



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

PREVALENCIA DE PLACA BLANDA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS CORAZÓN DE FÁTIMA Y ÁNGELA RENDÓN DEL DISTRITO APLAO PROVINCIA CASTILLA. AREQUIPA - 2017

Tesis presentada por la Bachiller
EVELYN YULIANA CHECYA USCAMAYTA
Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

AREQUIPA – PERÚ
2017

DEDICATORIAS

A mi Mamá Juana Mariluz por su apoyo y ser la fuente de mi inspiración

A mi Papa Benito que a pesar de no estar junto a mí sé que siempre está a mi lado cuidándome y protegiéndome por ser el la inspiración para poder superar cualquier adversidad

A mis Abuelitos por ser motivación de mi esfuerzo día a día que a pesar de no estar junto a ellos sé que siempre han estado junto a mí cuidándome

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora de tesis Dra. Emma Cuentas de Postigo por ser una gran asesora y una gran persona. Por su paciencia y apoyo incondicional en la elaboración de este proyecto, por su tiempo y amabilidad en todo momento.

A mis colaboradores como la Institución Educativa Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo y así mismo a mis amigos que colaboraron conmigo durante el proceso de la tesis Andrei Santillana y Katherinne Vera

INDICE

Resumen	1
ABSTRACT	2
CAPITULO I: PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	4
1.2 Formulación problemática	5
1.3 Objetivos de la investigación	5
1.4 Justificación de la investigación	6
1.4.1 Importancia de la investigación	7
1.4.2 Viabilidad de la investigación	7
1.5 Limitaciones del estudio	7
CAPITULO II: MARCO TEORICO	8
2.1 Antecedentes de la investigación	9
2.1.1 Antecedentes internacionales	9
2.1.2 Antecedentes nacionales	10
2.1.3 Antecedentes locales	11
2.2 Bases teóricas.....	13
2.2.1. Prevalencia	13
2.2.1.1 Definición.....	13
2.2.2. Placa Dentobacteriana.....	13
2.2.2.1Concepto	13

2.2.2.2	Clasificación de la placa bacteriana	14
2.2.2.2.1	Placa de superficies lisas	14
2.2.2.2.2	Placa proximal	14
2.2.2.2.3	Placa de fosas y fisuras	14
2.2.2.2.4	Placa subgingival	15
2.2.2.2.5	Placa supragingival	15
2.2.2.2.6	Placa radicular	15
2.2.2.3	Composición.....	16
2.2.2.4	Etapas de formación de la placa bacteriana	16
2.2.2.5	Efectos locales de la dieta.....	18
2.2.3.	Conocimiento.....	18
2.2.3.1	Definición.....	18
2.2.3.2	Clases de conocimiento.....	19
2.2.3.3	Conocimientos en salud oral	19
2.2.4.	Higiene oral.....	20
2.2.4.1	Definición de higiene oral	20
2.2.4.2	Medidas de prevención que favorecen la higiene oral.....	21
2.2.4.2.1	Cepillado.....	21
2.2.4.2.2	Características del cepillado	25
2.2.4.2.3	Técnicas de cepillado	25
2.2.4.4.4	Frecuencia del cepillado	28
2.2.4.3	Índices.....	29
2.2.4.3.1	Índice de placa.....	29

2.2.4.4 Detección de la placa	30
2.2.5. Patología asociada a la higiene oral	31
2.2.5.1 Caries dental	31
2.2.5.1.1 Definición	31
2.2.5.1.2 Etiología.....	32
2.2.5.2 Periodontopatías.....	32
2.2.5.2.1Clasificación de las enfermedades y lesiones periodontales	33
2.2.5.2.1.1Gingivitis inducida por placa dental	34
2.2.5.2.1.2 Periodontitis	36
2.3 Definición de términos básicos	38
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION	40
3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas	41
3.2 Variables; definición conceptual y operacional	41
CAPITULO IV: METODOLOGIA	43
4.1 Diseño metodológico.....	44
4.2 Diseño muestral	45
4.3 Técnicas de recolección de datos	46
4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	46
4.5 Aspectos éticos	48
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION	50
5.1 Presentación y resultados	51
Tabla N° 1	51

Gráfico N° 1	52
Tabla N° 2	53
Gráfico N°2.....	54
Tabla N° 3	55
Gráfico N° 3.....	56
Tabla N° 4	57
Gráfico N° 4.....	58
Tabla N° 5	59
Gráfico N° 5.....	60
Tabla N° 6	61
Gráfico N° 6.....	62
Tabla N° 7	63
Gráfico N° 7.....	64
Tabla N° 8	65
Gráfico N° 8.....	66
Tabla N° 9	67
Gráfico N° 9.....	68
Tabla N° 10	69
Gráfico N° 10.....	70
Tabla N° 11	71
Gráfico N° 11.....	72
Tabla N° 12	73
Gráfico N° 12.....	74

Tabla N° 13	75
Gráfico N° 13.....	76
5.1 Discusión.....	77
CONCLUSIONES.....	79
RECOMENDACIONES	81
FUENTES DE INFORMACIÓN	82
ANEXO	84
Anexos N° 1	85
Anexos N° 2	90
Anexos N° 3	106
Anexos N° 4	108
Anexos N° 5	113

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo principal establecer la relación entre la prevalencia de placa dental con el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 9 a 12 años de dos Instituciones Educativas del Distrito de Aplao, provincia de Castilla, Arequipa.

Para tal fin se trabajó con niños que cursaban labores académicas en las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón, donde se seleccionó a la totalidad de ellos y que reunieran los criterios de inclusión y exclusión propuestos. Así mismo, el tipo de investigación correspondió al no experimental y el diseño fue prospectivo, de campo, transversal y relacional.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de la observación clínica (para la placa dental) y la encuesta (para el nivel de conocimientos sobre salud oral), los instrumentos fueron una Ficha Clínica y el Cuestionario correspondiente, el cual fue validado.

Los resultados muestran que la mayoría de los niños encuestados (71.6%) tenían un nivel de conocimientos sobre higiene oral bajo, no llegando ninguno a niveles buenos; respecto a la higiene oral, también la mayoría de alumnos (55.9%) presentaron mala higiene; se ha demostrado que ninguna de las variables secundarias tomadas en cuenta tiene relación ni con el nivel de conocimientos sobre higiene oral de los alumnos, ni con su estado de higiene oral; en tanto se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la higiene oral, dado que mientras mayor sea el nivel de conocimiento, mejor será la higiene oral.

Palabras Clave:

Prevalencia, Índice de Higiene Oral, Nivel de Conocimientos sobre Higiene Oral.

ABSTRACT

This research was mainly aimed at establishing the relationship between the prevalence of dental plaque with the level of knowledge about oral hygiene in children aged 9 to 12 years two Educational Institutions Aplao district, province of Castilla, Arequipa.

To this end we worked with children attending academic work in the S.I. Fatima heart and Angela Rendon, where selected all of them and that meet the criteria for inclusion and exclusion proposed. Also, the type of investigation was done by non-experimental and design was prospective, field, cross and relational.

Data collection was conducted through clinical observation (for dental plaque) and the survey (for the level of knowledge on oral health), the instruments were Clinic sheet and the corresponding questionnaire, which is validated.

The results show that most of the children surveyed (71.6%) had a level of knowledge on oral hygiene low, not getting none at good levels; regarding oral hygiene, most students (55.9%) also had poor hygiene; we have shown that none of the secondary variables taken into account is related not to the level of knowledge about oral hygiene students, or his state of oral hygiene; as found statistically significant relationship between the level of knowledge and oral hygiene, given that the greater the first, better the second.

Keywords:

Prevalence, Oral Hygiene Index, level of knowledge about oral hygiene.

CAPITULO I: PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La caries dental es la enfermedad más común entre las y los niños de la Región de las Américas; un aproximado al 60 por ciento de los preescolares y 90 por ciento de escolares y adolescentes, tienen al menos una lesión de caries dental. Sin embargo, existe evidencia que una intervención odontológica temprana basada en aspectos promocionales y preventivos sobre higiene oral podría evitar la instalación de dicha condición

La Organización Mundial de la Salud afirma que las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y la maloclusión constituyen problemas de salud pública que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres. Las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más comunes como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.

Así mismo revela que la educación sobre higiene oral está relacionada con los problemas de la salud prevalentes y los métodos para identificar, prevenirlos y controlarlos; es por ello, que es menester saber sobre la realidad en que se encuentran nuestros pobladores para enfatizar en programas preventivo promocionales que ayuden a concientizar sobre la importancia de mantener una salud oral y general del paciente y así mismo que beneficie en su calidad de vida.

Según el Estudio Epidemiológico en Perú a nivel nacional realizado, la prevalencia de caries dental es de 90.4%; además en lo que se refiere a caries dental el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a los 12 años es de aproximadamente 6, ubicándose según la Organización Panamericana de la Salud – OPS en un País en estado de emergencia

El Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) identifica los problemas sanitarios del Perú y las iniciativas políticas de concertación para dirigir los esfuerzos y recursos a fin de mitigar esos daños, entre ellos señala la Alta

Prevalencia de Enfermedades de la Cavidad Bucal como uno de los 12 principales problemas sanitarios en el Perú y el estado peruano tiene como respuesta a este problema sanitario, la estrategia sanitaria nacional de salud bucal. Se establece a la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal entre sus principales funciones la gestión de las actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación en todas las etapas de vida en el marco de la atención integral de salud; formulación y propuesta normativa, la articulación intra e intersectorial y con la sociedad civil para el abordaje multidisciplinario de las enfermedades bucales.

1.2 FORMULACIÓN PROBLEMÁTICA

¿Cuál es la prevalencia de placa blanda y su relación con el nivel de conocimientos sobre higiene oral en niños de 9 – 12 años de las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito Aplao Provincia Castilla . Arequipa -2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Establecer la prevalencia de placa blanda en niños de 9 – 12 años de las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito Aplao Provincia Castilla. Arequipa -2017
- Establecer la prevalencia de placa blanda en niños según la edad de las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito Aplao Provincia Castilla. Arequipa -2017
- Establecer la prevalencia de placa blanda en niños según sexo de las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito Aplao Provincia Castilla. Arequipa -2017
- Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 9 –12 años de las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito Aplao Provincia Castilla. Arequipa -2017
- Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños según sexo de las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito Aplao Provincia Castilla. Arequipa -2017

•Asociar la prevalencia de placa blanda con el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 9 – 12 años de las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito Aplao Provincia Castilla .Arequipa -2017

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de relevancia social pues se realizó un estudio de prevalencia de placa blanda, además de detallar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en la población infantil de las instituciones educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito Aplao Provincia de Castilla

En la actualidad los niños tienden a consumir con mayor frecuencia comidas “chatarra” que en lo general tienen un alto contenido en grasas, harinas, azúcares y golosinas que se puede encontrar en la tienda o quiosco a precios muy módicos lo que va aumentar el consumo de carbohidratos que junto a un desconocimiento de una buena higiene oral, inadecuada técnica o ausencia de cepillado va a predisponer a los niños a una acumulación de placa blanda.

Por lo tanto la relación de placa blanda con el nivel de conocimiento es de gran importancia debido a que se considera a la higiene oral como un factor predisponente controlable respecto a la placa blanda la cual es una de las causas más importantes de caries y periodontopatías; esto quiere decir que el tener un adecuado nivel de conocimiento sobre higiene oral puede repercutir en mantener una adecuada higiene bucal.

Así surgió el propósito del presente estudio, el cual fue determinar la prevalencia de placa blanda y su relación con el nivel de conocimientos sobre higiene oral en niños de 9 – 12 años. La investigación tuvo como otro aporte el haber considerado el estudio en el distrito de Aplao de la provincia de Castilla, cuya población infantil no había sido considerada en un estudio similar.

Los resultados obtenidos podrán ser utilizados para destacar la asociación que existe entre prevalencia de placa blanda y el nivel de conocimiento de higiene oral en los niños y saber sobre la realidad en que se encuentran nuestros pobladores para así enfatizar en programas preventivo

promocionales que ayuden a concientizar sobre la importancia de mantener una salud oral y general del paciente y así mismo que beneficie en su calidad de vida.

1.4.1 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es importante porque adquiere una gran relevancia social al encontrar un elevado índice de presencia de placa blanda en dientes temporales y permanentes en una edad de recambio. Implica reconocer que aún persiste un nivel de conocimiento deficiente y muchas veces ausente sobre higiene oral en la población infantil

Así mismo resulta destacable tener datos estadísticos que nos permitan saber con precisión la situación actual de salud bucal de este tipo de población en nuestra localidad para establecer nuevas estrategias que nos lleven a disminuir la presencia de placa por ende ofrecer una mejor calidad de vida a nuestros niños en las edades de 9 a 12 años en las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito de Aplao Provincia de Castilla

1.4.2 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La siguiente investigación es viable de realizar por contarse con todos los medios necesarios para su aplicación en las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito de Aplao Provincia de Castilla

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

No se encontró limitaciones para realizar el estudio ya que se cuenta con la autorización de las Instituciones Educativas

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Pérez Villaizán, Carmen, Aguilar Roldán Marta .ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE CARIES Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE HIGIENE ORAL Y HÁBITOS CRIOGÉNICOS EN ESCOLARES.ESPAÑA-TOLEDO.2012. (18). Estudio realizado en los colegios públicos y privados del área de Toledo con un total de población de 1220 alumnos el estudio revela que los escolares la nuestra muestra tienen malos hábitos de higiene bucodental, con un 43,8% de alumnos que no se cepillan a diario, lo que implica una elevada incidencia de caries en los primeros años, La prevalencia de caries en dentición temporal fue del 52,20% y en dentición definitiva 36,45%, Los niños con mayor riesgo de caries son los que consumen más azúcares y los menos supervisados durante el cepillado.

Corchuelo Ojeda Jairo, Soto Libia. EVALUACIÓN DE LA HIGIENE ORAL EN PREESCOLARES A TRAVÉS DEL MONITOREO DE PLACA BACTERIANA REALIZADO POR PADRES DE FAMILIA.COLOMBIA-MEDELLIN.2014.(8).En el estudio participaron 32 estudiantes, 18 niñas y 14 niños con edad promedio de 5,6 años, se realizó el índice de placa bacteriana antes y después de la intervención. Se concluye que la participación del padre de familia en la promoción de hábitos de higiene oral, midiendo su efectividad a través del monitoreo de placa bacteriana, empleando un instrumento como el índice de placa de uso comunitario, resultó en una disminución de placa en los preescolares, pasando en el corto plazo de regular higiene oral a buena higiene oral.

González Ariza Sandra, Gonzalo Álvarez Luís, Amaya Bustamante Alejandra, Atuesta Durán Carmen, Betancur Salgado Glenn, Maya Uran Daniel y Múnera Múnera Tatiana .PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN DOCENTES Y ESCOLARES

DE UNA ESCUELA DE COLOMBIA-MEDELLÍN.2009.(13) Se capacitaron 12 profesores y 500 estudiantes de 6 -12 años de la ciudad de Medellín ,El diseño de programas de promoción y prevención en salud bucal enfocados a la población infantil con metodologías apropiadas puede ser una buena alternativa para mejorar los conocimientos y la salud bucal de la población escolar, se evaluó el conocimiento sobre higiene oral además de la evaluación clínica antes y después de la capacitación, Se encontró una prevalencia de caries del 83%, hubo un aumento en el nivel de conocimiento con un 56% en todos los grupos. Hubo una reducción en las caries activas en esmalte con un 49.5%, y en el IP con un 34.2% en ambos grupos.

Pulido-Rozo Miriam, González Martínez Farith y Rivas Muñoz Fabio. ENFERMEDAD PERIODONTAL E INDICADORES DE HIGIENE BUCAL EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA CARTAGENA, COLOMBIA. 2011. (19) Estudio fue en 392 estudiantes seleccionados mediante muestreo aleatorio, El total de los participantes presentó al menos un indicador de enfermedad, siendo más frecuente la presencia de cálculos con 45,1 %. En cuanto al índice de higiene oral, el 77,7 % de los participantes presentaron índices de placa bacteriana altos, La enfermedad periodontal es extremadamente alta, a pesar de que la mayoría de los eventos se encontraron en los estadios leves, lo que permite intervenir con éxito para evitar la progresión a estadios más avanzados.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Ávalos Mario Juan Carlos, Huillca Castillo Nancy, Picasso Pozo Miguel Ángel, Omori Mitumori Eimy, Gallardo Schultz Adriana. NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL RELACIONADO CON LA CALIDAD DE LA HIGIENE ORAL EN ESCOLARES DE UNA POBLACIÓN PERUANA.LIMA-PERU 2012. (1).El siguiente estudio se realizó con un total de 76 escolares, La mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en salud oral, la mayoría

presentó una higiene oral deficiente. Lo que demuestra que aportar información es insuficiente si es que esta no logra motivar y provocar la modificación del comportamiento, instaurando hábitos más saludables en salud oral.

