



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

Título:

“Influencia sociofamiliar y conocimiento personal en el estado de salud oral de escolares. Sector 2. Riobamba, 2021”

Trabajo de Titulación para optar al título de Odontólogo

Autora:

Barreno Ocaña Karol Lizbeth

Tutora:

Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón

Riobamba, Ecuador. 2023

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, Karol Lizbeth Barreno Ocaña, con cédula de ciudadanía 1803154796, autora del trabajo de investigación titulado: Influencia sociofamiliar y conocimiento personal en el estado de salud oral de escolares. Sector 2. Riobamba, 2021, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 08 de marzo de 2023



Karol Lizbeth Barreno Ocaña

CI: 1803154796

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, **Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón**, certifica que la señorita **Karol Lizbeth Barreno Ocaña** con C.I:180315479-6, se encuentra apta para la presentación del proyecto de investigación: **“INFLUENCIA SOCIOFAMILIAR Y CONOCIMIENTO PERSONAL EN EL ESTADO DE SALUD ORAL DE ESCOLARES. SECTOR 2. RIOBAMBA, 2021”** y para que conste a los efectos oportunos, expido el presente certificado, a petición de la persona interesada, el **10 de febrero** en la ciudad de Riobamba del año 2022.

Atentamente,



Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón

DOCENTE – TUTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PÁGINA DE REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de revisión del proyecto de investigación: “INFLUENCIA SOCIOFAMILIAR Y CONOCIMIENTO PERSONAL EN EL ESTADO DE SALUD ORAL DE ESCOLARES. SECTOR 2. RIOBAMBA, 2021” presentado por la Srta. **Karol Lizbeth Barreno Ocaña** y dirigida por la **Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón**, una vez revisado el proyecto de investigación con fines de graduación, escrito, se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, se procede a la calificación del informe del proyecto de investigación.

El cual Por lo expuesto:

Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón

Tutora

Firma

Dra. Katy Llori Otero

Miembro del Tribunal

Firma

Dr. Xavier Salazar Martínez

Miembro del Tribunal

Firma



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

Riobamba 25 de febrero del 2023
Oficio N° 130-2022-2S-URKUND-CID-2023

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 la **Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón**, 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- 157698043	Influencia sociofamiliar y conocimiento personal en el estado de salud oral de escolares. Sector 2. Riobamba, 2021	Karol Lizbeth Barreno Ocaña	11	x	

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ

Firmado digitalmente
por CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2023.02.23
1206:59-05107

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

DEDICATORIA

Dedicado principalmente a dios mi mayor fuente de fe, y seguido dedico este trabajo a mis padres porque cuidaron y educaron con sus valores honestos y humildes siempre desde mi niñez, dándome ánimos en los momentos más duros que se me presentaron y alentándome a seguir adelante. A mi mami Sonia Ocaña mi mejor amiga incondicional quien me acompaña cada día dándome todo lo a su alcance inculcándome ser independiente y estudiar para poder ser una buena profesional; a mi padre Julio Barreno quien siempre me apoya aconsejándome y siendo parte importante de este mérito propio; también a mi hermano Marcelo quien fue inspiración en mi infancia para poder estudiar y tener una carrera en el área de salud, a mi Novio Alexander quien me apoyó a culminar con la realización de este proyecto; y finalmente a mi amiga Nicol por ser mi soporte psicológico y emocional a lo largo de la carrera. Puesto que, la dedicación, lucha constante, llanto y trabajo son reflejados en este trabajo siendo solo uno de los primeros avances y méritos que desde ahora me mentalizare en conseguir.

Karol Lizbeth Barreno Ocaña

AGRADECIMIENTO

En primera instancia quiero agradecer a mi Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud Carrera de Odontología por brindarme los conocimientos necesarios a lo largo de estos años por medio de los docentes quienes me fomentaron un crecimiento personal y a nivel académico. Además, agradezco de manera muy especial para mi tutora académica Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón principal colaboradora durante todo este proceso, quien con profesionalismo me ha orientado para la culminación y desarrollo de este trabajo; de igual manera a todos mis docentes a lo largo de la carrera.

Karol Lizbeth Barreno Ocaña

INDICE GENERAL

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	18
1.3. OBJETIVOS.....	19
1.3.1. GENERAL.....	19
1.3.2. ESPECÍFICOS.....	19
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	20
2.1.2 Salud.....	20
2.1.3 Salud bucodental.....	20
2.1.4 Conocimiento de la salud bucodental.....	20
2.1.4.1 Nivel de conocimiento en salud oral.....	20
2.2 Patologías bucodentales frecuentes en escolares.....	21
2.3 Caries dental.....	22
2.3.1 Epidemiología.....	23
2.3.2 Factores etiológicos.....	23
2.4 Índice de caries CPOD y ceod.....	23
2.4.1 Placa bacteriana.....	24
2.4.2 Índices de placa bacteriana O´Leary.....	25
2.4.3 Agentes reveladores de placa.....	25
2.6 Métodos de prevención de caries.....	26
2.6.1 Educación en salud oral.....	26
2.6.2 Fluoruros.....	26
2.6.3 Sellantes.....	26

2.7 Control mecánico de la placa.....	27
2.7.1 Técnicas de cepillado	27
2.7.2 Pastas dentales	27
2.8 Aspectos endógenos de la salud oral.....	28
2.8.1 Tipos de aspectos que influyen en la salud oral.....	28
2.8.1.1 Aspectos sociofamiliares	28
2.8.1.2 Aspectos socio demográficos.....	29
2.8.1.3 Aspectos socioeconómicos	29
2.8.1.4 Aspectos socioeducativos	29
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	30
Tipo de investigación	30
Diseño de la investigación.....	30
Población.....	30
Criterios de selección	30
Entorno.....	30
Técnicas e instrumentos	30
Las técnicas utilizadas: método de.....	30
Análisis estadístico.....	31
Operacionalización de las variables.....	31
-Variable Independiente	31
Variable Dependiente.....	32
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN.....	43

5. CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	50
XI. ANEXOS.....	58
ANEXO 1 Autorización para la aplicación del proyecto de investigación generada por el Distrito de Educación Chambo – Riobamba.....	59
ANEXO 2 Cronograma de recolección de datos.....	60
ANEXO 3 Encuesta sobre salud oral y hábitos a profesores de educación inicial	61
ANEXO 4 Cuestionario de conocimientos sobre salud oral para estudiantes	69
ANEXO 5 Historia clínica Odontológica (formato 033)	73
ANEXO 6 Consentimiento informado para padres de familia.....	76

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Valoración del Índice de O'Leary	24
Tabla 2.	Operacionalización de la variable independiente.....	31
Tabla 3.	Operacionalización de la variable dependiente.....	32
Tabla 4.	Características sociofamiliares.....	33
Tabla 5.	Aspectos sociofamiliares en relación con el nivel de caries.....	34
Tabla 6.	Aspectos sociofamiliares respecto al nivel de placa	35
Tabla 7.	CPOD-ceod y nivel de conocimiento de estudiantes	38
Tabla 8.	CPOD-ceod y nivel de conocimiento de profesores	39
Tabla 9.	Índice de placa y nivel de conocimiento de estudiantes.....	39
Tabla 10.	Estadístico de prueba	42

INDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. Nivel de conocimiento sobre estado de saludo oral por parte de los estudiantes	36
Gráfico 2. Nivel de conocimiento sobre estado de saludo oral por parte de los docentes ...	38

RESUMEN

La presente investigación corresponde al análisis de la influencia del ámbito sociofamiliar y su relación con el grado de conocimiento de escolares y docentes entorno a la salud oral, en 4 unidades educativas del sector 2 de la ciudad de Riobamba. Esta investigación fue de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal; se recogió información de 9 docentes y 100 estudiantes. La técnica empleada para la obtención de los datos fue de observación y encuesta, como instrumentos el cuestionario e historia clínica. Los datos para medir el índice de caries e índice de placa dentobacteriana se obtuvieron en base a historiales clínicos. Como resultado se obtuvo el 63% de los escolares con nivel de placa bacteriana deficiente, el 36% aceptable y sólo el 1% cuestionable. Sin embargo, a pesar de la presencia de placa el índice CPOD-ceod se mostró favorable presentando un índice de caries bajo del 87%. Con respecto a la significancia estadística se encontró asociación entre los niveles de conocimiento de los estudiantes con el nivel de caries según el índice CPOD y ceod, y los niveles de placa evaluado mediante el índice O'Leary ($p=0.031$). Finalmente, se pudo concluir que el estado de salud oral de los escolares es totalmente independiente del entorno sociofamiliar y nivel de conocimiento de los profesores, y que los indicadores de salud oral se mostraron alentadores en la mayoría de los casos.

Palabras Clave: Caries, Índice CPOD-ceod, Índice O'Leary, sociofamiliar.

ABSTRACT

This research corresponds to the analysis of the influence of the socio-family environment and its relationship with the degree of knowledge of students and teachers about oral health in 4 academic units of sector 2 of the city of Riobamba. This research was observational, descriptive, and cross-sectional; information was collected from 9 teachers and 100 students. Observation and survey were used to obtain the data, and the instruments used were the questionnaire and clinical history. The data to measure the caries index and the plaque index were obtained based on clinical records. As a result, 63% of the schoolchildren had a poor level of bacterial plaque, 36% were accepted, and only 1% were questionable. However, despite the presence of plaque, the CPOD-ceod index was favorable, with a low caries index of 87%. Concerning statistical significance, an association was found between the students' knowledge levels with the level of caries according to the CPOD and ceod index and the levels of plaque evaluated by the O'Leary index ($p=0.031$). Finally, it could be concluded that the oral health status of the schoolchildren is totally independent of the socio-familial environment and the teachers' level of knowledge and that the oral health indicators were encouraging in most cases.

Keywords: Caries, CPOD-ceod index, O'Leary index, socio-familial.



firmado electrónicamente por:
MARIA FERNANDA
PONCE MARCILLO

Reviewed by:
Mgs. Maria Fernanda Ponce
ENGLISH PROFESSOR
C.C. 0603818188

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación estudia la influencia socio familiar y el conocimiento de las personas en el estado de salud oral de escolares en el sector 2 Riobamba 2021, considerando que la influencia socio familiar es un proceso que permite en los hogares determinar fortalezas y necesidades cuándo forma parte de un proceso o servicio que se va a generar. El análisis socio familiar y su influencia en el desarrollo del aprendizaje de hábitos saludables en el niño son importantes dentro del aspecto de su formación.

La falta de preocupación que presentan los padres de familia sobre la salud oral en sus hijos, ha sido uno de los motivos principales de esta investigación, considerando que la caries es un problema de salud pública a nivel mundial de origen multifactorial y que en Ecuador se describen como una prevalencia del 75,6% en la población escolar entre seis y quince años, ⁽¹⁾ por ello el motivo específico de crear estrategias de promoción y prevención en la educación de salud oral a docentes, padres de familia y estudiantes de las instituciones educativas es inherente.⁽²⁾

Esta investigación será desarrollada en primera instancia mediante la recopilación de información por medio de historiales clínicos de los escolares, siendo de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal. Las técnicas utilizadas fueron tanto la observación como la encuesta; el instrumento empleado fue el cuestionario; este estudio recoge su información a partir de un macro proyecto sobre conocimientos de salud oral aplicados a docentes, estudiantes y padres de familia; en un grupo muestral de 100 escolares, a través del cual, se analizaron y determinaron los aspectos sociofamiliares y conocimiento personal, que estableció el factor de influencia que determina la salud oral.

