

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN GENERAL DE
PROCESOS DE GRADUACIÓN**



**TRABAJO DE GRADUACIÓN
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
DOCTOR EN CIRUGÍA DENTAL**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCODENTAL DE LAS
MADRES ASOCIADO A CARIES DENTAL DE NIÑOS DE 3-5 AÑOS
ATENDIDOS POR DOS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR
EN EL AÑO 2015.**

**AUTORAS:
IRENE GUADALUPE CALDERÓN PINEDA
STEPHANIE LISSETTE PALACIOS RAMOS**

**DOCENTES ASESORAS:
DRA. WENDY YESENIA ESCOBAR AMAYA
DRA. ANA OTILIA DE TRIGUEROS**

CIUDAD UNIVERSITARIA, MARZO DE 2017

AUTORIDADES

RECTOR
MSC. ROGER ARMANDO ARIAS

VICE- RECTOR ADMINISTRATIVO
DR. MANUEL DE JESÚS JOYA

DECANO
DR. GUILLERMO ALFONSO AGUIRRE ESCOBAR

VICE- DECANO
DR. JOSÉ OSMÍN RIVERA VENTURA

SECRETARIO
DR. JOSÉ BENJAMÍN LÓPEZ GUILLÉN

DIRECTORA DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA
DRA. OLIVIA GARAY DE SERPAS

DIRECTORA DE PROCESOS DE GRADUACIÓN
DRA. KATHLEEN ARGENTINA AGUIRRE DE RODRIGUEZ

TRIBUNAL CALIFICADOR

DRA. ANA MIRIAM RAMÍREZ DE ANDRADE

DR. ERIK STANLEY ROMERO

DRA. ANA OTILIA DE TRIGUEROS

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestras docentes asesoras de trabajo de investigación Dra. Wendy Escobar de González por su dedicación, esfuerzo en la ejecución de este trabajo de investigación inculcándonos responsabilidad y rigor académico en cada etapa en el que se llevó a cabo este.

A nuestra docente Dra. Ana Otilia de Trigueros por ser nuestra asesora, por sus conocimientos y orientaciones, Lic. Karina Cornejo por su aporte en el área de estadística, al personal de UCSF. San Ramón y la Periférica de Cojutepeque por brindar su apoyo y colaboración, principalmente a las madres y encargados y a todos los niños y niñas que fueron parte de la investigación con su valiosa participación.

DEDICATORIA

Dedicamos esta investigación a las madres y encargados de los niños de El Salvador, quienes afrontan a diario una sociedad caracterizada por la desigualdad, en la cual los recursos para atención odontológica integral son limitados y las necesidades de tratamientos dentales en niños son altas.

Dedicamos este estudio a los odontólogos que forman parte de sistema nacional de salud, que tiene el compromiso de mejorar la calidad de vida de muchos niños, brindando atención odontológica oportuna.

Gracias a Dios por la enorme bendición de guiarme en este camino y brindarme fuerzas necesarias para seguir adelante.

Dedico de manera especial a mi padre, que me acompaña desde el cielo, pues fué el principal cimiento en mi vida, sentó en mí deseos de superación y responsabilidad; su enorme amor que me acompañará siempre.

A mi madre que ha ofrecido su amor y apoyo incondicional siempre.

Irene Calderón

Este esfuerzo es gracias a mi padre celestial Jehová Dios porque nunca me ha faltado su amor y sabia instrucción a lo largo de este trayecto.

Dedico a mis amados padres, Ana Ruth de Palacios este esfuerzo por ser el motor y constante motivación a brindar siempre lo mejor de mí en cada momento, a mi hermana Jessica Palacios por ser mi apoyo constante, mis abuelos maternos por ser pilares fundamentales en mi formación; a la familia Reyes por su apoyo incondicional.

A mis docentes por tan valiosa labor de educar, al personal administrativo por la ardua labor que efectúan diariamente, los pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador por confiar en mí y ayudarme a crecer como profesional de la salud.

Stephanie Palacios

ÍNDICE

	PÁGINA
1. RESUMEN.....	8
2. INTRODUCCIÓN.....	10
3. OBJETIVOS.....	11
4. HIPÓTESIS.....	12
5. MARCO TEÓRICO.....	13
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	17
6.2 TIEMPO Y LUGAR.....	17
6.3 VARIABLES E INDICADORES.....	18
6.4 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	20
6.5 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	21
6.7 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	22
7. RESULTADOS.....	25
8. DISCUSIÓN.....	33
9. CONCLUSIONES.....	36
10.RECOMENDACIONES.....	37
11.BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Y GRÁFICO N° 1: Asociación del nivel de conocimiento sobre salud bucodental de las madres o responsables y la experiencia de caries de niños de 3 a 5 años.....	25
TABLA Y GRÁFICO N° 2: Asociación del nivel de actitudes sobre salud bucodental de las madres o responsables y la experiencia de la caries de niños de 3 a 5 años.....	26
TABLA Y GRÁFICO N° 3: Asociación del nivel de prácticas sobre salud bucodental de las madres o responsables y la experiencia de la caries de niños de 3 a 5 años.....	27
TABLA Y GRÁFICO N° 4: Asociación del nivel de CAP sobre salud bucal de las madres o responsables y la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años.....	28
TABLA N° 5 Estimación del riesgo de los niños de padecer caries dental según el CAP de las madres.....	29
TABLA N° 6: Necesidad de tratamientos para prevenir y limitar el daño por caries dental en los niños.....	30
TABLA N° 7: Asociación de la prevalencia de necesidad de tratamientos por caries dental de los niños y el CAP de las madres.....	31
TABLA N° 8: Estimación de riesgo de los niños de presentar necesidad de tratamientos curativos por caries dental según el CAP de las madres.....	32

1. RESUMEN

Objetivo: Asociar el nivel de conocimiento sobre salud bucodental de las madres o encargados con la experiencia de caries dental en niños de 3 a 5 años atendidos por las UCSF San Ramón y Periférica de Cojutepeque.

Metodología: El estudio siguió un diseño epidemiológico de tipo descriptivo, transversal y observacional, la recolección de los datos fue realizada durante el periodo de abril a diciembre de 2015, para lo cual se utilizó la cédula de entrevista y la guía clínica de observación. La muestra fue de 420 niños en total, con su respectiva madre o encargado.

Resultados: Respecto al nivel de conocimientos de las madres o encargados de los niños de 3 a 5 años sobre salud bucodental, se reflejaron los siguientes niveles: bajo 21.8%, medio 78.2%, en cuanto a las actitudes resultaron: bajo 24.76%, medio 75.23%, y en lo relacionado a las prácticas puede mencionarse lo siguiente: bajo 18.33%, medio 81.60%. En el nivel de conocimiento y actitudes sobre salud bucodental de las madres o responsables, no se obtuvo resultados en el nivel alto. Mientras que el conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las madres o encargados presentaron los siguientes resultados: bajo 12.61%, medio 64.76% y alto 22.61%.

No se encontró diferencias estadísticamente significativas, entre las variables nivel de conocimientos ($p= 2.686$) y la experiencia de caries dental. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, entre las variables de nivel de actitudes ($p= 0.002$), prácticas ($p= 0.026$) y el CAP global ($p= 0.0000$).

Conclusiones: Se encontró relación entre ceo-d de los niños de 3 a 5 años y las actitudes, prácticas, así como el CAP global que presentan las madres o encargados. No así, en conocimiento sobre salud bucodental.

ABSTRACT

Objective: To determinate the level of the knowledge in mothers and caregivers about oral health and their relationship between dental caries experience in children from 3 to 5 years old, who have been treated in the public health center in San Ramon and Periferica de Cojutepeque.

Methology: The study follow a descriptive, transversal and observational epidemiologic design, the collecting data was made until April and December 2015, making personal interviews to the mothers and caregivers and clinical observations in the case of the children, the statistical sample was 420 mothers and caregivers with their children.

Results: As for the mothers and caregivers' level of knowledge about oral health in three-to-five-year-old children, the following results were obtained: low 21.8 % and medium 78.2 %. Concerning attitudes, the following values were obtained: low 24.76 % and medium 75.23 %. And concerning practices these are the results: low 18.33% and medium 81.60 %. Concerning the level of knowledge and attitudes about oral health , No results were obtained at the high level. The mothers or caregivers' KAP (conocimientos, actitudes, prácticas) resulting values are the following: low 12.61%, medium 64.76 % and high 22.61 %.

On one hand no differences with statistical significance were found in the variables at the level of knowledge ($p=2.686$); on the other hand differences with statistical significance were found in the variables at the level of attitudes ($p=0.002$), practices ($p=0.026$) and global CAP ($P= 0.0000$).

Conclusions: There is a relationship between ceo-d in children from 3 to 5 year old and the attitudes, as in the global CAP of the mothers and caregivers, but not in regards to knowledge concerning oral health.

2. INTRODUCCIÓN

Los pacientes en edad pediátrica son muy susceptibles a la caries dental, la cual se presume podría prevenirse si sus cuidadores estuvieran suficientemente informados acerca de sus causas y tratamientos ^[1-2]. La edad de los 3 a 5 años es una época en la cual el niño comienza a desarrollar su propia personalidad, momento en el que aumenta su actividad física y mental; sin embargo es aún dependiente del cuidado de sus responsables ^[3]. Es por esto, que el reconocimiento de las debilidades en la instrucción de las madres en una región, tiene el potencial para implementar y consolidar futuros programas de promoción y prevención de salud bucal ^[4-5]. Lamentablemente, en El Salvador no existe suficiente documentación que ilustre la problemática y que consecuentemente, contribuya a darle solución.

Ante lo expuesto, se consideró oportuna la ejecución de una investigación descriptiva transversal y observacional, con el objetivo de asociar el nivel de conocimientos sobre salud bucodental de las madres con la caries dental de niños de 3 a 5 años atendidos bajo la cobertura de las dos Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) donde se llevó a cabo el Servicio Social: UCSF San Ramón y Periférica Cojutepeque, ubicadas en el departamento de Cuscatlán.

Para este trabajo se entendió como nivel de conocimientos sobre salud bucodental, el conjunto de información almacenada por las madres o encargados, adquirida por la experiencia o el aprendizaje y que conduce a actitudes y prácticas sobre la salud bucodental de sus hijos. Es así que, su análisis precisará el estudio de las dimensiones Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP).

Con una muestra calculada a través de un método exploratorio de 420 niños con su respectiva madre o su encargado. Se determinó la experiencia y las necesidades de tratamiento por caries de los menores de edad, a través de un examen clínico bucal siguiendo el protocolo y los criterios del Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (ICDAS) ^[6]. Los CAP fueron registrados mediante una entrevista dirigida a los encargados en custodia. Finalmente, se encontró asociación entre las actitudes y el CAP global de las madres o encargados de los niños. Así también se estableció relación entre el CAP de las madres o encargados y la necesidad de tratamientos curativos por caries dental de los niños.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Asociar el nivel de conocimiento sobre salud bucodental de las madres o encargados con la caries dental en niños de 3 a 5 años atendidos en las UCSF San Ramón y Periférica de Cojutepeque.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- i. Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres o encargados de los niños de 3 a 5 años en dos UCSF.
- ii. Determinar la experiencia de caries dental de los niños de 3 a 5 años, según el ceo-d modificado en base a criterios ICDAS en dos UCSF.
- iii. Establecer la asociación entre la experiencia de caries y el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres o encargados, de los niños de 3 a 5 años de dos UCSF.
- iv. Determinar la necesidad de tratamientos por caries dental de los niños de 3 a 5 años atendidos en dos UCSF.
- v. Establecer la asociación entre la necesidad de tratamientos por caries dental de los niños de 3 a 5 años y el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres o encargados en dos UCSF.

4. HIPÓTESIS

4.1 HIPÓTESIS GENERAL

El nivel de conocimiento sobre la salud bucodental de las madres o encargados está asociado a la experiencia y necesidad de tratamientos por caries dental de niños de 3 a 5 años atendidos en las UCSF San Ramón y Periférica de Cojutepeque.