García-Vega Lida .RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS E HIGIENE BUCAL CON CARIES DENTAL EN ESCOLARES.LIMA-PERU .2012. (12).El siguiente estudio se realizó en Surquillo, con un total de 108 escolares de la institución educativa virgen milagrosa entre 6- 12 años .El consumo de alimentos cariogénicos y la higiene bucal se encuentran relacionados de manera significativa con la caries dental, La prevalencia de caries fue de 89.8%, el índice CPO-D fue 1.7, el índice ceo-d fue 3.1, el consumo de alimentos cariogénicos fue entre moderado y alto en un 85%, la frecuencia de cepillado fue entre una y dos veces al día y el índice de higiene bucal fue aceptable en un 47.2%.

Maquera Vargas Carmen Rosa. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL Y LOS HABITOS DE HIGIENE ORAL EN ESTUDIANTES DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO DE SECUNDARIA DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA – TACNA-PERU. 2013. (15) El nivel de conocimiento sobre salud bucal se asocia significativamente con los hábitos de higiene oral, se encuesta a 280 alumnos, el 66.6% de alumnos tiene mal nivel de conocimiento sobre salud bucal y regular 33.9%, mientras que los hábitos de higiene oral son inadecuados en 80.7 5 y adecuados en 19.3 %.

2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES

Talavera Morales Minerva Karen. ASOCIACIÓN ENTRE LA PREVALENCIA DE CARIES Y EL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN ESCOLARES DE 9 A 11 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE ALTO SELVA ALEGRE.AREQUIPA-PERU .2010.(22) El nivel de conocimiento sobre higiene bucal en escolares de 9 a 11

del distrito de alto selva alegre en una población de 335 alumnos fue malo en la mayoría de ellos ,la prevalencia de caries en la dentición temporal y mixta tienen asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal , puesto que a mayor prevalencia menor nivel de conocimiento , la prevalencia de caries encontrada fue 96.7 % , el índice CPOD obtuvo un valor de 2.11 el CEOD 2.34 y el mixto 4.46 .

Medina Gómez Claudia Karolinne. INFLUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN LA HIGIENE ORAL EN ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA –PERU. 2015. (17) Los conocimientos sobre higiene oral son buenos en casi todos los estudiantes y la higiene oral es regular en más de la mitad de los estudiantes del cuarto y quinto año en una población total de 164 alumnos.

Meza Zegarra Karol Milagros. HÁBITOS DE CEPILLADO DENTAL E HIGIENE ORAL SIMPLIFICADOS EN LOS ESTUDIANTES DEL PRIMER AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E PNP 7 DE AGOSTO Y DEL COLEGIO PARTICULAR SAN ANTONIO DE PAOLA, AREQUIPA-PERU. 2015.(16) La forma de cepillado que más utilizan en ambos centros educativos es la horizontal y circular en una población total 247 alumnos de 6-12 años, la frecuencia de cepillado en el colegio san Antonio es de dos veces al día en un 46.7 % mientras en I.E 7 de agosto es de 1 vez al día y 3 veces al día en un 35.5 % , el IHO en los estudiantes del primer años de secundaria de la I.E PNP tuvo un promedio dentro de la escala de regular de 1.64 , el IHOS del colegio san Antonio tuvo un promedio dentro de la escala de regular de 1.80.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. PREVALENCIA

2.2.1.1.DEFINICIÓN

La prevalencia es la proporción de personas de una población que padecen la enfermedad de interés en un punto de tiempo o en un periodo. La prevalencia que se puede informar como una proporción o un porcentaje es una medida de la carga de la enfermedad en una población. La información acerca de la prevalencia puede ser útil para estimar la necesidad de recursos para el cuidado de la salud. (6)

En epidemiología, todos los casos nuevos y antiguos de una enfermedad o manifestación de un hecho durante un periodo determinado de tiempo. (10)

2.2.2. PLACA DENTOBACTERIANA

2.2.2.1.CONCEPTO

En la cavidad oral, la placa dental se define como un conjunto de microorganismos firmemente adheridos entre si y a una superficie, embebidos, entremezclados y rodeados de un material extracelular de un tiple origen: bacterias, saliva y dieta. La placa bacteriana aparece como un deposito blando de color blanco -amarillento y, al ser adherente, no es eliminada por la acción de la masticación. (9)

La placa crece por:

- 1.- Agregado de nuevas bacterias.
- 2.- Multiplicación de bacterias.
- 3.- Acumulación de productos bacterianos. (6)

El carácter dinámico y cambiante de la placa bacteriana a la que nunca debemos considerar como un ecosistema estático y estable, puesto que está continuamente expuesto a los múltiples y variados determinantes ecológicos entre las que tenemos que destacar por su interés. Las variedades nutricionales, los mecanismos antibacterianos del huésped, el potencial de oxido-reducción, el pH, la capacidad buffer de la saliva, la presencia de determinadas bacterias, etc. (20)

2.2.2.2. CLASIFICACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA

2.2.2.2.1. Placa de superficies lisas

La placa de superficies lisas se sitúa en las superficies linguales –palatinas y bucales o vestibulares. De forma especial en la zona donde la autoeliminación es menos eficaz, es decir, en el margen gingival del diente. (9)

2.2.2.2.2. Placa proximal

Placa situada en los espacios interproximales dentales especialmente, en dirección apical al punto de contacto de los dientes; son zonas relativamente retentivas, lo que le hace compartir características ecológicas con la de fosas y fisuras; sin embargo, la exposición al flujo salival obliga a los microorganismos a establecer mecanismos adhesivos y también existen condiciones que limitan la aireación y, por ello, el potencial de oxido reducción suele ser ligeramente negativo. (9)

2.2.2.2.3.Placa de fosas y fisuras

La placa de fosas y fisuras asienta sobre zonas especialmente retentivas en las que fácilmente se produce el acumulo microbiano, sin necesidad de que se desarrollen fenómenos adhesivos propiamente dichos; existen, pues, lo que se denomina unión física por atrapamiento; la configuración anatómica y la dificultad de la higiene favorecen la retención de restos alimenticios, que constituirán la principal fuente nutricional bacteriana. (9)

2.2.2.2.4.Placa subgingival

Prácticamente siempre existen algunas bacterias que colonizan el surco gingival pero que no constituyen una autentica placa. Esta si aparece cuando ya existe una enfermedad periodontal. Se debe sobre todo a los cambios que se producen en dicho surco. (9)

Se encuentra debajo del margen gingival, entre el diente y el epitelio de la bolsa gingival. (6)

2.2.2.2.5.Placa supragingival

La placa dentobacteriana supragingival se extiende desde el margen libre de la encía hasta la corona del diente. . Su composición varía de un individuo a otro, de un diente a otro e incluso en un mismo diente. Pero en general está constituida por microorganismos y matriz orgánica intercelular. (6)

2.2.2.2.6.Placa radicular

En realidad, sobre el cemento radicular nunca debería existir una placa como tal, ya que nunca queda expuesto al microambiente oral. Solo ocurre ante una retracción de la encía. En estas circunstancias, la placa radicular guarda una gran similitud con al con la de superficies lisas. (9)

2.2.2.3.COMPOSICIÓN

La placa dental está integrada principalmente por bacterias en una matriz de glicoproteínas salivales y polisacáridos extracelulares. Esta matriz hace que sea imposible retirar la placa por medio del enjuague o con el uso de aerosoles. Por tanto, la placa puede diferenciarse de otros depósitos que se encuentran en la superficie dental como la materia alba y los cálculos. (6)

2.2.2.4. Etapas de formación de la placa bacteriana

a) Película adquirida. Se trata de una capa amorfa acelular de algo menos de 1 micra de espesor que se forma sobre la superficie de los dientes a los pocos minutos de una higiene a fondo de ellos. (9)

b) Transporte bacteriano a la película adquirida. Casi simultáneamente a la formación de la película adquirida, comienza a llegar a ella microorganismos gracias al flujo salival, por el roce del dorso lingual, que posee una amplia microbiota. (9)

c) Adhesión reversible a la película adquirida. Se establece entre las 0 y 4 horas de formación de la película adquirida; las bacterias habitualmente poseen, como ella, carga electronegativa, por lo que supone una repulsión entre superficies. (9)

d) Colonización primaria se produce una adhesión irreversible y específica entre receptores de la película adquirida y moléculas bacterianas conocidas como adhesinas. (9)

e) Colonización secundaria y terciaria. Puede durar entre 1 a 14 días. Si hasta ese momento lo que ha predominado es la adhesión (unión bacteriana a una superficie), a partir de ahora, aunque aquella puede continuar se produce especialmente una multiplicación activa por agregación (bacterias que se unen a otras taxonómicamente relacionadas) y coagregación (bacterias que se fijan a las que poco tienen que ver desde el punto de vista taxonómico) la placa aumenta en espesor en las zonas más profundas el potencial de oxidorreducción disminuye. (9)

f) Placa madura .Puede establecerse después de las dos semanas. En las zonas más profundas ya se detectan treponemas y en estas áreas la falta de nutrientes, de oxígeno y el acumulo de productos de desecho pueden disminuir el número de células viables que al entrar en autólisis determinan la aparición de espacios vacíos. Aun así la placa conserva una cierta estabilidad en su composición. (9)

g) Fase de mineralización. Transcurrido un tiempo variable, la placa madura puede mineralizarse y formar el cálculo, tártaro o sarro. Su composición microbiana suele ser muy similar a la placa madura, al menos en sus aspectos cualitativos. El tártaro está constituido por un 70- 80 % de sales inorgánicas y el resto proteínas, glúcidos y pequeñas cantidades de lípidos. (9)

2.2.2.5. EFECTOS LOCALES DE LA DIETA

Los hidratos de carbono de la dieta son el sustrato energético de los microorganismos bacterianos presentes en la placa, y pueden ser fermentados directamente, o después de su almacenamiento en la placa o en la superficie del diente, el almidón puede ser parcialmente convertido en glucosa soluble por acción de las enzimas salivales y ser utilizado por las bacterias de la placa. Esta fermentación anaeróbica de los azúcares conlleva la producción de ácidos orgánicos, principalmente el ácido láctico, que se deposita en la placa y en las lesiones preexistentes del esmalte, y por ello después de cada ingesta de azúcares se produce una disminución del pH de la saliva y de la placa. (9)

2.2.3. CONOCIMIENTO

2.2.3.1. DEFINICIÓN

El conocimiento, es el acúmulo de la información, adquirido en forma científica o empírica. Partiremos del conocer es aprender o captar con inteligencia entes y así convertirlos en objetos de un acto del conocimiento. Todo conocimiento supone una referencia mutua o relación entre sujeto –objeto. (11)

El conocimiento es el punto más alto del saber porque concierne a la razón en vez de la experiencia. La razón, utilizada de forma debida, conduce a ideas que son ciertas y los objetos de esas ideas racionales, son los universales verdaderos, las formas eternas o sustancias que constituyen el mundo real. Rechaza así al empirismo, corriente filosófica que afirma que todo conocimiento se deriva de la experiencia. (11)

2.2.3.2.CLASES DE CONOCIMIENTO

-Experiencia: que es el conocimiento de cosas concretas, materiales pero sin preguntarse el porqué de las cosas. (3)

-Ciencia: que es el conocimiento de las causas y principios de las cosas, la captación de la esencia del ser y de sus principios demostrables. (3)

-Inteligencia: que es el conocimiento de los primeros principios, indemostrables e imposibles de obtener a través de la experiencia. (3)

2.2.3.3.CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL

La odontología así concebida debe ir a lo científico, a la detección de las causas reales de la enfermedad, a su eliminación o erradicación, mediante la aplicación de medidas preventivas específicas que le permiten conservar la salud bucal, para lo cual el estomatólogo debe ser capaz de investigar y producir beneficios directos a la población como es ,mantenerla sana.(4)

Respecto a la investigación odontológica, se utilizan con frecuencia índices epidemiológicos. En los levantamientos de salud bucal se emplean para cuantificar y comparar la prevalencia de caries dental y enfermedades periodontales, que permiten hacer una valoración de un suceso, que expresan de forma resumida, oportuna y sensible las características del acontecimiento. Estos deben ser claros, simples y objetivos, deben ser válidos y lógicos, así como seguros, reproducibles y no modificables. (4)

Es necesario apelar a todas las fuentes posibles de información para documentar la prevalencia de las enfermedades bucodentales epidemiológicamente importantes, como lo es el IHOS, índice de O'Leary , que

evalúa la presencia de placa dental bacteriana, ya que su presencia puede estar asociada a la enfermedad, pudiendo persistir por mucho tiempo sobre la superficie dental y organizarse, causando caries, gingivitis o enfermedad periodontal, considerándose un problema de salud pública por la magnitud en la que se presenta.(4)

2.2.4. HIGIENE ORAL

2.2.4.1.DEFINICIÓN DE HIGIENE ORAL

Higiene del griego hygies = sano. “parte de la medicina que tiene por objetivo la conservación de la salud y los medios de precaver las enfermedades: la limpieza es la primera regla de la higiene”. (7)

Mucho antes de la era cristiana la higiene oral se practicaba como parte de los rituales religiosos y sus enseñanzas estaban orientadas hacia la remoción de manchas y de restos alimenticios adheridos a los dientes. (7)

Hoy sabemos que ambas lesiones son el resultado del acumulo de biomasas bacterianas, preferencialmente en sitios protegidos, no perturbados como lo son los depósitos supra-gingivales ubicados en el tercio gingival de las superficies lisas expuestas y los que están ubicados por debajo de los puntos o facetas de contacto interproximales, sitios donde se inician las lesiones clínicas que se caracterizan estas entidades. (7)

Sin lugar a duda la higiene oral es uno de los componentes más importantes en cualquier programa de prevención, sin olvidar que existen pacientes que consumen azúcares en exceso, con pésima higiene oral, sin evidencia clínica de

pérdida de minerales de la superficie del esmalte o señas de inflamación gingival. Son pacientes, personas, cuyos depósitos bacterianos no son cariogénicos o periodontopáticos. (7)

Un pre-requisito fundamental para que los depósitos bacterianos tengan potencial patogénico es su grado de madurez (días de formación y organización que permita la máxima expresión metabólica de sus componentes microbianos individuales). (7)

En consecuencia, la meta de cualquier método de higiene oral que utilice medios mecánicos (cepillado dental, hilo dental, profilaxis profesional, etc.) debe ser desorganizar, perturbar, no necesariamente remover en su totalidad, estos depósitos. Desde el punto de vista microbiano cualquier interferencia en su compleja estructura organizativa (en la placa dentó-bacteriana). (7)

2.2.4.2.MEDIDAS DE PREVENCIÓN QUE FAVORECEN LA HIGIENE ORAL

2.2.4.2.1.CEPILLADO

Para el niño, el instrumento más importante para la higiene bucal es el cepillo de dientes. Los surcos y pliegues a lo largo del margen encía – diente son más pequeños y más accesibles en el niño que en el adulto. La encía llena el espacio interdental de forma tan completa que las depresiones existentes son solo superficiales. La cabeza de los cepillos de dientes para niños debe ser pequeña para permitir una accesibilidad y una limpieza óptimas; en la parte anterior debe ser redondeado y tener una densa área de cerdas. Es recomendable que el material del que están

hechas las cerdas sea sintético. Estas deben ser blandas y redondeadas en su extremo para evitar que se produzcan heridas en las partes carnosas. Para situaciones difíciles como cuando erupcionan los dientes o el niño lleva aparatos ortodonticos, existen cepillos especiales que facilitan el cepillado. (23)

Es necesario limpiarse los dientes desde el momento en que erupcionan los primeros temporales. Normalmente, el niño intenta lavárselos el solo desde los 3 años de edad; sin embargo, no se puede esperar que lo haga correctamente hasta los 8 años y, por lo tanto, dependerá de la ayuda e indicaciones diarias de sus padres durante mucho tiempo “lo mejor es que este entrenamiento se lleve a cabo por la noche”. Lo más importante es que los padres limpien a fondo la zona de los molares (una vez que el niño ha terminado). La mejor manera de visualizar la placa dentaria es el uso de un colorante selectivo. (23)

Ayuda al niño regularmente a lavarse los dientes desarrolla y fija en él hábitos que más tarde serán definitivos para su salud oral. Es de esperar, sin embargo, que la motivación del niño sea más bien escasa. Al contrario que a sus padres, a los niños les falta experiencias y referentes de enfermedad y dolor y, por lo tanto. Aun no comprenden el valor de la salud y de la estética. Por esta razón, es muy importante inculcarles determinados hábitos de comportamiento, y para ello es esencial el compromiso de los padres con esta labor.

