



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**“CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD ORAL EN
ESCOLARES. SECTOR 1. RIOBAMBA, 2021”**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Odontólogo

Tutor: Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado

Riobamba – Ecuador

2022

PÁGINA DE REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de sustentación del proyecto de investigación de título: "Caracterización de salud oral en escolares, sector I. Riobamba, 2021.", presentado por Joel Alexis Jiménez Bonilla y dirigida por el Dr. Carlos Alberto Alban Hurtado. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH; para constancia de lo expuesto firman:

A 07... del mes de Junio... del año 2022...

Dr. Carlos Alberto Alban Hurtado

Tutor



Firma

Dra. Omarys Chang Calderin

Presidente del Tribunal



Firma

Dr. Raciél Jorge Sánchez Sánchez

Miembro del Tribunal



Firma

Dr. Carlos Gafas González

Miembro del Tribunal



Firma



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Est. 1133

Riobamba 10 de mayo del 2022
Oficio N° 051-URKUND-CU-CID-TELETRABAJO-2022

Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado
DIRECTOR CARRERA DE ODONTOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por el **Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 130584657	Caracterización de salud oral en escolares. Sector 1. Riobamba, 2021	Joel Alexis Jiménez Bonilla	3	x	

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ
Firmado digitalmente por
CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2022.05.10
10:05:53 -05'00'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

Debido a que la respuesta del análisis de validación del porcentaje de similitud se realiza mediante el empleo de la modalidad de Teletrabajo, una vez que concluya la Emergencia Sanitaria por COVID-19 e inicie el trabajo de forma presencial, se procederá a recoger las firmas de recepción del documento en las Secretarías de Carreras y de Decanato.

CERTIFICADO DEL TUTOR

El suscrito docente-tutor de la Carrera de Odontología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo, Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado, certifica que la señor Joel Alexis Jiménez Bonilla con C.I: 0550223788, se encuentra apta para la presentación del proyecto de investigación: “**CARACTERIZACIÓN DE SALUD ORAL EN ESCOLARES. SECTOR 1. RIOBAMBA, 2021.** y para que conste a los efectos oportunos, expido el presente certificado, a petición de la persona interesada, el 17 de Marzo en la ciudad de Riobamba en el año 2022.

Atentamente,



firmado electrónicamente por:
**CARLOS ALBERTO
ALBAN HURTADO**

Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado

C.I. 0502531437

DOCENTE TUTOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORÍA

La responsabilidad del contenido de este proyecto de graduación, le corresponde exclusivamente a: Joel Alexis Jiménez Bonilla (autor) y Dr. Carlos Alberto Alban Hurtado (tutor); y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo para que se realice la digitalización pública de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior



Joel Alexis Jiménez Bonilla
C.I. 0550223788
Autor

AGRADECIMIENTO

Al finalizar este trabajo quiero utilizar este espacio para agradecer a Dios y a la Santísima Virgen María, por todas sus bendiciones. Y por darme la fuerza de terminar esta carrera.

Agradezco de manera especial al Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado por su cariño, dedicación y entusiasmo quien me brindo generosamente sus conocimientos en la dirección de esta tesis. De igual manera al MSc. Dennis Tenelanda por su coloración en la realización de este trabajo.

A la Universidad Nacional de Chimborazo, donde me he formado y he recibido todo tipo de apoyo y particularmente al grupo de docentes de Odontología.

DEDICATORIA

A mi familia:

A mi madre, por su paciencia, amor y comprensión. A mis hermanos, por estar siempre a mi lado apoyándome para salir adelante. A la memoria de mi padre, JORGE ARTURO por su ayuda incondicional, su ejemplo me mantuvo firme cuando quise rendirme, quién me animó en este campo de estudio, siempre lo he sentido presente en mi vida, sé que estará orgulloso de la persona en la cual me he convertido.

Y a toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento fueron mi apoyo para poder culminar este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	15
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
3. JUSTIFICACIÓN.....	18
4. OBJETIVOS.....	19
4.1. Objetivo General.....	19
4.2. Objetivos Específicos.....	19
5. MARCO TEÓRICO.....	20
5.1. Salud.....	20
5.1.1. Salud Buco dental.....	20
5.1.2. Nivel de conocimiento en salud dental.....	20
5.2. Consideraciones nutricionales del paciente.....	21
5.2.1. Sistema de orientación alimentaria.....	22
5.2.2. Patrones dietéticos.....	22
5.2.3. Malnutrición.....	23
5.3. Subnutrición.....	23
5.4. Trastornos alimentarios.....	24
5.4.1. Bulimia.....	24
5.4.2. Anorexia.....	24
5.5. Caries dental.....	25
5.5.1. Definición.....	25
5.5.2. Epidemiología.....	25
5.5.3. Factores etiológicos.....	25
5.5.4. Alimentos.....	26
5.5.4.2. Alimentos protectores.....	27
5.6. Índice de caries.....	27

5.6.1.	Índice CPOD	28
5.6.2.	Índice CEOD	28
5.7.	Placa bacteriana.....	29
5.7.1.	Índices de placa bacteriana O'Leary	29
5.7.2.	Agentes reveladores de placa	30
5.8.	Métodos de prevención de caries	30
5.9.	Educación en salud oral	30
5.10.	Fluoruros	31
5.11.	Sellantes	31
5.12.	Control mecánico de la placa	31
5.13.	Técnicas de cepillado	32
5.14.	Pastas dentales.....	32
5.15.	Mantenedores de espacio	33
6.	METODOLOGÍA.....	34
6.1.	Tipo de investigación.....	34
6.2.	Diseño de investigación.....	34
6.3.	Población de estudio	34
6.4.	Muestra	34
6.5.	Criterios de selección.....	34
6.6.	Técnicas e instrumentos	34
6.6.1.	Técnica	34
6.6.2.	Instrumento	35
6.7.	Cuestiones éticas.....	35
6.8.	Entorno.....	35
6.8.1.	Humano	35
6.9.	Análisis Estadístico.....	35
6.10.	Operacionalización de variables	36

7. RESULTADOS	37
7.1. Estadísticos descriptivos	37
7.2. Estadísticos de Tendencia Central	55
8. DISCUSIÓN.....	57
9. CONCLUSIONES.....	59
10. RECOMENDACIONES	61
11. REFERENCIAS	62
12. ANEXOS.....	68

INDICE DE TABLAS

Tabla Nro. 1: Variable independiente	36
Tabla Nro. 2: Variable independiente	36
Tabla Nro. 3: Nivel de conocimientos según el género de los escolares	37
Tabla Nro. 4: Nivel de conocimientos según el género de los profesores	38
Tabla Nro. 5: Pregunta 1 según el género de los escolares	39
Tabla Nro. 6: Pregunta 2 según el género de los escolares	41
Tabla Nro. 7: Pregunta 3 según el género de los escolares	42
Tabla Nro. 8: Pregunta 4 según el género de los escolares	43
Tabla Nro. 9: Pregunta 5 según el género de los escolares	44
Tabla Nro. 10: Pregunta 6 según el género de los escolares	45
Tabla Nro. 11: Pregunta 7 según el género de los escolares	46
Tabla Nro. 12: Pregunta 8 según el género de los escolares	47
Tabla Nro. 13: Pregunta 9 según el género de los escolares	48
Tabla Nro. 14: Pregunta 10 según el género de los escolares	49
Tabla Nro. 15: Pregunta 11 según el género de los escolares	50
Tabla Nro. 16: Tipo de alimentación según el género de los escolares	51
Tabla Nro. 17: Índice CPOD según el género de los escolares	52
Tabla Nro. 18: Índice de placa según el género de los escolares.....	53
Tabla Nro. 19: Correlación entre el tipo de alimentación y el género de los escolares	54
Tabla Nro. 20: Estadísticos de Tendencia Central	55
Tabla Nro. 21: Rango de la OMS para índice CPOD.....	55
Tabla Nro. 22: Cuantificación del índice de O'Leary para el índice de placa	55

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nro. 1: Nivel de conocimientos según el género de los escolares	37
Gráfico Nro. 2: Nivel de conocimientos según el género de los profesores	38
Gráfico Nro. 3: Pregunta 1 según el género de los escolares	39
Gráfico Nro. 4: Pregunta 2 según el género de los escolares	41
Gráfico Nro. 5: Pregunta 3 según el género de los escolares	42
Gráfico Nro. 6: Pregunta 4 según el género de los escolares	43
Gráfico Nro. 7: Pregunta 5 según el género de los escolares	44
Gráfico Nro. 8: Pregunta 6 según el género de los escolares	45
Gráfico Nro. 9: Pregunta 7 según el género de los escolares	46
Gráfico Nro. 10: Pregunta 8 según el género de los escolares	47
Gráfico Nro. 11: Pregunta 9 según el género de los escolares	48
Gráfico Nro. 12: Pregunta 10 según el género de los escolares	49
Gráfico Nro. 13: Pregunta 11 según el género de los escolares	50
Gráfico Nro. 14: Tipo de alimentación según el género de los escolares	51
Gráfico Nro. 15: Índice CPOD según el género de los escolares	52
Gráfico Nro. 16: Índice de placa según el género de los escolares.....	53

RESUMEN

El objetivo de estudio fue analizar el nivel de conocimiento de salud bucal tanto personal, como de los docentes y padres de familia de los escolares del sector 1 de Riobamba así también indagar la influencia socio familiar en el estado de salud bucal de los estudiantes. La metodología del trabajo fue descriptivo de corte transversal, el colectivo de estudio estuvo conformado por 100 estudiantes con sus respectivos representantes familiares y 4 docentes de las instituciones educativas del sector 1 de Riobamba, la técnica utilizada fue la observación y como instrumentos se encontraron las historias clínicas y los cuestionarios de conocimientos a escolares, docentes y representantes, con la información tabulada de las historias clínicas, se calculó el índice CPOD y el índice de placa de O'Leary, por otra parte, los cuestionaron indagaron el nivel de conocimientos de los actores. Los resultados evidenciaron un conocimiento regular tanto de escolares como de docentes; además no existió relación entre el tipo de alimentación de los escolares con índice CPOD ($p=0.802$) y el índice CPOD ($p=0.904$). Se concluyó que el conocimiento de salud bucal no mantuvo asociación con los hábitos de limpieza que practican los escolares, ya que el nivel del índice CPOD fue de bajo riesgo en el 96% de la población, mientras que el nivel del índice de placa fue aceptable en el 68% de los escolares.

Palabras clave: Salud bucal, CPOD, Índice de Placa

Abstract

The objective of this study was to analyze the level of personal oral health knowledge, as teachers and parents of schoolchildren in sector 1 of Riobamba, as well as to investigate the socio-family influence on the oral health status of students. The methodology of the investigation was descriptive cross-sectional, the study group was made up of 100 students with their own family representative and 4 teachers from the educational institutions of sector 1 of Riobamba, the technique used was observation and the instruments medical records and questionnaires of knowledge towards schoolchildren, teachers and representatives were applied, with the tabulated information from the medical records, the DMFT index and the O'Leary plaque index were calculated, on the other hand, questionnaires collected about the level of knowledge of the actors. Results showed a regular knowledge of both schoolchildren and teachers; in addition, there was no relationship between the type of diet of the schoolchildren with the DMFT index ($p=0.802$) and the DMFT index ($p=0.904$). It was concluded that knowledge of oral health was not associated with the cleaning habits practiced by schoolchildren, since the level of the DMFT index had low risk in 96% of the population, while the level of the plaque index was acceptable in 68% of schoolchildren.

Keywords: Oral health, DMFT, Plaque Index.



Reviewed by:
Gabriela de la Cruz F. Msc
ENGLISH PROFESSOR
C.C. 0603467929

1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, se estima que 2.3 mil millones de personas sufren de problemas de caries dentales permanentes y más de 530 millones de niños sufren de caries temporales en los dientes (39). Las enfermedades orales como la caries dental, las enfermedades periodontales y la pérdida de dientes son problemas críticos de salud pública (40).

Los problemas dentales en los niños pueden tener un efecto negativo en su bienestar, calidad de vida y salud. Los niños y adolescentes pueden verse afectados por numerosos trastornos orofaciales, que repercuten en el funcionamiento físico y psicosocial de su bienestar (41). Además, se sabe que a partir de los problemas de salud bucal y dental se pueden derivar condiciones sistémicas como enfermedades cardiovasculares y diabetes en el futuro, sobre todo en aquellas personas que con frecuencia consumen alimentos que contienen azúcar.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la incidencia de caries en niños es del 60-90% (39). La caries dental es el problema de salud bucal más prevalente y su creciente incidencia se debe a la adopción de un estilo de vida occidental y condiciones de vida cambiantes. Esta condición dental es una enfermedad que ataca los tejidos duros de los dientes desmineralizando el esmalte, y la dentina hasta el punto de causar daño (39). La caries puede descompensar la salud del niño con síntomas como el dolor de muelas, malestar, trastornos de la alimentación, pérdida de dientes, y retraso en el desarrollo del niño afectando incluso su concentración en las escuelas (39).

Los esfuerzos de salud dental deben cubrir aspectos medioambientales y educativos con una conciencia pública que despliegue medidas preventivas eficaces al tiempo que promuevan la salud (39)(40), es importante romper paradigmas médicos de tal manera que se implemente modelos de salud completos y amplios con cambios no solo biomédicos sino también biopsicosociales (41).

El conocimiento de la salud bucal es un requisito previo esencial para las prácticas relacionadas con la salud. La educación para la salud es la transmisión de conocimientos y habilidades que son necesarios para mejorar la calidad de vida, ya que es un enfoque ampliamente aceptado para la prevención de enfermedades bucodentales. Además, el objetivo de los programas de educación para la salud no es solo generar nuevos comportamientos, sino también mantener y reforzar comportamientos saludables que

mejorarán la salud individual y comunitaria, esperando que el conocimiento de la salud se transforme en conductas preventivas adecuadas dando como resultado una buena salud bucal (42).

Para enfatizar una actitud positiva hacia la salud bucal, las escuelas deben incluir en el plan de estudios escolares programas que abarquen la educación sobre salud bucal, (42). La promoción de la salud en la escuela debe fomentar el cepillado diario de los dientes, uso de flúor y promoción de una buena nutrición, entre otras estrategias (40).

Las buenas prácticas de salud bucal consisten en la implementación continua de dos tipos de comportamiento: la utilización de servicios dentales (servicios dentales regulares chequeo, promoción de la salud bucal y medios preventivos aplicados profesionalmente) y los hábitos de autocuidado (buena higiene bucal, restricción de la ingesta de azúcar y aplicación de productos fluorados (42).

Todo este cambio de comportamiento ha demostrado disminuir la presencia de enfermedades bucales.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que la identificación y el seguimiento del estado bucal es importante para identificar las necesidades de tratamiento y evaluar periódicamente el impacto de la salud bucodental pública, Ecuador es uno de los países que cuentan con pocos estudios sobre esta temática pues el último estudio de tal magnitud se lo realizó el siglo pasado y utilizó bases de datos con una muestra del país no representativa (43)(44).

En adición a lo anterior uno de los factores que juega un papel importante al hablar de salud oral son los determinantes sociales. Estos determinantes se definen como las condiciones en el que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, lo que representa el conjunto de sistemas que dan forma a las condiciones de la vida diaria. Como estos determinantes son las situaciones en las que nacen las personas, normalmente se distribuyen de manera desigual que en cuestiones económicas los bajos ingresos se asocian con pocas oportunidades de salud, es así como la disponibilidad de los sistemas de salud dental se ve afectada en los países en desarrollo (44).

Según un estudio sobre la evaluación de salud bucal además de los ingresos, la etnia, y el género; el nivel de educación de los padres es un fuerte predictor para el acceso a la atención médica con énfasis en la salud dental. Tanto los niveles maternos como paterno de la educación están estadísticamente asociados con una fuerte prevalencia de problemas dentales y con altos niveles de obesidad infantil. Esto se atribuye a la relación de un menor estatus socioeconómico y los malos hábitos alimenticios (44).

En este sentido, la misión del médico odontólogo es promover estrategias y acciones para la prevención y promoción de la salud bucal basadas en una visión general de los estilos de vida de los niños o adolescentes creando una cultura de buen comportamiento en materia de salud bucal que tenga presente la frecuencia del cepillado de dientes, la limpieza interdental y el cuidado dental preventivo regular (45) (46).

El nivel educativo es con mucho el factor determinante en materia de salud bucal, y por ello estos planes de acción deben involucrar a su círculo familiar y a todas las entidades de su comunidad socioeducativa, tales como profesores de escuela, estudiantes y personal de odontología (45)(46).

3. JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos 30 años, la situación de los niños en la sociedad ha ido evolucionando con el reconocimiento de los derechos del niño y la necesidad de involucrarlos en las decisiones sobre su educación, asistencia social y sanitaria. Estos cambios han tenido implicaciones para la participación de los niños en la investigación, especialmente en las ciencias sociales (47).

En una revisión de estudios sobre salud bucal se encontró que el 87% de investigaciones se consideró a los niños como los "objetos" de la investigación, en lugar de como participantes activos. Involucrar a los niños es importante tanto desde el punto de vista clínico como político (47).

La infancia es la edad en la que los niños desarrollan reflejos para mantener prácticas generales de higiene y una buena actitud hacia la salud. Es deber de los padres, maestros, así como de los propios niños el conocer la importancia de la higiene bucal y cultivar prácticas saludables que se conviertan en los cimientos de rutinas adecuadas que promuevan una vida sana (48).

En muchos sectores, una gran cantidad de niños y padres tienen un conocimiento limitado sobre las causas y prevención de las enfermedades bucodentales más frecuentes (49). La salud bucal es un componente integral de la salud general y para crear dicha educación sanitaria, la evaluación de conocimientos, actitudes y la práctica es esencial (49)(48).

Para ello es imperante realizar nuevos estudios que proporcionen una visión general de los enfoques de salud oral en la investigación con escolares (47).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

- Caracterizar la salud oral en escolares del sector 1 de la ciudad de Riobamba en el año 2021.

