

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



TESIS:

**“RELACIÓN ENTRE LA CARIES DENTAL EN PRESCOLARES DE LA I.E.
“LOS HONGUITOS” Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES
SOBRE SALUD ORAL. DISTRITO IQUITOS – MAYNAS 2014”**

AUTORES:

**DIANA CAROLINA TOBLER GARCIA
LORENA DESIREE CASIQUE GONZALES**

ASESORES:

**C.D. ANA MARIA MOURA GARCÍA, Mg, Dr.
C.D. ROMINA GÓMEZ RUIZ, Mg.
Lic. JUAN DE DIOS JARA IBARRA, Mg, Dr.**

INFORME FINAL DE TESIS

**Requisito para optar el Título Profesional de:
CIRUJANO DENTISTA**

**IQUITOS – PERÚ
2014**

C.D. ANA MARIA MOURA GARCÍA, Mg, Dr.
C.D. ROMINA GÓMEZ RUIZ, Mg.
Lic. JUAN DE DIOS JARA IBARRA, Mg, Dr.

ASESORES DE LA TESIS

INFORMAMOS:

Que, los bachilleres Diana Carolina Tobler García y Lorena Desiree Casique Gonzales, han realizado bajo mi dirección, el trabajo contenido en el Informe Final de Tesis titulado: **“RELACIÓN ENTRE LA CARIES DENTAL EN PRESCOLARES DE LA I.E. “LOS HONGUITOS” Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE SALUD ORAL. DISTRITO IQUITOS – MAYNAS 2014”**, considerando que el mismo reúne los requisitos necesarios para ser presentado al Jurado Calificador.

AUTORIZAMOS:

A los citados bachilleres a presentar el Informe Final de Tesis, para proceder a su sustentación cumpliendo así con la normativa vigente que regula los Grados y Títulos en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

DEDICATORIA

A DIOS, por permitirme existir en este mundo y sobre todo por mostrarme su amor, paciencia y comprensión. A pesar de todos los obstáculos nunca me abandonó, siempre estuvo allí y conseguí cumplir esta meta de ser profesional y buen ser humano. Además por llenarme de bendiciones y oportunidades.

A MIS MARAVILLOSOS PADRES

TERESA, el ser que me enseñó que en la vida todo es posible con la ayuda de nuestro padre celestial, una mujer luchadora que venció el obstáculo más grande en su vida pero estuvo conmigo mediante sus oraciones. Es el ser más noble que he conocido y que lo soporta todo. Eres todo para mi madre mía y te admiro porque eres un verdadero ejemplo de mujer. Me diste absoluto amor, apoyo moral espiritual y todo lo que una hija necesita para crecer y formarse como persona.

SAMUEL, mi papito que me soporto al igual que mi mami, te amo papi porque sin tu apoyo no hubiera podido realizarme y cumplir esta meta. Me enseñaste a ser fuerte en esta vida y no rendirme porque tú eres ejemplo de padre porque viviste en carne propia el sufrimiento a pesar de ello te superaste y me siento orgullosa de tener un padre luchador. Por lo tanto me diste lo mejor en mi vida mi profesión, tu presencia y mi formación como buen ser humano.

A MIS FAMILIARES EN GENERAL

Por brindarme el apoyo durante todas las etapas de mi vida y accederme muchos consejos que en su momento los he necesitado. Son seres muy generosos y son parte de mi vida y numerosa familia.

LORENA

A DIOS, nuestro padre celestial, por ser la luz que me guía por el buen camino, la fuerza que me impulsa a salir adelante enfrentando todos los problemas que se presenten, enseñándome que con ÉL todo es posible y no hay barrera que no se pueda superar. Por su infinito amor y su eterna bendición.

A mi madre, GLORIA, por todo el esfuerzo y sacrificio, por brindarme todo su amor, la comprensión, el apoyo incondicional y la confianza en cada momento de mi vida. Es mi mejor amiga, mi pilar, una mujer luchadora capaz de dar la vida por los suyos. El amor de mi vida, a quien le debo todo lo que soy y por quien seguiré luchando.

A mi hermano ARMANDO, por apoyarme siempre, por la paciencia y los consejos brindados, por ser parte importante y fundamental en mi vida.

A quienes me acompañaron en cada momento, **mi padre Roberto, mi mejor amigo y compañero Thedy, mi hermana de la vida María José y a todos mis amigos incondicionales**, con todo mi cariño y amor para todos ustedes, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

AGRADECIMIENTO

A **DIOS**, por ser nuestro padre celestial que siempre nos ilumina y nunca abandona en todo nuestro caminar.

A la **C.D. ANA MARIA MOURA GARCÍA**, por ofrecernos su apoyo incondicional en este nuevo proyecto en nuestras vidas.

A la **C.D. ROMINA GÓMEZ RUIZ**, por ser nuestro guía y brindarnos sus conocimientos con mucha paciencia y buena voluntad.

Al **Lic. JUAN DE DIOS JARA**, por dedicarnos su tiempo y encaminar este proyecto hacia un estudio responsable y correctamente elaborado.

A los Cirujanos Dentistas **Miembros del Jurado Evaluador** del proyecto de Tesis, por sus acertadas correcciones y oportunos consejos.

A la **I.E. Los Honguitos** por permitirnos llevar a cabo nuestro estudio y accedernos la información, sobre todo la participación estricta de los docentes, niños y padres de familia.

A la **Universidad Nacional de la Amazonía Peruana**, a nuestra **Facultad de Odontología** por la hospitalidad y buena formación que nos brindó.

A **nuestros familiares y amigos** que de alguna manera estuvieron allí mostrándonos su apoyo y aconsejándonos para un mejor desarrollo profesional, personal y sobre todo espiritual.

A todos aquellos...

... Muchas Gracias

**“RELACIÓN ENTRE LA CARIES DENTAL EN PRESCOLARES DE LA I.E.
“LOS HONGUITOS” Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES
SOBRE SALUD ORAL. DISTRITO IQUITOS – MAYNAS 2014”**

RESUMEN

El presente estudio es de tipo correlacional y de corte transversal, y tuvo como propósito determinar si existe relación entre la caries dental en preescolares de la I.E. “Los Honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. Distrito Iquitos – Maynas 2014.

La muestra estuvo conformada por un total de 246 preescolares de 3 a 5 años de edad y sus respectivas madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Se construyó un instrumento de nivel de conocimiento sobre salud oral, fue validada por la técnica de juicio de expertos y una prueba piloto. La confiabilidad fue evaluada mediante la prueba estadística de Kuder-Richardson (K20) de la cual obtuvimos una fiabilidad de 0,75%.

Los resultados obtenidos fueron: El 14,6% de las madres con un nivel de conocimiento bajo sus niños presentaron un I-ceo muy alto. La prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad de la Institución Educativa Los honguitos. Distrito Iquitos – Maynas 2014, fue de 95,9%. Encontrándose un I-ceo promedio de 5,03 (alto). El nivel de conocimiento sobre salud dental de las madres de los preescolares examinados fue moderado en un 51,6% con un puntaje promedio de 11,21.

Los resultados nos permitieron concluir que existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral ($p = 0.01$).

Palabras claves: Nivel de conocimiento, caries dental, preescolares.

"RELATIONSHIP BETWEEN DENTAL CARIES IN "LOS HONGUITOS" PRESCHOOLERS AND THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF MOTHERS ABOUT ORAL HEALTH. IQUITOS - MAYNAS 2014"

ASBTRACT

The aim of this correlational and cross-sectional study was to determine the correlation between dental caries in Los Honguitos's preschoolers and the level of knowledge of mothers about oral health. Iquitos - Maynas 2014.

The sample consisted of a total of 246 preschool children 3-5 years old and their mothers who met the inclusion and exclusion criteria.

An instrument of level of knowledge about oral health, was validated by the technical expert judgment and a pilot test was constructed. Reliability was evaluated by the statistical test of Kuder-Richardson (K20) from which we obtained a reliability of 0.75%.

The results were: 14.6% of mothers with a level of knowledge in its children had an I-ceo very high. The prevalence of dental caries in children aged 3-5 years old of Los honguitos garden - Iquitos District - Maynas 2014, was 95.9%. Finding an average of 5,03 (high) I-ceo. The level of dental health knowledge of mothers of preschool children examined was moderate at 51.6% with an average score of 11.21.

The results allowed us to conclude that there is significant relationship between the prevalence of dental caries in preschool and the level of knowledge of mothers about oral health ($p = 0.01$).

Keywords: Level of knowledge, dental caries, preschoolers.

INDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I	Pág.
1.1 Introducción _____	1
1.2. Objetivos _____	1
1.2.1. Objetivo General _____	1
1.2.2. Objetivo Específico _____	2
CAPITULO II	
2.1. Antecedentes _____	3
2.1.1 Estudios relacionados al tema _____	3 – 7
2.2. Fundamento Teórico _____	8
2.2.1 Caries _____	8
2.2.1.1 Definición _____	8
2.2.1.2 Etiología _____	9 - 12
2.2.2 Flúor _____	12
2.2.3 Técnicas del cepillado _____	13
2.2.4 Caries de Infancia Temprana (CIT) _____	13-15
2.2.4.1 Mecanismos de Contagio Madre – Hijo _____	15 – 16
2.2.4.2 Tratamiento y Prevención _____	16 – 17
2.2.4.3 Recomendaciones _____	17 – 18
2.2.5 Dieta del Infante _____	18
2.2.6 Uso de fluoruros en la Infancia _____	19
2.2.7 Índices epidemiológicos _____	20 – 21
2.2.8 Teoría del conocimiento _____	22
2.2.9 Nivel de conocimiento en salud oral _____	22
2.3 Marco Conceptual _____	23
2.4. Hipótesis _____	24
2.5. Operacionalización de variables _____	25
2.6. Indicadores e Índices _____	25
CAPITULO III	
3.1. Metodología _____	26
3.1.1 Tipo de Investigación _____	26
3.1.2 Diseño de la Investigación _____	26
3.1.3 Población y Muestra _____	27
3.1.3.1 Población _____	27
3.1.3.2 Muestra _____	27 – 28
3.1.4 Procedimientos, técnica e instrumentos de recolección de datos	
3.1.4.1 Procedimiento de recolección de datos _____	29

3.1.4.2 Técnica _____	29
3.1.4.3 Instrumento _____	29 – 31
3.1.5 Procesamiento de la Información _____	31
CAPITULO IV	
Resultados _____	32 – 38
CAPITULO V	
Discusión _____	41 – 43
CAPITULO VI	
Conclusión _____	44
CAPITULO VII	
Recomendaciones _____	45
CAPITULO VIII	
Referencias Bibliográficas _____	46 – 48
CAPITULO IX	
Anexos _____	49 – 57

INDICE DE TABLAS

Nº		Pág.
01	Índice ceo individual_____	21
02	Índice ceo comunitario o grupal _____	21
03	Indicadores e índices_____	25
04	Tipo de investigación_____	26
05	Afijación proporcional por secciones _____	27
06	Preescolares según sexo de la I.E. Los Honguitos, distrito de Iquitos -2014_____	32
07	Preescolares según el turno de la I.E. Los Honguitos, distrito de Iquitos -2014_____	33
08	Preescolares según grado de instrucción de la madre de la I.E. Los Honguitos, distrito de Iquitos -2014._____	34
09	Medidas de resumen del análisis univariado._____	35
10	Preescolares según prevalencia de caries en la Institución Educativa Los Honguitos, distrito Iquitos – 2014._____	36
11	Preescolares según Caries dental de la Institución Educativa Los honguitos, distrito Iquitos – 2014._____	37
12	Preescolares según el nivel de conocimiento de la madre sobre salud oral de la Institución Educativa Los Honguitos, distrito Iquitos – 2014._____	38
13	Prueba de Kolmogorov-Smirnov_____	39
14	Prueba no paramétrica de la Chi-Cuadrada._____	40

INDICE DE GRÁFICOS

Nº		Pág.
01	Preescolares según sexo de la I.E. Los Honguitos, distrito de Iquitos -2014_____	32
02	Preescolares según el turno de la I.E. Los Honguitos, distrito de Iquitos -2014_____	33
03	Preescolares según grado de instrucción de la madre de la I.E. Los Honguitos, distrito de Iquitos -2014._____	34
04	Medidas de resumen del análisis univariado._____	35
05	Preescolares según prevalencia de caries en la Institución Educativa Los Honguitos, distrito Iquitos – 2014._____	37
06	Preescolares según Caries dental de la Institución Educativa Los honguitos, distrito Iquitos – 2014._____	38
07	Preescolares según el nivel de conocimiento de la madre sobre salud oral de la Institución Educativa Los Honguitos, distrito Iquitos – 2014_____	39

CAPITULO I

1.1 Introducción

La caries dental es una enfermedad de alta prevalencia en la ciudad de Iquitos, y considerando su aparición a temprana edad en los niños y la falta de orientación a las madres sobre cómo cuidar y preservar la higiene oral para prevenir dicha enfermedad nos motiva a buscar métodos para disminuir y eliminar este problema. Es así que nos enfocamos en el conocimiento y las actitudes que tienen las madres porque juegan un rol importante con respecto a la orientación en la salud oral de sus niños y especialmente en la adquisición de hábitos alimenticios y de higiene oral. No olvidemos que la promoción de la salud debe iniciarse en el seno de la familia y los ejemplos y actitudes de los padres de familia son determinantes.