4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Ha₁: Existen diferencias en la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años según el nivel de conocimiento sobre salud bucodental de sus madres o encargados.

H_{o1}: No existen diferencias en la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años según el nivel de conocimientos sobre salud bucodental de sus madres o encargados.

Ha₂: Existen diferencias en la necesidad de tratamientos por caries dental de los niños de 3 a 5 años según el nivel de conocimientos sobre salud bucodental de sus madres o encargados.

H_{o2}: No existen diferencias en la necesidad de tratamientos por caries dental de los niños de 3 a 5 años según el nivel de conocimientos sobre salud bucodental de sus madres o encargados.

5. MARCO TEÓRICO

Aún con los avances de la odontología actual, la caries dental sigue siendo un problema sanitario a nivel global, con particular impacto en las poblaciones infantiles ^[7]. Desde ya hace varias décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ^[8]: ha definido este padecimiento como un proceso “multifactorial” bien llamado de esta forma, ya que en todas las edades se encuentra “multideterminado” por factores sociales, políticos, económicos y culturales ^[9].

Son factores sociales relacionados a la caries; los conocimientos, actitudes y prácticas, en donde el conocimiento se refiere a los conceptos cognitivos y percepción que tienen las personas en relación con su salud oral, significados formales e informales. Una actitud es una mezcla de creencias, pensamientos y sentimientos que predisponen a una persona a responder de una manera positiva o negativa a los objetos, personas o instituciones, implicando influencia de factores de la personalidad, contexto y mundo externo, y una práctica o comportamiento se refiere a las actividades que llevan a cabo las personas para proteger, promover o mantener la salud y prevenir la enfermedad ^[10]. En el estudio realizado, se entendió el conjunto de estas tres como CAP.

Los CAP de las madres o encargados de los niños menores de 5 años, cobran singular importancia en la salud bucal infantil los adultos son responsables directos de la educación para la salud bucal en los hogares y desempeñan un papel protagónico en la prevención de las enfermedades bucodentales en los niños; limpian los dientes de sus hijos, les enseñan higiene y los hábitos alimenticios, al igual que organizan el cuidado dental profesional ^[11,12]. Sin embargo; no todos los adultos están preparados para poder realizarlo de forma adecuada, transmitiendo frecuentemente conocimientos erróneos, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para la condición oral de sus hijos ^[4,13]. Esta situación ha sido identificada por diferentes investigadores:

R. Jain et al ^[2] llevaron a cabo una estudio transversal entre 422 madres de niños en edad preescolar en Mumbai, India. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista, utilizando un cuestionario estructurado: la mayoría (60.4%) tenían conocimiento pobre, el 53.8% mostró mala actitud y el 58.8% estaban siguiendo buenas prácticas hacia la salud oral de los niños. El conocimiento sobre el papel de fluoruros, causas y la prevención de la caries dental, gingivitis y maloclusión resultaron ser insuficientes.

En Polonia, J. Baginska ^[11] realizó una encuesta relacionada con el conocimiento de los principios de la prevención de la caries dental, las fuentes de las que las madres obtienen su conocimiento y los métodos de aplicación de las conductas de salud; participaron 140 madres de niños de 3-4 años de edad:

el 95.7% de las madres sabía de la importancia de la eliminación regular de la placa dental con el cepillado, el 85.7% sabía del papel de pasta de dientes que contiene fluoruro y el 82.8% indicó evitar el consumo de dulces. También eran conscientes de que la salud oral requiere visitas regulares al dentista (89.2%). La mayoría de ellos (87%) sabían que los dientes primarios deben ser tratados como los permanentes, pero sólo el 65.7% estaban convencidos de que existe una relación directa de la dentición primaria con la permanente. La encuesta reveló una discrepancia entre el conocimiento de los principios de la prevención de la caries dental y su aplicación en la vida cotidiana de las madres de los niños: de la muestra, sólo el 10% de los niños de 3-4 años de edad visitó al odontólogo por última vez hace un año y el 42.8% nunca lo había hecho.

F. González et al ^[14], entrevistaron a un total de 333 padres y ocho cuidadores de hogares infantiles colombianos. Se observaron en los padres buenos niveles de conocimientos (58.9%) y actitudes favorables (74.5%). Para las prácticas, 50.6% de los niños duermen con los dientes cepillados y 69.6% de los padres colocan el dentífrico sobre el cepillo.

En Paraguay, P. Teixeira^[15] estudió el nivel de conocimiento de 102 madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años: La mayoría de las madres encuestadas (87%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. El nivel de conocimiento bueno (1.1%) fue muy bajo. Se observó que las madres mayores de 25 años presentaban mejores niveles de conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor.

En Brasil, VT Sakai ^[16] evaluó mediante un cuestionario, el conocimiento y la actitud habitual de 640 padres y cuidadores con respecto a la transmisión de la caries dental: 465 (72.6%) adultos respondieron que la caries dental es una enfermedad, 138 (21.6%) informó de que no es una enfermedad y 37 (5.8%) no lo sabía. Cuando se les preguntó si la caries podría transmitirse de persona a persona, 376 (58.7%) respondieron que sí, 218 (34.1%) respondieron que no y 46 (7.2%) no lo sabía.

Además de indagar en los CAP de las madres, cada vez más estudios las asocian directamente a la distribución de la caries de los niños; en términos de la experiencia pasada y presente de la enfermedad conocida como ceo- d (dientes cariados, exodoncias indicadas y obturados) y de las necesidades de tratamiento derivadas. En Canadá, R.J. Schroth ^[17] incluyó en su estudio 408 niños menores de 72 meses de edad y sus cuidadores: El 48% de los niños, cuyos padres consideraban importantes los dientes primarios, estaban libres de caries; frente a un 26.3% de los padres inseguros y un 29.4% de los que estaban en desacuerdo. El 52% de los niños, cuyos cuidadores consideraban

importante el uso de pasta fluorada, presentaron caries; frente al 62%, los de padres en desacuerdo.

En los Estados Unidos, B.A. Dye y otros ^[18], compilaron una muestra de 1.184 parejas madre-hijo de 2 años de edad a través de 6 años; realizaron un análisis de regresión logística mediante la experiencia y la caries no tratada de los niños como variables dependientes. Evaluaron también, la caries no tratada y la pérdida de dientes de las madres: Los hijos de madres que tenían altos niveles de caries no tratada eran tres veces más probables (odds ratio [OR] = 3,5; 95 por ciento intervalo de confianza [IC], 2,0 a 6,2) de tener niveles más altos de experiencia de caries en comparación con los niños cuyas madres no tenían caries no tratadas. Igualmente, los hijos de madres con altos niveles de pérdida de dientes eran tres veces más probables (OR, 3,3; IC 95 por ciento, 1.8 a 6.4) para tener mayores niveles de experiencia de caries en comparación con los niños de madres sin pérdida de los dientes.

En Venezuela, R. Navas et al ^[19], determinaron las condiciones de salud bucal en 132 preescolares venezolanos y su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres: El promedio de dientes afectados en el grupo de edad de 3 a 4 años fue de 3.25 y en el grupo de 5 a 6 años fue de 3.12. En el grupo de 3 a 4 años, el 27.5% estaban libres de caries, 27.5% presentaban caries incipientes y 45.0% caries cavitadas. En el grupo de 5 a 6 años, se observó un 38.5% de individuos libres de caries, 19.2% con caries incipiente y 42.3% con caries cavitada. El 33.9% de los individuos libres de caries tenían padres con actitud favorable ante la higiene bucal; sin embargo, el 41.9% de los niños examinados que reportaron caries cavitadas también tenían padres con actitudes favorables.

O.R. Zambrano ^[20] incluyó un total 338 madres y/o cuidadores de niños venezolanos entre 24 y 71 meses de edad, las cuales fueron entrevistadas para responder un cuestionario estructurado relacionado con higiene bucal, patrones de alimentación y comportamiento hacia el cuidado profesional. La caries dental en los niños fue registrada utilizando ICDAS. Según los resultados, el indicador motivación para llevar el niño a la consulta odontológica mostró asociación significativa ($P < 0,05$.) con la aparición de caries dental: los niños que acuden a la consulta para tratamientos preventivos y de rutina presentaron sólo el 13.2% de prevalencia de caries, frente al 48.7% de los niños que acuden por dolor. Asimismo, se identificó una prevalencia del 52.1% de caries en los niños cuyos cuidadores presentaban necesidades de tratamiento a causa de la misma enfermedad.

T. Caudillo ^[9] en México realizó un examen oral a 344 preescolares de 3 a 5 años de edad y una encuesta a sus respectivas madres para conocer el índice ceo-d de los niños, sus hábitos bucales, y la relación que tienen con variables

socioprofesionales de las madres: El promedio de caries dental en la dentición temporal a los tres años fue de 2.2, a los cuatro de 4.2 y a los cinco años de 4.7, el promedio general fue de 3.7. Al comparar las medias de la instrucción de la madre con la caries dental el promedio más bajo (2.9) lo tuvieron los hijos con madres profesionistas. El más alto (5.8) con primaria incompleta. Existiendo diferencias estadísticas al relacionar la media de la instrucción con la caries dental ($p > 0.05$). El ceo-d de los preescolares con malos hábitos, los que se chupan el dedo (4.2), toman chupón (4.7) y biberón (5.7) está por arriba del ceo-d general que fue de 3.6, existiendo diferencias estadísticas $p > 0.05$, El 95% de las madres respondieron que sus hijos tienen cepillo dental en su casa; el 85% dijo haber enseñado a sus hijos a lavarse los dientes; el 49% de éstos niños cepilla sus dientes dos veces al día, mientras que existe un 5% que no se lava los dientes. El 53% de las madres nunca han llevado a sus hijos al odontólogo.

Según datos del estudio de caries dental y fluorosis en escolares de El Salvador del 2008 ^[21], la experiencia de caries en el grupo de 5-6 años fue de 4.08, con predominio del componente cariados (caries en deciduos=3.73). El 68.2% exhibieron necesidad de tratamientos por caries dental; destacando entre ellas, la demanda de restauraciones de dos o más superficies. Esta situación es alarmante; primeramente porque estos datos generados según criterios cavitacionales de la enfermedad ^[22] no reflejan los alcances reales de la misma, al excluir las fases incipientes; además, no es descrita la problemática de los niños en edad preescolar, claramente olvidados de las prioridades en salud: según el Sistema de Información de los Servicios de Salud del MINSAL (SIIS) ^[23], sólo un 8.7% del total de atenciones odontológicas realizadas durante los años 2010 y 2011 fueron realizadas en los menores de 5 años.

En definitiva, es necesario obtener nueva evidencia que sirva de fundamentación para redireccionar la atención odontológica del infante hacia la promoción de la salud oral temprana, procurando educar a los padres para el mantenimiento de hábitos saludables, evitando así la instauración de enfermedades bucales, como la caries dental. Según T. Caudillo ^[9] “Solamente generando programas que se sustenten en realidades específicas se podrá incidir de una manera significativa en la modificación de los perfiles epidemiológicos bucales, es importante considerar que son los aspectos económicos, sociales y culturales los que tienen una influencia directa en la salud-enfermedad de la sociedad; en consecuencia, si se eleva el estilo de vida, en la población producto de los aspectos anteriormente señalados, la salud bucal de la población mejorará significativamente”.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación efectuada, se enmarcó en un diseño epidemiológico de tipo observacional, descriptivo y transversal.

6.2 TIEMPO Y LUGAR

El protocolo de esta investigación fue aprobado por Junta Directiva de la Facultad de Odontología(FOUES) junto con la Dirección de Procesos de Graduación en el mes de abril del año 2015 (Ver Anexo N°1).

La recolección de los datos se llevó a cabo, desde la cuarta semana de abril a la tercera de diciembre del año 2015. En el transcurso de este tiempo, se efectuó el examen clínico bucal a los niños y la aplicación de las entrevistas a madres o encargados de los mismos (Ver Anexo N°2).