4.2. Objetivos Específicos

- Describir la información hallada en las historias clínicas de los escolares del sector 1 de la ciudad de Riobamba
- Analizar el nivel de conocimiento de los escolares con respecto a la salud bucal que mantienen.
- Valorar el nivel de conocimiento de los profesores con respecto a la salud bucal de los escolares.
- Analizar la influencia de los conocimientos referidos por los padres con relación a la salud bucal de los escolares.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Salud

En este apartado, es importante analizar el significado de la palabra “salud”, ya según la Universidad de Navarra (1) la terminología es de origen latín con los vocablos *salus* y *salvatio*, las cuales significan “estar en condiciones de poder superar un obstáculo”.

Es decir, gozar plenamente de sus facultades para poder desenvolverse de la mejor manera en vida, ya que cuando un organismo se encuentra en las condiciones adecuadas busca la manera de aliviarse y de lo contrario tiende a sabotearse.

5.1.1. Salud Buco dental

De acuerdo con Martínez & Albuquerque (2) el significado de la salud buco dental refiere a las afectaciones relacionadas a esta estructura, provocando amenazas al bienestar y calidad de vida, estas no difieren alteraciones en los demás órganos del ser humano, por tanto se considera como un derecho de salud colectiva.

Así mismo la Organización Panamericana de Salud (3) manifiesta que, la salud buco dental se puede evidenciar cuando el individuo tiene dientes y encías saludables, los cuales son parte fundamental de su salud integral, afirma también que una forma de evitar hechos lamentables son los controles continuos y los buenos hábitos.

Atendiendo a estas consideraciones, la salud buco dental está relacionada con los buenos hábitos que desarrolla una persona desde la infancia debido a que de esta forma garantiza la prevención de problemas dentales como la aparición de caries hasta el cáncer de boca, lo cual significaría un impedimento para el goce de una vida saludable, lo cual se debe reforzar con las visitas al periódicas al odontólogo.

5.1.2. Nivel de conocimiento en salud dental

En consideración con Quintero et al. (4) el nivel de conocimiento en salud dental es un factor que dependiendo su aplicación puede tener efectos positivos en el caso de aplicarse de manera adecuada, pero su desconocimiento puede ocasionar graves problemas en salud del ser humano debido a la exposición de enfermedades.

Aportan Díaz et al. (5) que, el conocimiento adecuado empieza desde el correcto tratamiento de una caries dental, en razón a que este garantiza un estado de salud óptimo y previene complicaciones futuras.

Señala además que según su estudio las mujeres son más conscientes de la importancia de la salud dental, evidencia que la mayoría de personas desconoce que la salud dental se ve afectada por el consumo de goma de mascar, alimentos altos en azúcares, pero consideran que el cepillado es la técnica de aseo dental más importante para prevenir enfermedades dentales, dejando de lado el uso del hilo dental.

En base a las ideas antes expuestas, del nivel de conocimiento de salud dental es un factor determinante para prevenir enfermedades que pueden alterar la salud del ser humano, por ende, es importante socializar la importancia del cuidado y prevención de afectaciones bucales.

5.2. Consideraciones nutricionales del paciente

La nutrición y salud oral, como lo expone Giménez (6) es un factor que tiene que ser tomado con la seriedad respectiva por el sistema integral de salud, ya que de los alimentos que se ingiere depende las condiciones favorables del paciente, debido a la ingesta de excesos o deficiencias de alimentos adecuados.

Sugiere además, que los nutrientes presentes en las comidas, pueden disminuir significativamente el riesgo de enfermedades graves, en razón a que tienen a reforzar el sistema inmune, por tanto es un factor que previene desde la gestación y demás etapas que influyen en su correcto desarrollo dentario.

Aporta también (7) que la dieta y la nutrición juegan un papel imprescindible para garantizar la salud del ser humano, ya conforma su salud integral por ende garantiza su bienestar, manifiesta además que la Academia Americana de Odontopediatría enfatiza el cuidado en la etapa prenatal y asesoramiento adecuado en la lactancia, además de la infancia, en donde es necesario regularización del consumo de azúcares.

En este sentido, las recomendaciones nutricionales dependen de la edad del paciente, sin embargo, es recomendable el consumo equilibrado de alimentos integrales, vegetales, frutas, proteínas saludables y agua.

5.2.1. Sistema de orientación alimentaria

Las recomendaciones de acuerdo con American Dental Association (8) sugieren la ingesta de alimentos en base a decisiones inteligentes, a fin de disfrutar de una vida sana, dientes y encías, lo cual depende del horario de lo que se elige comer, por ende la importancia de una dieta equilibrada y guiada por médicos especializados, sin embargo en líneas generales las recomendaciones pueden ser: consumo abundante de agua, productos lácteos, cereales, hortalizas, fruta y alimentos que contengan proteína.

Expone además que, en el caso de realizar cada cierto tiempo, es recomendable ingerir quesos, vegetales, frutas, yogur, ya que al tener cierta cantidad de agua ayudan a los dientes a procesar de mejor manera los alimentos, reduciendo los ácidos que son los que causan las caries, sugiere también el cepillado de los dientes mínimo dos veces al día con pasta dentífrica fluorada conjuntamente con las visitas regulares al médico ya que en el caso de una afectación puede ser tratada antes de que se agraven.

Por lo tanto, es importante que los alimentos que se van a ingerir cumplan la función de nutrir al cuerpo, ya que esta es la clave de prevención de enfermedades bucales y por ende las que dañan al resto de órganos y pueden llegar a ocasionar daños irreversibles.

5.2.2. Patrones dietéticos

Los determinantes dietéticos según lo manifiesta Soto (9) están relacionados con diferentes aspectos: frecuencia entre comidas, concentración y cantidad sacarosa en los alimentos, nivel de azúcares y consistencia de los alimentos, carbohidratos fermentados, sustitutos del azúcar, lo cual depende de la edad, costumbres y tradiciones de la persona.

Es decir, que los patrones dietéticos constituyen los hábitos alimenticios que tiene una persona, lo cual depende de su edad y estilo de vida, por lo general, se suele desconocer la importancia de la correcta alimentación, la cual entregue los nutrientes necesarios para el funcionamiento del cuerpo.

5.2.3. Malnutrición

La Organización Mundial de la Salud (10) expone que, se entiende como la insuficiencia de vitaminas, minerales, sobrepeso, y enfermedades relacionadas, las cuales pueden abarcar tres afecciones que son:

- Peso insuficiente con respecto a la talla de la persona, lo cual repercute en el crecimiento inadecuado con la edad conjuntamente con su peso;
- Carencia o exceso de nutrientes y vitaminas en el ser humano y,
- La obesidad o sobrepeso, las cuales pueden desarrollar enfermedades no contagiosas como cáncer, cardiopatías o diabetes.

En este sentido, desde el punto de vista odontológico Alulima (11) manifiesta que, la malnutrición no solo puede causar daños en los órganos del ser humano, ya que también ocasiona mal formaciones en las piezas dentales, comprometiendo al aparato estomatognático, el periodo de erupción y por ende genera alteraciones en las estructuras cráneo-faciales, es decir, alteraciones en su salud bucodental.

Por lo tanto, se resalta la importancia de la ingesta de los alimentos adecuados, los mismos que son la clave para garantizar la salud bucal del ser humano, además de prevenir enfermedades que dificulten el goce de una vida en óptimas condiciones.

5.3. Subnutrición

De acuerdo con el Organismo Internacional Especializado de las Naciones Unidas encaminado al área de Alimentación y Agricultura (12) el vocablo subnutrición refiere al consumo de alimentos que no poseen las suficientes propiedades como para abastecer al cuerpo humano de las vitaminas y nutrientes que necesita.

En este sentido se puede manifestar que la subnutrición es el consumo de alimentos que no aportan el contenido calórico necesario para el desgaste calórico del cuerpo por ende representan un problema de hambre para las entidades de salud pública.

5.4. Trastornos alimentarios

Los trastornos de comportamiento alimentario de acuerdo con Portela et al. (13) son enfermedades de carácter psiquiátrico, que refleja graves daños en el comportamiento con respecto a la ingesta de los alimentos, a causa de la preocupación por el peso y forma del cuerpo, los cuales ocasionan enfermedades perjudiciales para salud debido a la falta de vitaminas y nutrientes por ende ocasionan bajos niveles de calidad de vida.

Atendiendo a estas consideraciones, Pérez (14) expone que en la actualidad se ha convertido en un problema difícil de controlar, necesitan de tratamientos especializados ya que las repercusiones en el ser humano pueden llegar a ser catastróficas, estas se originan a causa de factores impuestos por la sociedad, retos o falsas demostraciones de poder.

5.4.1. Bulimia

Se deriva según lo manifiesta Calero (15) por la intranquilidad en el paciente que tiende a tener episodios en donde ingiere una cantidad excesiva de alimentos, para después provocarse el vómito lo cual provocara en la persona la pérdida significativa de peso, la cual se realiza por tratar de encajar en ciertos prototipos físicos impuestos por la sociedad.

Ocasionando problemas en la salud buco dental como lo es edemas faciales, caries dental, inflamación de las glándulas parótidas, reflujo gastroesofágico, mucositis, hipertrofia de las glándulas salivales, queilits angular, erosiones dentales, problemas periodontales, entre otras.

5.4.2. Anorexia

Esta enfermedad consiste según lo explica Fernández (16) es transtornos psiquiátrico que ha existido en la sociedad desde la antigüedad, como resultado de construcciones de ideales en la sociedad, médicos, culturales y religiosos suele presentarse en pacientes que manifiestan sentirse asqueadas por la comida, o a su vez prefieren no alimentarse por cuestiones físicas ya que en cuanto ingieren alimentos el cuerpo los rechaza.

Sugiere Mora (17) que a pesar de que no es un factor común que los pacientes de transtornos alimenticios necesiten tratamientos odontológicos, los problemas a los que estará expuestos son: caries dentales, erosiones dentales, xerostomía, gingivitis, mucosa oral, pérdidas de las estructuras dentales, sensibilidad dental, abrasión, sialoadenitis.

5.5. Caries dental

5.5.1. Definición

Tratando de proporcionar una definición actualizada Basso (18) manifiesta que es considerada una enfermedad infecciosa, localizada en la placa razón por la cual debe someterse a un tratamiento antibacteriano, que permita la remoción del tejido afectado la cual se deriva de un desequilibrio ecológico por la ingesta excesiva de carbohidratos.

Con base a las ideas expuestas Moreno & Lara (19) exponen que las caries dentales pueden ser prevenidas y tratables cuando son detectadas en las etapas iniciales a fin de evitar la pérdida de la estructura dental o inclusive el diente, para lo cual se debe tomar acción clínica breve por salud e incluso por factores económicos.

5.5.2. Epidemiología

Un estudio epidemiológico realizado en 1996 y un reporte realizado por Raza el 2009, estos estudios demuestran una alta prevalencia de problemas bucodentales en Ecuador, los cuales son caries dental, enfermedad periodontal, mal oclusión y fluorosis. (20) Los factores epidemiológicos de las caries dependen del lugar en el que se desarrollen, en el caso del presente estudio manifiesta Paiva (20) en el Ecuador se ha realizado programa a nivel nacional “ciclos de vida” a fin de evaluar e identificar problemas para proporcionar estrategias de prevención y asistencia a nivel escolar.

Por lo tanto, al ser un problema de interés de salud pública manifiesta que aproximadamente 33 de cada 100 niños de 12 años parece de caries, por lo tanto, plantea la necesidad de ampliar el acceso gratuito a médicos que permitan la prevención, tratamiento y recuperación de estas infecciones, lo cual está en manos del Estado de Gobierno en conjunto con el Ministerio de Salud.

5.5.3. Factores etiológicos

Conforme a lo manifestado por Gutiérrez et al. (21) las caries se caracterizan por ser una enfermedad multifactorial, de carácter infeccioso y contagioso, las condiciones que generan este padecimiento tienen que ver con la desmineralización del tejido duro que tiene el diente y que por las situaciones a las que se encuentra expuesto, resulta afectado formando cavidades cariosas, ocasionadas por diferentes razones como lo son:

- Alimentación.- Ocasionada por una ingesta excesiva de azúcares lo cual con la saliva tiende a tomar una consistencia viscosa.
- Higiene bucodental.- La falta de higiene ocasiona el desequilibrio de las interacciones moleculares con la superficie del diente y el biofilm.
- Saliva.- El pH de la saliva cuando sus rangos están entre (5.2-5.5) y no puede regular, puede causar una desmineralización de los dientes generando lesiones cariosas (22)
- Placa dental.- Una deficiencia de higiene bucal y una mala técnica en el cepillado dental puede generar una acumulación de restos de comida que se queda adherida en los dientes se denomina placa dental
- Microorganismos.- Las bacterias mas importantes promotoras de las lesiones cariosas son los estreptococos del grupo mutans principalmente el Streptococcus mutans y el Streptococcus sobrinus. Estas bacterias son capaces de desarrollar ácidos más rápido en un pH crítico, provocando la desmineralización del esmalte. (22)
- Sustrato.- los azucres influyen en la prevalencia y el avance de las lesiones de caries dental.

5.5.4. Alimentos

5.5.4.1. Alimentos cariogénicos

Conforme a lo manifestado por Díaz et al. (22) los alimentos cariogénicos son aquellos que tienen gran presencia de azucres y almidones, los cuales contribuyen al surgimiento de caries como lo son “bebidas gaseosas, caramelos masticables, cereales azucarados, chocolate, golosinas dulces (chupetas, goma de mascar, caramelos gelatinosos, merengues), golosinas saladas (palitos de maíz, papas fritas, platanitos envasados), dulces de pastelería, galletas dulces y saladas, helados caseros (preparados con frutas, colorantes y azúcar), jugos pasteurizados, té envasado azucarado, pan y torta/panqué.” (párr. 14)

5.5.4.2. Alimentos protectores

De acuerdo con lo manifestado por Giménez (6) son aquellos que se los conoce así por tener en su composición elementos con propiedades anticariogénicas, es decir que tienen la capacidad de proteger a los dientes de desarrollar caries y están compuestos por: proteínas, calcio, fósforo y grasas.

En ese sentido ejemplifica que el queso mejora la estimulación de la saliva contienen fosfatos, calcio y proteína que contribuyen a neutralizar los ácidos de la placa, así como también la leche, y general todos aquellos que provoquen mayor salivación como cereales e integrales que necesitan ser masticados.

Aporta a lo mencionado Espinel (23) la alimentación debe ser variada y equilibrada con un aporte diario de leche, frutas, verduras, hortalizas, pan, arroz, cereales con el fin de prevenir el apareamiento de las caries, evitar el exceso de alimentos azucarados, pegajosos y viscosos, ya que tienen más facilidad de adherirse a la placa dental, por el contrario, preferir alimentos que estimulen la salivación.

5.6. Índice de caries

Determinan los doctores Fernández et al. (24) que el índice de caries se refiere al valor numérico que posee límites superiores e inferiores que pretenden representar los criterios de las poblaciones en base a diferentes criterios y métodos, es decir explica la frecuencia en la que esta enfermedad infecciosa que afecta a la placa dental aparece, para lo cual deberá cumplir con una serie indicadores que refuerzas su valides y son:

1. Sencillez.- Deberá ser elaborado de manera sencilla y objetiva a fin de que su detección sea lo más confiable posible;
2. Objetividad.- Ser medibles respaldadas por un método que contenga al instrumento adecuado, a fin de facilitar su registro, es decir, que se pueda determinar el daño que ha causado hasta ese momento;
3. Posibilidad de registrarse en un corto período de tiempo.- Su utilidad radica en recoger las características de la población en la que se presenta esta enfermedad infecciosa, en razón a que se debe dedicar el tiempo necesario a cada paciente;

4. Económicos.- Cuando la observación se planifica para un grupo grande de personas, el costo debe ser lo más bajo posible, con el empleo de los equipos más sofisticados;
5. Aceptables para la comunidad.- Los procedimientos deben ser lo más cómodos para el paciente, es decir para el paciente como para los observadores deberá ser cómodo, seguro y sencillo;
6. Susceptibles de ser analizados.- Ser fácil de interpretación para obtener un índice correcto respecto al de una población, deben ser manejados a forma de datos estadísticos.

5.6.1. Índice CPOD

También denominados unidades de dientes permanentes cariados, extraídos y obturados manifiestan Andrade & De la Cuz (25) que son índices predictores de riesgo, las cuales por medio de una variable enfocada en la experiencia de caries con el fin de medir el grado en que se da esta infección en la población y poner hacer una comparación con las futuras generaciones, estos pueden ser simples o complejos, la aplicación de este instrumento debe contener:

1. Conocimiento teórico de los puntos de corte e indicadores entre las categorías.
2. Reconocimiento práctico en papel y clínica.
3. Estandarización entre las diferencias inter-examinador y el intra-examinador.

5.6.2. Índice CEOD

Este índice indica la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados, para su correcto empleo según lo expone Iruretagoyena (26) se debe considerar que no se tomara en cuenta las piezas dentales faltantes, la extracción recomendada es que se aplica frente a esta patología, la cual no corresponde a un tratamiento comúnmente usado, se considera la aplicación de la corona en un diente que se encuentre obturado, se considera un diagnóstico más grave cuando la pieza este obturada y careada, así como también no cuantificaran los selladores.

5.7. Placa bacteriana

Expone Chérrez (27) que la placa bacteriana constituye la principal causa etiológica, necesaria para la aparición de enfermedades buco dentales causantes de afectación periodontal y de caries, es importante conocer el control de la misma a fin de prevenir y disminuir estos padecimientos.

Se puede definir como un material blando que se adhiere al diente que se compone por microorganismos y productos bacterianos que no es fácil de eliminar ya que se encuentran unidas por sustancias intermicrobianas, es de color amarillo-grisáceo está integrada por glucoproteínas salivales y polisacáridos extracelulares, se adhiere a todas las superficies de la boca incluidas las prótesis, es incolora se forma por el estancamiento de alimentos o problemas en el sistema inmune.

5.7.1. Índices de placa bacteriana O'Leary

Componen una herramienta fácil de aplicar que permite medir la cantidad de placa bacteriana en los dientes, convirtiéndose en el método más efectivo para evaluar la salud bucal, es la forma más sencilla de medir la placa dental bacteriana en las superficies lisas de los dientes, permite además evaluar el esfuerzo que evidencia el paciente para el control de su bienestar si este es eficiente o deficiente.

