



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando den crédito y licencia a las nuevas creaciones bajo los mismos términos. Esta licencia suele ser comparada con las licencias copyleft de software libre y de código abierto. Todas las nuevas obras basadas en la suya portarán la misma licencia, así que cualesquiera obras derivadas permitirán también uso comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

ESCUELA DE POSGRADO



EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al **BORRADOR DE TESIS** cuyo título es:

"INFLUENCIA DE LA HIGIENE ORAL EN LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES EN LOS NIÑOS QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD VILLA MARÍA NUEVO CHIMBOTE – 2018".

Presentado por:

PAUL ALEJANDRO SARMIENTO GUILLEN.

De la **MAESTRIA EN ODONTOLOGIA** mención

Que, se ha recibido del operador del programa informático evaluador de originalidad de la Escuela de Posgrado de la UNICA, el informe automatizado de originalidad, el mismo que concluye de la siguiente manera:

El documento de investigación APRUEBA los criterios de originalidad con un porcentaje de similitud de 9%.

Para dar fe, se adjunta al presente el reporte de similitud de las bases de datos de iThenticate. En Ica 5 de agosto del 2021

Atentamente

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
ESCUELA DE POSGRADO



Dr. ROBERTO H. CASTAÑEDA TERRONES
DIRECTOR (e) DE LA ESCUELA DE POSGRADO



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**INFLUENCIA DE LA HIGIENE ORAL EN LAS ENFERMEDADES
BUCODENTALES EN LOS NIÑOS QUE ASISTEN AL PUESTO
DE SALUD VILLA MARÍA NUEVO CHIMBOTE**

PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN ODONTOLOGÍA

PRESENTADO POR:

CD. PAUL ALEJANDRO SARMIENTO GUILLEN

ICA – PERU

2022

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicado a mis padres Isaac Sarmiento y Rosa Guillen por su confianza depositada en mi persona para la superación personal y profesional.

AGRADECIMIENTO:

A mi esposa María Consuelo y mi linda hija Mary Ann Rosa por su apoyo incondicional para el desarrollo de la tesis.

INDICE

CARATULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
CONTRACARATULA	viii
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO	11
1.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	11
1.1.1. Antecedentes Internacionales	11
1.1.2. Antecedentes Nacionales	13
1.1.3. Antecedentes Locales	14
1.2. BASES TEORICAS	15
1.2.1. Higiene Oral	15
1.2.2. Importancia de la Higiene Oral	15
1.2.3. Cualidades anatómicas de los dientes	16
1.2.4. Componentes y determinantes de la higiene oral	17
1.2.5. Índice Higiene Oral	19
1.2.6. Pautas para una adecuada Salud Oral	20
1.2.7. Consecuencias de una mala higiene oral	20
1.3 MARCO CONCEPTUAL	21
CAPÍTULO II	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	26
2.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMAS	29
2.2.1. Problema General	29
2.2.2. Problemas Específicos	29
2.2.3. Delimitación del Problema	29
2.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	30
2.3.1. Justificación de la investigación	30
2.3.2. Importancia de la investigación	31
2.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	32
2.4.1. Objetivo General	32
2.4.2. Objetivos Específicos.	32
2.5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACION.	32
2.5.1. Hipótesis General	32
2.5.2. Hipótesis Específicos.	33
2.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.	34

2.6.1. Identificación de Variables	34
2.6.2. Operacionalización de Variables	35
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.	36
CAPÍTULO IV	
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	38
4.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
4.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
4.3. TÉCNICAS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	40
CAPÍTULO V	
CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	41
5.1. COMPROBACION DE HIPÓTESIS GENERAL	41
5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	41
CAPITULO VI	
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
6.1. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	46
6.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	54
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
FUENTES DE INFORMACION	60
ANEXOS	70

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la influencia de la higiene oral en la aparición de enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Chimbote en el año 2018.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: El presente estudio es una investigación cualitativa de tipo y nivel, observacional, descriptivo correlacional de corte transversal, porque describe e informa las características de una determinada población en función a un grupo de variables en un momento específico de tiempo. Éste trabajo de investigación estuvo conformado por todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión que acudieron al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Chimbote la población total por mes fue de 50 pacientes. La población que formo nuestra Unidad de Análisis fueron niños entre 3 y 6 años de edad. La selección de los niños se realizó mediante la técnica de muestreo probabilístico, del tipo de muestreo aleatorio simple. El tamaño muestral requerido fue de 144 niños.

RESULTADOS: según sexo se distribuyen en 52.8% hombres y 47.2% fueron mujeres, según edad 29.9% fueron de 4 años, seguidos por 6 años con un 29,2%, con una media de 4,57 años. según higiene Oral, Cuestionable 38.9%, deficiente 34.7% y aceptable 26.4%. La media es de 2,09. según caries dental: Malo 45.1%, regular 43.8% y bueno 11.1%. según Enfermedades Gingivales: Gingivitis moderada 46.5%, Gingivitis leve, 29.2%, y Gingivitis severa 13.2%. clasificando la higiene oral según sexo, se presentan los siguientes resultados: que Aceptable se da un 52.6% en hombres, cuestionable un 57.1% para hombre, y deficiente en 52.0% para mujeres. clasificando la caries dental según sexo, se da los siguientes resultados: bueno en 75.0% mujeres, regular en 58.7% hombres y malo en 53.8% en hombres. clasificando Enfermedades Gingivales según sexo, se da los siguientes resultados: Ausencia de alteración en las 3 zonas, 75.0% mujeres, Gingivitis Leve 59.5%, Gingivitis Regular 56.7%, Gingivitis Severa 52.6% en mujeres. clasificando la higiene oral según edad, se presentan los siguientes resultados que Aceptable se da un 36.8% en edad de 3 años, cuestionable 35.7% en edad de 4 años, y deficiente con un 46.0% en edad de 6 años.

CONCLUSION: En base en los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos concluir que la importancia del estudio radica en la identificación del perfil epidemiológico de esta población de niños y niñas, encontrando que existe una relación directa entre la mala higiene oral y la presencia de caries y enfermedad gingival en esta población.

Palabras Claves: Higiene oral - caries dental

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the influence of oral hygiene on the occurrence of oral diseases in children attending the stomatology service of the Village Marye de Chimbote health post in 2018. **RESEARCH METHODOLOGY:** The present study is a qualitative investigation of type and level, Observational, descriptive correlational cross-sectional, because it describes and informs the characteristics of a given population based on a group of variables at a specific time. This research work was made up of all the patients who met the inclusion criteria who attended the stomatology service of the Villa María de Chimbote health post, the total population per month was 50 patients. The population that formed our Analysis Unit were children between 3 and 6 years old. The selection of the children was made using the probabilistic sampling technique, of the simple random sampling type. The required sample size was 144 children. **RESULTS:** according to sex they are distributed in 52.8% men and 47.2% were women, according to age 29.9% were 4 years, followed by 6 years with 29.2%, with an average of 4.57 years. according to Oral hygiene, Questionable 38.9%, deficient 34.7% and acceptable 26.4%. The average is 2.09. according to dental caries: Bad 45.16%, regular 43.8% and good 11.1%. according to Gingival Diseases: Regular gingiva 46.5%, mild gingivitis, 29.2%, and severe gingivitis 13.2%. classifying oral hygiene according to sex, the following results are presented that Acceptable is 52.6 in men, 57.1% questionable for men, and 52.0% deficient for women. classifying dental caries according to sex, the following results are given: good 75.0% in women, regular 58.7% in men, bad 53.8% in men. Classifying Gingival Diseases according to sex, the following results are given: Absence of alteration in the 3 zones, 75.0% women, Mild Gingivitis 59.5% in men, Regular Gingivitis 56.7% in men, Severe Gingivitis 52.6% in women. By classifying oral hygiene according to age, the following results are presented that are acceptable at 36.8% at the age of 3 years, questionable 35.7% at the age of 4 years, and deficient with 46.0% at the age of 6 years. **CONCLUSION:** Based on the results obtained in our research, we can conclude that the importance of the study lies in the identification of the epidemiological profile of this population of children, finding that there is a direct relationship between poor oral hygiene and the presence of caries and gingival disease in this population.

Keywords: Dental caries - oral hygiene

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS:

**INFLUENCIA DE LA HIGIENE ORAL EN LAS ENFERMEDADES
BUCODENTALES EN LOS NIÑOS QUE ASISTEN AL PUESTO
DE SALUD VILLA MARÍA NUEVO CHIMBOTE.**

PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN ODONTOLOGÍA

**LINEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL:
SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE**

PRESENTADO POR:

CD. PAUL ALEJANDRO SARMIENTO GUILLEN

ASESOR:

CD. ROBERTO HERMOGENES CASTAÑEDA TERRONES

ICA – PERU

2022

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe mayor difusión acerca del cuidado bucal, en especial de la higiene oral, la cual agrupa un conjunto de técnicas y procedimientos que controlan agentes externos que provocan enfermedades bucales, se considera que la salud de los dientes está compuesta por normas y prácticas de promoción, prevención y atención estomatológica constante.

Las acciones preventivas permiten que las enfermedades o periodontopatías, sean identificadas y controladas a tiempo, uno de los factores más comunes que dan inicio a este tipo de afectación es una deficiente higiene oral, debido a la deficiente información o al poco interés sobre el tema.

Es importante considerar que la salud de los dientes y encías puede dar indicios del estado de salud de la persona, además de ser un indicador de futuras enfermedades en la adultez, como las relacionadas al corazón, riñones, hígado, respiratorias y en el embarazo ocasiona convulsiones, lamentablemente en menores de cinco años son comunes debido a la despreocupación de los padres en este aspecto, sobre todo en lugares socioeconómicos pobres, muy pobres y en extrema pobreza.

Entonces debido a lo descrito en líneas anteriores, se considera que existen factores de riesgo que incrementan las posibilidades de enfermedades dentales, una de las posibles causas es la mala higiene dental, sobre todo en estratos socioeconómicos bajos, esta problemática identificada en niños de Nuevo Chimbote, determinó la siguiente interrogante de investigación ¿La higiene oral influye en la aparición de enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Puesto de Salud de Villa María – Nuevo Chimbote?, proponiendo como

objetivo de la investigación determinar la influencia de la higiene oral en la aparición de enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Servicio de Estomatología del puesto de salud Villa María de Chimbote en el año 2018.

Para lo cual se ha realizado la investigación en dos aspectos, teórica efectuada a través de la revisión bibliográfica y la segunda parte la aplicación en campo. Desde el aspecto metodológico se empleó la investigación cualitativa de tipo descriptiva, lo cual permitió efectuar acciones teórico prácticas que brinden datos estadísticos confiables, contribuyendo con la mejora de la calidad de vida oral de los niños que asisten a este puesto de salud.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

1.1.1. Antecedentes Internacionales

Sequeira (2017), utilizando la metodología cuasi experimental efectuó una investigación con el propósito de comparar los comportamientos adecuados al cepillarse los dientes, realizada antes y después de brindar información a estudiantes de forma lúdica con respecto al tema de la salud oral. Participando como población a 44 niños de entre los 3 y 5 años de edad con los cuales se trabajó 3 sesiones de actividades, donde se les enseñó 10 acciones adecuadas para cepillarse los dientes. Al culminar el estudio, determinó que antes de iniciar el programa sólo el 4.4% de los niños tenía una adecuada salud oral, mientras que después de ser informados hubo un aumento de 8.5 %, por tanto, se afirma que hubo una adopción de nuevos hábitos de higiene dental a partir de la enseñanza a partir de la intervención lúdica.

En cuanto a Ramírez (2017), en su estudio acerca de la situación dental de niños entre 2 a 5 años del municipio de los Andes, para lo cual se tuvo la participación de 623 niños, entre varones y mujeres, los cuales presentaban presencia de caries, empleando para la detección el ICDAS. Al concluir la tesis, se determinó que el 38, 2% de los evaluados presentaba caries severa, mientras el 88,4% caries moderada entre los 4 y 5 años de edad. Por tanto, se espera que las políticas de promoción y prevención de la salud bucal sean mejoradas en el país, pues el 58 % de niños al año padece de alguna enfermedad bucal, por mala higiene dental.

