



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

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES
DE LA INFANCIA TEMPRANA EN MADRES Y SU RELACIÓN
CON LA PREVALENCIA DE CARIES EN SUS HIJOS EN LA
CUNA JARDÍN SAN CRISTÓBAL, SONRISITAS Y MI ÁNGEL DE
LA GUARDA. AREQUIPA - 2017**

Tesis presentada por la Bachiller
MILAGROS CECILIA SALINAS LLERENA
para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

AREQUIPA – PERÚ
2017

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, por haberme permitido culminar mis estudios y por darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida, sin Él nada es posible.

A mis padres Jimmy y Eliana, por su apoyo a lo largo de estos años y por ser mi motivación para seguir adelante. A mi hermana Sandra, por ser mi ejemplo a seguir y a mi sobrina Daniela, por formar parte importante de mi vida. Gracias por el apoyo, confianza y consejos brindados.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios por darme la vida, salud, fortaleza y sabiduría para cumplir mis metas.

Al Dr. Xavier Sacca Urday, por su constante y valioso asesoramiento y dedicación durante el desarrollo de esta investigación

A la Dra. Marita Gómez Muñoz, por su guía, tiempo y apoyo, en la realización de este estudio.

A la Dra. María Luz Nieto Muriel, por su apoyo en la realización de este trabajo de investigación.

Agradezco a todas aquellas personas que de una u otra forma formaron parte de la elaboración de esta investigación.

INDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.4.1 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.4.2 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1.1 CONOCIMIENTO.....	8
2.1.2 ROL DE LA MADRE EN LA EDUCACIÓN DEL NIÑO.....	8
2.1.3 CARIES DE INFANCIA TEMPRANA.....	9
1. DEFINICIÓN.....	9
2. EPIDEMIOLOGÍA.....	11
3. ETIOLOGÍA.....	11
4. FACTORES DE RIESGO.....	16
5. DIAGNÓSTICO.....	20
6. TRATAMIENTO.....	21
7. PREVENCIÓN.....	22
2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	40
2.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:.....	40
2.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES:.....	40
2.2.3. ANTECEDENTES LOCALES:.....	42
2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS.....	43
2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS.....	44
2.5. VARIABLES; DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL.....	44

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	46
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	47
3.2. DISEÑO MUESTRAL.....	47
3.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
3.4. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	49
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	51
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	52
4.2. DISCUSIÓN.....	74
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS.....	84
ANEXO N° 1: CUESTIONARIO	85
ANEXO N° 2: ODONTOGRAMA.....	89
ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	90
ANEXO N° 4: MATRIZ DE DATOS.....	91
ANEXO N° 5: SECUENCIA FOTOGRÁFICA	98

RESUMEN

La caries dental es una enfermedad con alta prevalencia en nuestro medio y sigue siendo un problema de salud pública importante; por tanto, su manejo preventivo debe ser una prioridad para los gobiernos, pues a futuro, los niños que la padecen terminan con mal oclusiones en sus dientes permanentes, problemas fonéticos y estéticos los cuales terminan por disminuir seriamente su autoestima. Es por esta razón que la presente investigación tuvo por objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud oral en madres de familia y relacionar estos con la prevalencia de caries de la infancia temprana en sus hijos. La población de estudio estuvo constituida por madres y sus hijos, que asistían a tres cunas jardines, siendo estas “San Cristóbal”, “Sonrisitas” y “Mi Ángel de la Guarda”, de la ciudad de Arequipa. Se trabajó con el total de alumnos y sus respectivas madres y que además reunieron los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

El tipo de investigación que correspondió al presente estudio fue no experimental, así mismo, el diseño fue transversal, prospectivo, de campo y relacional. Las técnicas que se aplicaron para la recolección de datos fueron la observación y la encuesta. Con la primera se estableció la prevalencia de caries y con la segunda, se determinó el nivel de conocimiento sobre prevención de caries en las madres. Los instrumentos utilizados fueron una Ficha Clínica de Observación y un Cuestionario Estructurado de respuestas cerradas ya validado.

Los resultados muestran que las madres, en mayor porcentaje, obtuvieron un nivel de conocimiento sobre prevención de caries de la infancia temprana bueno (48.1%); la prevalencia de caries en los niños fue del 55.8% y su índice ceod alcanzó un promedio de 4.77. Finalmente, hemos comprobado que el nivel de conocimiento de las madres se relaciona con la prevalencia de caries en sus hijos.

Palabras Clave:

Prevalencia. Prevención. Caries. Nivel de conocimiento. Caries de la Infancia Temprana.

ABSTRACT

Dental caries is a disease with a high prevalence in our country and it is still a major public health problem. Therefore, preventive management should be a priority for governments, because in the future children who suffer from it end up with malocclusions in their Permanent teeth, phonetic and aesthetic problems which end up seriously reducing their self-esteem. It is for this reason that the present research aimed to determine the level of knowledge about oral health prevention in mothers and to relate these to the prevalence of early childhood caries in their children.

The study population was consisted in mothers and their children, who attended to these kindergardens, "San Cristóbal", "Sonrisitas" and "Mi Angel de la Guarda", located in Arequipa city. We worked with all the students and their corresponding mothers which also were in the inclusion and exclusion standards.

The type of research that corresponded to the present study was non-experimental, and the design was transversal, prospective, field and relational. The techniques used for data collection were observation and survey. The first one established the prevalence of caries and with the second one, the level of knowledge about caries prevention in the mothers was determined. The instruments used were a Clinical Observation Sheet and a Structured Questionnaire of closed answers already validated.

The results show that mothers, in a higher percentage, obtained a good level of knowledge about prevention of caries in early childhood (48.1%); the prevalence of caries in children was 55.8% and its ceod index reached an average of 4.77. Finally we have verified that the level of knowledge of the mothers is related to the prevalence of caries in their children.

Keywords:

Prevalence. Prevention. Decay. Level of knowledge. Caries of Early Childhood.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La prevención de caries de la infancia temprana y la prevalencia de ésta enfermedad, se encuentran dentro de los problemas más preocupantes a nivel mundial, afecta a países industrializados como a países en vías de desarrollo, en especial a las comunidades más pobres. El Perú es uno de los países latinoamericanos más afectados por las enfermedades bucales, siendo también alarmante su inicio en etapas muy tempranas de la vida.

La salud oral de los niños está directamente relacionada con la salud oral de sus madres, ya que si ellas no tienen conocimiento de cómo cuidar su salud, tampoco sabrán cómo cuidar la de sus hijos; por lo que, comprender por qué las madres adoptan ciertos hábitos y qué saben acerca de una óptima salud oral en sus hijos, es el primer paso para desarrollar material educativo adecuado y programas de Promoción de la salud.

Los niños reducirán su capacidad de éxito en la escuela y adaptación a la sociedad por las alteraciones fonéticas, estéticas y psicológicas que conlleva la caries de la infancia temprana, como consecuencia serán adultos parcial o totalmente edéntulos, pues una mala salud bucal tiene profundos efectos en la salud y calidad de vida en general.

Es muy importante realizar actividades preventivo promocionales que contribuyan a mejorar la salud oral. De esta manera reducir el índice de caries en niños menores de 71 meses y mantener la salud bucal, teniendo buenos hábitos de higiene y de alimentación, incentivándolos a practicarlos de manera cotidiana, garantizando la salud general presente y futura.

La caries de la infancia temprana, es un proceso agresivo y rápidamente destructivo que afecta a la dentición primaria de lactantes y niños desde el nacimiento hasta los 5 años y 11 meses, se desarrolla en las superficies dentales lisas, progresa rápidamente y tiene un impacto perjudicial en la dentición decidua, que luego afectará a la dentición permanente.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención de caries de la infancia temprana en madres y su relación con la prevalencia de caries en sus hijos en la cuna jardín San Cristóbal, Sonrisitas y Mi ángel de la guarda?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de la caries de la infancia temprana en madres en la cuna Jardín San Cristóbal, Sonrisitas y Mi ángel de la guarda Arequipa 2017.
- Determinar la prevalencia de caries de la infancia temprana en sus hijos en la cuna jardín San Cristóbal, Sonrisitas y Mi ángel de la guarda Arequipa 2017.
- Relacionar el nivel de conocimiento sobre prevención en madres y la prevalencia de caries de la infancia temprana en sus hijos en la cuna jardín San Cristóbal, Sonrisitas y Mi ángel de la guarda Arequipa 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La caries de la infancia temprana, antes conocida como caries de biberón, es una forma particularmente dañina de caries que inicia poco después de la erupción dental y se desarrolla en las superficies dentales lisas con un rápido progreso. La Asociación Americana de Odontopediatría define a la caries de la infancia temprana: “la presencia de uno o más dientes cariados (lesiones no cavitadas y cavitadas), perdidos (por caries), o superficies dentales obturadas en niños de 71 meses (5 años 11 meses) o menores”.

La caries dental sigue siendo un problema de salud pública serio y su control debe ser una prioridad, puesto que puede conducir a mal oclusiones de dientes permanentes, problemas fonéticos y bajar la autoestima. Al ser los pacientes infantiles susceptibles a los factores que ocasionan dicha enfermedad y su cuidado depende de un adulto,

generalmente sus madres, ellas son las responsables directas de la salud de sus hijos, esta investigación se justifica en la orientación acerca de la prevención ya sea individual, grupal o comunitaria. La Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales, señala que no sólo hay que intervenir sobre factores de riesgo modificables como los hábitos de higiene bucal, el consumo de azúcares o el tabaquismo, siendo la madre el vector más importante para la transmisión de la educación, es importante que ella adquiera conocimientos sobre el cuidado de la salud bucal del niño.

El Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) identifica los problemas sanitarios del Perú, entre ellos señala la Alta Prevalencia de Enfermedades de la Cavidad Bucal como uno de los 12 principales problemas sanitarios en el Perú y el estado peruano tiene como respuesta a este problema sanitario, la estrategia sanitaria nacional de salud bucal, tiene entre sus principales funciones la gestión de las actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación en todas las etapas de vida. La evaluación realizada por el Ministerio de Salud en el 2015 registró que escolares de 6 a 15 años de edad presentaron una prevalencia de caries dental de 90.7%, pero no hay registro de caries en preescolares que son afectados con caries que llegan a destruir rápidamente las piezas dentales, por lo tanto no hay actividades preventivo promocionales dirigidas a la población en etapas tempranas de la vida.

1.4.1. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La importancia de esta investigación se torna visible, cuando consultamos la literatura odontológica y observamos la alta prevalencia de caries dental en la primera infancia; a pesar del mayor conocimiento que tienen los padres respecto a factores de riesgo de caries y tratamientos para la enfermedad, ya sea a través de los medios, de las escuelas, etc. no se ha observado una disminución significativa de esta enfermedad; por ello, es necesario la creación de nuevas prácticas de salud. Es importante porque hay

que tomar acciones preventivas en niños menores de 5 años 11 meses, ya que son una población vulnerable, y así poder disminuir la morbilidad bucal y la mortalidad dentaria. La necesidad de la prevención estomatológica integral cada vez más urgente al profundizarse en las causas de los problemas estomatológicos y a la comprensión de que por mucho tiempo se ha prestado mayor importancia a la reparación de los daños que evitar la influencia de factores desencadenantes de la patogénesis.

También tiene relevancia social, ya que ayudará a madres de niños en esta fase etárea, a prevenir la aparición de caries de la infancia temprana, esto promoverá la práctica de acciones preventivas, con posibilidad de potencializar el impacto de los índices epidemiológicos de la salud bucal de niños en edad preescolar en el Perú.

1.4.2. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es viable porque cuenta con los siguientes recursos:

- **HUMANOS:**

Investigadora : Bach. Milagros Cecilia Salinas Llerena

Asesora : Mg. Marita Gómez Muñoz

- **FINANCIEROS:**

El presente trabajo de investigación fue financiado en su totalidad por la investigadora.

- **MATERIALES:**

Papel, lapiceros rojo, azul y negro, guantes, baja lenguas, frontoluz, algodón, gasas.

- **INSTRUMENTALES:**

Espejos bucales, pinzas.

- **INSTITUCIONALES:**

- Universidad Alas Peruanas – Filial Arequipa

- Cuna Jardín “San Cristóbal”

- Cuna Jardín “Sonrisitas”

- Cuna Jardín “Mi ángel de la guarda”

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación de la presente investigación esta orientada a las unidades de estudio, puesto que podemos encontrar negativa por parte de las madres para participar, o la poca colaboración de sus hijos al momento del examen clínico.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. CONOCIMIENTO

El conocimiento implica, según varios autores, todo un proceso mental de elaboración a partir de una fuente de información que pueda ser un libro, la televisión, algún afiche o tríptico, las clases en la escuela o en la universidad, etc.¹

La información por otro lado, implica solamente el nivel de aprehensión del dato que se muestra a la persona, sin haber tenido ninguna opinión al respecto, lo cual revela ya un grado superior mental que es el conocimiento. La información de hechos específicos consiste en recordar unidades de información específica y aislable. Se subrayan los símbolos cuyos referentes son concretos. Este material, que revela un nivel de abstracción muy bajo, podría concebirse como los elementos que a partir de los cuales se construyen formas más complejas y abstractas de conocimientos.²

En conclusión, el término conocimiento se refiere a un proceso mental mucho más elaborado y, por lo tanto, es más difícil de evaluar correctamente.¹

2.1.2. ROL DE LA MADRE EN LA EDUCACIÓN DEL NIÑO

Cuanto más educada esté una madre, más probabilidades de futuro éxito tienen sus hijos y por sentido contrario, cuanto menos educada esté la madre, más probabilidades de fracaso tienen los hijos. Es muy importante que las madres, tomen conciencia del papel tan vital, que juegan en la vida de sus hijos, para que a su vez se cuiden y se mantengan bien física y psicológicamente.

La Educación para la Salud es uno de los ejes que aseguran la preservación de salud integral del niño, asegurando así una persona con una mejor calidad de vida. Es el conocimiento de los

principales factores de riesgo de su salud bucal en nuestra realidad. Los padres de familia son los responsables de la Educación para la Salud Bucal en los hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño. ³

2.1.3. CARIES DE INFANCIA TEMPRANA

1. DEFINICIÓN: la Academia Americana de Odontología Pediátrica define la caries de la infancia temprana (CIT) como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad. Cualquier signo de caries en superficies lisas en niños menores de tres años, nos indica una CIT severa. En aquellos niños de tres a cinco años de edad, la cavitación de una o más superficies, dientes perdidos (por caries) o superficies lisas restauradas, cavitadas, ausentes en dientes primarios anteriores superiores, o con un índice de restauración de superficies ± 4 (a los tres años), ± 5 (a los cuatro años), o ± 6 (a los cinco años de edad) constituye CIT severa. ⁴

La CIT, es un término que describe un proceso rápidamente destructivo que afecta a la dentición primaria de lactantes y niños de corta edad, comienza poco después de la erupción dental, se desarrolla en las superficies dentales lisas. Se presenta sobre todo en niños con una alimentación por biberón o materna prolongada, y por lo tanto, un retraso en la introducción a las comidas sólidas, también se asocia con el empleo del chupete impregnado en sustancias azucaradas. Aunque la causa principal, se ha atribuido al uso prolongado del biberón o del chupete endulzado, o bien, a lactantes alimentados al pecho más tiempo del recomendado, actualmente se considera que su etiología es multifactorial, y por lo tanto, más complicada que la

simple instauración del hábito. La presencia de una sustancia azucarada en la boca, la existencia de microorganismos acidogénicos y la susceptibilidad del huésped son los distintos factores que al interaccionar conducen a la aparición de estas lesiones cariosas. ⁵

La CIT muestra un patrón característico relacionado a dos factores: el primero, a la secuencia de erupción de los dientes, por esto afecta principalmente a los dientes anteriores superiores; y el segundo, a la posición de la lengua durante la alimentación, la cual protege a los dientes inferiores de los líquidos durante la alimentación, por lo que generalmente estos dientes no están afectados. Dependiendo del tiempo activo del proceso, los primeros molares primarios generalmente están involucrados, seguidos de los segundos molares y los caninos y, en casos severos, inclusive los dientes inferiores. El riesgo de este tipo de caries también puede ser determinado por defectos del desarrollo del esmalte preexistentes llamados hipoplasias.