“Para aplicar este índice es importante poseer un agente revelador de placa PDB. En este proceso únicamente se consideran las caras lisas de cada uno de los dientes es decir la cara mesial, distal, la vestibular y la lingual o palatino mientras que las caras oclusales de premolares y molares no serán incluidas. Una vez aplicada la sustancia de placa reveladora se procede a realizar el cálculo a través del cociente entre las caras teñidas y la cantidad de caras presentes para luego multiplicar el resultado por cien” (28).

5.7.2. Agentes reveladores de placa

Conforme a lo manifestado por Caiza (29) se utilizan debido a que la placa bacteriana no es fácil de visualizar, para lo cual los agentes reveladores funcionan como un instrumento que permita motivar al paciente de la importancia del cepillado correcto de sus dientes.

Son en forma de colorantes y se presentan en forma de pastillas o soluciones, además que en la actualidad se comercializan para distintos usos a manera de monocromáticos e indicadores dicromáticos.

5.8. Métodos de prevención de caries

Para la Universitat de Barcelona (30) es importante que se apliquen medidas preventivas, sino también mecanismos que frenen el progreso de una enfermedad infecciosa dental, por lo cual recomienda:

- Higiene bucal diaria.- Con una duración de dos minutos tres veces al día, después de cada comida.
- Dieta sana.- Baja en alimentos con azúcares y carbohidratos, preservar los alimentos con calcio.
- Evitar hábitos perjudiciales.- Se refiere a la ingesta de tabaco y alcohol.
- Protección bucal en la práctica deportiva.- Se utilizan para evitar lesiones y son generalmente diseñados por el odontólogo.

5.9. Educación en salud oral

Montenegro et al. (31) determinan que la educación es un vía que invita a la comunidad a concientizar de la importancia de la salud oral con el objetivo de mejorar la calidad de vida, ya que al ser un ente social tiene la capacidad de difundirse de forma más sencilla.

La salud oral está destinada a cuidar del paciente desde el momento de su concepción hasta el final de su ciclo de vida, está destinado a mejorar los problemas de masticación, capacidad de hablar, desarrollo de relaciones sociales y calidad de vida.

5.10. Fluoruros

La Sociedad Española de Odontopediatría (32) establece que el flúor es el primer elemento de la familia de los halógenos, determina aquellos compuestos que contienen sal de fluorhídrico sean orgánicos o inorgánicos, no es de origen natural, sin embargo se encuentra en el suelo, aire, animales, plantas.

Los niveles altos de fluorosis contribuyen de manera positiva a la formación de las células que producen esmalte impidiendo que madure normalmente, colabora a la prevención de las caries.

5.11. Sellantes

Herrera (33) manifiesta que los sellantes están formados de materiales resinosos y ionoméricos que al aplicarse en los dientes actúa como una barrera micromecánica que impide que el esmalte tenga contacto con los carbohidratos y las bacterias, los cuales son los responsables de la formación de las caries.

Se ha utilizado de forma exitosa por los odontólogos, como un método preventivo en el caso de existir una carie a fin de evitar dañar los nervios de las piezas dentales, los cuales significan un factor económico importante a considerar por el paciente, se considera la calidad del esmalte dentario y microfiltración, generalmente están hechos de resina ya que estos tienden a endurecerse con la exposición química o solar.

5.12. Control mecánico de la placa

Esta técnica es utilizada en razón a que es la forma más segura de eliminar las caries y las enfermedades periodontales, para efecto del cual se utiliza: cepillado, cepillos interproximales y colutorios. Estos se recomiendan usar con el motivo de motivar y concientizar al paciente de la importancia de mantener una adecuada higiene bucodental (34).

5.13. Técnicas de cepillado

Existen diferentes técnicas de cepillado dental, la American Dental Association recomienda, mantener una frecuencia de cepillado de al menos 2 veces por día empleando un cepillo que sea adecuado a la edad del paciente, sustituirlo cada tres o cuatro meses, y asegurarse que el dentífrico sea una fórmula fluorada, para lo cual los pasos que se deben seguir son:

1. “Coloque el cepillo de dientes formando un ángulo de 45° con las encías.
2. Mueva el cepillo adelante y atrás suavemente con movimientos cortos que cubran los dientes por completo.
3. Cepille los dientes por las superficies exteriores, las interiores y las de masticar.
4. Para limpiar las superficies interiores de los dientes frontales, incline el cepillo en sentido vertical y realice varios movimientos arriba y abajo.
5. Cepíllese la lengua para eliminar las bacterias y mantener el aliento fresco”. (35)

5.14. Pastas dentales

Se los conoce también como dentífricos, son productos que se han creado a fin de garantizar la limpieza de los dientes y cavidades bucales, pueden ser de origen terapéutico, los cuales deben mantener las siguientes normas:

- Con el uso adecuado tiene que ejercer una acción de limpieza que elimine los restos de comida, placa y manchas.
- Después del lavado la boca debe sentir una sensación de limpieza y frescura.
- El costo del dentífrico debe ser accesible de tal forma que se pueda garantizar el uso de este de manera regular.
- Tiene que ser inofensivo y atractivo para adquirirlo.
- Tiene que mantener estabilidad a lo largo de su proceso comercial.
- Tiene que satisfacer los estándares de abrasividad de la dentina y el esmalte.
- Tiene que certificar que su uso refuerza la salud dental gracias al trabajo profiláctico del dentífrico. (36)

5.15. Mantenedores de espacio

Se utilizan cuando se ha perdido una pieza dental por lo tanto se requiere mantener el espacio, para lo cual se utilizarán artefactos odontológicos siempre y cuando no haya discrepancia con respecto a las extracciones o tratamientos ortodóntico, se debe además considerar el número de dientes perdidos, estos mantenedores se caracterizan por ser fáciles de remover, puede ser también utilizado con fines estéticos ya que ayudara a mantener la capacidad funcional masticatoria (37).

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de investigación

El estudio fue descriptivo ya que se describe la información hallada en fuentes secundarias y primarias como las historias clínicas y encuestas a escolares, padres de familia y profesores respectivamente, de acuerdo con la cronología del tiempo fue transversal, dado que el periodo de investigación se lo realiza en un año determinado.

6.2. Diseño de investigación

El estudio según la naturaleza de los objetivos fue no experimental debido a que no se manipularon variables como parte de un experimento sino más bien como resultado de estudios previamente desarrollados.

6.3. Población de estudio

El colectivo estuvo conformado por escolares legalmente matriculados en las unidades educativas de Riobamba pertenecientes al sector 1.

6.4. Muestra

Estuvo constituida por 100 escolares del sector 1 de Riobamba

6.5. Criterios de selección

- Escolares matriculados de forma legal en las unidades educativas del sector 1
- Historias clínicas con firma de consentimiento
- Historias clínicas con odontogramas completos
- Padres y niños que firmaron el consentimiento informado.
- Docentes que firmaron el consentimiento informado

6.6. Técnicas e instrumentos

6.6.1. Técnica

Encuesta: Evalúa el nivel de conocimiento referente a la higiene oral, hábitos alimenticios e índices de caries en los escolares del sector 1 de Riobamba, en el año 2021.

6.6.2. Instrumento

Cuestionario: El cuestionario usado en la investigación fue validado por constructo en meses anteriores por instituciones como la Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos y The American Journal of Clinical Nutrition.

6.7. Cuestiones éticas

La investigación utilizó como técnica, la observación y no existió presencia de grupos vulnerables.

6.8. Entorno

Se realizó en el sector 1 de la ciudad de Riobamba.

6.8.1. Humano

- Estudiante investigadora
- Docente tutor

6.9. Análisis Estadístico

Entre las técnicas estadísticas se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la información hallada en las historias clínicas, respuestas emitidas por parte de los escolares, profesores y padres de familia, así también se utilizaron pruebas de independencia ji cuadrado para el análisis de la influencia del nivel de conocimiento acerca de salud oral de los profesores y padres de familia en los hábitos de higiene oral y dieta de los escolares, por otro lado se utilizó el coeficiente de contingencia para estimar el grado de asociación entre los grupos de información. Los resultados se procesaron en el paquete estadístico SPSS.

6.10. Operacionalización de variables

6.10.1. Variable independiente: Conocimientos de salud bucal de los padres de familia y profesores.

Tabla Nro. 1: Variable independiente

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Nivel de información con el cuentan los padres de familia y profesores de los escolares del sector 1 de Riobamba acerca de la salud bucal.	Nivel de conocimiento de los escolares	Malo Bueno Excelente	Encuesta	Cuestionario

Fuente: Joel Jiménez

Autor: Joel Jiménez

6.10.2. Variable independiente: Conocimientos de salud bucal de los escolares

Tabla Nro. 2: Variable independiente

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Nivel de información con el cuentan los escolares del sector 1 de Riobamba acerca de la salud bucal.	Nivel de conocimiento de los escolares	Índice de caries CPOD Índice de caries Ceod Índice de placa	Encuesta	Cuestionario Historia Clínica

Fuente: Joel Jiménez

Autor: Joel Jiménez

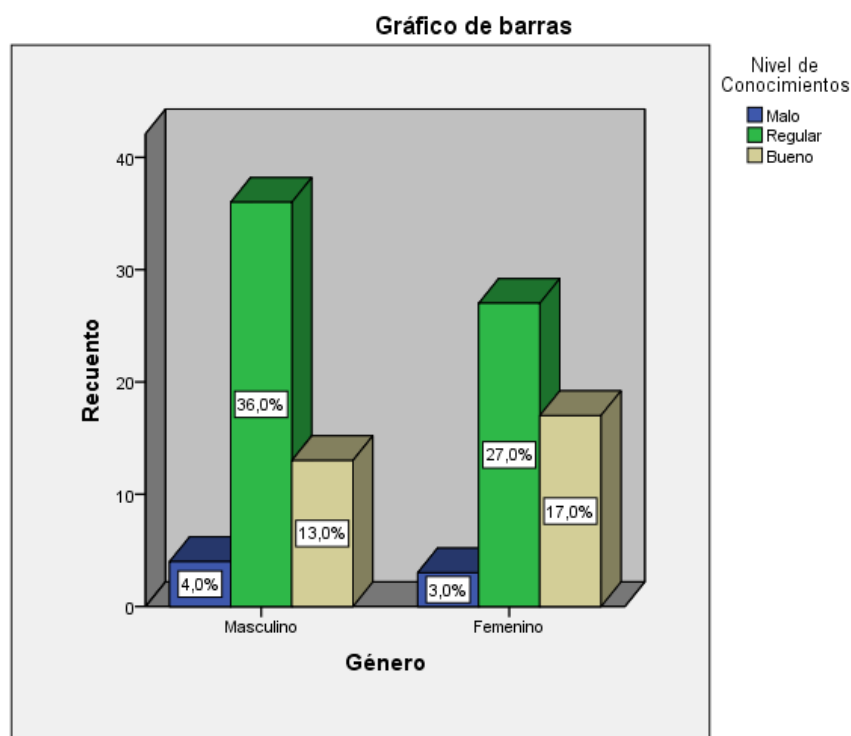
7. RESULTADOS

7.1. Estadísticos descriptivos

Tabla Nro. 3: Nivel de conocimientos según el género de los escolares

		Nivel de Conocimientos			Total	
		Malo	Regular	Bueno		
Género	Masculino	Conteo	4	36	13	53
		% del total	4%	36%	13%	53%
Género	Femenino	Conteo	3	27	17	47
		% del total	3%	27%	17,0%	47%
Total		Conteo	7	63	30	100
		% del total	7%	63%	30%	100%

Gráfico Nro. 1: Nivel de conocimientos según el género de los escolares

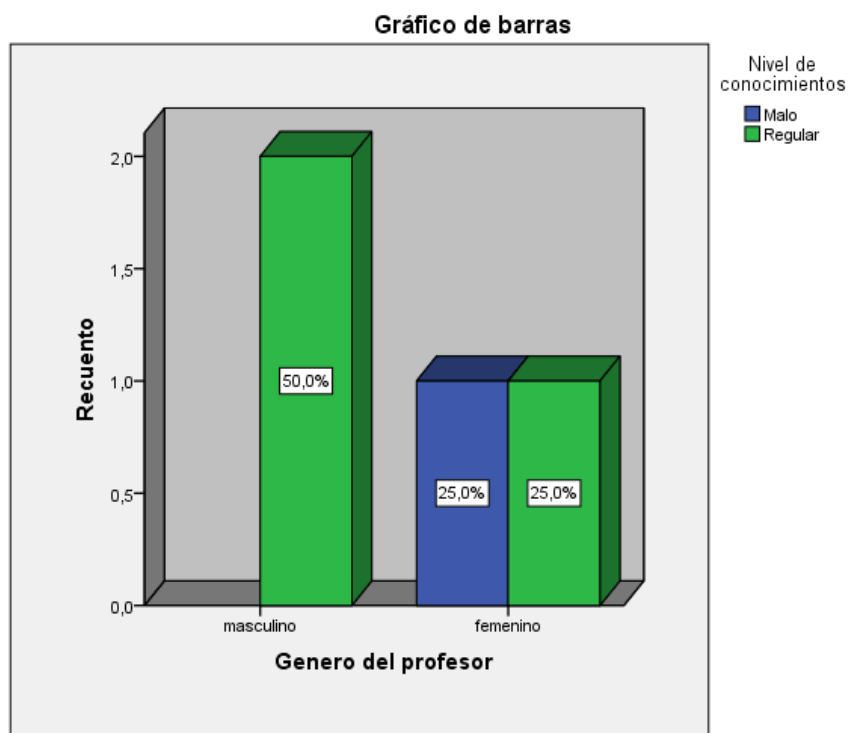


De acuerdo con los resultados obtenidos de los escolares de la ciudad de Riobamba el 63% de ellos consideran tener un conocimiento regular sobre salud oral, dicho valor se distribuye en un 36% masculino y un 27% femenino. Además, 30% de los estudiantes afirmaron tener un buen conocimiento sobre el tema y tan solo el 7% aseveró no tener buenas bases de información sobre la salud oral. Conjuntamente según el género de los estudiantes se puede observar que la agrupación femenina con un 17% presentó conocimientos buenos con mayor frecuencia que el género masculino con un 13%.

Tabla Nro. 4: Nivel de conocimientos según el género de los profesores

			Nivel de conocimientos		Total
			Malo	Regular	
Genero del profesor	masculino	Conteo	0	2	2
		% del total	0%	50%	50%
	femenino	Conteo	1	1	2
		% del total	25%	25%	50%
Total	Conteo	1	3	4	
	% del total	25%	75%	100%	

Gráfico Nro. 2: Nivel de conocimientos según el género de los profesores

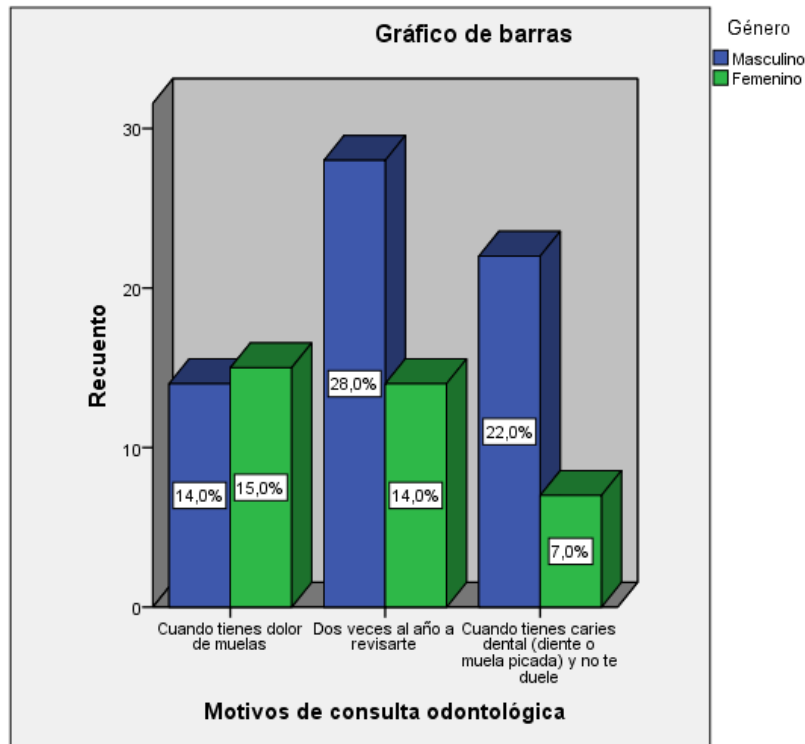


Se observó que existió una participación del 50% de género femenino y 50% de género masculino y el 75% de ellos mantuvieron un conocimiento regular referente a la salud bucal.