El objetivo principal de la presente investigación es determinar la influencia sociofamiliar y el conocimiento personal sobre higiene y hábitos orales de padres y maestros respecto al estado de salud oral de este importante sector de la ciudad de Riobamba.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud bucal es un componente indispensable de la salud general y es considerada un factor determinante en la calidad de vida. La caries dental es la enfermedad más prevalente a nivel mundial transformándose en un problema de salud pública; afectando a más de 2400 millones de personas en todo el mundo. Según el informe de la OMS⁽³⁾, es la cuarta enfermedad crónica más costosa de tratar como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dental, siendo un problema que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres.⁽⁴⁾

Una deficiente salud oral puede producir alteraciones en el sistema estomatognático ocasionando una afectación evidente en la calidad de vida, entre los más comunes se encuentran las maloclusiones producido por la pérdida prematura de dientes temporales cuando este se realiza antes del tiempo de exfoliación natural, provocando que los dientes definitivos no tengan espacio dentro de la cavidad oral lo que ocasiona dientes impactados o erupción en superposición y lejos de su espacio habitual.⁽⁵⁾

El apiñamiento dental como consecuencia tanto de maloclusiones y de hábitos dentales inadecuados también es un problema que afecta no solo la posición dental sino también en la economía familiar ya que muchos tratamientos presentan costos elevados que no pueden ser solventados por los padres de familia.⁽⁶⁾

Por otro lado, el indiscriminado consumo de azúcares y carbohidratos fermentables en la dieta y la exposición inadecuada de fluoruros producen una alta prevalencia de caries en los infantes seguido de una inadecuada implementación de hábitos de higiene orales en los niños producto del desconocimiento y poca supervisión por parte de los padres de familia hacia sus hijos.⁽⁷⁾

De acuerdo con un estudio realizado en escolares de Cutervo Perú en el 2017, se determinó la experiencia y prevalencia de caries dental ya que en América Latina no se evidencia los mismos resultados como en países industrializados, debido a las inequidades y desigualdades por lo que se puede establecer una alta prevalencia de enfermedades bucales; detallando la importancia de implementar políticas preventivas hacia este grupo de población en riesgo; mediante una

atención primaria regulada y optimizada.⁽⁸⁾

La población ecuatoriana presenta una alta prevalencia de caries, evidenciándose en los índices epidemiológicos realizados; de acuerdo al último estudio epidemiológico de salud bucal realizado por la Ex Dirección Nacional de Estomatología publicado en 1996, revela que el 88,2% de los escolares presentan caries. El ceod a nivel país a la edad de 6 años es apenas de 0,22, teniendo un rápido crecimiento conforme avanza la edad, así a los 8 años tenemos un promedio de 0,77, aumentando a 2,95 a la edad de 12 años; a los 15 años el CPOD aumenta drásticamente a 4,65, evidenciándose la gravedad del problema.⁽⁹⁾

Así también, una investigación realizada en Jaramijó en la provincia de Manabí en Ecuador mediante una encuesta aplicada para medir el nivel de conocimiento de higiene oral de las madres de niños/as de 0 a 3 años, se constató que las madres tienen un nivel de educación bajo y que este resultado influye de manera directa en la salud bucodental de sus hijos; comprobando que si existe una correcta educación de las madres sobre higiene oral mejoraría la salud bucodental de sus hijos.⁽¹⁰⁾

A nivel nacional en el área odontológica existe poca preocupación sobre salud oral de pacientes pediátricos por falta de conocimiento de los padres de familia, restando la importancia que tiene la salud oral que está en estrecha relación con la salud general, por ello organizaciones mundiales contemplan que una boca sana y un cuerpo sano van de la mano, ya que si por el contrario una mala salud dental puede tener consecuencias afectando su bienestar tanto físico como psicológico.⁽¹¹⁾

En Ecuador no existen cifras detalladas actualizadas por parte del Gobierno en el área odontológica a cerca del estado de salud bucal de la población infantil y de cómo ésta condiciona su calidad de vida, por lo que es de mucha importancia realizar una investigación adecuada no solo del estado bucal de los niños sino también ampliando el enfoque en su entorno mediante prevención dirigida y actualizada en la que el niño y los padres se integren en este programa preventivo; así como también transmitiendo información hacia los padres, maestros y profesionales de la salud, considerando un aspecto clave en el desempeño de un modelo de hábitos para lograr mantener una buena salud bucal.⁽¹²⁾

1.2.JUSTIFICACIÓN

La importancia del presente trabajo radica en conocer si los aspectos socio familiares tienen relación con la higiene y los hábitos orales, considerando que la salud es un eje fundamental en las familias que involucra no solo el aspecto de bienestar en el niño, sino más bien el bienestar general desde el ámbito socioeconómico hasta el aspecto psicológico.

Mediante esta investigación y los datos obtenidos en el proyecto de estudio se va a obtener una caracterización de la influencia sociofamiliar, el conocimiento personal en los padres de familia, maestros y el estado de salud oral de los escolares, buscando obtener una relación específica en los hábitos orales y reconocer si es que presenta un efecto diferente en el entorno familiar.

Mediante el desarrollo de este proyecto se pretende confrontar los altos índices de prevalencia de caries e índices de placa bacteriana tomando en cuenta que se ha observado una ineficacia en las campañas de promoción y prevención, y que tal vez las familias si tienen conocimiento al respecto sin embargo mediante los resultados insuficientes no se ha comprobado su eficacia.

En la actualidad existe un proyecto macro a nivel de la carrera de odontología y una de las aristas a investigar mediante los datos obtenidos sobre el aporte socio familiar y su influencia en el estado de salud oral de los escolares se buscará determinar cuál es el factor y la asociación que existe entre éstas y la salud oral para poder vincular y extender estudios más profundos referente al tema.

La ejecución del proyecto de investigación es viable ya que se basa en los lineamientos generales y específicos solicitados por la Universidad Nacional de Chimborazo, factible porque cuenta con el apoyo de la tutora experta en el área de la odontopediatría y, además la información fue recogida, validada y certificada a partir de los informantes de una manera adecuada. Siendo los beneficiarios directos los niños, padres de familia, maestros y profesionales de la salud oral y de manera indirecta los alumnos que mediante la difusión de este trabajo puedan acceder a esta información de primera mano sobre cómo mejorar la salud bucal de los escolares.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. GENERAL

- Determinar la influencia sociofamiliar y el conocimiento personal en el estado de salud oral de los escolares en el sector 2 Riobamba 2021

1.3.2. ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociofamiliares del grupo de estudio.
- Establecer la relación entre el aspecto sociofamiliar y su influencia en el estado de salud oral de los escolares con el índice CPOD, ceod e índice de O'Leary.
- Determinar el nivel de conocimiento de escolares y profesores del sector 2 Riobamba 2021 respecto al estado de salud oral
- Relacionar el nivel de conocimiento de escolares y profesores con el índice CPOD, ceod e índice de O'Leary.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1.2 Salud

La salud incluye aspectos fundamentales en el ámbito subjetivo de bienestar físico, psicológico y social, cumpliendo metas o funciones y aspectos sociales mediante una adaptación y trabajo socialmente productivo.⁽¹³⁾ Este si bien siempre se relacionó con el modelo de la atención médica, fue variando con el tiempo enfocada de manera puntual en la enfermedad del ser humano, por lo que fue ampliando sus horizontes desde el tradicionalismo hasta lo actual.⁽¹⁴⁾

2.1.3 Salud bucodental

La salud bucal es fundamental para gozar de una buena salud general y una buena calidad de vida, manifestado como la ausencia de dolor bucal y facial, patologías e infecciones y úlceras bucales, enfermedad periodontal (encía), caries, pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos.⁽¹⁵⁾

2.1.4 Conocimiento de la salud bucodental

El conocimiento es el proceso en que la persona construye y reconstruye su realidad, en base a las diversos hechos o educación que obtiene a lo largo de su vida; mediante éste el ser humano puede tener la potestad o libre albedrío de su vida según su criterio, por otro lado, el desconocimiento puede considerarse un factor de riesgo y repercutir en la calidad de vida.⁽¹⁶⁾

Según Lavastida, M y Gispert, A; la probabilidad del incremento del bajo nivel de conocimiento sobre las acciones para mantener los dientes y encías sanos en los hijos, corresponde al bajo nivel de conocimientos de las madres en cada uno de los aspectos estudiados, por lo que el nivel de conocimientos de las madres es un instrumento para identificar el nivel cognitivo de sus hijos adolescentes.⁽¹⁷⁾

2.1.4.1 Nivel de conocimiento en salud oral

El conocimiento sobre la salud bucal ayuda a formar los caminos necesarios en los programas de promoción y educación del servicio odontológico, porque si bien es un conocimiento cultural general, es la madre quien inculca valores y doctrinas en el niño; insistir en la responsabilidad para su propia salud oral, pudiéndose indicar la necesidad de insistir en programas preventivos apoyados por los docentes y las familias.⁽¹⁸⁾

El desempeño de los padres y docentes es uno de los pilares que sustenta el perfeccionamiento de la educación oral, ya que el profesor resulta una figura esencial en el proceso enseñanza aprendizaje para garantizar el enfoque hacia los escolares entorno a la práctica del bienestar oral en conjunto con los padres de familia quienes guían en sus hogares sobre las practicas adecuadas de cuidado bucal siempre y cuando tengan el conocimiento apropiado en lo que conlleva realizarlo.⁽¹⁹⁾

2.2 Patologías bucodentales frecuentes en escolares

2.2.1 Gingivitis

Es la inflamación del periodonto caracterizado especialmente por la presencia de sangrado en las encías, causado por una higiene bucal deficiente que favorece la formación de placa en los dientes, lo que causa inflamación del tejido de las encías que los rodean; esta alteración puede desencadenar en pérdida del soporte dentario cuando se encuentra en estadíos crónicos, el mismo que es producto de hábitos en la higiene oral incorrectos y deficientes.⁽²⁰⁾

2.2.2 Aftas bucales

Son lesiones de carácter benigno de etiología desconocida y con gran controversia que afectan la mucosa oral con manifestaciones redondas u ovaladas con bordes definidos en forma de cráter, como síntoma localizado se presenta de forma dolorosa con picazón y ardor. Según Sanz S⁽²¹⁾ se estima que entre un 20 y un 60% de la población en algún momento de su vida se ha visto afectada por este tipo de lesiones, siendo la población infantil la que presenta mayor incidencia.

2.2.3 Mal oclusiones dentales

Los problemas de oclusión dental en la población escolar es frecuente, siendo una alteración de las piezas dentales que afecta las relaciones estáticas y dinámicas de las piezas dentales con sus antagonistas produciendo relaciones oclusales inapropiadas; según Abarca L et al,⁽²²⁾ en un estudio realizado en Cuenca a 141 escolares se determinó que el 95,7% presentaron mal oclusiones dentales demostrando que es una enfermedad predominante y conlleva la necesidad de crear conciencia sobre la importancia de diagnosticar esta alteración a una edad temprana.

