



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**“RELACIÓN ENTRE LA PREVALENCIA DE CARIES
DENTAL EN PREESCOLARES Y EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO DE SUS MADRES SOBRE SALUD
ORAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ
JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018”**

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

AUTOR:

ALBERTO MANRIQUE IPARRAGUIRRE

ASESOR:

Mgtr. WILFREDO FIDEL RAMOS TORRES

CHIMBOTE-PERÚ

2018

1. TÍTULO

**“RELACIÓN ENTRE LA PREVALENCIA DE CARIES DENTAL
EN PREESCOLARES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE
SUS MADRES SOBRE SALUD ORAL EN EL ASENTAMIENTO
HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018”**

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. ELIAS AGUIRRE SIANCAS

PRESIDENTE

Mgtr. ADOLFO SAN MIGUEL ARCE

MIEMBRO

Mgtr. SALLY CASTILLO BLAZ

MIEMBRO

Mgtr. WILFREDO RAMOS TORRES

ASESOR

3. DEDICATORIA

Gracias a mis padres, por su apoyo continuo tanto moralmente como económicamente, ellos hicieron que este largo camino de toda la carrera fuera posible terminarla.

AGRADECIMIENTO

A mis padres: Alberto y Lilée, por haberme dado la vida, educación, consejos y por alentarme en el transcurso de mi carrera profesional, confiando siempre en mí.

4. RESUMEN

El presente fue un estudio de tipo correlacional, prospectivo y observacional. El diseño que se utilizó fue no experimental y de corte transversal con el objetivo de determinar si existe relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral en el asentamiento humano Jehová Jiréh - Nuevo Chimbote, año 2018, en una muestra no probabilística de tipo intencional constituida por setenta madres y sus respectivos setenta niños de 2 a 5 años, con el método de encuesta y ficha de observación clínica para la recolección de datos. Se obtuvo como resultado, un 77,14% de prevalencia de caries en los niños pre escolares, con un índice de caries bajo correspondiente al intervalo de ceod de 1,2 a 2,6 en un 80,0 %. Las madres demostraron un nivel de conocimiento en salud bucal de 14,28 % en un nivel bueno, un 74,29% en un nivel regular y un 11,43% de conocimiento en un nivel malo.

Concluyendo que sí se encontró la existencia de una relación significativa de p igual 0,029 respecto a la prevalencia de caries con el nivel de conocimiento en salud bucal de las madres en la población estudiada ($p < 0,05$).

Palabras clave: Prevalencia de caries, conocimiento de salud bucal.

ABSTRACT

The present was a correlational, prospective and observational study. The design used was non-experimental and cross-sectional in order to determine if there is a relationship between the prevalence of dental caries in pre-school children and the level of knowledge of mothers about oral health in the human settlement of Jehovah Jiréh - Nuevo Chimbote, 2018, in a non-probabilistic sample of intentional type constituted by seventy mothers and their respective seventy children from 2 to 5 years old, with the survey method and clinical observation file for data collection. The result was a 77.14% prevalence of caries in pre-school children, with a low caries index corresponding to the ceod range of 1.2 to 2.6 in 80.0%. The mothers demonstrated a level of oral health knowledge of 14.28% at a good level, 74.29% at a regular level and 11.43% at a bad level.

Concluding that the existence of a significant relationship of p equal to 0.029 was found with respect to caries prevalence with the level of oral health knowledge of mothers in the study population ($p < 0.05$).

Key words: Prevalence of caries, oral health knowledge.

CONTENIDO

1. Título de la tesis	ii
2. Hoja de firma del jurado y asesor	iii
3 Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria	iv
4. Resumen y Abstract	vi
5. Contenido	viii
6. Índice de gráficos, tablas y cuadros	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	6
III. HIPÓTESIS	30
IV. METODOLOGÍA	31
4.1 Diseño de la investigación	31
4.2 Población y muestra	32
4.2.1 La población	32
4.2.2 La muestra	32
4.2.3 Criterios de selección	32
4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores.33	
4.3.1 Definición de variables	33
4.3.2 Operacionalización de variables	33

4.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	.....	34
	4.4.1 La observación clínica	.....	34
	4.4.2 La encuesta	.....	34
	4.4.3 Procedimiento	.....	35
4.5	Plan de análisis	.....	35
4.6	Matriz de consistencia	.....	36
4.7	Principios éticos	.....	37
V.	RESULTADOS	.....	38
	5.1 Resultados	.....	38
	5.2 Análisis de los resultados	.....	43
VI.	CONCLUSIONES	.....	45
	Referencias Bibliográficas	.....	46
	Anexos	.....	53

6. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN PRE ESCOLARES DE 2 A 5 AÑOS, EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018.38

TABLA N°2

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL SEGÚN INDICE CEOD EN PRE ESCOLARES DE 2 A 5 AÑOS, EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018.39

TABLA N°3

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE LOS PRE ESCOLARES EVALUADOS SOBRE SALUD ORAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018.40

TABLA N°4

RELACIÓN ENTRE LA CARIES DENTAL EN PRE ESCOLARES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE SALUD ORAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018.41

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

GRÁFICO N°1

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN PRE ESCOLARES DE 2 A 5 AÑOS, EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018.38

GRÁFICO N°2

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL SEGÚN INDICE CEOD EN PRE ESCOLARES DE 2 A 5 AÑOS, EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018. 39

GRÁFICO N°3

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE LOS PRE ESCOLARES EVALUADOS SOBRE SALUD ORAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018.40

GRÁFICO N°4

RELACIÓN ENTRE LA CARIES DENTAL EN PRE ESCOLARES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE SALUD ORAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018..... 42

I. INTRODUCCIÓN

La salud oral de las personas se afecta por diferentes situaciones, entre las que resalta el conocimiento deficiente de prevención y cuidado de las enfermedades prevalentes de la cavidad oral desembocando en una pobre salud bucal ⁽¹⁾.

La educación para la salud es un eje principal que preserva la salud integral de los niños, asegurando una buena calidad de vida, los responsables directos de ello son los padres de familia en los hogares pero generalmente es la madre; ya que los infantes en casa dependen principalmente de ella, aunque se evidencia que no todas están preparadas correctamente, la mayoría de padres de familia transmite a sus menores hijos lo que a ellos les inculcaron en casa, y muchas veces imitando malos hábitos que perjudican la salud oral del menor ⁽²⁾.

El conocimiento de la madre es uno de los principales factores de riesgo de la salud bucal del niño menor de cinco años con una relación directa de la salud general y bucal de los niños pequeños ⁽²⁾.

Como consecuencia de la falta de conocimientos de salud bucal de la madre, también se presentan daños colaterales, al no proteger a sus niños de las enfermedades bucales prevalentes como son la caries, la enfermedad periodontal y las maloclusiones que se derivan de ese desconocimiento ^(3,4).

En un estudio epidemiológico realizado por Vela en 2014 se encontró que la prevalencia de caries en niños a los 3 a 5 años de edad fue de 44,9% (115 preescolares) presentó un índice ceo-d bajo; 24,2% (62 estudiantes) índice Ceo-d moderado ⁽¹¹⁾.

Es así que la caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en las personas y problema agudo de salud pública en el mundo, y según la OMS, que afecta entre el 60% y 90% de la población escolar ⁽⁵⁾.

Según el Ministerio de Salud en el Perú durante el año 2008, el índice de caries fue de 5.86 en niños de 12 años con la prevalencia más elevada de América, y sobre todo, que conforme aumenta la edad, también aumenta la presencia de las caries dentales ⁽⁶⁾.

Se ha recorrido un largo camino para llegar a un concepto que pueda definir íntegramente a la caries dental, y aunque se reconoce que es una enfermedad multifactorial, los modelos que se centraron en aspectos estrictamente biológicos han sido cambiados por modelos más amplios y que distinguen su carácter dinámico ⁽⁶⁾.

La falta de conocimiento de salud bucal hace que las madres de familia, ignoren la importancia que tienen los dientes temporales o deciduos, y por lo tanto sus menores hijos se ven afectados al no visitar al odontólogo a su debido momento, aumentando en ellos el peligro de contraer afecciones que dañarían su cavidad oral, y que en un principio pudieron ser evitadas con un buen sistema de prevención ⁽⁷⁾.

En nuestra sociedad, las madres de familia necesitan tener una adecuada educación en salud bucal, porque esto les ayudará a salvaguardar la salud de sus menores hijos, convirtiéndolas en una pieza clave en el crecimiento sano y adecuado de los mismos.⁽⁷⁾.

Por lo tanto la importancia de la familia reside en que es un núcleo, donde la mayor parte de responsabilidad está en sus padres para prevenir el ingreso de las enfermedades y disturbios que afecten su desarrollo para llevar una vida plena en su adultez ⁽⁷⁾.

Esta investigación se realizó para dar a conocer el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre la salud oral, relacionado con la prevalencia de caries de sus hijos, siendo ellas las educadoras directas y responsables de la higiene oral de los mismos, si ellas transmiten un conocimiento que no es correcto puede ser perjudicial y agravar el problema y posteriormente dificultar el tratamiento de la enfermedad caries dental en los menores de edad.

En una familia, la mejor manera de fomentar la buena salud es por medio de su ambiente, forma de vivir, sanidad y alimentación. En otras palabras, incluir a la familia, sobre todo a los padres del menor, para realizar alguna investigación, campaña o cualquier otro programa de salud nos garantiza el éxito del mismo ⁽⁸⁾.

Si se quiere poner en funcionamiento y fijar a futuro programas de promoción y prevención en cuanto a salud oral se refiere, es importante analizar la relación de caries dental con el aprendizaje obtenido de las madres sobre salud oral y en base a tales datos será posible ejecutar en el futuro campañas conjuntas multidisciplinarias con un procedimiento participativo y diversas investigaciones para así ocasionar un impacto positivo y tener en cuenta los riesgos que se toman, desde la infancia, fomentando en la familia un estilo de vida saludable ⁽⁹⁾.

