

DR. Hinoje



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN NIÑAS
DE UNA CASA HOGAR DE LA DELEGACIÓN
COYOACÁN. 2005**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LAURA ALEJANDRA GARCÍA RAMÍREZ

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Laura Alejandra García Ramírez', written over a circular stamp or mark.

DIRECTORA: MTRA. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO

ASESORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

MÉXICO D. F.

ABRIL 2005

m. 343050

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

GRACIAS A DIOS POR PERMITIR SEGUIR EN EL CAMINO....

A MI MAMÁ

QUE ME DIO LA VIDA Y CUIDÓ DE MÍ EN TODO ESTE TIEMPO A PESAR DE LAS ALTAS Y BAJAS EN NUESTRAS VIDAS, Y TAMBIÉN POR DEMOSTRARME QUE ES UNA MUJER MUY FUERTE Y VALIENTE.

PARA TI

GRACIAS MAMÁ, TE QUIERO MUCHO, Y QUE ESTO SEA EL PRINCIPIO DE MUCHAS COSAS BUENAS, Y QUE NOS DURES MUCHOS AÑOS MÁS.

A MI PAPI ' Y MI HERMANA SILVIA '

QUE A PESAR QUE YA NO ESTÁN A MI LADO Y QUE LOS HECHO MUCHO DE MENOS, SON MIS DOS GRANDES ÁNGELES DE LA GUARDA QUE ME AYUDARON A SUPERAR MOMENTOS DIFÍCILES CON TAN SÓLO PENSAR EN ELLOS, Y ME DEMOSTRARON EN VIDA QUE CON EL CORAJE, EL CORAZÓN Y LAS GANAS DE HACER LAS COSAS SI SE PUEDE. GRACIAS

A MI HERMANA TITA

NO TENGO LAS SUFICIENTES GRACIAS PARA AGRADECERTE TODO LO QUE HICISTE POR MÍ DURANTE TODOS ESTOS AÑOS, ME AYUDASTE, ERES LA MEJOR MAESTRA, ME HAZ ENSEÑADO A AMAR Y A ENTREGARME A ESTA PROFESIÓN, HAZ SIDO MI AMIGA, UNA ESTUPENDA HERMANA, TE AGRADEZCO INFINITAMENTE Y JAMÁS ME ALCANZARÁ LA VIDA PARA PAGARTE. GRACIAS POR HACERME TERMINAR ESTA META Y TE DEDICO ÉSTE TRABAJO TAN ESPERADO. GRACIAS Y TE QUIERO MUCHO

A MI CUÑADO GERARD

PUES QUE PUEDO DECIR, GRACIAS POR SOPORTARME TODO ESTE TIEMPO, ERES UN SER HUMANO ENTREGADO, MUY CAPAZ, PERO SOBRE TODO NOBLE, TE RESPETO Y TE QUIERO MUCHO. GRACIAS

A MIS HERMANOS

**QUE HAN ESTADO CONMIGO, ME HAN CONSENTIDO Y APOYADO, A LO LARGO DE TODO ESTE TIEMPO, LOS QUIERO MUCHO:
CACHO, GRACIAS POR DAR LO MEJOR DE TI
ACELA, GRACIAS POR TU PACIENCIA, Y ENTREGA
PONCHO, GRACIAS POR MUCHAS COSAS QUE ME HAZ DADO
SIMI, CARAY!! ERES GRANDE!!! NUNCA DEJES DE SER ASÍ
CHAVIRUS, TU PERSEVERANCIA
JULY, EL GRAN MOUNSTRO DE LA CIRUGÍA TE QUIERO MUCHO
YOYA, GRACIAS POR SER COMO ERES BONITA TE ADMIRO MUCHO
CHOFI, SIEMPRE BELLA E INTELIGENTE
DAVID, BROTHER TE QUIERO MUCHO MI GALLY
CHAYO, GRACIAS POR CUIDAR DE MÍ, APOYARME Y ESTAR SIEMPRE CUANDO TE NECESITO.**

A MIS CUÑADAS Y CUÑADOS

**A ELSA POR SER TAN LINDA Y DARME ESE MANGO QUE JAMÁS OLVIDARÉ, TE QUIERO COMO UNA HERMANA CHAPARRITA , GRACIAS.
A SANDY, GRACIAS POR ESCUCHARME.
A CARMEN, POR SU RISA
A MARY, POR LOS BUENOS TIEMPOS
A CHUY GÓMEZ POR SER TAN BUENA ONDA Y PRESENTARME A EL AMOR DE MI VIDA , ERES COMO UN HERMANO, TE QUIERO Y TE ADMIRO.
A JUAN, POR BUEN HUMOR Y SU CONFIANZA EN MÍ. GRACIAS.
A FERNANDO, POR SU TENACIDAD Y POR QUERER HACER LAS COSAS.**

A MIS SOBRINOS Y SOBRINAS

**A PESAR DE QUE SON PEQUEÑITOS HAN SIDO UN GRAN ALICIENTE PARA SEGUIR EN ESTE CAMINO POR ESA RAZÓN GRACIAS.
YOLOTL E INDI, GRACIAS PEQUEÑAS POR SER PARTE DE MI VIDA Y COMO SON, LAS QUIERO MUCHO.
OMY Y LAURITA, LOS QUIERO MUCHO
A MI QUERIDISIMO DIEGO TE QUIERO MUCHO Y GRACIAS POR TU AYUDA.
RUBEN Y SALVADOR, PEQUEÑOS TRAVIESOS LOS QUIERO MUCHO
ASHLYN Y JUANITO, HERMOSOS LOS QUIERO
FERNANDITO, MI PUCHERITO DEL AMOR, LO ADORO
A BRANDON, DAVID Y LALO, PEQUEÑITOS INOCENTES**

A ENRIQUE ÁRCEGA

GRACIAS A DIOS QUE TE ENCONTRÉ, ERES MI VIDA LO MEJOR QUE ME HA PASADO, GRACIAS POR ESTAR CONMIGO EN ÉSTE ÚLTIMO JALÓN PARA TERMINAR MI META, TE AMO, ERES TODO PARA MÍ. Y TE LLEVO EN MI CORAZÓN AMOR. GRACIAS.

A MIS AMIGOS

JOSE LUÍS, GUSTAVO, GRACIAS POR LOS BUENOS MOMENTOS, POR SU ALEGRÍA Y SU APOYO.

A MIS AMIGAS

YEYA, MALI, GISELA, MARU, PAULINA, Y AL RESTO DEL CLAN POR ESTAR EN ESA ESTAPA TAN HERMOSA CONMIGO, GRACIAS POR TODAS LAS LOCURAS.

A LA UNIVERSIDAD

POR SER LA PRINCIPAL FORMADORA DE MIS PASOS, ME HIZO CUMPLIR MI SUEÑO POR ESO LA RESPETO Y LA DEFENDERÉ POR SIEMPRE.

A MI FACULTAD

QUE ME FORMÓ HE HIZO DE MÍ UNA PROFESIONAL

A MIS MAESTROS

QUE ME AYUDARON, ME APOYARON PARA LOGRAR ESTA META

A MIS COMPAÑEROS

QUE FUERON PARTE DE ESTE SUEÑO QUE HOY SE ESTA CUMPLIENDO

AL SEMINARIO DE TITULACIÓN

FUE HERMOSO COMPARTIR CON ELLOS ÉSTA ÚLTIMA ETAPA, LES AGRADEZCO SU APOYO, GRACIAS.

**A MI DIRECTORA DE TESIS MAESTRA ARCELIA MELÉNDEZ
ES LA PERSONA MÁS SENCILLA Y NOBLE QUE CONOZCO, APARTE DE
INTELIGENTE Y SIEMPRE ESTAR DISPUESTA A AYUDAR CUANDO UNO
MÁS LO NECESITA PORQUE NO SABE DECIR QUE NO, GRACIAS MUCHAS
GRACIAS POR SU INCOMPARABLE APOYO, LE ESTARÉ ETERNAMENTE
AGRADECIDA, APARTE DE SEGUIR CONSERVANDO ÉSTA AMISTAD QUE
SURGIÓ, QUE DIOS LA BENDIGA.**

**A MI ASESORA C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
GRACIAS POR SU AYUDA Y SU CAPACIDAD DE ESTAR DISPUESTA A
AYUDARNOS, LA ADMIRO Y LA RESPETO.**

**AL DR. VICTOR FUENTES Y A LA DRA. IVONNE
POR SU ENTUSIASMO Y SU APOYO, PERO SOBRE TODO SU AMISTAD**

**A LA DRA. MARTHA ROCÍO BARRAGÁN
POR SER UNA AMIGA Y POR SU ENTUSIASMO**

**Y A TODOS LOS QUE FUERON PARTE DE MI VIDA GRACIAS POR ESTAR
AHÍ.**

**MI DEDICATORIA
AQUÍ TERMINA MI TRAYECTORIA ESCOLAR; MI VIDA DE ESTUDIANTE
ESTÁ PUESTA EN ESTE TRABAJO QUE HICE CON TANTO AMOR Y DESEO
PARA TERMINARLO CON MILES DE PIEDRAS EN EL CAMINO QUE AL FIN
Y AL CABO PUDE SUPERAR, SE ACABA ÉSTA ETAPA PERO SÉ QUE SERÁ
LA PRIMERA DE MUCHAS MÁS GRATIFICACIONES DE MI FUTURO
PROFESIONAL.**

LAURA ALEJANDRA

ÍNDICE

	PÁGINA
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
4. JUSTIFICACIÓN	24
5. OBJETIVOS	25
5.1 OBJETIVO GENERAL	25
5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	25
6. METODOLOGÍA	26
6.1 MATERIAL Y MÉTODO	27
6.2 TIPO DE ESTUDIO	27
6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	27
6.4 MUESTRA	27
6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	27
6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	27
6.7 VARIABLE INDEPENDIENTE	27
6.8 VARIABLE DEPENDIENTE	27
6.9 VARIABLE (ESCALA DE MEDICIÓN)	28
6.10 RECURSOS	29
6.10.1 HUMANOS	29
6.10.2 MATERIALES	29
6.10.3 FINANCIEROS	29
7. RESULTADOS	30
7.1 SOCIODEMOGRÁFICA	30
7.2 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS- PLACA)	39
7.3 ESCALA DE LIKERT	41
8. CONCLUSIONES	42
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	47

EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN NIÑAS DE UNA CASA HOGAR DE LA DELEGACIÓN COYOACÁN. 2005

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales constituyen un problema general de salud pública en la mayor parte del mundo. Según estudios realizados en otros países, entre las enfermedades bucales de mayor importancia sanitaria, se encuentran la caries dental y las parodontopatías. La etiología de estas dos enfermedades tiene como factor causal común la Placa Dentobacteriana^{1,9}.