La falta de conocimiento sobre salud oral por parte de las madres, lleva a la creencia errónea que los dientes deciduos, no son importantes, lo que lleva a los niños a que no sean atendidos oportunamente, aumentando con ello el riesgo de adquirir enfermedades orales, que podrían haber sido prevenidas mediante la adquisición de conductas saludables.

La educación de la madre acerca de la salud oral es uno de los ejes que aseguran la preservación de salud integral del niño, asegurando así una persona con una mejor calidad de vida.

La importancia de la familia reside, en que ella es el núcleo, que realiza el paso inicial de conducir al niño totalmente desinformado, a un marco básico de valores, actitudes, creencias y hábitos que guiarán su desarrollo personal. Esto quiere decir, que cualquier programa educativo en salud oral que no incluya a la familia, específicamente padres o apoderados del niño, tiende a fracasar. La mejor forma de promover la salud dentro de la familia es a través de su modo de vida, su entorno, alimentación e higiene.

Finalmente este estudio servirá para implementar y consolidar estos futuros programas de promoción y prevención de salud bucal, las cuales deben ser con una metodología participativa (intervención-acción), para poder generar un impacto efectivo y así controlar los principales factores de riesgo desde la infancia temprana, con el fin de disminuir la morbilidad bucal, promoviendo estilos de vida saludables del entorno familiar.

1.2 Objetivos

1.2.1 General

Determinar si existe relación entre la caries dental en preescolares de la I.E. “Los Honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. Distrito Iquitos – Maynas 2014.

1.2.2 Objetivos específicos.

- Determinar la prevalencia de caries dental en preescolares de 3 a 5 años pertenecientes a la I.E “Los Honguitos” del distrito Iquitos – Maynas 2014.
- Analizar el nivel de conocimiento de las madres de los preescolares evaluados sobre salud oral del distrito Iquitos – Maynas 2014.
- Evaluar el grado de asociación entre la caries dental en preescolares de la I.E. “Los honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral.

CAPITULO II

2.1. Antecedentes

2.1.1 Estudios relacionados al tema

Loza, L. (1999), en Lima, realizó un trabajo de investigación, realizado en niños escolares de 6 a 12 años de edad, tomó como muestra 267 escolares y encontró que no existe asociación significativa entre la caries dental en niños y el grado de instrucción de los padres de familia. (1)

Navas, R. et al (2005), estudiaron las condiciones de salud bucal en preescolares y su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. La salud bucal se estudio en 132 niños, evaluando caries, índice de placa y el índice gingival y midiendo el nivel educativo de los padres. La caries se reporto en 41.9% de los preescolares cuyos padres tenían actitudes favorables ($P < 0,05$). En individuos con progenitores cuya educación se ubico en niveles bajos la caries dental mostro los niveles más altos. Se concluye que en los preescolares estudiados existe relación estadísticamente significativa entre la caries dental y el nivel educativo de los padres, reafirmandose la necesidad de crear programas preventivos con la participación de los padres de niños en edad preescolar, para la adquisición de hábitos de salud bucal. (2)

Cabellos, D. (2006), en Lima, en su tesis “Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan del Peru”, cuyo propósito fue relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y evaluar la higiene bucal de estos mismos niños, la muestra fue de 90 padres y sus respectivos hijos con discapacidad (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). En la primera fase de la investigación se evaluó el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en los padres, para lo cual se utilizó como instrumento un cuestionario de 12 preguntas. (3)

En la segunda fase de la investigación se evaluó el Índice de higiene oral de los niños con discapacidad. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un regular nivel de conocimiento en los padres, con un 68,9% y el Índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo con un 88,9%, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el nivel de conocimiento de los padres, con un $p < 0,05$ y una correlación inversa regular, $p = -0,58$ con un $p < 0,05$ es decir un nivel de conocimiento regular en los padres relacionado con un IHO malo en los niños.

Pombo, A. (2009), en La Coruña, España; en su tesis titulada “Relevancia clínica del cepillado bucodental infantil y su relación con los hábitos higiénicos y nutricionales del niño y los conocimientos odontológicos de sus padres” encontró que la prevalencia de dientes temporales cariados en los niños de 5 años es de 24.1%. La mayoría (98.6%) manifiesta tener cepillo de dientes y aunque un 39.7% refieren cepillarse varias veces al día, un 12.4% no se cepilla nunca. A mayor frecuencia, menor prevalencia de caries.

El nivel de conocimientos es significativamente más elevado en los padres y madres clasificados según su profesión en las categorías: técnicos y profesionales científicos e intelectuales, y técnicos y profesionales de apoyo. Los padres que refieren que sus hijos tienen la costumbre de cepillarse los dientes tienen significativamente más respuestas correctas que los que no lo hacen.

Tras tener en consideración la edad del niño, la ingesta de dulces, el cepillado dental y el número de respuestas correctas de los padres sobre salud bucodental objetivamos que las variables que tienen un efecto independiente para predecir caries definitivos son la edad del niño, el cepillado dental y el nivel de conocimiento de los padres medido por las respuestas correctas. Los padres que fuman ambos tienen menos nivel de conocimientos de salud bucodental. Los hijos de padres fumadores presentan más caries. (4)

Pisconte, E. (2010) en Trujillo, realizó un estudio cuyo propósito fue determinar si existe relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. La muestra estuvo conformada por un total de 328 preescolares de 3 a 5 años de edad.

Los resultados demostraron que existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental ($p = 0.001$).

La prevalencia de caries dental fue de 60.7%. Encontrándose un I-ceo promedio de 3.2 (moderado). El nivel de conocimiento sobre salud dental de las madres de los preescolares examinados fue medio en un 66.5%. (5)

Musac, W. et al (2010) en Loreto, presentó su tesis titulada “Nivel de conocimiento y actitud en relación a medidas preventivas en salud bucal de las madres de niños de 3 – 5 años de la I.E.I. Cuna Jardín Corazón de Jesús, distrito de Belén”, la muestra fue de 180 madres, se construyeron 2 instrumentos de Nivel de conocimiento y Actitudes en medidas preventivas en las madres con una confiabilidad de 0.78 y 0.71 respectivamente evaluada con un coeficiente Alfa de Cronbach.

Los resultados obtenidos fueron 71.1% (128) de madres de niños presentaron conocimiento suficiente, el 89.4% (161) de las madres presentaron actitud favorable y el 67.2% (121) de las madres tenían conocimiento suficiente y actitudes favorables.

Se concluye que Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud en relación a las medidas preventivas en salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años de edad de I.E.I. Cuna Jardín Corazón de Jesús. (6)

Saavedra, N. (2011) en Lima, realizó una tesis “Prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el hospital “Marino Molina Scippa”. La muestra estuvo conformada por 180 niños de 0 a 36 meses de edad y a todas las madres de los niños evaluados (180) se les realizó una encuesta sobre nivel de conocimientos en salud bucal. Los resultados encontrados determinaron en relación al nivel de conocimiento de las madre evaluadas, el 50.8% tiene un nivel de conocimiento bajo, el 49.2% presenta nivel de conocimiento regular y el 0% presenta un buen conocimiento sobre salud bucal. Se apreció una tendencia en el incremento del porcentaje de madres con nivel de conocimiento regular según se incrementa el nivel educativo.

Se observó una asociación significativa entre el número de hijos y el nivel de conocimientos de las madres, donde observamos que las madres primerizas (con un hijo) tienen un menor porcentaje en el nivel de conocimiento regular (38.14%), mientras que para quienes tuvieron 2 y 3 o más hijos el porcentaje fue de 58.51% y 53.33% respectivamente significativa (p menor a 0.05). De los 180 niños el 38.33% (69) presentaron al menos una pieza dental con caries y el 61.7% (111) no presenta caries.

La presencia de caries de infancia temprana en niños de 0 a 36 meses, los resultados fueron que de 0 a 12 meses (5%) ,13 a 24 meses (36.67%) ,25 a 36 meses (73.33%). Se encontró una asociación entre la prevalencia de caries y la edad del niño, observamos que en los grupos de mayor edad la prevalencia de caries en ellos incrementa, dicha asociación es estadísticamente significativa. (7)

Benites, J. (2011) en Quito, Ecuador; realizó su tesis “Prevalencia de caries dental en niños escolares de 4 a 14 años de la escuela fiscal mixta “La Gran Muralla”. Ciudad de Ambato para valorar el nivel de conocimiento que tienen los niños de la escuela con respecto a educación oral y cuál fue el motivo más frecuente de la presencia de caries dental.

El objetivo principal de esta investigación fue establecer la prevalencia de caries dental en los escolares, conocer las causas y factores determinantes de caries dental.

El tipo de investigación fue un estudio directo, descriptivo, de corte transversal; se tomó como muestra a la totalidad de la escuela en la cual tenemos alumnos de kínder a 8vo de básica, en edades comprendida entre 4 a 14 años. 150 alumnos por grupo etario y género. Se utilizó como instrumento una ficha clínica la cual consta de un odontograma, el cual sirvió para cuantificar las caries que presenta cada niño de la escuela y una encuesta con preguntas importantes para saber la razón de la presencia de caries dental.

La principal conclusión fue que la prevalencia de caries dental determino un Índice alto de caries. En cuanto al índice ceo establece a la dentición temporaria que presenta un porcentaje más alto de caries dental que la dentición definitiva. Se recomendó poner en práctica los auto-cuidados de salud bucal para prevenir las enfermedades buco-dentales, cumpliendo con normas de higiene como el cepillado tres veces al día, acudir a citas periódicas con su odontólogo, e implementar programas de educación sobre salud oral hacia los padres de forma continúa. (8)

Benavente, L. et al (2012), en Lima realizó estudio para determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSa) y Seguro Social (ESSALUD). La muestra estuvo constituida por madres con sus hijos menores de cinco años de edad (n 143). Se aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental (ceo-d), Placa bacteriana (Greene y Vermillion. IHO-S). No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad (p 0,16). (9)

Calderon, P. (2012) en Chile, realizo su estudio con el objetivo de comparar los conocimientos, actitudes y prácticas relativas a salud oral infantil de madres primigestas y múltiparas de niños de 3 años. Se trabajó con una muestra de 36 madres por cada grupo de primigestas y múltiparas correspondiente a un universo de 170 madres de los menores, las que previamente firmaron un consentimiento informado.

Se aplicó un cuestionario CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) guiado referente a salud oral infantil, además de un registro dietético de 24 horas. Se realizó una revisión clínica oral de los menores, donde se analizó el índice c.e.o.d., presencia de lesión cariosa incipiente e índice de higiene de O'Leary.

Los menores de madres multíparas presentaron un riesgo de dieta alto y los del grupo de las primigestas moderado. Las madres multíparas presentan mejores conocimientos que madres primigestas, y estas últimas presentan una tendencia a mejores actitudes y prácticas no siendo estadísticamente significativa. Se encontró asociación entre conocimientos y número de hijos (valor-p= 0,005), edad de la madre y conocimientos (valor-p= 0,045), actitudes y prácticas (valor-p < 0,001); actitudes y nivel educacional (valor-p=0,036). También se encontró asociación entre nivel educacional y nivel socioeconómico (valor-p=0,018); entre número de hijos y riesgo de la dieta (valor-p= 0,004). Se observó que las madres primigestas que asisten a talleres educativos tienen mayores conocimientos sobre salud oral infantil (valor-p=0,022). (10)

Sánchez, Y. (2012), en Lima, Perú, realizó un ensayo comunitario de intervención: incidencia de caries en preescolares de un programa educativo-preventivo en salud bucal. El objetivo del estudio fue medir la experiencia e incidencia de caries dental en preescolares sujetos al “Programa Salud Bucal con Buen Trato” de la Organización No Gubernamental (ONG) EDUVIDA mediante un ensayo comunitario controlado realizado durante casi tres años. Material y métodos: La población fueron niños de 3 y 4 años de edad de instituciones educativas iniciales estatales, la muestra fue de 330 y el grupo control de 343 niños seleccionados en forma aleatoria estratificada. Se realizó la calibración para todas las actividades. Se utilizaron la prueba de Wilcoxon y Mann Whitney para evaluar los índices ceod, ceos y el índice de cuidado dental; para evaluar prevalencia de caries se usó la prueba de Chi cuadrado. Resultados: La variación entre ceod y ceos fue significativamente menor en los niños del programa versus el grupo control (p=0,03 y 0,04); la prevalencia de caries dental aumentó tanto en el grupo de estudio y el grupo control, pero el aumento fue estadísticamente mayor en el grupo control (p=0,047). La prevalencia de caries de la infancia temprana severa (CITS) fue 32,6% a los 3 años y 46,44% a los 4 años, al finalizar el programa fue 50,4% a los 5 años en el grupo de estudio y 61,8% en el grupo control (p=0,27). Conclusiones: La incidencia de caries dental en el grupo de estudio fue 30,7% y en el grupo control 68,9%. Al finalizar se encontró que en los niños del programa el ceod aumentó 3,44 a 4,85 y en el grupo control de 3,62 a 5,80 (11)

2.2 Aspectos Teóricos

2.2.1. Caries

2.2.1.1 Definición

Henostroza, G. (2007) (12) La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes, se caracteriza por la desintegración progresiva de los tejidos calcificados, debido a la acción de los microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Esta enfermedad tiene un carácter multifactorial y es crónica. La caries se ha considerado como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. En la actualidad, su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran medida con factores socioculturales, económicos, y del comportamiento. Aunque su prevalencia ha disminuido en los países industrializados, afecta entre el 60% y 90% tanto de la población infantil como de la adulta.

