué efectos produce chuparse el dedo a largo plazo? del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 11. Cap. IV. p. 58.

Análisis e interpretación

En el cuadro 11, se indica ¿Qué efectos produce chuparse el dedo a largo plazo?, según los padres y/o tutores de familia encuestados. Se muestra que el 84,8% afirma que causa deformaciones óseas y dentales. Se revela que el 11,6% asegura que produce engreimiento del niño. El 1,8% dice que causa un buen desarrollo del niño. Y el 1,8 restante afirma que son todas las anteriores.

Analizando informaciones disponibles en la web en el sitio saludymedicinas, consulte un artículo de Reyna, R.⁸⁰ (2014) puedo citar que:

La Asociación Dental Americana (estadounidense) aconseja que la succión del pulgar debe ser interrumpida entre los 4 y 5 años de edad, porque si continúa los dientes tenderán a "salirse", lo que afectará cuando tenga que morder (oclusión). Lo anterior se explica porque la mandíbula se irá hacia atrás por la presión que ejercen mano y brazo. Asimismo, los dientes se inclinan y el paladar se profundiza. Lo que sigue es que el niño no va a poder cerrar normalmente sus labios por el desplazamiento óseo y dental, aumentando la distancia entre los labios. (párr. 3).

Considerando el resultado obtenido en esta investigación puedo decir que el 84,8% de los padres conoce que chuparse el dedo a largo plazo provoca deformaciones óseas y dentales.

⁸⁰ Reyna, R. (2014). Consecuencias de chupare el dedo." [En línea]. Consultado: [3 de junio, 2015]. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/bucodental/articulos/consecuencias-chuparse-dedo.html>

Cuadro 12.

¿Cuáles dientes son más importantes?

¿Cuáles dientes son más importantes?	segundo básico	tercero básico	cuarto básico	quinto básico	Total	Porcentaje
	frecuencia	frecuencia	frecuencia	frecuencia		
los de leche	3	2	0	5	10	8,8%
los permanentes	11	18	21	16	66	58,4%
Ambos	9	6	10	10	35	31,0%
ninguno	1	0	0	1	2	1,8%
Total	24	26	31	32	113	100%

Nota: Resultados obtenidos de la encuesta, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. ¿Cuáles dientes son más importantes? Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 5, p. 93.

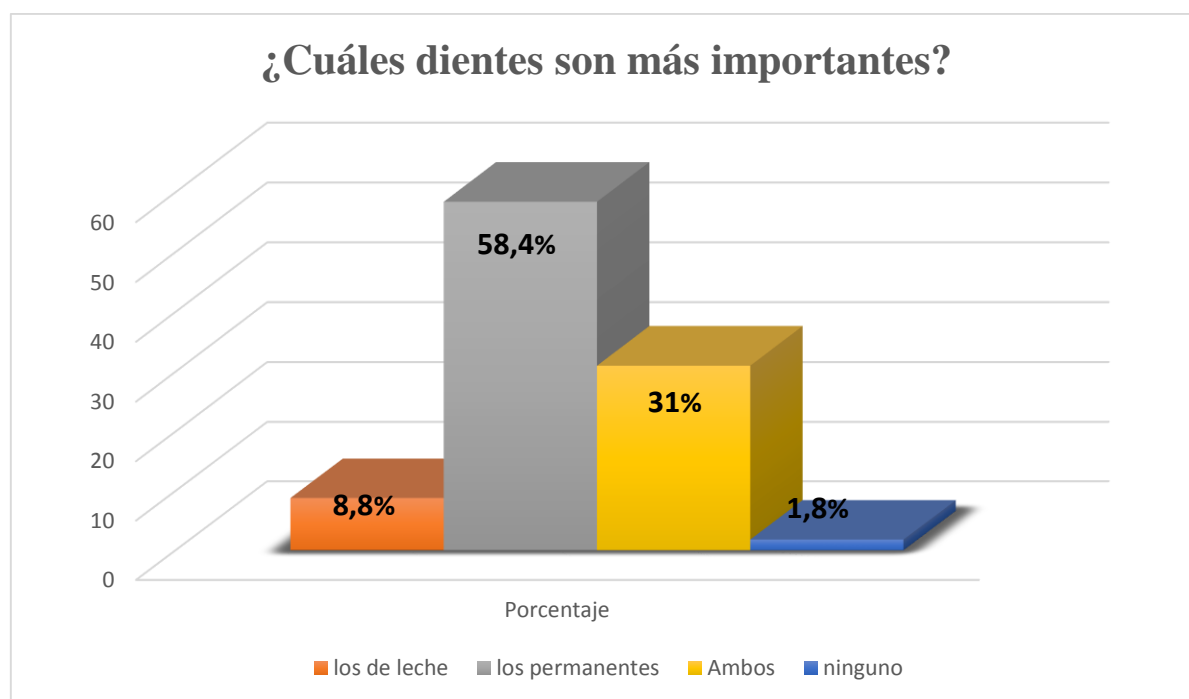


Gráfico No. 12. ¿Cuáles dientes son más importantes? del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 12. Cap. IV. p. 60.

Análisis e interpretación

En el cuadro 12, se indica ¿Cuáles dientes son más importantes?, según los padres y/o tutores de familia encuestados. El 8,8% afirma que los dientes más importantes son los de leche. Se revelo que el 58,4% asegura que son los permanentes. El 31% indico que ambos y solo el 1,8% ninguno de los dientes son importantes.

Considerando informaciones disponibles en la web en el sitio livestrong, consulte un artículo de Farmer, T⁸¹. (2015) puedo saber que:

Los bebés por lo general tienen su primer diente cerca de los 6 meses de edad. A medida que sacan más dientes, son capaces de masticar una variedad más amplia de alimentos. Los dientes de leche son importantes para masticar y también mantienen el espacio para que los dientes permanentes más grandes crezcan correctamente. Por lo tanto, es importante cuidar los dientes de leche a pesar de que finalmente se caigan. Alrededor de los 6 años, los dientes del bebé comienzan a caer para hacer espacio para los dientes permanentes. Alrededor de los 12 años, un niño generalmente ha perdido todos sus dientes de leche. Los adultos tienen bocas más grandes y necesitan más dientes para masticar. Una persona adulta tiene 32 piezas en un juego completo. (párr. 2).

Considerando el resultado obtenido en esta investigación puedo concluir que el 31% de los padres encuestados afirma la importancia de ambas denticiones.

⁸¹ Farmer, T. (s.f.). La importancia de los dientes en los seres humanos. [En línea]. Consultado: [3 de junio, 2015]. Disponible en: http://www.livestrong.com/es/importancia-dientes-seres-info_16913/

Cuadro 13.

¿Cada qué tiempo lleva a su hijo a la consulta odontológica?

¿Cada qué tiempo lleva a su hijo a la consulta odontológica?	segundo básico	tercero básico	cuarto básico	quinto básico	Total	Porcentaje
	Frecuencia	frecuencia	frecuencia	frecuencia		
cada 6 meses	8	11	17	13	49	43,8%
cada año	8	7	8	6	29	25,9%
cada vez que hay dolor	8	4	6	10	28	25,0%
Nunca	1	4	0	1	6	5,4%
Total	25	26	31	30	112	100%

Nota: Resultados obtenidos de la encuesta, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. ¿Cada qué tiempo lleva a su hijo a la consulta odontológica? Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 5, p. 93.

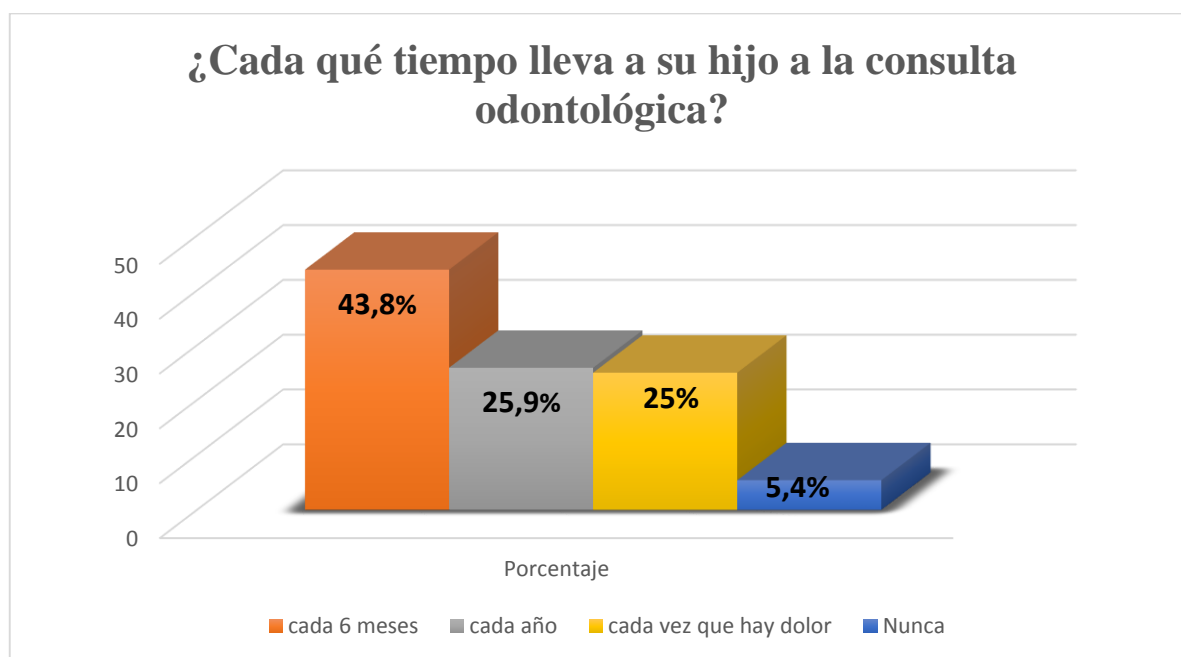


Gráfico No. 13. ¿Cada qué tiempo lleva a su hijo a la consulta odontológica? del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 13. Cap. IV. p. 65.