Para González y Penagos (2015), a través de su tesis evidenciaron los requerimientos de salud bucal de niños entre los 2 y 5 años, en la ciudad de Medellín, a través de la realización de un estudio de tipo cualitativo, empleando como población a 65 agentes educativos, considerándose a través de la información obtenida que existe relación entre el limitado acceso a sistemas de salud pública, así como ineficaces acciones de promoción de salud oral y la escasa participación de los padres en este tipo de acciones.

Según Ramírez (2015), en su investigación acerca el estudio de las caries dentales en niños de 5 años de la ciudad de Medellín, para lo cual se empleó la metodología de tipo cualitativa a una muestra conformada por 486 niños. Se concluye que el 54,7% de los niños estudiados pertenecían a estratos sociales bajos y tenían experiencia con caries dentinas, mientras que el 26% eran de estrato social medio a alto.

Müller (2013), en su tesis tuvo como propósito describir el uso del servicio público odontológico, los índices de ceo-d y CPO-D en el municipio de Arroyo del Padre – RS, Brasil. Métodos: estudio descriptivo censal con los residentes en las edades de 5 y 12 años, en 2013; se realizaron exámenes bucales aplicando un cuestionario a los responsables. Al finalizar el estudio afirmó que escolares, 22 con 5 y 28 con 12 años de edad; las medias de ceo-d y CPOD fueron de 3,9 y 1,3 respectivamente; en (d), se observó un aumento de la incidencia del componente cariado 82%, y en la permanente (CPO-D), el predominio fue del componente obturado 65%; del total, 19 escolares presentaron dientes cariados en el momento del examen y de éstos, 13 habían consultado con el dentista de la unidad básica de salud. Conclusión: la mayoría de los escolares presentaba

historia de caries, posiblemente atribuida en parte a la poca exposición al flúor, baja escolaridad de los padres y poca valoración a la dentición decidua.

Farías (2015), en su tesis sobre salud bucal, propuso como objetivo evaluar el estado de niños entre los 4 y 5 años de edad, aplicando el diseño de investigación transversal de tipo no probabilístico, evaluándose a 52 niños, quienes se les efectuó un examen oral básico y a sus padres se les aplicó una encuesta para evaluar su conocimiento acerca del tema. Los resultados demostraron que el 73 % de los padres de familia contaban con un nivel regular de conocimiento del tema, sin embargo, la prevalencia de caries es del 51 % en los niños evaluados teniendo como característica provenir de padres solo con estudios secundarios y quienes son los proveedores del hogar, los cuales pasan largas jornadas de horas trabajando.

1.1.2. Antecedentes Nacionales

A continuación, se presentan las indagaciones efectuadas en el contexto nacional referente a las variables de estudio, las cuales son objeto de problemática en la investigación.

Para Mattos (2017), efectuó a partir de la problemática observada desarrollo una investigación la cual tuvo por propósito determinar la prevalencia y severidad de las caries en sujetos de entre 1 y 17 años de edad, los cuales residen en Aldeas infantiles S.O.S, para efectuar una evaluación se empelaron los métodos diagnósticos otorgados por la OMS, además el nivel de higiene oral se midió a través del índice de placa blanda de Greene. La investigación realizada fue de tipo transversal, empleando una muestra de 224 sujetos. Al efectuar la recolección y procesamiento de los datos, se demuestra que en el 36,8% de los

evaluados existe la prevalencia de caries, en pacientes entre 1 a 7 años de edad, mientras que entre los 11 a 17 años existe el 82,4 %. Al analizarse las dimensiones de la evaluación se considera que existe una mala valoración de higiene dental, además que no se efectúa una higiene regular en niños y adolescentes de las aldeas infantiles S.O.S Perú.

Moisés (2013), quien investigo la posible relación entre la caries dental y el índice de higiene oral en niños de 6 a 12 años de una institución educativa en Lima, para lo cual utilizo el diseño de investigación de tipo descriptivo transversal, con una población y muestra de 247 estudiantes, a quienes se les efectuó un diagnóstico oral bajo los indicadores de OMS (Kappa= 0.8), empleando para ello espejo bucal, sonda periodontal, el índice de CPOD, IHOS y ceod. Al finalizar el estudio se demuestra que el 92,71% de los evaluados tienen caries, además que el índice de higiene oral buena fue de 34,82%, mientras que de regular 57,49% y de 7,69 % mala. Considerándose además que los niños más pobres son los que menos información y atención le ponen a su salud oral.

Rivera (2017), en su tesis acerca de la relación entre el cepillado dental y el acceso a agua potable, considerando como muestra a niños entre 1 y 11 años, empleando como diseño de investigación la exploratoria y descriptiva. Al finalizar el estudio afirma que el cepillado dental en niños de 1 a 11 años tiene mayor prevalencia en la región san Martín, mientras que en Amazonas fue menor, además el acceso a agua potable en Arequipa es mayor, al contrario de Loreto que tiene menor uso debido a la escasez del suministro.

1.1.3. Antecedentes Locales

Al efectuarse las indagaciones en el ámbito local, no se han encontrado investigaciones que tengan relación con las variables del presente estudio.

1.2. BASES TEORICAS

1.2.1. Higiene Oral

Se recabó la información de diversos autores, entre los cuales tenemos a:

Cabrera (2018), define al término como el cuidado de la boca, donde se realizan acciones para prevenir enfermedades, así como la utilización correcta de los instrumentos de aseo bucal.

Gisper (2018), menciona que la boca es parte del sistema digestivo y las partes que la componen permiten que el ser humano se alimente, desde la perspectiva de la anatomía son responsables de darle forma al rostro y claridad al lenguaje.

Por ello, lo define como el cuidado y atención de la cavidad bucal.

Es el conjunto de acciones que implica higiene bucal, uso de hilo dental, uso de enjuague y la visita periódica al odontólogo para preservar de la cavidad oral.

Es el cuidado adecuado que se le brinda a los dientes, encías, lengua, paladar y todos aquellos actores de la organización de la boca, a través de la promoción de estilos de vida saludables y el uso correcto de instrumentos de limpieza.

Mantener el adecuado aseo de la cavidad oral, a través de la utilización de productos de limpieza de forma correcta y constante de forma que se preserve en salud los tejidos duros y blandos de la boca.

1.2.2. Importancia de la Higiene Oral.

El adecuado uso de los instrumentos de limpieza bucal, producen salud oral, por lo tanto, es indispensable que se practiquen hábitos de higiene que permitan preservar esta cavidad sana.

La higiene es una forma de cuidar y preservar nuestra salud, la boca es un órgano importante del ser humano, ya que le permite múltiples funciones:

- **Supervivencia:**

Interviene en la respiración y es la primera instancia para lograr la alimentación, ambas acciones son indispensables para la vida.

- **Relación:**

Permite que el ser humano socialice a través del habla, permite reír, gritar, tomando acción en diversas funciones que son determinantes para el equilibrio del ser humano.

- **Exploración:**

Desde nuestros primeros meses de vida, el ser humano presenta la capacidad de explorar, los recién nacidos exploran a través de la boca, por ello es importante tener una higiene adecuada, ya que, por ello, aprendemos sabores, texturas y a alimentarnos.

- **Subsistencia:** Permite la subsistencia, ya que a través de ella no solo nos alimentamos, sino podemos cortar y construir objetos que son necesarios para nuestra vida.

1.2.3. Cualidades Anatómicas de los Dientes:

Se divide en dos aspectos según sus cualidades anatómicas fundamentales los cuales son descritos a continuación:

- **Dentición temporal:**

Son los dientes que aparecen entre los 6 y 36 meses del nacido, los cuales componen 10 dientes maxilares y mandibulares.

- **Dentición permanente:**

Tienen su aparición entre los 6 y 12 años de edad, constan de 32 dientes, de los cuales 16 están en la arcada superior y 16 en la inferior, donde además parecen luego los terceros molares entre los 18 y 25 años

1.2.4. Componentes y determinantes de la Higiene Oral

Se divide en varios aspectos, dentro de los cuales resaltan:

a) Placa bacteriana:

En la cavidad oral, existen depósitos bacterianos, que son pegajosos, compuestos por azúcares que se adhieren a los dientes, los cuales son la principal causa de enfermedades a encías y caries, además se convierte en sarro si no se realiza la higiene diaria.

Generalmente la cavidad oral es húmeda con temperaturas que oscilan entre los 34 a 36 °, con Ph neutro, generando un cumulo bacteriano, el cual es resultado de la interacción entre el medio oral y la flora bacteriana.

El cepillado constante remueve sólo en ocasiones la mitad de la placa bacteriana, por ello, al quedar los residuos rápidamente se forman de nuevo ocasionan enfermedades, por ello, es necesario acudir con regularidad al odontólogo y usar diversos medios de limpieza del área bucal, como reveladores de placa bacteriana, cepillado de lengua, cepillado tres veces al día en sus distintas formas, por ejemplo: frotación, barrido, Bass, Stillman, fones, entre otros y el uso regular del hilo dental.

b) La Biopelícula

Está compuesto por comunidades de microorganismos, los cuales poseen una matriz de polisacáridos y están adheridos a un tejido inerte o vivo, en algunos casos se encapsulan en una matriz polimérica orgánica bacteriana, la cual presenta resistencia a defensas y antibióticos.

Al formarse se divide en 3 partes:

- Formación de la película dental

Se adquiere en la etapa inicial del desarrollo de la película, se forman

tejidos blandos alrededor de las encías, dientes, componentes de la saliva y líquido gingival y demás desechos bacterianos.

Si bien es cierto operan barrera de protección para los dientes, también al contener sustratos fijan las bacterias propiciando enfermedades. Intervienen en la formación de la película del esmalte incluyen fuerzas electrostáticas, de Vander Waals e hidrófobas.

- **Colonización inicial**

Los microorganismos gram positivos, se adhieren a la película mediante una serie de moléculas específicas, las cuales se llaman adhesinas, produciéndose la colonización, este proceso y el déficit de oxígeno favorecen la proliferación de gérmenes anaerobios gramnegativos.

- **Colonización secundaria**

Al efectuarse un aumento de bacterias, se inicia el proceso de sucesión ecológica, los cuales cambian el ambiente, de manera que incluso pueden ser sustituidos en el hábitat modificado.

c) Microbiología Bucal

La microbiología comprende el estudio de diversos tipos de bacterias que atacan la cavidad bucal, las cuales se sitúan en diferentes áreas, como: lengua, paladar, gemella, mucosa bucal, entre otros.

Las condiciones de los pacientes son distintas, en el caso de la dentición decidua, se han encontrado más de 15 especies típicas, mientras que en la permanente 30, una de las más vistas son la veillonella, kingella, gemella morbillorum, entre otras.

De las mencionadas en líneas anteriores tenemos a la Veillonella, la cual consta además de 8 especies, las cuales son entradas en la cavidad oral, estas se adhieren a la cavidad y flora oral.

Otro agente que influye en la salud oral, es el estreptococo mutans, identificado como un germen que produce lesiones, aunque esté ligado a las caries no necesariamente está sólo en este tipo de infección oral.

d) La Saliva

La saliva tiene una función muy importante dentro de la cavidad bucal, pues interactúa con los microorganismos que ingresan por la boca, además presenta proteínas salivales que permiten la adhesión bacteriana a las superficies, la evasión de la defensa del huésped, la nutrición y el metabolismo bacteriano y la expresión génica.

La saliva está compuesta por bacterias que son específicas de cada sujeto, sin embargo, las infecciones como gingivitis, periodontitis entre otras producen cambios en el microbiota de la saliva.

1.2.5. Índice de Higiene Oral

Existen dos maneras de observar la placa bacteriana:

- **Control químico:**

El cual se desarrolla dentro de un agente causal.

- **Control mecánico:**

Quien actúa dentro del causal y el medio ambiente

Entonces la relación que se forma entre la presencia de la placa bacteriana y las enfermedades periodontales, predetermina la aparición que permite medir los indicadores de higiene oral.