Diversos estudios han demostrado que las hipoplasias predisponen al diente a la colonización temprana del patógeno causante de la caries dental: el *Streptococo mutans*. Estas hipoplasias del esmalte son comunes en los niños con bajo peso al nacer o con enfermedades, infecciones o fiebre durante la formación de los dientes. Hay evidencia considerable de que la malnutrición durante el periodo perinatal causa hipoplasias y existe una asociación consistente entre las hipoplasias clínicas y la CIT. ⁶

La CIT no sólo afecta los dientes, también tiene implicaciones en el estado general de la salud de los niños, ya que crecen a un menor ritmo que los niños libres de caries. Algunos niños pueden estar por debajo de su peso debido a problemas asociados a la ingesta de alimentos, entre ellos, al dolor.

También la CIT ha sido asociada por algunos investigadores a deficiencias de hierro.

Además, existe el riesgo de desarrollar nuevas lesiones cariosas, tanto en la dentición primaria como en la permanente, así como sufrir una hospitalización de emergencia, lo cual aumenta los costos y tiempos de tratamiento, ya que se puede requerir de técnicas de sedación o anestesia general. Existe en estos pacientes un desarrollo físico insuficiente (altura/ peso), pérdida de días escolares y aumento de días con actividad restringida, dificultad en el aprendizaje y disminución de calidad de vida relacionada con la salud bucal. ⁷

2. EPIDEMIOLOGÍA: la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como: Un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Se considera que la caries es la enfermedad infecciosa más habitual en los niños (de 5 a 8 veces más que el asma), con un 8,4% de niños afectados menores de dos años y un 40,4% a los 5 años. ⁸

La evolución de la enfermedad es capaz de causar gran destrucción dentaria y hasta su pérdida, pudiendo resultar en complicaciones locales, sistémicas, psicológicas y sociales. ⁹

3. ETIOLOGÍA: la CIT es de etiología multifactorial y no depende del uso exclusivo del biberón. Desde el punto de vista ecológico, la presencia o ausencia de CIT se determina por el equilibrio / desequilibrio entre los agentes agresores, la resistencia del hospedero y medio ambiente. Luego de la ingestión del biberón, ocurre la fermentación de los carbohidratos con formación de ácidos, los cuales ocasionan una baja del ph de la placa (biofilm dental), que puede llevar a la desmineralización del esmalte, los

ácidos producidos en la placa pueden ser neutralizados por agentes tamponantes, como el amonio producidos por las propias bacterias, o por los sistemas tamponantes salivales. La defensa del hospedero está representada sobre todo por la saliva y, en menor extensión, por el fluido crevicular. ¹⁰

Para que se desarrolle la caries dental debe haber una interacción de 3 tres factores: microorganismos (*Streptococos mutans*), sustrato fermentable (como la sacarosa) y un huésped vulnerable; entre otros factores (composición de la saliva, capacidad de remineralización y otros factores de riesgo). ¹¹

La interacción de esos factores por un periodo de tiempo propicia el desenvolvimiento de la caries dental, que se inicia con la aparición de una mancha blanca opaca, sin cavitación, en la superficie del diente, que resulta de la desmineralización del esmalte dentario. La infección por *Streptococos mutans* tiene un papel importante en la instalación de la evolución de la caries. La transmisibilidad vertical de microorganismos ocurre principalmente de la saliva de las madres o cuidadores con altos niveles de *Streptococos mutans*. Cuando las madres presentan alta concentración de *Streptococos mutans* en la saliva, los hijos son afectados precozmente y tienen mayor prevalencia de caries. ⁹

De acuerdo a estudios epidemiológicos los dientes son susceptibles a la caries inmediatamente después de la erupción y antes de la maduración post eruptiva final. Entre los factores etiológicos de la CIT se destaca el uso inadecuado y prolongado de la leche materna, o de biberones con líquidos azucarados, como leche alimentos con chocolate, té y jugos de frutas, naturales o artificiales durante el día o la noche, además de la presencia de infección precoz por altos niveles de estreptococos del grupo mutans. ¹⁰

Los microorganismos responsables de la caries pueden ser transmitidos de un individuo a otro, los estudios clínicos han indicado que la transmisión a los infantes es usualmente de sus madres. José Enrique Bonilla Rodríguez presenta un estudio realizado por Berkowitz y col., en el que encontraron que existe: “una significativa relación entre los niveles de S.m. en la saliva maternal y el riesgo de infección de su hijo, y la frecuencia de infección fue 9 veces mayor cuando los niveles de S.m. excedía a 105 CFU ml comparada cuando los niveles fueron iguales o menores que 103 CFU/ml.”

Bonilla Rodríguez menciona la investigación hecha por Kolher y Bratthall, en la que estudiaron que la transferencia de Streptococos mutans de los adultos a las superficies metálicas tales como cucharas; encontraron que estos microorganismos eran capaces de sobrevivir en dichas superficies postulando que los S.m. podrían ser transferidos de los padres a los hijos a través de este medio. Una madre con altos niveles de S.m. en su saliva es una fuente de infección, por ejemplo, si la cuchara que usa para alimentar a su hijo la introduce a su boca para probar el alimento y determinar su sabor o la temperatura, varios cientos de microorganismos se estarán transmitiendo a la boca del infante. ¹²

La colonización primaria del S. mutans llamada también primo infección o ventana de infectividad se produce cuando la flora bucal materna se transfiere al hijo. Li – Y encontró que el genotipo de los S. mutans de los infantes son idénticos a los de su madre. ¹³

Infantes con enfermedades crónicas que utilizan continuamente medicamentos con contenido de sacarosa, en forma líquida o comprimidos masticables, vía oral, con repetidas administraciones y algunas en periodos de sueño, pueden presentar riesgo de haber ausencia de higiene después de la

administración de los mismos. Esto ocurre debido a la alta concentración de sacarosa en los medicamentos, la mayoría de medicamentos pediátricos analizados presentaron un Ph por debajo del crítico para la disolución del esmalte (5.5) y alta concentración de sacarosa (variación de 11.21 a 62.46%), el que resulta en una contribución al desenvolvimiento de la erosión dentaria y aumento del potencial cariogénico. ¹⁴

Niños que presentan defectos del esmalte son más vulnerables al desenvolvimiento de la caries, la inmunosupresión provoca un aumento de la susceptibilidad de la caries, al igual que niños que están recibiendo tratamientos oncológicos o reumatológicos. Parece también existir una predisposición genética para mayor susceptibilidad a la caries, a pesar de tal predisposición no está totalmente aclarada. La composición genética de los Streptococos Mutans de infantes con CIT parece comprobar mayor virulencia de tales microorganismos del que en las cepas encontradas en infantes libres de caries dental. ⁹

a. Lactancia materna y caries

La lactancia materna es la forma natural y más saludable de alimentar a los bebés. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y numerosas organizaciones científicas nacionales e internacionales (entre ellas la Asociación Española de Pediatría y la Colaboración Cochrane) recomiendan y fomentan la lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de vida. Se recomienda continuar la lactancia materna a demanda, junto con otros alimentos, hasta los 2 años o más, siempre que el niño y la madre así lo deseen. ¹⁵

La evidencia sugiere que los niños alimentados con leche materna pueden desarrollar una oclusión más favorable en la dentición temporal y presentan un menor riesgo de instauración de hábitos nocivos de succión y deglución. ¹⁵

En la leche materna el principal hidrato de carbono es la lactosa, presente en mayor cantidad que en la leche de vaca. Este azúcar es transformado en ácido láctico por el biofilm bacteriano derivándose un posible riesgo cariogénico. La Academia Americana de Odontología Pediátrica sugiere que las encías y los dientes de los bebés deben limpiarse después de la lactancia. ⁵⁰

Diversos autores creen que un beneficio clave de la lactancia materna es que evita la introducción de alimentación inapropiada mediante el biberón. La lactancia materna exclusiva puede reducir el riesgo del desarrollo de caries en los dientes debido a la disminución del consumo y el retraso de las comidas azucaradas y snacks. Es habitual encontrar un componente de riesgo relacionado con el nivel sociocultural y con las actitudes y hábitos de los cuidadores principales. ¹⁵

Algunos estudios indican que puede existir una asociación entre la lactancia materna durante la noche y la caries dental, especialmente cuando la lactancia nocturna se realiza a demanda aumentando la frecuencia de ingesta de leche.

Un estudio realizado recientemente en Brescia (Italia) muestra como la lactancia materna exclusiva, pese a poder provocar caries, es la dieta con menor riesgo de desarrollo de lesiones de caries en los primeros seis meses de vida. ¹⁵

Diversos minerales de la leche materna, como fosfato y el calcio, ayudan a proteger el esmalte pero la composición mineral de la leche materna cambia cuando la lactancia avanza, lo que cual podría modificar sus propiedades cariogénicas.

Estudios coinciden con una revisión sistemática que sugiere que la lactancia materna durante más de un año, así como la lactancia materna durante la noche tras la erupción de los

dientes, están asociadas con algunas formas de caries de la primera infancia. 15

4. FACTORES DE RIESGO: el riesgo actual de caries describe en qué medida una persona en un momento dado va a desarrollar lesiones de caries. Un paciente de riesgo es una persona con alta potencial de contraer la enfermedad debido a condiciones genéticas o medioambientales. En el plano individual la determinación del riesgo de caries permite establecer un pronóstico que permita planificar tanto los tratamientos preventivos como los curativos. En el ámbito comunitario la identificación del riesgo de caries permite establecer programas preventivos especiales encaminados fundamentalmente a pacientes con alto riesgo. Además permite investigar el uso de agentes terapéuticos y conocer periodos de remisión y exacerbación de la enfermedad. 10

La caries dental en bebés se atribuye a la presencia de factores de riesgo, tales como hábitos de lactancia, dieta cariogénica, higiene bucal inadecuada y transmisión bacteriana de la madre al niño, entre otros. La presencia de caries en niños de dos o tres años de edad, es el principal indicador que el cuidado bucal a temprana edad fue poco eficiente y en algunos casos inexistente. 7

Los factores de riesgo son: 10

- a. Alto grado de infección por *Streptococos mutans*: relacionado con el inicio de la actividad de caries.
- b. Alto grado de infección por *Lactobacilos*: relacionados con la progresión de la lesión cariosa y con la elevada ingestión de carbohidratos.
- c. Experiencia anterior de caries, tiene mayor probabilidad a seguir desarrollando la enfermedad.

- d. Deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido: favorece el proceso de desmineralización y progreso de la caries.
- e. Deficiente capacidad de mineralización: cuando está afectada la capacidad de incorporación mineral a un diente recién brotado o la capacidad de reincorporación mineral al esmalte desmineralizado, la desmineralización progresa y se favorece el proceso de caries.
- f. Dieta cariogénica: interaccionan con el biofilm bacteriano y se produce una liberación de ácidos del metabolismo bacteriano que desmineralizan el tejido por una disminución rápida del pH. Los alimentos con mayor potencial cariogénico son aquellos que contienen azúcares refinados (que son más fácilmente metabolizables) y especialmente los más pegajosos (ya que aumentan el tiempo de retención comportando una disminución del pH más duradera). La frecuencia de la ingesta influye de forma más importante que la cantidad ingerida, ya que aumenta el número de ciclos de desmineralización. El consumo entre horas, cuando el flujo salival, neutralizador natural de la acidez, es menor produce una mayor desmineralización. Es especialmente lesivo el consumo de alimentos azucarados antes de dormir, ya que la secreción de saliva disminuye durante el sueño. Cabe mencionar el efecto erosivo adicional producido por las bebidas con un pH muy ácido, como las bebidas refrescantes (especialmente las bebidas energéticas que poseen un pH ácido y de lenta neutralización), así como algunos zumos. Estas bebidas, ingeridas con alta frecuencia, pueden facilitar la aparición de lesiones de caries por contener habitualmente una alta concentración de azúcares. Adicionalmente producen lesiones erosivas que dañan químicamente la superficie del diente por el efecto caústico de un pH muy bajo.

Los azúcares presentes de forma natural en la fruta y verdura no se consideran cariogénicos porque están contenidos en el

interior de la estructura celular de la planta y pueden no liberarse completamente en la boca durante la ingesta. La lactosa (el azúcar de la leche) no es tan cariogénico como otros azúcares.

- g. Mala higiene bucal: permite la acumulación de la placa dentobacteriana, facilitando el proceso de fermentación y la elevación del riesgo a caries.
- h. Baja capacidad buffer salival: la baja capacidad salival para detener la caída del pH y restablecerlo incrementa la posibilidad de desmineralización de los tejidos dentales
- i. Flujo salival escaso: la xerostomía está asociada a disminución de las funciones protectoras de la saliva, lo que promueve la desmineralización, aumento del número de microorganismos cariogénicos e incremento del riesgo a caries dental.
- j. Viscosidad salival: la saliva viscosa es menos efectiva en el despeje de los carbohidratos, favoreciendo la desmineralización.
- k. Anomalías u Opacidades del esmalte: favorecen la acumulación de placa dentobacteriana con el aumento de desmineralización y del riesgo de caries.
- l. Factores Sociales: el bajo nivel de ingresos, escaso nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos en educación para la salud, inadecuadas políticas de servicio de salud, costumbres dietéticas no saludables, familias numerosas; se asocian a mayor probabilidad de caries.
- m. Bajo peso al nacer: estudios realizados con niños mal nutridos fetales desde el nacimiento hasta edades de 6 – 8 años de vida, demuestran la influencia de este factor en la incidencia de caries dental, así como en las anomalías de textura dentaria.

- n. Personas sometidas a radioterapia: aunque no es una enfermedad, si o más bien una secuela del tratamiento del cáncer, es importante saber si el paciente ha sido irradiado en la cabeza o el cuello, ya que puede producir atrofia de las glándulas salivales con la aparición de xerostomía y caries rampante.
- o. Medicación: cuya ingesta durante periodos prolongados de tiempo implica un alto riesgo de caries como los medicamentos que reducen el flujo salival.
- p. Malos hábitos: la lactancia con biberón que desarrolla lesiones cariosas por la presencia en la boca durante periodos de tiempo prolongados en las horas de sueño, un biberón que contiene leche u otros líquidos azucarados.
- q. Sexo: algunos estudios reflejan al sexo femenino más afectado con mayor cantidad de dientes obturados y menor cantidad perdidos.
- r. Exposición al flúor: la inexistencia de terapias con flúor ya sea sistémica o tópica favorecen la aparición de la caries dental.
- s. Tiempo: después de la ingestión de alimentos cariogénicos el pH baja al nivel de 5 y se mantiene aproximadamente 45 minutos, la frecuencia por encima de 6 ingestiones/día contribuyen para aumentar el riesgo de caries. ¹⁶

Cuando el consumo de alimentos ocurre entre las comidas, esto determina una acidificación de placa en forma continua que perturba la capacidad buffer, así como altera el mecanismo de REMI-DESMI, aumentando el riesgo de caries.

Este hecho es observado en lactantes e infantes con hábitos alimenticios inadecuados donde el uso frecuente y prolongado de biberón o de pecho materno y otros alimentos puede determinar el "Síndrome de caries de biberón" que es la primera señal de caries aguda en el ser humano. ¹⁶

La AAPD también considera como factor de riesgo para el desenvolvimiento de la caries, la lactancia materna después de la erupción de los dientes y el uso de chupones azucarados. ¹⁷

- t. Grado de Instrucción: constituye un indicador de caries dental, habiéndose encontrado una relación directa entre el grado de instrucción y el nivel de salud bucal. Los padres son los principales transmisores de los hábitos de higiene, responsables de que tengan una consulta odontológica temprana, sin embargo, en las zonas rurales el grado de instrucción de los padres, hacen de que tengan menor grado de capacidad de entendimiento, cuanto más instruidos mayor capacidad de entendimiento y tendrá un panorama más amplio de las necesidades de salud de su familia. ¹⁸
- u. Nivel Socioeconómico: no necesariamente promueve la aparición de la enfermedad, ya que depende de las características de un grupo social determinado. ¹⁹ La literatura informa que las disparidades socioeconómicas y la falta de conocimientos de las personas sobre la importancia de la salud oral y sobre las técnicas para lograr un cuidado correcto de la boca, son barreras que impiden mantener los tejidos bucodentales libres de enfermedad.⁹

5. DIAGNÓSTICO: mancha blanca, el primer estadio de la caries dental, generalmente aparecen en la superficie vestibular de los incisivos maxilares cerca de los márgenes cervicales, como también una ligera área de desmineralización o un punto en la superficie del esmalte, poco después de la erupción dentaria, cuando las causas desencadenantes no son controladas, el avance es rápido produciéndose la cavitación y profundización de la lesión, pudiendo llegar a la destrucción coronaria antes de los 3 años de edad.

