



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ELABORACIÓN DE AUDIOVISUALES SOBRE EL CUIDADO ORAL Y DIETA ANTICARIOGÉNICA
PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA DE LA UDLA

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Odontóloga

Profesora Guía
Dra. Mayra Ondina Carrera Trejo

Autora
Roesl Nicole Ehmig Santillan

Año
2016

DECLARACION DE PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo de titulación a través de tutorías periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un correcto desarrollo del tema y cumpliendo con todas las disposiciones vigentes que regulan los trabajos de titulación”

Dra. Mayra Ondina Carrera Trejo
Odontopediatra
CI: 170894252100

DECLARACION DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo de investigación es original y de mi autoría. Se citaron las fuentes bibliográficas correspondientes, siempre teniendo en cuenta y respetando las disposiciones legales de los derechos de autor”

Roesl Nicole Ehmig Santillan
CI: 1725065278

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres por apoyarme en todo mi desarrollo estudiantil, además que gracias a ellos tuve la posibilidad de culminar mis estudios.

A mi tutora Dra. Mayra Carrera por su compromiso, entrega y ayuda incondicional en todo este proceso de titulación.

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional en todo momento, sobretodo en este proceso.

A mis hermanos por estar siempre junto a mí.

A mis familiares y amigos por compartir conmigo.

RESUMEN

El hábito de la higiene oral se adquiere desde pequeños, viendo, escuchando y aprendiendo, hasta crear una rutina que debe perdurar toda la vida. Que los niños adquieran o no esta rutina es responsabilidad de los padres, ya que éstos, desde tempranas edades, deben inculcar esta enseñanza indispensable a sus hijos, como parte de su rutina de higiene diaria. Para esto los padres deben estar correctamente informados sobre el tema de la higiene oral, sin descuidar los alimentos que ingieren sus hijos sobretodo en edad escolar. Sin control de carbohidratos complejos y bebidas azucaradas, el índice de riesgo de caries aumenta significativamente, por lo tanto, es deber del odontólogo instruir a los padres para que cumplan con enseñar a sus hijos la importancia del cuidado oral y estar muy pendientes de los alimentos que ingieren. El objetivo de este estudio fue realizar un audiovisual educativo con imágenes atractivas y lenguaje adecuado, con el fin de mejorar el nivel de conocimiento de los padres sobre la importancia de la salud buco-dental y el grado de instrucción de los niños sobre el tema. Para esto se realizó una encuesta a 100 padres que acuden al centro odontológico de la Universidad de las Américas para medir el conocimiento sobre higiene oral. Los resultados reflejan la falta de conocimiento de los padres sobre el tema, algunos ni siquiera han hablado con su odontólogo sobre la correcta higiene oral mientras que otro porcentaje afirma que no han conversado con sus hijos sobre la salud buco-dental. Por lo tanto la idea de implementar un audiovisual educativo fue aceptada por la población consultada.

ABSTRACT

The oral hygiene habit is acquired since childhood by watching, listening and learning, till create a routine that should last a lifetime. Children acquiring or not this habit is responsibility of the parents, since the early ages of their children and must instill this essential teaching, as part of their daily routine hygiene. For this, parents should be properly informed about the subject without neglecting the food their children eat especially in school age. Without control of complex carbohydrates and sugary drinks, index caries risk increases significantly, therefore it is the duty of the dentist instruct parents to fulfill teach their children the importance of oral care and be very aware of the foods their children eat. The aim of this study was to conduct an educational short film with attractive images and suitable language, in order to improve the level of awareness of parents about the importance of dental health and level of education of children on it. For this, a survey was conducted, involving 100 parents that attended to the dental center of Universidad de las Américas, to measure knowledge about oral hygiene. The results reflect the lack of parental knowledge on the subject, some have not even talked to their dentists about proper oral hygiene; another percentage states that have not talked with their children about dental health. Therefore, the idea of implementing an educational audiovisual was accepted by the population consulted.

ÍNDICE

1.	CAPÍTULO I. INTRODUCCION	1
1.1	Planteamiento del Problema.....	1
1.2	JUSTIFICACION	1
2.	CAPITULO II. MARCO TEORICO	3
2.1	Educación y Aprendizaje	3
2.1.1	Técnica Informativa.....	3
2.1.2	Técnica Demostrativa	3
2.2	La Caries Dental	4
2.2.1	Etiopatogenia	5
2.2.2	Esmalte Dental.....	7
2.2.3	Factores Moduladores que Aumentan el Riesgo de Caries.....	8
2.3	Cuidado Oral Pacientes Pediátricos.....	9
2.4	Grupos en Riesgo - Relación con el tipo de Dieta.....	10
2.4.1	Caries Dental de la Infancia Primaria.....	10
2.4.2	Dentición Mixta temprana	10
2.4.3	Preadolescentes y Adolescentes.....	10
2.4.5	Factores de retención de Placa Bacteriana	11
2.5	Caries de la Infancia Temprana	11
2.5.1	Caries de biberón.....	11
2.6	Tratamientos.....	12
3.	CATITULO III. OBJETIVOS.....	13
3.1	Objetivo General	13
3.2	Objetivos Específicos.....	13
4.	CAPITULO IV. MATERIALES Y METODOS	14
4.1	Tipo de Estudio.....	14
4.2	Universo	14

4.3 Muestra.....	14
4.4. Materiales	14
4.5 Instrumento de recolección de Datos.....	14
4.6 Descripción del Método	15
5. CAPITULO V. RESULTADOS	16
6. CAPITULO VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	33
6.1 CONCLUSIONES	35
6.2 RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS.....	37
ANEXOS	39

1. CAPÍTULO I. INTRODUCCION

1.1 Planteamiento del Problema

En el periodo de crecimiento y desarrollo de los niños, desde su nacimiento hasta la adolescencia el cuidado de su higiene y salud oral es primordial; al estar en una etapa de aprendizaje se debe inducir rutinas y buenos hábitos que deben perdurar toda la vida. Entre estos parámetros son el cepillado oral y una dieta saludable diaria. Caso contrario tendríamos graves consecuencias como caries profundas, enfermedades periodontales, problemas de oclusión, masticatorios entre otros, pero lo más grave sería la pérdida temprana de las piezas dentales deciduas y en los peores casos piezas definitivas a temprana edad, que repercutirán a lo largo de toda su vida. (Estrada & Calzadilla, 2001)

Hay una alta incidencia de pacientes pediátricos con problemas a temprana edad por lo cual es un tema preocupante. (Chioca & Cols, 2013)

Uno de los factores principales es la falta de conocimiento de la importancia de la higiene y salud oral desde el momento de la lactancia materna y durante el crecimiento del niño; por parte de padres de familia o de las personas que están al cuidado; los mismos que deben guiar su rutina diaria de higienización. En la edad pre-escolar y escolar esto es más preocupante debido a que los padres no tienen conocimiento de los alimentos que sus hijos ingieren en el colegio, y más aún si las autoridades de la unidad educativa ignoran la importancia en la prevención de la salud oral o esta institución no cuenta con personal de apoyo en lo que respecta a nutrición; el riesgo en los niños va a ser mayor por los productos que se proveen sin ningún tipo de control como los snacks, altos en carbohidratos complejos. (Franquet & Cols, 2009)

1.2 JUSTIFICACION

Está basada en los pacientes pediátricos que acuden al centro de atención Odontológica de la UDLA, acompañados de sus padres, familiares o personas

al cuidado de ellos, que mientras son atendidos reciban la información preventiva sobre el cuidado oral, dieta y alimentación saludable.

Por esta razón, se pretende elaborar un audiovisual basado en historietas animadas de aprendizaje con el fin de informar y concientizar a la familia de la importancia de la salud bucal y los cuidados adecuados desde edades tempranas.

2. CAPITULO II. MARCO TEORICO

2.1 Educación y Aprendizaje

La educación sobre la salud bucal (ESB,) es la instrucción y las herramientas necesarias que recibe el paciente por parte del odontólogo, para mantener la salud oral. En caso de pacientes pediátricos se llama *Educación sobre salud bucal en bebés* o niños el profesional no solo instruye al paciente sino también a los padres o al entorno familiar; el objetivo es preservar o recuperar la salud bucodental del niño (Figueiredo & Cols, 1994).

La educación es fundamental en odontología, mientras más conocimientos obtengan los pacientes mejores condiciones de salud bucal tendrán.

2.1.1 Técnica Informativa

A través de las palabras, es decir, charlas con algún tipo de folleto, manual o video informativo. El profesional deberá transmitir estos conocimientos a la madre o padre después de haber realizado la historia clínica y preferiblemente cuando no esté el niño presente para que no haya ningún tipo de distracciones y la información sea recibida correctamente. Se le informa a la madre sobre la transmisión temprana de bacterias, factores etiológicos de la caries, hábitos alimenticios que podrían producir un alto riesgo de contraer esta enfermedad y sobretodo los hábitos de higiene oral adecuados y la necesidad de enseñar este hábito desde pequeños. Esta técnica se debe aplicar siempre tanto en la consulta privada como en educación comunitaria, en el último caso es ideal por falta de tiempo y de personal capacitado (Figueiredo & Cols, 1994).

2.1.2 Técnica Demostrativa

Esta técnica se enfoca en poner en práctica lo teóricamente enseñado en la técnica informativa, pero a través de métodos demostrativos. En el consultorio privado esto es ideal ya que es un ambiente adecuado, cómodo, privado y

personalizado con el paciente que tenga la cita ese momento (Figueiredo & Cols, 1994).

Es necesario hacer entender a los padres que deben incluir esta rutina de higiene bucal como un hábito obligatorio que el niño debe realizar dentro de su rutina de vida diaria.

Si los padres no tienen conocimiento de la importancia de esto, pueden caer en el chantaje de sus hijos cuando estos se resisten al aprendizaje, Los padres deben fomentar esta práctica con el aprendizaje participativo, padres – hijos (cepillado dental junto). Se puede incluir el cepillado dental después del baño diario.

2.2 La Caries Dental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un “proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, provocando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que continúa hasta la formación de una cavidad.” Si no es intervenido a tiempo, puede llegar a causar problemas en la salud general y la calidad de salud bucal de ese momento en adelante (Organization., 1987).

La caries dental es una enfermedad contagiosa producida por la presencia de microorganismos capaces de producir ácido para descalcificar la estructura del diente. El *Streptococcus Mutans* (SM) en la actualidad se lo conoce por ser el principal microorganismo responsable de la caries dental sumado a un substrato cariogénico como la sacarosa, un huésped y un ambiente como el de la cavidad oral después de ingerir alimentos. La conjunción de estos factores favorece a que el ambiente bucal sea ácido lo que produce degradación de los hidratos de carbono de la dieta conllevando a la descomposición progresiva del material mineralizado y proteico del diente. Además, como consecuencia de ese daño, el proceso puede causar dolor, pérdida temprana de piezas dentales,

ausentismo escolar, y requerir tratamientos costosos. Estas características hacen que se le considere un problema significativo de salud pública. Este serio y gran problema provoca que se invierta demasiado en los recursos del tratamiento que podrían evitarse si se aumentan las medidas de prevención (Palomer, 2006).