Tabla Nro. 5: Pregunta 1 según el género de los escolares

Pregunta 1: Razones para visitar al dentista			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Razones para visitar al dentista	Presencia de dolor de muelas	Conteo	14	15	29
		% del total	14%	15%	29%
	2 veces al año a revisarte	Conteo	28	14	42
		% del total	28%	14%	42%
	Hay caries, pero el dolor es ausentepic	Conteo	22	7	29
		% del total	22%	7%	29%
	Total	Conteo	64	36	100
		% del total	64%	36%	100%

Gráfico Nro. 3: Pregunta 1 según el género de los escolares

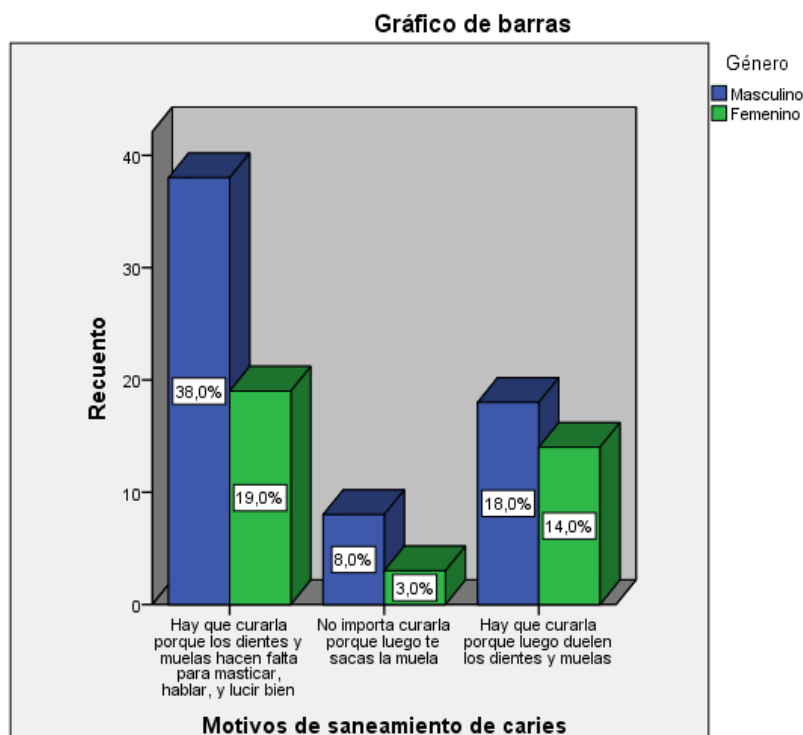


De acuerdo con los motivos de consulta el 28% de los niños refirieron que lo hacen por revisión dos veces al año, en el caso de las niñas apenas el 14% lo hace por revisión, el 15% de las menores mencionaron que acuden al odontólogo cuando presentan dolor en las muelas y superan a los varones apenas en el 1% si se presenta la misma anomalía, en el caso de control de caries o de muelas picadas el 22% los niños mantuvieron un control de la patología por parte del profesional y superan a las niñas en un 15%. En términos generales son las familias de los niños quienes se encontraron más al pendiente de la revisión y prevención de enfermedades bucales.

Tabla Nro. 6: Pregunta 2 según el género de los escolares

Pregunta 2: Razones para sanar las caries o dientes picados		Género		Total	
		Masculino	Femenino		
¿Por qué hay que curar la caries dental (diente o muela picada)?	Se cura porque los dientes y muelas son útiles para masticar, hablar, y lucir bien	Conteo	38	19	57
		% del total	38%	19%	57%
	No es necesario curarla porque luego se puede sacar la muela	Conteo	8	3	11
		% del total	8%	3%	11%
	Se cura para que los dientes y muelas no duelan	Conteo	18	14	32
		% del total	18%	14%	32%
Total		Conteo	64	36	100
		% del total	64%	36%	100%

Gráfico Nro. 4: Pregunta 2 según el género de los escolares



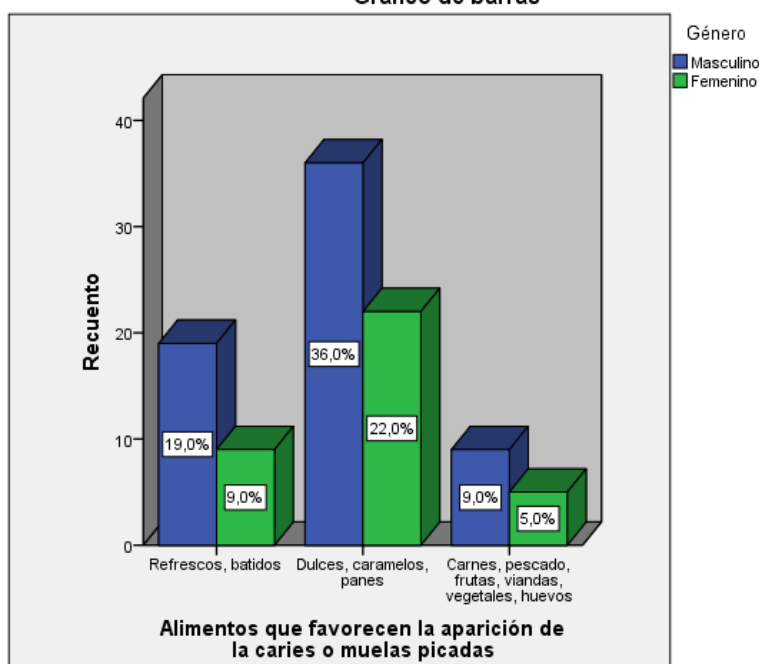
La conciencia de una buena salud bucal nuevamente identificó a los niños con el compromiso de saneamiento en el caso de haber sido afectado por caries, el 38% mencionó que hay que curar las caries porque su presencia impide masticar los alimentos de forma correcta y no permiten lucir una sonrisa cautivadora, no así en el caso de las mujeres ya que apenas el 19% opina de la misma manera, por otra parte el 18% de los niños indicaron que si no se curan las caries con el pasar el tiempo el dolor se extiende tanto a los dientes como a las muelas, con una

discrepancia del 4% las niñas mencionaron que la desventaja mayor sería el dolor bucal extendido, alejándose de los beneficios de curación el porcentaje promedio del 5,5% de hombres y mujeres indicaron que no les importa curarse porque perciben que a futuro las piezas dentales serán extraídas.

Tabla Nro. 7: Pregunta 3 según el género de los escolares

Pregunta 3: Alimentos que contribuyen a la formación de caries dentales		Género		Total	
		Masculino	Femenino		
Alimentos que contribuyen la formación de caries dentales	Bebidas artificiales, batidos	Conteo	19	9	28
		% del total	19%	9%	28%
	Golosinas, panes	Conteo	36	22	58
		% del total	36%	22%	58%
	Carnes, pescado, frutas, viandas, vegetales, huevos	Conteo	9	5	14
		% del total	9%	5%	14%
Total	Conteo	64	36	100	
	% del total	64%	36%	100%	

Gráfico Nro. 5: Pregunta 3 según el género de los escolares
Gráfico de barras

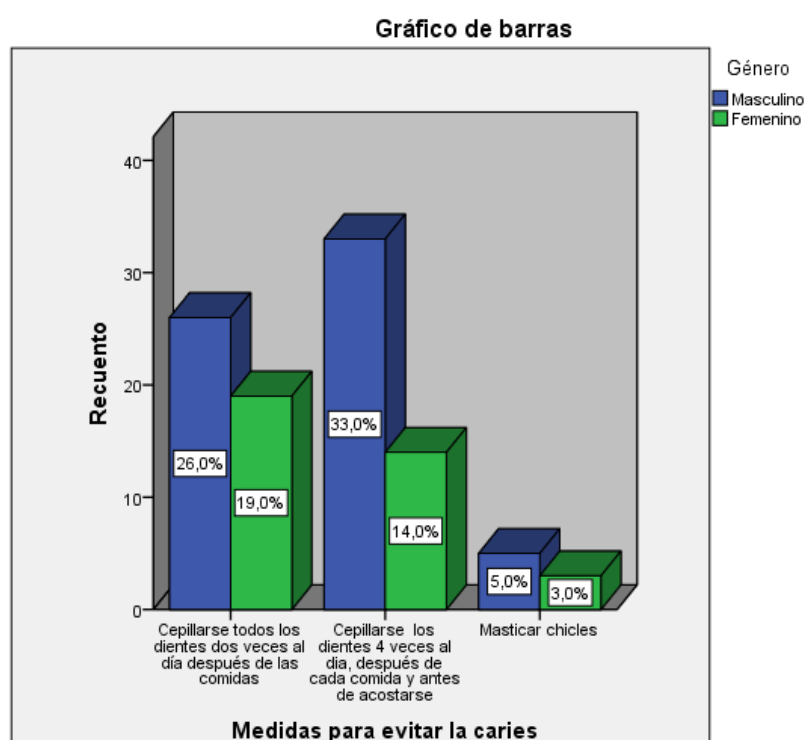


Los patrones alimentarios dejaron al descubierto que el 19% de los niños consumen en su dieta diaria refrescos y batidos frente al 9% del consumo en las niñas, en líneas de ingesta de dulces, caramelos y panes el 22% de las niñas se deleita de las golosinas; sin embargo, con 14% encima del mencionado porcentaje son los niños quienes consumen mayor cantidad de azúcar, en cuanto a la degustación de una alimentación balanceada por la presencia de carnes, pescados, frutas, vegetales y huevos en su menú diario el 9% de los niños y el 5% de las niñas gozan de un buffet combinado con los productos listados.

Tabla Nro. 8: Pregunta 4 según el género de los escolares

Pregunta 4: Medidas que ayudan a prevenir las caries dentales			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Medidas que ayudan a prevenir las caries dentales	Lavarse los dientes 2 veces por día después de las comidas cada día	Conteo	26	19	45
		% del total	26%	19%	45%
	Lavarse los dientes 4 veces por día. Después de cada comida y antes de dormir	Conteo	33	14	47
		% del total	33%	14%	47%
	Masticar gomas de mascar	Conteo	5	3	8
		% del total	5%	3%	8%
Total		Conteo	64	36	100
		% del total	64%	36%	100%

Gráfico Nro. 6: Pregunta 4 según el género de los escolares

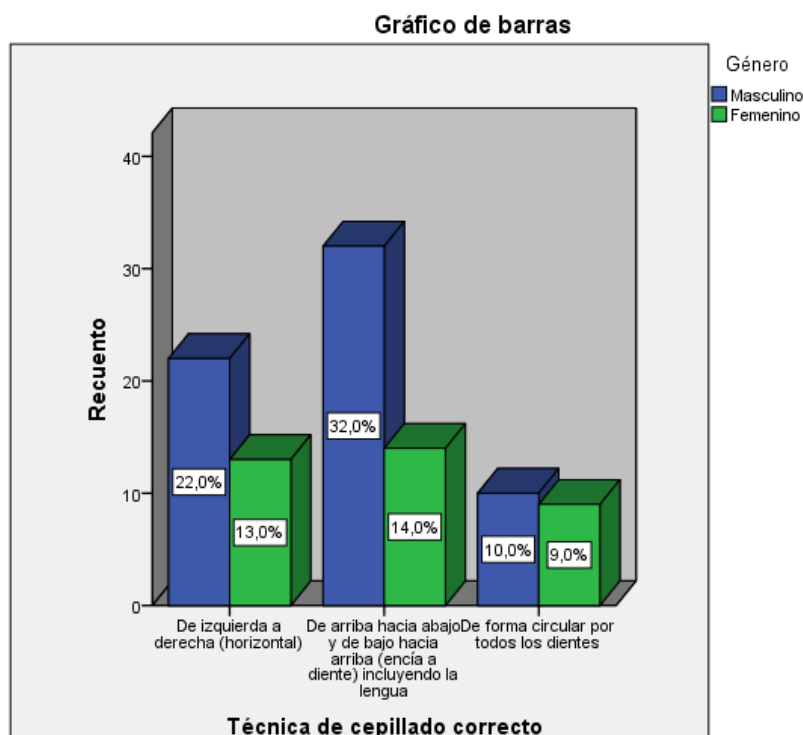


Si se trata de encontrar medidas útiles para impedir el desarrollo de caries dentales el 33% de los niños y el 14% de las mujeres indicaron que desarrollando el hábito de lavarse los dientes después de las comidas y antes de ir a dormir haciendo un total de 4 veces contribuiría de forma significativa a la reducción del padecimiento, así también el 26% de los hombres y 19% de las mujeres refirieron el cepillado dos veces por día sobre todo después de las comidas principales como almuerzo y cena, finalmente como estrategia aislada a la limpieza el porcentaje promedio del 4% de niños y niñas sugirieron que deben masticar chicles.

Tabla Nro. 9: Pregunta 5 según el género de los escolares

Pregunta 5: Técnica de cepillado correcto		Género		Total	
		Masculino	Femenino		
Técnica de cepillado correcto	Horizontal de izquierda a derecha	Conteo	22	13	35
		% del total	22%	13%	35%
	Dientes y lengua de arriba hacia abajo y de bajo hacia arriba (encia a diente)	Conteo	32	14	46
		% del total	32%	14%	46%
	Circular por todos los dientes	Conteo	10	9	19
		% del total	10%	9%	19%
	Total	Conteo	64	36	100
		% del total	64%	36%	100%

Gráfico Nro. 7: Pregunta 5 según el género de los escolares



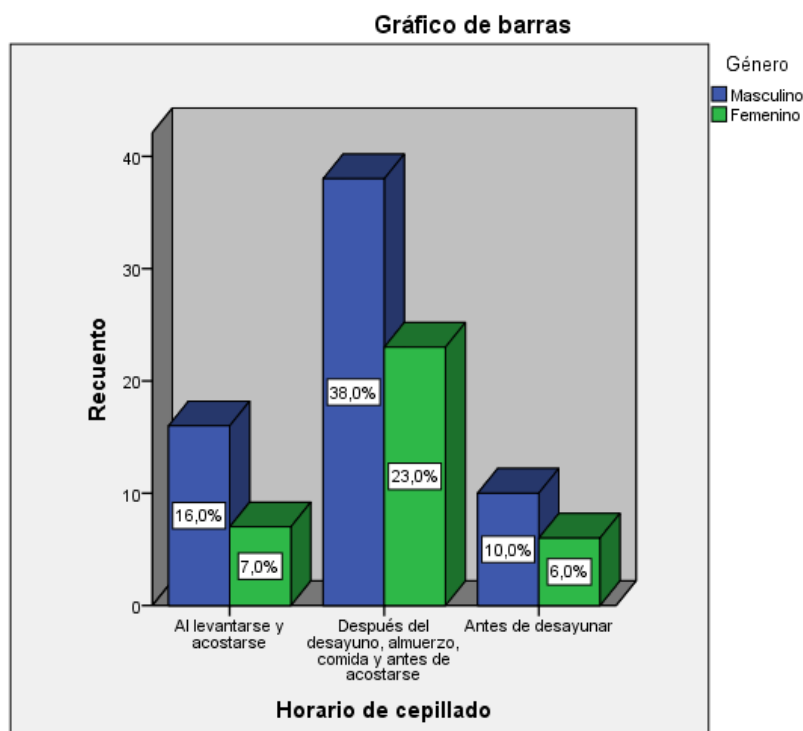
Con relación a la técnica de cepillado correcto el 32% de los niños y el 14% de las niñas

mencionaron que al lavarse los dientes suelen desplazar el cepillo de arriba hacia abajo y viceversa tanto en dientes como en la lengua, por otro lado, el 22% de los hombres y el 13% de las mujeres comentaron solo utilizar movimientos de izquierda a derecha, un porcentaje promedio del 9,5% en hombres y mujeres dijeron realizar movimientos circulares en todos los dientes.

Tabla Nro. 10: Pregunta 6 según el género de los escolares

Pregunta 6: Técnica de cepillado correcto			Género		Total
			Masculino	Femenino	
El cepillado es suficiente si se realiza:	Quando uno se levanta y se va a acostar	Conteo	16	7	23
		% del total	16%	7%	23%
	Una vez se termine las comidas y antes de acostarse	Conteo	38	23	61
		% del total	38%	23%	61%
	Antes de la primera comida de la mañana	Conteo	10	6	16
		% del total	10%	6%	16%
Total		Conteo	64	36	100
		% del total	64%	36%	100%

Gráfico Nro. 8: Pregunta 6 según el género de los escolares



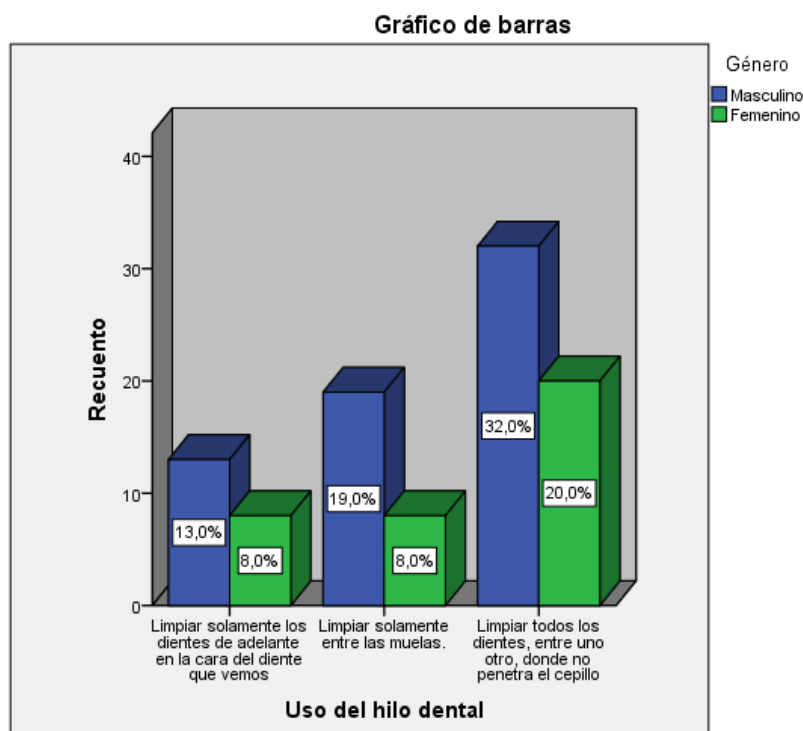
Una vez más el cuidado dental evidenció que son los niños quienes mayoritariamente tienen definido el horario de cepillado pues el 38% de los niños indicaron cepillarse los dientes después del desayuno, almuerzo, comida y antes de acostarse, en el caso de las niñas el 23% de las niñas

mantiene el horario de cepillado referido, con menor intensidad de limpieza el 16% y 7% de los niños y niñas contaron lo realizan al levantarse y acostarse, en la mínima intensidad de limpieza el 10% y 6% de los menores lo desarrollaron tan solo antes de desayunar.