Análisis e interpretación

En el cuadro 13, se indica ¿Cada qué tiempo lleva a su hijo a la consulta odontológica?, según de los padres y/o tutores de familia encuestados. Se muestra que el 43,8% afirma que lleva a su hijo a la visita al odontólogo cada 6 meses. Se revela que el 25,9% asegura que cada año. El 25% cada vez que hay dolor y solo el 5,4% nunca lleva a su hijo al odontólogo.

Considerando informaciones disponibles en la web consulte un artículo de Tercero, M.⁸²(20015) y puedo exponer que: “En general es bueno visitar al dentista cada 6 meses para hacer una revisión de rutina pero cada paciente es tratado de acuerdo a sus necesidades individuales”. (p. 17).

Los resultados de esta investigación concuerdan con los citados anteriormente al indicar que el 43,8% de los padres sabe la importancia de la visita al odontólogo cada seis meses.

⁸²Tercero, M. (s.f.). Health trust Educación de salud dental. Consultado [14 de mayo 2015]. Disponible en: <http://www.first5kids.org/sites/default/files/Final%20short%20Oral%20Health%20Presentation1%20SPA.pdf>

Cuadro 14.

¿Le ha hablado a su hijo(a) de la higiene oral?

¿Le ha hablado a su hijo(a) de la higiene oral?	segundo básico	tercero básico	cuarto básico	quinto básico	Total	Porcentaje
	frecuencia	frecuencia	Frecuencia	frecuencia		
Siempre	16	20	29	18	83	75,5%
Poco	8	4	2	8	22	20%
Nunca	1	2	0	2	5	4,5%
Total	25	26	31	28	110	100%

Nota: Resultados obtenidos de la encuesta, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. ¿Le ha hablado a su hijo(a) de la higiene oral? Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 5, p. 93.

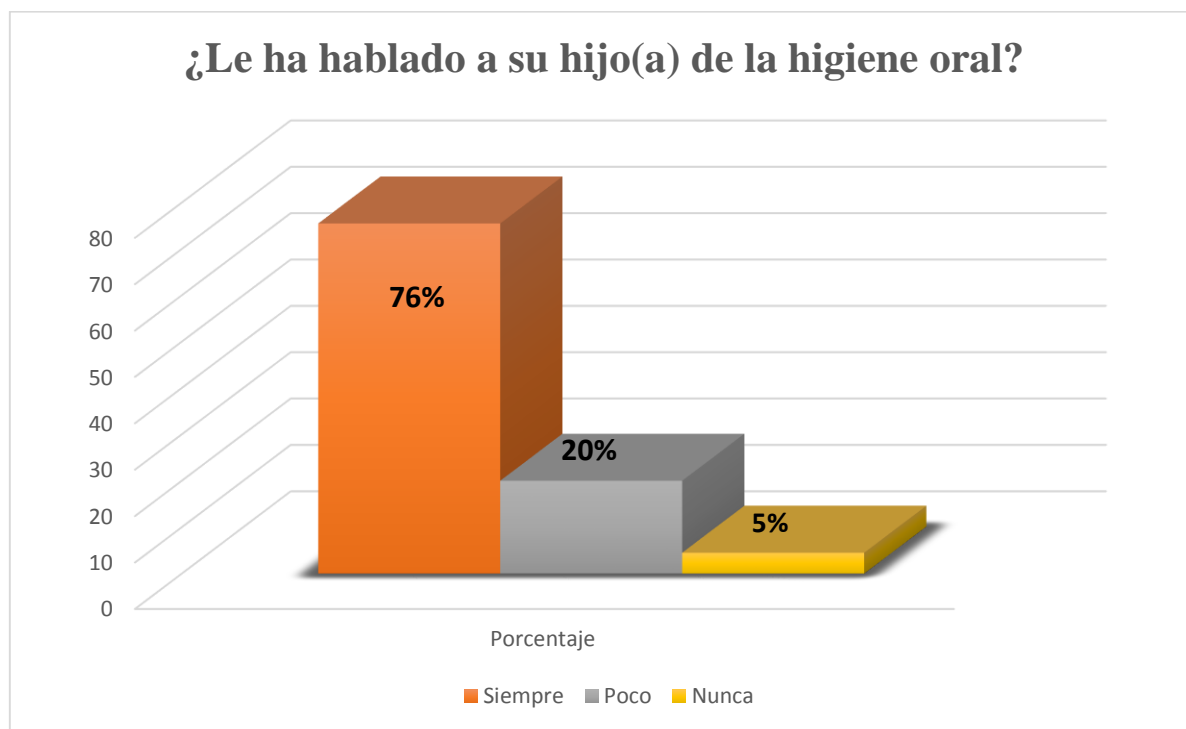


Gráfico No. 14. ¿Le ha hablado a su hijo(a) de la higiene oral? del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 14. Cap. IV. p. 64.

Análisis e interpretación

En el cuadro 14, se indica ¿Le ha hablado a su hijo(a) de la higiene oral?, según los padres y/o tutores de familia encuestados. Se muestra que el 75,5% afirma que siempre le habla a su hijo de higiene oral. Se revelo que el 2% le habla poco y el 4,5% dice nunca le habla de higiene oral.

Investigando la Revista Cubana, en su versión digital, consulte un artículo de Díaz⁸³ (2009) puedo citar que:

Cuando se pregunta a las madres de menores de 5 años sobre la salud oral, usualmente reconocen su importancia. Sin embargo, no se refieren de manera directa a la salud oral cuando indican los problemas de salud más sentidos de sus hijos, por lo general diarreas, infecciones respiratorias y afecciones de la piel. (p. 46).

Analizando la investigación realizada puedo decir que el 75,5% de los padres encuestados reconocen la importancia de comunicación con sus hijos sobre higiene oral, siendo el resultado muy positivo.

83Díaz, M. (2009). La Salud Oral, ¿Cuestión de Cultura? Revista de salud pública. 1 (1). [En línea]. Consultado: [2 octubre, 2014]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/21294/1/17631-61781-1-PB.pdf>

Cuadro 15.

¿En qué productos encontramos el flúor?

¿En qué productos encontramos el flúor?	segundo básico	tercero básico	cuarto básico	quinto básico	Total	Porcentaje
	frecuencia	frecuencia	frecuencia	frecuencia		
pastas dentales	11	22	25	16	74	56,1%
Verduras	3	4	1	4	12	9,1%
Sal	2	0	1	2	5	3,8%
Pescado	4	0	0	3	7	5,3%
enjuagues bucales	1	4	2	5	12	9,1%
todos los anteriores	3	5	3	7	18	13,6%
ninguno de los anteriores	2	0	1	1	4	3,0%
Total	26	35	33	38	132	100%

Nota: Resultados obtenidos de la encuesta, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. ¿En qué productos encontramos el flúor? Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 5, p. 93.

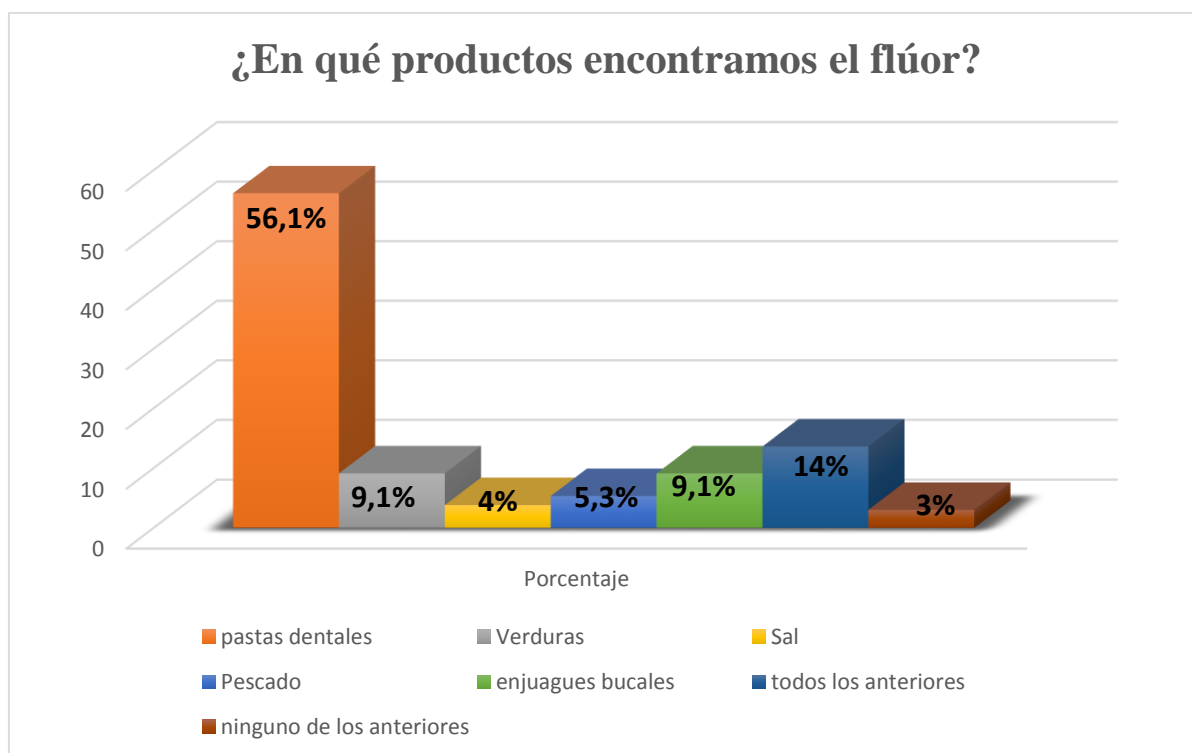


Gráfico No. 15. ¿En qué productos encontramos el flúor? del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 15. Cap. IV. p. 66.