1.2.6. Pautas para una adecuada Salud Oral

Según Ramírez (2017), son siete aspectos fundamentales que se deben considerar:

- **Utilizar reveladores de placa:** líquidos que se emplean para visualizar la acumulación de placa bacteriana con la finalidad de ser limpiado con mayor profundidad.
- **Limpiar los dientes a diario:** en este aspecto existen dos factores la forma del cepillado y el utensilio de limpieza que se utiliza sea de buena calidad.
- **Realizar la limpieza lingual:** es decir, limpiar la lengua con el cepillo u otro utensilio adecuado.
- **Utilizar irrigadores bucales:** es un aparato electrónico que emite chorros de agua a alta presión que limpian la placa bacteriana.
- **Realizar enjuagues bucales:** es una solución que se emplea para la higiene dental.
- **Controlar el consumo de alimentos azucarados:** evitar el consumo excesivo dulces, golosinas que permiten la adherencia de gérmenes a los dientes y encías.
- **Acudir regularmente al dentista:** Para un control de rutina o una limpieza.

1.2.7. Consecuencias de la mala Higiene Oral

Según la OMS (2007) las consecuencias de una mala higiene dental con las siguientes:

- **Placa:**

Es la agrupación de bacterias que se ubica en la superficie de los dientes y encías, teniendo como característica principal el ser pegajosa e incolora, formándose en capas de sarro y en ocasiones caries, también se puede

formar al borde de las encías formando un color amarillento; ya que esta placa al endurecerse es difícil de quitar con el cepillo, por lo que es necesario ir al dentista por una limpieza.

- **Caries:**

Son producidas por una inadecuada limpieza, que permite la acumulación de restos de comida, los cuales producen ácidos y destruyen el esmalte de los dientes.

- **Enfermedad periodontal:**

Patología que es iniciada por la placa bacteriana que produce la caída de los dientes.

- **Halitosis:**

Es causado por la inadecuada limpieza bucal, existe la realización del cepillado de dientes el cual no está bien realizado y en ocasiones nos empujan otros productos para complementar la limpieza oral.

1.3 MARCO CONCEPTUAL

1.3.1. Enfermedades Bucodentales

Para la OMS (2007), son enfermedades que afectan la cavidad bucal, produciendo dolor y alteraciones en las capacidades básicas del ser humano, como comer y comunicarse, además producen afectación social y psicológica.

Se define como la afección crónica que afecta los tejidos del diente, encías y lengua, produciendo inflamación y dolor, debido a extenderse en profundidad a los tejidos de soporte dentarios causando la pérdida de tejido conectivo y de hueso de alveolar, lo que puede eventualmente dar lugar a la pérdida de una o más piezas dentales.

Se denominan enfermedades por que aparecen luego de un periodo de tiempo donde causa afectación, en este caso debido a factores asociados a la falta de higiene dental, trayendo consigo patologías que ponen en riesgo la cavidad oral.

1.3.2. Tipos de Enfermedades Bucodentales

Las enfermedades bucales son las más comunes y con mayor indicador de cronicidad debido al costo, idiosincrasia del país y al difícil acceso para personas de condición socioeconómica en pobreza y pobreza extrema.

Son muy comunes ciertas enfermedades como la caries, halitosis, gingivitis, problemas periodontales desde la niñez hasta la adultez por ello, existen gran pérdida de piezas dentales en miles de peruanos, debido a la poca importancia del cuidado de la salud bucal y la realización de la correcta higiene bucal.

1.3.3. Características de las Enfermedades Periodontales:

Según Gonzales (2015), posee las siguientes características:

- Se denomina una alteración biológica, debido a que es producida en la cavidad oral.
- Produce dolor de forma constante, cuando el estado de la cavidad esta severamente dañado.
- Genera enfermedades crónicas como cáncer y úlceras.

1.3.4. Enfermedades Gingivales

Se definen como un grupo de enfermedades heterogéneas, que afectan a la encía, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar, si bien es cierto no produce pérdida de la pieza dental. Se divide en categorías:

- La primera categoría está formada por la placa bacteriana.
- La segunda categoría, la patología se origina por hongos, virus y lesiones.

1.3.5. Índices para registrar los estadios de las Enfermedades Gingivales y Periodontales:

Se efectúa una comparación considerando los parámetros en relación a investigaciones realizadas que generan datos sobre la realidad del estado bucal del sujeto a partir de índices, a continuación, se describirán cada uno de ellos:

- **Índice de Silness y Løe (IPL)**

Brinda indicadores sobre el grosor de la placa bacteriana la cual se encuentra situada en el diente, cerca a al borde gingival, para ello se evalúan las superficies dentarias como: vestibular, platino, mesial y distal brindándole a cada una un número, donde la cantidad de unidades medidas son 128 y la puntuación máxima que debe alcanzar el índice es de 3.

- **Índice de Silness y Løe Simplificado (IP6)**

Se emplea para tener una perspectiva del estado de higiene de una población, empleando 6 dientes, conocidos como los dientes de Ramfjord.

- **Índice de Greene y Vermillion (Índice de Higiene Oral, IHO)**

Presenta dos aspectos: extensión coronaria de placa bacteriana y extensión coronaria del cálculo dental. Efectuándose los resultados mediante una fórmula matemática, la cual es $IHO = IR + IC$.

- **Índice de Greene y Vermillion simplificado (IHO-S)**

Se emplea para realizar estudios en poblaciones extensas. Dividiéndose los aspectos a investigar en dos zonas:

- a) **Vestibular**, Primer Molar Superior Derecho (1.6); Incisivo Central Superior Derecho (1.1); Primer Molar Superior Izquierdo (2.6) e Incisivo Central Inferior Izquierdo (3.1)

b) Zona lingual del Primer Molar Inferior Izquierdo (3.6) y Primer Molar Inferior Derecho (4.6).

- **Índice de O'Leary (IP)**

Para efectuar el análisis se divide en dos aspectos los índices a evaluar, el primero de ellos si existe presencia de placa bacteriana y el otro si hay ausencia de la misma. Para ello, se emplea un revelador de placa bacteriana en cada diente y en sus 4 caras.

- **PMA Massler and Schour**

Fue creado para evaluar el grado de severidad de la gingivitis, por ello, solo revela el grado de inflamación gingival, debido a su naturaleza es de fácil acceso y de costo económico, además al ser tan común es aceptado por los pacientes a los cuales se les aplica. Sin embargo; para su aplicación es necesaria tener la pericia para detectar la inflamación, visualizando alrededor de cada diente, este tipo de tejido se clasifica en tres, según su ubicación: papilar, marginal y adherida. A continuación, se exponen cada criterio:

PUNTAJE y CRITERIO:

- 0** : Ausencia de alteración en las tres zonas observadas
- 1** : Se observan cambios inflamatorios en la encía papilar
- 2** : Se observan cambios inflamatorios en la encía papilar y en la marginal
- 3** : Se observan cambios inflamatorios en las tres zonas

Para la valoración de cada individuo se debe sumar el puntaje de cada diente, en cambio para el resultado de una población se suman los valores y se divide entre los evaluados.

1.3.6. Caries Dental

Este tipo de patología dental tiene asociados varios factores, entre los que conciernen el estatus social, alimentación, educación e higiene personal.

Inicia a temprana edad entre los 3 y 4 años, debido al uso de biberón y la continuidad del alimento sólido, es en donde los padres deben poner especial atención en la higiene bucal de sus hijos, pues ya presentan pérdida de dientes.

Se debe considerar además el tipo de alimentación que se recibe, acceso al agua potable, compra de productos de higiene, entre otros.

La caries dental se puede transmitir y es importante resaltar y conocer que los dientes temporales tienen un menor tiempo eruptivo que los dientes permanentes.

Los síntomas de la caries son pérdida de la superficie del esmalte de los dientes, ocasionada por una lesión penetrante, además aumenta la sensibilidad dental, produciendo dolor en la ingesta de alimentos.

Los factores de riesgo asociados a esta enfermedad son ingesta excesiva de dulces, mala higiene dental y consumo de sustancias dulces.

ÍNDICES DE CARIES

Índice COPD (unidad diente) para piezas dentarias permanentes:

Cuantificación de la OMS para el índice COPD			
0,0 a	1,1	:	muy bajo
1,2 a	2,6	:	bajo
2,7 a	4,4	:	moderado
4,5 a	6,5	:	alto

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Se ha observado un aumento en hábitos de mala praxis, especialmente en relación al cuidado nutricional y bucal. El americano Directrices de la Academia de Odontología Pediátrica para El cuidado de la salud bucal en adolescentes estableció las siguientes alteraciones principales: caries, enfermedad periodontal, problemas de mal oclusión, disfunción temporomandibular y pérdida congénita de dientes. En México, el 90% de la población mexicana se ve afectada por caries, principalmente es muy común la enfermedad entre 0 y 15 años. La Academia Estadounidense de Periodoncia, refiere que la pérdida de inserción y soporte óseo en la adolescencia es poco común; sin embargo, enfatiza que la progresión y la frecuencia aumentan desde el de 12 a 17 años en comparación con los niños de 5-11 años. Para el desarrollo de la enfermedad periodontal el estado de la higiene bucal es importante; esto se cuantifica a través del método simplificado del Índice de higiene oral (OHI-S). La falta de higiene se vuelve evidente con el aumento de la edad; así, en niños de edad 6-9 años, el 35,1% tiene un OHI-S > 0, mientras que, en adolescentes de 15 a 19 años, esto es 54,9%.

La obesidad y su relación con el azúcar se han relacionado con una mayor incidencia de microorganismos cariogénicos, caries y enfermedad periodontal, pérdida de órganos dentales, xerostomía y maloclusiones. Según Modéer, en su estudio en una Institución Educativa de México, 18 niños obesos tenían tasa de saliva más baja que de los niños normales y una mayor inflamación gingival.

Por otro lado, la desnutrición y la alta exposición al fluoruro pueden afectar la gravedad de la fluorosis dental porque el diente, el desarrollo y el crecimiento ocurren simultáneamente en el cuerpo humano. El objetivo de este estudio fue describir la relación entre la presencia de índice de higiene bucal en estudiantes de Zacatecas, México.

Centrándose en la población de la presente investigación, se evidencia que, a nivel mundial, en promedio el 20% de niños en edad de 2 y 3, presentan caries dental, contexto que se debe cuidar a fin de prevenir, esto mediante diagnóstico temprano (46). A nivel nacional, se ha llevado a cabo el Programa Nacional de Atención Estomatológica, la cual permitió lidiar con esta problemática, pudiéndose detectar que el 68% de niños de 5 y 6 años, no presentaron caries dental (48). De acuerdo a la OMS, a nivel mundial se ha logrado identificar que entre el 60% y 90% de niños que se encuentran aún en etapa escolar, además del 100% de adultos, presentan caries dental, las cuales son acompañadas con dolor o sensaciones de molestias.

No obstante, las caries no son la única enfermedad que afecta la salud bucal de las personas, dado que conjuntamente con la enfermedad periodontal, representan el mayor daño de morbilidad dentaria durante toda la vida (49). En ese sentido, se puede considerar a la enfermedad gingival como la segunda dentro de todo esto, dado que se estima que las tasas de prevalencia son muy altas y que más de las tres cuartas partes de la población la padecen o presentan un alto riesgo a desarrollarla. (50)

La gingivitis se caracteriza fundamentalmente por la inflamación de la mucosa gingival. Dentro de los signos más frecuentes que son observados se encuentran los de cambio de color, tamaño y forma, así mismo, alteraciones en su

consistencia y textura, posición y presencia de hemorragia y es probable la presencia de dolor, ya sea provocado o espontáneo. La gingivitis puede ser clasificada de acuerdo a las zonas que afecta como: papilar, marginal o difusa. De igual manera, de acuerdo su distribución en la cavidad bucal puede ser considerada como localizada y generalizada, la gingivitis es común en los niños; sin embargo, es mucho menos frecuente y destructiva que en los adultos, aunque no se descarta la posibilidad de encontrar casos de periodontitis aun cuando esta condición no es característica de un grupo de edad. (51)

Otros estudios indican que las manifestaciones de la enfermedad periodontal se observan desde la primera infancia (52). García y Orozco informaron gingivitis en más de 80% (53,54) de los escolares. Glickman y cols. mencionan prevalencias elevadas, de 98% en niños americanos de 1 a 14 años y de 99% en niños nigerianos de 10 años, (55) en Dinamarca se observó prevalencia del 25% en niños de 3 años, (56) en Suecia 80% de los niños de 5 años presentaron esta enfermedad (57). Otros estudios muestran prevalencias de 85% en colombianos de 5 a 14 años de edad (58) y de 66% en niños jordanos de 4 y 5 años (59).