El estudio de la frecuencia y distribución de estas patologías en la población se logra por medio de la investigación epidemiológica, ya que ésta permite establecer bases para la programación de actividades enfocadas al incremento de la salud.¹

Ahora bien, en México, la aplicación del IHO-S en las "Casa Hogar" es escasa y son pocos los estudios epidemiológicos que lo incluyen y es difícil saber su situación epidemiológica.

Las prácticas de promoción de la salud en estas instituciones, aún cuando éstas cuentan con un programa de salud bucodental ya establecido, no son suficientes para cubrir las necesidades de salud bucal y de suma importancia seguir reforzando el conocimiento hasta formar los hábitos de higiene bucal que serán puestos en práctica toda la vida del paciente.

2. ANTECEDENTES

Países como España, Estados Unidos de América, Chile, Venezuela, Perú, Colombia, han realizado diferentes estudios para determinar el estado de salud bucal en edad escolar, ya que estas enfermedades bucales se presentan incluso en países desarrollados, a pesar de contar con programas preventivos y tecnología que son capaces de controlarlas y erradicarlas.^{3,7}

En este sentido Ramírez reporta en un estudio realizado en Colombia en 176 niñas con un promedio de 8 años de edad, pertenecientes a una institución donde la Facultad de Odontología presta servicios y actividades de promoción y prevención.

El objetivo de su estudio fue recolectar información de la prevalencia de caries, higiene bucal y necesidades de tratamiento, que sirvieran de base para reorientar las actividades en salud bucal que se realizan en la escuela. Se emplearon los índices CPO-D y ceo-d.

Una prevalencia global de caries del 51.1%, un índice ceo-d de 2.3, el índice CPO-D fue 0.9, el índice de placa de 1.3. en los índices CPO-d y ceo-d, el componente cariado tuvo una mayor participación porcentual del 75% y 45% respectivamente, lo que evidencia la necesidad de un cambio en el desarrollo de las actividades en salud bucal que se dirigen a esa población, para evitar que la morbilidad se haga más severa y se acumule cada vez más.¹⁰

Asimismo, el estudio realizado por Mendes y colaboradores en Venezuela con el objeto de determinar la prevalencia de caries dental en 281 escolares de 6 a 12 años de edad, y conocer el nivel de información sobre

algunos aspectos de la salud bucal que tenían los padres y representantes de las escuelas donde se realizó el levantamiento de los índices CPO-d y ceo-d por edad y sexo. Los resultados determinaron un índice CPO-D de 1.66, 1.63 y 1.90 en cada una de las escuelas estudiadas. De estos índices el componente caries fue el más levado. En cuanto a las prácticas de higiene bucal, el 98% manifestó utilizar cepillo y crema dental para limpiar sus dientes, haciendo el cepillado dos o tres veces al día.⁷

Con el objeto de conocer la epidemiología bucal de la población de 7 a 13 años de un estado de Venezuela y obtener los indicadores más frecuentes de salud bucal como el CPO-D, ceo-d, el Índice de Higiene Oral (IHOS) y la presencia de parásitos bucales, como indicadores de mala higiene bucal. Se estudiaron 50 niños y se observó que el 90% de ellos presentó un "buen" hábito de higiene oral y control de la higiene. El CPO-D mostró un total de dientes cariados del orden del 60% para las niñas y un 40% para los niños, presentándose más en los escolares de 10 a 12 años como el grupo más susceptible. El incremento de caries va relacionado con la edad. La relación de dientes sanos con respecto a dientes afectados es de 5:1. Lo escolares no tenían conocimientos actuales con respecto a técnicas de cepillado y uso de medidas preventivas.⁶

También encontraron que no existe una relación clara entre el IHOS, el CPO-D y ceo-d en la muestra que se estudió. Las visitas al Odontólogo se realizaban una vez al año, y la razón más frecuente fue por emergencias.⁶

En México, los datos epidemiológicos son limitados, debido a la escasez de estos, la situación epidemiológica bucal de la población es desconocida en algunos lugares. En nuestro país se han realizado algunos estudios para determinar la prevalencia y la severidad de las enfermedades bucales, de los cuales se ha estimado lo siguiente: ^{3, 11}

En 1966 la Secretaria de Salud y Asistencia en México, realizó un estudio para relacionar caries dental y contenido de flúor en el agua en varias ciudades del país, encontrándose en el Distrito Federal un CPO-D (dientes permanentes cariado, perdido u obturado) en edades de 7, 10 y 12 años, de 1.1, 2.3 y 4.8 y en 1968 se realizó otro estudio en escolares, en los que se obtuvo que el CPO-D a los 7 años de edad era de 1.3, con incremento de un diente por año. También se han realizado estudios en función de estrato socioeconómico como el De la Rosa donde estudió niñas y niños de Nuevo León, encontrando que a mayor estrato socioeconómico, mayor número de dientes y superficies afectadas por caries, mientras que el grupo socioeconómico más bajo mostró un número menor de dientes tratados.¹

En 1980 la Secretaria de Salud realizó una encuesta de morbilidad bucal en el Distrito Federal donde se evaluó a 1,809 escuelas primarias oficiales con una muestra de 3,835 niñas y niños, donde la población escolar oscilaba entre de los 6 a 14 años. En este estudio se realizó con el fin de medir la prevalencia y la severidad de la caries dental, enfermedad periodontal y la higiene oral, basada en varios índices epidemiológicos que fueron: CPO-D, el ceo-d, IP (Índice Periodontal) y el IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado) con el objeto de obtener un diagnóstico de salud bucal, y así orientar los programas de salud y establecer los parámetros de evaluación. Se observó que el 95% de la población escolar estudiada padece caries dental; a los 6 años de edad ya el 92.5% de los escolares padece caries dental. El promedio de dientes afectados por caries es de 5.5, de los cuales 87.3% no cuenta con tratamiento. En cuanto a la presencia de enfermedad periodontal, el 94.7% de los escolares presenta algún padecimiento en el periodonto.^{1,11}

Posteriormente en el periodo de 1987-1989, la SSA realizó otro levantamiento de índices de caries en varios Estados de la República; éste

diagnóstico integró el Programa de Fluoruración de la Sal de Mesa. Los resultados de este estudio muestran que el número de dientes temporales afectados en escolares de 5 a 10 años de edad fue mayor a 3 en la mayoría de los estados; en el caso de los dientes permanentes, el promedio varía de 0.6 en Yucatán a 2.4 en Tabasco, para la misma edad.¹¹

Durante el período 1996-2000 la prevalencia de caries dental a los 6 años de edad en 21 Estados de la República fue reportado del orden del 61.8% comparativamente con otros países, el índice es alto: Suecia reportó en 1999 una prevalencia del 28% y EUA, en 1991 notificó el 46.8%. Mientras que en los 21 Estados de la República, el promedio del índice CPO-D, a los 12 años de edad, es de 2.23, en Suecia se reportó, en 1999, un índice CPO-D del 0.9 y en Jamaica en 1995, un índice de 1.1, lo que pone en evidencia el rezago de salud bucal en nuestro país.¹¹

En estados como Jalisco se determinó la prevalencia de caries en niños de 2 a 5 años en seis guarderías del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), utilizando el índice ceo-d. Se tomaron en cuenta variables como edad, sexo y factores socioeconómicos de la madre. La prevalencia obtenida en el ceo-d fue de 1.74. Se detectó que la prevalencia obtenida en las seis guarderías no fue igual aun teniendo el mismo programa de dieta y cuidados de higiene oral. La prevalencia de caries fue más elevada cuando más bajos eran los factores socioeconómicos.⁵

En el Estado de México, en la población de San Mateo Atenco, Nava y colaboradores determinaron la salud dental y las necesidades de tratamiento en escolares de primaria de 6 y 12 años de edad, la muestra total fue de 355 escolares de ambas edades y sexos. Se aplicaron los índices ceo-d y CPO-D de acuerdo a los criterios establecidos y se encontró que los primeros molares superiores e inferiores temporales y permanentes presentaron los

mayores índices de lesiones cariosas a pesar de las medidas preventivas que se llegan a aplicar como los enjuagues de flúor en las escuelas primarias o el consumo de sal de mesa con flúor, la incidencia de caries es alta.⁴

En este orden de ideas, en la Ciudad de México, Irigoyen realizó un estudio para identificar la variación de los índices de caries en 20 meses de seguimiento en un grupo de escolares y describir sus hábitos de higiene oral. El seguimiento se realizó de 1996 a 1998, participaron 114 niños, de edades promedio de 6 a 12 años, obteniendo un CPO-D de 2.75 en el grupo de 10 a 12 años. La incidencia acumulada fue de 1.79 dientes. Más de un tercio de los estudiantes (39.5%) refirieron cepillarse los dientes una o dos veces al día, el 11% de los niños no indicó cepillarse con un dentífrico fluorurado. El modelo de regresión para el índice CPO-D medido al final del periodo de observación mostró una relación significativa con: el índice de caries en la dentición primaria registrado al inicio del periodo del estudio, el número de dientes permanentes presentes en 1998, y utilización de dentífrico fluorurado.

La comparación de los resultados CPO-D (1998) y la encuesta de caries dental del Distrito Federal (1989), indica una reducción en este índice del orden del 30%. Citando de esta manera que la reducción en el índice de caries que se detecta en la población está asociada muy probablemente a la fluoruración de la sal como la utilización de dentífricos fluorurados en el grupo de estudio.³

A pesar de estas acciones y debido a los deficientes hábitos alimenticios de la población, a la poca cultura del autocuidado y los altos costos de la atención curativa odontológica, en la actualidad persiste el tratamiento mutilante que provoca otro tipo de problemas, como las

maloclusiones, disfunción de la ATM y deficiencia de la masticación, entre otras.¹¹

En el 2001, la Secretaría de Salud y al Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, lanzaron el Programa de Acción para la prevención y control de las Enfermedades Bucales, contemplada dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006, con el objeto de conocer las necesidades de la población y el rezago en salud bucal para otorgar atención con calidad y equidad; insertándose en la estrategia “Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres”.

