

**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**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE
FAMILIA O ENCARGADOS Y SU RELACIÓN CON CARIES DE LA INFANCIA
TEMPRANA EN NIÑOS DE SAN FRANCISCO CHINAMECA.**

AUTOR

KARLA MAGALY CASTILLO HERNÁNDEZ

DOCENTE DIRECTOR

OSCAR ARMANDO GÓMEZ LÓPEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, NOVIEMBRE DE 2013

AUTORIDADES

RECTOR

ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO

VICE-RECTOR ACADÉMICO

MSC ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

DECANO

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO

VICE-DECANO

DR. GUILLERMO ALFONSO AGUIRRE ESCOBAR

SECRETARIO

DR. JOSÉ BENJAMÍN LÓPEZ GUILLEN

DIRECTORA DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

DRA. AIDA LEONOR MARINERO DE TURCIOS.

COORDINADORA DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

DRA. RUTH FERNÁNDEZ DE QUEZADA

JURADO EVALUADOR

Dr. Oscar Armando Gómez López

Dra. Rosa Aida Álvarez Arias

Dr. José Osmín Rivera Ventura

AGRADECIMIENTOS

A Dios nuestro señor por darme la vida y la oportunidad de culminar mis estudios. Sin él nada es posible.

A mi madre por todo su apoyo a lo largo de estos años, por ser mi empuje para seguir adelante.

A Tito por apoyarme, creer en mí y estar siempre presente.

A Alexander por estar siempre a mi lado cuando más lo necesito.

A mi asesor de tesis Dr. Gómez López, por su guía, tiempo y apoyo en la realización de este estudio.

A Dr. Osmín Rivera, por sus asesorías, tiempo y dedicación para guiarme durante el proceso de investigación.

A Dra. Ruth de Quezada, por sus asesorías, y orientación que fueron de mucha ayuda.... Infinitas gracias...

ÍNDICE GENERAL.

1. INTRODUCCIÓN.....	08
2. OBJETIVOS.....	11
3. HIPÓTESIS.....	12
4. MARCO TEÓRICO.....	13
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	22
a. Tipo de investigación.....	22
b. Tiempo y lugar.....	22
c. Variables e indicadores.....	22
d. Población y muestra.....	24
e. Recolección y análisis de datos.....	25
f. Recursos Humanos materiales y financieros.....	28
g. Consideraciones Bioéticas.....	30
6. RESULTADOS.....	32
7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	45
8. CONCLUSIONES.....	49
9. RECOMENDACIONES.....	50

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.

Número de tabla y Gráfico	Tema	Pág.
Tabla y Gráfico N _o 1	Distribución de los niños por edades en meses.	33
Tabla y Gráfico N _o 2	Índice ceo/d individual encontrado en los menores.	34
Tabla N _o 3	Índice ceo/d grupal.	35
Tabla y Gráfico N _o 4	Conocimientos en salud bucal de los padres de familia o encargados	36
Tabla y Gráfico N _o 5	Actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados	37
Tabla y Gráfico N _o 1	Actitud de los padres/encargados frente al nivel de ceo/d.	40
Cuadro N _o 1	Test de Chi-cuadrado. Actitud de los padres/encargados frente al nivel de ceo/d.	41
Tabla N _o 2	Conocimientos en salud de los padres/encargados	42
Gráfico N _o 2	Conocimientos en salud bucal de los padres/encargados frente al nivel de ceo/d.	43
Cuadro N _o 2	Test de Chi-cuadrado. Conocimientos en salud bucal de los padres/encargados frente al nivel de ceo/d.	43

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar si los conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados influían en la presencia de Caries de la Infancia Temprana (CIT) en los niños de 0 a 66 meses de edad (0 a 5 años y medio) atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Francisco Chinameca, departamento de La Paz, durante los meses de Junio y Julio del 2013.

Entre los factores evaluados (actitudes, conocimientos y presencia de CIT), se determinó que si existía relación estadísticamente significativa en cuanto a actitudes de los padres de familia o encargados sobre la salud bucal con la presencia de CIT en los niños; obteniendo una actitud predominantemente “indiferente y mala” por parte de los padres o encargados con la presencia de un índice ceo/d alto en los niños evaluados. En lo que se relaciona al conocimiento de los padres o encargados en salud bucal y la presencia de CIT, también se encontró una asociación significativa, ya que los padres o encargados evaluados presentaron solamente conocimientos altos e intermedios en salud bucal obteniendo de un ceo/d moderado y bajo en 83 niños .

En la investigación, el universo de estudio estuvo conformado por 163 niños, entre las edades de 0-66 meses (0 -5 años y medio) con sus respectivos padres o encargados (tíos, hermanos, abuelos). Para la recolección de datos fueron utilizadas dos cédulas de entrevista, una que evaluó las actitudes en salud bucal de los padres o encargados y otra que medía su conocimiento en salud bucal. Además, se empleó una guía de observación para determinar la presencia de CIT en los niños que fueron parte del estudio. Todos los resultados fueron asociados bajo el estadístico Chi-Cuadrado.

INTRODUCCIÓN

La salud oral desempeña un papel importante en el crecimiento y desarrollo normal del niño, su nutrición, desarrollo normal de sus maxilares, la adecuada erupción dental, la buena posición de los dientes permanentes y la correcta pronunciación del lenguaje; favorecen el buen estado de salud general y la calidad de vida. Este estado de salud se puede ver alterado por la presencia de numerosas patologías orales, siendo una de las más comunes la caries dental; que se define como una enfermedad infectocontagiosa, multifactorial y crónica, caracterizada por la destrucción de los tejidos duros dentarios debido a la acción de ácidos producidos por microorganismos al actuar sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta ^(1,2,3,4). La caries dental puede presentarse en cualquier etapa de la vida; cuando lo hace en las primeras etapas de la niñez se le conoce como Caries de la Infancia Temprana (CIT); por su apariencia clínica la literatura actual la define como la presencia de una o más superficies cariadas (con o sin lesión cavitaria), superficies perdidas (debido a caries) o superficies obturadas en cualquier diente deciduo de un niño entre el nacimiento y los 71 meses de edad. ⁽⁵⁾ En la actualidad, su aparición y severidad se asocia en gran medida a factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento ^(1, 2, 3,4).

Esta investigación evaluó las actitudes y conocimientos en salud bucal del entorno familiar del niño conformado por padres de familia o encargados, y su influencia en la aparición y desarrollo de CIT en niños de 0 a 66 meses de edad (0 a 5 años y medio), atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) de San Francisco Chinameca, departamento de La Paz.

Para la recolección de la información, se utilizó una guía de observación para la aplicación del índice epidemiológico ceo/d, en una población de 163 niños, con lo que se determinó la presencia o ausencia CIT; también se utilizaron dos cédulas de entrevista dirigidas a evaluar las actitudes y conocimientos en

salud oral de los padres de familia o encargados de los menores, en los meses de junio y julio de 2013. La investigación fue de tipo descriptiva-asociativa y se empleó el método estadístico Chi- Cuadrado para la asociación de los resultados.

Este estudio tomó como objetivos de investigación los conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados y su relación con la presencia de CIT en los niños; considerando, que muchas veces la falta de información y motivación, hace que las personas tengan la idea errónea de comenzar el tratamiento odontológico en los niños una vez hayan erupcionado la totalidad de las piezas dentales (alrededor de los tres años), siendo ésta una edad tardía en la mayoría de los casos para iniciar cualquier tipo de tratamiento preventivo.

Por lo anterior, se hace importante establecer que el tratamiento preventivo se inicia con la atención odontológica de forma indirecta desde la concepción del bebé, con educación y promoción de salud oral a la mujer embarazada, logrando así que el recién nacido crezca en un entorno favorable para su salud bucal; y de forma directa debe iniciarse durante los primeros 12 meses de vida, con la finalidad de mantener la salud, prevenir la enfermedad, determinar, controlar y modificar los factores de riesgo (7).

Espinoza y cols, llevaron a cabo tres investigaciones sobre la presencia de caries dental en niños de El Salvador, utilizando el índice epidemiológico de ceo/d en los años de 2008, 2009 y 2010. Su investigación de 2008 determinó un ceo/d a nivel nacional según edad estableciendo un ceo/d alto de 4.08 para niños entre 5-6 años y un ceo/d alto de 4.53 para los niños entre 7-8 años de edad. En su segundo estudio de 2009 obtuvo de una población de 150 niños un ceo/d grupal alto de 5.76; finalmente en su investigación en 2010, expuso la presencia de caries dental en El Salvador dividido por regiones, obteniendo los siguientes resultados con el índice epidemiológico ceo/d: para la región central

(departamentos de San Salvador, Chalatenango, La Libertad) un ceo/d moderado de 3.04; para la región oriental (departamentos de Usulután, San Miguel, Morazán y La Unión) un ceo/d moderado de 3.54 y para la región paracentral (La Paz, Cuscatlán, Cabañas y San Vicente) un ceo/d alto de 5.36 siendo este el resultado más preocupante. ⁽⁶⁾

El estudio de 2010 demostró que el índice ceo/d más alto en El Salvador se encontró en la región paracentral, por lo que se considero viable estudiar la presencia de CIT en los niños de dicha región; siendo seleccionado el departamento de La Paz; en busca de la existencia o no de una relación, entre las actitudes y el conocimiento de los padres de familia o encargados de los niños en relación a la salud bucal con la presencia de CIT en la población infantil salvadoreña, específicamente los niños de 0 a 66 meses de edad (0 – 5 años y medio) atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Francisco Chinameca. Pretendiendo que la información obtenida aporte datos sobre la presencia o ausencia de CIT en esta población infantil a partir de los cuáles la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del lugar, pueda potenciar los programas odontológicos con orientación y motivación preventiva que involucre a los niños con sus padres o encargados en conjunto con el profesional odontólogo, que ayuden a cambiar los datos estadísticos que los colocan con un índice epidemiológico ceo/d alto, resumiéndolo en la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre la presencia de caries de la infancia temprana en niños de 0-66 meses de edad (0 – 5 años y medio) y el nivel de conocimiento y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados atendidos en la Unidad Comunitaria de San Francisco Chinameca?.