Tabla Nro. 11: Pregunta 7 según el género de los escolares

Pregunta 7: Uso de hilo dental		Género		Total	
		Masculino	Femenino		
Uso del hilo dental	Solo para los dientes delanteros en la cara del diente que vemos	Conteo	13	8	21
		% del total	13%	8%	21%
	Solo entre las muelas.	Conteo	19	8	27
		% del total	19%	8%	27%
	Para todos los dientes, entre uno y otro, donde no penetra el cepillo	Conteo	32	20	52
		% del total	32%	20%	52%
Total		Conteo	64	36	100
		% del total	64%	36%	100%

Gráfico Nro. 9: Pregunta 7 según el género de los escolares



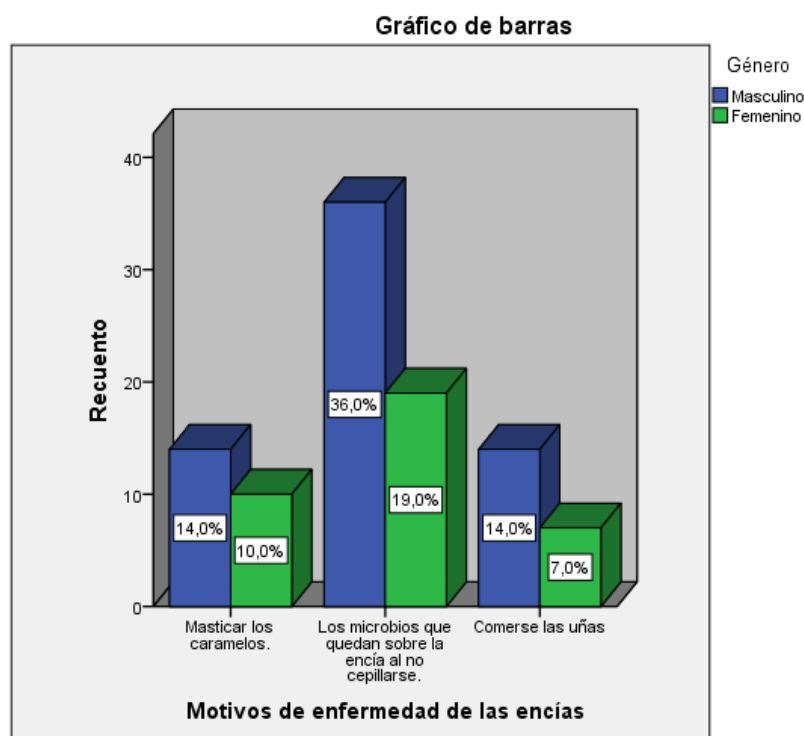
El uso frecuente y adecuado del hilo dental se identificó en la mayoría de los niños, el 32% de ellos utilizar de forma diaria en la limpieza de sus dientes, como técnica indicaron que lo pasan entre cada unión de los dientes y en aquellos lugares donde el cepillo no desinfecta de forma adecuada, el 20% de las niñas mantienen el mismo procedimiento; el 19% y 8% de los niños y

niñas utilizan el hilo dental únicamente para limpiar sus muelas; en cambio el 13% y 8% de los niños y niñas usan el hilo dental para limpiar solamente los dientes delanteros del rostro.

Tabla Nro. 12: Pregunta 8 según el género de los escolares

Pregunta 8: Motivos de enfermedad de las encías.		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Masticar dulces.	Conteo	14	10	24
	% del total	14%	10%	24%
Motivos de enfermedad de las encías sobre la encía por no cepillarse.	Conteo	36	19	55
	% del total	36%	19%	55%
Moderderse las uñas	Conteo	14	7	21
	% del total	14%	7%	21%
Total	Conteo	64	36	100
	% del total	64%	36%	100%

Gráfico Nro. 10: Pregunta 8 según el género de los escolares



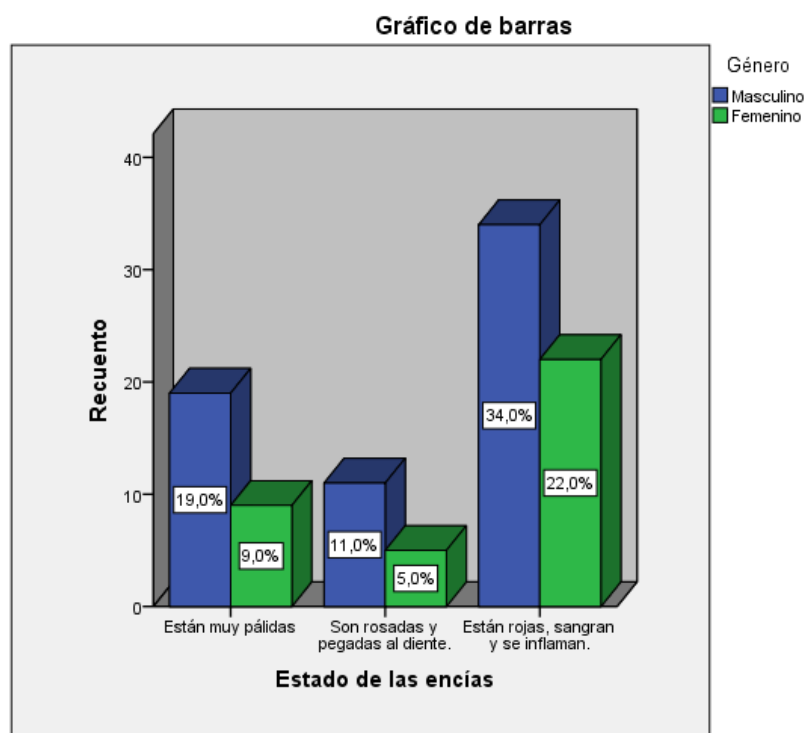
Respecto a las causas que pueden contribuir al desarrollo de problemas y enfermedades en las encías el 36% de los niños mencionaron que los causantes son los microbios que se quedan sobre la encía cuando no hay un aseo dental frecuente, en porcentaje similar del 14% un grupo de niños refirieron que el desencadenante es masticar chicles, mientras que otro grupo mencionó que influye el mal hábito de comerse las uñas; en caso de las niñas el 19% afirmó que son los

microbios luego de comer y no cepillarse, el 10% indicó que masticar chicles generaba un daño y el 7% por comerse las uñas.

Tabla Nro. 13: Pregunta 9 según el género de los escolares

Pregunta 9: Estado de las encías.			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Estado de las encías	Son muy pálidas	Conteo	19	9	28
		% del total	19%	9%	28%
	Están rosadas y pegadas al diente.	Conteo	11	5	16
		% del total	11%	5%	16%
	Son rojas, sangran y se inflaman.	Conteo	34	22	56
		% del total	34%	22%	56%
Total	Conteo	64	36	100	
	% del total	64%	36%	100%	

Gráfico Nro. 11: Pregunta 9 según el género de los escolares



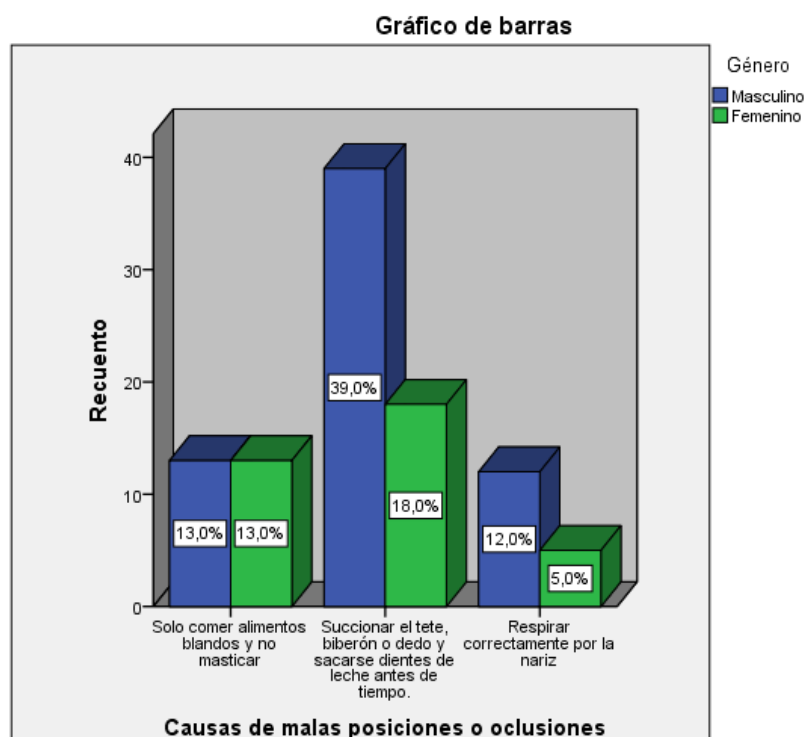
El colectivo masculino con porcentajes de representatividad del 34%, 19% y 11% mencionaron que una de las formas de identificar que las encías se encuentran enfermas eran la presencia de color rojo, sangrado e inflamación, el segundo grupo mencionó que cuando se encuentran muy pálidas y el tercer grupo cuando se encuentran pegadas a los diente con una coloración rosada; el colectivo femenino por su parte mantuvo la misma tendencia de los niños con porcentajes de

diferencia de 12%, 6% y 10% respectivamente

Tabla Nro. 14: Pregunta 10 según el género de los escolares

Pregunta 10: Causas de las malas posiciones y oclusiones dentales			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Causas de las malas posiciones y oclusiones dentales	Comer únicamente alimentos blandos sin masticar	Conteo	13	13	26
		% del total	13%	13%	26%
	Absorber el tete, biberón o dedo y retirarse dientes de leche antes de tiempo.	Conteo	39	18	57
		% del total	39%	18%	57%
	Respirar de manera correcta por la nariz	Conteo	12	5	17
		% del total	12%	5%	17%
Total		Conteo	64	36	100
		% del total	64%	36%	100%

Gráfico Nro. 12: Pregunta 10 según el género de los escolares

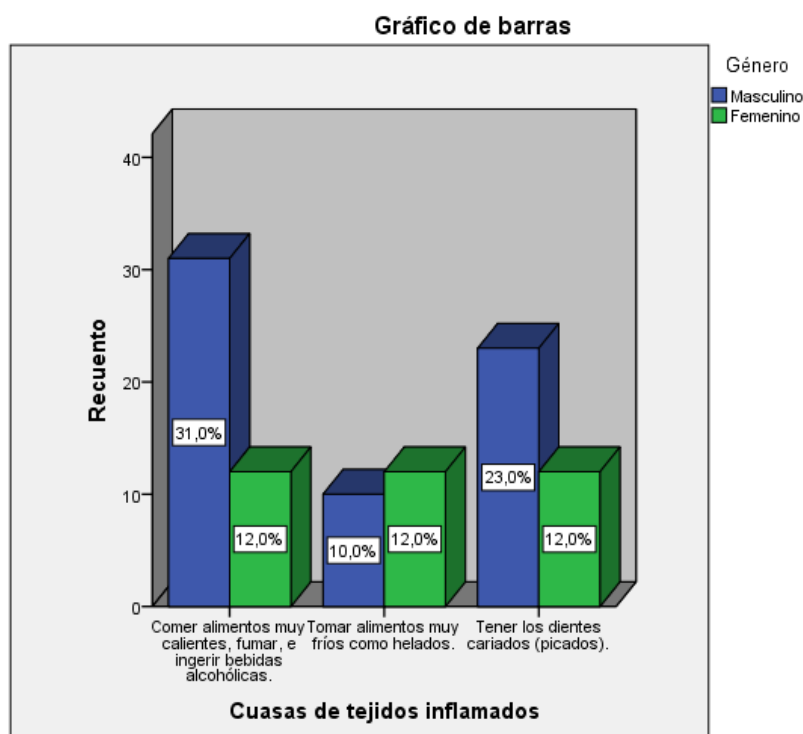


Con respecto a las causas de malas posiciones (dientes botados) o malas oclusiones el 39% de los niños y el 18% de las niñas percibieron que pudo deberse a la succión frecuente de biberón y sacarse los dientes de leche antes de tiempo, el 13% de niños y niñas indicaron que las mal formaciones pueden deberse a la ingesta de alimentación blanda que no requiere de masticar los alimentos; el 12% y 5% de niños y niñas asintieron que los problemas nacen cuando se respira correctamente por la nariz.

Tabla Nro. 15: Pregunta 11 según el género de los escolares

Pregunta 11: Presuntas causas de la formación de llagas en la boca			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Presuntas causas de la formación de llagas en la boca	Ingerir alimentos muy calientes, fumar, y consumir bebidas alcohólicas.	Conteo	31	12	43
		% del total	31%	12%	43%
	Beber alimentos muy fríos como helados.	Conteo	10	12	22
		% del total	10%	12%	22%
	Poseer dientes cariados o picados.	Conteo	23	12	35
		% del total	23%	12%	35%
Total	Conteo	64	36	100	
	% del total	64%	36%	100%	

Gráfico Nro. 13: Pregunta 11 según el género de los escolares



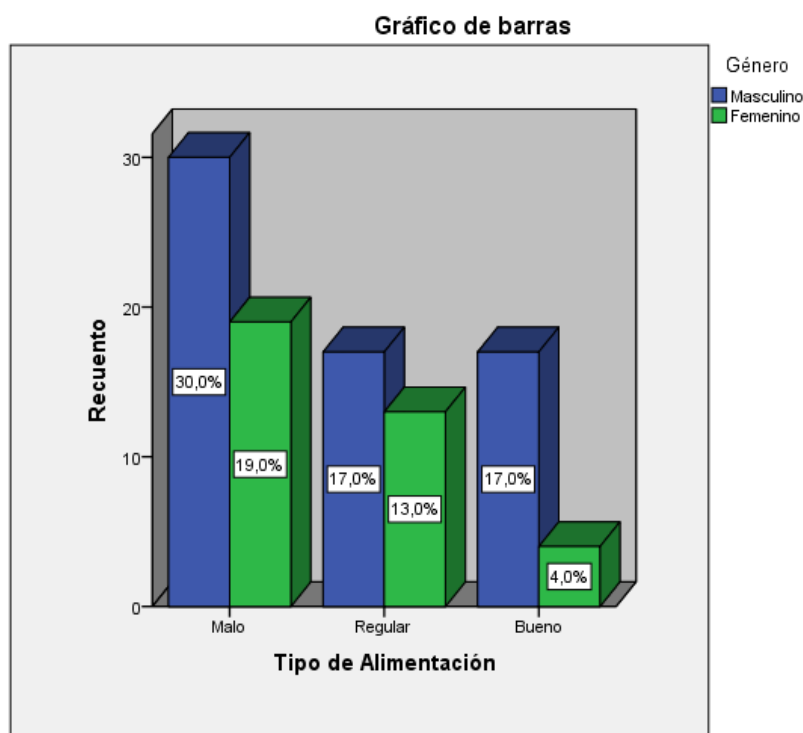
Con relación a las causas de tejidos inflamados el 31% de los niños mencionaron que comer alimentos muy calientes, fumar e ingerir bebidas alcohólicas genera problemas a los tejidos, el 23% por su parte relacionaron con la presencia de dientes cariados y el 10% por tomar alimentos muy fríos, en el caso de las niñas se formaron tres grupos y en porcentaje igualitario del 12% identificaron las causas antes listadas.

La encuesta referente al tipo de alimentación que mantienen los niños estuvo conformada por un total de 74 preguntas que indagaban el consumo de Pan, Cereales, Arroz y Pastas; Frutas y Hortalizas; Carnes y Pescados, Lácteos, Huevos y Legumbres; Aceites y Grasas y Azúcares listados en los diferentes niveles de la pirámide alimenticia, las respuestas del cuestionario fueron consolidadas en el factor tipo de alimentación que almacenó tres niveles: Malo, Regular y Bueno.

Tabla Nro. 16: Tipo de alimentación según el género de los escolares

Tipo de alimentación		Género		Total	
		Masculino	Femenino		
Tipo de Alimentación	Malo	Conteo	30	19	49
		% del total	30%	19%	49%
	Regular	Conteo	17	13	30
		% del total	17%	13%	30%
	Bueno	Conteo	17	4	21
		% del total	17%	4%	21%
Total	Conteo	64	36	100	
	% del total	64%	36%	100%	

Gráfico Nro. 14: Tipo de alimentación según el género de los escolares



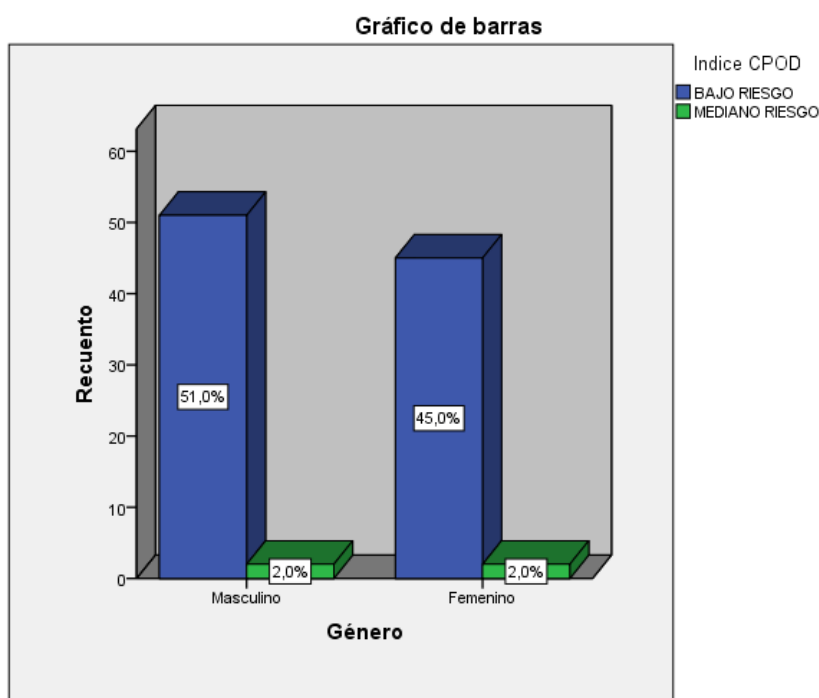
La comparativa de género en el tipo de alimentación que mantienen los niños visibilizó que el 17% de los niños mantienen una buena dieta, mencionado porcentaje supera 4 veces más al

porcentaje de las niñas con hábitos alimentarios semejantes, el 30% de los niños mantienen una alimentación regular (17% hombres y 13% mujeres) la diferencia según el género es de apenas 4 puntos porcentuales manifestando que un buen grupo de menores de la zonal 2 consumen un plan alimenticio saludable que incluye una variedad de alimentos de todos los grupos alimenticios, sin embargo la presencia de una mala alimentación es alarmante pues esta categoría abarca al 49% de los menores tal es el caso de los niños que con un 30% fueron clasificados en un tipo de alimentación inadecuado no solo para la salud bucal sino también para otras enfermedades que dañan la calidad de vida.