Etimológicamente se deriva del latín *caries*, que implica putrefacción (13). 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 que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades. Es una de las enfermedades más prevalentes en la población mundial. La magnitud del problema obliga a una gran inversión de recursos en tratamientos que podrían evitarse si se aumentan las medidas de prevención.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades le corresponde el código K02 (14).

Los factores etiológicos de la caries dental se pueden reunir en dos grupos: primarios (microorganismos, dieta y huésped) y moduladores (tiempo, edad, salud general, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento). Los factores primarios constituyen causas necesarias, pero no suficientes, para producir lesiones de caries; por ello, la relación de causalidad no es simple ni lineal, sino que constituye un complejo proceso que involucra adicionalmente una serie de factores adicionales, llamados moduladores. (12)

2.2.1.2 ETIOLOGÍA

Newbrum, E. (1991). La etiología de la caries es multifactorial, con intervención de tres factores que deben actuar conjuntamente: por un lado, las características del huésped en general y, por tanto, del diente que debe ser susceptible a padecer caries; por otro, la presencia de una microflora específica (sobre todo estreptococo mutans) y, por último, la existencia de un sustrato constituido, básicamente por la presencia en la dieta de hidratos de carbono, en un periodo de tiempo determinado. En cuanto al diente, son importantes factores de menor resistencia que facilitan el avance y/o desarrollo de las caries.

Tales como en el esmalte, especialmente las laminillas que permiten acumulo de restos alimenticios y gérmenes bacterianos, fosas muy profundas en premolares y molares. (15)

Microorganismos (12)

La cavidad bucal contiene una de las más variadas y concentradas poblaciones microbianas del organismo. Se estima que en ella habitan más de mil especies, cada una de ellas representada por una gran variedad de cepas y que en 1 mm³ de *biofilm* dental, que pesa 1 mg, se encuentran 10⁸ microorganismos (16). Entre las bacterias presentes en la boca se encuentran tres especies principalmente relacionadas con la caries: *Streptococcus*, con las subespecies *S. mutans*, *S. sobrinus* y *S. sanguinis*, *Lactobacillus*, con las subespecies *L. casei*, *L. fermentum*, *L. plantarum* y *L. oris* y los *Actinomyces*, con las subespecies *A. israelis* y *A. naslundii* (17).

Sin embargo, recientemente se ha revelado que: el rol de los *S. mutans* y *S. sobrinus* no está claramente definido, que la producción de ácidos por el *biofilm dental* no depende de la presencia de tales bacterias y que existen otras bacterias ácidogénicas, como *Actinomyces spp.* y *Bifidobacterium spp.* que incluso superan en cuantía a los *S. mutans* en el *biofilm dental* y que apoyan el rol de estos últimos en el inicio y el progreso de las lesiones de caries dental (18).

Streptococcus mutans

- Rompen algunas glicoproteínas salivares importantes para impedir las etapas de desarrollo inicial de las lesiones cariosas.
- Producen grandes cantidades de polisacáridos extracelulares que permiten una gran formación de placa
- Producen gran cantidad de ácido a bajos niveles de pH

Lactobacillus

- Aparecen cuando existe una frecuente ingesta de carbohidratos.
- Producen gran cantidad de ácidos.
- Cumplen importante papel en lesiones dentinarias.

Actinomyces

- Relacionados con lesiones cariosas radiculares
- Raramente inducen caries en esmalte.
- Producen lesiones de progresión más lenta que los otros microorganismos

Harris, N- (2001). Dieta.

En ausencia de bacterias no se desarrolla caries. Para que las bacterias vivan en la placa deben disponer de los mismos aminoácidos, monosacáridos, ácidos grasos, vitaminas y minerales requeridos por todos los organismos vivos.

Debido a que estos nutrimentos también los necesitan las células del cuerpo, la comida ingerida por el huésped o la que aparece más tarde en la salida en forma metabolizada, proporciona los nutrimentos adecuados para la supervivencia y reproducción bacteriana. Sin embargo, con tres comidas diarias bien equilibradas tal vez las bacterias normales de la placa no liberarían una cantidad suficiente de ácidos metabólicos para organizar el desarrollo de la caries.

Pero tan pronto como el azúcar y los productos azucarados se incluyen en la dieta del huésped, se incrementa de manera notable a producción de ácidos bacterianos. Estas liberaciones de productos ácidos finales y de otras toxinas constituyen los factores principales en el inicio y la progresión de la caries y la gingivitis.

De una importancia incluso mayor, que la ingesta total de carbohidratos refinados, son la frecuencia de la ingestión y consistencia de los alimentos azucarados. La ingestión intermitente pero continua de carbohidratos refinados, característica de la vida moderna, causa una exposición constante de los dientes a los ácidos bacterianos. Por ejemplo, la adherencia prolongada de los productos azucarados a los dientes, como es el caso de chiclosos y caramelos, ocasionan la producción prolongada de ácidos de la placa las cuales están en contacto directo con la superficie del diente.

Por tanto, si el objetivo es disminuir la incidencia de caries, deben considerarse los tres factores: la ingestión total de azúcar, la frecuencia de la ingestión y la consistencia de los alimentos potencialmente cariogénos. (19)

Figueiredo, L. (2000) HUESPED

DIENTE.

Es sobre la estructura dura de los dientes que la dolencia se manifiesta y, para que esto ocurra, es necesario que el esmalte se torne susceptible de ser destruido, por los ácidos o por su propia configuración anatómica como en los casos de surcos, fisuras y puntos. De esta forma, el diente será susceptible, cuanto mayor sea el número de surcos y fisuras y puntos existentes, defectos estructurales presentes.

Como los dientes deciduos sanos son menos mineralizados que los permanentes, lógicamente serán más susceptibles, ya que la resistencia del esmalte es menor a un pH más alto, determinando que en una acidificación más alta, pueden ocurrir lesiones más fácilmente en esmalte.

A pesar de este análisis simple, otros factores también interfieren en la resistencia del diente, tales como: la saliva y la placa, la concentración de flúor, fósforo y calcio existente en la placa, así como la capacidad salival para remover el sustrato.

SALIVA

La saliva segregada por las glándulas salivales mayores: parótidas, submaxilares y sublinguales, junto con menores, son responsables por la lubricación de la boca y los dientes, interviniendo significativamente en el proceso de generación de la caries. La saliva tiene varias acciones y funciones y dentro de ellas tenemos: protección de las células de la mucosa, teniendo además las acciones de ayudar a formar el bolo alimenticio, las bactericidas e inmunológicas que ayudan a proteger el individuo, específicamente las enzimas salivales tienen varias funciones:

La amilasa ayuda a la renovación de residuos alimenticios por la acción solubilizante que posee; la lisozima tiene la acción antibacteriana catalítica y aglutinante y la lactoperoxidasa, por la acción oxidante, mantiene el desarrollo bacteriano dentro de patrones ideales.

En cuanto a las proteínas, la fosfoproteína posee acción remineralizante por su afinidad con las sales de calcio, mientras que la lactoferrina tiene actividad antibacteriana por la aglutinación de las bacterias.

En lo relativo al aspecto físico-químico, la acción de flujo y de la viscosidad salival influyen en la determinación de un riesgo mayor o menor que el individuo pueda tener con relación a caries.

FLUJO SALIVAL:

Se puede afirmar que cuanto mayor sea el flujo salival, menor es la posibilidad de que el niño adquiera caries. El valor normal de flujo para el niño escolar es de 8ml de saliva por 5 minutos, cuando es activado, suministrando un volumen medio de saliva por día entre 1000 a 1500 ml.

TIEMPO

La presencia y formación de caries en niños no está solamente relacionada con la cantidad de carbohidratos ingeridos, sino también por la consistencia del alimento y la frecuencia de ingestión. Como 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.

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. (20)

2.2.2 Flúor

Becerra, L. (2008)

El flúor proporciona a los dientes, y al esmalte en particular, una mayor resistencia contra el ácido que contribuye a causar la caries. El flúor ingerido es particularmente eficaz hasta los 11 años de edad aproximadamente, cuando se completa el crecimiento y endurecimiento de los dientes. El dentista puede prescribir pastillas o gotas de fluoruro de sodio (0,5 mg – 1g).

El flúor es una sustancia natural que refuerza el esmalte dental haciéndolo más resistente a la caries.

También interfiere en el proceso en el que las bacterias metabolizan el azúcar para producir ácido, denominado glicólisis. Se ha demostrado que una proporción de flúor reduce la aparición de la caries dental.

Pero la ingesta excesiva puede causar fluorosis dental, que se caracteriza por la aparición de manchas, falta de brillo o cambio de color de la dentadura a amarillo o marrón.

Remineralizar los dientes tan pronto como se detecta el problema, mediante un cambio en la dieta y la ingesta de flúor, puede repararlos pero no destruirá las bacterias. Para ello es primordial cepillarse o enjuagarse los dientes. (21)

2.2.3 Técnicas de cepillado recomendadas

Lartitegui, M. (2006)

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos:

- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

En niños se recomienda la técnica de barrido horizontal por ser la más fácil. No debe ser un cepillado demasiado enérgico. En menores de 7-8 años es aconsejable que lo realicen los padres, ya que el niño carece de la necesaria destreza manual a esa edad.

Técnica Circular O Rotacional

Para mayor eficacia del cepillado, el dedo pulgar se apoya en la superficie del mango y cerca de la cabeza del cepillo; las cerdas del cepillo se colocan en dirección apical con sus costados apoyados contra la encía. Así, el cepillo se gira con lentitud, como si se barriera con una escoba. De ese modo, las cerdas pasan por la encía, siguen por la corona (en ese momento forman un ángulo recto con la superficie del esmalte) y se dirigen hacia la superficie oclusal, pero es necesario cuidar que pasen por los espacios interproximales. (22)

2.2.4 Caries de Infancia Temprana (CIT)

Sanchez, Y. et al (2012). La caries dental es una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en el mundo y es considerada como un problema de salud pública que afecta millones de personas aún desde la infancia. Tiene alto riesgo en niños pequeños debido a los malos hábitos alimenticios o de higiene y no es exclusiva al uso prolongado del biberón. (11)

La caries de infancia temprana (CIT) va referida a la presencia de la enfermedad de caries dental en por lo menos una pieza dentaria en niños menores de 6 años (cariada, perdida u obturada), la Asociación Americana de Odontopediatría (23) incluyó en esta definición a la antes llamada caries por biberón y la caries rampante.

La CIT es un problema social, político, comportamental, médico y dental. Es problema social debido a su presencia en miembros o familias desfavorecidas de la sociedad de nivel económico y educativo bajo, lo cual incluye un también bajo nivel de educación para la salud, resultando de todo ello niños con enfermedades desde la temprana infancia, replicadores de costumbres dietéticas no saludables, y por lo tanto, con alto riesgo de desnutrición, en un marco de familias disfuncionales y numerosas, los que otorgan a los niños y niñas un bajo

apoyo familiar; es a la vez un problema político ya que su solución requiere una política de salud pública que priorice las acciones preventivas y promocionales en salud oral, aplicando una adecuada estrategia mediante equipos de trabajo que permitan llevar a cabo esta política, orientando los programas de salud bucal hacia favorecer sobre todo a los grupos sociales más afectados. Los factores sociales influyen en el comportamiento humano, en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud. Es un problema médico debido a que los infantes con CIT con desnutrición crecerán a un ritmo más lento en comparación con otros niños libres de caries; también los niños nacidos después de complicaciones maternas durante el embarazo están en riesgo de desarrollar CIT, así, si los métodos preventivos no son aplicados a muchos niños vulnerables luego desarrollan serios problemas dentales.

La CIT es una enfermedad infecciosa, cuyo factor etiológico principal es la presencia del *S. mutans* en temprana edad y que generalmente son transmitidas de la madre o cuidadora al niño mediante formas de crianza que consideran el expresar afecto mediante besos en la boca, enfriar el alimento del bebé con soplidos o acercándolo a la boca, entre otras costumbres, actuando la saliva como un agente transmisor de la bacteria, por ello antes que aparezca el primer diente, alrededor de la mitad de los niños de 6 meses de edad ya están infectados con *Streptococcus Mutans* teniendo como factores asociados a estos casos la presencia muy alta de dichas bacterias en la madre, ingesta de bebidas dulces, alimentación nocturna y hábitos incorrectos como succionar el dedo a la madre. Entre otros factores se incluyen la disminución en el flujo salival, poca o nula exposición al flúor, higiene oral deficiente y factores socioeconómicos; también los defectos en la estructura del esmalte son más susceptibles a las caries.

La prevención de esta enfermedad debe instaurarse desde que la madre está embarazada, la revisión del recién nacido debe establecer citas de control y seguimiento; todas las actividades deben estar incluidas en programas de enfoques integrales múltiples que involucren a la familia, comunidad, médicos y odontopediatras. Debido a la naturaleza agresiva de la CIT, el tratamiento debe ser específico para cada paciente. El uso de agentes anticaries puede reducir el riesgo de desarrollo y progresión de la caries, flúor terapia, restauraciones para la adecuación del medio bucal utilizando materiales como los ionómeros de vidrio, son eficaces tanto preventiva como terapéuticamente, los que, acompañados de una educación y formación de buenos hábitos en salud bucal tienen como objetivo disminuir el riesgo de nuevas lesiones de caries. El tratamiento debe ser oportuno, de lo contrario las condiciones del niño empeoran y llega a ser más difícil de tratar, los costos de tratamiento se incrementan y el número de profesionales

quienes pueden desarrollar los tratamientos más complicados disminuye. siendo a menudo necesario el tratamiento en un hospital bajo anestesia general o sedación, lo que la población de bajo nivel socioeconómico no puede cubrir e incluso les es difícil comprender.