La presencia de estas patologías bucales especialmente en niños, guarda una relación directa, con una mayor presencia en el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre comidas y ausencia de hábitos higiénicos, lo que conlleva a la aparición de la gingivitis, la cual es una forma de enfermedad periodontal que involucra inflamación e infección que destruyen los tejidos de soporte de los dientes, incluyendo las encías, los ligamentos periodontales y los alvéolos dentales. Afecta primordialmente a la primera edad mientras que las periodontopatías se manifiestan principalmente en los adultos (49).

Con esta investigación se demostró que la higiene oral es un factor de riesgo que puede influir en la aparición de patologías bucales como la caries o la gingivitis en niños de 3 a 6 años.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1. Problema General.

¿La higiene oral es un factor de riesgo de las enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Chimbote en el año 2018?

2.2.2. Problemas Específicos.

¿La higiene oral es un factor de riesgo en la aparición de la caries dental en los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Chimbote en el año 2018?

¿La higiene oral es un factor de riesgo en la aparición de la gingivitis en los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de salud Villa María de Chimbote en el año 2018?

2.2.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA

2.2.3.1. DELIMITACION ESPACIAL

El trabajo de investigación se llevó a cabo en el Puesto de Salud Villa María perteneciente a la Red de Salud Pacífico Sur de la Dires Ancash, clasificado como un Establecimiento de Salud I-2 sin internamiento.

El Distrito de Nuevo Chimbote pertenece a la Provincia del Santa y Región Áncash, creada el 27 de mayo de 1994 por ley 26318.

2.2.3.2. DELIMITACION TEMPORAL

El estudio presentado se efectuó empleando el tipo de investigación descriptivo y transversal y tuvo una duración de un año iniciando el 1 de

abril del 2018 y culminando en marzo del año 2019, incluyendo el tiempo de recojo de información el cual se realizó en 4 meses.

2.2.3.3. DELIMITACION TEORICA

La conceptualización de variables se basa en las teorías sobre la higiene oral, considerando para ello la descripción de los indicadores de placa bacteriana de O'Leary. La placa dentobacteriana (PDB), así como el Índice ceod (unidad diente) para piezas dentarias temporales, y la enfermedad periodontal, utilizando el Índice de enfermedad Gingival PMA; consideradas un problema de salud bucal en el Perú.

2.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

2.3.1. Justificación de la investigación

Para la realización del estudio se analizó la problemática que existe en el Puesto de Salud Villa María, en relación a la mala higiene bucal que se aprecia en los niños que pertenecen a ese sector de la ciudad, lo cual ha producido afectación de los tejidos dentarios y periodontales de la Cavidad Bucal.

Cabe recalcar que la salud bucal es uno de los aspectos que requiere de concientización y abordaje continuo a la población de la zona, además en base al principio de Salud General si existe una enfermedad bucal que no ha sido tratada adecuadamente el niño presentara problemas de salud por las complicaciones que degeneran por la mala práctica de la higiene bucal.

Las patologías asociadas a la salud bucal, son consideradas como factores que implican riesgo, ya que traen como consecuencia problemas crónicos que provocan caries y gingivitis demostrándose en la deficiente salud bucal de los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María, por ende, al existir un cambio de hábitos de higiene bucal y su visita de forma constate al Servicio de

Estomatología desde el nacimiento para un control de crecimiento y desarrollo dentario.

La presente investigación aportó parámetros para la promoción, prevención y atención de la salud bucal, la cual consistió en educar a la persona, familia y comunidad incluyendo a los actores sociales quienes adquirieron los conocimientos necesarios que les permitió generar cambios positivos para un mejor autocuidado de la Salud Bucal.

La investigación se justifica porque se evaluó la salud oral de los niños que asistieron al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María y su relación con la higiene bucal lo cual nos permitió interactuar en forma multidisciplinaria para lograr los cambios de conducta en los padres de familia buscando mejorar el autocuidado de la salud a través de la buena higiene bucal.

2.3.2. Importancia de la investigación

Toda acción que contribuya con la mejora de la calidad de vida de una persona, se cómo importante, por ende al realizar la problematización del problema para su posterior abordaje se consideró promover que en la etapa de la niñez se hábitos para la vida diaria, por lo que es fundamental que se le brinde la orientación sobre una adecuada higiene bucal. Se consideró que los componentes de un sistema estomatognatico, son partes que deben ser cuidadas y preservadas, ya que contribuyen con el desarrollo fisiológico correcto del cuerpo, que generan un estado de bienestar debiendo ser a evidenciado en el cuidado de sí mismo, lo que promueve confianza y establecimiento de relaciones interpersonales ya que un cuerpo sano, promueve estabilidad mental y adherencia social.

Se informó con respecto a los aspectos negativos de un mal cuidado oral y el tipo de enfermedades sistémicas que puede causar en nuestro organismo.

La investigación identificó los factores de riesgo que existe entre la higiene oral y la presencia de enfermedades bucales en los niños que asistieron al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María, con el objetivo de proponer un modelo de atención que pueda ser replicado y sustentado para diversas poblaciones, con el compromiso de informar y prevenir enfermedades en nuestra sociedad y bajo el concepto de salud general con responsabilidad para todos.

2.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

2.4.1. Objetivo General.

Relacionar la higiene oral como factor de riesgo de las enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018.

2.4.2. Objetivos Específicos.

1. Relacionar la higiene oral como factor de riesgo de las caries dentales en los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018.
2. Relacionar la higiene oral como factor de riesgo de las gingivitis en los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018.

2.5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACION

2.5.1. Hipótesis General

Si existe relación de la higiene oral en la aparición de enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote 2018.

2.5.2 Hipótesis Específicas

1. Si existe relación la higiene oral en la aparición de caries dental en los en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote 2108.
2. Si existe relación de la higiene oral en la aparición de la enfermedad gingival en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote 2018.

2.5.3 Hipótesis Estadística General

1. Existe diferencia estadística significativa entre los factores de riesgo de la higiene oral con las enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote 2018.
2. No existe diferencia estadística significativa entre los factores de riesgo de la higiene bucal con las enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote 2018.

2.5.4. Hipótesis Estadística Especifica

1. Existe diferencia estadística entre los factores de riesgo de la higiene oral con la aparición de caries dentales en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote 2018.
2. No existe diferencia estadística significativa entre los factores de riesgo de la higiene oral con la aparición de la caries dental en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote 2018.
3. Existe diferencia estadística significativa entre los factores de riesgo de la higiene oral con la aparición de gingivitis en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote 2018.

4. No existe diferencia estadística significativa entre los factores de riesgo de la higiene oral con la aparición de la gingivitis dental en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote 2018.

2.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

2.6.1. Identificación de Variables

Variables de Asociación (Independientes)

Higiene Oral

Variable de Supervisión (Dependiente)

Enfermedades bucodentales

Variables de distribución

Edad

Sexo

2.6.2. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicador	Escala	Categoría
Higiene Oral	Es la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad ni enfermedad del complejo craneofacial.	Placa bacteriana	Porcentaje de placa bacteriana se marca de: 1.- Color rosado placa blanda; 2.- morado placa madura.	Método: Índice de higiene oral de O'Leary	Cualitativa De razón	Acceptable: 0-12% Cuestionable: 13-23% Deficiente: 24-100%
Enfermedades Bucodentales	Las enfermedades bucodentales son las enfermedades no trasmisibles más comunes, que afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias, desfiguración.	Caries dental	Lesión cariosa	Índice ceod (unidad diente) para piezas dentarias temporales	Cualitativa De razón	Bueno (0.0 – 0.6) Regular (0.7 – 1.8) Malo (1.9 – 3.0)
		Enfermedades Gingivales	Gingivitis: inflamación reversible de la encía que rodea a los dientes. Etiopatogenia: producida por placa bacteriana.	Índice PMA	Cualitativa De razón	0 ausencia de alteración en las 3 zonas 1 Gingivitis leve: Se observa cambios inflamatorios en la encía papilar. 2 Gingivitis moderada: Se observa cambios inflamatorios en la encía papilar y marginal. 3 Gingivitis severa: Se observa cambios inflamatorios en las 3 zonas
Edad	Tiempo de existencia de una persona desde su nacimiento.		La edad se obtendrá a través del registro en la H.C.	años	Cuantitativa De razón	3,4,5,6
Sexo	Condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de la mujer		El sexo se obtendrá a través de la H.C.		Nominal	Femenino masculino

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo estadístico de la tesis se empleó el tipo de investigación cualitativo, debido a que recopila datos no numéricos, de tipo observacional y descriptivo correlacional, ya que representa datos e informa sobre características de una determinada población.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.2.1 POBLACION

Se consideró emplear a 229 sujetos quienes fueron pacientes del Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote.

3.2.2 UNIDAD DE ANALISIS

Según los criterios de inclusión y exclusión evaluado en la unidad de análisis se consideró a niños entre los 3 y 6 años de edad.

3.2.3 MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 144 niños y niñas.

Para considerar el tamaño de la muestra se efectuó la técnica de muestreo probabilístico a través del siguiente diagrama:

$$n = N * Z^2 \alpha / 2 * P * Q$$

$$d^2 (N - 1) + Z^2 \alpha / 2 * P * Q$$

Dónde:

N = total de población = 229

$Z^2 \alpha / 2$ = nivel de confianza al 95% = 1.96

P= 0.5 Q= 0.5 (asumiendo varianza máxima)

D = tamaño de presión al 10%

Remplazamos los valores:

$$n = 229 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5$$

$$(0.1)^2 (229 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5$$

$$N = 144$$

Tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida		
$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$		
Tamaño de la población	N	229
Error Alfa	α	0,05
Nivel de Confianza	1-α	0,95
Z de (1-α)	Z (1-α)	1,96
Prevalencia de la Enfermedad	p	0,5
Complemento de p	q	0,5
Precisión	d	0,05
Tamaño de la muestra	n	143,71

3.2.4 CRITERIOS DE INCLUSION

- Niños que acudieron al servicio de estomatología.
- Niños que estuvieron presentes el día de la exploración
- Niños de 3 a 6 años de edad.
- Niños de ambos sexos

3.2.5 CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Niños que se encontraron en tratamiento de ortodoncia
- Niños que no permitieron la revisión dental y/o bucal

3.2.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Padres que no firmaron la carta de consentimiento informado

CAPÍTULO IV

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

4.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Luego del planteamiento del problema de investigación y considerándose los instrumentos de medición de la información, se realizó la entrevista a los apoderados de los menores, a quienes se les informó de los aspectos positivos y el beneficio del estudio para sus hijos, firmando luego el consentimiento informado.

Debido a la naturaleza de la investigación, representó un riesgo mínimo, por tanto, los procedimientos empleados eran comunes, empleándose como materiales reveladores de placa, diagnóstico de caries y enfermedad gingival y procedimientos profilácticos no invasivos.

Para realizar los diagnósticos de caries dental, enfermedad gingival y porcentaje de higiene oral se citó a los pacientes al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Chimbote durante cuatro meses, tiempo en que se les realizó el examen clínico intra y extra oral.

Para el proceso se emplearon espejos bucales, exploradores, pinzas y todo utensilio de uso estomatológico. Luego de la profilaxis se identificó las patologías que presentaba cada paciente, lo cual fue registrado en su historia clínica.

Es importante mencionar que se empleó el índice de O'Leary, para evaluar la higiene de las superficies lisas, diferenciando las superficies según su coloración, lo que permite identificar la placa bacteriana en base al color que se efectúa luego de que el paciente realiza el buche.