Entre sus objetivos está la disminución de la incidencia y severidad de la caries dental y gingivitis en la población de preescolares, creando una cultura de salud integral, fortaleciendo el autocuidado y otorgando acción curativa durante cada ciclo escolar. Otorgar medidas educativas preventivas y atención gradual en el territorio nacional. Intensificar las actividades preventivas y curativas durante las Semanas Nacionales de Salud Bucal, programadas dos veces al año. Promover la participación de los sectores público, privado y social para la planeación, organización, promoción y desarrollo de las Semanas Nacionales de Salud Bucal.¹¹

2.1 PLACA DENTOBACTERIANA

Se describe como la agregación de bacterias que se adhieren con tenacidad a los dientes u otras superficies bucales, también se encuentran algunas células epiteliales e inflamatorias; presenta una estructura microscópica definida con las células bacterianas ordenadas en grupos o columnas de microcolonias; los espacios entre células y microcolonias están comunicados por sustancias intracelulares.^{2, 12}

La placa dentobacteriana se clasifica de acuerdo a su localización en supragingival o subgingival; la primera se refiere a aquellas agregaciones microbianas que se encuentran en las superficies dentales. La placa dentobacteriana subgingival son aquellas agregaciones bacterianas que se encuentran por completo dentro del surco gingival o bolsas periodontales, en estas últimas, se compone de bacterias ordenadas en capas o zonas con placa dentobacteriana unidas o adheridas a la superficie dental y otras en la interfase de tejido, algunas más se adhieren al revestimiento epitelial de la bolsa, así que resisten la remoción con el flujo de líquido gingival. También hay agregaciones de bacterias que representan una forma de placa dentobacteriana en los surcos y fisuras de la corona del diente; es probable que estén relacionadas con la caries de estos sitios; también se acumulan alrededor de restauraciones dentales y en todos los aparatos protésicos colocados en la cavidad bucal.

La placa dentobacteriana se distingue de otras acumulaciones o depósitos en la superficie del diente, como:

1. Materia alba, acumulación bacteriana amorfa en una boca sin higiene, contiene bacterias, leucocitos y células epiteliales bucales descamadas, incluso restos alimenticios. Se elimina con facilidad, con una jeringa de agua a presión. Es de color amarillo o blanco grisáceo y pegajoso. Se ve claramente sin la utilización de sustancias reveladoras y se deposita sobre las superficies dentales, restauraciones cálculo y encías. Tiende a acumularse en el tercio gingival de los dientes, sobre todo en los que están en malposición. Se forma en pocas horas y en periodos que no han ingerido alimentos. No posee estructura interna como la placa dentobacteriana.

2. Cutícula, película orgánica derivada de la saliva y depositada en la superficie dental. Contiene algunas o ninguna bacteria en sus primeros estadios; sin embargo, algunas horas después se depositan en ella bacterias y cambia su composición.

3. Cálculo, representa placa dentobacteriana calcificada; está cubierto casi siempre con una capa de placa no calcificada.

4. Manchas. Placa dentobacteriana, cutícula y cálculo, de color amarillo, café, negro o verde, esto depende de dieta, uso de inhibidores de placa, edad y hábitos.¹²

2.2 EVALUACIÓN CLÍNICA

La placa dentobacteriana *supragingival* se detecta a simple vista cuando alcanza cierto grosor, esto sucede en uno o dos días en aquellos sitios donde no se remueve de manera intencional, por fuerzas de masticación u otras funciones bucales. Es amarilla o blanquecina y tiene mayor grosor a lo largo del tercio gingival del diente y áreas interproximales; cuando es muy delgada para detectarse, su presencia se determina con el uso de una solución reveladora como la eritrosina, o al raspar la superficie con una sonda o cureta. Se encuentra en el tercio gingival de la corona, área que por o regular carece de autoclisis. Las áreas interproximales acumulan placa, ya que no tienen autoclisis y son de difícil alcance para el cepillo dental. Los depósitos de placa dentobacteriana se encuentran, por lo regular, en fosetas y fisuras, fluctuaciones y grietas de las superficies lisas de la corona; se forma con facilidad en dispositivos ortodónticos removibles, así como en todo tipo de restauraciones.

La placa dentobacteriana *subgingival*, es delgada, contenida dentro del surco gingival o bolsa periodontal, y difícil de visualizar in situ; estos depósitos se detectan después de su remoción de la bolsa por medio del raspado de la superficie radicular con sonda o cureta.¹²

2.3 COMPOSICIÓN DE LA PLACA DENTOBACTERIANA

2.3.1 COMPOSICIÓN MICROBIANA

La placa dentobacteriana está constituida por células microbianas, con una película entre estos grupos y la superficie dental. La mayor parte del peso de la placa dentobacteriana se debe a las bacterias, se calculan de 200 a 300 especies presentes; también hay otros microorganismos que incluyen algunos hongos, protozoarios, virus y bacteriófagos.^{2, 12}

Sin embargo, los estreptococos y las bacterias filamentosas grampositivas que parecen estar entre los microorganismos más prominentes de la placa dentobacteriana que se encuentra en la superficie coronaria de los dientes. Al alcanzar el surco gingival y la superficie radicular, la composición bacteriana cambia, con predominio particularmente de especies de Actinomyces. Estas formas son principalmente responsables de las caries radiculares y la enfermedad periodontal, apareciendo la mayor acumulación de placa sobre el tercio gingival de los dientes. Se ha implicado al *Streptococo mutans* en la formación de la caries concentrándose en las zonas de los dientes con caries activas.^{2, 12}

Edad de la placa. En la placa dentobacteriana temprana, la flora bacteriana es relativamente simple, constando predominantemente de cocos grampositivos, en particular estreptococos, neisserias y unos pocos bacilos y filamentos grampositivos. Cuando la placa dentobacteriana permanece en la boca por periodos más prolongados, se va haciendo gradualmente más compleja. Al cabo de 7 días aumenta la cantidad de anaerobios y tienden a disminuir las especies aeróbicas, al igual que los estreptococos. Las placas que han podido desarrollarse durante 14 días o más tienen un aspecto más filamentoso que la temprana, y producen una alta cuenta de vibriones y espiroquetas, y otros anaerobios.¹²

Los microorganismos aerobios residen en las capas externas de la placa dentobacteriana, los anaerobios en las más profundas y los facultativos en todo su espesor.²

2.3.2 COMPOSICIÓN QUÍMICA

La composición química de la placa dentobacteriana tiene cerca del 80% de agua y 20% de sólidos, los que comprenden células bacterianas principalmente, que hacen cerca del 35% de peso seco, y componentes extracelulares que son el 65% restante.¹²

La matriz interbacterina de la placa dentobacteriana consta principalmente de proteínas, cuya fuente es la saliva, y polisacáridos extracelulares sintetizados por diferentes bacterias. Éstos polisacáridos pueden incluir polímeros de glucosa (conocido como glucanos) polímeros de la fructosa (fructanos), y los más complejos heteroglucanos y son importantes en la formación de placa dentobacteriana.^{2, 12}

Los glucanos (el dextrán es el más abundante (95%)) tienden a ser hidrosolubles; son sintetizados por el *S. sanguis*, *S. salivarius*, *L. acidophilus* y *Neisseria*. Los levanos son un ejemplo de fructano, son menos estables que los glucanos y funcionan como polisacárido de reserva, ya que en ausencia de otros hidratos de carbono de la dieta, son rápidamente metabolizados por las bacterias de aquélla. Son sintetizados por el *A. viscosus*, el *S. mutans* y *S. salivarius*.^{2, 12}

Los heteropolisacáridos, están compuestos principalmente de N-acetilglucosamina. Son sintetizados por el *A. viscosus*, *L. buchneri*, *L. cellobiosis* y el *L. casei*.²

2.4 ESTADIOS DE FORMACIÓN DE LA PLACA DENTOBACTERIANA

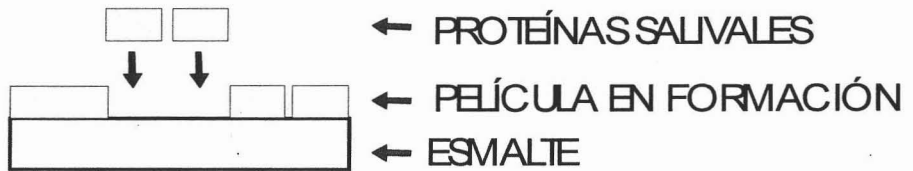
La formación de la placa dentobacteriana comprende tres estadios, que son adhesión, colonización, crecimiento y maduración.

En el primer estadio, las glucoproteínas de la saliva son adsorbidas en la superficie externa del esmalte dentario produciendo una película orgánica, delgada acelular y carente de estructura, conocida como película adquirida. El proceso inicial parece ser altamente selectivo, adsorbiéndose sólo algunas proteínas celulares específicas sobre la hidroxiapatita de la superficie dentaria.

El segundo estadio de formación, comprende la colonización selectiva de la película por bacterias adherentes específicas. Una capa de película separa la superficie del diente de la capa más profunda de microorganismos de la placa dentobacteriana. Inicialmente las bacterias que colonizan descansan sobre la película, pero rápidamente pasan a ocupar depresiones lenticulares que sugieren que la película está siendo metabolizada activamente.

El estadio final de formación a veces conocido como maduración, comprende la multiplicación y el crecimiento de más bacterias sobre las iniciales. Se mantiene unida por adherencias interbacterianas provistas en gran medida por los glucanos extracelulares insolubles.²

ESTADIO 1. Las glucoproteínas salivales son adsorbidas sobre el esmalte dental y forman una película



FUENTE: KATS

ESTADIO 2. Colonización selectiva de la película por los microorganismos



FUENTE: KATS

ESTADIO 3. Crecimiento y maduración de la placa dentobacteriana



FUENTE: KATS

2.5 METABOLISMO DE LA PLACA DENTOBACTERIANA

Para las bacterias de la placa dentobacteriana, la principal fuente de energía son los hidratos de carbono fermentables (sacarosa) con la formación de ácidos orgánicos como subproductos y una consiguiente caída en el pH. El ataque de éstos ácidos sobre los componentes minerales de los dientes inicia la caries dental. Algunas bacterias tienen capacidades proteolíticas y utilizan las proteínas como fuentes de energía con la formación de materiales básicos y los valores de pH más altos éstos forman la enfermedad periodontal y promueven la precipitación de calcio y fosfato en la placa dentobacteriana como cálculo dental.