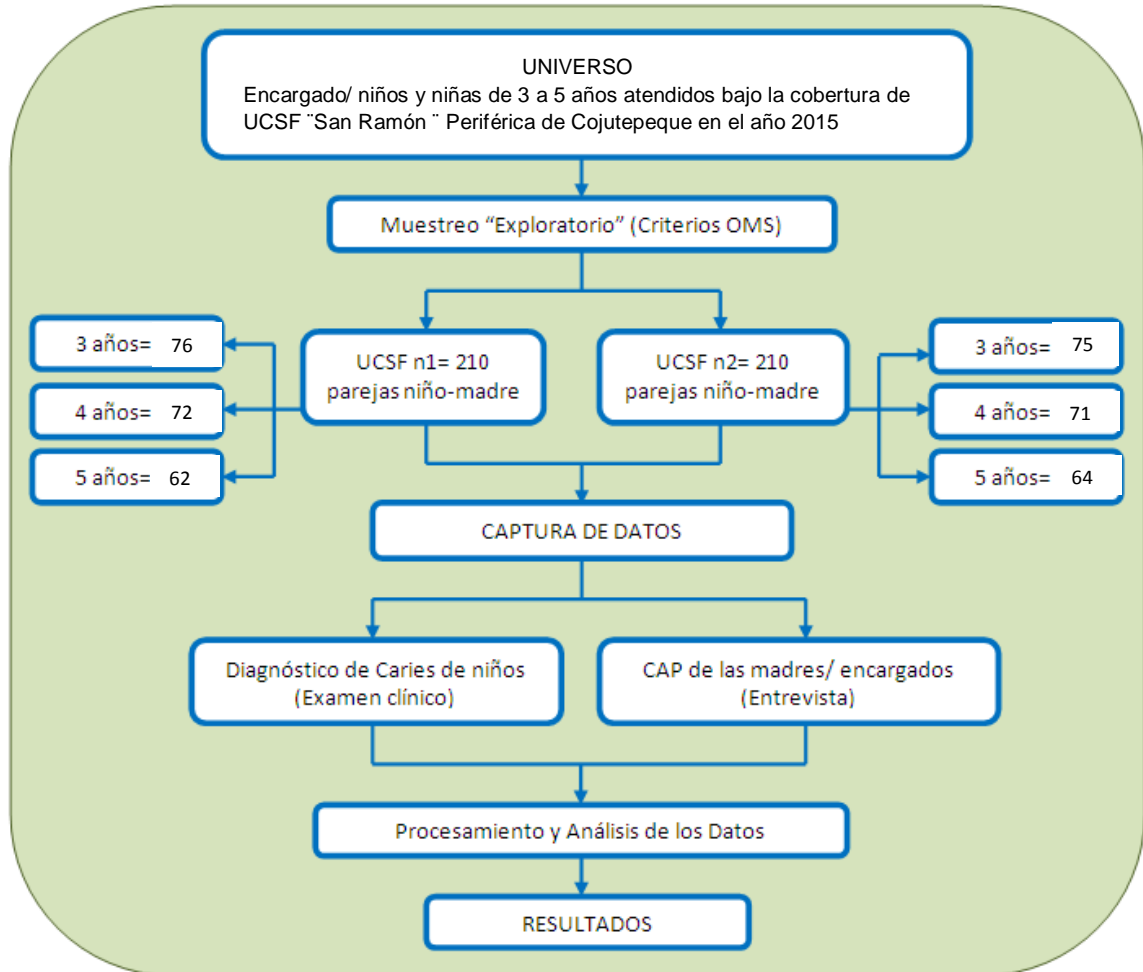
Este proceso tuvo lugar en los locales clínicos y/o comunitarios bajo la cobertura de las UCSF “San Ramón” y “Periférica de Cojutepeque”, ambas ubicadas en el departamento de Cuscatlán.

6.3 VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES INDEPENDIENTES				
VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
Nivel de conocimientos sobre salud bucodental.	Conjunto de información almacenada por una persona, mediante la experiencia o el aprendizaje sobre salud bucodental que conduce a actitudes y prácticas.	Puntaje de aciertos obtenido por la madre o encargado en la Entrevista sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud bucal.	<p>Determinación de los CONOCIMIENTOS sobre:</p> <p>A) Caries dental B) Cepillo dental C) Pasta dental D) Dientes primarios</p> <p>Determinación de las ACTITUDES sobre:</p> <p>A) Visitas al odontólogo. B) Importancia de cuidados bucales.</p> <p>Determinación de las PRÁCTICAS en cuanto a:</p> <p>A) Asistencia del adulto al odontólogo. B) Asistencia del niño al odontólogo C) Cepillo dental D) Pasta dental. E) Alimentación</p>	<p>VALOR DE OPCIÓN: A= 3 puntos B= 2puntos C=1 punto D=0</p> <p>CONOCIMIENTOS 30% (7 ítems):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo: 0-7 • Medio: 8-14 • Alto: 15-21. <p>ACTITUDES 30% (5 ítems):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo: 0-5 • Medio: 6-10 • Alto: 11-15 <p>PRÁCTICAS 40% (9 ítems):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo: 0-9 • Medio: 10-18 • Alto: 19-27 <p>NIVEL GLOBAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo: 0-30% • Medio: 31-60% • Alto: 61-100%
Madre o encargado.	Progenitora o encargado legal de la custodia del niño.	Persona que tiene a su cargo, los cuidados y la protección del niño.	Establecimiento de la persona responsable del niño.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Madre 2. Padre 3. Encargado
VARIABLES DEPENDIENTES				
VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
Experiencia de caries dental.	Promedio de dientes cariados, perdidos u obturados en un individuo o población.	Promedio de dientes cariados, perdidos u obturados según el examen clínico ICDAS.	Determinación de la experiencia de caries dental de los niños a través del ceo-d modificado según criterios ICDAS.	<p>Promedio ceo-d:</p> <p>Sumatoria de ceo-d individuales.</p> <p>-----</p> <p>Total de escolares examinados.</p> <p>Clasificándose en:</p>

				<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy baja 0.0 – 1.1 2. Baja 1.2 – 2.6 3. Moderada 2.7- 4.4 4. Alta 4.5 – 6.5. 5. Muy alta +6.6
Necesidades de tratamiento por caries.	Plan preventivo y/o restaurativo que conlleve medidas de restablecimiento de función dental.	Tratamientos preventivos y/o restaurativos requeridos para prevenir la aparición y/o limitar la enfermedad caries dental.	Determinación del tratamiento por caries, prioritario para cada diente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan básico preventivo. 2. SFF preventivo 3. SFF terapéutico 4. Remineralización con Flúor Barniz. 5. Obturación mínimamente invasiva. 6. Obturación. 7. Tratamiento pulpar. 8. Extracción. 9. Mantenedor de espacio.

6.4 DISEÑO DE ESTUDIO



6.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

El universo de estudio estuvo conformado por parejas niño-encargado, cuya atención en salud se encontraba bajo la red de servicios de las UCSF “San Ramón” y “Periférica de Cojutepeque” en el departamento de Cuscatlán, durante el año 2015. Los niños fueron distribuidos según UCSF, sexo y grupo etario (3, 4 y 5 años). El encargado podía ser la madre, el padre u otro familiar que sea el responsable principal del cuidado del niño.

Criterios de inclusión:

- Niños con edades entre los 3 y los 5 años 11 meses cumplidos al momento del examen clínico y bajo la cobertura de las UCSF “San Ramón” y “Periférica de Cojutepeque” en el año 2015.
- Niños, cuyos encargados en custodia firmen el asentimiento informado para que participen en el estudio y accedan a colaborar con el buen desarrollo del mismo.

Criterios de exclusión:

- Niños con compromiso sistémico o medicación específica.

MUESTRA

La muestra fue obtenida siguiendo el “método exploratorio” sugerido por la OMS en su documento “Encuestas de Salud Bucodental, Métodos Básicos 1997”^[22]. Tal método, consiste en el muestreo del universo de estudio por conglomerados, el cual indica que cada uno deberá comprender entre 25 y 50 sujetos, dependiendo del objetivo de la investigación y de la severidad de la enfermedad que se espera encontrar en la población. Este estudio incluye a los sujetos por conglomerado, ya que varios de los niños han completado de manera reciente la dentición primaria; aquellos con edades de 4 a 5 años, presentan dientes que han estado expuestos a la enfermedad por un período no menor a tres años.

Siguiendo este método y los criterios de inclusión y exclusión, la muestra está conformada por 420 niños en total: Ésta se presenta a detalle en la siguiente tabla:

ESTABLECIMIENTO	EDAD	TOTALES POR SEXO		TOTALES POR EDAD	TOTALES POR UCSF
		MASCULINO	FEMENINO		
UCSF San Ramón	3 años	43	33	76	210
	4 años	30	42	72	
	5 años	30	32	62	
UCSF Periférica de Cojutepeque	3 años	35	40	75	210
	4 años	34	37	71	
	5 años	34	30	64	
		210	210		

420

6.6 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

6.6.1 Estudio Piloto

Para la adquisición de habilidades y manejo sobre la aplicación de criterios ICDAS en el diagnóstico de la caries, se realizaron dos prácticas visuales con una selección de imágenes digitales y una práctica clínica con paciente, con la orientación y supervisión de la docente asesora metodológica. Posteriormente, fue efectuado el estudio piloto bajo la supervisión de la docente asesora especialista; con el propósito de ensayar el protocolo estipulado para el trabajo de campo propiamente dicho, verificar la pertinencia de los instrumentos y unificar criterios sobre el examen diagnóstico y la entrevista (Ver Anexo N° 3).

6.6.2 Trabajo de campo

Para garantizar el desarrollo del trabajo de campo para la recolección de los datos, fue ejecutado en dos etapas, descritas a continuación:

ETAPA 1: COORDINACIÓN

Se solicitó el permiso y colaboración al Director a cargo de la UCSF explicándole en qué consistía el estudio; asimismo, se le gestionó los listados de la población dentro de los grupos etarios a estudiar para la selección de la muestra. Posteriormente, se convocó a una reunión informativa a promotores de salud y enfermeras para pedirles su colaboración en la captación de la muestra y en el desarrollo general de la investigación; con la ayuda de los mismos, se reunió a los responsables a cargo de los niños seleccionados en las instalaciones de la UCSF, Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS), Escuelas o Casas Comunales; aprovechando también, brigadas o actividades comunitarias en el cual se les informó sobre el estudio y solicitó su autorización para que los niños a su cargo participaran. Se les explicó en que consistiría en un diagnóstico bucal dirigido a los niños y una entrevista a ellos como responsables; que ninguna de las acciones, representaría riesgo alguno para los participantes; que por el contrario, se les daría el beneficio a los niños de una profilaxis, un cepillo dental infantil y el diagnóstico bucal por escrito con su respectiva referencia.

Se les pidió la firma del asentimiento informado (Ver Anexo N°4), aclarándoles que durante cualquier momento de la investigación tendrían la opción de abandonarla si así lo decidieran, sin verse afectados de ninguna manera.

ETAPA 2: APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Esta etapa comprendió el examen clínico bucal de los niños y la entrevista dirigida a sus encargados; tuvo lugar en los locales asignados a la UCSF para acciones clínicas y comunitarias (UCSF, ECOS, Escuelas y otros). Cuando se efectuó en estas últimas, se acondicionó el espacio para la realización adecuada del examen clínico, con una mesa de apoyo para el instrumental, dos sillas y una mesa que sirvieron como cama estomatológica. Se capacitó con antelación, al promotor u otro personal de salud para colaborar como auxiliar de registro.

Esta etapa se efectuó en dos momentos:

- **Entrevista:** se aplicó una Cédula de Entrevista (Ver Anexo N° 5 y 6) dirigida al padre, madre o encargado del niño; instrumento que fue elaborado siguiendo temas de importancia reportados por la literatura en cuanto a los CAP de las madres. Ésta fue expresada por las investigadoras en un lenguaje formal y a la vez, comprensible.