2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

2.1 Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimiento y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados y su relación en la presencia de caries de la infancia temprana en niños de 0-66 meses de edad atendidos en la Unidad Comunitaria de San Francisco Chinameca 2013.

2.2 Objetivos Específicos:

1. Determinar la presencia o ausencia de caries de la infancia temprana en niños de 0 a 66 meses de edad.
2. Determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia o encargados sobre hábitos de higiene oral en los menores de 0 a 66 meses de edad.
3. Determinar las actitudes de los padres de familia o encargados sobre los hábitos de higiene oral en los niños de 0 a 66 meses de edad.

3. HIPÓTESIS

Hipótesis general:

Los conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados influyen en la presencia de Caries de la Infancia Temprana en niños de 0 a 66 meses de edad atendidos en la UCSF San Francisco Chinameca.

Hi: Los conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados si influyen en la presencia de Caries de la Infancia Temprana en niños de 0 a 66 meses de edad, atendidos en la UCSF San Francisco Chinameca.

Ho: Los conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados no influyen en la presencia de Caries de la Infancia Temprana en niños de 0 a 66 meses de edad atendidos en la UCSF San Francisco Chinameca.

4. MARCO TEÓRICO

La caries dental es una enfermedad infecciosa y transmisible, 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. ⁽⁸⁾

La Organización Mundial para la Salud (OMS) reconoce como caries dental a la enfermedad causada por la presencia y patogenia del biofilm dental y la define como un “proceso patológico y localizado de origen externo que se inicia después de la erupción dentaria, determinada por una desmineralización de los tejidos duros del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad” ⁽⁹⁾.

Su etiología es multifactorial ^(1,2,3), en los que se pueden mencionar; factores anatómicos (dientes con surcos muy profundos, presencia de hipoplasia, mal posición dental, etc.); biológicos determinados por el equilibrio/desequilibrio entre los agentes bacterianos de la cavidad oral, la resistencia del hospedero (diente) y el medio ambiente (disminución del flujo salival, pH crítico de 5.3 a 5.7, exposición al flúor); conductuales como el uso prolongado e inadecuado del amamantamiento, uso de biberones con líquidos azucarados, tés y jugos de frutas durante el día o la noche, higiene oral deficiente, etc. ⁽⁷⁾

Para una mejor comprensión sobre el origen de la caries dental su etiología ha sido asociada a dos grandes grupos que son: factores etiológicos, cuya interacción se considera indispensable para que se produzca la caries dental; y factores moduladores que contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y evolución de las lesiones cariosas. ⁽⁸⁾

Los factores etiológicos de la caries dental son: a) Factor microbiano: presencia de bacterias cariogénicas en gran número; b) Factor huésped: anatomía y posición del diente, saliva, inmunidad (por presencia de inmunoglobulina A salival, inmunoglobulina G sérica, linfocitos T) y genética (puesto que son

heredables determinadas características relevantes a la caries como peculiaridades dentales anatómicas y la susceptibilidad; c) Factor dieta: carbohidratos, frecuencia y consumo, y un factor adicional: d) Factor tiempo, proporcionado por Newbrun en 1978, como requerimiento para producir caries (2, 3, 8, 10,11,12,13).

En cuanto a los factores moduladores, podemos mencionar: salud general, exposición a flúor, grado de instrucción educativa, técnicas de higiene oral, nivel socioeconómico, grupo epidemiológico y variables de comportamiento, que son factores que se encuentran fuera de la cavidad bucal y en donde la familia juega el rol más importante, especialmente en la adquisición de hábitos alimenticios y de higiene oral (8, 13).

La caries dental puede surgir en cualquier etapa de la vida ya sea esta niñez, adolescencia o adultez; siendo la niñez la etapa más frecuente de aparición, afectando gran parte de la población pre escolar en todo el mundo. La presencia de caries dental en la niñez fue comunicada por primera vez en 1862 por Abraham Jacobi (médico pediatra estadounidense, de origen judío-alemán, 1830-1919) quien observo que el uso abusivo de biberones con leche y azúcar, ocasionaba la destrucción total de las coronas de los dientes temporales, identificando esta como la causa fundamental del desarrollo caries en niños, por lo que se le denominó “caries del biberón”. A partir de ello se han propuesto innumerables terminologías para sustituir el término “caries del biberón”, ya que la etiología de la caries es multifactorial y no se debe únicamente al uso del biberón (7). En esta búsqueda de terminología ha sido llamada caries del lactante, caries labial, caries de los incisivos, caries rampante, caries rampante de la infancia temprana y caries de la infancia temprana severa (1, 2, 7, 10,14). Debido a la ausencia de un consenso general con relación al término más adecuado, el *Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades*, promovió una conferencia en Atlanta en 1994, en donde se acordó el uso del

término “Caries de la Infancia Temprana” (CIT) o “Caries Precoz de la Infancia (*Early Childhood Caries, ECC*), por ser el que más reflejaba la etiología multifactorial de la caries dental. (7)

Así la CIT ha sido definida por la Academia Americana de Odontopediatría en 2003 (AAPD por sus siglas en inglés) como: « presencia de una o más superficies cariadas (con o sin lesión cavitaria), superficies perdidas (debido a caries) o superficies obturadas en cualquier diente deciduo de un niño entre el nacimiento y los 71 meses de edad». Rodríguez, L. (2006), Alonso Noriega (2009), y Bezerra Da Silva, citan en sus investigaciones a Amid I. Ismail, (1999), quien sugirió que la CIT debe ser definida como: «La ocurrencia de cualquier signo de caries dental en cualquiera de las superficies dentales que ocurra durante los tres primeros años de vida y como CIT severa a las lesiones cariosas que se comienzan solo en los incisivos superiores». (2, 7, 14)

En cuanto a clasificación, la CIT se divide según su severidad en : “1 Leve” cuando abarca solo incisivos superiores; “2 Moderada” cuando son lesiones moderadamente cavitadas en incisivos superiores y primeros molares (superiores o inferiores) ó solo los incisivos superiores con destrucción coronaria extensa; “3 Intensa” lesiones intensamente cavitadas en incisivos superiores, primeros y segundo molares (superiores e inferiores) y caninos; y “4 Severa” lesiones severamente cavitadas en incisivos superiores, primeros y segundos molares (superiores e inferiores), caninos e incisivos inferiores. También se cuenta con una clasificación en estadios para la CIT severa que solo abarca incisivos superiores, así tenemos que: Estadio 1 incluye lesiones en las superficies vestibulares/palatinas de los incisivos, sin afectar superficies incisales; Estadio 2, lesiones en las superficies vestibulares/palatinas de los incisivos, afectando superficies incisales, y Estadio 3 en presencia de destrucción coronaria completa de los incisivos superiores. (7)

Otra clasificación fue establecida por Silvia González-Pérez y Col. en su estudio sobre *Prevalencia de Caries Dental y Caries Rampante en Población Preescolar*, clasificó la CIT en: leve, moderada y severa. Consideraron los siguientes criterios: 0 dientes sanos; 1 caries en cualquiera de los incisivos superiores anteriores temporales; 2 caries en los primeros molares superiores primarios; 3 caries en primeros molares inferiores primarios; 4 caries en caninos superiores e inferiores primarios ; 5 caries en segundo molares superiores primarios; 6 caries en segundos molares inferiores primarios; 7 caries en incisivos inferiores primarios; 8 espacio vacío por ausencia de corona, pero persistencia de los restos. Según estos criterios se consideró como leve a la caries con los criterios 0, 1 y 2; moderada con los criterios 3 y 4, y avanzada con los criterios 5 en adelante ⁽³⁾.

La CIT se caracteriza por afectar un gran número de dientes temporales, ser de rápida evolución, ocasionar extensa destrucción coronaria y por afectar superficies dentales consideradas de bajo riesgo para caries (superficies lisas) ⁽⁷⁾. Sigue un patrón de evolución característico relacionado a dos factores: primero a la secuencia de erupción de los dientes, por lo que afecta principalmente a los dientes antero superiores, seguidos de las primeras molares, segunda molares, y caninos; el segundo se debe a la posición de la lengua durante la alimentación por lo que generalmente los incisivos antero-inferiores no están afectados, esto variara de acuerdo a la severidad de la CIT. ^(12, 14).

Espinoza y cols., llevaron a cabo tres investigaciones sobre la presencia de caries dental en niños de El Salvador; en 2008 la investigación "*Estudio Epidemiológico de Caries Dental y Flúorosis en Escolares de 5 – 6, 7 y 8, años de Centros de Enseñanza Pública y Privada de El Salvador*", en donde detectó en 1,410 niños de 5-6 años una prevalencia de caries del 70.57%, en 2,310 niños de 7-8 años la prevalencia fue de 82.42%. El estudio concluyó un ceo/d a

nivel nacional según edad, determinando un: ceo/d de 4.08 para niños entre 5-6 años y un ceo/d de 4.53 para los niños entre 7-8 años; también estableció un ceo/d por departamentos, en donde se catalogó al departamento de la paz, con un ceo/d moderado de 3.65 en niños de 5-6 años y en niños de 7-8 años un ceo/d alto de 5.21. En el 2009 en su *investigación “Cuidados de salud bucal en niños de 3 -5 años y su relación con higiene bucal y CTI (Comasagua, Morazán y Tepecoyo)”*, en una población de 150 niños obtuvo los siguientes resultados: en niños de 3 años un ceo/ d alto de 5.90; en niños de 4 años un ceo/d alto de 5.57; en niños de 5 años un ceo/d alto de 5.87. Obteniendo un ceo/d grupal alto de 5.76. Finalmente en su estudio de 2010 *“Prevalencia de Caries temprana de la Infancia en relación a dieta y hábitos de higiene en niños de 3 – 5 años”*, determinaron la prevalencia de caries en El Salvador dividido por regiones obteniendo los siguientes resultados: para la región central (departamentos de San Salvador, Chalatenango, La Libertad) un ceo-d moderado de 3.04; para la región oriental (departamentos de Usulután, San Miguel, Morazán y La Unión) un ceo/d moderado de 3.54 y para la región paracentral (La Paz, Cuscatlán, Cabañas y San Vicente) un ceo/d alto de 5.36 siendo este su mayor resultado; resaltando que el ceo/d incremento comparado con el ceo/d de 3.5 que se obtuvo en 2008. ⁽⁶⁾

En Colombia, la revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia expuso a través de su estudio *“Caries de la Infancia Temprana en niños de 1 a 5 años, 2008”*; el estado de la dentición primaria en una muestra de 659 niños y niñas pertenecientes a una población urbana de la ciudad de Medellín, que el 69,7% de los niños de ambos sexos tenían experiencia de CIT, proporción que aumenta desde el primer año hasta los cuatro, siendo mayor en los niños (71,6%) que en las niñas (67,5%); aunque las diferencias no fueron significativas por sexo. La prevalencia global de caries dental en dicho estudio (porcentaje de niños que presentaban al menos una lesión en el momento del examen) fue del 68,7%; siendo más baja en los primeros años de vida.