Por ello se abordó la situación problemática con el enunciado ¿cuál es la relación de prevalencia de caries dental en preescolares de 2, 3, 4 y 5 años con el nivel de

conocimiento sobre salud bucal en las madres? planteando el objetivo general de determinar la relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud oral en el asentamiento humano Jehová Jiréh - Nuevo Chimbote, año 2018, cuyo cumplimiento fue posible a través de los objetivos específicos: que sirvieron para determinar la prevalencia de caries dental en preescolares de 2 a 5 años, determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral de las madres de los preescolares examinados y la relación entre ambos rubros. Para lo cual se ejecutó un estudio tipo correlacional, prospectivo y observacional con diseño no experimental y de corte transversal en una muestra de setenta madres y sus niños preescolares en el AAHH antes mencionado en el presente año con un estudio bivariado con las limitaciones según los criterios de selección para la recolección de datos mediante la metodología de aplicación de encuesta de salud bucal y la ficha de observación clínica a los niños justificando el estudio en toda su magnitud por la relevancia de sus resultados que inciden directamente en mejorar el manejo del paciente niño y el comportamiento de la enfermedad a tan temprana edad que ayudará a plantear las actividades claves de prevención de caries por el profesional odontólogo.

La presente investigación se presenta en seis capítulos, en Introducción se describe el problema estudiado y lo encontrado en la literatura del área, además cómo se ejecutaron las decisiones en el cumplimiento de los objetivos, el método empleado, la justificación y motivaciones para la ejecución del estudio, en el Capítulo II en Revisión de la Literatura se hace un compendio de los antecedentes similares del tema y las bases teóricas que respaldan la investigación, en el Capítulo III en Hipótesis se planteó la situación factible esperada, en el Capítulo IV la Metodología

empleada y en el Capítulo V los Resultados hallados según los objetivos planteados y en el Capítulo VI las Conclusiones del estudio detallados y concretos finalizando con las referencias bibliográficas según Vancouver y en Anexos las herramientas investigativas que se emplearon para determinar la relación del conocimiento sobre salud bucal de las madres en la prevalencia de caries dental en sus hijos pequeños para la formulación de nuevos enfoques de promoción y prevención que propongan solucionar este problema de salud pública.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes.

Victorio JM (Lima, 2017), El objetivo de su investigación fue determinar la relación entre los conocimientos, de padres/cuidadores y el estado de salud bucal de los niños de 3 a 5 años de edad que pertenecen al Centro Educativo Inicial N° 120 “Casuarinas”, Distrito Ventanilla, año 2017. Materiales y métodos: El diseño del presente estudio fue de tipo observacional, prospectivo y transversal. La muestra estuvo conformada por niños de 3 a 5 años de edad del Centro Educativo Inicial N°120 "Casuarinas", Distrito Ventanilla y los padres/cuidadores que acepten en participar en dicha investigación. A los niños se les realizó exámenes bucales para determinar su experiencia pasada de caries (ceo-d) y el estado de su higiene bucal (IHO-S). A los padres/cuidadores se les aplicó un cuestionario para evaluar sus conocimientos, para relacionarlo con el examen clínico que se les realizó a los niños. Se utilizó medidas de asociación bivariada: r de Spearman para variables cuantitativas y medidas de resumen para variables cuantitativas: media y desviación estándar. Para variables cualitativas: proporciones y razones. Resultados: Se encontró un ceo-d de 5.24 e IHO-S de 1.56 en los niños. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los índices evaluados de los niños excepto en algunas de las variables. Conclusiones: En las tres variables se mostró respuestas regulares de los padres/cuidadores y en los niños con niveles altos y moderados en los índices de ceo-d e IHO-S respectivamente ⁽¹⁰⁾.

Vela, (Trujillo, 2015), hizo un estudio que tuvo como **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre la prevalencia de caries dental en preescolares y nivel de conocimiento en salud bucal de padres, jurisdicción centro de salud 6 de octubre-Belén. **Metodología:** un estudio de tipo cuantitativo, no experimental, de corte transversal y de diseño correlacional. Las técnicas para la recolección de datos, fueron la observación, que se realizó en niños, de día, utilizando espejos bucales y exploradores dentales estériles y en buenas condiciones; y la otra técnica fue la encuesta en donde se aplicó un cuestionario para medir el nivel de conocimiento en salud oral, el cual fue dirigido a los padres de los niños, que previamente habían firmado una hoja de consentimiento informado. En esta investigación, en el análisis univariado se hizo uso de la estadística descriptiva; y en el bivariado mediante frecuencias y porcentajes medidas de resumen como la media, desviación típica, mínimo y máximo. **Resultados:** Para determinar la validez del contenido del cuestionario, se realizó el juicio de expertos con un total de 10 expertos, entre ellos: Psicólogo, Médico, Lic. en Enfermería, Cirujano Dentista con experiencia en Odontopediatría, Cirujano dentista que labora en centro de salud, con la finalidad de observar su estructura y contenido. La confiabilidad se obtuvo con el apoyo del asesor estadístico, para ello se realizó una prueba piloto cuyos resultados se sometieron a la prueba estadística alfa Crombach, que es una prueba estadística de mayor aproximación para determinar la fiabilidad del instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica y que estén altamente correlacionados. **Conclusión:** Es aceptable el nivel de confiabilidad entre 0,7 a 0,9, si el coeficiente es inferior a 0,70 el investigador debe decidir si analiza los datos recogidos con el instrumento, si el coeficiente es 1,00

quiere decir que cada ítem el instrumento está midiendo coherentemente la misma cosa ⁽¹¹⁾.

Tobler DC y Casique LD. (Iquitos 2014). Desarrollaron su estudio de tipo correlacional y de corte transversal, con el objetivo de 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. Manejaron una muestra de 246 preescolares de tres a cinco años de edad y sus respectivas madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Usó 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 obtuvo una fiabilidad de 0,75%. Sus resultados fueron, el 14,6% de las madres con un nivel de conocimiento bajo sus niños presentaron un ceo muy alto, la frecuencia de caries dental en niños de tres a cinco años de edad de la Institución Educativa Los honguitos. Distrito Iquitos – Maynas 2014, fue de 95,9%. Se encontró un ceo promedio de 5,03 (alto). El nivel de conocimiento sobre salud dental de las madres de los niños pre escolares examinados fue moderado en un 51,6% con un puntaje promedio de 11,21. Concluyendo en que sí existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en pre escolares y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral ($p = 0.01$) ⁽¹²⁾.

Burgos (Trujillo 2014) Ejecutó su investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; con el objetivo general para determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal que tienen los tutores y padres de familia de niños del nivel primario de la Institución Educativa Virgen del Carmen, del distrito El Porvenir, provincia de Trujillo, región La Libertad, en el año 2014. Aplicó un

instrumento como cuestionario con 30 preguntas, con la técnica de encuesta con 40 padres de familia y/o tutores. Y obtuvo los siguientes resultados: sobre el conocimiento en salud bucal el 72,5% un nivel regular, el 25,0% de nivel malo y el 2,5% nivel de conocimiento bueno; el rango de edad más frecuente fue el de 41 a más años con un 50,0%, presentando un nivel de conocimiento regular en 40,0%. El sexo femenino fue el que predominó con un 52,5%, presentando un nivel de conocimiento en salud bucal regular con 35,0%. En cuanto al tiempo de convivencia, el mayor porcentaje 72,5% tiene entre 6 – 10 años de convivencia, presentando un nivel de conocimiento regular con 52,5% ⁽¹³⁾.

Tamayo C. (Lima 2013). Llevó a cabo su estudio con el objetivo de determinar los factores y determinantes de salud bucal de los niños de tres instituciones educativas relacionadas con el nivel de instrucción y de conocimiento de los padres y profesores. Mediante una investigación de tipo descriptivo transversal, realizado con 110 escolares, 56 niños y 54 niñas de 3-6 años de edad, y 69 padres y profesores de tres Instituciones educativas del Asentamiento Humano “Los Olivos de la Paz”, Ventanilla-Lima. Registró una ficha clínica, según los criterios de la OMS para caries dental e higiene bucal usando cuestionario a los padres y profesores. Sus resultados fueron: prevalencia de caries con 90%, ceo-d con 5,1(IC95% 4,4-5,8), higiene regular de 66%, y existió asociación estadísticamente significativa entre los niños con 100% de prevalencia de caries cuyos padres tienen instrucción superior ($p=0,000$) y 87% de prevalencia de caries en los niños con padres de instrucción secundaria. Las preguntas menos acertadas estaban en el área de métodos preventivos: alimentos que contienen flúor (32%) y “uso de los sellantes” (33%). Se halló que los determinantes y condiciones de salud bucal de los niños es mala por

caries y necesidad de higiene bucal y que el conocimiento sobre salud de los padres y profesores es deficiente y tiene que ser reforzado ⁽¹⁴⁾.

Benavente L et al. (Lima, 2012) Su investigación “Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad” Tuvo el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD), teniendo en consideración los criterios y normas éticas establecidas; siendo un estudio de tipo analítico transversal. La muestra estuvo constituida por madres con sus hijos menores de cinco años de edad (n 143). El tipo de muestreo fue no probabilística por cuotas. 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). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde temprana edad, resaltando el rol que cumple la dentición temporal, no solo para garantizar el espacio de los dientes permanentes, sino mucho más como es la alimentación del niño y el rol que juega para su buen

crecimiento y desarrollo bio-psico-social, logrando así estilos de vida adecuados. Palabras claves: salud bucal, caries dental, higiene bucal ⁽¹⁵⁾.

Calderón, P. (Chile 2012), realizó su estudio con el objetivo de comparar los conocimientos, actitudes y prácticas relativas a salud oral infantil de madres primigestas y multíparas de niños de 3 años. Se trabajó con una muestra de 36 madres por cada grupo de primigestas y multíparas 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) ⁽¹⁶⁾.

Sánchez, Y. (Lima 2012), en 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 ⁽¹⁷⁾.

Saavedra, N. (Lima, 2011) ejecutó sus 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”, en una muestra conformada por 180 niños de 0 a 36 meses de edad y con todas las madres de los niños examinados (180) Encontrando que el 50.8% tiene un nivel de conocimiento bajo, el 49.2% presenta

nivel de conocimiento regular y el 0% tiene buen conocimiento sobre salud bucal. Se halló asociación significativa entre el número de hijos y el nivel de conocimientos de las madres, con un hijo tienen un menor porcentaje en el nivel de conocimiento regular (38.14%), mientras que para quienes tuvieron dos y tres 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%). Sí se halló 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 aumenta, dicha asociación es estadísticamente significativa ⁽¹⁸⁾.