Análisis e interpretación

En el cuadro 15, se indica ¿En qué productos encontramos el flúor?, según los padres y/o tutores de familia encuestados. Se muestra que el 56,1% afirma que en las pastas dentales encontramos flúor. El 9,1% asegura que en las verduras. El 3,8% dice que la sal. El 5,3% afirma que el pescado, el 9,1 enjuagues bucales. El 13,6% afirma que todos los anteriores y el 3% ninguno de los anteriores contienen flúor.

Considerando informaciones disponibles en la web en el sitio natursan, consulte un artículo de Pérez, C.⁸⁴ (2015) puedo transcribir que:

Aguas fluoradas: contienen aproximadamente entre 0.7 – 1.2 mg.
Pescados: salmón, sardinas o bacalao (entre 0.01 a 0.17mg/100 gr.)
Mariscos.
Carnes: como el pollo.
Frutas y hortalizas: como las naranjas o cebollas.
Lácteos: leche materna y leche fluorada.
Vegetales verdes: como las espinacas o las lechugas.
Papas.
Postres: gelatinas.
Infusiones: como el té (de 1 a 6 mg/litro). (párr.1).

Se concluye de acuerdo a la investigación realizada que solo el 13,6% de los padres encuestados conoce los tipos de alimentos que contienen flúor.

⁸⁴ Pérez, C. (s.f.). Alimentos ricos en flúor." [En línea]. Consultado: [3 de junio, 2015]. Disponible en: <http://www.natursan.net/alimentos-ricos-fluor/>

Cuadro 16.

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo(a)?

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo(a)?	segundo básico	tercero básico	cuarto básico	quinto básico	Total	Porcentaje
	frecuencia	frecuencia	frecuencia	frecuencia		
1 vez al día	13	7	7	7	34	29,1%
2 veces al día	8	8	10	7	33	28,2%
después de cada comida	4	12	14	11	41	35,0%
solo antes de acostarse	0	1	1	2	4	3,4%
Nunca	1	1	0	3	5	4,3%
total	26	29	32	30	117	100%

Nota: Resultados obtenidos de la encuesta, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo(a)? Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 5, p. 93.

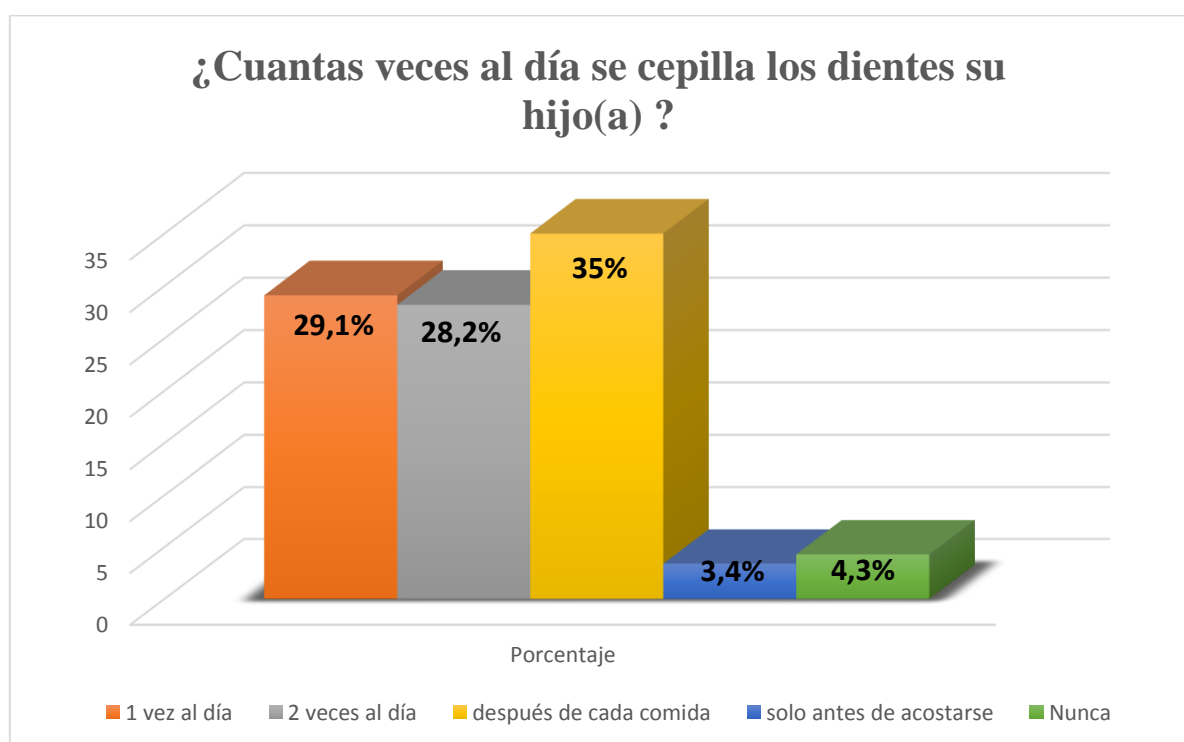


Gráfico No. 16. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo(a)? del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 16. Cap. IV. p. 68.

Análisis e interpretación

En el cuadro 16, se indica ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo(a)?, de los padres y/o tutores de familia encuestados. Se muestra que el 29,1% afirma que sus hijos se cepillan una vez al día. Se revelo que el 28,2% asegura que se cepillan dos veces al día. El 35% dice que después de cada comida. El 3,4% solo antes de acostarse y el 4,3% nunca se cepilla los dientes.

Examinando informaciones disponibles en la web encontré un artículo de Villaizán Pérez⁸⁵ (2012) y puedo conocer que: respecto a los hábitos de higiene oral encontramos que un 43,8 % de los escolares no se cepillaban los dientes a diario, y de los que sí lo hacían solamente un 5,2 % lo realizaba después de cada comida principal, manteniéndose esta frecuencia en todas las edades. (párr. 10).

A diferencia de nuestro resultado obtenido en relación al estudio realizado por Villaizán Pérez puedo decir que no concuerda debido a que el 35% se cepilla después de cada comida.

⁸⁵ Villaizán Pérez, Carmen (2012). Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. Consultado el 20 de mayo de 2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art14.asp>

Cuadro 17.

¿Con que te limpias los dientes?

¿Con que te limpias los dientes?	segundo básico frecuencia	tercero básico frecuencia	cuarto básico frecuencia	quinto básico frecuencia	Total	Porcentaje
pasta y cepillo dental	17	20	27	24	88	64,7%
palillo de dientes	5	3	5	2	15	11,0%
enjuague bucal	3	4	1	7	15	11,0%
hilo dental	0	4	2	3	9	6,6%
todos los anteriores	3	3	1	2	9	6,6%
ninguno de los anteriores	0	0	0	0	0	0%
Total	28	34	36	38	136	100%

Nota: Resultados obtenidos de la encuesta, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. ¿Con que te limpias los dientes? Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 5, p. 93.

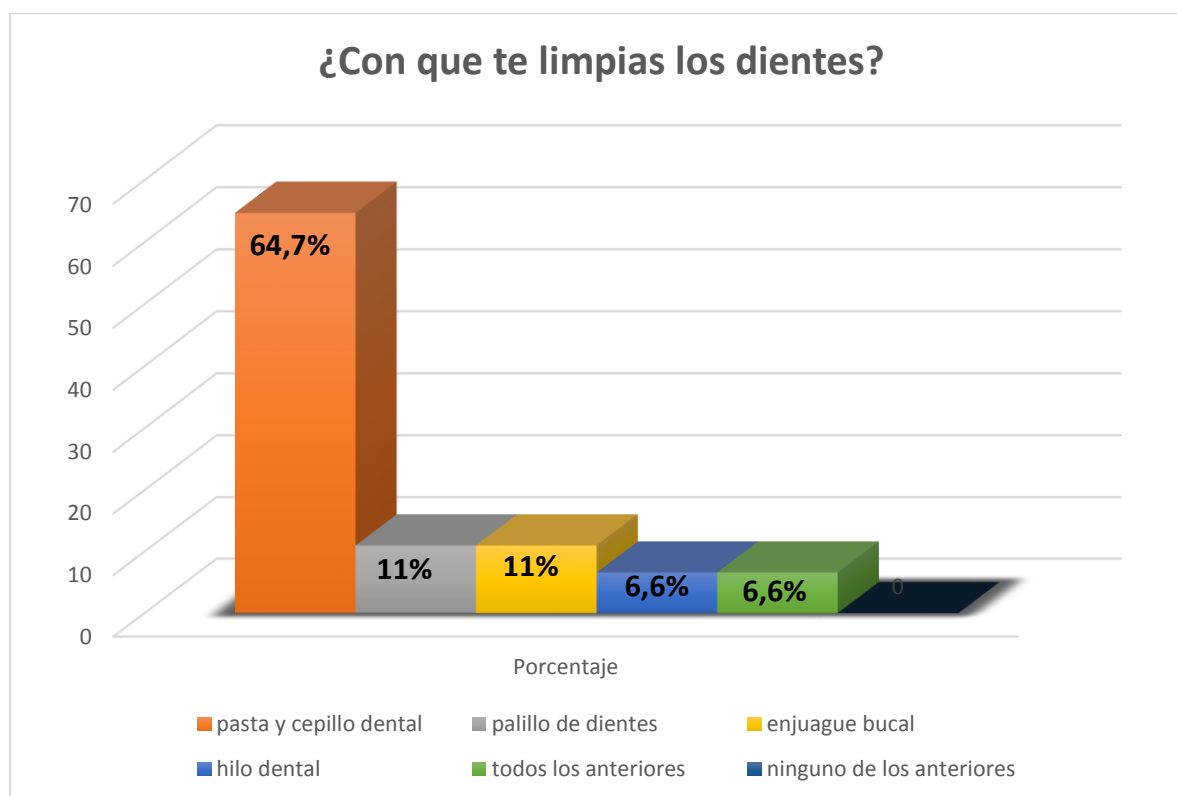


Gráfico No. 17. ¿Con que te limpias los dientes? del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 17. Cap. IV. p. 70.

