



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

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE SALUD ORAL Y SU RELACIÓN
CON EL ÍNDICE DE CARIES EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD, QUE
ASISTEN A LA I.E INICIAL GENERALÍSIMO SAN MARTÍN DEL DISTRITO
DE MARIANO MELGAR. AREQUIPA – 2016.**

Tesis presentada por:
HUAQUIPACO GALINDO CARLA LUISA CECILIA
para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

AREQUIPA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto, haberme dado salud para lograr mis objetivos y guiarme en cada paso.

A mi madre Vilma, por ser ejemplo de trabajo, fortaleza y superación dándome su apoyo en todo momento y la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

A mis familiares, mis hermanos de los cuales aprendí de aciertos y de momentos difíciles, a mi tía Soledad, a mi tía Lía que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

AGRADECIMIENTO

A mis maestros.
Dr. Luis Llerena Hilaes, por impulsar el inicio y culminación de mis estudios profesionales.

Dr. Xavier Sacca Urday, por ser un gran asesor para la elaboración de esta tesis, su apoyo, su tiempo y amabilidad en todo momento.

Dr. María Luz Nieto Muriel, por su tiempo participando en las correcciones de esta investigación y su optimismo.

A la directora de la I.E Inicial Generalísimo San Martín, que confió en mí y amablemente me abrió las puertas de su jardín, permitiendo el uso de sus instalaciones.

INDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN.....	7
Abstract.....	8
CAPITULO I: INTRUDUCCION.....	9
1. Enunciado.....	10
2. Justificación.....	10
3. Problema.....	11
4. Área de Conocimiento.....	11
5. Objetivos.....	11
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	12
1. Marco Teórico.....	13
1.- Principios de la prevención y promoción de la Salud en Odnt.....	13
1.1.- Definición.....	14
1.2.- Historia Natural de la Enfermedad.....	15
1.3.- Niveles de prevención.....	17
1.4.- Beneficios de la odontología prev. Primaria para el paciente.....	19
1.5.- Estrategias en la prevención, para enfermedades producidas Por Placa Dentobacteriana.....	21
1.5.1.- Estrategias Generales.....	22
1.5.2.- Estrategias Administrativas.....	33
2.-Caries de Aparición Temprana.....	42
2.1.-Definición.....	43
2.2.- Etiología.....	44
2.3.- Factores de Riesgo.....	46
2.4.- Criterios Clínicos De Diagnóstico, Clasificación y Evolución.....	52
2.5.- Prevención de la CAT.....	54

2.6.- Tratamiento de la CAT.....	58
3. Indicadores de Caries Dental.....	62
3.1 Introducción.....	62
3.2 Índices de caries dental.....	62
3.3 Criterios de diagnósticos de la caries dental.....	64
3.4 Criterios de clasificaciones del estado dental.....	66
2. Antecedentes de Investigación.....	67
Antecedentes Internacionales.....	67
Antecedentes Nacionales.....	71
Antecedentes Locales.....	74
3. Hipótesis.....	74
CAPITULO III: METODOLOGIA.....	75
1. Ámbito de Estudio.....	76
2. Tipo de Estudio.....	76
3. Unidad de Estudio.....	76
4. Población y Muestra.....	76
5. Técnicas y Procedimiento.....	77
A. Definición operacional de la variable.....	77
B. Técnicas e Instrumentos de recolección.....	79
6. Producción y Registros de datos.....	80
Procedimientos para la recolección de datos.....	80
Plan de Tabulación, Procesamiento Y Presentación de los datos.....	81
7. Técnicas de Análisis estadístico.....	81
8. Recursos.....	82
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	84
1. Presentación de Resultados.....	85
2. Discusión.....	111
3. Conclusiones.....	113
4. Recomendaciones.....	114
5. Referencias Bibliográficas.....	115

ANEXOS.....	119
ANEXOS N ^o 1 Instrumento de Recolección de datos.....	120
ANEXOS N ^o 2 Matriz de datos.....	124
ANEXOS N ^o 3 Consentimiento Informado.....	129
ANEXOS N ^o 4 Documentación Sustentadora.....	130
ANEXOS N ^o 5 Secuencia de Fotografías.....	131

RESUMEN

La Caries de Aparición Temprana es una enfermedad infecciosa, transmisible de evolución rápida y agresiva que afecta la dentición temporal de los niños, la prevención de ella es el principal pilar que deben realizar los padres de familia para así llevar una cultura en la adecuada higiene y, por lo tanto, la Salud oral. El objetivo de este estudio fue demostrar si el conocimiento de las madres de familia estaba relacionado con la aparición de caries dental en sus niños de 3-5 años.

El estudio fue de tipo no experimental, con un diseño transversal, de campo, prospectivo y relacional. La población de estudio estuvo conformada por 82 niños y sus correspondientes madres, de la Institución Educativa Inicial “Generalísimo San Martín” del distrito de Mariano Melgar que reunieron los criterios de inclusión y exclusión.

Las técnicas investigativas que se utilizaron fueron una encuesta, dirigido hacia las madres, y la observación clínica, aplicada sobre los niños. Los instrumentos fueron un cuestionario, para medir el nivel de conocimiento sobre salud oral, y una ficha odontológica, que nos sirvió para evaluar el índice de caries.

Los resultados obtenidos demuestran que el nivel de conocimiento de las madres, en la mayoría de ellas (69.5%) bueno, no tiene relación estadísticamente significativa con el índice de caries (ceod) de sus hijos, los cuales alcanzaron un valor promedio de 3.87 que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), corresponde a un riesgo moderado de caries.

Palabras clave:

Conocimiento sobre salud oral, índice de caries (ceod), niños de 3 a 5 años, madres de familia.

ABSTRACT

Caries early onset is a transmissible infectious disease, fast and aggressive developments affecting the primary teeth of children, preventing it is the main pillar that parents must make in order to bring a culture in proper hygiene and therefore, oral Health. The aim of this study was to demonstrate whether knowledge of mothers was related to the occurrence of tooth decay in their children 3-5 years.

The study was not experimental, with a prospective cross-relational design field. The study population consisted of 82 children and their mothers, the Home School "Generalissimo San Martin" district of Mariano Melgar who met the inclusion and exclusion criteria.

The investigative techniques used were a survey, directed toward mothers, and clinical observation, applied on children. The instruments were a questionnaire to measure the level of knowledge about oral health and dental record, which helped us to assess the rate of decay.

The results show that the level of knowledge of mothers, most of them (69.5%) good, has no statistically significant relationship with the rate of decay (ceod) of their children, which reached an average value of 3.87 that , according to the World Health Organization (WHO), corresponding to a moderate risk of caries.

Keywords:

Knowledge about oral health, caries index (ceod), children 3 to 5 years, mothers.

CAPITULO I: INTRODUCCION

1. Enunciado

Conocimiento de las madres sobre Salud Oral y su relación con el Índice de Caries en niños de 3 a 5 años de edad, que asisten a la I.E Inicial Generalísimo San Martín del distrito de Mariano Melgar, Arequipa – 2016

2. Justificación

La caries dental es una enfermedad que a pesar de haber reducido sus índices, se mantiene altamente prevalente y sigue siendo una problemática en poblaciones de alto riesgo, siendo la más afectada y susceptible los niños en la edad pre escolar y escolar. Es importante saber cómo evitar dichas lesiones; para ello, la prevención odontológica primaria es el factor principal para evitar que la caries no se produzca.

Al ser los padres los mentores frente a una actitud preventiva, en ellos recae la responsabilidad de transmitir sus conocimientos preventivos y de estimular el pilar más relevante que es, no solo llevar una higiene bucal adecuada ayudándolo en sus primeros años de vida y posteriormente enseñarle y supervisar como debe de hacerlo por sí solo. Si no también, disminuir las exposiciones del niño a sustancias industrializadas azúcaradas y carbohidratos fermentables , ya que estos productos generan acidez en el medio bucal y que al estar en contacto frecuente con la superficie dental favorece a la aparición de la caries dental, con una destrucción rápida y progresiva de las estructuras duras del diente, inflamaciones gingivales y dolor en la pieza afectada, dificultando la masticación y por lo tanto una inadecuada alimentación con la posible pérdida prematura de las piezas dentales, alterando la estructura, pérdida de espacio, erupción fisiológica del diente sucesor y el crecimiento cráneo-facial.

En la actualidad los métodos de promoción y prevención para la salud oral están siendo difundidos, con el propósito de crear una cultura en técnicas de higiene oral, una dieta balanceada y controlada en base al consumo de carbohidratos fermentables, azúcares, y controles periódicos con el profesional odontólogo.

El riesgo de presentar caries de aparición temprana se liga directamente con el inicio de erupción de los dientes en la cavidad oral y, este se ve incrementado cuando la presencia de placa bacteriana es excesiva o las técnicas de higiene oral son inadecuadas ; es por ello, el interés, de valorar el conocimiento sobre Salud Oral que tienen las madres, y si la información que adquirieron es suficiente para lograr que, al ser aplicada, estén dando los resultados esperados de reducir la aparición de lesiones cariosas en sus niños y esto se vea plasmado como conductas preventivas en el estilo de vida de sus hijos, por lo mencionado el presente estudio de investigación tiene gran relevancia social.

Así mismo, el presente estudio es viable de realizar por contar con los recursos necesarios para su desarrollo.

3. Problema

¿Existe relación entre el conocimiento de las madres sobre Salud Oral y el índice de caries en sus hijos de 3 a 5 años de edad, que asisten a la I.E Inicial Generalísimo San Martín – Mariano Melgar, Arequipa?

4. Área De Conocimiento

- | | |
|------------------|--|
| A. Área: | Ciencias de la Salud |
| B. Campo: | Odontología |
| C. Especialidad: | Odontopediatría – Odontología Preventiva |
| D. Línea: | Conducta Preventiva e Índice de Caries. |

5. Objetivos

- ✓ Establecer los conocimientos de las madres sobre salud oral.
- ✓ Evaluar el Índice de Caries en niños de 3 a 5 años de edad (ceod)
- ✓ Relacionar los conocimientos de las madres sobre salud oral con el Índice de Caries en sus hijos de 3 a 5 años de edad.

CAPITULO II:

MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

1. Principios de la prevención y promoción de la Salud en odontología

En sentido amplio, la prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su agresión. Naturalmente esta definición, por su amplitud, permitiría afirmar que cualquier actuación en odontología puede considerarse una actuación preventiva. Este concepto amplio de prevención es posible porque cualquier enfermedad tiene su historia natural, es decir la evolución o curso que sigue toda enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia del tratamiento.(10)

Sin embargo, la prevención en su sentido estricto y más generalizado comprende todos los conjuntos de actuaciones que permiten evitar la ocurrencia de la enfermedad, esto es, a aquellas actuaciones aplicables en el periodo pre patogénico, cuando la enfermedad aún no se ha desarrollado. Desde un punto de vista epidemiológico, la prevención llamada primaria pretende disminuir la incidencia de la enfermedad. (10)

La prevención, por tanto, está ligada conceptualmente a la enfermedad; su fin último es mantener la salud evitando la enfermedad. Los términos de “salud” y “enfermedad” se han venido utilizando como si aplicaran a dos variables categóricas. En este sentido un paciente deja de estar sano y pasa a la categoría de enfermo en función de sus criterios diagnósticos. El enfoque actual tiende a tratar salud y enfermedad como variables cuantitativas. Tanto la una como la otra son un continuo que permite distintos grados. No hay pues, un límite estricto entre ellas, siendo este modificado a medida que las posibilidades diagnósticas se amplía y mejoran con la incorporación de nuevos y más precisos instrumentos diagnósticos. (10)

1.1 Definición

La odontología preventiva son aspectos que comprende el cambio en la escala de valores, cuyo valor más alto es el mantenimiento de la salud bucal. Se puede definir como la suma total de esfuerzos por promover, mantener y restaurar la salud del individuo mediante la promoción, el mantenimiento y la restitución de la salud bucal. (19)

Por lo general las personas acuden a la consulta odontológica, cuando padecen caries avanzada o sus complicaciones, y muchas veces los hacen cuando ya es imposible conservar los dientes. Por ello la tendencia actual de la odontología es la prevención. (19)

De este modo se considera la caries dental y la enfermedad periodontal como las enfermedades más frecuentes de la población, por lo cual existen muchas personas con caries dentales y desdentadas. También son comunes el cáncer bucal y las maloclusiones. (19)

Lo más importante de estos padecimientos es que pudieron evitarse. Un programa de odontología preventiva debe realizarse en dos niveles: hogar y consultorio. (19)

Las medidas a seguir en el hogar incluyen: (19)

1. Práctica de una higiene correcta, uso de dentífricos, y cuando se requiera, enjuagues con flúor.
2. Dieta adecuada
3. Tratamiento de cualquier enfermedad potencialmente perjudicial para la estructura de la boca.
4. Acudir a las citas con el odontólogo.

El odontólogo de considerar al paciente como una unidad biopsicosocial, es decir, como un ser humano completo, y por ello debe preguntar a ese paciente que espera del odontólogo y cuáles

son sus conocimientos y temores. Asimismo el programa en el consultorio debe considerar: (19)

1. Control de la placa dentobacteriana
2. Aplicación de diferentes métodos preventivos, entre ellos uso de fluoruros en distintos medios.
3. Instrucción al paciente acerca de las dietas y alimentación.
4. Aplicación de pruebas para valorar la actividad de caries.
5. Uso de selladores en fositas y fisuras
6. Educación y enseñanza para el paciente
7. Seguimiento y control con una frecuencia definida.

Uno de los objetivos primordiales de un programa de odontología preventiva consiste en ayudar al paciente a mejorar los hábitos que constituyen al mantenimiento de la salud bucal. Por tanto, es importante enseñarle a reconocer la existencia de estados indeseables en su boca, a comprender como se producen y a controlarlos. (19)

Cada vez hay más conciencia, de que la Promoción en salud bucodental necesita adoptar una perspectiva más amplia y abordar múltiples factores determinantes de la salud oral, es decir, los esfuerzos no se deben enfocar sólo en las personas, su biología y comportamiento, sino que deben considerar aspectos psicosociales y físicos del medio ambiente del individuo. (35)

1.2 Historia Natural de la enfermedad

Cada enfermedad tiene su forma propia de evolucionar de manera espontánea. La historia Natural, o “cuadros que sigue la enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia del tratamiento”, es muy importante en la prevención. (10)

Leavell y Clark, en su ya clásico esquema, distinguen tres periodos bien definidos en la historia natural e la enfermedad: el pre

patogénico o de susceptibilidad, el patogénico y el de los resultados. Consecuentemente a cada periodo de la historia natural de la enfermedad corresponde un nivel de prevención: primaria, secundaria o terciaria, según el momento de su aplicación. (10)

El periodo pre patogénico o de susceptibilidad se caracteriza porque en él están presentes los factores que favorecen o determinan el desarrollo de la enfermedad. Estos factores pueden ser ambientales (bacterias, virus, productos químicos), conductuales (consumo excesivo de azúcar), o endógenos (predisposición familiar, sexo, edad). En algunos casos los factores son de origen mixto, ya que en su eclosión influyen los factores ambientales y conductuales, que a su vez actúan sobre una predisposición genética. Algunos de estos factores son necesarios, pero no suficientes, para que se produzca la enfermedad. Un ejemplo claro sería el de la caries, una enfermedad infecciosa de caracteres oportunista. (10)

Otras veces el factor no es absolutamente necesario para que se produzca la enfermedad, aunque su presencia se asocia con una probabilidad incrementada de aparición del proceso. Este sería el caso de los factores de riesgo (disminución del flujo salival, tabaquismo, restauraciones desbordantes, etc.). (10)

Los factores de riesgo pueden ser inmutables o susceptibles de cambio. La edad, el sexo y la historia familiar son factores inmodificables, pero ayudan a identificar a los grupos de personas que requieren mayor vigilancia y supervisión. Otros factores en cambio, son susceptibles de modificación. En la mayoría de las enfermedades orales, la interacción de todos los factores con el huésped acaba desencadenando el estímulo productor de la enfermedad, momento en el que se inicia el periodo pre patogénico. (10)

El periodo patogénico tiene dos estadios: el pre sintomático y el de la enfermedad clínica. Durante el primero no hay signos clínicos de la enfermedad, pero, como consecuencia del estímulo causal, se han iniciado los cambios anatomopatológicos responsables de la enfermedad (desmineralización ultramicroscópica bajo la superficie de le esmalte en el inicia de la caries). En el estadio de la enfermedad clínica los cambios de los órganos y tejidos son ya lo suficientemente importantes como para que aparezcan signos y síntomas de la enfermedad en el paciente. (10)

El último periodo de la historia natural de la enfermedad refleja los resultados; del proceso: muerte, incapacidad, estado crónico o recuperación de la salud. (10)

1.3 Niveles de Prevención

Para comprender los objetivos y las actividades de la odontología preventiva es fundamental el estudio de los niveles de prevención. (10)

Como ya se ha dicho, la prevención en sentido amplio se define como “cualquier medida que permita reducir la posibilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión”. Se trata pues no solo de evitar la aparición de la enfermedad o afección sino también de detener su curso hasta conseguir la curación o, en el caso de no poder hacerlo, retardar su progresión durante el máximo tiempo posible. (10)

La aplicación de niveles de prevención es posible porque todas las enfermedades presentan su “historia natural”, unos periodos más o menos definidos en los que cada uno de ellos es posible la aplicación de algún tipo de medida preventiva de acuerdo con el concepto amplio de prevención. (10)

En general, las actividades preventivas se han clasificado en tres niveles: (10)

- Prevención Primaria
- Prevención Secundaria
- Prevención Terciaria

1.3.1 Prevención Primaria

La prevención primaria tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones. Desde un punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia. Las medidas de prevención primaria actúan en periodo pre patogénico de la historia natural de la enfermedad, es decir, antes de que la interacción de los agentes o factores de riesgo con el huésped dé lugar a la producción del estímulo provocador de la enfermedad. (10)

Leavell y Clark distinguen dos subniveles o apartados en la prevención primaria: la prevención inespecífica y la prevención específica; la prevención inespecífica comprende las medidas que se toman sobre el individuo, la colectividad y el medio ambiente con el fin de evitar la enfermedad en general, es decir, inespecíficamente. La mayoría de estas medidas son acciones de promoción de la salud de la población que tienden a aumentar la resistencia del huésped ya a evitar enfermedades y afecciones. (10)

La protección específica se dirige solo a la prevención de una enfermedad o afecciones determinadas. Un ejemplo claro es el de las vacunaciones o la fluorización de las aguas de abastecimiento público. (10)

1.3.2 Prevención Secundaria

La prevención secundaria actúa solo cuando la primaria no ha existido, o si ha existido, ha fracasado. Una vez que se ha producido y ha actuado el estímulo productor de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de la afección mediante el tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad, con el objeto de lograr su curación, o evitar la aparición de secuelas. (10)

La presunción de la prevención secundaria es que el diagnóstico y tratamiento precoces mejoran el tratamiento de la enfermedad y permiten mantenerla bajo control con más facilidad. (10)

1.3.3 Prevención Terciaria.

Cuando la enfermedad está ya bien establecida, hayan aparecido o no secuelas, interviene la prevención terciaria. Cuando no se ha podido aplicar medidas en los niveles anteriores, o estas han fracasado, se debe, cualquiera sea la fase en que se encuentre la enfermedad, procurar limitar la lesión y evitar un mal mayor. (10)

En resumen, las intervenciones comunes de la odontología curadora o restauradora pueden tener una finalidad preventiva, cuando se aplica a la prevención con un concepto amplio. (10)

1.4 Beneficios de la odontología preventiva primaria para el paciente

Si el paciente (o de preferencia, los padres del niño pequeño) inicia los programas preventivos en una etapa temprana, es posible alcanzar un periodo largo y libre de enfermedades por placa; una buena inversión de costo-beneficio. Después de todo lo dientes se

necesitan durante toda la vida para comer, y el habla mejora en gran medida con estos. Una grata sonrisa mejora mucha la expresión de la personalidad. A cualquiera edad los dientes contribuyen también a una buena nutrición. En raras ocasiones los dientes proveen de un medio de autodefensa. Por otra parte la ausencia o presencia de dientes precarios con frecuencia resulta en la pérdida de la autoestima y minimiza las posibilidades de empleo y acota la interacción social. (18)

A edades tempranas, la formación de hábitos favorables a la salud, tiende a dar resultados positivos en el tiempo, especialmente si se involucra y motiva a los padres y/o cuidadores de los menores objeto de la intervención preventiva. Durante el período preescolar, al cual apunta esta guía, debe darse énfasis a este tipo de acciones para fomentar el autocuidado y responsabilidad en el cuidado de la salud oral. Este período coincide con el tiempo en que los menores están en control en los centros de salud a través del Control del Niño Sano, siendo los 2 y 4 años, las edades actuales de control por el odontólogo u odontóloga según las Orientaciones Programáticas para la Atención en Red, además de los controles de rutina establecidos para los otros miembros del equipo pediátrico, los que deben haber sido capacitados en el componente de Salud Bucal para establecer una sinergia en los controles de salud. Por lo anterior es muy probable que a los 2 años, el niño o niña, tenga su primer contacto con el ambiente de la clínica odontológica, y con la atención del profesional, razón por la cual el manejo de la conducta para enfrentar esta experiencia nueva es relevante.(18)

1.5 Estrategias en la prevención, para enfermedades producidas por Placa Dentobacteriana

Antes de proporcionar una visión general e los métodos utilizados para llevar a cabo programas de prevención primaria tiene

importancia puntualizar que ambas, la caries dental y la enfermedad periodontal, son procesos infecciosos trasmisibles. Si un niño se considera de alto riesgo por presentar caries, uno de los padres generalmente la madre puede ser identificada como de alto riesgo; si un niño tiene problemas periodontales, generalmente uno de los padres también está afectado. (18)

Cualquier enfermedad infecciosa (adquirida), solo puede iniciarse si los microorganismos agresores se presentan en cantidad suficiente para sobrepasar las capacidades artificiales y corporales de defensa y reparación. Por esta razón todas las estrategias para prevenir, detener o cambiar el curso de las enfermedades por placa se basan en: (18)

- 1) Disminuir la cantidad de patógenos agresores en boca
- 2) Reforzar las resistencias dentarias y conservar una encía saludable
- 3) Fortalecer los procesos de reparación.

La caries involucra la desmineralización y cavitación eventual del esmalte y a menudo, de la superficie radicular. El reconocimiento de las lesiones incipientes de caries (signos tempranos visibles de la enfermedad), con frecuencia posibilita cambiar el curso mediante las estrategias de prevención primaria. (18)

En el caso de la caries, la lesión visible incipiente consiste en una “mancha blanca” que se presenta en la superficie del esmalte, como resultado de la desmineralización producida por el ácido, esta se origina debajo de la superficie del esmalte. Con base a estos hechos, resulta comprensible la importancia del control de la placa dentro bacteriana en cualquier programa de salud oral. Para controlar las enfermedades provocadas por placa con métodos y técnicas disponibles, se ha hecho demasiado énfasis en cuatro

estrategias generales para reducir la caries y en dos requerimientos administrativos. (18)

1.5.1 Estrategias Generales

1.5.1.1 Mecánica

A. Cepillado dental con dentífricos flúorados.

El objetivo principal del cepillado es desorganizar la placa bacteriana que se está formando permanentemente sobre los dientes y encía, de modo de impedir que las bacterias cariogénicas produzcan los ácidos que dañan las capas externas de los dientes. Adicionalmente, existe consenso en que el uso de fluoruro tópico a bajas concentraciones y alta frecuencia, como es el caso de la crema dental, aporta un beneficio agregado. Cuando el fluoruro está disponible en la saliva, en concentraciones mayores a 100 ppm, reacciona con el calcio de la superficie dentaria y del biofilm para formar fluoruro de calcio. (26)

La formación de este producto depende de la concentración de fluoruro utilizada, este compuesto actúa como reservorio de fluoruro, el que puede disolverse liberando el ión para interferir con el proceso de caries. Niveles elevados de fluoruro en el ambiente oral son suficientes para interferir con el proceso de desmineralización y re mineralización. A la luz de estos hechos, puede considerarse al fluoruro como un químico activo para el tratamiento de lesiones de caries, y no solo para el control de las mismas.(26)

La flúor-terapia disminuye la tasa de desmineralización y eleva la receptación mineral cada vez que el pH cae bajo el nivel crítico. Esto puede ocurrir varias veces en el

transcurso del día, por tanto el fluoruro debe estar presente cuando esto ocurra. (26)

La evidencia acerca de la efectividad y riesgos del uso de pasta dental flúorada en preescolares es escasa. (26)

La evidencia de buena calidad disponible indica que las pastas dentales flúoradas son efectivas en disminuir entre un 21 a un 43% de la incidencia de caries en preescolares, siendo la de mayor concentración (>500 ppm) más efectiva en aquellos niños con lesiones activas. El aumento de 500 ppm provee una reducción adicional de un 6% en la incidencia de caries. (26)

Para preescolares con bajo riesgo de caries o con lesiones inactivas no hay diferencias en la efectividad anticaries en la dentición temporal para distintas concentraciones. (26)

El único efecto adverso reportado por el uso de pastas dentales flúoradas, en preescolares, es la flúorosis dental, siendo atribuible al uso de pastas dentales flúoradas antes de los 24 meses de edad. Otros factores de riesgo reportados, pero sin evidencia de calidad que los avale son: la frecuencia mayor a dos veces por día, concentración mayor a 440 ppm y utilizar pasta en cantidad mayor al tamaño de una arveja. (26)

En este sentido, se sugiere dispensar la pasta de dientes en sentido transversal a la cabeza del cepillo, de modo de asegurar que sea el equivalente a una arveja. En la literatura también mencionan el uso de un barro para evitar flúorosis en niños menores de 2 años. (26)

La flúorosis dental atribuible al uso inadecuado de pastas dentales flúoradas no representa un problema de salud pública sino que más bien es un problema estético. (26)

Para minimizar la probabilidad de un resultado adverso por la ingesta de pasta dental flúorada en forma accidental, se sugiere el cepillado inmediatamente después de alguna comida.(26)

Cepillo Dental

El cepillo dental es el dispositivo más usado para la higiene oral con el propósito de desorganizar la placa dental. En Europa se empieza a utilizar en el siglo XVII, son instrumentos que por acción manual o eléctrica, actúan sobre las piezas dentarias. El cepillado habitual y meticuloso de las superficies dentarias es necesario para la prevención de la caries y las enfermedades periodontales. Con un cepillado dental adecuado se consigue el control de la placa supra gingival y de la placa subgingival situada hasta una cierta profundidad. El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa y tiene como objetivos: (26)

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

De acuerdo con el tamaño, los cepillos son grandes, medianos o chicos. Por su perfil, pueden ser planos, cóncavos y convexos. Según la dureza de las cerdas se clasifican en suaves, medianos y duros; todas las cerdas se

elaboran con fibra de la misma calidad, por lo cual su dureza está en función del diámetro. Ninguna evidencia científica apoya un diseño de cepillo más adecuado; por ello la elección de este depende de las características de la boca. (26)

Es preferible el cepillo de mango recto, cabeza pequeña y recta, fibras sintéticas y puntas redondeadas para evitar las lesiones gingivales, y de cerdas blandas o medianas para tener mayor acceso a todas las partes del diente se cree que los penachos separados son más eficientes que aquellos juntos.(26)

Técnicas Del Cepillado

Dada la gran variedad de técnicas de cepillado que existe y la falta de evidencia clara de la superioridad de una sobre otra, debemos valorar más los movimientos realizados en el cepillado que en la elección de la técnica en sí.(26)

Lo cierto es que existen múltiples técnicas: la de Fones o rotacional; la de Charters, donde se masajea el margen de la encía y se limpia al mismo tiempo el espacio interproximal (con movimientos rotatorios y vibratorios) y la técnica horizontal, tan generalizada que se indica en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permita utilizar otra técnica. (26)

En nuestro país se recomienda de forma generalizada la técnica Stillman modificada que con movimientos verticales, se trasladan las cerdas del cepillo de la encía al diente, tanto para el maxilar superior como para el inferior, para poder limpiar las superficies vestibulares y linguales, así como los espacios interdetales; para las superficies

oclusales se mueve el cepillo en sentido anteroposterior. (26)

Con esta técnica se contrarresta la técnica horizontal, que unida a la fuerza innecesaria y a la dureza de las cerdas, ha provocado abrasiones dentarias en los cuellos dentarios y retracción gingival. Con este método se logra, mediante los movimientos de giro del cepillo, estimular las encías con lo cual, además de la prevención de caries se hace prevención de periodontopatías. (26)

El cepillado se debe enseñar en los primeros años del niño y por ello es conveniente que los padres tengan el conocimiento de cómo efectuarlo. (26)

B. Uso del hilo dental

El hilo dental es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta su indicación depende de las características de cada persona.(26)

Métodos de limpieza con el hilo dental:

- Método del lazo también conocido como método circular
Corte un trozo de hilo dental de aproximadamente 45 cm de largo forme un círculo y átelo finalmente coloque todos los dedos, excepto el pulgar, dentro del lazo después use los índices para guiar el hilo a través de los dientes inferiores y use los pulgares para guiar el hilo en los dientes superiores asegurándose de llegar debajo de las encías, formando una al costado de cada diente. (26)

- Otro método

Para usar el hilo dental, se extrae del rollo más o menos 60cm y este fragmento se enrolla alrededor del dedo medio de una mano, pero se deja suficiente para sostenerlo de manera firme con el dedo medio de la otra mano. Conforme se va utilizando, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental. (26)

El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival en seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de sierra o de vaivén en sentido vestibulolingual. Luego se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. Es importante mantener tenso el hilo entre los dedos. (26)

En los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares, o con un pulgar y el índice y en los dientes inferiores con los dos dedos índices. (26)

El uso del hilo dental es importante como el uso del cepillo, la seda garantiza la remoción de detritos que el cepillado no elimina. De acuerdo con algunos estudios, la asociación del cepillo y la seda remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo. (26)

C. Colutorios o Enjuagatorios

Los colutorios son soluciones que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias causantes de caries, son preparaciones líquidas destinadas a ser aplicadas sobre los dientes y las mucosas de la

cavidad oral con el fin de ejercer una acción local antiséptica, astringente o calmante. (42)

El vehículo más comúnmente utilizado en los colutorios es el agua y los principios activos son numerosos, principalmente, antisépticos, antibióticos, antifúngicos, astringentes y antiinflamatorios. (42)

Podemos diferenciar cuatro tipos diferentes de colutorios: (42)

- Colutorios para la prevención de caries (Flúor)
- Colutorios anti placa bacteriana (Colutorios de Clorhexidina, Hexetidina, Triclosán, aceites esenciales, etc.
- Colutorios contra la Halitosis

1.5.1.2 Control químico de la placa. (Uso de fluoruros)

El flúor es un elemento químico que se encuentran en forma natural y en bajas concentraciones en los alimentos y el agua de consumo humano, de todos los elementos químicos es el más estudiado. Existe evidencia científica de que la prevención de enfermedades bucales y específicamente el uso de fluoruros tienen mayor impacto en edades tempranas, es decir, la etapa idónea es el periodo en el que se sustituye la dentición primaria por la permanente, debido a que al erupcionar los órganos dentarios, el esmalte se encuentra inmaduro, menos mineralizado y poroso; y, como consecuencia, con mayor susceptibilidad a la disolución ácida provocada por las bacterias bucales.(39)

El flúor tiene efectos benéficos sobre los órganos dentales, aumenta la resistencia del esmalte al ataque de los ácidos que

producen las bacterias, favorece la re mineralización y tiene acción bactericida (39)

En nuestro país, se agrega a la sal de mesa yodo y fluoruro ya que con la adición de yodo se previene el bocio y con el fluoruro, se ha comprobado la reducción de caries. Por lo antes expuesto, podemos concluir que la presencia de fluoruro a concentraciones óptimas en momentos críticos inhibe la reacción de disolución de los cristales de esmalte y la continua presencia a bajas concentraciones promueve la re mineralización. (39)

Bajo este principio, como medida de Salud Pública se recomienda realizar enjuagues de fluoruro de sodio, dentro del espacio escolar, en virtud de que la protección que se logra con esta medida es en las caras proximales de los órganos dentarios. (39)

Dentro del espacio escolar se utiliza la técnica de auto aplicación de Torell y Ericsson (Técnica probada y altamente eficiente de auto-aplicación que logra reducir la caries dental hasta un 30 a 40%), que consiste en utilizar fluoruro en concentración baja y alta periodicidad con el propósito de obtener la protección deseada. Por lo tanto, en la escuela las niñas y los niños deben realizar enjuagues bucales (10 ml) con solución de fluoruro de sodio al 0.2% con periodicidad quincenal, es decir, se deben otorgar enjuagues a cada escolar durante el ciclo escolar, cabe mencionar que, por la maduración post eruptiva, los escolares entre los 6 y 19 años deben recibir este beneficio. (39)

Efecto del flúor sobre la forma del diente:

Los estudios de los cambios de la morfología dentaria, por acción del flúor, coinciden en destacar unas superficies oclusales más suaves y redondeadas, presentan fisuras amplias y superficiales que dan lugar a una menor retención y a un mejor acceso de los diversos mecanismos de remoción mecánica de la placa.(42)

Los colutorios de flúor, son muy eficaces durante la calcificación del diente y han contribuido al descenso del número de caries. Los colutorios con sustancias antiplaca bacteriana son muy eficaces en la prevención y el tratamiento de la enfermedad periodontal, aunque los geles, que son más recientes, cada vez se usan más. (42)

Gel: Generalmente se utiliza el APF (acidulated phosphate fluoride) a 1,23% aunque también existe el gel flúor fosfato neutro 1,1 ó 2%. Puede ser aplicado directamente a los dientes con un hisopo de algodón (técnica directa) o con un portaimpresiones (técnica indirecta), se prefiere esta última por ser más rápida, aunque si se tratara de una dentición mixta en que falten los molares primarios puede ser más conveniente la directa. Como el APF tiene una alta concentración de fluoruro 1,3 mg / mol es necesario surtir la cantidad necesaria o requerida para cada edad, ya que la ingestión de cantidades pequeñas en un niño de 5 años (1,6 ml) puede originar síntomas digestivos.(39)

En estudios realizados se ha demostrado que la eficacia del gel es igual a la solución de APF. Tiene el inconveniente de no poder utilizarse si existen restauraciones de porcelana y resinas compuestas, ya que pueden producir pigmentaciones.(39)

Se utiliza de acuerdo con el grado de riesgo identificado de las siguientes formas: (39)

- Cuatro aplicaciones a intervalos de 2 a 4 semanas de manera inicial y posteriormente continuar con una aplicación trimestral, semestral o anual. (39)
- Una aplicación trimestral o semestral. (39)

1.5.1.3 Disciplina con el azúcar

Es conocido que la cavidad bucal posee condiciones ambientales propicias para que se desarrolle gran número de microorganismos. El factor más importante en la relación entre la dieta y salud dental es la frecuencia del consumo de alimentos con carbohidratos refinados. Después de ingerir un alimento que contenga carbohidratos se produce ácido en la placa dental. Puede haber desmineralización del esmalte cuando el ácido deprima el pH de la placa por debajo de 5,5 y esto por lo general se acepta como la primera fase en el inicio de la caries. (42)

La edad también influye en los hábitos y comportamientos, así la mayoría de los datos indican que la toma frecuente es el factor más importante en los niños. Alimentos de consumo habitual que contienen sacarosa con alto potencial cariogénico son: caramelos, confiterías, bombones, pasteles, galletas, bebidas de chocolates, entre otros. (42)

Sería bueno recomendar la sustitución de alimentos cariogénico entre las comidas por otros no cariogénicos, por ejemplo: frutas, papas fritas, zanahorias, quesos, carnes, mantequilla, orientar la dieta baja en azúcares y grasas que no solo son beneficiosas para la salud dental, sino también para la salud general óptima. Es muy difícil que el niño deje de comer dulce y golosinas, pero sí debe realizarse un control y regulación de la frecuencia y secuencia. (42)

El efecto más relevante es el tiempo en que transcurren los ataques desmineralizantes que no deben ser suficientes para que la re mineralización pueda llevarse a cabo. La recomendación más eficaz sería disfrutar de dulces y golosinas en salud; no comerlas indiscriminadamente, sino como postre, después de las comidas, de hacerlo fuera, cepillarse después o al menos

enjuagarse la boca con agua; tener en cuenta la composición de los alimentos que conforman la dieta, la frecuencia y la forma en que están preparados, lo que condiciona el tiempo de su presencia en la boca; provocar hábitos alimentarios sanos para la formación de los dientes; disminuir la ingestión de carbohidratos y tratar de ingerir alimentos lo más natural posible y ricos en fibras. (42)

1.5.1.4 Uso de selladores de fosas y fisuras

Los sellantes de puntos y fisuras se aplican en las superficies dentarias para prevenir la iniciación y para detener la progresión de la caries, al proveer una barrera física que impide la retención de bacterias y de partículas de alimentos en las fosas y fisuras.(26)

La efectividad en la prevención de caries de los sellantes depende de su retención en el largo plazo, lo que se supedita no solo a la técnica de aplicación, sino también al grado de erupción del diente, al uso de agentes adhesivos, y muy probablemente el uso de resinas fluidas .

El sellante ideal debiera poseer propiedades de retención prolongadas: (26)

- Baja solubilidad en el medio bucal.
- Biocompatibilidad con los tejidos orales y
- Fácil aplicación.

En la dentición primaria, se ha observado tasas de retención menores que en la dentición permanente, argumentándose que la razón estaría en la dirección de los prismas del esmalte, los que en los dientes deciduos formarían un ángulo, en relación a la superficie del esmalte, que no favorece la retención óptima. (26)

Se han documentado tasas de retención en molares deciduos de 74% a 96,3% al año de aplicación, y de 70,6% a 76,5 % a los 2,8 años. Si bien, existen pocos estudios metodológicamente adecuados en preescolares, puede argumentarse que la retención demostrada, va en directa relación con la capacidad de prevenir el desarrollo de lesiones cariosas en las superficies de molares temporales, en niños de alto riesgo. (26)

Estudios muestran que el mayor problema de la retención de los sellantes en molares temporales es la dificultad en la aislación, por el manejo de la conducta y la edad de los pacientes. La efectividad aumenta con una buena técnica de aplicación, seguimiento apropiado y re-sellado en caso de ser necesario. (26)

Indicaciones (26)

Se indican sellantes para dentición temporal si:

Las fisuras son profundas y el paciente, o el cuidador, no pueden remover efectivamente la placa bacteriana.

- Se ha definido al paciente, o al diente como de alto riesgo.
- Existe posibilidad de realizar adecuadamente la técnica.
- Se ha diagnosticado caries de fisura activa no cavitada

1.5.2 Estrategias Administrativas

1.5.2.1 Educación y promoción de la Salud

A. Concepto De salud

Durante mucho tiempo la salud se ha definido en términos negativos. Salud sería la invalidez de enfermedades e invalidez. En el momento actual todo el mundo está de acuerdo en que esta definición no corresponde a la realidad y no es operativa por tres razones principales. (10)

En primer lugar, porque para definir a la salud en términos negativos hay que trazar el límite y línea divisoria entre lo normal y lo patológico, y ello no es siempre posible. En segundo lugar, porque el concepto de normalidad varía con el tiempo y lo que se ha considerado normal en un tiempo dado puede que no sea en una época posterior. Y, por último, porque las definiciones negativas no son útiles en las ciencias sociales. La salud no es la ausencia de la enfermedad, de la misma manera que la riqueza no es la ausencia de la pobreza. (10)

Definición de la OMS

En 1946, la OMS definió en su Carta Constitucional a la Salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. Esta definición marco un hito en su momento, junto a aspectos muy positivos e innovadores, presenta también aspectos muy criticables. Entre los primeros hay que reconocer que la salud se define con términos positivos. Se considera la salud no solo como ausencia de la enfermedad, sino como un estado óptimo y positivo, sintetizado en la expresión “completo bienestar”. Además no solo se refiere al área física del ser humano, sino que por primera vez se incluyen las áreas física y mental. (10)

Entre los aspectos criticables de la definición de la OMS cabría considerar el hecho de que equipara bienestar a salud, cuando esto no es siempre verdad. Se trata más bien de una declaración de principios y objetivos que de una realidad, ya que “un completo bienestar físico, mental y social” es difícilmente alcanzable ni por individuos ni por grupos ni colectividades. Por otra parte, es una definición

estática, pues solo considera como personas con salud a las que gocen de un completo estado físico, mental y social. La salud positiva es dinámica y no estática; por tanto, existe diferentes grados de salud positiva. Finalmente es una definición “subjetiva”, puesto que no se refiere al aspecto objetivo-capacidad de funcionar-la salud”. (10)

B. Factores que Influyen en las Conductas en Salud

a) El conocimiento: En la sociedad moderna, las personas se encuentran permanentemente bombardeadas por una gran cantidad de información; cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, porque le produce ansiedad o reacciones defensivas. El modelo de conocimiento-acción establece, que habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje. Finalmente, el input recibido y analizado debe ser significativo para que se decida a adoptar una conducta determinada. (12)

b) Fases entre el conocimiento y la conducta: De lo anterior se desprende que: (12)

- En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.
- Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.

- La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias.

- Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas.

c) Actitudes, valores, creencias y conductas: Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud. (12)

- Valor se define como una creencia transmitida y compartida dentro de una comunidad.

- Creencia es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real.

- Actitud es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea).

Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes. La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o mal interpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece. (12)

No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a

un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud. (12)

C. Salud Bucal

Definición

Por salud bucal se entiende el bienestar estructural y funcional de todos los órganos constituyentes de la cavidad bucal o boca, así como de otras estructuras que colaboran al buen funcionamiento de la misma. (12)

Cuando se habla de salud bucal no debe limitarse el concepto a pensar únicamente en dientes, encías, mucosa oral, todas relacionadas con el proceso masticatorio, ya que la cavidad oral también desempeña otros tipos de funciones (12)

La salud bucal es un componente fundamental de la salud, definir este concepto es muy difícil puesto que la salud es una expresión de la vida por tanto involucra complejos procesos donde se conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales.(12) Actualmente la salud bucal se considera una parte integral del complejo craneofacial que participa en funciones como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad. (12)

Características epidemiológicas de la enfermedad bucodental

Las enfermedades bucales fueron la segunda causa de consulta externa en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y representaron 10% de todas las

consultas en 2004. De todas las consultas odontológicas, 20,6% fueron para exodóncias y 18% para obturaciones. A pesar de la gran demanda de servicios odontológicos, sólo 16% de los aproximadamente 7100 establecimientos de salud del MINSA cuentan con este servicio y el número de odontólogos que laboran en ellos no se ha incrementado en los últimos años (12)

A nivel latinoamericano el Perú presenta un deficiente nivel de salud bucal, superado por países vecinos como Chile, Brasil, Colombia entre otros. Lograr cambiar esta dramática situación requiere de la participación activa de todos los sectores involucrados y la ciudadanía organizada que represente a amplios sectores de nuestra población que sufren día a día las dolencias y una baja calidad de vida como consecuencia de la crónica indiferencia de los gobiernos de turno para atender las necesidades de salud bucal en las últimas décadas. (12)

En agosto del 2007 se crea mediante RM N° 649 – 2007 la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal (ESNSB), formulándose seis políticas: (12)

- Primera política: priorización y fortalecimiento de las intervenciones de promoción y prevención en salud bucal.
- Segunda política: Desarrollo de la Atención Estomatológica según el modelo de atención integral de salud en el sistema de aseguramiento
- Tercera política: Consolidación del sistema único de información en salud bucal a nivel nacional.

- Cuarta política: Fortalecer la oferta de atención estomatológica en todos los niveles de atención para ampliar la cobertura.
- Quinta política: Adquisición y distribución de medicamentos e insumos estomatológicos estandarizados a nivel nacional.
- Sexta política: Fortalecer la rectoría en salud bucal dentro

Promoción de la Salud.

La Promoción de la salud y la Prevención de la enfermedad son dos estrategias importantes para crear el ambiente necesario para que las personas y las comunidades tengan bienestar general. (41)

La Promoción de la salud, "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma", mientras que la Prevención de la enfermedad, es "la estrategia para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad". (41)

Cada vez hay más conciencia, de que la Promoción en salud bucodental necesita adoptar una perspectiva más amplia y abordar múltiples factores determinantes de la salud oral, es decir, los esfuerzos no se deben enfocar sólo en las personas, su biología y comportamiento, sino que deben considerar aspectos psicosociales y físicos del medio ambiente del individuo. (41)

Uno de los aspectos enfatizar en la promoción de la Salud es el autocuidado, definiéndose como el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su

estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad. La práctica de autocuidado debe ser estimulada por los miembros del equipo de salud, quienes deben proveer a la población y de conjunto con ella, de medios teóricos y prácticos para desarrollarla eficazmente. Mediante esto se lograra una participación más activa y una optimización de los recursos destinados a ellos. (41)

La promoción de la salud tiene tres componentes fundamentales: (41)

- a) Educación para la SALUD
- b) Comunicación.
- c) Información

Todas sustentadas en un elemento fundamental que es la Participación social, tanto de la población como del resto de Sectores de la Sociedad. (41)

Educación para la Salud en las Madres.

Como se ha mencionado previamente, la salud oral de los niños está significativamente relacionada con el grado en que las madres entienden los problemas de salud oral y el conocimiento que posean respecto a ella, por lo que comprender por qué las madres adoptan ciertos hábitos y qué saben acerca de una óptima salud oral en sus hijos, es el primer paso para desarrollar material educativo adecuado y programas de Promoción de la salud. (43)

Es de importancia mencionar, que existen grupos específicos de madres que necesitan más educación que otras, por lo que se convierte en objetivo fundamental, determinar a qué madres deben estar especialmente dirigidas las intervenciones educativas. (43)

Expresado de otra forma, la identificación de individuos o poblaciones en riesgo es ideal para el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, lo cual resulta en ganancias tanto en términos de salud, como económicas. (43)

Combinar entonces, el contenido de las intervenciones educativas con los grupos específicos a los que debieran ir dirigidas las intervenciones, podría dar lugar a un enfoque integral para el desarrollo de una mejor Educación para la Salud. (43)

Instrumentos de medición de Conocimiento en Salud Oral.

Existen diversos tipos de instrumentos de medición tanto cualitativa como cuantitativa. El cuestionario, es un instrumento de medición cuantitativo que consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. El contenido de las preguntas de un cuestionario es tan variado como los aspectos que mide . Es utilizado para la recolección de información, diseñado para cuantificar y universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la entrevista. (35)

Suprime presuntamente el factor subjetivo del evaluador y ésta es la base de su utilidad en la investigación clínica (Carvajal y cols., 2011) En salud oral se han utilizado instrumentos de medición de conocimientos, actitudes y prácticas para acercarse al entendimiento de la realidad cotidiana. (35)

Las encuestas dirigidas a identificar los conocimientos y prácticas de auto-cuidado en salud, se han considerado un recurso importante para el diseño de propuestas educativas que buscan la participación activa y consciente de las personas en la promoción de su salud y la prevención de enfermedades. (35)

1.5.2.2 Establecer el acceso a centros dentales

Existen diversos sistemas de provisión de servicios bucodentales, desde los predominantemente públicos hasta los mayoritariamente privados. En la mayoría de los países no existe un único sistema de atención bucodental, sino que habitualmente se produce la coexistencia entre uno predominante, con otros que imperan en menor grado. Además del tipo de provisión, hay otras particularidades que distinguen a cada uno de ellos, las cuales van desde el tipo de financiación, el lugar de trabajo de los profesionales (clínicas privadas o públicas), el modo de remuneración (por acto médico y precio libre, por acto médico y lista de precios acordada, por salario, por capitación), la forma de pago (directo por el paciente o a través de terceros), la participación del paciente en el coste del tratamiento, y la libre elección de dentista por el paciente o viceversa. (36)

2. Caries De Aparición Temprana

Muchas eran las formas que existían para denominar este tipo de afección, tales como: caries del lactante, caries circunferenciales o caries rampante específica del niño. A un gran número de autores, les parece más representativo el término caries de biberón, tal vez porque mejor entienden los padres, a la hora de explicarles, su etiología y tratamiento. Sin embargo, otros autores prefieren diferentes denominaciones por ser más definatorias de lo que es la clínica y porque no siempre es el biberón la causa de su aparición. (3)

Louis Ripppa 1988 fue el primer odontopediatra en describir la caries de biberón como una forma específica de caries rampante, en 1977 Tinanoff y O`Sullivan utilizaron un término nuevo para describir a la caries del biberón y /o caries del rampante, como caries de la aparición Temprana. (3)

2.1 Definición

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define caries de aparición temprana, a la presencia, en dientes temporarios, de 1 o más superficies cariadas (cavitadas o no), perdidas (por caries) u obturadas en niños menores de 71 meses de edad (5 años y 11 meses), por lo que en menores de 3 años, cualquier signo de caries en una superficie lisa, es indicativo de presencia de caries de aparición temprana CAT. (3)

La CAT, es un término que describe un proceso rápidamente destructivo que afecta a la dentición primaria de lactantes y niños de corta edad. Se presenta sobre todo en niños con una alimentación por biberón o materna prolongada, y por lo tanto, un retraso en la introducción a las comidas sólidas, también se asocia con el empleo del chupete impregnado en sustancias azucaradas. Aunque la causa principal, se ha atribuido al uso prolongado del biberón o del chupete endulzado, o bien, a lactantes alimentados al pecho más tiempo del recomendado, actualmente se considera que su etiología es multifactorial, y por lo tanto, más complicada que la simple instauración del hábito. La presencia de una sustancia azucarada en la boca, la existencia de microorganismos acidógenicos y la susceptibilidad del huésped son los distintos factores que al interaccionar conducen a la aparición de estas lesiones cariosas. (28)

Existen controversias acerca de que si la caries rampante es similar a la CAT, por lo cual la caries rampante es definida como múltiples lesiones cariosas activas de ocurrencia en la misma persona. Esta frecuentemente involucra superficies del diente que no tienen usualmente experiencia de caries, como superficies lisas, áreas bucales y linguales. Puede presentarse tanto en niños como en adultos jóvenes.(28)

2.2 Etiología

Los agentes etiológicos de CAT son los mismos de la caries dental siendo atribuida a varios factores que incluyen aspectos desde el punto de vista social, cultural, económico, político, étnico, psicológico y biológico. (3)

Para entender más claramente la etiología, podemos considerar que existe un huésped susceptible, (niño-dientes); un agente causal tales como los microorganismos presentes en el huésped; y un medio ambiente con las condiciones necesarias. (3)

En general y al ser de esta manera, también depende de la interacción por un determinado periodo de tiempo, de 3 factores esenciales:

- El hospedero, (representado por los dientes y saliva)
 - La microbiota bucal
 - La dieta consumida. (Azúcares en bebidas, leche y fórmulas del lactante al acostarse o a la hora de la siesta - Intenso consumo de azúcar a partir de bebidas y alimentos sólidos)
- .(3)

De esta forma, la CAT es de etiología multifactorial y no depende del uso exclusivo del biberón. Desde el punto de vista ecológico, la presencia o ausencia de CAT se determina por el equilibrio / desequilibrio entre los agentes agresores, la resistencia del hospedero y medio ambiente. (3)

Luego de la ingestión del biberón, ocurre la fermentación de los carbohidratos con formación de ácidos, los cuales ocasionan una baja del pH de la placa (biofilm dental), que puede llevar a la desmineralización del esmalte, los ácidos producidos en la placa pueden ser neutralizados por agentes tamponantes, como el amonio producidos por las propias bacterias, o por los sistemas

tamponantes salivales. La defensa del hospedero está representada sobre todo por la saliva y, en menor extensión, por el fluido crevicular. (3)

La saliva desempeña funciones importantes, como favorecer la auto limpieza, servir como reservorio de calcio y minerales importantes para el proceso de re mineralización y contener sistemas tampones que neutralizan los ácidos. Además la saliva presenta propiedades antibacterianas significativas, en función de factores inmunológicos específicos (inmunoglobulina A secretora) y no específicos (sistemas antimicrobianos). No obstante en infantes con edad precoz, los niveles de los factores protectores salivales como la lisozima, lactoferrina, peroxidasa salival, Ig A, IgG, y proteína total, se encuentran reducidos, en función de que esos sistemas todavía están inmaduros. En niños no se observa una correlación directa entre el flujo y la capacidad tampón salival con la ocurrencia de caries, excepto en los casos de xerostomía. (3)

EL fluido crevicular presenta células fagocíticas y anticuerpos que ayudan a la eliminación de bacterias. En vista de que el proceso de la caries dental es dinámico, la desmineralización puede ser catalizada por la presencia del flúor. A pesar que la CAT es similar a otros tipos de caries dental, en términos biológicos hay algunos aspectos diferentes que deben resaltarse. En niños muy pequeños, la microbiota bucal y los sistemas de defensa son procesos que todavía no están adecuadamente establecidos y desarrollados. Además los dientes en general están recién erupcionados y todavía no han sufrido el proceso de maduración post eruptiva. (3)

De acuerdo a estudios epidemiológicos los dientes son susceptibles a la caries inmediatamente después de la erupción y antes de la maduración post eruptiva final. (3)

De esta forma se observa la siguiente situación: dientes recién erupcionados, en un ambiente dominado por microorganismos cariogénicos, con ingesta de una dieta rica en carbohidratos fermentables. La combinación de estos factores aumentara la susceptibilidad a padecer caries dental. Entre los factores etiológicos de la CAT se destaca el uso inadecuado y prolongado de la leche materna, o de biberones con líquidos azucarados, como leche alimentos con chocolate, tes y jugos de frutas, naturales o artificiales durante el día o la noche, además de la presencia de infección precoz por altos niveles de estreptococos del grupo Mutans. (3)

2.3 Factores de Riesgo asociados

Un factor de riesgo, es una característica detectable en el individuo o en la comunidad que cuando se presenta aumenta la probabilidad de padecer la enfermedad. Son muchos los factores de riesgo de la caries dental, entre ellos se considera a la edad, experiencia de caries, localización, nivel socioeconómico, grado de instrucción, nivel de higiene oral, consumo de azúcares, el tabaquismo, entre otros. (13)

La OMS en su informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales, establece los principales componentes y prioridades a ser abordados, señalando que además de intervenir sobre factores de riesgo modificables ya sean hábitos de higiene oral, el consumo de azúcares, el tabaquismo y otros, una parte esencial del plan de trabajo también debe ocuparse de los principales determinantes socio-culturales, como la pobreza, el pobre nivel de instrucción y la falta de costumbres que fomenten la salud bucal. (13)

La Caries dental en bebés se atribuye a la presencia de factores de riesgo, tales como hábitos de lactancia, dieta cariogénica, higiene

bucal inadecuada y transmisión bacteriana de la madre al niño, entre otros. La presencia de caries en niños de dos o tres años de edad, es el principal indicador que el cuidado bucal a temprana edad fue poco eficiente y en algunos casos inexistente. Muchos padres no consideran importante el cuidado odontológico de los bebés pues afirman que sus dientes se van a caer de todos modos. (13)

2.3.1 Dieta Cariogénica

Los hábitos alimentarios inadecuados resultan importantes en el desarrollo de la caries dental y cumplen un papel principal en la aparición de caries en los primeros años de vida. Los ácidos producidos en la placa dental durante la degradación bacteriana de los carbohidratos consumidos en la dieta, inician la caries dental. La caries aparece debido al consumo de cualquier carbohidrato fermentable, esto incluye a la leche con o sin azúcar, agua azucarada, jugos de frutas, gaseosas y el uso de endulzantes adicionales como la miel. (13)

La dieta del infante debería contener tan poca azúcar como fuera posible. Desafortunadamente, los azúcares y los dulces son usados usualmente por los padres y por los amigos como regalos, como algo bonito o bueno. Un gran porcentaje de madres suelen agregar azúcar a los biberones. (13)

Las razones expuestas por las madres para añadir azúcar a los alimentos de los niños son diversas; para dar sabor, porque resulta agradable para el niño o por consejo de otras personas. La introducción del azúcar en la dieta de los niños resulta importante por dos razones: (13)

Primero, por el considerable riesgo de caries dental en la dentición primaria y

Segundo, porque es el momento cuando los hábitos pueden influir en conductas futuras que están siendo formados. (13)

2.3.2 Lactancia Inadecuada

La leche materna es el alimento por excelencia recomendado para el recién nacido. La lactancia natural es siempre deseable para la satisfacción psicológica y fisiológica de la madre y del bebé. Las necesidades de la lactancia materna incluyen: crecimiento y desenvolvimiento favorable, protección inmunológica y digestión adecuada. (13)

Los constituyentes principales de la leche humana (grasas, carbohidratos y proteínas) cubren exactamente los requerimientos del bebé en los primeros meses de vida.(13)

La capacidad cariogénica de algunos alimentos puede ser influida por ciertos hábitos alimenticios. Cuando la lactancia se prolonga por mucho tiempo o cuando existe un hábito de utilización nocturna del biberón, el potencial de la enfermedad dental aumenta en niños muy pequeños. (13)

Durante el sueño se produce una disminución del reflejo de deglución y un declive de la secreción salival; la leche o líquidos azucarados quedan estancados alrededor de los dientes, dando como resultado un medio altamente cariogénico. Encuestas realizadas, detectaron que los niños usan el biberón no solo para alimentarse, sino que lo mantienen durante toda la noche, muchas veces a modo de chupete. Muchos padres encuentran en el biberón un elemento de distracción y entretenimiento. Si la edad del niño es suficiente para llevarlo y retirarlo de su boca, jugar con él durante horas, succionar y descansar a intervalos que él mismo regule, éste líquido queda depositado en el fondo de surco, comenzando así el proceso de destrucción rápida del esmalte.(13)

2.3.3 Transmisibilidad Microbiana De Madre A Hijo

La presencia de estreptococos y lactobacilos en la cavidad oral de niños muy pequeños ha sido demostrada en diferentes estudios microbiológicos reportados en la literatura. Siendo generalmente transmitidos de la madre a su niño mediante la saliva materna, a través de besos, de utensilios o por los dedos del infante que van de la boca de la madre a la suya, considerando la saliva como el principal vehículo de transmisibilidad. La colonización primaria del *S. mutans* llamada también primo infección o ventana de infectividad se produce cuando la flora bucal materna se transfiere al hijo. Li – Y encontró que el genotipo de los *S. mutans* de los infantes son idénticos a los de su madre. (13)

La transmisión de microorganismos desde la saliva de la madre al niño, fue sugerida por primera vez en 1975 por Berkowitz y Jordán, quienes usaron el método de tipificación de la mutacina para demostrar que los microorganismos de las muestras tomadas desde la boca de los niños, eran idénticos a los encontrados en la boca de sus madres. (28)

De hecho, ningún padre inoculara adrede su flora bucal al hijo, lo hace simplemente por desconocimiento. (28)

2.3.4 Higiene Bucal Inadecuada

Las deficiencias en la higiene bucal se traducen en mayor acumulación de placa bacteriana. El cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos fermentadores, facilitando el proceso de desmineralización y elevando el riesgo a caries, sobre todo en personas con alto número de microorganismos cariogénicos. (13)

El mantenimiento de una buena higiene oral establecida a una temprana edad es básico para la prevención de las caries. Sin

embargo, la higiene oral en los niños de esta edad suele ser de efectividad dudosa, por lo que deben ser los padres quienes la realicen y reciban instrucciones para ello. Los dientes temporales pueden desarrollar caries desde el momento de su erupción en boca. (13)

Cuando las piezas dentarias son pocas, lo más práctico es realizar la higiene una vez por día. Frotando los dientes y encías con un trozo de gasa húmedo o seco enrollado en el dedo índice, limpiando los restos de leche u otra sustancia azucarada de la boca del niño. (13)

A medida que aparecen más dientes y el bebé ya se ajusta a la rutina de limpieza diaria y la aparición del primer molar deciduo, se cambia la gasa por el cepillo dental. Los padres pueden empezar a usar un cepillo dental de cabezal pequeño y cerdas suaves de nylon agrupadas en penachos, para facilitar el acceso a todas las superficies, cambiándolos con una frecuencia mínima de tres meses e instaurar el hábito de cepillado en cuanto todos los dientes hagan erupción (sin pasta dentífrica hasta que el niño aprenda a no tragársela). (13)

Debido a que el bebé come varias veces al día, la higiene puede realizarse aunque sea una vez al día, principalmente en la noche. En niños más grandes, el cepillado deberá realizarse también después de las comidas. La higiene por las noches es la más importante, porque durante el sueño el flujo salival y los movimientos bucales disminuyen y eso estimula el crecimiento de la placa que queda sobre los dientes si no se cepillan, lo que aumenta el riesgo de caries. (21)

Concluyeron que compartir los cubiertos y soplar los alimentos estaba significativamente asociado a la prevalencia de caries dental en infantes. (23)

Con relación a los hábitos alimentarios estudiados, encontró que el mayor porcentaje de caries se presentó en los niños que usaron biberón, lactaron de noche, usaron edulcorante y no realizaron la higiene. (23)

En infantes menores de 6 años, por tanto, el cepillado dental debe ser dirigido y supervisado por los padres. (23)

La técnica de cepillado más recomendable para los niños pequeños es en forma de barrido, horizontalmente, sin olvidar ninguna superficie, por afuera y por adentro, incluida las caras oclusales, que son las zonas donde se trituran los alimentos. En los bebés pequeños conviene no usar pasta dental, dado que dificulta la visibilidad de los padres al realizar el cepillado y el niño al no ser capaz de escupir bien puede ingerir parte de la pasta dental. (22)

Pasta Dental

La incorporación de la pasta dental fluorada en los hábitos de higiene diaria ha sido la verdadera responsable de la reducción de la prevalencia de caries en el mundo. Por ello, los niños que no estén usando pastas dentales fluoradas no estarían recibiendo estos beneficios preventivos. (34)

Por otro lado existe el riesgo de una fluorosis dental, en niños pequeños que no hayan aprendido a escupir, debido a que muchos tragan cantidades excesivas de pasta. Por esta razón se debe introducir el uso de pastas dentales fluoradas de acuerdo al riesgo de caries de cada niño. (34)

En niños menos de 2 años con bajo riesgo, se puede recomendar el cepillado dental solo con agua, hasta que aprenda a escupir; en niños de esta edad con alto riesgo de caries, se recomienda el uso de la pasta de 1000 ppm de flúor en cantidad mínima "granito

de arroz” o “raspada” sobre el cepillo. De este modo, si se utiliza la pasta fluorada en pequeñas cantidades, la cantidad que pueda ser ingerida es segura en términos de fluorosis dental y el beneficio anti caries se mantiene. (34)

2.3.5 Grado De Instrucción Del Tutor

El bajo nivel de ingresos económicos, bajo nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos en la educación para la salud, las inadecuadas políticas de servicios de salud, se van a relacionar con una mayor probabilidad contraer caries. (13)

Entrevistaron a 100 madres acerca de sus conocimientos sobre la salud oral de sus hijos, hallaron que el 94% de ellas no había recibido educación o consejo de cómo cuidar los dientes de sus hijos y más bien mostró un limitado conocimiento acerca de la enfermedad dental y de sus métodos de control. (13)

2.4 Criterios Clínicos De Diagnóstico, Clasificación y Evolución

Veerkamp y colaboradores señalan que la detección de la CAT es difícil de identificar en los primeros estadios ya que la mancha blanca no es fácil de ver y porque a esa edad los padres no llevan regularmente a sus hijos al dentista. Afirma además que el desarrollo de la enfermedad está ligado a la secuencia de la erupción dentaria. Por eso el primer diente afectado es uno de los cuatro incisivos superiores, le siguen los demás incisivos y luego los primeros molares superiores. (6)

Los criterios clínicos que se usan para el diagnóstico de Caries de la Infancia Temprana son los siguientes: lesiones iniciales de caries (mancha blanca), que generalmente aparecen en la superficie vestibular de los incisivos maxilares cerca de los márgenes cervicales, como también una ligera área de desmineralización o un punto en la superficie del esmalte, poco después de la erupción dentaria. Estas lesiones pronto

se pigmentan de un ligero color amarillo, al mismo tiempo se extienden lateralmente a áreas proximales. (14)

Esta entidad patológica presenta algunas características durante su evolución: la lesión de caries dental avanza siguiendo la cronología de erupción de los dientes primarios; los incisivos mandibulares no son frecuentemente afectados debido al patrón muscular de succión del infante, que al protruir la lengua protege naturalmente a estos dientes, pero en estadios avanzados, pueden estar comprometidos. Al evolucionar la enfermedad, se puede observar clínicamente, pérdida de la integridad coronaria, compromiso pulpar, extensión de la lesión alrededor de la circunferencia del diente; resultando en fractura coronaria patológica al mínimo trauma y en muchos casos solo se pueden visualizar remanentes radiculares. (14)

Mancha blanca, el primer estadio de la caries dental, se presenta durante el primer año de vida; cuando las causas desencadenantes no son controladas, el avance es rápido produciéndose la cavitación y profundización de la lesión, pudiendo llegar a la destrucción coronaria antes de los 3 años de edad. Debido al efecto que produce el no remineralizar las superficies dentarias en el estadio mancha blanca, es que ECC considera este estadio como parte de la enfermedad, a diferencia de las antiguas clasificaciones, que consideraban la enfermedad a partir de la cavitación de la superficie dentaria. (14)

Nivel 1. Inicial: Desmineralización con localización cervical y ocasionalmente reversible interproximal en los incisivos superiores, con mancha blanca opaca de difícil diagnóstico.

Nivel 2. Cavitación: Caries llega a dentina y se observa cambio de color en piezas

Nivel 3. Lesión profunda.

Nivel 4. Caries detenida: Toman un típico color marrón o negro.

Las consecuencias de caries incluye un riesgo alto de nuevas lesiones cariosas, hospitalizaciones e incluso tratamientos realizados en salas de emergencia u operaciones, retrasando así el desarrollo físico del niño (especialmente en la talla y/o peso), incrementando el tiempo y costo de tratamiento. Algunos niños pequeños pueden presentar un severo bajo peso que puede estar asociado a dolor para comer, pérdida de días en el colegio, actividad física restringida, e incluso disminución de la habilidad para aprender. (28)

2.5 Prevención De CAT

Son ya tradicionales los conceptos sobre prevención expuestos por Leavel y Clark, el primer nivel de prevención corresponde a la promoción de salud de una forma general. Según estos principios, el mantenimiento en la salud bucal infantil correspondería al segundo nivel de prevención, es decir, sería una protección específica frente a los elementos creadores de una patología en la boca del niño. Ambos niveles constituyen la prevención primaria. (3)

2.5.1 Niveles De Prevención Según Leavel Y Clark:

No sería posible cubrir los objetivos preventivos en estos niveles sin un conocimiento de lo considerado normal en el individuo. En el niño la normalidad es un proceso dinámico y cambiante que acompaña al crecimiento y la maduración de todas las estructuras. En pocos años se producen grandes variaciones en el peso y en la talla, las proporciones corporales cambian y simultáneamente hay desarrollo del lenguaje, de la personalidad y de las habilidades motoras e intelectuales. (3)

Al planificar el mantenimiento de la salud bucal infantil es imprescindible reconocer si se está ante una situación de normalidad o no. Instaurar programas preventivos inadecuados al desarrollo motor, a la capacidad de comprensión o la actitud será tan eficaz como no tener en cuenta el estado de salud bucal. (3)

Para disminuir el riesgo de desarrollar CTI y CTIS, la Academia Americana de Odontología Pediátrica recomienda las siguientes medidas preventivas, las cuales incluyen prácticas alimenticias apropiadas que no contribuyan al riesgo de caries del niño: (3)

- Reducir los niveles de *S. mutans* en la madre y familiares cercanos idealmente durante el periodo prenatal, interviniendo en la transmisión de las bacterias cariogénicas, con medidas restaurativas y de higiene bucal. (3)

- Implementar medidas de limpieza dental a partir de la erupción del primer diente, después de cada toma de alimento, ya que estos dientes recién erupcionados presenta un esmalte inmaduro y los dientes con hipoplasia pueden tener un mayor riesgo de desarrollar caries.(3)

- Se deben limpiar la boca del niño antes de acostarlo a dormir, en niños dentados se recomienda el uso diario de una pasta con fluoruro, de preferencia a dosis bajas y alta frecuencia, dos veces al día, ya que ofrece muchos más beneficios que una sola vez al día. Los niños menores de dos años deben utilizar solamente una capa delgada de pasta sobre el cepillo dental para disminuir el riesgo de fluorosis. (28)

- Evitar conductas alimenticias promotoras de caries. En particular, no se debe acostar a los niños con biberones con contenido de carbohidratos fermentables.

- Se debe evitar el pecho a libre demanda después de que el primer diente comience a erupcionar y que otros carbohidratos sean introducidos en la dieta.

- Los padres deben alentar el uso de tazas al llegar el primer año de edad, retirando el biberón entre los 12 y 14 meses de edad.

- Se debe evitar el consumo repetitivo de cualquier líquido (29)

En la práctica, se hace necesario instaurar también programas de prevención secundaria, que representan el tercer nivel de Leavel y Clark y corresponden a las acciones de diagnóstico y tratamiento precoces.(29)

Por último, la prevención terciaria se realizara en un estado avanzado de la enfermedad y correspondería al cuarto nivel, encaminado a limitar la incapacidad; y al quinto, destinado a rehabilitar la función. A continuación nos limitaremos a los primeros niveles de prevención intentando adecuarlos a la edad del niño.(29)

2.5.2 Orientación hacia los padres

La prevención primaria debe de iniciarse en el periodo prenatal, aconsejando a la gestante, en la época de la gestación, comenzando por una buena nutrición durante el último trimestre de embarazo y del niño durante su primer año de vida. Se debe instruir a la madre a que cuando el niño cumpla un año, sustituir el biberón por un vaso infantil o suspender la lactancia materna. Igualmente debe insistirse en mantener una correcta higiene dental desde el momento de la erupción de los dientes y prevenir la ocurrencia de la caries. (28)

La prevención secundaria en base a la educación y concientización de los padres y cuidadores como de los profesionales sanitarios para el reconocimiento de los signos tempranos de CAT mediante exploración bucal. (28)

Es importante fomentar la visita al odontóestomatólogo a partir de edades tempranas,(28) incluyendo las siguientes orientaciones.

- 1) Exámenes periódicos anuales en los servicios estomatológicos.
- 2) Control de la placa dentobacteriana a los niños de 2-4 años.

- 3) Educación para la salud a las personas en contacto con los menores y a los niños.
- 4) Atención a las madres de niños menores de un año.
- 5) Atención a los educadores de círculos infantiles.
- 6) Aplicación de flúor a los niños en sus diferentes presentaciones sistémica o tópica.
- 7) Tratamientos curativos a los afectados.

La incorporación progresiva del niño a la atención dental a esta edad favorece una actitud positiva hacia el cuidado de su boca y los procedimientos dentales. El niño debe acudir dos veces al año para sus revisiones periódicas, debe de realizarse la limpieza con una gasa y agua así no tenga dientes presentes en boca. (28)

También ha enseñarles a consumir una dieta saludable, pobre en azúcares y explicarles que la higiene dental debe comenzar en esta etapa conjuntamente con la erupción de los dientes. Se debe enseñar el cepillado correcto a los padres y permitirle a los niños ya al final de la etapa ejecutar por si solos el cepillado con una frecuencia de cuatro veces al día (después del desayuno, después del almuerzo y antes de acostarse).(28)

La indicación de azúcares alternativos (edulcorantes) para niños, como aspartame debe ser decidida en conjunto con el pediatra, pues con solo sustituir el azúcar no se corrigen los hábitos de alimentación incorrectos

El flúor debe ser empleado para el fortalecimiento del hospedero una vez que, estando presente de forma constante en la cavidad bucal, en el sitio de la desmineralización, favorece los procesos de re mineralización, reduciendo las perdidas minerales. El flúor puede estar presente en el agua de abastecimiento, el alimento, dentífricos, y materiales odontológicos, siendo aplicado tópicamente en forma de gel, barniz o espuma.(3)

Además de la guía dietética e implementación de la higiene bucal mecánica (cepillado e hilo dental) adecuada, en niños de alto riesgo para caries de aparición temprana o que ya presentan lesiones de caries, la terapia antimicrobiana específica y la fluoruro terapia deben ser empleadas, por medio del tratamiento de choque, en beneficio del niño de alto riesgo y alta actividad de caries.(3)

2.6 Tratamientos de la CAT

La lesión inicial mancha blanca debe tratarse apenas diagnosticada. El uso de fluoruros de aplicación profesional de alta concentración y baja frecuencia está indicado en niños pequeños, siempre que se logre evitar la ingestión. El uso domiciliario de pastas dentales conteniendo fluoruros no está indicado en lactantes en orden de evitar la ingestión en edades donde el reflejo de deglución aún no ha sido debidamente adquirido. Los geles y barnices son de elección ya que permite trabajar con niños que en ocasiones no aceptan aislamiento y son movedizos. (6)

Los geles se han usado mucho por su fácil aplicación y disponibilidad en el mercado. Tipos: Geles Acidulados, Fluorofosfato acidulado (APF) 1.23% - 12300 ppm. Se aplican por 1 minuto. Geles Neutros, FNa 2% - 9000 ppm. Se aplican por 4 minutos. (6)

Los barnices se usan como prevención individual en pacientes en riesgo de caries, menores de 3 años con caries del biberón, como tratamiento de remineralización de caries. (6)

Tipos: Flúor Protector; Fluoruro de Silano al 0,7%. Viene en ampollas, no es almacenable, alcanza para uno o dos pacientes. (6)

Duraphat, Fluoruro de Sodio al 5% - 22.600 ppm. Alcanza para varios pacientes y es almacenable. Cómodo y fácil de aplicar. Es de color café, pero su efecto disminuye en el transcurso del día.(6)

2.6.1 Tratamiento De Choque

El tratamiento de choque se dirige a los niños con riesgo de caries medio y alto y está destinado a aumentar la resistencia del diente como también interferir en el mecanismo generador de caries al nivel de microbióta e higiene bucal en un tiempo corto. El tratamiento de choque debe ser realizado en 4 sesiones, buscando revertir el riesgo del paciente, con esa finalidad, se indican los siguientes procedimientos (con intervalos de 5-7 días): (3)

- Profilaxis con piedra pómez y agua, seguida por un enjuague (si el niño pueda hacerlo) o limpieza con gasa + 10 ml de solución de gluconato de clorexidina al 0,12 % (agente antimicrobiano) por 1 minuto. (3)
- En seguida, se debe efectuar la aplicación tópica de flúor (bajo la forma de gel, espuma o barniz). (3)
- Después de las 4 aplicaciones, el tratamiento de choque puede ser repetido, si es necesario, en los casos en que los resultado no fueron los deseados, o sea, un control, / reversión del riesgo.(3)
- En los casos de presencia de amplias lesiones de caries con exposición dentaria o pulpar, la profilaxis no debe ser efectuada con piedra y cepillo/ taza profiláctica, para no ocasionar dolor. En estos pacientes hasta que se proceda al sellamiento de todas las cavidades abiertas se debe efectuar solo la remoción de la placa gasa. Los barnices fluorados pueden ser utilizados en aplicación tópica, en el tratamiento de choque, para prevención y tratamiento de la caries del biberón, debido a su eficacia, facilidad y rapidez de aplicación.

El barniz de flúor (Duraphat ®) actualmente comercializado en Brasil, provoca una reducción del 18 al 77% en la incidencia de lesiones de caries, cuando es aplicado a cada 6 meses, en la

clínica odontológica, con una eficacia semejante a la del gel fluorado y el riesgo de intoxicación es muy baja.(3)

El barniz debe ser aplicado después de la profilaxis profesional, con aislamiento relativo con rodetes de algodón. (3)

Pequeñas cantidades del material deben ser aplicadas sobre la superficie dental, con torunda de algodón o pincel, formando una película de color amarillo/ naranja. Antes de la remoción del aislamiento relativo, los dientes deben ser mojados con agua de la jeringa triple, para el secado del barniz, utilizando barniz fluorado para la prevención de la caries del biberón, observaron una reversión de la desmineralización en 51 % de los casos y disminución de la desmineralización en 14 % después de 6 meses.(3)

2.6.2 Técnicas Restaurativas

Se ha sugerido realizar la técnica restauradora a traumática con cemento de ionómero de vidrio cuando la profundidad de la lesión lo permite, que además de la ventaja de liberar flúor es estéticamente aceptable y posee buenas propiedades retentivas al usarse exclusivamente instrumentos rotatorios de baja y alta velocidad, si es que existiese compromiso pulpar realizarse la Pulpotomía/Pulpectomía . (6)

Las lesiones circunferenciales que se producen en los incisivos temporales en la CAT son consideradas desde el punto de vista de las opciones terapéuticas lesiones complejas, en ocasiones es preciso recurrir a coronas de composite, coronas de acero preformado con frente estético o coronas preformadas estéticas. (31)

El establecimiento de un programa preventivo y curativo, en pacientes que presentan lesiones de caries con cavitación, de

extensión y severidad variables, obedece a 2 etapas principales:
(3)

1.) Primera etapa: realizar los tratamientos de urgencia (avulsiones dentales, pulpotomías y tratamientos endodónticos radicales, simultáneamente con todos los procedimientos clínicos que forman parte de adecuación del medio bucal, incluyendo: (3)

- Excavación y sellado total de las lesiones de caries con cementos a base de óxido de zinc y eugenól o ionómero de vidrio.(3)
- Interrupción de la cadena de infección.
- Fluorterapia.
- Utilización de antimicrobianos
- Instrucción de higiene bucal
- Orientación dietética.
- Re contorno y pulido de restauraciones.
- Remoción de restauraciones y sellantes con excesos.

2.) Segunda etapa: Proceder a la rehabilitación oral del paciente, por medio de : (3)

- Restauraciones de los dientes anteriores.(3)
- Restauraciones de los dientes posteriores utilizando resinas o ionómero de vidrio asociado a la aplicación de sellantes de fosas y fisuras integras (restauraciones preventivas), amalgama de plata, restauraciones metálicas fundidas o por medio de unión de los fragmentos.
- Aplicación de sellantes de fosas y fisuras en los dientes indicados.

- Instalación de mantenedores de espacio removibles funcionales, prótesis adhesivas con encaje o prótesis totales entre otros procedimientos, dependiendo del caso. (3)

3. Indicadores De Caries Dental

3.1. Introducción

Las enfermedades bucodentales constituyen un problema de salud pública –entre otras razones- por su alta prevalencia e incidencia en la población y porque impactan notablemente sobre la tasa de uso de los servicios y el costo de la atención en salud. Se presenta un resumen de los principales indicadores de la caries dental que se constituye como la patología oral más frecuente y estudiada y la que más daño poblacional general. (27)

3.2. Índices de caries dental

Existen diversos indicadores reconocidos internacionalmente para determinar y cuantificar el estado de salud bucal de la población, en relación a la caries dental. Entre ellos tenemos principalmente: (27)

- Índice Cop-D
- Índice Ceo-D
- Índice De Knutson
- Índice De Caries Radicular

A. Índice Cop-D

Es el más utilizado y difundido de los indicadores de caries dental que refleja la presencia de caries en la dentición permanente. Este índice considera toda la historia de la patología del paciente ya que en su registro se incluyen datos sobre: (27)

- Dientes con lesión activa y clínicamente evidente (Cariados).

- Dientes Perdidos.
- Dientes Obturados.

Como Se Determina El Índice Cop-D

Se registra para cada paciente y se toma en cuenta la dentición permanente, más específicamente las 28 piezas dentarias permanentes, sin contar los 3ros molares. Se anota para cada persona el número de dientes Cariados, Obturados y Perdidos, incluyéndose las extracciones indicadas debido a caries dental. Su valor constituye un promedio que se calcula de la siguiente manera: (27)

$$\frac{\text{TOTAL DIENTES CARIADOS, PERDIDOS Y OBTURADOS}}{\text{TOTAL DE PERSONAS EXAMINADAS}}$$

Datos Adicionales Sobre El Índice Cop-D

Este índice a los 12 años es el más usado, siendo el valor referencial para comparar el estado de salud bucal de los países. El índice individual resulta de la sumatoria de piezas dentarias permanentes Cariadas, Perdidas y Obturadas y el índice grupal resulta del promedio de la sumatoria de las piezas dentarias Cariadas, Perdidas y Obturadas sobre el número de pacientes examinados. (27)

B. Índice Ceo-D

Es la sumatoria de dientes temporales Cariados con indicaciones de extracción y obturados. Aquí no se consideran los dientes ausentes y la obturación por medio de una corona se considera diente obturado. (27)

C. Índice De Knutson

Cuantifica en una población a todos aquellos que tienen 1 ó más dientes afectados sin considerar el grado de severidad de la

afección. Es muy poco específico, por ejemplo: de un grupo de 150 personas, 100 tienen caries, es decir el 66.7 presenta la enfermedad. (27)

D. Índice De Caries Radicular

Se puede observar por superficie o por diente. Para este índice los criterios para diagnosticar una caries radicular son los siguientes: -Lesiones en cualquier superficie radicular con una cavidad franca. -Lesiones en cualquier superficie radicular sin cavidad franca pero con aspecto oscuro o cambio de color. (27)

CRITERIOS DEFINIDOS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O.M.S. PARA CUANTIFICAR EL ÍNDICE DE CARIES DENTAL C.P.O.–c.e.o.	
0.0 – 1.1	MUY BAJO
1.2 – 2.6	BAJO
2.7 – 4.4	MODERADO
4.5 – 6.5	ALTO
6.6 >	MUY ALTO

3.3 Criterios diagnósticos para la determinación del estado dental

Se seguirán las definiciones y códigos de la OMS (38), que son los siguientes: (38)

3.3.1 Estado dental.

Diente sano. Un diente se considera sano si no hay evidencia clínica de caries ya sea presente o tratada. (38)

Diente cariado. Se registra caries cuando una lesión en un punto o fisura o una superficie lisa presenta reblandecimiento del suelo o las paredes o socavamiento del esmalte. Los dientes con obturaciones temporales también se registran como cariados. En las superficies proximales, la sonda, ha de entrar claramente en la lesión.(38)

Y Cuando existan las siguientes evidencias de lesiones cariosas:
(27)

- Opacidad, mancha blanca o marrón, consistentes con desmineralización del esmalte. (Diferenciar con fluorosis, pigmentaciones).
- Mancha blanca o marrón consistente con desmineralización (aspecto blanco tiza sin brillo).
- Las fisuras en las cuales el extremo del explorador se prende, serán clasificadas como cariadas (presencia evidente de tejido blando en la base de la fisura, opacidad a lo largo de los márgenes o una mancha indicando presencia de lesión cariosa subyacente y en casos proximales si el explorador no se desliza cuando se hacen movimientos en la dirección Cervico-oclusal)
- Sombra oscura de dentina decolorada subyacente al esmalte intacto o mínima cavidad en esmalte (sombra gris, azul, marrón)
- Ruptura localizada del esmalte debido a caries sin dentina visible. Cavidad detectable con dentina visible.
- Cavidad extensa con dentina y/o pulpa visible. El diente presenta solamente raíces o corona parcialmente destruida

Diente obturado con caries. Se registra así el diente que teniendo una o más obturaciones tengan una o más zonas cariadas. No se hace distinción entre caries primaria o secundaria (independiente o contigua a la obturación). (38)

Diente obturado sin caries. Se registra así un diente con una o más obturaciones que no tenga caries secundarias (recurrente), ni caries primaria. (38)

Diente ausente debido a caries. Este código se usa para dientes permanentes que hayan sido extraídos por caries. Es importante

resaltar que no se debe usar este código para dientes perdidos por otra causa que no sea la caries. (38)

3.4 Los Criterios De Clasificación (27)

Reglas Especiales: Un diente es considerado como erupcionado cuando cualquier porción de su superficie estuviese expuesta en la cavidad bucal y pudiese ser tocada por el explorador. (27)

Un diente es considerado presente, aun cuando la corona está totalmente destruida, quedando solamente las raíces. Los dientes supernumerarios no son clasificados. Si un diente temporal está retenido y su sucesor permanente está presente, se clasifica solamente el permanente.. En caras proximales la caries se puede determinar por cambio de coloración. (27)

Procedimientos En El Examen Ceod:

En el proceso de examen, el examinador inspecciona visualmente y con el auxilio del explorador, las caras oclusales, vestibular, distal, lingual y mesial, de todos los dientes permanentes presentes (excepto terceros molares). El examen es realizado con el auxilio de un espejo bucal y explorador con extremidad bien afilada. La posición del paciente debe ser tal que el examinador tenga una visibilidad optima de los cuadrantes a ser examinados. (27)

Procedimientos Para El Examinador:

Use siempre el explorador, evítelo solo en caries avanzadas a fin de no causar dolor o incomodidad al paciente. Indague con el paciente la causa de la extracción, más si la respuesta no es concluyente, siga su propio juicio clínico. (27)

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

A. Antecedentes Internacionales

Dagogliano Castellani, G; Jacquett Toledo, N L. CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS DIENTES TEMPORALES Y PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN DOS ESCUELAS DE ASUNCIÓN. PARAGUAY. 2011(11) Para determinar el grado de conocimiento se confeccionó un cuestionario de 5 preguntas de datos generales y 19 basadas en nivel de conocimiento y medidas de prevención. Para la medición de conocimiento se utilizó el intervalo favorable (13 o más puntos) y desfavorable (1 a 12 puntos). Dentro de los resultados se encontró que los padres presentan un nivel de conocimiento favorable. Los aspectos hallados y analizados en este trabajo pueden servir para que los profesionales promuevan la elaboración de programas preventivos que estimulen a los padres a mejorar sus conocimientos y a los niños a mejorar su salud bucal.

Flores Chapa, Adriana. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LOS PRODUCTOS DE HIGIENE ORAL PARA SUS HIJOS. MÉXICO. 2011 (15) No existe relación entre el conocimiento de los padres y la salud bucal del hijo, es decir, que no tiene relevancia significativa si los padres de familia tienen educación odontológica o no, que no importa que tanto conocimiento posean los padres de familia, eso no mejorará la salud bucal del hijo o de cierta manera no hace que mejore. Existe relación entre el conocimiento de los padres y el número de productos de higiene oral utilizados por su hijo, en otras palabras, mientras más conocimiento obtengan los padres de familia, más productos para la higiene oral adquirirán para sus hijos.

González Martínez, Farith; Sierra Barrio, Carmen Cecilia; Morales Salinas, Luz Edilma. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL DE PADRES Y CUIDADORES EN HOGARES

INFANTILES, COLOMBIA.2011 (16) Al indagar las percepciones de los cuidadores sobre la importancia de la salud bucal en los niños, en el presente estudio se encontró una actitud positiva hacia el desarrollo de programas de promoción y prevención en el hogar infantil, algo que es significativo a la hora de la implementación de los mismos. Sin embargo, éstos coincidieron en afirmar que son los padres los principales responsables de guiar a los niños para la realización de una buena higiene bucal, a pesar de la ayuda que se les pueda suministrar.

Gonzales, E; Pérez-Hinojosa; Alarcón, J.A.; Peñalver, M.A.CONOCIMIENTO DE PEDIATRAS Y PADRES ANDALUCES SOBRE CARIES DE APARICIÓN TEMPRANA.ESPAÑA.2014 (17) Los pediatras mostraron escasos conocimientos con respecto a las visitas al dentista y al tratamiento de las caries; sin embargo, su nivel de conocimientos sobre higiene oral, caries y hábitos nutricionales era adecuado. La mayoría de los padres indicaron que los pediatras no les informaban detalladamente sobre cuidados orales ni sobre la posibilidad de visitar al odontopediatra y los padres tienen unos conocimientos muy escasos sobre caries de aparición temprana, especialmente sobre tratamiento.

Hormigot Baños, Leandra; Reyes Romagosa, Daniel Enrique; González García, Ana María. ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL SOBRE PROMOCIÓN DE SALUD BUCAL Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 11-12 AÑOS. CUBA.2011(20) Se realizó un estudio descriptivo transversal en 90 estudiantes con el objetivo de promocionar salud bucal y elevar el nivel de conocimientos sobre la caries dental en niños entre 11 y 12 años. La información se recogió mediante exámenes físicos y el cuestionario confeccionado al efecto, aplicados a los estudiantes. En la encuesta se consideraron las variables de edad del paciente, sexo, higiene bucal, ingestión de alimentos cariogénicos, higiene bucodental y nivel de conocimientos. En

los afectados predominó la higiene bucal deficiente y la ingestión de alimentos cariogénicos y prevaleció la caries de segundo grado lográndose elevar el nivel de conocimientos en estos niños.

Mendoza Tijerina, Jaime; Serrano Romero, Alma; Galindo Lartigue, Carlos. EFICACIA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA CARIES DENTAL. MEXICO.1999 (25) El uso de un cepillado más frecuente y el uso de fluoruros controlados garantiza una menor prevalencia de caries, el uso de medidas preventivas de bajo costo y de manera permanente, produce mayor impacto sobre la salud bucal y realizan un mayor cambio de actitud favorable respecto a la atención dental, reduciendo el temor hacia el dentista en visitas posteriores.

Mendes Goncalves, Doris Dina; Caricote Lovera, Nancy. PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD DEL MUNICIPIO ANTOLÍN DEL CAMPO, ESTADO NUEVA ESPARTA. VENEZUELA. 2003 (24) Las caries dental se presenta como una enfermedad dinámica y compleja, es una afección humana muy frecuente, por lo que la alta prevalencia de caries dental a nivel comunitario es un problema de salud pública, su incidencia puede reducirse si modificamos o intervenimos sobre esos factores; principalmente a través de la prevención y determinando el nivel de riesgo del paciente. En cuanto a la prevalencia de caries dental según la variable edad, debido al comportamiento de los índices CPOD y ceo los cuales aumentan proporcionalmente con la edad del niño. Se debe implementar programas de educación sanitaria sobre salud bucal hacia los padres y representantes, de forma continua y teniendo como objetivos el mejoramiento del conocimiento, la comprensión de los padres sobre: alimentación, sustitución de azúcares, higiene bucal e importancia del flúor y otros factores relacionados a la salud bucal.

Oropeza Oropeza, Anastacio; Molina Frechero, Nelly; Castañeda Castaneira, Enrique. CARIES DENTAL EN PRIMEROS MOLARES PERMANENTES DE ESCOLARES DE LA DELEGACIÓN TLÁHUAC. MEXICO.2011 (33) Los molares inferiores fueron los dientes más afectados por caries dental y se presentaron pocos dientes tratados, por lo cual se recomienda implementar programas preventivos de salud bucal y prevención de caries desde edades tempranas en los primeros molares permanentes. Los odontólogos tendrían que ser los encargados de brindar atención curativa y preventiva desde etapas tempranas de la vida por lo que se recomienda implementar programas de educación sanitaria sobre salud bucal dirigida a los padres, teniendo como objetivo que estos conozcan los factores de riesgo y las medidas preventivas para promover una adecuada la salud bucal.

Regalado Bedoya, Luis Alberto. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PEDIATRAS Y PADRES DE FAMILIA SOBRE LA CARIES DENTAL DE LA INFANCIA TEMPRANA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN Y EL CENTRO DE EDUCACIÓN INICIAL REPÚBLICA DE GUATEMALA. ECUADOR. 2016(37) En el presente estudio determinó que los médicos pediatras tenían un nivel de conocimiento adecuado sobre el carácter transmisible de la caries dental el 75%, estos conocimientos por parte de los pediatras resultan de gran importancia para la población de niños menores de tres años para educar y remitir al odontólogo. Según lo sugerido por algunos autores los pediatras podrían incorporar fácilmente la evaluación del estado dental de los niños en sus revisiones periódicas, así como dar una orientación preventiva a los padres sobre salud bucal.

Sepúlveda R, Rosa. CONOCIMIENTO DE MADRES DE NIÑOS DE HASTA 71 MESES DE 3 COMUNAS DE BAJOS INGRESOS DE LA RM, EN FACTORES DE RIESGO DE CARIES TEMPRANA DE LA INFANCIA SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ACCESO A

EDUCACIÓN EN SALUD ORAL. CHILE .2014 (40) Las madres del estudio presentaron mayor conocimiento en Hábitos de Alimentación y Visitas al Odontólogo. El Nivel de conocimiento resultó ser dependiente del Acceso a Educación en Salud Oral e independiente del Quintil al que pertenecía la madre, su Nivel Educativo y su edad.

B. Antecedentes Nacionales

Anticona Huaynate, Cynthia Fiorella. NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA (CPI) DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS DEL INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD DEL NIÑO.PERU . 2006 (1) Existe una relación directa estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre CPI en los pediatras de 0 -5- 6 a 10 años de ejercicio profesional. Los médicos pediatras requieren entrenamiento adecuado en salud oral en su formación de pre-grado, residentado y en cursos de perfeccionamiento profesional. De este modo se podrá afianzar la futura colaboración profesional e incrementar el número de referencias o derivaciones al odontólogo por parte de los pediatras.

Benavente Lipa, Lourdes A; Chein Villacampa, Sylvia A; Campodónico Reátegui, Carlos H. NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE LAS MADRES Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS DE EDAD. PERU. 2012(2) No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde temprana edad, resaltando el rol que cumple la dentición temporal, no solo para

garantizar el espacio de los dientes permanentes, sino mucho más como es la alimentación del niño y el rol que juega para su buen crecimiento y desarrollo bio-psico-social, logrando así estilos de vida adecuados.

Carranza Quiroz, Andrea Heller. RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PADRES SOBRE LA CARIES DENTAL Y SUS FACTORES DE RIESGO CON LA HISTORIA DE CARIES DENTAL DE SUS HIJOS DE 6 A 12 AÑOS. PERU. 2011(4) El regular nivel de conocimientos de los padres sobre la caries dental y sus actitudes deficientes con respecto a la higiene oral, se reflejaron en los altos índices de caries encontrados. Los padres no muestran interés ni supervisión del cuidado oral de sus hijos y por ello se encontró una prevalencia de caries del 100% y alto riesgo generalizado. Se recomienda crear programas preventivos – promocionales sobre medidas preventivas en Salud Bucal del niño. Dicho programa nos permitirá capacitar a los padres, debido a que ellos son considerados vectores valiosos en la transmisión de educación y hábitos, por otro lado llevar a cabo un seguimiento a los niños para mejorar el control de la caries dental, y así velar por la buena salud bucal de los niños.

Castillo Cevallos, Jorge Luis. MANEJO PREVENTIVO DE CARIES DE APARICIÓN TEMPRANA. PERU. 2006 (5) La aparición de caries temprana es una enfermedad que afecta y compromete su calidad vida, los niños deben asistir al consultorio odontológico lo más temprano posible, las estrategias más usadas para prevenir la caries son: higiene oral, fluoruros, sellantes de fosas y fisuras.

Contreras Vásquez, Nancy; Vargas Machuca, Mónica Valdivieso; Cabello Morales, Emilio. NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE PROFESIONALES DE SALUD SOBRE CARIES DENTAL EN EL INFANTE. PERU. 2008(9) Se encontró una correlación entre el nivel de conocimientos y las prácticas

en las enfermeras según tipo profesional y según tiempo de ejercicio profesional en pediatras y enfermeras con menor tiempo de ejercicio. Conclusión: El mayor porcentaje de profesionales encuestados tienen un nivel de conocimiento medio (el 65,7% de pediatras, el 71,8% de médicos generales y el 59,1% de enfermeras) y sólo el 50% de los profesionales tuvieron prácticas adecuadas respecto a medidas preventivas de caries dental en el infante.

Delgado Llancari, Roxana. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA EN LOS DISTRITOS RURALES DE HUACHOS Y CAPILLAS, PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA – HUANCAVELICA. PERU. 2012 (12) En cuanto al conocimiento de medidas preventivas en Salud Bucal y desarrollo dental la mayoría de docentes obtuvieron un nivel regular y para conocimiento sobre enfermedades bucales obtuvieron un nivel malo, no se encontró una relación directa proporcional entre el nivel de conocimiento, el tiempo de experiencia, la edad y el sexo de los encuestados y los encuestados obtuvieron un índice de higiene oral de nivel.

Muñoz Luna Victoria, Estefania. ASOCIACIÓN DE LA CARIES DENTAL CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE LOS PADRES/MADRES DE NIÑOS DE 3 A 7 AÑOS DE EDAD EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DEL DISTRITO DE ATE – VITARTE. PERU. 2014 (30) Se evaluó el nivel de conocimiento de los padres/madres a través de un instrumento previamente validado y el examen clínico de los niños se realizó a través del índice epidemiológico CPOD y ceod. La prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años fue de 81.51%, mientras que en niños de 6 a 7 años fue de 92.47%. No se encontró asociación entre la presencia de caries dental y género.

Nolasco Guerra, Karla Milena. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN DOCENTES DE LA I.E 88037 ANTENOR SÁNCHEZ, DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, DE LA PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH. PERU. 2010.(31) La caries dental y la enfermedad periodontal, afectan a un gran porcentaje de la población, más del 90%, la única posibilidad de poder mantener la Salud Bucal, es prevenir la enfermedad de manera precoz, el mayor beneficio de esto, es tener la oportunidad de interceptar o modificar patrones de conducta que puedan resultar dañinos, es por eso que se considera importante enfocar a reconocer el nivel de conocimiento de los docentes, para tener un patrón base y así poder crear programas de Promoción de Salud donde se incluya orientación y atención bucodental para niños.

C. Antecedentes Locales

No se encontraron antecedentes.

2. Hipótesis

Dado que las madres son las mentoras en la vida diaria de sus hijos, en ellas recae el deber de brindarles conocimientos y enseñanzas básicas sobre una adecuada actitud Preventiva para la Salud Oral; como son: la correcta higiene oral, controlar la exposición a los alimentos azucarados y la primera visita al odontólogo; de este modo se reduce la aparición de lesiones cariosas, ya que, los conocimientos y conductas brindadas a los niños perdurarán en hábitos diarios durante su vida.

Es probable que los conocimientos que tengan las madres sobre Salud Oral se vean reflejados en la incidencia de caries de sus hijos.

CAPITULO III: METODOLOGIA

1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en la I.E Inicial Generalísimo San Martín, el cual está ubicado en la calle Brasil 201, en el Distrito de Mariano Melgar. Esta institución es de carácter mixto y de gestión pública, así mismo tiene por población objetivo a personas de condición socioeconómica media – baja.

2. TIPO DE ESTUDIO

- A. Es de tipo no experimental, porque no busca un efecto en las unidades de estudio, solo se observó, se midió y se informó.
- B. Diseño De Investigación:
 - **De acuerdo al lugar donde se obtendrán los datos:** es de Campo porque se intervino directamente en la unidad de estudio.
 - **De acuerdo a la Temporalidad:** es transversal porque se realizó una medición sobre las unidades de estudio.
 - **De acuerdo al momento de recolección de datos:** es prospectivo ya que se obtuvieron los datos en el momento que se llevó a cabo la investigación.
 - **De acuerdo a la finalidad investigativa:** es de propósito correlacional porque busca darle una dirección a la relación.

3. UNIDAD DE ESTUDIO

Estuvo constituida por los niños que asisten a la I.E Inicial Generalísimo San Martín del distrito de Mariano Melgar.

4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por todos los niños de 3 a 5 años que se encuentren en la edad pre- escolar y que estudien en la I.E Inicial Generalísimo San Martín del distrito de Mariano Melgar. Este total corresponde a 140 niños.

La muestra estuvo conformada por 82 niños y sus madres que reunieron los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

A. Criterios De Inclusión:

- Niños de 3 a 5 años con 11 meses, en edad pre-escolar.
- Niños de ambos sexos.
- Niños que presenten el consentimiento informado autorizado y firmado por la madre
- Niños que muestren actitud positiva a la inspección clínica.
- Niños que presenten dentición decidua.
- Niños que tengan asistencia frecuente a su respectiva I.E.I

B. Criterios De Exclusión:

- Niños poco cooperativos y temerosos.
- Niños que no devuelvan el consentimiento informado autorizado.
- Niños que no deseen participar.

5. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO

A. Definición Operacional de la Variable:

Principal:

- Conocimiento sobre Salud Oral
- Índice de Caries

Secundarias:

- Grado de Instrucción
- Estado Civil
- Edad

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	TIPO
Conocimiento sobre Salud Oral	<ul style="list-style-type: none"> Higiene Bucal Exposición a alimentos azucarados Visita al odontólogo 	(14 – 20) Bueno (8 – 13) Regular (0 – 7) Malo	Cualitativa	Ordinal	Independiente
Índice De Caries	Índice ceod	N° Piezas cariadas N° Piezas extraídas o exfoliadas. N° Piezas obturadas	Cuantitativa	Razón	Dependiente
Grado de Instrucción	Primaria Secundaria Técnico Superior		Cualitativa	Ordinal	

Estado Civil	Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada		Cualitativa	Nominal	Secundaria
Edad	Años		Cuantitativa	Razón	

B. Técnicas E Instrumentos De Investigación

Técnicas:

Se escogió la Técnica Investigativa de Campo haciendo uso de la observación clínica y una encuesta (formulación de preguntas).

Instrumentos:

Se utilizó un cuestionario (Anexo 1), que fue entregado a la madre de familia, consta de 20 preguntas (cerradas y abiertas), que abarcan los temas de higiene bucal, exposición a alimentos azucarados y visitas al odontólogo; con alternativas para marcar una sola respuesta, la calificación se realizó tomando en cuenta que se asignaba 1 punto si la respuesta era correcta y 0 si la respuesta era equivocada. La valoración del cuestionario se hizo en base a la escala validada por un juicio de expertos los que establecieron la siguiente puntuación:

Bueno (14 – 20)

Regular (8 – 13)

Malo (0 – 7)

De tal manera que el cuestionario completo dio un mínimo de cero puntos y un máximo de 20 puntos, este cuestionario brindó información sobre los conocimientos y actitudes que tienen los padres frente a la caries dental. Cabe resaltar que este instrumento fue elaborado y validado en la tesis realizada en la Universidad Alas Peruanas, Escuela de Estomatología, titulada “Relación Entre Conocimientos Y Actitudes De Los Padres Sobre La Caries Dental Y Sus Factores De Riesgo Con La Historia De Caries Dental De Sus Hijos De 6 A 12 Años, Lima –Perú , 2011”, por Carranza Quiroz, Andrea Heller, a través de un juicio de expertos.

El segundo Instrumento se realizó para valorar el ceod realizando una inspección clínica de las piezas dentales para el llenado del odontograma (Anexo 2) para lo cual se siguió el instructivo del MINSA.

6. PRODUCCIÓN Y REGISTRO DE DATOS

6.1 Procedimientos para la Recolección de Datos

1.- Se obtuvo el permiso correspondiente de la I.E Inicial Generalísimo San Martín del distrito de Mariano Melgar.

2.- Se solicitó el llenado del consentimiento informado (Anexo 3) el cual fue devuelto firmado por las madres de familia aceptando su participación en el llenado del cuestionario y posterior examen clínico de su menor hijo.

3.-La primera etapa de recolección de datos consistió en entregar por sección a cada niño un cuestionario, este fue enviado mediante una ficha instructiva a su hogar, el cual fue devuelto en una fecha determinada.

- La evaluación del cuestionario se llevó a cabo considerando la valoración ya establecida; y los puntajes obtenidos se clasificaron en base a la escala formulada.

5.-La segunda etapa de recolección de datos, consistió en el examen clínico de cada niño, en su respectivo salón de clase y se realizó de la siguiente manera:

- Se agruparon a los niños que serían participe de la inspección clínica por secciones.
- Todos los niños se examinaron después de su cepillado rutinario.
- Se procedió al llenado de las fichas odontológicas, en el ambiente del salón de clases, donde se preparó un espacio adecuado y bien iluminado donde se dispuso de una carpeta y silla para realizar el examen clínico llenando el odontograma respectivo, mediante un espejo, explorador y pinza
- Se estableció el diagnóstico indicando las piezas cariadas, perdidas u exfoliadas y obturadas.
- Con el registro de los datos se realizó el respectivo índice a cada niño y se calculó el índice ceod de todos los niños examinados.

6.2 Plan de Tabulación, Procesamiento y Presentación de los Datos:

Una vez recolectando los datos de interés, toda la información obtenida de los instrumentos fue ordenada en un matriz de sistematización. El tipo de procesamiento de los datos se realizó en forma manual, el recuento fue de tipo computarizado, se utilizó tablas de entrada simple y doble, y se elaboraron graficas de barra para cada tabla.

7. TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de datos se llevó a cabo, en primer lugar, a partir del cálculo de frecuencias absolutas (N^0) y relativas (%), dada la naturaleza cualitativa de las variables de interés.

En segundo lugar, y para establecer relación entre las variables independiente y dependiente, se aplicó la prueba estadística de Análisis de Varianza (ANOVA) a un nivel de confianza del 95% (0.005).

Así mismo, el proceso estadístico se realizó con ayuda del paquete computacional EPI.INFO versión 6.0

8. RECURSOS

8.1 Humanos:

- Investigador : Bach. Carla Luisa Cecilia Huaquipaco Galindo
- Asesor Director : Mg. Luis Llerena Hilares
- Asesor Metodológico : Dr. Xavier Sacca Urday
- Asesor Redactor : Dra. María Luz Nieto Muriel

8.2 Financieros: El presente trabajo de investigación fue financiado, en su totalidad, por la investigadora.

8.3 Materiales:

- Espejos bucales
- Exploradores bucales
- Pinzas
- Cajas porta instrumental
- Bandejas
- Rollos de Algodón
- Campos
- Gorros
- Mascarilla
- Guantes
- Baberos
- Copias de Ficha de Recolección de Datos (Anexo 2)

- Lapicero Rojo y Azul
- Obsequio para el niño
- Rotafolio Educativo de Salud Oral.

8.4 Institucionales:

- 1.- Universidad Alas Peruanas- Filial Arequipa
- 2.- I.E Inicial Generalísimo San Martín

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

1. Presentación de Resultados

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN SU EDAD

Edad	N°	%
21 a 29 años	39	47.6
30 a 39 años	34	41.5
40 a más	9	11.0
Total	82	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de madres motivo de investigación (47.6%) tenían entre 21 a 29 años; mientras que el menor porcentaje de ellas (11.0%) estaban entre los 40 años a más.

Cabe resaltar que las madres entrevistadas tenían edades que oscilaban desde los 21 y hasta los 53 años.

GRAFICA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN SU EDAD

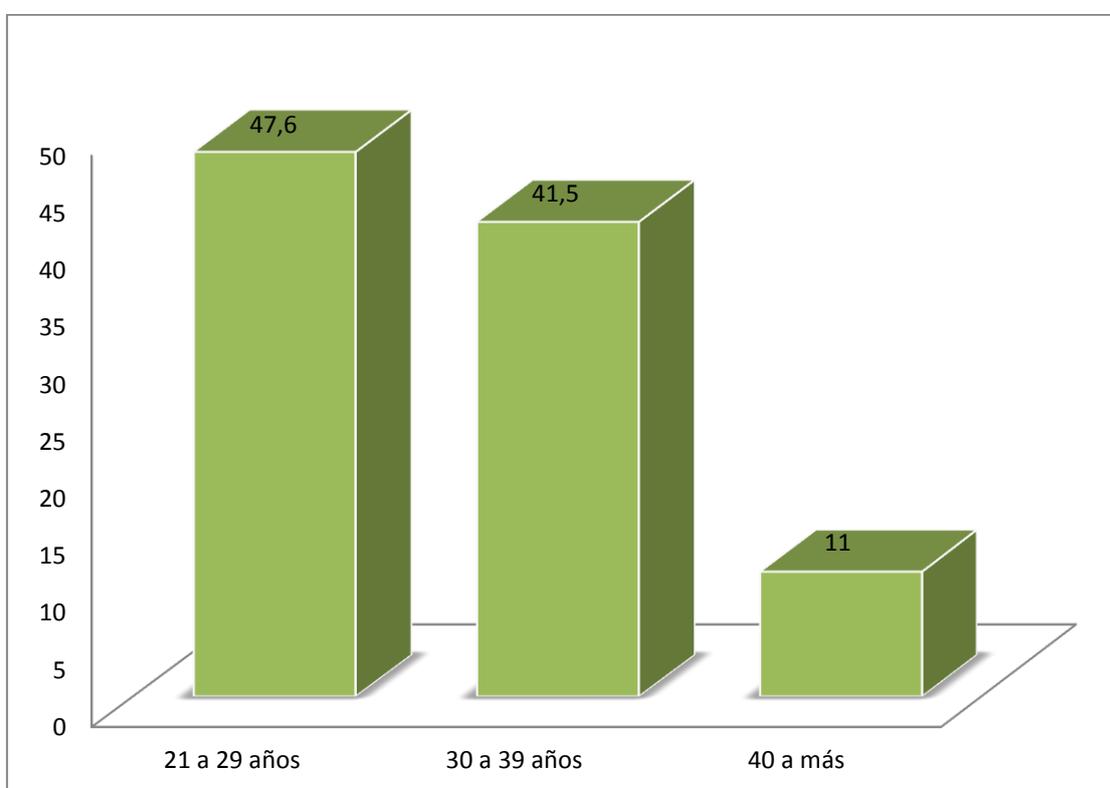


TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de Instrucción	N°	%
Secundaria	51	62.2
Técnico	21	25.6
Superior	10	12.2
Total	82	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que la mayoría de madres motivo de estudio (62.2%) manifestaron tener un grado de instrucción correspondiente a secundaria; mientras que el menor porcentaje de ellas (12.2%) alcanzaron un nivel superior.

GRAFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN

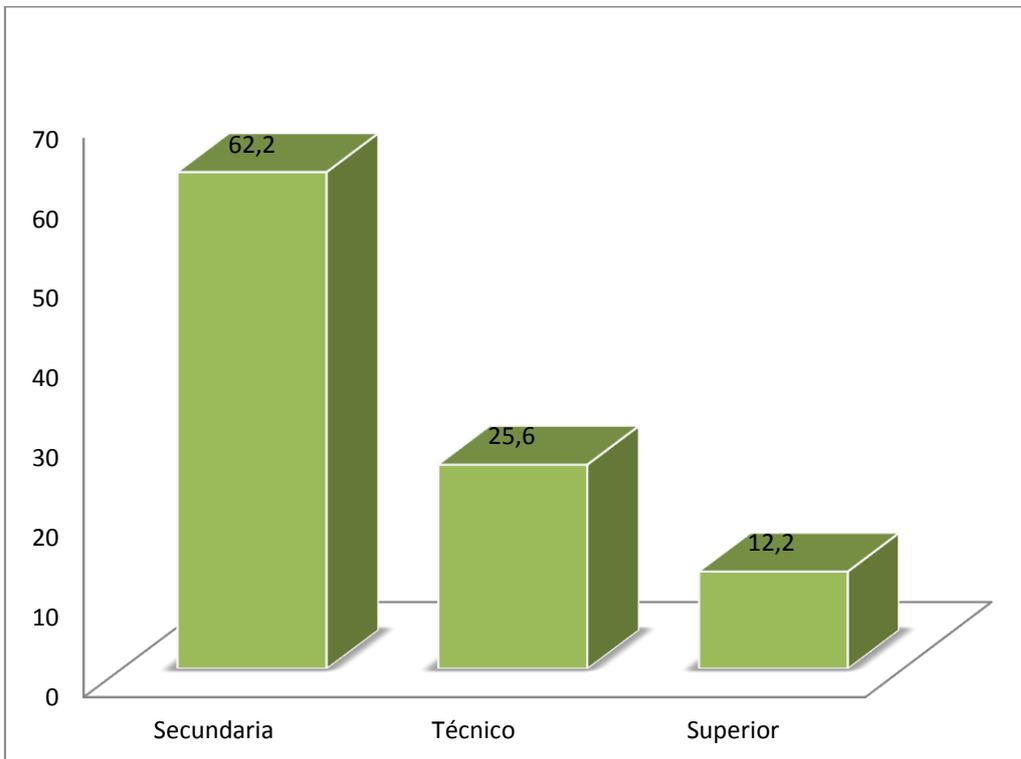


TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN SU ESTADO CIVIL

Estado Civil	N°	%
Casada	23	28.0
Conviviente	40	48.8
Soltera	19	23.2
Total	82	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra el estado civil de las madres, apreciándose que el mayor porcentaje de ellas (48.8%) eran convivientes, mientras que el menor porcentaje correspondió a las solteras (23.2%).

GRAFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN SU ESTADO CIVIL

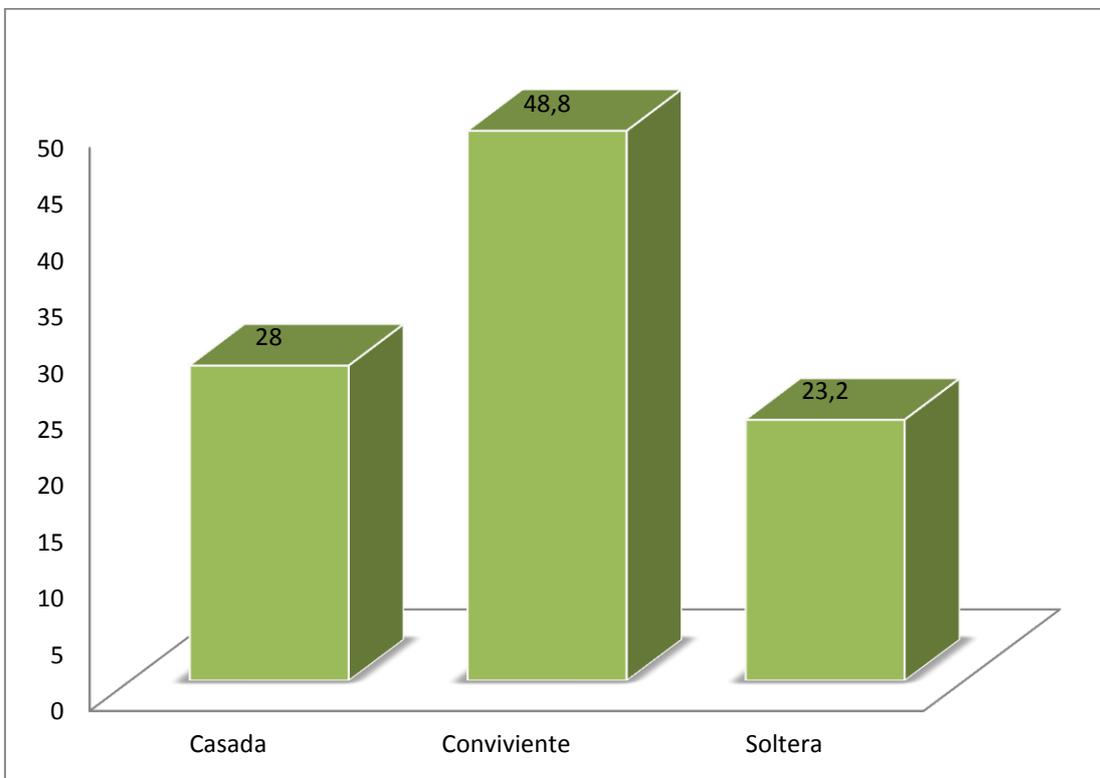


TABLA N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE LAS MADRES

Nivel de Conocimiento	N°	%
Malo	3	3.7
Regular	22	26.8
Bueno	57	69.5
Total	82	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra el nivel de conocimiento sobre salud oral obtenido por las madres motivo de estudio, apreciándose que en la mayoría de ellas (69.5%) llegó a un nivel considerado como bueno, en tanto el menor porcentaje (3.7%) obtuvo un nivel catalogado como malo.

GRAFICO N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE LAS MADRES

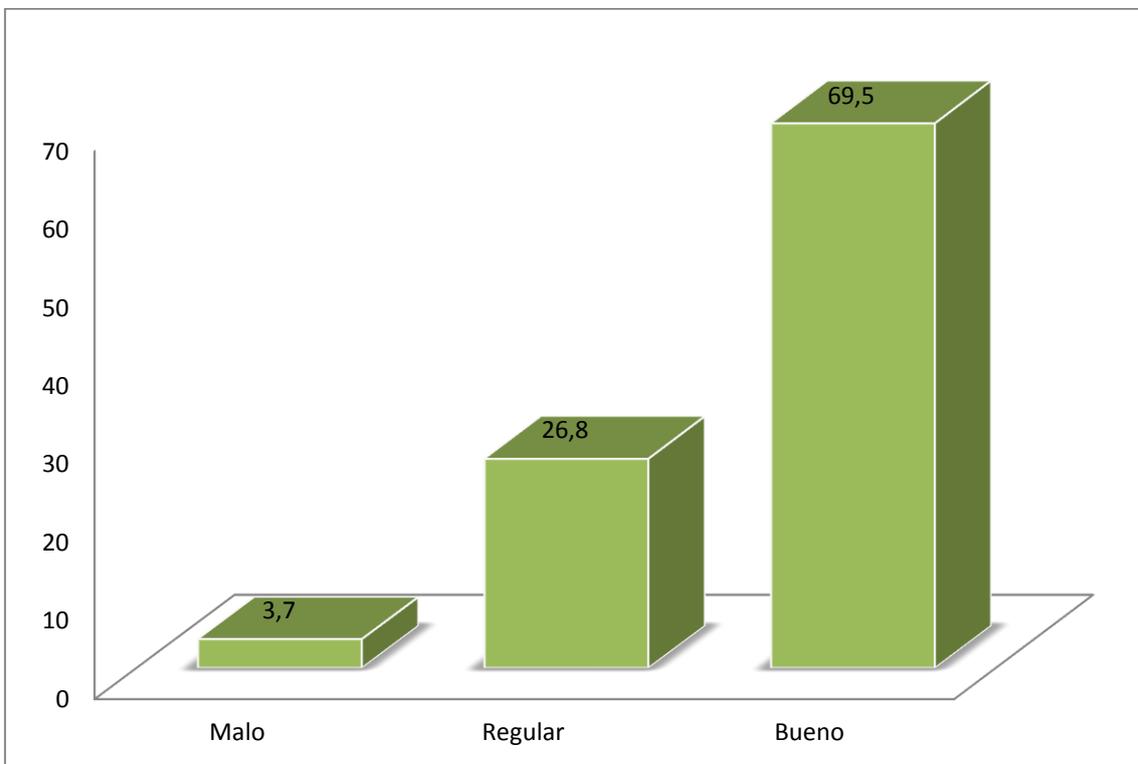


TABLA N° 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SU EDAD

Edad	N°	%
3 años	33	40.2
4 años	33	40.2
5 años	16	19.5
Total	82	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que el mayor porcentaje de niños examinados tenían 3 años (40.2%) y 4 años (40.2%), en tanto el menor porcentaje, correspondió a los de 5 años (19.5%).

GRAFICO N° 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SU EDAD

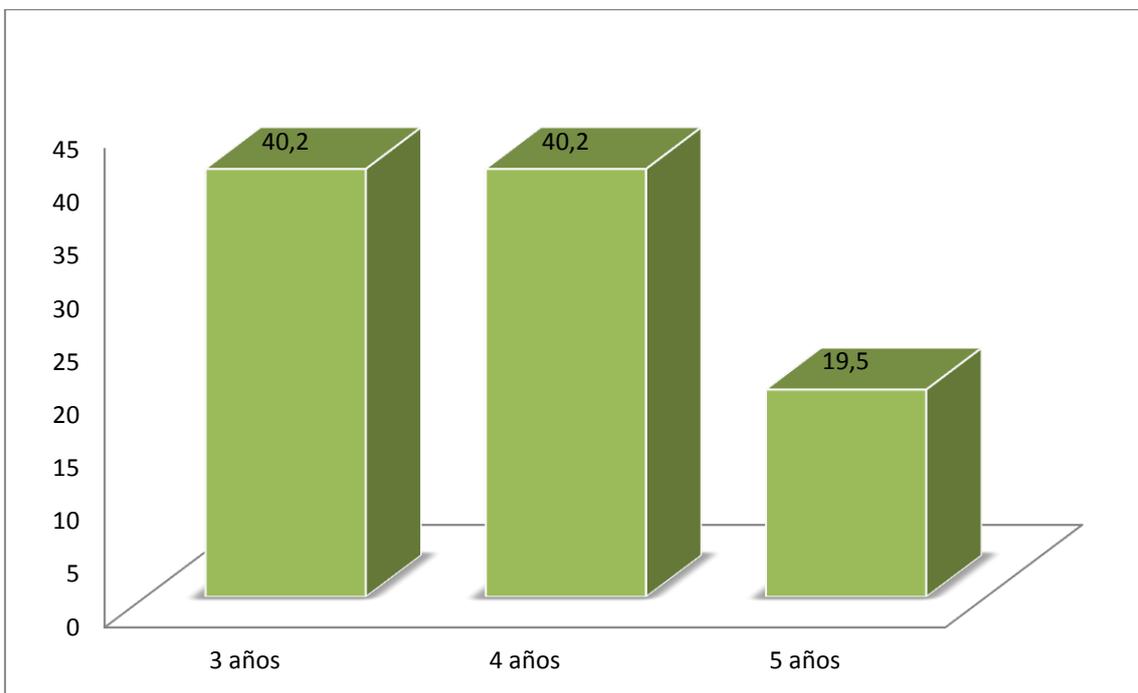


TABLA N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SU SEXO

Sexo	N°	%
Masculino	33	40.2
Femenino	49	59.8
Total	82	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos permite conocer el sexo de los niños motivo de estudio, apreciándose que la mayoría de ellos (59.8%) correspondieron al sexo femenino, mientras que el resto (40.2%) fueron del masculino.

GRAFICO N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SU SEXO

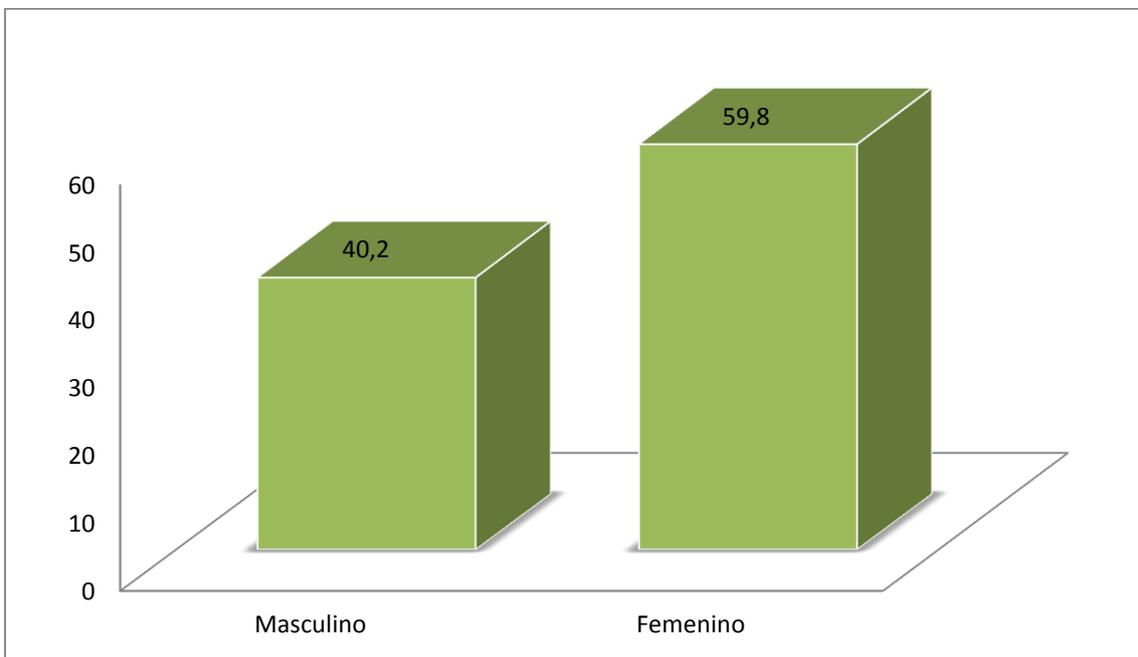


TABLA N° 7

ÍNDICE DE CARIES (ceod) DE LOS NIÑOS

VALORES	ÍNDICE DE CARIES			
	Cariadas	Extraídas	Obturadas	ceod
Media Aritmética	3.26	0.02	0.52	3.87
Desviación Estándar	3.12	0.22	1.10	3.23
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	13	2	5	14
TOTAL	82			

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra el índice de caries (ceod) de los niños motivo de investigación, observándose que alcanzaron un promedio de 3.87, valor que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) corresponde a un riesgo moderado de caries. Además es interesante el hecho de que hubieron niños que no evidenciaron caries y también se apreció niños que llegaron a tener 14 piezas con historia de caries.

Respecto a los componentes del índice de ceod, se puede apreciar que el de cariadas aporta mayor valor (3.26) respecto a los otros dos (obturados con 0.52 y extraídas con 0.02)

GRAFICO N° 7

ÍNDICE DE CARIES (ceod) DE LOS NIÑOS

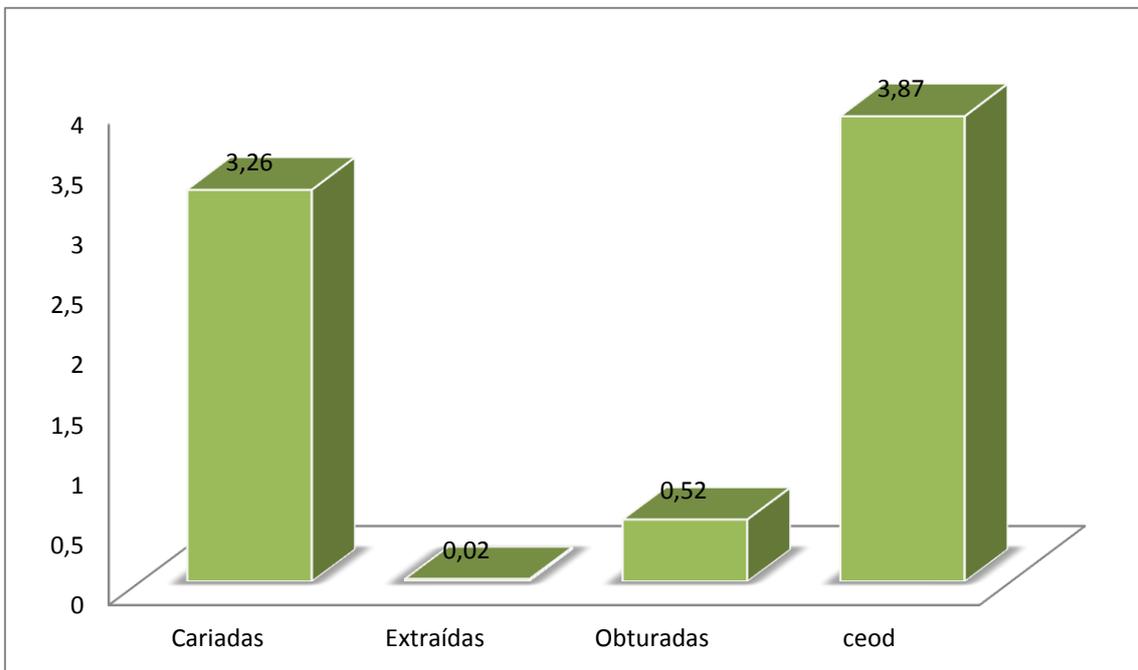


TABLA N° 8

RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LA MADRE Y SU NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL

Edad	Nivel de Conocimiento						Total	
	Malo		Regular		Bueno			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
21 a 29 años	1	2.6	13	33.3	25	64.1	39	100.0
30 a 39 años	0	0.0	9	26.5	25	73.5	34	100.0
40 a más	2	22.2	0	0.0	7	77.8	9	100.0
Total	3	3.7	22	26.8	57	69.5	82	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.010 (P < 0.05) S.S.

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que las madres cuyas edades oscilaban entre los 21 a 29 años, el 64.1% de ellas tuvieron un nivel de conocimiento sobre salud oral catalogado como bueno; este porcentaje se incrementa hasta 73.5% en las madres entre los 30 a 39 años y sigue aumentando hasta llegar a un 77.8% en las de 40 años a más.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas son significativas, es decir, hay relación entre las variables, puesto que mientras mayor sea la edad de la madre, mejor será su nivel de conocimiento sobre salud oral.

GRAFICO N° 8

RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LA MADRE Y SU NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL

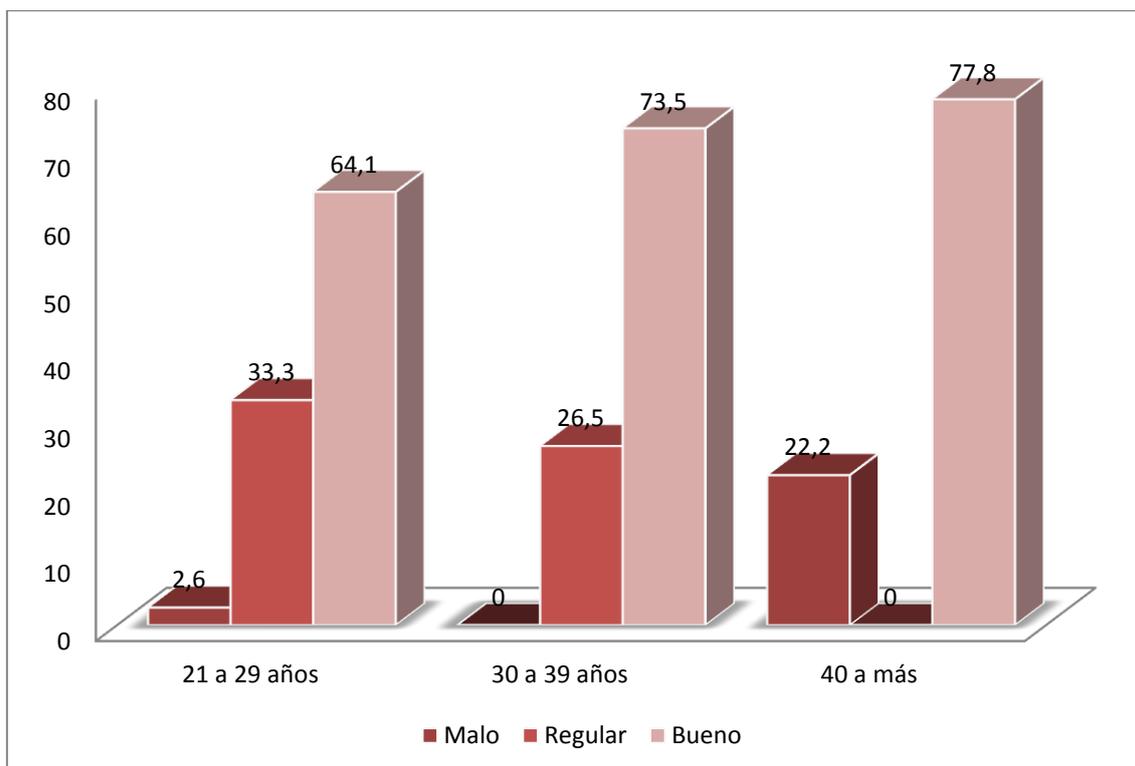


TABLA N° 9

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE Y SU NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL

Grado de Instrucción	Nivel de Conocimiento						Total	
	Malo		Regular		Bueno		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Secundaria	2	3.9	15	29.4	34	66.7	51	100.0
Técnico	0	0.0	5	23.8	16	76.2	21	100.0
Superior	1	10.0	2	20.0	7	70.0	10	100.0
Total	3	3.7	22	26.8	57	69.5	82	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.655$ ($P \geq 0.05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que las madres con un nivel de instrucción secundaria, en su mayoría (66.7%) alcanzó un nivel de conocimiento sobre salud oral considera como bueno; situación similar se observa en las madres con grado de instrucción técnica (76.2%) y superior (70.0%).

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir no hay relación entre el grado de instrucción de la madre y su nivel de conocimiento sobre salud oral.

GRAFICO N° 9

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE Y SU NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL

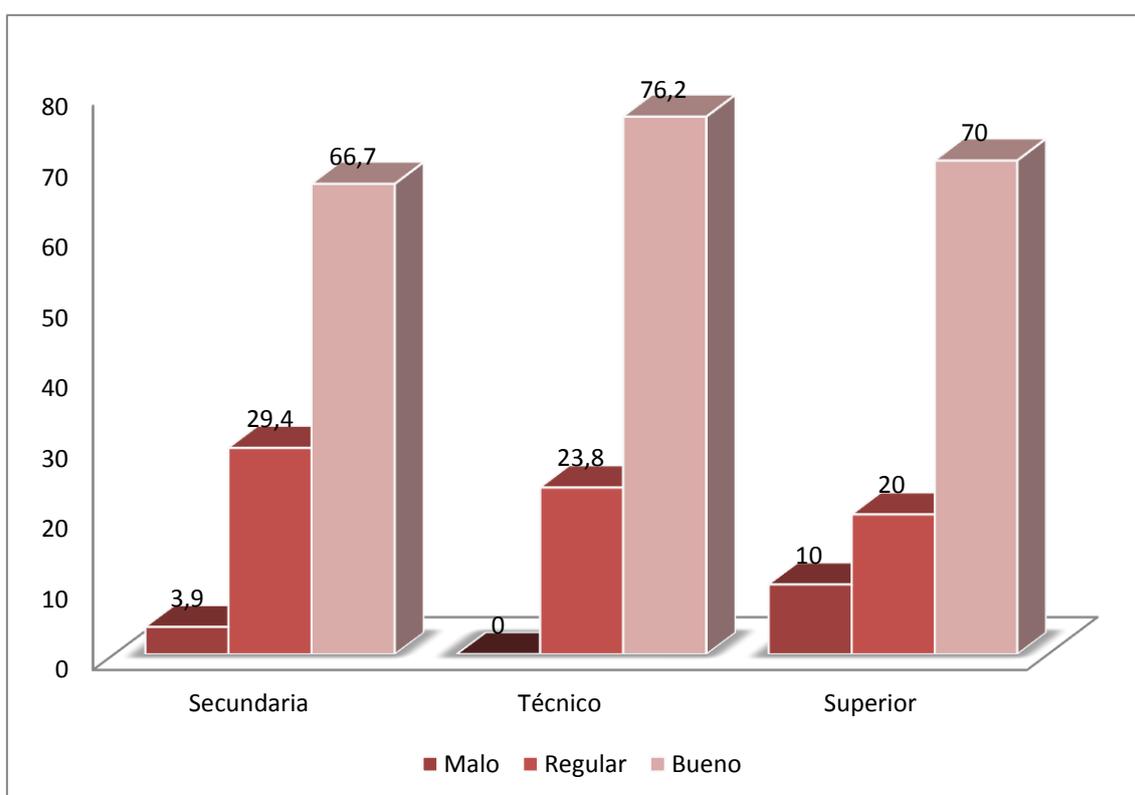


TABLA N° 10

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL DE LA MADRE Y SU NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL

Estado Civil	Nivel de Conocimiento						Total	
	Malo		Regular		Bueno		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Casada	1	4.3	3	13.0	19	82.6	23	100.0
Conviviente	2	5.0	11	27.5	27	67.5	40	100.0
Soltera	0	0.0	8	42.1	11	57.9	19	100.0
Total	3	3.7	22	26.8	57	69.5	82	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.039 (P < 0.05) S.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que el 82.6% de las madres que indicaron ser casadas lograron un nivel de conocimiento sobre salud oral bueno; lo mismo ocurre con el 67.5% de las que indicaron ser convivientes y el 57.9% de las solteras.

Según la prueba estadística, existen diferencias significativas entre los valores encontrados, es decir, hay relación entre las variables, puesto que las casadas son las que sobresalen, respecto a las demás, en su nivel de conocimiento sobre salud oral.

GRAFICA N° 10

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL DE LA MADRE Y SU NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL

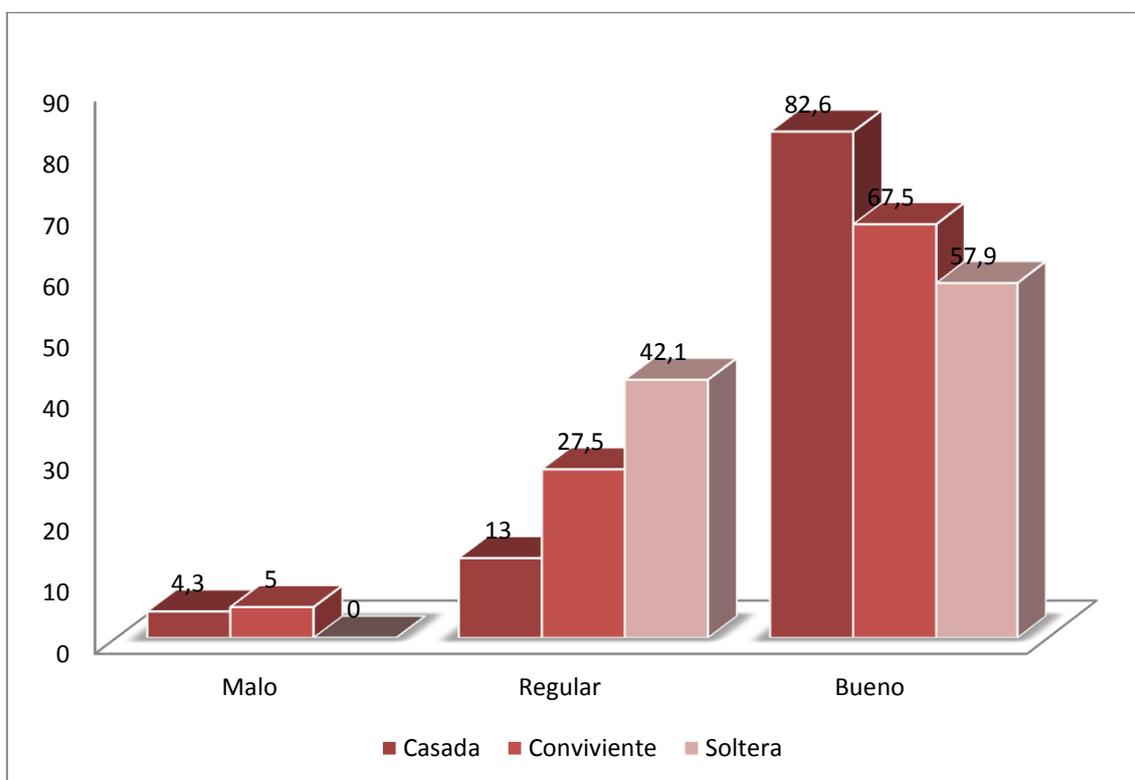


TABLA N° 11

RELACIÓN ENTRE LA EDAD DEL NIÑO Y SU ÍNDICE DE CARIES (ceod)

ceod	Edad		
	3 años	4 años	5 años
Media Aritmética (Promedio)	4.52	3.52	3.25
Desviación Estándar	3.99	2.78	2.04
Valor Mínimo	0	0	0
Valor Maximo	14	12	6
Total	33	33	16

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.320$ ($P \geq 0.05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que los niños de 3 años presentaron un índice de caries (ceod) promedio de 4.52, en tanto los de 4 años su promedio fue de 3.52 y finalmente en los de 5 años este valor alcanzó a 3.25.

Según la prueba estadística, estas diferencias no son significativas estadísticamente, es decir, no hay relación entre la edad del niño y su índice de caries (ceod).

GRAFICO N° 11

RELACIÓN ENTRE LA EDAD DEL NIÑO Y SU ÍNDICE DE CARIES (ceod)

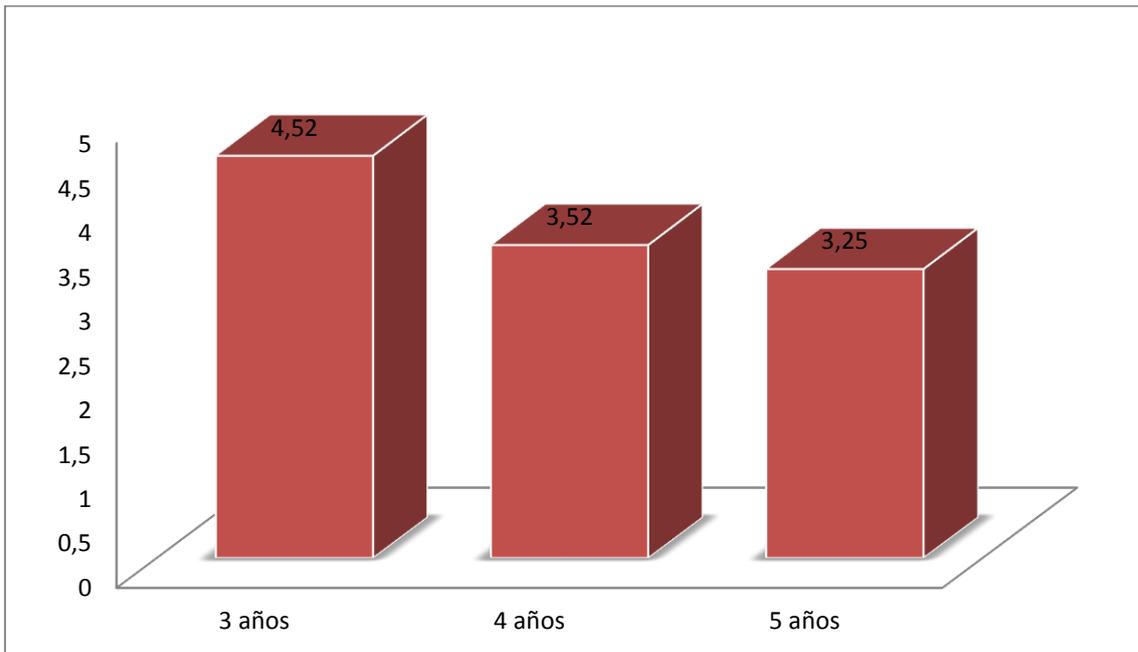


TABLA N° 12

RELACIÓN ENTRE EL SEXO DEL NIÑO Y SU ÍNDICE DE CARIES (ceod)

ceod	Sexo	
	Masculino	Femenino
Media Aritmética (Promedio)	3.88	3.86
Desviación Estándar	3.74	2.88
Valor Mínimo	0	0
Valor Maximo	14	11
Total	33	49

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.976$ ($P \geq 0.05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que los niños del sexo masculino tuvieron un índice de caries (ceod) promedio de 3.88, mientras que las mujeres llegaron a un valor de 3.86.

Según la prueba estadística, estas diferencias no son significativas estadísticamente, es decir, no hay relación entre el sexo del niño y su índice de caries (ceod).

GRAFICO N° 12

RELACIÓN ENTRE EL SEXO DEL NIÑO Y SU ÍNDICE DE CARIES (ceod)

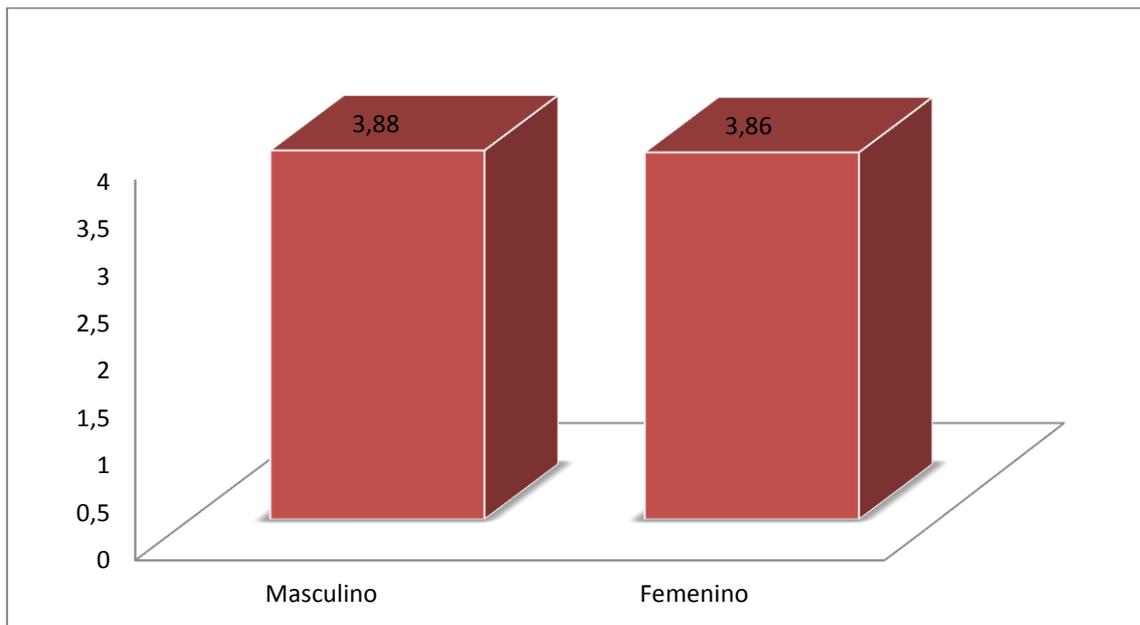


TABLA N° 13

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE LAS MADRES Y EL ÍNDICE DE CARIES (ceod) DE SUS HIJOS

ceod	Nivel de Conocimiento		
	Malo	Regular	Bueno
Media Aritmética (Promedio)	3.33	4.23	3.75
Desviación Estándar	1.15	3.26	3.31
Valor Mínimo	2	0	0
Valor Maximo	4	12	14
Total	3	22	57

Fuente: Matriz de datos

P = 0.813 (P ≥ 0.05) N.S.

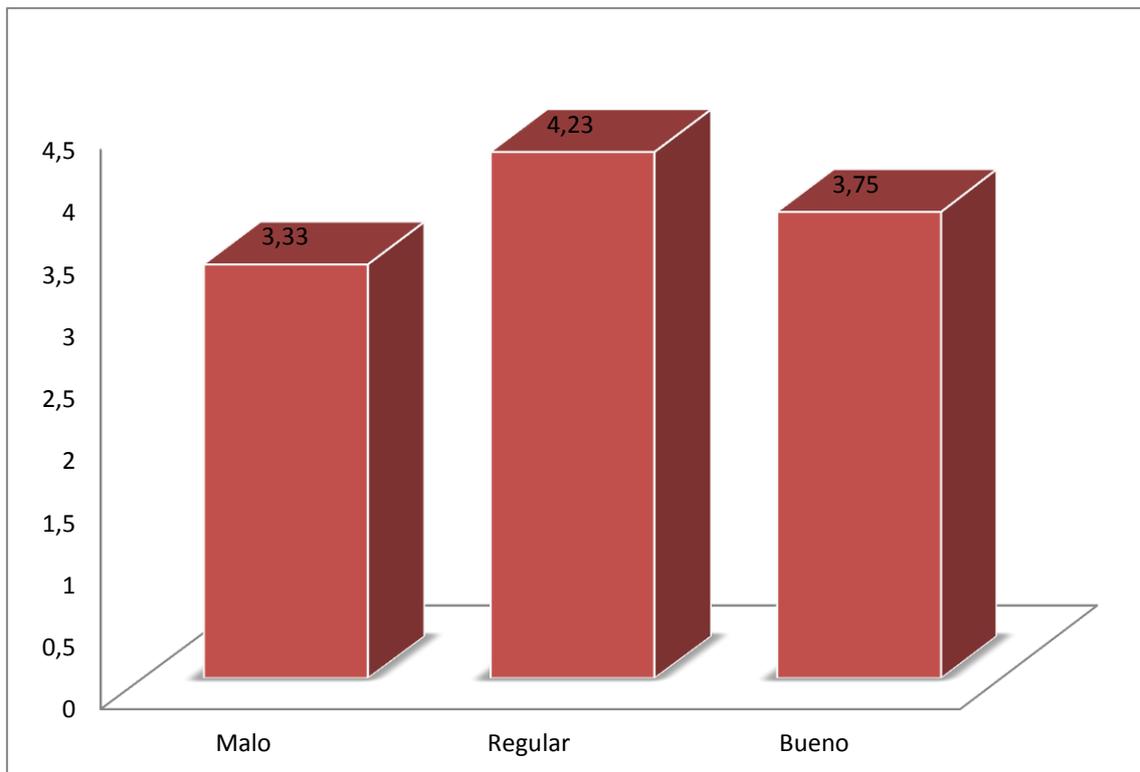
INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos permite evidenciar que las madres que obtuvieron un nivel de conocimiento sobre salud oral, sus hijos presentaron un índice de caries (ceod) promedio de 3.33, las que llegaron a un nivel regular, sus hijos tenían un promedio de 4.23 y, finalmente, las madres con un nivel bueno, sus hijos alcanzaron un promedio de 3.75 piezas con historia de caries.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir el nivel de conocimiento de las madres no influyen en el índice de caries (ceod) de sus hijos.

GRAFICO N° 13

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL
DE LAS MADRES Y EL ÍNDICE DE CARIES (ceod) DE SUS HIJOS**



2. DISCUSIÓN

La presente investigación mostró que el nivel de conocimiento sobre Salud oral de las madres de familia fue, en la mayoría de ellas (69.5%), bueno, en tanto el menor porcentaje (3.7%) obtuvo un nivel catalogado como malo. Este resultado coincide con el trabajo titulado “Conocimiento de madres de niños de hasta 71 meses de 3 comunas de bajos ingresos de la RM, en Factores de Riesgo de Caries Temprana de la Infancia según Factores Sociodemográficos y Acceso a Educación en Salud Oral”, realizada por Consuelo Alejandra, Peña Duran, que determinó que un 63,7% de las madres alcanzó un nivel de conocimiento suficiente respecto a los temas Hábitos de Alimentación, Hábitos de Higiene y Visitas al Odontólogo. Sin embargo, no hay coincidencia con el trabajo de Muñoz Luna Victoria, Estefania, titulado “Asociación de la caries dental con el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres/madres de niños de 3 a 7 años de edad en una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte. 2006”, donde evidenciaron que nivel de conocimiento de los padres/madres en mayor porcentaje (65.57%), obtuvo un nivel de conocimiento bajo.

El índice de caries encontrado en los niños de 3 a 5 años motivo de estudio fue de 3.87, considerado como un riesgo moderado según la Organización Mundial de la Salud. Este valor es similar al encontrado en el trabajo de Benavente Lipa, Lourdes A; Chein Villacampa, Sylvia A, titulada Nivel De “Conocimientos En Salud Bucal De Las Madres Y Su Relación Con El Estado De Salud Bucal Del Niño Menor De Cinco Años De Edad” ,encontrando que los niños presentaron un Índice de Caries Moderado 3.0 , así como un Índice Higiene Bucal de 1.9 considerado como malo.

El nivel de conocimiento de las madres no tuvo relación estadísticamente significativa con el índice de caries de los niños de 3 a 5 años motivo de investigación. Este resultado coincide con el hallazgo de Muñoz Luna Victoria en su investigación titulada “Asociación de la caries dental con el

nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres/madres de niños de 3 a 7 años de edad en una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte. 2006” donde no encontró asociación significativa estadísticamente entre el nivel de conocimiento de los padres/madres, y la aparición de caries dental en sus hijos.

Así mismo, en la investigación titulada “Nivel De Conocimientos En Salud Bucal De Las Madres Y Su Relación Con El Estado De Salud Bucal Del Niño Menor De Cinco Años De Edad” , llevada a cabo por Benavente Lipa, Lourdes A; Chein Villacampa, Sylvia A; Campodónico Reátegui, Carlos H, no halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

El nivel de conocimiento sobre salud oral de las madres fue, en la mayoría de ellas (69.5%), considerado como bueno, mientras que en el menor porcentaje de ellas (3.7%) fue malo.

SEGUNDA:

El índice de caries (ceod) hallado en los niños de 3 a 5 años fue de 3.87, lo cual implica, según la Organización Mundial de la Salud, un riesgo moderado de caries.

TERCERA:

No se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud oral de las madres y el índice de caries de sus hijos, por tanto la hipótesis planteada se rechaza.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Se recomienda realizar talleres dirigidos a los padres, en los cuales se refuerce el conocimiento sobre prevención para la salud oral y así mismo incentivar las acciones preventivas creando hábitos saludables para el cuidado bucodental de sus hijos.