La calificación de la higiene oral se hizo teniendo en cuenta el resultado obtenido. Se comparó con los valores dados por O'Leary los cuales son: hasta un 15% se

tiene una buena higiene oral, de 15% a 35 % higiene oral regular, de 35% en adelante la higiene oral es mala. Si el porcentaje de higiene es regular o mala se tendrán visitas más seguidas al odontólogo para evitar el exceso de acumulación de placa bacteriana

Después de aplicar las gotas reveladoras y realizar el índice de placa bacteriana se procedió a su remoción con una profilaxis manual. La cual consistió en ponerle crema dental en el cepillo de dientes de cada niño que previamente trajeron desde su casa, para mostrar los lugares donde más se acumula la placa bacteriana y enseñar técnicas de cepillado adecuado.

Para detectar la enfermedad gingival se usó el Índice de enfermedad Gingival PMA que tiene los siguientes puntajes y criterios: Puntaje 0: Ausencia de alteración en las tres zonas observadas Puntaje 1: Se observan cambios inflamatorios en la encía papilar Puntaje 2: Se observan cambios inflamatorios en la encía papilar y en la marginal Puntaje 3: Se observan cambios inflamatorios en las tres zonas.

Para obtener los datos de toda la población se suman los valores de cada sujeto y se dividen entre la cantidad de evaluados, de forma tal que exista un promedio estadístico de los casos identificados.

El valor para cada individuo se obtiene al sumar el valor para cada diente. Para obtener el resultado de la población, se suman todos los valores y se divide entre el número de personas examinadas. Es un promedio.

4.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recabar datos se emplearon fichas odontológicas, así como un ordinograma donde se registró los índices de, ceo-d, PMA y O'Leary, así como otros datos requeridos en el estudio.

4.3 TECNICAS DE ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Para el procesamiento de datos se emplearon los programas Microsoft Excel 2010 y SPSS, efectuando el traslado de datos a tables de frecuencia y gráficos de barras para describir los resultados de forma cuantitativa y cualitativa.

4.4 SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL INSTRUMENTO

Al concluir con la recolección de información, se consideró determinar la validez del instrumento, así como el valor predictivo positivo y negativo.

4.5 REPRODUCIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Con el objetivo de considerar otras poblaciones donde se pueda replicar el estudio, se empleó un re test, de forma que después del primer examen; y se obtendrá un valor positivo; luego de lo cual, a fin de determinar la confiabilidad del instrumento, se aplicó la prueba kappa.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS.

Debido a la naturaleza del estudio, se consideró realizar el estudio en base a principios de trabajo ético y el respeto por el paciente objeto de estudio.

CAPÍTULO V

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.1. COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS GENERAL

Hipótesis General: La higiene oral es un factor de riesgo en la aparición de las enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Servicio Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018.

Nivel de confianza: 95%

Calculo estadístico: χ^2 (Chi-cuadrado)

Valor de significancia: 0.05

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS ESPECIFICA

Planteamiento de la hipótesis estadística

5.2.1. Hipótesis nula (H_0):

La higiene oral NO es un factor de riesgo en la aparición de caries dental en los niños que asisten al Servicio Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018.

5.2.2 Hipótesis alternativa (H_1):

La higiene oral SI es un factor de riesgo en la aparición de la caries dental en los niños que asisten al Servicio Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018.

5.2.3 Tipo de prueba estadística

Se emplea el estadístico Chi-cuadrado (χ^2).

5.2.4 Nivel de significación

Nivel de confianza: al 95 %

Calculo Estadístico: Chi-cuadrado (χ^2).

Valor de significancia: $\alpha = 0.05$

Grado de libertad: $(n \text{ filas}-1) (n \text{ columnas}-1) = (2) (2) = 4$

5.2.5 Distribución muestral y región de rechazo

El valor crítico del estadístico de prueba χ^2 se encuentra a partir de $=\text{INV.CHICUAD.CD}$ siendo al usar un nivel de significancia $\alpha = 0.05$, el valor crítico de la cola superior de la distribución Chi-cuadrado con $(3-1) (3-1) = 4$ grados de libertad $=\text{INV.CHICUAD.CD} (0.05;4)$ es de 9.488.

5.2.6 Cálculo del estadístico χ^2

Fórmula: $\chi^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$

Donde:

O = Frecuencia observada

E = Frecuencia esperada

χ^2 = Chi-cuadrado

Distribución Chi-cuadrado a través del programa SPSS: la higiene oral es un factor de riesgo en la aparición de caries dental en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote.

Tabla 1. Caries dental según Higiene Oral.

		Caries Dental			Total	
		Bueno	Regular	Malo		
Higiene Oral	Aceptable	n	14	22	2	38
		%	87.5%	34.9%	3.1%	26.4%
	Cuestionable	n	0	37	19	56
		%	0.0%	58.7%	29.2%	38.9%
	Deficiente	n	2	4	44	50
		%	12.5%	6.3%	67.7%	34.7%
Total	n	16	63	65	144	
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia.

5.2.2. Hipótesis alternativa (H₁):

La higiene oral SI es un factor de riesgo en la aparición de enfermedades gingivales en los niños que asisten al Servicio Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018.

5.2.3. Tipo de prueba estadística

Se escoge la distribución Chi-cuadrado (χ^2).

5.2.4. Nivel de significación

Nivel de confianza al 95 %

Valor de significancia: $\alpha = 0.05$;

Grado de libertad: $(n \text{ filas}-1) (n \text{ columnas}-1) = (2) (2) = 4$

5.2.6. Cálculo del estadístico χ^2

5.2.5. Distribución muestral y región de rechazo

El valor crítico del estadístico de prueba χ^2 se encuentra a partir de = INV.CHICUAD.CD siendo al usar un nivel de significancia $\alpha=0.05$, el valor crítico de la cola superior de la distribución Chi-cuadrado con $(3-1) (4-1) = 6$ grados de libertad = INV.CHICUAD.CD (0.05;4) es de 12.59159.

$$\text{Fórmula: } \chi^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$$

Donde:

O = Frecuencia observada

E = Frecuencia esperada

χ^2 = Chi-cuadrada

Distribución Chi-cuadrado a través del programa SPSS: la higiene oral es un factor de riesgo en la aparición de enfermedades gingivales en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote.

Prueba de Chi cuadrado relación Enfermedades Gingivales con Higiene oral.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	73.067	6	0.00000000000009589686515578
Razón de verosimilitud	80.625	6	0.0000000000000265368274181
Asociación lineal por lineal	52.409	1	0.00000000000045064906090369

Fuente: Elaboración propia.

Aplicando la fórmula X^2 , según los datos de la tabla por SPSS, se ha obtenido el valor Chi-calculado $X^2 = 12.59159$ y que el estadístico de prueba es $\chi^2 = 73.067 > 12.59159$ se rechaza hipótesis nula, y al contrastar con el del valor-p es 0,00000000000009589686515578 es menor que 0.05.

5.2.7. Decisión

Si el valor X^2 obtenido se comprende entre los valores y la probabilidad asociada ($p < 0.05$), el valor se ubica en la región de rechazo; por lo tanto, no se acepta la H_0 y se acepta la H_1 . Esto quiere decir que existe una relación entre la higiene oral y aparición de enfermedad gingival en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote.

CAPITULO VI

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

TABLA 3: FRECUENCIA DE NIÑOS EXAMINADOS POR SEXO

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	76	52.8%
Mujer	68	47.2%
Total	144	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: En la tabla 3 los niños examinados que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018, según sexo se distribuyen en 52.8% hombres y 47.2% fueron mujeres.

Gráfica 1: Frecuencia de niños por sexo.

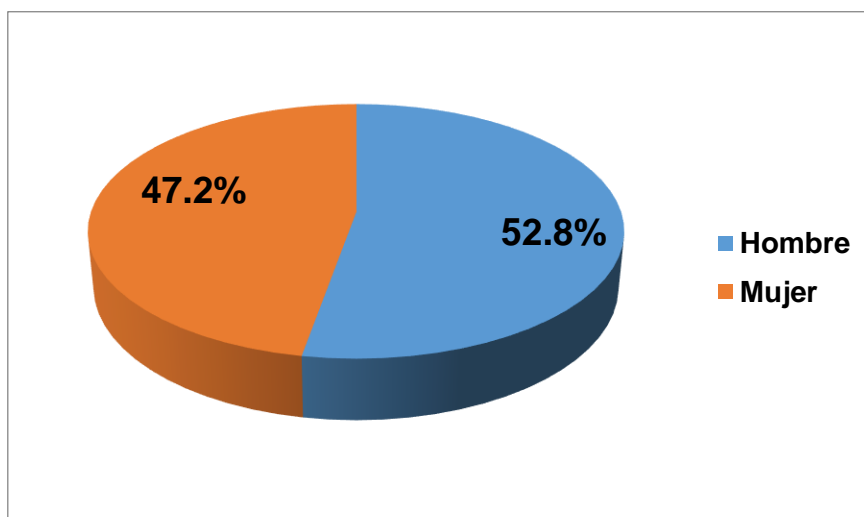


Tabla 4: Frecuencia de Niños Examinados por Edad

	Frecuencia	Porcentaje
3	28	19,4%
4	43	29,9%
5	31	21,5%
6	42	29,2%
Total	144	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla 4 los niños examinados que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018, según edad 29.9% fueron de 4 años, seguidos por 6 años con un 29.2%, con una media de 4,57 años.

Gráfico 2: Niños por edades.

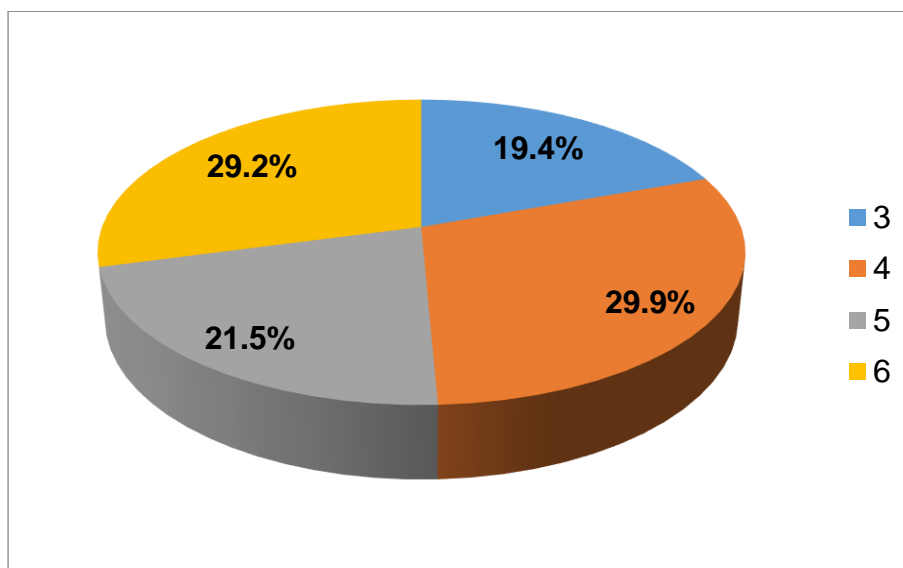


Tabla 5: Frecuencia de Niños Examinados según Higiene Oral

	Frecuencia	Porcentaje
Aceptable	38	26,4%
Cuestionable	56	38,9%
Deficiente	50	34,7%
Total	144	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: En la tabla 5 los niños examinados que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018, según higiene Oral, Cuestionable 38.9%, deficiente 34.7% y aceptable 26.4%.