Varias especies bacterianas sintetizan polisacáridos semejantes al glucógeno dentro de las células bacterianas. Los polisacáridos intracelulares, son sintetizados dentro de la célula, son fuente de energía para las bacterias durante los periodos en los que no se ingieren azúcares en la dieta. La formación de la caries se ve acrecentada por la producción de ácidos durante las horas de sueño, cuando los mecanismos de defensa de la boca (salivación, movimientos de los labios, lengua y carrillos) están en reposo.^{2, 12}

2.6 PATOGENICIDAD DE LA PLACA DENTOBACTERIANA

Hay numerosos factores que determinan si una zona dada a la placa dentobacteriana produce caries dental o enfermedad periodontal, o se mantiene relativamente inocua. Estos factores inherentes de la placa dentobacteriana en sí son: su espesor (cuanto más gruesa más alto el contenido de ácido), la concentración de calcio y fósforo (niveles altos formación de sarro y los bajos caries dental) y la cantidad y calidad de la microflora residente. Otros factores importantes son: la proximidad de la

placa dentobacteriana a las aberturas de las glándulas salivales y las variaciones en las velocidades de flujo salival tanto en reposo como en actividad. Estos factores pueden modificar el potencial productor de enfermedad de la placa dentobacteriana.²

2.7 HIGIENE ORAL

Las prácticas de higiene oral son aquellas que se emplean, de manera personal o profesional, para prevenir en la cavidad bucal el establecimiento de flora patógena o sus productos que causan la enfermedad y cuyo último objetivo es prevenir el comienzo, el progreso o recurrencia de alguna infección.

Se reconoce claramente que retirar periódicamente la placa supragingival resulta esencial para mantener la salud periodontal. La meta práctica de hábitos de higiene oral de cada persona es obtener un nivel de control de placa dentobacteriana para mantener la salud gingival.¹²

Retiro mecánico de placa dentobacteriana

Es fundamental eliminarla a través de los siguientes métodos:

1. Cepillado de dientes, encías y lengua.
2. Usos de medios auxiliares: Hilo dental. Cepillos con un penacho. Cepillos interproximales. Palillos dentales y tiras interdentales de madera. Puntas de hule.
3. Uso de dentríficos o pasta dental.
4. Agentes reveladores. Tabletas masticables con una tinción especial.
5. Enjuagues bucales

Técnicas de higiene oral. Técnicas como la de Bass, Charters, Stillmans y otras, tienen la capacidad de limpiar el diente. El factor más importante es que el cepillado se lleve a cabo en todas las superficies de la cavidad bucal a las que se aplica la técnica. ¹²

2.8 ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS

2.8.1 DEFINICIÓN

Índice: es un instrumento diseñado para recolectar toda la información necesaria para planificar los servicios de salud dental, el monitoreo cuidadoso, la replantación de los servicios de atención existentes.

Es una expresión clínica expresada en valores numéricos. Se usa para evaluar individualmente o en grupos con respecto a la condición de un problema, el uso de una escala numérica y un método estandarizado para la interpretación de los resultados del puntaje de las observaciones y las condiciones de estos será más consistentes y dará una descripción subjetiva de las condiciones en que se encuentran.

Categorías generales:

El índice simple: sólo evalúa un factor presente o ausente en una condición. Por ejemplo la medición de la presencia de placa dentobacteriana sin evaluar el efecto en la encía.

Reversible. Unas de las condiciones de las medidas que pueden cambiar. Por ejemplo el índice de placa dentobacteriana.

Criterios de selección

1. Que su uso y calculo sea sencillo
2. Requerirá de equipo mínimo
3. Mínimo de tiempo empleado
4. No causará incomodidad ni rechazo al paciente
5. El criterio será claro y su lectura será entendible
6. Será de fácil la interpretación de los datos
7. Ser reproducible por uno o diferentes evaluadores.
8. El análisis estadístico compatible será en valido y relativo

Requisitos que tiene que cubrir un Índice:

Validez. Que sirve para medir lo que se pretende y que se adapte a las características del problema de estudio.

Claridad. El examinador debe entender con facilidad las reglas y criterios al aplicar el estudio.

Fiabilidad. Los resultados deben ser consistentes y reproducibles por distintos examinadores.

Sensibilidad. Debe permitir la detección razonable, incluso de pequeñas variaciones.

Aceptabilidad de los individuos examinados. No ocasionar molestias en los examinados.

2.9 ÍNDICE DE PLACA (IP)

Objetivo: Determinar la densidad de placa dentobacteriana en el área gingival.

Selección de dientes:

Se examina la dentición completa o el diente a evaluar.

Áreas examinadas:

Se examinan las cuatro caras gingivales (distal, bucal, mesial, lingual) sistemáticamente en cada uno de los dientes.

Modificación en el procedimiento

Se examinan sólo las áreas bucal, mesial y lingual. Asignando un doble puntaje a la lectura del lado mesial, y se divide en un total de 4.

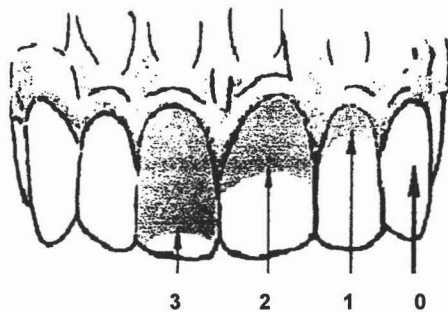
Procedimiento

- El diente debe estar seco, con la luz adecuada para el examen visual, un espejo bucal y un explorador.
- Se evaluará la placa dentobacteriana desde el tercio cervical del diente no prestando atención a la placa dentobacteriana que se ha extendido por el tercio medio e incisal.
- Cuando la placa dentobacteriana no sea visible se utiliza la tinción de las superficies pasar la tinción a través de las superficies dentales en el tercio cervical y cerca de la entrada del surco. Cuando la tinción no indica adherencia de placa, el área,

el puntaje será 0, cuando hay adherencia de placa, el puntaje será 1.

- Usar un agente revelador. De ser necesario, ayudarse con la evaluación del puntaje 0 a 1.
- En la evaluación de la placa dentobacteriana se incluirá a las superficies del cálculo y sobre restauraciones en el tercio cervical.

CATEGORÍA	PUNTAJE
0	no hay placa
1	La película de placa adherida esta sobre la encía marginal o libre y adyacente al área del otro diente.
2	Acumulación moderada de depósitos blandos dentro del surco gingival, puede ser observada a simple vista sobre el diente y margen gingival.
3	Abundante presencia de material blando dentro del surco gingival.



PLACA DENTOBACTERIANA

Puntaje

IP por área: todas las áreas (bucal, distal, mesial, lingual o palatina) son asignadas con un puntaje de 0 a 3

IP para un diente: se sumarán el puntaje de todas las áreas y se divide entre 4.

IP para un grupo de dientes: el puntaje para el diente individual puede ser sumado y el total se divide entre el número de dientes. Por ejemplo, el IP puede ser determinado para especificar un diente en un grupo de dientes. Puede ser comparado con el grupo de lado derecho con el izquierdo.

IP para un grupo: se suman el puntaje de cada grupo y después dividirlo por el número de individuos.¹

2.10 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S)

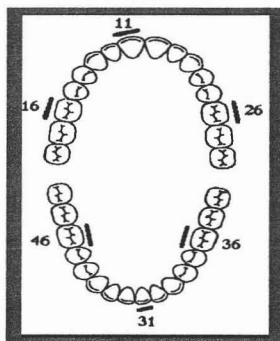
En 1960. Greene y Vermillion crearon el índice de higiene bucal (OHI, por sus siglas en inglés *oral hygiene index*); más tarde lo simplificaron para incluir sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés *oral hygiene index simplified*). Mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo. Se usó el impreciso término *desechos* dado que no era práctico diferenciar entre la placa, los desechos y la materia alba. Asimismo, lo práctico de establecer el peso y grosor de los depósitos blandos incitó a la suposición de que en tanto más sucia se encontrase la boca, mayor sería el área cubierta por los desechos. Esta inferencia también denota un factor relativo al tiempo, dado que mientras más tiempo se abandonen las prácticas de higiene bucal,

mayores son las probabilidades de que los desechos cubran la superficie del diente.

El IHO-S consta de dos elementos: un índice de desechos simplificado o Índice de placa (DI-S, por sus siglas en inglés *simplified debris index*) un índice de cálculo simplificado (IC-S, por sus siglas en inglés *simplified calculus index*). Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Sólo se emplean para el examen un espejo bucal y un explorador dental tipo hoz, y no se usan agentes reveladores. Las seis superficies dentales examinadas en el IHO-S son:

PERMANENTES			
11	Incisivo central superior derecho	31	Incisivo central inferior izquierdo
16	1er molar superior derecho	36	1er molar inferior izquierdo
26	1er molar superior izquierdo	46	1er molar inferior derecho

TEMPORALES			
55	2º Molar superior derecho	75	2º Molar inferior izquierdo
51	Incisivo central superior derecho	71	Incisivo central inferior izquierdo
65	2º Molar superior derecho	85	2º Molar inferior derecho



Procedimiento: Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal. Selección de dientes y superficies

Identificar los seis dientes específicos:

Posterior. El primer diente erupcionado distal al segundo premolar es examinado. La superficie bucal del molar superior y la superficie lingual del molar inferior son examinadas. Si no está presente el primer molar, se puede usar el segundo o tercer molar.

Anterior. La superficie labial del incisivo superior derecho y el incisivo central inferior izquierdo son examinados. Cuando hay ausencia de alguno, el incisivo central continuo será examinado.¹³

Extensión: El puntaje representa la mitad de la circunferencia del diente seleccionado; incluyendo las superficies proximales y áreas de contacto.

Evaluación: al menos dos de las seis superficies posibles serán examinadas para un puntaje individual y podrá ser calculado.

Registro de seis puntajes para placa dentobacteriana y seis puntajes para cálculo.

Exploración:

Para el IP-S, se coloca un explorador dental en el tercio incisal del diente y se desplaza hacia el tercio gingival. Iniciando en el derecho al cuadrante superior izquierdo por sextantes, posteriormente del cuadrante inferior derecho al cuadrante inferior izquierdo.

Criterio para calificar los componentes sobre índice de placa dentobacteriana (IP-S) en el índice de higiene oral simplificado (IHO-S)

Índice de placa dentobacteriana (IP-S)	
0	No hay presencia de residuos o manchas.
1	Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta.
2	Desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta
3	Residuos blandos que cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta

Escala nominal para la evaluación del IP

CATEGORÍA	PUNTAJE
Excelente	0.0 - 0.6
Buena	0.1- 0.6
Deficiente	0.7- 1.8
Pobre	1.9- 3.0

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se sabe que la placa dentobacteriana es el principal agente causal de enfermedades bucodentales como la caries y la enfermedad periodontal. La higiene bucal es un factor determinante para el mantenimiento de una salud bucal aceptable y en este sentido la población escolar representa el grupo más susceptible a padecerlas.

Factores como edad, frecuencia de higiene bucal, conocimientos sobre autocuidado de salud y alimentación son de gran importancia para el desarrollo de placa dentobacteriana.