- **Examen clínico bucal:** se aplicó la Guía de Observación (Ver Anexo N°7), diseñada para efectos del registro diagnóstico de caries en los niños, siguiendo criterios diagnósticos ICDAS. Se requirió para cada examen individual, un espejo bucal # 5, sonda OMS y pinza algodонера; para equiparar las condiciones de iluminación, se utilizó tanto en las instalaciones clínicas como en las comunitarias, luz natural y una lámpara tipo minero de haz concentrado con potencia de 0.072 watts; la humedad fue controlada con aislamiento relativo y/o succión.(Ver Anexo N°8) Se dio seguimiento al protocolo siguiente:
 1. Se acomodó al niño en posición decúbito dorsal sobre el sillón dental o el mueble que haga la función, con la cabeza apoyada en una almohadilla.
 2. Profilaxis con piedra pómez en clínica; cepillado dental en escenarios comunitarios. (Ver Anexo N°9)
 3. Se examinó cada superficie dental, primero en húmedo y luego tras secar con aire comprimido y/o torunditas de algodón, registrando en la ficha clínica el diagnóstico de dos dígitos ICDAS.(Ver Anexo N°10)
 4. Se instruyó sobre medidas en cuidado bucal de manera personalizada, entregando un cepillo dental infantil, una hoja de diagnóstico y referencia para la ejecución de los tratamientos necesarios y se agradeció al niño y a su responsable por la colaboración. (Ver Anexo N°11).

7.6.3 Vaciado de los Datos y Presentación de Resultados

Los instrumentos físicos fueron resguardados por las investigadoras en sobres de papel manila y al final de cada jornada, se vaciaron y procesaron en una base de datos de Microsoft Excel denominada “Set de Diagnóstico, Experiencia y Necesidades de Tratamiento (S-DENT)”, creada por el Centro de Investigaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador (CI-FOUES) para facilitar la realización de estudios epidemiológicos sobre caries. (Ver Anexo N° 12).

Los resultados fueron analizados mediante programa SPSS (Programa de Análisis Estadísticos). La prueba estadística que se utilizó para la comprobación de hipótesis es Chi Cuadrado de Pearson, la cual fue empleada para investigar la asociación entre dos variables categóricas con una misma población ^[24], como es el caso del estudio efectuado.

Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

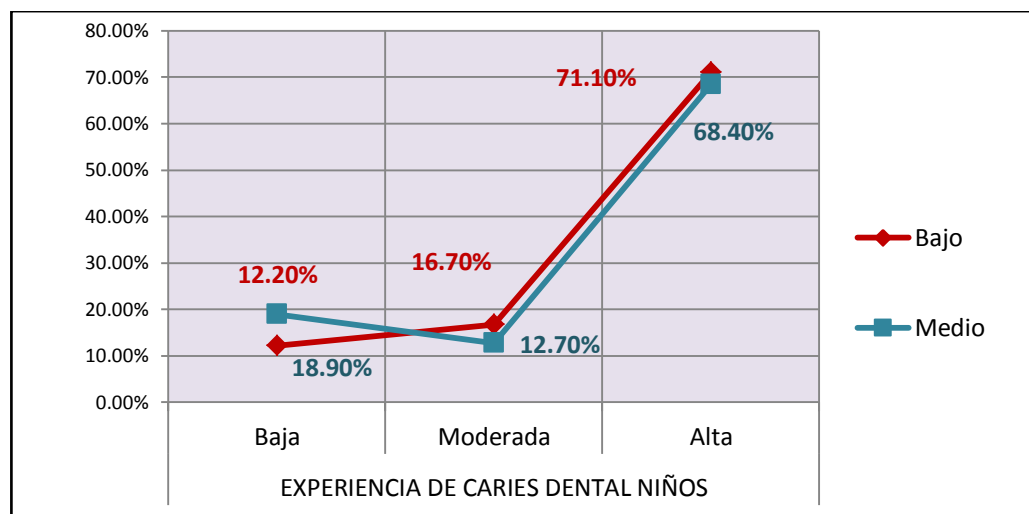
7. RESULTADOS

La investigación incluyó a 420 padres o encargados y 420 niños o niñas de 3 a 5 años, atendidos por las UCSF Periférica de Cojutepeque y la UCSF san Ramón, en el departamento de Cuscatlán. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

TABLA Y GRÁFICO N° 1:

ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCODENTAL DE LAS MADRES O RESPONSABLES Y LA EXPERIENCIA DE CARIES DE NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS

NIVEL DE CONOCIMIENTO MADRES	EXPERIENCIA DE CARIES DENTAL NIÑOS						TOTAL	
	BAJO		MODERADO		ALTO			
	F	%	F	%	F	%	F	%
BAJO	13	12.20%	18	16.70%	69	71.10%	97	100.00%
MEDIO	61	18.90%	41	12.70%	221	68.40%	323	100.00%



Prueba de chi- cuadrado

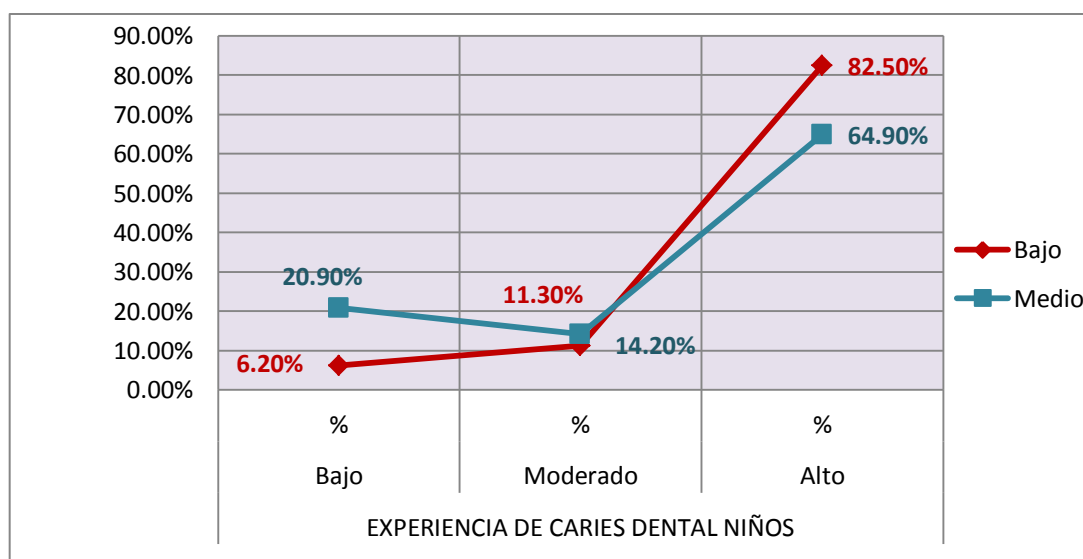
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.607 ^a	2	2.686

Al asociar estadísticamente, la experiencia de caries dental de los niños con el conocimiento sobre salud bucal de las madres, se estableció con un p-valor de 2.686 ($> \alpha=0.05$), que no existen diferencias significativas en la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años, según el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres o responsables.

TABLA Y GRÁFICO N° 2:

ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE ACTITUDES SOBRE SALUD BUCODENTAL DE LAS MADRES O RESPONSABLES Y LA EXPERIENCIA DE LA CARIES DE NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS

NIVEL DE ACTITUDES MADRES	EXPERIENCIA DE CARIES DENTAL NIÑOS						TOTAL	
	BAJO		MODERADO		ALTO			
	F	%	F	%	F	%		
BAJO	8	6.20%	12	11.30%	84	82.50%	104	100.00%
MEDIO	66	20.90%	45	14.20%	205	64.90%	316	100.00%



Prueba de Chi-cuadrado

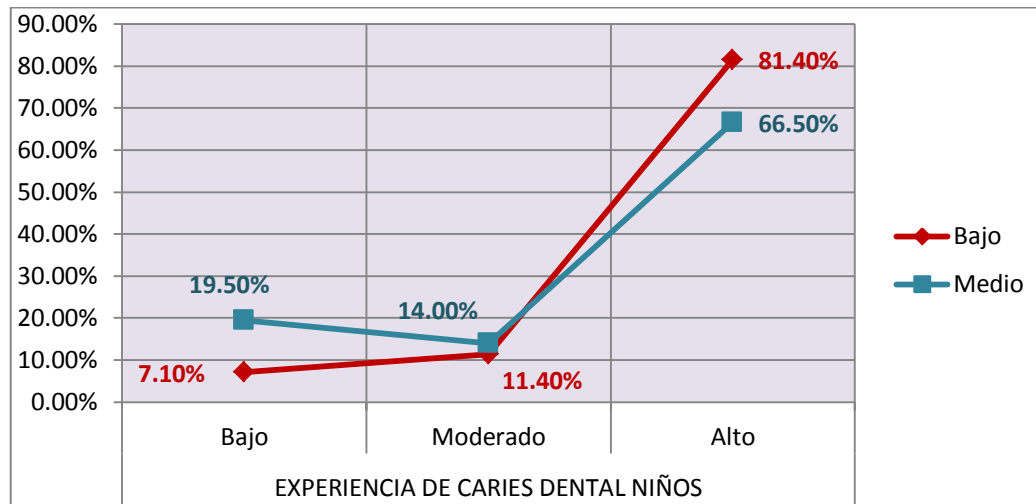
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.992	2	0.002

Se logró establecer con un p-valor de 0.002 ($\alpha=0.05$), que existen diferencias significativas. Concluyendo que, si existe asociación en la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años, según el nivel de actitudes sobre salud bucal de las madres o responsable

TABLA Y GRÁFICO N° 3:

ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE PRÁCTICAS SOBRE SALUD BUCODENTAL DE LAS MADRES O RESPONSABLES Y LA EXPERIENCIA DE LA CARIES DE NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS.

NIVEL DE PRÁCTICAS MADRE	EXPERIENCIA DE CARIES DENTAL NIÑOS						Total	
	Bajo		Moderado		Alto			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Bajo	5	7.10%	8	11.40%	57	81.40%	70	100.00%
Medio	67	19.50%	48	14.00%	228	66.50%	343	100.00%



Prueba de Chi-cuadrado

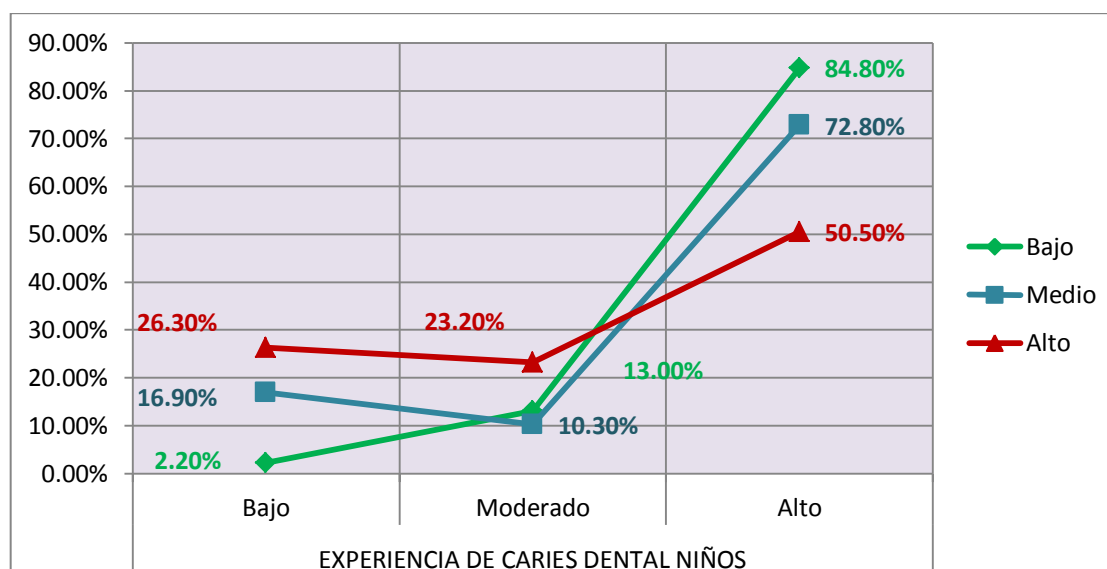
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.286	2	0.026

Se logró establecer con un p-valor de 0.026 ($< \alpha=0.05$), que existen diferencias significativas. Concluyendo que, si existe asociación en la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años, según el nivel de prácticas sobre salud bucal de las madres o responsables.