Asimismo, se encontró que 365 de los niños examinados (55,4%) cumplía con las características para ser considerados con presencia de CIT severa ⁽¹⁵⁾.

En Perú, Villena Sarmiento y Cols. En 2011, determinaron en la población urbana de Lima Norte, una prevalencia de caries dental de 62,3% en una muestra de 332 niños; que se incrementó a medida aumentaba la edad de los participantes siendo de 10.5% (0-11 meses), 27.3 % (12-23 meses), 60.0% (24-35 meses), 65.5% (36-47 meses), 73.4% (48-59 meses) y 86.9% (60-71 meses). El índice ceo/d promedio fue 2.97, el componente cariado representó el 99.9% del índice, por lo que concluyeron que la existencia de CIT aumenta conforme se incrementan los meses de vida, siendo necesario plantear modelos de intervención temprana con especialistas ⁽¹⁶⁾.

Por lo anterior se establece que la CIT constituye uno de los problemas sanitarios con los índices más altos de morbilidad en cavidad oral de los infantes, cuya presencia podrían ser consecuencia de los malos hábitos alimenticios y la falta de supervisión y atención por parte de los padres en cuanto a los cuidados de higiene oral en sus hijos ^(1, 2,3). La realización de una adecuada higiene bucal es el pilar fundamental para prevenir el apareamiento de la CIT. Esto depende, entre otros aspectos, de la educación sobre técnicas de higiene oral de los padres (conocimiento), transmitida a sus hijos desde temprana edad, así como de las actividades de prevención y promoción de salud que efectúa el personal que brinda atención estomatológica integral en círculos infantiles, escuelas y en la comunidad ⁽¹⁷⁾.

Para prevenir o disminuir la CIT se considera que la educación al padre de familia es la medida más importante, debido a que ellos son los encargados de educar a los menores en los primeros años de vida ⁽¹⁸⁾. Su falta de conocimiento conllevará a la creencia errónea de que los “dientes de leche”, no son importantes, y por consecuencia los niños no recibirán una atención odontológica preventiva oportuna, aumentando con ello el riesgo de adquirir

CIT. Cabellos D. (2006), citado por Bach Pisconte ⁽¹³⁾, en su investigación, acerca de la relación entre el nivel de conocimientos sobre salud oral de los padres y la higiene bucal de sus niños, determinó en sus resultados, que a mayor nivel de conocimientos de los padres sobre higiene bucal menor será el índice de higiene oral de los niños.

Además de los conocimientos sobre hábitos de higiene bucal, es importante la actitud de los padres y hermanos mayores, para que lo aprendido por el preescolar tenga continuidad y concluya en la adquisición de hábitos de higiene oral ⁽¹²⁾, que le permitirá disfrutar de dientes libres de caries en cualquier edad, pudiendo auxiliarse con cepillos de figuras infantiles, pasta dental y enjuague bucal de olor, sabor y color agradables. Es de vital importancia que los niños practiquen una técnica adecuada de cepillado dental, porque no basta con realizarla tres veces al día ⁽¹⁸⁾.

Rivas Gutiérrez (2002) y Hallit, K. (2003) citaron en sus investigaciones a Goldstein, Ronald E. *Odontología Estética, Barcelona, Ed. Ars Médica 2002 Biofilm Microbiano y Factores de Virulencia* ^(19, 20), quienes relacionan la existencia de CIT y las prácticas inadecuadas de higiene oral, ya que con la acumulación de biofilm de 67 al 100% de la totalidad de los dientes presentes en boca el riesgo de desarrollar CTI aumenta considerablemente. La calidad de la higiene, evaluada a través de la presencia de biofilm, fue el factor de riesgo más fuertemente asociados con la prevalencia de caries en los infantes. Encontraron que los niños que iniciaron más tardíamente los hábitos de cepillado dental (después de los 10 meses de edad), incrementaron significativamente el riesgo de desarrollar CIT.

Sin embargo; Bach Pisconte (2010), cita en su investigación a Visosa J. y Loza L. (1999) ⁽¹³⁾; quienes en sus investigaciones en niños escolares de 6 a 12 años, realizado en Lima Perú, encontraron que no hubo diferencia significativa

entre el grado de instrucción de los padres de familia y el nivel de caries dental del menor.

En Perú, Lourdes A. Benavente y cols.(Lima, 2012) en 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*”, determinó que las madres de familia tenían un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, sin embargo la salud bucal de los hijos era mala, concluyendo que no existía asociación entre el nivel de conocimientos de salud bucal que poseían las madres con el estado de salud bucal de sus hijos menores de 5 años ⁽²¹⁾.

Caso contrario; en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador se realizó un primer estudio de CIT en Agosto 2010, titulado: “Factores de Riesgo Modulados por los Padres de Familia o Encargados que Influyen en la Presencia de Caries de la Infancia Temprana en Niños de 3 a 5 Años que Asisten a la Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador”. Los resultados fueron obtenidos por los investigadores, Barrera y cols. en abril y mayo de 2010, en donde establecieron que los padres de familia o encargados influían directamente en los factores de riesgo que determinaban la presencia de CIT, siendo en un 59.5% la madre, al realizar inadecuadamente la higiene bucal de niño; a pesar del resultado concluyeron que la falla en la técnica de higiene bucal era uno de los factores moduladores más difíciles de evaluar, ya que los resultados están ligados a las respuestas de los padres, que en muchas ocasiones por aceptación social, tienden a dar respuestas ideales, aunque no sean reales ⁽²²⁾.

A parte del estudio anteriormente citado, no existe otro con el cual podamos contrastar en El Salvador, sobre actitudes y conocimientos o factores modulados por los padres que influyen en la presencia de CIT, imposibilitando hacer una segunda comparación de resultados. Sin embargo, por lo todo lo anteriormente expuesto se concluye que, además del conocimiento sobre

hábitos de higiene oral; son importantes las actitudes que toman los padres de familia para llevar a la práctica todo el conocimiento que posean y así influenciar al menor de edad, generando hábitos positivos en cuanto a salud bucal.

Todos los estudios realizados al respecto, evidencian la necesidad de que se debe trabajar en programas educacionales multidisciplinarios, en los que participen odontólogos, obstetras, pediatras, guarderías, escuelas y comunidades, cuya finalidad sea la prevención de CIT, evitando con ello problemas sintomatológicos, sistémicos y psicológicos en los niños, teniendo en cuenta que los profesionales del área de salud actúan como “multiplicadores” de información a la población (7), obteniendo así mayor rango de cobertura, y mayor posibilidad de éxito en mejoras en conocimiento y actitudes salud bucal de los padres de familia y por consiguiente una mejora en la salud bucal del menor.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

A. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación se enmarcó en un diseño epidemiológico de tipo descriptivo asociativo, y buscó establecer relación entre las actitudes y conocimientos de padres de familia o encargados y su influencia en la presencia de CIT en sus hijos. También se clasificó como de tipo transversal, ya que se estudiaron las variables simultáneamente y la correlación de la información se realizó al mismo tiempo.

B. TIEMPO Y LUGAR.

El estudio se llevó a cabo en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Francisco Chinameca del departamento de la Paz, en los meses de junio y julio de 2013.

C. VARIABLES E INDICADORES.

Variable Independiente: Factores de riesgo asociados

- Conocimientos sobre hábitos de higiene oral de los padres de familia o encargados.
- Actitudes de los padres de familia o encargados con respecto a los hábitos de higiene oral del niño.

Variable Dependiente: Caries de la Infancia Temprana

C.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la variable	Conceptualización	Dimensión	Indicadores
<p>Independiente</p> <p>Conocimiento sobre hábitos de higiene bucal de padres de familia o encargados</p>	<p>Conjunto de información acumulada mediante experiencias y aprendizaje sobre THO y salud bucal de los padres de familia o encargados.</p>	<p>Conocimiento teórico.</p>	<p>1. Uso de aditamentos de higiene bucal.</p> <p>2. Técnica de higiene oral.</p> <p>3. Hábitos de higiene oral</p> <p>4. Dientes temporales</p> <p>5. Caries dental</p>
<p>Actitudes de los padres de familia o encargados en los hábitos de higiene oral del niño.</p>	<p>Forma de actuar o de comportamiento asumido por los padres de familia o encargados respecto a los hábitos de higiene oral en los menores de edad.</p>	<p>Actitudes favorables, desfavorables o neutras hacia los hábitos de higiene bucal.</p>	<p>1. Hábitos de higiene oral</p> <p>2. Técnicas de higiene oral</p> <p>3. Visitas al odontólogo</p> <p>4. Frecuencia de técnicas de higiene oral.</p>

Dependiente.			
Caries de la Infancia Temprana (CIT)	La caries de la infancia temprana es la presencia de una o más superficies cariadas (con o sin lesión cavitaria), superficies perdidas (debido a caries) o superficies obturadas en cualquier diente deciduo de un niño entre el nacimiento y los 71 meses de edad.	Evaluación clínica a través del índice ceo/d	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de lesiones cariosas. 2. Presencia de dientes obturados. 3. Cantidad de dientes indicados para extracción.