Ahora bien, un factor de riesgo a considerar, lo constituye la ausencia de multiplicadores de hábitos sanos y un círculo familiar “estable” que provea seguridad, confianza en si mismas, apoyo, cuidados, atención, amor; y cuando el menor se encuentra bajo el cuidado de una Institución gubernamental carecen de un ambiente familiar en el cual es poco frecuente formar hábitos de salud bucal, por lo tanto:

¿Cuál es el índice promedio de placa dentobacteriana que tienen una muestra de niñas de 7 a 12 años adscritas en la casa hogar para niñas “Graciela Zubirán Villarreal”?

¿Que tanto de conocimiento tienen sobre el autocuidado de salud bucodental?

4. JUSTIFICACIÓN

Si bien es cierto que los hábitos de salud bucal se adquieren a través de un educador, que en la mayoría de los casos son la madre y el odontólogo, cuando no hay una atención personalizada y constante debido por la ausencia de la primera o por no consultar al segundo frecuentemente es menos probable la adquisición de dichos hábitos.

En nuestro país, los menores que están bajo la custodia del gobierno por diferentes razones, cuentan con la atención nutricional, médica educativa, psicológica y odontológica la cual se centra en la rehabilitación del menor y debido al número de éstos es poco frecuente la promoción del autocuidado de la salud bucodental por lo que realizar un estudio que permita determinar la distribución de placa dentobacteriana en niñas de la casa hogar para niñas "Graciela Zubirán Villarreal", dependiente del DIF permitirá en primer lugar, contar con la información confiable en niñas con este perfil social y en segundo lugar evaluar con una metodología confiable amén de dejar ésta información en la institución con el objeto de que los instructores tengan el conocimiento sobre la distribución de placa dentobacteriana y así consideren necesario reforzar el conocimiento adquirido sobre el autocuidado bucodental.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el índice promedio de Placa en niñas de 7 a 12 años adscritas en la casa hogar para niñas "Graciela Zubirán Villarreal"

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el índice promedio de Placa por edad.
- Determinar el índice de promedio de Placa por órgano dental.
- Determinar los factores de riesgo más frecuentes a los que se exponen en términos de salud bucodental más frecuentes.
- Determinar el perfil de conocimiento utilizando la escala de Likert.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

Se estableció comunicación formal con las autoridades administrativas de la casa hogar para niñas "Graciela Zubirán Villarreal", con el objeto de hacer de su conocimiento del propósito y objetivo del presente estudio y obtener el consentimiento para el desarrollo del mismo.

Se aplicó una encuesta a 35 niñas de 7 a 12 años de edad durante el período comprendido del 21 de febrero al 21 de marzo del 2005:

Para esta encuesta se diseñó una historia clínica, la cual era individual, una para cada niña y constó de dos partes: la información sociodemográfica y epidemiológica.

A cada una de las encuestadas se les realizó la inspección bucal para obtener información sobre el IHO-S-placa inicial. La inspección bucal se realizó en un aula de la institución, con luz artificial, abatelenguas y exploradores, guantes y cubrebocas desechable, así como bata y lentes de protección.

La información obtenida se vació a una base de datos utilizando el programa Exel y la información se presenta en términos de distribución porcentual y de promedio

El tesista recibió calibración para el levantamiento del IHO-S (placa) (en su componente placa ($Kappa = 95\%$)) y para el análisis de la escala de Likert.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

De intervención

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

- Niñas de 7 a 12 años de edad adscritas en la casa hogar para niñas “Graciela Zubirán Villarreal”.

6.4 MUESTRA

- Treinta y cinco niñas de 7 a 12 años de edad adscritas en la casa hogar para niñas “Graciela Zubirán Villarreal”.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niñas de 7 a 12 años que estén adscritas a la casa hogar para niñas “Graciela Zubirán Villarreal”.

6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niñas que cumplan con los criterios de inclusión y que no quieran participar.

6.7 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Criterios del IHO-S (placa)
- Factores de riesgo

6.8 VARIABLES DEPENDIENTES

- Placa dentobacteriana
- Conocimiento sobre el autocuidado de salud bucodental

6.9 VARIABLES (ESCALAS DE MEDICIÓN)

IHO-S (placa)	<p>Índice epidemiológico utilizado para determinar la presencia y extensión de placa dentobacteriana y cálculo dental. Para la obtención de éste índice sólo son examinados 6 dientes.</p> <p>Se determinará en función sólo el componente placa donde:</p> <p>0 = No hay presencia de residuos o manchas.</p> <p>1 = Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta.</p> <p>2 = Desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta.</p> <p>3 = Residuos blandos que cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta.</p> <p>A continuación se expresan los valores clínicos :</p> <table data-bbox="488 848 816 1024"> <thead> <tr> <th>CATEGORÍA</th> <th>PUNTAJE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.0 - 0.6</td> <td>Excelente</td> </tr> <tr> <td>0.1- 0.6</td> <td>Buena</td> </tr> <tr> <td>0.7- 1.8</td> <td>Deficiente</td> </tr> <tr> <td>1.3- 3.0</td> <td>Pobre</td> </tr> </tbody> </table>	CATEGORÍA	PUNTAJE	0.0 - 0.6	Excelente	0.1- 0.6	Buena	0.7- 1.8	Deficiente	1.3- 3.0	Pobre
CATEGORÍA	PUNTAJE										
0.0 - 0.6	Excelente										
0.1- 0.6	Buena										
0.7- 1.8	Deficiente										
1.3- 3.0	Pobre										
FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL	<p>Se determinará el número de veces que el encuestado dijo cepillarse los dientes en un lapso determinado de tiempo y los auxiliares que utilizan.</p>										
EDAD	<p>Se considerará en años cumplidos a la fecha de la encuesta.</p>										
SEXO	<p>Se determinará como femenino exclusivamente</p>										
CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCODENTAL	<p>Conocimiento teórico sobre medidas específicas de prevención como cepillado y dieta.</p>										
ASISTENCIA A SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	<p>Servicio que el encuestado refirió acudir regularmente o al que asistió por última vez para recibir algún tratamiento odontológico o no habían asistido nunca.</p>										

6.10 RECURSOS

6.10.1 HUMANOS

- Un tesista
- Un tutor
- Un asesor

6.10.2 MATERIALES

- 35 historias clínicas
- Abatelenguas, cubrebocas, lentes de protección
- Exploradores
- Tabla de encuestador con clip
- Lápices, plumas, gomas
- Diapositivas
- Material didáctico

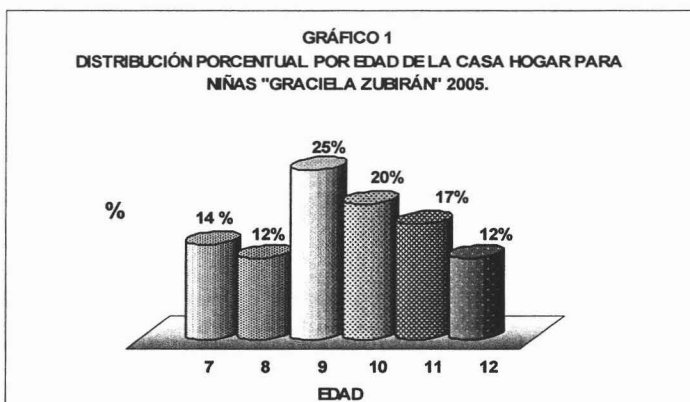
6.10.3 FINANCIEROS

- A cargo del tesista

7. RESULTADOS

7.1 SOCIODEMOGRÁFICA

De las 35 niñas encuestadas la mayoría de éstas escolares examinadas se encontraban entre 7 y 12 años de edad, siendo de 9 años el mayor porcentaje con el 25%, dejando claro la mayoría de la población se encuentra en este rango de edad, en segundo lugar el 20% correspondió a las niñas de 10 años con una frecuencia de 7, las niñas de 7 años mostraron una frecuencia de 5 y dejando a las de 8 y 12 años el 12% para cada una siendo su frecuencia de 4. (Gráfico 1)



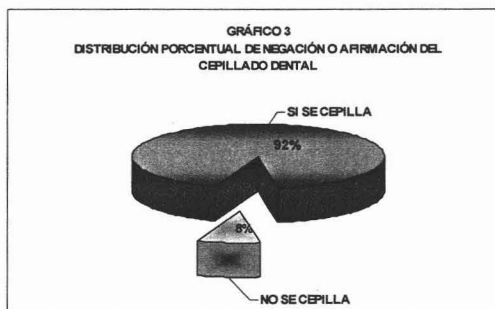
Fuente directa

Como puede observarse en el Gráfico 2 se deja en claro que el 4° año representa el mayor porcentaje, sin importar qué edades son más frecuentes en dicho grado, ya que muchas de las niñas no coincidía la edad con el grado de estudios normales al estar integradas en diversos años escolares debido a un atraso del mismo por la diversidad de problemas que presentan, así podemos observar que el porcentaje más bajo se lo lleva el rango del 6° año con el 3%.



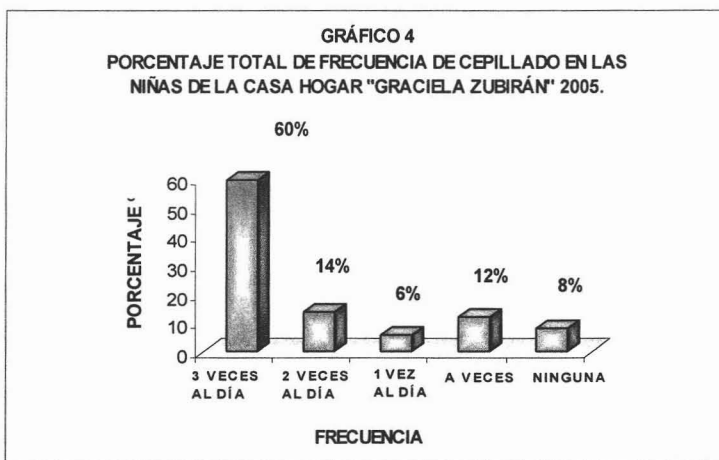
Fuente directa

En esta variable se realizó la evaluación basándose únicamente en la respuesta si se practica o no el cepillado dental, dando a entender que más del 90% de la población tiene el hábito de cepillado dental. No se sabe si éste cepillado lo realizan tres veces al día, siendo esto lo indicado, pero por lo menos se tiene el conocimiento que en algún momento se cepillan los dientes. (Gráfica 3)



Fuente directa

Respecto a higiene bucal, se observó que el 60% de la población se lava los dientes tres veces al día, siendo el grupo de los 10 años el que lo hace más frecuentemente los grupos restantes lo hace con menos regularidad esto puede deberse a que acaban de ingresar a la institución y que no han recibido suficiente información acerca de la higiene bucal, por lo tanto éste grupo no ha tenido tiempo de asimilar el conocimiento. Al aumentar la edad no significa que se cepillen regularmente, también disminuye el número de niñas que lo hace tres veces al día, es decir adoptan el hábito del cepillado dental, aunque no con la regularidad debida. (Gráfica 4)



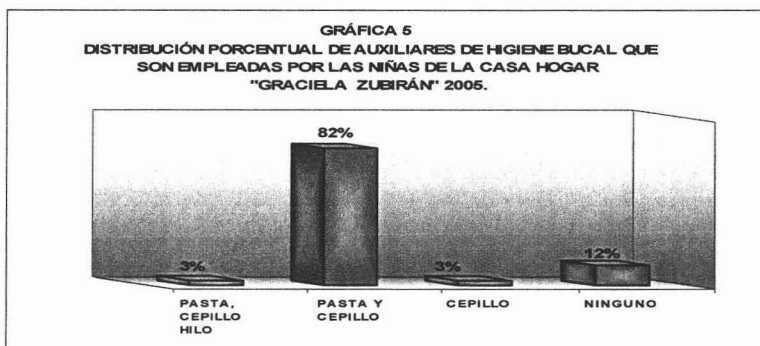
Fuente directa

El promedio de cepillado dental que reportaron las niñas, el de **3 veces al día** fue de 4.33, los que decían hacerlo **2 veces al día** fue de 1.33, de **2 una vez al día**, de 1.5 a veces y de 0.66 los que refirieron **nunca**. (Tabla 1).