Análisis e interpretación

En el cuadro 17, se indica ¿Con que te limpias los dientes?, según los padres y/o tutores de familia encuestados. Se muestra que el 64,7% afirma que utiliza pastas y cepillos dentales. Se revelo que el 11% utiliza palillos de dientes. Otro 11% dice que usa enjuague bucal. El 6.6% afirma que utiliza hilo dental. Y el 6,6% utiliza todos los anteriores.

Revisando la obra de Cuenca y Baca⁸⁶ (2005) puedo conocer que: “Para el cuidado de la salud oral, hay un axioma; el método más común y universal de práctica de higiene oral es el cepillado dental con un dentífrico fluorado”. (p. 77).

La obra de Cuenca y Baca concuerda con este estudio al indicar que el mayor porcentaje el 64,7% aseguro que se utiliza pasta y cepillo dental para su higiene oral.

⁸⁶ Cuenca, E., y Baca, P. (2013). Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología. 4ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

Cuadro 18.

¿Cada qué tiempo es recomendable cambiar el cepillo dental?

¿Cada qué tiempo es recomendable cambiar el cepillo dental?	segundo básico	tercero básico	cuarto básico	quinto básico	Total	Porcentaje
	frecuencia	frecuencia	frecuencia	Frecuencia		
cada 6 meses	7	5	15	11	38	33,0%
cada 3 meses	17	20	14	16	67	58,3%
cada año	1	3	2	2	8	7,0%
no se	0	1	1	0	2	1,7%
Total	25	29	32	29	115	100%

Nota: Resultados obtenidos de la encuesta, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. ¿Cada qué tiempo es recomendable cambiar el cepillo dental? Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 5, p. 93.

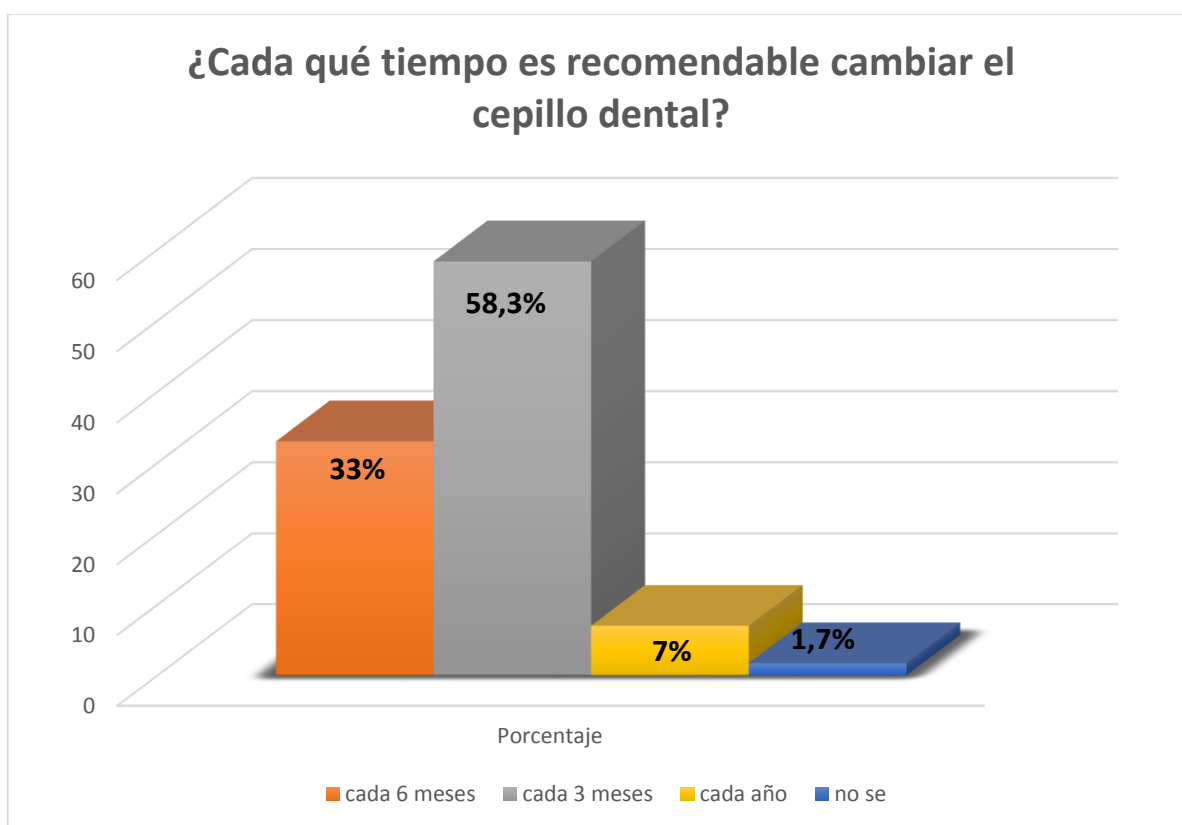


Gráfico No. 18. ¿Cada qué tiempo es recomendable cambiar el cepillo dental? del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 18. Cap. IV. p. 72.

Análisis e interpretación

En el cuadro 18, se indica ¿Cada qué tiempo es recomendable cambiar el cepillo dental?, según los padres y/o tutores de familia encuestados. Se muestra que el 33% afirma que recambia el cepillo cada 6 meses. Se revelo que el 58,3% asegura que cada 3 meses. El 7% cada año y el 1,7 dice que no sabe.

Analizando la obra Periodontología Clínica e Implantología Odontológica de Lang y cols⁸⁷ (2009) puedo citar que: “Se suele aconsejar que los cepillos se cambien antes de que se observen los primeros signos de desgaste. Se ha estimado que la vida útil de un cepillo común es de 2-3 meses”. (p. 771).

Según los datos extraídos de la obra de Lang y cols podemos decir que concuerda con nuestra investigación ya que el 58,3% asegura que se debe de cambiar el cepillo cada 3 meses.

⁸⁷Lang, N., Lindhe, J. (2009). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ª Ed. Buenos Aires. Médica Panamericana S. A.

Cuadro 19.

¿Qué alimentación considera usted saludable?

¿Qué alimentación considera usted saludable?	segundo básico	tercero básico	cuarto básico	quinto básico	Total	Porcentaje
	frecuencia	frecuencia	frecuencia	frecuencia		
legumbres, vegetales, frutas	22	26	30	26	104	90,4%
comida procesada, embutidos	3	1	0	5	9	7,8%
dulces, galletas	0	1	1	0	2	1,7%
Total	25	28	31	31	115	100%

Nota: Resultados obtenidos de la encuesta, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. ¿Qué alimentación considera usted saludable? Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 5, p. 93.

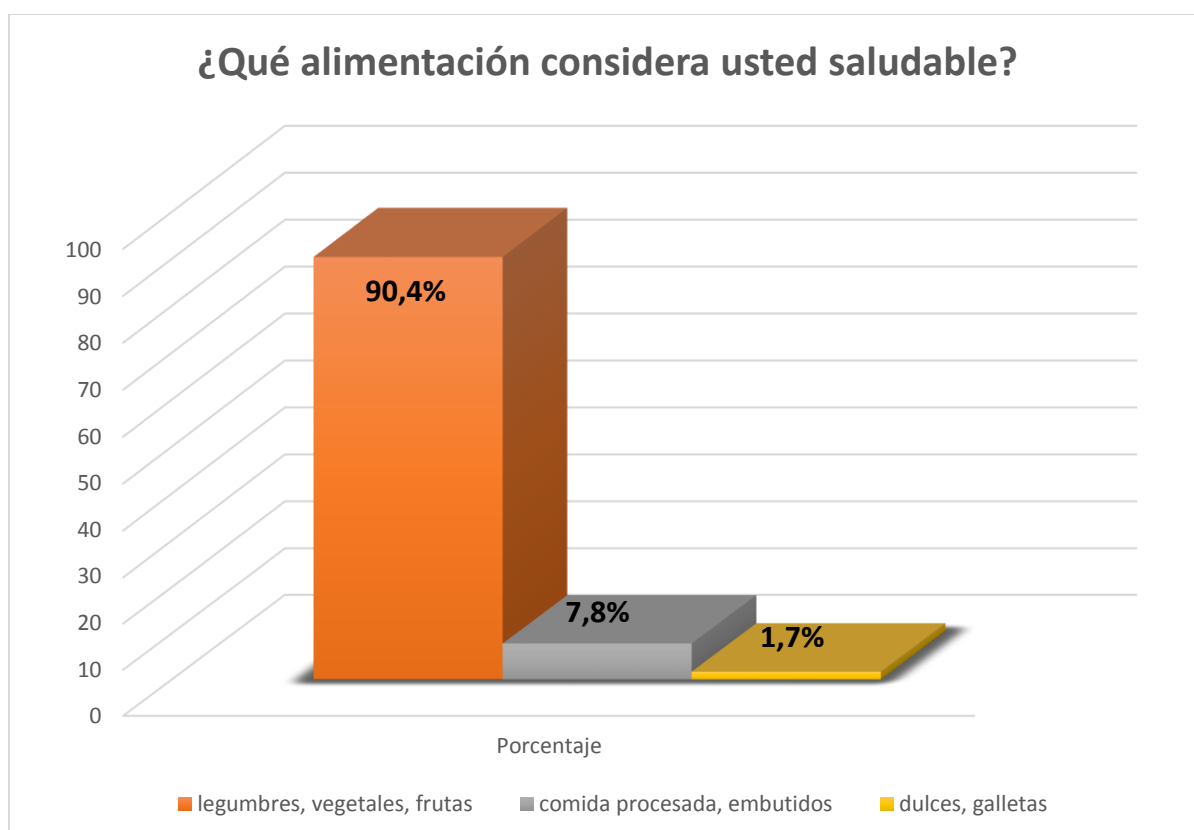


Gráfico No. 19. ¿Qué alimentación considera usted saludable? del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 19. Cap. IV. p. 74.