Pisconte EG. (Trujillo 2010). EL presente estudio es de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, y tuvo como propósito determinar si existe relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito La Esperanza - Trujillo 2010. La muestra estuvo conformada por un total de 328 preescolares de 3 a 5 años de edad y sus respectivas madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados nos permitieron concluir 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 en niños de 3 a 5 años de edad del Distrito La Esperanza. Trujillo -2010, 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%.

El nivel de conocimiento sobre salud dental en las madres de los niños examinados según rango de edad, se encontró que existe relación significativa, pero es muy baja ($p = 0.02$), con un nivel de conocimiento alto en un 40% en las madres entre 25 - 35 y 35 - 45 años de edad. No se observó relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres de los preescolares evaluados sobre salud dental, y el tipo de institución educativa ($p = 0.147$). También se observó relación significativa entre la prevalencia de caries dental y el tipo de institución educativa ($p = 0.0002$). Con un promedio de I - ceo de 3.5 (moderado) en instituciones educativas estatales y un I- ceo de 2.6 (Bajo) en instituciones educativas particulares. Se halló relación significativa entre la prevalencia de caries dental y la edad de los niños ($p = 0.005$) (19).

2.2 Bases teóricas

Nivel de conocimiento

Es un estado cognitivo y mental de las personas, para superar su medio ambiente, sobrevivir y mantener su calidad de vida.

El conocimiento

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, en el sentido más amplio del término se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que al ser tomados por si solos poseen un menor valor cualitativo (20). Para poder ingresar y dominar las diversas áreas que se conoce de la realidad, el hombre utiliza el conocimiento, encontrando de este modo sus diferentes categorías y estructuras de la que está constituida. Entonces si empezamos por este hecho

apartado podemos acrecentarlo hasta lograr situarlo en un entorno mucho más complicado, ver y entender su naturaleza en todo su esplendor ⁽²⁰⁾.

Fases entre el conocimiento y la conducta

Existen casos en los que se desea reorganizar la conducta y para ello es suficiente el conocimiento, no obstante, en otros casos simplemente no es necesario.

Las veces que el conocimiento es notable, se llega a una conclusión sobresaliente formulada para un grupo objetivo ⁽²⁰⁾.

Hay que saber que las actitudes, creencias y valores, junto a un gran nivel de aspectos intrínsecos y extrínsecos, son los factores para realizar la transferencia del conocimiento a la acción.

Las personas, en su mayoría, creen que para transformar el conocimiento en conducta se tendría que desarrollar capacidades determinadas. Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes ⁽²⁰⁾.

Salud bucal

Es la carencia de dolor, trastornos y enfermedades que impiden que la persona afectada pueda tener la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que influye en su bienestar psicosocial. Constituye una parte muy importante de la salud, y al ser una expresión de la vida, compromete a procesos dificultosos en los cuales se compatibilizan varios aspectos como los sociales, económicos, culturales, sociales ⁽²¹⁾. En la actualidad la Salud Bucal es considerada como uno de los ejes principales del complejo cráneo facial y forma parte de algunas de las funciones

vitales como son la comunicación, alimentación, etc. Un alto número de enfermedades infecciosas y a veces hasta crónicas repercuten en la cavidad bucal, como el VIH o la Diabetes, pero también enfermedades que afectan a la cavidad oral, estas son: las mal oclusiones, periodontopatías y la caries dental ⁽²¹⁾.

En nuestro país estas enfermedades son consideradas problemas de salud pública, pero se pueden evitar previniendo desde el consultorio dental y sobre todo, desde el hogar. Podríamos decir que el objetivo fundamental de un programa enfocado a la odontología preventiva, es ayudar a mejorar a cada uno de los pacientes en cuanto a mejoramiento de hábitos que apoyen al mantenimiento de su salud oral se refiere ⁽⁹⁾.

Según la OMS, existe un número mayoritario de niños que presentan signos de gingivitis. Otro es el caso de los adultos que en su caso, las periodontopatías son las más comunes pero en sus etapas iniciales ⁽²²⁾.

La OMS ha considerado que los sistemas de salud bucal están dirigidos a los servicios de prevención y atención primaria en salud. También se enfocó en los factores de riesgo, pero que podían modificarse, como son: el consumo de azúcares, higiene oral, falta de calcio y el consumo de tabaco ⁽²²⁾.

Salud bucal en niños

La Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) reconoce que la base para una adecuada salud bucal infantil principalmente, está en una correcta educación preventiva a las madres. Por eso, propone un mayor énfasis en el cuidado de la salud bucal brindando charlas, recomendaciones, estrategias preventivas, evaluación, orientación e intervenciones tanto en salud bucal como en otras áreas de la salud ⁽²³⁾.

La salud bucal del niño es un predictor de la salud bucal del paciente adulto, de allí la necesidad de trabajar por una buena salud bucal en los primeros años. Una deficiente salud bucal traerá como consecuencia lesiones de caries dental; que si no son tratadas oportunamente van a producir dolor, irritabilidad, problemas al hablar, al dormir, dificultad al masticar, disminución del apetito, disminución del rendimiento escolar, baja autoestima, etc. ; lo cual no solo afecta a los niños, sino a su entorno familiar (padres, hermanos) ⁽²⁴⁾.

Es importante el papel de los padres/cuidadores en la transmisión de conocimientos, actitudes y prácticas a las futuras generaciones (hijos), por ello el objetivo debe ser trabajar con ellos brindándoles información clara, precisa y de fácil entendimiento sobre los cuidados de la salud bucal de sus niños. Sobre todo a las madres de familia quienes están más tiempo con sus hijos ⁽⁹⁾.

Medidas de prevención estomatológica

Uno de los factores que toman parte en la producción de la caries dental es la solubilidad de los tejidos duros del diente, es por eso que las primeras medidas que se toman son: la educación al paciente y la motivación al paciente. Posteriormente la revisión periódica y el control de la placa dento bacteriana y sobre todo un correcto cepillado y técnica del mismo ⁽²⁵⁾.

La aplicación de fluoruros en el consultorio dental es una medida también utilizada, la cual reduce el índice elevado de caries dental, pero con una dieta adecuada ⁽²⁵⁾.

Cuidados de la cavidad bucal

Se recomienda realizar el cepillado dental después de cada comida, con un dentífrico que contenga flúor y por último, diariamente utilizar hilo dental ⁽²⁶⁾.

Se debe utilizar un cepillo dental de cerdas blandas y puntas redondeadas, la cabeza del cepillo dental debe ser pequeña o mediana. Si se desea se puede utilizar cepillos eléctricos, que tienen movimientos rotatorios que favorecen al cepillado y garantizan una mayor eliminación de placa bacteriana ⁽²⁶⁾.

Los cepillos interproximales son muy eficaces para remover los residuos alimentarios y la placa del espacio interdental.

La seda dental se emplea pasándola suavemente entre los dientes, es preciso colocarla ante la superficie frontal y posterior de cada diente, de manera que la seda forme una "C", como si rodeara al diente. Acudir al dentista con frecuencia cada seis meses ⁽²⁶⁾.

Frecuencia del cepillado

El cepillado se debe realizar después de cada comida y justo antes de dormir. En personas más propensas a la caries dental el cepillado debe de hacerse dentro de los 10 min. posteriores a las comidas. Se debe tener en cuenta que por las noches el nivel de secreción salival disminuye, por lo tanto el cepillado por las noches son muy importantes ⁽²⁶⁾.

Desde el nacimiento y hasta la erupción de los primeros dientes (entre los 6 y los 12 meses), se debe limpiar la boca y las encías con una gasa humedecida en agua o con

un dedal de silicona, una vez al día. Cuando aparezcan los primeros dientes de leche (entre los 6 y 12 meses) ⁽²⁷⁾.

Una vez que el niño llega al año de edad es conveniente empezar a utilizar pasta dentífrica, aunque la dosis debe de ser muy pequeña para evitar un exceso de flúor ⁽²⁷⁾.

Este hecho es importante, porque un exceso de flúor puede ser perjudicial para el niño. No obstante, los beneficios del uso de pasta de dientes se resumen en una dentadura más resistente frente al ataque de bacterias causantes de caries, así como también, es de gran utilidad para reparar los dientes ⁽²⁷⁾.

Técnicas de cepillado para niños

Técnica de Fones: Indicada en niños en edad preescolar, se realizan movimientos circulares sobre las caras externas e internas de los dientes, y en las caras oclusales se realizan movimientos anteroposteriores ⁽²⁸⁾.

Técnica de Stillman modificado: Se coloca el cepillo en la región mucogingival, con los filamentos del cepillo apoyado lateralmente sobre la encía. Se realizan movimientos vibratorios y desplazamiento del cepillo hacia la superficie dentaria ⁽²⁸⁾.

Técnica de Bass: Indicado en Odontopediatria, especialmente en pacientes portadores de aparatos de ortodoncia fija. Se recomienda que los filamentos del cepillo dental sean colocados sobre la unión diente-encía con un ángulo de 45 grados con relación al eje del diente. Con el cepillo dental en esta posición se realizan movimientos vibratorios de pequeña amplitud ⁽²⁸⁾.

Dentífrico o pasta dental

La pasta dental es un compuesto que es utilizado con el cepillo dental para limpiar haciendo fricción contra las caras de los dientes para poder limpiarlos ⁽²⁸⁾.

También ayuda por medio de las sustancias que contiene (abrasivos y bactericidas) a la eliminación de la placa bacteriana. Por otro lado, sus sustancias que le dan sabor, ayudan a que la persona que utiliza tenga una sensación de limpieza. Todo esto no le quita importancia al cepillo dental, que es el que tiene la función más importante a la hora de la eliminar la placa bacteriana ⁽²⁸⁾.

Los colutorios que contienen flúor que utilizamos en casa deben tener una concentración de fluoruro de sodio al 0.05% o de fluoruro fosfato acidulado con concentración de 0.044% ⁽²⁶⁾.

El uso de colutorios a las concentraciones ya mencionadas no son recomendables para niños menores de 6 años de edad, debido a que los niños de estas edades no pueden tener tanto control del producto en su boca y pueden tragarlo y ocasionarle daños a sus dientes ⁽²⁸⁾.

Dieta Cariogénica

Es aquella con alto cantidad de hidratos de carbono (en especial azúcares) y su consistencia es blanda y muchas veces pegajosa, son las que se depositan más fácilmente en las superficies retentivas del diente. La cantidad de azúcar que se pueda consumir no es lo único que se relaciona con la enfermedad caries dental, sino que hay alimentos con igual o mayor importancia con respecto a la cariogenicidad de ellos, que su misma cantidad de sacarosa ⁽²⁹⁾.