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

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

Nivel 3. Lesión profunda.

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

Las consecuencias de caries incluye un riesgo alto de nuevas lesiones cariosas, hospitalizaciones e incluso tratamientos realizados en salas de emergencia u operaciones, retrasando así el desarrollo físico del niño (especialmente en la talla y/o peso), incrementando el tiempo y costo de tratamiento.²⁰

6. TRATAMIENTO: la lesión inicial mancha blanca debe tratarse apenas diagnosticada. El uso de fluoruros de aplicación profesional de alta concentración y baja frecuencia está indicado en niños pequeños, siempre que se logre evitar la ingestión. Los geles y barnices son de elección ya que permite trabajar con niños que en ocasiones no aceptan aislamiento y son movedizos. Los barnices se usan como prevención individual en pacientes en riesgo de caries, menores de 3 años con caries del biberón, como tratamiento de remineralización de caries.²¹

Se ha sugerido realizar la técnica restauradora a traumática con cemento de ionómero de vidrio cuando la profundidad de la lesión lo permite, que además de la ventaja de liberar flúor es estéticamente aceptable y posee buenas propiedades retentivas al usarse exclusivamente instrumentos rotatorios de baja y alta velocidad, si es que existiese compromiso pulpar realizarse la Pulpotomía/Pulpectomía.²¹

7. PREVENCIÓN

7.1.1. DEFINICIÓN: actitudes por promover, mantener y restaurar la salud del individuo mediante la promoción, el mantenimiento y la restitución de la salud bucal. ²²

7.1.2. NIVELES DE PREVENCIÓN:

- **PREVENCIÓN PRIMARIA:** la prevención primaria disminuye la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones. Desde un punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia. Las medidas de prevención primaria actúan en periodo pre patogénico de la historia natural de la enfermedad, es decir, antes de que la interacción de los agentes o factores de riesgo con el huésped dé lugar a la producción del estímulo provocador de la enfermedad. Leavell y Clark distinguen dos subniveles o apartados en la prevención primaria: la prevención inespecífica y la prevención específica; la prevención inespecífica comprende las medidas que se toman sobre el individuo, la colectividad y el medio ambiente con el fin de evitar la enfermedad en general, es decir, inespecíficamente. ²³
- **PREVENCIÓN SECUNDARIA:** actúa solo cuando la primaria no ha existido, o si ha existido, ha fracasado. Una vez que se ha producido y ha actuado el estímulo productor de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de la afección mediante el tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad, con el objeto de lograr su curación, o evitar la aparición de secuelas. ²³

- **PREVENCIÓN TERCIARIA:** cuando la enfermedad está ya bien establecida, hayan aparecido o no secuelas, interviene la prevención terciaria. Cuando no se ha podido aplicar medidas en los niveles anteriores, o estas han fracasado, se debe, cualquiera sea la fase en que se encuentre la enfermedad, procurar limitar la lesión y evitar un mal mayor. ²³

7.1.3. PREVENCIÓN DE LA CIT: ^{10, 24}

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

- Reducir los niveles de S. mutans en la madre y familiares cercanos idealmente durante el periodo prenatal, interviniendo en la transmisión de las bacterias cariogénicas, con medidas restaurativas y de higiene bucal.
- Implementar medidas de limpieza dental a partir de la erupción del primer diente, después de cada toma de alimento, ya que estos dientes recién erupcionados presenta un esmalte inmaduro y los dientes con hipoplasia pueden tener un mayor riesgo de desarrollar caries.
- Se deben limpiar la boca del niño antes de acostarlo a dormir, en niños dentados se recomienda el uso diario de una pasta con fluoruro, de preferencia a dosis bajas y alta frecuencia, dos veces al día, ya que ofrece muchos más beneficios que una sola vez al día. Los niños menores de dos años deben utilizar solamente una capa delgada de pasta sobre el cepillo dental para disminuir el riesgo de fluorosis.

- Evitar conductas alimenticias promotoras de caries. En particular, no se debe acostar a los niños con biberones con contenido de carbohidratos fermentables.
- Se debe evitar el pecho a libre demanda después de que el primer diente comience a erupcionar y que otros carbohidratos sean introducidos en la dieta.
- Los padres deben alentar el uso de tazas al llegar el primer año de edad, retirando el biberón entre los 12 y 14 meses de edad.
- Se debe evitar el consumo repetitivo de cualquier líquido.

7.1.4. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

7.1.4.1. CONTROL MECÁNICO DE LA PLACA BACTERIANA

A. PLACA DENTAL O BIOFILM

Es la acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano. Estos microorganismos pueden adherirse o depositarse sobre las paredes de las piezas dentarias. La placa dental se forma en la superficie de dientes, encía y restauraciones, y difícilmente puede observarse, a menos que esté teñida. Su consistencia es blanda, mate, color blanco-amarillo.²⁵

B. CEPILLADO DENTAL

Si este es adecuado, consigue el control de la placa supragingival y subgingival situada cerca del margen gingival, aun siendo el método más utilizado y efectivo, apenas controla la placa de las superficies proximales, por lo que debe complementarse con un control específico de la placa interdental. ²⁶

Es importante que los padres empiecen a higienizar la boca del bebé tan pronto como aparezca el primer diente. Si para comenzar la higiene bucal esperamos que estén todos los dientes de leche, puede ser tarde: la caries puede estar ya instalada.

Cuando aún no erupcionan los dientes, debe realizarse la limpieza de los rebordes alveolares, así como de la mucosa bucal y de la lengua, luego de cada lactada. ²⁷

a. CONCENTRACIÓN DE FLUORURO EN EL DENTÍFRICO²⁸

Los dentífricos fluorados, llamados convencionales o con concentración estándar, poseen una concentración de F alrededor de 1000 a 1500 ppm, generalmente bajo la forma de fluoruro de sodio o monofluorofosfato de sodio. Los dentífricos infantiles fluorados encontrados en el mercado, pueden contener concentración convencional o

baja concentración de F (menos de 600ppm).

La motivación para la producción de dentífricos infantiles con baja concentración de flúor o sin flúor provienen de la preocupación con la posibilidad de desarrollar fluorosis dental, ya que en niños en edad preescolar pueden llegar a deglutir 72% de dentífrico colocado en el cepillo. Existe gran divergencia con relación a las recomendaciones sobre la concentración de flúor más apropiada en las pastas de dientes usadas por niños de edad preescolar y el uso con baja concentración de flúor por preescolares ha sido sugerido como una alternativa para obtener protección contra la caries en la dentición primaria y al mismo tiempo evitar la fluorosis dental en la dentición permanente. Recientemente, una revisión sistemática Cochrane confirmó que dentífricos con concentraciones iguales o superiores a 1000ppm de F poseen efectos anticaries, mientras que dentífricos con 550ppm de F o menos no producen reducción significativa en incidencia de caries cuando se comparan a un dentífrico placebo.

De acuerdo con la mejor evidencia científica actualmente disponible, la Academia Americana de Pediatría

recomienda el uso de dentífrico fluorado “para todos los niños que tienen dientes”, la Academia Americana de Odontopediatria, recomienda “como un procedimiento preventivo primario, el uso de dentífrico fluorado 2 veces al día para todos los niños” y la Asociación Brasileña de Odontopediatria aclara que “usando una pequeña cantidad de dentífrico de concentración convencional de (1000 a 1100 ppmF), la cantidad de F ingerido es seguro en términos de fluorosis dental, y el beneficio anticarie es mantenido.

b. FRECUENCIA DEL CEPILLADO²⁸

No hay consenso con relación a las recomendaciones sobre la frecuencia ideal de cepillado dental en niños; estas varían desde por lo menos una vez al día, hasta después de cada amamantada o ingesta de azúcar y medicamentos.

Parece haber una carencia de estudios sobre el efecto de la frecuencia de cepillado sobre la caries de infancia temprana. Con relación a escolares y adolescentes, fue observado un aumento del beneficio anticaries (aumento de 14% en la fracción preventiva) relacionado al cepillado con dentífrico fluorado realizado 2 veces al día en comparación al cepillado realizado solamente una vez al día.

Hasta el momento, no existe evidencia consistente de que cepillarse los dientes más de dos veces al día traiga algún beneficio anticaries adicional. Por lo tanto, todos los padres de niños deben recibir la recomendación de cepillarse los dientes dos veces al día. Padres de preescolares en riesgo de desarrollo de fluorosis estéticamente indeseable deben ser especialmente alertados para no cepillar los dientes de sus niños más de dos veces al día.

c. CANTIDAD DE DENTÍFRICO²⁸

El uso de poca cantidad de dentífrico por preescolares (tamaño de un grano de arroz, grano de alverja o aplicación de dentífrico en el cepillo en sentido transversal, conforme la edad) ha sido recomendado como una forma de disminuir la ingestión/absorción de F y evitar la concurrencia de fluorosis dental. Cabe destacar que el tamaño del cepillo dental puede influenciar en la cantidad de dentífrico aplicado. Así, para evitar la aplicación de cantidades excesivas de dentífrico, los padres y responsables deben ser orientados a usar cepillos pequeños durante el cepillado de niños en fase preescolar.

En adultos fue observado un aumento acentuado en la concentración de F en la saliva cuando utilizada una cantidad de

1.5g en comparación de 0.5g, sugiriendo que usar mayor cantidad de dentífrico pueda ser un medio efectivo de aumentar la retención de F en la cavidad bucal. No obstante, estos resultados no pueden ser directamente aplicados a niños, principalmente a los menores, ya que existen diferencias importantes con relación a las dimensiones y condiciones de la cavidad bucal.

El efecto de la reducción de la cantidad de dentífrico sobre los niveles salivares de F fue evaluado en preescolares de 4 y 5 años de edad. Se observó que los niveles salivares fueron reducidos a menos de la mitad en niños que usaron 0.25g de dentífrico, en comparación a los que usaron 1g. Los autores sugirieron que el uso de poca cantidad de dentífrico, equivalente a un grano de alverja, debería mantenerse restringido a niños en riesgo de desarrollar fluorosis. La concentración de F fue elevada no solo en la saliva, pero también en el biofilm de niños entre 18 y 42 meses después de cepillado con dentífrico conteniendo 1100ppm de NaF en las cantidades de 0.3g (grano de alverja), 0.1g (grano de arroz), 0.05g (manchita/"smear") y 0.025g. La reducción de la cantidad de dentífrico, aunque sea una cantidad equivalente a 1/12 de un grano de alverja, permitió el aumento de los niveles de F en los fluidos orales por

hasta 30 minutos, sugiriendo que inclusive una cantidad inferior a una manchita/"smear" puede ser efectiva para el control de la caries en bebés. De esta manera, si consideramos que un niño de aproximadamente 12 meses de edad presenta entre 4 a 8 dientes irrumpidos, podría ser usada una cantidad de dentífrico inferior a una manchita/"smear" sin perjudicar el efecto anticaries.

Estudios in vitro e in situ sugieren que el efecto anticaries del dentífrico sea maximizado por el uso de poca cantidad con concentración convencional de F, y no por el uso de cantidades mayores con baja concentración de F así, en niños que están en riesgo de desarrollar fluorosis estéticamente indeseable en incisivos permanentes (hasta los 4 años de edad), la estrategia indicada para mantener el beneficio anticaries y, simultáneamente, minimizar el riesgo de ocurrencia de fluorosis es reducir la cantidad de dentífrico aplicado en el cepillo (como máximo un grano de arroz) y no la concentración de F en el dentífrico.

d. CEPILLADO SUPERVISADO²⁸

El cepillado de los dientes del niño debe ser realizado por un adulto e iniciando con la irrupción del primer diente idealmente, este de ser realizado por los padres por lo menos hasta los 6/7 años, siendo que a

esta edad aumenta la responsabilidad por su propio cepillado.

Sin embargo, se recomienda que la supervisión del cepillarlo por los padres o responsables sea realizada hasta aproximadamente los 10 años de edad.

Solamente un adulto debe dispensar la cantidad de dentífrico recomendada de acuerdo con la edad, siendo que el niño, principalmente preescolar, debe ser estimulado y entrenado a escupir y no a tragar el dentífrico, pues eso minimiza la ingesta de F, el enjuague reduce la concentración de dentífrico fluorado remanente en la saliva a la mitad, minimizando también la ingestión.

Otra recomendación dada a los adultos es que realicen y/o supervisen que el cepillado de los dientes de sus niños sea realizado después de las comidas, ya que la presencia de alimentos en el estomago reduce la absorción de F del dentífrico inadvertidamente ingerido.

Dos revisiones sistemáticas en niños mostraron que el cepillado supervisado con dentífrico fluorado produce una reducción significativamente mayor en la incidencia de caries en dientes permanentes en comparación con el cepillado no supervisado (por ejemplo, fracción prevenida 31% vs. 23.3%,

respectivamente). Algunos estudios con niños socialmente desfavorecidos y de alto riesgo de caries han probado que, programas escolares donde el cepillado con dentífrico fluorado convencional es supervisado por un adulto en la escuela, permiten la reducción significativa de la caries dental en preescolares. Estos programas buscan perfeccionar las habilidades del niño para desorganizar el biofilm dental usando cepillo y reducir las disparidades en salud bucal.

e. TÉCNICA DE CEPILLADO²⁸

No hay evidencia científica con relación a la mejor técnica para el cepillado de los dientes de preescolares, pudiendo ser sugerido realizar pequeños y suaves movimientos circulares en las superficies lisas cada dos o tres dientes y movimientos antero-posteriores en las superficies oclusales.²⁹

C. LIMPIEZA DE LA LENGUA

Realizando una correcta limpieza de la lengua se elimina depósitos que pueden causar olores (mal aliento o Halitosis) o contribuir a la formación de placa bacteriana en otras áreas de la boca.²⁸

D. HILO DENTAL

Se utiliza para eliminar la placa interproximal al menos una vez al día para prevenir y

reducir la aparición de caries interproximales e inflamaciones gingivales, el uso de hilo dental requiere la existencia de un punto de contacto entre los dientes, situación que a menudo no se da durante el cambio de los mismos por lo que el procedimiento resulta más complejo e ineficaz; pero es a partir de los 6 años que aparecen los molares permanentes y a su vez los contactos interproximales.²⁸

7.1.4.2. CONTROL QUÍMICO DE LA PLACA BACTERIANA

- A. DENTÍFRICO: en general los dentífricos ayudan a eliminar y prevenir la formación de la placa bacteriana, ayudan a remover esta y proporcionan sabor agradable a la boca y aliento fresco. Pueden aportar fluoruro, antisépticos y agentes para reducir la sensibilidad.²⁹
- B. COLUTORIOS: el agente antiplaca bacteriana más investigado y efectivo es la clorhexidina, es considerado un efectivo agente antibacteriano, bactericida en altas concentraciones y bacteriostático en bajas concentraciones a medida que gradualmente se diluye en la saliva.²⁹
- C. CLORHEXIDINA: la reducción de estreptococos mutans tanto en saliva como en el biofilm bacteriano. La clorhexidina en barniz tiene un efecto inhibitorio sobre los estreptococos mutans más potente, por

delante de geles y colutorios, siendo mayor en las concentraciones del 40%. Un único estudio de alta calidad encuentra una disminución significativa de la prevalencia de caries en molares temporales. Algunos estudios clínicos con barnices en escolares y adolescentes observan un efecto preventivo estadísticamente significativo en países donde el aporte de productos fluorados es bajo (China o Thailandia) ¹⁵

D. XYLITOL: El xylitol basa su efecto preventivo frente a la caries en la reducción de los niveles de estreptococos mutans en placa y en saliva. Un estudio había establecido que el momento ideal para iniciar el uso de xylitol es un año antes de la erupción ya que obtenía la máxima reducción de lesiones de caries. Las tres revisiones sistemáticas más recientes sobre prevención de caries en niños pequeños concluyen que la evidencia de más alto nivel en la prevención de la transmisión de estreptococos mutans se produce si la madre mastica chicles de xylitol. La evidencia disponible, con un alto riesgo de sesgo muestra que el uso de xylitol por parte de embarazadas puede prevenir la caries en sus hijos, usando de forma frecuente (aproximadamente 5 veces al día) una cantidad de alrededor de 1 mg de xylitol.¹⁵

E. PREVENCIÓN DE CARIES CON APLICACIÓN DE FLUORUROS: la acción

primaria del flúor es evitar la desmineralización del tejido dental durante la bajada del pH salival además de favorecer el depósito de minerales (remineralización) durante el periodo de pH neutro. Los fluoruros son particularmente eficientes en el enlentecimiento de la progresión de la lesión de caries. De hecho, no es la remineralización la acción primordial preventiva frente a la lesión sino el efecto preventivo obtenido por su presencia continúa en una concentración mínima en los fluidos orales a lo largo del día. La concentración mínima continuada disminuye el umbral a partir del cual se produce la desmineralización de los tejidos dentales. Esta base conceptual implica la necesidad de aplicar compuestos fluorados con regularidad a lo largo del día y promueve especialmente la auto aplicación de compuestos fluorados, potenciando el uso de la pasta dental fluorada.