TABLA 1. FRECUENCIA DE CEPILLADO AL DÍA POR EDAD					
EDAD	3 VECES	2 VECES	UNA VEZ	A VECES	NUNCA
7	7	1			0
8	2			1	1
9	5	1		2	1
10	7				
11	4	2			
12	1		2		
TOTAL	26	4	2	3	2
PROMEDIO	4.33	1.33	2	1.5	0.66

Fuente directa

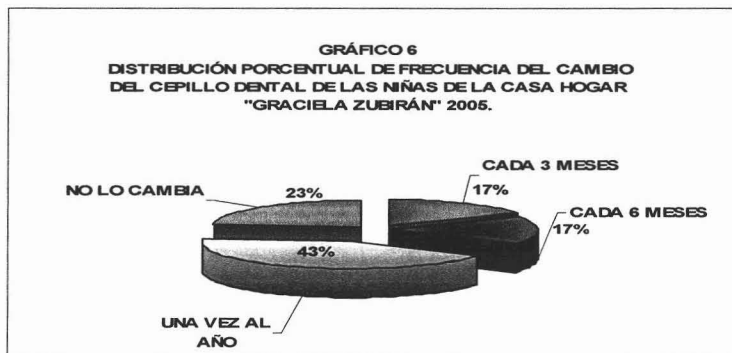
En la siguiente grafica observamos el porcentaje de auxiliares de higiene bucal utilizados como son, pasta, cepillo e hilo dental. El 82% de las encuestadas refirió el uso de pasta y cepillo únicamente mientras que el resto de la población utilizaba 3 ó 1 o ninguno de los aditamentos en una proporción más baja, dando como resultado la disponibilidad que tienen para adquirirlos, ya sea por medio externo (familiares) o interno (institución). (Gráfica 5)



Fuente directa

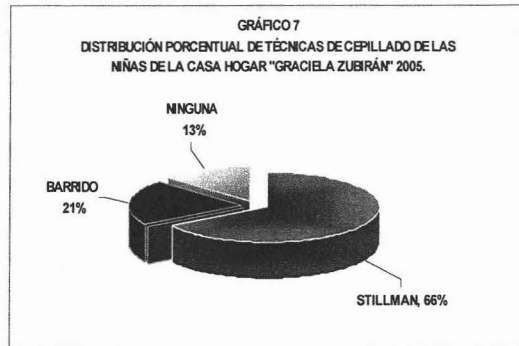
En la siguiente variable evidencia la frecuencia del cambio del cepillo dental, ya que la importancia que éste tiene para la práctica eficiente del cepillado es importante. Por regla se dice que el cambio se debe hacer cada tres meses más sin embargo hay quienes a pesar de estar en la institución y que según ésta “provee” los cepillos dentales y se les proporciona cuando alguna de las niñas necesita cambiarlo por medio de las “mamis”(así se le nombra a la persona que es mayor de edad y que está a cargo de cierto número de niñas y que es parte de la misma población general que habita ahí), pero aún con ésta facilidad con que se les da no lo piden, ya sea por que se les olvida o no toman la debida importancia en hacerlo. Así podemos observar en el gráfico que un porcentaje elevado lo cambia **una vez al año** (43%) siguiendo con el 23% que **no lo cambia**, el 17% manifestó **cada 6 meses** y el otro 17% **cada 3 meses**.

Es importante la enseñanza a las niñas sobre la importancia de las herramientas que podemos disponer para la salud bucal, ya que el cepillo dental defectuoso, no elimina la placa dentobacteriana de manera adecuada y esto conlleva a la presencia de caries y enfermedades gingivales. (Gráfica 6).



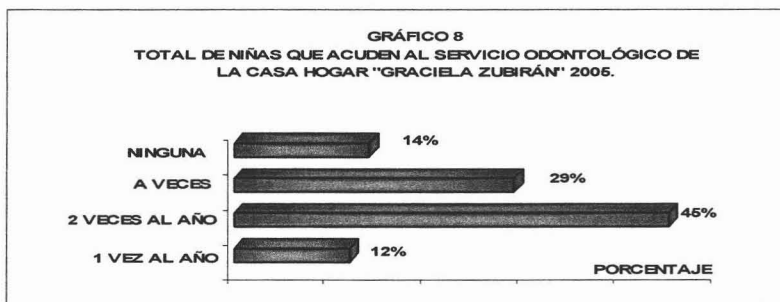
Fuente directa

En éste gráfico puede observarse el porcentaje empleado para las distintas técnicas de cepillado, se presentó con más frecuencia la técnica de cepillado **Stilman** con un 66%, la de **barrido** con un 21% y con el 13% **ninguna** técnica. (Gráfica 7)



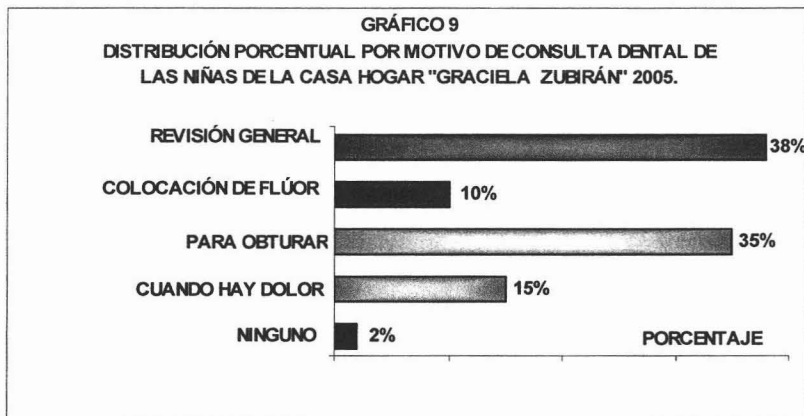
Fuente directa

Del total de las niñas encuestadas, el 45% reportó asistir al odontólogo **dos veces al año**, un 29% **a veces**, el 12% **una vez al año** y el 14 % **ninguna**. Cabe señalar que éstas visitas son programadas por la misma institución, tratando de dar prioridad a las que en condiciones de salud dental es pobre, ya que no se conoce el motivo por el cual asisten, si por el tratamiento y control o sólo por emergencia. (Gráfica8)



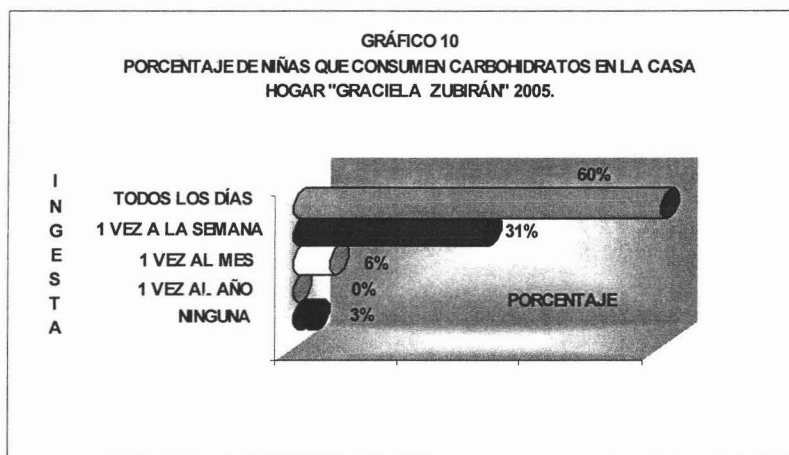
Fuente directa

A pesar de que en la casa hogar cuenta con el servicio dental dentro de la misma no se tiene un control idóneo en las visitas a este servicio ya que se observó en las entrevistadas como tratamiento odontológico más frecuente a **la revisión general** con un 38%, seguido por la **obturación dental** con 35%, el 15% manifestó acudir sólo **cuando hay dolor**, mientras que para la **aplicación de flúor** fue del 10%, sólo el 2% manifestó **no ir** al servicio dental quedando en una contradicción , ya que en el gráfico anterior el 45% acude al dentista dos veces al año dando a entender que no deben asistir cuando hay dolor cuando están siempre atentos a su salud dental marcada por la misma institución. (Gráfica 9)



Fuente directa

Las variables que a continuación se muestran en los gráficos nos hablan del consumo de algún tipo de golosina, llámense dulces, refrescos o cualquier otro tipo de alimento chatarra. El 60% refirió consumir **todos los días** algún tipo de dulce, el 31% manifestó consumir al menos **una vez a la semana**, el 6% **una vez al mes**, 3% **ninguna**.



Fuente directa

En el entendido de que son niñas que aparentemente no tienen contacto con el dinero, ellas mismas refirieron conseguirlos por medio de sus amigos de la escuela, familiares e incluso la misma casa hogar se los proporciona. No dejando dudar en el consumo y frecuencia al día que ellas tienen.

Aquí el 37% dijo consumir **después de la comida**, el 34% **a cualquier hora** del día se puede llegar a pensar que tienen abastecimiento en la mañana, tarde o noche, el 26% manifestó que **en la escuela** y sólo el 3% dijo **nunca** comer golosinas.