El SM no se encuentra en la cavidad oral del recién nacido, se cree que la colonización temprana de este microorganismo de la boca del niño es por contacto con la saliva de los adultos en su mayoría por los padres y sólo se presenta tras el inicio de la erupción de los dientes temporales. Cuando esto sucede, este se adhiere a las piezas formando la placa bacteriana que es; una capa blanda microbiana considerada como el principal agente causal en la mayoría de las enfermedades dentarias, pulpares y periodontales. La caries por ser la una enfermedad infecciosa contagiosa, es deber del odontopediatra saber los mecanismos por los cuales ocurre esta transmisión, para reducir o aplazar la colonización de la boca de los niños, en especial la transmisión por parte de las madres (Palomer, 2006).

2.2.1 Etiopatogenia

Según Keyes en 1972 la caries dental, enfermedad bacteriana multifactorial, necesitaba de tres factores interactúen para instalarse: el huésped, la microflora y el substrato, pero en 1988 Newbrun agregó un cuarto factor determinante: El tiempo (Podestá, 2013).

2.2.1.1 Huésped

Para que la pieza dental sea afectada, el esmalte debe estar propenso los ácidos o por su anatomía: surcos, fisuras o fracturas. La resistencia del esmalte humano está alrededor de pH 5,2. Mientras mayor número de fisuras y surcos exista más propenso está. En el caso de la dentición decidua, el esmalte de estas piezas es menos mineralizado a comparación de las permanentes,

entonces son más susceptibles porque la resistencia del esmalte es menor a un pH más alto y las lesiones son más frecuentes (Estrada & Cols, 2006).

2.2.1.2 Saliva

La saliva es responsable de la lubricación de los dientes y de la cavidad bucal en general, gracias a la existencia de saliva que ayuda a equilibrar el pH disminuye significativamente el riesgo de que se produzcan caries. Además de protección de las mucosas, ayudar a formar el bolo alimenticio y las enzimas como: la amilasa con su acción solubilizante, la lisozoma con acción antibacteriana, lactoperoxidasa por su acción oxidante que ayuda a equilibrar el desarrollo bacteriano, y proteínassalivales como: fosfoproteína con acción remineralizante y lactofericina y su actividad antibacteriana. Cuando el flujo salival promedio de un niño en edad escolar es de 8ml por cada 5 min, por día oscila entre 1000 a 1500. Determinar el flujo salival es muy importante ya que si este disminuye representa un mayor riesgo de caries, mientras mayor es el flujo, menor es el riesgo de caries en el niño. La saliva tiene una acción Buffer o mecanismo de regulación ácido- básico depende de dos acciones: mecánica: relación carbonato, bicarbonato y física: flujo salival, menos capacidad buffer, mayor riesgo de caries (Podestá, 2013).

2.2.1.3 Microflora

El componente bacterianocariogénico se adhiere y coloniza a una matriz glicoproteica. El SM se fija a cualquier superficie por su capacidad de formar glucanos, los lactobacilos acidófilos generan ácidos y polímeros son responsables de la mayoría de caries en fosas y fisuras. Entonces podemos comprender que sin bacterias no pueden producirse caries, el contagio se da desde edades tempranas, cuando el bebé tiene contacto con el ambiente familiar en el 1er año de vida, ahí es cuando se produce la adquisición de bacterias (Palomer, 2006).

2.2.1.4 Substratos

La presencia de bacterias por sí sola no es suficiente para el desarrollo de la caries dental, es necesaria también la presencia de un carbohidrato refinado como la glucosa, fructosa, sacarosa y lactosa que componen lo que llamamos un substrato cariogénico. El SM interactúa con la presencia de estos carbohidratos formando glucanos, que les permite adherirse a la superficie dental y ácidos, estos provocan que el pH baje y cuando llega a un pH de 5.2 la lesión cariosa ya es posible. (Estrada & Calzadilla, 2001).

2.2.1.5 Tiempo

Este último factor, es el determinante, como antes mencionamos, se necesitan que los factores interactúen para producir la lesión cariosa, pero la presencia sola del substrato cariogénico no es suficiente, sino también la consistencia del alimento y la frecuencia con que sea ingerido al día. El pH bucal desciende a 5 y se mantiene en ese nivel aproximadamente 45 min después de la ingestión de alimentos, si tomamos en cuenta el número de veces que una persona ingiere alimentos que son 5 al día, el riesgo de caries aumenta, más aun cuando la ingesta de alimentos se realiza entre comidas ya que la ingesta continua acidifica más aun el medio interfiriendo con la capacidad buffer de la saliva. En los niños esto ocurre en la lactancia por el prolongado uso del biberón y cuando se lo deja por mucho tiempo en la boca, acelerando el proceso de la lesión cariosa (Podestá, 2013).

2.2.2 Esmalte Dental

El esmalte dental es el tejido superficial que recubre a la pieza dental, es el primero en ser afectado por la lesión cariosa, esto ocurre por la desmineralización acida que está condicionada por el tiempo de propagación de los ácidos y el tiempo en el que los cristales que conforman los prismas del esmalte se disuelvan frente a estos. La cantidad y la dimensión de los poros

son tienen mucho que ver en el tiempo en que se demoren los ácidos en llegar al interior del esmalte como también la composición mineral- química y las características estructurales. Por estas razones, trastornos como la amelogenesis imperfecta, predispone la aparición de caries dental (Estrada & Calzadilla, 2001).

2.2.3 Factores Moduladores que Aumentan el Riesgo de Caries

2.2.3.1 Factores de virulencia

Con factor de virulencia, nos referimos al alcance y capacidad de un microorganismo de producir daño, son cualidades y condiciones específicas de cada microorganismo que vuelven patógeno, en este caso hablamos del SM y sus características principales responsables de ocasionar la lesión cariosa son: Acidogenicidad: el SM fermenta los carbohidratos refinados de la alimentación, produciendo ácido láctico principalmente como resultado de la metabolización de estos azúcares, provocando que el pH baje considerablemente hasta un nivel de riesgo para el esmalte dental. El SM también tiene la capacidad de síntesis de polisacáridos, permitiéndole tener reserva de alimento y síntesis de glucanos para poder adherirse al diente (Estrada & Cols, 2006).

2.2.3.2 Falta de Información por parte de los Padres

La información que reciban los padres por parte del odontólogo es de gran importancia; los padres normalmente no conocen adecuadamente los hábitos de higiene oral que deben enseñar a sus hijos desde edades tempranas, por esto la falta de comunicación y de información ocasiona que los niños no tengan cuidado, ni la dieta adecuada para evitar futuros problemas en sus piezas dentales (Martinez & Cols, 2004).

2.2.3.3 Dieta Inadecuada

La dieta que mantenga en paciente pediátrico es un pilar muy importante dentro del cuidado oral que deben recibir los pacientes pediátricos, normalmente la falta de conocimiento por parte de los padres antes mencionada, ocasiona que los niños consuman alimentos altos en carbohidratos complejos, bebidas azucaradas, golosinas y todo esto sin un lavado posterior de ningún tipo, provocando que estos azúcares se fermenten en boca, creando un ambiente ideal para que las bacterias se proliferen, desmineralizando y causando caries (Franquet & Cols, 2009).

2.2.3.4 Administración de Medicamentos y Vitaminas Azucaradas

Los niños reciben bastante medicación ya sean antibióticos o vitaminas necesarias, pero ni los padres o las personas responsables de administrarlos escasamente tienen conocimiento de la composición de estos enfocándonos específicamente en el contenido de azúcar, son conscientes del contenido de ese preparado farmacéutico, ni las consecuencias que éste puede tener sobre la dentición. Ante la aparición de este tipo de caries llamada medicamentosa (Estrada & Calzadilla, 2001).

2.3 Cuidado Oral Pacientes Pediátricos

El cuidado oral en pacientes pediátricos se debe realizarse desde temprana edad, las madres deben aprender a limpiar las encías de los niños desde la lactancia y posteriormente cuando tomen biberón, evitando acumulación de bacterias y sobretodo caries de biberón. Los profesionales de la salud deben informar a los padres sobre la importancia que esto tiene, y más aún enseñarles cómo hacerlo, con esto evitar problemas de caries y de la salud oral en general para que esta no se vea comprometida desde temprana edad (Pérez & Cols, 2002).

2.4 Grupos en Riesgo - Relación con el tipo de Dieta

2.4.1 Caries Dental de la Infancia Primaria

Como mencionamos antes, la caries dental en esta etapa tiene relación directa con el consumo de lactosa: el tiempo de contacto, higiene posterior, contenido (leche, fórmula, agua de panela, bebidas azucaradas en general) cuando el niño duerme con el biberón y los jugos de frutas (fructosa) y medicamentos o vitaminas azucaradas (M. Arango, 2004).

2.4.2 Dentición Mixta temprana

El niño no tiene la motricidad completa sino hasta que cumple 7 – 8 años, por lo cual no puede cumplir con una correcta limpieza dental al momento de cepillarse por sí solo, sin la ayuda de los padres sumado a que los primeros molares definitivos ya erupcionados y no tienen antagonistas todavía, se dificulta más aun el cepillado adecuado, aumentando el riesgo de caries dental en esta etapa más la ingesta alta de caramelos chocolates y dulces en general sin el respectivo cepillado dental posterior (Figueiredo & Cols, 1994).

2.4.3 Preadolescentes y Adolescentes

La alimentación de este grupo en específico es diferente por cambios conductuales, sociales y físicos; son comunes desórdenes alimenticios como anorexia, bulimia como también la obesidad. En esta edad los hábitos alimenticios también son influidos por la conducta, si se les prohíbe algo no lo van a dejar de hacer y como predomina el consumo de bebidas carbonatadas, té, café jugos artificiales y bebidas azucaradas en general, como también el consumo de snacks que suelen reemplazar alimentos y bebidas básicas. (Bordoni & Cols, 2010)

2.4.5 Factores de retención de Placa Bacteriana

Cuando hay presencia de apiñamiento dental, aparatos ortopédicos u ortodoncia, son factores de alto riesgo de retención de alimentos y acumulación de placa bacteriana, ya que dificultan el cepillado adecuado (Bordoni & Cols, 2010).