Tabla Nro. 17: Índice CPOD según el género de los escolares

			Índice CPOD		Total
			Bajo riesgo	Moderado riesgo	
Género	Masculino	Conteo	51	2	53
		% del total	51%	2%	53%
	Femenino	Conteo	45	2	47
		% del total	45%	2%	47%
Total	Conteo	96	4	100	
	% del total	96%	4%	100%	

Gráfico Nro. 15: Índice CPOD según el género de los escolares

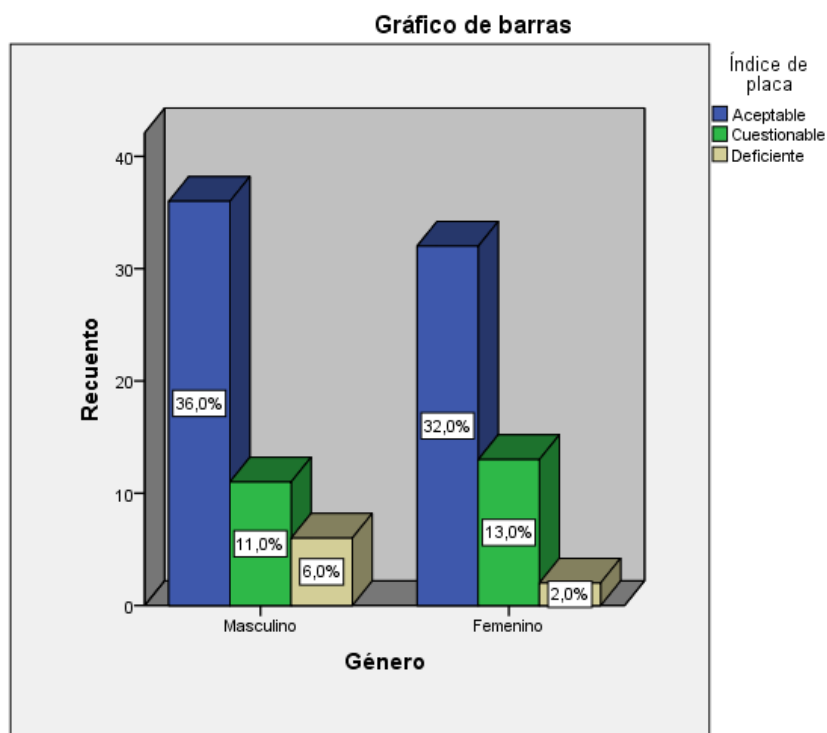


En cuanto al índice CPOD se encontró que el 96% de los escolares riobambeños mostraron un nivel bajo de CPOD dentro del cual el 45% eran de género femenino y el restante 51% de género masculino, por otro lado, el 4% de los escolares presentaron un nivel moderado distribuido con un 2% para ambos géneros y el nivel alto de CPOD fue nulo.

Tabla Nro. 18: Índice de placa según el género de los escolares

			Índice de placa			Total
			Aceptable	Cuestionable	Deficiente	
Género	Masculino	Conteo	36	11	6	53
		% del total	36%	11%	6%	53%
	Femenino	Conteo	32	13	2	47
		% del total	32%	13%	2%	47%
Total	Conteo	68	24	8	100	
	% del total	68%	24%	8%	100%	

Gráfico Nro. 16: Índice de placa según el género de los escolares



Los resultados denotan que el 68% de los escolares riobambeños presentaron un nivel aceptable de índice de placa distribuido en un 32% femenino y 36% masculino, también se observó que el 24% de los escolares tuvieron un nivel de placa cuestionable siendo 13% femenino y 11% masculino, finalmente un 8% se categorizaron con un nivel de placa deficiente dentro de ellos 2% fue femenino y 6% masculino.

Tabla Nro. 19: Correlación de Spearman del tipo de alimentación e indicadores de dentición

		permanente	
		Índice de placa	Índice CPOD
Tipo de alimentación	Coeficiente de correlación	-,025	,012
	Sig. (bilateral)	,802	,904
	N	100	100

Con un valor ($p > 0.05$) en la correlación de Spearman se concluye que no existe ninguna relación entre el tipo de alimentación y el índice de placa de los escolares y el índice CPOD.

7.2. Estadísticos de Tendencia Central

Tabla Nro. 20: Estadísticos de Tendencia Central

	Edad	Cariados (Dentición. Permanente)	Perdidos (Dentición. Permanente)	Obturados (Dentición. Permanente)	CPOD	Índice de Placa (Dentición Permanente)	Edad del Padre Familia	Edad del Profesor	Tiempo de Experiencia del Profesor
N	100	100	100	100	100	100	100	4	4
Media	17,36	2,7	0,23	1,51	4,42	19,07	43,5	46,5	25,25
Mediana	17	2	0	1	4	15,75	43	46	30
Moda	17	2	0	0	3	14,28	38 ^a	36 ^a	6 ^a
Mínimo	17	0	0	0	0	2,67	40	36	6
Máximo	18	11	3	7	13	100	64	58	35

Tabla Nro. 21: Rango de la OMS para índice CPOD

Rango	Nivel
0,0 a 1,1	Muy bajo
1,2 a 2,6	Bajo
2,7 a 4,4	Moderado
4,5 a 6,5	Alto

Tabla Nro. 22: Cuantificación del índice de O'Leary para el índice de placa

Rango	Nivel
0 a 20%	Aceptable
20,1% a 30%	Cuestionable
30,1% a 100%	Deficiente

La media de edad de los escolares fue de 17 años, con una edad mínima de 17 años y máxima de 18 años, la edad más frecuente fue de 17 años; en cuanto a los dientes permanentes se observó un promedio de 3 caries, 1 diente perdido y 2 obturados, en relación con los valores máximos de caries se observó 11 anomalías, 3 dientes perdidos y 7 obturados en un solo escolar. En torno a la variable de índice CPOD el valor más frecuente fue 3 para dientes cariados, 0 para los

dientes perdidos y 0 también para los obturados; En cuanto al índice CPOD su valor promedio fue de 4,42 lo que en comparación con los rangos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (Tabla 21) evidenció que la gravedad de caries en los escolares de la zona 1 de Riobamba es alto; por otro lado, el índice de placa promedio fue de 19,07, el valor al ser contrastado con los rangos del índice de O'Leary evidencia un nivel aceptable de placa.

La máxima edad de los padres de familia del grupo de escolares en estudio fue de 64 años y la mínima de 40 años y en promedio los padres de familia presentaron una edad de 44 años, en cuanto a los maestros 58 años fue la edad máxima y 36 la mínima manteniendo una edad promedio de 47 años. Para la variable experiencia profesional se encontró que hubo un máximo de 35 años y un mínimo de 6 años de experiencia con 25 años de experiencia promedio.

8. DISCUSIÓN

La salud oral y los cuidados bucales que los escolares practican a diario se relacionan de forma directa con las enseñanzas impartidas por parte de sus padres y profesores ya sea por el nivel de confianza o por la cantidad de tiempo que comparten con cada uno de ellos, en el presente estudio se pone de manifiesta varias semejanzas y diferencias halladas con la relación existente entre escolares y docentes o padres de familia de otros colectivos geográficos.

Con relación a los conocimientos de salud bucal Venezuela reportó un porcentaje de 48,7% de nivel “Malo” en tanto que Perú apenas el 5% se ubica en el mismo nivel; el nivel “Bueno” por su parte indica que el Perú y Venezuela tiene un valor promedio similar de 25% a diferencia del presente estudio cuyo valor fue del 30% (38).

Las dimensiones de formación que lideran los docentes son significativas, la mayoría de ellos contribuyen en la orientación personal, social y de salud de los escolares, los resultados del estudio detectaron que el 75% de docentes tiene conocimientos Regular y el 25% Malo, asintiendo los hallazgos observados en el colectivo peruano quienes reportaron que el conocimiento regular es de 62,2% y el conocimiento malo es de 37,5%, los porcentajes discrepan con la información obtenida en Venezuela donde el nivel de conocimiento “malo” fue de 50%, Regular 30% y bueno 20% (38).

El hábito sobre salud oral observado con mayor frecuencia es el uso de pasta dental, en el presente estudio se observó que se cumple con un 98,5% al igual que en España con un 64,2% y en Colombia con 93,3%; por otro lado, las prácticas en higiene bucal que realizan los niños no son adecuadas. resultados más positivos son reportados en escolares de México, de edades similares a los del estudio, con una prevalencia de 81,7% de los niños que cepillan sus dientes con pasta dental y 3 o más veces al día (2); el de Canarias13 con un 79,0%; el de niños nigerianos de 12 años que cepillan sus dientes regularmente en una proporción del 76,6%25, y el de Jordania que reporta un 69% con cepillado regular de por lo menos 2 veces al día16, en contraste con el 42,74% encontrado en nuestra investigación (38).

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado dos visitas al odontólogo por año en vías de mantener una constante prevención de la salud bucal, sin embargo lamentablemente este hábito no se cumple en la investigación, su valor es de apenas el 42% los resultados concuerdan con los hallazgos reportados en un estudio peruano de características socioeconómicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas donde se observó que la atención de la salud general de los niños es escasa; únicamente el 40% de

ellos refieren no haber acudido al médico o es probable que no lo recuerden por el tiempo transcurrido. El 43% de ellos no cuentan con ningún tipo de seguro, lo que hace más difícil el acceso a la atención y eso se muestra por la poca frecuencia con la que acuden al médico o lo hacen cuando tienen molestias (38), valores superiores se encontraron en México donde el 65,5% de los escolares refieren haber visitado al dentista antes de los 6 meses, principalmente por dolor y chequeo; no obstante, es posible que hayan considerado las revisiones dentales o la atención preventiva promocional que los alumnos de pregrado realizan en sus escuelas como una visita al dentista (39).

El índice CPOD del estudio fue de 4,42 semejante al calculado para el Distrito Sanitario de Ceuta con un valor de 4,22 donde se realizó una exploración física de la cavidad bucal a una muestra de escolares de 7, 12 y 14 años; además no se encontraron diferencias altamente significativas con respecto a la edad, en estudios reportados en Nicaragua el componente “cariado” contribuye con el 74,89% y 96,65% en la dentición permanente y decidua, respectivamente, valor de 51,7% en relación con el índice total (40).

De forma individual las piezas dentales cariadas reportaron valores altos en los niños de México con un nivel de cuantificación 8. El estudio apenas reportó 3 piezas; Chile con valores apenas de 2 piezas. El índice de O’Leary para dentición permanente de 64% representó al grupo aceptable, semejante a estudios desarrollados en Nicaragua que evidenciaron que el nivel de placa bacteriana de sus escolares es bajo con un 52% (39).

Con respecto al análisis estadístico se determinó que, no existe relación entre el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral y los niveles del índice CPOD, el índice de placa en dentición permanente tampoco tiene asociación estadística con el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral, a diferencia de los estudios reportados donde la relación entre los niveles de educación de los padres y el cuidado de la salud oral respectos a los índices CPO resaltan el cuidado de los niños, sin embargo en estudios de México y Nicaragua se identificó a la madre como la principal proveedora de información para el niño (1), sus características sociodemográficas y conductuales están relacionadas con la frecuencia de cepillado dental del niño, de ahí la importancia de incluir a la madre en los programas preventivos a edades tempranas en el niño (41).

9. CONCLUSIONES

- Con relación al nivel de conocimientos de salud oral que mantienen los maestros y los escolares del sector 1 de Riobamba, se identificó un nivel regular lo que evidencia el seguimiento y cuidado poco profundo que presentan estos dos grupos de actores.
- Los hábitos de salud oral fueron analizados luego de la aplicación de un cuestionario respondido por parte de los líderes familiares (padre o madre) donde se plasmó información concerniente a las prácticas odontológicas que mantienen los escolares desde que son pequeños.

Referente al conocimiento bucal de los hombres el 23% mencionó que su cuidado incluye la visita odontológica dos veces al año se encuentren o no con molestias, con ello el 29% buscan prevenir problemas bucales a futuro, el 42% estuvo consiente que los alimentos que contribuyen a la formación de caries es el consumo de dulces, caramelos y panes, sin embargo, el 23% de como medida de precaución cepillan sus dientes cuatro veces por día, el 38% indicó que la técnica de cepillado es desplazar el cepillo de arriba hacia abajo incluyendo la lengua, como dato adicional se conoció que el 49% cepilla los dientes después los desayunos, almuerzos y meriendas, el 47% utiliza hilo dental para una limpieza profunda en zonas donde el cepillo no limpia completamente; por otro lado el 35,5% afirmaron que problemas en las encías aparecen con la presencia de microbios residuos de la ingesta de comidas y carencia de cepillado, el 45% identifica problemas en las encías cuando se encuentran con coloración rojiza, sangran o se inflaman, adicional afirmaron que de existir mala posición de las piezas dentales se debe al uso de biberón en su niñez a causa de la succión constante que se genera.

Por parte de las mujeres el 25% mencionó que su cuidado incluye la visita odontológica dos veces al año se encuentren o no con molestias, con ello el 17% buscan prevenir problemas bucales a futuro, el 43% estuvo consiente que los alimentos que contribuyen a la formación de caries es el consumo de dulces, caramelos y panes, sin embargo, el 24% de como medida de precaución cepillan sus dientes cuatro veces por día, el 38% indicó que la técnica de cepillado es desplazar el cepillo de arriba hacia abajo incluyendo la lengua, como dato

adicional se conoció que el 42% cepilla los dientes después los desayunos, almuerzos y meriendas, el 41% utiliza hilo dental para una limpieza profunda en zonas donde el cepillo no limpia completamente; por otro lado el 38% afirmaron que problemas en las encías aparecen con la presencia de microbios residuos de la ingesta de comidas y carencia de cepillado, el 38% identifica problemas en las encías cuando se encuentran con coloración rojiza, sangran o se inflaman, adicional afirmaron que de existir mala posición de las piezas dentales se debe al uso de biberón en su niñez a causa de la succión constante que se genera. Con relación tipo de alimentación que mantienen los hombres y las mujeres del sector se refirió una dieta regular pues el 63% del colectivo se apegó a este grupo.

- Con la información obtenida de las historias clínicas de los escolares del sector 1 de Riobamba se calculó el índice CPOD y se encontró que el 96% de los escolares presentaron un nivel de bajo riesgo en dentición permanente; el índice de placa reveló que el 68% de los escolares presentaron un nivel aceptable.
- Finalmente se observó la carencia de dependencia de las variables nivel de conocimiento acerca de la salud bucal y la variable índice de placa e índice CPOD de los escolares.

10. RECOMENDACIONES

- Difundir campañas publicitarias en los centros educativos del sector 1 de Riobamba referente a cuidados sobre la salud bucal de forma que se eleve el nivel de conocimientos es escolares, docentes y padres de familia.
- Concientizar a los padres de familia en las visitas odontológicas que tanto ellos como sus hijos deben mantener con la finalidad de prevenir enfermedades que a futuro pueden empeorar.
- Socializar la técnica de cepillado correcto por parte de los dispensarios médicos de las instituciones educativas.

11. REFERENCIAS

1. Pardo A. ¿Qué es la salud? Revista de Medicina de la Universidad de Navarra. 2011.
2. Rueda G, Albuquerque A. La salud bucal como derecho humano y bien ético. Latinoamericana de Bioética. 2016 diciembre; 36(5).
3. Organización Panamericana de Salud. La salud bucodental es esencial para la salud general. [Online].; 2021 [cited 2021 agosto 02]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387:2013-oral-health-vital-overall-health&Itemid=135&lang=es.
4. Quintero E, Machado R, Bisamon C, Blanchard M, Hernández M. Nivel de conocimiento de los padres sobre la salud bucal de escolares y su repercusión en la incidencia de caries dental. ODOUS CIENTIFICA. 2015 julio - diciembre; 16(2).
5. Díaz C, Pérez N, Sanabria D, Ferreira M, Cueto N, Urquhart D, et al. Nivel de conocimiento sobre prevención de caries dental en universitarios. Ces Odontología. 2016 junio; 29(1).
6. Giménez M. Nutrición y alimentación: Su relación con la salud bucal. [Online].; 2011 [cited 2021 agosto 02]. Available from: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111920.pdf>.
7. Alvear M. Recomendaciones en nutrición, dieta y salud bucal para los niños. Ucacue. 2016 enero; 1(1).
8. American Dental Association. Mouth Healty. [Online].; 2016 [cited 2021 agosto 02]. Available from: <https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/d/diet-and-dental-health>.
9. Soto D. Influencia del tipo de alimentación sobre la caries en niños de 5 y 6 años. [Online].; 2016 [cited 2021 agosto 02]. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/19212/1/SOTODenis.pdf>.

10. Organización Mundial de la Salud. Malnutrición. [Online].; 2021 [cited 2021 agosto 03. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.
11. Alulima Y. Salud bucal y malnutrición infantil. [Online].; 2021 [cited 2021 agosto 03. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/51688/1/3559ALULIMAYessenia.pdf>.
12. Soriano B, Garrido A. [Sinc]; 2016 [cited 2021 agosto 03. Available from: <https://www.agenciasinc.es/Noticias/Como-reducir-la-subnutricion-en-los-paises-en-desarrollo>.
13. Portela , da Costa , Mora , Raich. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutrición hospitalaria. 2012; 27(2).
14. Pérez A. Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología. [Online].; 2018 [cited 2021 agosto 03. Available from:<https://eprints.ucm.es/id/eprint/46697/1/T39643.pdf>.
15. Calero N. Influencia de los transtornos alimenticios en la salud bucal. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 03. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/49769/1/3398CALEROnorma.pdf>.
16. Fernández A. Historia de la anorexia nerviosa. MoleQla. 2015; 20.
17. Mora A. Bulimia y Anorexia en la práctica odontológica generalidades. Revista Científica Odontológica. 2014 octubre; 10(1).
18. Basso M. Conceptos actualizados en cariología. Revisión Narrativa - Cariología. 2019 febrero.
19. Moreno G, Lara L. Caries dental: de la placa ecológica a las. Univ Odontol. 2020 agosto; 39.
20. Paiva S. Epidemiología de la caries dental en america latina. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2014 diciembre; 4(2).