2.2.4 Traumatismos dentales

Los traumatismos dentarios son accidentes muy frecuentes entre la población infantil y juvenil, con una prevalencia que varía entre un 10.7 y un 43.8%, dependiendo de la edad, el sexo y la población seleccionada, el pico de incidencia en dentición temporal abarca de los 2 a los 4 años y en dentición permanente de los 8 a los 10 años tanto a hombres como mujeres; de acuerdo con Oliveira J et al⁽²³⁾; en un estudio realizado a 52 niños entre 5 y 13 años, los grupos de edades más afectados fueron de 8-10 y 11-14 con un 46.6%, siendo significativo el predominio en el sexo masculino con 67.3%.

2.2.5 Bruxismo

El bruxismo es el hábito de apretamiento o frotamiento de dientes ya sea diurno o nocturno con distintos grados de intensidad y persistencia en el tiempo, también es un trastorno neurofisiológico de los movimientos mandibulares que de forma progresiva desgasta los tejidos dentarios dando la apariencia de dientes muy pequeños reducidos en tamaño; en la mayoría de los casos los pacientes ignoran o les cuesta admitir que rechinan los dientes inconscientemente y que esta fricción involuntaria es la causa del desgaste dentario.⁽²⁴⁾

Estudios realizados sobre bruxismo en Cuba, refieren que la edad más crítica para esta enfermedad, es la comprendida entre los 7 y 10 años de edad, que corresponde con el período de dentición mixta, y que tiende a disminuir a medida que aumenta la edad, según Silva K et al⁽²⁴⁾ de 52 niños estudiados con bruxismo entre 5 y 11 años, 35 niños presentaron afectación mayor del bruxismo de entre 6-11 años de edad representando el 67,3 % del total.

2.3 Caries dental

La caries dental es una enfermedad crónica que se produce en la estructura dentaria producto de un desequilibrio dando como resultado una pérdida de la superficie dental del cual ocurre la destrucción localizada en los tejidos duros, ocasionando una disbiosis causada por el consumo de azúcares, por lo tanto, se considera que es una enfermedad azúcar-dependiente la misma que, si no se controla oportunamente afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.⁽²⁵⁾

2.3.1 Epidemiología

Según estimaciones publicadas en un estudio sobre la carga mundial de morbilidad Global Burden of Disease Study las enfermedades bucodentales afectan a casi 3500 millones de personas a nivel mundial, además se estima que 2400 millones de personas padecen caries en dientes permanentes y que más de 530 millones de niños sufren de caries en los dientes de leche; la misma que constituye un índice severo de afectación según la Organización Mundial de la Salud, por otro lado según el Ministerio de Salud Pública en Ecuador se considera que entre el 60 a 90% de estudiantes escolares a nivel nacional se ve afectado por esta dolencia.^{(4) (26)}

2.3.2 Factores etiológicos

La caries al ser una patología multifactorial se genera por una combinación bacteriana compleja, asociada en forma de biofilm adhiriéndose al diente; estos microorganismos requieren de carbohidratos como fuente de energía y producen ácidos de molécula pequeña que por difusión penetran en los cristales del esmalte que poco a poco si no es detenida esta lesión cavita la superficie destruyendo la pared que se mantiene intacta. Según Lorigo Cano et al, la sacarosa forma un papel fundamental en el desarrollo de caries ya que los azúcares dan un sustrato para que las bacterias cariogénicas proliferen y generen ácidos desmineralizadores del esmalte, produciendo una disbiosis de colonias de bacterias azúcar dependientes.⁽²⁷⁾

Por lo tanto, la caries se puede prevenir moderando la dieta, tanto su patrón, frecuencia, tipo de comidas y disminuyendo la ingesta de carbohidratos; además de la prevención del paciente mediante la utilización apropiada de pastas fluoradas con más de 1000ppm y la promoción de una buena limpieza oral.⁽²⁸⁾

2.4 Índice de caries CPOD y ceod

El índice de caries es un instrumento que se utiliza para medir el nivel de prevalencia cariogénica en una población específica y presenta dos índices uno para cada dentición, el índice ceo-d fue elaborado por Allen Gruebbel en 1944 como complemento del índice CPO que sus siglas significan dientes con presencia de caries, dientes perdidos por caries y dientes obturados que al existir la posibilidad de confundirse las letras CPO, se optó por utilizar la nueva simbología ceo-d dispuesta para la población infantil que codifica en dientes deciduos.⁽²⁹⁾

La sumatoria de estas posibles circunstancias determina el índice de caries de un individuo, el índice CPOD se considera a la edad adulta a partir de los 12 años siendo este índice el que establece una escala para medir la gravedad de caries desde muy bajo hasta muy alto y se utiliza también para comparar el estado de salud bucal.⁽³⁰⁾

El índice fue categorizado en rangos según el nivel de severidad establecido por la OMS:

Muy Bajo (0-1,2),

Bajo (1,3-2,6),

Moderado (2,7-4,4),

Alto (4,5-6,5) y Muy Alto (>6,5).

Las lesiones incipientes (mancha blanca), no son consideradas.⁽³¹⁾

2.4.1 Placa bacteriana

La placa bacteriana se la puede definir actualmente como biopelícula dental que se forma tanto en tejidos dentales blandos y duros, en donde los microorganismos patógenos se instalan y favorecen la formación de caries dental y de enfermedades periodontales, siendo afecciones que pueden ser severas y conllevar a la pérdida de piezas dentales, por lo que es importante la identificación prematura del riesgo que esta genera, para luego orientar acciones preventivas y terapéuticas.⁽³²⁾

Tabla 1. Valoración del Índice de O'Leary

Índice de placa	Interpretación
Menor 20%	Aceptable
20.1% -30%	Cuestionable
Mayor a 30.1%	Deficiente

Fuente: Chaple, A y Gispert, E ⁽³³⁾

2.4.2 Índices de placa bacteriana O'Leary

El índice de placa de O'Leary es un método que consiste en dividir cada diente en cuatro sectores o superficies ya sean mesial, distal, vestibular y lingual, para la realización de este método se utiliza un revelador de placa y se observa las superficies que se han teñido y calculamos el índice de placa de cada niño; esta herramienta es importante para la identificación de placa ya que no solo sirve para poder observar cuantitativamente sino que también es una guía para corroborar la importancia del paciente en realizar un esfuerzo de buena higiene bucal, y se obtiene aplicando la siguiente fórmula.⁽³²⁾

$$\text{Cantidad de superficies teñidas} \times 100 = \text{Total de superficies presentes.}^{(33)}$$

2.4.3 Agentes reveladores de placa

Los agentes reveladores de placa son soluciones con la capacidad de teñir el biofilm o placa bacteriana en las superficies dentales para que pueda ser detectada a simple vista, existen diferentes productos reveladores de placa los más comunes son en gotas, enjuague y gel o pastillas; la placa se tiñe de color de la sustancia que contenga en su composición, el revelador permite valorar y comprobar su evolución posterior de los métodos en los cuales se podrá mejorar los hábitos de higiene.⁽³⁴⁾

Los reveladores de placas se recomiendan de acuerdo con la indicación y necesidades de cada paciente:

Tabletas: Tiñen de color rojo la placa acumulada, el paciente debe masticar hasta disolver haciendo circular por toda la boca durante 1 minuto y posterior a ello se realiza enjuagues con agua. En la actualidad no se utilizan con frecuencia por la dificultad y el tiempo que conlleva teñir toda la boca.

Pastillas masticables dos tonos: tiñen de color azul la placa dental adherida con más tiempo y de color rojo-lila la más reciente.

Gel revelador: identifica la placa dental madura color azul y la reciente de azul claro, es muy útil para determinar el riesgo de caries de los pacientes siendo de uso profesional y requiere del uso de un microcepillo o una esponja.

Líquido revelador: presenta dos tonos uno que es capaz de teñir la placa más madura de color azul y la placa más reciente de color rojo.⁽³⁵⁾

2.6 Métodos de prevención de caries

2.6.1 Educación en salud oral

La educación dirigida a la población infantil tiene mucha importancia debido a que empieza en los primeros años de vida; el cepillado debe iniciarse cuando se inicia la primera salida de un diente y debe de ser supervisado hasta los 12 años, es entonces cuando el hábito y la técnica están bien instaurados; se deben inculcar hábitos dirigidos hacia una higiene bucodental adecuada, a su vez de promover una alimentación saludable y equilibrada limitando las comidas ricas en carbohidratos, donde la dieta debe ser un pilar fundamental para evitar la aparición de la caries y es desde la unidad familiar donde se debe iniciar la educación y prevención.⁽³⁶⁾

2.6.2 Fluoruros

El flúor es el elemento químico más reactivo que hace referencia a los compuestos que contienen fluoruro de la familia de los halógenos, de acuerdo a una revisión de Cochrane publicada en 2015 encontró que al añadir flúor en el agua los niños tuvieron un 35% menos de dientes cariados en la dentición decidua según el nivel ceod y la proporción de niños sin dientes cariados permanentes aumentó en un 14%.⁽³⁷⁾

La aplicación tópica ya sea en gel, espuma, barniz o pasta de fluoruros reduce la flora cariogénica oral y remineraliza la estructura dental, alterando cualitativamente la saliva; basándose en la evaluación del riesgo del paciente los principales productos utilizados a nivel odontológico se recomienda las concentraciones de flúor gel fosfato acidulado de 1.23% en 12,300ppm y el barniz en 22,300 ppm de fluoruro de sodio al 5%.⁽³⁸⁾

2.6.3 Sellantes

Los materiales preventivos utilizados como sellantes de fosas y fisuras permiten importantes beneficios a las piezas dentales si se colocan de manera adecuada, ya que la presencia de caries influye en la longevidad y la probabilidad de triunfo o fracaso del agente sellador, de acuerdo con evidencias actuales según Feldes C et al, indican que los selladores son efectivas en paralizar lesiones activas no cavitadas en esmalte demostrando una disminución de la microbiota viable

y detiene la lesión desde que el sellador permanezca intacto; es por ello que es útil en la prevención de caries ya que trabaja como una barrera defensora al cubrir las irregularidades del esmalte conservando sin impacto la acción bacteriana y la de los alimentos que ocasionan cariogenicidad.^{(38) (39)}

2.7 Control mecánico de la placa

2.7.1 Técnicas de cepillado

El procedimiento mecánico manual del cepillado dental busca la desestructuración del biofilm o placa bacteriana y aunque no se logre su erradicación completa esta técnica es de mucha ayuda para poder implementar un hábito de higiene oral que independientemente de la técnica del cepillado se ha demostrado que una buena higiene oral comienza desde la educación en promoción de la salud, la adopción de buenos hábitos y la buena realización de la técnica que se emplee.⁽⁴⁰⁾

Al comparar la técnica de Bass modificada con las técnicas habituales resulta que la primera es más efectiva en remover la biopelícula supragingival; por su parte Smutkeeree y cols mencionan que al comparar la técnica de Bass modificada frente a la técnica horizontal no se evidenció mejoras significativas del índice de placa bacteriana; otros estudios compararon la técnica de Bass con la técnica de Stillman y encontraron una reducción significativa del índice gingival, por lo que es necesario lograr implementar una buena técnica de cepillado dental que se ajuste a las necesidades de cada persona.⁽⁴¹⁾

2.7.2 Pastas dentales

La pasta dental o dentífrico es un elemento básico de la higiene bucal que ayuda en la descomposición de la placa dentobacteriana presentes en las superficies dentales mediante el empleo del cepillado dental, los componentes del dentífrico incluyen agentes abrasivos, agentes terapéuticos y el más destacado el flúor, convirtiendo al dentífrico en el principal vehículo para llevarlo de manera tópica al medio bucal.⁽⁴²⁾ De manera imprescindible los dentífricos deberían contener fluoruros en concentraciones de 1.000 a 1.500 y hasta 5.000ppm, las cantidades de las dosis no deben ser menores ya que no se absorbe la cantidad necesaria ni tampoco exceder ya que podría provocar fluorosis.