Se puede ingerir un alimento cariogénico durante las comidas, pero los mecanismos de limpieza de nuestra cavidad oral, eliminan estos alimentos de la boca, por intermedio de los movimientos masticatorios, movimientos de la lengua y lo más importante, el flujo salival, que es el que neutraliza los ácidos formados ⁽²⁹⁾.

En conclusión, consumir alimentos cariogénicos mientras se está comiendo es menos peligroso que consumirlos entre comidas. Y el peor momento para consumir alimentos cariogénicos es antes de ir a dormir, porque durante el sueño los mecanismos de autolimpieza se ven disminuidos debido a la baja producción de saliva ⁽²⁹⁾.

Preservación de la salud de nuestros dientes

Limitar el consumo de bebidas azucaradas y alimentos ricos en azúcar y carbohidratos como las golosinas, galletas ⁽³⁰⁾.

Evitar los alimentos que se pegan a los dientes ya que ayudan a producir mayor placa bacteriana ⁽³⁰⁾.

Consumir productos que ayudan a proteger los dientes frente a la caries dental, como los alimentos que contienen calcio (leche, yogurt natural y queso) y alimentos ricos en fibra (frutas secas, coles de Bruselas, guisantes, brócoli, pescado entre otros). Estos alimentos logran elevar el nivel de pH y mayor producción de saliva, que es la mayor barrera cariogénica natural ⁽³⁰⁾.

Consumir legumbres y granos enteros, como arroz integral y cereales integrales, proporcionan vitamina B y hierro que ayudan a mantener las encías sanas, los alimentos dulces ingeridos durante las comidas causan menos daño que si se ingieren

entre horas debido a que la saliva secretada ayuda a limpiar los alimentos de la boca y a disminuir los efectos de los ácidos que pueden llegar a dañar el esmalte de los dientes ⁽³⁰⁾.

Un número importante de padres desconocen que los alimentos y bebidas nutritivas, tales como leche, fórmula, y jugos de fruta contienen azúcares que contribuyen al avance de la caries dental. Los niños no deberían irse a dormir con un biberón con leche por ejemplo, debido a que los líquidos se quedan en la boca del niño por un buen periodo de tiempo, entonces se creó un ambiente perfecto para las bacterias ⁽³⁰⁾.

Se debe regular cuándo y con qué frecuencia su hijo se expone a un “golpe de azúcar”. Evitar los refrigerios entre comidas y si su menor hijo necesita un biberón use sólo agua a la hora de la siesta o de dormir ⁽³⁰⁾.

Existen investigaciones que han demostrado que los niños no nacen con las bacterias que causan la caries, sino que contraen la infección de la persona que los cuida (generalmente la madre). Las personas con caries sin curar tienen niveles más altos de bacterias en la boca y están más propensos a pasar las bacterias a sus niños ⁽³⁰⁾.

Alimentación y salud dental

Simplemente el no tener una correcta higiene oral nos indica que las bacterias permanecen actuando por más tiempo en nuestra boca, lo cual no es conveniente para nosotros debido a que aumenta la acumulación de sarro, que conlleva a la caries dental y finalmente la pérdida de nuestros dientes ⁽³¹⁾.

Para tener una buena salud oral, debemos de seguir las siguientes recomendaciones:

Alimentarse saludablemente y de manera equilibrada, variando la comida, por ejemplo, diariamente se debe de comer cereales, pan, frutas, hortalizas, verduras y alimentos de origen animal ⁽³¹⁾.

Evitar o en su defecto, limitarse en consumir alimentos entre comidas, debido a que se aumenta el tiempo en que los dientes se ven atacados por los ácidos

Por lo menos, si se va a consumir alimentos entre comidas, debemos asegurarnos de que sean alimentos que nos van a nutrir, como frutas, verduras o algún alimento de origen animal ⁽³¹⁾.

Los efectos de los ácidos se ven reducidos cuando los alimentos que se consumen son durante la comida, entonces, es en ese momento cuando segregamos más cantidad de saliva que los ácidos no pueden perjudicarnos debido a aquí la saliva es una barrera natural que nos ayuda a limpiar nuestra boca de los alimentos.

Aun así hay que tener un correcto cepillado de los dientes después de cada comida para poder reducir los malos efectos que puedan causarnos los ácidos sobre los dientes ⁽³¹⁾.

Se recomienda visitar al odontólogo más a menudo a partir de los 3 años de edad, porque a esta edad la erupción de nuestros dientes deciduos ya está completada, esto quiere decir, 2 veces al año, o por lo menos una vez, y tener en cuenta los signos de algún problema bucal como es el sangrado de encías, movilidad de los dientes, mal aliento, alteraciones de la saliva, etc⁽³¹⁾.

La alimentación es muy importante para nuestra cavidad oral; los azúcares cariogénicos la dañan, pero las frutas y verduras la limpian y fortalecen. Mientras que para la formación de nuestros dientes, es necesario consumir la leche y sus

derivados debido a que aportan el calcio que estos necesitan para su correcto crecimiento. Evitar forzar la dentadura tratando de romper alimentos muy duros y es preferible evitar las bebidas demasiado heladas o calientes, así como también los alimentos ⁽³¹⁾.

Desde la infancia, es fundamental tener una correcta higiene de la boca y los dientes para poder conservar nuestra boca en condiciones óptimas. Siempre se debe de incluir un cepillado dental diario y cada vez que se termine de comer, posteriormente utilizar el hilo dental y por lo menos visitar al odontólogo 1 vez al año, también es de mucha ayuda controlar la dieta, limitando el consumo de alimentos cariogénicos.

Los padres tienen la labor y el deber de transmitir a sus hijos los correctos hábitos de higiene oral, enseñarles con el ejemplo y ser constantes en ello ⁽³¹⁾.

Caries de la infancia temprana

Es más conocida como la caries de biberón, pero tampoco se debe únicamente al uso de un biberón con algún líquido azucarado, sino que también la propia leche materna y al uso de las tazas entrenadoras para bebés ⁽³²⁾.

Este problema de salud oral causa preocupación debido a que existen estudios y evidencia, en los cuales vemos comprometido la calidad de vida, el bienestar y el correcto crecimiento y desarrollo de los niños ⁽³²⁾.

Se sabe que es de suma importancia tener una buena nutrición durante el periodo prenatal y los primeros años de vida, ya que influye de manera directa en el crecimiento físico y el desarrollo bioquímico y mental, y a la vez juegan un papel muy importante en el desarrollo de los dientes, en la calidad e integridad del hueso y del tejido gingival ⁽³²⁾.

Prevención de la caries de la primera infancia

Los padres tienen un papel importante en la detección temprana de las caries. Deben levantar los labios de su niño para revisar signos de caries y puntos blancos, especialmente en los dientes frontales, se debe pedir una cita con un dentista. El dentista podría aplicar flúor durante algunos meses para evitar mayor daño a los dientes de su niño ⁽³³⁾.

Cuando a su bebé le salga el primer diente, comience a limpiarle los dientes con un paño suave o un cepillo pequeño y suave con una cantidad muy pequeña de pasta dental con flúor. A esa edad, el dentista o pediatra podrían también recetar suplementos de flúor ⁽³³⁾.

El flúor ayuda a fortalecer los dientes en desarrollo, haciéndolos más resistentes a las caries. Los niños que beben agua fluorada de la comunidad, no deben recibir suplementos de flúor. Empiece a cepillar los dientes de su niño con una cantidad pequeña de pasta dental con flúor a la edad de dos años. Enséñele al niño a escupir la pasta dental después del cepillado. Ayude a su niño a cepillarse los dientes hasta que sepa hacerlo muy bien, generalmente hasta los ocho años de edad ⁽³³⁾.

Se debe recordar:

- Evite pasar su saliva al niño
- Llene con agua el biberón o taza del bebé durante su siesta o antes de acostarlo
- Levante los labios del niño para revisar si tiene signos de caries
- Ofrezca alimentos saludables, y limite los alimentos y bebidas azucarados

- Mantenga limpia la boca del bebé ⁽³³⁾.

Dentición Decidua

También conocida como dentición infantil, de leche o primaria y es el primer juego de dientes que aparecen en niños aproximadamente desde los 6 meses, estos se dividen en 3 grupos: Incisivos (8 piezas dentarias), caninos (4 piezas dentarias), molares (4 piezas dentarias). En cuanto al desarrollo de esta dentición, es un proceso que va coordinado con el crecimiento de los maxilares ⁽³⁴⁾.

Los dientes temporales son esenciales para el correcto desarrollo del complejo oral. Tienen funciones específicas como: Ser guía de erupción para los dientes permanentes, sirve para mantener el espacio necesario para los dientes permanentes, desarrollar correctamente el habla, ayuda a desarrollar la masticación de los alimentos y esto a su vez ayuda a desarrollar el crecimiento de los maxilares ⁽³⁴⁾.

Medición de la enfermedad

En un estudio epidemiológico es indispensable que la enfermedad se mida cuantitativamente (BURT y EKLUND, 1992); es decir, que a cada observación se le asigne un valor. En el caso de la caries dental se puede cuantificar, por ejemplo, la proporción de individuos de una población que son afectados por la enfermedad en un momento específico; la cual se conoce como prevalencia. Cuando se estima la prevalencia de la enfermedad en una población, el individuo es la unidad de observación". Según Narvaez (2011) ⁽³⁵⁾.

Indicadores epidemiológicos de caries dental ceo-d

El ceo-d es el índice adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1994. Se obtiene de igual manera que el CPO-D pero se considera solo los dientes temporales cariados, extraídos (indicados para extracción) y obturados. Se consideran 20 dientes.” Cruz (2012). La notoria diferencia entre el índice CPO-D y el índice ceo-d, es que en este último no se incluyen los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellos que están presentes en la boca. La causa de la modificación es la posibilidad de error que sería introducida en los cálculos, debido a variaciones en el periodo de exfoliación de los dientes. En muchas situaciones sería difícil determinar si la ausencia de un diente, sería o no consecuencia de la caries⁽³⁵⁾.

Comportamiento de niños

Se ha estudiado el comportamiento del paciente odontopediátrico, el manejo de su ansiedad y muchas de sus variables que conllevan a afectar a su comportamiento y actitud, que mas tarde reflejará si procede de una familia disfuncional o funcional. De este comportamiento que tenga el niño, sea positivo o no, depende la calidad de tratamiento odontológico que el niño esté permitiendo que se desarrolle⁽³⁶⁾.