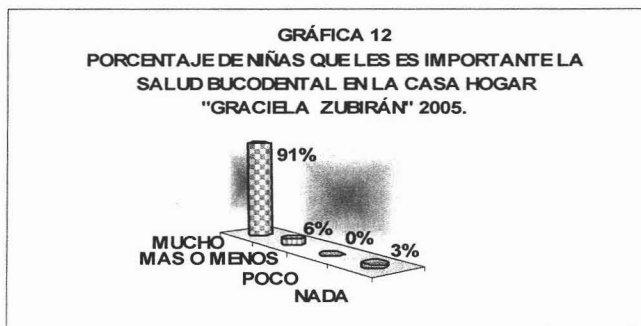
Fuente directa

La siguiente tabla nos indica de manera concentrada la frecuencia y el porcentaje de cepillado después de haber consumido alguna golosina, observamos que el 37% refiere **a veces** cepillarse los dientes, mientras que el 34% manifestó cepillarse **cuando llega a la casa hogar**, el 17% dijo que **inmediatamente** después de haber ingerido y el 12% manifestó que **nunca** se cepilla. (Tabla 2)

TABLA 2. FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CEPILLADO DENTAL DESPUÉS DE HABER INGERIDO GOLOSINAS		
RESPUESTA	FREC	%
INMEDIATAMENTE	6	17
CUANDO LLEGA A LA CASA	12	34
A VECES	13	37
NUNCA	4	12
TOTAL	35	100

Fuente directa

Lo que a continuación se refiere en el siguiente gráfico es acerca de la importancia de cuidar y cepillarse los dientes el 91% manifestó que si es **muy importante**, el 6% **más o menos** importante y sólo el 4% dijo que **no es importante**. (Gráfico 12).

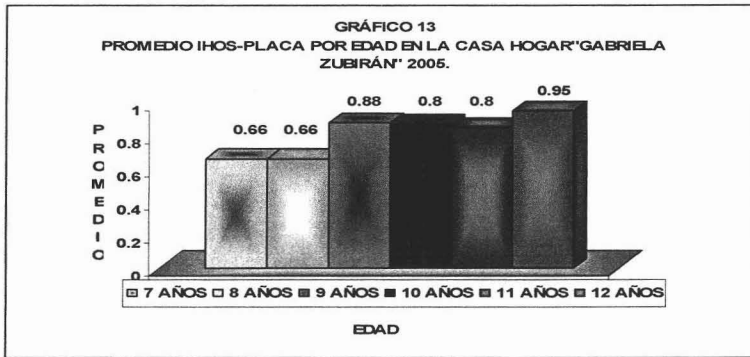


Fuente directa

7.2 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS-PLACA)

La higiene bucal se midió con base en el IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado), utilizando el componente Placa.

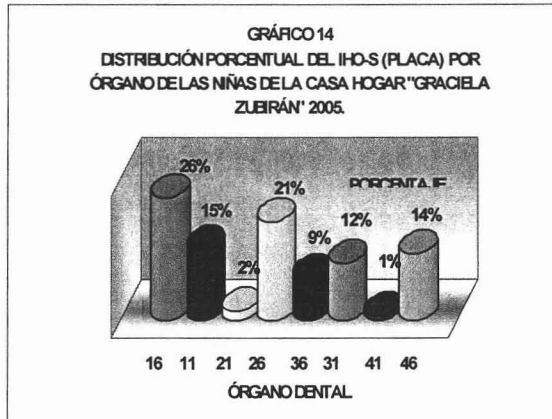
El promedio general del HIO-S en los escolares es de **0.82**. A la edad de 7 y 8 años es de 0.66 que se define como buena y a los 12 aumenta a 0.95 obteniendo una higiene deficiente, esto debiera verse obligado a la variable frecuencia de cepillado ya que se supone que a esta edad tienen un control psicomotor adecuado para aplicar las técnicas de cepillado instruidos por los profesionales o por la destreza desarrollada por el tiempo. Las escolares de 7 y 8 años manejan las técnicas de control de higiene oral



Fuente directa

En el gráfico se puede observar el porcentaje de distribución del IHOS por diente, obteniendo que el molar superior derecho (16) indicó el mayor porcentaje 26%, seguido del primer molar superior izquierdo (26) con 21%, el incisivo central derecho (11) con 15%, con el 14% tenemos al primer molar inferior derecho (46), el incisivo central inferior izquierdo (31) con el 12% y en menor proporción está el incisivo central izquierdo con 2% y el incisivo central inferior izquierdo (41) con el 1%. Cabe señalar que debido a la posición dental es la capacidad del buen mal cepillado que se pueda dar tal es el caso de las zonas

posteriores que conjuntando valores representan el 70%, mientras que el 30% sobrante se ubica en las zonas anteriores que son de más fácil acceso para el cepillado dental.



Fuente directa

7.3. ESCALA DE LIKERT

Este método fue desarrollado por Rensis Likert a principios de los treinta y consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a evaluar. Para la medición del conocimiento del autocuidado de salud bucodental se midió a través de la Escala de Likert con tres opciones de respuesta **DE ACUERDO**, **NI ACUERDO NI DESACUERDO**, **EN DESACUERDO**, las encuestadas eligieron uno de las respuestas de la escala. A cada punto se le asignó un valor numérico, por lo tanto, cuando las afirmaciones son positivas se califican en el orden siguiente de 3, 2 y 1, dando a entender que 1 es una afirmación negativa o desfavorable y 3 es una actitud más favorable; así la encuestada obtiene una puntuación con respecto a su respuesta y al final se obtiene la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones. Respecto a las respuestas obtenidas, se observó que éstas no evidencian gran conocimiento sobre aspectos de autocuidado, es decir, que al obtener puntos es evidente que las respuestas oscilaron entre el error y Ni acuerdo ni en desacuerdo.

GRÁFICA 15
PERFIL DE CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADO DE LA SALUD
BUCODENTAL. CASA HOGAR PARA NIÑAS "GABRIELA ZUBIRÁN" 2005.



Fuente directa

8. CONCLUSIONES

La eficacia principal del IHO-S es su utilización en estudios epidemiológicos y en la valoración de los programas de educación sobre la salud dental. También puede evaluar el grado de aseo bucal de un individuo.

El examen puede realizarse sin demora, no es incómodo o doloroso para el paciente y se puede alcanzar un nivel alto de capacidad de duplicación con un mínimo de sesiones de capacitación.

La relevancia del parámetro IHO-S es que, al igual que el índice de placa, es muy empleado en todo el mundo y contribuye de manera considerable la comprensión de las enfermedades bucodentales. Ahora bien, en México, la aplicación del IHO-S en las "Casa Hogar" es escasa y son pocos los estudios epidemiológicos que lo incluyen, debido a la falta de conocimiento que los promotores de la salud tienen sobre la elaboración y aplicación de los índices, acompañado de la carencia de recursos materiales destinados para este tipo de actividades.

Se determinó el índice promedio de placa por medio del Índice de Higiene Oral Simplificado en su componente Placa en niñas de 7 a 12 años que están adscritas en la casa hogar para niñas "Graciela Zubirán Villarreal" teniendo las siguientes conclusiones.

Existe en la población de estudio información sobre el autocuidado de higiene bucal, pero quizás no sea la más orientada, ya que hay muchas fallas con respecto a las técnicas de cepillado, visitas al odontólogo y control de la placa bacteriana. Sabemos que está no es una responsabilidad directa de las escuelas, ya que es de suponerse, que en la casa hogar debe existir una base de educación para la salud.

Las escolares no poseen conocimientos actuales con respecto a las técnicas y uso de medidas preventivas como son cambio de cepillo dental, hilo dental, aplicación de flúor, solo saben que deben cepillarse, aunque no están muy orientadas con respecto a los horarios, número de veces y la evaluación del cepillo dental.

Las visitas al servicio odontológico se realizan dos veces al año y la causa por la cual ellas acuden es por revisión general y seguimiento del tratamiento.

En cuanto al consumo de carbohidratos el 60% refirió consumir todos los días algún tipo de golosina, siendo después de la comida el consumo de éstos. El cepillado dental que se practica después de haber consumido dulces es poco frecuente, ya que el 37% manifestó que a veces lo hace, dejando así la formación de la placa dentobacteriana.

El Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) en su componente placa, en general es deficiente con un promedio de 0.82, y se determinó el índice promedio de placa por edad de la siguiente manera:

7 años	0.66	Buena
8 años	0.66	Buena
9 años	0.88	Deficiente
10 años	0.87	Deficiente
11 años	0.85	Deficiente
12 años	0.95	Deficiente

Esto podría verse obligado a la frecuencia de cepillado cambio, de cepillo y auxiliares de higiene bucal.

En cuanto al promedio del IHO-S placa de los 6 dientes evaluados, el primer molar superior derecho (16) y el primer molar superior izquierdo (26) obtuvieron un porcentaje global del 47%, esto da a entender que la arcada superior no es debidamente cepillada, ya que el acceso a las zonas posteriores es más difícil que las anteriores.

Finalmente, las niñas de éste grupo en especial de la casa hogar son un campo fértil en condiciones propicias para promover cambios conductuales en virtud a que es evidente que no presentan conocimientos equivocados, es decir la contestación más frecuente fue ni acuerdo ni en desacuerdo, dejando una razón más para seguir estudiando a grupo etéreo.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. S. S. A. *Morbilidad Bucal en Escolares del Distrito Federal*. 1980
2. Kats S. *Odontología Preventiva en Acción*, Cap. "6" Placa Dental: Definición e Importancia Preventiva. 3ª edición. Ed. Panamericana, México, 2000. Pág. 81-91.
3. Irigoyen M., Zepeda A., Sánchez L. *Prevalencia e Incidencia e Caries Dental y Hábitos de Higiene Oral en un grupo de Escolares del Sur de la Ciudad de México*. Revista ADM. Vol. 53 (3): 98- 104, 2001.
4. Nava R., Padilla M., Becerril C. *Estado de Salud en escolares entre 6 y 12 años de edad. Estudio de una escuela primaria de la población de San Mateo Atenco, Estado de México*. Práctica Odontológica. Vol. 22 (4): 24-30, abril 2001.
5. Balcázar N., Mendoza P., Pozos B. *Caries Dental en niños cuidados en guarderías. Su relación con el nivel socioeconómico de sus madres*. Práctica Odontológica. Vol. 22 (5); 26-29, mayo 2001.
6. Sosa L., González M., Naranjo B. *Levantamiento epidemiológico bucal en escolares de 1º y 2ª etapa. Abril 2003. hospital Victorino Santaella Ruiz*. Disponible en: www.odontologia-online.com/casos/part/2004
7. 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)*. Disponible en: www.ortodoncia.ws
8. Piedrola G. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 9ª edición. Ediciones científicas y Técnicas, S. A. Barcelona, España 1991. Pág. 3-18.