21. Gutiérrez G, Navarrete X, Müller A. Caries dental y sus factores etiológicos durante el periodo 2000 - 2018. [Online].; 2018 [cited 2021 agosto 03. Available from: <https://dentistaypaciente.com/enciclopedia-odontologica-124.html>.
22. González Á, González B, González E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutrición Hospitalaria*. 2013; 28(4).
23. Díaz N, Fajardo Z, Páez M, Solano L, Pérez M. Frecuencia de consumo de alimentos Cariogénicos y prevalencia de caries dental en escolares venezolanos de estrato socioeconómico bajo. *Acta Odontológica Venezolana*. 2013 noviembre; 51(2).
24. Espinel V. Grado de conocimientos diéticos de madres y su relación con el número de caries. Estudiantes "Alina Campaña de Jardín" de séptimo a noveno básica en la ciudad de Cayambe. II - VI - 2015. [Online].; 2015 [cited 2021 agosto 04. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5113/1/T- UCE-0015-182.pdf>.
25. Fernández M, González MdlC, Castro C, Vallard E, Lezama G, Carrasco R. Índices epidemiológicos para medir la caries dental. [Online]. [cited 2021 agosto 04. Available from: <http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indices%20epidemiologicos%20para%20medir%20la%20caries%20dental.pdf>.
26. Andrade M, De la Cruz D. Indicadores de prevalencia y de predicción de riesgo decaries dental. *Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud*. 2014 mayo; 17(1).
27. Iruretagoyena M. Salud Dental Para Todos. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 04. Available from: <https://www.sdpt.net/ID/cpodcposceod.htm>.
28. Chérrez C. Prevalencia de la placa bacteriana y cálculos en estudiantes de 14 a 19 años del Instituto Tecnológico Benito Juárez de la ciudad de Quito. Población a investigar 300 estudiantes. [Online].; 2011 [cited 2020 agosto 04. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/564/4/T- UCE-0015-6.pdf>.

29. Chaple A, Gispert E. “Amar” el índice de O’Leary. *Revista Cubana de Estomatología*. 2019 mayo; 56(4).
30. Caiza G. Presencia de la placa bacteriana en niños de 12 años de la escuela de la República de Uruguay después del cepillado de dientes con y sin pasta dental. [Online].; 2016 [cited 2021 agosto 04. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/6649/1/T-UCE-0015-322.pdf>.
31. Universitat de Barcelona. Hospital Odontològic. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 04. Available from: <http://www.hospitalodontologicub.cat/es/servicios/5/odontologia-preventiva-y-comunitaria>.
32. Montenegro G, Sarralde A, Lamby C. La educación como determinante de la salud oral. *Univ Odontol*. 2013 diciembre; 32(69).
33. Sociedad Española de Odontopediatría. Flúor y fluoruros. [Online].; 2019 [cited 2021 agosto 04. Available from: <https://www.odontologiapediatrica.com/protocolos/fluor/>.
34. Herrera P. Comparación in vitro de la capacidad de penetración de un sellante convencional frente a un sellante con carga. [Online].; 2017 [cited 2021 agosto 04. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10752/1/T-UCE-0015-674.pdf>.
35. Casillas Á. Control mecánico de la placa bacteriana. *Publicaciones Didácticas (E-Journal)*. 2011 diciembre;(20).
36. American Dental Association. Mouth Healty. [Online].; 2012 [cited 2021 agosto 04. Available from: <https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/b/brushing-your-teeth>.
37. Muñoz J. Higiene bucodental. Pastas dentífricas y enjuagues bucales. *Offarm*. 2011 marzo; 19(3).

38. Lara A. Mantenedores de espacio y su incidencia en la oclusión temporal. [Online].; 2012 [cited 2021 agosto 05. Available from: <http://repositorio.sangregorio.edu.ec/bitstream/123456789/126/1/OD-T750.pdf>.
39. Achmad H, Arnedina RN, Timokhina T, Goncharov V V, Sitanaya R, Riyanti E. Literature Review: Problems of Dental and Oral Health Primary School Children. *Indian J Forensic Med Toxicol*. 2021;15(2):4146–62.
40. Stein C, Santos NML, Hilgert JB, Hugo FN. Effectiveness of oral health education on oral hygiene and dental caries in schoolchildren: Systematic review and meta- analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018;46(1):30–7.
41. Omara M, Stamm T, Bekes K. Four-dimensional oral health-related quality of life impact in children: A systematic review. *J Oral Rehabil*. 2021;48(3):293–304.
42. Al-Qahtani SM, Razak PA, Khan SDAA. Knowledge and practice of preventive measures for oral health care among male intermediate schoolchildren in abha, SaudiArabia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3).
43. Michel-Crosato E, Raggio DP, Coloma-Valverde ANDJ, Lopez EF, Alvarez-Velasco PL, Medina MV, et al. Oral health of 12-year-old children in Quito, Ecuador: A population-based epidemiological survey. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):1–10.
44. Curtis DC, Ortega F, Monar J, Bay RC, Eckhart S, Thompson P. Assessing self-reported oral health status of three Andean indigenous communities in Ecuador. *J Int Oral Heal*. 2017;9(5):207–12.
45. Tenelanda-López D, Valdivia-Moral P, Castro-Sánchez M. Eating habits and their relationship to oral health. *Nutrients*. 2020;12(9):1–8.
46. Gómez MV, Toledo A, Carvajal P, Gomes SC, Costa RSA, Solanes F, et al. A multicenter study of oral health behavior among adult subjects from three South American cities. *Braz Oral Res*. 2018;32:e22.
47. Marshman Z, Hall MJ. Oral health research with children. *Int J Paediatr Dent*. 2008;18(4):235–42.

48. Vishwanathaiah S. Knowledge, Attitudes, and Oral Health Practices of School Children in Davangere. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2016;9(2):172–6.
49. Cheah W, Siow-Phing T, Tesfahannes D, Whye Lian C, Siow Phing T, Shiun ChatC, et al. Oral health knowledge, attitude and practice among secondary school students in Kuching, Sarawak. *Arch Orofac Sci.* 2010;5(1):9–16.

12. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de hábitos de higiene oral y dieta dirigido hacia padres defamilia

1.Sexo	F		M		2.Edad		3.Curso	
4.Lugar de nacimiento								

5.- Nivel de estudios del padre: a) Sin titulación b) Secundaria c) Bachillerato d) Universitario

6.- Nivel de estudios de la madre: a) Sin titulación b) Secundaria c) Bachillerato d) Universitario

7.-Número de Hermanos que tiene su hijo:

8.- Puesto que ocupa su hijo:

Las siguientes preguntas son relacionadas a su hijo

Higiene Oral

9.- ¿A qué edad empezó a cepillarse su hijo los dientes?

10.- Tipo de cepillo que utiliza: a) Manual b)Eléctrico

11.- ¿Cuántas veces al día se cepilla su hijo los dientes?

a) No todos los días b) A diario c) 1 vez d) 2 veces e) 3 veces o más

12.- ¿Cuánto tiempo se cepilla su hijo los dientes (minutos)? a) 0-1 b) 1-2 c) Más de 2

13.- ¿Usa pasta dental? a) Si b) No

14.- ¿Utiliza su hijo enjuagues con flúor? a) Diarios b) Semanales c) Quincenales d) No realiza

15.- ¿Utiliza algún método para el control de la placa bacteriana?

a) Seda Dental b) Revelador de placa c) Colutorios d) No usa

16.- ¿Quién supervisa el cepillado? a) Hermano b) Padre c) Lo realiza solo

17.- Cuantas veces visita su hijo al dentista: a) 1 vez al año b)2 o más veces al año

18.- Acuden regularmente los padres al dentista? a) Si b) No

19.- Recibió su hijo lactancia Materna: a) Si/ Hasta que edad..... b)No

20.- Utilizó biberones nocturnos o mientras duerme el niño: a) Si b) No

21.- ¿Ha utilizado chupón? a) Si/ Hasta que edad..... b) No

22.- Utilizó chupón con sustancia azucarada (miel, leche condensada, azúcar, etc.) a) Si b) No

23.- ¿Se chupa el dedo? a) Si / Hasta que edad: b) No

- 24.- ¿Se muerde las uñas? a) Si/Hasta que edad: b) No
- 25.- ¿Aprieta los dientes por la noche? a) Si b) No
- 26.- ¿Se despierta por la noche? a) Si b) No
- 27.- ¿Ronca por la noche? a) Si b) No

Hábitos alimentarios

- 28.- Número de comidas diarias: a) 3 b) 4 c)5
- 29.- ¿Come entre horas? a) Si b) No
- 30.- Consumo de golosinas a)A diario b)2-4 días a la semana c) Ocasionalmente d)Nunca
- 31.- Consumo de chicles a)A diario b)2-4 días a la semana c)Ocasionalmente d)Nunca
- 32.- Consumo de bollería(galletas, donas, huesitos,etc)
a) A diario b)2-4 días a la semana c)Ocasionalmente d)Nunca
- 33.- Consumo de snacks (patatas fritas, gusanitos de goma, etc.):
a) A diario b)2-4 días a la semana c)Ocasionalmente d)Nunca
- 34.- Consumo de fruta: a) A diario b)2-4 días a la semana c) Ocasionalmente d) Nunca
- 35.- Consumo de refrescos azucarados y zumos envasados:
a) A diario b)2-4 días a la semana c) Ocasionalmente d)Nunca
- 36.- Consumo de Agua: a) 2 vasos al día b) 3-4 vasos al día c) 4-6 vasos al día
- 37.-Consumo de lácteos/ probióticos:
a) A diario b)2-4 días a la semana c)Ocasionalmente d)Nunca
- 38.- ¿Cómo consume habitualmente los medicamentos?:
a) Inhaladores b)Jarabes c)Masticables
- 39.- ¿Realiza limpieza oral luego de tomar medicamentos?: a)Si b)No

Anexo 2: Encuesta de conocimientos sobre salud bucal para estudiantes

1. ¿Cuándo crees que es necesario asistir al odontólogo o dentista?

- Cuando tienes dolor de muelas.
- Cuando tienes caries dental (diente o muela picada) y no te duele.
- Dos veces al año a revisarte.

2. ¿Por qué hay que curar la caries dental (diente o muela picada)?

- Hay que curarla porque los dientes y muelas hacen falta para masticar, hablar, y lucir bien.
- Hay que curarla porque luego duelen los dientes y muelas.
- No importa curarla porque luego te sacas la muela.

3. ¿Cuáles de los siguientes alimentos favorecen la aparición de la caries dental (diente o muela picada)?

- Refrescos, batidos.
- Carnes, pescado, frutas, viandas, vegetales, huevos.
- Dulces, caramelos, panes.

4. ¿Cuál de las siguientes medidas es más útil para evitar la caries dental (diente o muela picada)?

- Cepillarse todos los dientes dos veces al día después de las comidas.
- sea. Después de cada comida y antes de acostarse.
- Cepillarse todos los dientes cuatro veces al día, o
- Masticar chicles.

5. El cepillado correcto se realiza:

- De izquierda a derecha (horizontal).
- De forma circular por todos los dientes.
- De arriba hacia abajo y de bajo hacia arriba (encia a diente) incluyendo la lengua.

6. El cepillado basta con realizarlo:

- Al levantarse y acostarse.
- de acostarse.
- Después del desayuno, almuerzo, comida y antes
- Antes de desayunar.

7. El hilo dental se usa para:

- Limpiar solamente los dientes de adelante en la cara del diente que vemos.
- Limpiar todos los dientes, entre uno otro, donde no penetra el cepillo.
- Limpiar solamente entre las muelas.

8. Las encías se enferman por:

- Masticar los caramelos.
- Comerse las uñas.
- Los microbios que quedan sobre la encía al no cepillarse.

9. Las encías están enfermas cuando:

- Están muy pálidas.
- Están rojas, sangran y se inflaman.
- Son rosadas y pegadas al diente.

10. Las malas posiciones (dientes botados) o malas oclusiones pueden ser provocadas por:

- Solo comer alimentos blandos y no masticar.
- Respirar correctamente por la nariz.
- Succionar el tete, biberón o dedo y sacarse dientes de leche antes de tiempo.

11. Los tejidos de la boca se dañan o se irritan (se forman llaguitas) por:

- Comer alimentos muy calientes, fumar, e ingerir bebidas alcohólicas.
- Tener los dientes cariados (picados).
- Tomar alimentos muy fríos como helados.

Anexo 3: Cuestionario de preferencias alimentarias para niños

Las siguientes preguntas tratan sobre cuánto le gustan y le disgustan los diferentes alimentos a su hijo. Si su hijo nunca comido un alimento, marque "Nunca lo ha probado".

1. Carne de vaca		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
2. Hamburguesas de carne		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
3. Cordero		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
4. Cerdo		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
5. Pollo		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
6. Nuggets de pollo		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
7. Pavo		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
8. Tocino		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
9. Jamón		
Nunca lo ha probado ()	Ni me gusta, ni me	Me gusta mucho()
No me gusta mucho ()	disgusta ()	
No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()	
10. Salchichas		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
11. Pescado frito rebozado o pan rallado por ejemplo, dedos de pescado		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
12. Pescado blanco simple por ejemplo, bacalao, eglefino, pargo		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

13. Atún en lata		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
14. Huevos: hervidos, escalfados		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
15. Huevos: revueltos		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
16. Pan blanco		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
17. Pan moreno		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
18. Aperitivos salados, galletas de queso p. ej. Chedders, Tuc		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
19. Queso (procesado) por ejemplo, cadenas de queso		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
20. Queso (duro) por ejemplo, queso cheddar		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
21. Queso (crema) por ejemplo, Filadelfia		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
22. Gachas de avena o Ready Brek		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
23. Cereales (sin escarcha ni con alto contenido de azúcar) por ejemplo, Weetabix, Cornflakes, Bran Flakes		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
24. Papas fritas		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

<p>25. Brócoli Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()</p>	<p>No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()</p>	<p>Me gusta un poco () Me gusta mucho()</p>
<p>26. Repollo Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()</p>	<p>No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()</p>	<p>Me gusta un poco () Me gusta mucho()</p>
<p>27. Coliflor Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()</p>	<p>No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()</p>	<p>Me gusta un poco () Me gusta mucho()</p>
<p>28. Judías verdes o vainitas Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()</p>	<p>No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()</p>	<p>Me gusta un poco () Me gusta mucho()</p>
<p>29. Hongos Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()</p>	<p>No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()</p>	<p>Me gusta un poco () Me gusta mucho()</p>
<p>30. Cebollas Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()</p>	<p>No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()</p>	<p>Me gusta un poco () Me gusta mucho()</p>
<p>31. Chirivias o zanahoria blanca Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()</p>	<p>No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()</p>	<p>Me gusta un poco () Me gusta mucho()</p>
<p>32. Chícharos o arvejas Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()</p>	<p>No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()</p>	<p>Me gusta un poco () Me gusta mucho()</p>
<p>33. Ensaladas verdes por ejemplo, lechuga Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()</p>	<p>No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()</p>	<p>Me gusta un poco () Me gusta mucho()</p>
<p>34. Patatas dulces Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()</p>	<p>No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()</p>	<p>Me gusta un poco () Me gusta mucho()</p>
<p>35. Maíz dulce Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()</p>	<p>No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()</p>	<p>Me gusta un poco () Me gusta mucho()</p>
<p>36. Coles Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()</p>	<p>No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()</p>	<p>Me gusta un poco () Me gusta mucho()</p>

37. Pepino		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
38. Zanahorias (crudas)		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
39. Zanahorias (cocidas)		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
40. Pimientos, rojos / verdes (crudos)		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
41. Pimientos, rojos / verdes (cocidos)		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
42. Tomates (frescos)		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
43. Tomates (enlatados, como salsa para pasta)		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
44. Manzanas (horneadas o en puré)		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
45. Manzanas (crudas)		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
46. Plátanos		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
47. Naranjas		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
48. Mandarinas		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
49. Uvas		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta mucho ()	No me gusta pero como un poco ()

Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta un poco ()	Me gusta mucho()
50. Melón Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()	No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta un poco () Me gusta mucho()
51. Melocotones, nectarinas Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()	No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta un poco () Me gusta mucho()
52. Peras Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()	No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta un poco () Me gusta mucho()
53. Ciruelas Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()	No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta un poco () Me gusta mucho()
54. Fresas Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()	No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta un poco () Me gusta mucho()
55. Frambuesas Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()	No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta un poco () Me gusta mucho()
56. Arándanos Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()	No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta un poco () Me gusta mucho()
57. Mango Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()	No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta un poco () Me gusta mucho()
58. Fruta de kiwi Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()	No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta un poco () Me gusta mucho()
59. Piña Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()	No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta un poco () Me gusta mucho()
60. Mantequilla Nunca lo ha probado () No me gusta mucho ()	No me gusta pero como un poco () Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta un poco () Me gusta mucho()
61. Margarina Nunca lo ha probado ()	No me gusta mucho ()	No me gusta pero como un poco ()

Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta un poco ()	Me gusta mucho()
62. Crema		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
63. Galletas dulces (simples) por ejemplo, té rico, digestivos		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
64. Galletas de chocolate		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
65. Bollos, pasteles por ejemplo bollos, pasteles daneses		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
66. Tortas		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
67. Helado		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
68. Paletas de hielo		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
69. Postres lácteos por ejemplo, mousse		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
70. Yogur, queso fresco por ejemplo, Muller, Petits Filous		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
71. Patatas fritas		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
72. Chocolate		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
73. Dulces por ejemplo, pastillas de frutas, Starburst		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
74. Arroz		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
75. Pasta		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

Anexo 4: Encuesta sobre salud oral y hábitos a profesores de educación básica superior

I DATOS GENERALES:

Edad				Distrito donde vive			Curso y paralelo	
Género	M	F		Tiempo de experiencia (años)		Unidad Educativa		

II.- CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUDBUCAL.

Instrucciones: Esta parte del cuestionario contiene 18 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marque con una equis (X) dentro del paréntesis.

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS PREVENTIVAS

1.- ¿Cuáles son los medios auxiliares de higiene bucal?