Se considera como caries de la infancia temprana severa (CITS) cuando en un niño menor de 3 años hay cualquier signo de caries dental o cuando en niños entre 3-5 años hay alguna caries en superficies lisas de dientes anteriores o hay cuando a los 3 años hay ≥ 4 superficies cariadas, perdidas u obturadas; a los 4 años ≥ 5 y a los 5 años ≥ 6 . (11)

2.2.4.1 Mecanismos de contagio madre – hijo

Palomer, L. (2006). La transmisión de microorganismos desde la saliva de la madre al niño, fue sugerida por primera vez en 1975 por Berkowitz y Jordan. Ellos usaron el método de tipificación de la mutacina para demostrar que los microorganismos de las muestras tomadas desde la boca de los niños, eran idénticos a los encontrados en la boca de sus madres.

En 1985, Berkowitz y colaboradores trabajaron comparando la producción de bacteriocina por SM, aislado de la boca de 20 pares de madres e hijos y concluyeron que la correspondencia de los microorganismos era estadísticamente significativa.

Davey y Rogers en 1984, examinaron muestras de placa bacteriana en 10 familias y 5 de ellas fueron reexaminadas 6 meses más tarde. Usando métodos bioquímicos y tipificación de bacteriocina, corroboraron que la madre es la mayor fuente de infección dental por SM en los niños pequeños.

En este trabajo, el padre no compartía las cepas del microorganismo con otros miembros de la familia.

En 1988 Caufield y colaboradores, usando un marcador de genotipo del SM, demostraron una alta correspondencia entre las cepas de microorganismos de la saliva de la madres y sus hijos y también al interior de los diferentes grupos raciales, sugiriendo una transmisión vertical de las bacterias en las poblaciones humanas. También los niveles de SM eran similares en las madres y sus hijos, demostrando una relación cuantitativa en cada pareja.

El contagio de la boca del niño, por bacterias cariogénicas provenientes de la saliva de los adultos, especialmente la madre, se produce principalmente al erupcionar las piezas dentarias. Existirían períodos críticos de susceptibilidad, por lo

que se ha empleado el término "ventanas de infectividad" para graficar este momento, el que se produciría entre los 6 y los 24 meses y entre los 6 y 11 años del niño, coincidiendo con los periodos de aparición de las piezas dentarias en la boca. Se ha demostrado que mientras más precoz es la colonización de la boca del niño por las bacterias cariogénicas, mayor es el riesgo de tener caries en el corto plazo.

En el estudio realizado por Mattos-Graner y colaboradores se investigó la posible transmisión horizontal del SM en niños que asisten a salas cunas de Brasil, cuyas edades fluctuaban entre los 12 y 30 meses. Al analizar las bacterias comprometidas, se encontró que varios niños de la misma sala cuna, tenían genotipos idénticos del SM, lo que indicaría que la transmisión horizontal puede ser otra forma de adquisición del microorganismo.

El mecanismo de contagio entre madre e hijo, se produce cuando ésta comparte los cubiertos con su hijo, usa el mismo cepillo dental, lo besa en la boca o prueba la temperatura del biberón con su boca o simplemente, "lava" el chupete de su hijo con su saliva. De esta manera, la madre transmite las bacterias cariogénicas a su hijo.

Por lo tanto, se puede deducir que una mujer que tiene hábitos deficientes de cuidado dental, repetirá estos patrones en sus hijos y se crearán las condiciones ideales para el desarrollo de las caries.

Por otro lado, Köhler y Bratthall revisaron los niveles de SM en cucharas contaminadas con saliva y encontraron una correlación entre el recuento de SM en la saliva de la persona y la cantidad de microorganismos transferidos a la cuchara. Se estudió la sobrevivencia de los SM en los elementos contaminados y fue posible encontrar algunas bacterias vivas después de 24 y 48 horas, si bien después de 7 horas su número decrecía considerablemente.

2.2.4.2 Tratamiento y Prevención de la CIT

Para prevenir la formación de la caries dental, se recomienda impedir la organización de la placa bacteriana mediante su remoción por el cepillo dental. La madre debe limpiar las superficies de los dientes desde que estos aparecen en boca del niño con una gasa y posteriormente con un cepillo suave y de tamaño adecuado a la boca del hijo.

El niño puede comenzar a cepillarse por sí mismo, sólo cuando tiene la habilidad motriz necesaria. El uso de dentífrico debe indicarse cuando el niño ya no lo ingiera, en cantidad mínima y deben usarse pastas dentales infantiles.

También existen métodos químicos de prevención y tratamiento; en el mercado se encuentran antisépticos que combaten los gérmenes de la placa, como es el caso de la Clorhexidina.

Los enjuagues diarios por períodos de tiempo recomendados por el odontólogo, reducen la cantidad de placa bacteriana. Estos colutorios no deben usarse en niños menores, que puedan ingerirlos.

Es fundamental que la embarazada controle la cantidad de placa bacteriana en su boca durante la gestación y así disminuya la posibilidad de infectar al niño. Debe preocuparse de tratar las lesiones de caries que puede tener y mejorar la higiene bucal.

Otras medidas de prevención apuntan al uso de sustancias que mejoren la resistencia del huésped a la acción del ácido producido por las bacterias y es así como se recomienda el uso de flúor, ya sea por vía sistémica o local. En las zonas con agua con flúor, es recomendable el uso tópico de barnices de flúor, aplicados por el odontólogo, en niños sobre los 3 años y en las zonas sin flúor en el agua, es aconsejable además administrar este elemento en forma de gotas y comprimidos, desde el nacimiento.

También se preconiza la aplicación de sellantes en las fisuras de las superficies oclusales de molares y premolares jóvenes, para proteger las piezas dentarias. Estos actúan como barrera al paso de los microorganismos y se recomiendan principalmente para piezas definitivas, después de su erupción en boca. Otras medidas están dirigidas a mejorar la calidad de la dieta, disminuyendo el consumo de hidratos de carbono.

Todas estas medidas ayudan en el combate de las caries y a disminuir su prevalencia en la población.

Como una manera de evitar la contaminación temprana de la boca del niño, se ha insistido en tratar a las madres, para evitar el traspaso precoz del SM a sus hijos.

2.2.4.3 Recomendaciones para prevenir la CIT

García – Ballesta, C. et al (2004). Deben efectuarse controles odontológicos periódicos, tanto la madre como el niño, ya que controlando los niveles de higiene de la madre, se previene el contagio del niño.

Los padres deben tomar medidas de prevención que ayuden a mejorar la salud oral de sus hijos, las cuales incluyen:

- a) Comenzar a limpiar diariamente los dientes desde su aparición en la boca, con una gasa o un cepillo adaptado.
- b) Consultar con el odontopediatra desde antes del primer año de vida del niño para realizar medidas preventivas y educativas
- c) Reducir la ingesta de azúcares por parte de los niños.
- d) Evitar el uso de biberón durante la noche a los niños, y cepillar sus dientes antes de dormir.
- e) No contaminar los cubiertos que usa el niño ni su chupete o cepillo dental, con la saliva de los adultos. (25)

2.2.5 Dieta para el infante

Sociedad Odontológica del Bebé.

1. Promover una alimentación saludable en el infante.
2. Tener en cuenta la edad del niño para considerar el tipo de cuidados en su alimentación:
 - Después de la salida del primer diente (luego de 6 meses) no se continuará con una alimentación totalmente líquida, se introducirá una alimentación pastosa que permita al niño ejercitar la masticación y con ello el desarrollo maxilofacial.
 - Se aumentará gradualmente la consistencia del alimento hasta llegar al año donde deberá recibir la alimentación familiar.
 - No se recomienda el uso de azúcares antes del primer año de vida.
 - Después del primer año de vida deberá ser evitada la alimentación para dormir y durante el sueño.
3. Preconizar el uso de vasos desde temprana edad, si se usa biberón sólo será para el uso de la leche.
4. De usar biberón, se recomienda utilizar la tetina odontológica u ortodóntica.
5. Debe quitarse la transmisión de microorganismos bucales al niño durante el acto alimentario de la siguiente manera:
 - No probar el alimento con la misma cuchara que alimenta al niño.
 - No soplar los alimentos para enfriarlos.
6. Capacitar a los profesionales de la Salud y profesionales vinculados con la niñez para el reconocimiento de los alimentos con potencial cariogénico.
7. Los productos alimentarios industrializados que sean cariogénicos o erosivos deberían tener en el rótulo “este alimento puede producir daño a los dientes”.

2.2.6 Uso de fluoruros en la infancia

Se debe identificar las fuentes de fluoruro sistémico a que esté expuesto el infante mediante una anamnesis detallada. Es necesario realizar estudios previos sobre la ingestión, metabolismo y excreción de fluoruros en niños con el objetivo de determinar la exposición a métodos sistémicos y tópicos de la población infantil, para de esta manera identificar si los niños están expuestos a dosis adecuadas y no existe riesgo de fluorosis ($>0.07 \text{ mgF} \times \text{Kg/ día}$).

Fluoruro tópico: uso domiciliario (dentífricos) se sugiere que el inicio de su recomendación sea a partir de los 2 -3 años de edad; sin embargo, el pediatra u odontopediatra podría recomendarlo antes teniendo en consideración las orientaciones pertinentes de dosis y frecuencia diaria.

1. Infantes con riesgo de caries identificado se sugiere utilizarlo con la erupción del primer molar primario y únicamente una vez al día, en la noche. Los otros cepillados se realizarán con agua. A partir de los dos años se podrán realizar 2 cepillados con dentífrico y a partir de los tres años se podría iniciar su recomendación 3 veces al día respetando la dosis recomendada y la habilidad para escupir.
2. Siempre usar una pequeña cantidad de crema dental, equivalente a una lentejita (0.10 a 0.30 g) o instruir para colocar la crema dental a lo ancho del cepillo, presionándola para que se introduzca entre las cerdas, mediante la técnica transversal, siempre y cuando sea un cepillo infantil correspondiente o adaptado a la edad.
3. Se recomienda el uso de dentífricos de 400 – 600 ppmF, especialmente en niños residentes de ciudades con métodos sistémico de fluorización (agua o sal fluorada).
4. Incentivar y enseñar desde edades tempranas a escupir y no ingerir el dentífrico.
5. Los dentífricos fluorados deben ser prescritos por el profesional, indicando dosis y frecuencia de uso diario.
6. El rotulado de los envases de dentífricos fluorados debe indicar el uso de pequeña cantidad, la concentración de fluoruros en partes por millón (ppm), advertencias sobre no dejar el dentífrico al alcance de los niños y colocar un mensaje dirigido a los padres “niños menores consulte con su dentista antes de usarlo”.
7. Propagandas que induzca directa o indirectamente a la ingestión o al uso excesivo de dentífrico, deberían ser prohibidas mediante resoluciones ministeriales. (26)

2.2.7 Indicadores epidemiológicos para la caries dental (27)

Piovano, S- (2010).

INDICE CPO-D:

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935.

Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental, señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluyendo las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados,

INDICE ceo-d:

Expresa la sumatoria dientes temporarios cariados, con indicación de extracción y obturados, no considerándose los dientes ausentes.

El índice ceo, fue propuesto por Gruebbel en 1944 y cuenta con las siguientes características:

- a- Se utiliza en dentición temporaria, escribiéndose en letras minúsculas.
- b- Se ignoran los dientes faltantes porque la mayoría se exfolian en forma natural.

Criterios de inclusión a utilizar para tomar el índice ceo

A) Se consideró cariado (c).

- Presencia de una lesión clínicamente visible.
- Si la opacidad del esmalte indica presencia de caries subyacente.
- El diente está obturado y presenta recidiva de caries.

B) Se consideró obturado (o).

- Si presentó una o más obturaciones con cualquier material de obturación definitiva, sin recidiva de caries, fracturas ni defectos en la adaptación periférica.
- La restauración con corona se consideró como 5 superficies obturadas.

C) Se consideró perdido (e).

- Se consideró como indicación de extracción la presencia de una patología irreversible.

El índice individual resulta de la sumatoria de piezas dentarias temporales cariadas, con indicación de extracción y obturadas.

Ejemplo:

Índice Individual: $c + e + o$

Tabla N° 01. Índice ceo individual

c	e	o	= Índice Individual 5
2	0	3	

Índice comunitario: El índice grupal resulta del promedio de la sumatoria de piezas dentarias temporales cariadas, extraídas y obturadas sobre el total de los niños examinados

Tabla N° 02. Índice ceo comunitario o grupal

Ceo	Índice Comunitario o grupal
Total de examinados	

CUANTIFICACIÓN DE LA OMS PARA EL INDICE (28)

- 0 a 1.1 Muy bajo
- 1.2 a 2.6 Bajo
- 2.7 a 4.4 Moderado
- 4.5 a 6.5 Alto
- Mayor a 6.6 Muy alto

2.2.8 Teoría del conocimiento (29)

Hessen, J. (2001). El conocimiento es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia.