El efecto sistémico preventivo otorgado al flúor hace décadas ha sido ya descartado por la bibliografía y sería preferible por tanto potenciar las formas farmacéuticas que tienen un efecto tópico (enjuagues, pasta dental) frente a las sistémicas (como comprimidos y gotas), ya que el posible efecto de éstas es mínimo y el riesgo de reacciones adversas es más elevado. ¹⁵

F. SELLANTES: son una de las formas más efectivas y eficientes de prevenir las lesiones de caries en fosas y fisuras al ser estas áreas altamente susceptibles a la adhesión bacteriana. Están especialmente indicados para su colocación en los molares definitivos donde se produce una mayor retención de placa bacteriana por diferentes características: un tiempo de erupción que puede alargarse hasta los 18 meses, una situación posterior con alta dificultad higiénica y parte de la encía cubriendo su superficie durante su larga erupción. De acuerdo a una revisión de la Colaboración Cochrane, un molar sellado tiene menos de la mitad de probabilidades de desarrollar una lesión de caries que un molar no sellado tras 4,5 años.¹⁵

Algunos dentistas evitan el uso de los selladores por evitar que quede atrapada una lesión de caries bajo la resina y la lesión aumente. La evidencia indica que los selladores también sirven para detener lesiones iniciales de caries en la superficie oclusal. El sellador de fisuras, si se aplica correctamente, actúa como una barrera física que aísla la superficie de los microorganismos y de la acumulación de alimentos. Las bacterias residuales que pueden quedar en la fisura tras la limpieza y el sellado de la misma no sobreviven bajo un sellador bien aplicado, y si sobreviven no son capaces de multiplicarse.¹⁵

Los selladores a base de ionómero de vidrio tienen algunas ventajas teóricas. Son hidrofílicos, lo cual los hace ideales como selladores cuando no es posible conseguir un campo seco como ocurre en los molares parcialmente erupcionados. Adicionalmente el sellador de ionómero libera flúor y, a diferencia de los selladores a base de resina, no requiere pasos intermedios de preparación de la superficie como el grabado ácido (de sabor desagradable).¹⁵

7.1.4.3. VISITA AL ODONTÓLOGO

La primera visita al odontólogo debe hacerse durante el primer año de vida del niño. La American Academy of Pediatric Dentistry recomienda que los niños acudan por primera vez al odontólogo antes que erupcione el primer diente temporal o, como más tarde, a los 12 meses. En esta visita se determinará el riesgo de caries, se ofrecerá a los padres una orientación temprana y se evaluará la necesidad de aplicaciones tópicas de flúor en función del riesgo; todo ello con el fin de lograr una óptima salud bucal desde la infancia.⁷

a. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CARIES³⁰

La alta prevalencia de la enfermedad y las múltiples secuelas de las lesiones promueven la necesidad de realizar una evaluación del riesgo de caries en todos los pacientes. Evaluar el riesgo es estimar la posibilidad de que un hecho se produzca en

el futuro, en este caso, el riesgo de desarrollar una nueva lesión de caries.

Para prevenir y gestionar la enfermedad de la caries dental es ideal realizar la primera valoración durante una primera visita a la edad de un año. Es necesario realizar una reevaluación del riesgo de caries del paciente en cada visita de control al dentista. Las visitas de control se establecerán en función del riesgo de caries evaluado en la última visita. Debe realizarse un examen oral completo y la evaluación del riesgo de caries en tres áreas:

1. Factores de riesgo, tales como: el patrón dietético, la frecuencia y el tipo de comida entre horas, la toma de medicamentos así como otros factores de riesgo;
2. Factores de protección, tales como: el consumo de agua fluorada, el uso de pasta de dientes fluorada o el uso de xylitol de forma habitual;
3. Signos clínicos, tales como: la presencia lesiones iniciales de esmalte desmineralizado, lesiones cavitadas, la presencia de placa o la falta de flujo salival.

Esta evaluación es el primer paso dentro de un protocolo global y debe repetirse periódicamente debido a que los factores de riesgo de caries pueden cambiar entre visitas. Es ideal evaluar el riesgo antes de la presencia de patología, por ello se propone

iniciar esta evaluación al finalizar el primer año de vida.

7.1.4.4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LAS MADRES

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

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

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

Combinar entonces, el contenido de las intervenciones educacionales con los grupos específicos a los que debieran ir dirigidas las intervenciones, podría dar lugar a un enfoque integral para el desarrollo de mejor una mejor Educación para la Salud. ³⁰

2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Franco Ángela María, Santamaria Adriana, Kurser Erika, Castro Lida, Giraldo Marisol. EL MENOR DE SEIS AÑOS: SITUACIÓN DE CARIES Y CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO BUCAL DE SUS MADRES.³¹ Las respuestas a las preguntas sobre conocimientos de cuidado bucal, ponen en evidencia que las madres manejan la información más general, pero cuando se quiere profundizar en temas más específicos, los conocimientos son limitados. Las madres saben por ejemplo, que la higiene y la alimentación son factores importantes para prevenir la caries, pero desconocen por qué. Han interiorizado información sobre la frecuencia de cepillado y el uso de la crema dental pero desconocen detalles relacionados con el uso adecuado de estos elementos.

Franco Angela María, Jiménez Juliana, Saldarriaga Catalina, Zapata Laura, Saldarriaga Alexandra, Martignon Stefania, Gonzales María Clara, Luna Luz Maida, Ocampo Alvaro. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS.³² Es evidente que las madres todavía no interiorizan la necesidad de la higiene desde el nacimiento y se sigue asociando con el inicio de la erupción dental o incluso un poco más tarde, cuando el niño tiene una dieta sólida más regular y comienza la masticación de alimentos.

2.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES:

Lourdes A. Benavente Lipa, Sylvia A. Chein Villacampa, Carlos H. Campodónico Reátegui, Elmo Palacios Alva, María S. Ventocilla Huasupoma, Antonia Castro Rodríguez, Olinda Huapaya Paricoto, María A. Álvarez Paucar, Wilder Paulino Córdova, Antonio Espetia Aguirre. NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE

LAS MADRES Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS DE EDAD.³ Las madres de familia tienen un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, sin embargo la salud bucal de los hijos de las madres encuestadas es mala, lo que revela ausencia de asociación entre el nivel de conocimientos de salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal de sus hijos menores de 05 años en la población estudiada.

Cupe Araujo Ana Cecilia, Garcia Rupaya Carmen Rosa. CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES SOBRE LA SALUD BUCAL DE NIÑOS PREESCOLARES: DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO.³³ Los niveles de conocimientos de las madres/padres sobre salud bucal; implica asegurarse que un niño preescolar tenga un padre con buen conocimiento sobre medidas preventivas para evitar enfermedades bucales, tal como refiere Schroth quien observó que padres con mayor conocimiento sobre salud bucal tuvieron niños con menos caries dental.

Paz Mamani Miguel Ángel. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS DE 0 A 36 MESES DE EDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO (HONADOMANI) "SAN BARTOLOMÉ" MINSA 2014.⁷ El nivel de conocimiento sobre atención odontológica fue regular, a pesar de ser importante ya que según Holldings la visita temprana al dentista establece una relación amigable con la introducción de los cuidados de la salud bucal de niños y padres, también establece decisiones críticas y fundamentales respecto a los patrones alimenticios, complementación con flúor y programa de higiene bucal.

2.2.3. ANTECEDENTES LOCALES:

Marleny Molina Villalba. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE FAMILIA SOBRE HIGIENE BUCAL Y HÁBITOS ALIMENTICIOS EN RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE CARIES DENTAL E HIGIENE BUCAL DE SUS HIJOS (6 – 12 AÑOS) DE LA “INSTITUCIÓN EDUCATIVA 40256 CARLOS MANCHEGO RENDÓN - AREQUIPA, 2016.³⁴ Se realizó la entrevista de 20 preguntas de conocimientos sobre higiene oral y hábitos alimenticios a 80 madres de familia y 80 alumnos entre 6 y 12 años. Donde el índice de caries CPOD obtenido de alumnos entre 6 y 12 años fue de 1.01; este valor corresponde a un riesgo de caries muy bajo según la OMS. El índice de caries ceo-d obtenido de alumnos fue de 4.00. Por último, se obtuvo que el 60% de las madres tuvieron un nivel de conocimiento considerado como malo y sus hijos presentaron un índice de higiene oral malo; ahora bien, las madres con niveles de conocimiento regular (72.2%) y bueno (64.3%), la mayoría de sus hijos evidenciaron índices de higiene oral regular. En conclusión, se demostró, que sí existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre higiene bucal y hábitos alimenticios con el índice de caries e índice de higiene oral de sus hijos; pues si el conocimiento aumenta, el índice de caries disminuye y la higiene oral mejora sustancialmente.

Carla Luisa Huaquipaco Galindo CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE SALUD ORAL Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE CARIES EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD, QUE ASISTEN A LA I.E INICIAL GENERALÍSIMO SAN MARTÍN – 2016.³⁵ El estudio fue de tipo no experimental, con un diseño transversal, de campo, prospectivo y relacional. La población de estudio estuvo conformada por 82 niños y sus correspondientes madres, de la Institución Educativa Inicial “Generalísimo San Martín” del distrito de Mariano Melgar que reunieron los criterios

de inclusión y exclusión. Las técnicas investigativas que se utilizaron fueron una encuesta, dirigido hacia las madres, y la observación clínica, aplicada sobre los niños. Los instrumentos fueron un cuestionario, para medir el nivel de conocimiento sobre salud oral, y una ficha odontológica, que nos sirvió para evaluar el índice de caries. Los resultados obtenidos demuestran que el nivel de conocimiento de las madres, siendo en la mayoría de ellas (69.5%) bueno, no tiene relación estadísticamente significativa con el índice de caries (ceod) de sus hijos, los cuales alcanzaron un valor promedio de 3.87 que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), corresponde a un riesgo moderado de caries.

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS

CONOCIMIENTO: facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

PREVENCIÓN: medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.

CARIES: es la destrucción de los tejidos de los dientes causada por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa depositada en las superficies dentales.

INFANCIA TEMPRANA: es el período comprendido entre la gestación y los 5 años de edad.

CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA: presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad.

PREVALENCIA: mantenerse o continuar existiendo

2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS

HIPÓTESIS PRINCIPAL

Dado que, las madres de familia son las principales encargadas de brindar educación e instrucciones a sus hijos sobre la correcta higiene bucal a través de la prevención y la primera visita al odontólogo, para evitar y/o controlar las caries, una de las enfermedades orales más comunes originada por el exceso de alimentos azucarados, serán estas conductas las que permitan crear hábitos que subsistirán el resto la vida.

Es probable que, los conocimientos adquiridos por las madres de familia sean influyentes en la prevalencia de caries de la infancia temprana.

DERIVADAS

Es probable que, los conocimientos adquiridos por las madres de familia no sean predominantes en la prevalencia de enfermedades orales en los niños durante la infancia temprana.

2.5. VARIABLES; DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

- Nivel de conocimiento sobre caries de la infancia temprana
- Prevalencia de caries de la infancia temprana

VARIABLE PRINCIPAL	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de conocimiento sobre caries de la infancia temprana	<ul style="list-style-type: none">• Bajo• Regular• Bueno• Muy bueno	Cualitativa	Ordinal
Prevalencia de caries de la infancia temprana	Número de dientes cariados Número de dientes obturados Número de dientes extraídos	Cuantitativa	Razón

VARIABLES SECUNDARIAS MADRE	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Años 	Cuantitativa	Razón
Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Técnica • Superior 	Cualitativa	Ordinal
Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada/ Conviviente • Divorciada • Viuda 	Cualitativa	Nominal

VARIABLES SECUNDARIAS NIÑO	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Años 	Cuantitativa	Razón
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Cualitativa	Nominal

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es de tipo **no experimental**, puesto que se ha observado y medido el fenómeno en sus condiciones naturales.

De acuerdo al número de mediciones es **transversal** porque se realizó una medición de la variable sobre la unidad de estudio.

De acuerdo al lugar de recolección de datos la es **de campo** porque se obtuvo la información directamente de la unidad de estudio.

De acuerdo al momento de la redacción es **de tipo prospectivo** ya que se obtuvo la información conforme se fue desarrollando la investigación.

De acuerdo al propósito, es **relacional** porque el trabajo busca vincular el nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de caries de la infancia temprana, con la prevalencia de caries de la infancia temprana en sus hijos.

3.2. DISEÑO MUESTRAL

La población de estudio estuvo constituida por madres y sus hijos

Criterios de inclusión para la madre:

- Que acudan a la cuna jardín San Cristóbal, Caramelos y Mi ángel de la guarda

Criterios de exclusión para la madre:

- Que no quieran participar de la encuesta
- Que tengan algún tipo de impedimento físico o mental

Criterios de inclusión para los niños:

- Que sean menores de 5 años y mayores de 2 años.
- Niños que presenten el consentimiento informado firmado por sus madres
- Niños con aparente buen estado biológico y psicológico

Criterios de exclusión para los niños:

- Niños que presenten alguna enfermedad sistémica

3.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **TÉCNICA:**

La encuesta y la observación fueron los medios por los cuales fueron medidas las variables del presente proyecto de investigación

- **INSTRUMENTO:**

Los instrumentos que se utilizaron para esta investigación fueron el cuestionario, donde se registró la información obtenida de la encuesta (Anexo N°1) y la ficha de observación (Anexo N°2), donde se registraron los hallazgos clínicos obtenidos en la revisión bucal de los niños.

- **PROCEDIMIENTO**

Para la ejecución de este proyecto de investigación, se solicitó permiso a la Cuna Jardín San Cristobal, Sonrisitas y Mi ángel de la guarda. Las madres firmaron el consentimiento informado para evaluarlas y a sus hijos cuyas edades estuvieron comprendidas entre 2 y 5 años. La técnica de recolección de datos fue la encuesta, en la cual se utilizó un cuestionario estructurado conformado por 16 preguntas, validado previamente en la tesis "Relación entre la postura de las madres sobre factores de riesgo y la presencia de caries dental en sus hijos de edad preescolar que acuden al I. E. I. Nuestra Señora de Monserrat" realizado por Ana Cecilia Cupe Araujo. El mismo fue revalidado por la Dra. Marita Gómez, Dra. Sandra Corrales y Dra. Brenda Beltrán. Dicho cuestionario estuvo conformado por 20 preguntas referidas a: Uso de aditamentos de higiene bucal, técnica de higiene bucal, hábitos de higiene bucal, dientes temporales y caries dental, así como el contagio de esta enfermedad. Cada pregunta constó de 3 posibles

repuestas con literales a, b y c; cada respuesta correcta equivale a un punto. Al realizar la sumatoria de todo el instrumento y de acuerdo a lo respondido por el entrevistado, se obtuvo un puntaje global que varió desde 0 puntos a 20 puntos como máximo.