Gráfico N° 3 Niños según higiene oral

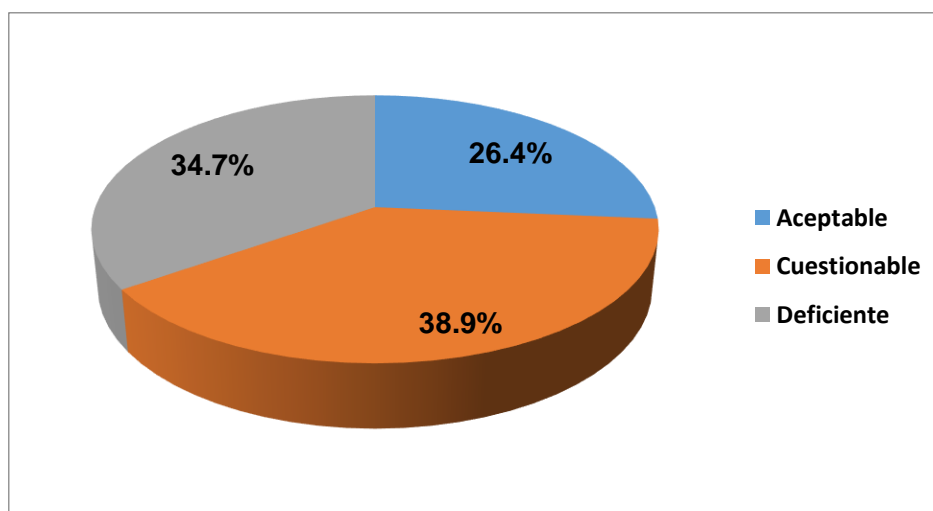


Tabla 6: Frecuencia de Caries Dental

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	16	11,1%
Regular	63	43,8%
Malo	65	45,1%
Total	144	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: En la tabla 4 los niños examinados que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018, según caries dental: Malo 45.1%, regular 43.8% y bueno 11.1%.

Gráfica 4: Niños por caries dental.

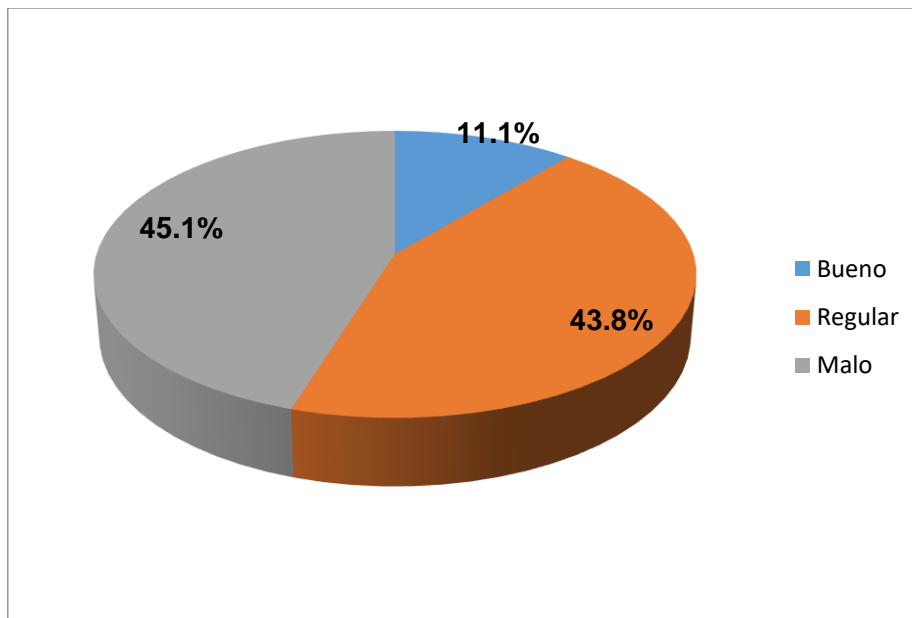


Tabla 7: Frecuencia de Niños examinados según Enfermedades Gingivales

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de alteración en las 3 zonas.	16	11,1%
Gingivitis leve	42	29,2%
Gingivitis Moderada	67	46,5%
Gingivitis Severa	19	13,2%
Total	144	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: En la **tabla 7** los niños examinados que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018, según Enfermedades Gingivales: Gingivales Moderada 46.5%, Gingivitis Leve, 29.2% y Gingivitis Severa 13.2%.

Gráfico 5: Niños según enfermedades Gingivales

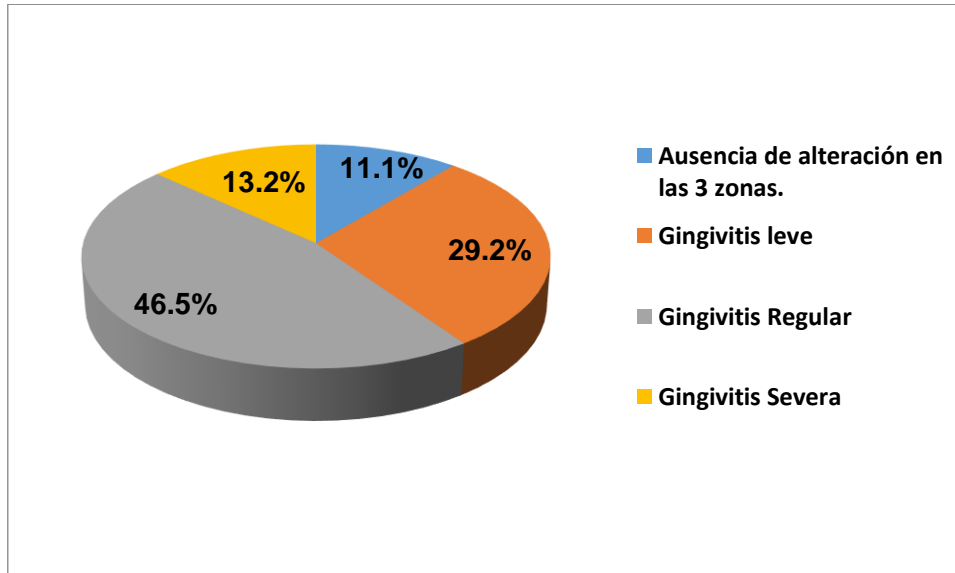


Tabla 8: Higiene Oral de niños examinados según sexo.

		Higiene Oral			Total	
		Aceptable	Cuestionable	Deficiente		
Sexo	Hombre	n	20	32	24	76
		%	52,6%	57,1%	48,0%	52,8%
Sexo	Mujer	n	18	24	26	68
		%	47,4%	42,9%	52,0%	47,2%
Total		n	38	56	50	144
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: En la **tabla 8** los niños examinados que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018, clasificando la higiene oral según sexo, se presentan los siguientes resultados que Aceptable se da un 52.6% en sexo masculino, cuestionable un 57.1% para hombre, y deficiente en 52.0% para mujeres.

Tabla 9: Caries Dental según Sexo.

		Caries Dental			Total	
		Bueno	Regular	Malo		
Sexo	Hombre	N	4	37	35	76
		%	25,0%	58,7%	53,8%	52,8%
Sexo	Mujer	N	12	26	30	68
		%	75,0%	41,3%	46,2%	47,2%
Total		N	16	63	65	144
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: En la **tabla 9** los niños examinados que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018, clasificando la caries dental según sexo, se da los siguientes resultados: bueno en 75% mujeres, hombres en regular en 58.7% y malo en 53.8%.

Tabla 10: Enfermedades Gingivales según Sexo

		Enfermedades Gingivales				Total	
		Ausencia de alteración en las 3 zonas.	Gingivitis leve	Gingivitis Moderada	Gingivitis Severa		
Sexo	Hombre	n	4	25	38	9	76
		%	25,0%	59,5%	56,7%	47,4%	52,8%
Mujer		N	12	17	29	10	68
		%	75,0%	40,5%	43,3%	52,6%	47,2%
Total		N	16	42	42	19	144
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: En la **tabla 10** los niños examinados que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018, clasificando Enfermedades Gingivales según sexo, se da los siguientes resultados: Ausencia de alteración en las 3 zonas, 75% mujeres, Gingivitis Leve 57.9%, Gingivitis Moderada 56.3%, Gingivitis Severa 55.6% en mujeres.

Tabla 11: Higiene Oral según Edad.

		Higiene Oral			Total	
		Aceptable	Cuestionable	Deficiente		
3		N	14	12	2	28
		%	36,8%	21,4%	4,0%	19,4%
4		N	14	20	9	43
		%	36,8%	35,7%	18,0%	29,9%
5		N	4	11	16	31
		%	10,5%	19,6%	32,0%	21,5%
6		N	6	13	23	42
		%	15,8%	23,2%	46,0%	29,2%
Total		N	18	56	50	144
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: En la **tabla 11** los niños examinados que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018, clasificando la higiene oral según edad, se presentan los siguientes resultados que Aceptable se da un 36.8% en edad de 3 años, cuestionable 35.7% en edad de 4 años, y deficiente con un 46% en edad de 6 años.

Tabla 12: Caries Dental según Edad.

			Caries Dental			Total
			Bueno	Regular	Malo	
Edad	3	N	6	18	4	28
		%	37,5%	28,6%	6,2%	19,4%
	4	N	4	22	17	43
		%	25,0%	34,9%	26,2%	29,9%
	5	N	4	8	19	31
		%	25,0%	12,7%	29,2%	21,5%
	6	N	2	15	25	42
		%	12,5%	23,8%	38,5%	29,2%
Total		N	16	63	65	144
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: En la **tabla 12** los niños examinados que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018, clasificando la caries dental según edad, obtenemos los siguientes resultados, Bueno un 37.5% en edad de 3 años, Regular con un 34.9% en edad de 4 años, malo con un 38.5%. en edad de 6 años.

Tabla 13: Enfermedades Gingivales según edad.

			Enfermedades Gingivales				Total
			Ausencia de alteración en las 3 zonas.	Gingivitis leve	Gingivitis Moderada	Gingivitis Severa	
Edad	3	N	6	6	16	0	28
		%	37,5%	14,3%	23,9%	0,0%	19,4%
	4	N	4	18	14	7	43
		%	25,0%	42,9%	20,9%	36,8%	29,9%
	5	N	4	6	13	8	31
		%	25,0%	14,3%	19,4%	42,1%	21,5%
	6	N	2	12	24	4	42
		%	12,5%	28,6%	35,8%	21,1%	29,2%
Total		N	16	42	67	19	144
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: En la **tabla 13** los niños examinados que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote en el año 2018, clasificando Enfermedades Gingivales según edad, se da los siguientes resultados: Ausencia de alteración en las 3 zonas, 37.5% en la edad de 3 años, Gingivitis Leve 42.9% en edad de 4 años, Gingivitis Moderada 35.8% en edad de 6 años, Gingivitis Severa 42.1% en edad de 5 años.

6.2. DISCUSION DE RESULTADOS.

Una vez desarrollado el debido proceso de la investigación, se obtuvieron resultados producto de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos que permitieron conocer aspectos de la muestra y su comportamiento respecto a la higiene oral en las enfermedades bucodentales; ahora bien, a continuación se procede a someter a discusión los resultados obtenidos, los cuales son contrastados con lo arribado por antecedentes descritos en el presente informe y para un mejor entendimiento se postulan teorías.

Así también, la investigación tiene importancia y relevancia social, dado que se ha probado mediante la contrastación de Hipótesis de la investigación que si existe relación de la higiene oral en la aparición de enfermedades bucodentales en los niños que asisten al puesto de salud Villa María Nuevo Chimbote; así también, respecto a la Hipótesis estadística, mediante el coeficiente chi cuadrado de Pearson, la contrastación demostró la diferencia estadística significativa entre los factores de riesgo de la higiene oral con las enfermedades bucodentales, la existe diferencia estadística entre los factores de riesgo de la higiene oral con la aparición de caries dentales en los niños y la diferencia estadística significativa entre los factores de riesgo de la higiene oral con la aparición de gingivitis en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote 2018.

Respecto al estudio se evidenció una paridad de sexos en la asistencia de niños al puesto de salud objeto de estudio, así también el 29.9% y 29.2% de estos tuvieron edades de 4 años 6 años respectivamente, de los cuales el 38.9% presentaron una higiene oral cuestionable y el 45.1% caries dental en un nivel malo; los mismos resultados son encontrados en la investigación de Para González y Penagos (2015), a través de la realización de un estudio de tipo

cualitativo, empleando como población a 65 agentes educativos, considerándose a través de la información obtenida que existe relación entre el limitado acceso a sistemas de salud pública, así como ineficaces acciones de promoción de salud oral y la escasa participación de los padres en este tipo de acciones.