La capacidad de recordar, por otra parte, implica hacer presente el material apropiado en el momento preciso. El conocimiento implica según varios autores todo un proceso mental de elaboración a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, la televisión, algún afiche o tríptico, etc.

La información por otro lado implica solamente el nivel de aprehensión del dato que se le muestra a la persona, sin haber tenido ninguna opinión al respecto, lo cual revela ya un grado superior de proceso mental que es el conocimiento.

Los tres modelos del proceso de conocimiento. El análisis filosófico del proceso del conocimiento y sus productos, constituye la sustancia de lo que se denomina la teoría del conocimiento.

Los tres aspectos que aparecen en todo análisis del proceso de conocimiento son: El sujeto cognoscente, el objeto de conocimiento y el conocimiento como producto del proceso cognoscitivo. Adam, distingue tres modelos fundamentales del proceso de conocimiento. Si por proceso de conocimiento, entendemos una interacción específica entre sujeto cognoscente y el objeto del conocimiento, que tiene como resultado los productos mentales que denominamos conocimiento.

1. El primer modelo tiene la concepción mecanicista de la teoría del reflejo en donde el objeto de conocimiento actúa sobre el aparato perceptivo del sujeto que es un agente pasivo, contemplativo y receptivo; el producto de éste proceso es un reflejo o copia del objeto, reflejo cuya génesis está en relación con la acción mecánica del objeto sobre el sujeto.
2. El segundo modelo es el idealista o activista, en el se produce todo lo contrario que en el primero: el predominio o la exclusividad, vuelve al sujeto cognoscente que percibe el objeto de conocimiento como su producción. Este modelo se ha concretado en diversas filosofías idealistas subjetivas y, en estado puro, en el solipsismo.
3. El tercer modelo que, al principio de la preponderancia de uno de los elementos de la relación cognoscitiva (del objeto en el primer modelo y del sujeto en el segundo), opone el principio de su interacción. Este modelo propone, en el marco de una teoría modificada del reflejo, una relación cognoscitiva en la cual el sujeto y el objeto mantienen su existencia objetiva y real, a la vez que actúan el uno sobre el otro.

2.2.9 Nivel de conocimiento en salud oral.

Pisconte, E (2010). Conjunto de saberes en salud dental acumulados a través del tiempo y los cuales han sido obtenidos por diferentes medios: padres, escuela, universidad, odontólogos, radio, TV, amigos, enfermeras, revistas, hospitales, etc; que permiten a las personas mejorar su salud oral si se ponen en práctica. (5)

2.3 Marco Conceptual

Caries Dental: Henostroza, G. (2007). Es una enfermedad infectocontagiosa de los dientes, que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Esta enfermedad tiene un carácter multifactorial y es crónica.

Se considera caries dental cuando exista discontinuidad de la superficie del esmalte, producida por pérdida de sustancia del diente, diferente de la fractura, erosión o abrasión, opacidad del esmalte, tejido dentario, constatado por la penetración del explorador. (12)

Se consideró el I-ceod de Gruebbel para medir esta variable.

Nivel de conocimiento de las madres sobre salud dental: Pisconte, E (2010) Conjunto de saberes en salud dental acumulados a través del tiempo y los cuales han sido obtenidos por diferentes medios: padres, escuela, universidad, odontólogos, radio, TV, amigos, enfermeras, revistas, hospitales, etc; que permiten a las personas mejorar su salud oral si se ponen en práctica. (5)

2.4 Hipótesis

Existe relación o asociación entre la caries dental en preescolares de la I.E. “Los Honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. Distrito Iquitos – Maynas 2014.

2.5 Operacionalización de las variables

Variable 1 : Caries Dental (VD)

Variable 2 : Nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. (VI)

2.6 Indicadores e Índices

Tabla Nº 03. Indicadores e Indices

VARIABLES	INDICADORES	INDICES
CARIES DENTAL	Indice c.e.o.d de Gruedel	0.0 a 1.1 Muy bajo 1.2 a 2.6 Bajo 2.7 a 4.4 Moderado 4.5 a 6.5 Alto Mayor de 6.6 Muy alto
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES	Etiología de la Caries Prevención de la Caries Dieta	0 a 10 Bajo 11 a 15 Medio 16 a 20 Alto

CAPITULO III

3.1 Metodología

3.1.1 Tipo de investigación (30)

Tabla Nº 04. Tipo de investigación

Según la planificación de la toma de datos	Según el número de ocasiones en que se mide la variable.	Según el número de variables de interés	Según la interferencia del investigador en el estudio
Prospectivo. Los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios).	Transversal. Todas las variables son medidas en una sola ocasión.	Analítico. El análisis estadístico por lo menos es bivariado porque plantea y propone a prueba hipótesis.	Observacional. No existe intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos

3.1.2. Diseño de la investigación

El diseño que se utilizara será no experimental, correlacional y de corte transversal.

Esquema:



Donde:

- M : Muestra
- O : Observaciones obtenidas en cada una de las dos variables estudiadas.
- r : Posible relación existente entre las variables estudiadas.

3.1.3 Población y muestra

3.1.3.1 Población

La población estuvo constituida por 676 preescolares con matrícula regular de 3 a 5 años de edad que asistieron durante los meses junio - julio de 2014 a la institución educativa inicial "Los Honquitos" del distrito Iquitos – Maynas 2014 y sus respectivas madres.

3.1.3.2 Muestra

Para determinar el tamaño de muestra se aplicó la fórmula de la población finita:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

N	= Tamaño de la población	676
α	= Nivel de significancia	0.05
$(1 - \alpha)$	= nivel de confianza	0.95
d	= precisión	0.05
$Z_{1-\alpha}$	= 1.96	1.96
p	= prevalencia de la enfermedad	0.50
q	= complemento de p	0.50

De donde obtenemos $n = 246$ niños, los cuales fueron asignados por afijación proporcional considerando la sección donde se encuentra matriculado el niño (De 3 años, de 4 años y de 5 años), tal como se indica empleando la fórmula:

$$N_1 = \frac{N_h \times n}{N}$$

Tabla N° 05. Afijación proporcional por secciones

EDAD	N _h	N _x
3	194	71
4	243	88
5	239	87
TOTAL	676	246

3.1.3.2.1 Método de selección:

- Muestreo Aleatorio Estratificado.

3.1.3.2.2 Criterios de inclusión:

Se incluyeron en el estudio los preescolares que reunían los siguientes criterios:

- Preescolar de 3 a 5 años de edad con matrícula regular en instituciones de educación inicial. Distrito Iquitos – Maynas 2014.
- Se incluyeron en el estudio las madres que reunían los siguientes criterios:
- Madre de familia del preescolar o apoderado de sexo femenino.

3.1.3.2.3 Criterios de exclusión:

Se excluyeron del estudio los preescolares que reunieron los siguientes criterios:

- Preescolar que presente alguna enfermedad sistémica.
- Preescolar que presente dientes permanentes.
- Preescolar que no acepte ser examinado.

Se excluyeron del estudio las madres que reunieron los siguientes criterios:

- Madre que no asista al 80% de las reuniones convocadas por los docentes.
- Madre que no acepte participar en el estudio.

3.1.3.2.4 Consideraciones Éticas:

Para la ejecución de la presente investigación, se siguió los principios de la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18^o Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), y modificada en Seúl, Octubre 2008.

3.1.4 Procedimientos, técnica e instrumentos de recolección de datos

3.1.4.1 Procedimiento de recolección de datos

La metodología consideró a preescolares con matrícula regular de 3 a 5 años de edad que asistieron durante los meses junio - julio de 2014 a la institución educativa inicial “Los Honquitos” del distrito Iquitos – Maynas 2014 y sus respectivas madres.

- Observación.
- Encuesta: Cuestionario estructurado.

3.1.4.2 Técnica

1. Entrevista: a la unidad informante: madres
2. Observación: a la unidad de estudio: preescolares

3.1.4.3 Instrumento

1. Cuestionario sobre salud oral.
2. Ficha de evaluación (odontograma).

Validez:

Las preguntas contenidas en el instrumento final utilizado para la recolección de datos, y que son materia de análisis del presente estudio, fueron seleccionadas de un banco de preguntas confeccionadas por el investigador, y que a su vez fueron revisadas por ocho jueces (3 odontólogos, 1 psicólogo, 1 enfermera, 1 obstetra, 1 médico, 1 profesora de nivel inicial) y un estadístico. (Anexo 1)

De la Prueba Piloto:

Se aplicó un cuestionario a 30 madres de familia de preescolares pertenecientes a otra institución educativa, pero de características similares para evaluación preliminar de los aspectos de forma y estructura (semántica, redacción y grado de dificultad en el desarrollo del cuestionario).

Confiabilidad:

Los resultados obtenidos de la prueba piloto sirvieron para determinar la confiabilidad del instrumento mediante la prueba estadística de Kuder-Richardson (K20); de la cual obtuvimos una fiabilidad de 0.75.

Del Proceso de Recolección de Datos:

Para poder registrar a la población descrita, se utilizó la información proporcionada por la Dirección Regional de Educación de Loreto, acerca de la cantidad de alumnos matriculados en la institución educativa inicial “Los Honguitos”

El método de selección de la muestra se hizo por:

- Muestreo Aleatorio Estratificado: Indicando la cantidad total de niños según su edad, que deben ser elegidos.

Terminada esta primera parte se procedió a solicitar la autorización de la directora de la institución educativa elegida para realizar el estudio, con el fin de obtener los permisos correspondientes, para el ingreso en fechas establecidas.

Del Cuestionario de salud de las madres:

Se utilizó el cuestionario de salud (Anexo 4) con los ítems especificados para evaluar el conocimiento sobre salud oral.

Se entregó los cuestionarios de salud a las madres de familia de los niños seleccionados en reuniones convocadas por sus docentes.

Previo a la entrega, se les explicó el propósito del estudio, especificando la importancia de la sinceridad en sus respuestas. Las madres participantes en el estudio firmaron una hoja de consentimiento informado (Anexo 2).

Preguntas que miden el conocimiento: Las preguntas fueron cerradas. El cuestionario contiene 20 preguntas. La valoración de cada pregunta es 1 punto, para un total de 20 puntos.

La puntuación es:

- Conocimiento bajo: 0 - 10
- Conocimiento medio: 11 - 15
- Conocimiento alto: 16- 20

Del Examen Clínico de los preescolares:

Se procedió a realizar fichas clínicas a los preescolares seleccionados en las fechas establecidas en las instituciones educativas.

Para el llenado de las fichas se consideró solo el número de piezas afectadas por caries dental, restauraciones existentes y extracciones indicadas proporcionada por el I-ceod (Anexo 3).

Del Instrumento de Recolección de Datos.

Se utilizó una ficha clínica elaborada específicamente para esta investigación que constó de 3 partes: datos de filiación, I- ceod y odontograma (Anexo 3). Además se usó un cuestionario de salud oral, el cual se aplicó a las madres de los niños seleccionados.

3.1.5 Procesamiento de la información

La información se incorporó en una base de datos para ser analizada con el Software estadístico SPSS versión 21 en entorno Windows. Los resultados fueron presentados en cuadros de doble entrada con frecuencias absolutas simples y relativas porcentuales. Se emplearon algunos gráficos de barras para resaltar resultados de interés.

Para determinar si existe relación entre la caries dental de los preescolares y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral, se empleó la prueba Chi Cuadrado para asociación de variables. Si $P < 0.05$ existirá asociación entre las variables, confirmando las hipótesis propuestas.

Los datos fueron procesados Pentium V, utilizando los siguientes Programas: Procesador de texto Microsoft Word 2007, Microsoft Excel 2007.

CAPITULO IV

RESULTADOS

ANALISIS UNIVARIADO

Tabla N°. 06. Preescolares según sexo de la I.E. Los Honguitos, distrito de Iquitos -2014

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	136	55,3
FEMENINO	110	44,7
Total	246	100,0

En la tabla N° 06 se observa que el 55,3% de los preescolares de la Institución Educativa Los Honguitos, distrito Iquitos – 2014 son del sexo masculino.