En 2017 en Lima (MINSA) recomienda el uso de pastas dentales con concentraciones de 1000 a 1500 ppm de flúor a partir de la primera erupción dental, sin embargo y a pesar de las evidencias y recomendaciones algunos estudios reportan que casi la mitad de las pastas dentales vendidas en Lima tenían cantidades de flúor debajo de lo recomendado no llegando a cumplir el objetivo de prevención. Asimismo Hernández A en 2019, refiere que las poblaciones de bajos ingresos económicos de áreas rurales con bajo nivel educativo y con menor acceso a servicios de salud oral, usan dentífrico con concentraciones inadecuadas de flúor (menos de 1000 ppm), esto se puede atribuir al desconocimiento de la población y la incapacidad para adquirir dentífricos con cantidades de flúor adecuadas, poniendo a la población en un riesgo mayor de padecer caries.⁽⁴³⁾

2.8 Aspectos endógenos de la salud oral

Son todos aquellos elementos externos que interfieren en la salud bucodental del niño considerando su carácter multifactorial, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), existen diversos factores que influyen directamente en la calidad de vida de los jóvenes entre los más relevantes se encuentra la pobreza, incapacidad para obtener un trabajo digno, falta de acceso digno a la salud y a los servicios públicos, y la baja calidad de la educación produciendo dificultad en su transición al futuro adulto.⁽⁴⁴⁾

La calidad de vida está relacionada en una parte importante con la salud, ya tiene mucho que ver con la percepción en la que el ser humano se enfrenta a la realidad de su entorno. Por lo que, existen personas que tienen una salud deteriorada pero la sobrellevan de mejor manera, en comparación con aquellas quienes no hacen el intento por progresar, esto puede ser debido a que muchos se adaptaron y por esa razón no están motivados a mejorar su condición bucodental.⁽⁴⁵⁾

2.8.1 Tipos de aspectos que influyen en la salud oral

2.8.1.1 Aspectos sociofamiliares

La salud inicia en el hogar y está orientado a un progreso en las familias ya que juegan un papel importante en la promoción de la salud bucal y la prevención de enfermedades, pero es necesario familias funcionales y bien estructuradas que contribuyan a un proceso formador, orientado a

través del abordaje integral y del rescate de la familia como el primer núcleo socializador del individuo. Por ello, la disfuncionalidad y el tipo de estructura familiar, así como las familias monoparentales, podrían incrementar el riesgo de sufrir caries dental y su severidad.⁽⁴⁶⁾

2.8.1.2 Aspectos socio demográficos

La alta prevalencia de caries dental afecta de 95 a 99 % de la población mundial y es la principal causa de la pérdida dental, uno de los factores asociados a esta patología es el bajo nivel socioeconómico donde se observa que los niños y adolescentes de áreas rurales, de pocos ingresos y de bajo nivel de escolaridad de los padres presentan bajos indicadores de salud oral comparados con los jóvenes urbanos quienes tienen 5.6 veces más probabilidad de tener una higiene oral óptima, debido a que posiblemente presenten un mayor acceso a los servicios de salud y al manejo de enfermedades.⁽⁴⁴⁾

2.8.1.3 Aspectos socioeconómicos

El nivel socioeconómico de las familias es una de las determinantes de la salud oral que se ve influenciado en el entorno del escolar, que de acuerdo a un reporte Nacional de Examinación de Nutrición en Salud del NIHNES (por sus siglas en inglés National Institute of Health and Nutrition and Examination Survey), la caries dental en dentición decidua ha aumentado considerablemente desde 1999 sobre todo en sectores en donde la población presenta un nivel socioeconómico bajo; es así que las familias de nivel socioeconómico pobre y geográficamente aisladas presentan efectos negativos con respecto a esta índole.⁽⁴⁷⁾

2.8.1.4 Aspectos socioeducativos

El nivel educativo de los padres de familia ha sido identificado como uno de los factores familiares que influyen en el rendimiento académico de los estudiantes y la forma en el cual se forma su aprendizaje en general, ya que los estudiantes cuyos padres asistieron a la universidad tienden a tener mejores resultados académicos e influye directamente en su capacidad de sobresalir en la sociedad; según Rodríguez y Guzmán⁽⁴⁸⁾, el nivel de formación de los padres mejora la forma en que los miembros de la familia interactúan al promover la adopción de dogmas y valores cognitivos vinculados con el comportamiento y el rendimiento académico.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo observacional descriptivo y de corte transversal debido a que se realizará en un periodo de tiempo específico.

Diseño de la investigación

Es de tipo no experimental, ya que no se manipularon las variables de estudio

Población

La población total de estudio estuvo constituida por 100 historias clínicas de niños y niñas escolares del sector 2 Riobamba, matriculados en los grados de las escuelas asignadas, se realizaron tanto a estudiantes, padres de familia y profesores, los cuales cuentan con los consentimientos informados correspondientes firmados por los representantes.

Criterios de selección

- Historias clínicas de niños que estén legalmente matriculados de las escuelas de la ciudad de Riobamba.
- Padres de Familia que acepten voluntariamente firmar el consentimiento informado.
- Historias clínicas que tengan los datos personales completos.
- Encuestas realizadas a niños, padres de familia y profesores.

Entorno

Riobamba, sector 2.

Técnicas e instrumentos

Las técnicas utilizadas: método de observación y test con la Historia Clínica Única Odontológica formulario 033 validado por el ministerio de Salud Pública del Ecuador y cuestionario como instrumento de recolección de datos.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS versión 27.

Operacionalización de las variables

-Variable Independiente: Influencia sociofamiliar y conocimiento personal

Tabla 2. Operacionalización de la variable independiente

Caracterización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
El nivel de conocimiento se expresa como un proceso continuo desarrollado por el ser humano en el cual los padres, Docentes y estudiantes adquieren información y lo enfocan a aprender obteniendo un conocimiento ya sea común o científico con el fin de aprender un tema en específico como salud oral.	Grado de conocimiento sobre salud oral de padres	<ul style="list-style-type: none">• Excelente• Bueno• Malo• Regular	Encuesta	Cuestionario
	Grado de conocimiento sobre salud oral de Docentes	<ul style="list-style-type: none">• Excelente• Bueno• Malo• Regular	Encuesta	Cuestionario
	Grado de conocimiento sobre salud oral de Estudiantes	<ul style="list-style-type: none">• Excelente• Bueno• Malo• Regular	Encuesta	Cuestionario

Variable Dependiente: Estado de salud Oral de los Escolares.

Tabla 3. Operacionalización de la variable dependiente

Caracterización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
El estado de salud oral se manifiesta como el equilibrio armónico en la cavidad oral sin presencia de dolor o enfermedad presente que se lo logra mediante la implementación de cuidados específicos como una higiene oral recurrente evitando así, la presencia de caries y enfermedades orales comunes.	Índice CPOD	-Nivel de Riesgo Bajo -Nivel de Riesgo Medio -Nivel de Riesgo Alto	Observación	Historia Clínica

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Se analizaron los datos recolectados de las 100 historias clínicas de escolares de acuerdo a la información obtenida de las encuestas dirigidas a estudiantes, padres de familia y maestros; de las diferentes unidades educativas del sector 2, Riobamba, obteniendo los siguientes resultados.

Tabla 4. Características sociofamiliares

Sexo del representante	f	%
Masculino	26	26
Femenino	74	74
Edad de los padres		
Jóvenes (< a 35) años	28	28
Adultos (35 a 65) años	69	69
Adultos mayores (65 en adelante) años	3	3
Nivel Estudios Padre		
Sin titulación	38	38
Secundaria	40	40
Bachillerato	12	12
Superior	10	10
Nivel Estudios Madre		
Sin titulación	42	42
Secundaria	36	36
Bachillerato	16	16
Superior	6	6
Nro. Hijos		
1 a 2	25	25
3 a 5	62	62
6 en adelante	13	13

Análisis: De acuerdo a las características sociofamiliares se encontró un alto porcentaje en el sexo femenino con un 74% como adulto responsable del escolar y con 26% del sexo masculino, siendo la madre la encargada directa en cuanto al cuidado de la salud oral; según la edad existe un 69% de adultos comprendidos entre 35 a 65 años, un 28% jóvenes menores a 35 años y un 3% adultos mayores de 65 años; respecto a nivel de estudios del padre el 40% presenta un nivel

de educación secundaria, sin titulación con un 38%, bachillerato el 12% y con educación superior el 10%; mientras que en el nivel de estudios de la madre en comparación con el nivel de estudios del padre presenta un alto porcentaje con el 42% sin titulación, con nivel de educación secundaria en un 38%, con bachillerato un 16% con mayor porcentaje que el nivel del padre y educación superior con el 6%. Por otro lado, según el número de hijos se observó que la mayoría de las familias tienen entre 3 a 5 hijos en un 62%, con el 25% de 1 a 2 hijos y con un 13% de 6 hijos en adelante.

Tabla 5. Aspectos sociofamiliares en relación con el nivel de caries

Aspectos sociofamiliares	Nivel de caries			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Nro Hijos				
1- 2 hijos	18	7	0	25
3- 5 hijos	58	4	0	62
6 hijos en adelante	11	1	1	13
Total	87	12	1	100
Nivel de educación de padre				
Sin Titulación	30	7	1	38
Secundaria	37	3	0	40
Bachillerato	11	1	0	12
Universitario	9	1	0	10
Total	87	12	1	100
Nivel de educación de madre				
Sin Titulación	34	7	1	42
Secundaria	33	3	0	36
Bachillerato	14	2	0	16
Universitario	6	0	0	6
Total	87	12	1	100
Puesto que ocupa en la familia				
Primero	28	4	0	32
Segundo	34	3	0	37
Tercero	13	4	0	17
Cuarto	3	0	0	3
Quinto	3	1	0	4
Sexto	3	0	0	3
Séptimo	2	0	0	2
Octavo	1	0	0	1

Noveno	0	0	1	1
Total	87	12	1	100

Análisis: De acuerdo a los aspectos sociofamiliares, nivel de caries en relación al número de hijos se encuentra que existe un bajo nivel de caries representado en un 87%, en el cual mayoritariamente se encuentra el grupo de 3 a 5 hijos con un 58%; por otro lado, de acuerdo al nivel de educación del padre y el nivel de caries se evidencia mayoritariamente que los hijos de padres que solo presentan la secundaria se encuentran en un 37% de nivel de caries bajo; además de acuerdo al puesto que ocupa el escolar en la familia los primeros y segundos hijos presentaron mayoritariamente un índice de caries bajo.