Como demuestra muchos estudios, al cepillarse los dientes solo se consigue que la disminución o la eliminación de la placa sea significativa en las superficies lisas, de modo que en estas el efecto es preventivo (Newbrun, 1992). En las fisuras y superficies interproximales se mantiene una cantidad suficiente de microorganismos para desencadenar un ataque ácido al esmalte. Incluso cuando la higiene bucal es "correcta". La prevención de la caries en niños requiere la rápida eliminación de los restos de comida y el uso de pastas dentífricas con flúor. En la dentición infantil y juvenil, enjuagándose los dientes intensivamente durante 30 segundos se eliminan los restos de comida en igual medida que cepillándolos durante un periodo igual de tiempo (Tschan, 1984). Sin embargo inmediatamente después de consumir azúcar resulta más efectivo contra la caries cepillarse los dientes durante poco tiempo que enjuagarlos, y esto se justifica por las siguientes razones. (23)

- Se elimina la placa ácida y productora de ácidos en los lugares a los que se puede acceder bien con el cepillo
- Mejora la difusión de la saliva y amortigua la acidez en las partes de la placa que no se han eliminado
- Se facilita la remineralización de las zonas de la superficie dentaria libre de placa
- Se administra flúor (en caso de que se utilice una pasta que lo contenga).(23)

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos:

1. Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana
2. Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos
3. Estimular los tejidos gingivales
4. Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental. (14)

El cepillo dental tiene tres partes: mango, cabeza y cerdas. La cabeza es el segmento donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos, y se une al mango por medio del talón. Las cerdas son de nailon, miden de 10 a 12 mm de largo y sus partes libres o puntas tienen diferente grado de redondez, aunque se expanden con el uso. (14)

De acuerdo con el tamaño, los cepillos son grandes, medianos o chicos. Por su perfil, pueden ser planos, cóncavos y convexos. Y según la dureza de las cerdas se clasifica en suaves, mediana y dura; todas las cerdas se elaboran con fibra de la misma calidad. Ninguna evidencia científica apoya un diseño de cepillo más adecuado; por ello la elección de este depende de las características de la boca. (14)

Por lo general, es preferible el cepillo de mango recto, cabeza pequeña y recta, fibras sintéticas y puntas redondeadas para evitar las lesiones gingivales, y de cerdas blandas o medianas para tener mayor acceso a todas las partes del diente. Se cree que los penachos separados son más eficientes que aquellos muy juntos. (14)

2.2.4.2.2.Características del cepillado

Efectúan el movimiento rotatorio y tienen la ventaja de que limpian la encía y las superficies interproximales. Ante la presión excesiva durante el cepillado, dejan de funcionar y de ese modo la evitan. Su eficacia es similar a la del cepillo común y corriente, pero son de utilidad para las personas con poca destreza manual o discapacitadas. (14)

Para ser eficaz, el cepillo debe estar seco antes de usarse; esto significa que no debe mojarse antes de utilizarse. Además, es necesario reemplazarlo cada mes a tres meses, en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen. (14)

Las técnicas de cepillado son diversas y algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realizan. Además pueden combinarse, pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca, entre ellas lengua y paladar. (14)

La eficacia clínica del cepillado se traduce en la eliminación de la placa blanda, y existe evidencia suficiente que demuestra que los cepillos manuales son eficaces en la eliminación de placa y en la prevención de gingivitis. (9)

2.2.4.2.3.Técnicas de cepillado

a) Técnica circular o rotacional

Para mayor eficacia del cepillado, el dedo pulgar se apoya en la superficie del mango y cerca de la cabeza del cepillo; las cerdas del

cepillo se colocan en dirección apical con sus costados apoyados contra la encía. Así, el cepillo se gira con lentitud, como si se barriera con una escoba. De ese modo, las cerdas pasan por la encía, siguen por la corona (en ese momento forman un ángulo recto con la superficie del esmalte) y se dirigen hacia la superficie oclusal, pero es necesario cuidar que pasen por los espacios interproximales. (14)

En las superficies linguales de los dientes anteriores, el cepillo debe tomarse de manera vertical. Las superficies oclusales se cepillan con un movimiento de vaivén hacia atrás y hacia adelante o con golpeteo. (14)

Si cada arcada se divide en seis zonas (dos posteriores, dos medias y dos anteriores) y cada uno de estas tiene dos caras (lingual y vestibular o labial). Las zonas a cepillar son 24, ya que se recomienda realizar de 8 a 12 cepilladas por zona, lo cual hace un total de 192 a 288 cepilladas. (14)

b) Técnica de Bass Modificado

Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en la maxila (maxilar superior) y hacia abajo en la mandíbula (maxilar inferior) formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo, se

presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 a 15 segundos por el área. Si al cabo de esos movimientos el cepillo se desliza en dirección oclusal para limpiar las caras (vestibulares o linguales) de los dientes, se denomina método de Bass modificado. El ruido por frotamiento de las cerdas indica presión excesiva de la vibración o movimientos desmesurados. (14)

El mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de los premolares y molares; pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores. Las cara oclusales se cepillan haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores. (14)

c) Técnica de Charters

El cepillado con esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntando hacia la superficie oclusal. De ese modo, se realizan movimientos en los espacios interproximales. Al cepillar las superficies oclusales, se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas. (14)

El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores .La técnica de Charters se utiliza también alrededor de aparatos ortodonticos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas. (14)

d)Técnica de Stillman

Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansa en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios. (14)

2.2.4.4.4. FRECUENCIA DEL CEPILLADO

La frecuencia de cepillado depende del estado gingival, la sensibilidad a la caries y la minuciosidad del aseo.

Los jóvenes y las personas con propensión a la caries dental deben cepillarse entre los 10 minutos posteriores a cada comida y antes de dormir. El cepillado nocturno es muy importante porque durante el sueño disminuye la secreción salival. (14)



(29)

2.2.4.3. ÍNDICES

Son unidades de medida que permiten registrar las observaciones en una escala graduada siguiendo patrones establecidos. Deben definir las condiciones clínicas en forma objetiva, ser altamente reproducibles, o sea, permitir evaluaciones similares por parte de diferentes examinadores (los que deben calibrarse entre sí para homogenizar criterios de evaluación, ser fáciles de usar y sus resultados deben poder ser analizados estadísticamente. (21)

De acuerdo con la variable que miden pueden ser agrupados en:

- Índices gingivales, que miden el grado de inflamación gingival
- Índices periodontales, que miden la destrucción periodontal
- Índices de placa, que miden la cantidad de placa acumulada
- Índices de cálculos, que miden la cantidad de cálculos supragingivales o subgingivales, o ambos, presentes. (21)

2.2.4.3.1.ÍNDICE DE PLACA

Pueden dividirse en tres grupos : a) Los que evalúan la superficie dentaria cubierta por placa , b) Los que evalúan el espesor de la placa en el sector gingival y c) Los que evalúan presencia o ausencia de placa (sistema binario).(21)

- a) La mayoría de estos índices miden en una escala numérica la extensión de la placa sobre la superficie dentaria. Entre ellos, el índice de Greene y Vermillion, el de Ramfjord y el índice

de placa que acompaña al PDI de Ramfjord y el índice de O'Leary han sido los más usados. En algunos de ellos se aconseja usar soluciones revelantes para visualizar mejor la placa. (21)

- b) El índice de placa de Silness y Loe, que es el más usado en la actualidad, evalúa el espesor de la placa existente en el sector gingival, utilizando un explorador y el espejo dental. Se examinan 4 superficies dentarias (distobucal, bucal, mesiobucal y lingual) y se obtiene el promedio, que es el índice del diente. Sumando el PII para el individuo. Se puede registrar toda la dentición o un segmento de ella. (21)
- c) O'Leary y col. Crearon el índice de presencia o ausencia de placa, que se utiliza comúnmente en la clínica para evaluar y mostrar al paciente la eficiencia de su eliminación diaria. El registro de presencia o ausencia de placa, con coloración previa o sin ella, se puede hacer por observación visual o deslizando la sonda o explorador por el surco, para constatar si se levanta o no placa (21)

2.2.4.4. DETECCIÓN DE LA PLACA

Las soluciones reveladoras de la placa bacteriana son sustancias colorantes que vienen en líquido o en tabletas para disolver en la boca. Su base son los colorantes de tipo eritrosina. Una vez disuelta, el paciente se enjuaga, el material coloreado que se aprecia adherido a la zona cervical próxima al margen gingival se considera como placa bacteriana, que debe ser retirada con el cepillo, la seda u otros adminículos de higiene. La solución de las tabletas reveladoras son elementos educativos importantes, ya que el mismo paciente puede determinar las zonas donde hay

fallas con su técnica de cepillado. La solución reveladora se utiliza en el consultorio en las primeras fases de instrucción sobre el control de PB. El paciente la puede utilizar semanalmente en casa como elemento de control y evaluación de la forma como está realizando su higiene oral. (23)



(23)

2.2.5. PATOLOGÍA ASOCIADA A LA HIGIENE ORAL

2.2.5.1. CARIES DENTAL

2.2.5.1.1. DEFINICIÓN

La caries dental es una enfermedad multifactorial que involucra una interacción de bacterias, dieta, resistencia del huésped y tiempo. La formación de cavidades sólo puede ocurrir cuando la desmineralización supera la capacidad de defensa del cuerpo para remineralizar por un periodo de tiempo. (6)

Los avances en la investigación han permitido entender la enfermedad como un proceso dinámico, que tiene lugar en los depósitos microbianos que se localizan en la superficie de los dientes. Es el resultado de un desequilibrio en el proceso metabólico fisiológico de la placa bacteriana producido por la compleja interacción de

múltiples factores determinantes que pueden actuar en el diente, el individuo y la comunidad. (9)

La caries puede ser definida como una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, caracterizada por la desmineralización de la parte inorgánica y destrucción orgánica de los tejidos dentales. (2)

2.2.5.1.2.ETIOLOGÍA

La caries dental se puede desarrollar en cualquier superficie de un diente, que está en la boca, cuando tiene en su superficie placa bacteriana. Sin embargo, la presencia de la placa no lleva necesariamente a la enfermedad. Las bacterias son necesarias pero no suficientes. En el interior de la placa bacteriana la actividad metabólica es continua, cuando el pH disminuye se produce una pérdida de mineral que se recupera cuando el Ph aumenta. Este equilibrio puede alterarse dando lugar a una pérdida de mineral que lleva a la disolución del tejido duro del diente que puede llegar a producir una lesión de caries. (9)

2.2.5.2.PERIODONTOPATIAS

Se incluye en la denominación de periodonciopatias a toda alteración patológica, de cualquier origen, que ataque los tejidos periodontales. Ellas comprenden la enfermedad periodontal, las diversas enfermedades gingivales y las manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas. (6)

-Enfermedades gingivales

-Enfermedades periodontales

-Manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas. (6)

2.2.5.2.1. CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y LESIONES PERIODONTALES (1999)

I. ENFERMEDADES GINGIVALES

A. ENFERMEDADES GINGIVALES INDUCIDAS POR PLACA

-E.G. Modificada por Factores Sistémicos

-E.G. Modificada por Medicaciones

- E.G. Modificada por Malnutrición

B. LESIONES GINGIVALES NO INDUCIDA POR PLACA

- E.G. De Origen Bacteriano Específico

- E.G. De Origen Viral

- E.G. De Origen Micótico

- E.G. De Origen Genético

-Manifestaciones Gingivales de Condiciones Sistémicas

- Lesiones Traumáticas

-Reacciones a Cuerpos Extraños

II. PERIODONTITIS CRÓNICA

-Localizada

-Generalizada

III. PERIODONTITIS AGRESIVA

-Localizada

-Generalizada

IV. PERIODONTITIS COMO MANIFESTACION DE ENFERMEDADES SISTEMICAS

V. ABSCEOS DEL PERIODONTO

-Absceso Gingival

-Absceso Periodontal

-Absceso Pericoronario

VII. PERIODONTITIS RELACIONADA CON LESIONES ENDODONTICAS

-Lesión Endodontica Periodontal

-Lesión Periodontal-Endodontica

-Lesión Combinada

-Malformaciones Y Lesiones Congénitaso Adquiridas
(6)

2.2.5.2.1.1. GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA DENTAL

La gingivitis que se relaciona con la formación de placa dentobacteriana es la forma más común de enfermedad gingival, La gingivitis se caracteriza por la presencia de signos clínicos de inflamación que se confinan a la encía y se relacionaban con la falta de pérdida de inserción de los dientes. También se ha observado que la gingivitis afecta a la encía de los dientes afectados por

periodontitis que habían perdido inserción pero recibido terapia periodontal para estabilizar cualquier pérdida posterior de inserción. En estos casos tratados, puede volverse a presentar la inflamación gingival inducida por placa, pero sin evidencia de una pérdida de inserción. a partir de esta evidencia se ha concluido que es posible que la gingivitis inducida por placa se presente en un periodonto sin pérdida de inserción o en uno con pérdida de la inserción que este estable y no avanza .Esto implica que la gingivitis puede ser el diagnóstico para la inflamación de los tejidos gingivales relacionados con un diente sin pérdida previa de inserción o con un diente que ha presentado pérdida de inserción u ósea pero que en el momento no presenta pérdida de inserción y ósea, aunque haya inflamación gingival. Para que se pueda realizar este diagnóstico, debe haber registros longitudinales del estado periodontal, incluso los niveles clínicos de inserción. (6)

La microbiota de la gingivitis inducida por placa está integrada por proporciones aproximadamente iguales de especies Gram positivas y Gram negativos además de microorganismos facultativos y anaeróbicos. Las especies Gram positivas predominantes incluyen S.

Sanguis, S. Mitis, S.Oralis .Los microorganismos Gram negativos son de manera primordial, F .Nucleatum ,Campylobacter ,Haemophilus . (6)

2.2.5.2.1.2 PERIODONTITIS

La enfermedad periodontal se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias gingivales con la formación de una bolsa periodontal que lleva a la pérdida de hueso alveolar y eventualmente a la del diente. Su causa primaria es infecciosa (placa bacteriana). (21)

El termino periodontitis se utiliza para definir enfermedades caracterizadas clínicamente por inflamación gingival y destrucción de los tejidos de sostén de la pieza dentaria. El factor etiológico esencial en la patología inflamatoria periodontal es el biofilm de la placa dental que inicia y perpetua la enfermedad en un huésped .La evolución y velocidad de destrucción de los tejidos periodontales se encuentran moduladas por los factores de riesgo propios del individuo y su medio ambiente. (5)

La periodontitis se define como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de los dientes provocada por microorganismos o grupos de microorganismos específicos que tienen

como resultado la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsas, recesión, o ambas. La característica clínica que distingue a la periodontitis de la gingivitis es la presencia de pérdida clínicamente detectable de la inserción. Con frecuencia esto se acompaña de una formación periodontal de bolsas y cambios en la densidad y la altura del hueso alveolar. En algunos casos, se presenta una recesión de la encía marginal junto con la pérdida de inserción, enmascarando el proceso de la enfermedad si las medidas de la profundidad de la bolsa se toman sin considerar los niveles clínicos de inserción. Los signos clínicos de inflamación como cambios de color, el contorno, y la consistencia y la hemorragia al sondeo, tal vez no sean siempre indicadores positivos de una pérdida de inserción en curso. Sin embargo se ha probado que la presencia de hemorragia continua al sondeo en una secuencia de visitas es un indicador confiable de la presencia de inflamación y puede provocar la pérdida posterior de inserción en el sitio de sangrado. (6)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Prevalencia: La prevalencia es la proporción de personas de una población que padecen la enfermedad de interés en un punto de tiempo o en un periodo

Placa blanda: Se llama placa blanda a una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano

Nivel de conocimiento: El conocimiento es el punto más alto del saber porque concierne a la razón en vez de la experiencia

Higiene oral: Higiene del griego hygies = sano. “parte de la medicina que tiene por objetivo la conservación de la salud y los medios de precaver las enfermedades: la limpieza es la primera regla de la higiene”

Caries: La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana

Microorganismos: Los microorganismos son aquellos seres vivos más diminutos que únicamente pueden ser apreciados a través de un microscopio. En este extenso grupo podemos incluir a los virus, las bacterias, levaduras y mohos

Bacterias: La palabra bacteria proviene de un término griego que significa “bastón”. Se trata de un microorganismo unicelular procarionte que puede provocar enfermedades, fermentaciones o putrefacción en los seres vivos o materias orgánicas.

Fluor: El flúor es el elemento químico de número atómico 9 situado en el grupo de los halógenos (grupo 17) de la tabla periódica de los elementos. Su símbolo es F.

Ph: El pH es una unidad de medida que sirve para establecer el nivel de acidez o alcalinidad de una sustancia

Gingivitis: La gingivitis es una enfermedad bucal generalmente bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes.