En cuanto a enfermedades gingivales, se encontró que el 46.5% que presenta a 67 niños presentan gingivitis moderada, relacionado a ello es observable que el 57.1% de niños del sexo masculino presentan una higiene oral cuestionable mientras que en el caso del sexo femenino el 52% una higiene oral deficiente, resultados parcialmente similares es encontrado en la investigación de González Farith Martínez, y cols. (2009) quienes manifiestan que la prevalencia de caries fue de 60 %, siendo mayor para los niños de 5 años.

Respecto a la caries dental según el sexo, en el caso de niños del sexo masculino se da de forma regular en un 58.7% mientras que en el caso de las niñas presentan un nivel bueno resaltado en un 75% de estas, así también, se encuentra respecto a la gingivitis, que está presente en un 56.7% de forma moderada en hombres y en el caso de mujeres presentan ausencia de alteración en las 3 zonas; ahora bien, en cuando al análisis de la higiene bucal según la edad, se da en mayor medida de forma deficiente en un 46% en edad de 6 años; en cuanto a la caries es perceptible un nivel malo con un 38.5%. en edad de 6 años; este último resultado para Mattos (2017), quien demuestra que el 36,8 % de los evaluados existe la prevalencia de caries, con pacientes que oscilan entre los 1 a 7 años de edad, mientras que entre los 11 a 17 años existe el 82,4 %. Al analizarse las dimensiones de la evaluación se considera que existe una mala

valoración de higiene dental, además que no se efectúa una higiene regular en niños y adolescentes de las aldeas infantiles S.O.S Perú.

Se analizaron las enfermedades gingivales según edad, donde para el caso de la ausencia de alteración en las 3 zonas se presenta en el 37.5% de niños a la edad de 3 años, en el caso de la gingivitis leve en el 42.9% de niños de 4 años, moderada 35.8% en niños de 6 años y severa 42.1% en los de 5 años, haciéndose evidente que la enfermedad aumenta su severidad de acuerdo a edad, para validar lo manifestado se cita a Fernández y Bravo (2009) , quien manifiesta que la prevalencia y severidad de la caries dental aumentó proporcionalmente con la edad, y afectó indistintamente ambos sexos.

Sin embargo, difieren con lo hallado por Farías (2015) quien, a diferencia del hallazgo del presente informe, aquí existen suficientes conocimientos de las madres para que sus hijos mantengan una buena salud oral, por tanto, la prevalencia de enfermedades bucodentales es muy baja.

En cuanto a la hipótesis central de la investigación y de acuerdo a lo arribado en su resultado, se aceptó la hipótesis central, misma que establece que si existe relación de la higiene oral en la aparición de enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote, es decir, que dependiendo de la higiene oral del niño, dependerá la aparición de enfermedades bucodentales, validando dicha información Ramírez (2017), en su estudio de la situación dental de niños entre 2 a 5 años del municipio de los Andes, para lo cual se tuvo la participación de 623 niños, entre varones y mujeres, los cuales presentaban caries, empleando para la detección el ICDAS. Al concluir la tesis, determinó que el 38, 2% de los evaluados presentaba caries severa, mientras el 88,4% caries moderada entre los 4 y 5 años de edad. Por

tanto, se espera que las políticas de promoción, prevención de la salud bucal sean mejoradas en el país, pues el 58 % de niños al año padece de alguna enfermedad bucal, por mala higiene dental.

Finalmente, la ante los resultados discutidos en el presente apartado, se hace manifiesto que el presente informe se llevó a cabo para de identificar qué factores tienen incidencia en la higiene oral en las enfermedades bucodentales en los niños, de tal forma que los hallazgos puedan ser tratados en futuras investigaciones a fin de diseñarse propuestas que permitan mejorar el escenario aquí encontrado.

CONCLUSIONES

Conclusión general

En base en los resultados obtenidos en la investigación se puede concluir que la importancia del estudio radica en la identificación del perfil epidemiológico de esta población de niños y niñas, encontrando que existen factores de riesgo entre la higiene oral y la presencia de enfermedades bucodentales en los niños atendidos en el Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Nuevo Chimbote.

Conclusiones específicas

1. Se contrastó estadísticamente que existe una relación significativa entre la higiene oral y aparición de caries dental entre los niños examinados.
2. Se contrastó estadísticamente que se da una relación significativa entre la higiene oral y aparición de enfermedad gingival en los niños evaluados.

RECOMENDACIONES

1. Implementar Talleres Educativos de Higiene Bucal y Dieta No Cariogénica por parte del Puesto de Salud de Villa María, dirigido a la persona, familia y comunidad dicho taller deberá desarrollarse en las Instituciones Educativas y locales comunales de la zona objeto de estudio, dicho talleres debe llevarse a cabo en dos tiempos, la primera de información y la segunda de prueba de conocimiento.

2. Desarrollar talleres de sensibilización sobre las causas y consecuencias de la gingivitis y la caries dental, por parte del Puesto de Salud Villa María, dirigido a la persona, familia y comunidad dicho taller deberá desarrollarse en las Instituciones Educativas y locales comunales de la zona objeto de estudio, dicho talleres debe llevarse a cabo en dos tiempos, la primera de información y la segunda de prueba de conocimiento.

VII FUENTES DE INFORMACIÓN

1. González-Penagos, C., Cano-Gómez, M., Meneses-Gómez, E. J. & Vivares-Builes, A. M. (2015). Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 715-724.
2. Cecilia Helena de Sequeira Sigaud, Bruna Rodrigues dos Santos. Promoción de la salud bucal de niños preescolares: efectos de una intervención educativa lúdica. *Rev. Bras. Enferm.* vol.70 no.3 Brasília May/June 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0237>. [Internet]. 2017 Jan [cited 2018 May 01]
3. Ramírez-Puerta Blanca Susana, Escobar-Paucar Gloria, Franco-Cortés Ángela María, Ochoa-Acosta Emilia María, Otálvaro-Castro Gabriel Jaime, Agudelo-Suárez Andrés Alonso. Caries dental en niños de 0-5 años del municipio de Andes, Colombia. Evaluación mediante el sistema internacional de detección y valoración de caries - ICDAS. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2017 Jan [cited 2018 May 01]; 35 (1): 91-98. Available from:
4. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2017000100091&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n1a10>.
5. Ramírez – Puerta Blanca S, Franco – Cortés Ángela M, Ochoa-Acosta Emilia, Escobar – Paucar Gloria. Experiencia de caries en dentición primaria en niños de 5 años, Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 May 01]; 33(3): 345-352. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000300003&lng=en.

<http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a03>.

6. Müller Ida Beatriz, Castilhos Eduardo Dickie de, Camargo María Beatriz Junqueira, Gonçalves Helen. Experiência de cárie e utilização do serviço público odontológico por escolares: estudio descriptivo em Arroio do Padre, Rio Grande do Sul, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 May 01]; 24(4): 759-770. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400759&lng=en.

<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400018>

7. Javiera Fernanda Farias Campos. (2015) Estado de salud oral de niños de 4-5 años y nivel de conocimientos materno, Concepción 2015. Proyecto de Tesis para optar al Grado de Cirujano Dentista y grado de Magíster en Ciencias Odontológicas. Concepción. Chile. 2015

8. Díaz S, Arrieta, K, González F. Factores Familiares asociados a la presencia de Caries Dental en Niños Escolares de Cartagena, Colombia. Revista Scielo [internet] 2011 [citado el 1 de Mayo de 2018] 4 (2) : 100-104. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2011000200003&script=sci_arttext

9. Fuentes, N. J.; Corsini, M. G.; Bornhardt, T.; Ponce, V. A. & Ruiz, F. Á. Prevalencia de caries y nivel de higiene oral en niños de 6 años atendidos bajo la norma GES y el modelo JUNAEB. Int. J. Odontoestomatología, 8(3):385-391, 2014.

10. González Farith Martínez, Sánchez Pedraza Ricardo, Carmona Arango Luis. Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena. Rev. Salud Pública. 11 (4): 620-630, 2009.
11. Fernández Collazo María Elena; Bravo Seijas Beatriz. Prevalencia y severidad de caries dental en niños institucionalizados de 2 a 5 años. Revista Cubana de Estomatología. 2009; 46(3): 21-29.
12. Mattos-Vela Manuel Antonio, Carrasco-Loyola Milagros Bertha, Valdivia-Pacheco Suelen Giuliana. Prevalencia y severidad de caries dental e higiene bucal en niños y adolescentes de aldeas infantiles, Lima, Perú. Odontoestomatología [Internet]. 2017 Dic [citado 2018 mayo 01] 19(30): 99-106. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392017000300099&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.22592/ode2017n30a11>.
13. Moisés Augusto AX. Caries dental asociada al índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años de una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte en el año 2013 [Internet]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - UPC; 2014 [May 5 2018]. Available from:
<http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/322242>
14. Rivera Romero AB. Asociación entre Cepillado dental en niños de 1 a 11 años de edad y acceso a agua potable en el Perú, 2015 Universidad Peruana Cayetano Heredia (5 de Mayo 2018)
15. http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/889/Asociacion_RiveraRomero_Ana.pdf?sequence=3&isAllowed=y

16. Gorritxo Gil B, Abarrategui López I. Consideraciones morfológicas de la dentición temporal. En: Boj JR, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A, editores. *Odontopediatría*. 1 ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 27-36.
17. Aas JA, Paster BJ, Stokes LN, Olsen I, Dewhirst FE. Defining the normal bacterial flora of the oral cavity. *J Clin Microbiol* 2005 Nov;43(11):5721-32.
18. Arif N, Sheehy EC, Do T, Beighton D. Diversity of *Veillonella* spp. from sound and carious sites in children. *J Dent Res* 2008 Mar;87(3):278-82.
19. Marchant S, Brailsford SR, Twomey AC, Roberts GJ, Beighton D. The predominant microflora of nursing caries lesions. *Caries Res* 2001 Nov;35(6):397-406.
20. Seok H, Stefan R, Frank A. Implications of salivary protein binding to commensal and pathogenic bacteria. *J Oral Biosci*. 2013;55(4):169-74. doi: 10.1016/j.job.2013.06.004.
21. Caufield PW, Schon CN, Saraithong P, Li Y, Argimon S. Oral Lactobacilli and Dental Caries: A Model for Niche Adaptation in Humans. *J Dent Res*. 2015; 94:110S-118S.
22. Yoshizawa JM, Schafer CA, Schafer JJ, Farrell JJ, Paster BJ, David TW. Wong Salivary Biomarkers: Toward Future Clinical and Diagnostic Utilities. *Clin Microbiol Rev*. 2013;26(4):781-91. doi: 10.1128/CMR.00021-13.
23. Bloching M, Reich W, Schubert J, Grummt T, Sandner A. The influence of oral hygiene on salivary quality in the Ames Test, as a marker for genotoxic effects. *Oral Oncol* 2007 Oct;43(9):933-9.

24. Espasa Suárez de Deza E, Boj Quesada JR. Odontología preventiva. En: Boj JR, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A, editores. Odontopediatría. 1 ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 133-41.
25. Marcotte H, Lavoie MC. Oral microbial ecology and the role of salivary immunoglobulin A. *Microbiology and Molecular Biology Reviews* 1998; 62(1): 71-109. 2. Christian M, Jean CR. Placa dental. En: *Bacteriología Bucodental*. Ed. Masson S.A. 1995; Barcelona, España, 19-25
26. Lang NP, Mombelli A, Attström R. Oral biofilms and calculus. En: Lindhe J, Lang NP, Karring T. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 5th. ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008. p. 183-203.
27. Quintero AJ, Prada P, Inostroza CM, Chaparro A, Sanz AF, Ramírez VL, et al. Presencia de *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola* y *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* en el biofilm subgingival de pacientes diabéticos tipo 2: estudio transversal. *Rev Clín Periodoncia Implantol Rehabil Oral* [internet]. 2011 ago. [citado 16 may. 2018];4(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071901072011000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
28. OMS, O. M. d. I. S (2007). "Salud Bucodental. Nota informativa N°318. OMS"
29. Matesanz-Pérez P, M. C. R., Bascones-Martínez A (2008). "Enfermedades gingivales: Una revisión de la literatura." *Av Periodontol Implantol* 20(1): 11-25.
30. Mariotti, A. (1999). "Dental plaque-induced gingival diseases." *Ann Periodontol* 4(1): 7-19.