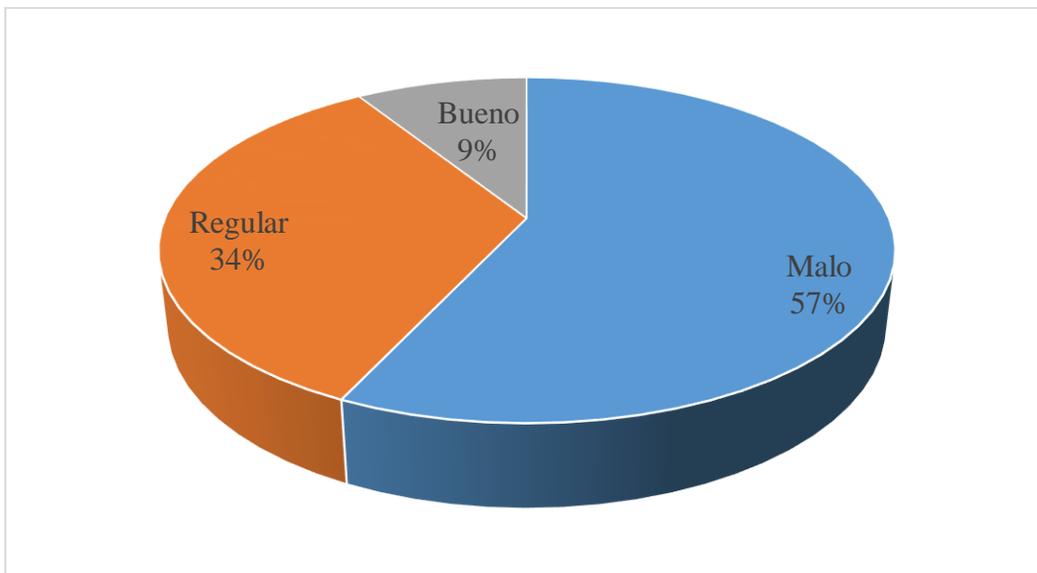
Tabla 6. Aspectos sociofamiliares respecto al nivel de placa

Aspectos sociofamiliares	Nivel de placa			Total
	Aceptable	Cuestionable	Deficiente	
Nro Hijos				
1- 2 hijos	7	0	18	25
3- 5 hijos	26	1	35	62
6 hijos en adelante	3	0	10	13
Total	36	1	63	100
Nivel de educación de padre				
Sin Titulación	10	1	27	38
Secundaria	17	0	23	40
Bachillerato	7	0	5	12
Universitario	2	0	8	10
Total	36	1	63	100
Nivel de educación de madre				
Sin Titulación	10	1	31	42
Secundaria	18	0	18	36
Bachillerato	7	0	9	16
Universitario	1	0	5	6
Total	36	1	63	100
Puesto que ocupa en la familia				
Primero	12	1	19	32
Segundo	14	0	23	37
Tercero	6	0	11	17
Cuarto	1	0	2	3
Quinto	0	0	4	4

Sexto	1	0	2	3
Séptimo	1	0	1	2
Octavo	1	0	0	1
Noveno	0	0	1	1
Total	36	1	63	100

Análisis: De acuerdo a los aspectos sociofamiliares en relación con el nivel de placa se encontró un alto porcentaje de nivel de placa deficiente con un 63%, y solo un 36% presenta nivel de placa aceptable; es así que, de acuerdo al número de hijos se encontró que de 3 a 5 hijos presentaron nivel de placa deficiente con un 35% seguido de 18% al grupo que tiene 1 a 2 hijos y solo el 10% presenta nivel de placa deficiente los que presentan 6 hijos en adelante, y solo el 26% del grupo de 3 a 5 hijos presentó un nivel de placa aceptable; por otro lado, en relación al nivel de educación del padre se encontró que los hijos de padres que se presentan sin titulación mostraron un nivel de placa deficiente con un 27%, seguido de un 23% de los que presentan secundaria, y solo el 17% de los que presentan secundaria se mostró con nivel de placa aceptable. Además de acuerdo con el puesto que ocupa el escolar en la familia se encontró mayoritariamente el nivel de placa deficiente a los que ocupan en primer puesto con un 19% y segundo puesto con 23% en la familia, y solo el 14% en segundo lugar y primero con 12% con nivel de placa aceptable.

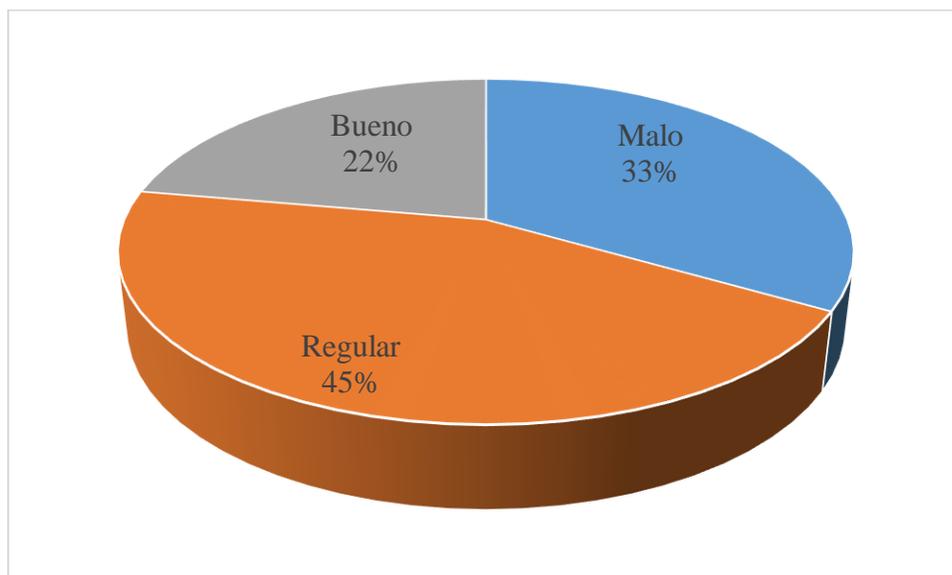
Gráfico 1. Nivel de conocimiento sobre estado de salud oral por parte de los estudiantes



Análisis: En referencia al nivel de conocimiento sobre el estado de salud oral en la mayoría de

los escolares se evidenció un nivel Malo con el 57%, seguido de un nivel Regular con el 34% y con un nivel Bueno el 9%.

Gráfico 2. Nivel de conocimiento sobre estado de salud oral por parte de los docentes



Análisis: En referencia al nivel de conocimiento sobre el estado de salud oral en la mayoría de los docentes se evidenció un nivel Regular con el 45%, seguido de un nivel Malo con el 33% y con un nivel Bueno el 22%.

Tabla 7. CPOD-ceod y nivel de conocimiento de estudiantes

CPOD y ceod		Conocimiento de estudiantes			Total
		Malo	Regular	Bueno	
Bajo	f	46	32	9	87
	%	80.70%	94.10%	100.00%	87.00%
Medio	f	10	2	0	12
	%	17.50%	5.90%	0.00%	12.00%
Alto	f	1	0	0	1
	%	1.80%	0.00%	0.00%	1.00%
Total	f	57	34	9	100
	%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Análisis: De acuerdo con el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre salud oral y su relación con el índice de caries, se obtuvo que el 87% de la población en estudio tiene un nivel bajo de caries, que relacionándolo con el nivel de conocimiento se puede observar que el 80.7% de ellos posee un conocimiento malo sobre salud oral, el 94.1% posee un conocimiento regular, y la totalidad de ellos presenta un conocimiento aparentemente bueno. El 12% de la población

tiene un nivel de caries de nivel de medio que al relacionarlo se observa que el 17.5% posee un nivel de conocimiento malo, seguido del 5.9% con un nivel regular y ninguno presenta nivel alto de conocimiento. Por otro lado, solo el 1.8% de estudiantes restantes presentó un alto nivel de caries y un alto nivel de conocimiento.

Tabla 8. CPOD-ceod y nivel de conocimiento de profesores

CPOD y ceod		Conocimiento de docentes			Total
		Malo	Regular	Bueno	
Bajo	f	3	3	2	8
	%	100.00%	75.00%	100.00%	88.90%
Alto	f	0	1	0	1
	%	0.00%	25.00%	0.00%	11.10%
Total	f	3	4	2	9
	%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Análisis: Al relacionar el nivel de conocimiento de los profesores con el nivel de caries de los estudiantes se observó que de los 9 docentes encuestados, 4 de ellos poseen un nivel regular de conocimiento, seguido de 3 de ellos con un nivel malo, y solo 2 docentes poseen un nivel bueno.

Tabla 9. Índice de placa y nivel de conocimiento de estudiantes

Índice de placa		Malo	Regular	Bueno	Total
Aceptable	f	15	15	6	36
	%	26.30%	44.10%	66.70%	36.00%
Cuestionable	f	0	1	0	1
	%	0.00%	2.90%	0.00%	1.00%
Deficiente	f	42	18	3	63
	%	73.70%	52.90%	33.30%	63.00%
Total	f	57	34	9	100
	%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Análisis: De acuerdo con el índice de placa en relación con el nivel de conocimiento de los estudiantes, se obtuvo que el 63% de la población en estudio presentó un nivel de placa deficiente que relacionado con el nivel de conocimiento se puede observar que el 73.70% de ellos presentó un nivel malo de conocimiento, el 52.90% posee un conocimiento regular y solo el 33.30% presentó un nivel de conocimiento bueno. El 36% de la población tiene un nivel de

placa aceptable que relacionándolo con el nivel de conocimiento se obtuvo que el 66.70% de ellos presento un nivel de conocimiento bueno, el 26.30% posee un nivel malo y el 44.10 de ellos presento un nivel de conocimiento regular. Por otro lado, el 1.00 % de la población presento un nivel de placa cuestionable en donde solo el 2.90% posee un nivel de conocimiento regular.

Análisis de significancia

Hipótesis 1

H_0 = No existe asociación o relación entre los niveles de conocimiento de los estudiantes y los niveles de caries según el índice CPOD-ceod.

IC= 95%

Error = 5%

Decisión de la prueba: Si p es menor que 0.05 se rechaza H_0

Prueba

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.649a	1	0.031		
Corrección de continuidad	3.444	1	0.063		
Razón de verosimilitud	5.18	1	0.023		
Prueba exacta de Fisher				0.037	0.028
Asociación lineal por lineal	4.603	1	0.032		
N de casos válidos	100				

a 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.59.

b Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Conclusión: El valor de significancia fue menor a 0,05 ($p=0.031$) por tanto se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe asociación o relación entre los niveles de conocimiento de los estudiantes y los niveles de caries según el índice CPOD-ceod.