Capacidad buffer: Es la capacidad de amortiguamiento a cambios de pH.

Polisacáridos: Los polisacáridos son biomoléculas formadas por la unión de una gran cantidad de monosacáridos. Se encuentran entre los glúcidos, y cumplen funciones diversas, sobre todo de reservas energéticas y estructurales

Autoclisis: Es la autolimpieza al masticar

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION

3.1 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADA

Es probable que la acumulación de placa dental sea menor si el niño tiene un adecuado conocimiento de higiene oral

Es probable que la acumulación de placa dental sea mayor si el no niño tiene un adecuado conocimiento de higiene oral

Es probable que la acumulación de placa dental no se afecte si el niño no tiene un adecuado conocimiento de higiene oral

3.2 VARIABLES; DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

La población estuvo constituida por todos los escolares entre 9- 12 años que asistan regularmente a las dos Instituciones Educativas más representativas (según el padrón de instituciones educativas censo escolar 2015 del ministerio de educación) del distrito de Aplao de la provincia de Castilla como son las instituciones educativas “Ángela Rendón Sánchez Castilla y Corazón de Fátima “ , haciendo un total de 350 escolares aproximadamente cifra a la cual se le aplicó los respectivos criterios de inclusión e exclusión , la población final estudiada fue de 236 alumnos .

A) Criterios de inclusión

¶ Niños de 9 – 12 años que cuenten con el consentimiento informado firmado por sus representantes y que den su consentimiento de participación.

¶ Niños de ambos sexos

¶ Niños con dentición mixta

B) Criterios de exclusión

¶ Niños con aparatología ortodóntica

¶ Niños que tengan enfermedades sistémicas que afecten su salud bucal

¶ Niños con síndrome de Down

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

▮ Principales

-Índice de O’Leary

-Nivel de conocimiento sobre higiene oral

▮ Secundarias

-Edad

-Sexo

-nivel educativo

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE PRINCIPAL	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA	TIPO
Índice de O’Leary	Bueno (0-15) Regular (16-49) Malo(51-100)	Cualitativa	Ordinal	Dependiente
Nivel de conocimiento	Malo (0 -5) Regular(6– 8) Bueno(9 -10)	Cualitativa	Ordinal	Independiente

VARIABLES SECUNDARIAS	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA	TIPO
Edad	Años	Cuantitativa	Razón	Secundaria
Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal	Secundaria

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Se solicitó el permiso correspondiente de las I.E. para realizar el presente estudio

Del total de la población correspondiente a los escolares entre los 9 – 12 años que asistieron regularmente a las I.E. “ANGELA RENDON SANCHEZ CASTILLO Y CORAZON DE FATIMA “del distrito de Aplao, se seleccionó a los que reunían las características, según los criterios de inclusión y exclusión.

Se solicitó el consentimiento informado firmado por los padres o tutores aceptando la participación del alumno en el estudio

Se realizó una charla de motivación a los estudiantes explicándoles además el procedimiento a seguir.

Luego, se procedió a realizar el examen clínico y se recolectó .Los datos en la ficha de recolección de datos que consignara el Índice de O’Leary, el procedimiento se realizó aplicando revelador de placa en todos los dientes, se procedió a anotar la presencia o ausencia de placa en el casillero correspondiente, se procedió a obtener el índice mediante la siguiente fórmula número de superficies teñidas por 100 entre el número de superficies totales

Luego, se realizó la encuesta con el cuestionario sobre el nivel de conocimiento de higiene oral el cual consta de 20 preguntas cerradas de opción múltiple. este fue validado por talavera morales minerva a través de la aplicación de una prueba piloto de 30 unidades de estudio de la misma edad pero pertenecientes a otras instituciones educativas , a través de esta se hizo las correcciones del caso para garantizar un nivel de confiabilidad del instrumento dentro de márgenes aceptables , la confiabilidad del instrumento aplicando la ecuación alfa de Cronbach , dándole como resultado un valor de 0.827 , con lo cual quedo demostrado la confiabilidad del instrumento . Cabe mencionar que el tiempo promedio que este grupo de alumnos se demoró en realizar el cuestionario fue de 15 min.

Al final se procedió a dar una charla sobre higiene oral y técnica de cepillado.

4.2 DISEÑO MUESTRAL

La presente investigación se realizó en el Distrito de Aplao, Capital de Castilla y es uno de los 14 Distritos de la Provincia de Castilla que a su vez es uno de las 8 Provincias que conforman el Departamento de Arequipa.

Aplao Distrito que se halla surcando por el río Majes, cuenta con una población aproximadamente de 8900 habitantes (INEI 2007) ,tiene como actividad principal la agricultura y ganadería por su vasta campiña lo que convierte en despensa del departamento .

Escolares de 9 a 12 años del distrito de Aplao de las Instituciones Educativas Nacionales Corazón de Fátima y Ángela Rendón, ambas Instituciones Educativas tienen estudiantes de ambos sexos y son Instituciones solo nivel primario.

A) TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es no experimental ya que la información se obtuvo directamente y no intervenimos en la unidad de estudio.

B) DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a la temporalidad

Es Transversal ya que el examen clínico a los niños se realizó una vez.

De acuerdo al lugar donde se obtendrán los datos

Es de Campo por que realizamos directamente el índice de O'Leary y el cuestionario de conocimientos sobre higiene oral.

De acuerdo al momento de la recolección de datos

Es Prospectivo porque los datos se fueron recolectando mediante los iba investigando.

De acuerdo a la finalidad de la investigación

Es relacional por que se buscó determinar la relación entre la prevalencia de placa blanda y el nivel de conocimiento sobre higiene oral.

4.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICAS

La investigación se realizó a través de la observación clínica y mediante una encuesta

INSTRUMENTOS

Para la observación clínica el instrumento fue la ficha de recolección de datos (anexo N° 1)

Para la encuesta el instrumento ser un cuestionario (anexo N° 1)

TECNICA	INSTRUMENTOS
Observación clínica	Ficha de recojo de datos de Indicie de O'Leary
Encuesta	Cuestionario sobre el nivel de conocimiento de higiene oral

4.4 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

PLAN DE TABULACIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la tabulación de datos, luego de recolectados los mismos, se procesaron exclusivamente de manera computacional utilizándose el programa Excel de Microsoft Office 2010

La presentación de los resultados se llevó a cabo a través de la elaboración de cuadros de simple y doble entrada, los cuales fueron completamente con gráficos circulares, de barras simples y dobles.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos, dada la naturaleza cualitativa de las variables de interés, se realizó por medio del cálculo de frecuencias absolutas (n^0) y relativas (%).

Asimismo, para demostrar si las variables tienen alguna relación, se aplicó la prueba estadística de CHI cuadrado, a un nivel de confianza de 95 % (0.05).

TECNICAS DE ANALISIS ESTADISTICO

El análisis comprendió en primera instancia a la estadística descriptiva, puesto que se ha hallado para cada variable frecuencia y porcentajes.

Para establecer si existe o no relación entre la prevalencia de placa blanda (índice de O'Leary) con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal, se empleó la prueba de análisis de varianza (ANOVA) utilizando un nivel de confianza de 95 %.

RECURSOS

A) HUMANOS

- INVESTIGADORA : Bach. Evelyn Yuliana Checya Uscamayta
- ASESORA : Mg. Emma Cuentas de Postigo
- COLABORADORES : Bach. Andrei Dany Santillana cuadros
: Bach. Katherinne Gregoria Vera Marroquin

B) FINANCIEROS

El presente trabajo de investigación fue financiado en su totalidad por la autora del trabajo

C) MATERIALES

- Bandejas
- Guantes
- Gorros
- Barbijos
- Campos

- Baja lenguas
- Algodón
- Papel bond
- Lapiceros
- Ficha de recolección de datos
- Revelador de placa

D) EQUIPOS

- Esterilizadora
- Cámara fotográfica

E) INSTRUMENTAL

- Trípodes (espejos, pinzas, exploradores)
- Abrebocas
- Linterna pequeña
- Espejo intraoral

F) INSTITUCIONALES

Universidad Alas Peruanas-Filial, Arequipa

Institución Educativa Corazón de María

Institución Educativa Ángela Rendón Sánchez Castilla

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo a las normas éticas el presente trabajo es original representando su validez científica al plantear

- a) Un método de investigación coherente con el problema y la necesidad social
- b) Un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información
- c) Un lenguaje cuidadoso empleado para comunicar el informe :este debe ser capaz de reflejar el proceso de la investigación

La investigación presenta un valor social o científico representando el juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación.

La investigación plantea una intervención que conduce a mejorar en las condiciones de vida y aporta conocimiento que puede abrir oportunidades de solución de problemas

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. PRESENTACION DE RESULTADOS

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Institución Educativa	N°	%
Ángela Rendón Castillo	99	41.9
Corazón de Fátima		58.1
Total	137	100.0

Fuente: Matriz de datos

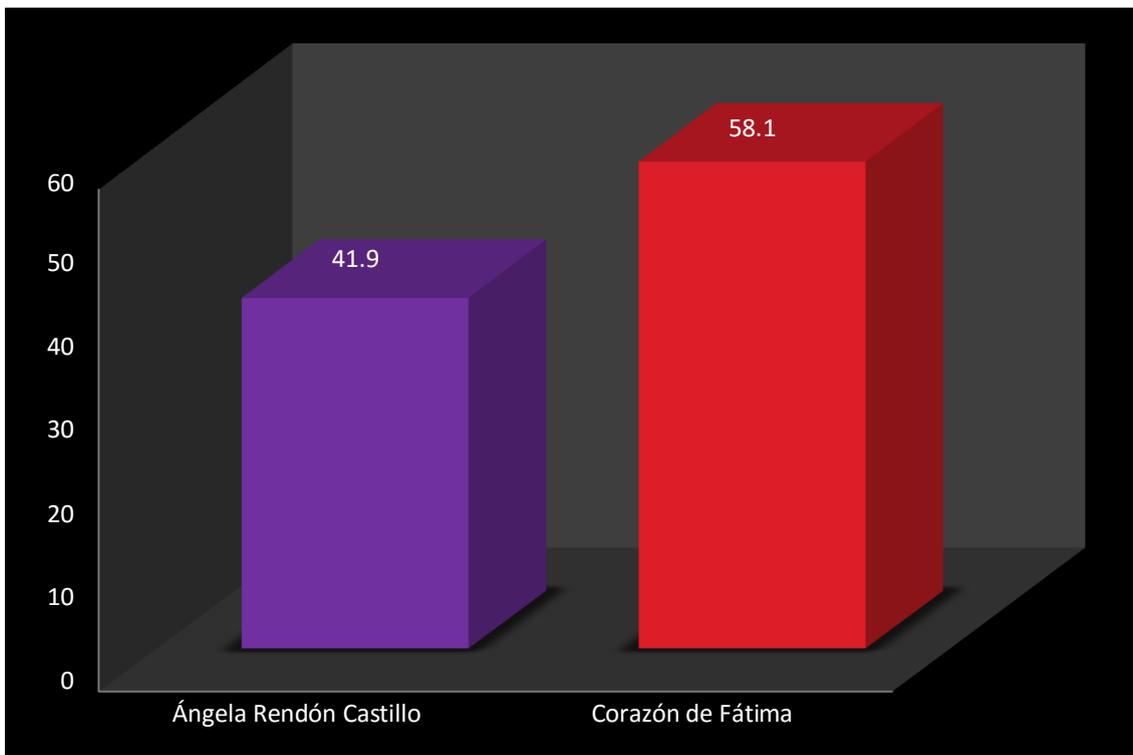
236

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla puede apreciar que la mayoría de los niños motivo de investigación (58.1%) fueron de la Institución Educativa Corazón de Fátima; en tanto el menor porcentaje correspondió (41.9%) a los de la institución educativa Ángela Rendón Castillo; ambas de Aplao.

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO

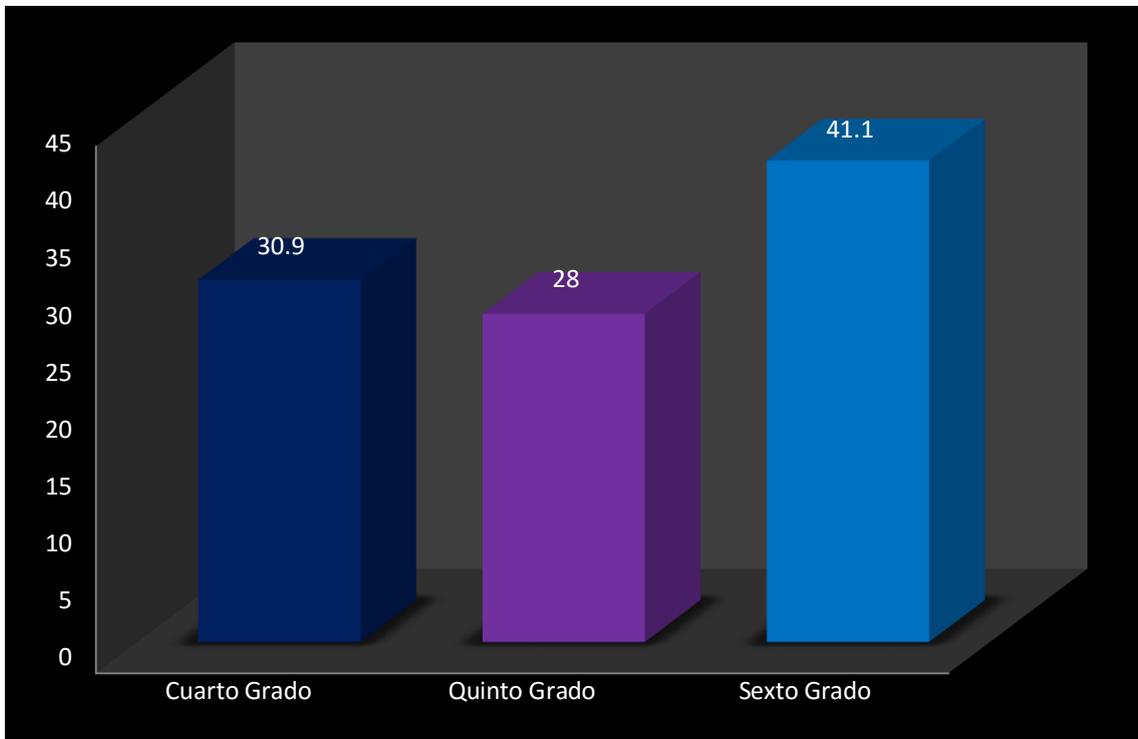
Nivel	N°	%
Cuarto Grado	73	30.9
Quinto Grado	66	28.0
Sexto Grado	97	41.1
Total	236	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de los alumnos investigados (41.1%) cursaban el sexto grado, en tanto, en menor porcentaje de ellos (28.0%) estaban en el quinto grado.

GRAFICO N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN EDAD

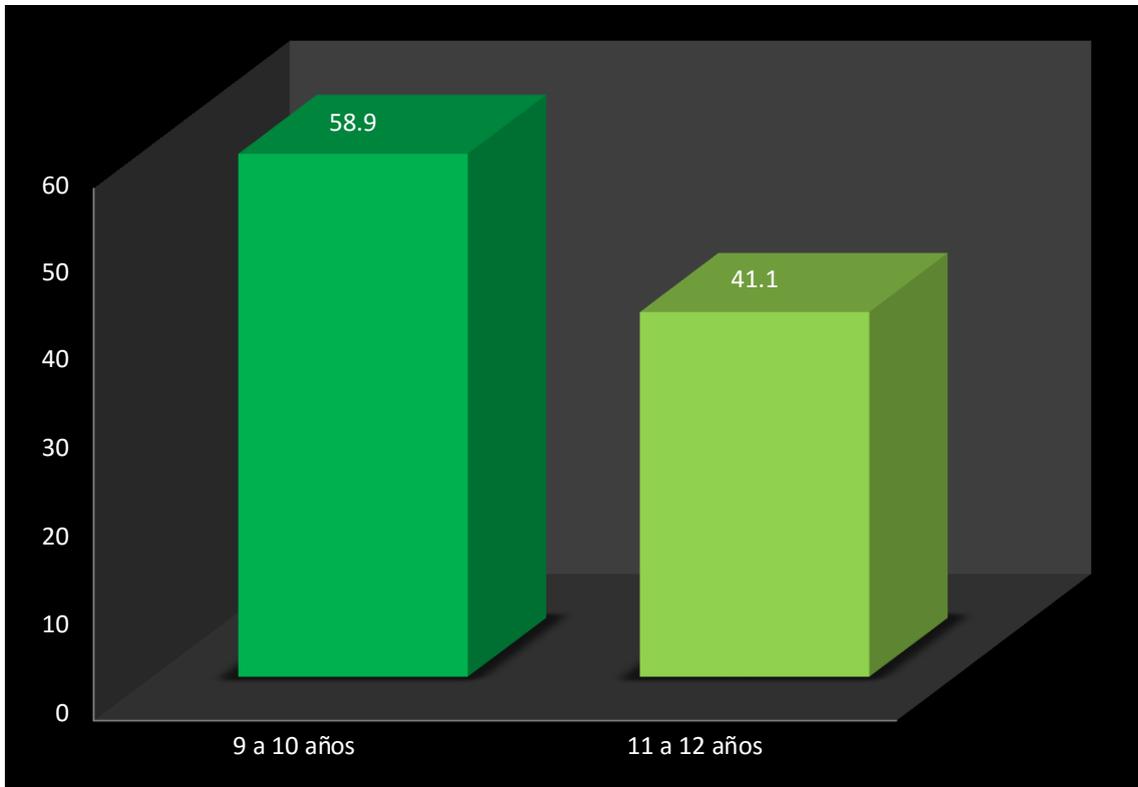
Edad	N°	%
9 a 10 años	139	58.9
11 a 12 años	97	41.1
Total	236	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que la mayoría de los alumnos motivo de investigación (58.9%) estaban con una edad entre los 9 y 10 años, mientras que el resto de ellos (41.1%) tenían entre 11 y 12 años.