Es importante que el odontopediatra tenga en mente la importancia que tiene el ambiente familiar en el que se desenvuelve el menor y lo relacione con la reacción que tenga con asistir a su primera consulta odontológica⁽³⁶⁾.

La conducta que observamos, la mayoría de veces en el paciente pediátrico en su primera visita odontológica, hace que llevemos un manejo de conducta en forma errónea, debido a que no existen datos suficientes en la historia clínica que

habitualmente manejamos para saber el motivo de su conducta, se debe dar un vistazo al ambiente familiar en el que se desenvuelve y está creciendo ⁽³⁶⁾.

El manejo de conducta del paciente infantil es un componente clave para el éxito en la Odontopediatría, considerando estas técnicas como modelos de aprendizaje ⁽³⁶⁾.

Las técnicas de manejo están por lo tanto encaminadas a controlar diversas emociones. Sin embargo el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas de situaciones específicas, son muchas las variables que pueden presentarse de un paciente a otro o aún de una cita a otra ⁽³⁶⁾.

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo, rama de la psicología que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las condiciones ambientales que las rodean y se basa en el control de sus emociones ⁽³⁶⁾.

Los métodos que utilice el odontólogo para abordar y tratar a una niño son determinantes de las reacciones y actitudes en la situación odontológica, para ello las técnicas que se emplean para manejar las emociones del niño, comprenden de aquellos procedimientos que creen cambios en su comportamiento, incrementando su autocontrol ⁽³⁰⁾.

Las principales técnicas son:

Desensibilización: técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. Se hace de uso frecuente en odontología, iniciando por los procedimientos más fáciles y menos amenazantes, dejando los más difíciles para más adelante ⁽³⁷⁾.

Conjuntamente se utiliza también el enfoque Decir-Mostrar-Hacer, que consiste en permitir que el niño conozca los procedimientos que se les va a realizar ⁽³⁷⁾.

Modelamiento: cambio del comportamiento que resulta de la observación de otra persona. Es efectivo para aliviar la ansiedad, ya que lo que resultaba desconocido al niño pasa a ser conocido a través de la experiencia de otros ⁽³⁷⁾.

Reforzamiento Positivo: esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado, es la más común para motivar a los niños a aprender. Es necesario aplicar inmediatamente el refuerzo y repetirlo con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento del niño. Los reforzadores pueden ser materiales, verbales y no verbales ⁽³⁷⁾.

Nivel de conocimiento de salud oral en madres

La salud oral durante el embarazo es extremadamente importante para lograr que esta etapa se desarrolle de manera equilibrada, contribuyendo así a la salud general de la madre y el futuro bebé ⁽³⁸⁾.

Durante esta etapa la madre puede estar expuesta a la aparición de procesos infecciosos, lesiones en la cavidad oral o sintomatología dolorosa, que en ocasiones son de difícil manejo debido a las precauciones que la condición de embarazo demanda ⁽³⁸⁾.

La condición oral de las mujeres gestantes está lejos de ser buena y la profesión odontológica tiene la responsabilidad de reconocer esta situación y de definir aspectos estructurales y conceptuales que orienten una visión renovada que ofrezca

mejores alternativas para la atención bucal de las mujeres embarazadas y con ello una buena condición oral y una mejor calidad de vida ⁽³⁸⁾.

En la actualidad se hace imprescindible el análisis de los problemas de la salud integralmente. El tener en consideración este concepto nos permite hacer importante hincapié en la atención estomatológica de la gestante pues suceden cambios bucales dependientes de los que suceden en su organismo y que son resultado de un conjunto de factores que influyen de la salud bucal ⁽³⁸⁾.

III. HIPÓTESIS

- I.** Existe significancia estadística en la relación de una alta prevalencia de caries dental en preescolares con un escaso nivel de conocimiento de sus madres sobre salud oral.

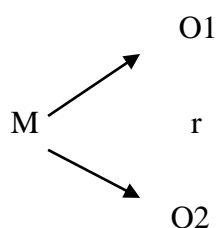
- II.** No existe significancia estadística en la relación de una alta prevalencia de caries dental en preescolares con un escaso nivel de conocimiento de sus madres sobre salud oral.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la Investigación

La investigación es de tipo correlacional, prospectivo y observacional. El diseño que se utilizó fue no experimental y de corte transversal, debido a que se hizo la evaluación en un momento definido, para comprobar la relación existente entre el nivel de caries en niños en edad preescolar de 2 a 5 años y el nivel de conocimiento en salud oral de sus madres, en el Asentamiento Humano Jehová Jiréh - Nuevo Chimbote, año 2018.

Esquema:



Dónde:

M: Muestra

O: Observaciones realizadas por cada una de las variables estudiadas.

r: Relación existente entre las variables estudiadas.

4.2 Población y Muestra.-

4.2.1 La población

Estuvo conformada por los habitantes del Asentamiento Humano Jehová Jiréh (227 personas), ubicada en el Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash.

4.2.2 La muestra

Estuvo constituida por 70 pacientes niños en edad preescolar y sus respectivas madres, seleccionados mediante un método no probabilístico de tipo intencional.

4.2.3 Criterios de selección

4.2.3.1 Criterios de inclusión

Niños de 2 a 5 años con ABEG que viven en el A.A.H.H. Jehová Jiréh.

Niños cuyas madres firmaron el consentimiento informado.

Madres de niños de 2 a 5 años que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

4.2.3.2 Criterios de exclusión

Niños que a pesar de contar con el consentimiento informado, no permitieron la ejecución completa del estudio.

Madres y niños que no se encontraron en el momento de la recolección de datos.

4.3 Definición y operacionalización de variables

4.3.1 Definición de variables

4.3.1.1 La prevalencia de caries: Es la presencia de lesiones cariosas en determinadas personas de una población en un momento dado. La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible 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. Como resultado se produce la desmineralización de la porción mineral y la subsecuente disgregación de la parte orgánica, fenómenos distintivos de la dolencia (1,2, 3).

4.3.1.2 Nivel de conocimiento en salud bucal: Es el grado de comprensión de los aspectos de cuidado y prevención de la salud bucal.

4.3.2 Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Indicadores	Tipo	Escala de Medición	Valores
Prevalencia de caries	Piezas dentales con lesiones cariosas existentes presentes en la población en un momento dado.	Presencia de caries Ceo-d >0 CPO-D >0 Ausencia de caries Ceo-d =0 CPO-D =0	Ordinal	Ficha de observación clínica Odontograma MINSA	Muy bajo (0,0 a 1,1) Bajo (1,2 a 2,6) Moderado (2,7 a 4,4) Alto (4,5 a 6,5)
Nivel de conocimiento sobre salud oral	Comprende los aspectos de prevención y cuidado de la salud bucal que poseen las madres de los	Encuesta	Cuantitativa	Cuestionario validado	Bueno 20 a 29 puntos Regular 11 a 19 puntos

	niños.				Malo 0 a 10
--	--------	--	--	--	-------------

4.4. Técnicas e instrumentos

4.4.1 La observación clínica

Esta técnica se realizó mediante el examen clínico a los niños bajo estudio, en un ambiente con luz natural del día y con instrumentos que llevó el examinador consistente de: espejos bucales y exploradores en buenas condiciones. Antes de efectuar el examen buco- dental se obtuvo de cada niño(a) los datos correspondientes a la edad y sexo correspondientes entre 2 a 5 años.

La caries dental del preescolar se registró utilizando el índice de ceo-d para dientes deciduos, de acuerdo con los criterios recomendados por la OMS. La ficha clínica sobre el estado de dentición y la encuesta de 29 ítems es un instrumento validado extraído de la tesis: “Tesis para optar el Grado de Bachiller en Estomatología” de autora: Henostrosa CY, en el año 2016 ⁽³⁹⁾.

4.4.2 La encuesta

Se aplicó un cuestionario validado sobre salud bucal dirigido a las madres de familia, este cuestionario consta de 29 ítems y se consideró el conocimiento en salud oral en tres niveles:

Bueno 20 a 29 puntos

Regular 11 a 19 puntos

Malo 0 a 10

4.4.3 Procedimiento

Se entregó un documento al Secretario General del asentamiento humano “Jehová Jiréh”, el Sr. Faustino Pantoja Espinoza, solicitando la autorización para realizar este proyecto.

Se entregó un documento de consentimiento informado, a las madres de familia, donde firmaron su aceptación y participación en el trabajo de investigación.

Se seleccionó a los niños y padres de familia para el estudio.

El procedimiento de recolección de datos se realizó mediante la aplicación del cuestionario sobre salud oral dirigido a las madres de familia.

Posteriormente se realizó la observación clínica mediante el uso de la ficha clínica – odontograma, a sus hijos niños en edad preescolar entre 2 a 5 años.

4.5 Plan de análisis

Los datos obtenidos en los cuestionarios ingresaron a una base de datos en Excel XP, una vez ordenados y tabulados. Para el análisis e interpretación, se construyó una base de datos de acuerdo a las variables estudiadas. La medida de correlación entre las variables a utilizar será el Chi cuadrado. Para su representación gráfica, se realizarán gráficos de barras.

4.6 Matriz de Consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Cuál es la relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud oral en el Asentamiento humano Jehová Jiréh en Nuevo Chimbote?	<p>General: Determinar si existe relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral en el asentamiento humano Jehová Jiréh - Nuevo Chimbote, año 2018.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar la prevalencia de caries dental en preescolares de 2 a 5 años del A.A.H.H. Jehová Jiréh Analizar el nivel de conocimiento de las madres de los preescolares 	<p>- Prevalencia de caries dental.</p> <p>- Nivel de conocimiento sobre salud oral.</p>	<p>Diseño de la Investigación.- La investigación es de tipo correlacional, prospectivo y observacional. El diseño no experimental y de corte transversal,</p> <p>La población: Asentamiento Humano Jehová Jiréh (227 personas).</p> <p>La muestra: Conformada por 70 pacientes niños en edad preescolar y sus respectivas madres, seleccionados mediante un método no probabilístico de tipo intencional.</p>

	<p>evaluados sobre salud oral</p> <p>3. Evaluar la relación entre la caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral.</p>		
--	---	--	--

4.7 Principios Éticos

Los principios éticos tomados en cuenta para desarrollar esta investigación son basados en la Declaración de Helsinki (WMA, Octubre 2013) en donde considera que la investigación debe proteger la dignidad, la integridad, el derecho a la confidencialidad de la información personal previamente los investigados deben otorgar su consentimiento informado.