Análisis e interpretación

En el cuadro 19, se indica ¿Qué alimentación considera usted saludable?, según los padres y/o tutores de familia encuestados. Se muestra que el 90,4% afirma que las legumbres, vegetales y frutas son los alimentos más saludables. Se revelo que el 7,8% comida procesada y embutidos. Y solo el 1,7% dulce y galletas.

Razonando la obra, El Niño Sano, de Posada, A. y cols⁸⁸ (2005) puedo referenciar que:

La salud oral es una parte fundamental de la salud en general. Una buena salud oral contribuye a la construcción de otras metas de desarrollo de los niños, tales como la autoestima, la felicidad y la autonomía en su aspecto alimentario. (p. 300).

Analizando la obra de Villafranca & cols.⁸⁹ (2006) puedo referenciar que:

La comida en el ser humano está sometida a unas reglas, a una cultura. Hay un horario, unos utensilios, unos modelos. No todos los alimentos, a veces los que más nos gustan, son igualmente saludables. Para conservar una dentadura sana los mejores alimentos son los ricos en fibras (verduras, ensaladas, frutas). O los que tienen una buena aportación de calcio y minerales (leche, queso, yogurt). O los bien dotados de vitaminas y proteínas (pescados, carnes, frutos secos). (p. 281).

La investigación concuerda con la obra de Villafranca ya que indica que los padres encuestados consideran el 90,4% afirma que las legumbres, vegetales y frutas son los alimentos más saludables.

⁸⁸Posada, A, Gómez, J. y Ramírez, H. (2005). El Niño Sano. 3^{ra} Edición. Bogotá: Editorial Panamericana.

⁸⁹ Villafranca, F. y cols. (2006). Higienistas Dentales. Servicio de Salud de Castilla y León. 1era. Edición. Sevilla Reino de España: Editorial MAD, S.L.

Cuadro 20.

Nivel de conocimiento padres/tutores sobre salud oral.

Nivel	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	6 -- 9	69	62,7%
Regular	3 --6	29	26,4%
Malo	0 --3	12	10,9%
Total		110	100%

Nota: Resultados obtenidos de la encuesta, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Nivel de conocimiento padres/tutores sobre salud oral. Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 5, p. 93.

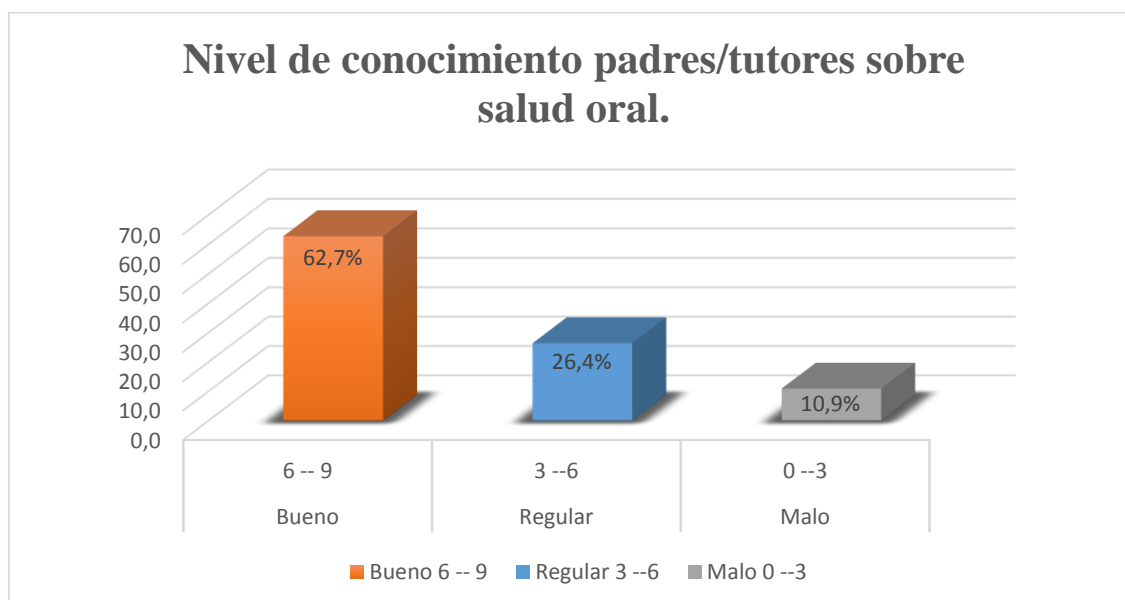


Gráfico No. 20. Nivel de conocimiento padres/tutores sobre salud oral, del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana. Realizado por el autor de esta tesis. Datos tomados del cuadro 19. Cap. IV. p. 76.

Análisis e interpretación

En el cuadro 20, se indica el nivel de conocimiento padres/tutores sobre salud oral, según los resultados de la encuesta. Se muestra que el 62,7% de los padres poseen un buen nivel de conocimiento sobre salud oral, el 26,4% de los padres un nivel de conocimiento regular y el 10,9% tienen un nivel de conocimiento malo.

Analizando la Rev. Odontología Sanmarquina, en su versión digital, consulté un artículo de Lourdes y cols⁹⁰ (2012) puedo referir que:

Se realizó un estudio en los establecimientos hospitalarios del ministerio de salud (MINSA) y seguro social (ESSALUD), el objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, teniendo en consideración los criterios y normas éticas establecidas; siendo un estudio de tipo analítico transversal. Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6%, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal. (p. 14).

Los resultados de esta investigación revelan que el 62,7% de los padres poseen un buen nivel de conocimiento sobre salud oral.

⁹⁰Lourdes, A. y cols. (2012). Nivel de conocimiento en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Rev. Odontología Sanmarquina, 15(1), 14. [En línea]. Consultado: [27 de noviembre, 2014]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1 Conclusiones.

En la encuesta se pudo conocer que el nivel de conocimiento de los padres es bueno y que la salud bucal de los niños y niñas también es buena.

La población de escolares del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana se caracteriza por tener un estado de salud bueno basándose al índice CPOD, que entra en la categoría de (muy bajo) según la escala de valores establecida por la OMS y el índice ceo-d en la categoriza de (bajo). Además del índice de higiene oral simplificada (IHOS) revelando que el mayor porcentaje de la población goza de una higiene oral buena.

Las medidas de prevención oral que aplican los padres son el cepillado dental, una buena dieta, pero son pocos los que realizan la visita al odontólogo.

Los hábitos higiénicos en los escolares de acuerdo a los resultados de la encuesta dirigida a los padres indican que es regular puesto que los escolares no aplican las medidas de higiene oral adecuada. Mientras que los hábitos alimenticios son muy buenos ya que la encuesta revelo, que los padres consideran que las legumbres, vegetales y frutas son los alimentos más saludables para su consumo.

5.2. Recomendaciones.

Fortalecer los conocimientos sobre salud oral tanto a los padres y tutores como a los docentes y escolares, para proporcionarles informaciones oportunas sobre tratamientos preventivos y así evitar el deterioro de su salud estomatológica. La población investigada tiene una ubicación cercana a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y toman servicios brindados por la misma, es por esto que se debe promover la accesibilidad y atención de las clínicas odontológicas a la población investigada, para mantener un buen estado de salud oral.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Título de la propuesta.

Fortalecimiento de medidas preventivas para mantener la salud oral en los estudiantes, padres y profesores del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana.

6.1.1. Período de ejecución.

Fecha de inicio: 19 de junio de 2015

Fecha de finalización: 23 de junio de 2015

6.1.2. Descripción de los beneficiarios.

Beneficiarios directos: Son los escolares de segundo, tercero, cuarto y quinto de básica de la Escuela Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana.

Beneficiarios indirectos: Son los padres de familia de los escolares de segundo, tercero, cuarto y quinto de básica de la Escuela Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana.

6.2. Clasificación de la propuesta.

Tipo educativo.

6.3. Ubicación sectorial y física.

La Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana está ubicada en la Ciudadela Bellavista, entre la calle Bolivariana y Avenida María Auxiliadora, del cantón Portoviejo, provincia de Manabí.

6.4. Justificación.

La investigación realizada en el Centro Educativo Básica Fiscal Unidad Bolivariana brindo la información necesaria para determinar que existe un buen nivel de conocimiento en la mayoría de los padres de familia y un buen estado de salud en la mayoría de los estudiantes que cursan diferentes años de educación básica.