D. POBLACIÓN Y MUESTRA.

En la investigación los sujetos de estudio fueron los niños de 0 a 66 meses de edad (0 a 5 años, 6 meses), con sus respectivos padres de familia o encargados, atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Francisco Chinameca, departamento de La Paz, en los meses de junio y julio de 2013. En la investigación no se utilizó muestra, ya que se trabajó con la totalidad de la población que corresponde a 163 sujetos.

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron:

- Niños de 0 a 66 meses de edad (0 a 5 años, 6 meses), que contarán como mínimo con un diente en boca.

E. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para llevar a cabo el presente estudio, se contó con la ayuda de una colaboradora profesional odontólogo previamente calibrada, para la recolección de la información. Se estableció un plan de trabajo de la siguiente manera: la investigadora junto con la colaboradora profesional odontóloga se ubicaron en la sala de espera de la UCSF San Francisco Chinameca para recibir a los niños de 0 a 66 meses de edad (0 a 5 años), que acudían a su consulta, ya fuera esta control infantil u odontológica. Se procedió a informar a cada uno de los padres de familia o encargados de los menores, que se realizaría una investigación acerca de los conocimientos y las actitudes en salud bucal que ellos presentaban y su influencia en la presencia de CIT en los menores, y que para tal objetivo requeríamos de su participación para el llenado de dos cédulas de entrevistas; una que mediría su conocimiento en salud bucal, y otra sus actitudes en salud bucal, además de un examen clínico que se le realizaría al menor para determinar la presencia o ausencia de caries dental, aclarando que el examen clínico solo se basaría en observación y que ningún tratamiento odontológico sería realizado. Al aceptar participar, el padre de familia o encargado firmaba la carta de consentimiento informado.

Para medir las actitudes respecto a los hábitos de higiene bucal de los padres de familia o encargados hacia los niños; se realizó una cédula de entrevista. El instrumento presentó 13 preguntas sobre: uso de aditamentos de higiene bucal, técnica de higiene bucal, hábitos de higiene bucal y visitas al odontólogo. El instrumento incluía la escala de Likert, la cual permite medir actitudes ya que está abierta a la posibilidad de opciones de respuesta neutras; aceptando que las personas tienen actitudes favorables, desfavorables o neutras hacia una situación específica.

Cada pregunta constó de 5 posibles respuestas, utilizando los parámetros: Siempre, Casi siempre, No recuerda o no sabe, Casi nunca, y Nunca; a cada

opción se le asignó un valor que oscilaba de 1 a 5 puntos, esto variaba de acuerdo a la pregunta realizada, siendo para las preguntas 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11 y 13 los valores de la siguiente manera: Siempre =5 puntos; Casi siempre=4 puntos; No sabe o no recuerda = 3 puntos; Casi nunca = 2 puntos y Nunca = 1 punto. Caso contrario paso con las preguntas 3, 4, 10 y 12 en donde los valores eran: Siempre= 1 punto; Casi siempre = 2 puntos; No recuerda o no sabe= 3 puntos; Casi nunca = 4 puntos y Nunca = 5 puntos.

Al realizar la sumatoria de todo el instrumento se agruparon en cinco categorías según puntaje obtenido: puntaje de 13-21 se catalogaron con “actitud muy mala”; de 22-31 con “actitud mala”; de “32 -41” con actitud intermedia o indiferente; de “42- 51” con actitud buena y de “52 – más” con actitud muy buena. (Ver anexo 2)

Para la obtención de los datos acerca de los conocimientos que posee el padre de familia o encargado sobre los hábitos de higiene bucal que deben implementarse en el niño; se utilizó una segunda cédula de entrevista conformada por 12 preguntas referidas a: Uso de aditamentos de higiene bucal, técnica de higiene bucal, hábitos de higiene bucal, dientes temporales y caries dental. Cada pregunta constó de 3 posibles repuestas con literales a, b y c; en donde el literal “a” tenía un puntaje de 1; el literal “b” un puntaje de 2; y el literal “c” un puntaje de 3, en todas las preguntas. Al realizar la sumatoria de todo el instrumento y de acuerdo a lo respondido por el entrevistado, se obtenía un puntaje global que podía variar desde 11 puntos a 33 puntos como máximo. Con ello se catalogó en tres niveles de conocimientos según puntaje obtenido: de 11 a 18 puntos con conocimiento bajo, entre 19-26 puntos con conocimiento moderado, y 27-33 puntos con conocimiento alto. (Ver anexo 3)

También se utilizó una guía de observación para llevar a cabo el examen clínico bucal en los niños, la cual incluía la edad en meses y el sexo. Para la evaluación del estado de salud dental del niño, se utilizó el índice Caries Dental

ceo/d (c: cariados; e: indicados para extracción; o: obturados; d= unidad diente). De acuerdo a la cantidad de dientes cariados, indicados para extracción u obturados que presentaba el niño en boca, se realizaba una sumatoria y de acuerdo al resultado se ubicaba al niño en una de las siguientes clasificaciones: en donde 0= sano; de 1 a 3= ceo/d bajo; de 4 a 5 ceo/d moderado; y de 6 a más ceo/d alto. Es importante informar que en el apartado de “cariados” se incluyó la detección de lesiones incipientes tipo mancha blanca. (Ver anexo 4)

Finalmente se le agradeció al padre o encargado por participar en la investigación, se le informó a cerca de lo encontrado en la cavidad bucal del niño, de las acciones que debería realizar para modificar los factores de riesgo y los tratamientos restaurativos dentales que necesitarían ser realizados. Además se les hizo entrega de un cepillo dental.

Los 3 grupos de variables (conocimientos, actitudes en hábitos de Higiene bucal y CIT) se analizaron con Chi cuadrado, para expresar la asociación entre ellas por ser variables ordinales. Para validar los instrumentos se llevó a cabo un estudio piloto con un grupo de 10 padres de familia o responsables con niños de 0 – 66 meses de edad (0 a 5 años, 6 meses), con características similares, atendidos en las clínicas de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

E.1 Estadísticos para la prueba de hipótesis.

La prueba de hipótesis, se realizó a través del estadístico “Chi-Cuadrado”, para saber si la relación encontrada era significativa o no.

Se utilizó la siguiente fórmula, “Chi Cuadrado (X^2)”.

$$X^2 = \sum \frac{(fo-fe)^2}{fe}$$

En donde:

X^2 = Chi cuadrado

Σ = sumatoria

fo = frecuencias obtenidas

fe = frecuencias esperadas

E.2 Método de análisis de los datos.

Se utilizó el método cuantitativo para realizar una descripción porcentual y de asociación de los resultados; y el método cualitativo para hacer el análisis relacionado de los resultados en el apartado discusión de los resultados.

F. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.

Para esta investigación se contó con recurso humano representado por la investigadora y una colaboradora profesional odontóloga (previamente calibrada), además de la autorización por parte del coordinador de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Francisco Chinameca, para realizar el estudio en sus instalaciones; el docente asesor de la investigación y una licenciada en estadística.

En cuanto a los recursos materiales, se incluye el apoyo bibliográfico proveniente de revistas científicas (journals), tesis, y libros de apoyo (Tratado de odontopediatría I, cariología de Henostroza), que se encuentran en la biblioteca de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

Otros recursos materiales que se utilizaron fueron:

Instrumental Examen Clínico	Costo por unidad	Costo total
10 set de diagnósticos incluyendo cada uno : <ul style="list-style-type: none"> • Espejo bucal N_o 5 • Pinza de curación • Explorador bucal con punta redonda 	\$8.00	\$ 80.00
2 Cajas de baja lenguas	\$ 2.50	\$ 5.00
Materiales Varios		
4 cajas de guantes de látex talla "S". 100 unidades	\$8.00	\$ 32.00
3 bolsas de gasas estériles	\$9.00	\$ 27.00
1 bolsa de gorro de cirujano	\$6.00	\$ 6.00
2 cajas de mascarillas quirúrgicas descartables (con 3 camadas) caja de 50 unidades	\$6.90	\$13.80
4 paquetes de toalla de manos hoja doble de 24.1 cm x 25.1 cm	\$6.00	\$24.00
Insumos varios de oficina		
3 resmas de papel bond blanco, tamaño carta	\$6.00	\$18.00
1 caja de lapiceros Bic, color azul	\$2.00	\$2.00
1 computadora laptop	\$290.00	\$290.00
1 maquina impresora	\$200.00	\$200.00
2 cartuchos de tinta de impresora	\$27.00	\$54.00

Gastos de fotocopias de 163 instrumentos (cedulas de entrevistas, guías de observación, consentimiento informado)	\$1.00 c/u	\$163.00
Otros varios		
Viáticos de transporte	\$100.00	\$100.00
163 cepillos dentales	\$1.00 c/u	\$163.00
Estímulos de buen comportamiento	\$20.00	\$20.00
TOTAL		1,197.80

G. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.

Para la obtención del consentimiento informado, se procedió en primera instancia a explicar el objetivo de la investigación y lo que se pretendía lograr con dicho estudio a todos los padres de familia o encargados de los menores incluidos. Se les informó que se realizaría una investigación acerca de los conocimientos y las actitudes en salud bucal que ellos poseían y su influencia en la presencia de CIT en los menores, y que para tal objetivo requeríamos de su participación para el llenado de dos cedulas de entrevistas; una que mediría su conocimiento en salud bucal, y otra sus actitudes con respecto a salud bucal, además de un examen clínico que se le realizaría al menor para determinar la presencia o ausencia de caries dental, aclarando que la salud de los menores no correría ningún riesgo al participar en la investigación, puesto que el examen clínico se basaría solamente en la observación del estado que presentaban los dientes del niño en ese momento y que ningún tratamiento odontológico sería realizado.