GRÁFICO N° 01 Preescolares según sexo de la I.E. Los Honguitos, distrito de Iquitos - 2014

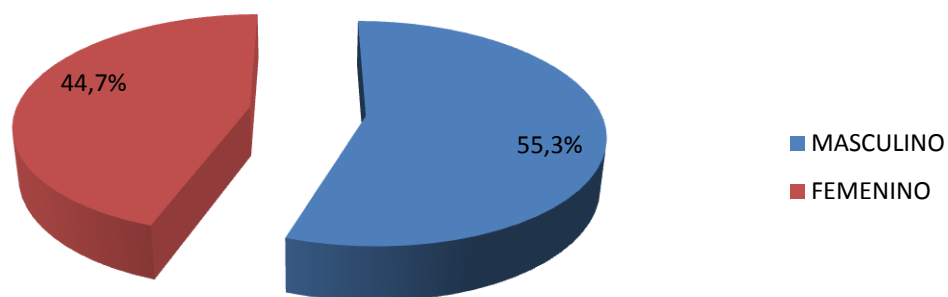


Tabla N° 07 preescolares según el turno de la I.E. Los Honguitos, distrito de Iquitos -2014

TURNO	Frecuencia	Porcentaje
MAÑANA	178	72,4
TARDE	68	27,6
Total	246	100,0

En la tabla N° 07 se observa que el 72,4 % de los preescolares de la I.E. Los Honguitos, distrito de Iquitos -2014 son del turno mañana

GRÁFICO N° 02 Preescolares según el turno de la I.E. Los Honguitos, distrito de Iquitos - 2014

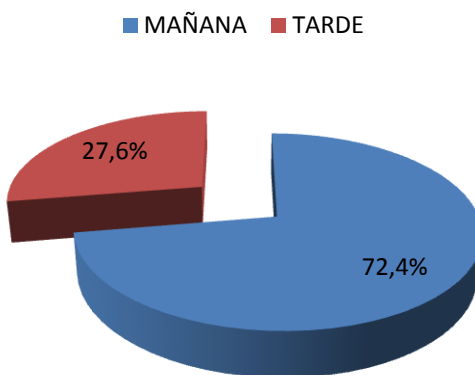


Tabla N° 08 preescolares según grado de instrucción de la madre de la I.E. Los Honguitos, distrito de Iquitos -2014

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	12	4,9
SECUNDARIA	130	52,8
SUPERIOR	104	42,3
Total	246	100,0

En la tabla N° 08 se observa que el 52, 8% de preescolares de la I.E. Los Honguitos, distrito de Iquitos -2014, tienen madres cuyo grado de instrucción es Secundaria.

GRÁFICO N° 03 Preescolares según grado de instrucción de la madre de la I.E. Los Honguitos, distrito de Iquitos -2014

■ PRIMARIA ■ SECUNDARIA ■ SUPERIOR

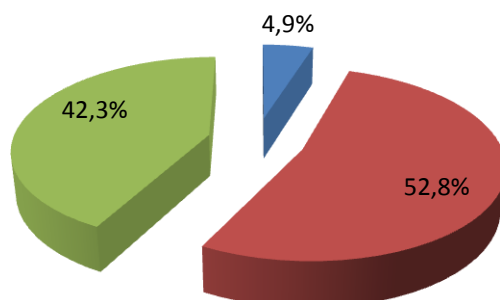


Tabla N° 09. Medidas de resumen del análisis univariado.

Medidas de resumen	Edad del niño	Edad de la madre	Número de hijos	I -ceod	Conocimiento de la madre sobre salud oral
Media (promedio)	4,19	31,52	2,11	5,04	11,21
Desviación estándar	,788	6,193	1,034	3,287	2,917

En la tabla N° 09 se observa que la edad promedio de los preescolares es de 4 años y de la madre alrededor de 31 años. El número de hijos promedio es de 2 hijos, el índice de ceod promedio es de 5 y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral es promedio de 11,21.

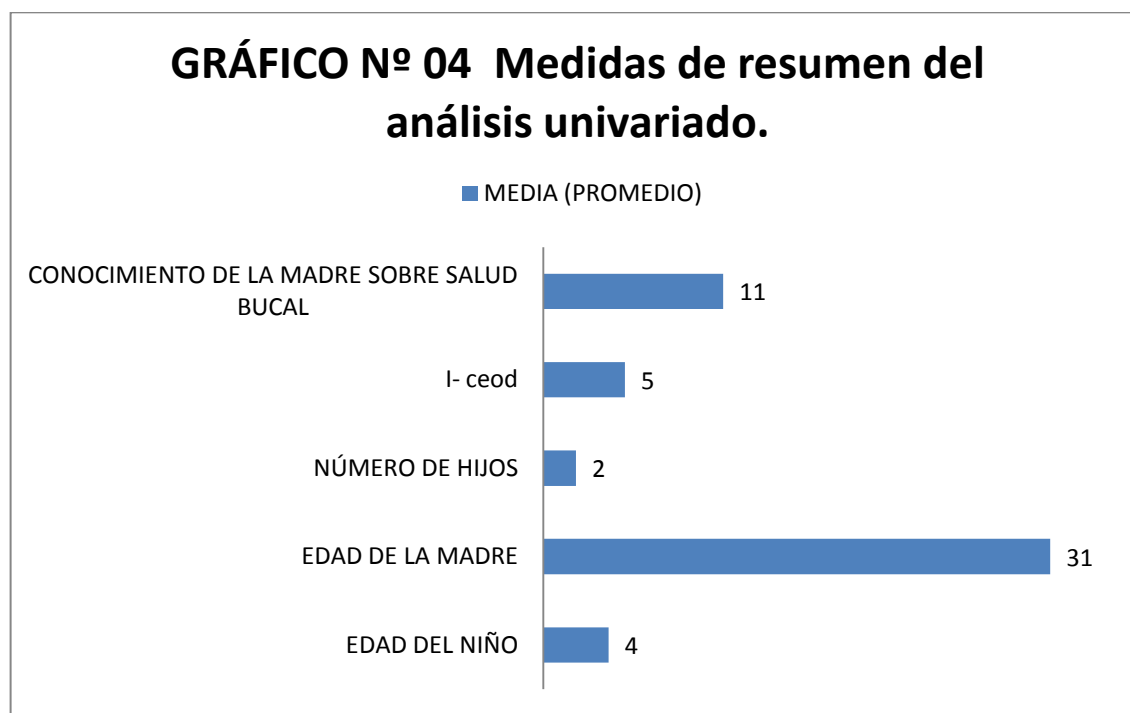


Tabla N° 10. Preescolares según prevalencia de caries en la Institución Educativa Los Honguitos, distrito Iquitos – 2014.

Caries dental	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	10	4,1	4,1
1	26	10,6	14,6
2	28	11,4	26,0
3	23	9,3	35,4
4	32	13,0	48,4
5	30	12,2	60,6
6	21	8,5	69,1
7	18	7,3	76,4
8	22	8,9	85,4
9	15	6,1	91,5
10	6	2,4	93,9
11	7	2,8	96,7
12	5	2,0	98,8
14	1	0,4	99,2
16	1	0,4	99,6
20	1	0,4	100,0
Total	246	100,0	

En la Tabla N° 10 se observa que el 95,9% de preescolares examinados presentan caries, encontrando un 13,0% de prevalencia de caries en los preescolares que presentan 4 caries; así como el 12,2% de prevalencia en los preescolares que tienen 5 caries.

GRÁFICO Nº 05 Preescolares según prevalencia de caries en la Institución Educativa Los Honguitos, distrito Iquitos – 2014.

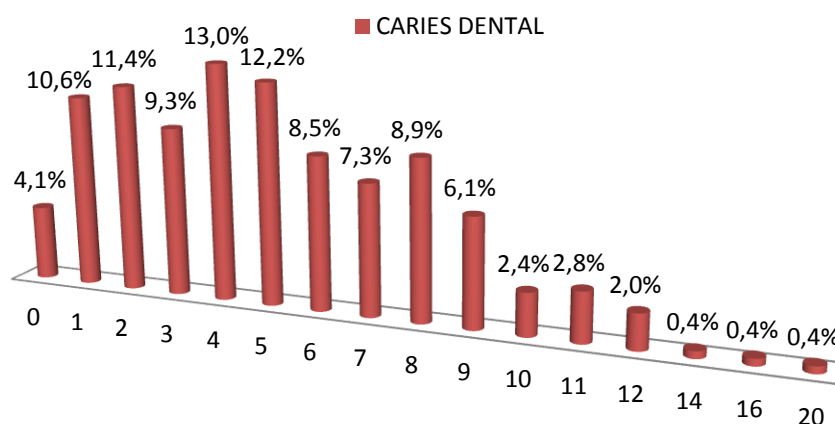


Tabla Nº 11. Preescolares según Caries dental de la Institución Educativa Los honguitos, distrito Iquitos – 2014.

Caries dental	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJO	36	14,6
BAJO	28	11,4
MODERADO	55	22,4
ALTO	51	20,7
MUY ALTO	76	30,9
Total	246	100,0

En la Tabla Nº 11 se observa que el 30,9% de preescolares de la Institución Educativa Los Honguitos, distrito Iquitos – 2014 tienen un nivel de caries Muy alto.

GRÁFICO N° 06 Preescolares según Caries dental de la Institución Educativa Los honguitos, distrito Iquitos – 2014.

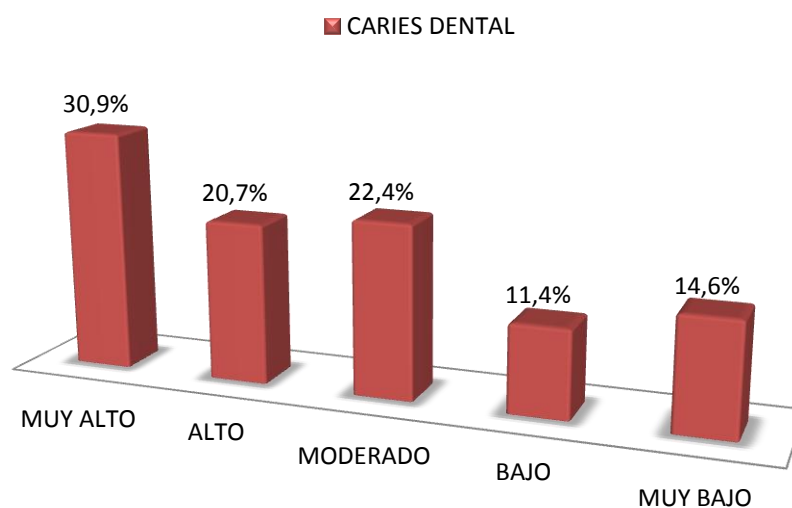
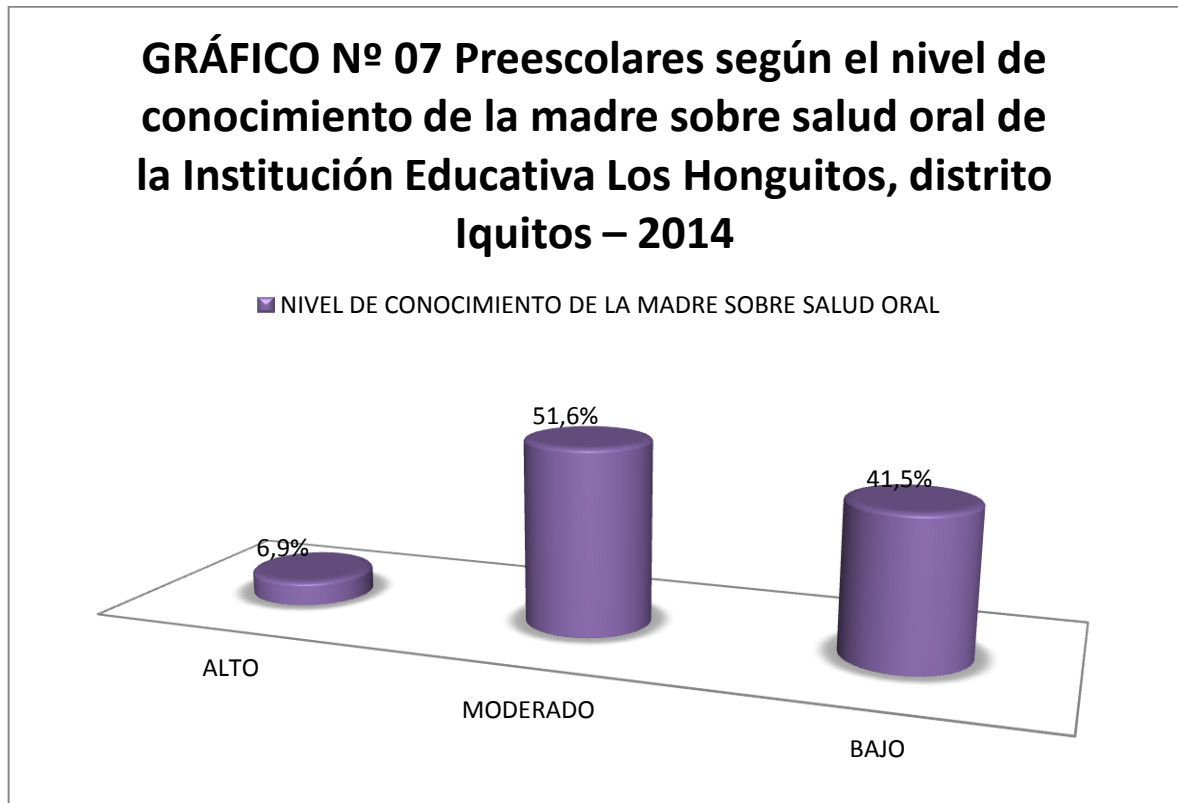


Tabla N° 12. Preescolares según el nivel de conocimiento de la madre sobre salud oral de la Institución Educativa Los Honguitos, distrito Iquitos – 2014

Nivel de conocimiento de la madre sobre salud oral	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	102	41,5
MODERADO	127	51,6
ALTO	17	6,9
Total	246	100,0

En la tabla N° 12 se observa que el 51,6% de los preescolares de la Institución Educativa Los Honguitos, distrito Iquitos – 2014, tienen madres cuyo nivel de conocimiento sobre salud oral es Moderado.



ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla N° 13. Prueba de Kolmogorov-Smirnov

	Caries dental	Conocimiento
Z de Kolmogorov-Smirnov	1,727	1,244
p- valor	,005	,091

En la tabla N° 13 podemos observar que $P < \alpha = 0,05$, por tanto la prueba de kolmogorov – Smirnov resulta negativa.