2.5 Caries de la Infancia Temprana

Es el nombre que se le da a la presencia de una o más lesiones cariosas, piezas perdidas por caries o restauraciones en piezas temporales en niños menores de 6 años. Este es considerado un problema de salud pública que afecta a niños en todas partes del mundo. Los factores de riesgo comúnmente asociados en esta enfermedad son: contagio o adquisición temprana de SM, higiene bucal pobre, alto índice de placa bacteriana, hábitos prolongados de biberón, tipo de alimentación. Otros menos comunes: baja producción salival, patrón erupción dentaria, las alteraciones estructurales de los tejidos duros del diente, discapacidad física y/o mental, nivel socioeconómico, nivel educativo, padres o personas a cargo del niño que ignoran la importancia de los cuidados en higiene oral (M. Arango, 2004).

2.5.1 Caries de biberón

Es una enfermedad que evoluciona muy rápido afectando a la dentición decidua de niños que la alimentación con biberón ha sido más larga de lo aconsejable. Cuando se mantiene bebidas azucaradas o lácteas en la boca del niño y no hay ningún tipo de higiene oral posterior a la ingesta, sobre todo si después a esto el niño se va a dormir, el flujo salival disminuye mientras duerme, se agrava la situación y da lugar a un ambiente altamente ácido ideal para microorganismos cariogénico ayudando a la formación de caries agresivas pudiendo terminar en destrucción severa del tejido dental. Esto puede afectar a la boca en general pero las primeras áreas afectadas son los incisivos en el

maxilar superior en las noches y más agresivo en molares inferiores por las mañanas. (Molina & Cols, 2008).

El pediatra u odontopediatra del niño cumple un papel de alta importancia ya que este puede determinar si el niño presenta o no alto riesgo de caries. Él es el responsable de enseñar la importancia del cuidado oral desde temprana edad a las familias y de informar minuciosamente a las madres la prevención de la primera infancia y la caries.

2.6 Tratamientos

El tratamiento se planificará individualmente en cada paciente dependiendo el caso, edad, extensión de la lesión y de la motivación de los padres a colaborar. Existen diferentes tratamientos rehabilitadores posibles frente a esta enfermedad, dependiendo del tipo de lesión están: remineralización, remoción tejido cariado, obturaciones, pulpotomía, pulpectomía entre otros. (Podestá, 2013).

La prevención sigue siendo el tratamiento principal por ser el más efectivo y el de mejor relación costo-beneficio. En el primer estadio, se recomienda la remineralización de la lesión. Los geles y barnices fluorados son los más usados. Cuando la lesión es cavitada, está recomendado el uso de ionómeros. A esta edad la técnica a traumática (ART) ha dado muy buenos resultados por su sencillez y rapidez. (Figueiredo & Cols, 1994).

3. CATITULO III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Realizar audiovisual informativo y de autoaprendizaje sobre el cuidado oral para padres, familiares y niños de edades tempranas que acuden al Centro de Atención Odontológica de la UDLA.

3.2 Objetivos Específicos

1. Recoger información sobre conocimiento de salud y cuidado oral
2. Recopilar información pertinente de fácil comprensión para la elaboración del audiovisual.
3. Determinar lenguaje adecuado e imágenes atractivas y motivacionales.

4. CAPITULO IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 Tipo de Estudio

Estudio de tipo descriptivo de corte transversal.

4.2 Universo

Conformado por padres de familia o familiares que acuden con pacientes pediátricos para ser atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la UDLA.

4.3 Muestra

Será de 100 padres o encargados de pacientes pediátricos, que acuden al Centro de Atención Odontológica de la UDLA.

4.4. Materiales

- ODONTOLOGICOS:
Ninguno
- MATERIALES ADICIONALES:
Computadora
Suministros de oficina (papel, esferos)

4.5 Instrumento de recolección de Datos

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue una encuesta compuesta por 12 preguntas sencillas para comprensión general, esta encuesta fue elaborada con el fin de recolectar los datos necesarios en el menor tiempo posible para comodidad de los encuestados.

4.6 Descripción del Método

Para este estudio transversal, se requerirá un semestre; tiempo que se recopilará toda la información actual y pertinente sobre información de salud oral. Aparte, se realizará encuestas a los padres de los pacientes, para medir el nivel de conocimiento sobre la higiene bucal adecuada.

El audiovisual que se realizará será basado en historietas infantiles para el aprendizaje sobre la importancia del cuidado oral. Además se aplicará colores, sonidos, voces y lenguaje para la elaboración del manual; se escogerá el material más adecuado, para lograr la mejor comprensión y atención del niño. Una vez obtenida toda esta información se procederá a la realizar la secuencia de videos, que tendrá el audiovisual, cada uno tendrá un tema y estos serán consecutivos, logrando así captar la atención y aprendizaje.

El audiovisual se realizara con el propósito de exhibirlo en el Centro de Atención Odontología de la UDLA mientras los pacientes y sus respectivos padres o personas a su cuidado, esperan a ser atendidos, con el fin de lograr el aprendizaje por parte de los pacientes tanto como de sus padres para poderlo aplicar en casa.

5. CAPITULO V. RESULTADOS

En este trabajo de investigación comprende una muestra de 100 personas a las cuales se les realizó una encuesta, estos eran parte un universo: padres de familia y/ o personas al cuidado de pacientes pediátricos que acuden al Centro Odontológico de la Universidad de las Américas, acorde con los objetivos planteados, fue necesaria la elaboración de preguntas específicas sobre el conocimiento que tenían sobre la higiene oral adecuada y si el visualizar un video podría ayudar a los niños a mejorar su higiene oral .

Los resultados obtenidos se muestran en las siguientes tablas y gráficas.

Tabla 1: Conocimiento sobre hábitos de higiene oral.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	76	76,0	76,0	76,0
NO	24	24,0	24,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

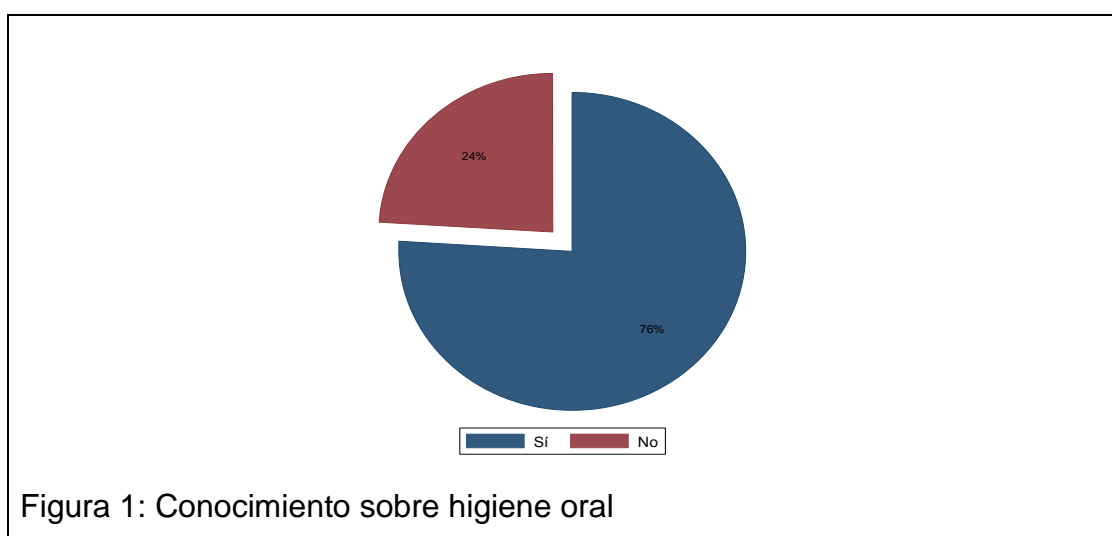


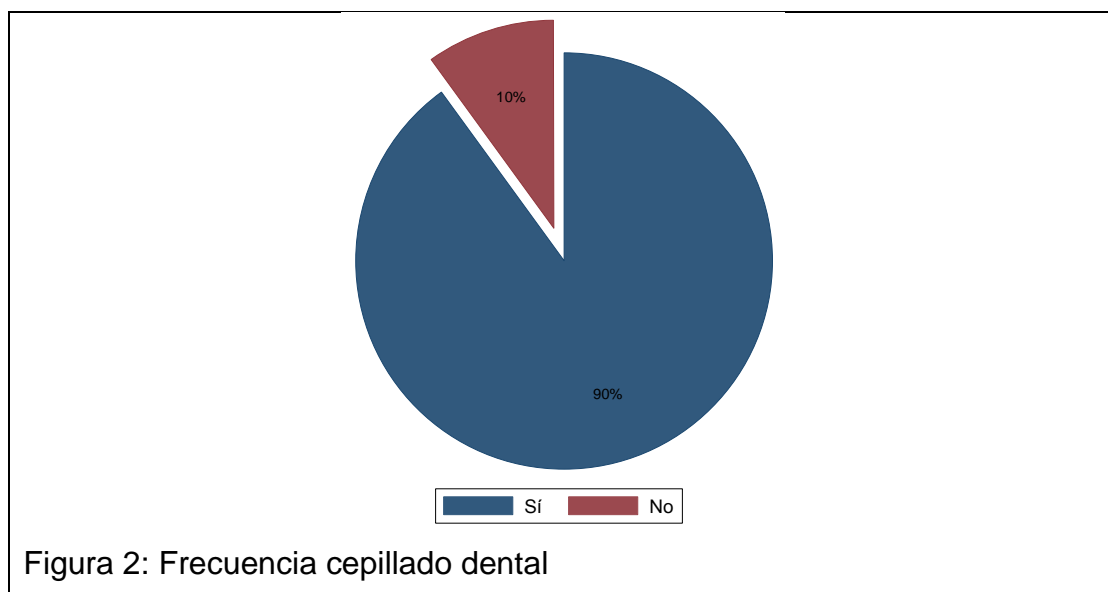
Figura 1: Conocimiento sobre higiene oral

La segunda pregunta tenía varias opciones de respuesta, entre ellas varios hábitos de higiene oral, los correctos y algunos erróneos o innecesarios.

El 90% de los encuestados afirmó que el cepillado 3 veces al día es un hábito adecuado de higiene oral.