Una vez aclaradas las dudas que surgieron durante la explicación, se procedió a entregar a cada padre de familia o encargado el documento de

consentimiento informado en donde autorizó la participación del niño en dicho estudio a través de su firma; además se le informó que podría retirarse de la investigación cuando así lo deseara, teniendo la seguridad de que tal decisión no afectaría su atención médica en dicho establecimiento de salud. (Ver anexo 5)

6. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

En esta sección se analizaron descriptivamente los resultados de la investigación; estos han sido recopilados por medio de dos cédulas de entrevista sobre conocimientos y actitudes en salud bucal, realizadas a padres de familia o encargados de los niños de 0 a 66 meses de edad (0 a 5 años y medio) y una guía de observación que evaluó el índice epidemiológico ceo/d en estos niños que asistieron a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Francisco Chinameca, del departamento de La Paz en el periodo comprendido entre el mes de junio y julio de 2013.

A continuación se presentan 5 tablas y 4 gráficos; donde se muestran los siguientes resultados: distribución de niños por rango de edades, distribución de caries dental en niños según índice epidemiológico ceo/d individual y grupal; conocimientos en salud bucal de los padres de familia o encargados y sus actitudes sobre salud bucal. Cada uno con frecuencias y porcentajes.

Dichos datos permiten comprender la naturaleza de los resultados que posteriormente se analizaron con las hipótesis planteadas de las variables: actitudes y conocimientos en salud bucal de los padres o encargados de los menores.

6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

Tabla y Gráfico No. 1. Distribución de los niños por edades en meses.

EDAD DEL NIÑO	FRECUENCIA	%
0 meses - 12 meses	8	5%
13 meses - 24 meses	21	13%
25 meses - 36 meses	15	9%
37 meses - 48 meses	36	22%
49 meses - 60 meses	48	29%
61 meses - 66 meses	35	22%
TOTAL	163	100%

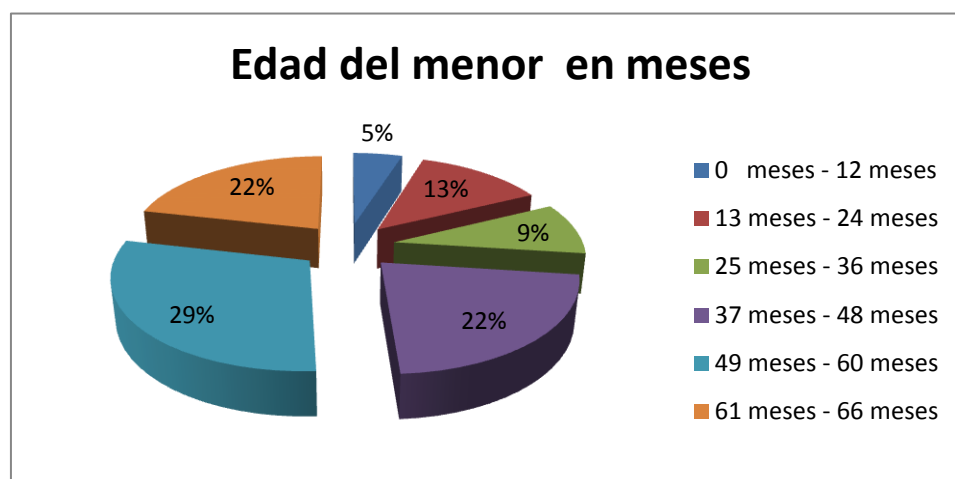


Tabla y Gráfico No. 1 muestra la distribución de la población infantil total, por edades en meses; y se puede observar que en el 29% de la población oscila entre 49 a 60 meses de edad (4 años, 1 mes a 5 años), el 22% entre las edades de 37 a 48 meses (3 años, 1 mes a 4 años) y 61 a 66 meses (5 años, 1 mes a 5 años 6 meses), el 13% de 13 a 24 meses (1 año, 1 mes a 2 años), el 15% de 25 a 36 meses (2 años, 1 mes a 3 años) y el 5% de 0 a 12 meses de edad (0 a 1 año).

Tabla y Gráfico N.º 2. Índice ceo/d encontrado en los menores.

EDAD DEL NIÑO	Índice ceo/d		
	BAJO 0 - 2	MODERADO 3 - 4	ALTO 5 ó más
0 meses - 12 meses	3	1	4
13 meses - 24 meses	12	2	7
25 meses - 36 meses	7	2	6
37 meses - 48 meses	7	8	21
49 meses - 60 meses	20	8	20
61 meses - 66 meses	5	8	22
TOTAL	54	29	80
PORCENTAJE	33%	18%	49%

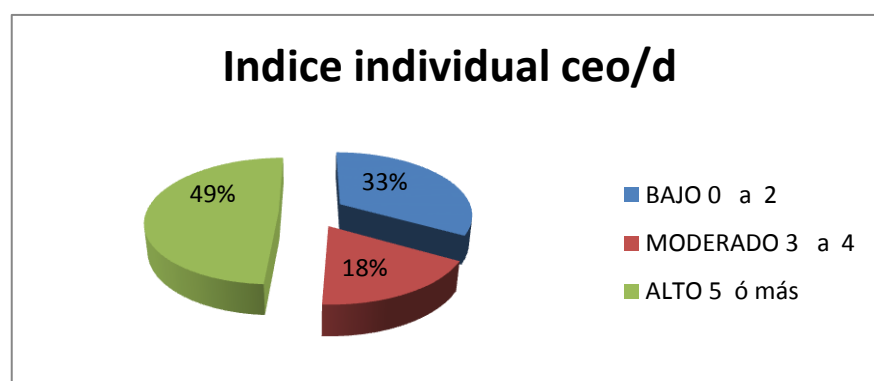


Tabla y Gráfico N.º 2, muestran el índice ceo/d individual en donde un 33% de la población infantil presentaron un ceo/d bajo; un 18% un ceo/d moderado y un 49% un ceo/d alto. Destaca el hecho de que casi la mitad de la población presentó un ceo/d alto.

Tabla No. 3. Índice ceo/d grupal.

Σ ceo/d del total de la población = 867 = **5.3 ALTO**

Total de la población 163

Cuantificación de la OMS para el índice ceo/d	Valores
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

Tabla No. 3, establece las categorías de agrupación (muy bajo, bajo, moderado y alto) del índice epidemiológico ceo/d dado por la OMS (Organización Mundial de la Salud). Utilizando estos parámetros, el ceo/d de la población en estudio es ALTO al ser de 5.3.

Tabla y Gráfico No. 4. Conocimientos en salud bucal de padres de familia o encargados

Conocimientos en salud bucal de padres de familia o encargados		
Conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Bajo (11 - 18)	0	0%
Moderado (19 - 26)	75	46%
Alto (27 - 33)	88	54%
Total	163	100%

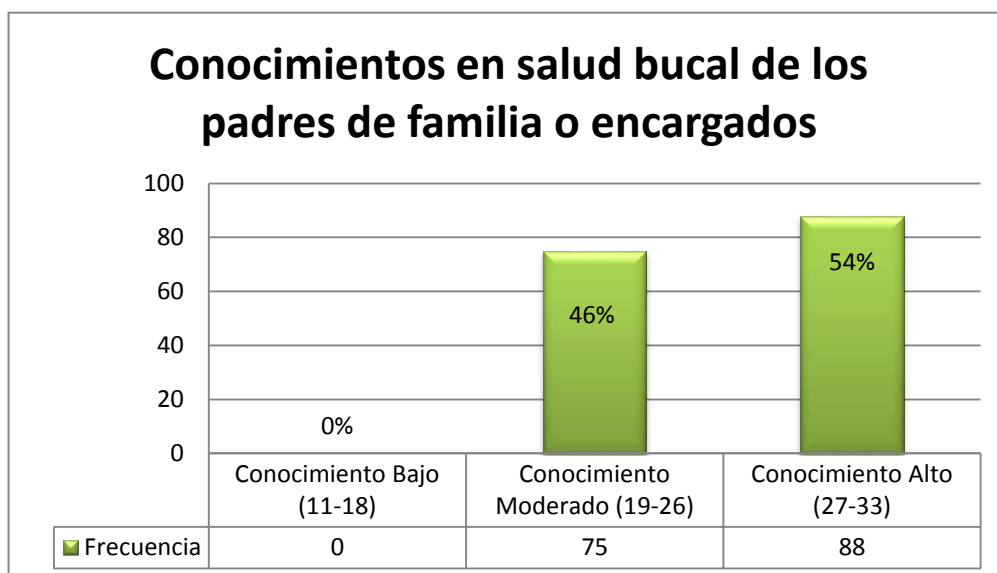


Tabla y Gráfico No. 4, muestran el nivel de conocimientos en salud bucal encontrado en los padres de familia o encargados de los menores, obteniendo que un 54% presentaron conocimiento alto y un 46% presentaron conocimiento moderado. Nadie clasifico con conocimiento bajo en salud bucal, según los resultados.

Tabla y Gráfico N.º 5. Actitudes en salud bucal de padres de familia o encargados.

Actitudes de padres de familia o encargados en salud bucal.		
Actitudes	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena (52 a más)	2	1%
Buena (42 – 51)	9	6%
Indiferente (32 – 41)	98	60%
Mala (22 – 31)	50	31%
Muy mala (13 – 21)	4	2%
Total	163	100%

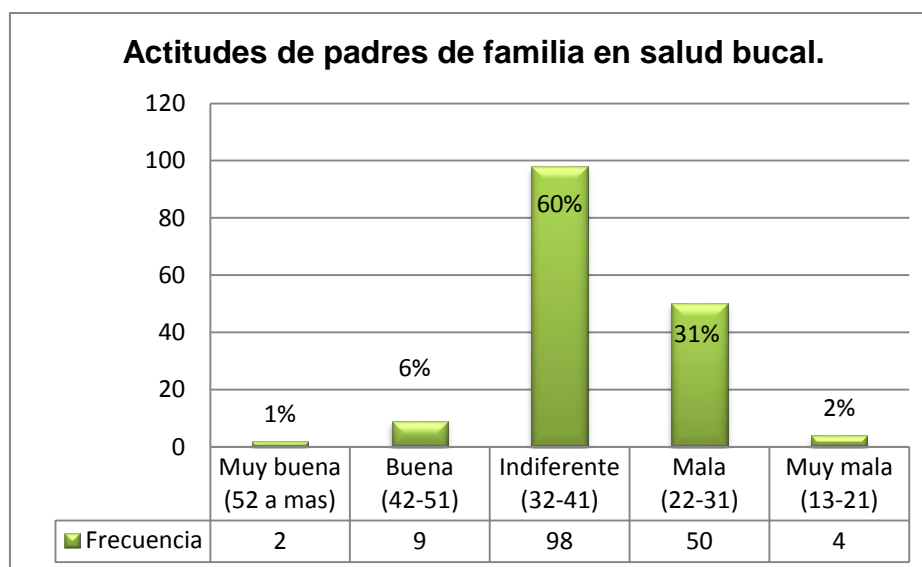


Tabla y Gráfico N.º 5, muestran las actitudes de los padres de familia o encargados en cuanto a salud bucal, obteniendo que un 1% presentan una actitud muy buena; el 6% una actitud buena; el 60% presentaron una actitud indiferente en salud bucal; el 31% una actitud mala, y el 2% una actitud muy mala en cuanto a la importancia de la salud bucal.