9. Mendoza P., Balcázar N., Pozos E., Molina N. *Estado periodontal, nivel socioeconómico y sexo en escolares de 6 y 12 años de edad en Guadalajara*. *Práctica Odontológica*. Vol. 22 (3); 25-30, marzo 2001.
10. Ramírez B., Beltrán M., Gutiérrez D., Jácome A., Urreo S. *Salud bucal de los escolares de la institución Santa María Goretti, Municipio de Caldas (Antioquia), 1999*. *Revista Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia*. Vol.12 (2); 2001.
11. S. S. A. *Programa de acción: Salud Bucal 2001- 2001*. Disponible en: www.ssa.gob.mx
12. Genco R. *Periodoncia*. Editorial Mc-Graw Hill Interamericana, México, D. F. 1993, 770 pp.
13. Wilkins E. *Cap. "19". Index and Scoring Methods*, 7th ed. United States of American, 1994. Pág. 287- 310
14. Carranza N. *Cap. "5" Epidemiología de las enfermedades gingivales y periodontales*. Editorial Mc-Graw Hill Interamericana, 9^a edición, México, D. F. 2001, pág. 82- 95

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

Centro Nacional Modelo de Atención
Investigación, Capacitación
Casa Hogar para Niñas
C. Laura Mendoza Arratia
Directora
PRESENTE

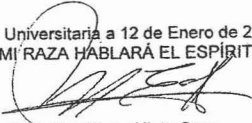
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL

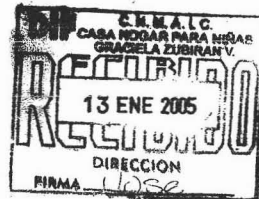
Por medio de este conducto me dirijo atentamente a usted, para solicitarle su autorización para que las alumnas: Gisela Hidai Fuentes González, Laura Alejandra García Ramírez y Berenice Trejo Salinas lleven a cabo un programa de Educación para la Salud Bucal, en la institución que usted dignamente dirige.

Estoy segura que las niñas internas, se beneficiarán con este programa, ya que las apoyarán en reforzar sus hábitos de higiene oral.

Sin otro particular, y en espera de contar con su apoyo, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

Ciudad Universitaria a 12 de Enero de 2005
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"


C. D.-Ma. Elena Nieto Cruz
Coordinadora de EPS.





JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
ASUNTO: Participación
OFICIO 05/02/05

C. Laura Mendoza Arratia
Directora de la Casa Hogar para Niñas "Graciela Zubirán Villarreal"
Presente



Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Odontología de la UNAM me dirijo a Ud. para solicitar, de la manera más atenta, su anuencia para que la alumna García Ramírez Laura Alejandra realice una investigación epidemiológica sobre la evaluación del índice de higiene oral en niñas de una Casa Hogar de la Delegación de Coyoacán.

El citado estudio será el contexto del trabajo de Tesis que la alumna deberá realizar para optar por el título de Cirujana Dentista en donde solamente se realizará la revisión bucal de las alumnas inscritas en el plantel a su digno cargo sin menoscabo de la salud de las pequeñas, es decir, el examen bucal no conlleva riesgo alguno.

De igual manera, nos comprometemos a que el material didáctico que se utilice, así como los resultados obtenidos en el estudio sean entregados a uds. para el beneficio de los encuestados y las autoridades competentes.

Los objetivos del estudio son:

OBJETIVO GENERAL

Determinar el índice promedio de Placa antes y después de un programa de promoción de autocuidado de la salud bucal en niñas de 8 a 10 años adscritas en la casa hogar para niñas "Graciela Zubirán Villarreal"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el índice promedio de Placa antes y después de la implementación de un programa de promoción de salud bucodental por edad.
2. Determinar los factores de riesgo más frecuentes a los que se exponen en términos de salud bucodental más frecuentes.
3. Determinar el perfil de conocimiento antes y después de la implementación del programa de promoción utilizando la escala de Likert.

Agradezco la atención que preste a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF a 14 de febrero del 2005.

Mtra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

No.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

NOMBRE _____ EDAD SEXO M F

GRADO DE ESTUDIOS:

1) 1º PRIMARIA 2) 2º PRIMARIA 3) 3º PRIMARIA 4) 4º PRIMARIA 5) 5º PRIMARIA 6º PRIMARIA

ANOTA LA LETRA DE LA RESPUESTA QUE MAS CONCUERDE CON TU OPINION

¿TE CEPILLAS LOS DIENTES? SI NO

¿CUANTAS VECES TE CEPILLAS LOS DIENTES?

1) DESPUÉS DE CADA COMIDA 2) DOS VECES AL DÍA 3) UNA VEZ AL DÍA 4) A VECES 5) NINGUNA

¿CON QUÉ TE CEPILLAS TUS DIENTES?

1) PASTA, CEPILLO E HILO DENTAL 2) PASTA CEPILLO 3) CEPILLO 4) NINGUNO

¿CON QUÉ FRECUENCIA CAMBIAS TU CEPILLO DE DIENTES?

1) 4 VECES AL AÑO 2) 2 VECES AL AÑO 3) 1 VEZ AL AÑO 4) NO LO CAMBIO

INDICA COMO TE CEPILLAS TUS DIENTES

1) LOS DE ARRIBA HACIA ABAJO, LOS DE ABAJO HACIA ARRIBA, 2) LAS MUELAS CON MOVIMIENTOS CIRCULARES 3) CEPILLANDO DE UN LADO HACIA OTRO 4) DE CUALQUIER MANERA

¿CADA CUANTO VAS AL DENTISTA?

1) 1 VEZ AL AÑO 2) 2 VECES AL AÑO 3) SÓLO CUANDO ME DUELE UN DIENTE 4) NO VOY

CUANDO VAS AL DENTISTA ES PARA:

1) QUE ME REVISE Y CHEQUEE QUE TODO ESTA BIEN 2) ME COLOQUE FLUOR 3) QUE ME CURE LOS DIENTES 4) CUANDO ME DUELE UN DIENTE 5) NO VOY AL DENTISTA

¿CON QUÉ FRECUENCIA COMES DULCES?

1) TODOS LOS DIAS 2) UNA VEZ A LA SEMANA 3) UNA VEZ AL MES 4) UNA VEZ AL AÑO 5) NUNCA

¿EN QUÉ MOMENTO DEL DÍA COMES DULCES?

1) DESPUÉS DE LA COMIDA 2) EN LA ESCUELA 3) A CUALQUIER HORA 4) NUNCA

CUANDO COMES DULCES TE LAVAS LOS DIENTES:

1) INMEDIATAMENTE 2) CUANDO LLEGAS A LA CASA 3) A VECES 4) NUNCA

¿CREES QUE ES IMPORTANTE CUIDAR Y CEPILLAR TUS DIENTES?

1) SI ES IMPORTANTE 2) MAS O MENOS IMPORTANTE 3) POCO IMPORTANTE 4) NO ES IMPORTANTE

EL CEPILLADO DIARIO ES IMPORTANTE PARA LA SALUD DE LAS ENCIAS Y DIENTES

DE ACUERDO
 NI ACUERDO NI EN DESACUERDO
 EN DESACUERDO

SE DEBEN CEPILLAR LOS DIENTES TRES VECES AL DÍA DESPUÉS DE CADA ALIMENTO

DE ACUERDO
 NI ACUERDO NI EN DESACUERDO
 EN DESACUERDO

PARA LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES ES NECESARIO USAR CEPILLO DE DIENTES, PASTA E HILO DENTAL

DE ACUERDO
 NI ACUERDO NI EN DESACUERDO
 EN DESACUERDO

NO ES NECESARIO CEPILLAR LA LENGUA NI EL PALADAR YA QUE PUEDEN PROVOCAR VOMITO Y SANGRADO

DE ACUERDO
 NI ACUERDO NI EN DESACUERDO
 EN DESACUERDO

CONSUMIR DULCES Y REFRESCOS NO AFECTA A LOS DIENTES

DE ACUERDO
 NI ACUERDO NI EN DESACUERDO
 EN DESACUERDO

EN LA PLACA DENTAL HABITAN ES UNA MACILLA BLANDA COMPUESTA POR BACTERIAS QUE DAÑAN AL ESMALTE DE LOS DIENTES

DE ACUERDO
 NI ACUERDO NI EN DESACUERDO
 EN DESACUERDO

LA CARIES SE DESARROLLA POR LA PLACA BACTERIANA

DE ACUERDO
 NI ACUERDO NI EN DESACUERDO
 EN DESACUERDO

LA PLACA DENTOBACTERIANA SE FORMA POR CONSUMIR COMIDA FIBROSA (EJ: ZANAHORIA, MANZANA)

DE ACUERDO
 NI ACUERDO NI EN DESACUERDO
 EN DESACUERDO

EL CEPILLADO DE LOS DIENTES EN LA NOCHE ES LA MÁS IMPORTANTE PORQUE SE ACUMULA MAS PLACA

DE ACUERDO
 NI ACUERDO NI EN DESACUERDO
 EN DESACUERDO

LA APLICACIÓN DE FLUORURO HACE MÁS GRUESOS A LOS DIENTES

DE ACUERDO
 NI ACUERDO NI EN DESACUERDO
 EN DESACUERDO

ES BUENO COMER DULCES ANTES DE CADA COMIDA Y NO LAVARSE LOS DIENTES

DE ACUERDO
 NI ACUERDO NI EN DESACUERDO
 EN DESACUERDO

INDICE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHOS

PLACA DENTOBACTERIANA	
0	SIN PLACA, SIN MANCHAS
1	RESIDUOS BLANDOS QUE CUBREN MENOS DE UN TERCIO DE LA SUP.
2	RESIDUOS BLANDOS QUE CUBREN MÁS DE UN TERCIO Y MENOS DE DOS TERCIOS DE LA SUPERFICIE
3	RESIDUOS BLANDOS QUE CUBREN MÁS DE DOS TERCIOS DE LA SUP.

17 - 16	11 - 21	26 - 27
47 - 46	41 - 31	36 - 37

INDICE PLACA =

IHOS =

CARTA DE CONSENTIMIENTO

POR MEDIO DE ESTE CONDUCTO DOY MI CONSENTIMIENTO A LA PASANTE LAURA ALEJANDRA GARCÍA RAMÍREZ PARA QUE PUEDA REALIZAR EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO "EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL (IHOS- PLACA), ESTOY CONCIENTE DE LO QUE SE ME VA HACER Y SÉ QUE NO SUFRIRÉ NINGÚN TIPO DE MOLESTIA.

ACEPTO

FECHA

NOMBRE