Hipótesis 2

H_0 = No existe asociación o relación entre los niveles de conocimiento de los estudiantes y los niveles de placa.

IC= 95%

Error = 5%

Decisión de la prueba: Si p es menor que 0.05 se rechaza H_0

Prueba

Tabla 10. Estadístico de prueba

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.966a	2	0.031
Razón de verosimilitud	6.862	2	0.032
Asociación lineal por lineal	6.857	1	0.009
N de casos válidos	100		

a 1 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.24.

Conclusión: El valor de significancia fue menor a 0,05 ($p=0.031$) por tanto se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe asociación o relación entre los niveles de conocimiento de los estudiantes y los niveles de placa según el índice de O'Leary.

DISCUSIÓN

Según el estudio de Cuervo A et al ⁽⁴⁹⁾ en el cual se evaluó la participación de los padres familia en cuanto a la educación de los hijos, se establece que la responsabilidad respecto de la salud oral recae de manera sustancial mayoritariamente en los representantes de sexo femenino, es decir en las madres de familia con el 55%; estos resultados se muestran similares al presente estudio considerando que el 74% de los representantes del grupo de estudio fueron mujeres y solo el 26% fueron hombres. Por otro lado, en el mismo estudio se indica que las edades comprendidas de los padres de familia fueron de 27 y 59 años; difiriendo en este rango de edades debido a que se evidenció que la mayoría de los padres de familia presentaron entre 35 a 65 años, al considerar que la población estudiada estuvo constituida por niños y adolescentes de primaria y bachillerato.

De acuerdo al estudio de Ramírez y colaboradores ⁽⁵⁰⁾, respecto al nivel educativo de los padres de familia se evidenció que el 60 % de los participantes terminaron la secundaria, seguido del 33% la primaria y, finalmente, solo el 6 % terminó la universidad; en comparación con el presente estudio en el que se observan datos similares presentándose en el padre el 40% siendo superior al de la madre con el 36% con respecto al nivel de educación secundaria; sin embargo, en ambos padres existen un alto porcentaje de haber terminado el bachillerato. Por otro lado, llama la atención que en ambos padres presentan educación sin titulación en un 38% en el padre y 42% en la madre, y solo el 10% y 6% tiene una educación superior.

Según Salinas R et al ⁽⁵¹⁾, la cantidad de miembros en el hogar incrementaron significativamente la probabilidad de ser pobres, y por ende la calidad de vida, así como también aspectos de salud y educación, debido a que el incremento de sus miembros en especial hijos menores genera que el hogar tenga 1,57 más probabilidades de caer en pobreza, y de igual manera si los miembros del hogar perciben un incremento en sus ingresos las posibilidades de ser pobre se reducen en un 15%. Por lo que, en comparación con el presente estudio se evidenció que la mayoría de las familias tienen entre 3 a 5 hijos en un 62%, también se encontró que el 25% tienen de 1 a 2 hijos y solo el 13% tiene más de 6 hijos. Lo que indicaría que esta cantidad de miembros del hogar puede generar ciertas dificultades en el desarrollo, calidad de vida y cuidado en su salud debido a que las condiciones de manutención se vuelven mayormente complicadas respecto al aspecto

socioeconómico en base a la cantidad de miembros menores que se presenta en el hogar.

Por otro lado, el estudio realizado por Cárdenas et al⁽⁴⁶⁾, mostró que el nivel de escolaridad de los padres de familia en su mayoría fue de secundaria incompleta con un 38%, pero esta no fue estadísticamente significativa al relacionarlo con la presencia de caries en sus hijos; que en comparación con los valores registrados en la presente investigación se encontró que son similares debido a que los padres de familia presentaron mayoritariamente un nivel de educación secundaria; además, el estudio citado señala que se encontró asociación entre las familias con más de 2 hijos menores de 12 años y el nivel educativo bajo del padre determinándolo como factor de riesgo para la presencia de caries dental en los escolares; por lo que, difiere de la presente investigación ya que el nivel de caries del grupo de estudio fue bajo con el 58% en las familias que presentan 3 a 5 hijos. Esto concuerda con González-Nieto G⁽⁵²⁾ quien estableció que no existen diferencias significativas con respecto al nivel de instrucción de las madres, profesión del jefe de familia o ingresos económicos familiares con la prevalencia de caries en los niños; lo que indicaría que el nivel de escolaridad de los padres y el número de hijos no es un aspecto que influya considerablemente en el impedimento para mantener un buen estado de salud oral de sus hijos y mantenerlos saludables.

Por otra parte, Martínez L et al⁽⁵⁰⁾, en su estudio relacionó el aspecto social con la salud oral en el cual se demostró que los escolares presentaron un índice de placa malo cuyo promedio fue de 73,33%; que en comparación con la presente investigación con respecto al nivel de placa se evidencia similitud mismo que encontró un mayor porcentaje de nivel de placa deficiente con el 63%; además, en el mismo estudio se menciona que el nivel educativo de los padres fue mayoritariamente en la secundaria con el 60%, presentando similitud en los resultados de este estudio al denotar un nivel de estudios del padre correspondiente al 40% con secundaria; sin embargo, difiere del nivel de educación de la madre en el que se presenta sin titulación con el 42%. Lo que indicaría que un alto índice de placa está relacionado de manera importante con la deficiencia de hábitos de higiene oral siempre y cuando sea supervisado por el adulto responsable.

Según Carvajal L et al⁽⁵³⁾, en un estudio realizado a escolares para medir el nivel de conocimiento sobre el riesgo de la caries dental se encontró que la mayoría obtuvo valores

inadecuados con el 73.3% mientras que el 26.7% obtuvo valores adecuados. Que al compararlo con la presente investigación se encontró similitud existiendo más de la mayoría de estudiantes con conocimientos de salud oral en un nivel Malo siendo a la vez inadecuados.

Por otro lado; en un estudio realizado por Barrios M et al⁽¹⁸⁾, en el cual se relacionó el nivel de conocimientos sobre salud oral en adolescentes de 12 a 15 años mediante un cuestionario aplicado; mostró que el 45,7% obtuvieron conocimientos insuficientes y el 54.30% conocimientos suficientes; cuyos valores difirieren de la presente investigación evidenciando un nivel de conocimiento malo en su mayoría considerados como insuficientes, y solo un bajo grupo con un nivel Bueno; cabe destacar que la población estudiada presenta una edad más amplia comprendida desde los 6 hasta los 18 años, lo que básicamente podría demostrar que los conocimientos bajos se estén presentando en las edad más tempranas posiblemente producto de su formación o entendimiento.

Por lo que, García J et al⁽⁵⁴⁾ considera de suma importancia incrementar el nivel de conocimientos en los escolares reforzando actividades de promoción y prevención a cerca del cuidado oral, en su estudio se evidencio que después de la intervención educativa los valores porcentuales aumentaron considerablemente hasta en un 50%, esto podría deberse a que al fortalecer la educación bucodental en los escolares estos tendrían mayores conocimientos y mejorarían su cuidado. Que en concomitancia con la presente investigación no se realizó una intervención mostrando conocimientos insuficientes; sin embargo, estos valores inaceptables no abarcan en su totalidad y puede evidenciarse ya que se encuentra un índice de caries es bajo lo que podría deberse a que en este grupo presenta algún tipo de campañas preventivas lo que indicaría un cuidado de salud oral,

Según un estudio realizado por Serrano K et al⁽⁵⁵⁾, en el que se llevó a cabo una relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres y educadores obteniendo un nivel Regular en su mayoría con el 53.9%, seguido de 27.0% con un nivel Bueno y con el 19.1% con un nivel Malo; por lo que al compararlo con la presente investigación presenta similitud ya que aunque los niveles no se consideran buenos por lo menos refleja que si existe un tipo de conocimiento sobre salud oral por parte de los profesores, que mediante capacitaciones se cubriría este tipo de falencias.

Del mismo modo Ramírez K et al⁽⁵⁶⁾, al realizar un estudio antes y después de la intervención educativa a profesores evidencio que el nivel de conocimientos sobre salud bucal antes de la intervención educativa en docentes de educación primaria fue regular con el 68.75% en su mayoría; mientras que al medir el nivel de conocimientos sobre salud bucal después de la intervención educativa en los mismos docentes los valores fueron de 84.38%; por lo que, al equiparlo con la presente investigación aunque no se realizó un intervención previa ni posterior los valores se consideran aceptables lo que podría significar que la intervención educativa aplicada a los docentes es efectiva al mejorar el nivel de conocimiento en salud bucal.

Según Hernández A⁽⁵⁷⁾ et al en su estudio relacionó el nivel de conocimiento sobre salud oral y el nivel de caries en estudiantes de secundaria básica, en los cuales mostró un nivel de conocimiento regular, y de ellos el 42,9% presentó caries dental no mostrando relación estadísticamente con significancia; en concomitancia con la presente investigación se observaron niveles de conocimientos malos y un nivel de caries bajo, sin embargo se denoto asociación o relación entre los niveles de conocimiento de los estudiantes y el nivel de caries; del mismo modo, se afirma que existe relación entre los niveles de conocimiento de los estudiantes y los niveles de placa.

5. CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Se identificaron las características sociofamiliares del grupo de estudio encontrando mayor presencia de madres de familia como adulto responsable de los escolares, entre los cuales se encontró mayor porcentaje en edades comprendidas entre 35 a 65 años; con respecto al nivel de estudios de ambos padres de familia se evidenció que existe mayor porcentaje con educación secundaria y sin titulación; además se encontró que las familias en su mayoría presentan de 3 a 5 hijos.

Se estableció la relación entre el aspecto sociofamiliar y su influencia en el estado de salud oral de los escolares con el índice de caries, del cual se evidenció posibles diferencias entre el aspecto sociofamiliar con la presencia de caries dental e índice de placa, puesto que se encontró un índice de caries aceptable y un índice de placa deficiente producido por el recambio dental que se presentan en los escolares al encontrarse un grupo de estudio amplio de distintas edades. Sin embargo, se denotó claramente que en el índice de placa deficiente no existe un adecuado hábito de higiene dental siendo éste un factor desencadenante de prevalencia de caries.

Se determinó el nivel de conocimiento de los escolares y profesores en el sector 2 Riobamba sobre salud oral; en el cual predominaron en los estudiantes un nivel Malo en su mayoría, mientras que los profesores del mismo modo en su mayoría prevalecieron con un nivel Regular.

Se relacionó el nivel de conocimiento de escolares, profesores con el índice CPOD-ceod e índice de O'Leary, y se afirma que existe asociación o relación entre los niveles de conocimiento de los estudiantes y el nivel de caries según el índice CPOD-ceod; del mismo modo, se afirma que existe relación entre los niveles de conocimiento de los estudiantes y los niveles de placa evaluado mediante el índice O'Leary ($p=0.031$). Sin embargo, no se encontró una relación entre el nivel de conocimiento de los profesores con el índice CPOD, ceod e índice de O'Leary.

Finalmente, es importante mencionar que no se encontraron relaciones significativamente estadísticas entre los aspectos sociofamiliares, nivel de conocimiento de los profesores y padres de familia con los indicadores de salud oral (índice O'Leary, CPOD, ceod).