- a) Dulces, cepillo dental, pasta dental. ()
- b) Flúor, pasta dental, hilo dental. ()
- c) Cepillo dental, hilo dental, pasta dental ()
- d) palillos, cepillo dental, enjuague bucal. ()

1. ¿Cuándo debo cepillarme los dientes?:

- a) Antes del desayuno. ()
- b) Después del desayuno. ()
- c) Antes de acostarme. ()
- d) Después de todas las comidas. ()

3.- ¿Por qué características se debería cambiar el cepillo dental?

- a) En cuanto sienta que me lastima las encías ()
- b) En cuanto las cerdas se deformen o se fracturen. ()
- c) solo a y b ()
- d) En cuanto haya transcurrido unos 2 meses ()

4.- ¿Para qué sirve el flúor dental en gel aplicado por vía tópica?

- a) Para cambiar de color a los dientes ()
- b) Para enjuagarse la boca ()
- c) Para darle más resistencia al esmalte de los dientes ()
- d) Para aumentar la saliva ()

5.- ¿Deben utilizar los niños pasta dental para adultos?

- a) Sí ()
- b) No, porque tiene mucha cantidad de flúor. ()
- c) No, porque les pica mucho y no les gusta. ()
- d) No, porque inflama las encías. ()

6. ¿A qué edad se debe llevar a los niños por primera vez al dentista?

- a) Al erupcionar el primer diente ()
- b) Desde que nace ()
- c) Cuando le duela algún diente ()
- d) Cuando le salgan todos sus dientes ()

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ENFERMEDADES BUCALES

7. ¿Qué es la placa bacteriana?

- a) Restos de dulces y comida ()
- b) Manchas blanquecinas en los dientes ()
- c) Restos de alimentos y microorganismos ()
- d) Manchas amarilladas en los dientes. ()

8. ¿Qué es la caries de biberón?

- a) La caries causada por dulces ()
- b) La caries que afecta a los dientes de leche ()
- c) La caries causada por falta de aseo ()
- d) todos ()

9. ¿Considera, a la caries una enfermedad contagiosa?

- a) si, porque es transmitida por medio de la saliva por tener la costumbre de besar a los hijos en la boca. (X)
- b) si, porque es producida por la concurrencia de bacterias específicas ()
- c) No, porque el diente cariado es el afectado y éste no contagia a los demás. ()
- d) sólo a y b.

10. ¿Qué es la gingivitis?

- a) El dolor de diente ()
- b) La enfermedad de los dientes ()
- c) Inflamación del labio ()
- d) Inflamación de las encías ()

11. ¿Qué es la enfermedad periodontal?

- a) Heridas en la boca ()
- b) La que afecta a los tejidos de soporte del diente ()
- c) La pigmentación de los dientes ()
- d) Es relativamente frecuente en jóvenes y adolescentes ()

12. ¿Por qué considera principalmente que a una persona le sangran las encías espontáneamente?

- a) Porque se cepilla varias veces. ()
- b) Porque la encía esta inflamada. ()
- c) Porque no visita al dentista. ()
- d) Porque se lastima al cepillarse. ()

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DESARROLLO DENTAL

13. ¿Cuándo empiezan a formarse los dientes de un niño?

- a) A las 6 semanas de gestación ()
- b) Al segundo trimestre de gestación ()
- c) Al segundo trimestre de nacido ()
- d) Al primer trimestre de gestación ()

14. ¿Cuántos tipos de dentición tienen los niños de 8 años?

- a) 1 ()
- b) 2 ()
- c) 3 ()
- d) 4 ()

15. ¿Cuántos dientes de leche tienen los niños?

- a) 10 ()
- b) 20 ()
- c) 24 ()
- d) 15 ()

16. ¿Cuándo aproximadamente aparecen en boca los dientes de un bebé?

- a) A los 3 meses de nacido ()
- b) A los 6 meses de nacido ()
- c) A los 8 meses de nacido ()
- d) Al año de nacido. ()

17. ¿Son importantes los dientes de leche?

- a) Sí, porque sirven para la masticación ()
- b) Sí, porque guardan el espacio a los dientes del adulto ()
- c) No, porque al final se van a caer ()

d) a y b ()

18.- ¿Un diente de leche con caries afecta al diente que va a salir después?

- a) Si afecta, salen con malformaciones, manchas a nivel del esmalte de los dientes permanentes ()
- b) No afecta, ya que son dientes de leche y se mudan ()
- c) No afecta a los dientes permanentes si se trata a tiempo. ()
- d) solo a y c ()

SECCIÓN #2:

1. ¿Está en su programa de trabajo impartir a los niños y niñas educación para la salud?

- a. Sí, es muy importante.
- b. No, eso es parte de otra área.
- c. Solo como partes de dinámicas.
- d. Cuando amerite la situación o pregunte el niño.

2. En su opinión las acciones odontológicas deben ser:

- Principalmente curativas ()
- Principalmente preventivas ()

3. ¿Considera importante hacer promoción de salud bucal en la escuela?

- SI (X) NO ()

4. ¿Los malos hábitos orales están relacionados con otras enfermedades del niño?

- SI () NO ()

5. En nuestro medio la enfermedad bucal más común es la caries:

- SI () NO ()

SECCIÓN #3

1. ¿A que edad debe utilizarse pasta dental en el cepillado del niño?

- ✓ 0 años (). ✓ 3 años (). ✓ 6 años ().
- ✓ 1 año (). ✓ 4 años (). ✓ 7 años ().
- ✓ 2 años (). ✓ 5 años (). ✓ Otra edad (.....).

2. ¿Qué alimentos principalmente cree usted que ayudan a fortalecer los dientes para prevenir la enfermedad caries dental?

- ✓ Queso y leche (). ✓ Pescado y mariscos () ✓ No sabe ().
- ✓ Verduras (). ✓ Todas ().

3. ¿Usted sabe si las pastas dentales contienen flúor?

- ✓ Si, si contienen (). Si, no contienen (). No, no sabe ().

4. ¿Sabe cuantos dientes de leche tiene un niño?

- ✓ 10 () 20 () 24 () No sé ()

SECCIÓN #4

Expresa lo que entiendes por:

1. Salud

I. Condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social ().

II. Condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar netamente físico ().

III. Crear condiciones más favorables para resistir la enfermedad y evitar la presencia de la enfermedad ().

2. Enfermedad

I. Actividad en el campo social que incluye a la población como un todo, que depende de la participación del público ().

II. Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes ().

III. Falta o limitación de alguna facultad física que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona ().

3. Promoción

I. Conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles para otros ().

II. Medios que posibilitan la curación o el alivio de las enfermedades o los síntomas que una dolencia provoca ().

III. Intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales ().

4. La causa fundamental de la aparición de las caries y enfermedad de la encía es

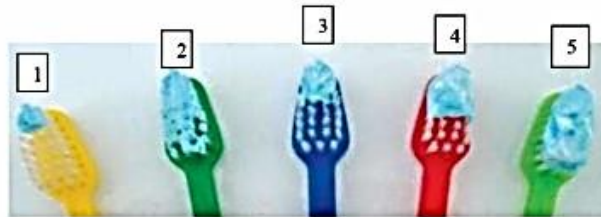
I. Mala Alimentación ()

II. Mala posición dentaria ()

III. Falta de Higiene ()

5. ¿Qué cantidad de pasta dental coloca en el cepillo de los niños?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()



Anexo 5: Historia clínica odontológica

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)		EDAD		N° HISTORIA CLÍNICA	
MEJOR DE LAJO	1-4 AÑOS	5-8 AÑOS PROGRAMADO	9-14 AÑOS NO PROGRAMADO	15-14 AÑOS PROGRAMADO	15-18 AÑOS	MAYOR DE 25 AÑOS	EMBARAZADA				

1 MOTIVO DE CONSULTA

NOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

REGISTRAR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. NEMO BRAGIAS	4. VIHIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DMABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	-----------------	-----------	------------------	---------	-------------	------------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA /min	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT /min
------------------	--------------------------	----------------	------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. FISO	8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARRIGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA

PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 & 3), SI APLICA

RECESIÓN

MOVILIDAD

VESTIBULAR

LINGUAL

VESTIBULAR

MOVILIDAD

RECESIÓN

RECESIÓN

MOVILIDAD

VESTIBULAR

LINGUAL

VESTIBULAR

MOVILIDAD

RECESIÓN

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE
PLACA 0-1-2-3				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
CÁLCULO 0-1-2-3				SEVERA	ANGLE III	SEVERA
GINGIVITIS 0-1						
16	17	55				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 INDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	c	e	o	TOTAL

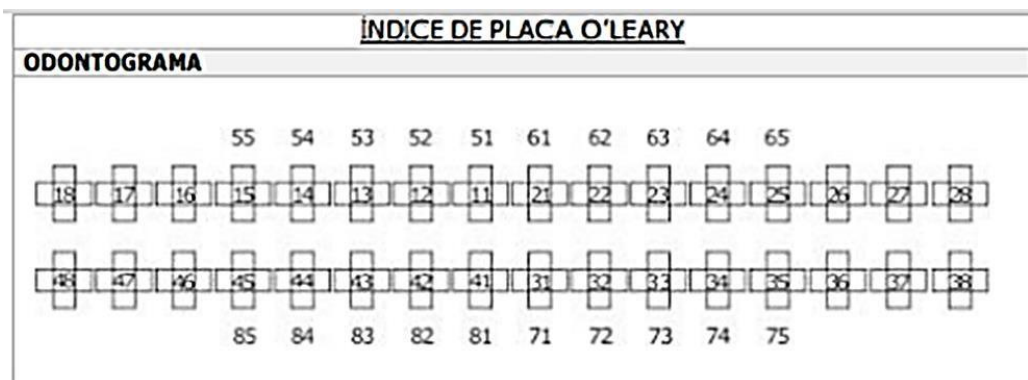
9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* 100 SELLANTE NECESARIO	⊙ PERDIDA (OTRA CAUSA)	— PRÓTESIS TOTAL
* 200 SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	◻ CORONA
X 100 EXTRACCIÓN INDICADA	□ — □ PRÓTESIS FIJA	○ azul OBTURADO
X azul PERDIDA POR CARIES	(—) PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008 ODONTOLOGIA (1)

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			SERVICIO	
									SALA	
									CAMA	
									FECHA	
									HORA	
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARA EN EL AMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD										
1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO										
PROPÓSITOS					TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS					
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS					
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE			ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA										
PROPÓSITOS					INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS					
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS					
NOMBRE DEL CIRUJANO			ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA										
PROPÓSITOS					ANESTESIA PROPUESTA					
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS					
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO			ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE										
A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD									FIRMAS DEL PACIENTE	
B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD										
C CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD										
D CONSIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA										
E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS										
F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO										
G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIRSIDA)										
H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.										
I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO										
5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL										
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGUN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.										
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL			PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA	

Anexo 6: Índice placa de O'Leary



INDICE DE PLACA DE O'LEARY DENTICIÓN TEMPORAL	INDICE DE O'LEARY = $\frac{\text{NÚMERO DE DENTONES CON PLACA}}{\text{TOTAL DE DENTONES}} \times 100$
IPO = _____ x 100 = %	



INDICE DE PLACA DENTICIÓN TEMPORAL		
INDICE DE O'LEARY	INTERPRETACIÓN	CANTIDAD
Menor 20%	Aceptable	
20.1% a 30%	Cuestionable	
Mayor 30.1% a 100%	Deficiente	

INDICE DE PLACA DE O'LEARY DENTICIÓN PERMANENTE	INDICE DE O'LEARY = $\frac{\text{NÚMERO DE DENTONES CON PLACA}}{\text{TOTAL DE DENTONES}} \times 100$
IPO = _____ x 100 = %	



INDICE DE PLACA DENTICIÓN PERMANENTE		
INDICE DE O'LEARY	INTERPRETACIÓN	CANTIDAD
Menor 20%	Aceptable	
20.1% a 30%	Cuestionable	
Mayor 30.1% a 100%	Deficiente	

Anexo 7: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____ **FECHA:** _____

Yo:....., **representante del niño/a** **con número de cédula:** _____

1.- Por medio del presente documento, informo que mi representado ha accedido a la apertura de su historia clínica odontológica. Aclarando, que, de ser el caso, cualquier otra intervención a parte de diagnóstico será solicitada o autorizada nuevamente por escrito su ejecución.

2.- Para todos los fines legales pertinentes declaro que de igual manera manifiesto y autorizo que mi representado y mi persona hemos proporcionado información por medio de las respuestas de cuestionarios aplicados.

3.- Consiento que la información de mi representado que se encuentra en la Historia Clínica Odontológica y los cuestionarios pueda ser utilizadas para fines educativos, investigativos o para publicaciones científicas, siempre y cuando se maneje la respectiva codificación para mantener el anonimato.

4.- Finalmente declaro que el texto anterior, me ha sido explicado detalladamente en su contenido.

Para constancia libre y voluntariamente firmo.

FIRMA: _____

C.C: _____

Anexo 8: Formato de cronograma de recolección de datos

CRONOGRAMA DE RECOLECCIÓN DE DATOS							
INVESTIGADOR			Dayana Guerrero				
UNIDAD EDUCATIVA			Nicanor Larrea León				
DOCENTE RESPONSABLE			Lic. Marco Chavez				
FECHA Día/mes/año	HORA	GRADO/ CURSO	LUGAR	ESTUDIANTE	SUPERVISOR DE INVESTIGACIÓN	FIRMA DEL REPRESENTANTE	OBSERVACIONES
15/05/2021	10:00	2 ^{do} BGU	Unidad Educativa	Santiago Morales Espinoza		*****	

Firma estudiante responsable

Firma coordinador responsable



Oficio N° 68 R-UECECH
Riobamba, 05 de mayo del 2021

Señor
Joel Jiménez Bonilla
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA
Presente.

De mi consideración:

A nombre de la Unidad Educativa "Capitán Edmundo Chiriboga" reciba un cordial y atento saludo, a su vez me permito informar que en respuesta al oficio sin número con fecha 4 de mayo del 2021 dirigido hacia mi persona y que en su parte central manifiesta "(...) *solicitar muy comedidamente se digne en otorgarme la AUTORIZACIÓN para coordinar con padres de familia y estudiantes de Tercer Año de Bachillerato, la recolección voluntaria de información (apertura de historias clínicas odontológicas y cuestionarios de hábitos) para la ejecución del micro proyecto titulado "Caracterización de salud oral en escolares. Sector 1. Riobamba, 2021" (...)*". Al respecto en calidad de Rector (E) de la Institución se **AUTORIZA** su solicitud tomando en cuenta el **Oficio Nro. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0538-O** con fecha 31 de marzo firmado por Mgs. Wilson Antonio Molina Machado Director Distrital de Educación 06D01 – Chambo Riobamba, ruego coordinar con los compañeros tutores de **TERCER AÑO DE BACHILLERATO GENERAL UNIFICADO PARALELO E, F, G y H**, cursos con los cuales se desarrollará dicha actividad recomendando cuidar de no afectar el desenvolvimiento normal de clases.

Particular que comunicó a Usted para los fines consiguientes.

Atentamente;

MSc. Joe Guamán
RECTOR



Riobamba, 18 de junio de 2021

Master

Miriam Bonifaz

RECTORA COLEGIO NACIONAL CHAMBO"

Presente

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo en las funciones que desempeña en favor de su institución educativa. Con el antecedente que mediante Oficio Nro. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0538-O, remitido por el director del Distrito de Educación 06D01 - Chambo Riobamba, se autoriza la ejecución del proyecto de investigación denominado **"Programa educativo para la promoción de la salud bucodental"**. Yo, JIMENEZ BONILLA JOEL ALEXIS con cédula de identificación: 0550223788 estudiante de la carrera de ODONTOLOGÍA de la Universidad Nacional De Chimborazo, por medio de la presente me dirijo a usted con el afán de solicitar muy comedidamente se digne en otorgarme la **AUTORIZACIÓN** para coordinar con padres de familia y estudiantes de **Segundo De Bachillerato**, la recolección voluntaria de información (apertura de historias clínicas odontológicas y cuestionarios de hábitos) para la ejecución del micro proyecto titulado **"CARACTERIZACIÓN DE SALUD ORAL EN ESCOLARES. SECTORI RIOBAMBA 2021"**.

Cabe recalcar que antes de recolectar los datos necesarios, se realizará reuniones previas con los docentes encargados y padres de familia vía telemática, con el fin de socializar las actividades que se realizarán y coordinar la manera más adecuada sin poner en riesgo la salud de los participantes.

Por su atención, mi agradecimiento;

Atentamente;



JIMENEZ BONILLA JOEL

C.I. 0550223788

Ajunta. - Oficio Nro. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0538-O

Resolución de aprobación de tema de tesis

RECIBIDO
MIRIAM BONIFAZ
RECTORA
18-06-2021

AUTORIZADO



Oficio Nro. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0538-O

Riobamba, 31 de marzo de 2021

Asunto: COMPROMISO CIUDADANO; Of. N°. UNACH-FCS-DCO-2021-162-TT; Dr. Carlos Albán Hurtado; Director de Carrera de la UNACH; solicitando la autorización para la aplicación del Proyecto de Investigación.

Señor Odontólogo
Carlos Alberto Alban Hurtado
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0600-E, COMPROMISO CIUDADANO; Of. N°. UNACH-FCS-DCO-2021-162-TT; Dr. Carlos Albán Hurtado; Director de Carrera de la UNACH; solicitando la autorización para la aplicación del Proyecto de Investigación. Al respecto este Distrito Educativo 06D01 Chambo Riobamba, comunica que luego de haber revisado el documento, **autoriza** su solicitud, para que de una manera coordinada con las autoridades institucionales se pueda llevar a cabo dicha actividad, al tiempo de indicar que se debe cuidar de interrumpir el normal desenvolvimiento del horario de clases, de manera significativa.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Wilson Antonio Molina Machado

DIRECTOR DISTRITAL DE EDUCACIÓN 06D01 - CHAMBO RIOBAMBA

Referencias:

- MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0600-E

Anexos:

- of_n°_unach-fcs-dco-2021-162-tt_of_carlos_alban_hurtado.pdf

lv/et

Recibido
21-06-2021
[Firma]