A través de capacitaciones educativas podemos lograr un aumento en los conocimientos acerca de la salud bucal y los factores de riesgo que existen y llevan a los menores a padecer enfermedades bucales. El hábito de una buena higiene oral puede prevenir enfermedades bucales y si a esto se le suma visitas periódicas al odontólogo para un control, constituirían dos pilares fundamentales para conseguir una buena salud oral.

Por tanto es necesario motivar a los padres de dichos escolares para que se mantenga o mejores sus conocimientos acerca de la salud oral, y practiquen los hábitos de higiene y prevención para proyectarse hacia una vida saludable junto con sus hijos y demás familiares.

6.5. Marco institucional.

En la ciudadela bellavista, parroquia Andrés de vera cantón de Portoviejo, se gestionó para la creación de una escuela. La institución que hoy es la Escuela de Educación Básica

Fiscal Unidad Bolivariana fue fundada el 30 de julio de 1984, bajo la dirección del Lcdo. Benigno Cedeño como profesor director de la escuela.

El primer año de su creación funciona con quinto grado en la casa de la Sra. Aura Farías. En el siguiente año mediante acuerdo 143 la comisión de estímulo y sanciones acordó nominar con el nombre de Unidad Bolivariana a la Escuela, se contó con la ayuda voluntaria de dos profesoras: Sra. Isabel Parraga y la Sra. Leticia Flores de Valgas.

Al cabo de dos años la escuela obtuvo la escritura del terreno donado por el Sr. Dr. Alfonso Celi Vásquez, cuya superficie es de 1.100m². En el año 1987 DINACE construye un bloque de aula, en vista de la creciente población escolar.

En el año 2003 el municipio de Portoviejo realiza la obra de cerramiento y pavimentación del patio de la escuela, esto se da el 13 de noviembre y cuyo monto ascendió a \$2,232.00.

Actualmente la escuela está bajo la dirección del Lcdo. Estenio Vera Marcillo, ubicada en la calle bolivariana y av. María auxiliadora su población actual es de más de 300 estudiantes.

6.6. Objetivos.

6.6.1. Objetivo General.

Fortalecer medidas preventivas de los estudiantes, padres y profesores de la Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana.

6.6.2. Objetivos Específicos.

Informar a los padres, profesores y estudiantes sobre la importancia de buenos hábitos alimenticios y de la visita periódica al odontólogo.

Motivar a los padres de familia, profesores y escolares a aplicar hábitos de higiene oral empezando desde el hogar y reforzándolos diariamente.

6.7. Descripción de la Propuesta.

I ETAPA: Organizativa y sensibilización	
	Responsable
Resultado 1.- Desarrollar el soporte inicial	Autor de esta tesis
Resultado 2.- Involucrar a padres de familia y profesores	Autor de esta tesis
II ETAPA: Promoción de Salud Bucal	
Resultado 3.- Crear materiales educativos para los diferentes temas a tratarse	Autor de esta tesis
Resultado 4.- Desarrollo de Promoción de Salud Bucal	Autor de esta tesis

La siguiente propuesta, de orden educativo y tipo social, está enfocada a involucrar al equipo conformado por padres de familia, escolares y profesores del Centro de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana, para el compromiso de cumplir medidas de prevención tanto en la escuela como en la casa. La misma tiene como fin educar y promover cambios de actitud que garanticen la conservación bucodental de los escolares para prevenir las principales afectaciones que agravan la cavidad bucal y mejorar el nivel de conocimiento de los padres.

Se realizó capacitaciones a los padres de familia junto con los profesores del centro de educación para establecer la importancia que tiene la prevención de enfermedades orales como punto inicial. Partiendo de esa premisa, enseñar y recalcar los hábitos de higiene oral básicos e importantes que contribuyen a lograr una buena salud oral.

A los escolares se les motivo para que lleven a cabo esta práctica diariamente de manera consciente, con el fin de estimularla y hacerla parte de su diario vivir.

6.8. Responsable.

Autor de esta tesis.

6.9. Factibilidad.

La propuesta es factible porque se cuenta con el apoyo de los Directivos de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana la colaboración y predisposición de los padres de los escolares de dicha escuela; lo cual permitirá proporcionar la información acerca de salud oral mediante charlas por parte del autor de ésta tesis.

6.10. Sostenibilidad.

La propuesta es sostenible y factible porque los datos obtenidos como resultado de la investigación indican la urgente necesidad de instruir a los padres acerca de la salud bucal, ya que hay alto índice de desconocimiento acerca de la salud oral.

La propuesta es sustentable ya que se utilizarán recursos adecuados, los cuales no influyen negativamente en ningún entorno, al contrario, aumenta la calidad de vida tanto en padres como en los escolares, ya que mejora significativamente la salud bucal y enriquece el conocimiento de los padres, acerca de la salud oral.

6.11. Diseño Metodológico.

Etapas I. Organizativa y sensibilización.

Resultado 1. Desarrollo del soporte inicial.

Se empezó por socializar la propuesta al Director del Centro Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana.

Resultado 2. Involucramiento de padres de familia y profesores.

Se citó a los padres de familia y profesores. Se socializaron los resultados obtenidos en la investigación. Se descubrió a través de la charla las falencias de conocimiento de los padres y profesores en cuanto a los hábitos de higiene oral que deben tener con los escolares.

Etapas II. Promoción de salud bucal.

Resultado 3. Creación de materiales educativos para los diferentes temas a tratarse.

Se mandó a confeccionar una gigantografía con temas relacionados a la prevención y salud oral, el cual se utilizó para las capacitaciones de la propuesta y fue donado al Centro Educativo Unidad Bolivariana también se realizó la entrega de un tríptico a los padres y profesores con información relacionada con el tema a tratar.

Los escolares explicaron que técnica de cepillo dental usan y luego se les enseñó la correcta técnica de cepillado para que la apliquen y pongan en práctica en sus hogares. Se utilizó material didáctico como una boca de fantoma y cepillo dental para que sea más didáctico para los niños y padres de familia. También se explicó la técnica del uso del hilo dental.

A final realizaron preguntas para despejar las inquietudes tanto de los padres, profesores y estudiantes, llegando a la conclusión que la prevención es la mejor manera de mantener un estado de salud integral.

6.12. Recursos.

6.12.1. Humanos.

Autor.

Directora de tesis.

6.12.2. Técnicos.

Cámara fotográfica.

Internet.

6.12.3. Materiales.

Materiales de oficina.

6.12.4. Financieros.

La elaboración de la presente investigación tuvo un costo aproximado de USD \$60,00 que fueron financiados por el autor.

6.13. Presupuesto.

Herramientas.	Unidad de medida.	Precio unitario.	Cantidad necesaria.	Subtotal.
Hojas.	Resma	\$5,00	Una	5.00
Tinta b/n.	Un cartucho	\$15,00	Una	15.00
Tinta color.	Un cartucho	\$15,00	Una	15.00
Gigantografía	Una	\$25,00	Una	25.00
			Subtotal	60.00
			Gastos imprevistos (10%)	6.00
			Total	66.00

ANEXOS

ANEXO 1.

Matriz de Operacionalización de las variables.

Dimensión	Variable	Tipo de variable	Escala	Definición	Indicador
Características Demográficas	Edad	Cuantitativa Continua	Años cumplidos	Según la fecha de nacimiento	Media y Desviación Estándar
	Genero	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Según las características morfológicas	Frecuencia Absoluta y Porcentaje
Examen bucal	CPO/ceo	Cualitativa Ordinal Politómica	Muy bajo: 0.0 – 1.1 Bajo: 1.2 – 2.6 Moderado: 2.7 – 4.4 Alto: 4.5 – 6.5 Muy alto: +6.6	Suma aritmética de los valores individuales dividida entre el número de individuos evaluados	Frecuencia absoluta y porcentaje
	Placa dental	Cualitativa Ordinal Politómica	0- Ausencia 1- Placa en tercio gingival 2- Placa tercio medio 3- Placa en toda la superficie del diente	Por presencia de película adquirida en el tercio gingival, medio o en toda la superficie de la pieza dental	Frecuencia Absoluta y Porcentaje
	Calculo dental	Cualitativa Ordinal Politómica	0- Ausencia 1- Calculo supragingival 2- Calculo subgingival 3- Calculo sub y supragingival	Por presencia de sarro o tártaro dental subgingival o supragingival	Frecuencia Absoluta y Porcentaje
	Gingivitis	Cualitativa Ordinal Dicotómica	0. Ausencia de sangrado 1. Presencia de sangrado	Por presencia o no de sangrado	Frecuencia Absoluta y Porcentaje
	IHOS	Cualitativa Ordinal Politómica	Excelente: 0,0 Bueno: 0,1 – 1,2 Regular: 1,3 – 3,0 Malo: 3,1 – 6,0	Promedio de la suma de los promedios de los valores obtenidos en los componentes de placa	Frecuencia Absoluta y Porcentaje

				bacteriana y calculo dental.	
Evaluación padres	Nivel de conocimiento	Cualitativa Politomica	Bueno: 6-9 puntos Regular: 3-6 puntos Malo: 0- 3 puntos	Por medio de las encuestas realizadas a los padres de familia	Frecuencia de cada indicador
	Nivel de estudios de los padres	Cualitativo Nominal Politomica	1.primario 2.secundario 3.universitarios 4.culmino estudios universitarios 5.cuarto nivel	Según el nivel de escolaridad declarado por el adulto a cargo del menor	Frecuencia Absoluta y Por ciento

ANEXO 2.