V. RESULTADOS

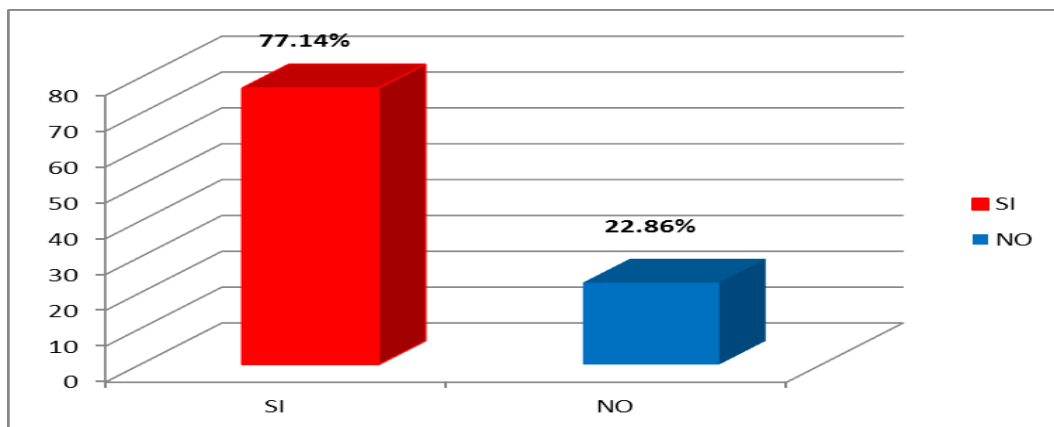
5.1 Resultados.-

TABLA N°1 PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN PRE ESCOLARES DE 2 A 5 AÑOS, EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018.

PREVALENCIA DE CARIES	FR	%
SI	54	77,14
NO	16	22,86
TOTAL	70	100

Fuente Ficha de observación clínica

GRÁFICO N°1 PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN PRE ESCOLARES DE 2 A 5 AÑOS, EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018.



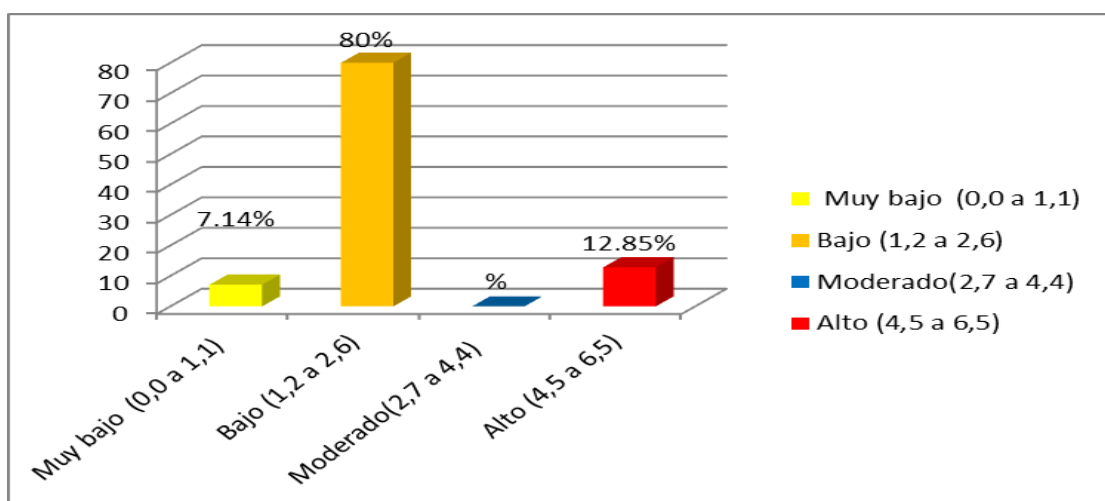
Según Tabla 1

TABLA N°2 PREVALENCIA DE CARIES DENTAL SEGÚN INDICE ceod EN PRE ESCOLARES DE 2 A 5 AÑOS, EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018.

Rango índice ceod comunitario	FR	%
Muy bajo (0,0 a 1,1)	05	7, 14
Bajo (1,2 a 2,6)	56	80, 0
Moderado (2,7 a 4,4)	0	0, 0
Alto (4,5 a 6,5)	9	12,85
TOTAL	70	100

Fuente fichas de observación clínica

GRÁFICO N°2 PREVALENCIA DE CARIES DENTAL SEGÚN INDICE CEOD EN PRE ESCOLARES DE 2 A 5 AÑOS, EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018.



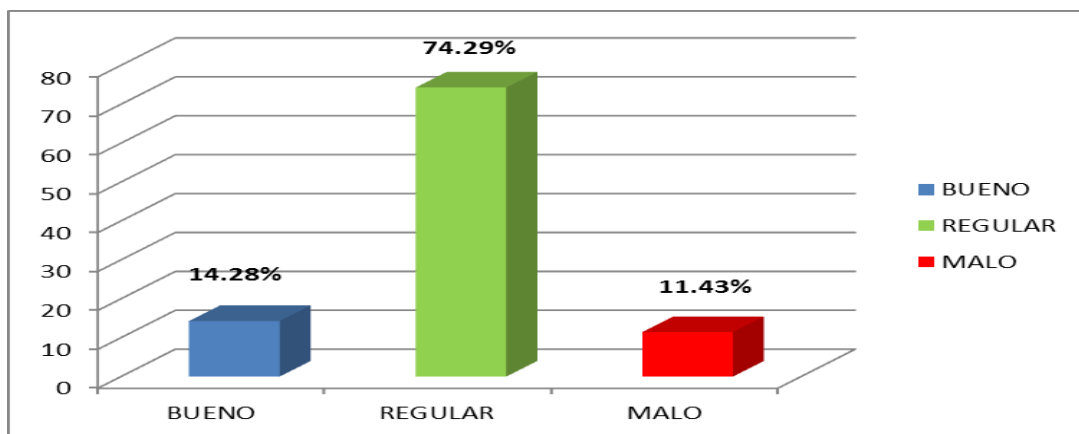
Según Tabla 2

TABLA N°3 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE LOS PRE ESCOLARES EVALUADOS SOBRE SALUD ORAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FR	%
BUENO	10	14,28
REGULAR	52	74,29
MALO	8	11,43
TOTAL	70	100

Fuente cuestionario de salud bucal

GRÁFICO N°3 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE LOS PRE ESCOLARES EVALUADOS SOBRE SALUD ORAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018.



Según Tabla 3

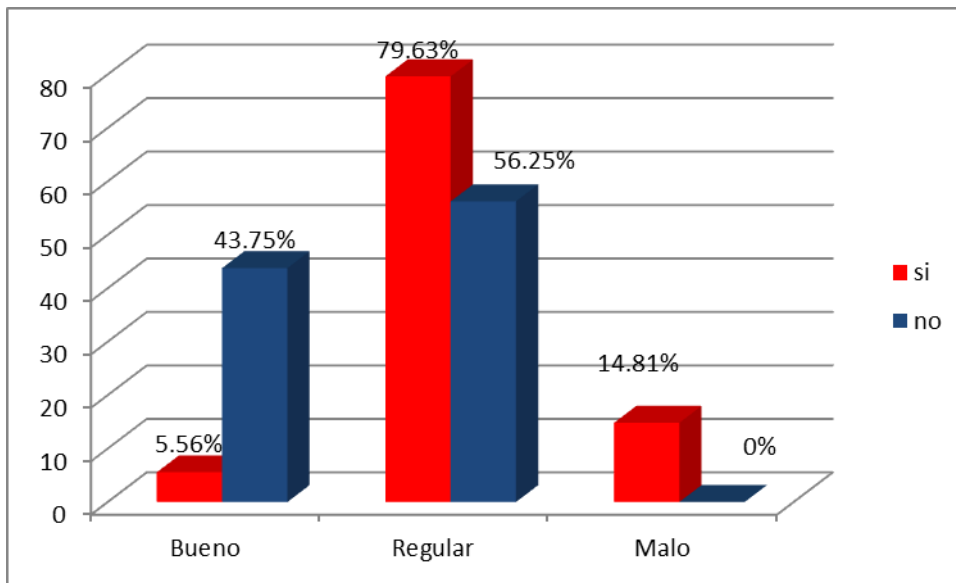
TABLA N°4 RELACIÓN ENTRE LA CARIES DENTAL EN PRE ESCOLARES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE SALUD ORAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018.

Prevalencia de caries						
Nivel de conocimiento	Si	%	No	%	Total	%
Bueno	3	5,56	7	43,75	10	14,28
Regular	43	79,63	9	56,25	52	74,29
Malo	8	14,81	0	0,0	8	11,43
TOTAL	54	100	16	100	70	100,00

Fuente cuestionario de salud bucal y ficha de observación clínica

X² = 42,19 p = 0,0229

GRÁFICO N°4 RELACIÓN ENTRE LA CARIES DENTAL EN PRE ESCOLARES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE SALUD ORAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018.



Según Tabla 4

5.2 Análisis de resultados

A nivel mundial la OMS refiere que la caries dental es una de las enfermedades infecciosas más prevalente en las personas y representa un gran problema de salud pública, que afecta entre el 60% al 90% de la población escolar ⁽⁵⁾.

En nuestro país según el Ministerio de Salud durante el año 2008, fue de 5.86 % en niños de 12 años con la prevalencia más elevada de América ⁽⁶⁾. En la presente investigación se halló un índice de caries ceod bajo (intervalo de 1,2 a 2,6) en un 80,0 %, y una prevalencia de caries de 77,14% en los niños preescolares mientras que Tobler ⁽¹²⁾ en el Distrito Iquitos – Maynas halló una prevalencia de 95,9% y un ceo promedio de 5,03 (alto). Tamayo ⁽¹⁴⁾ en Lima obtuvo una prevalencia de caries de 90% y un ceo-d con 5,1 (IC95% 4,4-5,8). Mientras que Victorio ⁽¹⁰⁾ también en Lima encontró un ceo-d de 5.24 (alto). Demostrando la alta prevalencia de caries dental en niños en edad pre escolar en distintos lugares del país y en Sudamérica está comprobado que en el Perú según Espinoza ⁽⁹⁾ estas enfermedades son de alta prevalencia; de salud pública, que mediante medidas preventivas en el hogar y en la comunidad se pueden mejorar los hábitos enseñando al paciente a reconocer la existencia de estados bucales deficientes para controlarlos.