TABLA Y GRÁFICO N° 4:

ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE CAP SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES O RESPONSABLES Y LA EXPERIENCIA DE CARIES DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS.

NIVEL DE CAP MADRES	EXPERIENCIA DE CARIES DENTAL NIÑOS						TOTAL	
	BAJO		MODERADO		ALTO			
	F	%	F	%	F	%		
BAJO	1	2.20%	6	13.00%	39	84.80%	46	100.00%
MEDIO	46	16.90%	28	10.30%	198	72.80%	272	100.00%
ALTO	25	26.30%	22	23.20%	48	50.50%	95	100.00%



Prueba de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26.015	4	.000

Se estableció con un p-valor de 0.000 ($< \alpha=0.05$), que existen diferencias significativas. Concluyendo que se asocia la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años, según el nivel de CAP (conocimientos+actitudes+prácticas) sobre salud bucal de las madres o responsables.

TABLA N° 5:
ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE LOS NIÑOS DE PADECER CARIES DENTAL
SEGÚN EL CAP DE LAS MADRES.

Nivel de CAP	Total, ceo	Dientes Sanos	Total
Bajo y Medio	2550	1522	4072
Alto	495	603	1098
Total	3045	2125	5170

Prevalencia de exposición	Estimación		IC(95,0%)
-----	-----	-----	-----
En enfermos	0,837438	-	-
En no enfermos	0,716235	-	-
Razón de prevalencias	1,169223	1,133531	1,206038 (Katz)
-----	-----	-----	-----

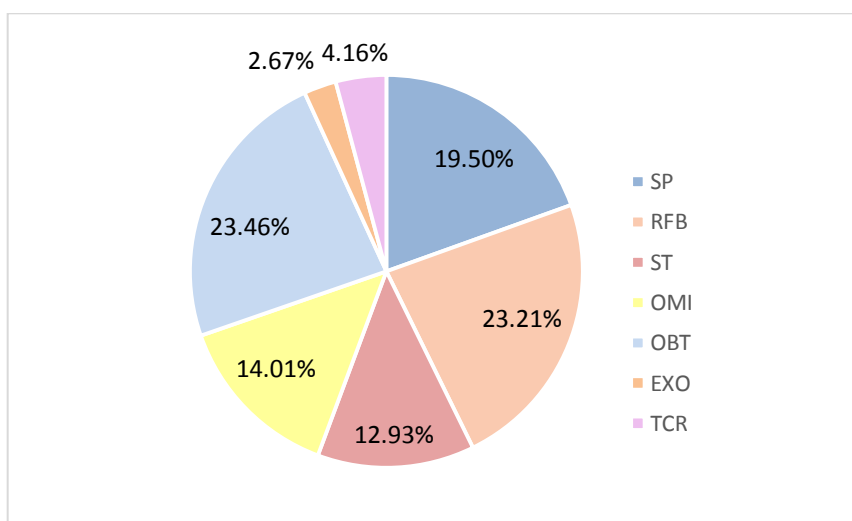
OR	IC(95,0%)	
-----	-----	-----
2,040975	1,783652	2,335421 (Woolf)
1,783739	2,335306	(Cornfield)

Se aprecia con un intervalo de confianza con 95.0%, significativamente mayor que el valor uno, lo cual tiene como estimación 2,040975 de padecer caries dental según el CAP de las madres.

TABLA Y GRÁFICO N° 6:

NECESIDAD DE TRATAMIENTOS PARA PREVENIR Y LIMITAR EL DAÑO POR CARIES DENTAL EN LOS NIÑOS

NECESIDAD DE TRATAMIENTOS	TOTAL	%
Sellante Preventivo(SP)	1246	19.55
Remineralización con Flúor Barniz(RFB)	1479	23.21
Sellante Terapéutico(ST)	824	12.93
Obturación Mínimamente Invasiva(OMI)	893	14.01
Obturación(OBT)	1495	23.46
Exodoncia(EXO)	170	2.67
Tratamiento de Conductos Radiculares(TCR)	265	4.16
Total	6372	100



Con respecto a la necesidad de tratamientos para prevenir y limitar el daño por caries dental, la obturación presenta el mayor porcentaje con 23.46%, reflejando así un tipo de tratamiento curativo.

TABLA N° 7:
**ASOCIACIÓN DE LA PREVALENCIA DE NECESIDAD DE TRATAMIENTOS
POR CARIES DENTAL DE LOS NIÑOS Y EL CAP DE LAS MADRES.**

NECESIDAD DE TRATAMIENTO	NIVEL DE CAP DE LAS MADRES Ó ENCARGADOS.			TOTAL	%
	BAJO	MEDIO	ALTO		
Sellante preventivo(SP)	114	810	322	1246	19.55
Remineralización con flúor barniz (RFB)	171	1008	300	1479	23.21
Sellante terapéutico (ST)	90	546	188	824	12.93
Obturación mínimamente invasiva (OMI)	130	668	95	893	14.01
Obturación (OBT)	352	1043	100	1495	23.46
Exodoncia(EXO)	38	49	5	170	2.67
Tratamiento de conductos radiculares (TCR)	45	96	6	265	4.16
Total	940	4220	1016	6372	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	332,5963	8	0,0000

% de celdas con frecuencia esperada <5: 0,0%

Con un p-valor de 0,0000 ($< \alpha=0.05$), se establece que existe evidencia suficiente para aceptar la H_1 ; es decir, que se encontró diferencias significativas en la asociación de la prevalencia de necesidad de tratamientos dentales de los niños de 3 a 5 años según el CAP sobre salud bucal de las madres o responsables.

TABLA Nº 8:
ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE LOS NIÑOS DE PRESENTAR NECESIDAD DE TRATAMIENTOS CURATIVOS POR CARIES DENTAL SEGÚN EL CAP DE LAS MADRES.

Nivel de CAP	Tratamientos Curativos	%	Tratamientos Preventivos y Mínimamente invasivos	%	Total	%
Bajo y Medio	682	77.77	1185	59.40	1867	65.01
Alto	195	22.23	810	40.60	1005	34.99
Total	877	100	1995	100	2872	100

Prevalencia de exposición	Estimación	IC(95,0%)	
En enfermos	0,777651	-	-
En no enfermos	0,593985	-	-
Razón de prevalencias (Katz)	1,309210	1,244511	1,377273

Tipo de estudio : Transversal

Nivel de confianza: 95,0%

OR IC (95,0%)

2,390652	1,991798	2,869377	(Woolf)
	1,992077	2,868948	(Cornfield)

Se aprecia con un intervalo de confianza con 95.0%, significativamente mayor que el valor uno, lo cual tiene como estimación de riesgo 2,390652 de presentar tratamiento curativos según el CAP alto de las madres. Una relación inversamente proporcional al nivel de CAP de las madres o encargados. Es decir que a menor nivel de CAP, mayor necesidad de tratamiento por enfermedad instaurada.

8. DISCUSIÓN

Esta investigación fue orientada a asociar el nivel de conocimiento sobre salud bucodental de las madres o encargados con la experiencia de caries dental de niños de 3 a 5 años, atendidos en dos UCSF en el año 2015. Como resultado, se estableció que un 21.8% de las madres o encargados poseían un conocimiento bajo; 78.2%, conocimiento medio; mientras que nadie presentó conocimiento alto. En ese sentido, Teixeira (Paraguay) ^[15], encontró el 87% de niveles no aceptables de conocimiento sobre salud bucal en 102 madres de bebés; sólo el 1.1% presentó buen conocimiento. Por el contrario, González et al (Colombia) ⁽¹⁴⁾, observó buenos niveles de conocimientos en 333 padres de hogares infantiles (58.9%).

Referente al CAP de las madres o tutores, se analizó por separado la relación de los tres componentes: “conocimientos”, “actitudes” y “prácticas” con la experiencia de caries de los niños. En cuanto al componente “conocimientos”, 97 adultos presentaron un nivel bajo y 323 medio. El 12.20% de los niños a cargo de adultos con nivel de conocimientos bajo, mostraron experiencia de caries dental (ceo-d) baja; el 16.70% experiencia media y el 71.10%, alta. Por otro lado, el 18.90% de los niños con adultos responsables que poseían nivel de conocimientos medio, exhibieron un ceo-d bajo; el 12.70%, medio y el 68.40%, alto. Al asociar estadísticamente esta variable, con la experiencia de caries dental, se estableció con un p-valor de 2.686 ($> \alpha=0.05$), que no existen diferencias significativas en el ceo-d de los niños de 3 a 5 años, según el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres o responsables a cargo. (Ver tabla y grafico N° 1).

En coincidencia, Foloyan (Nigeria) ⁽⁵⁾ no encontró relación ($p=0.81$) entre el conocimiento alto de prevención de caries dental de las madres y la experiencia de caries en niños residentes de una población sub urbana, quienes presentaron un ceo-d global de 4, considerado alto. No obstante, determinó asociación del conocimiento de los niños y su ceo-d ($p=0.009$), lo cual deja en evidencia que, aunque los adultos posean conocimientos aceptables, no siempre son transmitidos adecuadamente a los menores a cargo. Por su parte, Baginska (Polonia) ⁽¹¹⁾ reveló una discrepancia entre el conocimiento de los principios de la prevención de la caries dental de 140 madres y su aplicación en la vida cotidiana de niños de 3-4 años de edad: Pese a que la mayoría de las madres (89.2%) eran conscientes de que la salud oral requiere visitas regulares al dentista, sólo el 10% de los niños de 3-4 años de edad visitó al odontólogo por última vez hace un año y el 42.8% nunca lo había hecho.

Respecto al componente “actitudes”, 104 individuos tenían un nivel bajo y 316, medio. El 6.20% de los niños con padres con nivel bajo, presentaron experiencia de caries baja; el 11.30% moderada y la mayoría, el 82.5%, alta.

Mientras que, para los niños con padres con nivel medio de actitudes, el 20.90% mostraron ceo-d bajo; el 14.20%, moderado y el 64.90% alto. Por lo que se logró establecer con un p-valor de 0.002 ($< \alpha=0.05$), que existen diferencias significativas en la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años, según el nivel de actitudes sobre salud bucal de las madres o responsables a cargo. (Ver tabla y gráfico N° 2).

Concordantemente, R.J. Schroth (Canadá) ⁽¹⁷⁾ que incluyó en su estudio 408 parejas de niños menores de 72 meses de edad y sus cuidadores, determinó que el 48% de los niños, cuyos padres consideraban importantes los dientes primarios, estaban libres de caries; frente a un 26.3% de los padres inseguros y un 29.4% de los que estaban en desacuerdo, demostrando que los cuidadores con mejores actitudes tienen niños con mejor salud oral. Así también, Zambrano (Venezuela) ^[20], con un total 338 madres de niños entre 24 y 71 meses de edad, determinó que el indicador motivación para llevar el niño a la consulta odontológica tiene asociación significativa ($P<0,05$.) con la aparición de caries dental: los niños que acuden a la consulta para tratamientos preventivos y de rutina presentaron sólo el 13.2% de prevalencia de caries, frente al 48.7% de los niños que acuden por dolor. Por otro lado, R. Navas et al (Venezuela) ^[29], en 132 preescolares, que el 33.9% de los individuos libres de caries tenían padres con actitud favorable ante la higiene bucal; sin embargo, el 41.9% de los niños examinados que reportaron caries cavitadas también tenían padres con actitudes favorables, por lo que no establecieron relación entre las dos variables.

