

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS
GONZAGA DE ICA”
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**“FACTORES DE RIESGO DE LA HIGIENE
BUCAL EN ESCOLARES DE 12 AÑOS EN LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 22305 JULIO C.
TELLO DE ICA – PERÚ**

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR LOS BACHILLERES:

**HEREDIA BENAVIDES, OMAR ABDEL
QUIÑONES NUÑEZ, VICTOR HUGO
CHÁVEZ CHÁVEZ, RUTH ANGÉLICA**

**ASESOR:
DRA. JUANA ROSA, LA ROSA ZAPATA**

**ICA – PERU
2017**

A mis padres y en especial a mi madre, por su ejemplo de perseverancia con los objetivos. A mis hijas, que con su dulzura y amor, alimentaron en mí, las energías necesarias para alcanzar mis metas.

Omar Abdel Heredia Benavides

A mi padre, por sus enseñanzas y ejemplo profesional. A mi madre por su entrega y confianza. Y a mis maestros y amigos, por el apoyo incondicional de ellos.

Víctor Hugo Quiñones Nuñez

ÍNDICE

ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
INTRODUCCIÓN	viii
I. MARCO TEÓRICO	1
ANTECEDENTES.:	1
MARCO TEÓRICO:.....	49
MARCO CONCEPTUAL:.....	49
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	49
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	50
IMPORTANCIA.....	50
III. OBJETIVOS	51
OBJETIVO GENERAL	51
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	51
IV. METODOLOGÍA	51
TIPO Y NIVEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	51
4.1. TIPO DE INVESTIGACION:.....	51
4.2. NIVEL DE LA INVESTIGACION:.....	52
4.3. DISEÑO DE INVESTIGACION:.....	52
V. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION	53
5.4. RECURSOS HUMANOS.....	56
VI. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:	58
VII. PRESENTACION, INTERPRETACION Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	66
CONCLUSIONES	73
SUGERENCIAS O RECOMENDACIONES	74
ANEXOS	83

RESUMEN

Las evidencias en las recientes investigaciones revelan que hay factores que afectan algunos más que otros en la higiene oral por lo que planteamos el siguiente problema ¿Cuáles son los factor de riesgo de la higiene bucal en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015? La investigación lo realizamos con 157 alumnos,

El tipo de investigación fue Observacional, prospectivo, transversal, Nivel descriptivo y el Diseño epidemiológico. Descriptivo.

Para la contrastación de hipótesis, utilizamos el análisis de la razón de ventajas obteniendo los resultados siguientes:

1.- No es un factor de riesgo contar con el tiempo suficiente para cepillarse, contar con hilo dental, la masa corporal para la higiene bucal en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

2.- Es un factor de protección contar con un cepillo dental, el número de veces del cepillado dental para la higiene bucal en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

PALABRAS CLAVES: higiene bucal, riesgo.

SUMMARY

The evidence in recent research reveals that there are some factors that affect some more than others in oral hygiene so we raise the following problem What are the risk factors of oral hygiene in school children aged 12 years in educational institution No. 22305 July C. Tello Ica-Peru 2015? The research was carried out with 157 students,

The type of research was Observational, Prospective, Transverse, Descriptive Level and Epidemiological Design. Descriptive.

To test hypotheses, we use the analysis of the ratio of advantages obtaining the following results:

1.- It is not a risk factor to have enough time to brush, floss, body mass for oral hygiene in 12 year old school children in educational institution No. 22305 July C. Tello Ica-Peru 2015.

2.- It is a protection factor to have a toothbrush, the number of times dental brushing for oral hygiene in schoolchildren aged 12 years in educational institution No. 22305 July C. Tello Ica-Peru 2015.

KEY WORDS: oral hygiene, risk.

“Factores de riesgo de la higiene bucal en escolares de
12 años en la institución educativa N° 22305 Julio C.
Tello Ica-Peru 2015”

INTRODUCCIÓN

Las bacterias, dieta moderna y el tiempo sin limpieza de la cavidad oral hacen que los dientes se destruyan o se pierdan. En estos últimos tiempos se está investigando que la mala higiene dental contribuye a una serie de situaciones graves que no esperábamos como por ejemplo enfermedades del corazón, derrame cerebral, demencia y posiblemente el cáncer.

Casi la totalidad de alimentos que consumimos contienen azúcares y de este producto se alimentan las bacterias especialmente cuando no se remueve este sustrato. Logrando que se calcifique haciendo que sea imposible que se pueda remover excepto por el profesional.

Por lo que incursionamos en desarrollar esta tesis en un nivel relacional y tratar de lograr cuál de estas variables que a continuación detallamos hace posible alterar más la higiene bucal:

Tienes Tiempo para cepillarte, Edad en que comenzaste a cepillar, Tienes cepillo, Quien te enseñó a cepillarte, Usas pasta dental, Usas hilo dental, tiempo sin cepillarse y Cuantas veces te cepillas los dientes.

I. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES.:

Se evaluó la prevalencia y los factores de riesgo para el desarrollo de las lesiones cervicales no cariosas (NCCLS) en niños que asisten a las necesidades especiales de las escuelas en la India. Los participantes fueron 395 niños de entre 12 -15 años con discapacidad en el aprendizaje, la comunicación, la función física, y / o desarrollo. Se diseñó un cuestionario con el fin de recoger información sobre las características sociodemográficas, prácticas de higiene oral, hábitos dietéticos, y los factores de riesgo para la NCCLS. La prueba de chi-cuadrado, el análisis bivariado, y el análisis de regresión logística se utilizaron para analizar los datos. Presencia de NCCLS se asoció con el uso de polvo de dientes u otros materiales para la limpieza de los dientes, el uso de cepillos de dientes más fuertes, el uso de una técnica de exfoliación horizontal para el cepillado dental, el consumo de una dieta vegetariana, y un mayor consumo de limón. La prevalencia global de NCCLS fue 22,7%. La mayoría de las lesiones involucrados pérdida mínima de contorno o defectos <1 mm de profundidad. La prevalencia de lesiones cervicales no cariosas fue ligeramente superior a la media mundial. Las políticas eficaces deben desarrollarse para las necesidades del cuidado bucal de la salud entre los niños que asisten a las escuelas especiales. ⁽¹⁾

Este estudio transversal se llevó a cabo para evaluar la prevalencia y severidad de la erosión dental y determinar los posibles factores de riesgo de erosión dental entre los 11 a 14 años de edad de la escuela de niños en el sur de India. El tamaño total de la muestra para el estudio fue de 605, de los cuales 303 escolares los niños eran de escuelas particulares y 302 de escuelas públicos. Se diseñó un cuestionario para registrar la información sobre las características socio-demográficas, de prácticas de higiene oral, hábitos dietéticos y los factores de riesgo para la erosión dental. Prueba de Chi cuadrado, análisis bivariante y análisis de regresión logística se realizaron para analizar los datos. Los niños que consumen

limón varias veces al día (OR = 13,41, $p < 0,001$), y los que preferían las bebidas carbonatadas (OR = 2,80; $p = 0,007$) tenían una mayor tendencia a desarrollar la erosión dental. La prevalencia global de la erosión dental se encontró que era baja (8,9%). La erosión se encontró que era mayor en los dientes posteriores (65,6%) que los dientes anteriores (34,4%). Se observó pérdida de esmalte solamente con pérdida del contorno de la superficie en la mayoría (94,8%) de los casos. La prevalencia de la erosión dental se encuentra baja en la escuela los niños. En las escuelas privadas los niños se vieron afectados más por la erosión dental. Frecuencia de consumo de limón y el consumo de bebidas carbonatadas fueron identificados como factores de riesgo.⁽²⁾

Lesiones cervicales no cariosas (NCCLS) se encuentran a menudo en la práctica clínica y su etiología se atribuye al cepillo de dientes a la abrasión, la erosión y la flexión de los dientes. Este trabajo tiene como objetivo determinar la prevalencia y severidad de la NCCLS en una muestra de pacientes que acuden a una clínica universitaria en Trinidad y para investigar la relación con los historiales médicos y prácticas dentales de higiene bucal, hábitos dietéticos y la oclusión. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario y examen clínico. La odds ratio se utilizan para determinar la asociación entre la presencia de lesiones y los factores examinados. Ciento cincuenta y seis pacientes con una edad media de 40,6 años fueron examinados de los cuales 62,2% tenían una o más NCCLS. Cuarenta y cinco por ciento de las lesiones fueron sensibles al aire comprimido. Los grupos de edad más jóvenes tenían una correlación significativamente menor con la presencia de NCCLS que los grupos de mayor edad. Otros importantes factores incluyeron pacientes que informaron la acidez estomacal, reflujo gástrico, dolores de cabeza, el bruxismo, los dientes sensibles y la natación o tenían un historial de restauraciones rotas en el último año. También hubo correlación significativa de NCCLS en pacientes que rozaban más de una vez al día o utilizan un medio o cepillo de dientes duro. Los pacientes con dietas vegetarianas y aquellos que reportaron consumir cítricos, bebidas gaseosas, el alcohol, el yogur y las bebidas de la vitamina C se asociaron con la presencia de lesiones. Asociaciones significativas también fueron

encontradas en pacientes con función de grupo, facetado, articulaciones haciendo clic o los que usaba férulas oclusales. ⁽³⁾

La erosión dental se sitúa actualmente como un gran reto para el estudio clínico, sobre el diagnóstico, la identificación de los factores etiológicos, la prevención y la ejecución de un tratamiento adecuado. Para evaluar la prevalencia, gravedad y factores asociados sobre la erosión dental en 11-16- años de edad. Un estudio transversal se llevó a cabo entre 2000 escolares los niños que fueron seleccionados al azar. Un cuestionario fue entregado a los niños que incluyeron datos demográficos personales y hábito de consumir alimentos y bebidas ácidas. Se utilizó un índice específico de la erosión dental dada por O Sullivan para evaluar cada diente afectado. Los valores fueron sometidos a la prueba de chi-cuadrado y análisis de regresión logística multivariante. La prevalencia de la erosión dental se encontró que era 1,4%. Las mujeres (1,6%) fueron ligeramente más afectadas que los hombres (1,3%). Escolares públicos se encontraron niños (2,1%) a ser afectados un poco más que los niños privados (0,7%). Prueba de Chi cuadrado mostró asociación significativa entre el tipo de escuela y la prevalencia de la erosión ($p = 0,015$). Dientes más comúnmente afectados fueron incisivo lateral (59,72%). La prevalencia de la erosión dental se encontró que era baja en comparación con diversos estudios realizados en todo el mundo. ⁽⁴⁾

Para evaluar la frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos, prácticas de higiene oral y conocimientos sobre la salud dental entre el saudi masculino primario de la escuela los niños en relación con el socio-demográficos y de encontrar los posibles predictores de la caries dental entre ellos. El estudio descriptivo transversal incluyó 1.115 masculina Arabia seleccionados por muestreo aleatorio de varias etapas a partir de 18 escuelas públicas primarias. Los sujetos fueron entrevistados por finalizadas recopilaciones de datos cuestionario cerrado con respecto al consumo de frecuencia de algunos alimentos cariogénicos, prácticas de higiene oral y conocimientos sobre la salud dental. Los estudiantes se presentaron al examen dental para detectar la lesión de caries clínicamente evidente. El diente cariado clínicamente fue diagnosticado en el 68,9% de los niños incluidos, más en los estudiantes urbanos y

jóvenes .Caries afectados los sujetos consumen alimentos cariogénicos en mayor frecuencia en comparación con los niños libres de caries. Sólo el 24,5% de los estudiantes cepilló los dientes dos veces o más al día, y el 29% de ellos nunca recibió instrucciones respecto de prácticas de higiene oral. Miswak como una alternativa y / o método adicional de limpieza dental fue utilizado por 44,6%. El análisis de regresión logística por pasos reveló que las condiciones de trabajo maternas, las familias numerosas y pobres prácticas de higiene oral fueron los principales predictores de la caries dental entre los comprendidos en la escuela de niños. Las pobres prácticas de higiene oral, la falta de orientación de los padres y el conocimiento de la salud dental apropiada con la exposición frecuente a los alimentos cariogénicos, además de socio-demográficos son los principales factores de riesgo para la caries dental entre los estudiantes encuestados. ⁽⁵⁾

Óptimas prácticas de higiene oral son fundamentales para lograr una buena salud dental y gingival. El propósito de este estudio fue determinar la salud gingival y la higiene oral, de los escolares de la región noroeste de Camerún. Esta encuesta transversal entre 12 -13 años escolares rurales y urbanos de edad en la región noroeste de Camerún se llevó a cabo entre marzo y noviembre de 2010. Un total de 2295 alumnos fueron entrevistados, pero sólo 2.287 de ellos tenía examen orales que da un índice de participación del 99,7%. Fuera de 2287 escolares niños examinados, 1676 (73,3%) tenían encía normal, mientras que el 26,7% tenían gingivitis de diversa gravedad. La gingivitis se encontró significativamente más en los habitantes rurales ($P = 0,001$). En términos de la severidad de la gingivitis registrado, gingivitis leve constituido 549 (89,9%), gingivitis moderada 49 (8,0%) y la gingivitis severa 13 (2,1%). El 1929 la mayoría (85,4%) de los participantes habían recibido instrucción sobre cómo cuidar sus dientes y la fuente predominante de esta instrucción era de sus padres. Limpieza de los dientes irregulares fueron marcados 1.137 (49,7%) entre los niños. Los materiales de limpieza dominantes de los dientes fueron cepillo de dientes y pasta de dientes. Otra ayuda de la higiene oral utilizado por los participantes incluyen la seda dental-25 (1,1%), se adhieren-759 (33,6%), hilo dental-25 (1,1%) y

otros agentes no ortodoxas. Las razones de la limpieza de los dientes entre los participantes en orden descendente fueron para hacer los dientes limpios, para evitar la halitosis, para hacer los dientes más fuertes, para prevenir las enfermedades dentales. La prevalencia de la gingivitis en los escolares de Camerún en la región noroeste fue 26,7% con el ser de mayoritaria categoría la gingivitis leve. Los padres, los profesionales de la odontología y los maestros eran las principales fuentes de la instrucción sobre los cuidados orales. ⁽⁶⁾

Para investigar la higiene oral la práctica, la prevalencia de la placa dental, gingivitis y sarro entre los 12 años de edad, los escolares sudaneses en la provincia de Jartum, y correlacionar lo anterior con el género y el nivel educativo de los padres. Un total de 636 niños de 12 años de edad, cuyos padres concedido el permiso, se examinaron de escuelas públicos y privados en diferentes ubicaciones geográficas que representan diferentes clases socioeconómicas en la provincia de Jartum. Las variables de este estudio habían sido recogidas por un único examinador mediante un cuestionario entrevista directa y el examen clínico con los índices apropiados. La fiabilidad intraexaminador era (Alpha = 0,9321). El cepillado regular en el 92,3%, irregular en 6,9% y el no cepillado en el 0,8% de todos los niños. La frecuencia de cepillado fue 81,4% una vez, 16,4% dos veces y 1,4% más de dos veces al día. Para todos los niños, el 93,1% utiliza el cepillo de dientes, mientras que el 3,9% utiliza un Miswak. En cuanto a la técnica de cepillado, 14,3% cepillado en vertical, el 82,7% cepillado horizontal y sólo el 2% cepillado de forma circular. Se encontró que sólo el 5,2% utiliza otros medios de higiene bucal (hilo dental y palillo de dientes) para limpiar los dientes. Los resultados mostraron una alta correlación entre la higiene oral prácticas de los niños y la educación de ambos padres (P = 0,001), así como el sexo (p = 0,001). La media de índice de placa era (0.888), índice gingival fue (0,686) y el índice de cálculo era (0.107). En toda la muestra se encontraron que estos índices difieren significativamente con el sexo (p = 0,000), la educación de los padres (P = 0,000) y la práctica de cepillado (P = 0,000). Se recomendó que, el asesoramiento intensivo y supervisión en relación con las prácticas higiene oral a través de la escuela pública y de

atención médica es obligatoria. Otros estudios para las zonas rurales y urbanas de diferentes grupos de edad se deben hacer las comparaciones.
(7)

El propósito de este estudio fue obtener datos sobre las prácticas de higiene bucal, el estado de la higiene bucal y la salud periodontal entre las escuelas públicas de niños en Nairobi. El grupo de estudio consistió en 513 niños, 262 de entre 6-8 años y 251 mayores de 13-15 años. Los niños eran de 6 escuelas seleccionadas al azar entre los 154 de las escuelas primarias públicas de la ciudad. El examen clínico se llevó a cabo en una habitación con luz natural, utilizando la OMS (1980) criterios. Aunque la mayoría de los niños informaron el hábito de cepillado en las escuelas, el 75% de las superficies de los dientes índice en el más joven y el 55% en el grupo de mayor edad tenía placa visible. En ambos grupos de edad el 25% de los sitios de índice tenía gingivitis. Cantidades moderadas de cálculo se registraron entre los niños mayores. Sólo dos niños tenían bolsas periodontales mayores o iguales a 4 mm. No hubo diferencia estadísticamente significativa (p mayor que 0,05) entre machos y hembras grabadas con placa y la gingivitis en el grupo de edad más joven. En el grupo de mayor edad, sin embargo, una proporción significativamente mayor de los varones (p menor que 0,05) se registró con la placa y la gingivitis. La higiene oral práctica y el estado de la higiene bucal eran más pobres entre los niños de bajos que de nivel socioeconómico alto. Se recomienda la provisión de educación para la salud dental de los niños en Nairobi. (8)

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre el estatus socioeconómico y la higiene bucal, enfermedad gingival y la caries dental entre los 12 - a los niños de 15 años de edad. Los niños pobres de nivel socioeconómico bajo a moderado ($n = 674$) que asisten 10 escuelas públicas fueron escogidos al azar de cada una de las cinco áreas geográficas en Irbid, Jordania. Los niños ricos de nivel socioeconómico alto ($n = 347$) que asisten a 10 escuelas privadas también fueron incluidos. Los escolares fueron examinados para la higiene bucal, enfermedad gingival y la caries dental. Proporciones significativamente mayores de niños que asisten a escuelas públicas habían sangrado al

cepillado y cálculo. La media de las puntuaciones de placa y gingival fueron más altos en los niños de escuelas públicas que en los niños de escuelas privadas, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. Los niños de escuelas públicas tenían mayores puntuaciones generales para caridos, perdidos, o dientes y superficies llenas, así como altas calificaciones de los dientes y las superficies con caries, pero no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Sin embargo, los niños que asisten a escuelas privadas tenían dientes y superficies significativamente más que faltan y llenos. Los resultados para la higiene bucal, el estado gingival y la caries dental fueron peores, pero no significativamente peor, entre los niños pobres de lo que eran en los niños ricos. Por lo tanto, se recomienda la educación para la salud dental para ambos grupos socioeconómicos. ⁽⁹⁾

Educación para la salud en la escuela infantil es un campo especializado dentro de la amplia disciplina de la educación. Programa de educación sanitaria son aspectos educativos de cualquier actividad de salud curativa, preventiva y promocional. El estudio se ha llevado a cabo para evaluar el impacto de la vía oral educación sanitaria sobre el estado de la placa, la salud gingival y la caries dental entre los 12 y 15 años de edad los niños que asisten a escuelas del gobierno en la ciudad de Shimla. Doscientos setenta y seis escolares niños participaron en el estudio. El estudio se llevó a cabo durante un período de 4 meses a partir de mayo 2010 a agosto 2010 en el Gobierno Senior Secondary School, Sanjauli. La placa, estado gingival y caries se evaluó mediante el uso de Silness y Loe índice de placa, Loe y Silness índice gingival y la OMS modificado índice CPOD, respectivamente. Los datos fueron analizados utilizando el software SPSS versión 15. Prueba t pareada y Wilcoxon rango suma de prueba se utilizaron adecuadamente para las comparaciones estadísticas. Valor de $p \leq 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo. Significaría general índice de placa y la puntuación gingival disminuyó significativamente después independientemente de la educación para la salud del género. Sin embargo, la disminución de índice de placa entre los 15 años de edad las niñas y las puntuaciones gingivales entre 12 y 15 años sujetos femeninos de edad no fue significativa. La diferencia en el

estado de caries medias fue estadísticamente insignificante entre todos los sujetos. A corto plazo programas de educación oral para la salud puede ser útil en la mejora de la higiene bucal y la salud gingival. Esfuerzos de coordinación deben ser mejorados entre escolares, personal, padres y profesionales de la salud para asegurar beneficios a largo plazo de este tipo de programa. ⁽¹⁰⁾

Para evaluar la prevalencia de caries, las necesidades de tratamiento y estado de salud gingival entre los escolares niños en Sana'a City y examinar cómo éstos se ven afectados por la edad, el género y masticar khat. 1489 niños (de 6 a 14 años de edad) fueron seleccionados al azar de 27 escuelas que representan los nueve distritos de Sana'a City. La caries dental y necesidades de tratamiento se evaluaron utilizando estándares de la OMS oral, métodos de encuesta. El índice de placa (IP), el índice de cálculo (CI) y el índice gingival (IG), grabado en los seis dientes de Ramfjord, se utilizaron para evaluar el estado de salud gingival. 4,1% de los sujetos del estudio eran libres de caries. Prevalencia de éstos fue significativamente mayor entre los varones. En general, dmfs medias, ceod, las puntuaciones CPOS y CPOD fueron 8,45, 4,16, 3,59 y 2,25 respectivamente. El componente cariado representó > 85% de las puntuaciones. Se encontró que los más altos CPOS / medios CPOD entre los 6-8 años de edad, mientras que las más altas CPOS / medios CPOD fueron anotados por el 12 -14 años de edad. La necesidad de tratamiento de restauración y extracciones fue alta; el primero fue significativamente mayor entre las mujeres. Todos los sujetos tenían gingivitis; la media PI, IC y GI fueron 1,25, 0,3 y 1,36 respectivamente. Mascar khat no afectó la experiencia de caries; sin embargo, se asoció significativamente con las puntuaciones de PI, IC y GI superiores. La prevalencia de caries, gingivitis y las necesidades de tratamiento entre los niños de la ciudad de Sana'a es alta. Se requieren más estudios en otras ciudades yemeníes para generar datos completos. ⁽¹¹⁾

El propósito de esta revisión sistemática fue evaluar la literatura y actualizar nuestra actual comprensión del impacto de las actuales terapias contra el cáncer en el aparato dental (dientes y periodonto) desde la Conferencia de Consenso de Desarrollo de NIH de 1989, sobre las orales

Complicaciones de Cáncer Therapies. Una búsqueda sistemática de la literatura se llevó a cabo con la ayuda de un bibliotecario investigación en las bases de datos MEDLINE / PubMed y EMBASE para artículos publicados entre el 1 de enero de 1990 y 31 de diciembre de 2008. Cada estudio se evaluó de forma independiente por dos revisores. Teniendo en cuenta las medidas de calidad predeterminada, se calculó una prevalencia ponderada de la prevalencia de la caries dental, enfermedad gingival severa e infección dental. También se recogieron datos sobre CPOD / ceod, CPOS / DMF, placa, y los índices gingivales. El nivel de evidencia, recomendación y directriz (si es posible) se les dio a las estrategias de prevención y de gestión publicados. Se revisaron los sesenta y cuatro artículos publicados entre 1990 y 2008. La prevalencia global ponderada de la caries dental fue del 28,1%. El CPOD general para los pacientes que estaban terapia post-antineoplásico fue 9,19 (SD, 7,98; n = 457). El índice de placa en general para los pacientes que eran la terapia post-antineoplásico fue 1,38 (SD, 0,25; n = 189). El IG para los pacientes que se encontraban después de la quimioterapia fue de 1,02 (SD, 0,15; n = 162). La prevalencia ponderada de las infecciones dentales / absceso durante la quimioterapia se informó en tres estudios y fue del 5,8%. Los pacientes que fueron post-radioterapia tuvieron la mayor CPOD. El uso de productos de fluoruro y enjuagues de clorhexidina son beneficiosos en pacientes que son post-radioterapia. Sigue existiendo la falta de estudios clínicos sobre el alcance y la gravedad de la enfermedad dental que se asocian con complicaciones infecciosas durante la terapia de cáncer.⁽¹²⁾

Las presentes investigaciones han demostrado que, aunque existen riesgos definidos en la realización de un tratamiento de ortodoncia con aparatos fijos, dicho tratamiento no debe causar ningún daño apreciable cuando los principios aceptados de ortodoncia se siguen en los pacientes de cooperación con buena higiene oral y el tratamiento regular con fluoruro. Por otro lado, cuando se descuidan estos principios, el daño puede ser considerable y los beneficios del tratamiento de ortodoncia cuestionable. Aumentando progresivamente la evidencia de la odontología preventiva que la placa bacteriana es el factor causal más

importante de la destrucción periodontal, y es importante también en la causa de la caries dental, abre posibilidades únicas para el ortodoncista y su personal auxiliar con medios sencillos para aumentar en su paciente conciencia de la higiene oral . Esto no sólo reduciría la prevalencia y severidad del daño iatrogénico, pero aumentaría los beneficios a largo plazo de la terapia de ortodoncia. Ortodoncistas pueden por lo tanto ofrecer conciencia a los adultos jóvenes con un aspecto mejorado de estética facial, una oclusión en perfecto funcionamiento, y el deseo, el interés y las posibilidades de mantener la dentadura en esta condición durante la totalidad o la mayor parte de sus vidas. ⁽¹³⁾

Para evaluar y comparar la salud oral, el estado de salud y el impacto del cepillado supervisado y educación oral para la salud entre los escolares niños de las zonas urbanas y rurales de Maharashtra, India. Un total de 200 escolares niños en el grupo de edad 12 -15 años fueron seleccionados por la técnica de muestreo aleatorio estratificado de dos escuelas y se dividieron en dos grupos: Grupo A (urbana de la escuela) y Grupo B (rural de la escuela). Tanto los grupos se subdividieron nuevamente en el grupo control y el grupo de estudio. Cepillado supervisado se recomienda tanto para los grupos. El programa de enseñanza de cepillado incluye sesiones sobre educación oral para la salud, las instrucciones de cepillado de dientes individuales, y supervisión del cepillado dental. Incremento de caries, las puntuaciones de placa, y el estado gingival fueron evaluados según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1997), Turesky-Gilmore-Glickman modificación del índice de placa de Quigley Hein y Loe-Silness índice gingival (1963), respectivamente. Alfa de Cronbach, test de Chi-cuadrado, emparejado t-test y la prueba t no pareada se utilizaron para el análisis de datos. La placa media y la reducción de la puntuación gingival fue significativamente mayor en los grupos de estudio en comparación con los grupos control. Un aumento en el promedio de dientes cariados, perdidos, los dientes llenos (CPOD) y cariados, perdidos, dientes obturados y superficies (CPOS) marca a lo largo del período de estudio se observó en los niños que participaron en el estudio. Educación oral sanitaria fue eficaz en el establecimiento de buenos hábitos orales de salud entre los

escolares niños y también para mejorar el conocimiento de sus padres sobre la buena vía oral salud. ⁽¹⁴⁾

El objetivo del presente estudio fue investigar la relación entre la ingesta dietética, tipo de alimentación durante la infancia, otro estilo de vida y sociodemográficas factores, y la caries dental. El estudio se llevó a cabo en los niños menores de 16 años de edad que visitaron los Centros de Atención Primaria. El estudio se llevó a cabo durante un período entre octubre de 2010 junio de 2011 en Qatar. Una muestra aleatoria de 1752 niños de 6-15 años de edad que visitó los Centros de Atención Primaria de la Salud fue abordado, y los padres de los niños 1284 siempre que su consentimiento y cumplió los criterios de inclusión (que corresponde a una tasa de respuesta del 73%). El estudio se basó en un cuestionario que incluyó variables como la información sociodemográfica, estilo de vida, antecedentes familiares, y los patrones de alimentación durante la infancia, la información sobre higiene oral prácticas y examen clínico. El estado de la caries dental se registró sobre la base de los criterios de la OMS. La prevalencia de la caries dental [decaído, se perdió, o llena de dientes obturados (CPO)] en la dentición permanente entre los niños fue de 73% [95% intervalo de confianza (IC): 71-75%], con un valor medio de 4,5 CPOD (SD : 4,2). El número de niños que consumen mariscos, aceite de hígado de bacalao, y la leche de vitamina D-fortificados menos de una vez a la semana fueron significativamente mayores en el grupo de la caries dental en comparación con aquellos sin caries (11,7 vs. 8,3%, $p = 0,05$, 92,4 vs . 87,5%; $P = 0,005$, y 10,6 frente a 6,3%; $P = 0,011$, respectivamente). Análisis de regresión logística multivariante mostró que ser mujer [odds ratio ajustada (OR): 1,41; IC del 95%: 1,07 a 1,84], tener un IMC superior al percentil 95 en comparación con menos del percentil 85 (OR ajustada: 2. 12; IC del 95%: 1,17 a 3,84), un ingreso familiar mensual de al menos 10 000 QAR (OR ajustada: 2,61; IC del 95%: 1,69 a 4,02), el consumo de aceite de hígado de bacalao a menos de una vez a la semana (OR ajustada: 2,13; IC del 95%: 1,35 a 3,37), aumento de 1 año de edad (OR ajustada: 1,05; IC del 95%: 1.1 a 1.11), siendo alimentados con fórmula durante la infancia (OR ajustada: 2,27; IC del 95%: 1,59 a 3,21), y la frecuencia de cepillado dental una vez al día o

menos (OR ajustada: 1,36; IC del 95% : 1,01 a 1,83) se asociaron de forma independiente con el riesgo de caries dental en niños en Qatar. Siendo el ingreso del hogar femenino, sobrepeso u obesidad, y mensual superior a los US \$ 2.747 ($\geq 10\ 000$ QAR) éramos independientes factores de riesgo para la caries dental. Sin embargo, el consumo de aceite de hígado de bacalao (al menos una vez a la semana) y la frecuencia de cepillado dental (más de una vez al día) fueron de protección contra la caries dental. Conciencia de la salud y la educación sobre el cepillado frecuente de los dientes, una nutrición adecuada, y la prevención de la obesidad se deben promover para evitar la caries dental en los niños. ⁽¹⁵⁾

El propósito de este estudio fue evaluar la prevalencia y características de la erosión dental en niños de 2-4 años de edad y 12 años de edad. 243 sujetos fueron reclutados de guarderías, preescolares, y grado escuelas; recibieron exámenes dentales que evalúan su estado de erosión dental, incluyendo tanto la profundidad y el área de la pérdida de superficie dental en cuatro incisivos superiores. Los cuestionarios fueron entregados a los sujetos para obtener, socio-demográficos orales comportamientos de salud en el hogar, y el acceso a la atención dental. Se analizó la erosión dental y factores de riesgo se evaluó a través de chi-cuadrado y análisis de regresión logística. Los sujetos fueron 60% caucásicos, 31% Negro, 7% de hispanos y otros eran 2%. 34% de los niños no podía conseguir la atención dental que necesitan dentro de los últimos 12 meses y el 61% de todos los niños cepillado los dientes dos veces o más al día. En general, 12% de los niños del estudio tenían la erosión dental con 13% para los 2-4 años de edad y 10% para los 12 años de edad, y la mayoría de las lesiones erosivas en el esmalte. Los ingresos familiares (OR 3,98, $p = 0,021$) y el consumo de zumo de fruta ácida (OR 2,38, $p = 0,038$) fueron importantes factores de riesgo para la erosión dental, incluso después de controlar otros factores, como la fuente de agua potable y la higiene oral mediante regresión logística análisis. La erosión dental es un problema relativamente común entre los niños en este estudio y se ve como un proceso multifactorial. ⁽¹⁶⁾

Los estudios sobre la gingivitis en niños y adolescentes son escasos y los resultados no son concluyentes. El objetivo de este estudio fue evaluar la

prevalencia y extensión de la gingivitis y factores asociados en los escolares brasileños. Los datos transversales de 1.211 escolares de 8 a doce años de edad desde el sur de Brasil en 20 escuelas públicas y privadas fueron analizados. Socioeconómicos, demográficos y hábitos de higiene oral se evaluaron mediante cuestionarios respondidos por los padres y los hijos. Examen bucal evaluó presencia de placa, el hacinamiento y la gingivitis. Los datos fueron analizados mediante regresión de Poisson [razón de prevalencia (RP); Intervalo de confianza del 95% (IC)]. Prevalencia de placa visible fue 89,7% (IC del 95%: 88,0-91,3) y el sangrado gingival al sondaje fue 78,4% (IC del 95%: 76,1-81,0). Los números media y la mediana de sitios con sangrado gingival fueron 3,10 y 2 (SD \pm 3,22), respectivamente. En el análisis multivariante ajustado, la presencia de un mayor número de sitios con placa se asoció significativamente con la gingivitis (PR 1,26; IC del 95% 1,07 a 1,47) y su extensión (PR 1,96; IC del 95% 1,53 a 2,51). Los niños negros de piel más clara tenían una menor probabilidad de tener gingivitis grave (PR 0,69; IC del 95% ,48-,98) en comparación con los niños blancos. Esta asociación se observó después de ajustar por otras variables. La gingivitis se asoció con un mayor número de sitios con la placa y con color de la piel, lo que refleja la influencia de biológicos y demográficos factores en esta condición oral.⁽¹⁷⁾

El objetivo de este estudio es explorar comportamiento factores asociados con dolor de muelas en los adolescentes afroamericanos que viven en zonas rurales de Carolina del Sur. El uso de un cuestionario auto-administrado, se recogieron datos sobre la experiencia de muelas en los últimos 12 meses, la higiene oral comportamiento, utilización de la atención dental, y snack cariogénico y no dietético consumo de refrescos en una muestra de conveniencia de 156 afroamericanos adolescentes edad 10 a 18 años que viven en las zonas rurales de Carolina del Sur. Se utilizaron análisis de regresión logística univariable y multivariable para evaluar las asociaciones entre la experiencia reportada dolor de muelas y variables sociodemográficas, orales comportamiento de la salud, y el consumo de aperitivos. Treinta y cuatro por ciento de los adolescentes reportaron tener dolor de muelas en los últimos 12 meses. En el

modelado univariable, la edad, la visita al dentista en los últimos 2 años, la cantidad y la frecuencia de consumo de aperitivos cariogénico, y la cantidad de consumo de refrescos no dietéticos fueron cada uno asociado significativamente con la que experimenta el dolor de muelas durante los últimos 12 meses (todos los valores de $p < 0,05$). Análisis de regresión logística multivariante indicó que la edad más joven, el consumo frecuente de bocadillos cariogénicos, y el número de latas de refresco no dietético consumida durante el fin de semana aumentó significativamente las probabilidades de experimentar dolor de muelas en los últimos 12 meses (todos los valores de $p \leq 0,01$). Los resultados indican la edad, el consumo frecuente de bocadillos cariogénicos, y el número de latas de refrescos no dietético están relacionados con dolor de muelas en este grupo. Implicaciones para las políticas públicas relacionadas con la venta de bocadillos cariogénicos y refrescos que son dirigidas a los niños y adolescentes, especialmente los de familias de bajos ingresos se discuten. ⁽¹⁸⁾

Cepillado dental regular en la adolescencia predice diente estable hábitos de cepillado más tarde en la vida. Las diferencias en los hábitos de cepillado de dientes por el origen étnico y la posición socioeconómica se han sugerido. Investigamos la situación migratoria y la clase social en relación con los dientes poco frecuente cepillado tanto por separado como en combinación. La población de estudio fue de 11-15 años de edad escogidos a partir de una muestra aleatoria agrupada de las escuelas. Los análisis de regresión logística univariante y multivariante estima los efectos separados y combinados de la situación migratoria y la clase social con menos de cepillarse los dientes dos veces al día. 10.607 encuestados: una tasa de respuesta del 88,3%. Niños de la clase social más baja tuvieron mayor odds ratio (OR) de cepillado dental frecuente que las niñas: 1,98 (95% intervalo de confianza 1,62-2,41) vs 1,80 (1,53-2,24). Los inmigrantes y descendientes tenían probabilidades más altas en comparación con los adolescentes de origen danés: chicos inmigrantes OR 1,39 (1,05-1,89), niñas o 1,92 (1,47-2,50); chicos descendientes OR 2,53 (1,97-3,27), niñas o 2,56 (2,02-3,35). Los análisis del efecto combinado de la clase social y situación migratoria mostraron que el

gradiente social en los hábitos de cepillado de dientes observado entre los daneses étnicos no se encuentra entre los grupos de inmigrantes y descendientes. El estudio muestra que tanto de origen no danés y baja clase social aumenta el riesgo de cepillado dental frecuente entre los niños en edad escolar. El estudio pide en el análisis profundo de los procesos que influyen en los dientes de los jóvenes hábitos de cepillado. Además, existe la necesidad de fortalecer la promoción de los correspondientes hábitos de cepillado de los dientes de las minorías y los jóvenes de clase baja social. ⁽¹⁹⁾

El presente estudio siguió a un grupo de 608 niños, con edades 7-11 años de seis escuelas primarias, para quienes la información dietética detallada estaba disponible. Estos niños se trazaron cuatro años más tarde, cuando estaban en la escuela secundaria. El objetivo del estudio fue investigar la relación entre el patrón original de la dieta, patrón de dieta actual, el hábito del cepillado y de la salud oral. De los niños originales, 500 fueron remontar a 32 escuelas secundarias en una amplia zona geográfica. Por razones logísticas los de 18 escuelas fueron seleccionadas y datos de consentimiento y completos positivas se obtuvo para 315, junto con un grupo adicional de 122 de sus compañeros de clase. De tres días, se obtuvo datos de la dieta auto-reporte, junto con información sobre los hábitos de cepillado. Un examen dental se realizó utilizando la metodología de encuestas BASCD. Los niños en este estudio tenían un CPOD más bajo (0.82) que la encontrada en la más reciente encuesta de la zona (1,39). No se encontró relación significativa entre comidas azucaradas o bebidas en 7-11 años de edad y la caries en los primeros molares permanentes a la edad de 11-15 años, sin embargo se encontró una relación significativa entre el consumo de agua corriente y la caries por bebidas endulzadas con azúcar. Significativamente menos caries se asoció con el consumo moderado reportado de productos lácteos por parte de los niños de 11-15 años edad. El consumo a la hora de acostarse de bebidas NMES en 7-11 se asoció significativamente con un aumento de la caries igual que el consumo de no lácteos azúcares intrínsecos (SNEM) a la hora de acostarse de los 11-15 años. Se encontró una relación inversa significativa entre la frecuencia de cepillado

dental reclamado y la caries. De los niños de 11-15 años reclamando a cepillarse por lo menos una vez al día, el 69% eran libres de caries, con una media de 0,69 CPOD. De los niños que afirmaron cepillar sólo ocasionalmente o nunca, el 52% estaban libres de caries y tenían un CPOD promedio de 1.05. El consumo notificado de las bebidas endulzadas con azúcar y la falta de cepillado dental regularmente resultaron ser los factores más fuertemente vinculados a la caries y este hallazgo es consistente con otros estudios recientes. ⁽²⁰⁾

Este estudio transversal evaluó las asociaciones entre la nutrición y la caries dental en la dentición permanente e indicadores identificados de higiene oral entre los mayores de esa edad los niños de edades 12 -14 años en las escuelas primarias en Tailandia. El estudio se compone de 862 escolares de cinco provincias que representan cinco regiones de Tailandia, de las zonas rurales y urbanas, entre ellas Bangkok. El estado de la higiene dental se evaluó mediante la evaluación de los dientes cariados, dientes perdidos debido a la descomposición, y lleno índice de dientes (índice CPOD). Peso y talla se midieron para evaluar el estado nutricional; prácticas de higiene evaluadas por entrevista. Los resultados muestran una relación negativa entre el estado nutricional y el índice CPO-D, que aumenta cuando el estado nutricional disminuyó (rho de Spearman = correlación -0,140, $p < 0,001$). Los resultados del análisis de regresión logística múltiple mostraron peso normal y los escolares delgadas eran más propensos a tener un CPOD de al menos 1 por 1,94 veces (OR = 1,94; IC del 95% = 1,25-3,00, $p = 0,004$) y 2,22 veces (OR = IC del 95% = 1,20 a 4,09; $p = 0,001$), respectivamente, en comparación con sobrepeso y obesidad; 2,22 hijos. Escolares normales y delgadas tenían un mayor riesgo de caries dentales que con sobrepeso y obesidad los niños de edades de 12 -14 años en Tailandia. Actividades de promoción de la salud de la escuela deben hacer hincapié en la mejora del hábito de comer con el fin de reducir la incidencia de la caries. ⁽²¹⁾

Hábitos alimentarios saludables se consideran para mejorar oral de la salud y la calidad de los dientes. Tratamiento de la caries comprende la restauración del diente con materiales compuestos dentales y selladores, casi todos (> 90%) de los cuales contienen bisfenol A (BPA). Hipótesis del

estudio fueron: a) el desayuno y hábitos de la higiene oral son importantes factores en el desarrollo de la caries dental; y b) tratamiento de la caries dental con epoxi-resinas implica un riesgo oral de exposición a monómeros que migran desde el material polimérico .Evaluamos la caries en los dientes de una población escolar española y se determinó el porcentaje tratados con compuestos dentales. Relacionar el consumo de los componentes de desayuno y hábitos de higiene oral a la caries dental y determinar la presencia de selladores / compuestos como fuentes potenciales de exposición al BPA. Temas: 582 escolares de la ciudad de Granada (sur de España) de edad 7 años; media (DE) de 7,55 (0,64) años. Caries se detectó en 21,7% de sus dientes. La media del índice de calidad del desayuno (BQI) puntuación, basado en cuestionarios nutricionales, fue 5,18 (1,29). Desayuno con alimentos ricos en azúcares simples que representan > 5% de la energía diaria total fue consumido por el 24% de la población y se asoció significativamente con la caries frecuencia en el análisis de regresión logística binaria. El consumo de galletas fue informado por el 35,8% y se asoció significativamente con la frecuencia de la caries. La ingesta de desayuno de panadería productos / los cereales y de los productos lácteos mostró una asociación inversa significativa con la frecuencia de caries. No se observó una relación significativa entre la caries y la puntuación BQI o higiene oral factores. Se requiere más investigación para dilucidar el papel de la dieta en la caries y el correspondiente riesgo de exposición a xenobióticos estrogénicos como BPA. ⁽²²⁾

Para estimar el estado de la higiene bucal (OH) en la población de Irán en 2011, y para determinar la influencia de las características socio-económicas sobre OH, y su interrelación con comunes factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT). Los datos que incluye un total de 12.105 individuos de 6-70 años se obtuvieron de la sexta ronda de las encuestas de ENT factores de riesgo en Irán. OH fue registrado a través de un cuestionario estructurado medir frecuencias diarias de cepillarse los dientes y usar hilo dental. El análisis fue descriptivo sobre las características demográficas en el entorno encuesta muestra compleja. También empleamos regresión logística binaria ponderada para calcular

Odds Ratio (OR) como medida de asociación entre la respuesta y factores explicativos. Por otra parte, para la construcción de un índice de activos, se utilizó el Análisis de Componentes Principales (PCA). El porcentaje con mínimas recomendadas prácticas cotidianas OH fue del 3,7% entre los hombres y el 7,7% entre las mujeres (OR = 2,3; $p < 0,001$). Ciudadanos urbanos eran más propensos a tener sus dientes limpiados en comparación con la población rural (OR = 2,8; $p < 0,001$). Para ambos sexos, una relativamente mejor situación se observó en el grupo de edad de 25 a 34 (hombres: 5,6%; mujeres: 10,3%). Además, OH estado mejoró significativamente por el aumento tanto en el nivel de educación ($p < 0,001$) y la situación económica ($P < 0,001$). También hubo asociaciones aparentes entre las prácticas de auto-cuidado y específicos de comportamiento factores de riesgo, aunque la correlación con los hábitos alimentarios y el consumo de tabaco podría explicarse en gran medida por explicativos socioeconómicos. OH situación en Irán pide urgente necesidad de asignar las intervenciones y estrategias adecuadas para elevar la conciencia pública y la reducción de las disparidades en el acceso a los servicios de salud. ⁽²³⁾

La caries dental y desviaciones de peso normal son dos condiciones que comparten varios factores ampliamente predisponentes. Así que es importante entender cualquier relación entre el estado dental y el peso corporal, si bien ha de ser gestionado adecuadamente. El estudio se realiza para averiguar la correlación entre el índice de masa corporal (IMC), la dieta y la caries dental entre los niños de 12-15 años de edad que van a la escuela en Panchkula Distrito. Una muestra de varias etapas de los niños 12 a 15 años de edad de la escuela ($n = 810$) en el distrito de Panchkula, Haryana fue considerado. Detalles demográficos y antecedentes dieta durante 5 días se registró. Los datos sobre el estado de la caries dental se recogieron usando formato de la Organización Mundial de la Salud (1997). El IMC se calcula y se clasifican de acuerdo al sistema de clasificación de la Organización Mundial de la Salud para el IMC. Los datos fueron sometidos a análisis estadístico mediante la prueba de chi-cuadrado y regresión binomial desarrollado utilizando el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) 20.0. La media decaída

Missing dientes obturados (CPOD) Puntuación resultó ser 1,72 con caridos, perdidos, y llenó los dientes para ser 1.22, 0.04 y 0.44, respectivamente. Cuando la muestra se determinó con base en el tipo de dieta, se encontró que los vegetarianos tenían mayor promedio CPOD (1,72) en comparación con los niños que tienen dieta mixta. Los niños con sobrepeso tienen mayor CPOD (3,21), que fue seguida de bajo peso (2,31) y los niños obesos (2,23). Regresión binomial reveló que las mujeres eran 1.293 veces en el riesgo de caries en desarrollo en comparación con los varones. FERIA y pobres Simplified- Higiene Oral Índice (OHI-S) mostró 3.920 y 4.297 veces el riesgo de desarrollar caries en comparación con una buena higiene oral, respectivamente. Nivel socioeconómico alto Superior (SES) es como máximo el riesgo de desarrollar caries. De bajo peso, sobrepeso y obesidad están en el 2,7, 2,5 y 3 veces el riesgo de desarrollar caries en comparación con los niños con IMC normal, respectivamente. La caries dental y desviaciones de peso normal son dos condiciones que comparten varios factores ampliamente predisponentes como la dieta, SES, estilo de vida y otros factores ambientales. ⁽²⁴⁾

Los objetivos de este estudio estadístico transversal fueron evaluar la asociación entre la obesidad y la caries dental y para evaluar el impacto de la ingesta de alimentos, la higiene bucal y estilo de vida sobre la incidencia de la caries dental en pacientes pediátricos obesos, analizada por dual de rayos X absorciometría (DXA). Una muestra de 96 pacientes sanos, con edades comprendidas entre los 6 y 11 años ($8,58 \pm 1,43$ años de edad media) se clasificó en relación con la evaluación de la composición corporal y tablas de crecimiento McCarthy y puntos de corte. Análisis de la composición corporal, para obtener la masa grasa corporal (FM) y las medidas corporales de grasa la masa libre (FFM), se determinó por medio de un escáner de haz en abanico DXA. Los sujetos fueron sometidos a examen dental para evaluar el ceod / CPOD, y completaron un cuestionario sobre la ingesta de alimentos, hábitos de higiene oral y estilo de vida. La muestra se subdivide posteriormente en cuatro grupos: Grupo A (peso normal - libre de caries), Grupo B (peso normal con caries), Grupo C (pre-obesos / obesidad - caries gratis), Grupo D (pre-

obesos / obesos con caries). Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS (versión 16, SPSS Inc, Chicago IL, EE.UU.). Correlación de Spearman se realizó para evaluar la correlación entre ceod / CPOD y FM%. Se realizó la prueba de chi-cuadrado para evaluar las variables categóricas, mientras que se emplearon el test no paramétrico de Kruskal Wallis y el test de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. Importancia Statistical se fijó en un valor P de 0,05. Los niños preobesos, obesos tenían mayores índices de caries dental que los sujetos de peso normal, tanto para los dientes deciduos (ceod $2,5 \pm 0,54$ vs $1,4 \pm 0,38$; $p = 0,030$) y los dientes permanentes (CPOD $2,8 \pm 0,24$ vs $1,93 \pm 1,79$; $p = 0,039$). Se analizaron las correlaciones entre los índices CPOD / CPOD y parámetros de composición corporal y una correlación significativa entre el CPOD / índices CPOD y FM% se observó ($p = 0,031$ para el ceod, $p = 0,022$ para el CPOD). De acuerdo con los datos registrados, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos A, B, C y D en cuanto a la ingesta de alimentos entre las comidas ($p = 0,436$), la frecuencia de la ingesta de almidón limitado a las comidas principales ($p = 0,867$), el hogar higiene bucal ($p = 0,905$), higiene dental realizada en la escuela ($p = 0,389$), el hábito de comer después de cepillarse los dientes ($p = 0,196$), la participación en actividades extracurriculares deportivas ($p = 0,442$) y el nivel educativo de los padres: el padre ($p = 0,454$), la madre ($p = 0,978$). Por el contrario, hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos A, B, C y D en términos de ingesta de bebidas endulzadas con azúcar ($p = 0,005$), la frecuencia de consumo de azúcar se limitan a las comidas principales ($p < 0,001$), la frecuencia de la ingesta de alimentos entre comidas ($p = 0,038$) y el sedentarismo ($p = 0,012$). Análisis sucesivos reveló una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo A y D en términos de ingesta de bebidas endulzadas con azúcar ($p = 0,001$), la frecuencia de consumo de azúcar se limitan a las comidas principales ($p = 0,008$), y la frecuencia de la ingesta de alimentos entre comidas ($p = 0,018$), y entre el Grupo C y D en términos de frecuencia de consumo de azúcar se limitan a las comidas principales ($p < 0,001$), y la frecuencia de la ingesta de alimentos entre comidas ($p = 0,040$). Este estudio muestra una

asociación directa entre la caries dental y la obesidad evidentes a partir de una correlación entre la prevalencia de la caries dental y FM%. El análisis de la ingesta de alimentos, ceod / CPOD, FM%, medida por DXA, demuestra que los hábitos específicos de la dieta (ingesta de bebidas endulzadas con azúcar, la frecuencia de consumo de azúcar se limitan a las comidas principales, la frecuencia de la ingesta de alimentos entre comidas) pueden ser considerados factores de riesgo que son comunes a ambos la caries dental y la obesidad infantil. ⁽²⁵⁾

En Australia, la caries experiencia de los niños de 6 años de edad y 12 años de edad ha aumentado desde mediados hasta finales de 1990. Anteriormente, los índices de caries habían disminuido, atribuible a la fluoración del agua de la comunidad. El incremento de caries recientes se ha atribuido especulativamente a los cambios en la ingesta de líquidos, incluyendo el aumento del consumo de bebidas dulces y aguas embotelladas. El aumento de la urbanización y la globalización han alterado las dietas de los niños en todo el mundo, promover la disponibilidad y el acceso a los alimentos procesados y bebidas dulces. Los estudios realizados en Australia e internacionalmente han demostrado una asociación significativa entre la ingesta de bebida dulce y experiencia de caries. A pesar de la disponibilidad de fluoruro generalizada en la sociedad australiana contemporánea, la relación entre el consumo de azúcar y el desarrollo de caries continúa y la restricción de la ingesta de azúcar sigue siendo clave para la prevención de caries. Caries riesgo evaluación debe incluirse en la planificación del tratamiento para todos los niños; los padres deben ser advertidos del nivel de riesgo de sus hijos y se les da información sobre salud oral, promoción de la salud. Fácilmente implementadas caries riesgo herramientas de evaluación aplicables a los padres y los médicos ya están disponibles. Información de salud pública debería aumentar la conciencia que el consumo de bebidas dulces puede tener efectos nocivos sobre la dentición, así como el potencial para la promoción de una enfermedad sistémica. La restricción de las ventas de bebidas dulces y los alimentos dulces y el suministro de alimentos y bebidas saludables para su compra en las escuelas es primordial. ⁽²⁶⁾

La caries dental es una enfermedad crónica de alta prevalencia y sus consecuencias causan mucho dolor y sufrimiento. Azúcares, particularmente sacarosa, son los más importantes causa etiológica de la dieta de la caries. Tanto la frecuencia de consumo y la cantidad total de azúcares es importante en la etiología de la caries. La evidencia establecer azúcares como un factor etiológico de la caries dental es abrumador. El fundamento de esto radica en la multiplicidad de los estudios más que el poder de cualquiera. Esa declaración del Grupo de Trabajo de la Fundación Británica de Nutrición de Oral Health, la dieta y otros factores, resume la relación entre los azúcares y la caries en Europa. No hay evidencia de que los azúcares incorporados naturalmente en la estructura celular de los alimentos (azúcares intrínsecos) o la lactosa en la leche o productos lácteos (azúcares de la leche) tienen efectos adversos sobre la salud. Los alimentos ricos en almidón, sin la adición de azúcares, juegan un papel pequeño en la caries dental coronal. La ingesta de azúcares extrínsecos más allá de cuatro veces al día conduce a un aumento del riesgo de caries dental. La actual relación dosis-respuesta entre la caries y azúcares extrínsecos sugiere que los niveles de azúcares superior a 60 g / persona / día para los adolescentes y adultos aumenta la tasa de caries. Para preescolar y niños pequeños las tomas deben ser proporcionales a las de los adolescentes; aproximadamente 30 g / persona / día para los niños en edad preescolar. El fluoruro, particularmente en pastas de dientes, es un agente preventivo muy importante contra la caries dental. Cepillado de dientes sin fluoruros tiene poco efecto sobre la caries. Como fluoruro adicional a la disponible actualmente en la pasta de dientes no parece estar beneficiando a los dientes de la mayoría de las personas, la principal estrategia para reducir aún más los niveles de caries, es la reducción de la frecuencia de la ingesta de azúcares en la dieta. Las tasas de erosión dental se consideran estar aumentando. La etiología es ácidos en los alimentos y bebidas y, en mucha menor medida, de la regurgitación. ⁽²⁷⁾

Pobre salud oral sigue siendo una carga importante para las poblaciones de todo el mundo, particularmente en los países en desarrollo. El objetivo de este estudio fue investigar el comportamiento de salud oral (cepillado

de dientes y la asistencia dental) y factores asociados en los países de bajos, medios y altos ingresos. El uso de cuestionarios anónimos, se recogieron datos de 19.560 estudiantes de pregrado de la universidad (media 20,8 años, SD = 2.8) de 27 universidades en 26 países de Asia, África y las Américas. Los resultados indican que el 67,2% de los estudiantes informó a cepillarse los dientes dos veces o más veces al día, el 28,8% una vez al día y el 4,0% nunca. En cuanto a la visita dental chequeo, 16.3% reportó dos veces al año, el 25,6% una vez al año, el 33,9% rara vez y el 24,3% nunca. En un análisis de regresión logística multivariante, ser hombre, proveniente de una adinerada o bastante bien fuera de los antecedentes familiares, que viven en bajos ingresos o renta media baja, creencias débiles en la importancia del cepillado de los dientes, la depresión y los síntomas de TEPT, el consumo de tabaco y los frecuentes juegos de azar, la escasa actividad física, y la baja diaria de comidas y aperitivos frecuencia se asociaron con el cepillado insuficiente (<dos veces al día). Además, al ser un varón, la edad avanzada, que viene de un no pudientes o pobres antecedentes familiares, que viven en bajos ingresos o renta media baja, creencias débiles en la importancia del cepillado de dientes, síntomas de TEPT, el uso de drogas ilícitas, la actividad física baja, y baja frecuencia refrigerios diarios, saltarse el desayuno e inadecuado consumo de frutas y hortalizas se asociaron con menos de una visita anual de la atención dental. Comportamiento de la salud oral entre los estudiantes resultó ser baja. Varios factores de riesgo identificados se pueden utilizar para guiar las intervenciones para mejorar el comportamiento oral de salud entre los estudiantes universitarios. ⁽²⁸⁾

Se evaluó la prevalencia y los factores de riesgo para el desarrollo de las lesiones cervicales no cariosas (NCCLS) en niños que asisten a escuelas con necesidades especiales en la India. Los participantes fueron 395 niños de 12-15 años con discapacidad en el aprendizaje, la comunicación, la función física, y / o desarrollo. Se diseñó un cuestionario con el fin de recoger información sobre las características sociodemográficas, prácticas de higiene oral, hábitos dietéticos, y los factores de riesgo para la NCCLS. La prueba de chi-cuadrado, el análisis bivariado, y el análisis de regresión logística se utilizaron para analizar los datos. Presencia de NCCLS se

asoció con el uso de polvo de dientes u otros materiales para la limpieza de los dientes, el uso de cepillos de dientes más fuertes, el uso de una técnica de exfoliación horizontal para el cepillado dental, el consumo de una dieta vegetariana, y un mayor consumo de limón. La prevalencia global de NCCLS fue 22,7%. La mayoría de las lesiones involucrados pérdida mínima de contorno o defectos <1 mm de profundidad. La prevalencia de lesiones cervicales no cariosas fue ligeramente superior a la media mundial. Las políticas eficaces deben desarrollarse para bucal cuidado de la salud entre los niños que asisten a escuelas con necesidades especiales. ⁽²⁹⁾

La caries dental es la enfermedad infecciosa crónica más común de la infancia causada por la interacción de las bacterias, principalmente *Streptococcus mutans* y los alimentos azucarados en el esmalte dental. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados de caries dental en niños de escuelas primarias en Bahir Dar ciudad. Una escuela basada estudio transversal se llevó a cabo en la ciudad de Bahir Dar a partir de octubre de 2013 hasta enero de 2014. Se utilizó la técnica de muestreo aleatorio sistemático para seleccionar a los niños. Se utilizó cuestionario estructurado para entrevistar a los niños y / o padres para recoger variables socio demográficas. Información dental Clínica obtiene dentista experimentado utilizando criterios de caries dentales establecidos por la Organización Mundial de la Salud. El análisis de regresión logística binaria y múltiple se calcularon para investigar los factores asociados con la caries dental. De los 147 niños, 82 (55,4%) eran niñas. La mayoría de los niños (67,6%) limpiarse los dientes con el método tradicional (pequeño palo de madera hecha de un tipo especial de planta). La proporción de niños que tienen caries dental fue de 32 (21,8%). Caries primaria representaron el 24 (75%) de la caries dental. La proporción de los dientes perdidos fue de 7 (4,8%). El porcentaje total de la placa de muelas y dental entre los escolares fueron 40 (27,2%) y 99 (67,3%), respectivamente. Nivel de grado de 1-4 (AOR = 3,9; IC = 1,49 - 10,4), la mala costumbre de limpieza dental (AOR = 2,6; IC = 1.8 a 6.2), la placa dental (AOR = 5,3; IC = 1,6-17,7) y el dolor de muelas (AOR = 6,3; IC = 2,4-15,4) se asociaron significativamente con la caries dental. La

caries dental es un problema común de salud pública en los escolares asociados con la mala higiene oral, dieta y hábitos de visita dental. Por lo tanto, las medidas de prevención tales como la educación sanitaria sobre higiene oral, los hábitos alimenticios y la importancia de la visita al dentista son obligatorias para los niños. ⁽³⁰⁾

La caries dental en los niños sigue siendo un importante problema de salud pública. Es una enfermedad con causas multifactoriales. El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia y los asociados factores de la caries dental en niños de entre 7 a 14 años de edad. Una comunidad estudio transversal se llevó a cabo con base en la ciudad de Gondar desde junio de 2011 hasta septiembre de 2011. Un total de 842 niños participaron en el estudio. Técnica de muestreo de varias etapas se utilizó para seleccionar a los niños. Probados previamente y cuestionarios estructurados se utilizaron para recopilar datos de las madres. El examen clínico de los niños se hizo utilizando criterios de caries dentales establecidos por la organización mundial de la salud. Se introdujeron datos, limpia y se corrige utilizando EPI Info versión 3.5.1 y se exportan a SPSS versión 16.0 para el análisis. Múltiples análisis de regresión logística binaria se aplicó para probar la asociación. Cuatrocientos sesenta y tres (55%) niños eran mujeres. La prevalencia de caries dental fue 306 (36,3%). El nivel educativo del padre de los niños (AOR = 0,3; IC del 95%, 0,17, 0,80), el ingreso mensual de los hogares (AOR = 0,59; IC 95%, 0,01, 0,45), normal cepillarse los dientes (AOR = 0,08; IC 95%, 0,03, 0,20) y el uso de enjuague bucal (AOR = 0,40; IC del 95%, 0,2, 0,80) se encontraron estadísticamente asociado significativamente con la caries dental. La caries dental fue alta entre los niños de la ciudad de Gondar. Nivel socioeconómico bajo y pobre higiene oral prácticas eran los factores que influyen de la caries dental. La higiene oral, los hábitos alimentarios y el acceso a servicios de atención dental son suprema importancia para la prevención del problema. ⁽³¹⁾

La caries dental (caries) puede causar dolor, infección y pérdida de dientes, afectando negativamente a comer, hablar y la salud general. Las personas que viven en las comunidades rurales de Australia y regionales tienen más caries, caries más graves y caries sin tratar más que los de la

ciudad. Las condiciones ambientales únicas y grupos de población en estas comunidades pueden contribuir a la mayor carga de la caries. En particular, algunos pueblos carecen de la fluoración del agua de la comunidad, y algunos tienen una alta proporción de la población aborígen, que tienen significativamente peor salud oral que sus homólogos no aborígenes. Debido a estas y otras circunstancias particulares, la investigación convencional sobre la caries los factores de riesgo pueden no aplicarse en estos entornos. Este estudio tuvo como objetivo reunir contemporáneos datos sobre la salud oral de las pequeñas comunidades rurales de Australia o regionales, e investigar la caries factores de riesgo de estas comunidades. Una encuesta transversal que consiste en un examen dental estandarizada y el cuestionario se utilizó para medir la oral, la salud de 434 niños (32%) con edades aborígenes 3- doce años en tres pequeñas zonas rurales o regionales. Oral salud se determinó como la de hoja caduca y permanente cariados, perdidos y llenos de dientes (ceod / CPOD), y la proporción de niños sin caries. Los factores de riesgo fueron investigados por regresión logística. El ceod / CPOD para niños en este estudio fue de 1,5 por 5-6 años de edad y 1,0 para 11- 12 años de edad (grupos de índices reportados). Los predictores independientes de tener caries (Sí / No) eran grupos de edad, la celebración de una tarjeta de concesión (OR = 2,45; IC del 95% = 1,58-3,80) y el cepillado de dientes menos de dos veces al día (OR = 2,11; IC del 95% = 1,34 -3,34). Estado aborígen también se convirtió en una variable significativa en virtud de los análisis de sensibilidad (OR 1,9; IC 1. 12 -3,24) cuando se eliminó la variable de cepillado de dientes. Género, la fluoración del agua y la educación de los padres no fueron predictores significativos de caries en estas comunidades. Los rurales / remotas los niños en este estudio tenían peor salud oral que ya sea estatal o media nacional, tanto en el 5- 6 años de edad y 11 al 12 de edad años. El nivel socioeconómico, cepillado de dientes y el estado de los aborígenes se asociaron significativamente con caries en estas comunidades. Para cerrar la brecha sustancial en resultados de salud oral entre los residentes, los enfoques que se dirigen a las zonas rurales, los pueblos aborígenes y los de niveles socioeconómicos bajos son necesarios rurales y metropolitanas. ⁽³²⁾

En los últimos años la Comunidad Valenciana ha experimentado la inmigración masiva, principalmente de personas de Europa del Este, África del Norte y América Latina. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la inmigración sobre la prevalencia y la experiencia de caries en 12 - y 15-años de edad, los niños en la región de Valencia, y para relacionar esto con otro socio-económico y la higiene bucal -relacionado variables. Los datos se obtuvieron del estudio epidemiológico de oral de la salud llevado a cabo en la Comunidad Valenciana en 2004. El grupo de estudio compuesto por 478, 12 YR-viejos niños y 401, de 15 años de edad los niños. Estatus migratorio, la edad, la frecuencia de cepillado dental, y la ingesta de alimentos cariogénicos entre comidas mostraron asociación significativa en un modelo de regresión lineal múltiple usando los dientes cariados, perdidos u obturados (CPO) cuenta como la variable dependiente. De todas las variables predictoras, el que hizo la mayor contribución a la modelo era su estatus migratorio. En un análisis de regresión logística múltiple con presencia de caries como la variable dependiente, estatus migratorio, la ingesta de alimentos cariogénicos, la clase social y la edad se asociaron significativamente con la presencia de caries. Como inmigrantes niños tienen significativamente más altos niveles de caries que los españoles los niños, la futura planificación de servicios de salud pública debe prestar atención a este grupo riesgo. ⁽³³⁾

Para informar y comparar los factores de riesgos y preventivas de caries en alta y baja de riesgo en adolescentes, a partir de un estudio de cohorte de 4 años sobre las medidas preventivas de uso común para la caries en adolescentes en el Servicio Odontológico Público sueco. En 1995 un grupo de 12 fue examinado años de edad de la caries y completó un cuestionario. Este procedimiento se repitió a los 14 años y el 16. El grupo identificado como de alto riesgo fue examinada cada año y este grupo fue asignado al azar a uno de cuatro programas preventivos. Los resultados examinados fueron los incrementos de caries usando los DMF-índices. Regresión de Poisson se utilizó para evaluar el riesgo y preventivos factores. El número de 12 años de edad que participan era 3.373 en 1995 y 2.848 seguían participando en 1999. Un mayor riesgo se observó de incremento de caries para los adolescentes de hogares de la

clase trabajadora, de fuera de Europa Occidental, y para aquellos que a menudo comían dulces y no cepillarse los dientes dos veces al día. Hallazgos importantes fueron los diferentes resultados para los preventivos factores cuando se utilizaron diferentes DMF-índices como medidas de resultado y el hecho de que no había ninguna diferencia entre el alto riesgo del grupo y el total del grupo a la hora de arriesgar o preventivas factores. La prevención clínicamente probada tuvo un efecto es decir, baja, la aplicación semestral de barniz de flúor impedido 10% del desarrollo de dentina y esmalte caries más de 4 años. ⁽³⁴⁾

Enfermedades oral y hábitos de alimentación están íntimamente relacionados. Importancia de evaluar condiciones de salud oral entre los escolares niños, por lo tanto existe. El presente estudio investigó la salud oral, el estado de salud entre los 5-6 años y 12 -13 años los niños en el distrito de Nawalparasi, Nepal. Reclutamiento de 1.000 escolares los niños de edades (5-6) y (12 -13) años en el distrito de Nawalparasi, un estudio transversal se llevó a cabo entre noviembre y diciembre de 2014. Los datos ensambla a partir de instrumentos estándar fue introducida en Epi-Data 3.1, limpiado en SPSS versión 16.0, y analizada en Epi Info 3.5.4. De 12 -13 años hijos, tres de cada diez (32,0%, IC 95%: 27,8-36,4) sufría de molestias ocasionales dental y dolor, y el 8,1% (IC del 95%: 5,9 a 11,0) a menudo experimentan molestias dentales y dolor durante los últimos 12 meses. Era un 73,6% (IC 95%: 69,3-77,4), que rozó los dientes por lo menos una vez al día, mientras que otro 20,7% (IC 95%: 17,2-24,7) cepillado dos veces al día. Entre todos los niños, el 86,1% (IC 95%: 82,6-89,1) usa pasta de dientes para cepillarse los dientes. Un niño de tres cuarto (73,8%, IC 95%: 69,5-77,7) bebió té con azúcar al día. La caries dental era visible en el 42,2% (IC 95%: 37,7-46,8) (media CPOD anotar $2,3 \pm 1,5$). Del mismo modo, una cuarta parte (24,1%, IC 95%: 20,3-28,3) tenía sangrado gingival, el 10,9% (IC del 95%: 8,3 a 14,1) fluorosis dental cuestionable, 4,5% (IC 95%: 2,9 a 6,9) traumatismos dentales, y 1,7% (IC del 95%: 0,8 a 3,5) por vía oral de la lesión de la mucosa. Se observó remisión para el tratamiento preventivo / de rutina en el 40,5% (IC del 95%: 36.145.1). Entre 5-6 años de edad los niños, una notable proporción de caries dental (64,4%; IC del 95%: 59,2 a 69,4 y la media de puntuación

de CPOD 4.4 ± 3.0) se observó. Estadísticas de fluorosis dental, trauma dental y bucal lesiones de la mucosa en este grupo de edad fueron: 3,1% (IC 95%: 1,6-5,6), 1,7% (IC del 95%: 0,7 a 3,8) y 1,1% (IC del 95%: 0,4-3,0), respectivamente. Acerca de 40,1% (IC 95%: 35,0-45,4) fueron remitidos para tratamiento preventivo, y el resto para el tratamiento oportuno. La salud oral de los niños era pobre, principalmente dental acarreo seguía siendo generalizada. Conciencia sobre la higiene dental debe promoverse en las escuelas de coordinación activa y la colaboración con las autoridades educativas. ⁽³⁵⁾

El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre, la calidad oral relacionada con la salud de la vida (OHRQoL), medido a través del Niño -OIDP, y las características demográficas, la percepción subjetiva problemas orales y clínicas orales medidas de salud, entre 11 a 12 años de edad de la escuela los niños en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. Se realizó un estudio transversal, que tiene como población objetivo de 11 y 12 estudiantes de años de edad, de ambos sexos, inscrito oficialmente en clases escolares de 6 y 7 años en las escuelas públicas. Se utilizó una muestra probabilística con un diseño complejo. OHRQoL fue evaluada por la versión brasileña del Niño -OIDP. Orales se realizaron los exámenes, y la presencia de biofilm dental, sangrado gingival, CPOD, fluorosis, defectos en el esmalte, trauma dental y maloclusión se registraron. Un total de 571 escolares los niños participaron con una edad media de 12 0,0 año y un intervalo de confianza del 95% (IC del 95%) a 11.9 a partir 12 0.1. Un total de 88,7% de los escolares los niños presenta el impacto de orales problemas en al menos una de las ocho actuaciones diarias. Las actividades que tenían la mayoría de los impactos estaban comiendo (81,3%), la boca (40,5%) de la limpieza, y sonriente (32,2%). La media Niño índice -OIDP fue de 7,1 con IC del 95%: 6,2 a 8,1. Los puntajes más altos fueron en relación a la alimentación (media = 25,0; IC 95% 22,4-27,6), la limpieza de boca (media = 12 0,0; IC del 95%: 9,1 a 14,9), y sonriente (media = 10,0; IC del 95% a partir de 7,5 a 120,5). En el modelo de regresión logística, el niño -OIDP se asoció con la experiencia de caries dentales y con la percepción de los dientes sensibles, la percepción de sangrado gingival, y la percepción de la posición inadecuada de los

dientes. En la regresión multinomial, se encontró que las probabilidades de tener niveles más altos de Niño -OIDP se asociaron positivamente con la experiencia de caries dentales. Caries auto-reporte dentales, dientes de leche móviles, posición de los dientes, encías sangrantes, y el mal aliento se asociaron con peor OHRQoL. Se puede concluir que existe una asociación entre la experiencia de caries dental y el Niño índice -OIDP. Esta asociación indica que el impacto de esta enfermedad en la calidad de vida de la escuela de los niños. Por otra parte, el niño índice -OIDP se explica más por la percepción subjetiva orales problemas que por medidas normativas clínicos. ⁽³⁶⁾

Salud oral es un componente esencial de la salud durante toda la vida. Ha habido una disminución de la caries dental y la enfermedad periodontal en los países desarrollados, que se puede atribuir a la implementación de programas de prevención, sino en el desarrollo de enfermedades dentales en países que todavía están en aumento. Por tanto, este estudio transversal se llevó a cabo para evaluar la prevalencia de la caries dental y la higiene bucal prácticas entre los 12 a 15 años de edad los niños. Se utilizaron cuestionarios auto administrados cerca finalizados para evaluar la higiene bucal práctica. La prevalencia global de caries dental fue 58,3% y la puntuación media fue de 1,2 CPOD ($\pm 1,79$) y la puntuación diestro fue de 0,6 ($\pm 1,24$). La mayoría de los niños (84,1%) se presentaron con la práctica de lavarse los dientes una vez cada día con un cepillo de dientes y pasta de dientes. Regular chequeo dental era muy pobre (5,6%), pero el 77,4% informó que visitó a un dentista en caso de dolor o presencia de manchas en los dientes. Las mujeres (63,4%) y los niños que estudian en clase superior secundaria (74,2%) mostraron un "buen" nivel de higiene oral la práctica que los hombres y los niños en la clase de secundaria, respectivamente. Los niños que tienen la práctica "buena", presentado con la gravedad de la caries dental "baja". La utilización de los servicios dentales era deficiente en los niños, por lo tanto, destaca la necesidad de implementar programas de prevención es importante que ayudaría a reducir la incidencia de las caries dentales, así como ayudar en el tratamiento rápido de la caries dental en sus etapas iniciales. ⁽³⁷⁾

El sarro o cálculo, informó el odontólogo australiano Eric Reynolds, es el depósito de sales de calcio y fósforo en los dientes, que provoca inflamación de las encías y la paulatina destrucción del tejido que los sostiene. Javier Portillo, profesor e investigador de la Facultad de Odontología de la UNAM, señaló que todas las personas son propensas a la formación de sarro en los dientes debido a que la saliva contiene calcio de manera natural, que si se combina con un pH alcalino y con la presencia de placa dento bacteriana, permitirá su precipitación sobre el esmalte. El odontólogo Armando Hernández, director de relaciones institucionales de la Asociación Dental Mexicana, apuntó que existen factores que pueden potenciar la formación de sarro, como la saliva con un pH muy alto, por arriba de 7.5, y el consumo de agua dura, que contiene un alto nivel de sales de magnesio y calcio y que es muy común en varias ciudades del País.

Texto completo

Salud y Bienestar. Cuidados. Un inadecuado cepillado dental contribuye a la formación de esta placa, que provoca la destrucción del tejido que sostiene los dientes La mala higiene bucal contribuye a la formación de sarro en la superficie de los dientes, sustancia presente en 70 por ciento de la población del País, y si no se elimina a tiempo puede causar la pérdida de los dientes. El sarro o cálculo, informó el odontólogo australiano Eric Reynolds, es el depósito de sales de calcio y fósforo en los dientes, que provoca inflamación de las encías y la paulatina destrucción del tejido que los sostiene. El experto señaló que la falta o deficiencia en el cepillado o en el uso del hilo dental favorece la acumulación de la placa dentobacteriana, proveniente de residuos alimenticios en descomposición, además de que permite la acumulación de calcio existente en la saliva. "Cuando hay una mala higiene, el sarro se convierte en foco de problemas periodontales, porque la placa bacteriana se va mineralizando y destruirá el tejido de soporte del diente", apuntó Reynolds en entrevista. De visita en la Ciudad de México, el creador de la tecnología Recaldent indicó que el sarro no sólo amenaza la salud de los dientes y encías, sino que también constituye un problema estético, porque las piezas dentales con el tiempo van adquiriendo manchas de

color marrón o amarillo imposibles de quitar con el cepillado. El sarro no provoca dolor, pero debido a la acumulación de microorganismos puede generar mal aliento y sangrado en las encías por irritación cuando la placa es muy gruesa. La goma de mascar con Recaldent, indicó, aparte de revertir el proceso destructivo de las caries, inhibe la formación de sarro en la superficie del diente. Javier Portillo, profesor e investigador de la Facultad de Odontología de la UNAM, señaló que todas las personas son propensas a la formación de sarro en los dientes debido a que la saliva contiene calcio de manera natural, que si se combina con un pH alcalino y con la presencia de placa dentobacteriana, permitirá su precipitación sobre el esmalte. "El sarro es un problema muy común en todo el mundo, es un problema natural. Todos potencialmente podemos formar sarro, porque es parte de la biología de la saliva", expresó. Para prevenir la formación de sarro, Portillo recomendó cepillarse los dientes tres veces al día y hacer uso de hilo dental para eliminar la placa bacteriana y controlar los niveles de acidez de la saliva. Pero una vez que el cálculo se adhiere a los dientes, dijo, es necesario acudir con un odontólogo para que lo retire mediante un raspado, maniobra indolora que se realiza en una sola consulta. El odontólogo Armando Hernández, director de relaciones institucionales de la Asociación Dental Mexicana, apuntó que existen factores que pueden potenciar la formación de sarro, como la saliva con un pH muy alto, por arriba de 7.5, y el consumo de agua dura, que contiene un alto nivel de sales de magnesio y calcio y que es muy común en varias ciudades del País. Por eso, el especialista recomendó, además del cepillado y el uso de hilo dental, beber agua baja en minerales, evitar el consumo de tabaco, alcohol y bebidas con gas, así como visitar con regularidad al dentista, quien dependiendo del riesgo bucal del paciente decidirá el número de consultas al año. Así lo dijo "Cuando hay una mala higiene, el sarro se convierte en foco de problemas periodontales, porque la placa bacteriana se va mineralizando y destruirá el tejido de soporte del diente". Eric Reynolds, director de la Escuela de Ciencias Dentales de la Universidad de Melbourne, Australia. ⁽³⁸⁾

Se realizó un estudio transversal entre los niños de 12-13 años en Yongon, Myanmar para evaluar el estado de salud oral y hábitos de

higiene oral. Los estudiados 220 estudiantes eran de dos escuelas secundarias, uno urbano y otro rural. Se realizó un oral de examen de salud siguiendo los criterios de la OMS y utilizamos un cuestionario auto-administrado. La tasa de prevalencia de la caries dental entre la población estudiada fue de 53,2%. El número medio de dientes cariados, perdidos y llenos de dientes obturados (CPO) fue de 1,7 +/- 2,1 dientes por persona (decaído, 1,5 +/- 1,9); faltante 0,0 +/- 0,2; llenado, 0,1 +/- 0,4). El análisis multivariado reveló importantes factores de riesgo para la caries dental fueron: la ubicación geográfica de la escuela (OR ajustada = 2,24; IC del 95%: 1,01 a 4,94), situación laboral del padre (OR ajustada = 2,83; IC del 95%: 1,05 a 7,62) y la actitud del niño acerca de la caries dental (OR ajustada = 2,35; IC del 95%: 1.18-4.67). Conocimiento de higiene oral, los hábitos no se asociaron con la caries dental. Los resultados de este estudio sugieren la necesidad de cambiar de restauración odontológica a orientada a los servicios públicos de salud dental, para reducir el alto nivel de caries dental en este grupo de edad. ⁽³⁹⁾

Encuesta de salud oral ya ha sido llevado a cabo en Jordania. Los objetivos del estudio fueron evaluar la carga de la caries dental y la salud gingival entre los niños de 6 y 12 años en relación con factores sociodemográficas y para determinar la tendencia en el tiempo de la aparición de la caries y la necesidad de atención dental. Un estudio epidemiológico transversal se llevó a cabo, que incluyó 2496 niños de 6 años y 2.560 niños de 12 años seleccionados por muestreo estratificado y por conglomerados. Los niños fueron examinados en las escuelas y los datos de información acerca de la caries y el estado de salud gingival comprendidas. OMS metodología y se aplicaron criterios. Cuestionarios estructurados se utilizaron para recopilar información acerca de la higiene bucal, las visitas al dentista, el consumo de azúcares y el nivel de educación de los padres. Las tasas de prevalencia de caries fueron 76,4% en 6 años de edad y el 45,5% en los 12 años de edad, y la experiencia de caries fue de 3,3 ceod y CPOD 1,1, respectivamente. La prevalencia de caries varió significativamente según el sexo y la región geográfica. En ambos grupos de edad, los niños de los grupos sociales de bajos y medianos recursos tenían niveles significativamente más altos de la

experiencia de caries, más dientes cariados sin tratar y un menor número de dientes obturados que hizo de niños del grupo socioeconómico alto. El análisis de regresión multivariante mostró que la clase social era la variable independiente más importante para la caries. Los resultados de 2005 fueron comparados con datos similares recogidos en la capital, Ammán, en 1993. Para todas las clases sociales, la experiencia de caries media y la cantidad de caries no tratadas aumentaron con el tiempo. Por otra parte, el 17,7% de los niños de 6 años de edad y el 49,1% de los niños de 12 años tuvieron sangrado gingival. Diferencias significativas en la salud gingival fueron encontradas por sexo, ubicación, áreas geográficas y grupos socioeconómicos. La enfermedad oral es un problema de salud pública en Jordania. Fortalecimiento de la escuela por vía oral necesita el programa de salud para la prevención eficaz y el control de la caries y la promoción de la salud gingival. Una escuela sistemática con programa de salud oral, incluyendo la promoción de la salud debe ser establecido. ⁽⁴⁰⁾

Los investigadores dentales han postulado que los factores de riesgo para la caries de esmalte y dentina pueden no ser el mismo. Una revisión de la literatura comprobó que los datos para apoyar esta teoría se carecen. Para evaluar los riesgos indicadores de esmalte y dentina la caries de la dentición permanente en un grupo de estudio que tenían acceso limitado a los fluoruros y hace un uso limitado de los servicios dentales. El estudio se realizó en Goa, India. La información proviene de una encuesta transversal de 1189 séptimo grado los niños, que consistía en un examen dental clínico y un cuestionario autoadministrado a sus padres. El cavidades y se utilizaron criterios no cavidades que marcaría para la caries, y el índice de Silness-Loe de placa. La edad media de los niños fue de 12 0.2 años. El porcentaje de niños caries gratuita en la dentición permanente fue 22,2%, la media +/- s de DMF, lesiones de esmalte y dentina fueron 4,20 +/- 5,10, 2,59 +/- 2,89 y 1,61 +/- 3,30, respectivamente, y la placa media la puntuación fue de 1,00 +/- 0,48. Los resultados de los análisis de regresión mostraron que los riesgos indicadores de prevalencia y severidad de caries diferían dependiendo del tipo de lesión. La única variable que fue consistentemente un riesgo

indicador de la presencia y severidad de la caries de dentina y esmalte era la pobre higiene oral. Nivel más alto de la madre de educación y la presencia de fluorosis también eran de riesgo indicadores de caries de esmalte y dentina. La presencia de los dientes primarios cariados era un riesgo indicador de la caries del esmalte; y la severidad de fluorosis, el uso de pasta dental con fluoruro en el momento de la encuesta, y la frecuencia de cepillado de los dientes eran de riesgo indicadores de caries de la dentina. La caries observada por pobre higiene bucal visto se explora más allá.⁽⁴¹⁾

El objetivo del estudio fue examinar la relación entre la higiene oral de nivel y experiencia de caries en los 14 años de edad el uso de dentífricos con flúor de manera regular. La higiene bucal expresa como gingivales puntos sangrantes (GBP) se registró en 267 personas en el condado de Lillehammer en Noruega. La experiencia total de la caries como CPOS y lesiones de caries proximales en la mitad externa del esmalte (D1), en el medio interno del esmalte (D2), en la dentina (D3), y las superficies proximales llenos se registraron clínicamente y por mordedura-ala estandarizada radiografías. Utilizando el análisis de regresión múltiple, la higiene bucal nivel expresado como GBI fue el único factor que podría explicar la variación en la experiencia de caries (CPOS). Cualquier efecto significativo del consumo de dulces en la experiencia de caries no se pudo demostrar en el análisis multivariado. El porcentaje medio de libras esterlinas (+/- SD) fue de 35,7 +/- 10,0%. Los individuos fueron divididos en un grupo con una buena higiene oral (GBP <35,7%) y un grupo con una mala higiene bucal (GBP > o = 35,7%). Significativamente menos lesiones cariosas y superficies proximales llenos se demostraron en el grupo con una buena higiene oral en comparación con el grupo con mala higiene oral. Alrededor del 16% de la población de estudio utilizado tabletas de fluoruro o enjuagues bucales fluorados además de una pasta dental con fluoruro. Sólo en la buena higiene bucal grupo, fluoruro adicional dio lugar a una menor experiencia de caries en comparación con aquellos que utilizan sólo pasta dental con fluoruro. En el grupo con mala higiene bucal, pasta dental no se tradujo en una menor experiencia de caries. Así, el estudio apoya la opinión de que durante la exposición

regular con fluoruro higiene bucal nivel es una variable importante para explicar la caries riesgo. ⁽⁴²⁾

Describir estado de salud orales de chinos niños urbanos de edades de 12 años, para evaluar el patrón de comportamiento de la salud oral, y para evaluar el efecto relativo de socio-conductuales factores de riesgo sobre la experiencia de caries dental. Una encuesta transversal de niños de 12 años de edad, se llevó a cabo en la provincia de Hubei de China, incluyendo a los grupos urbanos y periurbanos. El muestreo fue de conformidad con los procedimientos de la OMS que se aplican en la segunda encuesta nacional de la salud oral. Los datos fueron recogidos mediante exámenes clínicos y el uso de cuestionarios autoadministrados. La encuesta fue iniciada por el Comité Nacional de Oral Health, China, con el fin de ayudar a la planificación y evaluación de base en la escuela oral de la atención sanitaria. Una muestra de 698 niños de edad de 12 años (96 por ciento de la muestra original) participaron en la encuesta; la muestra se equilibra con el género y la urbanización (urbano / periurbano). Los niños fueron examinados clínicamente de acuerdo con los métodos básicos de la OMS y respondieron a los cuestionarios estandarizados sobre comportamiento de la salud oral, el conocimiento y las actitudes. La media CPOD de los niños fue de 0,77 y DT constituye la mayor parte del índice de caries. Cerca del 65 por ciento de los niños tenían CPITN puntuación máxima 2 (sangrado gingival y cálculo). Sólo el 40 por ciento cepilló los dientes al menos dos veces al día y el 46 por ciento había visto a un dentista en el último año. Se observaron variaciones por la urbanización y la regresión lineal múltiple de la experiencia de caries dental reveló que el consumo de alimentos dulces, la ubicación y las visitas dentales fueron las más importantes variables independientes. Este estudio ha demostrado que los sistemáticos programas de promoción oral de la salud para los niños en China se necesitan con urgencia. ⁽⁴³⁾

A través de regresión logística múltiple un estudio epidemiológico se llevó a cabo de los siguientes factores: edad, sexo, estatus socio-económico, cuidado dental, cepillado de dientes, masticar chicle, comer bocadillos, fluoruro, y de su influencia en el desarrollo de la caries dental. Los

factores son analizados de forma individual como global (modelo global). Un modelo inicial se construyó, el establecimiento de las interacciones, y el desarrollo de un modelo final. Los factores de riesgo que se muestran a participar fueron: bajo nivel de clase social, la falta de cuidado dental en los últimos 12 meses, la ausencia de cepillado de los dientes, y que pertenece al grupo de edad de 9 - 12 años de edad. Una interacción se establece entre las siguientes variables: el nivel socioeconómico y el cepillado dental, cuidado dental y la edad. ⁽⁴⁴⁾

Nuestro objetivo fue describir factores socio-económicos y de comportamiento relacionados con la experiencia de caries en escolares los niños en Sassari, Cerdeña (Italia). Cuatrocientos tres 12 años de edad, los escolares fueron seleccionados al azar y sus dientes examinados clínicamente después de secado al aire, bajo la luz estándar utilizando un espejo llano y la OMS índice periodontal comunitario de necesidades de tratamiento (CPITN) sonda bolígrafo. El índice CPOS clínicos se registró tras un umbral diagnóstico, CPITN siguiendo las indicaciones de la OMS. Un cuestionario sobre higiene oral hábitos (OHH), la aparición de hábitos de cepillado (OTH), la frecuencia de los chequeos dentales (DCU), platos dulces y el consumo de refrescos y de fondo factores socioeconómicos, situación ocupacional es decir, de los padres (SOCFAM) y la edad de los padres, fue completado por los niños y el padre (s) / tutor (s). La prevalencia de caries fue del 61,6%. Se observó una asimetría positiva de CPOS. En cuanto a la caries, una tendencia significativa lineal ($p < 0,05$) se encontró entre los odds ratios en cada nivel de exposición en SOCFAM, ohh, OTH y CPITN. Un modelo de regresión logística para la caries se construyó utilizando factores relacionados. CPITN (condiciones gingivales) hizo una contribución significativa en el modelo predictivo ($p = 0,01$). Género actuado como un modificador de efecto sobre CPITN, se construyeron modelos de regresión logística de modo para hombres y mujeres por separado. CPITN era la única covariable estadísticamente significativa en machos y OHH el único que en las mujeres. Nuestros resultados confirman una alta prevalencia de caries y también la necesidad de programas de prevención y educación para la caries en Cerdeña. ⁽⁴⁵⁾

Hasta la fecha, pocos estudios han abordado la halitosis en la población pediátrica. Como tal, el objetivo del presente estudio fue investigar los síntomas, signos y de riesgo los factores asociados a la halitosis en saludables hijos y presentar un modelo basado en los datos clínicos que predice la presencia de halitosis. Se incluyeron un total de 101 individuos. Todos los pacientes recibieron un cuestionario que preguntó sobre las características sociodemográficas, la halitosis auto-reporte y el historial de tratamiento dental. Las personas que recibieron una intra minuciosa oral de examen, y se midieron los compuestos de azufre volátiles (VSC) para probar la presencia de halitosis con un monitor de sulfuro portátil (Halimeter (®); Interscan Co., Chatsworth, CA, EE.UU.). La distribución de las características sociodemográficas, la percepción subjetiva de halitosis, historia de tratamiento dental y otras características orales se evaluó. Por último, un modelo estadístico fue construido con el mejor conjunto de características para predecir la halitosis en los niños. La mediana de edad fue de 12 0.0 año (media: 11,7 ± SD 2,7) con el 54,5% varones. La halitosis (VSC > 100 partes por mil millones, o ppb) se midió objetivamente en el 37,6% de los pacientes. Para fines de comparación, se obtuvo red bayesiana utilizando datos clínicos y demográficos. El modelo consistió en cuatro variables (sexo, edad, higiene bucal de estado y halitosis auto-reporte) directamente relacionados con la presencia de la halitosis (VSC > 100 ppb). Este modelo logra área de 76.4% bajo receptor de características de funcionamiento curva (AUROC). En general, los pacientes femeninos o individuos con la placa dental en más de 25% de las superficies dentales o pacientes mayores de 13 años de edad eran más propensos a presentar halitosis. Los resultados sugieren que la halitosis en la población pediátrica se relaciona con la mala higiene oral y puede ser más común en las mujeres y las personas mayores. Este modelo predictivo específico puede ser útil para identificar subgrupos para orientar la intervención para el tratamiento oral de la halitosis. ⁽⁴⁵⁾

Para describir el nivel de la enfermedad oral en los escolares urbanos y rurales en el sur de Tailandia; para analizar las prácticas de autocuidado y hábitos de visita dental de 12 años de edad, y para evaluar el efecto de la socio-conductual factores sobre la experiencia de caries dental. Un

estudio transversal de 6 y 12 años de edad, los niños, las escuelas urbanas y rurales elegidos al azar de 19 distritos de una provincia. Un total de 1.156 niños de grado 1 (6 años) y 1.116 niños de grado 6 (de 12 años). Grabaciones clínicas de la caries dental y las puntuaciones del IPC periodontales 0, 1 o 2 según la OMS; entrevistas estructuradas de 12 años de edad (n = 1084) en relación oral de comportamiento de la salud y las actitudes. A los 6 años, el 96,3% de los niños tenía caries y la media de CPOD fue 8,1. En 12 años de edad, el 70% tenían caries en dientes permanentes y el nivel de CPOD fue de 2,4. La experiencia de dolor durante los últimos 12 meses se informó en un 53% de los 12 años de edad, el 66% vio un dentista en el año anterior y el 24% informó que las visitas se debieron a problemas en los dientes. El cepillado de dientes al menos una vez al día fue reclamado por 88%. Un número significativo de los niños informaron haber consumido azúcar escondidos todos los días: refrescos (24%), la leche con el azúcar (34%), y el té con azúcar (26%). Predictores importantes de la alta experiencia de caries fueron las visitas al dentista, el consumo de dulces, etnia (musulmán) y el sexo (las niñas), mientras que menor riesgo se observó en los niños con positivas actitudes de salud oral. Educación sanitaria sistemática puede mejorar aún más la vía de salud oral de Tailandia los niños y la escuela primaria proporciona un entorno único para este tipo de programas. ⁽⁴⁷⁾

La higiene bucal se le ha dado la debida importancia desde las edades. Las diferentes culturas han estado utilizando diferentes métodos para el mantenimiento de una buena higiene bucal. El estudio se realiza para averiguar los niveles de higiene bucal en los niños de la población tribal y correlacionar los métodos de cepillado utilizados y los niveles de higiene bucal. Un total de 5129 niños de 5 a 12 años de edad (niños, niñas 2351 2778) se analiza lo simplificada higiene bucal índice en el estudio. En general el estado de higiene bucal de 1267 niñas y 1348 niños era justo, mientras que 821 niñas y 937 niños era bueno y 263 chicas y 493 chicos era pobre. Se ha demostrado que justas prácticas de higiene oral estaban siendo seguidos por los niños. Los niños que utilizan las ramitas y otros materiales para la higiene oral tenían casi igualmente buena higiene oral en comparación con la pasta de dientes y el cepillo de dientes, aunque los

niños utilizando pasta de dientes y cepillo de dientes tenían ligeramente mejor higiene oral. ⁽⁴⁸⁾

Para investigar la higiene bucal y el estado periodontal de 12 y 15 años de edad los adolescentes griegos, en relación con los parámetros sociodemográficos y conductuales. Una muestra por conglomerados estratificado de 1.224 de 12 años de edad y 1.257 de 15 años de edad los adolescentes de nacionalidad griega fueron seleccionados y examinados por examinadores calibrados. Periodontal y la higiene bucal de estado se evaluaron utilizando el Índice Periodontal Comunitario (IPC) y el Índice de Escombros simplificada (DIS), respectivamente. Los datos socio-demográficos y de comportamiento recogidos incluyen región, ubicación, género, nivel educativo de los padres, la frecuencia de cepillado dental y el motivo de la asistencia dental. La mayoría de los adolescentes de 12 (75,0%) y 15 años (61,4%) tenía justos niveles de higiene bucal. La condición más frecuentemente observada en los dos años de edad fue el cálculo con o sin hemorragia (42,8% en el más joven y el 53,3% en el grupo de mayor edad). El sangrado al sondaje se encontró en el 41,5% de los niños de 12 años y en el 30,0% de los jóvenes de 15 años. La aparición de bolsas periodontales poco profundas y / o profundas fue muy baja (0,2%). Modelado multivariable reveló que el género, la ubicación y frecuencia de cepillado dental fueron fuertemente asociados con la higiene bucal de estado en ambas edades; las niñas, los que viven en zonas urbanas y cepillarse los dientes con más frecuencia tenían significativamente menor DI-s. Frecuencia de cepillado dental también se asoció con el estado periodontal en ambas edades, mientras que viven en las zonas urbanas se asocia con una mejor salud periodontal sólo en los jóvenes de 15 años. El estudio demostró que la higiene bucal condiciones entre los niños y adolescentes griegos no son satisfactorios y que la aparición de la gingivitis es alta. Más esfuerzos en salud oral, la educación sanitaria y la higiene bucal se necesitan instrucción para mejorar su salud periodontal y la higiene bucal. ⁽⁴⁹⁾

Para estimar la frecuencia en el uso de servicios de salud, oral, la auto-evaluación de la salud, las prácticas de higiene oral de 12 y 15 años de edad, los niños y adolescentes griegos, para investigar las posibles

influencias de estos factores y otros parámetros sociodemográficos sobre salud oral. Una muestra por conglomerados estratificado de 1224 de 12 años de edad y 1257 de 15 años de los niños y adolescentes de nacionalidad griega viejos fueron seleccionados y examinados por examinadores calibrados. El examen clínico incluyó la grabación de caries según la asociación británica para el estudio de los criterios de diagnóstico de odontología de la comunidad, mientras que la higiene bucal y el estado periodontal fueron evaluados por medio de los escombros simplificado y el índice periodontal comunitario. Los sujetos fueron entrevistados para responder a las preguntas sobre los factores de riesgo socio-conductuales a través de un cuestionario estructurado. Prueba t de Student y ANOVA se utilizaron para la evaluación estadística de los medios y la prueba de chi-cuadrado se aplicó para la comparación estadística de las proporciones. Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para evaluar la asociación estadística entre las variables. Experiencia de caries y la caries no tratadas fueron significativamente mayores entre los niños y adolescentes que visitaron al dentista sólo cuando había dolor o para la restauración de un diente, en comparación con aquellos que visitan para chequeos o la prevención y tener una aplicación más frecuente de fluoruros tópicos. Cepillarse los dientes, al menos dos veces al día, y el hilo dental se asociaron significativamente con enfermedad periodontal y el estado de la higiene bucal, pero no con la presencia de caries. El análisis multivariado reveló que nivel educativo de los padres y el motivo de visitar a un dentista eran fuertes determinantes para la caries experiencia y el estado la higiene bucal, pero no para la salud periodontal de los niños y adolescentes. Este estudio ha identificado varios determinantes socio-demográficos y de comportamiento de la caries dental, higiene bucal y la salud periodontal de los niños y adolescentes griegos. ⁽⁵⁰⁾

En las últimas décadas los países de bajos ingresos experimentaron una tendencia creciente en la caries dental en los niños, en particular registrado en niños de 12 años, que es el principal indicador de la OMS grupo de edad de los niños. Esto aumenta los riesgos de efectos negativos en la vida de los niños. Existen algunos datos en el estado de

salud oral de los niños en los países de bajos ingresos del sudeste asiático. Sin embargo, la información sobre la forma oral de la salud se asocia con factores socio-conductuales es casi no disponible. Los objetivos de este estudio fueron: evaluar el nivel de salud oral de Laos 12 años de edad en zonas urbanas y semiurbanas; estudiar el impacto de la mala salud oral en la calidad de vida; analizar la asociación oral de la salud y los factores socio-conductuales; investigar la relación entre la obesidad y la salud oral. Un estudio transversal de 12 años de edad los escolares elegidos por muestreo aleatorio de varias etapas en Vientiane, República Democrática Popular Lao (en adelante, Laos). El último estudio de población compuesto por 621 niños. El estudio consistió en: registro clínico de caries y estado periodontal y calificaciones de los traumatismos dentales según la OMS; cuestionario estructurado; medición de los datos antropométricos. Las distribuciones de frecuencia para el análisis bivariado y regresión logística para el análisis multivariado se utilizaron para la evaluación de la asociación estadística entre las variables. La media de CPO-D fue de 1,8 (SEM = 0,09), mientras que la prevalencia de caries fue del 56% (IC95 = 52-60). Prevalencia de sangrado gingival fue de 99% (IC95 = 98-100) con el 47% (IC95 = 45 a 49) de los dientes presentes afectadas. Trauma se observó en 7% (IC95 = 9/5) de los niños. Alta caries se observó en los niños con las visitas al dentista y el consumo frecuente de bebidas dulces. Clases escolares perdidas, dolor de dientes y varios impedimentos de las actividades de la vida diaria se asoció con una alta dD-componente. No se encontraron asociaciones entre el índice de masa corporal (IMC) y factores de salud oral o de riesgo comunes. Los análisis multivariado revelaron alto riesgo de caries en niños con actitud baja o moderada hacia la salud, una historia de las visitas al dentista y una preferencia por el consumo de bebidas azucaradas durante el horario escolar. Bajo riesgo se encontró para los niños con buena o media percepción de la propia salud vía oral. Alto riesgo de sangrado gingival se observa en niños semi-urbanas y los niños. Aunque el nivel de caries es bajo provoca un considerable impacto negativo en la vida cotidiana. Promoción de la salud basada en la escuela se debe

implementar centrándose en las habilidades basadas en aprendizaje y las actitudes hacia la salud. ⁽⁵¹⁾

Control de placa en pacientes con enfermedad periodontal depende críticamente de autocuidado a través de determinados comportamientos de la higiene oral relacionados con la PI. Para determinar la relación entre la adhesión a la higiene oral instrucciones en pacientes periodontales adultos y constructos psicológicos. Para determinar el efecto de las intervenciones basadas en constructos psicológicos sobre orales comportamiento relacionado con la salud en pacientes periodontales adultos. Los estudios se agruparon de acuerdo con el diseño del estudio, y evaluaron el uso de una metodología adecuada, ya sea la evaluación de Newcastle-Ottawa para estudios de observación, o los criterios Cochrane para ensayos Se identificaron quince informes de los estudios. Hubo un bajo riesgo de sesgo identificado para los estudios observacionales. Ensayo más antiguo sufrido de alto riesgo de sesgo, pero los ensayos más recientes tenían bajo riesgo de sesgo. Sin embargo, la especificación de la intervención psicológica en general era pobre. El uso de la fijación de metas, el autocontrol y la planificación son las intervenciones eficaces para mejorar la higiene bucal comportamiento -relacionado en pacientes con enfermedad periodontal. La comprensión de los beneficios de un cambio de comportamiento y la gravedad de la enfermedad periodontal son importantes predictores de la probabilidad de un cambio de comportamiento. ⁽⁵²⁾

La caries dental es la enfermedad infecciosa crónica más común de la infancia causada por la interacción de las bacterias, principalmente *Streptococcus mutans* y los alimentos azucarados en el esmalte dental. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados de la caries dental en niños de escuelas primarias en Bahir Dar ciudad. Una escuela basada estudio transversal se llevó a cabo en la ciudad de Bahir Dar a partir de octubre de 2013 hasta enero de 2014. Se utilizó la técnica de muestreo aleatorio sistemático para seleccionar a los niños. Se utilizó cuestionario estructurado para entrevistar a los niños y / o padres para recoger variables socio demográficas. Información dental Clínica obtiene dentista experimentado utilizando criterios de caries

dentales establecidos por la Organización Mundial de la Salud. El análisis de regresión logística binaria y múltiple se calculó para investigar los factores asociados con la caries dental. De los 147 niños, 82 (55,4%) eran niñas. La mayoría de los niños (67,6%) limpiarse los dientes con el método tradicional (pequeño palo de madera hecha de un tipo especial de planta). La proporción de niños que tienen caries dental fue de 32 (21,8%). Caries primaria representaron el 24 (75%) de la caries dental. La proporción de los dientes perdidos fue de 7 (4,8%). El porcentaje total de la placa de muelas y dental entre los escolares fueron 40 (27,2%) y 99 (67,3%), respectivamente. Nivel de grado de 1-4 (AOR = 3,9; IC = 1,49 - 10,4), mala costumbre de limpieza dental (AOR = 2,6; IC = 1.8 a 6.2), la placa dental (AOR = 5,3; IC = 1,6-17,7) y el dolor de muelas (AOR = 6,3; IC = 2,4-15,4) se asociaron significativamente con la caries dental. La caries dental es un problema común de salud pública en los escolares asociados a la mala higiene oral, dieta y hábitos de visita dental. Por lo tanto, las medidas de prevención tales como la educación sanitaria sobre higiene oral, los hábitos alimenticios y la importancia de la visita al dentista son obligatorias para los niños.⁽⁵³⁾

La evaluación de la vía oral el estado de salud de los niños en las escuelas públicas y privadas proporcionan datos sobre el estado de salud oral de los niños de diferentes antecedentes socio-económico. El objetivo del siguiente estudio es evaluar y comparar el estado de higiene oral, el estado gingival y experiencia de caries entre los niños de las escuelas públicas y privadas en Andhra Pradesh, India. Se empleó una combinación de clúster y muestreo aleatorio estratificado para seleccionar a los participantes en el estudio. La higiene bucal experiencia de estado, el estado gingival y la caries se evaluó y se comparó entre los 12 y los niños de 15 años de edad a partir de tres escuelas públicas y privadas de cada uno. El examen fue realizado por tres investigadores entrenados y calibrados utilizando un espejo bucal y explorador bajo luz natural. Se examinó un total de 604 niños (331 públicos y 273 privados) en el estudio. La media de la higiene bucal índice simplificado (OHI-S) fue mayor entre los niños de las escuelas del gobierno (2,9 [1,1]) los niños de las escuelas privadas en comparación (0,6 [0,4]). La puntuación media gingival y la

media de los dientes perdidos llenos cariados también fueron más altos entre los escolares del gobierno en comparación con los niños de las escuelas privadas. Un número significativamente mayor de los niños en las escuelas del gobierno tuvo un mal estado de higiene bucal, de moderada a severa experiencia de la gingivitis y la caries. La prevalencia de las enfermedades orales fue relativamente menor entre los niños de las escuelas privadas en comparación con los de las escuelas públicas. Por lo tanto, los niños de las escuelas públicas deben tener la prioridad en comparación con los niños de las escuelas privadas en todos los programas de salud dental escolares planificadas a nivel estatal. ⁽⁵⁴⁾

El objetivo del presente estudio fue evaluar la higiene bucal y el estado de salud gingival entre los niños yemeníes con síndrome de Down. La muestra de estudio comprendió 101 niños con síndrome de Down que asisten a escuelas con necesidades especiales en Saná, Yemen. El índice de cálculo (CI), índice de placa (IP), y el índice gingival (IG) se utilizaron para evaluar la higiene bucal y el estado de la salud gingival. Todos los sujetos tenían gingivitis; la media de CI, al PI, y las puntuaciones GI fueron $0,58 \pm 0,61$, $1,45 \pm 0,57$ y $1,54 \pm 0,64$, respectivamente, sin diferencias significativas encontrado a través del género. El análisis de regresión lineal por pasos reveló que los mejores predictores en el orden descendente de CI fueron la edad y la educación de la madre, y los mejores predictores de PI fueron nivel de coeficiente intelectual, la edad y la educación del padre. Tener retraso mental grave, la edad avanzada, los padres menos educados eran los predictores más importantes para el pobre estado de salud gingival. Estos resultados muestran que los niños con síndrome de Down tienen mala higiene oral y los altos niveles de enfermedades periodontales. Por lo tanto, apropiada educación oral para la salud debe adaptarse a las necesidades de estos niños con el apoyo de sus maestros y padres. ⁽⁵⁵⁾

Exploramos los factores de riesgo epidemiológicos para caries dentales, para ayudar a explicar las diferencias en la prevalencia de caries dentales en los adultos. Se examinaron 841 personas para la presencia de *Helicobacter pylori* en su dental placa y para caries dental. De los 841 sujetos, 574 (68,25%) estaban infectados con *H. pylori*, y 516 (61,36%)

fueron diagnosticados con caries dentales. Entre los 574 pacientes con H. pylori, la prevalencia de la odontología caries fue 73,52% (422/574), mientras que la prevalencia entre los 267 casos sin H pylori fue 35,21% (94/267). Existía una correlación entre la presencia de H. pylori y la ocurrencia de caries dental ($\chi^2(2) = 112,8$, $p < 0,01$, odds ratio = 5,110; intervalo de confianza del 95% = 3,740-6,982). Las 574 personas con H. pylori tuvieron una mayor media dental índice de placa que los que no. En conclusión, la infección por H. pylori en la cavidad oral, se asocia con caries dentales y la mala higiene dental. ⁽⁵⁶⁾

Este estudio investigó la asociación entre los patrones dietéticos y orales de la salud en los niños de la escuela primaria de Damasco. Un total de 504 niños de 6-12 años se inscribieron y cuestionarios de frecuencia de alimentos fueron distribuidos a sus tutores para evaluar el consumo de alimentos. Dental salud se evaluó mediante el índice gingival y presencia de caries dentales no tratados. El consumo de grupos de alimentos fue inferior a las frecuencias recomendadas, mientras que el consumo de azúcares fue alta. El alto consumo de azúcar (OR 5,26), bajo consumo de productos lácteos (OR 2,45) y mala higiene bucal (OR 2,98) permanecieron factores de riesgo para caries dentales en el análisis de regresión múltiple. La mala higiene bucal (OR 18,5), el alto consumo de azúcares (OR 1,82) y baja frecuencia de cepillado dental (OR 1,98) también se mantuvo como factor de riesgo para la gingivitis, independientemente de todos los factores de confusión incluidas en el análisis. Programas educativos integrales sobre los hábitos alimentarios y su relación con la salud oral deben proporcionar a los niños y sus tutores. ⁽⁵⁷⁾

La asociación entre la obesidad y la periodontitis se ha investigado ampliamente en adultos, pero no en los jóvenes. Nuestro objetivo es evaluar si los pacientes pediátricos con sobrepeso / obesos tienen una mayor probabilidad de ser afectados por la gingivitis que los de peso normal. Noventa y ocho temas que van entre los 10 y 17 años de edad fueron clasificados como obesos peso / sobrepeso o normal sobre la base del índice de masa corporal. Datos auxológicos, presión arterial,

resistencia a la insulina, perfil psicológico, higiene oral se recogieron los hábitos, la placa y los índices gingivales. Las medidas antropométricas y presión arterial fueron significativamente mayores en los sujetos con sobrepeso / obesos que en los sujetos de peso normal ($p < 0,001$). Los sujetos con sobrepeso / obesos mostraron una actitud peor hacia la higiene oral. Dos vías ANOVA reveló un efecto significativo de la condición de la obesidad ($p < 0,001$) en el índice gingival. La regresión logística y lineal análisis de gingivitis como dependiente de la resistencia a la insulina y el mal identificado higiene oral en lugar de en el estado de sobrepeso / obesidad simplemente definido. Características psicológicas negativas relacionadas con el auto-concepto físico y académico también eran de riesgo factores para la gingivitis probablemente porque estaban relacionados con una genérica mala conciencia de sí mismo. La gingivitis observada en sujetos jóvenes obesos y con sobrepeso se debe probablemente a una combinación de perfiles metabólicos e inflamatorios y la actitud descuidada hacia la higiene oral. ⁽⁵⁸⁾

En un diseño de estudio transversal ponemos a prueba la hipótesis de que la obesidad en la adolescencia se asocia con indicadores de riesgo periodontales o enfermedad. Adolescentes obesos ($n = 52$) y sujetos de peso normal ($n = 52$) con una edad media de 14,5 años fueron examinados clínicamente con respecto a dental placa, inflamación gingival, bolsas periodontales y la pérdida de hueso alveolar incipiente. Los sujetos respondieron a un cuestionario sobre condiciones médicas, hábitos de higiene oral, hábitos de tabaquismo y los antecedentes sociodemográficos. Índice de masa corporal (IMC) se calcula y se ajustó por edad y sexo (IMC-SDS). Se analizaron muestras de fluido cervical gingival (GCF) para los niveles de adiponectina, activador de plasminógeno inhibidor-1 (PAI-1), la interleucina-1 β (IL- β), el factor de interleucina-8 (IL-8) y la necrosis tumoral α (TNF- α). Los sujetos obesos mostraron inflamación más gingival ($P < 0,001$) y las bolsas periodontales más patológicas (> 4 mm) ($p < 0,001$), pero la pérdida de hueso alveolar no incipiente en comparación con los sujetos de peso normal. Los niveles más altos de IL-1 β ($P < 0,001$) e IL-8 ($P = 0,002$) se midieron en GCF de sujetos obesos en comparación con los controles. En un análisis de

regresión logística multivariante, ajustado IMC-SDS ($P = 0,03$; odds ratio [OR] = 1,87) se asoció significativamente con la aparición de bolsas periodontales patológicas. El estudio demuestra una asociación entre la obesidad y periodontal riesgo indicadores en los adolescentes que en el largo plazo puede conducir a la oral, la morbilidad. Este resultado refuerza aún más el efecto negativo de la obesidad en la salud periodontal de los adolescentes y pone de relieve la importancia de una estrecha colaboración entre los dentistas y los pediatras en la prevención y tratamiento de la obesidad. ⁽⁵⁹⁾

Endocarditis infecciosa (EI) a menudo es causada por bacterias que colonizan los dientes. Los autores realizaron un estudio para determinar si la mala higiene bucal o la enfermedad dental son los factores de riesgo para el desarrollo de bacteriemia después de cepillarse los dientes o extracción de un solo diente. Ciento noventa y cuatro participantes en un estudio fueron ya sea en un grupo de cepillado de dientes o una extracción de un solo diente con el grupo placebo. Los autores evaluaron el estado de salud de los participantes de higiene oral, gingivitis y periodontitis. Se analizaron muestras de sangre obtenidas antes, durante y después de los cepillado de dientes o de extracción de las intervenciones para las bacterias asociadas a IE. Los autores encontraron que la higiene oral y los índices de enfermedades gingivales se asociaron significativamente con la bacteriemia relacionada con el IE después del cepillado. Los participantes con placa y el sarro puntuaciones medias de 2 o más estaban en un aumento de 3,78- y 4,43 veces el riesgo de desarrollar bacteriemia, respectivamente. La presencia de hemorragia generalizada después de cepillado de los dientes se asoció con un aumento de casi ocho veces en el riesgo de desarrollar bacteremia. No se encontró asociación significativa entre ninguna de las medidas de la enfermedad periodontal y la incidencia de bacteriemia después de cepillarse los dientes. La higiene bucal o la enfermedad de estado de un diente no se asoció significativamente con bacteriemia después de su extracción. La bacteriemia tras el cepillado dental se asocia con mala higiene bucal y sangrado gingival después del cepillado. ⁽⁶⁰⁾

MARCO TEÓRICO:

El mayor tiempo sin cepillarse los dientes trae como consecuencia el deterioro de la higiene oral como consecuencia de ello las enfermedades dentales así como enfermedades del corazón, derrame cerebral, demencia y posiblemente el cáncer.

MARCO CONCEPTUAL.:

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La higiene oral en nuestra localidad es uno de los problemas de la población que trae como consecuencia la caries dental (caries) puede causar dolor, infección y pérdida de dientes, afectando negativamente a comer, hablar y la salud general. Las personas que estudian en las instituciones educativas estatales de la localidad de Ica específicamente la institución educativa N° 22305 julio C. Tello están expuestos a la mala higiene oral por lo que nosotros decidimos a investigar de acuerdo a la línea de investigación cual es el factor que mayormente afecta a la higiene oral o cual es el factor de protección y en que magnitud.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factor de riesgo de la higiene bucal en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015?

IMPORTANCIA.

En el campo de la salud, las acciones preventivas son la mejor estrategia para resolver los problemas de salud bucal uno de estos problemas es el factor de higiene bucal. El descuido de este factor trae como consecuencias las enfermedades más prevalentes de la cavidad oral además problemas de endocarditis infecciosa, derrames cerebrales, demencia etc.

Por lo que decidimos investigar qué factores está vinculado con el deterioro de la higiene bucal. En la Institución educativa N° 22305 julio C. Tello –Ica

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar Cuáles son los factores de riesgo de la higiene bucal en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el estado de higiene oral en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello
- Conocer el tiempo para el cepillado en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello
- Identificar si cuenta con cepillo el escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello
- Determinar el uso de hilo dental en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello
- Identificar número de veces del cepillado en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello
- La obesidad en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello

IV. METODOLOGÍA

TIPO Y NIVEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

4.1. TIPO DE INVESTIGACION:

Tipo de investigación

Según la intervención del investigador:

Observacional.

Según la planificación de la toma de datos:

Prospectivo.

Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio:

Transversal.

Según el número de muestras a estudiar

Descriptivo.

4.2. NIVEL DE LA INVESTIGACION:

Relacional.

4.3. DISEÑO DE INVESTIGACION:

Epidemiológicos. Descriptivo

V. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

UNIDAD DE MUESTRA

La unidad de muestra fueron todos los escolares de 12 años de ambos sexos de la institución educativa N° 22305 Julio C. Tello.

5.1. CRITERIOS BASICOS PARA LA ELECCION DE LA POBLACION

UNIDAD DE ANÁLISIS:

La unidad de análisis fueron los escolares que estudie en la institución educativa N° 22305 Julio C. Tello

5.2. POBLACIÓN DIANA:

- El total es de 320 niños de todas las edades del turno de la mañana que pertenecen a la institución educativa N° 22305 julio C. Tello de la región Ica.

5.3. POBLACIÓN ACCESIBLE:

Fueron todos los niños matriculados de 12 años que asistieron el día del examen clínico, que pertenezcan a la institución educativa N° 22305 julio C. Tello de la región Ica - Perú.

5.4. CALCULO DE LA MUESTRA

No se realizó ningún tipo de muestreo por que fueron considerados todos los alumnos que a la fecha del examen tuvieran 12 años.

5.6. MUESTREO:

No probabilístico intencional.

5.7. LA MUESTRA REAL:

Fueron los 157 alumnos matriculados que asisten habitualmente.

5.2. RECOLECCIÓN DE DATOS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

MÉTODO PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:

ESTANDARIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

a) Validación y prueba de instrumentos:

Se utilizaron instrumentos de mediciones que estuvieron validados, seleccionando los instrumentos de más bajo costo, mejor aceptabilidad poblacional, mejor sensibilidad y menor variabilidad intra-observador.

b) Manual de procedimientos

Se generó un manual de procedimientos de todas las actividades en forma detallado. Este manual contenía instrucciones para los encuestadores y para el anotador (manejo de la muestra, charlas educativas y aplicación de cuestionario).

c) Capacitación del personal

Se realizó capacitación, para el anotador en distintos salones de clase de la institución educativa N° 22305 julio C. Tello, manejo de la muestra, planificación y coordinación del trabajo, evaluación teórica, evaluación práctica. Los resultados de la prueba de conocimientos teóricos para el

anotador donde demostraron que: El porcentaje alcanzado fue de un 90% de respuestas correctas.

CONTROL DE CALIDAD EN LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

a) Supervisión del personal

Tanto el encuestador y el anotador tuvieron la supervisión persona a persona en el terreno de los distintos salones de clase. Dicho acto se llevó a cabo por el asesor y el auxiliar del plantel.

b) Repetición de mediciones

En el desarrollo de las encuestas se realizara repetición de fichas en un 10% de todos los pacientes encuestados. No se aceptaron fichas de encuestas incompletas.

c) Monitoreo de mediciones e indicadores del proceso de terreno

Se realizó una difusión especial para conseguir la participación permanente de todos y cada uno de los escolares de la institución educativa N° 22305 julio C. Tello del lugar. El asesor participo permanente en el monitoreo de las encuestas.

d) Monitoreo del procesamiento

En este estudio se realizó un enorme esfuerzo por cautelar la estandarización y calidad de la encuesta, el almacenamiento de datos y la técnica de análisis de datos. Es por eso que se optó por la utilización de un solo encuestador.

e) Mantenimiento de equipos de terreno

Todos los instrumentos fueron revisados sistemáticamente

Boleta de esterilización, limpieza, instrumental defectuoso, que fueron reemplazados por uno nuevo; tales como hilo dental gasa y otros.

Procesamiento y validación de datos:

a) Ingreso de la información recolectada

Después de recoger los datos se verificaron el llenado completo de las fichas, pasamos a crear la matriz de datos en el software SPSS y procedimos con el almacenamiento. El estadista almaceno los datos en el ordenador, recodificaron algunas variables y comprobó la veracidad de los datos y confecciono los resultados.

b) Validación de la información

El resultado de la digitalización e interpretación de los formularios, corresponde a un archivo magnético en formato del programa SPSS 23 paquete estadístico en ciencias sociales. Mediante los cuales se corrigieron teniendo a la vista el instrumento aplicado (la ficha).

5.3. ANALISIS ESTADISTICO

ANÁLISIS DE DATOS

Con los datos almacenados en la matriz de datos en sus respectivas obtenidos y registrados en las respectivas tablas se procederá al análisis estadístico el cual se realizara en forma automatizada empleando programas informáticos estadísticos teniendo como principal software al SPSS Versión 20, para la contrastación de hipótesis utilizaremos la prueba no paramétrica de chi cuadrado con un nivel de confianza del 95%

.

5.4. RECURSOS HUMANOS

Los tres investigadores estaremos preparados y capacitados para realizar la evaluación de los factores de riesgo de la higiene oral contaremos con

el asesoramiento de un asesor y una secretaria para la redacción correspondiente.

5.5. RECURSOS MATERIALES NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROYECTO

- Ficha de registro de datos

DESCRIPCION	COSTO
Materiales bibliográficos	1400.00
Materiales De Escritorio	400.00
Servicios	3000.00
COSTO TOTAL	S/. 4800.00

VI. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

HIPOTESIS 1:

H₀.- No es un factor de riesgo contar con el tiempo suficiente para cepillarse para la higiene bucal en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

H₁.- Es un factor de riesgo contar con el tiempo suficiente para cepillarse para la higiene bucal en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADISTICA:

Razón de ventajas

NIVEL DE SIGNIFICACION:

5% de significación.

DATOS:

	estado de higiene oral simplificado		Total
	Malo	Optimo	
Cuenta con el tiempo suficiente para el cepillado NO	22	67	89
Si	23	45	68
Total	45	112	157

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADISTICA:

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Cuenta con el tiempo suficiente para el cepillado (NO / Si)	,642	,320	1,288

CONTRASTACION DE HIPOTESIS:

Decisión:

Como contiene a la unidad en los intervalos de confianza no es significativo.

No es un factor de riesgo contar con el tiempo suficiente para cepillarse para la higiene bucal en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

HIPOTESIS 2:

H₀.- No es un factor de riesgo contar con un cepillo dental para cepillarse para la higiene bucal en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

H₁.- Es un factor de riesgo contar con un cepillo dental para cepillarse para la higiene bucal en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADISTICA:

Razón de ventajas

NIVEL DE SIGNIFICACION:

5% de significación.

DATOS:

		estado de higiene oral simplificado		Total
		Malo	Optimo	
Cuenta con un cepillo dental	NO	1	20	21
	Si	44	92	136
Total		45	112	157

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADISTICA: razón de ventajas

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Cuenta con un cepillo dental (NO / Si)	,105	,014	,804

CONTRASTACION DE HIPOTESIS:

Decisión:

Como no contiene a la unidad los intervalos de confianza es significativo el factor es de protección. El contar con cepillo dental se puede prevenir 0.11 vece más el estado deficiente de higiene oral.

Es un factor de protección contar con un cepillo dental para la higiene bucal en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

HIPOTESIS 3:

H₀.- No es un factor de riesgo contar con hilo dental para su higiene oral en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

H₁.- Es un factor de riesgo contar con hilo dental para su higiene oral en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADISTICA:

Razón de ventajas

NIVEL DE SIGNIFICACION:

5% de significación.

DATOS:

	estado de higiene oral simplificado		Total
	Malo	Optimo	
Cuenta con hilo dental para su higiene dental NO	43	108	151
Si	2	4	6
Total	45	112	157

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADISTICA:

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Cuenta con hilo dental para su higiene dental (NO / Si)	,796	,141	4,509

CONTRASTACION DE HIPOTESIS:

Decisión:

Como contiene a la unidad en los intervalos de confianza no es significativo el factor de riesgo.

No es un factor de riesgo contar con hilo dental en la higiene oral en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

HIPOTESIS 4:

H₀.- No es un factor de riesgo el número de veces del cepillado dental para la higiene oral en los escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

H₁.- Es un factor de riesgo el número de veces del cepillado dental para la higiene oral en los escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADISTICA:

Razón de ventajas

NIVEL DE SIGNIFICACION:

5% de significación.

DATOS:

		estado de higiene oral simplificado		Total
		Malo	Optimo	
Cuantas veces se cepilla los dientes	Una vez	4	26	30
	Más de dos veces	41	86	127
Total		45	112	157

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADISTICA:

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Cuantas veces se cepilla los dientes (Una vez / Mas de dos veces)	,323	,106	,986

CONTRASTACION DE HIPOTESIS:

Decisión:

Como no contiene a la unidad los intervalos de confianza es significativo el factor es de protección. El cepillarse más veces se puede prevenir 0.32 vece más el estado deficiente de higiene oral.

Es un factor de proteccion el número de veces del cepillado dental para la higiene oral en los escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

HIPOTESIS 5:

H₀.- No es un factor de riesgo la masa corporal para la higiene oral en los escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

H₁.- Es un factor de riesgo la masa corporal para higiene oral en los escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

ELECCION DE LA PRUEBA ESTADISTICA:

Razón de ventajas

NIVEL DE SIGNIFICACION:

5% de significación.

DATOS:

		estado de higiene oral simplificado		Total
		Malo	Optimo	
Índice de masa corporal	Sobrepeso	28	64	92
	Normal	17	48	65
Total		45	112	157

CALCULO DE LA PRUEBA ESTADISTICA:

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Índice de masa corporal (Sobrepeso / Normal)	1,235	,608	2,511

CONTRASTACION DE HIPOTESIS:

Decisión:

Como contiene a la unidad en los intervalos de confianza no es significativo el factor de riesgo.

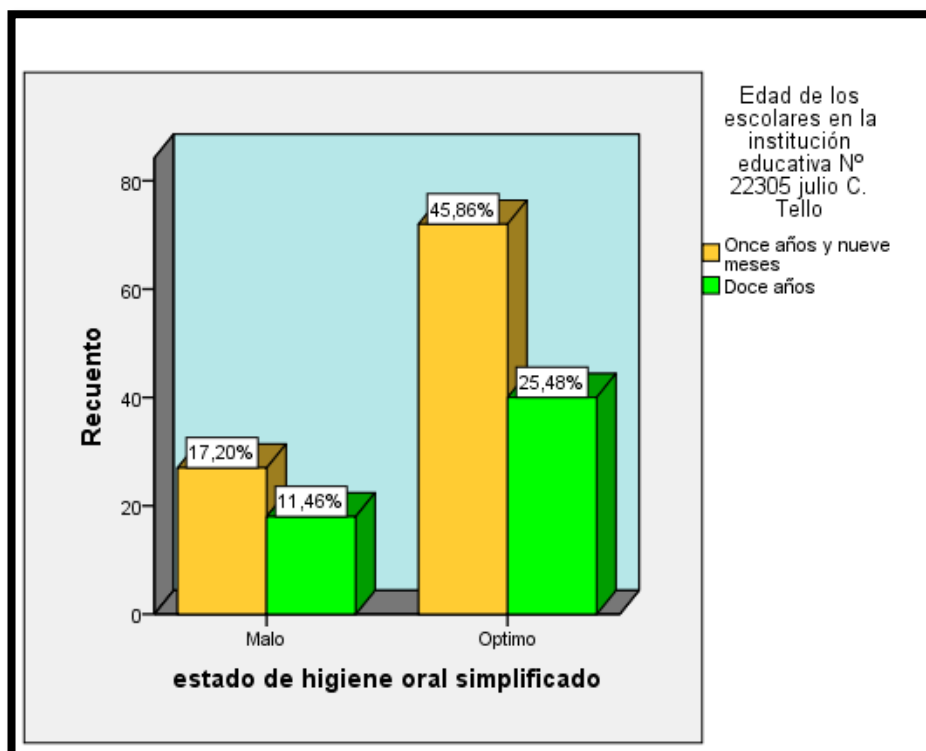
No es un factor de riesgo la masa corporal para la higiene oral en los escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

VII. PRESENTACION, INTERPRETACION Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

TABLA N° 1: Estado de higiene oral y edad de los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello.

VARIABLE		Edad de los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello		Total
		Once años y nueve meses	Doce años	
estado de higiene oral simplificado	Malo	27	18	45
		17,2%	11,5%	28,7%
	Optimo	72	40	112
		45,9%	25,5%	71,3%
Total		99	58	157
		63,1%	36,9%	100,0%

GRAFICO N° 1: Estado de higiene oral y edad de los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello.



educativa N° 22305 julio C. Tello.

TABLA N° 2: Estado de higiene oral y el sexo de los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello.

VARIABLE		Sexo de los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello		Total
		Masculino	Femenino	
estado de higiene oral simplificado	Malo	19 12,1%	26 16,6%	45 28,7%
	Optimo	51 32,5%	61 38,9%	112 71,3%
Total		70 44,6%	87 55,4%	157 100,0%

GRAFICO N° 2: Estado de higiene oral y el sexo de los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello.

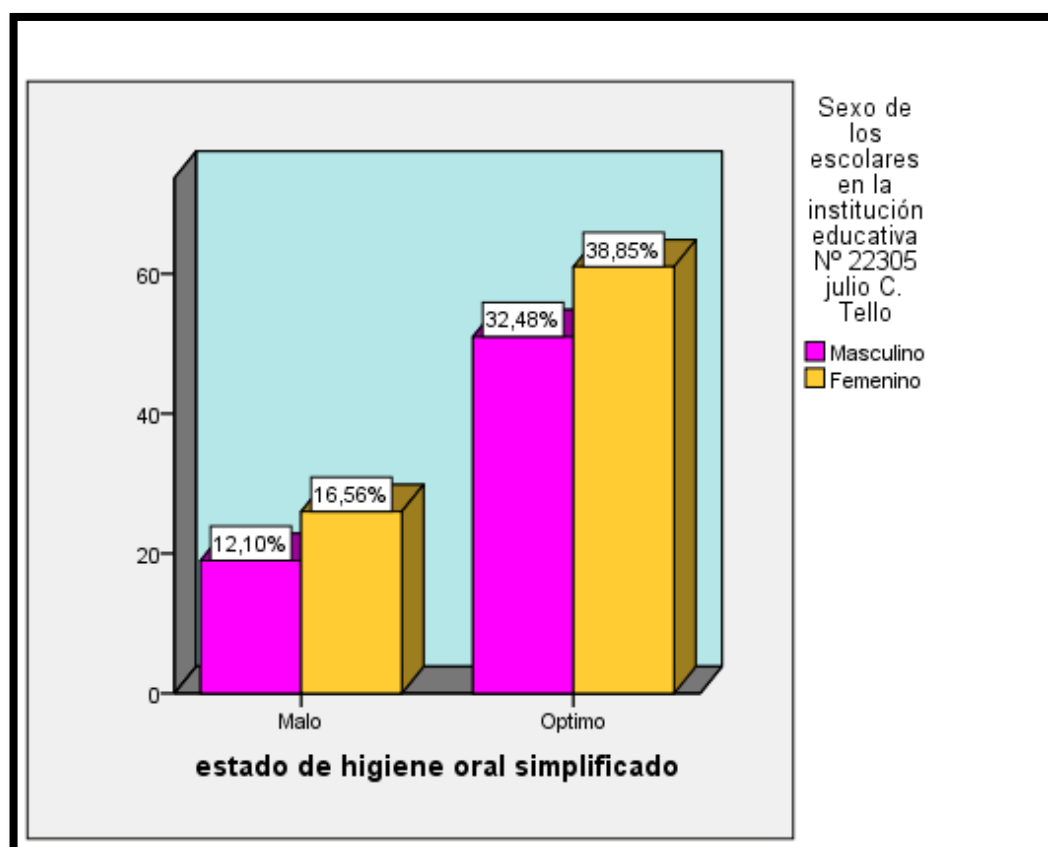


TABLA N° 3: Estado de higiene oral y Cuenta con el tiempo suficiente para el cepillado los dientes los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello.

VARIABLE		Cuenta con el tiempo suficiente para el cepillado		Total
		NO	Si	
estado de higiene oral simplificado	Malo	22	23	45
		14,0%	14,6%	28,7%
	Optimo	67	45	112
		42,7%	28,7%	71,3%
Total		89	68	157
		56,7%	43,3%	100,0%

GRAFICO N° 3: Estado de higiene oral y Cuenta con el tiempo suficiente para el cepillado los dientes los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello.

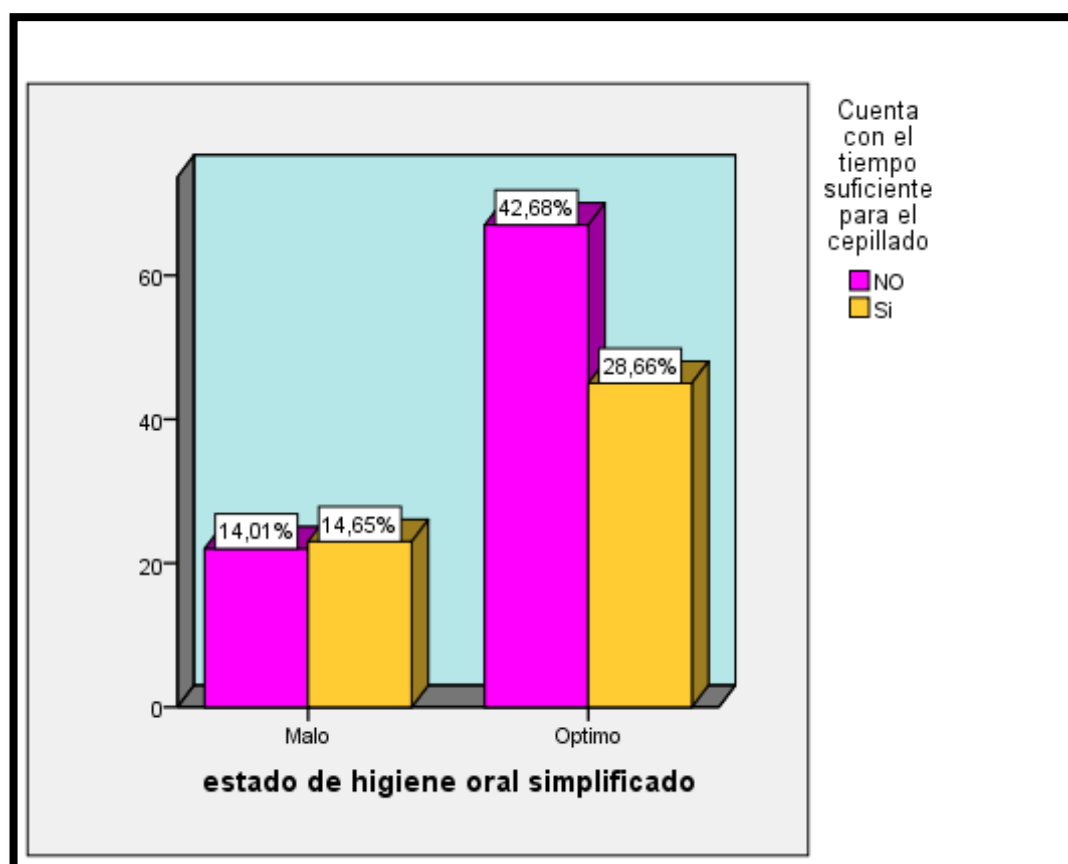


TABLA N° 4: Estado de higiene oral y Cuenta con un cepillo dental los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello.

VARIABLE		Cuenta con un cepillo dental		Total
		NO	Si	
estado de higiene oral simplificado	Malo	1	44	45
		,6%	28,0%	28,7%
	Optimo	20	92	112
		12,7%	58,6%	71,3%
Total		21	136	157
		13,4%	86,6%	100,0%

GRAFICO N° 4: Estado de higiene oral y Cuenta con un cepillo dental los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello.

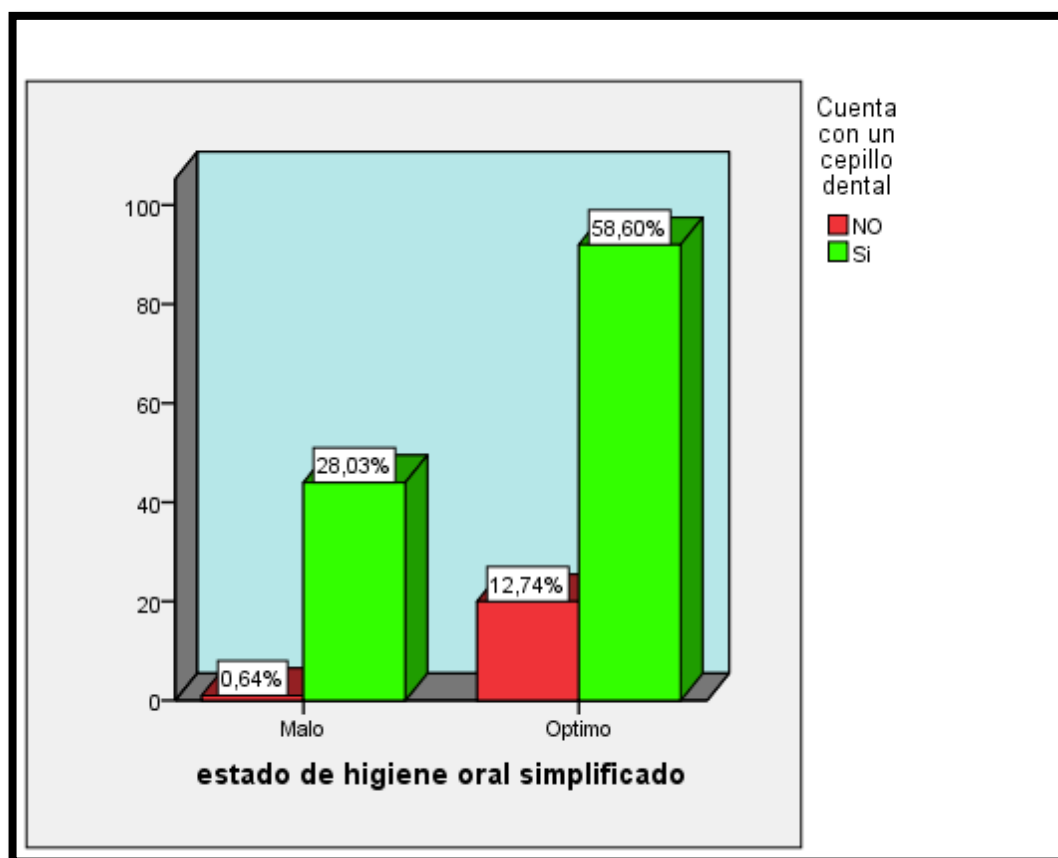


TABLA N° 5: Estado de higiene oral y Cuenta con hilo dental para su higiene los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello.

VARIABLE		Cuenta con hilo dental para su higiene dental		Total
		NO	Si	
estado de higiene oral simplificado	Malo	43	2	45
		27,4%	1,3%	28,7%
	Optimo	108	4	112
		68,8%	2,5%	71,3%
Total		151	6	157
		96,2%	3,8%	100,0%

GRAFICO N° 5: Estado de higiene oral y Cuenta con hilo dental para su higiene los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello.

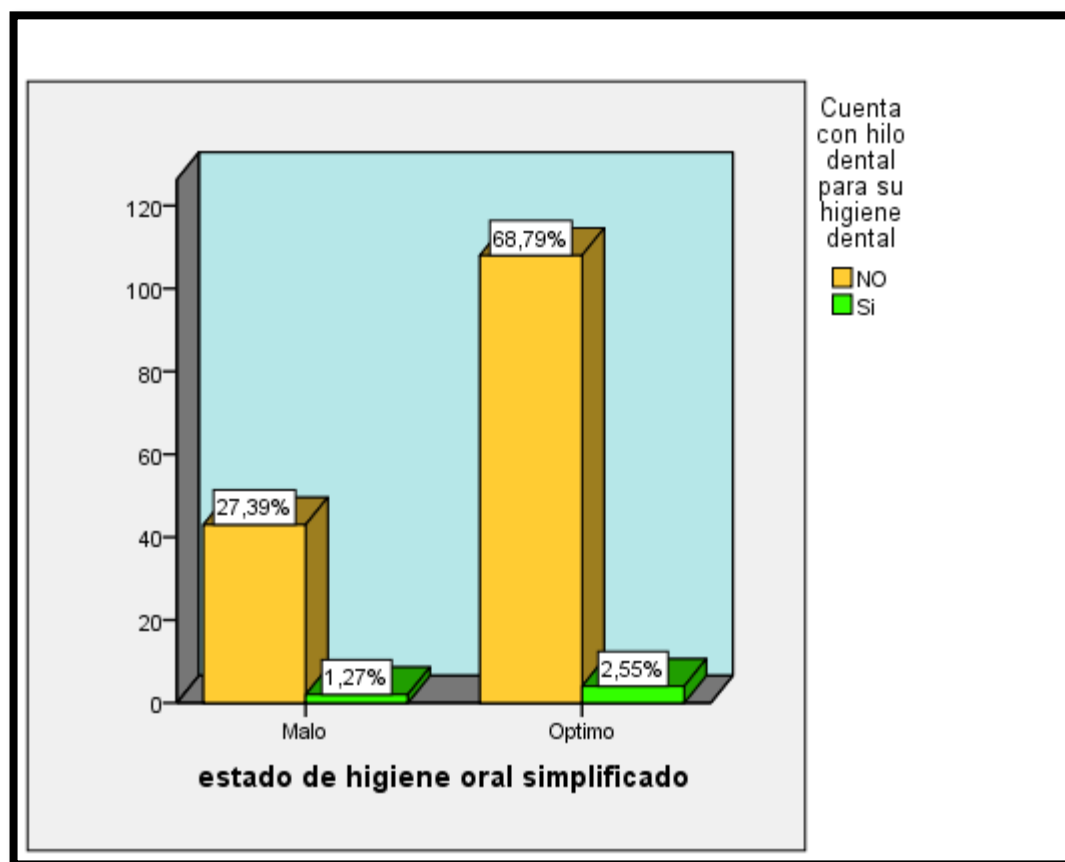


TABLA N° 6: Estado de higiene oral y las veces de cepillado dental para su higiene los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello.

VARIABLE		Cuantas veces se cepilla los dientes		Total
		Una vez	Más de dos veces	
estado de higiene oral simplificado	Malo	4	41	45
		2,5%	26,1%	28,7%
	Optimo	26	86	112
		16,6%	54,8%	71,3%
Total		30	127	157
		19,1%	80,9%	100,0%

GRAFICO N° 6: Estado de higiene oral y las veces de cepillado dental para su higiene los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello.

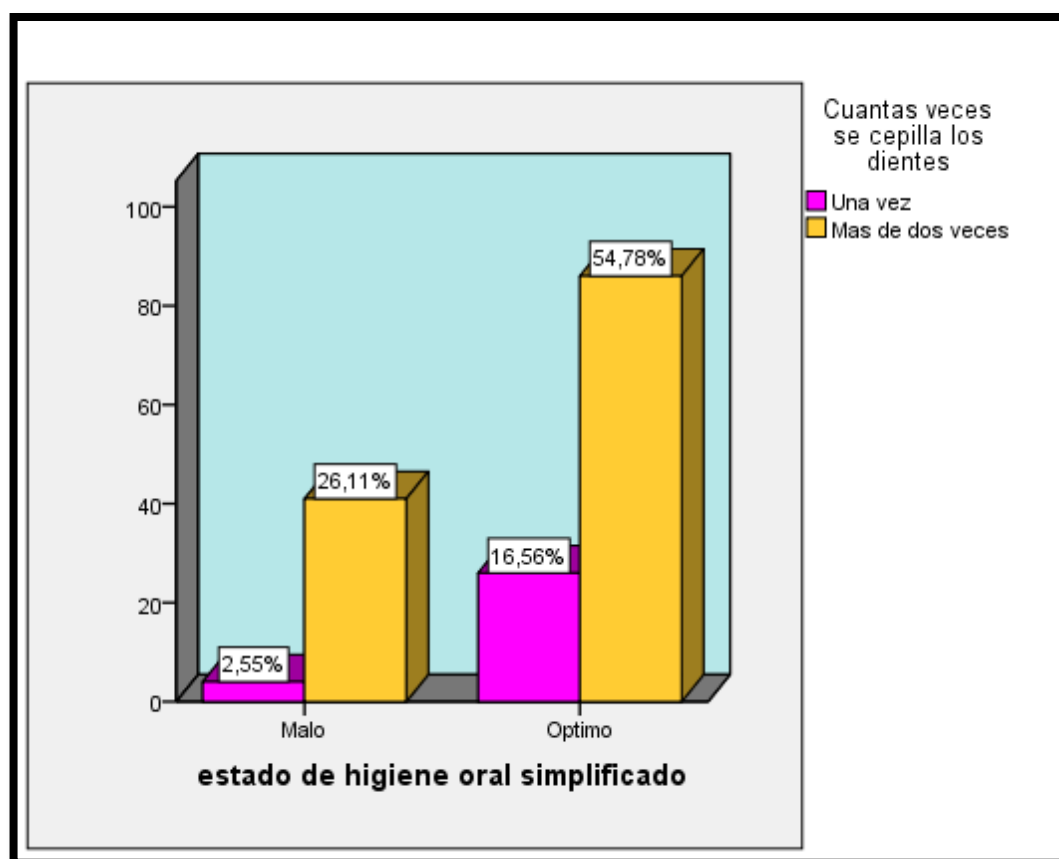
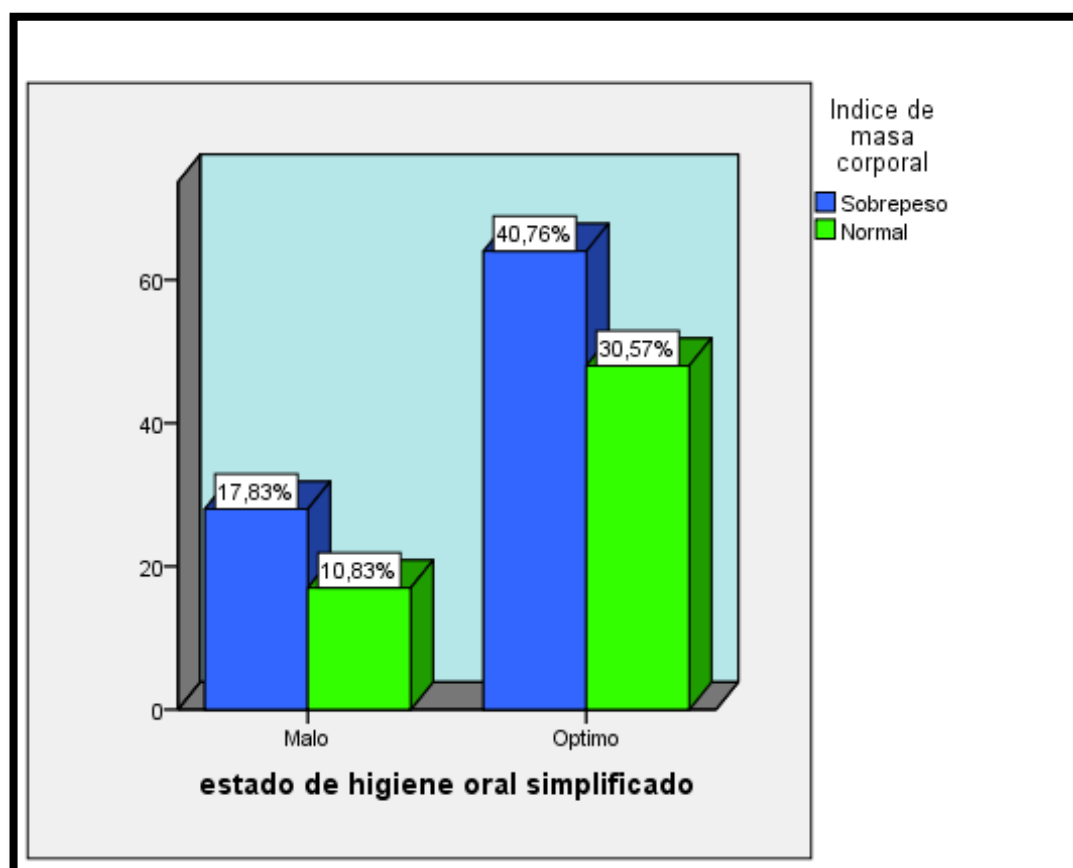


TABLA N° 7: Estado de higiene oral y índice de masa corporal de los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello.