Tabla 2: Frecuencia cepillado dental

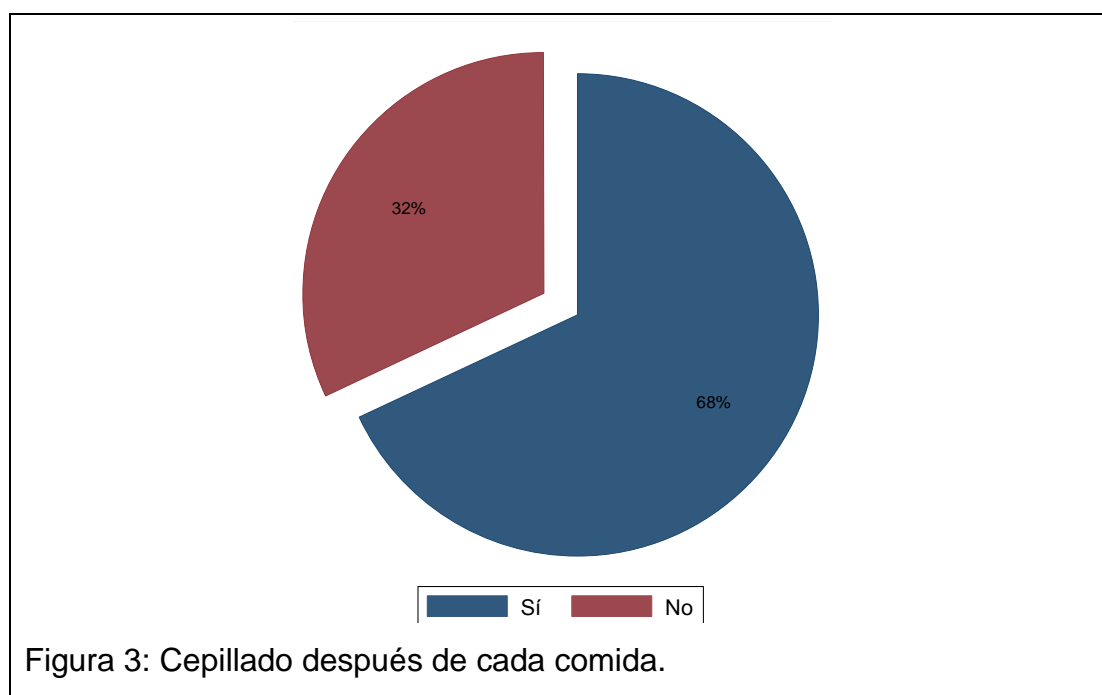
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	90	90,0	90,0	90,0
	NO	10	10,0	10,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



Un 68% respondió positivamente al cepillado posterior a cada ingesta de alimentos como un hábito adecuado de higiene oral.

Tabla 3: Cepillado después de cada comida.

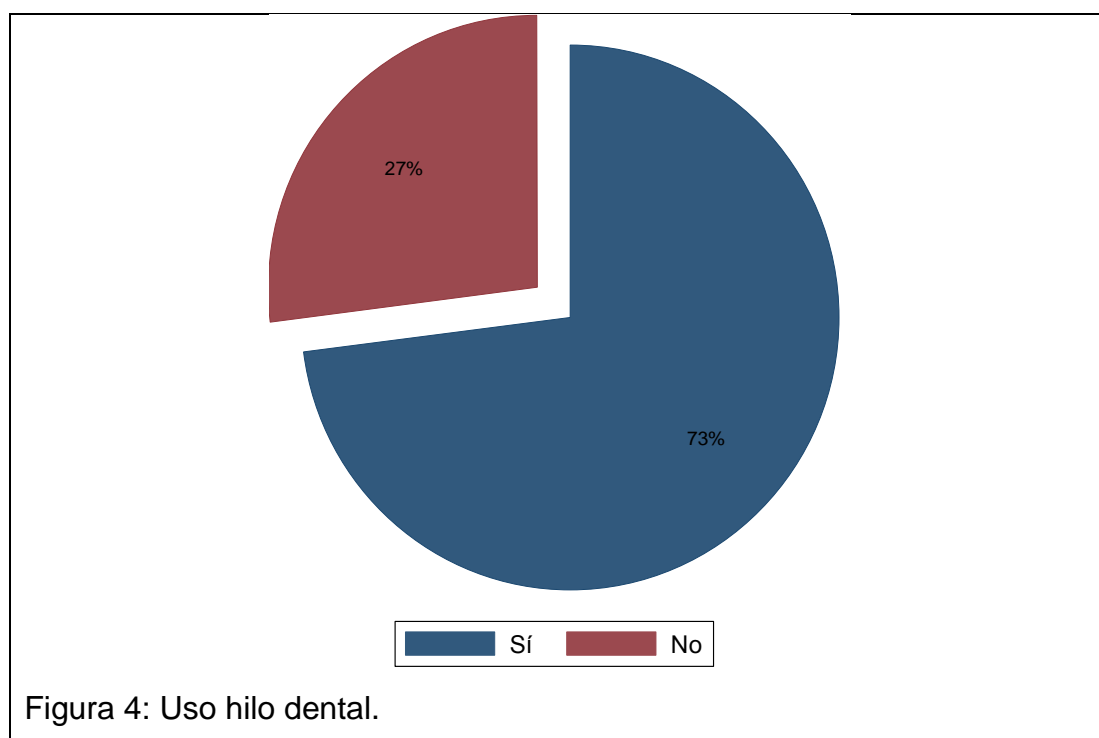
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	68	68,0	68,0	68,0
	NO	32	32,0	32,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



Al uso del hilo dental al el 27% de los encuestados lo consideró un hábito innecesario, frente a un 73% que si lo consideró necesario.

Tabla 4: Uso hilo dental.

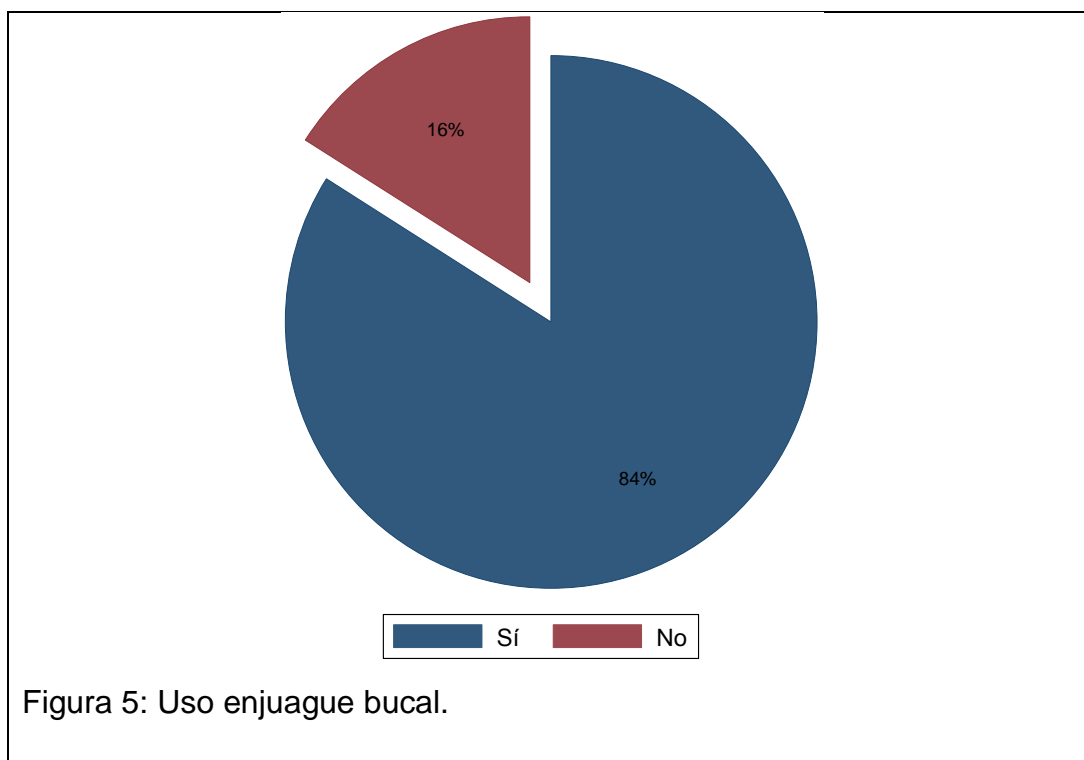
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	73	73,0	73,0	73,0
	NO	27	27,0	27,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



El enjuague bucal fue elegido con mayor frecuencia que el hilo dental con un 84% de aceptación frente al 73% del hilo dental.

Tabla 5: Uso enjuague bucal.

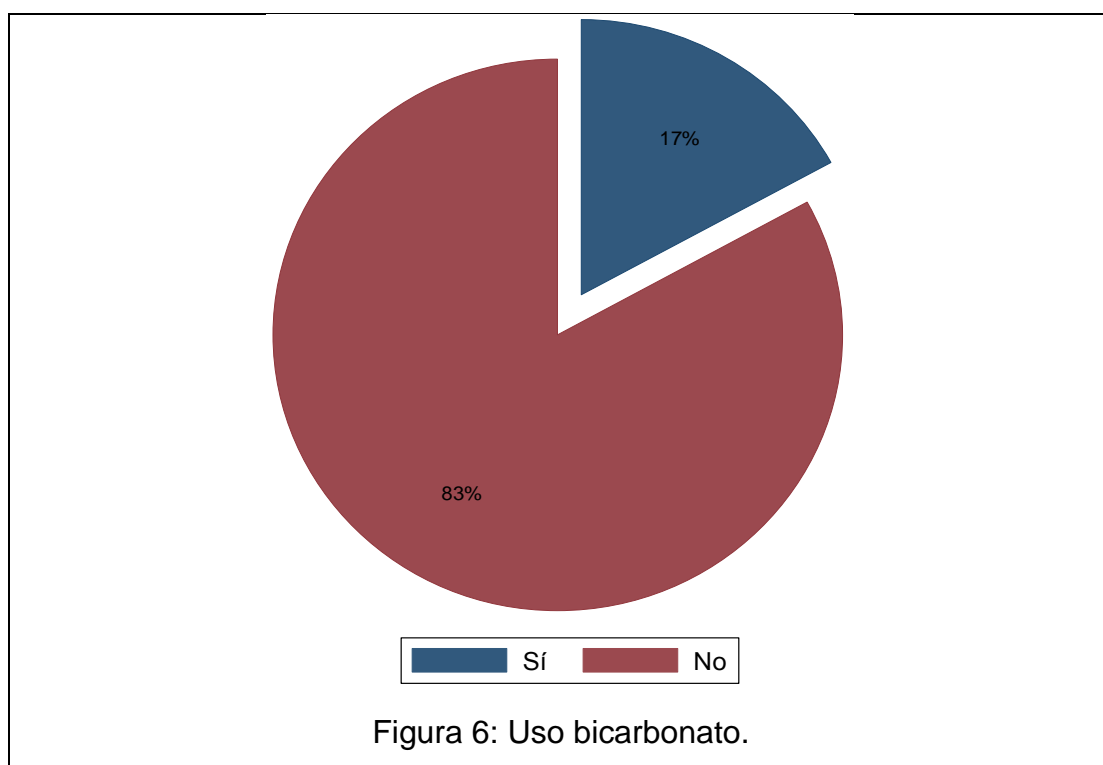
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	84	84,0	84,0	84,0
NO	16	16,0	16,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



A pesar de que el bicarbonato no es un elemento para el cuidado oral, el 17% de los encuestados lo marcó como tal.