Al analizar el componente “prácticas”, 77 padres presentaron un nivel bajo y 343, medio. Los niños a cargo de adultos con nivel bajo, presentaron experiencia de caries baja 7.10%; también el 11.40% mostraron experiencia media; mientras que el 81.40%, alta. Respecto a los padres con nivel medio de prácticas, el 19.50% de los niños tenían experiencia baja; el 14%, media y el 66.50% alta. Se logró establecer con un p-valor de 0.026 ($> \alpha=0.05$), diferencias significativas en la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años, según el nivel de prácticas sobre salud bucal de las madres o responsables a cargo.

En concordancia, T. Caudillo ^[9] logró en 344 preescolares de 3 a 5 años de edad, establecer diferencias estadísticas al relacionar las prácticas con la caries dental ($p>0.05$): El ceo-d de los preescolares con malos hábitos, los que se chupan el dedo (4.2), toman chupón (4.7) y biberón (5.7) estaba por arriba del ceo-d general que fue de 3.6. Posiblemente, el resultado del presente estudio, se deba a que las prácticas fueron medidas únicamente a través de la entrevista a las madres, por lo que podría presumirse que el resultado de prácticas, podría haber sido condicionado por el nivel de conocimientos, para el cual, tampoco se encontró asociación (Ver tabla y gráfico N° 3).

Por otra parte, se analizó el consolidado de los tres componentes del CAP (actitudes+conocimientos+prácticas), resultando 53 individuos con un nivel de CAP bajo, 272 con medio y 95 alto. El 2.20% de los niños con tutores de CAP bajos, mostró ceo-d bajo; el 13%, moderado y el 84.80%, alto. Se estableció con un p-valor de 0.000 ($< \alpha=0.05$), que existen diferencias significativas en la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años, según el nivel de CAP sobre salud bucal de los responsables a cargo. Así también, se encontró una razón de prevalencia de caries dental de 2.04 para los niños a cargo de madres con CAP alta (Ver tabla N° 4 y 5).

La prevalencia de necesidades de tratamiento por caries de los niños fue: el 19.75% sellantes preventivos, 23.21%, remineralización con flúor barniz, el 12.93%, sellantes terapéuticos; el 14.01%, obturaciones mínimamente invasivas; el 23.46%, obturaciones; 2.67% exodoncias y el 4.16, tratamientos pulpares. La mayor parte de las necesidades determinadas fueron preventivas y mínimamente invasivas (1995) frente a las curativas (877), encontrándose asociación entre las necesidades de tratamiento por caries de los niños y el nivel de CAP de las madres ($p= 0.00$). Así mismo, se obtuvo una razón de prevalencia de 2.39 de los niños de presentar necesidades curativas, inversamente proporcional al nivel de CAP de las madres; es decir que, a menor nivel de CAP, mayor necesidad de tratamientos por enfermedad instaurada (Ver tabla 6, 7 y 8).

9. CONCLUSIONES.

1. Se encontró asociación entre la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años y el nivel de actitudes y prácticas de las madres o responsables.
2. Se encontró asociación entre la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años y el CAP global de las madres o responsables.
3. Los niños de 3 a 5 años, cuyas madres presentaron nivel de CAP bajo y medio, tienen mayor riesgo de experimentar caries dental.
4. Se estableció relación entre la necesidad de tratamientos para la prevención y limitación por caries de los niños de 3 a 5 años con el CAP global de las madres o responsables.
5. Los niños de 3 a 5 años, cuyas madres presentaron nivel de CAP bajo y medio, tienen mayor riesgo de necesitar tratamientos curativos por caries.

10. RECOMENDACIONES

- Impulsar campañas de educación y motivación por parte del Ministerio de Salud a la población, para educar y conocer acerca de la salud bucal, sobre todo para cambiar actitudes y poner en práctica los conocimientos de enfermedades de la cavidad oral; especialmente la caries dental y las medidas preventivas.
- Que en futuras investigaciones se sugiere llevar a cabo una evaluación no solo teórica sino del apartado de práctica de salud oral, a fin de obtener datos más acertados mediante la evaluación clínica de estas.
- Que las instituciones pertinentes promuevan acciones de prevención y limitación de daño por caries dental, dirigidas a las madres o encargados de niños en edades vulnerables.
- Generar un referente básico para futuras investigaciones respecto a un tema poco estudiado, como lo es el CAP de las encargadas de los niños, produciendo un conocimiento útil que pueda aplicarse en protocolo de salud bucal.
- Que los resultados diagnosticados en este estudio, sean utilizados a través de futuras investigaciones en beneficio de la población salvadoreña.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Akpabio A, Klausner CP, Inglehart M. Mothers'/Guardians' Knowledge about Promoting Children's Oral Health. *Journal of Dental Hygiene* 2008; 82:1.
Disponible en: <http://jdh.adha.org/content/82/1/12.full.pdf>
2. Jain R, Oswal K, Chitguppi R. Knowledge, attitude and practices of mothers toward their children's oral health: A questionnaire survey among subpopulation in Mumbai (India). *Journal of Dental Research and Scientific Development* 2014; 1 (2): 40-5.
Disponible en:
http://www.iadrds.org/wp-content/journal/JDRSD_4_14R11.pdf
3. Cuartas JC, Alvar Spina AM, Maya AM, Cárdenas JM, Arias MI, Jaramillo A. Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral con la historia de caries dental de sus hijos entre 3 y 5 años de edad. *CES* 2002; 15 (1): 13-8.
Disponible en:
<http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/584/345>
4. Benavente LA, Chein SA, Campodónico CH, Palacios E, Ventocilla MS, Castro A. 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. *Odontol. Sanmarquina* 2012; 15(1):14-18.
Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf
5. Folayan MO, Kolawole KA, Oyedele T, Chukumah NM, Onyejaka N, Agbaje H, Oziegbe EO, Olusegun V Osho OV. Association between knowledge of caries preventive practices, preventive oral health habits of parents and children and caries experience in children resident in suburban Nigeria. *BMC Oral Health* 2014, 14:156.
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-14-156.pdf>
6. International Caries Detection and Assessment System. [en línea] 2012 [fecha de acceso 18 de mayo de 2013] URL Disponible en: www.icdas.org.
7. Organización Mundial de la Salud. Etiología y prevención de la caries dental. Ginebra; 1972. Serie de Reportes Técnicos. Series: 494.
Disponible en: whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_494_spa.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental. Nota informativa 318. [en línea] 2007 [fecha de acceso 24 de julio de 2014] URL Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

9. Caudillo Joya T, Adriano Anaya MP. Caries dental y hábitos bucales en población preescolar. Revista ADM 2009; (4): 48-54. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2009/od094g.pdf>
10. Martignon S, González M C, Jacome S, Velosa J, Santamaría R. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y jardineras de niños hogares infantiles: ICBF - Usaquén, Bogotá. Revista Científica 2003; 9 (2): 46-59.
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124
11. Banginska J, Rodakowska E. Knowledge and practice of caries prevention in mothers from Bialystok, Poland. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health 2012; 4 (4): 431-41.
Disponible en: <http://www.iomcworld.com/ijcrimph/files/v04-n04-02.pdf>
12. Plutzer K, Keirse MJ. Influence of First-Time Mothers' Early Employment on Severe Early Childhood Caries in Their Child. International Journal of Pediatrics; 2012:1-6.
Disponible en: www.hindawi.com/journals/ijpedi/2012/820680/
13. Saliba SA, Martins RJ, Soares FD, Saliba NA. Oral hygiene practices, parents' education level and dental caries pattern in 0 to 5 years-old children. Braz J Oral Sci. 2005; 4 (14): 778-82.
Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf/os05026>.
14. González-Martínez F, Sierra-Barríos CC, Morales-Salinas LE. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia Salud. Pública Mex 2011; 53:247-257.
Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53n3/a09v53n3.pdf>
15. Teixeira González P, Vázquez Caballero Ciryán, Domínguez Samudio V, Portaluppi Elizeche V, Alfonso Cuenca L, Mao Bernal C. Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo. Paraguay, 2010. Rev. Salud Pública 2011; 1 (1): 3-12.
www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/download/10/21
16. Sakai VT, Oliveira TM, Silva TC, Moretti AB, Geller-Palti D, Biella VA, Machado AM. Knowledge and attitude of parents or caretakers regarding transmissibility of caries disease. J Appl Oral Sci. 2008; 16(2):150-4.
Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/jaos/v16n2/a13v16n2.pdf>
17. Schroth RJ, Brothwell DJ, Michael EK, Moffatt M. Knowledge and attitudes of ECC. International Journal of Circumpolar Health 2007; 66(2): 153-67
18. Dye BA, Vargas CM, Lee JJ, Magder L, Tinanoff N. Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers. JADA 2011; 42 (2):173-83.
Disponible en: <http://jada.info/content/142/2/173.full.pdf+html>

19. Navas R, Rojas T, Zambrano O, Álvarez CJ, Santana Y, Viera N. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. INCI 2002; 27 (11).
Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0378-18442002001100009&script=sci_arttext&tlng=en
20. Zambrano de Ceballos, OR, Oliveira del Río, JA, Rivera Velázquez, LE, Añez YC, Finol de García AM. Prácticas de cuidado bucal en infancia temprana. Su asociación con caries dental y maloclusiones. Ciencia Odontológica 2013; 10 (1): 24-35.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2052/205232514003.pdf>
21. Unidad de Salud Bucal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República de El Salvador. Estudio Epidemiológico de Caries Dental y Fluorosis en Escolares de 5-6, 7-8, 12 y 15 años de Centros de Enseñanza Pública y Privada de El Salvador 2008. [En línea] 2008 [fecha de acceso 5 de mayo de 2014] URL Disponible en: http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/doc_prog/salud_bucal/estudio_epidemiologico2008/estudio_epidemiologica_caries_dental_y_fluorosis.pdf.
22. Organización Mundial de la Salud. Encuestas de Salud Bucodental: Métodos Básicos 4ª Edición. [en línea] 1997 [fecha de acceso 07 de julio de 2014] URL Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/1997/9243544934_spa.pdf
23. Ministerio de Salud, El Salvador. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal 2012.[en línea] 2012 [fecha de acceso 12 de mayo de 2014] URL Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/diagnostico_nacional_salud_bucal.pdf
24. Méndez I, Namihira D, Moreno L, Sosa C. El Protocolo de investigación: Lineamientos para su elaboración y análisis. 2ª Ed. México: Trillas; 1990.

ANEXOS

ANEXO N° 1:**PORTADA DE APROBACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN GENERAL DE
PROCESOS DE GRADUACIÓN



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCODENTAL DE LAS
MADRES ASOCIADO A CARIES DENTAL DE NIÑOS DE 3-5 AÑOS
ATENDIDOS POR DOS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR
EN EL AÑO 2015.

AUTORAS:

IRENE GUADALUPE CALDERÓN PINEDA
STEPHANIE LISETTE PALACIOS RAMOS

DOCENTES ASESORAS:

DRA. WENDY YESENIA ESCOBAR AMAYA
DRA. ANA OTILIA DE TRIGUEROS

CIUDAD UNIVERSITARIA, ABRIL DE 2015.



Aprobado por el Comité de Investigación N° 262 del 07/04/2015

ANEXO N° 3:
IMÁGENES DE ESTUDIO PILOTO



ANEXO Nº 4



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



ASENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio manifiesto que se me ha informado sobre la investigación:

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCODENTAL DE LAS MADRES
ASOCIADO CARIES DENTAL DE NIÑOS DE 3-5 AÑOS ATENDIDOS POR
DOS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR EN EL AÑO 2015.**

Que es una investigación de tipo descriptiva y transversal, cuya recolección de los datos comprenderá una entrevista a las madres o encargados y un examen clínico bucal a los niños.

Los riesgos son prácticamente nulos ya que toda acción a efectuar se encuentra regulada por la práctica odontológica y se hará uso de todas las medidas de bioseguridad necesarias. Además, la participación de mi hijo/a será de tipo anónima, la cual se garantizará mediante la identificación de los instrumentos mediante un código.