	RUBROS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	Fotocopias	Unidad	1000	\$0.02	\$20.00
2	Internet	Hora	10	\$1.00	\$10.00
3	Tinta negra	Toner	1	\$37.00	\$37.00
4	Tinta color	Toner	1	\$40.00	\$40.00
5	Materiales de oficina	Polígrafos	3	\$0.50	\$1.50
6	Guantes	Caja	5	\$8.50	\$45.50
7	Mascarillas	Caja	5	\$6.00	\$30.00
8	Espejo bucal	Unidad	10	\$2.00	\$20.00
9	Explorador bucal	Unidad	10	\$2.00	\$20.00
10	Viáticos	Dólar		\$80.00	\$80.00
11	Empastado	Unidad	5	\$5.00	\$25.00
12	Anillado	Unidad	3	\$2.00	\$6.00
				Subtotal	\$335.00
				Gastos imprevistos (10%)	\$33.50
				Total	\$368.50

ANEXO 3.

DECIMO OCTAVA PROMOCION																																														
ACTIVIDADES	2014												2015																																	
	sep		Nov			dic			enero				Feb				Marzo				abril				Mayo				jun				Jul				agosto									
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
ELABORACION DE PROYECTO																																														
PRESENTACION DE PROYECTOS																																														
APROBACION DE PROYECTOS																																														
PREPARACION DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE INFORMACION																																														
APLICACION DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION																																														
SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION																																														
ANALISIS E INTERPRETACION																																														
ELABORACION DE CONCLUSIONES																																														
ELABORACION DE PROPUESTA																																														
REDACCION DEL BORRADOR																																														
REVISION DEL BORRADOR																																														
PRESENTACION DE INFORME FINAL																																														

ANEXOS 4.



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

Con residencia

en _____

YO y mi representado (hijo/a) Aceptamos tomar parte en este estudio titulado: Nivel de conocimiento de los padres y salud bucal en niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana de la Ciudadela Bellavista del cantón Portoviejo, durante el período marzo – julio 2015.

El señor Fabián Neptali Moreira Cano, estudiante de la universidad San Gregorio de Portoviejo e investigador del presente estudio, le solicita usted tomar parte de la investigación sobre salud oral, con fines de estudio científico. La investigación constara de una ficha odontológica del niño(a) y una encuesta dirigida a los padres. La ficha expondrá el estado de salud oral de los niños y la encuesta el nivel de conocimiento de los padres.

La investigación es voluntaria, y su único fin es desarrollar un estudio de tesis previo a la obtención del título de odontólogo. La información relacionada conmigo y mi representado será utilizada con la mayor discreción.

Nombre y firma del investigador:

Fabián Moreira Cano.

Nombre y firma del participante.

ANEXO 5.

ENCUESTA



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

Estimado sr. (a), el cuestionario que tiene en sus manos forma parte de una investigación científica realizada por el estudiante FABIAN NEPTALI MOREIRA CANO como trabajo de tesis. En el mismo se recogen aspectos relacionados con sus conocimientos, hábitos y costumbres sobre la salud oral. Agradecemos mucho su colaboración y le pedimos que los datos que brinde sean veraces para garantizar que los resultados de la investigación sean válidos. Esta encuesta es anónima y la información obtenida solo tendrá como finalidad alcanzar los objetivos científicos propuestos. Muchas gracias

Encuesta dirigida al padre/tutor del niño (a).

Marque con una "X" la o las respuestas que considere usted correcto.

ESTUDIOS:

Primarios () Secundarios () Universitarios () Culmino estudios universitarios () cuarto nivel ()

¿Qué efectos puede producir chuparse el dedo a largo plazo?

- a) Deformaciones Oseas y dentales ()
- b) Engreimientos del niño ()
- c) Un buen desarrollo del niño ()
- d) Todas las anteriores ()

¿Cuáles dientes son más importantes?

- a) Los de leche ()
- b) Los permanentes ()
- c) Ambos ()
- d) Ninguno ()

¿Cada qué tiempo lleva a su niño a la consulta odontológica?

- a) cada 6 meses ()
- b) cada año ()
- c) cada vez que hay dolor ()
- d) nunca ()

¿Le ha hablado a su hijo(a) de la higiene oral?

- a) Siempre ()
- b) Poco ()
- c) Nunca ()

¿En qué productos encontramos el flúor?

- a) pastas dentales ()

- b) verduras ()
- c) sal ()
- d) pescado ()
- e) enjuagues bucales ()
- f) todos los anteriores ()
- g) ninguno de los anteriores ()

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo(a)?

- a) 1 vez al día ()
- b) 2 veces al día ()
- c) Después de cada comida ()
- d) Solo antes de acostarse ()
- e) Nunca ()

¿Con qué te limpias los dientes?

- a) Pasta y cepillo dental ()
- b) Palillo de dientes ()
- c) Enjuague bucal ()
- d) Hilo dental ()
- e) Todos los anteriores ()
- f) ninguno de los anteriores ()

¿Cada qué tiempo es recomendable cambiar el cepillo dental?

- a) Cada 6 meses ()
- b) Cada 3 meses ()
- c) Cada año ()
- d) No sé ()

¿Qué alimentación considera usted saludable?

- a) Legumbres , vegetales, frutas ()
- b) Comida procesada, embutidos ()
- c) Dulces, galletas ()

ANEXO 6.

UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

Nombre del paciente:.....

Nombre de la escuela.....Grado:.....

Edad:.....Sexo:.....

ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
								55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
								85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS			
PIEZAS EXAMINADAS	IHOS		IP
	PLACA 0-1-2-3	CALCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1
16-17-55			
11-21-51			
26-27-65			
36-37-75			
31-32-71			
46-47-85			
Totales			

Índice de CPO-ceo				
D	C	P	O	TOTAL
d	C	e	o	TOTAL

ANEXOS 7.

Gigantografía.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA UNA BUENA SALUD ORAL

TECNICA DE CEPILLADO

Se recomienda realizar los siguientes pasos para cepillarse correctamente:

- 

1. Coloque el cepillo a lo largo de la línea de la encía, manteniéndolo en ángulo de 45° respecto de la misma. Realice movimientos de adelante hacia atrás unas 10 a 15 veces cada 400 a tres dientes.
- 

2. Cepille las superficies internas de cada diente, utilizando la técnica del paso anterior.
- 

3. Continúe cepillando las superficies masticatorias, realizando movimientos de adelante hacia atrás.
- 

4. Deslice el cepillo verticalmente para cepillar la cara interna de los dientes superiores e inferiores.

Use hilo dental con regularidad:

- 

1. Corte aproximadamente 45 cm. de hilo dental y envuélvalo en los dedos medios de ambas manos dejando unos 12 cm. entre uno y otro.
- 

2. Deslízalo suavemente entre los dientes hasta llegar por debajo de la línea de la encía.
- 

3. Curve el hilo en forma de C y deslícelo entre los dientes con un movimiento de vaivén. Repita esta acción en todos los espacios entre dientes y dientes.



VISITA AL ODONTOLOGO

Progreso de las Caries



Nuestra Salud → Caries Incubada → Caries Extendida → Exposición Pulpa

PIRAMIDE ALIMENTICIA




Debes, bollar, amolar: consumo ocasional
 Actividad física: 30 minutos al día
 Alimentos saludables: consumo diario
 Lácteos: consumo diario
 Verduras y frutas: consumo diario
 Proteínas: consumo diario
 Agua: y alcohol, se deben de 1.5 litros al día

ANEXOS 8.

Tríptico.

CARRERA DE ODONTOLOGIA
"COMPROMETIDOS CON SU SALUD ORAL"





Información de Contacto:
 Dir.: Av. Metropolitana #2003 y Av. Olímpica
 Tel: +593 5 293 5002
 Fax: +593 5 293 5002 ext. 116
 Portoviejo - Manabí - Ecuador
 Las clínicas de la USGP atiende en horario de 7h00 a 19h00.

¿Por qué es necesario cuidar la boca y los dientes?

Porque manteniéndolos sanos salimos ganando. En primer lugar, reduciremos las molestias y los dolores ocasionados por las enfermedades dentales y los tratamientos reparadores.

En segundo lugar, cualquier reparación o sustitución de nuestros dientes, por muy excelente y cara que resulte, nunca será mejor que la dentadura original; ni en función, ni en estética, ni en durabilidad.

Por lo tanto, sigan los consejos de este folleto y, aunque no tengan ningún problema, visita al odontólogo una vez al año.



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO
 M.A. GRADUATE SCHOOL

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA UNA BUENA SALUD ORAL



FABIAN NEPTALI MOREIRA CANO

TECNICA DE CEPILLADO

le recomienda realizar los siguientes pasos para cepillarse correctamente:

-  Coloque el cepillo a lo largo de la línea de la encía, marcando un ángulo de 45° respecto de la misma. Realice movimientos de adiante hacia atrás unas 10 a 15 veces cada dos o tres dientes.
-  Cepille las superficies internas de cada diente, utilizando la técnica del paso anterior.
-  Continúe cepillando las superficies masticatorias, realizando movimientos de adelante hacia atrás.
-  Coloque el cepillo verticalmente para cepillar la cara interna de los dientes superiores e inferiores.

Use hilo dental con regularidad:

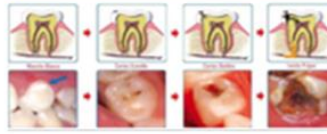
-  Corte aproximadamente 45 cm. de hilo dental y envíelo en los dedos medios de ambas manos dejando unos 12 cm. entre uno y otro.
-  Deslice suavemente entre los dientes hasta llegar por debajo de la línea de la encía.
-  Curve el hilo en forma de C y deslice entre los dientes con un movimiento de barrido. Repita esta acción en todos los espacios entre diente y diente.