Tabla 6: Uso bicarbonato.

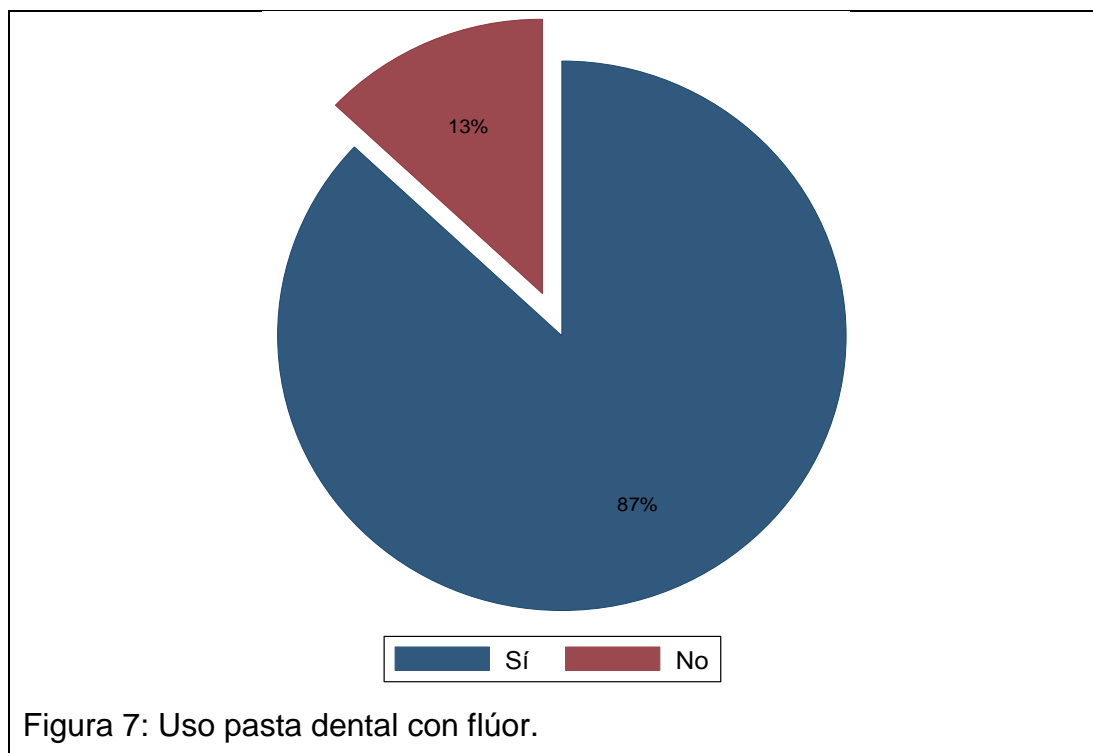
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	17	17,0	17,0	17,0
	NO	83	83,0	83,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



La pasta dental con flúor, elemento esencial en la higienización bucal, obtuvo un 87% de respuestas positivas.

Tabla 7: Uso pasta dental con flúor.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	87	87,0	87,0	87,0
	NO	13	13,0	13,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



El 68% de las personas acertaron al creer necesario un control de alimentos como parte de la rutina de higiene frente al restante 32%.

Tabla 8: Control de alimentos que se ingieren.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	68	68,0	68,0	68,0
NO	32	32,0	32,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

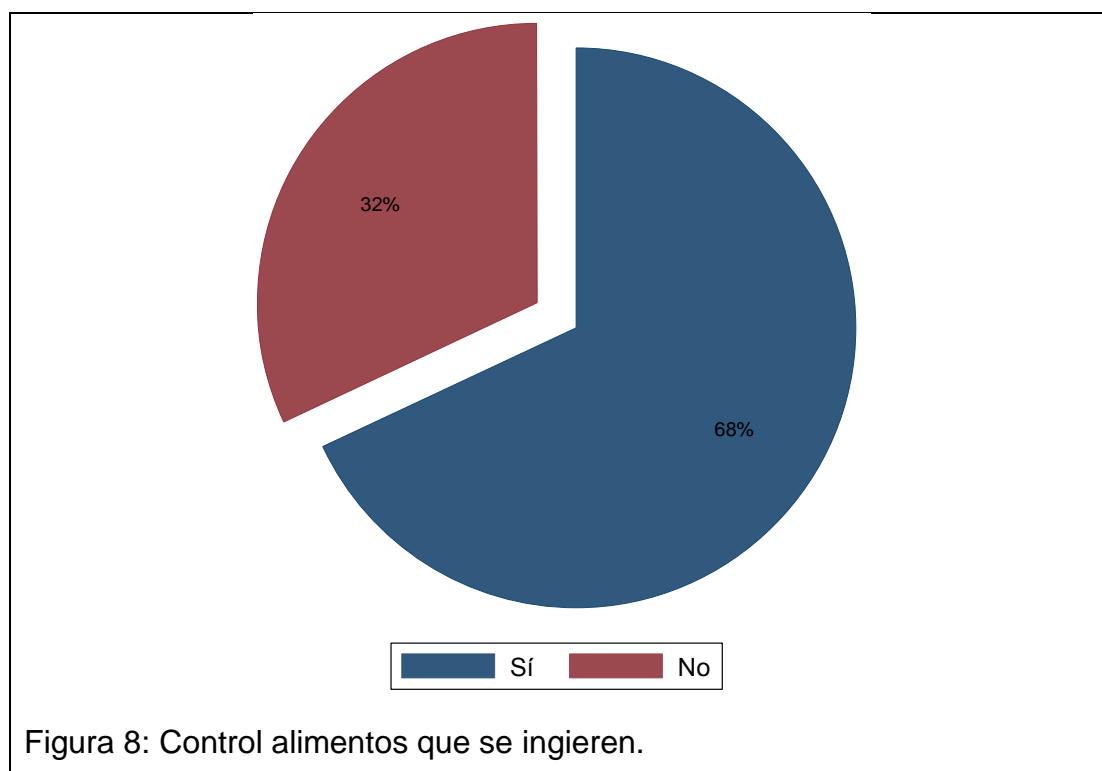


Figura 8: Control alimentos que se ingieren.

Un 26% de los encuestados creyó posible y necesario eliminar los azúcares de la dieta, frente al 74% que respondió negativamente.

Tabla 9: Eliminación de azúcares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	26	26,0	26,0	26,0
	NO	74	74,0	74,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

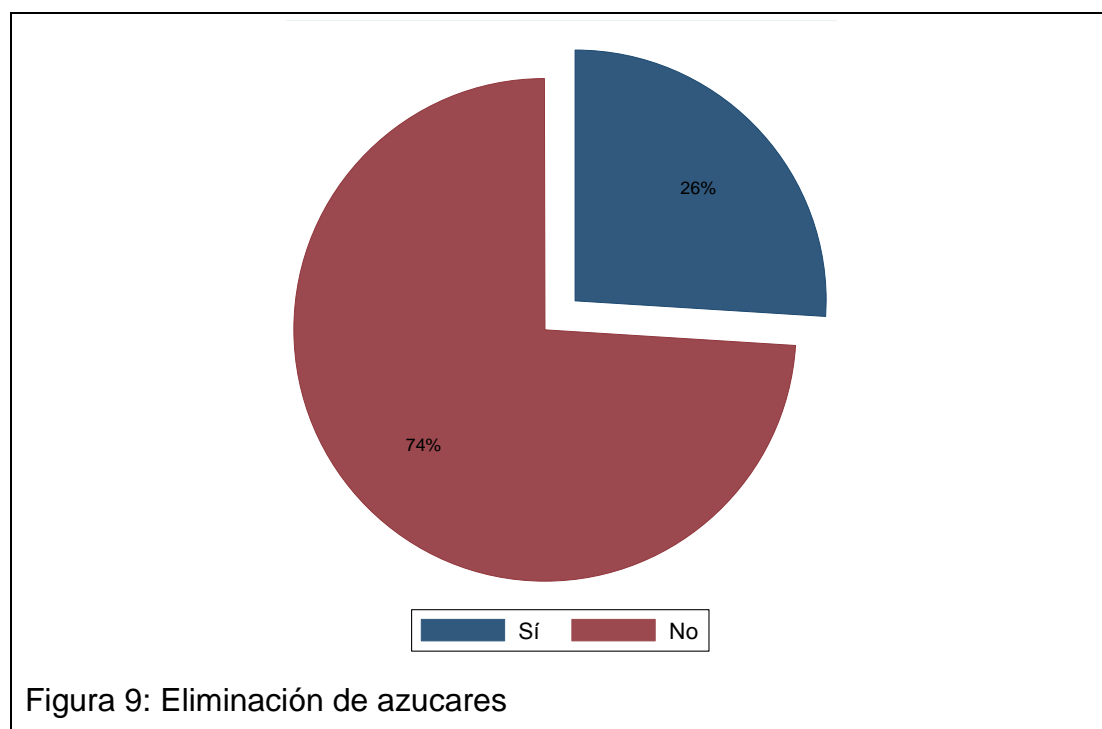
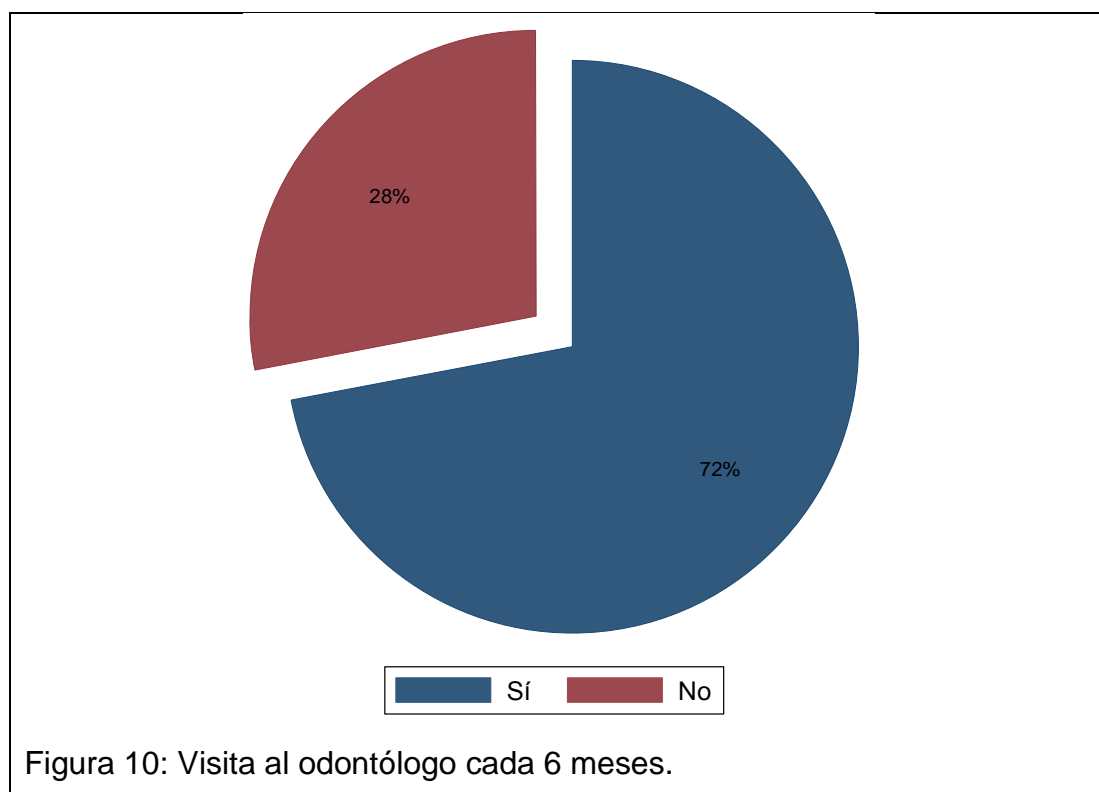


Figura 9: Eliminación de azúcares

Como mínimo se debe acudir al odontólogo 2 veces al año, sin embargo el 28% no lo consideró como hábito adecuado.

Tabla 10: Visita al odontólogo cada 6 meses.

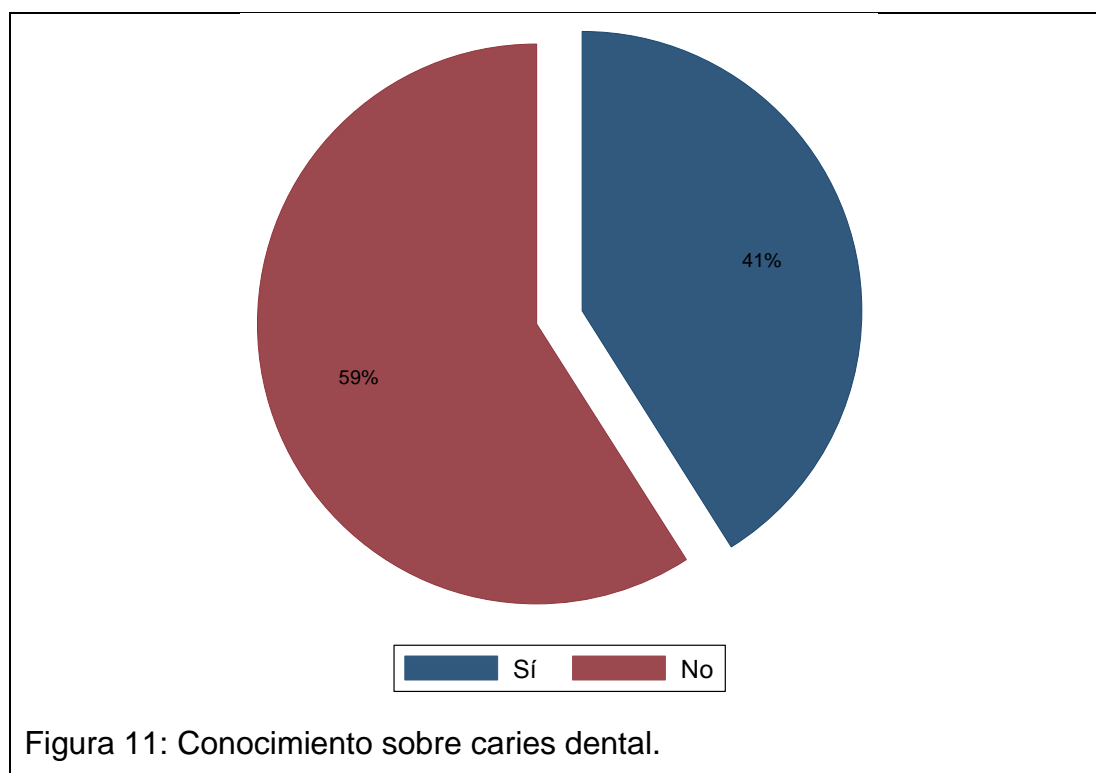
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	72	72,0	72,0	72,0
NO	28	28,0	28,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



Solo un 41% de las personas conocía sobre la condición infecto-contagiosa de la caries dental.

Tabla 11: Conocimiento sobre la caires dental.

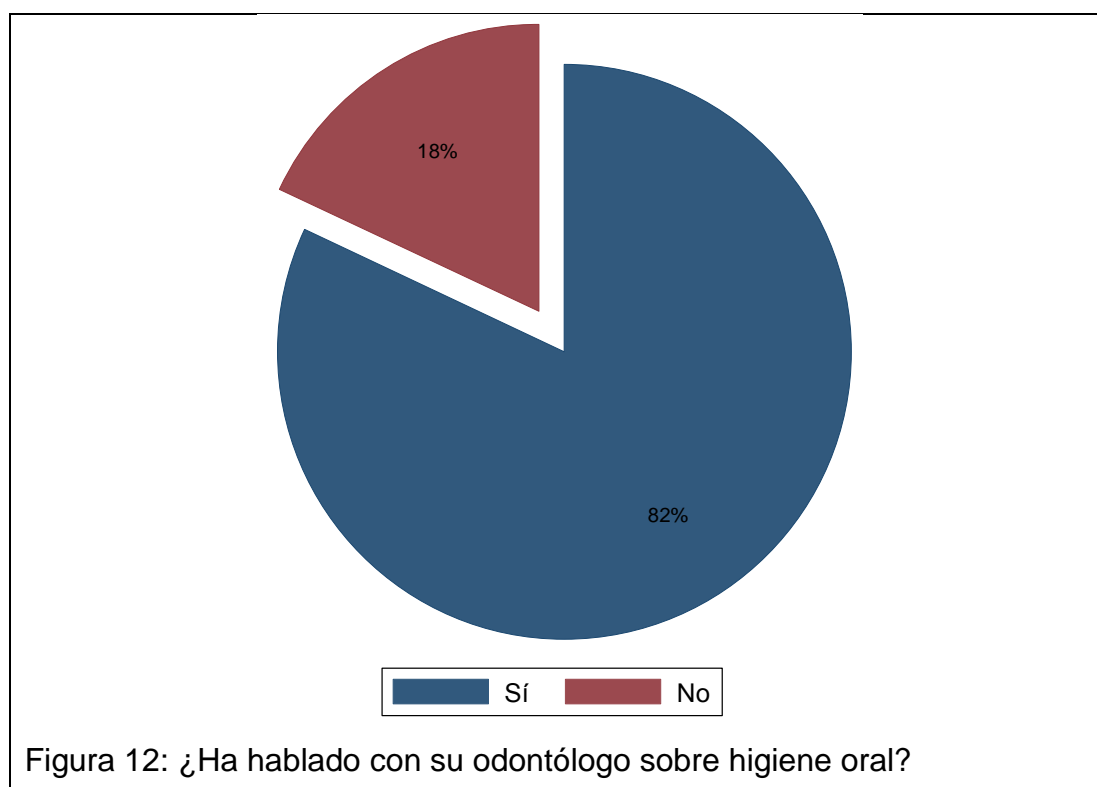
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	41	41,0	41,0	41,0
NO	59	59,0	59,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



Un 18% no ha conversado con su odontólogo sobre el cuidado oral.

Tabla 12: ¿Ha hablado con su odontólogo sobre higiene oral?

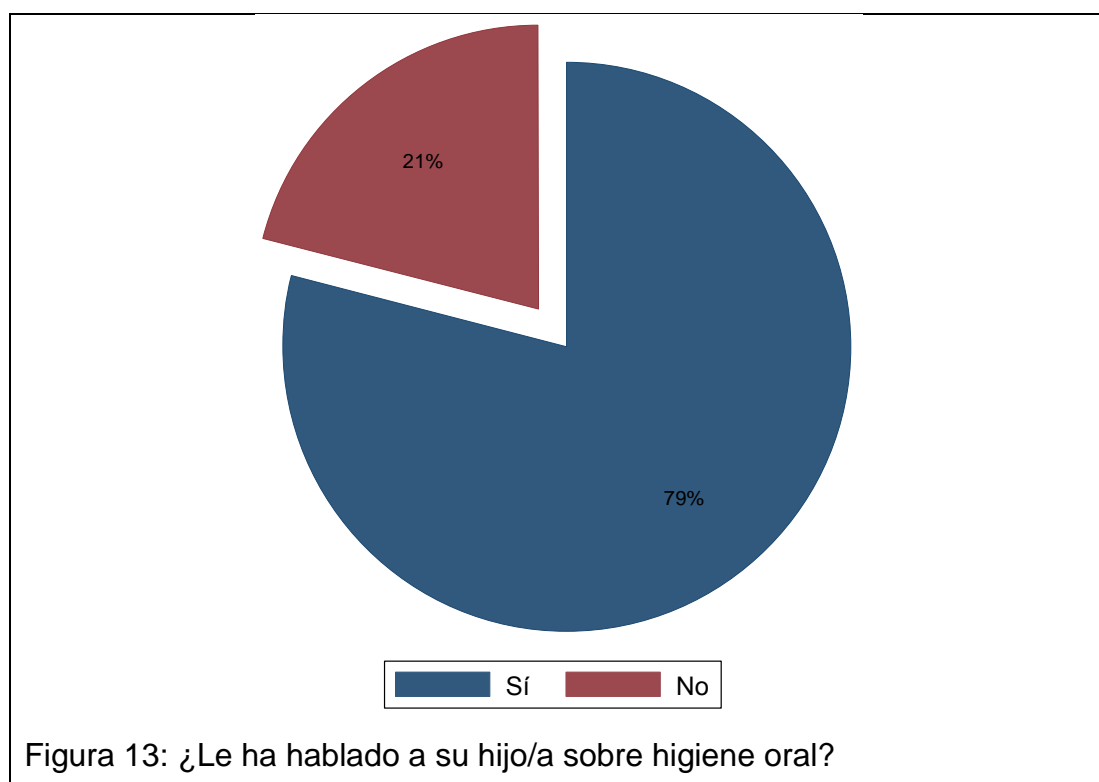
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	82	82,0	82,0	82,0
	NO	18	18,0	18,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



El 79% de los padres les han hablado a sus hijos sobre la higiene bucal.

Tabla 13: ¿Le ha hablado Ud. A su hijo sobre higiene oral?

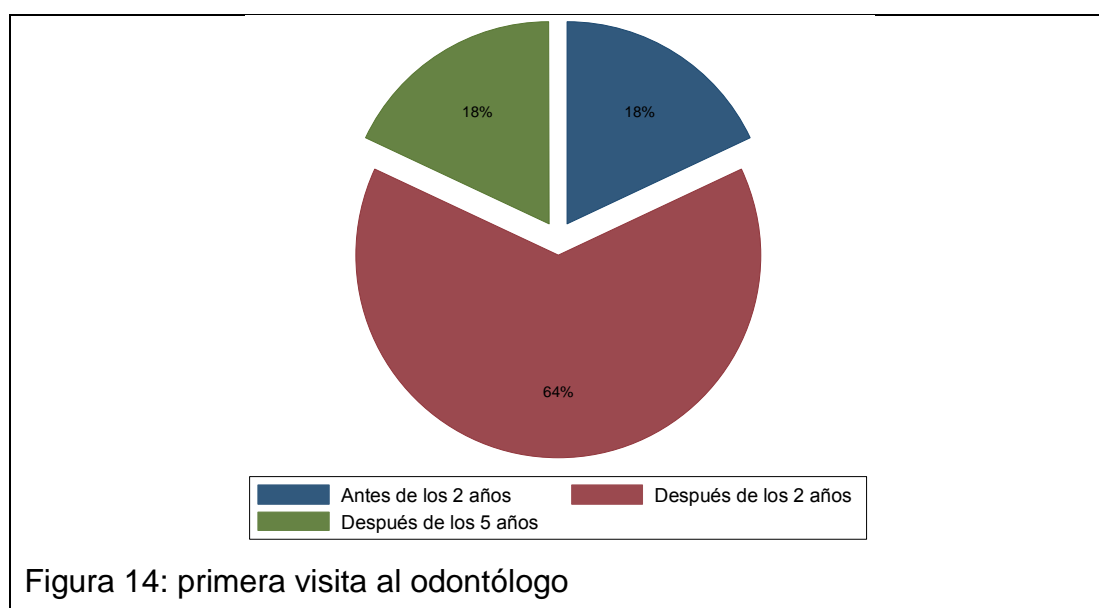
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	79	79,0	79,0	79,0
	NO	21	21,0	21,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



Solo el 18% han llevado a sus hijos al odontólogo antes de los 2 años de edad, cuando esta cifra debería ser mucho mayor, el 64% después de los 2 años, y un 18% han llevado a sus hijos después de los 5 años.

Tabla 14: Primera visita al odontólogo

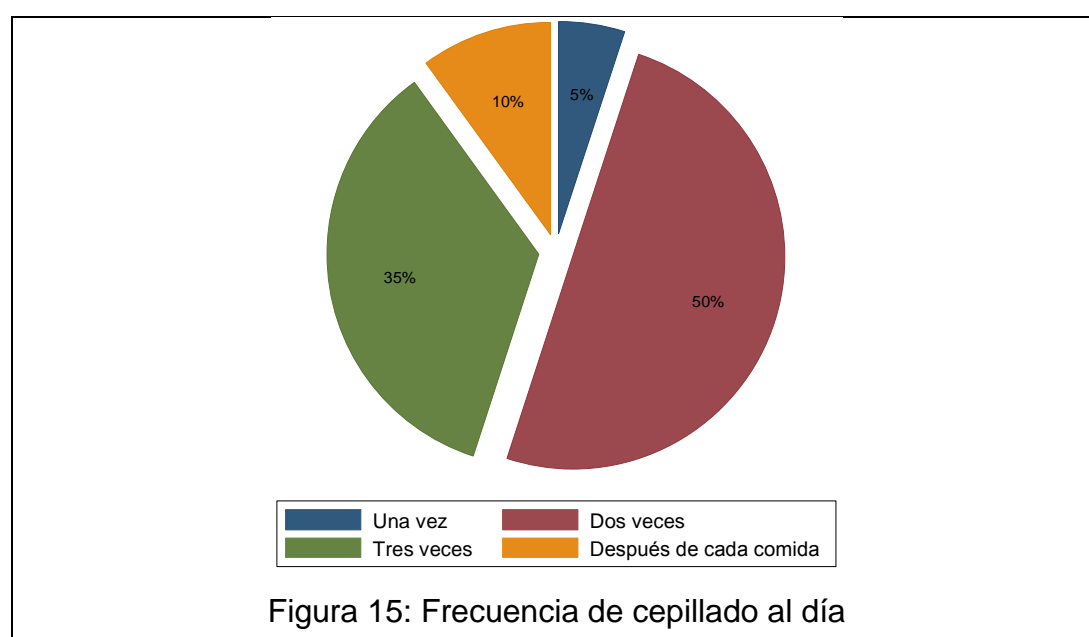
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido ANTES DE 2 AÑOS	18	18,0	18,0	18,0
DESPUÉS DE 2 AÑOS	64	64,0	64,0	82,0
DESPUÉS DE 5 AÑOS	18	18,0	18,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



Un 5% de los padres cepillan sus dientes una sola vez al día. El 50% de los encuestados lo hacen 2 veces al día. El 35% aseguró cepillar sus dientes 3 veces al día y solo un 10% cepilla sus dientes después de cada comida.

Tabla 15: Frecuencia de cepillado al día.

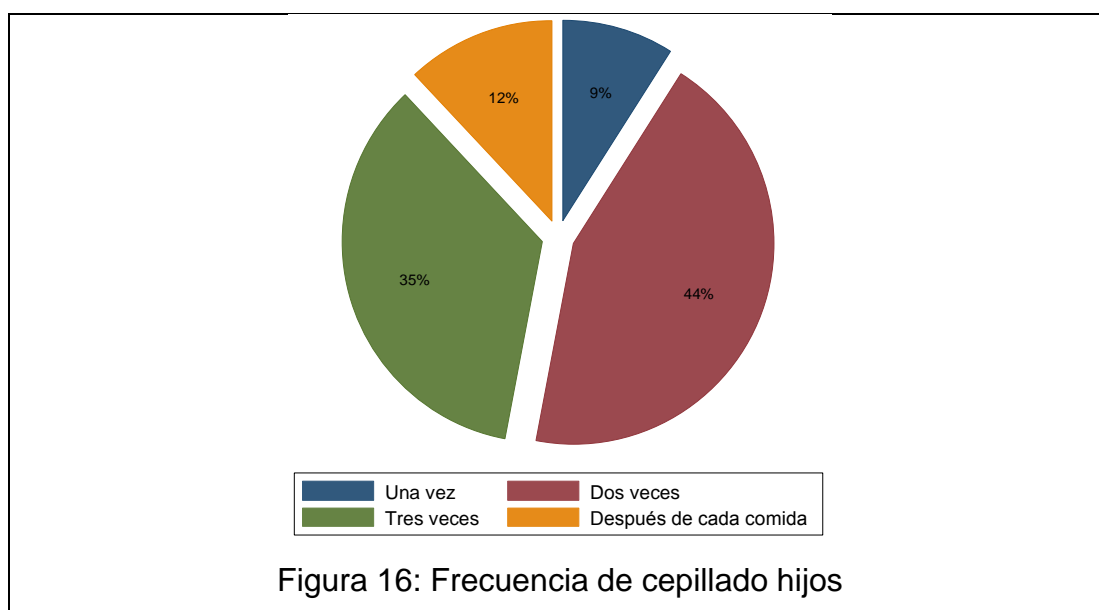
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1 VEZ	5	5,0	5,0	5,0
2 VECES	50	50,0	50,0	55,0
3 VECES	35	35,0	35,0	90,0
DESPUÉS DE CADA COMIDA	10	10,0	10,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



El 9% de padres afirmo que sus hijos cepillan sus dientes una sola vez al día, el 44% dijo que lo realizan 2 veces al día, el 35% aseguro que sus hijos lo hacen 3 veces al día y solo un 12% cepilla sus dientes después de cada ingesta de alimentos.

Tabla 16: Frecuencia cepillado su hijo/hija al día.

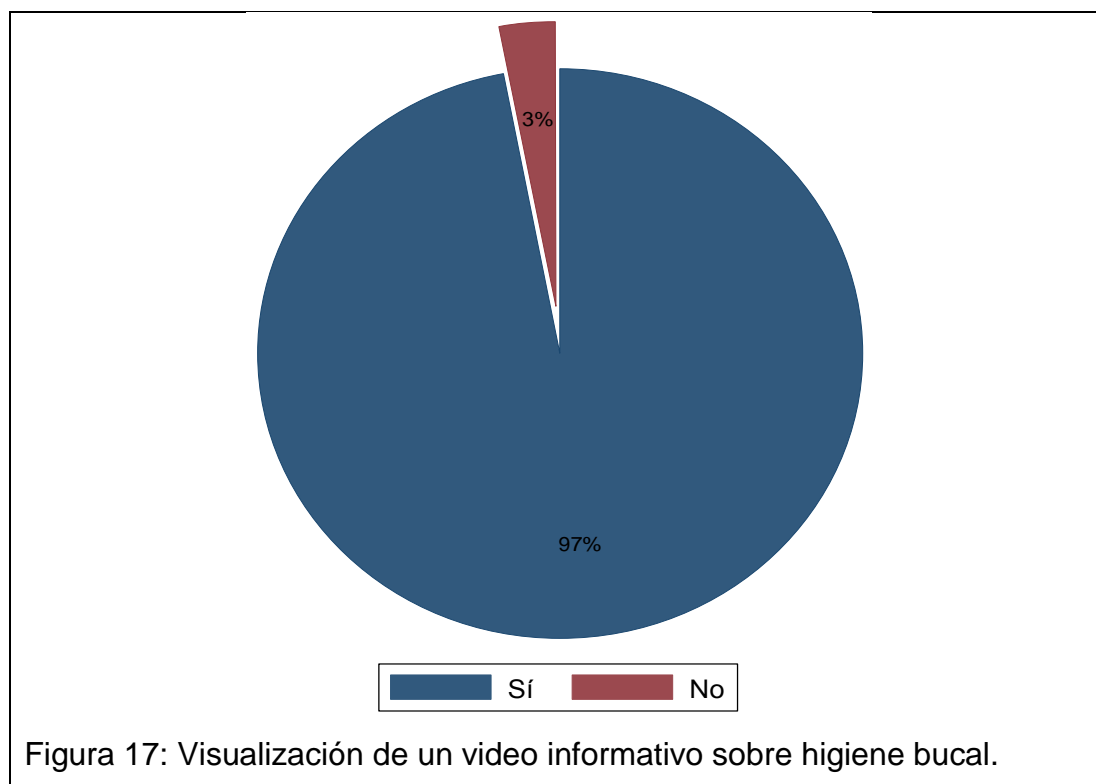
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1 VEZ	9	9,0	9,0	9,0
2 VECES	44	44,0	44,0	53,0
3 VECES	35	35,0	35,0	88,0
DESPUÉS DE CADA COMIDA	12	12,0	12,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



La idea de mejorar la higiene bucal de los niños mediante un video tuvo una aceptación de 97%.