6.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS.

Esta sección da respuesta a las hipótesis de la presente investigación, las cuales se han enunciado de la siguiente manera:

Hi: Los conocimientos y actitudes sobre salud bucal de los padres de familia o encargados si influyen en la presencia de Caries de la Infancia Temprana en niños de 0 a 66 meses de edad, atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Francisco Chinameca.

Ho: Los conocimientos y actitudes sobre salud bucal de los padres de familia o encargados no influyen en la presencia de Caries de la Infancia Temprana en niños de 0 a 66 meses de edad atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Francisco Chinameca.

Con el objeto de responder a estas hipótesis de estudio, se estableció una hipótesis específica para cada una de las variables: conocimientos en salud bucal y actitudes con respecto a la salud bucal por parte de los padres de familia o encargados, cada una de las cuales fue relacionada con la presencia o ausencia de CIT en los niños.

Para determinar si existía o no relación entre las variables, se utilizó el estadístico Chi-Cuadrado; teniendo en cuenta que si la prueba estadística de Chi-Cuadrado es menor al nivel de significancia 0.05 de la investigación, se podrá concluir que las actitudes y el conocimiento de los padres de familia o encargados sobre salud bucal influyen en la presencia de caries de la infancia temprana; caso contrario no influye.

Hi 1: Las actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados, influyen en la presencia de caries de la infancia temprana.

Ho 1: Las actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados, no influyen en la presencia de caries de la infancia temprana.

Para la prueba de Chi – Cuadrado correspondiente a las actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados y su relación con la presencia de CIT en los niños; los resultados obtenidos fueron agrupados en intervalos según puntaje, obteniendo:

Actitudes	Frecuencia
Muy buena 52 a más	2
Buena 42 – 51	9
Indiferente 32 – 41	98
Mala 22 – 31	50
Muy mala 13 – 21	4
TOTAL	163

Índice ceo/d	Frecuencia
Bajo 0 – 2	54
Medio 3 – 4	29
Alto 5 a más	80
TOTAL	163

Relacionando las variables se obtuvo:

TABLA N^o 1. ACTITUD EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES O ENCARGADOS FRENTE AL NIVEL DE ceo/d DE LOS NIÑOS.				
Actitudes	Índice epidemiológico ceo/d			Total
	Bajo	Moderado	Alto	
Muy mala	2	2	0	4
Mala	10	12	28	50
Indiferente	35	14	49	98
Buena	5	1	3	9
Muy buena	2	0	0	2
Total	54	29	80	163

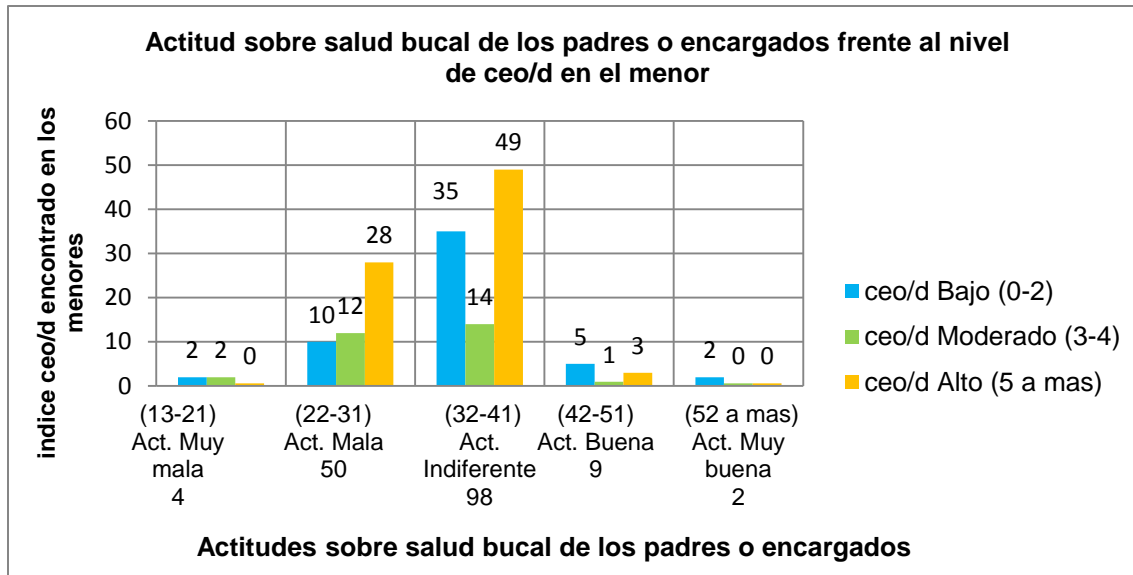


Tabla y Gráfico N^o 1, muestran que la actitud hacia la salud bucal de los padres o encargados es predominantemente indiferente, presentándose con una frecuencia de 98 de 163 entrevistados; de los cuales 49 niños pertenecientes a estos padres o encargados se catalogaron con ceo/d ALTO.

Realizando la prueba Chi-Cuadrado:

CUADRO 1. TEST DE CHI - CUADRADO			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.787 ^a	8	.046
N de casos válidos	163		

Al realizar la prueba Chi – Cuadrado se obtuvo un resultado de 0.046 mostrado en el cuadro 1, siendo menor al valor de significancia de 0.05, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y decimos que estadísticamente la actitud hacia la salud bucal de los padres/ encargados si influye en la presencia de caries de la infancia temprana.

Se puede observar en la *tabla y gráfico 1*, que de 50 padres o encargados con actitud mala en salud bucal, 28 niños pertenecientes a estos padres tienen un ceo/d alto; y que de 98 padres o encargados con actitud indiferente en salud bucal 49 niños pertenecientes a estos padres presentaron un ceo/d alto.

Hi 2: Los conocimientos en salud bucal de los padres de familia o encargados, influyen en la presencia de caries de la infancia temprana.

Ho 2: Los conocimientos en salud bucal de los padres de familia o encargados, no influyen en la presencia de caries de la infancia temprana.

Para la prueba de Chi – Cuadrado correspondiente a los conocimientos en salud bucal de los padres de familia o encargados y su relación con la presencia de CIT en los niños; los resultados obtenidos fueron agrupados en intervalos según puntaje, obteniendo:

Nivel de conocimientos	Frecuencia
Bajo (11-18)	0
Intermedio (19-26)	75
Alto (27-33)	88
Total	163

Índice ceo/d	Frecuencia
Bajo (0 – 2)	54
Medio (3 – 4)	29
Alto (5 a más)	80
Total	163

Relacionando las variables se obtuvo:

TABLA No. 2. DE LOS PADRES/ENCARGADOS FRENTE AL NIVEL DE ceo/d		Nivel de ceo/d			
		Bajo	Moderado	Alto	Total
Nivel de conocimiento	Intermedio (19-26)	16	18	41	75
	Alto (27-33)	38	11	39	88
Total		54	29	80	163

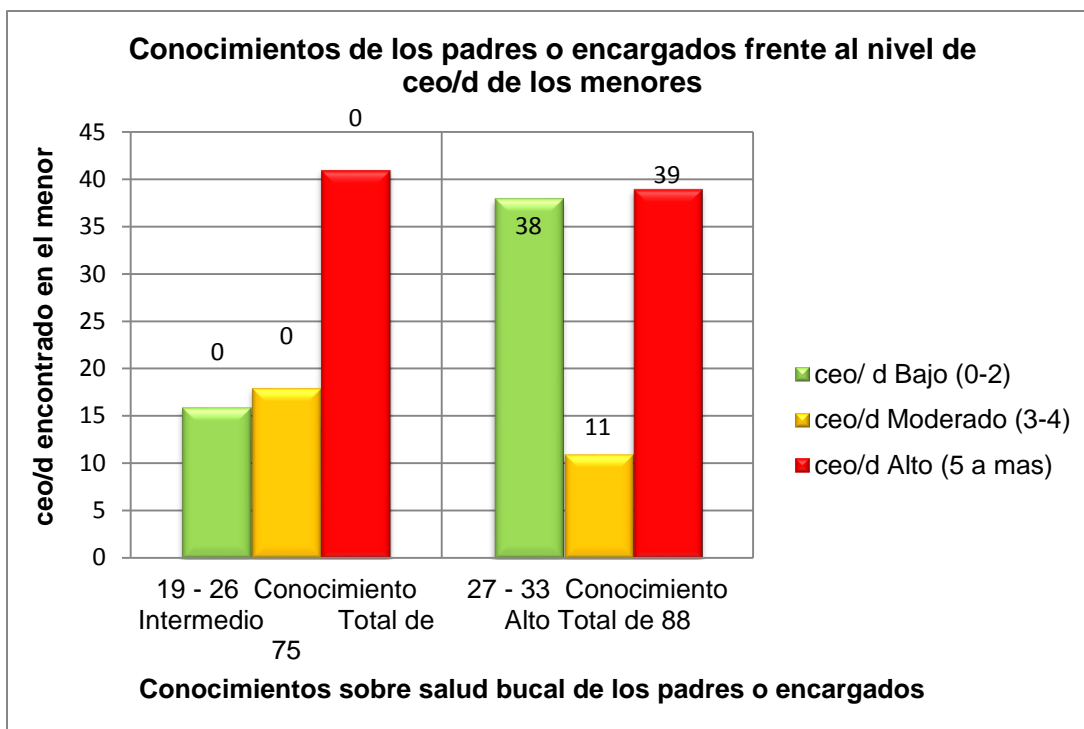


Tabla y Gráfico N^o 2, muestra que los padres o encargados se agrupan solamente en dos rangos de conocimiento sobre salud bucal: conocimiento intermedio y alto.