31. AAP, A. A. o. P. (1999). "International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions." *Annals of Periodontology* 4(1): 1-112.
32. Trombelli L, S. C., Calura G, Tatakis DN. (2006). "Time as a factor in the identification of subjects with different susceptibility to plaque-induced gingivitis." *J Clin Periodontol.* 33(5): 324-8.
33. Baelum-V. (1998). The epidemiology of destructive periodontal disease. Causes, paradigms, problems, methods and empirical evidence. Royal Dental College. Faculty of Health Sciences University of Aarhus.
34. Silness, J. and H. Loe (1964). "Periodontal Disease in Pregnancy. II. Correlation between Oral Hygiene and Periodontal Condition." *Acta Odontol Scand* 22: 121-35.
35. Greene, J. C. and J. R. Vermillion (1964). "The Simplified Oral Hygiene Index." *J Am Dent Assoc* 68: 7-13.
36. O'Leary, T. J., R. B. Drake and J. E. Naylor (1972). "The plaque control record." *J Periodontol* 43(1): 38.
37. Massler and Schour, December, 1949. Massler M., Schour I. The P-M-A Index of Gingivitis. *J. D. Res.*, 28 (December, 1949), p. 634. Marshall-Day, 1951.
38. Cabrera Escobar D y col. Riesgo de caries dental en niños atendidos en el hogar en el período 2006-2007. *Revista Cubana Estomatol.* Junio 2009 [citado 2018 may 05]; 46(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000200002&lng=es.

39. Gispert Abreu E, Herrera Nordet M, Lazo F. Prevención indirecta de caries en la temprana infancia: Área "Aballí". II Parte. Revista Cubana Estomatol. Diciembre 2006 [citado 2018 May 05]; 43(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000400004&lng=es.
40. Bönecker M, Cleaton-Jones P. Trends in dental caries in Latin American and Caribbean 5-6 and 11-13-years old children: a systematic review. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31(2): 152-157.
41. Zaror Sánchez C, Pineda Toledo P, Orellana Cáceres J. J. Prevalencia de caries temprana de la infancia y sus factores asociados en niños chilenos de 2 y 4 años. Revista Int. J. Odontostomat. Agosto 2011 [citado 2018 may 05]; 5(2): 171-177. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2011000200010&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2011000200010>.
42. Crall JJ. Access to oral health care: professional and societal considerations. J Dent Educ 2006; 70: 1133-1138.
43. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental. 2ª ed. Ginebra: Federación Dental Internacional (FDI); 2015.
44. Sanchez-Figueras A. Oclusal pit and fissure caries diagnosis: a problem no more. Compendium. 2003;24(5 suppl):3-11.
45. Bordón N, Squassi A, Bellagamba H, Bonazas M, D Eramo. Caries dental en niños de diferente nivel socioeconómico. Bol AAON. 2002;38(4):11-19.

46. Pérez MA, Pérez KG, Antunez JL, Junqueira SWR, Frazzo P, Navai PC. The association between socioeconomic development at the town level and the distribution of dental caries in Brazilian children. *Rev Panam Salud Pública*. 2003;14(3):149-57.
47. Abala C, Díaz E. Guías alimentarias para la población chilena, INTA; 1997:59-63.
48. Brathall D. Sweder Caries Risk Assessment. Department of Cariology. Faculty of Odontology. Lunel University, (Tesis doctoral) 2003.
49. Quote MM, Parker TP. As kids cavities rise some dentists advocate using tooth sealants. *The Wall Street J*. 2002; 8:23-6.
50. Bader J, Shugars D, Bonito A. Diagnosis and management of dental caries. Evidence report. Rockeville: Agency for Healthcare Quality and research. 2001:34- 46.
51. Méndez D, Caricote N. Prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela (2002-2003) *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws"* edición electrónica diciembre 2003. www.ortodoncia.ws. Consultada marzo 14, 2018.
52. Kinane D. Periodontal disease in children and adolescents: Introduction and classification. *J Periodontol* 2001; 18: 7-15.
53. Bimstein E. Periodontal Health and disease and children adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38: 1082-207.
54. Oh TJ, Wang HL. Periodontal diseases in the child and adolescent. *J Clin Periodontol* 2002; 29:400-410.

55. García BM. Gingivitis y periodontitis. Revisión y conceptos actuales. ADM 1990;47(6):343-54.-54.-Orozco JR, Peralta LH, Palma MG, Pérez RE, Arroníz PS, Llamosas HE. Prevalencia de gingivitis en adolescentes de tlalnepantla. ADM 2002; 59(1):16-21.
56. Glickman I. Periodontología clínica. 6a. ed. México Interamericana 1994.p. 99-120
57. Papapanou PN. Periodontal diseases epidemiology. Ann Periodontology 1996;1(1):6-9.
58. Stam JW. Epidemiology of gingivitis. J. Clin Periodontol 1986; 13:360-366.
59. Angarita BP, Mejía AC. Encuesta de prevalencia del cálculo dental en escolares de 5 a 14 años. Bogota: Secretaría Distrital de Salud 2000. p.7-16
60. Albandar J, Rams T. Risk factors for periodontitis in children and young persons. Periodontology 2000:2002; 29:207-222.
61. Nyman, S., J. Lindhe and B. Rosling (1977). "Periodontal surgery in plaque-infected dentitions." J. Clin Periodontol 4(4): 240-9.
62. Lindhe, J. and S. Nyman (1975). "The effect of plaque control and surgical pocket elimination on the establishment and maintenance of periodontal health. A longitudinal study of periodontal therapy in cases of advanced disease." J Clin Periodontol 2(2): 67-79.
63. Novano, P. Guía para la implementación de proyectos de salud Bucodental en el área rural. Programa de Salud Bucodental. 2a.ed. 2006. 140p.
64. Bloching M, Reich W, Schubert J, Grummt T, Sandner A. The influence of oral hygiene on salivary quality in the Ames Test, as a marker for genotoxic effects. Oral Oncol 2007 Oct;43(9):933-9.

65.Petersen PE, Kwan S. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention--WHO recommendations for improved evidence in public health practice. Community Dent Health 2004 Dec;21(4 Suppl):319-29

66.California Childcare Health Program (Programa de Cuidado de Salud Infantil de California) noviembre 2005; actualizado en 2007.

ANEXO Nº 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INFLUENCIA DE LA HIGIENE ORAL EN LAS ENFERMEDADES EN LOS NIÑOS QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD VILLA MARÍA NUEVO CHIMBOTE

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿En qué medida la higiene oral influye en la aparición de enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Chimbote en el año 2018?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Determinar la influencia de la higiene oral en la aparición de enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Chimbote en el año 2018.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>¿La Higiene oral influye en la aparición de enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote??</p>				
<p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cómo influye el porcentaje de índice de placa en aparición de enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Chimbote en el año 2018?</p> <p>¿Cómo influye el porcentaje de índice de placa en aparición de enfermedades bucodentales según edad y sexo en los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Chimbote en el año 2018?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>1.-Determinar la Prevalencia de higiene oral de acuerdo Índice de higiene oral de O'Leary en los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Chimbote en el año 2018.</p> <p>2.-Determinar la Prevalencia de caries dental en de acuerdo Índice ceod los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Chimbote en el año 2018.</p> <p>3.- Determinar la Prevalencia de enfermedad gingival de acuerdo Índice PMA los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Chimbote en el año 2018.</p> <p>4.-Describir la frecuencia de higiene oral, caries dental y enfermedad gingival según edad y sexo los niños que asisten al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Chimbote en el año 2018.</p>	<p>HIPOTESIS ALTERNA</p> <p>La Higiene oral si influye en la aparición de enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote.</p> <p>HIPOTESIS NULA</p> <p>La Higiene oral no influye en la aparición de enfermedades bucodentales en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote.</p>	<p>Variables Independientes</p> <p>Higiene Oral</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Enfermedades bucodentales</p> <p>Variables Intervinientes</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p>	<p>Cualitativa de tipo y nivel, Observacional, descriptivo correlacional de corte transversal, porque Describe e informa las características de una determinada población en función a un grupo de variables en un momento específico de tiempo.</p>	<p>POBLACION</p> <p>Este trabajo de investigación estará conformado por todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión que acudan al Servicio de Estomatología del Puesto de Salud Villa María de Chimbote la población total por mes es de 50 pacientes.</p> <p>UNIDAD DE ANALISIS</p> <p>La población que formara nuestra Unidad de Análisis serán Niños entre 3 y 6 años de edad</p> <p>MUESTRA</p> <p>La selección de los niños se realizara mediante la técnica de muestreo Probabilístico, del tipo de Muestreo Aleatorio Simple.</p>	<p>TECNICAS</p> <p>Examen clínico</p> <p>INSTRUMENTOS</p> <p>Historia clínica de caries, higiene oral, enfermedad gingival.</p> <p>Fichas de Diagnostico de caries, higiene oral, enfermedad gingival.</p>

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Institución:

Investigador:

Título: INFLUENCIA DE LA HIGIENE ORAL EN LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES EN LOS NIÑOS QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD VILLA MARÍA NUEVO CHIMBOTE.2018

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio llamado: Influencia de la Higiene Oral en las Enfermedades Bucodentales en los niños que asisten al Puesto de Salud Villa María Nuevo Chimbote.2018. Este es un estudio será desarrollado por el CD

En la actualidad se ha incrementado los casos de caries y gingivitis y mala higiene bucal. La presencia de caries, gingivitis o de mala higiene bucal podría afectar al niño en su calidad de vida, y en su desarrollo funcional y social. Por ello que creemos que necesario estudiar este problema de salud oral y abordarlo con la debida importancia que amerita.

Procedimientos:

Si usted decide que su hijo(a) participe en este estudio se llevarán a cabo los siguientes puntos:

1. Se tomarán los datos personales de su hijo en una Ficha de recolección de datos (nombres/apellidos, edad y sexo)
2. Se le realizará un examen clínico bucal con un equipo de exploración bucal básico (espejo bucal y pastilla reveladora de caries y sarro), no se realizarán procedimientos odontológicos invasivos. Las evaluaciones son sencillas, no son incómodas, son rápidas (aproximadamente 10 minutos) y se llevarán a cabo en los ambientes de la posta de salud.

Riesgos:

No existe ningún riesgo para su hijo(a) al participar de este trabajo de investigación.

Beneficios:

Se le informará de manera personal y confidencial el resultado de las características de la dentición de su hijo(a) y si necesita o no tratamiento integral de salud bucal. La evaluación que se realizará, no otorgará un

diagnóstico definitivo, por lo cual de ser el caso se le recomendará para que acudan a un especialista. La participación de su hijo(a) en este estudio no tendrá ningún costo para usted.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación de su hijo en el estudio. Igualmente, no recibirán ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de esta asociación.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información de su hijo(a) con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos de su hijo(a) no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente que mi hijo participe en este estudio, comprendo que cosas le pueden pasar si participa en el proyecto y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Padre o apoderado

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha

ANEXO 4:

INDICE DE ENFERMEDAD GINGIVAL

SEXO:

EDAD:

INDICE P.M.A

0 = No existen signos de inflamación.

1 = Inflamación de encía papilar que no circunscribe al diente.

2 = Inflamación de encía papilar y marginal

3 = Inflamación de encía papilar, marginal y adherida.

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

ANEXO 5

ÍNDICE DE CARIES DENTAL ceo-d

NOMBRE.....

SEXO:

EDAD:

Número de superficies con lesión cariosa.....

Índice de caries (por superficie)

Número de superficies.....

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5						
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5						
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

ESPECIFICACIONES:

OBSERVACIONES:
