



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**LA HIGIENE BUCAL DE LOS NIÑOS Y SU RELACIÓN CON LOS
CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES SOBRE PREVENCIÓN DE
CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN
LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA DE LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, EN EL SEMESTRE 2016-II**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: LOPEZ BORBOR, DENNIS GIANCARLO

ASESOR: MG.ESP. JUAN EDUARDO AGUILAR PASAPERA

Lima - Perú

2018

A mi Dios, por la vida, por estar cada día a mi lado y nunca abandonarme en los momentos más difíciles.

A mi mamá Bertha Isabel y a mi hermano mayor Klaust, por apoyarme y animarme cada día a no dejarme vencer, a seguir creciendo, a vencer los obstáculos.

A la familia Trujillo en especial a Elvira por sus ánimos y apoyo incondicional.

A mis grandes amigos en especial a la Dra. Claudia Ruiz Panduro, porque siempre estuvieron a mi lado para darme ánimos, derribar obstáculos y seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Eduardo Aguilar Pasapera, por ser un espléndido asesor y una magnífica persona. Por su ayuda, paciencia y motivación en la elaboración del presente trabajo, por su tiempo y ganas de colaborar en todo momento.

A los padres de los pacientes, por su ayuda y amabilidad por contribuir con información importante para el desarrollo de esta tesis.

RECONOCIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas, mi alma mater, por elegirme y darme la oportunidad de triunfar en la vida como también a todos los docentes de la clínica estomatológica pediátrica y docentes en general que contribuyeron a mi formación profesional.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la higiene bucal de los niños y su relación con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, en el semestre 2016-II.

El término conocimiento hoy en día es muy usado, y en el lenguaje común, se entiende como una postura que manifiesta sabiduría, un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posición de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por si solos, poseen menor valor cualitativo. Es esta postura de los padres la que interesa conocer, considerando que el niño no decide en cuanto a la higiene de su boca, a la ingesta de alimentos y otros que atentan contra su salud oral y son los padres los encargados en el cumplimiento de sus funciones quienes deben actuar preventivamente para así evitar la formación de la caries dental.

El presente estudio de investigación tiene importancia teórica, debido a que brinda datos reales de una población referencial que permite demostrar la importancia de la higiene bucal de los niños y su relación con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental. Así este estudio proporciona información importante al otorgar indicadores significativos para la población que es atendida en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

Por otro lado, tiene importancia social, ya que nos ayuda (a los profesionales de la salud) a plantear y desarrollar programas de prevención de caries dental, con el fin de neutralizar los factores que predisponen al niño a tener lesiones cariosas.

MATERIALES Y MÉTODOS: el grupo de estudio estuvo comprendido por 74 padres y 74 niños atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, en el semestre 2016-II. Teniendo como criterios de inclusión que sean padres de los niños atendidos en la clínica, de ambos sexos de 6 a 12 años de edad, que presentan diagnóstico de caries dental y que estén en aparente buen estado de salud física y emocional. Se excluyó a familiares o tutores, que no son padres de los niños atendidos en la clínica; niños de ambos sexos menores de 6 y mayores de 12 años de edad y que presenten otras enfermedades orales.

RESULTADOS: Luego de la tabulación se observó que la mayoría de los padres, el 52,70%, obtuvieron una calificación de buena, por lo que se infiere que cuentan o demuestran buen conocimiento en la prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, en el semestre 2016-II. También se encontró que el 51.40% (38 niños) obtuvieron una calificación de buena, por lo que se infiere que cuentan con buena higiene oral.

En cuanto al conocimiento sobre Salud oral, los resultados obtenidos permitieron ubicarlos en la tercera categoría; por lo que se asume que existe

una relación significativa entre la higiene bucal de los niños y su relación con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

Palabras clave: higiene bucal, conocimiento, prevención, caries dental.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe and analyze the oral hygiene of children and their relationship with parents' knowledge about the prevention of dental caries in children from 6 to 12 years of age served in the Pediatric Dentistry Clinic of the Alas Peruanas University, in the 2016-II semester.

The term knowledge nowadays is very used, and in the common language, it is understood as a posture that manifests wisdom, a set of information stored through experience or learning (a posteriori), or through introspection (a priori). In the broadest sense of the term, it is the position of multiple interrelated data that, when taken by themselves, have a lower qualitative value. It is this position of the parents that interests to know, considering that the child does not decide regarding the hygiene of his mouth, the intake of food and others that threaten his oral health and parents are responsible for compliance with their functions who must act preventively to avoid the formation of dental caries.

The present research study is of theoretical importance because it provides real data from a reference population that demonstrates the importance of children's oral hygiene and its relationship with parents' knowledge about the prevention of dental caries. Thus, this study provides important information by providing significant indicators for the population that is treated at the Pediatric Stomatology Clinic of Alas Peruanas University. On the other hand, it has social importance, since it helps us (to health professionals) to plan and develop dental caries prevention programs, in order to neutralize the factors that predispose the child to have carious lesions.

MATERIALS AND METHODS: The study group was comprised of 74 parents and 74 children treated at the Pediatric Stomatology Clinic of Alas Peruanas University, in the 2016-II semester. Having as inclusion criteria parents of children treated at the Clinic, of both sexes from 6 to 12 years of age, who present diagnoses of dental caries and who appear to be in good physical and emotional health. Family members or guardians were excluded, who are not parents of the children seen in the clinic; children of both sexes under 6 and over 12 years of age and presenting other pathologies.

RESULTS: After the tabulation it was observed that the majority of the parents, 52.70%, obtained a good grade, reason why it is inferred that they count or show good attitude in the prevention of dental caries in children from 6 to 12 years attended at the Pediatric Stomatology Clinic of Alas Peruanas University, in the 2016-II semester. It was also found that 51.40% (38 children) obtained a good grade, so it is inferred that they have good oral hygiene.

Regarding oral health knowledge, the results obtained allowed them to be placed in the third category; so it is assumed that there is a significant relationship between the level of knowledge of parents and the prevention of dental caries in children treated at the Pediatric Stomatology Clinic of Alas Peruanas University.

Key words: oral hygiene, knowledge, prevention, dental caries.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA		
AGRADECIMIENTO		
RECONOCIMIENTO		
RESUMEN		
ABSTRACT		
ÍNDICE		
ÍNDICE DE TABLAS		
ÍNDICE DE GRÁFICOS		
INTRODUCCIÓN	15	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		
1.1	Descripción de la realidad problemática	17
1.2	Formulación del problema	19
	1.2.1. Problema Principal	19
	1.2.2. Problemas Específicos	19
1.3	Objetivos	19
	1.3.1. Objetivo Principal	20
	1.3.2. Objetivos Específicos	20
1.4	Justificación de la Investigación	21
	1.4.1. Importancia de la Investigación	22
	1.4.2. Viabilidad de la Investigación	23
1.5	Limitaciones del estudio	23
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO		
2.1	Antecedentes de la Investigación	24
2.2	Bases teóricas	33
2.2.1	Conocimiento	33
	2.2.1.1 Características	34
	2.2.1.2 Niveles de conocimiento	35

2.2.1.3	Tipos de conocimiento	35
2.2.1.4	Medición del conocimiento	36
2.2.2	Prevención de Caries Dental	37
2.2.2.1	Caries Dental	37
2.2.2.2	Diagnóstico de Caries Dental	43
2.2.2.3	Remoción de Caries Dental	47
2.2.2.4	Prevención de Caries Dental	53
2.2.3	Higiene Oral	60
2.2.3.1	Cepillado Dental	61
2.2.3.2	Uso de Hilo Dental	64
2.2.3.3	Flúor	65
2.2.3.4	IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado)	69
2.3	Definición de términos	73
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLE DE LA INVESTIGACIÓN		
3.1	Formulación de hipótesis principal y específicas	76
3.2	Variables dimensiones e indicadores y definición operacional	77
	Operacionalización de variables	78
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA		
4.1	Diseño Metodológico	79
4.2	Diseño muestral	80
4.3	Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad.	81
4.4	Técnicas de procesamiento de la información	82
4.5	Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	83
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN		
5.1	Análisis descriptivo de las tablas	84
5.2	Análisis inferencial, pruebas estadísticas	89

5.3	Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	89
5.4	Discusión	92
CONCLUSIONES		97
RECOMENDACIONES		99
FUENTES DE INFORMACIÓN		100
ANEXOS		108
Anexo N°1: Matriz de consistencia		
Anexo N°2: Carta de presentación		
Anexo N°3: Solicitud para el cambio de título del trabajo de investigación		
Anexo N°4: Constancia de ejecución de trabajo de investigación		
Anexo N°5: Consentimiento informado		
Anexo N°6: Índice de higiene oral (Ihos)		
Anexo N°7: Fotografías y tablas		
Anexo N°8: Encuesta		
Anexo N°9: Juicio de expertos		

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N°1 Relación entre la higiene oral de los niños y los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental	84
Tabla N°2 Tabla de frecuencias	85
Tabla N°3 Nivel de conocimientos de los padres	86
Tabla N°4 Higiene oral de los niños	87
Tabla N°5 Relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental	88
Tabla N°6 Prueba de correlación de Spearman	91
Tabla N°7 Edad y sexo de los padres	121
Tabla N°8 Sexo y nivel de estudios	122
Tabla N°9 Nivel educativo de los padres	123

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Figura A	Henostroza Haro, Gilberto. Diagnóstico de caries dental. 2007. Editorial Ripano. 2da edición. Págs. 30 - 32	80
Gráfico N°1	Relación entre la higiene oral de los niños y los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental	85
Gráfico N°2	Nivel de conocimientos de los padres	86
Gráfico N°3	Higiene oral de los niños	87
Gráfico N°4	Relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental	88
Gráfico N°5	Edad y sexo de los padres	121
Gráfico N°6	Sexo y nivel de estudios	122
Gráfico N°7	Nivel educativo de los padres	123

INTRODUCCIÓN

La caries dental es una de las enfermedades de etiología multifactorial que comprobadamente ha perjudicado con mayor frecuencia la cavidad bucal en las poblaciones humanas y ahora en la actualidad, es el más notable problema de salud oral. La caries dental es una enfermedad, infecto-contagiosa donde están incluidos una gran cantidad de factores tales como: huésped, dieta, microorganismos y tiempo.¹

Esta enfermedad afecta a una proporción de 60 a 90% de la población escolar y adulta de todo el mundo;² siendo uno de los problemas más comunes en niños menores; en algunos países por sus programas preventivos y a la intervención temprana se viene evitándose y/o tratándose oportunamente. La mayor parte de las patologías orales están relacionadas con algunos factores de riesgo, como la falta de higiene oral, alimentación inapropiada, nivel de educación y atención de los padres.³ En la actualidad existen diversas técnicas sobre tratamientos preventivos y restauradores, que están disponibles a los estomatólogos para combatir la caries dental y sus efectos; sin embargo, para algunos autores el factor económico y la cultura son determinantes para que, las familias sobre todo los padres de niños menores, tengan predisposiciones y adopten actitudes sobre los conocimientos que conduzcan a la prevención de la salud oral.

Por lo que ha sido de mucha trascendencia conocer los elementos predisponentes en la higiene bucal de los niños y su relación con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a

12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, en el semestre 2016-II y saber si existe o no asociación con cada uno de ellos para poder tomar medidas preventivas adecuadas que tengan como finalidad disminuir la prevalencia de esta enfermedad.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La caries dental es una de las enfermedades de etiología multifactorial que comprobadamente ha afectado con mayor frecuencia la cavidad bucal en las personas y, hoy por hoy, es el problema de salud oral más notable. La caries dental es una enfermedad, infecto contagiosa donde intervienen una infinidad de factores tales como: huésped, dieta, microorganismos y tiempo.¹

Esta enfermedad afecta a una proporción de 60 a 90% de la población escolar y adulta de todo el mundo;² siendo uno de los problemas más comunes en niños menores de 5 años; en algunos países por sus programas preventivos y a la intervención temprana se viene evitándose y/o tratándose oportunamente. La mayor parte de las patologías orales, están relacionadas con ciertos factores de riesgo, como la falta de higiene oral, alimentación inadecuada y educación.³ a pesar de que los índices de caries dental han disminuido considerablemente en los países desarrollados, en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo como el nuestro, aún sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública. Esta situación se debe principalmente al desinterés de incorporar programas preventivos promocionales de salud bucal en la agenda sectorial; así mismo está asociada en la mayoría de casos a la carencia de recursos económicos, a los equipos e instrumental odontológico obsoleto con que cuentan las entidades públicas de salud, a la carencia de recursos humanos dispuestos a trabajar en centros

rurales, falta o carencia de cultura odontológica, poca motivación para la capacitación profesional. En la actualidad existen diversas técnicas sobre tratamientos preventivos y restauradores, que están disponibles a los estomatólogos para combatir la caries dental y sus efectos; sin embargo, para algunos autores destacados en el marco teórico, afirman que el factor económico, la cultura es determinante para que las familias sobre todo los padres de niños menores tengan predisposiciones y adopten actitudes que conduzcan a la prevención de la salud oral.

Por lo que ha sido de mucha trascendencia conocer los elementos predisponentes en la higiene bucal de los niños y su relación con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, en el semestre 2016-II y saber si existe o no asociación con cada uno de ellos para poder tomar medidas preventivas adecuadas que tengan como finalidad disminuir la prevalencia de esta enfermedad.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema Principal

¿Existe relación entre la higiene bucal de los niños y los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, en el semestre 2016-II?

1.2.2 Problemas específicos

- a. ¿Cuál es el nivel de conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, en el semestre 2016-II?
- b. ¿Cuál es el nivel de conocimientos de los padres sobre enfermedades bucales en sus niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, en el semestre 2016-II?
- c. ¿Cuál es la relación entre el grado de instrucción de los padres y su nivel de conocimientos sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, en el semestre 2016-II?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Principal

Determinar la relación de la higiene bucal de los niños con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, en el semestre 2016-II

1.3.2 Objetivos Específicos

- a. Describir y analizar el nivel de conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.
- b. Determinar el nivel de conocimientos de los padres sobre enfermedades bucales en sus niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.
- c. Determinar la relación entre el grado de instrucción de los padres y su nivel de conocimientos sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

1.4 Justificación de la Investigación

La relación entre padres e hijos tiene una gran influencia en la mayoría de los aspectos del desarrollo del niño. Los diferentes problemas asociados con la salud oral de los niños a su vez están vinculados, en gran medida, con la influencia que los padres ejercen sobre sus hijos ya que esto determina si los niños son atendidos con un enfoque preventivo o acuden sólo por urgencia, con un enfoque curativo.

En la actualidad, la mayoría de las investigaciones están relacionadas al comportamiento del niño, sin embargo, son pocos los estudios que concentran su interés en estudiar el nivel de conocimiento de los padres frente a la prevención de la salud oral, básicamente en enfermedades como las caries dentales de sus hijos.

Encontramos que la conducta que exterioriza el paciente infantil que acude a consulta dental, está relacionada a diversas variables que inciden en su comportamiento, muchas veces relacionada a los padres que desconocen la importancia que reviste la salud bucal de sus hijos o la naturaleza de los tratamientos odontológicos.

El término conocimiento hoy en día es muy usado, y en el lenguaje común, se entiende como una postura que manifiesta sabiduría; un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posición de múltiples datos interrelacionados que,

al ser tomados por sí solos, poseen menor valor cualitativo. Es esta postura de los padres la que interesa conocer, considerando que el niño no decide en cuanto a la higiene de su boca, a la ingesta de alimentos y otros que atentan contra su salud oral y son los padres los encargados en el cumplimiento de sus funciones quienes deben actuar preventivamente para así evitar la formación de la caries dental.

1.4.1 Importancia de la Investigación

El presente estudio de investigación tiene importancia teórica, puesto que ofrece datos reales de un grupo referencial que permite demostrar la importancia del conocimiento de los padres sobre prevención de caries dental y su relación con la higiene bucal de sus niños.

Así este estudio proporciona información importante al otorgar indicadores significativos para la población que es atendida en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

Por otro lado, tiene importancia social, ya que nos ayuda (a los profesionales de la salud) a plantear y desarrollar programas de prevención de caries dental, con el fin de contrarrestar los factores que inciden al niño a tener lesiones de caries dental.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

El presente estudio se basa en una investigación cuali-cuantitativa, cuyo objetivo fue describir y analizar la higiene bucal de los niños y la relación con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la universidad alas peruanas, en el semestre 2016-II. Por lo tanto, el tipo de alcance de la investigación es descriptiva, para completar el proceso del estudio, previo al consentimiento informado obtenido, se encuestó a los padres que acompañaban a sus menores hijos registrando las respuestas del cuestionario impersonal, es decir, anónimo ya que no lleva nombre, únicamente se preguntó lo requerido y lo que se había dispuesto en el instrumento de recolección de datos. La disposición del personal de la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, ha permitido facilitar los recursos materiales necesarios como es la historia clínica, como también para la ejecución del cuestionario.

1.5 Limitaciones del estudio

La renuencia y el desinterés de los padres de familia para el llenado de las encuestas. Por tratarse de un estudio retrospectivo, permitió el acercamiento directo con el padre o madre del niño, facilitándose el desarrollo del estudio. No se presentaron más limitaciones en la realización del presente trabajo de investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Hernández A; Espeso N; Reyes F; Landrian C, (2011). El estudio realizado tuvo como finalidad: evaluar la influencia de las técnicas afectivo-participativas en la prevención de caries dental en niños de cinco a doce años. Método: se desarrolló un estudio experimental de intervención comunitaria en el consultorio diez, área norte, perteneciente a la Clínica Estomatológica Docente “La Vigía”, municipio Camagüey, durante el lapso de tiempo comprendido de junio de 2008 a junio de 2009. La muestra quedó conformada por los treinta y siete pacientes niños comprendidos en estas edades (05-12 años). La investigación se efectuó en tres etapas donde se reconocen los principales factores de riesgo, y se aplicaron las técnicas afectivo-participativas a padres y niños en los seis primeros meses. Después se desarrolló la evaluación desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo. Resultados: los resultados fueron beneficiosos pues el 84% de los niños incrementó el nivel de conocimientos sobre caries dental. Conclusiones: la higiene oral fue evaluada de positiva en casi todos los niños y hubo una percepción conveniente de ellos con respecto a la ejecución de las técnicas afectivo-participativas, así como un impacto positivo de las mismas en la salud buco dental.⁸

González P; Sierra L; Morales J, (2011). El trabajo de investigación realizado tuvo como finalidad describir actitudes, conocimientos y prácticas en salud

buco-dental de padres y/o tutores. La población de estudio estuvo constituida por un total de 333 padres y ocho cuidadores de hogares infantiles de Colombia, durante 2010, diligenciaron encuestas y entrevistas de grupos focales. La información recibida se examinó por frecuencia, usando la prueba chi-cuadrado para significancia. La información cualitativa se analizó utilizando comentarios triangulados, buscando modelos y discrepancias. Los resultados obtenidos fueron: En los padres con nivel de estudios más altos se observaron buenos niveles de conocimientos (58,9%) y actitudes favorables (74,5%). Respecto a las prácticas de higiene oral, el 50,6% de los niños duermen con los dientes cepillados y el 69,6% de los padres colocan la pasta dental en el cepillo. En los cuidadores, se vislumbran actitudes positivas para desarrollar estrategias promocionales, pero consideran que los padres son los responsables principales de establecer costumbres orales saludables. Señalaron como conclusiones: Los padres y cuidadores manifiestan condiciones favorables dentro de sus percepciones, lo que puede ser una oportunidad para promocionar hábitos higiénicos en los niños.⁶

Jiménez J; Miranda L; Quirós Ma; Pérez M, (2012). Realizaron un estudio de intervención en 50 niños de 06 a 13 años de edad del Consultorio # 40, área de Previsora, municipio Camagüey, los cuales constituyeron la universalidad del trabajo de estudio en el intervalo 2006-2008. Se le efectuó una entrevista a los padres y niños, para saber el grado de información sobre la salud oral antes de recibir acciones educativas. Se determinó el estado de los factores de riesgo a caries dental modificable antes y después de la aplicación de las acciones

educativas, del mismo modo que la categorización de los infantes según el tipo de caries dental. Después de analizados coincidimos con la mayoría de los autores que expresan la influencia positiva o negativa de los padres hacia sus hijos, como también de la labor educativa en la modificación de los factores de riesgo de caries dental: higiene oral, dieta, pH salival, enfermedad gingival y la presencia de caries activa propiamente dicha; se logró además un cambio positivo favorable en la clasificación de los niños de alto riesgo de caries dental a bajo riesgo de caries dental.⁵

González S; Giraldo M; Varela J; Peña E; Giraldo J; Orozco J, (2012). Se propusieron descubrir estrategias con las que se propicie el fomento de la motivación de las habilidades personales, debe ser una tarea permanente del área de la salud oral. La intención de este plan, fue crear un espacio en la ludoteca, destinado al refuerzo de hábitos saludables bucales, con la guía de personas capacitadas como ludotecarias y odontólogos, que elaboraron estrategias lúdicas de enseñanza y refuerzo de conocimientos sobre temas de la salud oral con los niños y sus familias. Se efectuó un estudio pre-experimental de intervención comunitaria, donde se evaluaron 99 niños entre los 04 y 12 años de edad. Se realizaron encuestas de conocimientos a los padres, escolares y acudientes antes y después de la interacción con el material lúdico y se ejecutaron los índices de placa blanda y caries. Obteniendo como resultados: las capacitaciones contribuyeron en la mejoría del nivel de conocimientos de padres y niños del 21 y 29% respectivamente. El porcentaje promedio de placa blanda fue de $38,2 \pm 18,9$ mostrándose discrepancia de

18,3% en relación al primer examen. Entre las superficies con historia de caries predominaron las restauradas ($1,5 \pm 2,6$). El análisis cualitativo de los niños frente a la apreciación de los juegos, mostró ideas positivas, agradables, educativas y divertidas. Los resultados fueron: el establecimiento de una saluteduca oral, vista como un entorno favorable que incluye ideas innovadoras para la educación en salud oral, que posibilitó en la población beneficiada, la socialización y el fomento de hábitos o costumbre orales saludables que refuerzan el autocuidado.⁷

Nuñez-Soto I, (2013). Desarrollo un trabajo cuyo propósito fue identificar la actitud de algunos padres de familia con relación a la primera visita al odontólogo de sus hijos. En la Clínica “Reforma” de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza que pertenece a la Universidad Nacional Autónoma de México, se ejecutó el estudio de investigación a un grupo de sesenta padres de familia que requerían por primera vez atención odontológica para sus menores hijos, y se realizó en dos fases; la primera fase consistió en el desarrollo de una encuesta de evaluación de actitudes, antes de la consulta odontológica. seguidamente al azar, se separó al grupo de padres de familia en “testigo” y “experimental”, con este último se pasó a la segunda fase, la cual se basó en una charla de información sobre el valor de la primera visita al dentista de sus hijos menores (comunicación persuasiva). Sucesivamente, se juntó al grupo de padres empleando una vez más la encuesta. Los resultados fueron analizados con el programa estadístico SPSS 9.0. Para determinar la existencia de discrepancias estadísticamente significativas se aplicó la prueba de chi-

cuadrado con un nivel de significancia de 0.05. Esta investigación demostró que aun con el empleo de la comunicación persuasiva que hizo el personal responsable de salud oral, advirtiéndose las consecuencias por la falta de tratamiento, habiéndose realizado el diagnóstico de caries y otras enfermedades orales, el grupo experimental no logró un cambio de actitud. ⁴

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Musac W, (2010). En Loreto, presentó su tesis titulada Nivel de conocimiento y actitud en relación a medidas preventivas en salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años de la I.E.I. “Cuna Jardín Corazón de Jesús, distrito de Belén”, la muestra fue de 180 madres, se construyó 2 instrumentos de Nivel de conocimiento y Actitudes en medidas preventivas en las madres con una confiabilidad de 0.78, y 0.71, respectivamente evaluada con un coeficiente Alfa de Cronbach. Los resultados obtenidos fueron 71.1%, 128 de madres de niños presentaron conocimiento suficiente, el 89.4%, 161 de las madres presentaron actitud favorable y el 67.2%, 121 de las madres tenían conocimiento suficiente y actitudes favorables. Concluyó que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud en relación a las medidas preventivas en salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años de edad de I.E.I. Cuna Jardín Corazón de Jesús. Por lo tanto, se deduce que el conocimiento sobre higiene bucal que poseen los padres, está relacionado con la presencia de buena higiene bucal de niños con habilidades diferentes.⁶²

Martínez, et al. (2011). Describieron y analizaron la prevalencia de la caries en pacientes menores de 6 a 12 años de edad, en zonas urbano marginales de Lima. Se examinaron a 332 pacientes (niños) con los criterios de caries dental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con equipo no invasivo, bajo luz natural para los más pequeños. Se halló que la preponderancia de caries fue de 62.3%. El promedio del índice CEOD fue 2,97, el elemento cariado represento el 99,9% del índice. Los dientes más afectados observados en el maxilar, fueron los incisivos centrales y las primeras molares, mientras que en la mandíbula fue la primera y la segunda molar. Las manchas blanquesinas activas tuvieron mayor presencia entre los primeros años de vida. Concluyeron que existe una prevalencia elevada de la enfermedad y aumenta conforme se incrementan los años de vida, siendo necesario plantear modelos de intervención temprana con especialistas del área para que no se desarrolle agudamente en la infancia.¹³

Benavente L, (2012). En Lima presento un estudio para determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud MINSA y Seguro Social ESSALUD, teniendo en consideración los criterios y normas éticas establecidas; siendo un estudio de tipo analítico transversal. La muestra estuvo constituida por 143 madres con sus hijos de cinco años de edad. El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuotas. Aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal

de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental ceod, Placa bacteriana Greene y Vermillon IHOS. 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 $p = 0,16$. 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.⁶¹

López V, (2012). desarrolló un trabajo de investigación vinculado al terreno de la Odontología Preventiva y Comunitaria, hoy en día, las principales técnicas y programas para evitar la caries dental en los escolares peruanos recaen en métodos tales como: los selladores de fisuras (sellantes) y el barniz fluorado, tal y como se observan en los diferentes programas de promoción de la salud bucal en nuestro país. El objetivo general de este estudio se basó en efectuar una revisión sistemática de la bibliografía con el propósito de evaluar la eficacia de ambos métodos preventivos. Los resultados alcanzados denotan que el uso de los selladores de fisuras en los niños, previene la caries dental 17,7 veces más que el uso del método de barniz fluorado, siendo estas diferencias estadísticamente relevantes. Como conclusión procedente de estos resultados se deduce que el uso de selladores de fosas y fisuras, pueden ser considerados como el método preventivo de elección en las superficies molares no fisuradas de los escolares peruanos frente al barniz de flúor.¹⁴

Muñoz-Cabrera, W; Mattos-Vela, M, (2015). La finalidad del estudio realizado fue definir la eficacia de la técnica educativa “Desarrollo de Habilidades” para mejorar los conocimientos de salud bucal de las madres y disminuir el índice de higiene oral en pre-escolares. Hicieron un estudio cuasi-experimental, se aplicó un cuestionario validado sobre conocimientos de salud oral a 84 madres antes y después de la aplicación de los métodos educativos, “Desarrollo de Habilidades y Expositiva (grupo control). Las madres fueron asignadas al grupo “experimental y control” al azar. Se analizó la higiene oral de sus hijos pre-escolares al inicio, a los 30 días y a los 60 días, utilizando el índice simplificado de Greene-Vermillion. Al inicio el promedio del nivel de conocimientos de salud oral fue de 6,57 para el grupo experimental y de 6,55 para el grupo control. Después de la intervención la media del grupo experimental fue de 11,88 y del grupo control 8,48, siendo esta discrepancia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En lo concerniente a la higiene oral, las medias del índice al principio, 30 y 60 días, fueron en el grupo experimental 2,51; 1,14 y 0,73 mientras que para el grupo control fueron respectivamente 2,51; 2,02 y 1,69. Hubo diferencias estadísticamente relevantes entre los dos grupos a los 30 y 60 días ($p < 0,001$). La técnica “Desarrollo de Habilidades” comprobó ser más eficaz en el aumento del nivel de conocimientos de salud bucal de las madres y en la disminución del índice de higiene oral de pre-escolares.⁹

Tovar M, (2015). Ejecuto un trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de caries dental de iniciación temprana en niños de

tres a cinco años y 11 meses de edad y su relación con factores predisponentes en el Policlínico EsSalud Chincha en el periodo entre Setiembre 2012 a febrero 2013. Fue un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se desarrolló en la oficina de archivos del Policlínico Chincha Essalud – Perú. La muestra estuvo compuesta por 300 Historias Clínicas de niños de 03 a 05 años de edad atendidos entre setiembre 2012 a febrero 2013. Se analizó las variables: edad, género, índice de higiene oral y se empleó el programa estadístico Stata® y Microsoft Excel. Se obtuvo los datos de prevalencia y se determinó la asociación mediante la prueba de chi-cuadrado con un grado de significancia estadística. Resultados: La prevalencia de caries de aparición temprana fue de 67.33%. El género masculino demostró una prevalencia de 49.6% y el femenino de 50.4%. Se halló un promedio de caries dental según superficie dentaria, mayor en la cara oclusal proximal con prevalencia de caries de aparición temprana entre CAT (factores de riesgo de caries) y variables como la edad. Las conclusiones logradas son: Se encontró una prevalencia ALTA de Caries de aparición temprana en los niños. Los factores predisponentes para la presencia de caries fueron: edad, higiene oral y consumo de azúcar.¹⁰

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 CONOCIMIENTO

La definición más simple del conocimiento nos habla de obtener información acerca de un objeto. Pero sin duda es mucho más que eso. De hecho, la teoría del conocimiento se constituye dentro de la filosofía. Desde Platón a Aristóteles, desde Descartes a Leibnitz, o desde Kant a Hegel, en todos estos personajes se aprecia la querencia a la universalidad; la alineación con el ser, con la esencia, con el conocimiento.¹⁵

A niveles más prácticos puede decirse que existen cuatro elementos básicos en el proceso del conocimiento. El primero de todos es el sujeto que conoce, después está el objeto conocido, seguido por la propia operación de conocer y, para terminar, el resultado que se obtiene, o sea la información referente al objeto conocido. El dualismo de sujeto y objeto, pertenece a la esencia del conocimiento.¹⁶

La humanidad, a través de los tiempos, ha constituido grandes descubrimientos, ha sido protagonista de numerosas guerras, ha concebido diferentes ideas políticas, religiosas, filosóficas, etc. Todo el conocimiento almacenado, y que día a día se va desarrollando, forma parte de nuestro conocimiento, gracias al lenguaje y a la escritura del mismo.

2.2.1.1 Características

El conocimiento tiene un carácter individual y social; puede ser: personal, grupal y organizacional, puesto que, cada persona interpreta la información que percibe sobre la base de su experiencia pasada, influida por los grupos a los que perteneció y pertenece. También inciden los patrones de aceptación que forman la cultura de su organización y los valores sociales en los que ha transcurrido su vida. Esto establece que el conocimiento existe, tanto en el plano del hombre como de los grupos y la organización, y que estos se encuentran determinados por su historia y experiencia social concreta.¹⁸

2.2.1.2 Niveles de conocimiento

El conocimiento se puede obtener de distintas formas. Se considera que el ser humano percibe un objeto en tres niveles diferenciados: el sensible, el conceptual y el holístico.

El conocimiento sensible consiste en comprender el objeto mediante los sentidos. El segundo nivel, el conceptual, es algo más complejo, ya que se trata de una representación inmaterial, aunque no por ello menos esencial. Uno puede tener el conocimiento sensible de su propia madre, que es singular, pero al mismo tiempo también poseer el conocimiento conceptual de madre aplicado a todas las madres, por lo que se trata de un concepto universal. El tercer nivel, si cabe, todavía es más complejo. El conocimiento holístico, que podría equipararse a la intuición, carece de formas, dimensiones o estructuras que son característicos de los otros dos niveles. Por lo tanto, la complejidad ya es

inherente hasta en su propia definición. Podría decirse que se percibe como un elemento de la totalidad, una vivencia que se capta pero que difícilmente va a poder comunicarse a los demás.¹⁶

2.2.1.3 Tipos de conocimiento

Se pueden distinguir cuatro tipos de conocimiento; cotidiano, técnico, empírico y científico.

- **El conocimiento cotidiano** es el que se encuadra dentro de los quehaceres que el ser humano lleva a cabo en su día a día. Esta actividad ha servido para acumular múltiples y valiosas vivencias que se han transmitido de generación en generación. Son respuestas a necesidades vitales que ofrecen resultados útiles y prácticos.
- **El conocimiento técnico** es producto de la experiencia (vivencias). Su origen está en la experimentación que termina dando una respuesta universal que se aplica y circunscribe a otros objetivos similares.
- **El conocimiento empírico** se basa en el saber popular. Se obtiene por azar mediante múltiples y variadas tentativas. Carece de métodos o técnicas, adquiere forma a partir de lo aparente, es sensitivo y escasamente preciso.
- **El conocimiento científico**, a través del procedimiento empírico, trasciende el fenómeno para conocer las causas y leyes que lo rigen. Se adscribe a la certeza por cuando explica sus motivos. Es metódico y

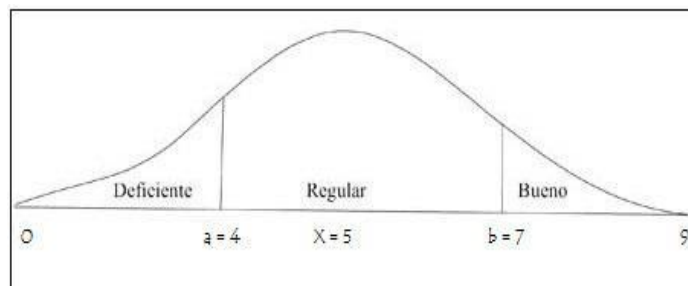
sistemático, ya que el objetivo se alcanza mediante el conocimiento de las leyes y principios que lo rigen.¹⁵

2.2.1.4 Medición del conocimiento

El conocimiento es el aprendizaje adquirido que se puede estimar en una escala que puede ser cualitativa o cuantitativa.

a. Escala de Estaninos

La escala de Estaninos es una escala normalizada de 9 unidades, con media de 5 y una desviación estándar de 2 que sirve para dividir un recorrido de puntajes dependiendo de la cantidad de sujetos y de la naturaleza de las variables.^{18,19}



Su fórmula:

$$X \pm 0.75 (Sx)$$

Dónde:

x = media

Sx = desviación estándar

a = media - 0.75 (Sx)

b = media + 0.75 (Sx)

Donde a y b son los puntos de corte para clasificar en tres categorías para la distribución de los puntajes

Por tanto:

Puntaje mínimo hasta (a) = 1ª categoría (conocimiento deficiente)

De (a+1) hasta (b) = 2ª categoría (conocimiento regular)

De (b+1) hasta el puntaje máximo = 3ª categoría (conocimiento bueno)

2.2.2 PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL

2.2.2.1 Caries dental

Es una enfermedad infecto-contagiosa, que da como resultado la desintegración progresiva de la estructura del diente por bacterias patogénicas generadoras de ácido, en presencia de la azúcar encontrada en placa o biofilm dental.²⁰ La infección da lugar a la pérdida mineral del diente que comienza en su superficie más externa y puede progresar de forma centrípeta (tiende a acercarse al eje alrededor del cual gira), a través de la dentina hacia la pulpa dental, comprometiendo en última instancia la vitalidad del diente.²¹ Las manifestaciones evidentes, tanto para el estomatólogo como para el paciente de esta enfermedad, son las cavidades que resultan de la destrucción de los tejidos duros de los dientes. Los daños que produce la caries dental son el producto de la actividad catabólica de las bacterias acidogénicas que son parte de la flora oral normal y que colonizan la superficie del esmalte dental; este tejido está compuesto por una estructura acelular que no se regenera y su cualidad reparativa es bastante limitada, lo cual da lugar a desigualdades en relación a las infecciones que suceden en diferentes partes del organismo, que

están expuestas al medio externo como las mucosas y la piel, en donde el tejido conectivo subyacente a los epitelios participa activamente tanto en la respuesta inmunitaria innata y adquirida como en los procesos de inflamación y reparación.²²

A diferencia de la mayoría de las enfermedades infecciosas, las bacterias asociadas a la caries dental presentan un modo de transmisión vertical boca a boca de la madre al hijo, por medio de besos o de la cuchara que utiliza el infante para alimentarse y que la mamá ha lamido o chupado previamente.²³ Los resultados de ciertos estudios clínicos han demostrado que los niños normalmente adquieren el *Streptococcus mutans* por medio de sus madres. Y en ellos se ha evidenciado que las cepas aisladas de *S. mutans* de las madres y los niños manifiestan perfiles similares de bacteriocinas.^{24,25,26} Cuando los dientes erupcionan, la cavidad oral se hace receptiva a la colonización. Se tenía creencia que la ventana de infectividad para adquirir el *S. mutans* estaba limitada al periodo de erupción de los dientes. No obstante, en algunos estudios clínicos se halló que se puede detectar al *S. mutans* en la boca de lactantes antes de la erupción dental.²⁷

Wan y colaboradores (2001) probaron la presencia de *S. mutans* en el 30% de un grupo de 188 lactantes antes de la erupción de los dientes y aislaron la bacteria en el 60% de los niños seis meses después.²⁸ La adquisición de algunas bacterias sucede óptimamente en ciertas edades. Por ese motivo, se sugirió una ventana específica de infectividad entre los 19 y 31 meses de edad para la colonización de *S. mutans*,²⁷ de modo que se abra la posibilidad de

implementar estrategias preventivas durante este periodo crítico para reducir las probabilidades de colonización de la boca del infante. Por ese motivo, se ha sugerido que reducir la carga de *S. mutans* en las madres puede prevenir el contagio de estas bacterias a sus descendientes, y, por lo tanto, retrasar la aparición de caries.²⁹

Así mismo se ha demostrado que el consumo habitual de xilitol a través de goma de mascar por las madres se asoció con una reducción significativa de la probabilidad de contagio a los dos años de edad.³⁰ A pesar de que se ha reconocido al *S. mutans* como el agente bacteriano más frecuentemente vinculado a la caries dental, algunos sujetos desarrollan lesiones en ausencia de estas bacterias; por otro lado, sujetos sin lesiones de caries pueden presentar altos niveles de estas bacterias (*S. mutans*). Si bien es cierto esta bacteria se relaciona con el inicio y progresión de la caries dental, su presencia no es esencial para el desarrollo de la enfermedad. A todo esto, existen trabajos de investigación que han relacionado otras bacterias a las lesiones de caries; no obstante, estos perfiles bacterianos se han estudiado muy poco y cambian con el avance de las lesiones, además de ser distintos en la dentición decidua y en la permanente.³¹ La presencia de *S. mutans* y *Streptococcus sobrinus* no necesariamente es una señal de actividad de caries dental, ya que se ha revelado el desarrollo de lesiones de caries dental en ausencia de estas bacterias,³² lo que pone en duda el carácter determinante del *S. mutans* como factor bacteriano de la caries dental;³³ más bien son las proporciones y la cantidad de las bacterias acidogénicas las que establecen la actividad de

caries, por lo que una hipotética eliminación del *S. mutans* de la cavidad oral, no conduciría precisamente a disminuir las lesiones cariosas; a lo mucho, dejaría un nicho ecológico libre para las demás bacterias acidogénicas.³⁴ Si bien, se ha admitido que las bacterias acidogénicas del grupo mutans como *S. mutans*, *S. sobrinus* y *S. gordonii* son los agentes bacterianos fundamentales, la presencia de estas bacterias en ciertos sujetos no implica forzosamente la formación de lesiones cariosas, sino que también participan factores como la dieta alimenticia y el huésped, factores ambientales que determinan la cultura alimentaria, entre otras muchas cosas, de ahí la relevancia de que desde una perspectiva etiológica, se contempla a la caries dental como una enfermedad multifactorial.³⁵

La caries dental es un proceso o patología dinámico-crónica que se da en la estructura del diente que está en contacto con los depósitos microbianos que, a causa al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante, da como resultado una pérdida del mineral de la superficie dental, cuyo signo clínico es la destrucción localizada de tejidos duros. Esta enfermedad persevera como problema de la salud bucal en el mundo. La probabilidad de desarrollarla y la severidad de las lesiones divergen entre las comunidades. Múltiples factores se han vinculado al riesgo de la caries dental. La desnutrición conlleva a una mayor susceptibilidad.³⁶

La caries dental puede iniciar en la corona del diente y en la porción radicular; puede ser muy agresiva y puede dañar la dentición decidua. Existen varios factores de riesgo: biológicos, físicos, ambientales, conductuales; así también

el número de bacterias que causan caries dental, la disminución en el flujo salival, la poca o nula exposición al flúor, la higiene oral deficiente y la deficiente alimentación. Los dientes con defectos en la estructura del esmalte son más susceptibles a las lesiones cariosas.³⁷

La caries dental es una patología multifactorial, se basa en un proceso dinámico de desmineralización-rem mineralización (des-re), que involucra la interacción entre el calcio y el fósforo, las estructuras dentales y la saliva (placa fluida) en función de ácidos elaborados por la fermentación de los carbohidratos, por acción de los microorganismos orales.³⁸ La caries dental es una enfermedad dependiente del pH, un factor que se ha explorado recientemente es el pH de la placa dental, ya que la disminución del pH en el biofilm permite la selección y la proliferación de bacterias cariogénicas.³³ Desde un punto de vista químico, el proceso de la caries dental puede resumirse de la siguiente manera: inicialmente tiene lugar la fase de producción de ácido, en la cual las bacterias acidogénicas y acidúricas del biofilm fermentan los carbohidratos ingeridos, con lo que producen ácidos orgánicos, incluyendo el ácido láctico, acético, fórmico y propiónico. Estos ácidos se difunden hacia el esmalte,³⁹ la dentina o el cemento, y van disolviendo parcialmente los cristales de dichos tejidos cuya estructura está compuesta por hidroxiapatita, ocasionando que los niveles de pH de la placa descendan por debajo de los niveles conocidos como pH crítico, que van de 6.5 a 6.7 en dentina y cemento y de 5.3 a 5.7 a nivel de esmalte,⁴⁰ niveles a los cuales los cristales de las estructuras dentales comienzan a disociarse, liberando iones como calcio y

fosfato; estos iones se difunden hacia la placa y la saliva, proceso que se conoce como “desmineralización”.³⁹ La desmineralización se inicia a nivel atómico en la superficie de los cristales en el interior del esmalte o la dentina, y de no ser detenida, puede continuar y formar microcavidades en la estructura dental.³⁹ El tiempo de duración de la desmineralización depende del tiempo que se necesita para que el pH de la placa retorne a valores por encima del pH crítico; esto se examina por medio de la cantidad de saliva, su composición y su capacidad amortiguadora;³⁹ de esta manera se consigue que se reincorporen iones de calcio y fosfato a la superficie desmineralizada, dando como resultado el proceso inverso: “la remineralización”, esta es considerada como un proceso natural de reparación de las lesiones no cavitadas, y esta basado, en que los iones de calcio y de fosfato con la ayuda del fluoruro llevan a cabo la reconstrucción de una nueva superficie de cristal sobre los restos existentes en la subsuperficie de las lesiones que quedan después de la desmineralización. Estos cristales remineralizados que conforman la nueva superficie son más resistentes a los ácidos y poseen menor solubilidad que el mineral original:³⁹ Los procesos de desmineralización y remineralización, ocurren varias veces al día, durante la ingesta de alimentos cariogénicos. Si la remineralización no paraliza a la desmineralización, ésta puede seguir su avance hacia la cavitación. La remineralización que se da cuando la superficie del esmalte conserva su estructura, se da mediante la reprecipitación de sales de calcio y fosfato hacia el interior de la lesión, lo que lleva a la reparación y la reversión, manteniendo así la estructura del esmalte. La caries dental se

presenta entonces como un proceso dinámico, en el que se muestra un desequilibrio entre la desmineralización y la remineralización que ocurre varias veces al día en la boca de la mayoría de los seres humanos, en el que predomina la desmineralización.

Se ha demostrado en el laboratorio que la remineralización ocurre en todas las lesiones iniciales de caries, pero evidentemente, mientras más avanzada es la lesión, es más difícil que haya una remineralización eficaz.^{39,40}

2.2.2.2 Diagnóstico de caries dental

El diagnóstico de caries por sí mismo es algo totalmente insuficiente. En el instante en que lleva implícito un plan de tratamiento debe de completarse con una historia clínica detallada que nos permita hacer el diagnóstico de la actividad de caries.²³ Las lesiones pueden estar en diferentes estadios ya que la caries es un proceso continuo.

Las lesiones cavitadas, en las que hay una clara pérdida de tejido no plantean problema diagnóstico; se requiere de un examen minucioso para poder considerar caries; teniendo en cuenta que existen muchas lesiones que están en una fase inicial.

a. Diagnóstico Visual

Es importante realizar un diagnóstico visual que incluya:

- Localización de la lesión en:

- Esmalte
- Cemento
- Dentina.
- Actividad de la lesión:
 - Lesión activa (que progresa)
 - Lesión inactiva o detenida (no avanza o lo hace muy lentamente).

Las características de las lesiones iniciales de caries dental dependen también de la superficie donde se asientan.

- Superficies oclusales
 - Lesiones no cavitadas activas: apariencia blanquecina, opaca y rugosa.
 - Lesiones no cavitadas inactivas: oscuras y duras al tacto.
 - Lesiones cavitadas activas: amarillentas o marrones y blandas al tacto.
 - Lesiones cavitadas inactivas: oscuras y duras al tacto. A menudo lisas.
 - Lesiones ocultas sin cavidad visible: esmalte opaco y tinte grisáceo.⁴⁴
- Superficies libres. Vestibulares y palatinas o linguales

Cuando aparecen indican un alto riesgo de caries, la lesión en el esmalte puede ser activa, en cuyo caso es rugosa, opaca, blanquecina y con pérdida de translucidez y brillo, o detenida, la cual tiene el mismo aspecto, pero al tacto es lisa, dura y brillante. Las lesiones cavitadas en dentina

tienen un color marrón. Al tacto son blandas si la lesión es activa o duras cuando se inactivan.

- Superficies Proximales

Las lesiones suelen ser paralelas al margen gingival en dirección bucal y lingual y por debajo del punto de contacto. La apariencia de las lesiones es parecida a la descrita en superficies libres, aunque es muy frecuente ver lesiones de caries dental inactivas cuando se ha perdido el diente adyacente. En esta localización, cuando no falta ningún diente, la detección visual es a veces muy difícil y es necesario utilizar métodos de diagnósticos auxiliares como la radiografía de aleta de mordida y la transiluminación con fibra óptica.

- Superficies Radiculares

Se suelen localizar a lo largo del margen gingival en la unión amelocementaria. El diagnóstico es visual y táctil y los signos clínicos principales son el color y la dureza. Las lesiones activas son blandas y de apariencia amarillenta o marrón claro. Las inactivas son duras y varían entre marrón oscuro y negro.^{36, 44}

b. Criterios ICDAS II, sobre caries (Internacional Caries Detection and Assessment System) es un nuevo sistema internacional de detección y diagnóstico de la caries dental. Su objetivo ha sido desarrollar un método fundamentalmente visual para la detección de la caries dental, en fase tan temprana como fuera posible, y que además detectara la gravedad y el

nivel de actividad de la misma. De igual forma alcanzar un consenso en los criterios clínicos de detección de caries entre expertos en cariología, investigación clínica, odontología restauradora, odontopediatría, salud pública y ciencias biológicas.⁴⁴

Los códigos de detección del ICDAS para caries de corona oscilan entre 0 (salud dental) y 6 (cavitación extensa) dependiendo de la severidad de la lesión. Las características y actividad de las lesiones, según estos criterios, incluyen el color de los dientes, desde el blanco hasta el amarillento, el aspecto sin brillo y opacidad; sensación de rugosidad al desplazar lentamente el cabezal del explorador; el hallazgo de áreas de estancamiento de placa y áreas con huecos o fisuras, cerca del borde gingival o por debajo del punto de contacto.

Hay pequeñas variaciones entre los signos visuales asociados a cada código dependiendo de un número de factores que incluyen: las características de la superficie (fosas y fisuras contra superficies lisas libres), si existen dientes adyacentes (superficies mesial y distal) y si la caries se relaciona o no con una restauración o un sellador.

Por consiguiente, hay un descriptivo particular y detallada en situaciones: Fosas y fisuras, superficies proximales, superficies libres y caries asociada a restauración o selladores.^{36, 44}

Así mismo, se ha desarrollado un código para la caries de raíz (E, 0, 1 y 2) aunque no con tantos grados de gravedad. El examen comienza con el

diente húmedo, aunque para completarlo se debe estar limpio y secarse de forma prolongada durante 5 segundos ya que algunos estadios de desmineralización son mucho más evidentes con el diente seco. La sonda no siempre es imprescindible. Se usa para localizar la rugosidad de la superficie. Un adiestramiento adecuado es elemental para que el método sea válido y fiable.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
0	<i>Sano</i>
1	<i>Cambio visual inicial en esmalte. Sólo posible verlo después de secar de forma prolongada el diente (5 sg) o restringido a los confines de la fosa o fisura</i>
2	<i>Cambio distintivo visual en esmalte sin secar</i>
3	<i>Esmalte fracturado de forma localizada (sin signos visuales de afectación de dentina)</i>
4	<i>Sombra oscura de la dentina por debajo del esmalte</i>
5	<i>Cavidad distintiva con dentina visible</i>
6	<i>Extensa cavidad con dentina visible</i>

Este tipo de diagnóstico ayuda a reconocer la caries dental en estadios tempranos, siendo útil para monitorizar la progresión de las lesiones.⁴⁴

2.2.2.3 Remoción de caries dental

Radica en la eliminación completa del tejido cariado ya sea en esmalte como en dentina. La dentina a diferencia del esmalte, es un tejido vital y más dinámico, características que le permiten alterar su microestructura como composición frente a múltiples procesos fisiológicos (edad, atricción), como patologías tales como la erosión, abrasión y la caries.⁴⁴ De aquí parte la importancia de conocer las capas de dentina que se forma una vez que la caries ha llegado a dentina, las cuales mencionaremos a continuación:

- Dentina infectada

Es una capa superficial que está severamente descalcificada y no se puede remineralizar fisiológicamente. Se caracteriza porque su estructura histológica está completamente dañada. Los túbulos dentinarios están desorganizados y su interior se encuentra ocupado por bacterias. Debido al proceso de desmineralización producto de la caries, desaparece la dentina peritubular y el diámetro tubular aumenta.

Las bacterias van invadiendo la dentina intertubular, de modo que posibilita que se unan los túbulos unos con otros dando lugar a la formación de áreas de necrosis.⁴⁴ Junto a los túbulos llenos de bacterias se observan túbulos vacíos en cuyo interior hay cristales granulares sueltos.

En la dentina intertubular se observa una desmineralización severa, las fibras de colágeno quedan expuestas total o parcialmente y están desnaturalizadas.

Esta dentina debe ser extirpada clínicamente puesto que, no hay procesos odontoblásticos vivos y las fibras colágenas están irreversiblemente dañadas, por lo que no se puede remineralizar fisiológicamente.⁴⁴

- Dentina afectada

Esta capa se puede dividir a su vez en tres áreas:

- Capa túrbida:

En esta capa los procesos odontoblasticos se encuentran presentes y vivos. La dentina peritubular es evidente y, aunque la dentina intertubular está desmineralizada, las fibras colágenas no están desnaturalizadas y presentan sus bandas características.⁴⁴

- Capa transparente:

En esta capa la dentina intertubular está también desmineralizada parcialmente. La característica más importante de esta capa es que los túbulos dentinarios están llenos de cristales de whitloquita. Estos cristales son de gran tamaño y son más resistentes al ataque ácido. Esta esclerosis tubular es la responsable de su aspecto transparente o traslúcido.⁴⁴

- Capa sub-transparente

Esta capa no es más que una zona de transición entre la capa transparente y la dentina sana subyacente, por lo que encontramos menos calcificaciones intratubulares y más áreas de dentina no afectada.^{36,44}

a. Tipos de remoción de caries dental

1. Remoción mecánica

Consiste en la eliminación de la caries dental, de manera mecánica empleando tanto instrumental rotatorio mecánico (pieza de mano de alta y baja velocidad) como también de forma manual mediante el empleo de instrumental basado en la excavación y eliminación de caries.^{36,44}

- Remoción mecánico manual

Se basa en excavar y eliminar las caries dentinarias cavitadas utilizando únicamente instrumental manual, y no material rotatorio, para posteriormente obturar la cavidad con un material restaurador adhesivo, ionómero de vidrio, y a la vez se sellan las fosas y fisuras existentes en la misma superficie dentaria.⁴⁵ Se presenta así, como un tratamiento completo de la caries en el que además de restaurarse la lesión dentinaria (restauración), también se van a sellar los surcos y fisuras con alto riesgo de desarrollar caries (prevención). Los instrumentos y materiales que se necesitan para llevar a cabo básicamente, son: espejo bucal, sonda exploradora de punta roma, pinzas de algodón, curetas de dentina pequeño y mediano, hachuela para esmalte, espátula, torundas pequeñas de algodón, matrices de acetato, cuñas, porta matriz, matriz transparente (cinta celuloide), matriz metálica, instrumentos plásticos para aplicar el material de obturación,

instrumento de tallado y acabado, vaselina, acondicionador y uso de material adhesivo como el ionómero de vidrio o resina. Es importante que los instrumentos de corte manual estén perfectamente afilados, puesto que se ejerce una considerable presión en las estructuras dentales.⁴⁵

- Remoción mecánico rotatorio

En este tipo de remoción de caries, se utiliza instrumentos cortantes rotatorios (fresas e instrumentos abrasivos y uso de piezas de mano de baja y alta velocidad) la velocidad de las piezas de mano de alta velocidad es fija y a presión constante, y varía entre 250 000 y 500 000 rpm., a diferencia de los instrumentos rotatorios de baja velocidad que solo pueden llegar hasta 30 000 rpm., los factores que se deben tener en cuenta para el uso de estos dispositivos incluyen la vibración y sus efectos tales como el constante calor friccional, vibración, ruidos, daño en los ojos.⁴⁶

2. Remoción químico mecánica

La remoción química y mecánica de la caries es una técnica no invasiva para la extracción de tejido cariado, que consiste en la aplicación de un agente químico sobre la dentina infectada, que nos ayudará en la extracción de la caries. Este proceso implica apenas la extracción del tejido infectado, preservando las estructuras dentales sanas y consecuentemente no causando irritación pulpar e incomodidad al paciente.⁴⁷

3. Remoción por fotoabrasión

Este método utiliza micropartículas (óxido de aluminio) mezclado con aire a presión, que consiste en remover áreas infectadas del diente, muy parecido al aire abrasivo que remueve óxidos de acero, elimina la vibración y el ruido comparado con las perforadoras regulares. Una vez que el tejido infectado ha sido removido, el diente es obturado.⁴⁵

La técnica de microabrasión puede ser considerada un tratamiento alternativo, o por lo menos coadyuvante, en el tratamiento de la caries dental; puede ser utilizada en casos de fluorosis, hipoplasia de esmalte o manchas blancas de caries inactivas. Esta técnica presenta resultados estéticos excelentes, además de ser de muy fácil aplicación. Se ha demostrado que es bien tolerada por los pacientes pediátricos.⁴⁵

4. Remoción por láser

El láser es un haz de luz de gran intensidad y concentración puntual, capaz de remover selectivamente el tejido dentario afectado sin afectar al tejido sano. El sistema láser permite hacer cortes precisos y en la mayoría de los casos sin la necesidad de usar anestesia. Láser dental es un procedimiento muy seguro tanto para niños como adultos. El láser se puede usar tanto para tejido duro (dientes) como para tejidos blandos (encías). El láser se usa para la eliminación de tejido dañado y preparación de caries. El uso del láser nos permite una eliminación más precisa del tejido dañado, que permite conservar la estructura de la pieza dental. El láser puede incrementar la resistencia del esmalte al

avance del proceso carioso, puede diagnosticar incipientes pérdidas de sustancia inorgánica en la superficie del esmalte y con él se pueden preparar cavidades con destino a la operatoria adhesiva, sin dolor y sin anestesia en la mayoría de los casos. A diferencia del uso de la fresa el láser no produce calor o vibraciones. ⁴⁵

2.2.2.4 Prevención de caries dental

Prevenir es anticiparse, adelantarse, actuar para evitar que ocurra algo que no queremos que pase, en este caso, la aparición de caries dental; así mismo prevenir es intentar evitar que el problema vaya agudizarse, ayudar a las personas a recibir tratamiento para superar el proceso o enfermedad que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y a causa del desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, que pueda dar como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de los tejidos duros.⁴¹ La intervención oportuna como parte de la prevención conlleva a evitar el proceso de destrucción del diente y la progresión del daño tisular. La prevención tiene como principal objetivo la reducción del riesgo de una enfermedad específica.

La prevención se describe en tres niveles: primario, secundario y terciario:³⁹

- La prevención primaria de la caries previene la ocurrencia de lesiones nuevas de caries.

- La prevención secundaria de la caries es la detección y la intervención temprana para detener lesiones tempranas de la caries.
- La prevención terciaria de la caries, comprende la restauración de cavidades para prevenir la destrucción adicional, eventualmente originando la pérdida del diente.

Un principio importante para la prevención es la comprensión de la causalidad. En epidemiología, una causa se define como un factor que influye en el riesgo o en la enfermedad, y los factores causales se organizan frecuentemente en lo que los epidemiólogos conocen como “redes de causalidad”. Este concepto se ha utilizado recientemente como modelo para entender la caries dental,⁴² las causas de las caries dentales del niño se pueden identificar en diversos niveles:

- En la superficie del diente, donde una interacción compleja toma lugar entre los factores del anfitrión, la dieta y el biofilm.
- En la interacción entre los miembros de la familia.
- En las condiciones de vida de los niños y su familia.

Esta comprensión ha dado lugar al concepto de los factores causales. Los factores causales en la superficie dental, son los que se activan cerca de donde la lesión de la caries es observada, es decir, en la superficie del diente; mientras que existen otros factores que afectan las condiciones de vida de la familia. Es importante subrayar cuál es la responsabilidad de los

odontopediatras: tratar de reducir los factores causales de las caries dentales en todos los niveles. Esto significa la comprensión y estar interesado en la promoción de la salud para mejorar las condiciones y la salud de los niños, así como usar todos los métodos posibles de prevención para advertir la ocurrencia de nuevas lesiones de caries, detectar y detener las lesiones iniciales tempranas.

La prevención de la enfermedad se puede hacer mediante acciones a tres niveles:

a. Transmisión del agente infeccioso (bacterias). La educación de la población para hacerla responsable de la posibilidad de infección o reinfección con el cepillo o saliva entre miembros de una familia al compartir utensilios y caricias como el beso.

b. Eliminando o disminuyendo el agente infeccioso: Por medios:

mecánicos: Higiene dentaria mediante cepillado e hilo dental.

Control de dieta: Control del consumo de azúcares y conservación de los dientes limpios en caso de ingerir alimentos entre comidas, ya que de azúcar se alimentan las bacterias.

Métodos de control químico: antimicrobianos o sustancias químicas que destruyen los microorganismos de la placa bacteriana. Utilizando enjuagatorios.

c. Protección de la persona.

Sellantes: Método de protección que se consigue cubriendo el diente con un material plástico delgado

Flúor: al estar en contacto con la superficie del diente este se endurece y se hace resistente a la acción de los ácidos que generan la caries dental.

Se pueden administrar de distintas formas: pastas dentales, localmente, barnices y por vía de consumo oral (tabletas, agua potable).⁴²

El resultado final de la prevención de la caries dental, la cavitación o la detención de una lesión cariosa, está determinado por la búsqueda oportuna del equilibrio dinámico entre los factores patológicos que conllevan a la desmineralización y los factores de protección que llevan a la remineralización. Los factores patogénicos incluyen bacterias acidogénicas (*Streptococcus mutans* y lactobacilos), la disfunción salival y la frecuencia de la ingesta de hidratos de carbono fermentables de la dieta. Los factores de protección incluyen el flujo salival, la mayoría de los componentes de la saliva tales como: el calcio, fosfato, fluoruro, proteínas protectoras y sustancias antibacterianas como la lisozima. Y sustancias exógenas como la clorhexidina, los fluoruros en sus diversas aplicaciones, el uso de la goma de mascar que estimula la función salival, la aplicación de selladores y una dieta no cariogénica.

El esquema propuesto por Featherstone en el 2000, demuestra el equilibrio entre los factores y se le conoce como “balance de la caries”. El equilibrio dinámico entre la desmineralización y la remineralización determinará el

resultado final de la enfermedad; no obstante, la intervención en el proceso de la caries puede ocurrir en cualquier etapa, ya sea naturalmente o por la mediación de algún procedimiento o tratamiento. Se debe destacar que, desde este punto de vista, la enfermedad es reversible si se detecta a tiempo, y dado que la desmineralización se puede detectar en las primeras etapas, como lesiones iniciales o incipientes, antes de la cavitación franca, es esencial evitar la formación de esta última, lo que no necesariamente compromete una intervención quirúrgica (fresa y pieza de mano), sino la implementación de acciones odontológicas no invasivas con base en tratamientos farmacológicos.

El reconocer a las lesiones que produce la caries como el resultado de los procesos de desmineralización y remineralización, cuando se conjugan con mayor peso los factores patológicos, hace imperativo establecer diagnósticos tempranos y estimar el riesgo del paciente para proponer de manera individualizada tratamientos no invasivos como la aplicación de fluoruros en intervalos de tiempo variables, dependiendo del riesgo del paciente, asimismo la aplicación y verificación de la utilización de otros agentes o terapias no basadas en flúor que deberán usarse como adyuvantes de las estrategias preventivas primarias de caries.^{41,42}

La caries dental se puede formar en cualquier superficie dentaria, que esté en la boca y presente en su superficie la placa bacteriana. Si bien es cierto que, la caries dental es una enfermedad multifactorial, esta se fundamenta en las características e interrelaciones de los llamados factores básicos, etiológicos, primarios o principales: huésped, dieta y microorganismos.⁴² Ciertos autores,

destacan que existen factores moduladores, los cuales contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y la evolución de las lesiones de caries dental, entre ellos se encuentran: edad, tiempo, salud general, fluoruros, nivel socioeconómico, grado de instrucción, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento. Los microorganismos, los carbohidratos fermentables y las alteraciones estructurales de los dientes, sumado a una susceptibilidad marcada del huésped, son factores que interactúan en la aparición de lesiones cariosas.⁴³

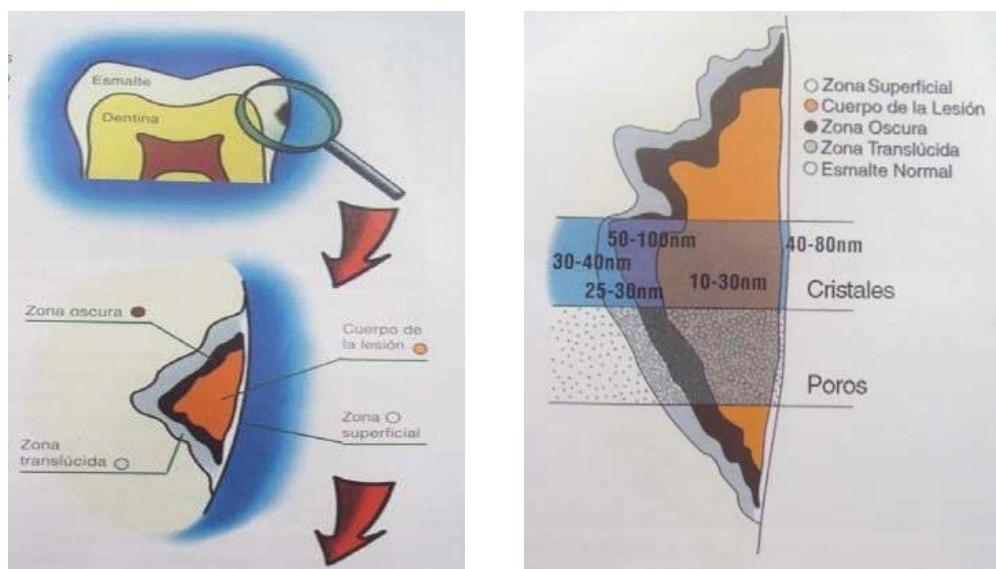


FIGURA A: Henostroza Haro, Gilberto. Diagnóstico de caries dental. 2007. Editorial Ripano. 2da edición. Págs. 30 - 32

Por lo que la intervención preventiva debe estar orientada a proteger que la caries dental no abarque o infecte las cuatro superficies, que deben ser atendidas de manera particular, estas son: la capa externa, la zona traslúcida, la zona opaca, la zona del cuerpo de la lesión.²³

- **Zona superficial aprismática o capa de Darling**

Es una franja permeable a la entrada de los productos bacterianos, principalmente a los ácidos. Presenta un grosor de 20 a 40 μm , una porosidad del 5% y una pérdida de minerales de la zona superficial en torno de un 5%. Esta banda aparece relativamente intacta, en comparación con la gran porosidad y desmineralización que presenta el plano inferior, denominado zona sub-superficial o cuerpo de la lesión.²³

La mayor resistencia de la zona superficial se debe a los siguientes factores:

- La mayor densidad del esmalte superficial como consecuencia del proceso de maduración.
- Mayor contenido de fluoruros, lo que le suministra más resistencia a la acción disolvente de los ácidos.
- La posibilidad de remineralizar los cristales (recristalizar minerales), favorecido por la presencia de sales minerales en la saliva y fluoruros
- La función protectora de la saliva y la película adquirida que tienden a disminuir la solubilidad del esmalte superficial.²³

- **Cuerpo de la Lesión o zona sub-superficial**

Ocupa la mayor parte de la lesión del esmalte, se extiende por debajo de la zona superficial o capa de Darling hasta la zona oscura. En esta zona, la desmineralización es mucho más rápida, incrementa la solubilidad de los cristales y también la porosidad. En el centro su porosidad alcanza un 25% o más y la pérdida de mineral es la más alta, entre un 18 y 50%.²³

- **Zona oscura**

Es una banda ubicada por debajo del cuerpo de la lesión. Presenta una porosidad de 2 a 4% de su volumen y una pérdida de minerales de 5 a 8%

- **Zona traslúcida**

Se ubica en la zona más profunda de la lesión, que corresponde al frente de avance o de ataque interno. Esta zona es más porosa que el esmalte sano, siendo su porosidad de un 1% en contraste con el 0,1% del esmalte no afectado. Presenta pérdida de mineral de 1,0 a 1,5%.²³

2.2.3 HIGIENE ORAL

La higiene es una de las principales formas de preservar nuestra salud. Dentro de la higiene diaria no debemos olvidar el cuidado de nuestra boca durante todas las etapas de la vida, ya que la falta de ésta podría acarrear múltiples enfermedades.

La higiene oral es el acto por el cual se eliminan grandes cantidades de restos de alimentos y placa bacteriana.⁵⁴ Frecuentemente se encuentran restos calcificados a nivel supra y subgingival de la superficie dental en las que el cepillado no ha llegado o por la mala realización del cepillado, por el contrario, donde la higiene oral es satisfactoria es raro encontrar cálculos dentales.

La higiene oral es un factor importante para la prevención de la enfermedad que ataca a los tejidos de sostén y protección del diente.⁵⁰

La higiene oral debe ser iniciada antes de la erupción de los dientes con un paño o gasa húmeda para hacer el campo más limpio, así como acostumbrar al niño a la manipulación de su boca.¹⁸ La limpieza de los dientes debe ser principalmente en la noche después de la última succión mamaria. El Consejo de la Asociación Dental Americana de Asuntos Científicos (CSA) está actualizando su orientación a los cuidadores que deben cepillar los dientes de sus hijos con pasta dental con flúor tan pronto como el primer diente aparezca. Esta nueva orientación se expande el uso de pasta dental con flúor para los niños pequeños. El CSA recomienda que los padres unten un poco de pasta dental con flúor (o una cantidad aproximadamente del tamaño de un grano de arroz) para niños menores de 3 años de edad. Y para los niños de 3 a 6 años de edad una cantidad del tamaño de un guisante⁵⁶. Los niños de ocho y más años deberían usar una pasta con flúor y un cepillo dental que este diseñado para una compleja mezcla de diferentes tamaños de dientes temporales y permanentes.

2.2.3.1 Cepillado dental

El cepillado de los dientes se realiza para eliminar los restos que quedan en la boca tras las comidas, pero sobre todo para deshacerse de la placa dental bacteriana. La limpieza se debe realizar después de cada comida y siempre antes de dormir y debe empezar con la erupción del primer diente. Puede requerir entre tres y cuatro minutos.⁵⁴

Está demostrado que el cepillado de los dientes disminuye el número de gérmenes orales, sobre todo cuando se hace después de cada comida, el cepillado también elimina grandes cantidades de restos alimentarios y de material de la placa dental.⁴⁹ Es necesario utilizar una correcta técnica de cepillado. Existen varias técnicas de cepillado, pero no existe una técnica de cepillado que sea adecuada para todas las personas, ya que ésta viene determinada por morfología de la dentición, destreza manual del paciente, etc. La técnica de cepillado recomendada es aquella que permite la eliminación del *biofilm* oral de una forma cómoda, en un tiempo adecuado y sin causar ningún tipo de lesión en los tejidos.

Independientemente de la técnica de cepillado que se adopte en niños pequeños con poca habilidad manual, se recomienda un posicionamiento entre el niño y la madre, llamado la posición de Starkey.⁵⁶

Posición de Starkey. El niño permanece de pie al frente y de espalda a la madre o la persona que ejecuta el cepillado apoyando la cabeza contra ella.

Diferentes técnicas de cepillado para niños:

- **Técnica de Fones.** Indicada en niños en edad preescolar, se realizan movimientos circulares sobre las superficies vestibulares, linguales o palatinas de los dientes y en las caras oclusales e incisales se realizan movimientos anteroposteriores. Se recomienda que el niño o la madre sujeten el cepillo firmemente y realicen movimientos circulares de un lado a otro de la hemiarcada. La limpieza por la zona vestibular facilita que el niño

permanezca con la boca cerrada, evite que ingiera crema dental. Los movimientos circulares deben ser realizados 15 veces por área con el propósito de remover la placa bacteriana.

- **Técnica de Stillman modificado.** Se coloca el cepillo en la región mucogingival, con los filamentos del cepillo apoyado lateralmente sobre la encía. Se realizan movimientos vibratorios y desplazamiento del cepillo sobre la superficie dentaria, proporcionando a la técnica no sólo eficacia en la remoción mecánica de placa bacteriana, sino también masaje gingival. El movimiento debe ser repetido de 20 a 25 veces en cada grupo dentario a ser cepillado. La región de los caninos, debido a su posición sobresaliente por la curvatura del arco, debe recibir una atención especial, el cepillo dental debe ser colocado adecuadamente para no dañar la encía. La cara oclusal (superficies molares) debe ser higienizada con movimientos anteros posteriores.

- **Técnica de Bass.** Indicado en odontopediatría sólo en pacientes portadores de aparatos de ortodoncia fija. Se recomienda que los filamentos del cepillo dental sean colocados directamente sobre el surco gingival, formando un ángulo de 45°, con relación al eje del diente, con el cepillo dental en esta posición serán ejecutados movimientos vibratorios de pequeña amplitud.

Cuando ya completan la dentición adulta la técnica de Bass modificada es considerada la más eficiente, ya que ésta permite eliminar las bacterias que se encuentran en el margen gingival, causantes de las enfermedades de las

enciás. Esta técnica consiste en inclinar el cepillo 45° grados entre diente y encía, de manera que los filamentos estén en contacto con el margen encía-diente y abarquen dos o tres dientes. Conviene hacer movimientos muy pequeños de vibración o circulares con el mango sin presión y sin que los filamentos se lleguen a desplazar de su posición en la encía. En los dientes anteriores, por la cara lingual, se debe realizar con el cepillo colocado verticalmente.

Al elegir nuestro cepillo es mejor que el tamaño del cabezal no sea muy grande y que los filamentos sean medios o suaves, para adaptarse mejor a la anatomía dental y no ser abrasivos. El cepillo se debe cambiar aproximadamente cada 3 meses, esto dependerá de su desgaste. Un cepillo desgastado no realiza una adecuada eliminación de *biofilm* oral, además puede lastimar las encías.

Realizar la limpieza lingual. Existen limpiadores o raspadores linguales especiales que facilitan este trabajo. Se debe limpiar la lengua con un movimiento desde atrás hacia delante para arrastrar los restos de comida, células descamadas, mucosidades, bacterias, etc.

2.2.3.2 Uso del hilo dental

Para limpiar los espacios interproximales, utilizaremos las sedas o cintas dentales o, si los espacios son amplios, cepillos interproximales de diferentes tamaños. Es muy importante limpiar estas zonas al menos una vez al día, ya que representan un 40% de las superficies dentales. Por lo tanto, si no usamos

la seda dental o los cepillos interproximales, estamos dejando sin limpiar casi la mitad de la boca.

Modo de empleo: Se toma aproximadamente 45 cms. de hilo dental, se enrolla la mayor parte del hilo en el dedo medio de una mano, y el resto en el mismo dedo de la otra mano, dejando libre 20 cms entre los dedos de ambas manos. Se pasa el hilo por los pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cms. Se desliza el hilo entre cada dos dientes, introduciéndolo suavemente, sin movimientos de vaivén, a través del punto de contacto, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente. Se repite esta operación en todos los dientes.⁴⁹

2.2.3.3 Flúor

El flúor es importante para el desarrollo de los dientes y su dosis terapéutica es de 0.05 mg/kg de peso corporal.¹⁸

Desde 1940 se ha venido utilizando el flúor como una medida de prevención en salud oral y se ha visto el beneficio que éste ha producido en muchas personas.

El efecto del flúor en la disminución de la caries, luego de erupcionados los dientes, se debe a la aplicación en formas tópicas de flúor, como son los geles, cremas dentales, enjuagues, barnices, etc., sumado a la presencia de flúor en agua o alimentos (sal).

El mecanismo cariostático del flúor se ha atribuido a varios mecanismos:

- Sobre las bacterias de la placa bacteria.

- Directamente sobre el diente: disminuyendo la solubilidad del esmalte, inhibiendo la disolución mineral del esmalte y favoreciendo la remineralización.⁵⁵

Como regla general, la exposición al fluoruro cuando mayor sea el reto cariogénico, más intenso debe ser el tratamiento del fluoruro. ⁽⁵³⁾ Al instaurar pautas de aplicación de fluoruros a niños pequeños, es importante considerar la viabilidad, el riesgo de fluorosis y el riesgo de caries del individuo.

Vehículos de administración de flúor:

Fluoración de aguas: La fluoración del agua comunitaria continúa siendo la base de los programas preventivos de salud pública oral. Su inocuidad y eficacia han sido ampliamente documentadas. Este es todavía el método con mejor relación de costo efectividad en prevención de caries. Por otra parte, el efecto tópico de la ingestión repetida a lo largo del día de agua fluorada se añadiría a su efecto sistémico. Dependiendo de la temperatura media anual, la concentración óptima de fluoruro en las aguas de abastecimientos públicos aceptada por la OMS oscila entre los 0,7 y 1,2 mg/l. La única limitación para su uso es contar con una red de abastecimiento especializada. Hasta el momento no ha sido posible establecer ningún vínculo entre el flúor utilizado a las dosis recomendadas y condiciones médicas adversas.⁵⁷

Flúor tópico: El flúor tópico es considerado actualmente por la OMS como un procedimiento seguro y eficaz para reducir la caries dental. Se trata de productos de elevada concentración de fluoruros que, por sus características,

deben ser administrados en consultorios dentales o por profesionales de la odontología. Esto hace que sólo presenten una buena relación costo-eficacia en grupos de población de alto riesgo de caries y especialmente en niños en periodo de erupción dental, pacientes irradiados o minusválidos que no dominan la técnica del cepillado o de los enjuagues. El flúor tópico en el ámbito profesional, se puede aplicar como:

Geles: en solución de 1,23% con un pH entre 3 y 4, que, por ser acidulado, permite un rápida y profunda captación del ion flúor por el esmalte dentario, se aplica en cubetas y está contraindicado en niños muy pequeños por riesgo de ingesta excesiva involuntaria, una alternativa es su uso con hisopos, controlando la cantidad de flúor administrado, según el riesgo cariogénico es aplicado cada 2, 4 o 6 meses.

Barnices con flúor: compuestos por fluoruro de silano al 0,7% o por fluoruro de sodio al 0,2%, siendo su eficacia entre 17 y 50% de reducción de caries. Es de sabor picante, desagradable para los niños.

Pastas de profilaxis Formas de liberación lenta de flúor (cápsulas, aerosoles), adhesivos ortodóncicos e iontoforesis.

Diaminofluoruro de plata: efecto cariostático, anticariogénico y antimicrobiano. Pigmenta las piezas desmineralizadas de un color oscuro (precipitado de plata). Está indicado su uso para la prevención y paralización de caries de poca profundidad, en infantes de alto riesgo y conducta difícil.

Cada uno de ellos presenta unas ventajas, unas técnicas de aplicación y unas indicaciones específicas. La frecuencia de aplicación es anual o semestral, aunque puede ser mayor en casos de alto riesgo.

Flúor de autoaplicación: Los programas de autoaplicación son mucho más económicos que los métodos de aplicación profesional y a nivel individual alcanzan similar eficacia, con la ventaja añadida de crear un hábito en el paciente. El flúor mediante este método se puede aplicar en forma de: dentífricos, colutorios, seda dental y chicles.

Dentífricos fluorados: el nivel máximo de flúor en la pasta dentífrica recomendado en Europa es de 1500 ppm por lo que la concentración más utilizada es al 0,1% (100mg de F EN 100 g de pasta = 1000 ppm). Algunas utilizan su fórmula de Monofluorofosfato (MFP) o fluoruro de sodio (FNa). Su aplicación no debe ser mayor al tamaño de una arveja para niños pequeños, ya que puede ser vehículo por el cual se puede producir fluorosis dental o intoxicación por ingesta excesiva. Las ventajas son su efectividad (entre 20-30 % de reducción de caries) y el hecho de conseguir con una actividad, tres objetivos: eliminación de la placa bacteriana, administración de flúor y crear hábito de higiene bucodental.

Colutorios: son un método de aplicación de flúor ampliamente utilizado, tanto en programas comunitarios (instituciones educativas) como a nivel individual. La frecuencia de aplicación puede ser diaria (fluoruro de sodio al 0,05% o 230 ppm) o semanal (fluoruro de sodio al 0,2% ó 900 ppm). Su uso es

contraindicado en menores de 6 años, pues aún no controlan el reflejo de deglución. Es un método económico y de aplicación simple, con enjuagues de un minuto, siendo el momento más conveniente tras el cepillado nocturno con un dentífrico fluorado.⁵⁷

2.2.3.4 Índice de higiene oral

Fue desarrollado por Green y Vermillon en 1960 y se compone de dos partes: un *Índice de Restos (IR)* y un *Índice de Tártaro (IT)*. Para cada uno de estos dos componentes se registran doce mediciones, una para la superficie lingual y otra para la vestibular de cada uno de los tres segmentos, uno anterior y dos posteriores, de cada arcada. Los segmentos posteriores incluyen los dientes hacia distal de los caninos y los segmentos anteriores los incisivos y los caninos. El puntaje se basa en la superficie de un segmento en particular con la mayor cantidad de detritus, que se determina deslizando un explorador por las partes laterales de los dientes para ver cuánto detritus se remueve, o en la superficie con mayor cantidad de tártaro, que se determina por inspección visual o por sondaje con un explorador.⁵²

Puntajes y criterios para el Índice de Restos:

PUNTAJE Criterio

0 Ausencia de restos o pigmentación

- 1 Restos blandos que no cubran más de un tercio de la superficie dentaria en examen o presencia de pigmentación extrínseca sin restos, cualquiera que sea la superficie cubierta.
- 2 Restos blandos que cubran más de un tercio, pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.
- 3 Restos blandos que cubran más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta

Puntajes y criterios para el Índice de Tártaro:

PUNTAJE Criterio

- 0 Ausencia de tártaro.
- 1 Tártaro supragingival que cubra no más de un tercio de la superficie dentaria en examen.
- 2 Tártaro supragingival que cubra más de un tercio, pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta o presencia de puntos aislados con tártaro subgingival alrededor de las zonas gingivales de los dientes.
- 3 Tártaro supragingival que cubra más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta o banda continua y espesa de tártaro subgingival alrededor de las zonas gingivales de los dientes

Así en la determinación de los índices de restos o tártaro, cada puntaje fluctúa entre 0 y 3. La suma de los 12 puntajes oscila por tanto entre 0 y

36. La suma de los 12 puntajes se divide por 6 si los segmentos que se están evaluando son los 6 ó por el número de segmentos incluidos en la evaluación si son menos de 6. El puntaje máximo para los seis segmentos es $36/6=6$.

El Índice de Higiene Oral se determina en función de la suma de los Índices de Restos y tártaro.⁵¹

- Índice de Restos = Puntaje total de restos (0-36) / N° de segmentos evaluados (0-6)
- Índice de Tártaro = Puntaje total de tártaro (0-36) / N° de segmentos evaluados (0-6)
- Índice de Higiene Oral = Índice de restos + Índice de Tártaro

Índice de higiene oral simplificado (IHO-S)

Este índice recurre a los mismos criterios que se utilizan para el Índice de Higiene Oral. La metodología difiere fundamentalmente en lo que respecta al número y tipo de superficies que se evalúan. En esta versión simplificada solo se adjudican puntajes a seis y no a doce dientes, un diente de cada uno de los seis segmentos; además, únicamente se evalúa una superficie de cada diente. El término impreciso “restos” se usó porque no era práctico distinguir entre placa, restos y materia alba.^{50,56,57} Las superficies vestibulares a examinar son los primeros molares superiores en ambos lados, las superficies vestibulares

del incisivo central superior derecho e inferior izquierdo y las superficies linguales de los dos primeros molares inferiores.

Para obtener el índice individual de IHO-S se requiere sumar la puntuación de las piezas examinadas y dividir las entre el número de piezas analizadas (06 piezas dentarias). Una vez obtenido el resultado, se procede a determinar el grado clínico de higiene bucal:⁵⁵

Bueno	: 0,0	- 0,6
Regular	: 0,7	-1,8
Malo	: 1,9	- 3

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Conocimiento. Es un conjunto o grupo de información acumulada mediante la experiencia (vivencias), el aprendizaje o a través de la introspección.¹⁵

Nivel de conocimiento. Es la cuantificación del conocimiento por medio de una medida de los conceptos adquiridos.¹⁶

Caries Dental

Es una enfermedad infecto-contagiosa, de origen multifactorial que tiene su comienzo después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad.²¹

Causas de la Caries Dental

Es la actuación de tres factores: Flora bacteriana, Huésped (diente susceptible), adecuado substrato: azúcares; que tienen que cohabitar durante un periodo determinado para que se desarrolle la caries, sin olvidar las características inmunes propias del individuo.²³

Epidemiología

Es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.

Higiene Bucal

Son los cuidados, prácticas o técnicas utilizadas para la preservación de la salud y la prevención de las enfermedades bucales.¹⁴

Métodos de diagnóstico

Es el conjunto de procedimientos que se usan, ordenado y secuencialmente, para examinar cada pieza o superficie dentaria con la finalidad de que los resultados del estudio pueden ser verificados, mediante repetición, por otros investigadores siguiendo los mismos procedimientos.²³

Placa Bacteriana

Es una membrana blanda, viscosa que se acumula sobre la superficie dental, especialmente en la parte cervical (cuellos) de los dientes.²²

Salud

Es el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades. Es el componente principal del bienestar, es el estado de la persona humana como expresión dinámica de equilibrio de lo biológico, psicosocial y ecológico; por lo tanto, la salud es integral y no sólo la ausencia de enfermedad. La salud, constituye un derecho y al mismo tiempo una responsabilidad de todos y constituye un elemento indispensable en el desarrollo de la persona, la familia, la sociedad y el país.³³

Salud bucodental

Ausencia de dolor oro-facial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.³³

Prevención de la salud oral

Conjunto de actividades, instrumentos, disposiciones, etc., diseñados y utilizados para informar el estado de la situación de la salud oral, con el fin de reducir el posible daño que se avecina al paciente o las consecuencias posibles.¹⁴

Riesgo de Caries Dental

El riesgo puede ser definido como la probabilidad de que las personas desarrollen una enfermedad dental en un período.²¹

Experiencia de caries

Cantidad de piezas afectadas por caries dental.²¹

Índice CAOD

El índice individual CAOD resulta de la sumatoria de piezas dentarias permanentes cariadas, ausentes y obturadas en dentición permanente. El índice grupal CAOD es el promedio de los valores individuales de los integrantes un grupo determinado.^{36,44}

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivada

Hipótesis principal

Existe relación directa y significativa entre la higiene bucal de los niños y los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, en el semestre 2016-II.

Hipótesis específicas

- a. Existe una relación directa entre el conocimiento de los padres sobre medidas preventivas y la higiene bucal de los niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.
- b. Existe relación directa entre el conocimiento de los padres sobre enfermedades bucales y la higiene bucal de los niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.
- c. Existe una relación significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

3.2 Variables dimensiones e indicadores y definición operacional

Definición conceptual

a. Variable Independiente: Conocimiento de los padres sobre prevención de caries dental

La definición más simple del conocimiento nos habla de obtener información acerca de un objeto, en este caso sobre prevención de caries dental, que es el acto anticipado que no permite la presencia de esta enfermedad infecciosa, transmisible y que promueve la destrucción progresiva de la estructura del diente, accediendo a realizar el tratamiento lo antes posible.

b. Variable Dependiente: Higiene bucal de los niños

La higiene bucal es el acto por el cual se eliminan grandes cantidades de restos de alimentos y placa bacteriana⁵⁴

La higiene bucal es un factor importante para la prevención de la enfermedad que ataca a los tejidos de sostén y protección del diente.⁵⁰

Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSION	SUBDIMENSION	INDICADOR	ESCALA	CATEGORIA/ VALOR
VI: Conocimiento de los padres sobre prevención de caries dental	Nivel de Conocimiento	conocimiento sobre enfermedades bucales	conocimiento sobre placa dental	Ordinal	Buena Regular Deficiente
			conocimiento sobre caries		
			conocimiento sobre gingivitis y enfermedad periodontal		
		conocimiento sobre medidas preventivas	hábitos de higiene bucal		
			elementos de higiene bucal		
			Hábitos alimenticios y dieta		
			visita al dentista		
Variables interviniente: Género	Sexo		Características masculinas y femeninas	Nominal	Masculino Femenino
Variables interviniente: Grado de Instrucción	Nivel Educativo		Años de estudios realizados	Nominal	Primaria Secundaria Técnica Superior
Variables interviniente: Edad	Número de años vividos		Años vividos	Ordinal	22-26 27-31 32-36 37-41
VD: Higiene bucal de los niños	Cantidad de placa bacteriana en la superficie dental		IHOS - Green y Vermillon	Ordinal	Bueno Regular Malo

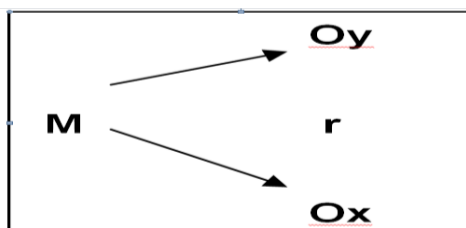
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño Metodológico

El diseño metodológico de este estudio mixto (cuali-cuantitativo), fue de tipo analítico correlacional retrospectivo de corte transversal. El carácter observacional realizado mediante el examen clínico a los niños por el responsable del estudio, tuvo como propósito conocer, describir y analizar la higiene bucal de los niños y su relación con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, en el semestre 2016-II.

La correcta identificación e interpretación de los factores de riesgo permite al profesional de la salud su enfrentamiento adecuado para lograr la conservación de la salud. En el caso de los padres los conocimientos evidenciados en la práctica diaria, es una de las primeras actividades esenciales para la atención primaria y del cumplimiento de ideales preventivos, en especial para la prevención de la caries dental.

Esta investigación tuvo como objetivo encontrar evidencias de como la variable independiente (X), se relaciona con la variable dependiente (Y):



En la que:

- M = Muestra
- X = Observación de la variable: Higiene bucal de los niños
- Y = Observaciones obtenidas de la variable: Conocimientos de los padres sobre prevención de la caries dental
- r = Indica la relación entre las variables x e y.

Nivel de Investigación

El nivel de investigación es Descriptivo, se utiliza el método de análisis logrando caracterizar el objeto de estudio, señalando características y propiedades con mayor nivel de profundidad.

4.2. Diseño muestral

La población estuvo conformada por 74 padres y 74 historias clínicas de niños atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, en el semestre 2016-II.

Criterios de inclusión

- Que sean padres de los niños atendidos en la Clínica.
- De ambos sexos.
- Padres de niños de 6 a 12 años de edad.
- Padres de niños que presentan o no diagnóstico de caries dental.
- Padres de niños que aparenten buen estado de salud física y emocional.

Criterios de exclusión

- Familiares o tutores de los niños atendidos en la clínica.
- Padres de niños de ambos sexos menores de 6 y mayores de 12 años de edad.
- Padres de niños que presenten otras patologías (síndrome de down)

4.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad.

La historia clínica es de elemental importancia en el campo de la odontología. Constituye una gran parte de nuestro material de trabajo. Se recolectan una serie de datos de los cuales se obtiene una valoración previa muy importante y necesaria para poder desarrollar un correcto plan de tratamiento curativo y preventivo. La historia clínica consta de anamnesis, exploración y pruebas complementarias.

Ha sido de gran importancia que el primer contacto entre los padres del paciente y el profesional, se desarrolle en un clima de cordialidad, en el cual se establezca una relación de confianza hacia el profesional y viceversa.

En la recolección de la información se utilizaron las siguientes técnicas como la observación de las historias clínicas de 74 niños seleccionados mediante muestreo aleatorio simple (todos tienen la misma probabilidad de ser seleccionados). Aplicación de un cuestionario a los 74 padres.

4.4 Técnicas de procesamiento de la información.

La técnica que se utilizó para la medición de las variables de la higiene bucal de los niños y su relación con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, en el semestre 2016-II, fue la encuesta a los padres, mediante el uso de un cuestionario estructurado.

La aplicación de encuestas y la observación de las partes de la historia clínica se realizaron en los ambientes de la clínica estomatológica pediátrica y el ambiente de historias clínicas de la Universidad Alas Peruanas respectivamente.

A los padres de los niños que cumplieron el criterio de inclusión se les explicó el propósito del estudio y los que estuvieron de acuerdo firmaron el consentimiento informado; protegiéndose el derecho a la confidencialidad de los padres.

El cuestionario consta de 20 preguntas de respuestas múltiples divididas en grupos para medir: la higiene bucal de los niños, los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental.

Cada pregunta tuvo varias alternativas de respuesta, de las cuales sólo una es correcta o se acerca a respuesta más acertada. Las alternativas fueron codificadas de la siguiente manera:

- Respuesta correcta: 1 punto
- Respuesta incorrecta: 0 puntos

Total: 20 puntos (La puntuación mínima fue 0 y la máxima 20)

Agrupándose el puntaje en tres categorías:

- 1ª categoría (conocimiento deficiente, de 0 a 6 puntos)
- 2ª categoría (conocimiento regular, de 7 a 13 puntos)
- 3ª categoría (conocimiento bueno de 14 a 20 puntos)

Para la validez del instrumento, se sometió a juicio de expertos.

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Para el análisis estadístico descriptivo de los datos se empleó: Distribuciones de frecuencia absoluta y relativa para la variable higiene bucal, conocimiento; es necesario señalar la importancia de contrastar el nivel de conocimiento con el comportamiento que tienen los padres de familia de los niños atendidos.

Los datos cualitativos (de la variable cualitativa) fueron analizados a través de la prueba de Chi cuadrado (X^2) y para los datos cuantitativos con el fin de establecer la dimensión de la similitud se empleó la prueba de correlación de Spearman. El procesamiento de datos se realizó mediante el programa SPSS 25.0 para Windows.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo de las tablas.

Considerando los criterios establecidos, se incluyeron en el estudio 74 padres y 74 historias clínicas de niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, con sus respectivos padres, en el semestre 2016-II.

De la relación entre la higiene oral de los niños y los conocimientos de los padres sobre prevención de caries.

Tabla N°1: HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS*NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES

		NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES			
		MAL CONOCIMIEN TO	REGULAR CONOCIMIE NTO	BUEN CONOCIMIE NTO	Total
HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS	MALA HIGIENE	8	2	1	11
	REGULAR HIGIENE	2	10	13	25
	BUENA HIGIENE	1	12	25	38
Total		11	24	39	74

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador.

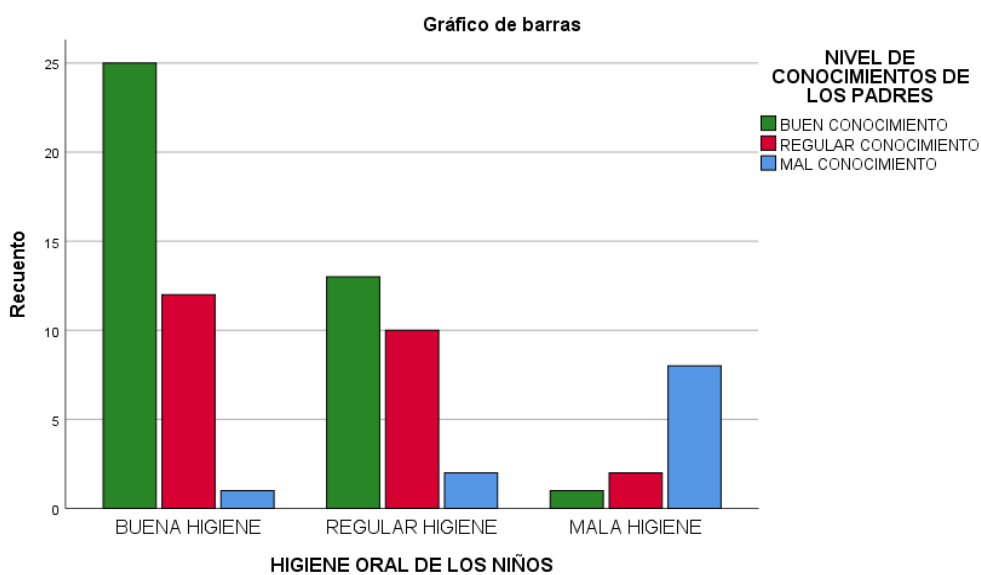
Tabla N°2: Frecuencias. Higiene oral de los niños y el nivel de conocimientos de los padres

			NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES			
			MAL CONOCIMIEN TO	REGULAR CONOCIMIEN O	BUEN CONOCIMIEN O	Total
HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS	MALA HIGIENE	Recuento	8	2	1	11
		% del total	10,8%	2,7%	1,4%	14,9%
	REGULAR HIGIENE	Recuento	2	10	13	25
		% del total	2,7%	13,5%	17,6%	33,8%
	BUENA HIGIENE	Recuento	1	12	25	38
		% del total	1,4%	16,2%	33,8%	51,4%
Total		Recuento	11	24	39	74
		% del total	14,9%	32,4%	52,7%	100,0%

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador.

Vemos que existe una directa relación entre la higiene oral y los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental.

Gráfico N°1: Higiene oral de los niños y el nivel de conocimientos de los padres



Fuente: Gráfico elaborado por el Investigador

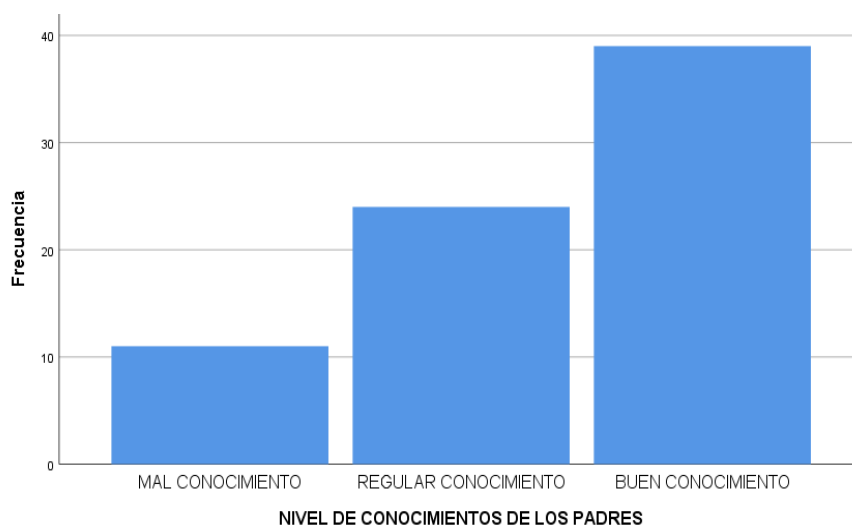
Tabla N°3: NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MAL CONOCIMIENTO	11	14,9	14,9	14,9
	REGULAR CONOCIMIENTO	24	32,4	32,4	47,3
	BUEN CONOCIMIENTO	39	52,7	52,7	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador.

Observamos que de los padres encuestados la mayoría, 39 padres (52.7%), obtuvieron una calificación de buena, por lo que se infiere que cuentan o demuestran buen conocimiento sobre prevención de caries dental. También se encontró que el 51.40% (38 niños) obtuvieron una calificación de buena, por lo que se infiere que cuentan con buena higiene oral.

Gráfico N°2: Nivel de conocimientos de los padres



Fuente: Gráfico elaborado por el Investigador

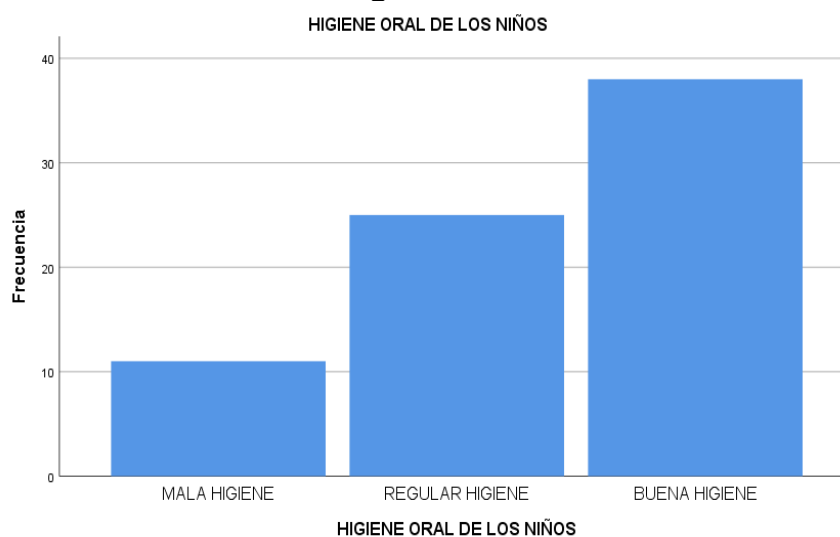
Tabla N°4: HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MALA HIGIENE	11	14,9	14,9	14,9
	REGULAR HIGIENE	25	33,8	33,8	48,6
	BUENA HIGIENE	38	51,4	51,4	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador.

Se encontró que 38 niños de padres encuestados (51.4%) obtuvieron una calificación de buena en cuanto a la higiene bucal de sus hijos, por lo que se infiere que cuentan con buena higiene oral.

Gráfico N°3: Higiene oral de los niños



Fuente: Gráfico elaborado por el Investigador

Tabla N°5: Relación entre en nivel de conocimientos de los padres y su grado de instrucción

Tabla cruzada NIVEL DE CONOCIMIENTO*GRADO DE INSTRUCCIÓN

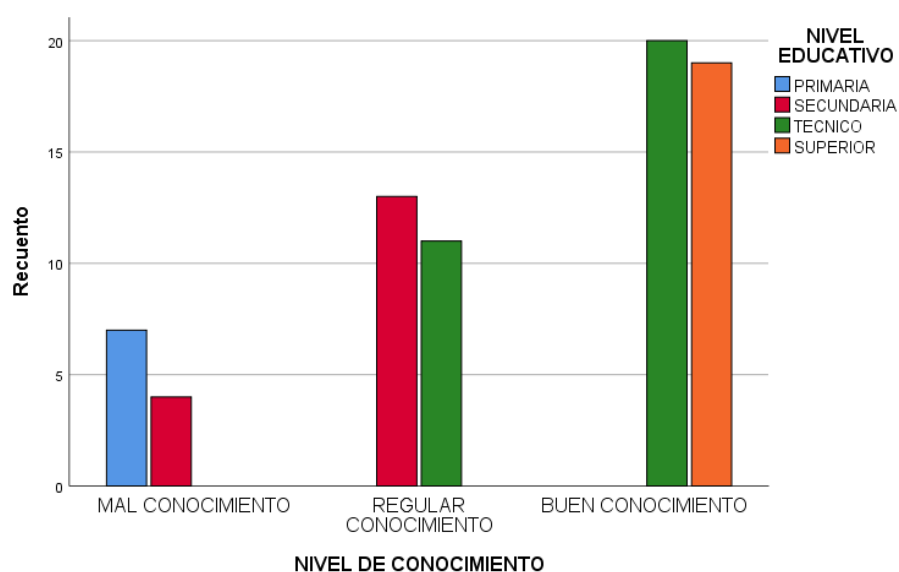
Recuento

		NIVEL EDUCATIVO				Total
		PRIMARIA	SECUNDARIA	TECNICO	SUPERIOR	
NIVEL DE CONOCIMIENTO	MAL CONOCIMIENTO	7	4	0	0	11
	REGULAR CONOCIMIENTO	0	13	11	0	24
	BUEN CONOCIMIENTO	0	0	20	19	39
Total		7	17	31	19	74

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador.

En cuanto a la relación entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción (nivel educativo) vemos que existe una relación significativamente moderada.

Gráfico N° 4: Relación entre en nivel de conocimientos de los padres y su grado de instrucción



Fuente: Gráfico elaborado por el Investigador

5.2 Análisis inferencial, pruebas estadísticas.

El análisis inferencial se realizó a través de la prueba de Chi cuadrado y correlación de Spearman (SPSS). Para establecer asociación entre la variable higiene oral con la variable conocimiento de los padres sobre prevención de caries dental se usó la prueba Chi Cuadrado y para determinar la magnitud de la relación se aplicó la prueba de correlación de Spearman (SPSS). Para establecer asociación entre conocimiento sobre salud oral de los padres con la variable experiencia de caries se usó la prueba de Correlación de Spearman, en ambos casos con un nivel de significancia del 0,05. El valor de Rho de Spearman oscila entre 0 y 1:

Entre 0,00 y 0,19	es muy baja la relación
Entre 0,20 y 0,39	es baja la relación
Entre 0,40 y 0,59	es moderada la relación
Entre 0,60 y 0,79	es buena la relación
Entre 0,80 y 1	es muy buena la relación

* Si los valores son negativos, la relación es inversa

5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.

Para la comprobación de las hipótesis se manejó la tabla de categorización, teniendo en cuenta el número de preguntas y el puntaje para cada una de ellas.

- 1ª categoría (conocimiento deficiente, de 0 a 6 puntos).
- 2ª categoría (conocimiento regular, de 7 a 13 puntos).
- 3ª categoría (conocimiento bueno de 14 a 20 puntos).

Luego de la tabulación se observó que la mayoría de los padres encuestados, el 52.70% (39 padres), obtuvieron una calificación de buena, por lo que se infiere que cuentan o demuestran buen conocimiento sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas. También se encontró que el 51.40% (38 niños) obtuvieron una calificación de buena, por lo que se infiere que cuentan con buena higiene oral.

En cuanto al conocimiento sobre salud oral, los resultados obtenidos permitieron ubicarlos en la tercera categoría; por lo que se asume que existe una relación medianamente significativa entre el nivel de conocimientos de los padres y la prevención de caries dental en niños atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

En la higiene bucal; en este caso los datos reflejan, si bien no están ubicados en la tercera categoría de bueno, considerándose en la categoría de regular (alta), aproximándose a la tercera categoría de buena. Esto permite inferenciar que existe una relación medianamente significativa entre la higiene bucal y la prevención de caries dental.

En cuanto a la calificación del grado de instrucción y su relación con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental, los datos arrojaron que existe un alto compromiso de los padres y una actitud favorable en cuanto a la atención de tratamiento o medidas para evitar el desarrollo de caries, acumulando mayor puntaje en la tercera categoría (buena); esta situación permite ratificar la hipótesis de la existencia de una relación directa y

significativa entre el nivel de conocimientos y el grado de instrucción de los padres cuyos niños de 6 a 12 años son atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

TABLA 6: PRUEBA DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN

			HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS	NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES
Rho de Spearman	HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS	Coeficiente de correlación	1,000	,442**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	74	74
	NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES	Coeficiente de correlación	,442**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	74	74

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador.

Análisis: Al realizar la prueba de Spearman (SPSS), se encontraron valores positivos dando una relación directa. Se determinó que **existe una moderada relación** ($r=0,442$) entre la higiene bucal de los niños y los conocimientos de los padres de familia sobre prevención de caries dental ($p<0,05$).

5.4 Discusión

Es importante profundizar acerca del conocimiento de los padres sobre salud oral, debido a que puede representar una relación altamente significativa en el bienestar de la salud oral no solo de ellos mismos sino básicamente en el de sus hijos. Existen estudios realizados que guardan relación con el ejecutado, caracterizados por poblaciones con iguales o similares condiciones. Tenemos el de Jiménez; Miranda; Quirós; Pérez,⁵ quienes realizaron un estudio de intervención en 50 niños de seis a trece años de edad y sus padres para conocer el grado de información sobre la salud oral y la influencia positiva o negativa de los padres hacia sus hijos, encontrando en los resultados alto conocimiento por parte de los padres, lo que permitió orientar acciones educativas en la modificación de los factores de riesgo de caries dental; encontramos similitud en los resultados obtenidos, en cuanto al conocimiento sobre salud oral, existiendo una relación significativa entre la higiene bucal de los niños y los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

Se ha sostenido que la higiene bucal es un factor determinante y/o concluyente en la formación de conductas saludables en los niños, expresados en preocupación, atención oportuna, disposición; en este caso los hallazgos encontrados permiten deducir que la relación significativa entre la higiene bucal y la prevención de caries dental en niños atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, concuerdan con los datos

presentados por González; Sierra; Morales,⁶ quienes realizaron un estudio con el objetivo de describir los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y cuidadores, arribando a la conclusión que los padres son los principales responsables de implementar hábitos orales saludables, lo que puede ser una oportunidad para promocionar hábitos higiénicos en los niños.

La caries dental, señala Henostroza,³⁵ es una enfermedad infecciosa, transmisible, dando como resultado la destrucción progresiva de la estructura del diente por bacterias patogénicas generadoras de ácido, en presencia de la azúcar encontrada en placa o biofilm dental; en los resultados del estudio destaca el conocimiento por parte de los padres de familia acerca de las bacterias que causan la caries dental; sin embargo es notorio la poca disposición de los padres frente a la prevención y/o tratamiento, cuando señalan solo la necesidad de controlar en casa que se haga buena higiene bucal como medida preventiva, desestimando la importancia de visitar oportunamente al dentista y la ingesta alimentos azucarados.

Esta tesis encontró asociación entre el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres y el índice de higiene oral de los hijos. El índice de higiene oral recogido de las historias clínicas y el nivel de conocimiento de los padres por grado de instrucción tuvo predominio de 50 padres que terminaron la secundaria lo que demuestra que el conocimiento sobre prevención de caries dental tiene relación con el grado de instrucción alcanzado por los padres de familia a diferencia de, Benavente I, 2012,⁶¹ que presento un estudio para

determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño se pudo observar que no se halló asociación significativa $p= 0,16$. Esto se puede deber a que solo se contó con las madres en su estudio a diferencia de la presente tesis que se evaluó a los apoderados que pudieron ser tanto padres como madres con quienes si se encontró asociación.

Encontramos en nuestro trabajo de investigación que, los padres de los niños atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, demuestran tener suficientes conocimientos sobre prevención de caries dental, así como Musac W, 2010,⁶² que presentó su tesis titulada Nivel de conocimiento y Actitud en relación a medidas preventivas en salud bucal de las madres de niños de 5 a 8 años de la I.E.I. "Corazón de Jesús, distrito de Belén", la muestra fue de 180 madres, que concluyó que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud en relación a las medidas preventivas en salud bucal de las madres. Por lo tanto, se deduce que el conocimiento sobre higiene bucal que poseen los padres, está relacionado con la presencia de buena higiene bucal de niños con habilidades diferentes.

También en nuestro trabajo de investigación encontramos que la higiene oral de los niños va de la mano con los conocimientos de los padres, así como Muñoz-Cabrera, W.; Mattos-Vela, M., 2015,⁹ que realizaron una investigación cuya finalidad fue definir la eficacia de la técnica educativa "Desarrollo de Habilidades" para mejorar los conocimientos de salud bucal de las madres y disminuir el índice de higiene oral en pre-escolares. Hicieron un estudio cuasi-

experimental, se aplicó un cuestionario validado sobre conocimientos de salud oral a 84 madres antes y después de la aplicación de los métodos educativos, “Desarrollo de Habilidades y Expositiva (grupo control). Las madres fueron asignadas al grupo “experimental y control” al azar. Se analizó la higiene oral de sus hijos pre-escolares al inicio, a los 30 días y a los 60 días, utilizando el índice simplificado de Greene-Vermillion. Al inicio el promedio del nivel de conocimientos de salud oral fue de 6,57 para el grupo experimental y de 6,55 para el grupo control. Después de la intervención la media del grupo experimental fue de 11,88 y del grupo control 8,48, siendo esta discrepancia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En lo concerniente a la higiene oral, las medias del índice al principio, 30 y 60 días, fueron en el grupo experimental 2,51; 1,14 y 0,73 mientras que para el grupo control fueron respectivamente 2,51; 2,02 y 1,69. Hubo diferencias estadísticamente relevantes entre los dos grupos a los 30 y 60 días ($p < 0,001$). La técnica “Desarrollo de Habilidades” comprobó ser más eficaz en el aumento del nivel de conocimientos de salud bucal de las madres y en la disminución del índice de higiene oral de pre-escolares.

Encontramos que los padres de los niños atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, demuestran tener suficientes conocimientos como para promover ciertas actitudes para el cuidado de la salud oral tanto para ellos como para su familia, siendo necesario como señala González, Giraldo, Varela, Peña, Giraldo, Orozco⁷, descubrir estrategias con las que se propicie el fomento de la motivación, de las

habilidades personales, y esta ser una tarea permanente del área de la salud bucal; fomentar un ambiente favorable que involucra estrategias innovadoras para la educación en salud, posibilitando la socialización y el fomento de hábitos bucales saludables que refuerzan el autocuidado.

En nuestro estudio se descubrió que los padres que mostraron un conocimiento sobre salud oral bueno, sus hijos tuvieron una buena higiene bucal, hallándose una correlación significativa directa entre el conocimiento de las medidas preventivas y la higiene bucal; es decir que cuanto mayor conocimiento de los padres sobre medidas preventivas, mejor y buena será la higiene bucal de sus hijos.

Los resultados nos permiten confirmar que si existe una relación significativa entre el conocimiento de los padres sobre prevención de caries dental y la higiene bucal en los niños atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

CONCLUSIONES

Luego del análisis e interpretación de los resultados, se concluye que:

La mayoría de los padres encuestados, el 52.70% (39 padres), obtuvieron una calificación de buena, por lo que se infiere que cuentan o demuestran buen conocimiento sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas. También se encontró que el 51.40% (38 niños) obtuvieron una calificación de buena, por lo que se infiere que cuentan con buena higiene oral.

En cuanto al conocimiento sobre salud oral, los resultados obtenidos permitieron ubicarlos en la tercera categoría; por lo que se asume que existe una relación medianamente significativa entre el nivel de conocimientos de los padres y la prevención de caries dental en niños atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

En la higiene bucal; en este caso los datos reflejan, si bien no están ubicados en la tercera categoría de bueno, considerándose en la categoría de regular (alta), aproximándose a la tercera categoría de buena. Esto permite inferenciar que existe una relación medianamente significativa entre la higiene bucal y la prevención de caries dental.

En cuanto a la calificación del grado de instrucción y su relación con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental, los datos arrojaron que existe un alto compromiso de los padres y una actitud favorable en cuanto a la atención de tratamiento o medidas para evitar el desarrollo de

caries, acumulando mayor puntaje en la tercera categoría (buena); esta situación permite ratificar la hipótesis de la existencia de una relación directa y significativa entre el nivel de conocimientos y el grado de instrucción de los padres cuyos niños de 6 a 12 años son atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

Análisis: Al realizar la prueba de Spearman (SPSS), se determinó que **existe una moderada relación** ($r=0,442$) entre la higiene bucal de los niños y los conocimientos de los padres de familia sobre prevención de caries dental ($p<0,05$).

RECOMENDACIONES

1. La Universidad Alas Peruanas debe desarrollar programas de prevención de caries dental y de higiene oral para los niños.
2. Capacitar a los padres de la Universidad Alas Peruanas sobre el cuidado e importancia de la higiene bucal.
3. Crear talleres educativos dirigidos a padres de familia donde aprendan sobre prevención e higiene oral, así como los tipos de enfermedades orales que les pueden afectar.
4. Preparar material educativo e informativo para los niños y padres de familia, para que puedan ser repartidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, acerca de la importancia de una lonchera saludable y sobre la caries dental.
5. Estudiar los factores de riesgo que puedan influir en la salud bucal de los pacientes.
6. Informar a los padres de familia o al apoderado de la importancia de enviar a su niño una lonchera saludable que brinde una adecuada nutrición y que, a su vez, ayude a cuidar los dientes de su niño, para así reducir el riesgo y la prevalencia de caries dental, a través de charlas educativas dirigidas a los padres.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Villalobos J, Medina E, Maupomé G, Pontigo P, Lau L, Verdugo L. Caries dental en escolares de una comunidad del noroeste de México con dentición mixta y su asociación con algunas variables clínicas, socioeconómicas y sociodemográficas. Rev Investigación CI, 2007.
2. Tascón J, Cabrera G. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. Colombia, 2005.
3. OMS. Avances recientes en salud Buco-Dental. Informe de Comité de expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos, números, 2014.
4. Núñez-Soto I. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos en la clínica Reforma de la FES Zaragoza de la UNAM, 2013.
5. Jiménez J, Miranda L, Quirós M, Pérez M. Intervención en 50 niños de seis a 13 años de edad del Consultorio # 40, área de Previsora, municipio de Camagüey, Tesis Doctoral, 2012.
6. González P, Sierra L, Morales J. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y cuidadores de hogares infantiles de Colombia, 2011.
7. González S, Giraldo M, Varela J, Peña E, Giraldo J, Orozco J. Saluteca oral con enfoque familiar: hacia una nueva orientación en educación de la salud bucal. Universidad de Antioquia. Facultad de Odontología; 2012.
8. Hernández Suárez A, Espeso Nápoles N, Reyes Obediente F, Landrian Díaz C. Promoción de salud para la prevención de caries en niños de 5 a 12 años, AMC v.13 n.6 Camagüey, 2011.
9. Muñoz-Cabrera W, y Mattos-Vela,M. Técnica Educativa para Mejorar los Conocimientos de Salud Oral de Madres y Reducir el Índice de Higiene Oral de Preescolares. Perú 2015.

10. Tovar M. Prevalencia de caries de aparición temprana en niños de 3 a 5 años y 11 meses de edad y su asociación con sus factores predisponentes en el policlínico Essalud Chincha de setiembre 2012 a febrero 2013, Lima. 2015.
11. Alegría-Agurto A. Prevalencia de caries dental en niños de 6 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica de la U.A.P utilizando los criterios de ICDAS, Lima-Perú. [Tesis para la obtención del Título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Alas Peruanas, 2010.
12. Aguilar C. et al. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados en niños atendidos en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima 2014.
13. Martínez, et al. Prevalencia de la caries dental en niños de 6 a 12 años de edad en poblaciones urbano-marginales de Lima, 2011.
14. López V. Odontología Preventiva y Comunitaria; 2012.
15. Lozoya J. Conocimiento: métodos, definición, concepto y características. La importancia del saber a lo largo de la historia. Procesos, elementos, teorías y gestión del conocimiento humano. 2013 [citado 2015 Sep 05]; Jul. Disponible en: <http://suite101.net/article/conocimiento-metodos-definicion-concepto-ycaracteristicas-a80333#.VegEIPmqgko>
16. Hessen J. Teoría del Conocimiento. p. 13. México: Editorial Panamericana; 2001.
17. Nuñez P. La gestión de la información, el conocimiento, la inteligencia y el aprendizaje organizacional desde una perspectiva sociopsicológica ACIMED 2004; 12(3)

18. Contreras N. Conocimientos y actitudes del médico pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Lima – Perú. [Tesis Especialidad en Odontopediatría], Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.
19. Corzo J. Efectividad en la aplicación de un programa educativo sobre conocimientos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en escolares del quinto año de Educación Secundaria de la Institución Educativa N° 5168 Rosa Luz de Puente Piedra, 2006. Rev Per Obst Enf. [revista en internet]. 2008 jul-dic. [citado 07 septiembre 2015]; 4(2):111-116. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-77132008000200007&lng=es&nrm=iso>.
20. Henostroza G. Diagnóstico de caries dental. Editorial Ripano. 2da Edición; 2007.
21. Fontana M, Young DA, Wolff MS, Pitts NB, Longbottom C. Definición de caries dental del 2010 a más allá. Dent. Clin. North Am., 54, 423; 2011.
22. Law V, Seow WK, Townsend G. Factores que influyen en la colonización oral de Streptococcus mutans en niños pequeños. Aust Dent J 2007. (Artículo traducido al español).
23. Berkowitz RJ, Jordan HV, White G. El establecimiento temprano de Streptococcus mutans en la boca de los bebés. Arch Oral Biol 2015, (traducido al español).

24. Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake A. La adquisición inicial de los estreptococos mutans por los niños: evidencia de una ventana discreta de infectividad. *J Dent Res*; 2013.
25. Wan AK, Seow WK, Walsh LJ, Bird P, Tudehope DL, Purdie DM. Asociación de *Streptococcus mutans* infección y nódulos de desarrollo orales en los lactantes pre-dentados. *J Dent Res*; 2010.
26. Köhler B, Andréén I, Jonsson B. El efecto de las medidas de prevención de caries en las madres y la presencia de la bacteria bucal *Streptococcus mutans* y lactobacilos en sus hijos. *Arch Oral Biol*, 2014.
27. Söderling E, Isokangas P, Pienihäkkinen K, Tenovu J. Influencia del consumo de xilitol materna en la adquisición de *Streptococcus mutans* por los bebés. *J Dent Res*, 2008.
28. Aas JA, Griffen AL, Dardis SR, Lee AM, Olsen I, Dewhirst FE. Las bacterias de la caries dental en los dientes primarios y permanentes en niños y adultos jóvenes. *J Clin Microbiol*, 2008.
29. Beighton D. El complejo de la microflora oral de los individuos y grupos de alto riesgo y su papel en el proceso de la caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2005.
30. Marsh PD. ¿Las enfermedades dentales son ejemplos de catástrofes ecológicas? *Microbiología* 2003.
31. Kleinberg I. Un enfoque ecológico-bacterias mixta para entender el papel de las bacterias orales en la caries dental causalidad: una alternativa a *Streptococcus mutans* y la hipótesis específica de la placa. *Crit Rev Oral Biol Med*, 2009.
32. Hurlbutt M, Novy V, Young DA. Caries: una enfermedad mediada por el pH. *CDHA Diario* de 2010.

33. Fernández ME, Bravo B. Prevalencia y severidad de caries dental en niños institucionalizados de 2 a 5 años Revista Cubana de Estomatología. 2009.
34. García A, De la Teja E. Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. Acta Pediatr Mex; 2008.
35. Brun E. Cariología. Estudio retrospectivo de uno de los factores que influye en la caries dental. Editorial limusa. México, 2004.
36. Featherstone JD, *et al.* La comparación de las lesiones artificiales de caries y de los perfiles cuantitativos de micro dureza micro radiografía. Revista Científica Mexicana, 2003.
37. Ten Cate JM, *et al.* La caries dental. La enfermedad y su manejo clínico. Blackwell Munksgaard Ltd. Segunda edición, 2008.
38. Gispert A, Estela de los A. Prevención en Estomatología General Integral, 2011.
39. Seif T. Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental. Actualidades médico odontológicas, 2007.
40. Sydney B. Odontología pediátrica, etiología de la caries dental México D.F 2012.
41. Ceballos L. Adhesión a dentina afectada por caries y dentina esclerótica. Avances odontoestomatológicos, 2004.
42. Guiteras J. Técnicas actuales utilizadas en el tratamiento de la caries dental. Rev. Cubana Estomatol, 2006.
43. Barrancos J. Operatoria dental, integración clínica, Editorial médica panamericana, 2006.
44. Bussadori S. Remoción química y mecánica de la caries, Revista de Odontología, 2005.

45. Echeverría L. Sonia Tratamiento Restaurador Atraumatico. Rev. Soc. Chil. Odontopediatría. Vol. 22(1), 14-8; 2007.
46. De Lima M. et al. Tratamiento Restaurador Atraumático. Manual Clínico. Lima: International Association for dental Research_ Sección Perú, 2007.
47. Molina, Gustavo. Los diversos contextos de aplicación del tratamiento restaurador atraumático. Rev.DINOH. Vol. 17. n°5, 2009.
48. Serna Ramírez L. riesgo de caries dental en pacientes de 6 a 12 años de edad atendidos en la clínica de estomatológica pediátrica de la U.A.P aplicando el programa Cariograma de Bratthall. Lima-Perú. [Tesis para la obtención del Título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2010.
49. Cabellos D. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2006.
50. Calderón I. Experiencia de caries dental e higiene oral en niños con deficiencias auditivas congénitas. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2009
51. Vásquez M. Conocimiento de higiene bucal de padres relacionado con la higiene bucal de niños con habilidades diferentes. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2009
52. Contreras N. Conocimientos y actitudes del médico pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Lima – Perú. [Tesis Especialidad en Odontopediatría], Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.

53. González E. Necesidades Educativas Especiales. Madrid: Editorial CCS; 2003.
54. Morales O. Eficacia de dos técnicas educativas: informativa y demostrativa dirigidas a padres de personas con discapacidad mental en el Centro Ann Sullivan del Perú. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
55. Lopez J. Odontología para la higiene oral. Colombia: Zamora Editores; 2010
56. Chambi F. Nivel de información de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad, Callao [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
57. Rodríguez M. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002
58. Barroso J, Guinot F. La importancia de la dieta en la prevención de la caries Gaceta Dental [revista en la Internet]. 2011 set. [citado 2015 octubre 27]; Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2011/09/la-importancia-de-la-dieta-en-la-prevencion-de-la-caries-25430/>
59. Girón J. Hábitos alimenticios, dieta cariogénica y no cariogénica: Relación con presencia de caries en niños de 4 a 12 años, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología. 2014 Agosto [citado 2015 octubre 27]; Disponible en: <http://bb9.ulacit.ac.cr/tesinas/publicaciones/043487.pdf>

60. Vaisman B, Martínez MG. Asesoramiento dietético para el control de caries en niños Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [revista en la Internet]. 2004 [citado 2015 octubre 27]; Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/art10.asp>
61. Benavente L, Nivel de conocimiento en salud bucal de las madres su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Odontología Sanmarquina 2012; 15(1): 14 – 18.
62. Musac W. Nivel de conocimiento y actitud en relación a medidas preventivas en salud bucal en las madres de niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Cuna Jardín

ANEXOS

Anexo N°1: Matriz de Consistencia



MATRIZ DE CONSISTENCIA


LA HIGIENE BUCAL Y SU RELACIÓN CON LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, EN EL SEMESTRE 2016-II .					
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO PRINCIPAL	HIPÓTESIS PRINCIPAL	DIMENSION	SUBDIMENSION	INDICADOR
¿Cuál es la relación de la higiene bucal de los niños con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas?	Determinar la relación de la higiene bucal de los niños con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas	¿Existe una relación directa y significativa entre la higiene bucal de los niños y los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas	VI: CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL		
			Nivel de Conocimientos	conocimiento sobre enfermedades bucales	conocimiento sobre placa dental conocimiento sobre caries conocimiento sobre gingivitis y enfermedad periodontal
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS		VARIABLES INTERVINIENTES	
a) ¿Cuál es el nivel de conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas?	a) Describir y analizar el nivel de conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas	a) Existe una relación directa entre el conocimiento de los padres sobre medidas preventivas y la higiene bucal de los niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.	Edad	Número de años vividos	de los padres
			Género	SEXO	de los padres
b) ¿Cuál es el nivel de conocimientos de los padres sobre enfermedades bucales en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas?	b) Determinar el nivel de conocimientos de los padres sobre enfermedades bucales en sus niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.	b) Existe una relación directa entre el conocimiento de los padres sobre enfermedades bucales y la higiene bucal de los niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.	Grado de estudios	Nivel educativo	Años de estudios realizados

<p>c) ¿Cuál es la relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en los niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas?</p>	<p>c) Determinar la relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en los niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.</p>	<p>c) Existe relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en los niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.</p>			
<p>VD: Higiene bucal de los niños</p>	<p>Cantidad de placa bacteriana en la superficie dental</p>	<p>IHOS - Green y Vermillon</p>			

Anexo N°2: Carta de Presentación



CARTA DE PRESENTACION

 **UAP** | UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Pueblo libre, 13 de Diciembre del 2016

CARTA N° 065 - 2016 - EPEST- FMH y CS - UAP

Señor(ita):
DAMARIS CANDELARIA LOYOLA ZEGARRA
Administradora de la Clínica Estomatológica UAP

De mi consideración:


Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle al alumno **LOPEZ BORBOR DENNIS GIANCARLO**, con código **2005201368**, de la Escuela Académico Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud -Universidad Alas Peruanas, que me honro en dirigir, quien necesita recoger información que le permita realizar el trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "ACTITUDES DE LOS PADRES EN LA PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL DE SUS HIJOS DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA EN LA SEDE LIMA EN EL SEMESTRE 2016 - II"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,


Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VÁSQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Anexo N°3: Solicitud para el cambio de título de trabajo de investigación



0536006

SOLICITO: Cambio de título de Tesis.

SEÑOR: Dra. Mariana Vozquez Segura.

LOPEZ BOBBO DENNIS GRANCARLO
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

Documento de Identidad: 43512724 Carrera Profesional: ESTOMATOLOGIA
 (DNI, L.M Boleta)

Código: Ciclo: Turno:


Teléfono: 993196030 E-mail: Qiankuiw@unipa7.com

Ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:
Que por motivo de encontrar modificaciones al título de mi trabajo de investigación solicito cambio de título:

* Antiguo: "Conciencia de los padres en la prevención de caries dental en sus hijos de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas" en el semestre 2016-II

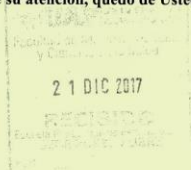
* Nuevo: "La higiene bucal de los niños y su relación con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el semestre 2016-II."

Agradeciendo anticipadamente su atención, quedo de Usted.

Atentamente,


Jesús María,de Diciembre del 20. 17.

Adjunto:
 1-.....
 2-.....
 3-.....
 4-.....



Av. San Felipe N° 1109 - Jesús María, Lima - Perú. Teléfono: 266-0195, 470-0953 Fax: 470-9838
 Website: <http://www.uap.edu.pe> E-mail: webmaster@uap.edu.pe

Anexo N°4: Constancia de ejecución de trabajo de investigación



CONSTANCIA



CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

JEFE DEL CURSO DE CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA

Dra. Esp. JACQUELINE CESPEDES PORRAS

El que suscribe, Dra. Esp. JACQUELINE CESPEDES PORRAS, otorga la presente constancia de ejecución del proyecto de investigación a:

Dennis Giancarlo Lopez Borbor, identificado con DNI N° 43512724, bachiller de Estomatología de la Facultad de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

Quien ha realizado la ejecución de su proyecto de investigación para la obtención del título profesional bajo mi supervisión y la supervisión de los docentes encargados de cada ambiente de la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Facultad de Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas a realizar entre los meses septiembre – noviembre del presente año.

El tesista Dennis Giancarlo Lopez Borbor, realizo su ejecución del proyecto de investigación a completa satisfacción y mostró en todo momento eficiencia, puntualidad, responsabilidad y buena formación académica.

Se otorga la presente constancia para fines que el interesado considere conveniente.

Lima 21 noviembre del 2016

Dra. Esp. JACQUELINE CESPEDES PORRAS

Anexo N°5: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor Padre de familia:

Es grato dirigirme a usted, y así mismo informarle que el Sr. Dennis Giancarlo Lopez Borbor, Bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología está realizando un estudio de investigación sobre la higiene bucal y su relación con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

La caries dental es una enfermedad, infecto contagiosa donde están involucrados una gran cantidad de factores tales como: huésped, dieta, microorganismos y tiempo.

Esta enfermedad afecta a una proporción de 60 a 90% de la población escolar y adulta de todo el mundo; siendo uno de los problemas más comunes en niños menores de 5 años; en algunos países por sus programas preventivos y a la intervención temprana se viene evitándose y/o tratándose oportunamente.

Si luego de tener la información completa, está de acuerdo en participar del presente trabajo de investigación, deberá firmar y registrar su huella digital en el espacio correspondiente al final de esta hoja.

El procedimiento del presente estudio será el siguiente:

1. Se le realizará una encuesta para saber el nivel de conocimientos en prevención y factores de riesgo de caries.
2. Los resultados de la encuesta tendrán carácter reservado ya que no se expondrá los datos del encuestado.
3. Se revisará las historias clínicas de sus hijos previo permiso de la administradora de la clínica estomatológica pediátrica.

Habiendo leído satisfactoriamente la información, acepto participar y ayudar en el desarrollo de este trabajo de investigación.

FIRMA

.....

DNI:

FECHA:

Anexo N°6: Índice de higiene oral simplificado (Ihos)



ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS - PB): TOMADO DE LA HISTORIA CLÍNICA

COMPONENTE	1.1V	1.6V	2.6V	3.6L	4.6L	4.1L	IHOS
PLACA BLANDA							

0 Ausencia de detritos.

1 Presencia de detritos cubriendo no más de 1/3 de la superficie del diente.

2 Presencia de detritos cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie.

3 Presencia de detritos cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada.

VALORES:

0 -1 : Bueno

1.1-2 : Regular

2.1-3 : Malo


Anexo N°7: Fotografías y tablas



REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS



DATOS DE FILIACIÓN Y ANAMNESIS


UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA
 HC N°: 20228

HISTORIA CLÍNICA INTEGRAL ODONTOPEDIÁTRICA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: [REDACTED]		Sexo: FEMENINO	Edad: 8 años
Fecha de Nacimiento: 02/12/2008	Lugar de Nacimiento: Lima	Procedencia: LIMA	
Institución de Instrucción: Inicial Primaria Secundaria		Teléfono: -	
Escuela: Academia Federal Alemana Mz D Lote 46		Centro de Estudios: SENDE DE ANIMAS	
Ocupación del Padre: [REDACTED]		Ocupación: CHOFER	Teléfono: 987651441
Ocupación de la Madre: [REDACTED]		Ocupación: ANA DE CASA	Teléfono: 987651441
Nombre del Informante/Apoderado: [REDACTED]		Parentesco: [REDACTED]	
Persona de emergencia comunicarse con: [REDACTED]			

ANAMNESIS

a) Enfermedades Trastornos nutricionales Medicamentos
 Prematuro A término Tardío Normal cesárea

b) ¿tuvo algún problema durante el parto: Si No

c) ¿tuvo algún problema congénito: Si No

d) ¿cómo fue: natural mamadera

e) ¿cuidado bajo cuidados médicos: Si No

f) ¿tomando algún medicamento en el momento: Si No

g) ¿tomando algún medicamento: Si No

h) ¿tuvo una operación últimamente/Hospitalización: Si No

i) ¿recibió todas sus vacunas: Si No

j) ¿una de estas enfermedades:

Enfermedad	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Enf. Renal	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Tuberculosis	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Alergias	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Hemorragias	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Anemia	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CARIES DE LA HISTORIA CLÍNICA

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CARIES			
FACTORES DE RIESGO A CONSIDERAR (Para cada ítem, marque la respuesta más adecuada entre los "Indicadores de Riesgo")	INDICADORES DE RIESGO		
	ALTO	MODERADO	BAJO
Parte 1 – Historia (Determinada por la entrevista con el padre o apoderado)			
El niño tiene necesidades de cuidado de salud especial sobre todo alguna que afecta la coordinación motora o la cooperación ^A	SI		NO
El niño tiene alguna condición de salud que afecta la saliva (boca seca) ^B	SI		NO
Asistencia al odontólogo (frecuencia de visitas de rutina)	NINGUNA	IRREGULAR	REGULAR
El niño tiene caries	SI		NO
Tiempo transcurrido desde la última lesión de caries	<12 meses	12 A 24 meses	>24 meses
El niño usa aparatos ortodónticos o bucales de otro tipo ^C	SI		NO
Los padres o hermanos del niño tienen caries	SI		NO
Estatus socio-económico de los padres ^D	Bajo	Medio	Alto
Exposición diaria a azúcares y/o alimentos cariogénicos entre Comidas (incluye uso de biberón a demanda, tazas líquidos que no sean agua, consumo de jugos, bebidas carbonatadas, de deportes y uso de medicamentos endulzados) ^E	>3	1 a 2	Sólo con los alimentos
Número de veces por día en que los dientes y encías son Cepillados	≤1	1	2-3
Exposición a fluoruros ^{F,G}	No usa pasta dental fluorada y no toma suplementos de Flúor	Usa pasta dental fluorada y no toma suplementos de Flúor	Usa pasta dental fluorada y toma suplementos de flúor
Parte 2 – Evaluación Clínica (Determinada por el examen intraoral)			
Placa dental visible (acumulación blanquesina de consistencia pegajosa) ^H	Presente		Ausente
Ingivitis (encías enrojecidas y edematosas)	Presente		Ausente
Áreas de desmineralización de esmalte (manchas)	1 ó más	1	Ninguna
Efectos en el esmalte, fosas y fisuras profundas ^I	Presente		Ausente
Parte 3 – Evaluación Profesional Suplementaria (Opcional)			
Presencia radiográfica de caries de esmalte	Presente		Ausente
Niveles de Streptococos Mutans o Lactobacilos	Alto	Moderado	Bajo
La evaluación general del riesgo de caries de cada niño se basará en el nivel del factor de riesgo más alto observado. (p.e, un solo indicador de riesgo en el área de "alto riesgo" clasifica al niño como "alto riesgo a pesar", aún así los demás indicadores sean de bajo riesgo. Sólo se califica al niño como "bajo riesgo a pesar" si no presenta ningún indicador de "alto".)			
American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Use of a Caries-risk Assessment Tool (CAT) for infants, children and adolescents: Reference Manual V29/NO 0707/08. http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_CariesRiskAssess.pdf			

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL – PLACA BACTERIANA

HA DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

ente	1.1	1.6	2.6	3.6	3.1	4.2	IHOS
116	3	3	2	2	0	2	2
16	2	2	1	1	1	1	1-33

Criterios para registrar la placa bacteriana
 0= ausencia de placa bacteriana sobre la superficie del diente
 1= presencia de placa bacteriana que cubre 1/3 de la superficie del diente
 2= presencia de placa bacteriana que cubre 2/3 de la superficie del diente
 3= presencia de placa bacteriana que cubre toda la superficie del diente
 Escala para calificar la higiene
 0-1 = Buena
 1.1-2 = Regular
 2.1-3 = Mala

LA ENCUESTA A PADRES DE FAMILIA



TABLAS

Datos sociodemográficos familiares

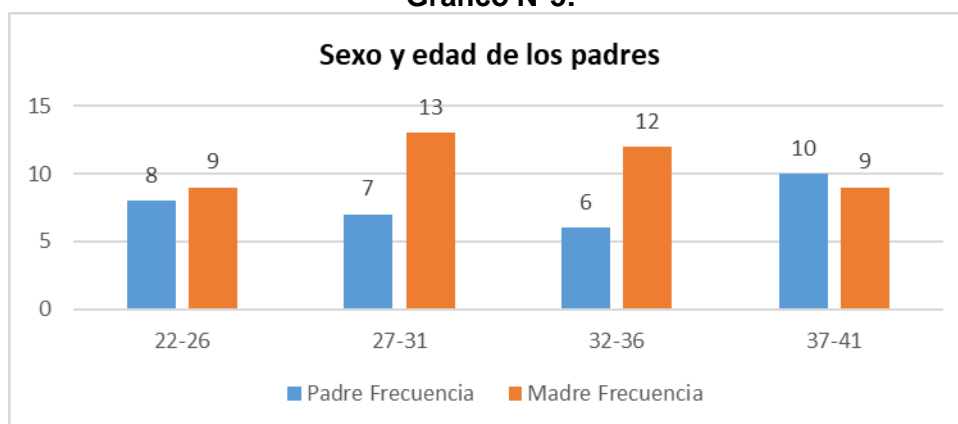
Tabla N°7: Edad y sexo de los padres

Sexo		Padre		Madre		TOTAL	%
Edad	Frecuencia	%	Frecuencia	%			
22-26	8	10.8	9	12.15	17	22.95	
27-31	7	9.45	13	17.55	20	27.00	
32-36	6	8.2	12	16.20	18	24.40	
37-41	10	13.5	9	12.15	19	25.65	
TOTAL	31	41.95	43	58.07	74	100.0	

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador

En relación al parentesco con el niño, encontramos que el 41,95% de los padres participantes son del sexo masculino y el 58,07 % del sexo femenino, en cuanto a las edades, predominan los padres en el rango de 27 a 31 años de edad.

Gráfico N°5:



Fuente: Gráfico elaborado por el Investigador

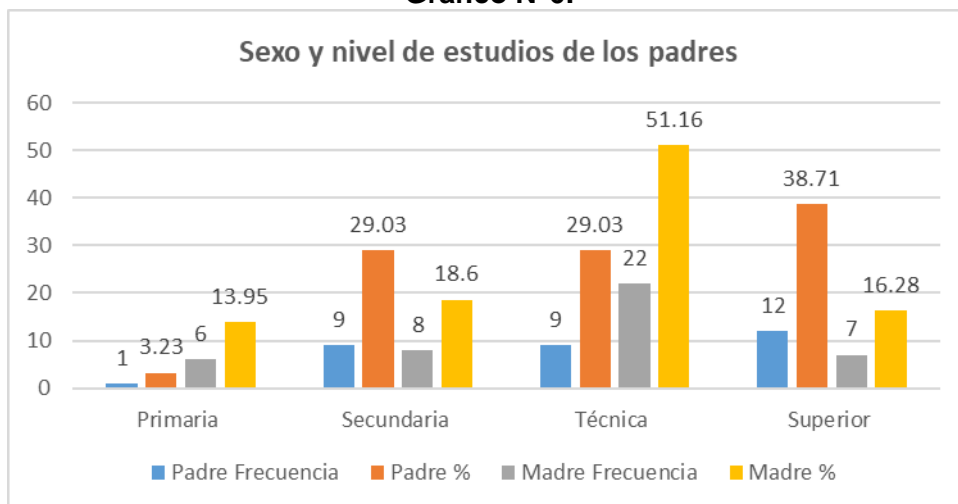
Tabla N°8: Sexo y nivel de estudios

Sexo	Padre		Madre		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primaria	1	3,23	6	13,95	7	16,28
Secundaria	9	29,03	8	18,60	17	22,97
Técnica	9	29,03	22	51,16	31	41,89
Superior	12	38,71	7	16,28	19	25,67
TOTAL	31	100,00	43	100,00	74	100,00

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador

En cuanto al nivel de estudios según sexo de los padres hallamos que el 38,71% del total de los padres han realizados estudios superiores a diferencia de las madres que, del total, el 51.16% solo han realizados estudios técnicos.

Gráfico N°6:



Fuente: Gráfico elaborado por el Investigador

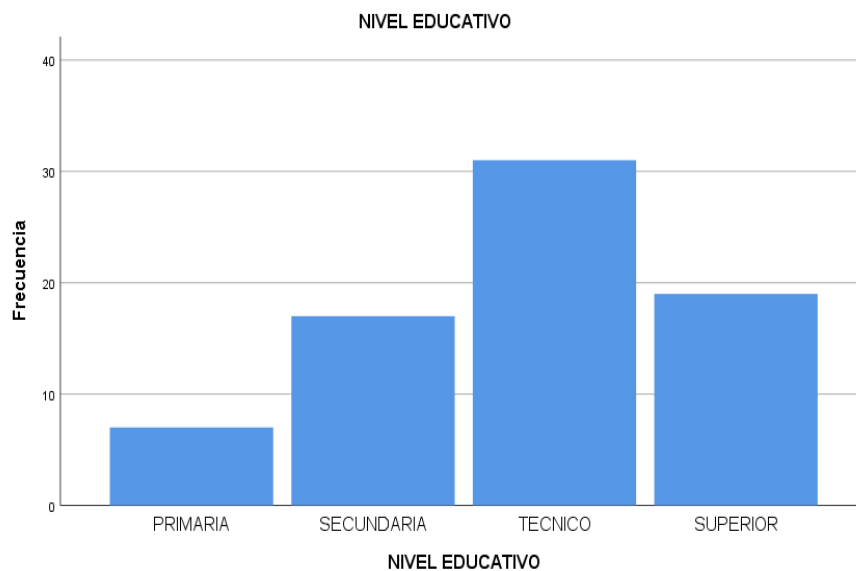
Tabla N°9: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRIMARIA	7	9,5	9,5	9,5
	SECUNDARIA	17	23,0	23,0	32,4
	TÉCNICO	31	41,9	41,9	74,3
	SUPERIOR	19	25,7	25,7	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador.

En cuanto al nivel educativo encontramos que la mayoría de padres encuestados tienen o presentan un grado de instrucción técnico (31) o superior (19), y en menor porcentaje (7) refieren haber terminado solo la primaria.

Gráfico N°7: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES



Fuente: Gráfico elaborado por el Investigador

Anexo N°8: Encuesta



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

La aplicación de este cuestionario tiene como propósito obtener información que nos permita conocer la higiene oral de los niños y su relación con los conocimientos de los padres sobre prevención de caries dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en la sede Lima, en el semestre 2016-II.

Es anónimo y estrictamente confidencial, los resultados son para uso exclusivamente académico.

Fecha: _____ Participante: a) Padre b) Madre Edad _____

Lugar de residencia _____

a. Edad del niño atendido	b. Nivel de estudios alcanzado del padre o madre entrevistado	c. Actividad laboral del participante
6 a 7 años ()	Primaria ()	Obrero ()
8 a 9 años ()	Secundaria ()	Empleado ()
10 a 11 años ()	Técnica ()	Funcionario/jefe ()
12 años ()	Superior ()	Desempleado ()

d. Su vivienda cuenta:	e. Cuenta con seguro de salud	e. En su familia algún miembro padece de:
Luz ()	SIS ()	Problemas dentales ()
Agua ()	ESSALUD ()	Diabetes ()
Desagüe ()	Privado ()	Problemas respiratorios ()
N/A ()	No Tiene ()	Problemas estomacales ()

Marque Ud. la respuesta que considere correcta.

Con respecto a los conocimientos de los padres y la higiene oral.

- 1.- Son importantes los dientes de leche?
a) Si, por que guardan espacio para los dientes del adulto ()
b) No, porque al final se van a caer ()
c) No, porque no cumplen ninguna función ()
d) No sabe ()
- 2.- Cuantos dientes de leche tiene un niño?
a) 10 dientes ()
b) 24 dientes ()
c) 20 dientes ()
d) No sabe ()
- 3.- Cuantos dientes del adulto tiene una persona?
a) 24 dientes ()
b) 28 dientes ()
c) 32 dientes ()
d) No sabe ()
- 4.- aproximadamente a que edad aparecen los dientes?
a) De 6 a 8 mese ()
b) Después de 3 meses de nacido ()
c) Después del año de edad ()
d) No sabe ()

- 5.- La higiene bucal debe hacerse:
- a) Desde que nace el niño () b) En las mañanas al levantarse ()
 c) Después de cada comida () d) Solo antes de acostarse ()
- 6.- El flúor dental nos ayuda a proteger los dientes de las bacterias, por eso se usa para:
- a) Cambiar de color a los dientes () b) Fortalecer al niño para que crezca sano y fuerte ()
 c) Fortalecer los dientes y prevenir la caries () d) No sabe ()
- 7.- Desde que edad puede usar una pasta dental con flúor:
- a) A partir de los 2 años de edad () b) A partir de los 6 años de edad ()
 c) A partir de la adolescencia () d) En niños menores de 2 años ()
- 8.- El cepillado más importante de todo el día es:
- a) Solo al levantarse () b) Después del almuerzo ()
 b) Antes de acostarse () d) No sabe ()
- 9.- Ha enseñado a su hijo a hacerse la higiene bucal?
- a) Siempre () b) Casi siempre ()
 c) Casi nunca () d) Nunca ()
- 10.- Qué alimentos consumen frecuentemente sus hijos fuera de las comidas principales?
- a) Vegetales y frutas () b) Frutas y gaseosas ()
 c) Frugos y galletas () d) No sabe ()
- 11.- Como debe ser la dieta del niño debe ser?
- a) Queso, leche, frutas () b) Verduras ()
 c) Pescados y mariscos () d) Todas ()
- 12.- En que oportunidades su niño(a) consume con mayor frecuencia productos azucarados:
- a) Entre las comidas principales () b) Junto con las comidas principales ()
 c) Solo en las mañanas () d) No sabe ()
- 13.- La primera visita al dentista se recomienda a partir de:
- a) Cuando aparecen dientes del adulto () b) Solo cuando hay dolor ()
 c) Cuando aparece el primer diente de leche () d) A partir de los 2 años ()
- 14.- Es necesario visitar al dentista?
- a) Si, para un examen clínico de rutina () b) Solo si tiene dientes chuecos ()
 c) Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca () d) No es necesario si mi hijo no tiene nada ()
- 15.- Cuando se presenta un problema dental, ¿a quién recurre?
- a) Postas médicas () b) Al profesional dentista ()
 c) Búsqueda de lugares de atención dental () c) No sabe ()
- 16.- La placa bacteriana es:
- a) Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes () b) Es el sarro que se forma en los dientes ()
 c) Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes () d) Es una masa que se solo se forma en los dientes de los adultos ()
- 17.- La caries dental:
- a) Es una enfermedad causada por mala higiene bucal y alto consumo de azúcares () b) Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos ()
 c) Enfermedad que destruye los dientes () d) No es una enfermedad ()

18.- Las bacterias que causan la caries dental puede transmitirse por:

- a) Compartir el cepillo dental () b) Compartir utensilios ()
c) Besos en la boca () d) Todas ()

19.- La gingivitis es:

- a) El dolor del diente () b) Enfermedad de las encías ()
c) La inflamación del labio () d) No sabe ()

20.- Cada cuanto tiempo se debe cepillar los dientes:

- a) 1 vez al día () b) Solo antes de acostarse ()
c) De 2 a 3 veces al día () d) Los niños nunca se deben cepillar los dientes ()

Muchas Gracias

JUICIO DE EXPERTOS