GRAFICO N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN EDAD



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 4
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SEXO

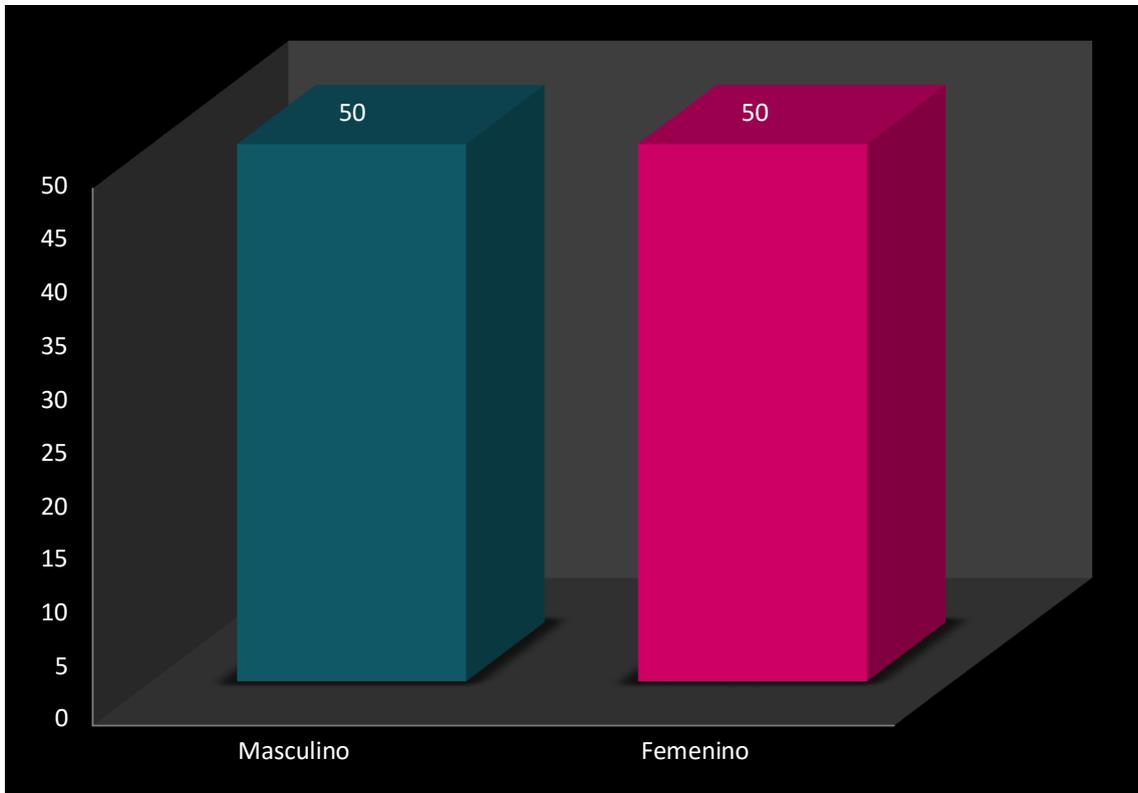
Sexo	N°	%
Masculino	118	50.0
Femenino	118	50.0
Total	236	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que la distribución del sexo en los alumnos motivo de estudio fue homogénea, pues la mitad de ellos correspondieron al masculino y la otra mitad al femenino.

GRAFICO N° 4
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SEXO



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 5
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SU NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE HIGIENE ORAL

Nivel de Conocimientos	N°	%
Malo	169	71.6
Regular	67	28.4
Bueno	0	0.0
Total		100.0

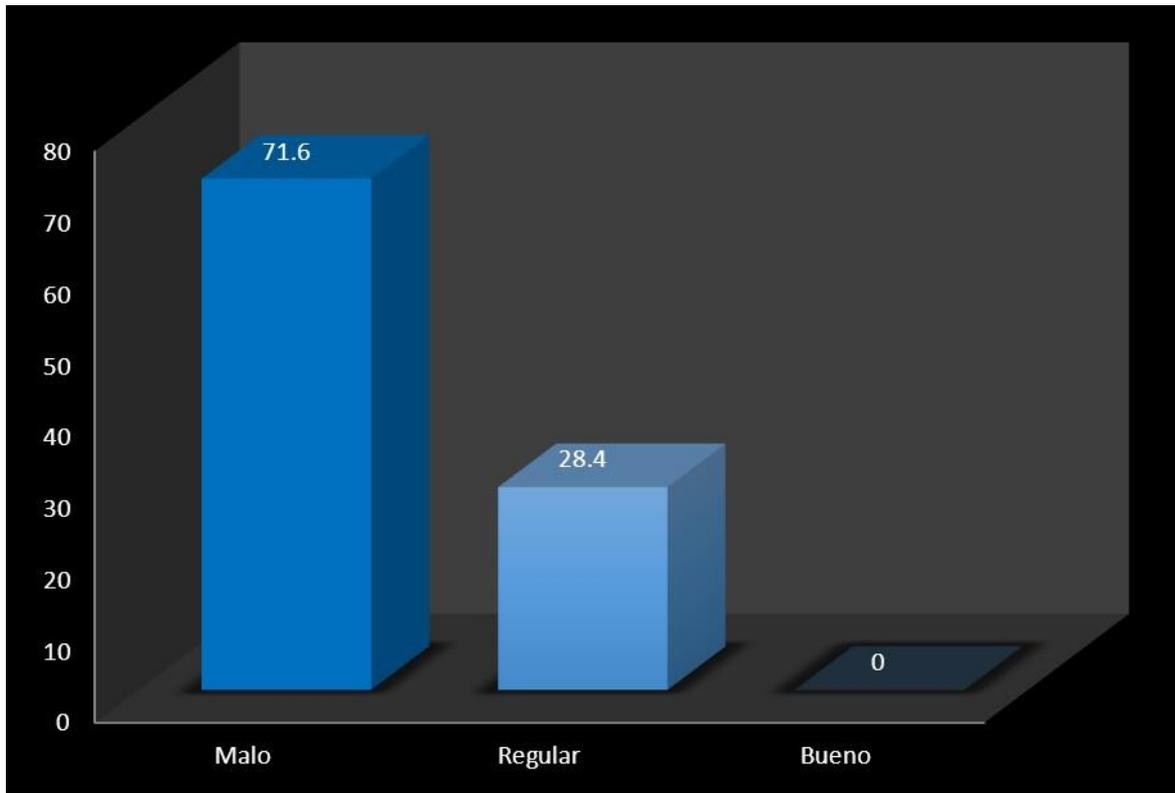
Fuente: Matriz de datos

236

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que la gran mayoría de los alumnos motivo de estudio (71.6%) tuvieron un nivel de conocimiento sobre higiene oral malo, así mismo, ninguno de ellos logró obtener un nivel bueno de conocimiento.

GRAFICO N° 5
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SU NIVEL DE CONOCIMIENTO



SOBRE HIGIENE ORAL

Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 6
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SU HIGIENE ORAL

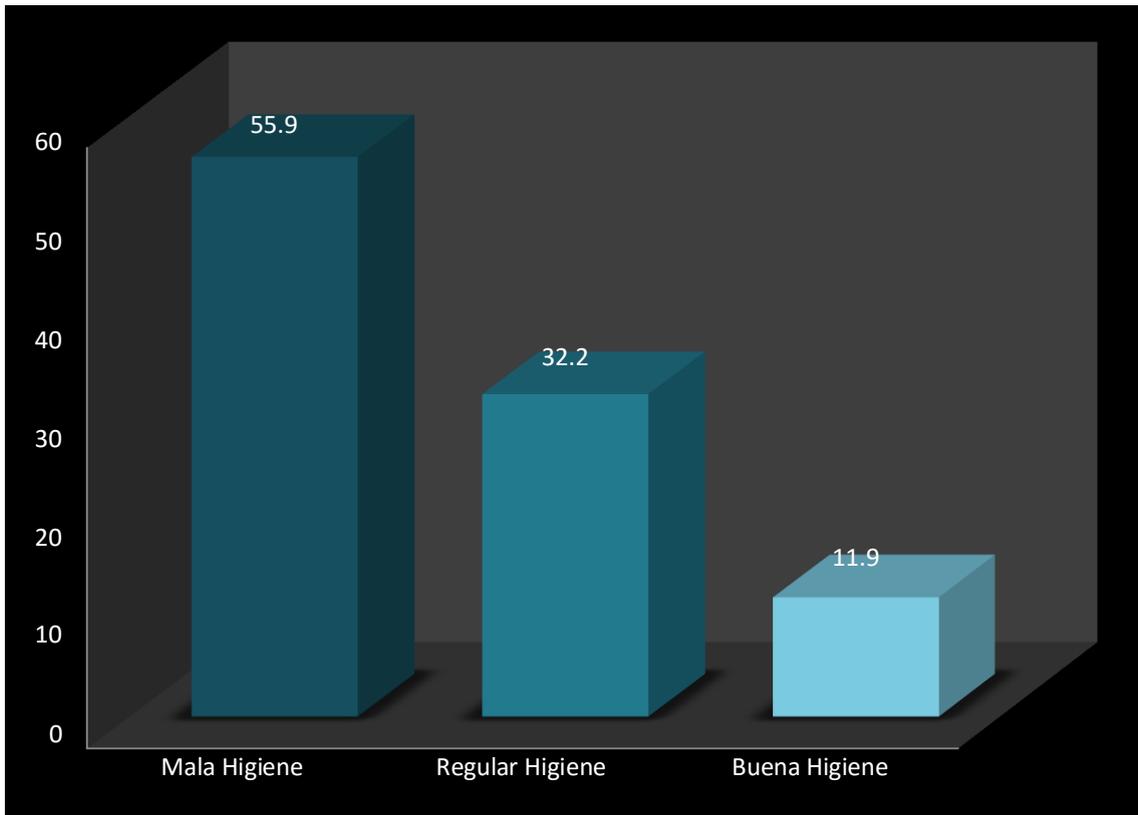
Higiene Oral	N°	%
Mala Higiene	132	55.9
Regular Higiene	76	32.2
Buena Higiene	28	11.9
Total	236	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla podemos evidenciar que la mayoría de los alumnos investigados (55.9%) tenían una mala higiene oral; en tanto el menor porcentaje de ellos (11.9%) presentaban niveles buenos de higiene oral.

GRAFICO N° 6
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SU HIGIENE ORAL



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 7
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL EDUCATIVO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE SALUD ORAL DE LOS NIÑOS

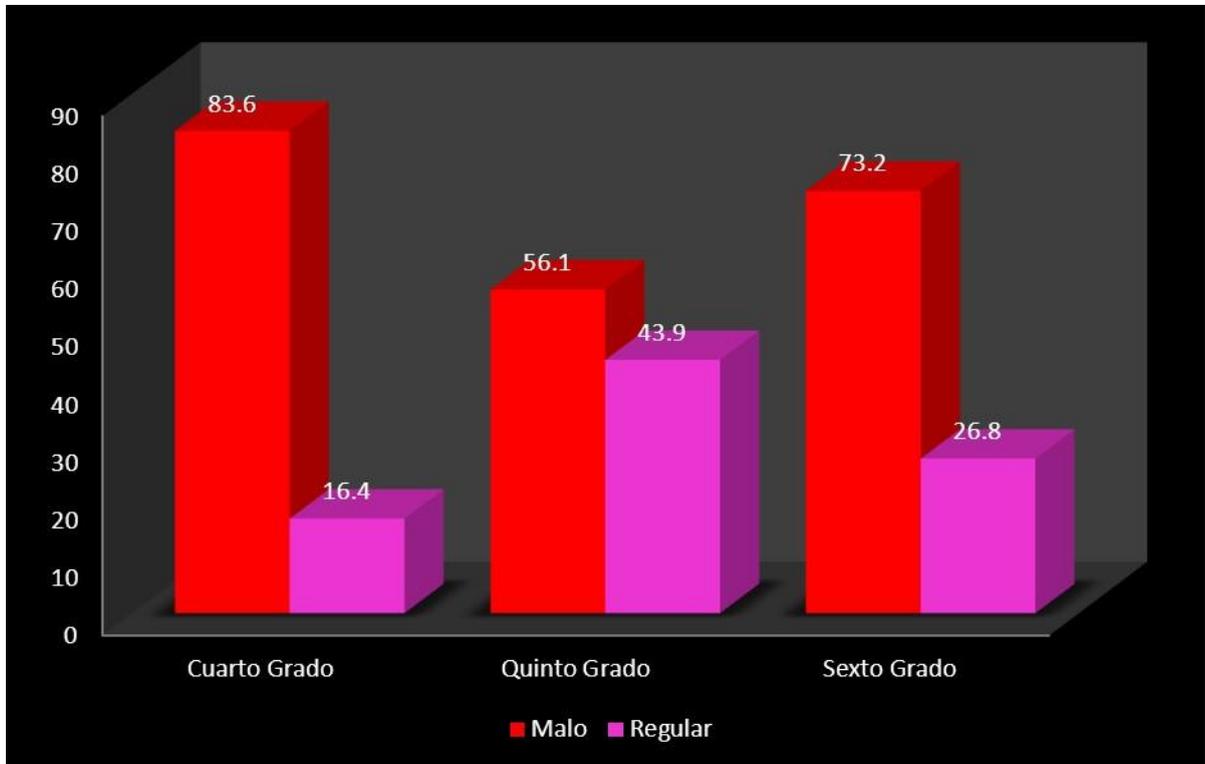
Nivel	Nivel de Conocimiento				Total	
	Malo		Regular		N	%
	N	%	N	%		
Cuarto Grado	61	83.6	12	16.4	73	100.0
Quinto Grado	37	56.1	29	43.9	66	100.0
Sexto Grado	71	73.2	26	26.8	97	100.0
Total	169	71.6	67	28.4	236	100.0
Fuente: Matriz de datos		P = 0.287 (P ≥ 0.05) N.S.				

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que los alumnos de cuarto grado, en su mayoría (83.6%) tenían un nivel de conocimiento sobre salud oral malo, los de quinto grado, también en su mayoría (56.1%) tuvieron niveles malos de conocimiento y, finalmente, en los de sexto grado se observa una situación similar, es decir, en su mayoría (73.2%) tienen niveles malos de conocimiento.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir, no hay relación entre el nivel educativo y el nivel de conocimiento sobre higiene oral.