Respecto a nivel de conocimiento en salud bucal la presente investigación halló 14,28% nivel bueno un 74,29% en un nivel regular y un 11,43% de conocimiento malo mientras que Tobler ⁽¹²⁾ El nivel de conocimiento sobre salud dental de las madres fue moderado en un 51,6%. y se encontró un ceo promedio de 5,03 (alto). En tanto Burgos ⁽¹³⁾ en su investigación de salud bucal en madres de familia obtuvo un conocimiento en salud bucal con el 72,5% de un nivel regular, el 25,0% de nivel

malo y el 2,5% nivel de conocimiento bueno. Mientras que Benavente ⁽¹⁵⁾ obtuvo de las madres un conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, pero no son aplicados adecuadamente, considerando que el nivel de conocimiento en salud bucal de las diferentes investigaciones se encuentran en un nivel medio que no garantiza un cuidado eficiente contra el avance de las caries. Considerando que se debe contribuir en incrementar el conocimiento general de salud bucal difundiendo los productos que ayudan a proteger los dientes frente a la caries dental, como los alimentos que contienen calcio (leche, yogurt natural y queso) y alimentos ricos en fibra (frutas secas, coles de Bruselas, guisantes, brócoli, pescado entre otros). Estos alimentos logran elevar el nivel de pH y mayor producción de saliva, que es la mayor barrera cariogénica natural ⁽³⁰⁾.

Respecto a la relación de la prevalencia de caries con el nivel de conocimiento en salud bucal de las madres en la población estudiada sí se encontró la existencia de una relación estadísticamente significativa $p=0,0229$ donde se cumple $p<0,05$ similar a lo hallado por Tobler¹² donde sí existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en pre escolares y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral donde halló $p = 0,01$ mientras que Victorio⁽¹⁰⁾ no encontró asociación estadísticamente significativa entre los índices evaluados de los niños.

Los análisis de asociación entre las variables son importantes dado que la salud bucal del niño es un predictor de la salud bucal del paciente adulto, de allí la necesidad de trabajar por una buena salud bucal en los primeros años ⁽³³⁾

VI. CONCLUSIONES

6.1 Conclusiones

Respecto a caries se obtuvo un 77,14% de prevalencia de caries en los niños preescolares (Tabla y Gráfico 1).

Se halló un índice ceod de caries bajo (1,2 a 2,6) en un 80,0 % (Tabla y Gráfico 2).

Respecto a nivel de conocimiento en salud bucal la presente investigación halló 14,28% nivel bueno un 74,29% en un nivel regular y un 11,43% de conocimiento malo (Tabla y Gráfico 3).

Respecto a la relación de la prevalencia de caries con el nivel de conocimiento en salud bucal de las madres en la población estudiada sí se encontró la existencia de una relación significativa $p=0,0229$ al cumplirse la probabilidad de $p < 0,05$ (Tabla y Gráfico 4).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Villaizán C, Aguilar M. Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. Rev Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws. [serie en internet] 2012. [citado 21 Agosto 2018].

Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art14.asp>

2.- 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.

3.- Ramírez B, Et al. Caries dental en niños de 0-5 años del municipio de Andes, Colombia. Evaluación mediante el Sistema Internacional de Detección y Valoración de caries - ICDAS. Perinatología y Reproducción Humana. 2016;23(2):90-7.

4.- Ponce P. Prevalencia de Caries Dental en niños de 3 a 5 años que acudieron a consulta en el servicio de pediatría del Hospital Regional docente de Trujillo [Tesis Bachiller]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2006.

5.- Organización Mundial de la Salud. OMS. La Organización Mundial de la Salud pública un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. 2004; Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>.

6.- Andina Agencia Peruana de Noticias. Caries dental afecta al 95% de peruanos, advierte Ministerio de Salud. [serie en internet] 2013. [Citado 17 Julio 2018].

Disponible en:

<http://www.andina.com.pe/espanol/Noticia.aspx?id=VgJKfbGxGHU=>.

7.- Alemán, P. et al. La familia y su papel en los problemas de promoción y prevención de salud bucal. Revista Cubana de Estomatología, 1. (2007).

8.- 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

9.- Espinoza E, Pachas F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Rev. Estomatol Herediana. [serie en internet] 2013 [citado 21 Agosto 2018] 23 (2). Disponible en:

www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/

10.- Victorio JM. Relación entre conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores y el estado de salud bucal de niños de 3 a 5 años de edad que pertenecen al centro educativo inicial n° 120 “casuarinas”, distrito de ventanilla, año 2017. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista Universidad Peruana Cayetano Heredia Facultad de Estomatología. 94 p

11.- Vela I. Prevalencia de caries dental en preescolares y nivel de conocimiento en salud bucal de padres, jurisdicción Centro de Salud 6 de octubre-Belén 2014 [Tesis

para optar el grado académico de magister en salud pública]. Iquitos - Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014.

12.- Tobler DC y Casique LD. Relación entre la caries dental en pre escolares de la IE. Los Honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. Distrito Iquitos – Maynas 2014. Informe final de Tesis-requisito para optar el Título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional de La Amazonia Peruana Facultad de Odontología. Iquitos – Perú 2014

13.- Burgos, D. M. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en tutores y padres de familia de niños del nivel primario de la institución educativa Virgen del Carmen, del distrito El Porvenir, provincia de Trujillo, Región La Libertad, año 2014. Trujillo.

14.- Tamayo C. Condiciones de salud bucal de niños de 3-6 años de edad y nivel de conocimiento de los padres y profesores de tres instituciones educativas. Artículo original Odontología San Marquina 2013; 16(2): 16. Lima Perú.

15.- Benavente L. et al. 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. Disponible en

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf

- 16.** Calderón P. 2012. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral infantil de madres primegestas 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>
- 17.** 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
- 18.** 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 ciencias de la salud- Escuela de odontología.
- 19.** Pisconte EG. Relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito La Esperanza – Trujillo. 2010. [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad De Medicina Humana. Escuela Profesional de Estomatología. 2010 63p
- 20.-** Moya, P. El conocimiento: nuestro acceso al mundo. Cinco estudios sobre filosofía del conocimiento. Santiago de Chile, CL: Editorial Universitaria de Chile, 2013. ProQuest ebrary. Web. 5 August 2018.
- 21.-** Rodríguez Calzadilla, Amado, and Valiente Zaldívar, Carolina. Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. La Habana, CU: Scielo Cuba, 2008. ProQuest ebrary. Web. 5 July 2018.

22.- Cueto, Marcos, and Zamora Mesía, Víctor. Historia, salud y globalización. Lima, PE: IEP Ediciones, 2013. ProQuest ebrary. Web. 15 August 2018.

23.- Equipo Clinical Affairs Committee- Infant Oral Health Subcommittee. Guideline on Infant Oral Health Care. Clinical Practice Guideline 2014; 37(6): 146-150.

24.- Abanto J, Carvalho T, Mendes F, Wanderley M, Bo'necker M, Raggio .Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. Community Dent Oral Epidemiology 2011; 39: 105–114.

25.- Duggal, M, Cameron, A, and Toumba, J. Odontología pediátrica. México, D.F., MX: Editorial El Manual Moderno, 2014. ProQuest ebrary. Web. 25 July 2018.

26.- Barranca Enríquez, A. Técnicas de Higiene Oral. (En Línea) (Acceso 31/06/2018) URL Disponible:

<http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Hiegiene-Oral.pdf>

27.- Ramos-Gómez F. Cuidado dental pediátrico: prevención y protocolos de manejo basados en evaluación de riesgo de caries. En: .Manejo odontológico materno infantil basado en evidencia científica. Madrid: Editorial Ripano; 2012.p.187-97.

- 28.-** 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.
- 29.-** Aliaga N. Métodos de evaluación de dieta cariogénica. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010
- 30.-** Córdova D, . Santamaría F, . Requejo A. Caries dental y Estado Nutricional en niños de 3 a 5 años de edad. Chiclayo, Perú, 2010. Kiru. 2010;7(2):57-64.
- 31.-** Lartitegui, M. Odontología preventiva y comunitaria. Editorial Argitalpen zerbitzua. Edición 2006. Universidad del País Vasco - España. Pag. 44
- 32.-** Alonso M, Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. Perinatología y Reproducción Humana [Serie en Internet]. 2009 Abr – Jun [Citado 22 August 2018]; 23(2): 90-97.
- 33.-** Del Carpio M, Soldevilla A. Factores de Riesgo de Caries Dental en Bebés 2005. Disponible en: <http://bonemaison.blogia.com/2005/060203-factores-de-riesgo-de-caries-dental-en-bebes.php>
- 34.-** Harriss, N. Odontología Preventiva Primaria. 5º Edición. Editorial El Manual Moderno. México. 2001. Pg, 8-9.
- 35.-** Henostroza G. Caries Dental: Principios para el diagnóstico. Madrid: Ripano SA; 2007.
- 36.-** García M. Conducta de los niños en la consulta odontopediátrica y su ambiente familiar. Granada, Estomatología, Universidad Autónoma de Nuevo León: 64; 2010

37.- Rodríguez C. Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil. Odontología Vital. Revista Escuela de Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica. Año 7. Volumen 2. Septiembre 2009

38.- 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.

39.- Henostrosa CY, Prevalencia de caries y riesgo cariogénico de la dieta en pre escolares y su relación con el nivel de conocimientos actitudes y prácticas de sus madres sobre salud oral en niños Hospital distrital Laredo 2015 Tesis para optar el Grado de Bachiller en Estomatología” del autor: en el año 2016. Universidad nacional de Trujillo. Facultad de Estomatología. Escuela de Estomatología.

<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1139/HENOSTROZA%20ROLDAN%20CORE%20YSABEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, por medio del presente documento, hago constar que acepto participar en el trabajo de investigación titulado “RELACIÓN ENTRE LA PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN PREESCOLARES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SUS MADRES SOBRE SALUD ORAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH - NUEVO CHIMBOTE 2018”

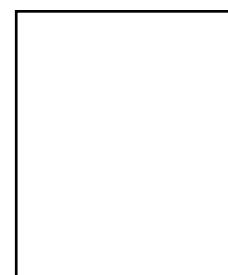
Firmo este documento como prueba de mi aceptación, habiendo sido antes informado sobre la finalidad del trabajo y que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación pondrá en riesgo mi salud y bienestar. Me ha sido aclarado, además, que no haré ningún gasto, ni recibiré contribución económica por mi participación.