Realizando la prueba Chi-cuadrado:

CUADRO N^o 2. TEST DE CHI-CUADRADO.			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.728 ^a	2	.008
Razón de verosimilitudes	9.948	2	.007
N de casos válidos	163		

Al realizar la prueba Chi – Cuadrado se obtuvo un resultado de 0.008 mostrado en el cuadro 2, siendo menor al valor de significancia de 0.05, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y decimos que estadísticamente los conocimientos en salud bucal de los padres o encargados si influyen en la presencia de caries de la infancia temprana.

7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los 163 niños, entre las edades de 0 a 66 meses (0 – 5 años y medio), junto a sus padres o encargados que se analizaron en esta investigación, asistieron a consulta médica en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Francisco Chinameca, departamento de La Paz, durante el periodo de junio y julio de 2013.

Según esta investigación, las edades en las que la Caries de la Infancia Temprana es más frecuente oscila entre los 37 a 66 meses de edad (3 años un mes a 5 años 6 meses); teniendo para las edades de 37-48 meses de edad (3 años un mes a 4 años) un 21% ; 49 – 60 meses de edad (4 años un mes a 5 años) un 20% y para 61-66 meses (5 años un mes a 5 años 6 meses) el 22%. Estos resultados coinciden con la investigación realizada en la Facultad de Odontología de La Universidad de El Salvador por Barrera y cols. en 2010 ⁽²²⁾ en donde establecieron que la edad con mas prevalencia se encuentra entre 3 y 4 años con un 51.4%, seguido por el rango de 4 a 5 años con el 27%.

Así mismo en una investigación realizada en Lima, Perú por Sarmiento y Cols. en 2011 ⁽¹⁶⁾, establecieron una prevalencia de caries dental de 62.3%; y determinaron que esta se incrementaba con la edad: 10.5% (0-11 meses), 27.3 % (12-23 meses), 60.0% (24-35 meses), 65.5% (36-47 meses), 73.4% (48-59 meses) y 86.9% (60-71 meses), por lo que se concluyeron que la existencia de Caries de la Infancia Temprana aumenta conforme se incrementan los meses de vida.

Al referirnos al resultado del índice epidemiológico ceo/d obtenido en esta investigación, se logró determinar la prevalencia de un ceo/d ALTO de 5.3 que reflejo la presencia elevada de lesiones cariosas en los 163 niños que fueron

evaluados. El resultado coincide con la investigación realizada por Espinoza y cols. ⁽⁶⁾ en 2009 y 2010 en El Salvador. En 2009 estableció un índice ceo/d de 5.76 ALTO en niños de 3 a 5 años de edad y en su estudio de 2010 obtuvo un ceo/d menor aunque siempre alto de 5.36 en niño de 3 a 5 años de la región paracentral de El Salvador (departamentos de La Paz, Cabañas, Cuscatlán, y San Vicente). Por lo anterior se determinó que la presencia de Caries de la Infancia Temprana en los niños de El Salvador en edad preescolar era ALTA.

En cuanto al nivel de conocimiento de los padres de familia o encargado sobre salud bucal se determinó que un 46% presentó un *CONOCIMIENTO MODERADO* y un 54% un nivel de *CONOCIMIENTO ALTO*; nadie clasificó con conocimiento bajo.

Al relacionar el conocimiento en salud bucal de los padres o encargados con el ceo/d observado en los niños, se estableció una asociación significativa de 0.008 entre las variables, por lo tanto se concluyó que el nivel de conocimientos de los padres de familia o encargados si influyen en la aparición de Caries de la Infancia Temprana.

Este resultado no coincide con dos investigaciones citadas por Bach Pisconte ⁽¹³⁾, realizadas en Lima, Perú, por Visosa y cols. Y Loza L. y cols. (1999), en niños escolares de 6 a 12 años, en donde concluyeron que no hubo diferencia significativa entre el grado de conocimiento de los padres de familia y el nivel de caries dental encontrado en los niños.

Siempre en Perú, pero en el año 2012, Benavente y cols. ⁽²¹⁾ en 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*", estableció que las madres de familia tenían un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, sin embargo la salud oral de los hijos era mala.

Cabellos D. (2006), citado por Bach Pisconte ⁽¹³⁾, determinó en su estudio que a mayor nivel de conocimientos de los padres sobre higiene bucal menor será el índice de caries dental en los niños; coincidiendo con los resultados de esta estudio.

En relación con las actitudes hacia salud bucal de los padres de familia o encargados y su influencia en la presencia de Caries de la Infancia Temprana en los niños; esta investigación encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables; predominando una actitud *INDIFERENTE* con respecto a la salud bucal por parte de los padres o encargados y un *ceo/d ALTO* en los menores.

Este resultado coincidió con el obtenido en el estudio realizado por Barrera y cols. ⁽²²⁾ en Abril-Mayo de 2010 en padres de familia o encargados de niños de 3 a 5 años atendidos en la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, en donde determinaron que la actitud tomada por los padres durante la realización de técnicas de higiene bucal y la frecuencia con que esta se realiza si influyen en la aparición de CIT.

Estos resultados no pudieron ser comparados con otros estudios, ya que no se encontraron investigaciones realizadas a nivel nacional o internacional con objetivos similares.

Es de considerar que las *ACTITUDES* en salud bucal, es uno de los factores moduladores más difíciles de evaluar solo con entrevista, ya que los resultados están ligados a las respuestas que los padres o encargados nos proporcionan, las cuales a su vez están asociadas a sus estados de ánimo, timidez, capacidad, de entendimiento y de expresión, a la influencia de mas personas presentes y a su necesidad de aceptación social.

Mientras mayor sea nuestra comprensión de todos los factores de riesgo que participan en el desarrollo de la Caries de la Temprana Infancia (tan

multifactorial y prevalente en los niños), mejores programas de salud bucal podremos ofrecer a los padres o encargados para que ellos los desarrollen con sus hijos.

8. CONCLUSIONES

1. Un 54% de los padres o encargados presentaron un conocimiento alto sobre salud bucal, un 46% conocimiento intermedio y un 0% conocimiento bajo.
2. Los conocimientos en salud bucal que presentan los padres o encargados si influyen en la presencia de Caries de la Infancia Temprana en sus hijos, reflejado en un índice ceo/d alto.
3. Las actitudes predominantes en salud bucal de los padres o encargados fueron en un 60% indiferente.
4. Se determinó que las actitudes que tiene los padres o encargados hacia la salud bucal de los niños si influyen de manera estadísticamente significativa en la presencia de Caries de la Infancia Temprana.
5. El índice epidemiológico ceo/d fue de 5.3 clasificándolo como ALTO.
6. Se estableció que las edades más afectadas por Caries de la Infancia Temprana corresponden entre los 37- 66 meses de edad (3 años un mes a 5 años, 6 meses).
7. Se determino que el índice epidemiológico ceo/d aumenta conforme aumenta la edad del niño.

9. RECOMENDACIONES

Se le recomienda a la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador:

1. Continuar el programa de educación en salud bucal orientada hacia los padres o encargados de los menores al momento de dar las técnicas de higiene oral.
2. Al evaluar actitudes sobre salud bucal en los padres de familia o encargados, procurar realizar las entrevistas en privado y contar con la opinión de dos miembros del grupo familiar por cada niño, con el fin de obtener respuestas más verídicas y acertadas.
3. Realizar evaluaciones sobre actitudes en salud bucal en el mismo padre de familia o encargado de forma consecutiva en diferentes citas durante el tratamiento odontológico del niño.
4. Crear mecanismos de evaluación periódica de prácticas en salud bucal entre la población que asiste a la consulta odontológica.
5. Elaborar proyecto y poner en marcha la “Clínica del “Bebe” en la facultad de odontología, con el fin de brindar atención integral con cobertura a tres grupos de población: gestantes, niños y madres; logrando una atención odontológica preventiva en el niño desde el vientre materno.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

1. Implementar nuevas estrategias en los programas de prevención como: programa de gestantes, lactancia materna y programa de nutrición materno-infantil para mejorar el control odontológico prenatal en las Unidades Comunitarias de Salud familiar. Al mismo tiempo ampliar su

cobertura para controlar el estado de salud bucal del niño desde sus primeras etapas.

2. Incorporar en las jornadas odontológicas una evaluación semanal sobre conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados cuando se trate de menores de 66 meses de edad; para lo cual se deberá seleccionar un día específico en donde el personal asignado pueda exponer, motivar y practicar hábitos de higiene oral junto con los padres o encargados y los niños; cuyo fin sea mejorar las técnicas de higiene oral, crear conciencia sobre la importancia de la salud bucal desde temprana edad en los niños y llevarla a la práctica.