Tabla N° 14. Prueba no paramétrica de la Chi-Cuadrada.

Ha: Existe relación o asociación entre la caries dental en preescolares de la I.E. “Los Honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. Distrito Iquitos – Maynas 2014.

Tabla de contingencia CONO *CARIES								
			CARIES					Total
			MUY BAJO	BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO	
NCONO	BAJO	Recuento	9	5	23	29	36	102
		% del total	3,7%	2,0%	9,3%	11,8%	14,6%	41,5%
	MEDIO	Recuento	23	19	31	19	35	127
		% del total	9,3%	7,7%	12,6%	7,7%	14,2%	51,6%
	ALTO	Recuento	4	4	1	3	5	17
		% del total	1,6%	1,6%	0,4%	1,2%	2,0%	6,9%
Total		Recuento	36	28	55	51	76	246
		% del total	14,6%	11,4%	22,4%	20,7%	30,9%	100,0%

$$x^2 = 20,165 \quad \text{g.l.} = 8 \quad \text{p- valor} = 0,01$$

$P=0,01 < \alpha = 0,05$ entonces aceptamos la H_a .

En la Tabla N° 14, podemos observar que el 14,6% de preescolares cuyas madres tienen un nivel de conocimiento bajo, presentan un nivel de caries alto; lo que demuestra que si existe relación estadísticamente significativa entre las variables. Entonces, se acepta la Hipótesis alterna. (H_a)

CAPITULO V

DISCUSIÓN

La promoción de la salud oral en los primeros años de vida es importante para conservarla en buen estado. Debido a que la caries dental es un problema significativo de salud pública, el conocimiento que se adquiriera sobre ésta puede ser de mucha importancia para disminuirla, es necesario difundir este conocimiento hacia las madres para que ellas manejen mayor información y así puedan tomar acciones preventivas para la aparición de caries desde edades tempranas, permitiendo un adecuado desarrollo del niño.

En la población estudiada se encontró, que si existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral ($p = 0.01$). Esto quiere decir que mientras menor sea el conocimiento de la madre, mayor será el nivel de caries en sus hijos porque las madres con nivel de conocimiento bajo en salud oral, no realizan adecuadas medidas preventivas ya sea en la dieta, higiene o hábitos saludables que se puedan imitar y como consecuencia sus niños quedan fuertemente expuestos presentar y desarrollar caries dental.

Este resultado concuerda con **Cabellos (2006)** que demostró en su estudio que las madres con un nivel de conocimiento regular tienen hijos cuyo índice de higiene oral es malo, así mismo nuestro estudio concuerda con **Navas (2005)** y **Pisconte (2010)**.

Sin embargo, este resultado es diferente a lo encontrado por **Loza (1999)**, que demuestra que no existe relación o asociación entre ambas variables, esto puede explicarse porque dicho estudio se realizó en una población de 6 – 12 años, en donde según **Benites (2011)** el índice de caries es menor que en la dentición decidua. De la misma manera, el resultado de nuestro estudio no concuerda con **Benavente (2012)** quien a diferencia del anterior, si trabajó con el mismo grupo de edades pero no encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,16$).

La prevalencia de caries dental en los preescolares de 3 a 5 años de la Institución Educativa “Los Honguitos” Distrito Iquitos -2014 fue de 95,9%, la cual es superior a todos los antecedentes encontrados; por ejemplo si comparamos con un estudio realizado por **Pombo (2009)** la prevalencia de caries fue de 24.1% en la Coruña, España y **Pisconte (2010)** encontró una prevalencia de 60.7% en Trujillo.

Aunque ambos realizaron estudios con poblaciones de las mismas edades, esta variación en la prevalencia podría deberse a las diferencias socioeconómicas entre las poblaciones estudiadas. Además que por lo general, la consulta al odontólogo ocurre muy tarde en los niños, siendo realizada muchas veces sólo cuando se ha establecido un problema dentario,

generalmente cuando el paciente presenta dolor o múltiples lesiones cariosas, lo cual implica tratamientos complejos a una edad muy temprana. Por lo tanto se puede afirmar que en la ciudad de Iquitos existe un alto índice de caries en los preescolares y las madres no se encuentran debidamente informadas sobre el tema.

La caries dental es un padecimiento infeccioso que ocupa el primer lugar de las enfermedades estomatológicas más prevalentes, afectando a la niñez. En nuestros resultados se encontró un I-ceo muy bajo (14,6 %), I-ceo bajo (11,4%), I-ceo moderado (22,4%), I-ceo alto (20,7%) y I-ceo muy alto (30,9%). En su mayoría los niños presentaron un I-ceo muy alto, por lo tanto estamos de acuerdo con los autores **Pisconte E. (2010)**, **Benites J. (2011)**, **Sánchez, Y (2012)**, quienes refieren que la mayor prevalencia de caries se manifiesta en los preescolares de 4 a 5 años.

El nivel de conocimiento sobre salud oral en las madres de los preescolares examinados de la Institución Educativa “Los honguitos” fue moderado con un 51,6%, bajo en un 41,5% y alto en un 6,9%. La mayoría de las madres presentaron un nivel moderado de conocimientos acerca de salud oral, el cual no basta para cumplir con los requisitos óptimos de higiene y tomar acciones preventivas contra la caries dental. Además de la falta de acceso a los servicios odontológicos en el sector privado por los altos costos y los recursos humanos e insumos materiales insuficientes por parte de las instituciones de salud públicas y del propio estado, para atender esta demanda. Estos resultados difieren de **Saavedra (2011)** quien en Lima demostró que el nivel de conocimiento de las madres fue bajo en su mayoría con 50,8%, seguido de regular con un 49,2% y alto en un 0%. Además demostró que en cuanto a dientes deciduos se aplica la regla “A más edad, más caries” y que las madres primerizas tienen menos conocimiento que las multíparas.

Aun así, en ambos estudios se puede observar la prevalencia por el conocimiento bajo y moderado sobre el nivel de conocimiento alto; esta situación podría deberse a la falta de interés por parte de las madres acerca de la salud oral, porque no reconocen la importancia de los dientes deciduos y la prevención de las enfermedades bucales. Otra razón pudo ser que, los programas preventivos promocionales por parte de las instituciones de salud, no están llegando de manera adecuada a la población.

Con respecto al nivel de conocimiento de las madres de los preescolares evaluados sobre salud dental, según rango de edad. Encontramos que la edad promedio de la madre es de 31 años.

Con respecto a la relación entre la prevalencia de caries dental y la edad del preescolar, se encontró que la edad promedio del escolar es de 4 años.

Este resultado se debe a los cambios en los hábitos dietéticos, incapacidad aún en los niños para realizar una eficiente higiene bucal, nivel de conocimiento sobre salud oral deficiente por parte de los padres o personas encargadas del cuidado del niño, entre otros factores, dando como resultado prevalencias altas para las edades de 4 años.

CAPITULO VI

CONCLUSIÓN

De los resultados obtenidos en el presente estudio se puede concluir lo siguiente:

1. Existe relación significativa ($p=0,01$) entre la caries dental en preescolares de la Institución educativa “Los honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral en el Distrito de Iquitos – 2014.
2. El 14,6% de las madres con un nivel de conocimiento bajo sus niños presentaron un I-ceo muy alto.
3. La prevalencia de caries dental fue de 95,9% en niños de 3 a 5 años de edad de la Institución Educativa “Los honguitos” Distrito Iquitos – 2014. Encontrándose un I-ceo promedio de 5 (alto).
4. El nivel de conocimiento de las madres de los preescolares de la Institución Educativa Los Honguitos sobre salud oral fue moderado en un 51,6%.

CAPITULO VII RECOMENDACIONES

Después de haber ejecutado el proyecto y evaluado los resultados recomendamos se ponga en práctica los puntos siguientes:

- Publicar los resultados de este trabajo para brindar información actualizada, a partir de los cuales se tome como referente para la mejora de los programas preventivos implantados en la actualidad.
- Continuar con este tipo de estudios a nivel local y nacional para confirmar el estado de salud oral y de esta manera poder evidenciar la necesidad de prevenir la caries dental en los niños del Perú.
- Realizar estudios con la finalidad de investigar las deficiencias en la efectividad de los programas de educación y prevención e salud oral que en la actualidad son aplicados.
- Realizar talleres sobre salud oral para los padres de familia de diferentes instituciones educativas.
- Capacitar a los diferentes profesionales de la salud con charlas acerca salud oral para así ellos también puedan fomentar ello y derivarlos a nuestro servicio.
- Incluir en la curricular de estudio el tema de “Salud bucal” para que los docentes refuercen ese conocimiento; pudiendo solicitar la ayuda de los profesionales.
- Proporcionar información sobre salud oral a la población mediante los medios de comunicaciones y crear programas para así poder llegar a todos.
- Implementar políticas de salud orientadas a promover, prevenir, tratar y recuperar a este grupo humano teniendo en consideración que la prevención es una labor en la que todas las personas que se relacionen con los niños tendrán que involucrarse en especial en casa y el colegio.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Loza L. Prevalencia de Caries Dental en relación con el Grado de instrucción de los Padres [Tesis Bachiller]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1999.
2. Navas R, Álvarez C, Rojas-Morales, T, Zambrano O. Metodología estratégica para la participación de los padres en los cuidados de la salud bucal de niños preescolares. Rev. Ciencia Odontológica 2005:26-28
3. Cabellos D. Relación entre El Nivel De Conocimientos Sobre Salud Oral de los Padres y la Higiene Bucal se sus niños discapacitados [Tesis Bachiller]. Lima:Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
4. Pombo A. Relevancia clínica del cepillado bucodental infantil y su relación con los hábitos higiénicos y nutricionales del niño y los conocimientos odontológicos de sus padres [Tesis Doctoral]. La Corunha – Brasil: Universidade da Corunha; 2009.
5. Pisconte E. Relación entre la prevalencia de caries dental en pre-escolares y el nivel de conocimiento de sus amdres sobre la salud dental. Distrito La esperanza- Trujillo.2010. [Tesis Bachiller]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2010.
6. Musac W et al. “Nivel de conocimiento y actitud en relación a medidas preventivas en salud bucal de las madres de niños de 3 – 5 años de la I.E.I. Cuna Jardín Corazón de Jesús, distrito de Belén”. [Tesis Bachiller]. Loreto: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2010.
7. Saavedra N. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el hospital Marino Molina SCIPPA. Lima 2011. Universidad privada Norbert Wiener. Facultad de coencias de la salud- Escuela de odontología.
8. Benitez J. “Prevalencia de caries dental en niños escolares de 4 a 14 años de edad de la escuela fiscal mixta “la gran muralla”. Ciudad de ambato” en el mes de mayo del 2011. [Tesis Bachiller]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2011.
9. Benavente L. 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. Odontología Sanmarquina 2012; 15(1) : 14 – 18.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf

10. Calderon P. 2012. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral infantil de madres primigestas y multíparas, de niños de 3 años pertenecientes al Cesfam de Pelarco. Universidad de Talca. Chile. Escuela de odontología. Disponible en: <http://dspace.otalca.cl/handle/1950/9354>
11. Sánchez, Y. Ensayo comunitario de intervención: incidencia de caries en preescolares de un programa educativo-preventivo en salud bucal. Lima, Perú. Revista estomatológica herediana. Vol. 22 núm. 1. Enero-Marzo 2012. Pag 3-15
12. Henostroza G. Caries Dental: Principios para el diagnóstico. Madrid: Ripano SA; 2007.
13. Gómez, G. (1999) Breve diccionario de etimología de la lengua española. 2º Edición. México D.F. Fondo de cultura económica.
14. World Health Organization. International Classification of Diseases. Consultado en: <http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>
15. Newbrum, E. Cariología, Ernest Newbrum, México: Editorial Lisano 1991, pag: 12-396.
16. Barrios, M. Odontología: Su fundamento biológico. 1º Edición. Bogotá. latros; 1991.
17. Anderson, M. Currents concepts of dental caries and its prevention. Oper Dent 2001; 26 (suppl6): 11-18.
18. Brighton D. The complex oral microflora of high – risk individuals and groups and its role on the caries process. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33(4): 55, 248.
19. Harriss, N. Odontología Preventiva Primaria. 5º Edición. Editorial El Manual Moderno. México. 2001. Pg, 8-9.
20. Figueiredo, L. Odontología para el bebe. Editorial Artes Médicas. Brasil. 2000. Pg, 94 – 97.
21. Becerra L. Tratado de odontopediatria. Tomo 1. Actualidades médico odontológicas Latinoamérica (AMOLCA). Edición 2008. Sao Paulo SP Brasil. Pg 116

22. Lartitegui, M. Odontología preventiva y comunitaria. Editorial Argitaipen zerbitzua. Edición 2006. Universidad del País Vasco - España. Pag. 44
23. American Academy of Pediatric Dentistry. Oral health policies: Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent*. 2005; 27:31- 3.
24. Palomer L, Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. *Rev Chile* 2006; 77(1):56-60. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000100009&lng=pt. doi: 10.4067/S037041062006000100009.
25. Boj M, Catalá García –Ballesta C, Mendoza A. *Odontopediatria*, Masson, 2004; 125-126.
26. SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DEL BEBE. Disponible en: <http://www.odontobebeperú.org>
27. Piovano S. Estado del arte de indicadores para la medición de caries dental. *Revista de la facultad de odontología cuba* 2010. Vol. 25 nº 58 pág. 29-43
28. Organización Mundial de la Salud. Planificación de servicios de salud bucodental. Ginebra: OMS; 1981. Publicación nº 53: 1-52.
29. Hessen, J. Teoría del Conocimiento. México. Editorial Interamericana. 2001.
30. Supo J. Seminario de investigación científica. 2012
31. Santibañez J. Manual para la evaluación del aprendizaje. Editorial Trillas. 2001. Pg. 162.