VARIABLE		Índice de masa corporal		Total
		Sobrepeso	Normal	
estado de higiene oral simplificado	Malo	28	17	45
		17,8%	10,8%	28,7%
	Optimo	64	48	112
		40,8%	30,6%	71,3%
Total		92	65	157
		58,6%	41,4%	100,0%

GRAFICO N° 7: Estado de higiene oral y índice de masa corporal de los escolares en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello.



CONCLUSIONES

- 1.- No es un factor de riesgo contar con el tiempo suficiente para cepillarse para la higiene bucal en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.
- 2.- Es un factor de protección contar con un cepillo dental para la higiene bucal en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.
- 3.- No es un factor de riesgo contar con hilo dental en la higiene oral en escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.
- 4.- Es un factor de protección el número de veces del cepillado dental para la higiene oral en los escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.
- 5.- No es un factor de riesgo la masa corporal para la higiene oral en los escolares de 12 años en la institución educativa N° 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015.

SUGERENCIAS O RECOMENDACIONES

- 1.- Fortalecer la educación y el acceso a la adquisición de cepillos para cada escolar dentales
- 2.- Mejorar la educación de la técnica del cepillado que resulta más positivo que el tiempo que usa para la higiene dental.
- 3.- Incrementar el número de veces de cepillado dental en escolares de 12 años sustentando científicamente por ser relevante en la higiene dental.
- 4.- Realizar investigaciones de otros diseños con la finalidad de esclarecer algunos factores de confusión.
- 5.- Deberá insertar el uso de cepillo dental en los programas sociales a los escolares de 12 años.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Kumar S, Kumar A, Debnath N, Kumar A, K Badiyani B, Basak D, SA Ali M, B Ismail M. Prevalencia y factores de riesgo para lesiones cervicales no cariosas en los niños con necesidades especiales que asisten a las escuelas en la India. *J Oral Sci.* 2015; 57 (1): 37-43. doi: 10.2334 / josnusd.57.37.
- 2.- Kumar S 1, Acharya S, Mishra P, Debnath N, Vasthare R. Prevalencia y factores de riesgo de erosión dental entre los 11 a 14 años de edad de la escuela los niños en el sur de India. *J Oral Sci.* 2013; 55 (4): 329 a 36.
- 3.- Smith WA , Marchan S, Rafeek RN. La prevalencia y la gravedad de las lesiones cervicales no cariosas en un grupo de pacientes que acuden a un hospital universitario en Trinidad. *J Oral Rehabil.* 2008 Feb; 35 (2): 128-34. doi: 10.1111 / j.1365-2842.2007.01763.x.
- 4.- Kirthiga M, Poornima P, Praveen R, Sakeena B, Disha P. La erosión dental y sus asociados Factores En 11-16-Year Old School Children. . *J Clin Pediatr Dent* 2015 Summer; 39 (4): 336-42. doi: 10.17796 / 1053-4628-39.4.336.
- 5.- Amin TT, Al-Abad BM. Higiene oral prácticas, conocimientos dental, hábitos alimentarios y su relación con la caries entre primaria varones de la escuela los niños en Al Hassa, Arabia Saudita. . *Int J Dent Hyg* 2008 Nov; 6 (4): 361 a 70. doi: 10.1111 / j.1601-5037.2008.00310.x.
- 6.- Azodo CC, Agbor AM. La salud gingival y la higiene oral prácticas de los escolares de la región del Noroeste de Camerún. *BMC. Notas Res* 2015 29 de agosto; 8 (1): 385. doi: 10.1186 / s13104-015-1350-2.
- 7.- Farah HH, Ghandour IA. El estado de salud periodontal de 12 años de edad, los escolares de Sudán y el nivel educativo de los padres en la provincia de Jartum. *Odontostomatol Trop.* 2009 septiembre; 32 (127): 25-33.
- 8.- Ng'ang'a PM, Valderhaug J. Higiene oral prácticas y la salud periodontal de primaria de la escuela los niños en Nairobi, Kenia. *Acta Odontol Scand.* 1991 Oct; 49 (5): 303-9.

- 9.- Taani DQ. Relación de los antecedentes socioeconómicos de la higiene bucal, el estado gingival y la caries dental en los niños. *Quintessence Int* 2002 Mar; 33 (3): 195-8.
- 10.- Bhardwaj VK, Sharma KR, Luthra RP, Jhingta P, Sharma D, Justa A. Impacto de la escuela basada en un programa de educación oral para la salud sobre orales salud de 12 y 15 años de edad de escuelas infantiles. *J Educ Salud Promot* 2013 Jul 31; 2: 33. doi: 10.4103 / 2277-9.531,115820. eCollection 2013.
- 11.- Al-Haddad KA, Al-Hebshi NN, Al-Ak'hali MS. Oral estado de salud y el tratamiento necesita entre escolares los niños en Sana'a City, Yemen. *Int J Dent Hyg.* 2010 de mayo; 8 (2): 80-5. doi: 10.1111 / j.1601-5037.2009.00398.x.
- 12.- Hong CH, Napeñas JJ, Hodgson BD, Stokman MA, Mathers-Stauffer V, Elting LS, Spijkervet FK, Brennan MT; Dental Sección de Enfermedades, Oral Care Study Group, Asociación Multinacional de Cuidado de Soporte en Cáncer (MASCC) / Internacional Sociedad de Oral Oncología (ISOO). Una revisión sistemática de las enfermedades dentales en pacientes sometidos a la terapia del cáncer. *Cuidado Cancer Support* 2010 Aug; 18 (8): 1007 hasta 1021. doi: 10.1007 / s00520-010-0873-2. Epub 2010 07 de mayo.
- 13.- Zachrisson BU. Causa y prevención de lesiones en los dientes y las estructuras de apoyo durante el tratamiento de ortodoncia. *Am J Orthod* 1,976 Mar; 69 (3): 285-300.
- 14.- Damle SG, Patil A, Jain S, Damle D, Chopal N. Efectividad del cepillado supervisado y oral de educación para la salud en la mejora de la higiene bucal de estado y las prácticas de zonas urbanas y rurales de la escuela los niños: un estudio comparativo. *J Int Soc Anterior Comunidad Dent* 2014 septiembre; 4 (3): 175-81. doi: 10.4103 / 2.231-0.762,142021.
- 15.- Bener A, Al Darwish MS, Tewfik I, Hoffmann GF. El impacto de la dieta y el estilo de vida factores sobre el riesgo de caries dental entre los niños pequeños en Qatar. *J Egipto Salud Pública Assoc* 2,013 Aug; 88 (2): 67-73. doi: 10.1097 / 01.EPX.0000430962.70261.8e.

- 16.- Habib M, Hottel TL, Hong L. Prevalencia y factores de riesgo de erosión dental en los niños estadounidenses. *J Clin Pediatr Dent* 2013 Winter; 38 (2): 143-8.
- 17.- Chiapinotto FA, Vargas-Ferreira F, Demarco FF, Corrêa FO, Masotti AS. Los factores de riesgo para la gingivitis en un grupo de escolares brasileños. *J Dent Salud Pública*. 2013 de invierno; 73 (1): 9-17. doi: 10.1111 / jphd.12001. Epub 2012 05 de diciembre.
- 18.- Yuen HK, Wiegand RE, Colina EG, Magruder KM, Pizarra EH, Salinas CF, Londres SD. Factores asociados con el dolor de muelas entre los adolescentes afroamericanos que viven en zonas rurales de Carolina del Sur. *Soc Trabajo de Salud Pública*. 2011; 26 (7): 695-707. doi: 10.1080 / 19371918.2010.525152.
- 19.- Bast LS, Nordahl H, Christensen LB, Holstein BE. El cepillado de dientes entre los 11 a 15 años de edad en Dinamarca: efecto combinado de la clase social y situación migratoria. *Comunidad Dent Salud* 2015 Mar; 32 (1): 51-5.
- 20.- Levine RS, Nugent ZJ, Rudolf MC, Sahota P. Los patrones dietéticos, hábitos de cepillado de dientes y caries experiencia de los escolares en West Yorkshire, Inglaterra. *Community Health Dent*. 2007 Jun; 24 (2): 82-7.
- 21.- Narksawat K, Tonmukayakul U, Boonthum A. Asociación entre el estado nutricional y la caries dental en la dentición permanente entre los alumnos de primaria de entre 12 -14 años, Tailandia. *Sudeste Asiático J Trop Med Salud Pública* 2009 Mar; 40 (2): 338-44.
- 22.- Monteagudo C, Téllez F, Heras González-L, Ibañez-Peinado D, Mariscal Arcas-M, Olea Serrano-F. ESCUELA hábitos dietéticos y la incidencia de CARIES DENTAL. *Nutr Hosp* 2015 01 de julio; 32 (n01): 383 a 388.
- 23.- Asgari F, Majidi A, Koohpayehzadeh J, Etemad K, Rafei A. La higiene bucal de estado en una población general de Irán, 2011: un marcador de estilo de vida clave en relación con comunes factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. *Int. De Políticas de Salud J Manag* 2015 30 de enero; 4 (6): 343-52. doi: 10.15171 / ijhpm.2015.18.

- 24.- Chopra A, Rao NC, Gupta N, Vashisth S, Lakhanpal M. Los Factores predisponentes entre la caries dental y desviaciones de peso normal. *N Am J Med Sci* 2015 Apr; 7 (4): 151-9. doi: 10.4103 / 1.947-2714,156011.
- 25.- Costacurta M, DiRenzo L, Sicuro L, Gratteri S, De Lorenzo A, Docimo R. La caries dental y la obesidad infantil: análisis de la ingesta de alimentos, el estilo de vida. *Eur J Paediatr Dent* 2014 diciembre; 15 (4): 343-8.
- 26.- Lee JG, Brearley Messer LJ. La ingesta de líquidos contemporáneo y la caries dental en los niños australianos. *Aust Dent J.* 2011 Jun; 56 (2): 122 hasta 31. doi: 10.1111 / j.1834-7819.2011.01313.x. Epub 2011 09 de mayo.
- 27.- Sheiham A. Efectos de la dieta sobre las enfermedades dentales. *Nutr Salud Pública.* 2001 Apr; 4 (2B): 569 hasta 91.
- 28.- Peltzer K, Pengpid S. Oral conducta de salud y sociales y de salud factores en estudiantes universitarios de 26 países de bajos, medios y altos ingresos. . *Int J Environ Res Salud Pública* 2014 26 de noviembre; 11 (12): 12247-60. doi: 10.3390 / ijerph111212247.
- 29.- Kumar S, Kumar A, Debnath N, Kumar A, K Badiyani B, Basak D, SA Ali M, B Ismail M. Prevalencia y factores de riesgo para lesiones cervicales no cariosas en los niños que asisten a escuelas con necesidades especiales en la India. *J Oral Sci.* 2015; 57 (1): 37-43. doi: 10.2334 / josnurd.57.37.
- 30.- Mulu W, Demilie T, Yimer M, Meshesha K, Abera B. La caries dental y asociados factores entre los niños de la escuela primaria en Bahir Dar ciudad: un estudio transversal. *BMC Notas Res.* 2014 Dic 23; 7: 949. doi: 10.1186 / 1756-0500-7-949.
- 31.- Ayele FA, Taye BW, Ayele TA, Gelaye KA. Los predictores de la caries dental en niños de 7-14 años de edad en el noroeste de Etiopía: una comunidad basada en estudio de corte transversal. *BMC Oral. Salud* 2013 18 de enero; 13: 7. doi: 10.1186 / 1472-6831-13-7.
- 32.- Zander A, Sivaneswaran S, Skinner J, Byun R, Jalaludin B. Los factores de riesgo para la caries dental en las pequeñas comunidades rurales de Australia y regionales. *Salud Rural remoto* 2013; 13 (3): 2492. Epub 2013 13 de agosto.

- 33.- Almerich Silla-JM, Montiel-Empresa JM. Influencia de la inmigración y otros factores sobre la caries en 12 - y 15-años de edad, los niños. *Eur J Oral Sci.* 2007 Oct; 115 (5): 378 a 83.
- 34.- Källestål C, Fjelddahl A. Un estudio de cohorte de cuatro años de la caries y sus factores de riesgo en los adolescentes con alto y bajo riesgo al inicio del estudio. *Swed Dent J.* 2007; 31 (1): 11-25.
- 35.- Thapa P, Aryal KK, Dhimal M, Mehata S, Pokhrel AU, Pandit A, Pandey AR, Bista B, Dhakal P, Karki KB, Pradhan S. Oral Condición de Salud de la Escuela Infantil en Nawalparasi Distrito, Nepal. *J Nepal Salud Res CONSEJO de 2015 Ene*; 13 (29): 7-13.
- 36.- Castro Rde A, Portela MC, Leão AT, de Vasconcellos MT. Oral calidad relacionada con la salud de la vida de los 11 y 12 años de edad de escuelas públicas los niños en Río de Janeiro. *Comunidad Dent Oral. Epidemiol* 2011 Aug; 39 (4): 336 a 44. doi: 10.1111 / j.1600-0528.2010.00601.x. Epub 2010 29 de diciembre.
- 37.- Khanal S, Acharya J. Estado de la caries dental y oral de la práctica de salud entre los 12 -15 años de edad los niños en Jorpati, Katmandú. *Nepal Med Coll J.* 2014 septiembre; 16 (1): 84-7.
- 38.- Rivera, Israel. Prevenga el sarro con buena higiene. *Reforma [Mexico City]* 21 June 2008: 18.
- 39.- Phyo AZ, Chansatitporn N, Narksawat K. Oral estado de salud y de higiene oral hábitos entre los niños de 12-13 años en Yangon, Myanmar. *Sudeste Asiático J Trop Med Salud Pública* 2013 Nov; 44 (6): 1108-1114.
- 40.- Rajab LD, Petersen PE, Baqain Z, Bakaeen G. Oral estado de salud entre 6 y 12 años de edad, los escolares de Jordania. *Oral. Salud Anterior Dent* 2014; 12 (2): 99-107. doi: 10.3290 / j.ohpd.a31220.
- 41.- Mascarenhas AK. La higiene bucal como un riesgo indicador de caries de esmalte y dentina. *Comunidad Dent Oral. Epidemiol* 1998 Oct; 26 (5): 331 a 9.
- 42.- Mathiesen AT, Ogaard B, Rolla G. La higiene bucal como una variable en la experiencia de caries dental en 14 años de edad expuestos al fluoruro. *Caries Res.* 1996; 30 (1): 29-33.
- 43.- Peng B, Petersen PE, Ventilador MW, Tai BJ. Oral estado de salud y oral de la conducta de salud de 12 años de edad, los escolares urbanos

de la República Popular de China. *Community Health Dent.* 1997 diciembre; 14 (4): 238 a 44.

44.- Domínguez Rojas V, Astasio-Arbiza P, Ortega-Molina P, Gordillo-Florencio E, García-Núñez JA, Bascones-Martínez A. Análisis de riesgos varios factores que intervienen en la caries dental mediante regresión logística múltiple. *Int Dent J.* 1993 Apr; 43 (2): 149-56.

45.- Campus G, Lumbau A, Lai S, Solinas G, Castiglia P. Socio-económicos y de comportamiento factores relacionados con la caries en los doce años de edad, de Cerdeña hijos. *Caries Res.* 2001 Nov-Dic; 35 (6): 427-34.

46.- Villa A, Zollanvari A, Alterovitz G, Cagetti MG, Strohmenger L, Abati S. Prevalencia de la halitosis en los niños teniendo en cuenta la higiene oral, sexo y edad. *Int J Dent Hyg* 2014 Aug; 12 (3): 208- 12. doi: 10.1111 / idh.12077. Epub 2014 28 de marzo.

47.- Petersen PE, Hoerup N, Poomviset N, Prommajan J, Watanapa A. Oral estado de salud y oral de la conducta de salud de escolares urbanos y rurales en el sur de Tailandia. *Int Dent J.* 2001 Apr; 51 (2): 95-102.

48.- Raju PK, Vasanti D, Kumar JR, Niranjani K, Kumar MS. Higiene Oral niveles en niños de Población tribal de Eastern Ghats: un estudio epidemiológico. *J Int Oral Health.* 2015 Jul; 7 (7): 108-10.

49.- Vadiakas G, Oulis CJ, Tsinidou K, Mamai-Homata E, Polychronopoulou A. La higiene bucal y el estado periodontal de los 12 y 15 años de edad, adolescentes griegos. Una encuesta nacional de Conquistadores. . *Eur Arco Paediatr Dent* 2012 Feb; 13 (1): 11-20.

50.- Vadiakas G, Oulis CJ, Tsinidou K, Mamai-Homata E, Polychronopoulou A. Factores socio-conductuales que influyen oral de salud de 12 y 15 años de edad los adolescentes griegos. Una encuesta nacional de Conquistadores. *Eur Arco Paediatr Dent* 2011 Jun; 12 (3): 139-45.

51.- Jürgensen N, Petersen PE. Oral salud y el impacto de los factores socio-conductuales en un estudio transversal de 12 años los niños de edad escolar en Laos. *BMC Oral. Salud* 2009 16 de noviembre; 9: 29. doi: 10.1186 / 1472-6831-9-29.

- 52.- Newton JT, Asimakopoulou K. La gestión de la higiene oral como factor de riesgo para la enfermedad periodontal: una revisión sistemática de los enfoques psicológicos a un cambio de comportamiento para mejorar el control de la placa en la gestión periodontal. . J Clin Periodontol 2015 Apr; 42 Suppl 16: S36-46. doi: 10.1111 / jcpe.12356.
- 53.- Mulu W, Demilie T, Yimer M, Meshesha K, Abera B. La caries dental y factores asociados en niños de primaria en Bahir Dar ciudad: un estudio transversal. BMC Notas Res. 2014 Dic 23; 7: 949. doi: 10.1186 / 1756-0500-7-949.
- 54.- Sukhabogi Jr, Shekar C, Hameed Ia, Ramana I, Sandhu G. Oral estado de salud entre los 12 y 15 años de antigüedad Niños de Gobierno y Escuelas privadas en Hyderabad, Andhra Pradesh, India. . Ann Med Health Sci Res 2014 septiembre; 4 (Suppl 3): S272-7. doi: 10.4103 / 2141-9.248,141971.
- 55.- Al-Sufyani GA, Al-Maweri SA, Al-Ghashm AA, Al-Soneidar WA. La higiene bucal y el estado de salud gingival de los niños con síndrome de Down en Yemen: Un estudio transversal. Dent J Int Soc Anterior Comunidad. 2014 de mayo; 4 (2): 82-6. doi: 10.4103 / 2231-0762,139429.
- 56.- Liu P, Yue J, Han S, Deng T, Fu C, Zhu G, Chen D. Una encuesta transversal de dentales caries, la higiene oral, y la infección por *Helicobacter pylori* en adultos. . Asia Pac J Public Health 2013 Jul; 25 (4 Suppl): 49S-56S. doi: 10.1177 / 1010539513495555.
- 57.- Jaghasi I, Hatahet W, Dashash M. Los patrones dietéticos y orales de la salud en escolares de Damasco, Siria. Este Mediterr Salud J. 2012 Apr; 18 (4): 358-64.
- 58.- Franchini R, Petri A, Migliario M, Rimondini L. La mala higiene bucal y la gingivitis se asocian con la obesidad y el sobrepeso en sujetos pediátricos. J Clin Periodontol 2011 Nov; 38 (11): 1021-8. doi: 10.1111 / j.1600-051X.2011.01770.x. Epub 2011 27 de julio.
- 59.- Modeer T, Blomberg C, Wondimu B, Lindberg TY, Marcus C. Asociación entre la obesidad y periodontales riesgo indicadores en los adolescentes. . Int J Pediatr Obes 2011 Jun; 6 (2-2): e264-70. doi: 10.3109 / 17477166.2010.495779. Epub 2010 16 de agosto.

60.- Lockhart PB, Brennan MT, Thornhill M, Michalowicz BS, Noll J, Bahrani-Mougeot FK, Sasser HC. La mala higiene bucal como un riesgo factor infeccioso bacteriemia relacionada con la endocarditis. J Am Dent Assoc 2009 Oct; 140 (10): 1238-1244.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

TESIS DE:

**"Factores de riesgo de la higiene bucal en escolares de 12 años en la
institución educativa Nº 22305 julio C. Tello Ica-Perú 2015"**

fecha de examen.../.../..... inicial (1) final (2)

EDAD.....SEXO.....

IHOS

INDICE DE DESECHOS			INDICE DE CALCULO		
16	11	26	16	11	26
V	V	V	V	V	V
46	31	36	46	31	36
L	V	L	L	V	L

Estado de higiene oral.....

Cuenta con el tiempo suficiente para el cepillado:

1= No 2= Si

Cuenta con un cepillo dental:

1= No 2= Si

Cuenta con hilo dental para su higien dental:

1= No 2= Si

Cuántas veces se cepilla los dientes

1=una ves 2= dos veces 3= tres veces

Estado nutricional:

1= gordo 2= flaco