SEGUNDA:

Se recomienda que las Instituciones Educativas estén dispuestas a acoger en sus instalaciones al personal de salud que esté capacitado para brindar charlas y realizar campañas preventivas, así como servicio de atención para disminuir la incidencia de enfermedades comunes a temprana edad.

TERCERA:

Se recomienda realizar un estudio similar al presente a nivel local para evaluar el conocimiento de las madres sobre salud oral y relacionarlo con las actitudes que ellas imparten a sus hijos en base al conocimiento adquirido.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Anticonahuaynate, Cynthia Fiorella. Nivel de Conocimiento y actitud sobre caries de la primera infancia de los médicos pediatras del Instituto Especializado de Salud del Niño. Perú. 2006
2. Benavente Lipa, Lourdes A; Chein Villacampa, Sylvia A; Campodónico Reátegui, Carlos H. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Perú. 2012
3. Bueno Rafael, Luis Moisés. Caries De Aparición Temprana, Diagnóstico, Prevención Y Tratamiento. Perú. 2008
4. Carranza Quiroz, Andrea Heller. Relación Entre Conocimientos Y Actitudes De Los Padres Sobre La Caries Dental Y Sus Factores De Riesgo Con La Historia De Caries Dental De Sus Hijos De 6 A 12 Años. Perú. 2011
5. Castillo Cevallos, Jorge Luis. Manejo preventivo de caries de aparición temprana. Perú. 2006
6. Cesetti, Dricas; Mayocchi. Caries de Biberón. Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para niños. Argentina. 2000
7. Clemente Romero, Carola. Prevalencia De Caries De Infancia Temprana Según El Método Icdas II Y Su Relación Con Los Factores De Riesgo Asociados En Infantes De 6 A 36 Meses. Perú. 2015
8. Clínica Prop Dental. Caries en los dientes de leche. España. 2015
9. Contreras Vasquez, Nancy; Vargas Machuca, Mónica Valdivieso; Cabello Morales, Emilio. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. Perú. 2008
10. Cuenca Sala, Emili; Baca Garcia, Pilar. Odontología Preventiva y comunitaria. España- Barcelona. 2005
11. Dagogliano Castellani, G; Jacquet Toledo, N L. Conocimiento De Los Padres Sobre La Importancia De Los Dientes Temporales Y Prevención De Caries Dental En Dos Escuelas De Asunción. Paraguay. 2015

12. Delgado Llancari , Roxana. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna – Huancavelica. Perú.2012
13. De la Cruz Rubianes, Elvira; VangelistaRodriguez, Jocelyn; Gil Mori, Leslie. Determinación del riesgo estomatológico en niños de 5 a 12 años que acuden a la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la UNMSM en el año. Perú.2008
14. Díaz Pizan, María Elene; Encinas de la Cuba, Mónica. Caries de Infancia Temprana- Una nueva clasificación de Caries Dental en infantes. Visión Dental Revista Estomatológica Peruana. Perú.2003
15. Flores Chapa, Adriana. Nivel De Conocimiento De Los Padres Sobre Los Productos De Higiene Oral Para Sus Hijos. Perú. 2011
16. González Martínez, Farith; Sierra Barrio, Carmen Cecilia; Morales Salinas, Luz Edilma. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia.2010
17. Gonzales, E; Pérez-Hinojosa; Alarcón, J.A.; Peñalver, M.A. Conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre caries de aparición temprana. España.2013
18. Harris, Norman O; García Godoy, Franklin. Odontología Preventiva Primaria. Mexico.2005
19. Higashida Hirose , Bertha Yoshiko. Odontología Preventiva. Mexico.2014
20. Hormigot Baños, Leandra; Reyes Romagosa, Daniel Enrique; González García, Ana María. Estudio descriptivo transversal sobre promoción de salud bucal y nivel de conocimientos de caries dental en niños de 11-12 años. Cuba.2013
21. Lamas Oliveira, M; Gil Gonzales, F.J. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. Profesión Dental. Madrid. 1999
22. Mc Donald, R. Odontología Pediátrica y del adolescente. Editorial Panamericana 5ª Edición. Perú.1995.

23. Melgar R. Prevalencia de caries de la infancia temprana según determinantes sociodemográficos, conductuales, nutricionales y relacionados a la transmisión temprana de microorganismos en un grupo de infantes del comité zonal de salud de Túpac Amaru distrito de Independencia, Lima-Perú. 1998
24. Mendes Goncalves, Doris Dina; Caricote Lovera, Nancy. Prevalencia de Caries Dental en Escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela. 2002-2003
25. Mendoza Tijerina, Jaime; Serrano Romero, Alma; Galindo Lartigue, Carlos. Eficacia de las medidas preventivas para la caries dental. 1999
26. Ministerio De Salud. Guía Clínica Atención Primaria Del Preescolar De 2 A 5 Años. Chile. 2009
27. Ministerio de salud de la Nación. Indicadores Epidemiológicos de caries dental. Ciudad autónoma de Buenos Aires. Argentina. 2013
28. Montero Díaz, Kattia Vanessa. Caries De Aparición Temprana. Perú. 2008
29. Morales Tello, Karla Rosalba; Álvarez Santizo, María José. Caries de la Temprana Infancia (CTI). Caries de la Temprana Infancia Severa (CTIS). Guatemala. 2011.
30. Muñoz Luna Victoria, Estefania. Asociación de la caries dental con el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres/madres de niños de 3 a 7 años de edad en una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte. Perú. 2006
31. Nolasco Guerra, Karla Milena. Nivel De Conocimiento Sobre Prevención En Salud Bucal En Docentes De La I.E 88037 Antenor Sánchez, Del Distrito De Chimbote, De La Provincia Del Santa, Región Ancash. Perú. 2010
32. Oliveira, Gi, Gonzáles. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo. Profsdent. Perú. 1999
33. Oropeza Oropeza, Anastasio; Molina Frechero, Nelly; Castañeda Castaneira, Enrique. Caries dental en primeros molares permanentes de escolares de la delegación Tláhuac. Mexico. 2011

34. Palma, Camila. Sociedad Española de Odontopediatría. España. 2013
35. Peña Durán, Consuelo Alejandra. Conocimiento de madres de niños de hasta 71 meses de 3 comunas de bajos ingresos de la RM, en Factores de Riesgo de Caries Temprana de la Infancia según Factores Sociodemográficos y Acceso a Educación en Salud Oral. Chile. 2014
36. Pinilla Domínguez, Jaime. La economía de los servicios de atención bucodental en España. 2008
37. Regalado Bedoya, Luis Alberto. Nivel De Conocimiento De Pediatras Y Padres De Familia Sobre La Caries Dental De La Infancia Temprana En El Hospital Carlos Andrade Marín Y El Centro De Educación Inicial República De Guatemala. 2016
38. Rubio C. Jesús Miguel, Teresa Robledo de Dios, et. Al. Revista Española de Salud Pública. Criterios Mínimos de los estudios epidemiológicos de Salud Dental en Escolares. España. 1999.
39. Salud Bucal del Preescolar y Escolar. Primera Edición. Mexico. 2011
40. Sepúlveda R, Rosa. Conocimiento de madres de niños de hasta 71 meses de 3 comunas de bajos ingresos de la RM, en Factores de Riesgo de Caries Temprana de la Infancia según Factores Sociodemográficos y Acceso a Educación en Salud Oral. Chile. 2014
41. Sosa Rosales, Maritza De la Caridad. Promoción DE LA Salud Bucodental y Prevención de Enfermedades. Cuba. 2004
42. Sosa Rosales M, Salas Adam MR. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En: Guías prácticas de estomatología. La Habana: Ciencias Médicas. Cuba. 2003
43. Sotomayor J, Reyes S; Ochoa J, Mallma A; Correa E, Arieta J y cols. Nivel de conocimiento en prevención de salud bucal en gestantes que se atienden en dos hospitales nacionales peruanos. Odontología. Sanmarquina. Perú. 2012

ANEXOS

Anexo N° 1

Instrumentos De Recolección De Datos

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA SALUD ORAL

DATOS DE LA MADRE O APODERADO:

Nombre y Apellido: _____

Edad: _____ Grado de Instrucción: _____ Profesión: _____

Distrito: _____ Estado civil: _____

DATOS DEL NIÑO:

Nombre y Apellido: _____ Edad: _____

Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marque con una equis (X) dentro del paréntesis

1. ¿Cuándo erupcionan los dientes definitivos?

a) Entre los seis y siete años b) A los nueve años c) Entre los diez y once años d) No lo sabían

2. ¿Son importantes los dientes temporales?

a) Si b) No

Porque: a) Relación con los permanentes b) Estética c) Higiene d) Masticación e) Salud

3. ¿Es importante llevar a su hijo al odontólogo cada seis meses?

a) Si b) No

Porque: _____

4. ¿Cada cuánto tiempo cambia el cepillo dental de sus hijos?

a) Un mes b) tres meses c) seis meses d) nunca

5. ¿Cómo se previene la caries dental?

a) Cepillado dental b) Cepillándose e ir al odontólogo c) Ir al odontólogo d) cepillándose y uso de seda dental

6. Es importante el uso de la seda dental y el enjuague bucal por sus hijos

a) Si b) No

7. ¿Con que cepilla los dientes a su niño para prevenir la caries dental?

a) Cepillándose solo con agua b) Cepillándose con bicarbonato de sodio c) Cepillándose con agua oxigenada d) Pasta dental

8. ¿Por qué se produce la caries dental?

a) Mal Cepillado b) Mala alimentación/Comer dulces c) Infecciones/Enfermedades d) A y b

9- ¿Cuándo aparecen los dientes a los niños/as?

a) Desde el nacimiento b) Durante el primer año c) Después del primer año d) No sabe

10. ¿Cuándo se debe usar el cepillo y realizar la higiene de la boca del niño/a?

a) Desde que aparecen los dientes b) Desde el nacimiento c) Desde el primer año d) Otro

11. ¿Supervisa el cepillado de sus hijos? a) Si b) No

12. ¿Ud. cree que la caries dental es hereditaria? a) Si b) No

13. ¿Es importante cepillar a su hijo después de cada comida?

a) Si b) No

14. ¿Esta mañana el niño/ a salió de la casa con los dientes cepillados?

a) Si b) No

15. ¿Ayuda en el cepillado de los dientes? a) Nunca b) Todos los días c) Una vez por semana d) Más de una vez por semana e) Una vez al día

16. ¿Si su niño tiene dolor en un diente que realiza?

a. Toma medicamento b. Acude al odontólogo c. Se realiza remedios caseros
d. Todas las anteriores

17. ¿Reconoce cómo se ve una lesión de caries? ¿Qué aspecto tiene?

a) Negro o café b) Hueco c) Amarillo d) No sabe

18. ¿Le han informado cómo cuidar los dientes del niño/a? ¿Quién?

a) Odontólogo b) Médico/enfermera c) Guardería/jardín d) Nunca

19. ¿Sabe cuál es el objetivo de los selladores y flúor?

20. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de azúcar en su hijo?

a) Una vez al día b) Dos veces al día c) Tres veces al día d) Más de tres veces
e) Casi nunca

FICHA ODONTOLÓGICA

NOMBRE:

EDAD: (años y meses)

FECHA:

ODONTOGRAMA

The dental chart template consists of a central vertical line. Above and below this line are three horizontal rows of empty boxes for recording data. The central part of the chart features two rows of tooth diagrams. The upper row is labeled with numbers 10, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 on the left and 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 on the right. The lower row is labeled with numbers 55, 54, 53, 52, 51 on the left and 61, 62, 63, 64, 65 on the right. Below these, there are two more rows of tooth diagrams. The first row below is labeled with numbers 65, 64, 63, 62, 61 on the left and 71, 72, 73, 74, 75 on the right. The second row below is labeled with numbers 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 on the left and 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 on the right. At the bottom of the chart, there is a line labeled 'ESPECIFICACIONES:' followed by a blank space for notes.

RESULTADO:

CEOD = =

CEOD: Valores

- 0 - 1.1 Muy Bajo
- 1.2 - 2.6 Bajo
- 2.7 - 4.4 Moderado
- 4.5 - 6.5 Alto
- 6.6 y + Muy Alto

Anexo N° 2

Matriz de Datos

Madre	Edad	Grado de Instrucción	Estado Civil	Nivel de conocimientos
1	38	Secundaria	Conviviente	Bueno
2	30	Técnico	Casada	Bueno
3	25	Secundaria	Conviviente	Regular
4	26	Técnico	Soltera	Bueno
5	30	Secundaria	Soltera	Regular
6	40	Secundaria	Conviviente	Bueno
7	25	Secundaria	Soltera	Bueno
8	39	Secundaria	Casada	Bueno
9	31	Superior	Soltera	Regular
10	31	Secundaria	Casada	Bueno
11	29	Secundaria	Conviviente	Bueno
12	26	Secundaria	Conviviente	Regular
13	28	Secundaria	Conviviente	Bueno
14	25	Secundaria	Soltera	Bueno
15	24	Secundaria	Conviviente	Bueno
16	35	Superior	Conviviente	Bueno
17	29	Secundaria	Casada	Bueno
18	28	Superior	Conviviente	Bueno
19	23	Secundaria	Soltera	Regular
20	56	Técnico	Conviviente	Bueno
21	25	Secundaria	Conviviente	Bueno
22	31	Secundaria	Casada	Bueno
23	36	Técnico	Soltera	Bueno
24	29	Secundaria	Conviviente	Bueno
25	39	Superior	Soltera	Bueno
26	34	Técnico	Casada	Bueno
27	34	Secundaria	Casada	Bueno
28	40	Secundaria	Conviviente	Bueno
29	26	Secundaria	Soltera	Bueno

30	46	Secundaria	Casada	Bueno
31	24	Técnico	Conviviente	Bueno
32	35	Secundaria	Casada	Bueno
33	25	Secundaria	Soltera	Bueno
34	35	Secundaria	Conviviente	Bueno
35	21	Secundaria	Conviviente	Bueno
36	27	Secundaria	Conviviente	Bueno
37	44	Superior	Soltera	Bueno
38	32	Superior	Casada	Bueno
39	34	Técnico	Casada	Bueno
40	31	Secundaria	Conviviente	Regular
41	27	Secundaria	Conviviente	Bueno
42	31	Secundaria	Casada	Bueno
43	33	Secundaria	Casada	Bueno
44	24	Técnico	Soltera	Bueno
45	38	Secundaria	Casada	Regular
46	21	Secundaria	Conviviente	Bueno
47	28	Técnico	Conviviente	Bueno
48	33	Secundaria	Conviviente	Bueno
49	34	Secundaria	Conviviente	Bueno
50	37	Técnico	Casada	Bueno
51	24	Secundaria	Conviviente	Regular
52	23	Técnico	Soltera	Regular
53	29	Secundaria	Conviviente	Regular
54	30	Secundaria	Casada	Bueno
55	28	Secundaria	Conviviente	Malo
56	25	Técnico	Conviviente	Regular
57	53	Secundaria	Casada	Malo
58	40	Técnico	Conviviente	Bueno
59	30	Secundaria	Conviviente	Bueno
60	27	Secundaria	Conviviente	Regular
61	42	Superior	Conviviente	Malo
62	25	Secundaria	Conviviente	Bueno
63	35	Técnico	Conviviente	Regular
64	25	Secundaria	Soltera	Regular

65	36	Secundaria	Conviviente	Bueno
66	35	Secundaria	Soltera	Regular
67	40	Secundaria	Casada	Bueno
68	30	Secundaria	Soltera	Regular
69	25	Técnico	Soltera	Bueno
70	34	Técnico	Casada	Bueno
71	31	Superior	Casada	Regular
72	29	Técnico	Soltera	Bueno
73	31	Superior	Casada	Bueno
74	28	Técnico	Casada	Regular
75	28	Secundaria	Casada	Bueno
76	36	Superior	Conviviente	Bueno
77	21	Secundaria	Conviviente	Regular
78	23	Secundaria	Soltera	Regular
79	25	Técnico	Conviviente	Bueno
80	27	Técnico	Conviviente	Regular
81	28	Técnico	Conviviente	Bueno
82	33	Secundaria	Conviviente	Regular

NIÑO	CEOD	CARIADO S	EXTRAIDO S	OBTURADO S	EDAD	SEXO
1	2	2	0	0	3	F
2	2	2	0	0	3	F
3	3	3	0	0	3	F
4	0	0	0	0	0	F
5	6	6	0	0	3	F
6	0	0	0	0	3	F
7	4	0	0	4	3	M
8	4	4	0	0	3	F
9	0	0	0	0	3	F
10	5	5	0	0	3	F
11	10	10	0	0	3	F
12	10	10	0	0	0	F

13	14	8	2	4	3	M
14	4	4	0	0	3	M
15	13	13	0	0	3	M
16	0	0	0	0	3	F
17	3	3	0	0	3	F
18	1	1	0	0	3	F
19	4	4	0	0	4	F
20	5	5	0	0	3	M
21	8	8	0	0	3	F
22	8	8	0	0	3	F
23	3	3	0	0	3	F
24	5	5	0	0	4	F
25	1	1	0	0	3	M
26	5	3	0	2	4	F
27	2	0	0	2	4	F
28	5	0	0	5	3	F
29	5	0	0	0	3	F
30	11	11	0	0	3	M
31	0	0	0	0	3	M
32	0	0	0	0	4	M
33	0	0	0	0	3	F
34	6	6	0	0	3	M
35	2	2	0	0	4	M
36	2	2	0	0	3	F
37	2	2	0	0	3	F
38	10	9	0	1	3	F
39	2	2	0	0	3	M
40	12	10	0	2	4	M
41	3	3	0	0	4	F
42	0	0	0	0	4	F
43	8	7	0	1	4	F
44	3	3	0	0	4	M
45	3	3	0	0	4	M
46	5	5	0	0	4	F
47	4	4	0	0	4	M

48	1	0	0	1	4	M
49	0	0	0	0	4	F
50	2	0	0	2	4	F
51	4	0	0	4	4	M
52	3	3	0	0	4	F
53	2	1	0	1	4	M
54	6	6	0	0	5	F
55	2	2	0	0	4	F
56	0	0	0	0	4	M
57	4	2	0	2	4	M
58	0	0	0	0	4	M
59	2	2	0	0	4	M
60	5	5	0	0	4	F
61	4	4	0	0	4	M
62	4	4	0	0	4	M
63	6	6	0	0	4	M
64	3	0	0	3	4	F
65	4	4	0	0	4	F
66	11	11	0	0	4	F
67	0	0	0	0	5	M
68	6	6	0	0	5	F
69	4	2	0	2	5	F
70	4	2	0	2	5	F
71	2	2	0	0	5	F
72	5	4	0	1	5	F
73	3	3	0	0	5	M
74	2	2	0	0	5	F
75	4	3	0	1	5	M
76	2	2	0	0	5	M
77	3	3	0	0	4	F
78	2	2	0	0	5	M
79	0	0	0	0	5	M
80	1	1	0	0	5	F
81	6	4	0	2	5	M
82	5	4	0	1	5	F

Anexo N° 3

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____ identificado con el DNI No _____ domiciliado(a) en _____ como madre y representante legal de _____, acepto que mi hijo(a), participe en el Programa de Prevención para la Salud Oral, organizado por la Srta. Carla Huaquipaco Galindo Bachiller de la escuela profesional de Estomatología, cuyo objetivo será estimular la conducta de prevención Oral hacia la madre y el niño, para ello es necesario el llenado del cuestionario.

Posterior a ello el procedimiento será el siguiente:

1. Al niño se le realizará un examen clínico dental
2. El examen es gratuito y se realizará en las instalaciones de dicha I.E
3. Durante el estudio no se suministrará ningún tipo de fármaco.
4. El examen será en beneficioso para cada niño ya que se realizara un perfil de riesgo de caries dental con el cual se puede tomar medidas preventivas.

Leído lo anterior, acepto la participación de mi menor hijo en el trabajo de investigación habiendo leído satisfactoriamente la información.

FIRMA Y NÚMERO DNI:

FIRMA de Bach.
Carla Huaquipaco Galindo

Anexo N° 4

Documentación Sustentadora

CONSTANCIA

La Directora Elizabeth Leda Galindo Escobedo, de la I.E Inicial Generalísimo San Martín, ubicado en la calle Brasil 201 en el Distrito de Mariano Melgar.

Hace constar que:

La señorita Carla Huaquipaco Galindo Bachiller de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Estomatología, realizó el Proyecto de Investigación sobre CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE SALUD ORAL Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE CARIES EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD, QUE ASISTEN A LA I.E INICIAL GENERALÍSIMO SAN MARTÍN DEL DISTRITO DE MARIANO MELGAR, AREQUIPA, 2016, durante los meses de Junio y Julio del presente año. Durante la permanencia en la elaboración de la investigación demostró dedicaciones, honestidad y responsabilidad en el interior de la Institución.

Se expide la presente solicitud a la parte interesada, para los fines que crea conveniente.

Arequipa, 01 de Agosto del 2016



Elizabeth Leda Galindo Escobedo
Elizabeth Leda Galindo Escobedo
DIRECTORA

Anexo N° 5

Secuencia Fotográfica

Fotografías 1: Fachada de la I.E INICIAL GENERALISIMO SAN MARTIN



Fotografías 2: CHARLA INFORMATIVA SOBRE SALUD ORAL PARA LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS



Fotografías 3: EXPLICANDO LA IMPORTANCIA DEL CEPILLADO DENTAL



Fotografías 4: REALIZANDO PREGUNTAS SOBRE LO EXPUESTO Y MOTIVANDO LA INTERVENCION



Fotografías 5: INSPECCION CLINICA A CADA NIÑO



Fotografías 6: LLENADO DE LA FICHA ODONTOLÓGICA A CADA NIÑO



Fotografías 7: NIÑOS REALIZANDO SU CEPILLADO RUTINARIO



Fotografías 8: FOTO DEL RECUERDO CON LA DIRECTORA Y NIÑOS.