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los datos recolectados en el estudio se recomienda tener presente que las características sociofamiliares son de vital importancia y que para futuros estudios se debería considerar algunas otras variables para determinar un indicador de nivel sociofamiliar como: ingresos económicos de los padres de familia, disfuncionalidad, tipo de afiliación a sistemas de salud, entre otros.

Fortalecer la salud oral desde un enfoque participativo mediante charlas teóricas hacia los escolares y padres de familia, en los cuales se promocionen temas sobre higiene oral, placa bacteriana y caries con un enfoque prioritario desde los más pequeños con el fin de impulsar la práctica e implementar un hábito de cuidado bucodental.

Se recomienda difundir los datos obtenidos en esta investigación a los establecimientos educativos evaluados, para que como autoridades planteen reforzar los conocimientos necesarios a estudiantes y a docentes acerca de la importancia del cuidado bucodental.

Se recomienda la implementación de estudios a gran alcance en el que se tomen en cuenta variables como indicadores de nivel sociofamiliar con datos completos para obtener una mejor amplitud del tema, además priorizando sectores rurales donde se pueda impartir conocimientos sobre salud oral en idioma quechua específicamente.

Este estudio presentó ciertas limitaciones metodológicamente para determinar un indicador de nivel sociofamiliar como zonas rurales, nivel socioeconómico, ingresos económicos, entre otros. Por lo tanto, no se puede establecer ninguna relación causal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Viteri-García A, Parise-Vasco JM, Cabrera-Dávila MJ, Zambrano-Bonilla MC, Ordonez-Romero I, Maridueña-León MG, et al. Prevalencia e incidencia de caries dental y efecto del cepillado dental acompañado de barniz de flúor en escolares de Islas Galápagos, Ecuador: protocolo del estudio EESO-Galapagos, Ecuador. Medwave [Internet]. 2020 Jul 29 [cited 2022 Mar 31];20(06):e7974. Available from: /link.cgi/Medwave/Estudios/Protocolos/7974.act
2. Santa Cruz-González NO, Pérez-Aquino CF, Villagra-Rivera N, Achucarro-Galeano S. Nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucodental de estudiantes de posgrado de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Asunción. Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud. 2019;17(2):56–63.
3. Hu J, Jiang W, Lin X, Zhu H, Zhou N, Chen Y, et al. Dental caries status and caries risk factors in students ages 12–14 years in Zhejiang, China. Med Sci Monit. 2018;24:3670–8.
4. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
5. González Gómez YA. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Rev Cuba Scielo [Internet]. 2015;19(1):66–76. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v19n1/rpr10115.pdf>
6. González M, Rodríguez L. Prevalencia, tipos y factores etiológicos de apiñamiento mandibular tardío en pacientes de ortodoncia en Tabasco, México, 2015-2016. Rev Mex Ortod. 2018;6(1):22–7.
7. Romero-González MA. Azúcar y caries dental. Rev Odontol Pediátrica. 2019;18(1):4–11.
8. Aquino-Canchari C, Ojeda-Gómez R, Díaz-Arteaga A. Prevalencia , Experiencia y Significancia de caries dental en escolares de Cutervo-Perú. Rev OACTIVA. 2018;3(2):21–4.
9. Raza X, Pinto G, Ayala E. Manual de educación para salud bucal para maestros y

- promotores. Minist Salud Publica [Internet]. 2010;32. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL EDUCATIVO PARA LA SALUD BUCAL PARA MAESTROS Y PROMOTORES.pdf>
10. Delgado Pilozo M, Chusino Alarcón E, Bravo Cevallos D. Nivel de conocimiento de higiene oral de las madres y su influencia en la salud bucodental. Rev Publicando [Internet]. 2016;3(7):90–7. Available from: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-NivelDeConocimientoDeHigieneOralDeLasMadresYSuInfl-5833486 \(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-NivelDeConocimientoDeHigieneOralDeLasMadresYSuInfl-5833486 (1).pdf)
 11. Federación Dental Internacional. El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global. [Internet]. Vol. Segunda es, Myriad Editions. 2015. 1–63 p. Available from: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh2_spanish.pdf
 12. Armas Vega A del C, Pérez Rosero ER, Castillo Cabay LC, Agudelo-Suárez AA. Quality of life and oral health among Ecuadorian preschoolers in relation to the educational level of their parents. Rev Cubana Estomatol. 2019;56(1):52–61.
 13. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. J Negat No Posit Results . 2020;5(1):81–90.
 14. Hurtado D, Losardo R, Bianchi R. Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. Rev Asoc Med Argent. 2021;134:18–25.
 15. EL PROYECTO SOFAR | SOFAR [Internet]. paho.org. 2020 [cited 2022 Apr 2]. Available from: <https://www.paho.org/sofar/sofar.html>
 16. González Sánchez J. Los niveles de conocimiento. Innovación Educ. 2014;14(65):133–42.
 17. Lavastida Fernández MA, Gispert Abreu E de los Á. Nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres. Rev Cuba Estomatol [Internet]. 2015;52(SupEsp):21–6. Available from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000500005

18. Morel Barrios M, Díaz Reissner C, Quintana Molinas ME. Nivel de conocimientos sobre salud oral e índice de caries en adolescentes de una escuela de Pirayú, Paraguay. *Pediatría (Asunción)*. 2019;45(3):212–6.
19. Díaz Valdés L, Valle Lizama RL. Percepción estudiantil sobre el desempeño docente en el curso optativo Actividad Deportiva y Salud Bucodental. *Edumecentro*. 2020;12(4):155–69.
20. Gingivitis - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2022 May 30]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/gingivitis/symptoms-causes/syc-20354453>
21. Sanz S. Aftas Bucales. *Farm Abierta* [Internet]. 2015;29(5):32–5. Available from: file:///C:/Users/Equipo/Downloads/X0213932412502272_S300_es.pdf
22. Margarita Salinas Abarca L, Danilo Urgiles-Urgiles C, Nemi Jiménez-Romero M. Dental Malocclusions in Schools of 12 Years in the Parish El Sagrario-Cuenca 2016. *Rev Salud Vida Sipanense*. 2017;4(2):58–66.
23. Oliveira-del Río JA, Alvarado-Solórzano AM, Guanotoa-Lincango BE. Características de traumatismo dental en niños de 5-13 años de edad. *Polo del Conoc*. 2018;3(5):150.
24. Kirenia P, Mora Pérez C, Álvarez Rosa I, González Arocha B, García Alpízar B, Morales Rosell L. Resultados de tratamiento estomatológico en niños con bruxismo. *MediSur* [Internet]. 2003;13(1):108–13. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Suarez HM, Pausa CM, Padrón ER, Pérez SE. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana Facultad de Estomatología “ Raúl González Sánchez ” Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. *ongreso Int Estomatol 2020 Fac Estomatol “Raúl González Sánchez” Univ Ciencias Médicas La Habana* [Internet]. 2020;2020:12. Available from: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/16/171>

26. Ortega F. Prevalencia de caries dental y factores sociodemográficos asociados a su aparición en la población escolar de Mangahuantag, Puenbo. *OdontoInvestigación*. 2020;6(2):12–33.
27. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. A, Lorido Cano I, González Huéscar A, Ferrer García MÁ, Zapata Carrasco MD, Ambel Sánchez JL, et al. Prevalencia de caries dental en escolares de educación infantil de una zona de salud con nivel socioeconómico bajo. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2019;21(82):e47–59. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Callejo. Ana. Todo sobre la caries [Internet]. *Cuidateplus*. 2019 [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2019/06/11/caries-170178.html>
29. Rocha Lorzundi JM, Gómez Gonzales WE, Bernardo Santiago G. Índice ceo-d y su relación con la calidad de vida en la salud oral de preescolares de la I.E. Cesar Vallejo de Chorrillos, junio 2018. *Horiz Médico* [Internet]. 2019;19(1):37–45. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000100007&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v19n1/a07v19n1.pdf
30. Bueno J, Gutiérrez J, Guerrero M, García R. Índice CPOD y ceo-d de estudiantes de una escuela primaria de la ciudad de Tepic, Nayarit [Internet]. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2019 [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2019/art-17/>
31. Morales Miranda L, Gómez Gonzales W. Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de preescolares de una escuela estatal. *Rev Estomatológica Hered*. 2019;29(1):17.
32. Chaple Gil AM, Gispert Abreu EÁ. “Amar” el índice de o’leary. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2019;56(4):1–6. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-85077628008&partnerID=MN8TOARS>

33. Ramos O. CA, Ramirez M. Efectividad de diferentes Técnicas Educativas Odontológicas en el Control de la Placa Bacteriana en Escolares. *Rev Salut.* 2018;1(1):52–78.
34. Ferrer L, Folguera S. Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica - Lara Ferrer Martínez, Sofía Folguera Ferrairó - Google Libros [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://books.google.com.ec/books?id=JA4tEAAAQBAJ&pg=PA5&dq=técnicas+de+yuda+odontológica/estomatológica+lara+ferrer+martínez+agentes+reveladores+de+placa&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiVgdzewPT2AhX4TDABHQxB-4Q6AF6BAgHEAI#v=onepage&q=técnicas de ayuda odontológ>
35. Rada B. Importancia del uso de revelador de placa ¿Qué es y cómo se usa? [Internet]. *Dentaly.org.* 2020 [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://www.dentaly.org/es/limpieza-dental/revelador-de-placa/>
36. Ferrer M, Lopez B, Guerri L, Rivas O, Rubio K, Sáez S, et al. Educación para la salud bucodental en educación infantil. *Rev Electrónica Portales Médicos* [Internet]. 2020 Jan 16 [cited 2022 Apr 1]; Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/educacion-para-la-salud-bucodental-en-educacion-infantil/>
37. Brazier Y, Cross K. Fluoruro: uso, riesgos y efectos secundarios [Internet]. *Medical News Today.* 2021 [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/fluoruro>
38. Andrade Massara M de L de, Barbosa Rédua PC. Manual de Referencia para Procedimientos Clínicos en Odontopediatria. 2da edición. Sao Paulo: ALOP; 2017. 1–32 p.
39. Cid D, Gutierrez J. Comparación en la aplicación de sellantes de fosas y fisuras con versus sin adhesivo : 2008-2018. 2018;(November):0–8.
40. Rizzo-Rubio LM, Torres-Cadavid AM, Martínez-Delgado CM. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. *CES Odontol.* 2016;29(2):52–64.
41. Laucirica Hernández C. La higiene oral y los efectos de la terapia periodontal mecánica. *Rev Habanera Ciencias Medicas* [Internet]. 2007;6(5):1–15. Available from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300003&script=sci_arttext