Firma: _____

Huella

Digital

DNI: _____



Nuevo Chimbote, _____ de _____ del 2018

ANEXO N°2

RELACIÓN ENTRE LA PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN
PREESCOLARES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SUS MADRES
SOBRE SALUD ORAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH -
NUEVO CHIMBOTE 2018

FICHA CLÍNICA

Número de Ficha :

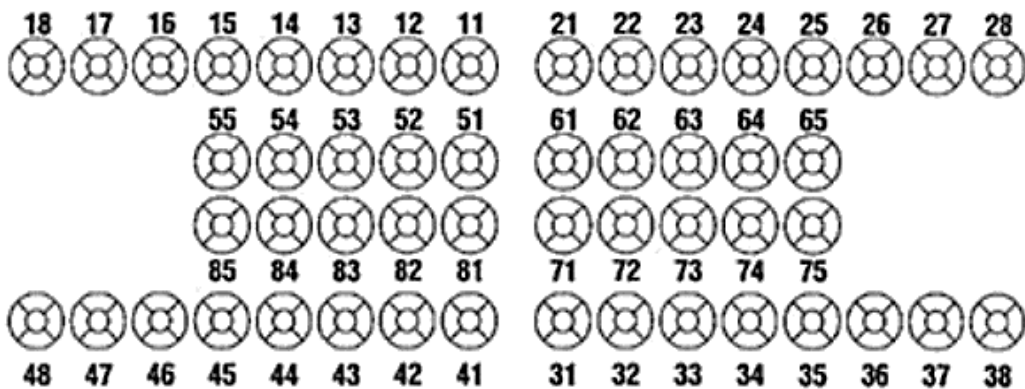
Fecha :

Sexo :

Edad :

Número de Caries :

ODONTOGRAMA



ANEXO N°3

ÍNDICES PARA DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES INCLUYENDO LA EXPERIENCIA TOTAL DE CARIES.

ÍNDICE PARA DIENTES PERMANENTES.-

ÍNDICE CPOD Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson. 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, por lo cual es un Promedio. Se consideran sólo 28 dientes.

Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en por ciento o promedio las mismas. Esto es muy importante al comparar poblaciones. Se debe obtener por edades, siendo las recomendadas por la OMS, 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El Índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países. Aquí hay tres componentes básicos: los dientes cariados, perdidos y obturados. Una diferencia entre dentición temporal y permanente, es que la permanente considera para el índice como criterio los dientes extraídos y los dientes con indicación de extracción, es decir extracciones por traumatismos, por ortodoncia no se incluyen.

Pero si alguien lo extrajo de esa dentición permanente y fue por caries tiene incursión en esto.

Otra cosa importante, es el índice COPD individual, este se obtiene al sumar cada uno de los valores. Este valor individual si se suma y se divide por el número de individuos, se obtiene el promedio COPD colectivo, ahora normalmente los índices se hacen por grupos de edades, es decir se pueden tomar niños de 6 años, o de 6 a 8 años y se divide en rango 6, 7,8 o de 12 años, 13, 14, 15. Lo normal es de 6 y 12 años y hoy se promueve que sea de 6 a 8 y de 12 a 15 (es más representativo y complejo)

ÍNDICE PARA DIENTES TEMPORALES.-

ÍNDICE ceod (UTILIZADO EN EL PRESENTE ESTUDIO)

Es el Índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera pero considerando sólo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes.

También hay dientes cariados, obturados (historia anterior) que debe estar en buenas condiciones, si está infiltrado pasa a ser cariado. Se modifica en los perdidos, acá se hace el procedimiento clínico o bien cuando se mide y se plantea que es necesario por las condiciones del diente hacer la extracción, esto presenta una aplicación epidemiológica, no confundir con lo clínico.

Cuando se indica extracción es porque el diente tiene dolor o exposición pulpar, ya que cuando hay compromiso pulpar no se puede obturar y hay indicación de extracción. Este es el punto que coincide con dentición permanente. Los que se incluyen en el índice son solo los que tienen indicación en adelante. Aquí no se considera extracción anterior ya que no se sabe si tenía caries, en este caso no se sabe

en qué condiciones se extrajo la pieza, si había dolor o si presentaba movilidad, por su proceso de exfoliación normal, no así en los permanentes ya que un niño no puede narrar lo que le pasó, debido a su edad y además los padres no suelen entrar a la consulta.

Para evitar incluir en el índice un factor que no fuera de caries, se dejó establecido que solo los dientes con indicación de extracción se incluyeran en el índice.

ANEXO N°4

El presente instrumento de evaluación ha sido **VALIDADO** en la “Tesis para optar el Grado de Bachiller en Estomatología” de autora: Henostrosa CY ⁽³⁹⁾ del año 2016.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE FAMILIA SOBRE SALUD ORAL, EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVÁ JIRÉH, NUEVO CHIMBOTE 2018

Edad: Menor de 20 () Mayor de 20 () Número de hijos: 1 () Más de 1 ()

Ocupación: Trabaja () No trabaja () Nivel de instrucción: Primaria () Secundaria
() Superior No Universitaria () Superior Universitaria () Estado Civil: Casada ()
Soltera () Otros ()

Este cuestionario tiene 29 preguntas referentes al Conocimiento en Salud Oral, divididas en 3 partes, las 10 primeras preguntas son de Verdadero/Falso, las 9 siguientes son de Acuerdo/Desacuerdo y las 10 restantes de Siempre/Frecuentemente/A veces/Nunca. Para contestar cada afirmación, usted deberá de marcar con una “X” en el recuadro que le parezca el correcto.

Conocimientos en Salud Oral	Verdadero	Falso	No sé
1.- La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa del diente.			
2.- La caries puede aparecer en niños menores de 2 años.			
3.- El primer diente en el bebé puede aparecer a partir de los cinco meses.			

4.- Los 20 dientes de leche están completos en la boca a la edad de 2 años.			
5.- El principal tipo de comida que puede causar caries es el azúcar.			
6.- El cambio de biberón a taza debería de iniciarse a partir de los 15 meses.			
7.- Se recomienda realizar la limpieza de la boca recién cuando aparecen los dientes en el niño			
8.- Cepillar los dientes del bebé es importante para su salud oral.			
9.- Usar pasta dental con flúor es importante para prevenir la caries dental.			
10.- Es necesario curar las caries en los dientes de leche.			

Conocimiento actitudinal en Salud Oral	De Acuerdo	En Desacuerdo	No sé
11.- Pienso que la caries se transmite por usar los mismos utensilios al comer.			
12.- Considero que una dieta balanceada es esencial para la salud dental del niño.			
13.- Considero que alimentar a un bebé por las noches y no tener un buen aseo de su boca, puede causarle caries.			
14.- Opino que una alimentación frecuente de golosinas puede causar caries.			
15.- Pienso que los dientes de un niño deben ser cepillados.			
16.- Pienso que el niño puede lavarse los dientes por sí mismo.			
17.- Opino que tragar pasta dental puede causar daño a la salud del niño.			
18.- Considero importante que el niño visite al dentista antes de los 2 años.			
19.- Opino que el uso prolongado del biberón puede producir mala posición en los dientes.			

Conocimientos de prácticas sobre Salud Oral	Siempre	Frecuen- tamente	A veces	Nunca
20.- ¿Sopla la comida para enfriarla antes de dársela a su hijo?				
21.- ¿Con qué frecuencia le realiza un examen oral a su hijo?				
22.- ¿Qué tan seguido le da alimentos dulces a su hijo?				
23.- ¿Qué tan seguido le da líquidos dulces a su hijo?				
24.- ¿Qué tan seguido le da agua pura a su hijo después de las comidas?				
25.- ¿Empieza a darle al niño alimentos semisólidos antes de los 6 meses?				
26.- ¿Qué tan seguido realiza la higiene oral en su hijo?				
27.- ¿La porción de pasta dental que utiliza para su hijo es del tamaño de una alverja?				
28.- ¿Usa el biberón con algún líquido dulce para su hijo?				
29.- ¿Hace algún esfuerzo para mejorar sus conocimientos sobre salud oral?				

Fotografías

Encuentro con el Secretario General del A.A.H.H Jehova Jirh ., el Sr. Faustino Pantoja Espinoza, el cual brindó las facilidades para realizar esta Investigación.



Carta de Presentación sellada y firmada por el Secretario General del A.A.H.H.
Jehova Jireh


**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
"Año del Dialogo y Reconciliación Nacional"

CARGO
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

Chimbote, 04 de Agosto del 2018

CARTA N° 115-2018- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Sr.:
Faustino Pantoja Espinoza
Secretario General

Presente

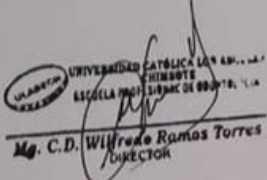
A través del presente, reciba Ud. el cordial saludo en nombre de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, en esta ocasión en mi calidad de director de la Escuela Profesional de Odontología, para solicitarle lo siguiente:

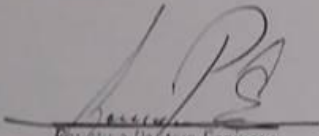
En cumplimiento del Plan Curricular del programa de Odontología, el estudiante viene desarrollando un taller de titulación, a través de un trabajo de investigación denominado "RELACIÓN ENTRE LA PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN PRE ESCOLARES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SUS MADRES SOBRE SALUD ORAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH – NUEVO CHIMBOTE, AÑO 2018"

Para ejecutar su investigación, el alumno ha seleccionado la institución que Ud. dirige, por lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso al Sr. Alberto Manrique Iparraguirre; a fin de realizar el presente trabajo.

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;


Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres
DIRECTOR


Faustino Pantoja Espinoza
SECRETARIO GENERAL
DNI N° 23093931
Av. 1004. JEHOVA JIREH
NUEVO CHIMBOTE

Av. Pardo N° 4045 - Chimbote - Peru
Teléfono: (043) 350411 - (043) 209131
odontologia@hotmail.com
www.edu.pe

Ejecución de la Investigación