Con ello, se catalogó en cuatro niveles de conocimientos según puntaje obtenido: de 0 a 10 puntos con conocimiento bajo, entre 11 a 13 puntos con conocimiento regular, 14 a 16 puntos con conocimiento bueno y 17 a 20 puntos, muy bueno.

Después, se examinó a cada niño para evaluar las condiciones de su cavidad bucal. Se realizó el índice CEOD que consiste en la evaluación de los dientes cariados, extraídos y los obturados, dividido con el número total de piezas dentarias presentes en la cavidad bucal; para la observación de la dentición se utilizaron baja lenguas, espejo bucal, pinzas y algodón. Finalmente se relacionó el resultado obtenido del cuestionario, con los hallazgos clínicos de la revisión bucal de su respectivo hijo y así, se vinculó la prevalencia de la caries de la primera infancia con el conocimiento acerca de prevención de sus madres.

3.4. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El análisis de los datos implica, en una primera etapa del cálculo de frecuencias absolutas (n°) y relativo (%), dada la naturaleza cualitativa de las variables en estudio.

En una segunda etapa, se demostró si existe o no relación de las variables principales, para lo cual se aplicó la prueba estadística de CHI CUADRADO a un nivel de confianza de 95% (0.05).

El proceso estadístico se llevó a cabo con la ayuda del software EPI-INFO VERSION 6.0.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación cumple con los principios éticos, puesto que se aplicó un consentimiento informado para que las madres participen y autoricen que sus hijos formen parte del trabajo, por tato, estamos respetando el principio de autonomía. Cumple con el principio de beneficencia, ya que al término del trabajo se dio una charla a las madres sobre prevención de CIT. Así mismo, si en algún momento la madre o el niño deseaban retirarse de la investigación, lo pudieron hacer, respetándose así el principio de justicia. Finalmente, los procesos que se aplicaron en la investigación no van a dañar ni a las madres ni a los niños, por lo que respetamos el principio de la no maleficencia.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de Resultados

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN EDAD

EDAD – MADRE	N°	%
De 20 a 30 años	38	49.4
De 31 a 40 años	39	50.6
Total	77	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se puede apreciar que un poco más del mitad de las madres incluidas en el estudio (50.6%) tenían entre 31 a 40 años, mientras que el resto (49.4%) estaban entre los 20 a 30 años.

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN EDAD

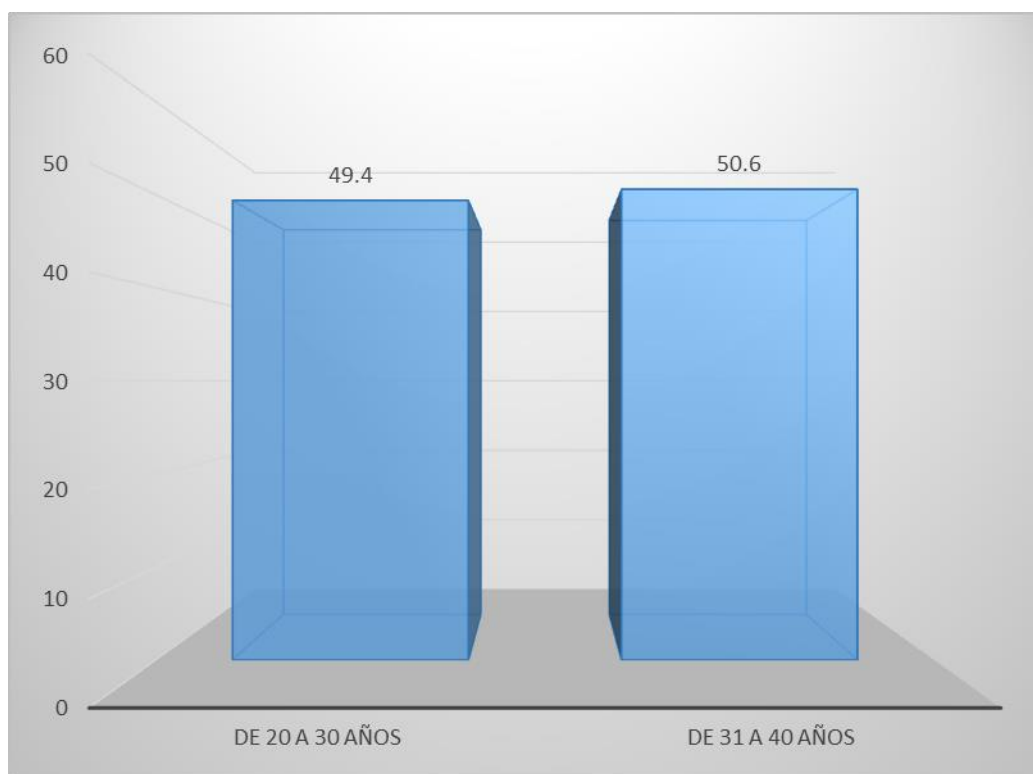


TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Secundaria	11	14.3
Técnica	22	28.6
Superior	44	57.1
Total	77	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se muestra el grado de instrucción que manifestaron tener las madres encuestas, apreciándose que la mayoría de ellas (57.1%) indicaron estar en un nivel superior; mientras que la minoría (14.3) afirmó haber terminado la secundaria.

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

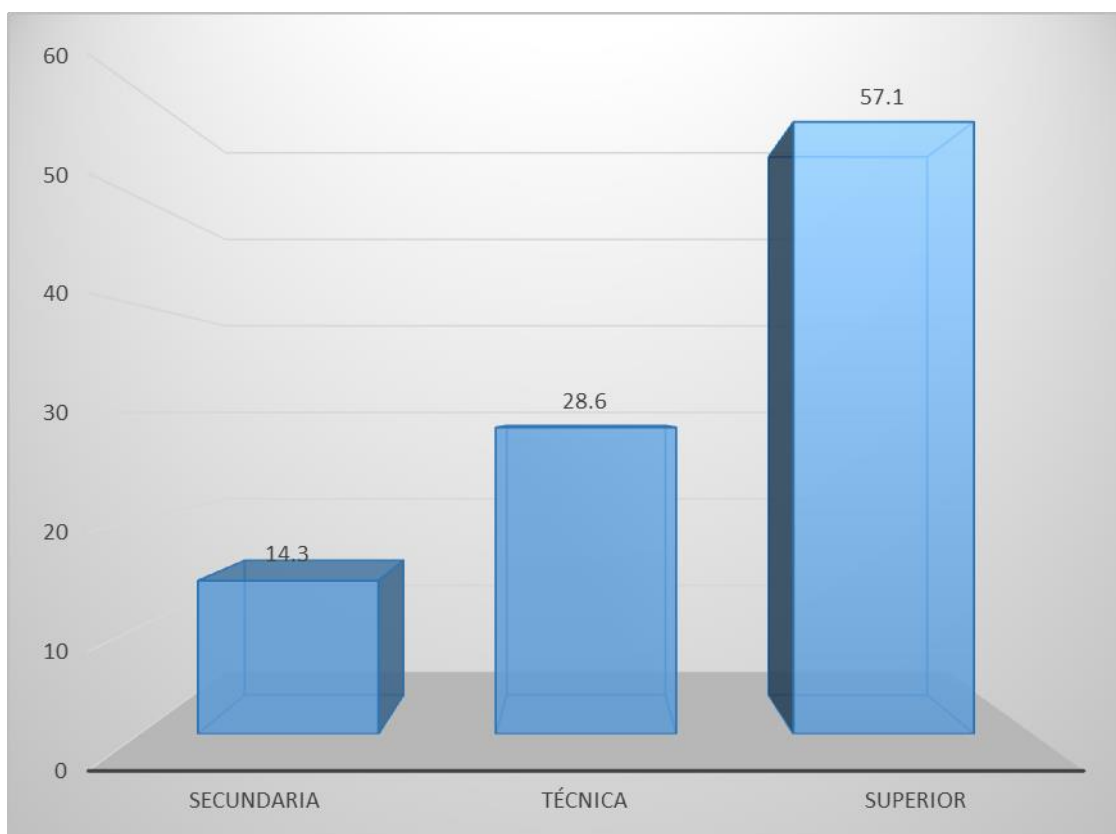


TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	N°	%
Casada/Conviviente	59	76.6
Soltera	18	23.4
Total	77	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que la gran mayoría de las madres encuestadas (76.6%) afirmaron tener pareja, es decir, tener un estado civil de casada o conviviente. Ahora bien, la minoría de ellas (23.4%) indicaron ser solteras.

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN ESTADO CIVIL

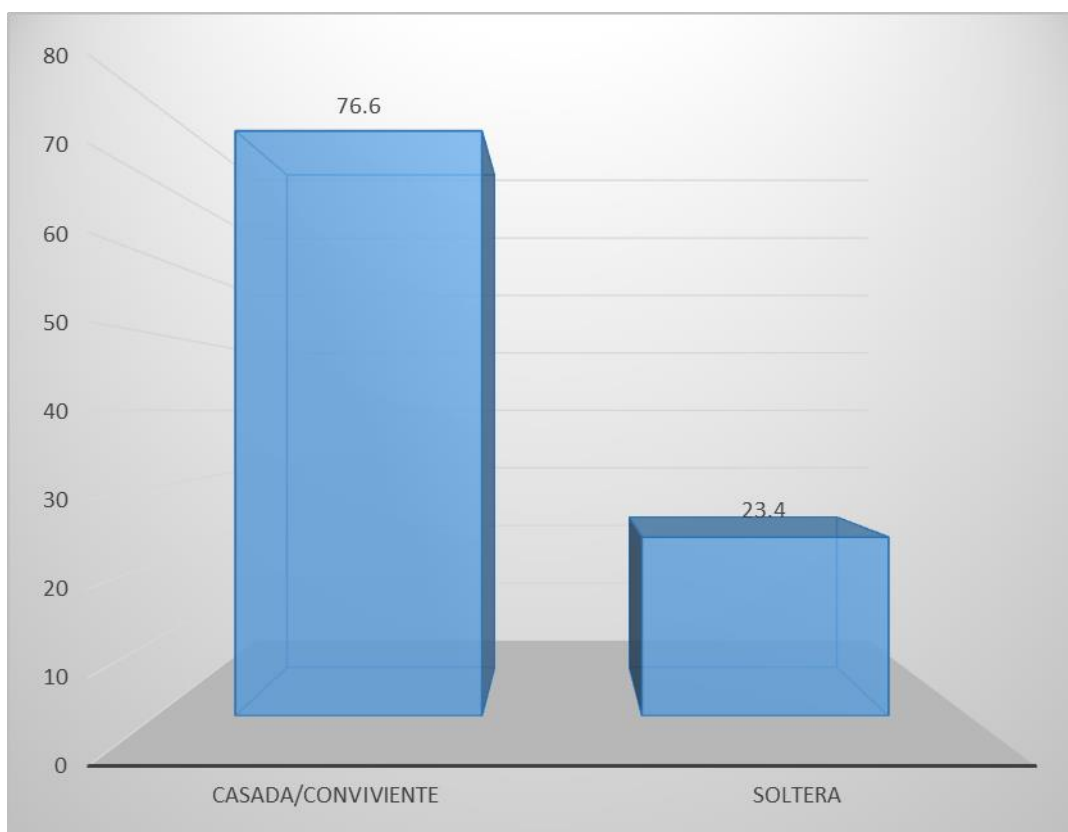


TABLA N° 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES DE LA
INFANCIA TEMPRANA DE LAS MADRES**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
Bajo	10	13.0
Regular	22	28.6
Bueno	37	48.1
Muy bueno	8	10.4
Total	77	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos presenta información respecto al nivel de conocimiento sobre prevención de caries de la infancia temprana que tuvieron las madres encuestadas, apreciándose que el mayor porcentaje de ellas (48.1%) llegaron a un nivel bueno. En tanto, el menor porcentaje (10.4%) obtuvo un puntaje considerado como muy bueno.

GRÁFICO N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA DE LAS MADRES

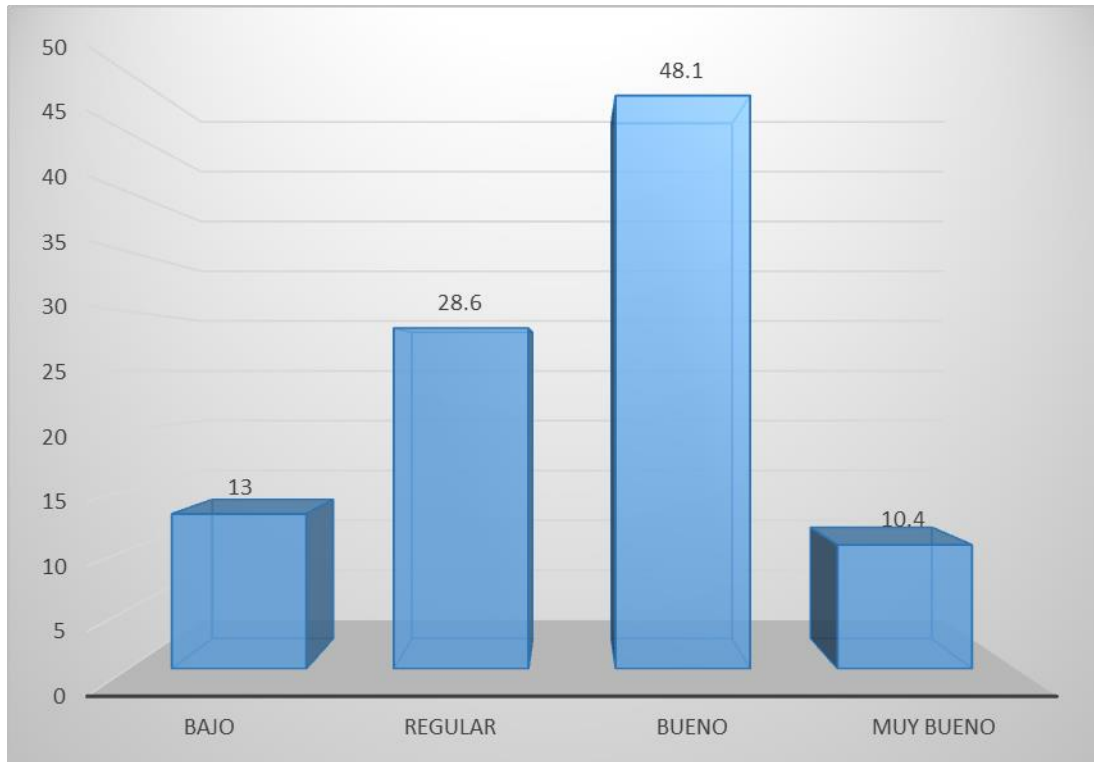


TABLA N° 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN EDAD

EDAD – NIÑO	N°	%
2 años	23	29.9
3 años	19	24.7
4 años	20	26.0
5 años	15	19.5
Total	77	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presenta tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de los niños evaluados (29.9%) tenían 2 años, mientras que el menor porcentaje (19.5%) correspondió a los niños de 5 años.

Es importante mencionar que la edad de los niños se distribuyó de manera homogénea, siendo cada grupo etario casi una cuarta parte del total considerado para la presente investigación.