Que como beneficio, se me dará a conocer el estado de salud bucal de mi hijo/a, con la respectiva referencia de los tratamientos requeridos.

Después de haber sido informado y entendido todo el proceso, consiento voluntariamente autorizar a la participación de mi hijo/a _____ y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento que así considere conveniente.

Nombre, firma y DUI del participante,

_____, a los _____ días de _____ 2015.

ANEXO Nº 5



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CÉDULA DE ENTREVISTA



Fecha ____/____/____
 Día Mes Año

Código Instrumento: Código Entrevistadora: Código UCSF:

Entrevistado (1 Madre, 2 padre, 3 otro encargado)

OBJETIVO:

Recopilar información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de las madres o responsables a cargo de los niños de 3 a 5 años bajo la cobertura de dos Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

INDICACIONES:

- a) Dirigir las preguntas al entrevistado de forma concisa y clara.
- b) Registrar el número a lapicero según la respuesta obtenida, en la casilla de la derecha en blanco correspondiente.
- c) Al terminar, agradecer al entrevistado por su colaboración.

PARTE I: CONOCIMIENTOS

<p>1. ¿Cuál considera usted que es la causa principal para que se produzca la caries?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td>Alto consumo de azúcares y no cepillarse.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>Cepillarse sin pasta dental.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C</td> <td>Por la herencia.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Alto consumo de azúcares y no cepillarse.	<input type="checkbox"/>	B	Cepillarse sin pasta dental.	C	Por la herencia.	D	No sabe, no contesta.
A	Alto consumo de azúcares y no cepillarse.	<input type="checkbox"/>								
B	Cepillarse sin pasta dental.									
C	Por la herencia.									
D	No sabe, no contesta.									
<p>2. ¿Cómo previene la aparición de caries dental?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td>Manteniendo una buena higiene oral y visitando al dentista.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>Cepillarse con pasta dental.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C</td> <td>Enjuagarse con Bicarbonato de Sodio.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>No sabe, no contesta</td> </tr> </tbody> </table>	A	Manteniendo una buena higiene oral y visitando al dentista.	<input type="checkbox"/>	B	Cepillarse con pasta dental.	C	Enjuagarse con Bicarbonato de Sodio.	D	No sabe, no contesta
A	Manteniendo una buena higiene oral y visitando al dentista.	<input type="checkbox"/>								
B	Cepillarse con pasta dental.									
C	Enjuagarse con Bicarbonato de Sodio.									
D	No sabe, no contesta									

<p>3. ¿Cuál es la función principal del cepillado dental?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Retirar placa bacteriana de los dientes.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Sentir la boca limpia.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Sentir aliento fresco y dientes más blancos.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Retirar placa bacteriana de los dientes.	<input type="checkbox"/>	B	Sentir la boca limpia.	C	Sentir aliento fresco y dientes más blancos.	D	No sabe, no contesta.
A	Retirar placa bacteriana de los dientes.	<input type="checkbox"/>								
B	Sentir la boca limpia.									
C	Sentir aliento fresco y dientes más blancos.									
D	No sabe, no contesta.									
<p>4. ¿Cuál es la función de la pasta dental?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Fortalecer los dientes con flúor.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Dejar un aliento fresco.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Mantener los dientes blancos.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Fortalecer los dientes con flúor.	<input type="checkbox"/>	B	Dejar un aliento fresco.	C	Mantener los dientes blancos.	D	No sabe, no contesta.
A	Fortalecer los dientes con flúor.	<input type="checkbox"/>								
B	Dejar un aliento fresco.									
C	Mantener los dientes blancos.									
D	No sabe, no contesta.									
<p>5. ¿Desde qué edad se debe utilizar la pasta dental?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Desde que el niño pueda escupir.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Cuando aparecen los dientes de leche.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Desde que el niño nace.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta</td> </tr> </tbody> </table>	A	Desde que el niño pueda escupir.	<input type="checkbox"/>	B	Cuando aparecen los dientes de leche.	C	Desde que el niño nace.	D	No sabe, no contesta
A	Desde que el niño pueda escupir.	<input type="checkbox"/>								
B	Cuando aparecen los dientes de leche.									
C	Desde que el niño nace.									
D	No sabe, no contesta									
<p>6. ¿Que son los dientes de leche?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Son los primeros dientes en aparecer en la boca del niño.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Son los dientes más pequeños que hay en la boca.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Son los dientes menos importantes porque se caen y aparecen otros dientes.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Son los primeros dientes en aparecer en la boca del niño.	<input type="checkbox"/>	B	Son los dientes más pequeños que hay en la boca.	C	Son los dientes menos importantes porque se caen y aparecen otros dientes.	D	No sabe, no contesta.
A	Son los primeros dientes en aparecer en la boca del niño.	<input type="checkbox"/>								
B	Son los dientes más pequeños que hay en la boca.									
C	Son los dientes menos importantes porque se caen y aparecen otros dientes.									
D	No sabe, no contesta.									
<p>7. ¿Cuál es la función de la dentición en niños?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Masticar y servir de guía en la erupción de los dientes permanentes.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Tener una sonrisa bonita mientras sale los permanentes.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>No sirven de nada, por eso se caen.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Masticar y servir de guía en la erupción de los dientes permanentes.	<input type="checkbox"/>	B	Tener una sonrisa bonita mientras sale los permanentes.	C	No sirven de nada, por eso se caen.	D	No sabe, no contesta.
A	Masticar y servir de guía en la erupción de los dientes permanentes.	<input type="checkbox"/>								
B	Tener una sonrisa bonita mientras sale los permanentes.									
C	No sirven de nada, por eso se caen.									
D	No sabe, no contesta.									

PARTE II: ACTITUDES

<p>1. ¿Está dentro de sus prioridades llevar a su hijo a la consulta odontológica?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Sí, siempre.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Sí, cuando le duele un diente.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Sí, siempre.	<input type="checkbox"/>	B	Sí, cuando le duele un diente.	C	No	D	No sabe, no contesta.
A	Sí, siempre.	<input type="checkbox"/>								
B	Sí, cuando le duele un diente.									
C	No									
D	No sabe, no contesta.									
<p>2. ¿Cada cuánto considera que es importante llevar a un niño pequeño a la consulta odontológica?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Cada 6 meses.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Inmediatamente, cuando presenta dolor.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Nunca, porque a esta edad no se dejan atender</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Cada 6 meses.	<input type="checkbox"/>	B	Inmediatamente, cuando presenta dolor.	C	Nunca, porque a esta edad no se dejan atender	D	No sabe, no contesta.
A	Cada 6 meses.	<input type="checkbox"/>								
B	Inmediatamente, cuando presenta dolor.									
C	Nunca, porque a esta edad no se dejan atender									
D	No sabe, no contesta.									
<p>3. ¿Por qué motivo principal se lleva a consulta odontológica a los niños?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Para control dental y así prevenir las enfermedades antes que aparezcan.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Para realizarse tratamientos dentales bien necesarios, como la limpieza.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Por emergencia cuando el niño presenta dolor.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Para control dental y así prevenir las enfermedades antes que aparezcan.	<input type="checkbox"/>	B	Para realizarse tratamientos dentales bien necesarios, como la limpieza.	C	Por emergencia cuando el niño presenta dolor.	D	No sabe, no contesta.
A	Para control dental y así prevenir las enfermedades antes que aparezcan.	<input type="checkbox"/>								
B	Para realizarse tratamientos dentales bien necesarios, como la limpieza.									
C	Por emergencia cuando el niño presenta dolor.									
D	No sabe, no contesta.									
<p>4. ¿Quién es la persona que debe ser la encargada de colocar la pasta dental sobre el cepillo de dientes del niño?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Usted, para dispensar la cantidad exacta.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Cualquier persona mayor, porque sino el niño la bota.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>El mismo niño, para que poco a poco vaya aprendiendo.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Usted, para dispensar la cantidad exacta.	<input type="checkbox"/>	B	Cualquier persona mayor, porque sino el niño la bota.	C	El mismo niño, para que poco a poco vaya aprendiendo.	D	No sabe, no contesta.
A	Usted, para dispensar la cantidad exacta.	<input type="checkbox"/>								
B	Cualquier persona mayor, porque sino el niño la bota.									
C	El mismo niño, para que poco a poco vaya aprendiendo.									
D	No sabe, no contesta.									
<p>5. ¿Considera usted que la mala salud bucal puede afectar el bienestar general de su hijo/a?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Si, definitivamente influye en la salud general.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Sí, puede influir cuando el estado ya es grave.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>No, los dientes sólo afectan la boca.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Si, definitivamente influye en la salud general.	<input type="checkbox"/>	B	Sí, puede influir cuando el estado ya es grave.	C	No, los dientes sólo afectan la boca.	D	No sabe, no contesta.
A	Si, definitivamente influye en la salud general.	<input type="checkbox"/>								
B	Sí, puede influir cuando el estado ya es grave.									
C	No, los dientes sólo afectan la boca.									
D	No sabe, no contesta.									

PARTE III: PRÁCTICAS

<p>1. ¿A qué edad llevó a su hijo al odontólogo por primera vez?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>En los primeros meses de vida.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>En los primeros cinco años de vida.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Aún no ha tenido su primera consulta.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	En los primeros meses de vida.	<input type="checkbox"/>	B	En los primeros cinco años de vida.	C	Aún no ha tenido su primera consulta.	D	No sabe, no contesta.
A	En los primeros meses de vida.	<input type="checkbox"/>								
B	En los primeros cinco años de vida.									
C	Aún no ha tenido su primera consulta.									
D	No sabe, no contesta.									
<p>2. ¿Cuál fue el motivo de la última visita del niño al odontólogo?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Por control dental.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Para realizarse un tratamiento dental.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Por molestia o dolor en algún diente.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Por control dental.	<input type="checkbox"/>	B	Para realizarse un tratamiento dental.	C	Por molestia o dolor en algún diente.	D	No sabe, no contesta.
A	Por control dental.	<input type="checkbox"/>								
B	Para realizarse un tratamiento dental.									
C	Por molestia o dolor en algún diente.									
D	No sabe, no contesta.									
<p>3. ¿Cada cuánto asiste el niño al odontólogo?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Cada 6 meses o cuando le toca el control.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Cuando tiene alguna molestia.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Nunca.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Cada 6 meses o cuando le toca el control.	<input type="checkbox"/>	B	Cuando tiene alguna molestia.	C	Nunca.	D	No sabe, no contesta.
A	Cada 6 meses o cuando le toca el control.	<input type="checkbox"/>								
B	Cuando tiene alguna molestia.									
C	Nunca.									
D	No sabe, no contesta.									
<p>4. ¿Después de los tiempos principales de comida (desayuno, almuerzo, cena) acostumbra su hijo a realizar cepillado de dientes?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Siempre</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>A veces</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Nunca</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Siempre	<input type="checkbox"/>	B	A veces	C	Nunca	D	No sabe, no contesta.
A	Siempre	<input type="checkbox"/>								
B	A veces									
C	Nunca									
D	No sabe, no contesta.									
<p>5. ¿Es usted quien realiza la higiene de la boca del niño?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Siempre</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>A veces.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Nunca.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Siempre	<input type="checkbox"/>	B	A veces.	C	Nunca.	D	No sabe, no contesta.
A	Siempre	<input type="checkbox"/>								
B	A veces.									
C	Nunca.									
D	No sabe, no contesta.									
<p>6. ¿Cómo acomoda al niño para realizar la higiene oral?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>El niño de frente a usted.</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Usted detrás del niño.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>El niño acostado.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	El niño de frente a usted.	<input type="checkbox"/>	B	Usted detrás del niño.	C	El niño acostado.	D	No sabe, no contesta.
A	El niño de frente a usted.	<input type="checkbox"/>								
B	Usted detrás del niño.									
C	El niño acostado.									
D	No sabe, no contesta.									