GRAFICO N° 7
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL EDUCATIVO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE SALUD ORAL DE LOS NIÑOS



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 8
RELACIÓN ENTRE EDAD Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD
ORAL DE LOS NIÑOS

Edad	Nivel de Conocimiento				Total	
	Malo		Regular		N	%
	N	%	N	%		
9 a 10 años	98	70.5	41	29.5	139	100.0
11 a 12 años	71	73.2	26	26.8	97	100.0
Total	169	71.6	67	28.4	236	100.0

Fuente: Matriz de datos

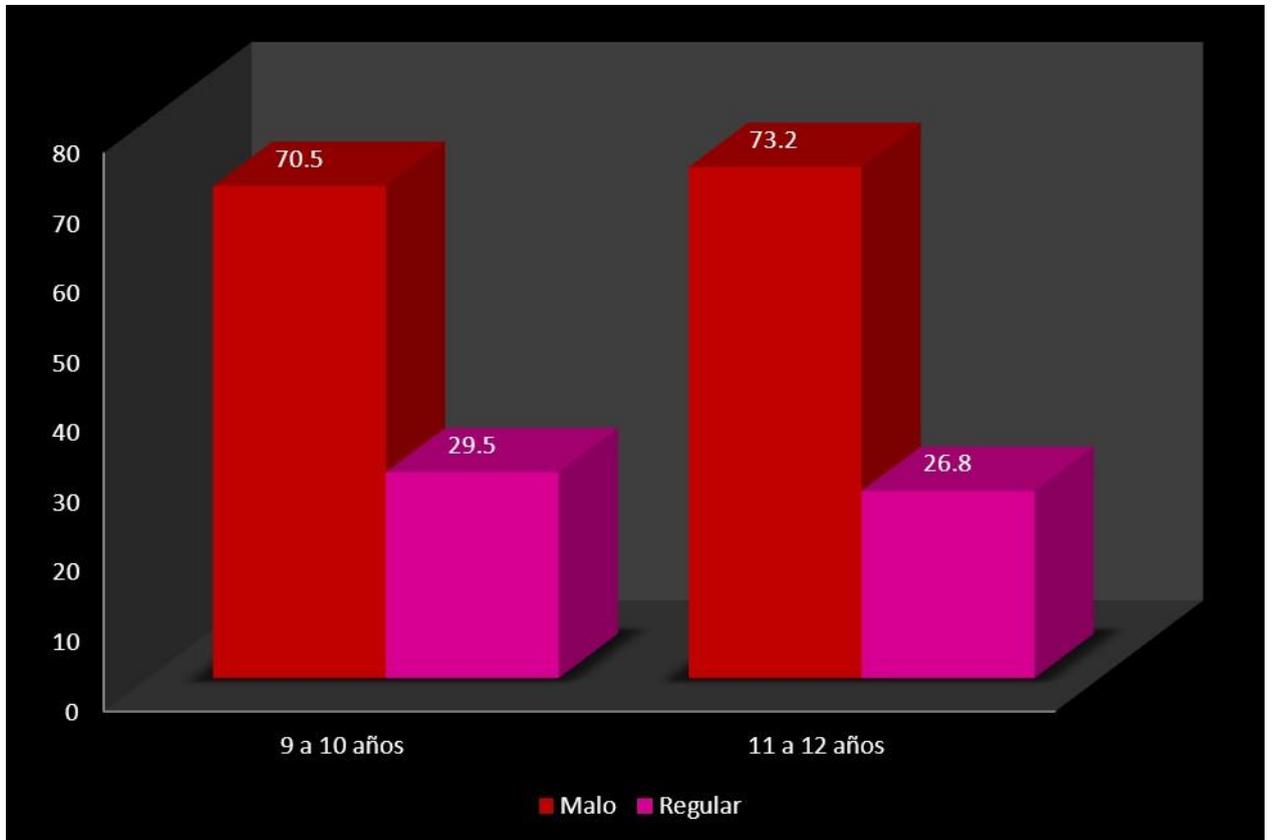
$P = 0.652$ ($P \geq 0.05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que los alumnos de 9 a 10 años, en su mayoría (70.5%) tenían un nivel de conocimiento sobre salud oral malo, mientras que los de 11 a 12 años, también la mayoría de sus estudiantes (73.2%) tuvieron niveles malos de conocimiento.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir, no hay relación entre la edad y el nivel de conocimiento sobre higiene oral.

GRAFICO N° 8
RELACIÓN ENTRE EDAD Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD
ORAL DE LOS NIÑOS



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 9
RELACIÓN ENTRE SEXO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD
ORAL DE LOS NIÑOS

Sexo	Nivel de Conocimiento				Total	
	Malo		Regular		N	%
	N	%	N	%		
Masculino	84	71.2	34	28.8	118	100.0
Femenino	85	72.0	33	28.0	118	100.0
Total	169	71.6	67	28.4	236	100.0

Fuente: Matriz de datos

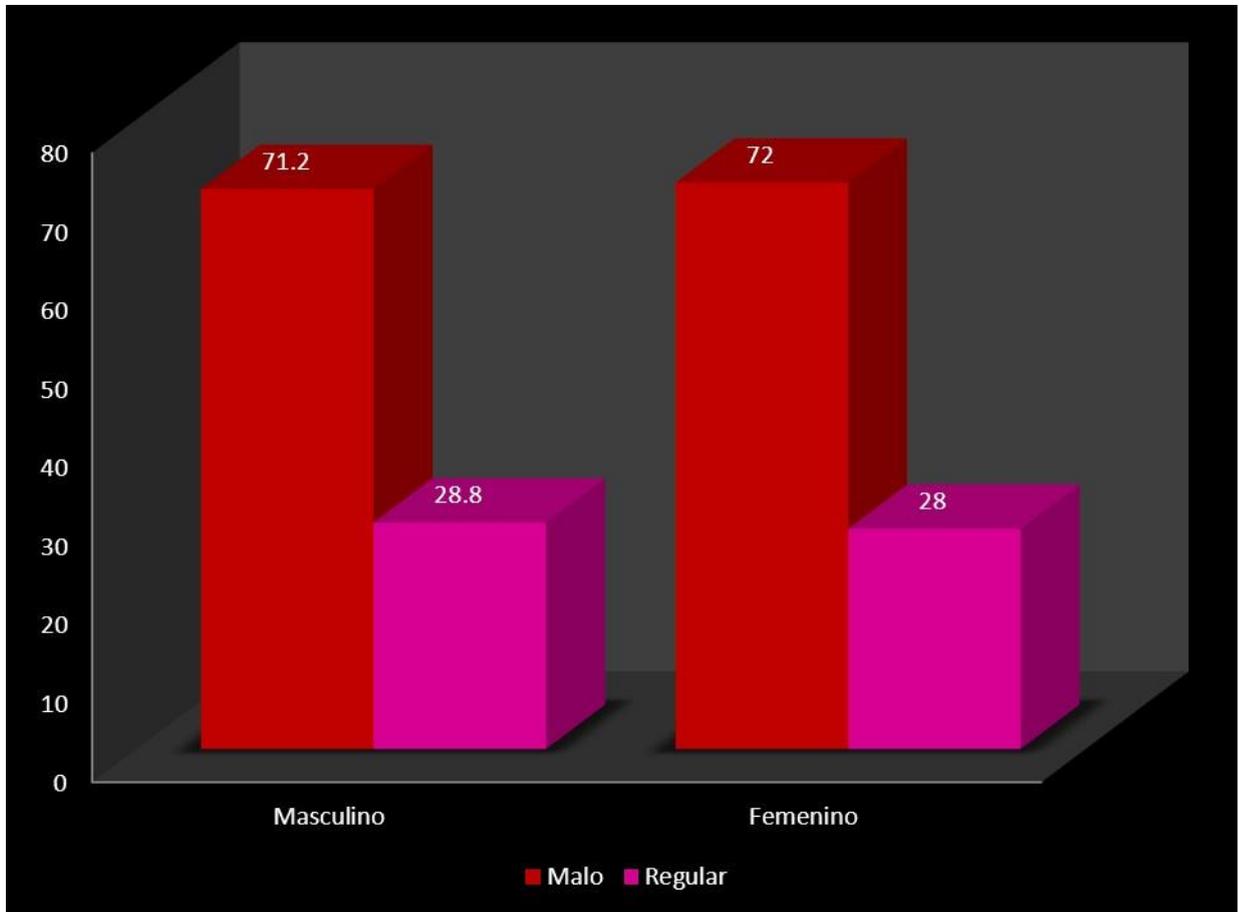
$P = 0.885$ ($P \geq 0.05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que los alumnos de sexo masculino, en su mayoría (71.2%) tenían un nivel de conocimiento sobre salud oral malo, mientras que los de sexo femenino, también la mayoría de sus estudiantes (72.0%) tuvieron niveles malos de conocimiento.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir, no hay relación entre el sexo y el nivel de conocimiento sobre higiene oral.

GRAFICO N° 9
RELACIÓN ENTRE SEXO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD
ORAL DE LOS NIÑOS



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 10
RELACIÓN ENTRE NIVEL EDUCATIVO Y LA HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS

Nivel	Indice de Higiene Oral						Total	
	Mala Higiene		Regular Higiene		Buena Higiene		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Cuarto Grado	52	71.2	16	21.9	5	6.8	73	100.0
Quinto Grado	29	43.9	25	37.9	12	18.2	66	100.0
Sexto Grado	51	52.6	35	36.1	11	11.3	97	100.0
Total	132	55.9	76	32.2	28	11.9	236	100.0

Fuente: Matriz de datos

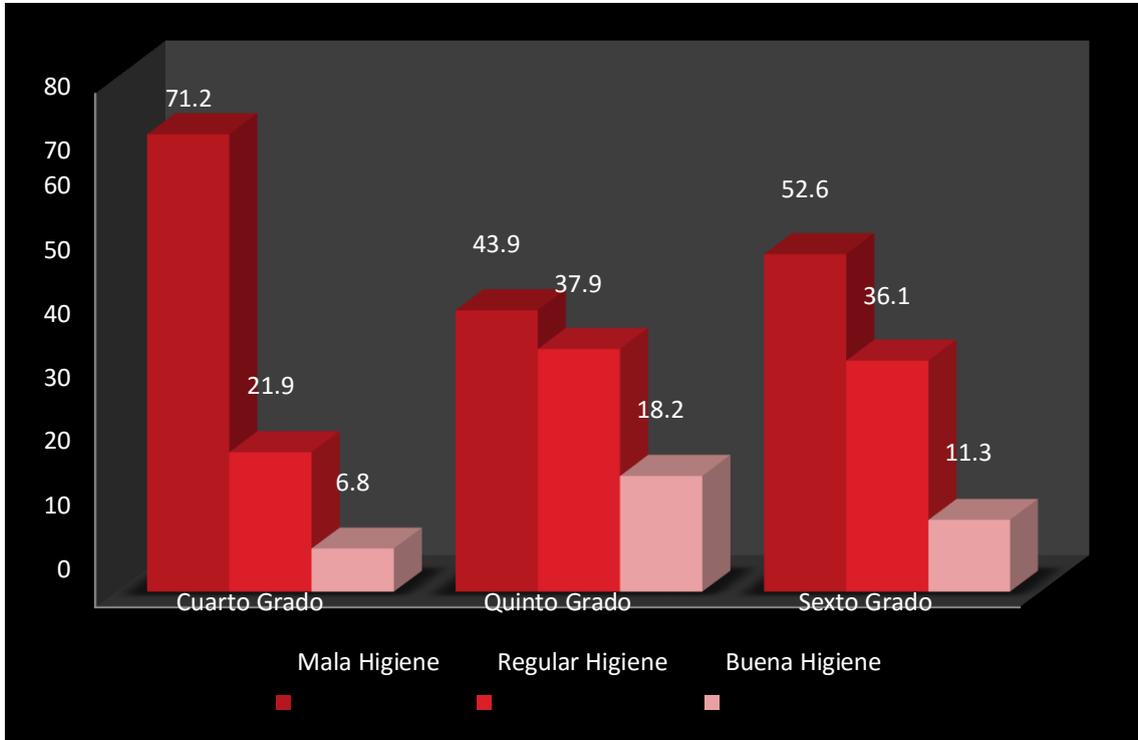
$P = 0.076$ ($P \geq 0.05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que los niños de cuarto grado, en su mayoría (71.2%) tenían una mala higiene oral; aquellos que cursaban el quinto grado, el mayor porcentaje de ellos (43.9%) también evidenciaron mala higiene, finalmente, los que estaban en sexto grado, mostraron la misma tendencia, es decir, en su mayoría (52.6%) tenían mala higiene.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir, no hay relación entre el nivel educativo y la higiene oral.

GRAFICO N° 10
RELACIÓN ENTRE NIVEL EDUCATIVO Y LA HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 11
RELACIÓN ENTRE EDAD Y LA HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS

Edad	Índice de Higiene Oral						Total	
	Mala Higiene		Regular Higiene		Buena Higiene		N	%
	N	%	N	%	N	%		
9 a 10 años	81	58.3	41	29.5	17	12.2	139	100.0
11 a 12 años	51	52.6	35	36.1	11	11.3	97	100.0
Total	132	55.9	76	32.2	28	11.9	236	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.566$ ($P \geq 0.05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que los alumnos de 9 a 10 años, en su mayoría (58.3%) tenían una higiene oral mala, en tanto los 11 a 12 años, también en su mayoría (52.6%) tuvieron niveles malos de higiene oral.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir, no hay relación entre la edad y la higiene oral.

GRAFICO N° 11
RELACIÓN ENTRE EDAD Y LA HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS

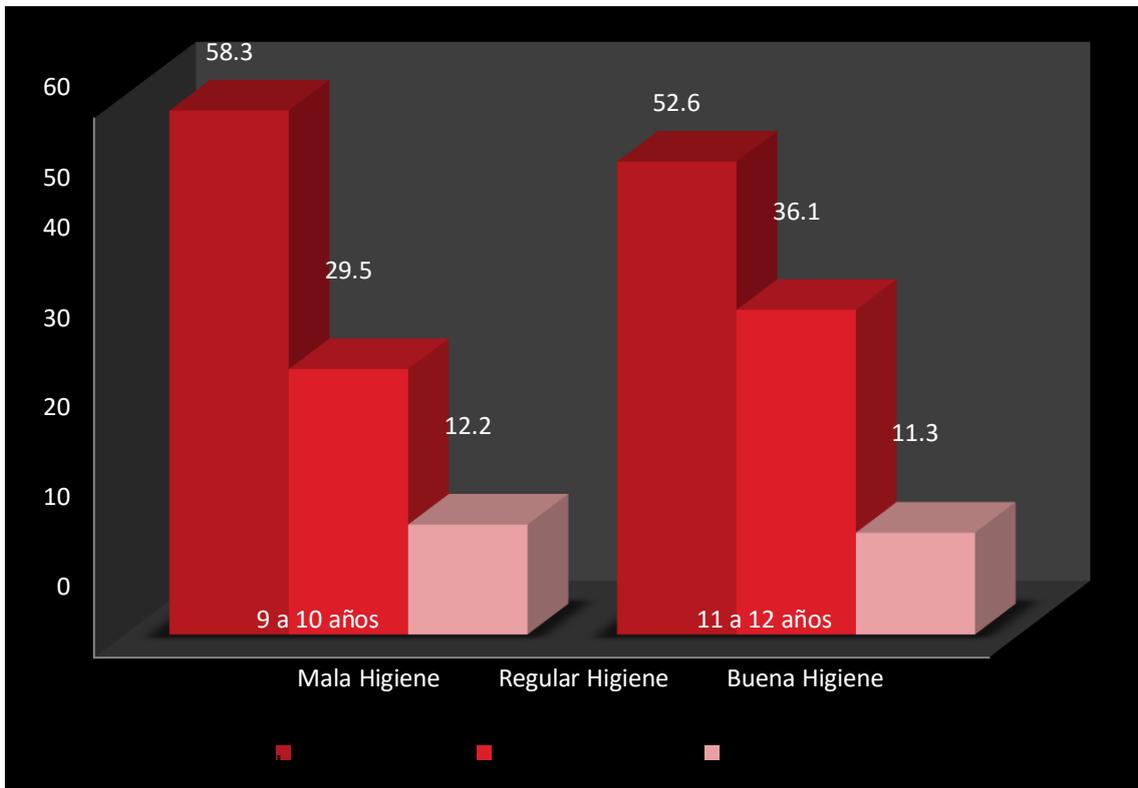


TABLA N° 12
RELACIÓN ENTRE SEXO Y LA HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS

Sexo	Índice de Higiene Oral						Total	
	Mala Higiene		Regular Higiene		Buena Higiene		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Masculino	64	54.2	38	32.2	16	13.6	118	100.0
Femenino	68	57.6	38	32.2	12	10.2	118	100.0
Total	132	55.9	76	32.2	28	11.9	236	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.707$ ($P \geq 0.05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que los alumnos de sexo masculino, en su mayoría (54.2%) tenían una higiene oral mala, en tanto los del femenino, también en su mayoría (57.6%) tuvieron niveles malos de higiene oral.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir, no hay relación entre el sexo y la higiene oral.