GRÁFICO N° 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN EDAD

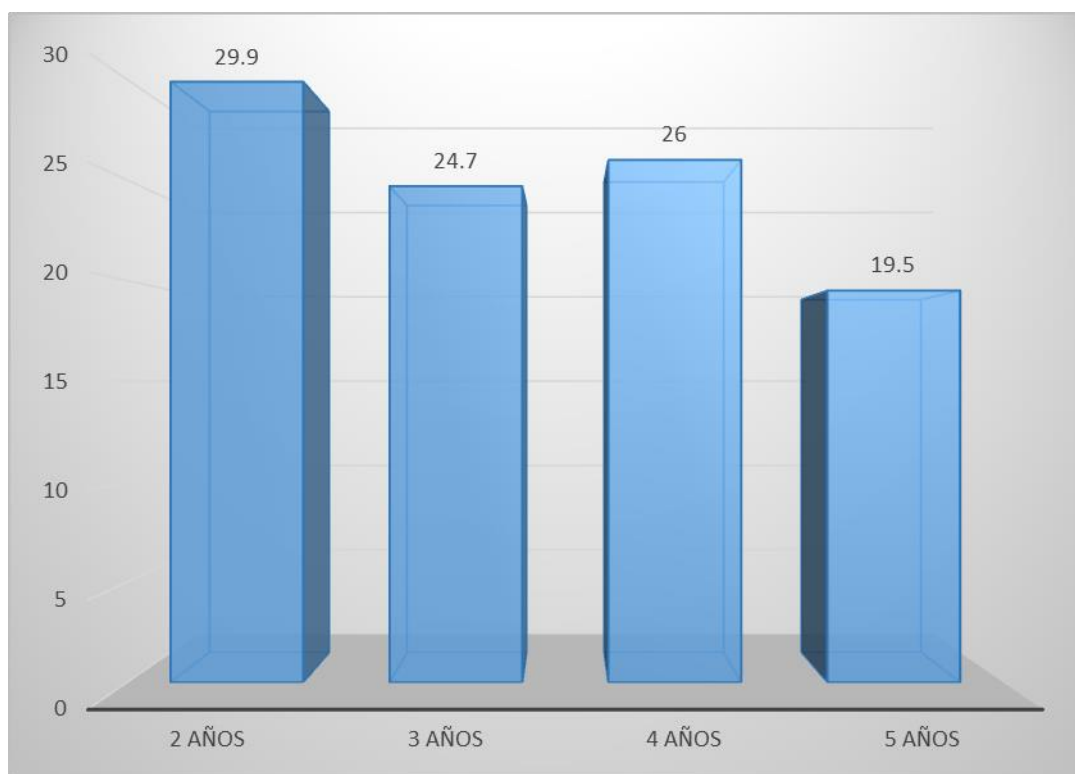


TABLA N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SEXO

SEXO – NIÑO	N°	%
Masculino	43	55.8
Femenino	34	44.2
Total	77	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 6 nos muestra que la mayoría de los niños evaluados (55.8%) correspondieron al sexo masculino, en tanto el resto de ellos (44.2%) fueron del femenino.

GRÁFICO N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SEXO

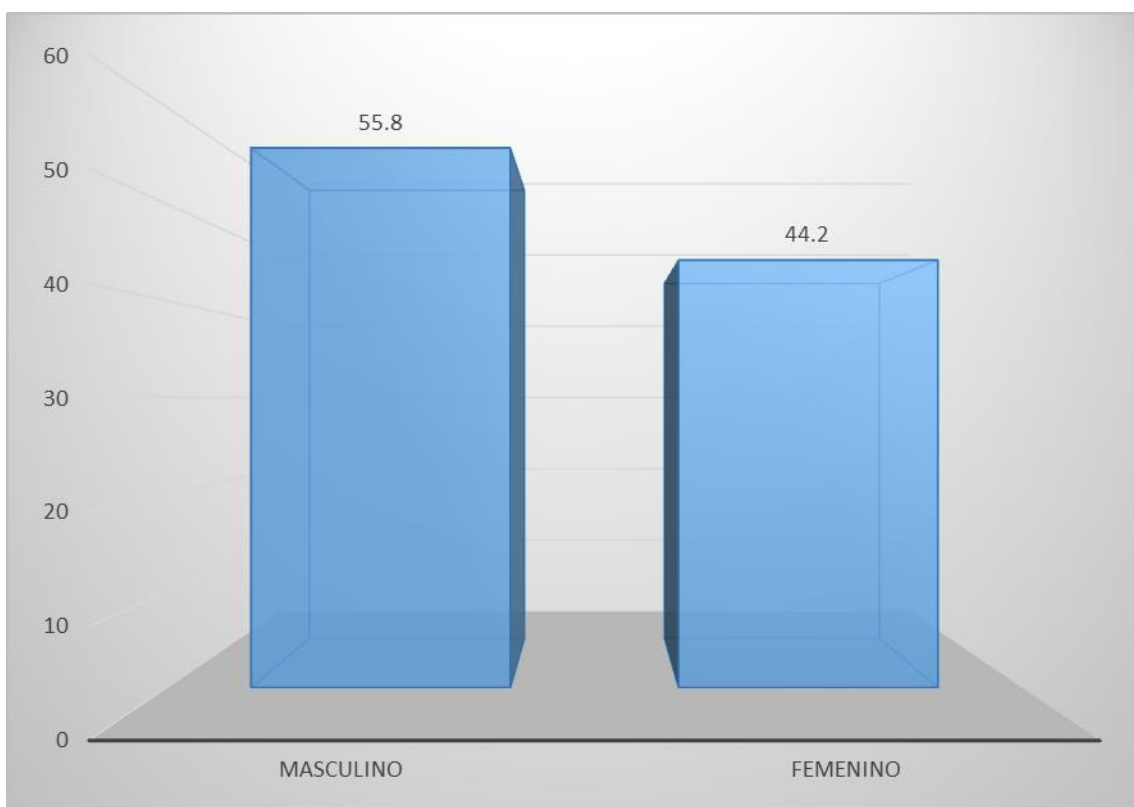


TABLA N° 7

PREVALENCIA DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA EN LOS NIÑOS

CARIES PRIMERA INFANCIA	N°	%
No presenta	34	44.2
Presenta	43	55.8
Total	77	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se puede evidenciar que la mayoría de los niños evaluados (55.8%) presentaron caries de la primera infancia, mientras que el resto de ellos (44.2%) estuvieron exentas de esta enfermedad.

GRÁFICO N° 7

CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA EN LOS NIÑOS

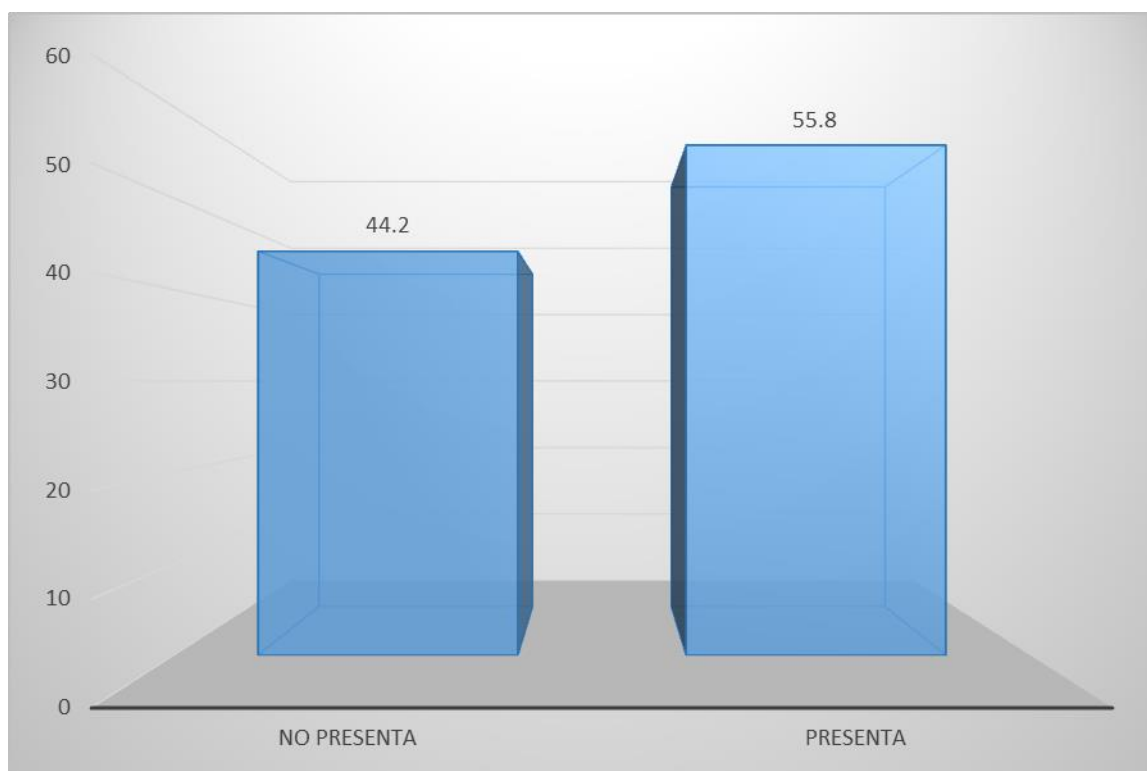


TABLA N° 8

**MAXILAR DE PRESENTACIÓN DE LA CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA
EN LOS NIÑOS**

MAXILAR PRESENTACIÓN	N°	%
Superior	9	20.9
Inferior	9	20.9
Ambos	25	58.2
Total	43	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra información respecto a la localización preferente de la caries de la primera infancia en los niños evaluados; así se puede observar que en la mayoría de los casos (58.2%) se ubicó esta enfermedad tanto en el maxilar como en la mandíbula. En tanto, hubo coincidencia porcentual (20.9%) respecto a que la enfermedad se ubique únicamente en el maxilar superior o en el inferior.

GRÁFICO N° 8

MAXILAR DE PRESENTACIÓN DE LA CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA EN LOS NIÑOS

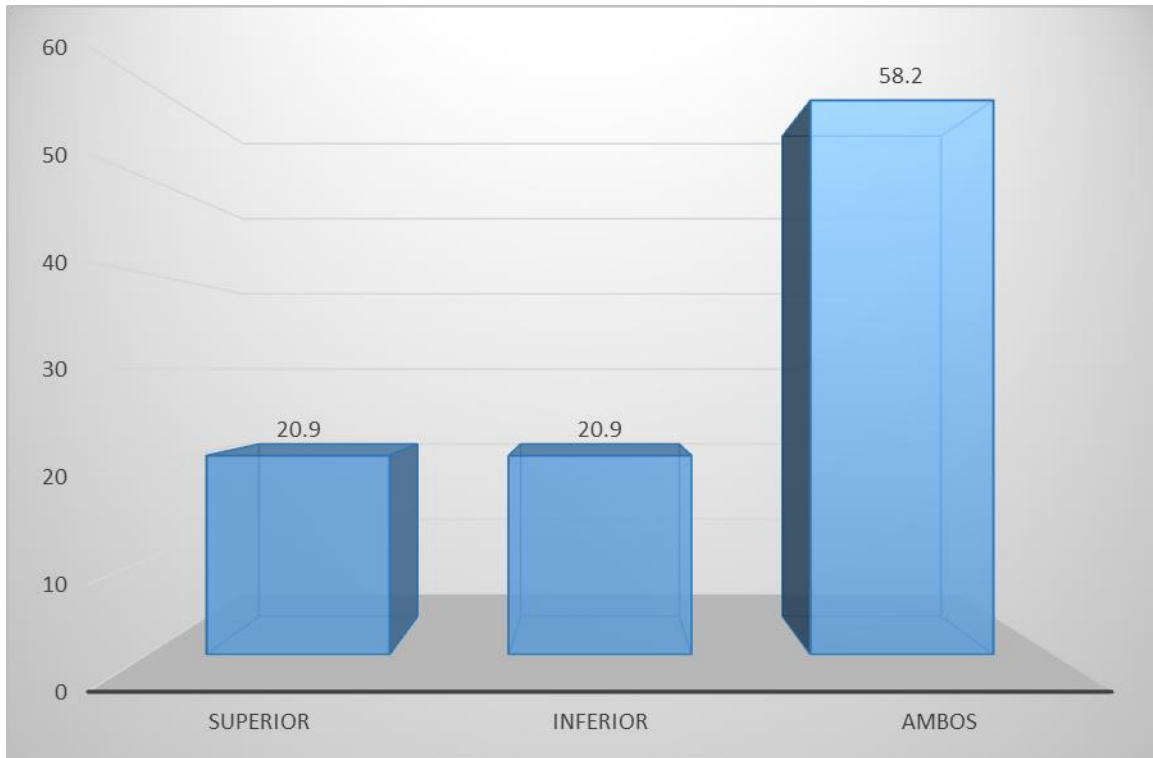


TABLA N° 9
ÍNDICE DE CARIES (ceod) EN LOS NIÑOS

Valores	Índice de Caries			
	Cariados	Exfoliados	Perdidos	ceod
Media Aritmética (Promedio)	4.00	0.14	0.63	4.77
Desviación Estándar	2.44	0.41	1.46	2.84
Valor Mínimo	1	0	0	1
Valor Máximo	10	2	6	11
Total	43	43	43	43

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

El índice de caries ceod, que se presenta en la siguiente tabla, nos muestra que de los tres componentes tomados en cuenta, el de cariados es el que tuvo el mayor promedio (4.00), los otros dos componentes (cariados y exfoliados) aportan, entre los dos, casi un punto al índice final. Respecto al índice de caries ceod, este alcanzó un valor promedio de 4.77 en los niños evaluados.

GRÁFICO N° 9

ÍNDICE DE CARIES (ceod) EN LOS NIÑOS

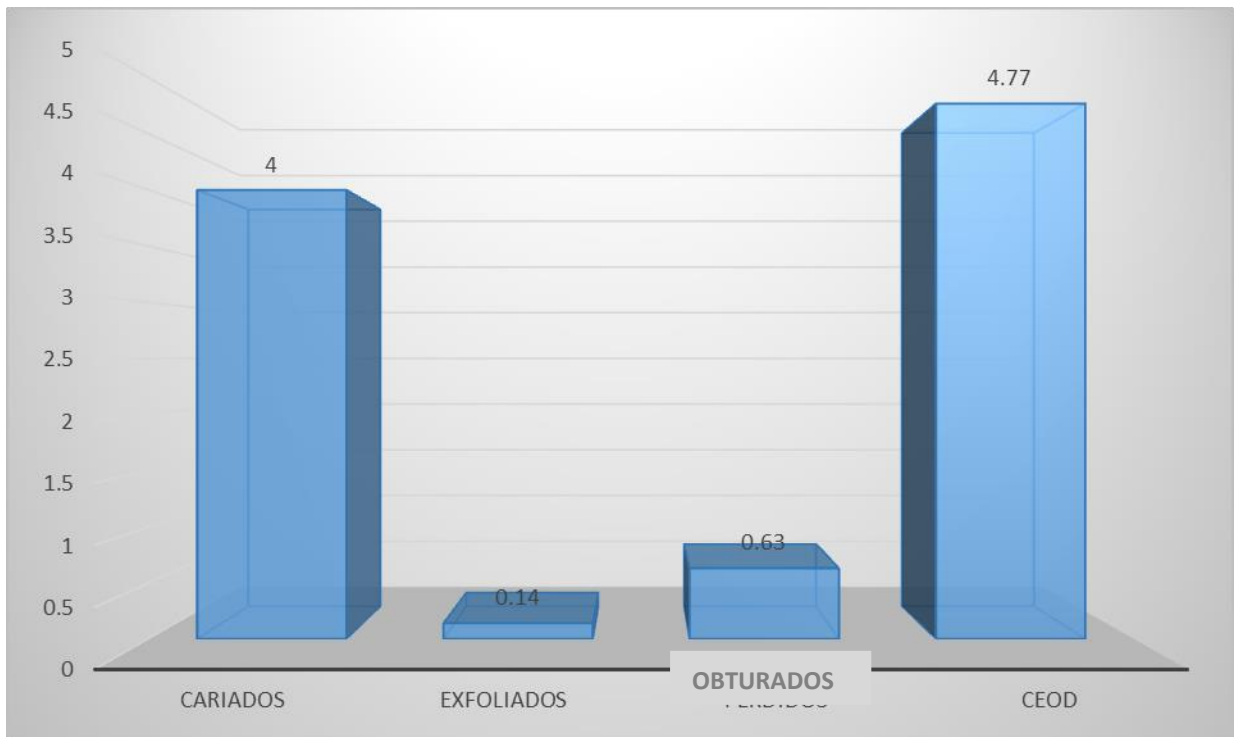


TABLA N° 10
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN
DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LAS MADRES Y LA
PREVALENCIA DE CARIES EN LOS NIÑOS

Nivel de Conocimiento	Caries Infancia Temprana				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bajo	0	0.0	10	100.0	10	100.0
Regular	6	27.3	16	72.7	22	100.0
Bueno	22	59.5	15	40.5	37	100.0
Muy bueno	6	75.0	2	25.0	8	100.0
Total	34	44.2	43	55.8	77	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.001 (P < 0.05) S.S:

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla relaciona el nivel de conocimiento de las madres y la prevalencia de caries en su hijos, apreciándose que las mamás que tuvieron un nivel de conocimientos bajo, la totalidad de sus hijos evidenciaron caries, al igual que el 72.7% de las que llegaron a niveles de conocimiento considerados como regular. Ahora bien, las mamás con niveles de conocimiento bueno, en la mayoría de sus hijos (59.5%) no presentaron caries, este porcentaje se eleva al 75.0% de niños cuyas madres llegaron a niveles muy buenos de conocimiento.