42. Genoveva AE, Fabián GJ, Gabriela CM, Patricia CM, Irene AR, Priscila MH, et al. Proporción de dentífrico empleado para cepillado dental en niños menores de 3 años en estancias infantiles de la ciudad de Tepic . Rev Tamé. 2019;8(22):870–2.
43. Hernández-Vásquez A, Azañedo D. Cepillado dental y niveles de flúor en pastas dentales usadas por niños peruanos menores de 12 años. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36(4):646–52.
44. Cerón-Bastidas XA. Relationship between quality of life and oral health in the adolescent population. CES Odontol [Internet]. 2018;31(1):38–46. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2018000100038&lang=es
45. Encalada Verdugo LS. Estudio Piloto Comparativo De Salud Oral Relacionada a La Calidad De Vida En Escolares Del Cantón Cañar Ecuador 2015. Odontol Act Rev Científica. 2018;1(1):12.
46. Díaz Càrdenas S, Arrieta Vergara K, González Martínez F. Factores Familiares asociados a la presencia de Caries Dental en Niños Escolares de Cartagena, Colombia. Rev Clínica Med Fam. 2011;4(2):100–4.
47. Caries dental en niños con nivel socioeconómico bajo en América – CienciAcierta [Internet]. [cited 2022 May 31]. Available from: <http://www.cienciacierta.uadec.mx/2017/03/26/caries-dental-en-ninos-con-nivel-socioeconomico-bajo-en-america/>
48. Rodríguez DR, Rosquete RG. Academic achievement of adolescents declared at risk. Rev Investig Educ. 2019;37(1):147–62.
49. Valdés Cuervo ÁA, Pavón MM, Sánches Escobedo PA. Participación de los padres de alumnos de educación primaria en las actividades académicas de sus hijos. Rev Electron Investig Educ. 2009;11(1):1–17.
50. Yuliana Ramírez Martínez L, David Londoño Oquendo C, Andrés Pineda Arango W,

- Aguirre Mejía J, Alonso Agudelo Suárez A. Salud bucal y determinantes sociales en escolares con limitación visual en Medellín. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2020;57(4). Available from: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2985>
51. Castro Salinas RJ, Rivera R, Seperak R. Impacto de composición familiar en los niveles de pobreza de Perú. *CUHSO · Cult - Hombre - Soc.* 2017;27(2):69.
 52. Gonzalez Nieto GA. Prevalence of caries and social classes in a group of children under 6 years old in southern Chile. *Medisur-Revista De Ciencias Medicas De Cienfuegos.* 2020;18(2):223–32.
 53. Carvajal L, Góngora C, Frías A, Pardo B, Llerena J. Intervención educativa sobre conocimiento de caries dental en escolares de sexto grado. *Univ Médica Pinareña* [Internet]. 2021;17(2):1–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8198588>
 54. Garcia J, Alicia R, Garcia G, Guadalupe V, Pascual B, Efigenia M, et al. Nivel de conocimientos sobre salud bucal en escolares de escuela pública después de la intervención educativa. 2020;5(suppl 3):65–8.
 55. Serrano K, Arévalo NS, Hernandez G. El conocimiento sobre salud bucal de padres y maestros de la Escuela especial La Edad de Oro Oral health knowledge of parents and teachers at La Edad de Oro special. *Correo Científico médico.* 2019;23(Ccm):512–27.
 56. Ramirez K, Mercado J, Cumpa R, Caceres T, Sucari Iw. *Revista Innova Educación. Rev Innova Educ* [Internet]. 2020;2(4):650–67. Available from: file:///C:/Users/MI_Pc/Downloads/187-Texto del artículo-505-5-10-20211207.pdf
 57. Hernandez A, Emilio RL, Evelin GM, Misleidy MM, Isabel Cristina AC. Prevalencia de caries dental y nivel de conocimientos sobre salud bucal. *Secundaria Básica: Antonio Maceo* 2016. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2016;40(4):978–88. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400006

XI. ANEXOS

ANEXO 1 Autorización para la aplicación del proyecto de investigación generada por el Distrito de Educación Chambo – Riobamba

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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; dr_ carlos_ alban_ hurtado.pdf

hv/ot

Dirección: Av. Amazonas N34-451 y Av. Atahualpa.
Código postal: 170507 / Quito-Ecuador
Teléfono: 593-2-396-1300 - www.educacion.gob.ec

* Documento generado por Quiplus



ANEXO 3 Encuesta sobre salud oral y hábitos a profesores de educación inicial

CUESTIONARIO PRINCIPAL:

I. DATOS GENERALES:

Edad: ----- años.

Género: -----

Distrito donde vive:

Tiempo de experiencia ----- años.

II.- CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL.

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. ()

2. ¿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) Si ()
- 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 amarronadas 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. ()
- 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 ()

Referencia:

PREGUNTAS ADICIONALES:

ENCUESTA #2:

1. **¿Está en su programa de trabajo impartir a los niños y niñas educación para la salud?**
 - a. Si, 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 ()
 - 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 ()

ENCUESTA #3

- 1. ¿A que edad debe utilizarse pasta dental en el cepillado del niño?**
- ✓ 0 años ().
 - ✓ 1 año ().
 - ✓ 2 años ().
 - ✓ 3 años ().
 - ✓ 4 años ().
 - ✓ 5 años ().
 - ✓ 6 años ().
 - ✓ 7 años ().
 - ✓ Otra edad ().
- 2. ¿Qué alimentos principalmente cree usted que ayudan a fortalecer los dientes para prevenir la enfermedad caries dental?**

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

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.

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 ().

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. Mal posición dentaria ()

III. Falta de Higiene ()

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

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



Bueno: de 23 a 32 (mas de 70%)

Regular: de 16 a 22 (de 51 % a 69 %)

Mal: de 0 a 15 (menos del 50%)

REFERENCIA:

Bustamante Campoverde WH. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL DE DOCENTES PREESCOLARES Y ESCOLARES DEL CANTÓN DÉLEG DE LA PROVINCIA DEL CAÑAR. [Tesis para la obtención de título de odontólogo]. Quito – Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2018.

Huamanchumo Vaca LN. “Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación primaria del colegio la cantera del distrito la esperanza - la libertad, abril 2015” [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Chimbote – Perú: Universidad Católica de los Ángeles Chimbote; 2019.

1. Alain Soto U, Sexto Delgado N, Gontán Quintana. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. Medisur Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos. 2014 Febrero; 12(1).

ANEXO 4 Cuestionario de conocimientos sobre salud oral para estudiantes

Artículo: Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros

Encuesta de conocimientos sobre salud bucal para estudiantes del 6to grado

Querido amiguito, necesitamos que contestes las siguientes preguntas que nos permitirán conocer lo que sabes sobre tu salud bucal y así poder enseñarte como mantener saludables tus dientes y otras partes de la boca. Marca con una cruz la respuesta que consideres correcta (solo una)

Gracias.

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

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

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.

----- No importa curarla porque luego te sacas la muela.

----- Hay que curarla porque luego duelen los dientes y muelas.

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

----- Refrescos, batidos.

----- Dulces, caramelos, panes.

----- Carnes, pescado, frutas, viandas, vegetales, huevos.

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.

----- Cepillarse todos los dientes cuatro veces al día, o sea. Después de cada comida y antes de acostarse.

----- Masticar chicles.

5. El cepillado correcto se realiza:

----- De izquierda a derecha (horizontal).

----- De arriba hacia abajo y de bajo hacia arriba (encía a diente) incluyendo la lengua.

----- De forma circular por todos los dientes.

6. El cepillado basta con realizarlo:

----- Al levantarse y acostarse.

----- Después del desayuno, almuerzo, comida y antes de acostarse.

----- Antes de desayunar.

7. El hilo dental se usa para:

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

8. Las encías se enferman por:

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

9. Las encías están enfermas cuando:

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

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

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

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

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

- Bien: 9 – 11 (más del 70 %)
- Regular: 6 – 8 (de 51 % a 69 %)
- Mal: 1-5 (menos del 50 %)

LINK: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2571/1395>

REFERENCIA:

Soto Ugalde, A., Sexto Delgado, N., & Gontán Quintana, N. (2013). Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. *Medisur*, 12(1), 24-34. Recuperado de <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2571>

ANEXO 5 Historia clínica Odontológica (formato 033)

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M/F)		EDAD		Nº HISTORIA CLÍNICA	
MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	5-9 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS NO PROGRAMADO	15-18 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA			

1 MOTIVO DE CONSULTA

INDICAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA SECCIÓN DE SIGNOS

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

INDICAR LA FASE DE LA ENFERMEDAD, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS ACTUALES, DURACIÓN Y FRECUENCIA, SÍMPTOMAS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VISIÓN	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-----------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

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

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR EL ESTADO DE LA REGIÓN AFECTADA INDICANDO EL MARCADO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. FRENILLO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGEO	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 ó 3), SI APLICA

RECESIÓN	<input type="checkbox"/>															
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>															
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>															
LINGUAL	<input type="checkbox"/>															
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>															
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>															
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>															

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ÁNGULO I	LEVE
PLACA 0-1-2-3				MODERADA	ÁNGULO II	MODERADA
CÁLCULO 0-1-2-3				SEVERA	ÁNGULO III	SEVERA
GINGIVITIS 0-7						
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	○ azul OBTURADO	
X ₂₀₀ PERDIDA POR CARIES	○ —○ PRÓTESIS FIJA	○ rojo CARES
	(—) PRÓTESIS REMOVIBLE	

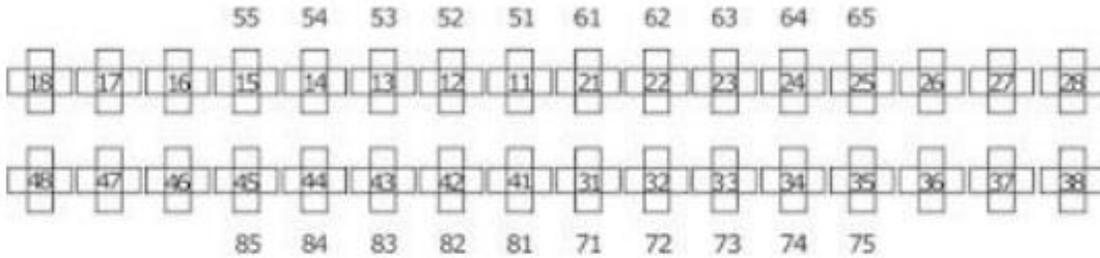
SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGIA (1)

73

ÍNDICE DE PLACA O'LEARY

ODONTOGRAMA



ÍNDICE DE PLACA DE O'LEARY DENTICIÓN TEMPORAL	$O'Leary = \frac{\text{SUPERFICIE TEMPLA}}{\text{TOTAL DE SUPERFICIES}} \times 100$
IPO= _____ x 100 = _	



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

ÍNDICE DE PLACA DE O'LEARY DENTICIÓN PERMANENTE	$O'Leary = \frac{\text{SUPERFICIE PERMANENTE}}{\text{TOTAL DE SUPERFICIES}} \times 100$
IPO= _____ x 100 = _	



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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE	
UNOI		CLINICA INTEGRAL				PARROQUIA			HISTORIA CLÍNICA	
APLIDDO MATERNO		APLIDDO MATERNO		NOMBRES		SERVICIO		SALA		CAMA
										FECHA
										HORA

TOA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ 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					INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROPUESTA					
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										
									FIRMAS DEL PACIENTE	
A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD										
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 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICAS, 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 VIH/SIDA)										
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 FIDELIDAD SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMSIONES 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 SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.										
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL			PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA	

ANEXO 6 Consentimiento informado para padres de familia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLÓGÍA
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 aparte 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: _____