GRAFICO N° 12
RELACIÓN ENTRE SEXO Y LA HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS

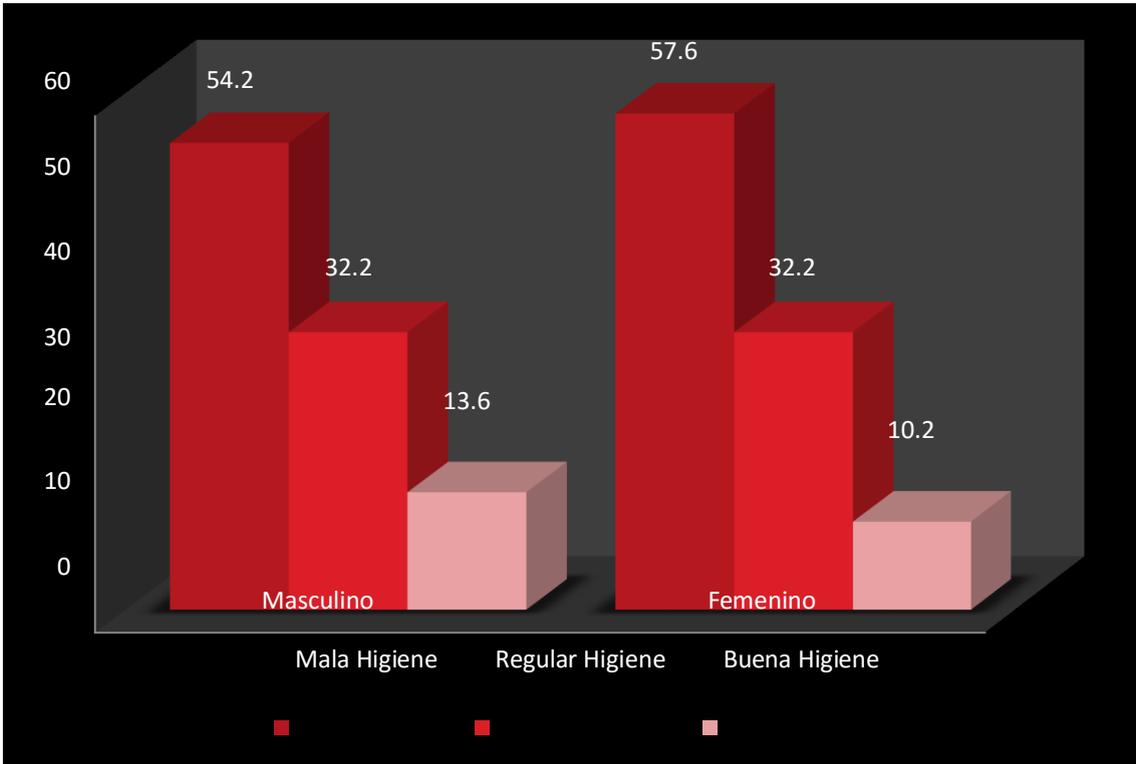


TABLA N° 13
RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA HIGIENE ORAL DE
LOS NIÑOS

Nivel de Conocimientos	Índice de Higiene Oral						Total	
	Mala Higiene		Regular Higiene		Buena Higiene		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Malo	131	77.5	36	21.3	2	1.2	169	100.0
Regular	1	1.5	40	59.7	26	38.8	67	100.0
Total	132	55.9	76	32.2	28	11.9	236	100.0

Fuente: Matriz de datos

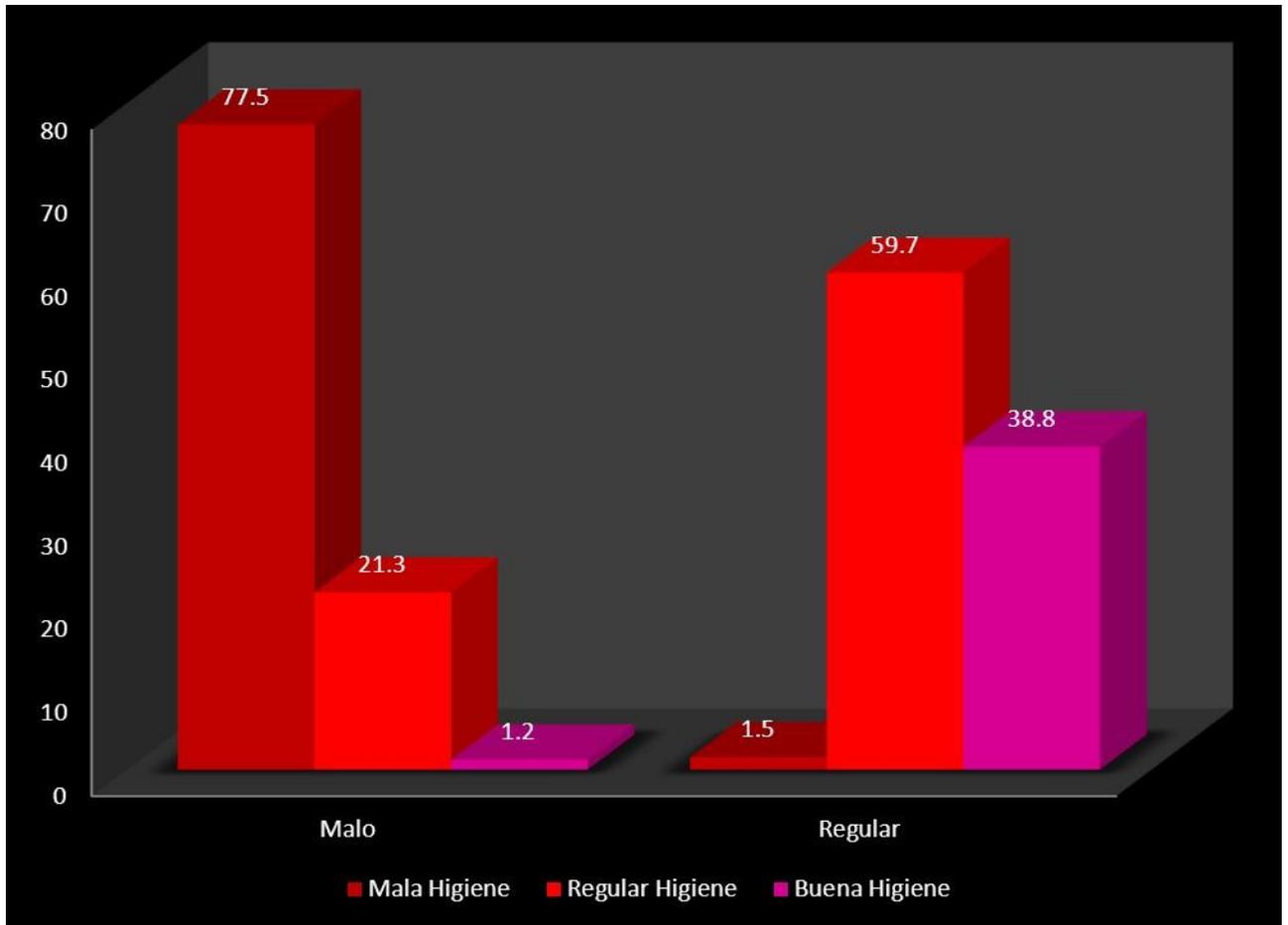
P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que los niños que tuvieron un nivel de conocimiento sobre higiene oral, en su gran mayoría (77.5%) tuvieron una higiene oral tipificada como mala; mientras que los niños con conocimientos regulares, en su mayoría (59.7%) tuvieron una higiene regular, con una importante tendencia a ser buena (38.8%).

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas son significativas, es decir, hay relación entre el nivel de conocimiento con la higiene oral, puesto que, mientras mayor sea el conocimiento mejor será la higiene oral.

GRAFICO N° 13
RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA HIGIENE ORAL DE
LOS NIÑOS



Fuente: Matriz de datos

2. DISCUSIÓN

En la presente investigación podemos apreciar que la gran mayoría de los alumnos tuvieron un nivel de conocimiento sobre higiene oral malo con (71.6%), así mismo, ninguno de ellos logró obtener un nivel bueno de conocimiento. Se observa en la investigación que asocia prevalencia de caries y el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en escolares de 9 a 11 años de edad del Distrito de Alto Selva Alegre. Arequipa. con una población total de 335 alumnos los resultados demuestran que su nivel de conocimiento encontrado fue malo en la mayoría de ellos con (58.5%) y solo un (3.6 %) logro obtener un nivel bueno de conocimiento

Así mismo podemos evidenciar que la mayoría de los alumnos de ambas Instituciones Corazón de Fátima y Ángela Rendón tenían una mala higiene oral (55.9%); en tanto el menor porcentaje de ellos (11.9%) presentaban niveles buenos de higiene oral. En la investigación sobre hábitos de cepillado dental e índice de higiene oral simplificado en los estudiantes del primer año de secundaria de la I.E. PNP 7 de Agosto y del Colegio Particular San Antonio de Padua en Arequipa con una población total de 61 alumnos, el IHO-S en los estudiantes del primer año de secundaria de la I.E PNP 7 de Agosto tuvo un promedio dentro de la escala de regular de 1.64 y el IHO-S del colegio particular San Antonio de Padua tuvo un promedio dentro de la escala de regular de 1.80.

De igual forma los niños que tuvieron un nivel de conocimiento sobre higiene oral malo, en su gran mayoría (77.5%) tuvieron una higiene oral tipificada como mala; mientras que los niños con conocimientos regulares, en su mayoría (59.7%) tuvieron una higiene regular, con una importante tendencia a ser buena (38.8%). las diferencias encontradas son significativas, es decir, hay relación entre el nivel de conocimiento con la higiene oral, puesto que, mientras mayor sea el conocimiento mejor será la higiene oral. Pero como podemos observar en el siguiente estudio. Influencia del nivel de conocimiento sobre salud oral en la higiene oral en los alumnos de cuarto y quinto año de la Facultad de

Odontología de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa en el año 2015, con una población total de 164 estudiantes se observó que se determina en el estudio que no existe influencia entre el nivel de conocimiento sobre salud oral y la higiene oral de cuarto y quinto año de la facultad de odontología

En este estudio los niños que tuvieron un nivel de conocimiento sobre higiene oral malo, en su gran mayoría (77.5%) tuvieron una higiene oral tipificada como mala; mientras que los niños con conocimientos regulares, en su mayoría (59.7%) tuvieron una higiene regular, con una importante tendencia a ser buena (38.8%). En la investigación sobre nivel de conocimiento en nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. Lima – Perú en el año 2012, con un total de 76 escolares, la mayor parte de la muestra presentó un regular conocimiento en salud oral (72.4 %) , seguido por un bueno (22.4%) en cuanto a la calidad de higiene oral presentó una mala (59.2 %) seguido por regular (38.2%) en el presente estudio no se encontró relación entre el nivel de conocimiento en salud oral y la calidad de la higiene oral , las diferencias encontradas son significativas, es decir, hay relación entre el nivel de conocimiento con la higiene oral.

La investigación podemos evidenciar que la mayoría de los alumnos de ambas Instituciones Corazón de Fátima y Ángela Rendón tenían una mala higiene oral (55.9%); en tanto el menor porcentaje de ellos (11.9%) presentaban niveles buenos de higiene oral. En la presente investigación. Relación entre consumo de alimentos cariogénicos e higiene bucal con caries dental en escolares, el estudio se realizó en Surquillo, Lima , Perú en el año 2012 , con un total de 108 escolares de la Institución Educativa Virgen Milagrosa entre 6- 12 años índice de higiene bucal fue aceptable en un 47.2%.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

El nivel de conocimientos sobre higiene oral en los niños de 9 a 12 años de las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito Aplao Provincia Castilla. Arequipa -2017, fue en su mayoría (71.6%) malo.

SEGUNDA:

La prevalencia de placa blanda en niños de 9 – 12 años de las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito Aplao Provincia Castilla. Arequipa -2017, fue en su mayoría una mala (55.9%).

TERCERA:

La edad, sexo y nivel educativo no estuvieron relacionados de manera significativa estadísticamente con el nivel de conocimiento en niños de 9 –12 años de las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito Aplao Provincia Castilla. Arequipa

CUARTA:

La edad, sexo y nivel educativo no tuvieron relación estadísticamente significativa con la prevalencia de placa blanda en niños de 9 – 12 años de las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito Aplao Provincia Castilla. Arequipa.

QUINTA:

Finalmente, hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre higiene oral y la prevalencia de placa blanda en niños de 9 – 12 años de las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito Aplao Provincia Castilla. Arequipa; puesto que aquellos que tienen mayores niveles de conocimiento presentan menor

prevalencia de placa y por ende mejor higiene bucal. Contrastando estos resultados con la hipótesis planteada, esta se acepta.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Promover en las Instituciones Educativas, programas de salud oral tanto para los niños como para los profesores y padres de familia para poder colaborar en la prevención de enfermedades bucodentales.

SEGUNDA:

Realizar un trabajo conjunto de capacitación a través de talleres orientados a los profesores y padres de familia para que puedan enseñar a los niños una adecuada técnica de cepillado y así promover un adecuado conocimiento sobre higiene oral y este conocimiento no solo sea teórico si no practico.

TERCERA:

Se sugiere realizar otras investigaciones orientadas a enfermedades prevalentes de la cavidad oral para obtener un mapa epidemiológico de la situación de salud oral de los pobladores de Aplao considerando que solo cuentan con servicios básicos de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ávalos Mario Juan Carlos, Huillca Castillo Nancy, Picasso Pozo Miguel Ángel, Omori Mitumori Eimy, Gallardo Schultz Adriana. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población Peruana, Lima- Perú, 2012.
2. Assed Lea, Beserra da Silva. Tratado de Odontopediatria .Editorial Portugués D. Vinni .Tomo 1. 2008
3. Bounge, M. La Investigación Científica, Editorial México. 2004
4. Brian,A. Bds, mph .dental practice and the community,Sixth Edition. 2005
5. Bordoni Noemi, Escobar rojas Alfonso, castillo mercado ramón. odontología pediátrica. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires – Argentina. Primera edición .2010.
6. Carranza FerminA. Klikevold Perry R. Takei Henry H,Newman Michael G. Periodontologia Clínica .Editorial Mexicana .Cuarta Edición .2006
7. Cárdenas Jaramillo Darío. Odontología Pediátrica – Fundamentos de Odontología. tercera edición. Medellín.Colombia. 2003
8. Corchuelo Ojeda Jairo, Soto Libia. Evaluación de la higiene oral en preescolares a través del monitoreo de placa bacteriana realizado por padres de familia. Medellín 2014.
9. Cuenca Sala Emili, Baca Garcia Pilar. Odontología preventiva comunitaria, Editorial Masson México. Tercera Edición .2005
10. Chimenos Eduardo Mosby,Diccionario de Odontología. Editorial Océano. Segunda Edición .2001
11. Domingo, Y. Gestión del conocimiento: del mito a la realidad. editorial México .primera edición .2000
12. García-Vega Lida .Relación entre consumo de alimentos cariogénicos e higiene bucal con caries dental en escolares. Surquillo, Lima – Perú .2012.
13. González Ariza Sandra, Gonzalo Álvarez Luís, Amaya Bustamante Alejandra, Atuesta Durán Carmen, Betancur Salgado Glenn, Maya Uran Daniel y Múnera Múnera Tatiana .Promoción y prevención en salud bucal en docentes y escolares de una escuela de Medellín.2009.

14. Higashida Y. Bertha .Odontología Preventiva. Editorial Mexicana. Primera Edición. 2005
15. Maquera Vargas Carmen Rosa. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y los hábitos de higiene oral en estudiantes de primer y segundo grado de secundaria de las Instituciones Educativas públicas del Distrito de Ciudad Nueva – Tacna. 2013.
16. Meza Zegarra Karol Milagros. Hábitos de cepillado dental e higiene oral simplificados en los estudiantes del primer año de secundaria de la I.E PNP 7 de agosto y del Colegio Particular San Antonio de Paola, Arequipa. 2015.
17. Medina Gómez Claudia karolinne. Influencia del nivel de conocimiento sobre salud oral en la higiene oral en alumnos de cuarto y quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa – 2015.
18. Pérez Villaizán, Carmen, Aguilar Roldán Marta .Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos criogénicos en escolares.Toledo-2012.
19. Pulido - Roza Miriam, González – Martínez Farith y Rivas-Muñoz Fabio. Enfermedad periodontal e indicadores de higiene bucal en estudiantes de secundaria Cartagena, Colombia. 2011.
20. Riobo Rafael. Odontología Preventiva y Odontología comunitaria. editorial mexicana. tomo II .primera edición 2002
21. Sznajder Norma, Carranza Fermín Alberto .Periodontología Clínica .Editorial medica panamericana .Buenos Aires. Quinta edición. 1999
22. Talavera morales minerva Karen. Asociación entre la prevalencia de caries y el conocimiento sobre higiene bucal en escolares de 9 a 11 años de edad del distrito de Alto Selva Alegre .Arequipa -2010
23. Van Waes HubertusJ. atlas de odontología pediátrica. Editorial Mexico. segunda edición 2001

ANEXOS

ANEXO 1
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
DE DATOS

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL

Nombres y apellidos -----

1.- ¿A qué hora el cepillado dental tiene que ser con mayor detenimiento?