Según la prueba estadística, existe relación entre ambas variables, puesto que, mientras mayor es el nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de caries de la infancia temprana, menor es la prevalencia de caries en sus hijos.

GRÁFICO N° 10

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LAS MADRES Y LA PREVALENCIA DE CARIES EN LOS NIÑOS

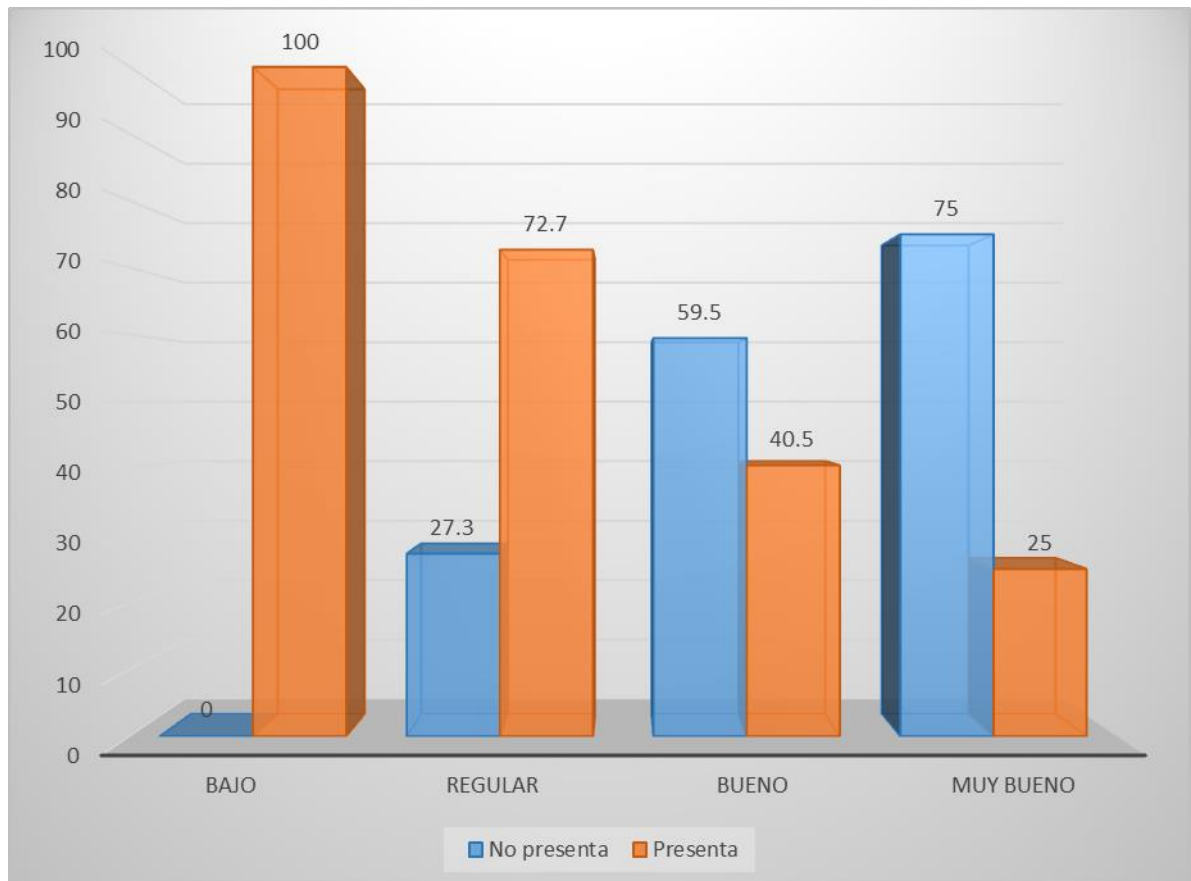


TABLA N° 11

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LAS MADRES Y EL ÍNDICE ceod DE LOS NIÑOS

Nivel de Conocimientos	Índice ceod			
	Media	Desviación Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
Bajo	6.90	3.07	1	11
Regular	5.06	1.94	1	8
Bueno	3.47	2.72	1	11
Muy bueno	1.50	0.70	1	2

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.004$ ($P < 0.05$) S.S:

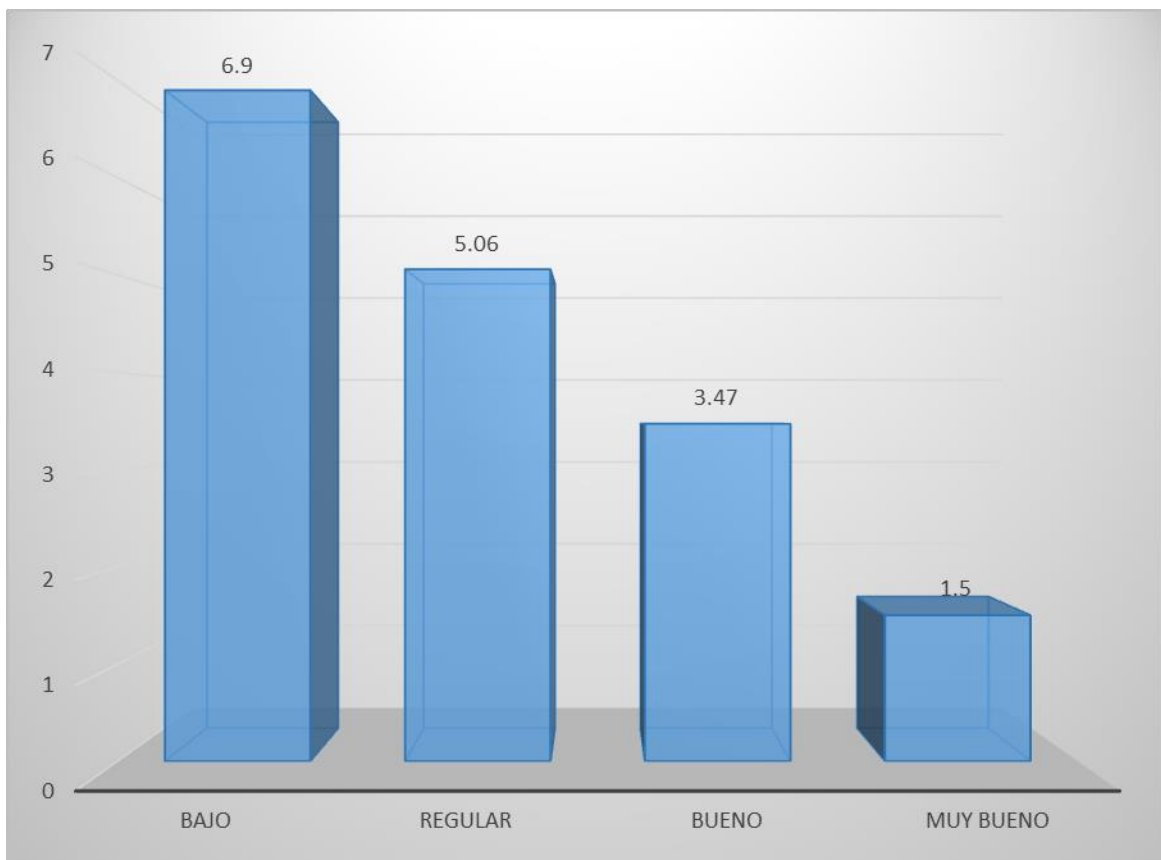
INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 11 se puede observar que las madres que tenían un nivel de conocimiento bajo, sus hijos tenían un índice de caries ceod de 6.90, este valor disminuye hasta 5.06 en niños cuyas madres llegaron a niveles regulares, sigue decreciendo a 3.47 en aquellos niños cuyas madres tenían niveles buenos de conocimiento y finalmente, llegó a 1.50 en niños en las que sus mamás alcanzaron niveles muy buenos de conocimiento.

Según la prueba estadística, existe relación entre ambas variables, puesto que, mientras mayor es el nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de caries de la infancia temprana, menor es el índice de caries ceod en sus hijos.

GRÁFICO N° 11

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LAS MADRES Y EL ÍNDICE ceod DE LOS NIÑOS



4.2. DISCUSIÓN

La presente investigación fue realizada en la cuna jardín San Cristóbal, Sonrisitas y Mi ángel de la guarda. Arequipa - 2017.

La investigación mostró que el nivel de conocimiento sobre prevención de caries de la infancia temprana en las madres de familia fue, en la mayoría de ellas (48.1%), bueno; en tanto, el menor porcentaje (10.4%), obtuvo un nivel catalogado como bajo.

Este resultado coincide con el trabajo “Conocimiento de las madres sobre salud oral y su relación con el índice de caries en niños de 3 a 5 años de edad, que asisten a la I.E. Inicial Generalísimo San Martín del distrito de Mariano Melgar” realizada por Carla Luisa Huaquipaco Galindo, que determinó que un 69.5% de las madres alcanzó un nivel de conocimiento suficiente respecto a los temas de Salud Oral.

El índice de caries encontrado en los niños de 2 a 5 años motivo de estudio fue de 4.77, considerado como un riesgo alto según la Organización Mundial de la Salud. No se encuentra coincidencia con el trabajo “Nivel de conocimiento de las madres de familia sobre higiene bucal y hábitos alimenticios en relación con el índice de caries dental e higiene bucal de sus hijos (6 – 12 años) de la “Institución Educativa 40256 Carlos Manchego Rendón” realizado por Marleny Molina Villalba, donde el índice de caries ceo-d obtenido fue de 4.00; este valor corresponde a un riesgo de caries moderado según la OMS.

Al comparar los resultados obtenidos del índice de caries, con las tesis ya mencionadas de Marleny Molina Villalba y Carla Luisa Huaquipaco Galindo, podemos observar que sus índices son de 4.00 y 3.87 respectivamente, lo que corresponde a un riesgo de caries moderado, a diferencia del obtenido en este trabajo que fue de 4.77 que corresponde a un riesgo alto. Cabe resaltar que estos trabajos se llevaron a cabo en colegios estatales, lo que nos quiere decir, que el riesgo de caries no siempre está asociado con el nivel socioeconómico.

El nivel de conocimiento de las madres tuvo relación estadísticamente significativa con el índice de caries de sus hijos de 2 a 5 años motivo de investigación. Este resultado coincide con el trabajo de Karla Magaly Castillo Hernández, “Conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados y su relación con caries de la infancia temprana en niños de San Francisco Chinameca”, donde se concluyó que el nivel de conocimientos de los padres de familia o encargados si influyen en la aparición de Caries de la Infancia Temprana.

Sin embargo, este resultado no coincide con la investigación de Benavente y cols. “Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad”, donde concluye la ausencia de asociación entre el nivel de conocimientos de salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal de sus hijos menores de 05 años.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

El nivel de conocimientos sobre prevención de caries de la infancia temprana en las madres llegó, en el mayor porcentaje de ellas (48.1%), a niveles considerados como buenos.

SEGUNDA:

La prevalencia de caries de la primera infancia en los niños fue de 55.8%. Así mismo, el índice ceod promedio obtenido fue de 4.77, siendo el componente de caries el que más aportó a este.

TERCERA:

Se ha demostrado que mientras mayor sea el nivel de conocimientos de las madres sobre prevención de caries de la infancia temprana, menor será la prevalencia y el índice de caries en sus hijos, por tanto, la hipótesis planteada es válida, con una significancia de 0.001.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Se recomienda a las instituciones públicas encargadas de brindar salud, implementar un Programa Preventivo sobre Salud Bucal, dirigida a madres de familia de niños y niñas de 0 a 5 años de edad, el cual incluya la realización de controles periódicos a los niños desde la erupción de sus dientes. Dicho programa nos permitiría capacitar mejor a las madres en etapas más importantes como es la gestación y primera infancia de sus hijos debido a que ellas son consideradas los pilares en la transmisión de educación y hábitos.

SEGUNDA:

A los profesionales odontólogos coordinar con las instituciones educativas, para organizar talleres dirigidos a los padres, en los cuales se refuerce el conocimiento previo sobre la caries dental y así mismo incentivar las acciones preventivas creando hábitos saludables para el cuidado bucodental de sus hijos.

TERCERA:

Se recomienda que las Instituciones Educativas colaborar con el personal de salud para brindar charlas y realizar campañas preventivas, a fin de disminuir la incidencia de enfermedades comunes a temprana edad.

CUARTA:

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anglas Ca. (2000) Evaluación del nivel de información sobre las medidas preventivas de Salud Bucal en la población de Lima Metropolitana y Callao. [Tesis – Bachiller] UNMSM.
2. Rodríguez M. (1994) Investigación científica en salud bucal. Buenos Aires: Carhel.
3. Lourdes A. Benavente Lipa, Sylvia A. Chein Villacampa, Carlos H. Campodónico Reátegui, Elmo Palacios Alva, María S. Ventocilla Huasupoma, Antonia Castro Rodríguez, Olinda Huapaya Paricoto, María A. Álvarez Paucar, Wilder Paulino Córdova, Antonio Espetia Aguirre. (2012) Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad.
4. American Academy Of Pediatric Dentistry. Definition of earlychildhood caries (ECC). *Pediatr Dent* 2007/2008
5. American Academy Of Pediatric Dentistry. Definition of earlychildhood caries (ECC). *Pediatr Dent* 2007/2008
6. American Academy Of Pediatric Dentistry. (2006) Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent*
7. Paz Mamani Miguel Angel. (2015) Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Hospital Nacional Docente Madre Niño (HONADOMANI) “San Bartolomé” MINSA 2014.
8. Organización Mundial De Salud (2015) “Prevalencia de la caries”
9. Ana Cecilia Cupe Araujo. (2012) Relación entre la postura de las madres sobre factores de riesgo y la presencia de caries dental en sus hijos de edad preescolar que acuden al I. E. I. Nuestra Señora de Monserrat

10. Luis Moisés Bueno Rafael. (2008) Caries de aparición temprana, diagnóstico, Prevención y tratamiento.
11. Portilla, J y Cols. (2010) Conceptos actuales e investigaciones futuras en el tratamiento de la caries dental y control de la placa bacteriana. Revista Odontológica Mexicana
12. Cindy Emely Barrera Pineda, Claudia Vanessa Córdova, Rosa Evelyn María Huevo De Paz. (2010) Factores de riesgo modulados por los padres de familia o encargados, que influyen en la presencia de caries de la temprana infancia en niños y niñas de 3 a 5 años que asisten a las clínicas de odontopediatría de la facultad de odontología de la universidad de el salvador.
13. Ponce Cáceres Carol Carmen. (2010) Prevalencia de caries dental y su relación con los hábitos alimenticios y de higiene bucal en infantes de 06 a 36 meses de edad en el programa cred, distritos de Hunter y Socabaya, Arequipa.
14. Ismail, Al y Cols. (2008) Risk indicators for dental caries using the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS). Community Dent Oral Epidemiol.
15. Casals Peidró E y García Pereiro MA (2014) Guía de Práctica Clínica: Para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental.
16. Ayrton De Toledo, Orlando. (2014); Fundamentos para la Práctica Clínica. Odontopediatría. Bogotá, Colombia
17. Cabrera, D y Cols. (2009) Riesgo de caries dental en niños atendidos en el hogar en el período 2006-2007. Revista Cubana de Estomatología
18. Carranza, A. (2011) Relación entre conocimientos y actitudes de los padres sobre la caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años. UAP. Tesis para optar el título de cirujano dentista.