¿Cuáles son las principales enfermedades de la boca que cabe prevenir?

La caries dental:
 Es una enfermedad provocada por bacterias, las cuales, utilizando el azúcar de los alimentos, producen un ácido que desmineraliza la estructura del diente hasta provocar su destrucción.

Enfermedad periodontal:
 Es una enfermedad que afecta a las encías. En la fase inicial, se produce la inflamación y sangrado de las encías (gingivitis). Si la enfermedad no se controla, se puede iniciar un proceso de pérdida del hueso de sujeción de los dientes (periodontitis), que se manifiesta en forma de movilidad de los dientes y, finalmente con su pérdida.

El cáncer oral:
 La mejor manera de prevenir su aparición es evitar sus causas: el tabaco, el alcohol y el mal estado de los dientes o el uso de una prótesis mal ajustada. El control odontológico puede detectar las lesiones en etapas iniciales, con un mejor pronóstico de tratamiento.



PIRAMIDE ALIMENTICIA

Dulces, helados, snacks (cantidad mínima)

Actividad física (30 minutos al día)

Arroz y pasta (cantidad mínima)

Leches (cantidad diaria)

Carnes, pavo, pollo y huevos (cantidad mínima)

Verduras y frutas (cantidad diaria)

Frutas (cantidad diaria)

Agua o bebidas azucaradas (1.5 litros al día)

ANEXOS 9.



Gráfico No.27. Foto realizada por el autor de esta tesis.



Gráfico No.28. Foto realizada por el autor de esta tesis.



Gráfico No.29. Foto realizada por el autor de esta tesis.



Gráfico No.30. Foto realizada por el autor de esta tesis.



Gráfico No.31. Foto realizada por el autor de esta tesis.



Gráfico No.32. Foto realizada por el autor de esta tesis.

Fotos Propuesta.



Gráfico No.33. Foto realizada por el autor de esta tesis.



Gráfico No.34. Foto realizada por el autor de esta tesis.



Gráfico No.35. Foto realizada por el autor de esta tesis.



Gráfico No.36. Foto realizada por el autor de esta tesis.



Gráfico No.37. Foto realizada por el autor de esta tesis.



Gráfico No.38. Foto realizada por el autor de esta tesis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA:

Baena, E. (2013). Factores que modifican la frecuencia de cepillado dental en adultos mayores de 18 años de edad. [En línea]. Consultado: [13 mayo, 2015]. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/231104/1853/1/TESIS.pdf>

Barrancos M. (2006), Operatoria Dental Integración Clínica. 4a Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.

Benavente, L., Chein, S., Campodónico, C., Palacios, R., Ventocilla, M., Castro, A., Huapaya, O., Álvarez, M., Córdova, W., Espetia, A. (2012). Nivel de conocimiento en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Rev. Odontología Sanmarquina, 15(1), 14. [En línea]. Consultado: [27 de noviembre, 2014]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf

Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A. (2005). Odontopediatra. Reino de España: Masson, S.A.

Cortina, J. (2012). Pediatría para todos. México. Estados Unidos Mexicanos. Grupo Editorial México.

Costales, A. (2014). Prevalencia del índice CPO en personas que asisten al grupo narcóticos anónimos en la ciudad de Guayaquil. [En línea]. Consultado: [13 mayo, 2015]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/1896/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-102.pdf>

Cuenca, E., y Baca, P. (2013). Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología. 4ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

Díaz, M. (2009). La Salud Oral, ¿Cuestión de Cultura? Revista de salud pública. 1(1). [En línea]. Consultado: [2 octubre, 2014]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/21294/1/17631-61781-1-PB.pdf>

Electro Medical System (s.f.). Control de la placa. [En línea]. Consultado: [5 mayo, 2015]. Disponible en: <http://new.ems-company.com/es/dental/tratamientos-dentales/profilaxis/control-de-la-placa.html>

Farfán, C. (2012). Programa de educación para la salud bucodental infantil en madres Y padres de niños entre 0 y 6 años de edad en Pamplona y Comarca – Navarra, España. Master Universitario Salud Pública. [En línea]. Consultado: [27 de noviembre, 2014]. Disponible en: <http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/7823/Master%20Salud%20Publica%20Cecilia%20Farfan.pdf?sequence=1>

Farmer, T. (s.f.). La importancia de los dientes en los seres humanos. [En línea]. Consultado: [3 de junio, 2015]. Disponible en: http://www.livestrong.com/es/importancia-dientes-seres-info_16913/

García, C. y González, A. (2000). Tratado de pediatría social. 2da edición Madrid: Díaz de santos.

Gobierno de Chile. (2007). Programa Educativo Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niños y Niñas Preescolares. República de Chile.

Gómez, N., Morales, M. (2012). Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. [En línea]. Consultado: [4 mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/18609/19665>

González Martínez, F., Barrios, C., y Morales, L. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Consultado el 20 mayo del 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2011/sal113g.pdf>

González Martínez, F., Hernández Saravia, L. y Correa Mulett, K. (2013). Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. Rev. Cubana Salud Pública, 39. [En línea]. Consultado: [29 septiembre, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100006

Guedes, A., Ciamponi, A., Duarte, D., Marcillo, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, L., Prokopowitsch, I., Martines, J., Imperato, J., Guimaraes, L., Strazzeri, M., Bonecker.,

Bussadori, S., Chedid, S., Ferreira, S. (2003) Rehabilitación Bucal en Odontopediatría Atención Integral. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Guerrero, S. y Lipari, A. (1991). Rev. Creces. La dieta criogénica. [En línea]. Consultado: [28 noviembre, 2014]. Disponible en: <http://www.creces.cl/new/index.asp?imat=%20%20%3E%20%2068&tc=3&nc=5&art=214>

Guiainfantil. (s.f.). La primera visita de los niños al dentista. [En línea]. Consultado [14 de mayo 2015]. Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/salud/dientes/irdentista.htm>

Gutiérrez, E y Iglesias, P. (2009). Técnicas de ayuda Odontología / Estomatológica. Madrid: S.A. Editex.

Hadgar, A. (2010). El cálculo dental. [En línea]. Consultado: [4 mayo, 2015]. Disponible en: <http://odontologia1.blogspot.com/2010/12/el-calculo-dental.html>

Herbert, F. Wolf; Edith, M. & Klaus H. Rateitschak. (2005). Atlas En Color de Odontología Periodoncia (3a Edición). Reino de España: Masson, S.A.

Hernández, C., Millares, V., Maroto, M., Barbería, E. (2011). Colutorios en Odontopediatría. Indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios, criterios de selección y protocolo. Consultado: [8 mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2011/09/colutorios-en-odontopediatra-indicaciones-contraindicaciones-efectos-secundarios-criterios-de-seleccin-y-protocolo-25441/>

Lang, N., Lindhe, J. (2009). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ª Ed. Buenos Aires. Médica Panamericana S. A.

Linares, L., Ruiz, N., Herrera, D. y Gómez, R. (2010). Caries Dental y condiciones de Higiene oral en niños indigentes Sikuaní, municipio de Puerto Gaitán. Rev. Colombiana de investigación en Odontología, 1(2). [En línea]. Consultado: [2 octubre, 2014]. Disponible en: www.rcio.org/index.php/rcio/article/download/7/50

Madridsalud. (2015). Consejos sobre Salud Dental en la Infancia. [En línea]. Consultado: [15 mayo, 2015]. Disponible en: http://www.madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/cuida_tus_dientes.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2010). Manual de educación para salud bucal Para maestros y profesores Normalización del sistema nacional de salud: área de salud bucal. [En línea]. Consultado: [27 noviembre, 2014]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosdirecciones/dnn/archivos/manual%20educativo%20para%20la%20salud%20bucal%20para%20maestros%20y%20promotores.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2009). Normas y Procedimientos en atención bucal. [En línea]. Consultado: [26 noviembre, 2014]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20EN%20SALUD%20BUCAL%20I%20NIVEL.pdf>

Pérez, C. (s.f.). Alimentos ricos en flúor. [En línea]. Consultado: [3 de junio, 2015]. Disponible en: <http://www.natursan.net/alimentos-ricos-fluor/>

Posada, A, Gómez, J. y Ramírez, H. (2005). El Niño Sano. 3ra Edición. Bogotá: Editorial Panamericana.

Reyna, R. (2014). Consecuencias de chupare el dedo. [En línea]. Consultado: [3 de junio, 2015]. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/bucodental/articulos/consecuencias-chuparse-dedo.html>

Rojas, F. y Fernández, V. (2009). Manual de higiene bucal. Buenos aires: Medica Panamericana.

Salud, O. (2007). Salud Bucodental. Organización mundial de la salud. [En línea]. Consultado: [25 noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/#>

Sánchez, C. (2005). Protegiendo los dientes de tu bebe. Guía práctica para padres. Estado plurinacional de Bolivia: Bolivia dental.

Taboada, O., Talavera, I. (2011). Prevalencia de gingivitis en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v68n1/v68n1a3.pdf>

Tercero, M. (s.f.). Health trust Educación de salud dental. Consultado [14 de mayo 2015]. Disponible en:

<http://www.first5kids.org/sites/default/files/Final%20short%20Oral%20Health%20Presentation1%20SPA.pdf>

Van Waes, H.J.M., Stockli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Reino de España: Masson.

Vidal, Xavier. (s.f.). Cuidados Dentales. Consultado: [4 mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/prevencion-caries.shtml>

Villafranca, F. y cols. (2006). Higienistas Dentales. Servicio de Salud de Castilla y León. 1era. Edición. Sevilla Reino de España: Editorial MAD, S.L.

Villaizán Pérez, Carmen (2012). Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. Consultado el 20 de mayo de 2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art14.as>