- a) Por las mañanas
- b) Por las tardes

c) Por las noches

d) Ninguna

2.- Para el cepillado dental, la pasta dental se coloca

- a) Encima de las cerdas del cepillo
- b) Esparcida por las cerdas del cepillo

c) Dentro de las cerdas del cepillo

d) Ninguna de las anteriores

3.- Los restos alimenticios que se quedan atrapados en los dientes se retiran con:

a) El cepillo dental

b) El uso del hilo dental

c) Los enjuagatorios

d) La pasta dental

4.- La higiene bucal es:

a) Conjunto de medidas para lograr la salud bucal

b) Conjunto de medidas para tener enfermedades bucales

c) Conjunto de medidas para tener caries dental

d) Conjunto de medidas para lograr la salud dental

5.- El cepillado dental debe de hacerse en:

a) Lengua, dientes y encías

b) Encías, labios y lengua

c) Dientes, lengua y labios

d) Todas las anteriores

6.- El hilo dental se utiliza después de:

a) Los alimentos

b) Cepillado dental

c) Enjuagatorio bucal

d) Ninguna de las anteriores

7.- ¿Por qué es necesario cepillarse los dientes?

a) Para desgastar los dientes

b) Para remover los alimentos

c) Para que salgan más dientes

d) Para que se produzcan caries

8.- Durante el cepillado dental la espuma formada gracias a la pasta dental sirve para:

a) Dejar un sabor y aliento fresco en la boca

b) Para poder cepillar con mayor facilidad

c) Para eliminar con facilidad los restos alimenticios

d) Todas las anteriores

9.- ¿Cuánto tiempo debe durar el cepillado dental?

a) Un minuto por diente

b) 3 minutos

c) 1 minuto

d) 6 minutos

10 ¿Qué logramos con una buena higiene bucal?

a) Dientes limpios y blancos

b) Dientes fuertes y sanos

c) Dientes sin caries

d) Todas las anteriores

MALO	0-5
REGULAR	6-8
BUENO	9-10

ANEXO 2
MATRIZ DE DATOS

					NIVEL DE CONOCIMIENTO	INDICE DE HIGIENE ORAL
COLEGIO	GRADO	N°	EDAD	SEXO	N C	INDICE DE OLEARY
ARS	4° A	001	09	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° A	002	09	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° A	003	09	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° A	004	09	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° A	005	09	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° A	006	09	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° A	007	09	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° A	008	09	F	MALO	REGULAR HIGIENE
ARS	4° A	009	09	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° A	010	09	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° A	011	09	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° A	012	09	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° A	013	09	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° B	014	09	M	MALO	MALA HIGIENE

ARS	4° B	015	09	M	MALO	REGULAR HIGIENE
ARS	4° B	016	09	M	MALO	REGULAR HIGIENE
ARS	4° B	017	09	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° B	018	09	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° B	019	09	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° B	020	09	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° B	021	09	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
ARS	4° B	022	09	F	MALO	REGULAR HIGIENE
ARS	4° B	023	09	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° B	024	09	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
ARS	4° B	025	09	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° B	026	09	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° B	027	09	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° B	028	09	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	4° B	029	09	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° A	030	09	M	MALO	MALA HIGIENE

COF	4° A	031	09	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° A	032	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° A	033	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° A	034	09	F	REGULAR	BUENA HIGIENE
COF	4° A	035	09	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° A	036	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° A	037	09	F	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	4° A	038	09	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	4° A	039	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° A	040	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° A	041	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° A	042	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° A	043	09	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° A	044	09	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° A	045	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° A	046	09	F	REGULAR	BUENA HIGIENE

COF	4° A	047	09	F	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	4° A	048	09	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	4° A	049	09	M	REGULAR	BUENA HIGIENE
COF	4° A	050	09	M	REGULAR	BUENA HIGIENE
COF	4° A	051	09	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	4° A	052	09	M	REGULAR	BUENA HIGIENE
COF	4° B	053	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	054	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	055	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	056	09	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	4° B	057	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	058	09	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	059	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	060	09	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	061	09	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	4° B	062	09	M	MALO	REGULAR HIGIENE

COF	4° B	063	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	064	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	065	09	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	066	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	067	09	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	068	09	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	069	09	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	070	09	F	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	4° B	071	09	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	4° B	072	09	F	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	4° B	073	09	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	5° A	074	10	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	5° A	075	10	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	5° A	076	10	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	5° A	077	10	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	5° A	078	10	M	MALO	MALA HIGIENE

ARS	5° A	079	10	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	5° A	080	10	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
ARS	5° A	081	10	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	5° A	082	10	F	REGULAR	BUENA HIGIENE
ARS	5° A	083	10	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	5° A	084	10	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	5° A	085	10	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
ARS	5° A	086	10	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
ARS	5° A	087	10	F	REGULAR	BUENA HIGIENE
ARS	5° B	088	10	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	5° B	089	10	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	5° B	090	10	F	REGULAR	BUENA HIGIENE
ARS	5° B	091	10	M	MALO	REGULAR HIGIENE
ARS	5° B	092	10	M	MALO	REGULAR HIGIENE
ARS	5° B	093	10	M	REGULAR	BUENA HIGIENE
ARS	5° B	094	10	F	MALO	MALA HIGIENE

ARS	5° B	095	10	M	MALO	REGULAR HIGIENE
ARS	5° B	096	10	M	MALO	REGULAR HIGIENE
ARS	5° B	097	10	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	5° B	098	10	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	5° B	099	10	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	5° B	100	10	M	REGULAR	BUENA HIGIENE
ARS	5° B	101	10	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	5° A	102	10	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	5° A	103	10	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	5° A	104	10	F	REGULAR	BUENA HIGIENE
COF	5° A	105	10	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	5° A	106	10	M	REGULAR	BUENA HIGIENE
COF	5° A	107	10	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	5° A	108	10	M	REGULAR	BUENA HIGIENE
COF	5° A	109	10	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	5° A	110	10	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE

COF	5° A	111	10	M	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	5° A	112	10	M	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	5° A	113	10	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	5° A	114	10	M	REGULAR	BUENA HIGIENE
COF	5° A	115	10	F	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	5° A	116	10	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	5° A	117	10	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	5° A	118	10	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	5° A	119	10	M	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	5° A	120	10	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	5° A	121	10	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	5° A	122	10	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	5° A	123	10	F	REGULAR	BUENA HIGIENE
COF	5° A	124	10	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	5° B	125	10	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	5° B	126	10	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE

COF	5° B	127	10	F	REGULAR	BUENA HIGIENE
COF	5° B	128	10	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	5° B	129	10	M	REGULAR	BUENA HIGIENE
COF	5° B	130	10	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	5° B	131	10	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	5° B	132	10	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	5° B	133	10	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	5° B	134	10	M	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	5° B	135	10	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	5° B	136	10	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	5° B	137	10	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	5° B	138	10	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	5° B	139	10	F	REGULAR	MALA HIGIENE
ARS	6° A	140	11	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° A	141	11	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° A	142	11	M	MALO	MALA HIGIENE

ARS	6° A	143	11	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° A	144	11	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
ARS	6° A	145	11	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
ARS	6° A	146	11	F	MALO	REGULAR HIGIENE
ARS	6° A	147	11	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° A	148	11	F	REGULAR	BUENA HIGIENE
ARS	6° A	149	11	F	MALO	BUENA HIGIENE
ARS	6° A	150	11	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
ARS	6° A	151	11	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° A	152	11	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° A	153	12	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
ARS	6° A	154	12	M	REGULAR	BUENA HIGIENE
ARS	6° A	155	12	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° A	156	12	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° A	157	12	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° B	158	11	F	MALO	MALA HIGIENE

ARS	6° B	159	11	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° B	160	11	M	MALO	REGULAR HIGIENE
ARS	6° B	161	11	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° B	162	11	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° B	163	11	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
ARS	6° B	164	11	F	MALO	REGULAR HIGIENE
ARS	6° B	165	11	F	MALO	REGULAR HIGIENE
ARS	6° B	166	11	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
ARS	6° B	167	11	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° B	168	11	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° B	169	11	M	REGULAR	BUENA HIGIENE
ARS	6° B	170	11	F	MALO	REGULAR HIGIENE
ARS	6° B	171	12	F	MALO	REGULAR HIGIENE
ARS	6° B	172	12	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° B	173	12	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° B	174	12	M	MALO	REGULAR HIGIENE

ARS	6° B	175	12	M	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° B	176	12	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
ARS	6° B	177	12	M	REGULAR	BUENA HIGIENE
ARS	6° B	178	12	M	REGULAR	BUENA HIGIENE
ARS	6° B	179	12	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° B	180	12	F	MALO	MALA HIGIENE
ARS	6° B	181	12	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° B	182	11	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° B	183	11	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° B	184	11	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° B	185	11	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° B	186	11	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	6° B	187	11	M	REGULAR	BUENA HIGIENE
COF	6° B	188	11	M	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	6° B	189	11	M	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	6° B	190	11	F	MALO	MALA HIGIENE

COF	6° B	191	11	M	MALO	BUENA HIGIENE
COF	6° B	192	11	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	6° B	193	11	M	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	6° B	194	11	F	REGULAR	BUENA HIGIENE
COF	6° B	195	11	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° B	196	11	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	6° B	197	11	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	6° B	198	12	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° B	199	12	F	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	6° B	200	12	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° B	201	12	F	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	6° B	202	12	M	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	6° B	203	12	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° B	204	12	F	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	6° B	205	12	F	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	6° B	206	12	F	MALO	MALA HIGIENE

COF	6° B	207	12	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° B	208	12	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	6° A	209	11	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	210	11	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	211	11	F	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	6° A	212	11	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	213	11	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	214	11	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	215	11	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	216	11	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	217	11	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	218	11	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	6° A	219	11	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	220	11	F	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	6° A	221	11	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	222	11	M	MALO	REGULAR HIGIENE

COF	6° A	223	11	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	224	11	F	REGULAR	BUENA HIGIENE
COF	6° A	225	11	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	226	11	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	227	12	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	228	12	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	6° A	229	12	M	MALO	REGULAR HIGIENE
COF	6° A	230	12	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	6° A	231	12	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	232	12	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	233	12	F	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	234	12	M	MALO	MALA HIGIENE
COF	6° A	235	12	M	REGULAR	REGULAR HIGIENE
COF	6° A	236	12	M	REGULAR	BUENA HIGIENE

ANEXO 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado señor padre de familia se viene realizando una investigación científica titulada "Incidencia de placa blanda y su relación con el nivel de conocimientos sobre higiene oral en niños de 9 – 12 años de las Instituciones Educativas Corazón de Fátima y Ángela Rendón Castillo del Distrito Aplao Provincia Castilla .Arequipa -2017", motivo por el cual se solicita voluntariamente la participación de su mejor hijo. El procedimiento consistirá en la evaluación clínico diagnóstica sobre la presencia de placa blanda en la boca del niño, además de una encuesta sobre el conocimiento de higiene oral, bajo la supervisión del tutor.

Sabiendo esto.

Por la presente, Yo -----,
Identificado (a) con DNI N° -----, Domicilio en -
-----Con
teléfono -----, Padre y/o tutor del menor -----
-----. Declaro tener conocimiento sobre el
procedimiento diagnóstico que se va a realizar y autorizo la participación
de mi menor hijo (a).

Arequipa, ----- De ----- Del 2017.

FIRMA DEL PADRE Y/ O TUTOR

DNI N °

ANEXO 4
DOCUMENTACION SUSTENTATORIA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Estomatología

Arequipa, mayo 2 del 2017

Lic. Remi Diaz Fernández
Director de la I.E. 40440 Corazón de Fátima

ASUNTO: Solicito Ingreso con Fines Investigativos

De mi mayor consideración:

Reciba el cordial saludo de las autoridades de la Universidad Alas Peruanas y en especial de la Escuela Profesional de Estomatología.

Por medio de la presente hacer de su conocimiento que la Srta. Evelyn Yuliana Checya Uscamayta, con DNI 46860739, egresada, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista, se ha acogido a la modalidad de Tesis, por lo que, habiendo sido aprobado su Proyecto de Investigación por sus respectivos Asesores, es que, solicito a su digno despacho permitirle el Ingreso a las instalaciones de la Institución Educativa para la recolección de muestras por un periodo de 7 días, Institución que dignamente representa, a partir del día 4 hasta el 12 de mayo del presente año.

Agradeciendo anticipadamente la atención que le brinde al presente, es propicia la ocasión para manifestarle sentimientos de mi alta consideración

Atentamente,




Remi O. Diaz Fernández
DIRECTOR
I.E. 40440 "CORAZÓN DE FATIMA"


Dra. María Luz Nieto Muriel
Coordinadora Académica
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**EL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°40440
CORAZÓN DE FÁTIMA DEL DISTRITO DE APLAO, JURISDICCIÓN
DE LA UGEL CASTILLA, QUE SUSCRIBE:**

HACE CONSTAR

Que, la señorita **EVELYN YULIAN CHECYA USCAMAYTA**, ha realizado la recolección de datos para su trabajo de investigación sobre Prevalencia de placa blanda y su relación con el nivel de conocimientos sobre higiene oral de 9 a 12 años en la Institución Educativa N°40440 Corazón de Fátima durante el mes de mayo del presente año .

Se expide la presente a solicitud de la interesada, para los fines que estime por conveniente.

Aplao ,09 de junio del 2017



Remi O. Díaz Fernández
DIRECTOR
I.E. 40440 "CORAZON DE FÁTIMA"



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Estomatología

Arequipa, mayo 2 del 2017

Lic. Renato Iquira Santos
Director de la I.E. 40307 Angela Rendón Castillo



Asunto: Solicito Ingreso con Fines Investigativos

De mi mayor consideración:

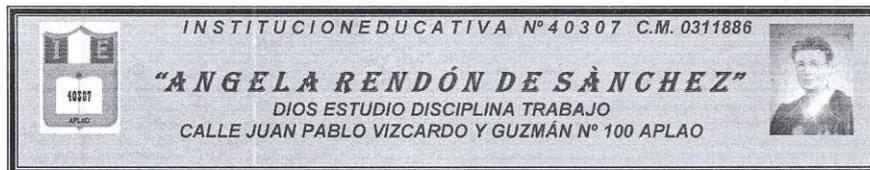
Reciba el cordial saludo de las autoridades de la Universidad Alas Peruanas y en especial de la Escuela Profesional de Estomatología.

Por medio de la presente hacer de su conocimiento que la Srta. Evelyn Yuliana Checya Uscamayta, con DNI 46860739, egresada, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista se ha acogido a la modalidad de Tesis, por lo que, habiendo sido aprobado su Proyecto de Investigación por sus respectivos asesores, es que solicito a su digno despacho permitirle el ingreso a las instalaciones de la Institución Educativa para la recolección de muestras por un periodo de 7 días. Institución que dignamente representa, del día 4 al 12 de mayo del presente año.

Agradeciendo anticipadamente la atención que le brinda al presente es propicia la ocasión para manifestarle sentimientos de mi alta consideración.

Atentamente,

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
Escuela Profesional de Estomatología
DRA. MARIA LUZ NIETO MURIEL
Coordinadora Académica
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA



EL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 40307 “ANGELA RENDÓN DE SÁNCHEZ” DEL DISTRITO DE APLAO, JURISDICCIÓN DE LA UGEL CASTILLA, QUE SUSCRIBE

HACE CONSTAR:

Que, la señorita EVELYN YULIAN CHECYA USCAMAYTA, ha realizado la recolección de datos para su trabajo de investigación sobre Prevalencia de placa blanda y su relación con el nivel de conocimiento sobre higiene oral de 9 a 12 años en la Institución Educativa N° 40307 “Ángela Rendón de Sánchez” durante el mes de mayo del presente año

Se expide la presente a solicitud de la interesada, para los fines que estime por conveniente.

Aplao, 09 de junio del 2017

A circular official stamp of the Regional Directorate of Education (UGEL) for the Castilla region, specifically for the Educational Institution N° 40307 'Ángela Rendón de Sánchez'. The stamp contains the text 'REGIONAL DE EDUCACIÓN', 'UGEL CASTILLA', 'INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 40307', '“ANGELA RENDÓN DE SÁNCHEZ”', 'DISTRITO DE APLAO', and 'C.M. 0311886'. To the right of the stamp is a handwritten signature in black ink, and below it, the printed name 'Prof. Renato Iquira Santos' and the title 'DIRECTOR'.

ANEXO 5
SECUENCIA FOTOGRAFICA

Se procedio a repartir los cuestionarios sobre el nivel de conocimiento sobre
higiene oral



Luego se procedio a realizar el llenado de las fichas sobre el indice de O'Leary , ayudandonos de un liquido revelador de placa el cual se paso por todas las superficies dentales





Concluyendo así con una charlas sobre técnicas de cepillado para que posteriormente los niños realicen su cepillado dental