19. Teixeira González, Pablo; Vázquez Caballero, Ciryan; Domínguez Samudio, Vilma; Portaluppi Elizeche, Victoria; Alfonso Cuenca, Lilian; Mao Bernal, Cristina; Ferreira Gaona, Marta Inés; Pérez Bejarano, Nohelia María; Del Valle de Abbate, Nancy Elvecia; Sanabria Vázquez, Diana Alicia (2011) Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo. Paraguay, 2010. Rev. Salud Pública Parag. 2011; Vol. 1
20. Montero Díaz, Kattia Vanessa. (2008) Caries De Aparición Temprana. Perú
21. Carla Luisa Cecilia Huaquipaco Galindo. (2016) Conocimiento de las madres sobre salud oral y su relación con el índice de caries en niños de 3 a 5 años de edad, que asisten a la I.E Inicial Generalísimo San Martín Del Distrito De Mariano Melgar, Arequipa.
22. Higashida Hirose, Bertha Yoshiko. (2014) Odontología Preventiva.
23. Cuenca Sala, Emili; Baca Garcia, Pilar. (2005) Odontología Preventiva y comunitaria. España- Barcelona.
24. Morales Tello, Karla Rosalba; Álvarez Santizo, María José. (2011) Caries de la Temprana Infancia (CTI). Caries de la Temprana Infancia Severa (CTIS). Guatemala.
25. Barrios D. (2012) Nivel de conocimientos sobre prevención en salud oral en gestantes del HONADOMANI "San Bartolomé"- MINSA, en el año 2012. [Tesis – Bachiller]. UNMSM
26. Cuenca E, Baca P. (2005) Odontología Preventiva. Principios, métodos y aplicaciones. 3era edición. Barcelona-España: editorial Masson S.A
27. Ministerio De Salud. (2009) Guía Clínica Atención Primaria Del Preescolar De 2 A 5 Años. Chile- Santiago Minsa.
28. Cortesi V. (2008) El auxiliar de odontología. 1era edición versión en español. Barcelona-España: editorial Masson S.A.

29. Myriam Betty Panduro Del Castillo. (2015) Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia. Bagazán – distrito Belén, Iquitos 2014.
30. Sotomayor J, Reyes S; Ochoa J, Mallma A; Correa E, Arieta J y cols. (2012) Nivel de conocimiento en prevención de salud bucal en gestantes que se atienden en dos hospitales nacionales peruanos. Odontología. Sanmarquina
31. Franco Angela María, Santamaria Adriana, Kurser Erika, Castro Lida, Giraldo Marisol. (2015) El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres.
32. Franco Angela María, Jiménez Juliana, Saldarriaga Catalina, Zapata Laura, Saldarriaga Alexandra, Martignon Stefania, Gonzales Maria Clara, Luna Luz Maida, Ocampo Alvaro. (2003) Conocimientos y prácticas del cuidado de la salud bucal de las madres de niños menores de 6 años.
33. Cupe Araujo Ana Cecilia, García Rupaya Carmen rosa. (2012) Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento.
34. Marleny Molina Villalba. (2016) Prevalencia de caries dental y su relación con los hábitos alimenticios y de higiene bucal en infantes de 06 a 36 meses de edad en el programa CRED, distritos de Hunter y Socabaya, Arequipa, 2010.
35. Marleny Molina Villalba. (2016) Prevalencia de caries dental y su relación con los hábitos alimenticios y de higiene bucal en infantes de 06 a 36 meses de edad en el programa CRED, distritos de Hunter y Socabaya, Arequipa, 2010.

36. Karla Magaly Castillo Hernández. (2013) Conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados y su relación con caries de la infancia temprana en niños de San Francisco Chinameca.
37. Organización Mundial De Salud (2015) “Prevención de Salud Bucal”.
38. Vallejos R. (2016) “Desafíos de la salud pública bucal en el Perú” – Análisis crítico. Rev. Estomatol. Herediana
39. Melgar R. (2014) “Perfiles de salud bucal del País” Entrevista. Revista Visión Dental mayor.
40. Bonilla, A. (2015) “La educación de la Madre es el reflejo en los hijos”
41. Saavedra, Noemí (2014) “Prevalencia de caries de infancia temprana”.
42. De la Cruz Rubianes, Elvira; VangelistaRodriguez, Jocelyn; Gil Mori, Leslie. (2008) Determinación del riesgo estomatológico en niños de 5 a 12 años que acuden a la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la UNMSM en el año. Perú.
43. Fernando Javier Aguilar-Ayala, Claudia Gabriela Duarte-Escobedo, Marina Eduviges Rejón-Peraza, Rodrigo Serrano-Piña, Alicia Leonor Pinzón-Te. (2014) Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados.
44. Castro A. (2003) Metodología de la investigación en odontología para profesionales en salud. Editorial Lima: Ars Dent.
45. Nuñez J, Moya P, Monsalves Mj, Landaeta S. (2013) Nivel de conocimiento de salud oral y utilización de GES odontológico en puérperas atendidas en una clínica privada, Santiago. Chile. Int. J. Odontostomat.
46. Delgado Llanconi, Roxana. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna – Huancavelica.

47. Sánchez Rubio Rm. (2005) Efectos del barniz de clorhexidina – timol al 1% en las reducciones de estreptococo mutans en saliva de niños con Caries de Biberón. [Tesis - Doctoral]. Universidad de Granada.
48. Cuadros J. (2014) La sal fluorada: un ingrediente vital para la salud ósea y dental.
49. AEPED, (2016) “ Lactancia materna y caries” Madrid – España
50. Marcelo Bönecker, Jenny Abanto, Maria Salete Nahás Pires Corrêa, José Carlos Pettorossi Imparato, Antonio Carlos Guedes-Pinto (2014) Problemas Bucales en Odontopediatría: Uniendo la Evidencia Científica a la Práctica Clínica.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CUESTIONARIO

Fecha: _____

Grado de instrucción de la madre:

Nombre de su

a. Ninguna

niño(a): _____

b. Educación Primaria

Edad de su niño(a):

c. Educación Secundaria

a) 2 años

d. Educación Técnica

b) 3 años

e. Educacion Superior

c) 4 años

d) 5 años

Estado civil:

Edad del informante: _____

1. ¿Desde qué momento se debe comenzar la limpieza de la boca del niño?
 - a) Desde que tiene todos los dientes de leche (temporales)
 - b) Desde que el niño nace**
 - c) Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)
2. ¿Por qué es importante realizar la higiene de la boca/dientes del niño?
 - a) No es importante
 - b) Para evitar la caries
 - c) Para crear costumbre y evitar la caries dental**
3. ¿Qué es lo más importante de la crema dental?
 - a) Que dan un aliento fresco
 - b) Que permite que haya más flúor en la boca**
 - c) Que deja los dientes limpios y blancos
4. ¿Desde cuándo es importante utilizar crema dental?
 - a) Desde que pueda escupir; alrededor de los 2 años.**
 - b) Desde que el niño nace
 - c) Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)

5. ¿A qué edad se debe empezar a usar cepillo dental?
- a) Cuando tiene los dientes permanentes
 - b) Cuando tiene todos los dientes temporales
 - c) Cuando tiene las primeras molares de leche**
6. ¿Cuál es la cantidad de crema dental que se le debe poner al cepillo dental del niño?
- a) El largo del cepillo dental
 - b) La mitad del largo del cepillo dental
 - c) El tamaño de una lentejita**
7. ¿Por qué es importante controlar la cantidad de crema dental que se usa para la limpieza de los dientes del niño?
- a) Porque entre más cantidad, más limpios quedan los dientes.
 - b) Porque mucha causa alteraciones en los dientes definitivos. (Fluorosis)**
 - c) Porque mucha hace que la boca se llene de espuma dándole un sabor picante al niño.
8. ¿Cuál es la principal función del cepillado dental?
- a) Retirar las bacterias de los dientes (placa bacteriana)**
 - b) Sentir la boca limpia
 - c) Dejar los dientes blancos
9. ¿Es importante cuidar los dientes de leche (temporales)?
- a) Si**
 - b) No
10. ¿Cuál es la razón más importante para cuidar los dientes de leche?
- a) Tener sonrisa bonita
 - b) Poder comer y hablar bien
 - c) Tener una buena salud dental y general**

11. ¿Por qué algunas personas piensan que no deben cuidar los dientes de leche?
- a) Porque cuando el niño/a es pequeño no es necesario
 - b) Porque estos dientes se reemplazaran los dientes definitivos o de adulto**
 - c) Se dañan fácilmente, al niño no le duele
12. ¿Cómo se ve una lesión inicial de caries dental?
- a) Como una mancha blanca en el diente**
 - b) Como un hueco en el diente
 - c) Como una mancha negra en el diente
13. ¿Qué hace el flúor en los dientes?
- a) Hace que se vean más blancos
 - b) Hace que sean más resistentes a la caries**
 - c) Hace que se vean más bonitos
14. ¿Cuándo el niño recibe lactancia materna, se deben limpiar los dientes?
- a) No, porque es un alimento natural
 - b) Solo antes de dormir
 - c) Siempre**
15. ¿Es bueno dar besos en la boca a los niños?
- a) No es bueno**
 - b) Solo los padres
 - c) Solos los familiares cercanos
16. ¿Quién debe encargarse de la limpieza de la boca de los niños?
- a) El propio niño
 - b) El niño con ayuda del papá o la mamá**
 - c) Solo el papá o la mamá

17. ¿Si yo tengo caries puedo contagiar a mi hijo?

- a) **Si**
- b) No
- c) Es poco probable

18. ¿Debo cepillar los dientes a mi niño/a después de darle un jarabe?

- a) **Si**
- b) No

19. ¿Hasta qué edad debe usar biberón un niño?

- a) 1 año
- b) 2 años
- c) 3 años

20. Le puedo dar leche a media noche hasta..

- a) 1 año
- b) 2 años
- c) 3 años

ANEXO N° 2 ODONTOGRAMA

NOMBRE DEL PACIENTE:.....
 EDAD: SEXO: NOMBRE DE LA MADRE:.....

ODONTOGRAMA

ESPECIFICACIONES: _____

RESULTADO

CEOD: _____

VALORES:

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

ANEXO N° 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____ identificado con el DNI
N° _____ domiciliado en _____
como representante legal o tutor
de _____, acepto que mi hijo(a),
participe en el Programa de Prevención para la Salud Oral, organizado por la Srta.
Milagros Salinas Llerena bachiller de la escuela profesional de estomatología, cuyo
objetivo será estimular la conducta de prevención oral hacia la madre y el niño, para
ello es necesario el llenado del cuestionario.

Posterior a ello el procedimiento del estudio será el siguiente:

1. Al niño se le realizará un examen clínico dental
2. El examen es gratuito y se realizará en las instalaciones de la institución educativa
3. Durante el estudio no se suministrará ningún tipo de fármaco
4. El beneficio del ingreso de su niño a este estudio, es que se le realizará un perfil de riesgo de caries dental, con el cual se puede tomar medidas de prevención.

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

FIRMA DE MADRE

DNI

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

DNI

AREQUIPA ____ DE _____ DEL _____

ANEXO N° 4

MATRIZ DE DATOS

Edad de la madre	Grado de instrucción	Estado civil	Nivel de conocimiento	de
24	3	2	9	
28	2	1	10	
20	2	1	15	
32	3	1	8	
27	2	1	8	
44	2	1	16	
32	4	1	16	
35	2	3	11	
35	3	1	10	
33	2	1	13	
33	4	1	9	
32	3	1	9	
23	3	1	16	
35	4	1	15	
30	3	2	11	
24	4	2	11	
36	2	3	13	
25	3	1	18	
36	2	2	12	
25	4	1	14	
27	3	1	16	
40	4	1	13	
37	4	1	13	
23	3	2	12	
25	4	2	12	
23	2	1	11	
24	2	1	10	
26	4	2	18	
30	4	1	13	

27	4	1	15
28	3	2	17
25	4	3	16
23	3	2	12
24	2	1	12
34	3	1	11
28	4	2	15
32	4	1	13
28	4	1	15
26	4	2	15
32	4	1	16
27	3	1	14
36	3	1	11
32	4	1	13
33	3	1	10
37	3	1	14
29	3	1	16
33	4	1	15
39	3	1	14
23	4	1	15
40	4	1	13
28	4	1	18
29	4	1	17
28	4	1	18
31	3	1	14
30	4	1	15
27	3	1	14
36	4	1	16
27	4	1	17
34	4	1	14
33	4	2	18
33	4	1	13
29	4	1	15
35	4	1	16

39	4	1	16
33	4	1	15
35	4	1	16
33	4	1	9
34	4	1	15
34	4	4	16
24	3	1	16
27	3	3	12
34	4	4	16
38	4	1	16
24	4	1	15
39	4	1	16
25	4	1	14
42	4	1	13

Nivel de conocimiento	Edad del niño	Sexo del niño	caries de infancia temprana	cariados	extraídos	obturados	maxilar afectado
9	3	1	1	10	1		3
10	3	1	1	9	2		3
15	2	2	0				
8	3	2	1	8			3
8	3	2	1	6			3
16	4	1	0				
16	4	1	0				
11	4	2	1	3			2
10	4	1	1	4		2	3
13	4	2	0				
9	4	1	1	9			3
9	5	1	1	4		2	3
16	5	1	1	6	1	4	3
15	5	1	0				
11	6	2	0				
11	2	2	1	4			3
13	2	1	1	6			3
18	2	2	1	1			1
12	3	1	1	4		2	2

14	3	1	1	1			1
16	3	2	0				
13	3	1	0				
13	3	1	1	5			3
12	3	1	1	5			3
12	3	2	1	4			1
11	3	2	1	8			3
10	3	1	1	7			3
18	4	2	0				
13	4	1	0				
15	4	1	1	1			2
17	4	1	0				
16	4	2	0				
12	4	1	1	5			3
12	4	2	1	6			3
11	4	1	1	5			3
15	4	1	1	1			2
13	4	2	1	2		6	3
15	4	2	1	3			3
15	5	1	1	4			3
16	5	2	0				
14	5	1	1	4			3

11	5	1	1	2	1	5	3
13	5	2	0				
10	5	1	1	3	1		3
14	5	2	0				
16	5	2	0				
15	1	2	0				
14	1	1	0				
15	1	1	0				
13	1	1	1	3			1
18	1	2	0				
17	1	1	0				
18	2	1	0				
14	2	1	1	3			2
15	2	1	1	4			3
14	2	2	0				
16	2	1	0				
17	2	2	0				
14	1	2	0				
18	2	1	1	2			1
13	2	2	0				
15	2	2	0				
16	1	1	0				

16	2	1	0				
15	3	1	1	6			3
16	3	1	0				
9	3	2	1	1			2
15	3	1	0				
16	3	2	1	2			1
16	3	2	1	1			1
12	2	2	1	3		1	2
16	4	1	0				
16	4	1	1	2		4	1
15	4	2	1	3		1	2
16	5	2	0				
14	5	1	1	1			1
13	5	2	1	1			2

ANEXO N° 5

SECUENCIA FOTOGRÁFICA

Fotografía 1: Cuna Jardín Mi Ángel de la Guarda



Fotografía 2: Cuna Jardín Sonrisitas



Fotografía 3: realizando el examen clínico a cada niño



Fotografía 4: foto del recuerdo