CAPITULO IX

ANEXOS

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA
PERUANA**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

VALIDEZ DE EXPERTOS PARA EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Mediante el presente documento hacemos constar que hemos revisado el instrumento de medición del proyecto de investigación titulado **“Relación entre la caries dental en preescolares pertenecientes a la I.E. “Los Honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. Distrito Iquitos – Maynas 2014”** para optar el título de Cirujano Dentista de la Bachiller en Estomatología Diana Carolina Tobler García y Lorena Desiree Casique Gonzales, correspondiente a un cuestionario estructurado de preguntas cerradas.

De esta manera concluyo que el instrumento en cuestión presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio. Doy fe de lo expuesto.

CONSULTOR 1

(SE CONSIGNA LO SIGUIENTE: NOMBRE, GRADO ACADÉMICO, TÍTULO/DIPLOMADO CARGO, COP, SELLO Y FIRMA)

ANEXO 2



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA
PERUANA**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Hoja de consentimiento informado

Yo:.....
con DNI:....., madre del menor; doy constancia de haber sido informada y de haber entendido en forma clara el presente trabajo de investigación; cuya finalidad es obtener información que podrá ser usada en la planificación de acciones de desarrollo y mejoras en la salud integral de los niños. Teniendo en cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial y sólo para fines de estudio y no existiendo ningún riesgo; acepto llenar la encuesta y que mi menor hijo sea examinado por la responsable del trabajo.

Responsable del trabajo: Diana Carolina Tobler Garcia
Lorena Desiree Casique Gonzales

Fecha de aplicación:

Firma del padre de familia:

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

FICHA CLÍNICA

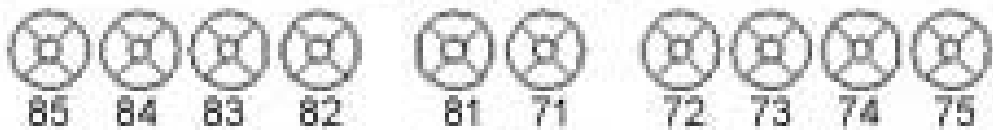
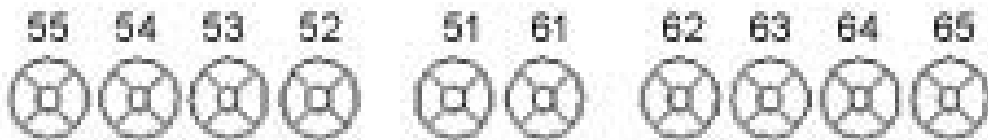
N° de Orden: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

SEXO _____

EDAD _____

GRADO/SECCIÓN



INDICE ceo

Número de dientes cariados

Número de dientes extraídos

Número de dientes obturados

SUMA TOTAL

OBSERVACIONES:

ANEXO 4



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA
PERUANA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CUESTIONARIO DE SALUD DENTAL

FECHA:

A. Datos Generales:

Del niño:

Edad:

Grado y Sección:.....

De la madre:

Edad:.....

Domicilio.

Grado de Instrucción:

Ocupación:.....

Número de hijos:.....

B. Responda cada pregunta con sinceridad.

1. Cree usted que la primera visita al dentista, se recomienda desde:

- a) Nacimiento
- b) cuando aparece el primer diente
- c) cuando tenemos dientes de adulto
- d) todas las anteriores
- e) No sabe

2. ¿Cuántas veces al año es recomendable visitar al dentista?

- a) Dos veces
- b) Cuatro veces
- c) Todos los meses
- d) Cada vez que duele el diente

3. ¿Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

4. ¿A qué edad se recomienda la higiene de la boca?

- a) Desde el nacimiento
- b) Cuando aparece el primer diente
- c) Cuando el niño empieza a ir al jardín
- d) Cuando tiene sus dientes de adulto.
- e) No sabe.

5. ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?

- a) 1 á 2 años
- b) 2 á 3 años
- c) 3 á 4 años
- d) Cuando tienes más de 4 años
- e) No sabe

6. ¿Son importantes los dientes de leche?

- a) Sí, porque sirven para la masticación
- b) Si, porque guardan el espacio a los dientes del adulto
- c) No, porque al final se van a caer
- d) Si, porque ayuda en la pronunciación de las palabras.
- e) a, b y d

7. Si su niño pierde un diente de leche porque esta picado, antes del tiempo que deba salir su diente de adulto ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

8. ¿Qué es la caries dental?

- a) Es una enfermedad hereditaria
- b) Es una enfermedad infectocontagiosa que destruye los dientes.
- c) Es un virus que destruye los dientes.
- d) Son los dulces que consumimos.
- e) Es un hongo que se produce en los dientes

9. ¿Por qué cree usted que se produce la enfermedad de la caries dental?

- a) Por comer alimentos azucarados
- b) por microorganismos (bacterias en la boca)
- c) por no cepillarse los dientes
- d) todas las anteriores
- e) No sabe

10. ¿Qué es la placa bacteriana?

- a) Son los restos de alimentos y bacterias que se acumulan entre los dientes.
- b) Son las bacterias que pican los dientes
- c) Es la caries dental
- d) Son los restos de alimentos que se acumulan entre los dientes.

11. ¿Cuáles son las medidas preventivas para evitar la caries dental?

- a) Profilaxis o limpieza dental
- b) Aplicación de flúor
- c) Visitas al dentista
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

12. ¿Qué beneficios conoce del flúor?

- a) Fortalece los dientes, evitando la enfermedad de la caries dental
- b) Previene el sangrado de las encías
- c) Aclara los dientes
- d) Ninguno

13. ¿Cuáles son los elementos de higiene bucal que se debe emplear?

- a) Sólo el cepillo dental
- b) Cepillo dental, pasta dental, hilo dental, enjuague bucal.
- c) Cepillo y pasta dental
- d) Sólo agua

14. ¿En qué momento del día debe cepillarse los dientes?

- a) Después de ingerir los alimentos
- b) Antes de ingerir los alimentos
- c) Solo en las noches
- d) Solo en las mañanas

15. ¿Cada cuanto tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

- a) Cuando están bien desgastados
- b) Cada 3 meses
- c) Al año
- d) Cuando se desee cambiar
- e) Nunca

16. ¿Por qué es importante usar el cepillo y la pasta dental?

- a) Ayudan a eliminar los restos de alimentos y bacterias que hay en la boca
- b) Nos brinda aliento fresco y agradable
- c) La pasta tiene flúor que fortalece los dientes
- d) Todas las anteriores
- e) No sabe

17. ¿Para qué sirve el uso del hilo dental?

- a) Para disminuir las bacterias en la boca.
- b) Sirve para tener aliento fresco
- c) Sirve para eliminar restos de alimentos acumulados entre diente y diente.
- d) Sirve para enjuagarse después del cepillado
- e) a y c son correctas.

18. ¿Deben utilizar los niños pasta dental para adultos?

- a) Si
- b) No, porque tiene mucha cantidad de flúor.
- c) No, porque les pica mucho y no les gusta.
- d) No sabe

19. ¿Qué alimentos cree usted que ayudan a fortalecer los dientes?

- a) Queso y leche
- b) Verduras
- c) Pescado y mariscos
- d) Todas
- e) No sabe.

20. ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?

- a) Leche, avena, jugos naturales, frutas, huevo, pan, carne.
- b) Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.
- c) a y b
- e) Ninguna.

“Gracias por su colaboración”

ALIMENTOS BUENOS



ALIMENTOS MALOS



RECOMENDACIONES

- Cepíllate tres veces al día como mínimo.
- Use pasta dental con flúor.
- Renueva tu cepillo cada tres meses.
- No debes tomar prestado el cepillo de otro, es PERSONAL.
- Comer más frutas y menos dulces
- Lleva a tu niño al dentista desde el nacimiento, ahí aprenderás a higienizar su boca.
- Nunca beses en la boca a tu niño, le transmitirás tus bacterias.
- No des de comer a tu niño con tu misma cuchara.
- Si estas embarazada, debes acudir al dentista para prevenir enfermedades bucales.
- Visitar al dentista cada 6 meses.
- ¡Da el ejemplo! Los niños imitan lo que tú haces.

RECUERDA

- El primer diente de tu niño le saldrá a los 6 meses de edad aprox.
- Hasta los 5 años de edad aprox. tu niño tendrá solo 20 dientes.
- Los dientes de leche guían a los dientes de hueso para que broten sin dificultad y en orden.
- A los 6 años de edad aprox. le saldrá el primer diente de hueso.



ELABORADO POR:

- ❖ Bch. Diana Carolina Tobler García
- ❖ Bch. Lorena Desiree Casique Gonzales



FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA
UNAP

CARTILLA INFORMATIVA
DE
SALUD ORAL



PROGRAMA PREVENTIVO
PROMOCIONAL DE
SALUD ORAL

IQUITOS – PERÚ

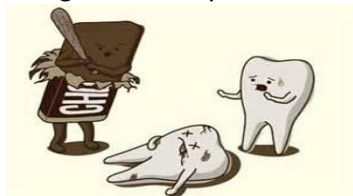
2014

¿QUÉ ES LA CARIES?



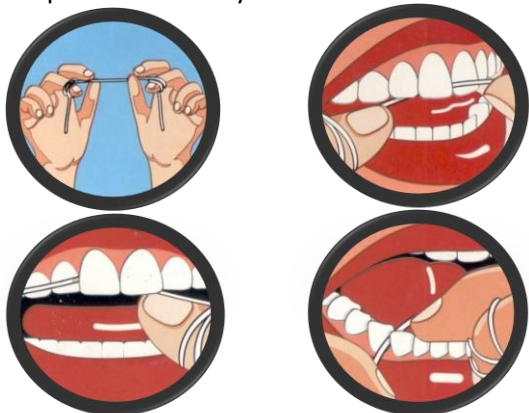
Es una enfermedad provocada por bacterias, las cuales, utilizando el azúcar de los alimentos, producen un ácido que desmineraliza la estructura del diente hasta provocar su destrucción.

Para evitarlo, se debe reducir el consumo de dulces, especialmente entre las comidas, y cepillarse frecuentemente los dientes con pasta fluorada para eliminar las bacterias y, con la acción del flúor, conseguir una mayor resistencia de los dientes.

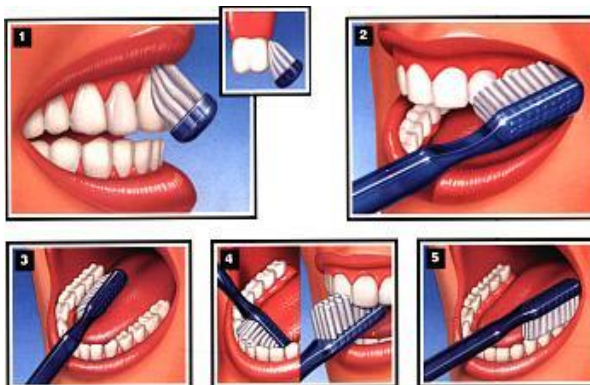


USO DEL HILO DENTAL

- Remueve la placa bacteriana y restos de alimento entre los dientes.
- Llega a lugares donde el cepillo no alcanza por el grosor de las cerdas.
- Si no se usa el hilo dental, se esta haciendo únicamente la mitad del trabajo para mantener limpios los dientes y encía.



TÉCNICA DEL CEPILLADO



El enjuague bucal es el último elemento de higiene bucal que debemos usar para terminar con nuestra limpieza dental.



Es recomendable cepillarse como mínimo 3 veces al día, teniendo en cuenta que el cepillado de la noche es el más importante.

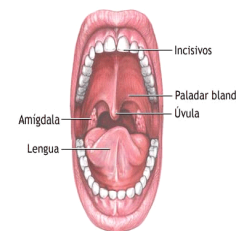
TOPICACIÓN CON FLUOR

El flúor es un mineral natural que refuerza el esmalte del diente, haciéndolo más resistente a la caries.

Acudir al dentista para que le apliquen flúor a su niño, después de esto no podrá ingerir comidas ni bebidas durante 1 hora.



SALUD ORAL



La cavidad bucal es la primera porción del tubo digestivo es la puerta de los alimentos y de algunas enfermedades transmisibles.

La salud bucal tiene una función social importante: forma parte de la imagen que nuestro entorno social tiene sobre nosotros.



Evitemos mediante nuestra higiene bucal, inconvenientes en el trabajo como un dolor de muelas o el mal aliento.

¿POR QUÉ DEBEMOS TENER NUESTROS DIENTES SANOS?

- Buena salud
- Buena apariencia
- Buena pronunciación
- Buena alimentación
- Buen aliento



Debemos empezar a cepillar los dientes de nuestro niño desde su nacimiento, limpiando sus encías con una gasa o pañal. Una vez que tenga su primer diente, utilice el cepillo dental para niños con cerdas suaves y la pasta dental para su respectiva edad. La cantidad de pasta en el cepillo debe ser del tamaño de una arvejería, cualquier duda consulte con su odontólogo.