Tabla 17: visualización de un video informativo sobre higiene bucal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	97	97,0	97,0	97,0
NO	3	3,0	3,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



6. CAPITULO VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según el estudio de (Casals-Peidró, 2005) *Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta de España*, la población evaluada, a pesar de haber mejorado, no tiene los hábitos deseados aceptables como debería, por lo tanto no hay un nivel de salud oral adecuado. No existe el conocimiento por falta de información e instrucción sobre el tema, las personas no realizan una rutina de higiene bucal, la realizan mal o no la realizan con los elementos necesarios y durante el periodo de tiempo que deberían. Los datos para este estudio se obtuvieron por medio de encuestas sobre la higiene oral, datos de venta de productos orales y epidemiología de enfermedades buco-dentales. Se dividió en 2 grupos niños y adultos y gracias a programas de intervención y prevención en escuelas y colegios, los resultados en niños son mejores que en la población adulta, aun así no llega al ideal.

En este estudio se tomó solamente datos de padres de pacientes pediátricos, se realizó una encuesta para medir el nivel de conocimiento. Los resultados que obtuvimos tan solo en conocimiento sobre hábitos adecuados de higiene bucal el 76% aseguraba conocerlos con exactitud.

Entre estos incluimos el cepillado dental 3 veces o después de cada comida, uso de hilo dental, uso de enjuagues bucales, pasta dental con flúor, control en la alimentación y si visita al odontólogo cada 6 meses. En el estudio de E. Casals-Peidró solamente se preguntó si el cepillado era diario, una vez o más de una vez al día. Esto en cuanto a la rutina de higiene dental diaria. En la encuesta también se preguntó sobre la caries dental, si tenían conocimiento que esta era una enfermedad infecto contagiosa, o le edad en la que llevaron por primera vez al niño al odontólogo. Finalmente se planteó la idea de mejorar la salud oral de los niños mediante un video informativo, a lo que el 97% de los encuestados respondió positivamente afirmando lo que se buscaba con el estudio, realizar un audiovisual educativo, buscando mejorar la salud bucodental del niño.

Los resultados del estudio de E. Casals-Peidrótambién concluyeron con que solo el 42.1% de padres supervisan a sus hijos en su rutina de higienización dental. (Casals-Peidró, 2005) Entre otros, el estudio mencionado abarca a varias ciudades y compara estudios existentes entre países, frente a el estudio realizado fue realizado solamente en 100 padres de pacientes que acudían al Centro Odontológico de la Universidad de las Américas.

La falta de información de los padres encuestados se refleja en la salud oral de sus hijos, más aun si un 18% asegura que llevaron a sus hijos al odontólogo por primera vez después de los 5 años. Esto puede afectar significativamente a la salud bucal de un niño, además solo el 72% piensa que visitar al odontólogo cada 6 meses es un hábito oral indispensable. Ambos estudios reflejan con estadísticas la principal razón de una higiene bucal pobre: falta de información.

En el estudio de (Ruiz & Cols, 2004) *modificación del nivel de conocimiento sobre la salud bucal en educandos de enseñanza primaria*, se realizó promoción a la salud llamada “Salud a pedir de boca”, para incrementar la información la sobre la salud oral en 68 alumnos de Santiago de Cuba. (Ruiz & Cols, 2004). El instrumento utilizado para la recolección de la información fue una encuesta previa a la intervención educativa, para poder conocer el nivel de conocimiento sobre el tema de los alumnos.

En el caso del estudio de (Cuartas & Cols, 2002) *Relación entre la percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos* evaluó en una población de estudio de 100 niños clasificados 50 niños en excelente estado de salud oral y 50 con alta experiencia de caries dental. El conocimiento y los hábitos de higiene oral de los padres. Los resultados mostraron una diferencia significativa entre los hábitos de higiene oral de los padres y el estado de salud oral de los niños, “mostrando padres de niños sanos clasificados con malos, regulares y buenos hábitos en un porcentaje de 10%, 68 % Y 22% respectivamente, mientras que con los niños enfermos se obtuvo 30%,52% Y 18% en la misma clasificación.” (Cuartas & Cols, 2002)

En el presente estudio se aplicó una técnica parecida, pero en padres de familia de los pacientes pediátricos para conocer su nivel de información sobre el tema, ya que se relaciona el nivel de conocimiento de los padres, más su higiene oral, y el de sus hijos, esto tiene relación en que si los padres están poco informados, los hijos también lo estarán igualmente si los padres no tienen una rutina de higiene oral apropiada sus hijos tampoco la llevarán de manera apropiada. Esto puede no darse en el 100% de los casos pero en su mayoría tiene una fuerte relación dado que los padres son los principales responsables de esta enseñanza a sus hijos desde edades tempranas.

6.1 CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento la higiene oral adecuada, de los padres de pacientes pediátricos encuestados, es deficiente, además que el número de veces de cepillado diario de sus hijos es baja y la información sobre la caries dental, factores que la causan y su colonización temprana en la boca del niño, sobre todo después de la ingesta de alimentos está lejos de lo ideal.
- Para la realización de un audiovisual informativo /educativo es necesaria la recopilación de información correcta y actualizada, resaltando lo más importante y pertinente para que el tiempo de duración no se prolongue y no se pierda la atención del espectador.
- Analizar cuidadosamente a la audiencia a la que va dirigida el audiovisual, para poder elegir correctamente los elementos que tendrá el video como son: el lenguaje, las imágenes, colores y tonos de voz. con esto se puede captar mejor la atención del espectador asegurando el envío del mensaje deseado.

6.2 RECOMENDACIONES

- El nivel de conocimiento de los encuestados sobre los hábitos de higienización oral de los encuestados antes de ver el audiovisual informativo no fue lo ideal, por lo que se recomienda realizar un estudio analítico después de la visualización del video informativo/educativo
- Al momento de recopilar toda la información, en este caso sobre la higiene bucal adecuada, se recomienda escoger cuidadosamente la información pertinente e imperante sin agregar elementos innecesarios que puedan confundir el mensaje que se desea transmitir.
- El audiovisual realizado está dirigido, no solo a niños sino también a sus padres para que éstos puedan emplear las herramientas aprendidas en casa después de visualizar el video, por lo que se recomienda que el lenguaje, imágenes sonidos y tonos de voz sean agradables y comprensibles para ambos espectadores.

REFERENCIAS

- Bordoni, N., & Cols. (2010). *La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires: Panamericana.
- Chioca, F., & Cols. (2013). Uso de sellantes de fosas y fisuras para la prevención de caries en población infanto-juvenil: Revisión metodológica de ensayos clínicos. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral vol.6* , 15-16.
- Estrada, J. D., & Calzadilla, A. R. (2001). Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. *Rev Cubana Estomatol v.38*, 1-2.
- Estrada, J. D., & Cols. (2006). Cries dental y ecología bucal. Aspectos importantes a considerar. *Revista Cubana de Estomatología*, 17-21.
- Figueiredo, L. R., & Cols. (1994). *Odontología para bebés*.
- Franquet, M., & Cols. (2009). Nutrición y alimentación en la infancia del siglo XXI. *ODONTOL PEDIÁTR (Madrid)*, 107-112.
- M. Arango, G. B. (2004). Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. *Revista Estomatológica Vol 12 No. 01*, 15- 20.
- M. Juarez, A. V. (2010). prevalencia de caries en escolares. *Revista de Investigacion clinica Vol.62*, 115-120.
- Madrid, C., & Cols. (2012). Carie du biberon: un cailloudans la chaussure de la sante. *Rev. Med Suisse*, 64-68.
- Martinez, S., & Cols. (2004). *Correlacion entre el estado nutricional y la condicion bucal de los niños*. Recuperado el 10 de abril de 2016, de UNNE: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2004/3-Medicina/M-053.pdf>
- Medina, C., & Cols. (2006). Desigualdades socioeconomicas en salud bucal: caries dental en niños. *Revista de Investigacion clínica*, 296-304.
- Molina, A., & Cols. (2008). Caries de Biberón. *Revista Clinica Médica*, 17-20.
- Organization., W. H. (1987). *Oral health surveys: Basic methods / Oral health surveys: Basic methods*. Geneva: HQ Library.

- Palomer, L. (2006). Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. *Revista chilena de pediatría*, 57-59.
- Pérez, N., & Cols. (2002). factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños. *Rev. Cubana de Estomatología*, 16.
- Podestá, M. E. (2013). *odontología para bebes*. Lima: DT Latin America No. 5.

ANEXOS

Presupuesto

RUBROS	VALOR
Materiales y Suministros	\$10
Costo videos	\$150
Subcontratos y servicios (Ej. Estadístico)	\$130
Recursos Bibliográficos y Formato	\$10
Entrega final de la tesis (borrador)	\$10
Total	\$310

3. ¿Ha hablado con su odontólogo sobre higiene bucal?

SI ____ NO ____

4. ¿Le ha hablado Ud. a su hijo sobre higiene bucal?

SI ____ NO ____

5. ¿Con qué frecuencia cepilla usted sus dientes al día?

6. ¿Con que frecuencia cepilla su hijo/hija sus dientes al día?

7. ¿Cree que al visualizar un video informativo le permita mejorar la higiene bucal de su hijo/hija?

SI ____ NO ____

Encuesta Muestra

Encuesta para tesis de grado.

A continuación lea con cuidado cada pregunta y marque con una X la opción que usted elija.

Género: _____

Estado Civil: _____

Cuantos hijos tiene: _____

8. ¿Sabe usted con exactitud cuáles son los hábitos de higiene oral adecuados?

SI ___ NO ___

9. Marque con una “x” todos los hábitos que Ud. considera adecuados:

- Cepillado 3 veces al día
- Cepillado después de cada comida
- Uso de hilo dental
- Uso de enjuague bucal
- Uso de bicarbonato
- Uso de pasta dental con flúor
- Control de alimentos que se ingieren
- Eliminar azúcares de la alimentación

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

10. ¿Sabía usted que la caries dental es infecto-contagiosa?

SI ___ NO ___

11. ¿Ha hablado con su odontólogo sobre higiene bucal?

SI ____ NO ____

12. ¿Le ha hablado Ud. a su hijo sobre higiene bucal?

SI ____ NO ____

13. ¿A que edad llevo a sus hijos al odontólogo por primera vez?

Antes de los 2 años ____ Después de los 2 años ____ Después de los 5 años ____

14. ¿Con qué frecuencia cepilla usted sus dientes al día?

15. ¿Con que frecuencia cepilla su hijo/hija sus dientes al día?

16. ¿Cree que al visualizar un video informativo le permita mejorar la higiene bucal de su hijo/hija?

SI ____ NO ____