<p>7. ¿Utiliza pasta dental para cepillar los dientes del niño?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Sí, siempre.</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>A veces.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Nunca.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Sí, siempre.	B	A veces.	C	Nunca.	D	No sabe, no contesta.	<input type="checkbox"/>
A	Sí, siempre.									
B	A veces.									
C	Nunca.									
D	No sabe, no contesta.									
<p>8. ¿Quién le pone la pasta dental al cepillo del niño?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Usted u otro adulto.</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Combinado niño/adulto.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>El mismo niño.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Usted u otro adulto.	B	Combinado niño/adulto.	C	El mismo niño.	D	No sabe, no contesta.	<input type="checkbox"/>
A	Usted u otro adulto.									
B	Combinado niño/adulto.									
C	El mismo niño.									
D	No sabe, no contesta.									
<p>9. ¿Qué tipo de pasta dental utiliza para cepillar los dientes del niño?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Niño</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Adulto</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Cualquiera</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>No sabe, no contesta.</td> </tr> </tbody> </table>	A	Niño	B	Adulto	C	Cualquiera	D	No sabe, no contesta.	<input type="checkbox"/>
A	Niño									
B	Adulto									
C	Cualquiera									
D	No sabe, no contesta.									

Observaciones:

ANEXO N° 6
IMÁGENES DE ENTREVISTA



ANEXONº 7



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



GUIA DE OBSERVACIÓN
FICHA DE DIAGNÓSTICO CARIOGÉNICO

Fecha ___/___/___
DIA MES AÑO

Código UCSF:

Código Examinadora:

Código Niño:

Fecha de Nacimiento del Niño:

OBJETIVO:

Determinar el diagnóstico de caries según criterios ICDAS.

INDICACIONES:

1. Identifique y encierre en un círculo el diente a examinar.
2. Examine las cinco superficies de cada diente húmedo.
3. Limpie y seque con aire comprimido o torunditas de algodón durante 5 segundos.
4. Examine visualmente las 5 superficies de cada uno de los dientes secos y llene la planilla de diagnóstico de caries dental en base a la escala de criterios ICDAS.

DIENTES SUPERIORES										
SUPERFICIES	5-5	5-4	5-3	5-2	5-1	6-1	6-2	6-3	6-4	6-5
Oclusal/Incisal										
Mesial										
Distal										
Vestibular										
Palatino										

DIENTES INFERIORES										
SUPERFICIES	8-5	8-4	8-3	8-2	8-1	7-1	7-2	7-3	7-4	7-5
Oclusal/Incisal										
Mesial										
Distal										
Vestibular										
Lingual										

Observaciones: _____

NOTA. Retomado de la ficha de diagnóstico de aplicación comunitaria de FOUES.

ANEXO N° 8
CUADRO DE RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

CANTIDAD	RECURSO	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
EQUIPO E INSTRUMENTAL			
2	Micromotor con contrangulo		
20	Espejo bucal #5		
20	Pinza algodонера		
20	Cureta o jaquet		
6	Sillas		
2	Módulosodontológicos		
4	Mesa (por lugar comunitario)		
20	Sonda OMS	\$15.00	\$300
2	Lámpara tipo minero	\$15.00	\$30
2	Lentes de protección	\$2.00	\$4
INSUMOS DESECHABLES			
3000	Rodetes de algodón	\$0.01	\$30.00
500	Campos	\$0.10	\$50.00
500	Eyectores	\$0.05	\$25.00
500	Copita de hule	\$0.10	\$50.00
500	Bolsas para esterilizar	\$0.15	\$75.00
6	Cajas de mascarillas	\$3.50	\$21.00
200	Gorro	\$0.10	\$20.00
10	Caja de guantes de látex	\$6.00	\$60.00
10	Paquete de sobreguantes	\$4.00	\$40.00
6	Libra de algodón	\$0.50	\$3.00
10	Rollo de papel toalla	\$1.00	\$10.00
INSUMOS PARA PROFILAXIS Y BIOSEGURIDAD			
500	Estuche cepillo y pasta dental	\$1.00	\$500
6	Bote de alcohol gel	\$2.00	\$12.00
6	Rollo de papel adherible para barrera	\$5.00	\$30.00
2	Libra de piedra pómez	\$4.00	\$8.00
MATERIAL DE OFICINA			
1	Caja de lapiceros	\$3.00	
1	Caja de lápices	\$3.00	
-	Fotocopias		\$40
-	Impresiones		\$150
			Total:1,464.00

ANEXO N° 9

IMÁGENES DE PROFILAXIS PREVIA A EXAMEN CLINICO



ANEXO N° 10
EXAMEN CLÍNICO SEGÚN PROTOCOLO ICDAS



ANEXO N° 11



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



NOTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO Y REFERENCIA ODONTOLÓGICA

Producto del examen clínico del estudio:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCODENTAL DE LAS MADRES ASOCIADO A CARIES DENTLA DE NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS ATENDIDOS POR DOS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR EN AÑO 2015”.

Fecha ____/____/____
Día Mes Año

Nombre del Niño o Niña: _____

UCSF que refiere: _____

NECESIDAD DE TRATAMIENTO	INSTITUCIÓN A LA QUE SE REFIERE:	PRIORIDAD (1, 2, 3...)

Profesional que refiere: _____

NOTA: Formato del Centro de Investigaciones la Facultad de Odontología (CI-FOUES).

ANEXO N° 12

VISTA DE “SET DE DIAGNÓSTICO, EXPERIENCIA Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO (S- DENT)

Código Fotor		Código Estomatológico		Sexo		Día / Mes / Año		Día / Mes / Año																
Expediente No.:		F = 1	M = 2	Fecha de Inicialización		Fecha de Evaluación																		
		1-1	1-6	1-3	1-4	1-7	1-2	2-1	2-2	2-3	2-4	2-1	2-4	2-1	3-1	3-4	3-2	3-2	3-1	4-1	4-2	4-3	4-4	4-5
Superior																								
Dental																								
Mucosa																								
Dental																								
Verdadero																								
Lingual																								
Dental / Facial																								
Mucosa																								
Dental																								
Verdadero																								
Lingual / Palatino																								
Diagnóstico Único																								
Dentición Permanente	Canales	C																						
	Perforado	CP																						
	Perforado	P																						
	Obturado	O																						
Dentición Primaria	Canales	C																						
	Perforado	P																						
	Obturado	O																						
Diente																								
Diente Excluido																								
Perforado por otros causas																								
No Experiencias																								
Necesidad de Tx. Dental																								
Necesidad de Tx. Mucosa																								
Necesidad de Tx. Dental																								
Necesidad de Tx. Verdadero																								
Necesidad de Tx. Lingual																								
No Tx Diente completo																								
Observaciones:																								

ANEXO N° 13
TABLA DE RESULTADOS SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA
CEDULA DE ENTREVISTA.

¿Cuál considera usted que es la causa principal para que se produzca la caries?	Por la herencia		Cepillarse sin pasta dental		Alto consumo de azúcares y no cepillarse	
	6	1.50%	123	29.80%	284	68.80%
¿Cómo previene la aparición de caries dental?	Enjuagarse con Bicarbonato de Sodio		Cepillarse con pasta dental		Manteniendo una buena higiene oral y visitando al dentista	
	32	7.70%	101	24.50%	280	67.80%
¿Cuál es la función principal del cepillado dental?	Sentir aliento fresco y dientes más blancos		Sentir la boca limpia		Retirar placa bacteriana de los dientes	
	45	10.90%	150	36.30%	218	52.80%
¿Cuál es la función de la pasta dental?	Mantener los dientes blancos		Dejar un aliento fresco		Fortalecer los dientes con flúor	
	83	20%	131	32%	199	48%
¿Desde qué edad se debe utilizar la pasta dental?	Desde que el niño nace		Cuando aparecen los dientes de leche		Desde que el niño pueda escupir	
	93	23%	176	43%	144	35%
¿Que son los dientes de leche?	Son los dientes menos importantes porque se caen y aparecen otros dientes		Son los dientes más pequeños que hay en la boca		Son los primeros dientes en aparecer en la boca del niño	
	55	13%	166	40%	192	46%
¿Cuál es la función de la dentición primaria en niños?	No sirven de nada, por eso se caen		Tener una sonrisa bonita mientras salen los permanentes		Masticar y servir de guía en la erupción de los dientes permanentes	
	71	17%	52	13%	290	70%
¿Está dentro de sus prioridades llevar a su hijo a la consulta odontológica?	No		Sí, cuando le duele un diente		Sí, siempre	
	77	19%	53	13%	283	69%
¿Cada cuánto considera que es importante llevar a un niño pequeño a la consulta odontológica?	Nunca, porque a esta edad no se dejan atender		Inmediatamente, cuando presenta dolor		Cada 6 meses	
	57	14%	105	25%	251	61%

ANEXO N° 14

TABLA DE RESULTADOS SOBRE NIVEL DE ACTITUDES EN LA CEDULA DE ENTREVISTA

¿Está dentro de sus prioridades llevar a su hijo a la consulta odontológica?	No		Sí, cuando le duele un diente		Sí, siempre	
	77	19%	53	13%	283	69%
¿Cada cuánto considera que es importante llevar a un niño pequeño a la consulta odontológica?	Nunca, porque a esta edad no se dejan atender		Inmediatamente, cuando presenta dolor		Cada 6 meses	
	57	14%	105	25%	251	61%
¿Por qué motivo principal se lleva a consulta odontológica a los niños?	Por emergencia cuando el niño presenta dolor		Para realizarse tratamientos dentales bien necesario, como la limpieza.		Para control dental y así prevenir las enfermedades antes que aparezcan.	
	42	10%	166	40%	205	50%
¿Quién es la persona que debe ser la encargada de colocar la pasta dental sobre el cepillo de dientes del niño?	El mismo niño, para que poco a poco vaya aprendiendo.		Cualquier persona mayor, porque sino el niño la bota.		Usted, para dispensar la cantidad exacta.	
	61	15%	139	34%	213	52%
¿Considera usted que la mala salud bucal puede afectar el bienestar general de su hijo/a?	No, los dientes sólo afectan la boca.		Sí, puede influir cuando el estado ya es grave.		Si, definitivamente influye en la salud general.	
	44	11%	77	19%	292	71%

ANEXO N° 15

TABLA DE RESULTADOS SOBRE NIVEL DE PRACTICAS EN LA CEDULA DE ENTREVISTA

¿A qué edad llevó a su hijo al odontólogo por primera vez?	Aún no ha tenido su primera consulta.		En los primeros cinco años de vida.		En los primeros meses de vida.	
	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
	85	21%	107	26%	221	54%
¿Cuál fue el motivo de la última visita del niño al odontólogo?	Por molestia o dolor en algún diente.		Para realizarse un tratamiento dental.		Por control dental.	
	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
	72	17%	156	38%	185	45%
¿Cada cuánto asiste el niño al odontólogo?	Nunca.		Cuando tiene alguna molestia.		Cada 6 meses o cuando le toca el control.	
	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
	73	18%	124	30%	216	52%
¿Después de los tiempos principales de comida (desayuno, almuerzo, cena) acostumbra su hijo a realizar cepillado de dientes?	Nunca		A veces		Siempre	
	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
	66	16%	150	36%	197	48%
¿Es usted quien realiza la higiene de la boca del niño?	Nunca		A veces		Siempre	
	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
	15	4%	184	45%	214	52%
¿Cómo acomoda al niño para realizar la higiene oral?	El niño acostado.		Usted detrás del niño.		El niño de frente a usted.	
	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
	26	6%	127	31%	260	63%

¿Utiliza pasta dental para cepillar los dientes del niño?	Nunca.		A veces.		Sí, siempre.	
	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
	48	12%	40	10%	325	.8
¿Quién le pone la pasta dental al cepillo del niño?	El mismo niño.		Combinado niño/adulto.		Usted u otro adulto.	
	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
	6	1%	71	17%	336	81%
¿Qué tipo de pasta dental utiliza para cepillar los dientes del niño?	Cualquiera		Adulto		Niño	
	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
	38	9%	138	33%	237	57%