A la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Francisco Chinameca:

1. Incluir en su contenido educativo charlas motivadoras sobre técnicas de higiene oral dirigidas a los padres o encargados, ejemplificando con casos verdaderos los diferentes problemas que pueden surgir al no cuidar o mantener la salud bucal del niño.
2. Incluir en sus charlas, material didáctico atractivo, dinámicas, juegos para motivar la participación de la población.
3. Que el profesional odontólogo, en servicio social o de planta, además de impartir charlas a la población, también lo haga con el personal de salud (promotores de salud, enfermeras), para que ellos actúen como multiplicadores de información sobre salud bucal, al mantener estos un contacto más cercano y frecuente con la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mora León L., Martínez Olmos J., Prevalencia de Caries y Factores Asociados en Niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjayar y Cartuja de Granda Capital. Vol. 26, Num.6, octubre 2000. Disponible en <http://www.ugr.es/~cts131/documentos/DOC0070.PDF>
2. Rodríguez, L. E., Contreras, R. Prevalencia de Caries y Conocimiento Sobre Salud- Enfermedad Bucal de Niños 3 a 12 Años en el Estado de México. Vol. LXIII, No. 5 sept- octubre 2006, pp 170- 175. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2006/od065c.pdf>
3. González, H.; Brand, S. Prevalencia de Caries Rampante en Niños Atendidos en el Centro Odonto-pediátrico Carapa, Antimano, Venezuela. Rev. BiomedVol. 17, No. 4, octubre-dic 2006. Disponible en <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb061747.pdf>
4. Montero, D; López, P. Prevalencia de Caries de la Infancia Temprana y Nivel Socioeconómico Familiar. Rev. Odontol. Mexicana, Vol. 15 No. 2, Abril-junio 2011, pp 96-102. Disponible en <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/25815>
5. Zaror Sánchez, C., Pineda Toledo, P., Orellana Cáceres J. J. Prevalencia de Caries Temprana de la Infancia y sus Factores Asociados en Niños Chilenos de 2 y 4 Años. Int. J. Odontostomat. [En línea]. 2011 Ago. [Fecha de acceso 2013 Ene 29]; 5(2): 171-177. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2011000200010&lng=esdoi10.4067/s0718-381X2011000200010

6. Espinoza Molina, M. A. y cols. "Estudio Epidemiológico de Caries Dental y Flúorosis en Escolares de 5 – 6, 7 – 8, 12 y 15 años de Centros de Enseñanza Pública y Privada de El Salvador Disponible en http://www.mspas.gob.sv/p_saludbucal.asp. Cuidados de salud bucal en niños de 3 -5 años y su relación con higiene bucal y Caries Temprana de la Infancia (Comasagua, Morazán y Tepecoyo)"TESIS DE GRADUACIÓN 2009, Prevalencia de Caries temprana de la Infancia en relación a dieta y hábitos de higiene en niños de 3 – 5 años.
7. Bezerra Da Silva, L.A. "Tratado de odontopediatría' Tomo II. Universidad de Sao Paulo. Edición 2008. Cap. 22. Pág. 7887 – 809. Amolca, Venezuela.
8. Henostroza Haro, G. "Caries dental, principios y procedimientos para el diagnóstico". Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2007. Cap. 1, Pág. 17-33. Editorial médica.
9. Alonso Noriega, M. J.; Karakowsky L.; Caries de la Infancia Temprana. PerinatolreprodHum , 2009, 23(2) 90-97. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>
10. García Suarez, A.; Caries Temprana de la Infancia. Prevención y Tratamiento. Acta Pediátrica. Mex 2008; 29(2): 69-72. Disponible en

[http://www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/marzo-abril%202008/ActPed2008-29\(2\)-69-72.pdf](http://www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/marzo-abril%202008/ActPed2008-29(2)-69-72.pdf)

11. American Academy of Pediatric Dentistry, Policy on Early Childhood Caries, Vol.32No. 6, 10-11, 2008. Disponible en http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_ECCClassifications.pdf

12. Berkowitz, R.J.; Causes, Treatment and Prevention of Early Childhood Caries. J Can DentAssoc. 2003; vol. 69 No. 5, 304-7. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12734024>

13. Bach Pisconte, E. G.; “Relación Entre la Prevalencia de Caries Dental en Prescolares y el Nivel de Conocimiento de sus Madres Sobre Salud Dental, Distrito la Esperanza – Trujillo- Perú 2010. Disponible en <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/EVELYNGIOVANNAPISCONTELEON.pdf>

14. Alonso Noriega, M. J.; Karakowsky L.; Caries de la Infancia Temprana. PerinatolreprodHum , 2009, 23(2) 90-97. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>

15. Ramírez Puerta, B. S.; Escobar Paucar, G.; Franco Cortés, A. M.; Martínez Pabón, M.; Gómez Urrea, L.; Caries de la Infancia Temprana en Niños de 1 a 5 Años. Medellín, Colombia, 2008. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia – Vol. 22 N. 2- Primer semestre, 201. Disponible

en

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/6697>

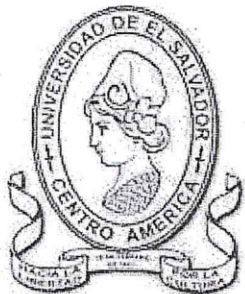
16. Villena Sarmiento, R.; Pachas Barrionuevo, F.; Sánchez Huaman, Y. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. Rev. Estomatol. Herediana, abr./jun. 2011, vol.21, no.2, p.79-86. ISSN 1019-4355. Disponible en http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1019-43552011000100004&script=sci_arttext
17. Cisneros Domínguez, G.; Hernández Borges, Y.; La Educación para la Salud bucal en Edades Tempranas de la Vida. MEDISAN vol.15 no.10 Santiago de Cuba oct. 201. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011001000013&script=sci_arttext
18. Soria-Hernández, M. A.; Molina-F, N. I Rodríguez-P R.; Hábitos de Higiene Bucal y su Influencia Sobre la Frecuencia de Caries Dental. Acta Pediátrica de México 21 Volumen 29, Núm. 1, enero-febrero, 2008. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/110501538/02-Habitos-de-higiene-bucal-y-su-influencia-sobre-la-frecuencia-de-caries>
19. Rivas Gutiérrez, J. Diagnósticos Situaciones en Niños de Edad Prescolar del Centro de Cuidado Infantil. Revista ADM. Vol. LIX, No. 5, Sept- octubre 2002, pp 161- 165. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2002/od025b.pdf>

20. Hallit, K.B.; O'Roviket, P.K.; Social and Behavioral Determinants of Early Children Caries. Australian Dental Journal 2003, 48: (1) pp. 27. 33. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.2003.tb00005.x/pdf>
21. Benavente, L. A.; Chein, S. A. y cols. Nivel de Conocimientos de Salud Bucal de las Madres, y su Relación con el Estado de Salud Bucal del Niño Menor de 5 Años de Edad. Odontología Sanmarquina 2012; 15(1): 14-18. Lima, Perú. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf
22. Barrera, C.; Córdova C.; Huevo, R. "Factores de Riesgo Modulados por los Padres de Familia o Encargados que Influyen en la Presencia de Caries de la Infancia Temprana en Niños de 3 a 5 Años que Asisten a la Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad De El Salvador". Trabajo de Graduación. 2010, agosto.

ANEXOS

ANEXO #1

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



Universidad de El Salvador

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE
FAMILIA O ENCARGADOS Y SU RELACIÓN CON CARIES DE LA INFANCIA
TEMPRANA EN NIÑOS DE SAN FRANCISCO CHINAMECA.



*Aprobado
por el
Comité de
Participación por
Acuerdo N° 270
Junta Directiva
01/Julio/20*

AUTOR

BR. CASTILLO HERNÁNDEZ, KARLA MAGALY

DOCENTE DIRECTOR

DR. OSCAR ARMANDO GÓMEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, 13 DE JUNIO, 2013.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
3. JUSTIFICACIÓN.....	6
4. OBJETIVOS.....	7
5. HIPÓTESIS.....	8
6. MARCO TEÓRICO.....	9
7. MATERIALES Y MÉTODOS.....	15
7.1 Diseño metodológico.....	15
7.2 Tiempo y lugar.....	15
7.3 Variables e indicadores.....	15
7.4Operacionalización de variables.....	16
7.5 Población y muestra.....	17
8. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	17
9. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.....	19
10. ALCANCESY LIMITACIONES.....	20
11. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	21
12. CRONOGRAMA.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICÁS	
ANEXOS	

1. INTRODUCCIÓN

La salud oral desempeña un papel importante en el crecimiento y desarrollo del niño, nutrición, correcta pronunciación del lenguaje, desarrollo normal de los maxilares, adecuada erupción y posición de los dientes permanentes, apariencia y autoestima contribuyendo en su salud general y calidad de vida. Este estado de salud se ve alterado por la presencia de numerosas patologías orales, siendo la más común la caries dental; enfermedad infectocontagiosa, multifactorial y crónica, caracterizada por la destrucción de los tejidos duros dentarios debido a la acción de ácidos producidos por microorganismos al actuar sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta ^(1,2,3,4). Cuando la caries dental se presenta en menores de 71 meses de edad recibe el nombre de Caries de la Infancia Temprana (CIT) ⁽⁵⁾. En la actualidad, su aparición y severidad se asocia en gran medida con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento ^(1,2,3,4) y su distribución varía de una región a otra, siendo reportada en diferentes poblaciones con valores entre el 11% y 98%, por lo que se considera un problema de salud pública ⁽⁶⁾.

Esta investigación evaluará las actitudes y conocimientos en técnicas de higiene bucal de los padres de familia y/o encargados y su influencia en la presencia de CIT en niños de 0 a 66 meses de edad (1-5 años y medio), atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) de San Francisco Chinameca, departamento de La Paz.

Para la recolección de información se aplicará el índice epidemiológico ceo/d en una población de 163 niños, para determinar la presencia o ausencia de la enfermedad (CIT); y el uso de cédulas de entrevista dirigidas a los padres de familia o encargados de los menores, en junio del año 2013. La investigación es de tipo descriptiva-asociativa y se empleará el método estadístico Chi-Cuadrado.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries dental es una lesión caracterizada por la desmineralización de la superficie del diente causada por bacterias (Biofilm) que se adhieren a la superficie dental ⁽⁷⁾. Constituye el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo, afectando a las personas de cualquier edad, sexo y raza ⁽⁸⁾.

En los países en proceso de desarrollo los índices de prevalencia e incidencia de caries dental han aumentado en los últimos años. Para la dentición decidua es del 70.5% a la edad de 5-6 años, llegando al 81.3% a la edad de 7-8 años. Para la dentición permanente la prevalencia de caries dental a los 7-8 años es del 16.6%, a los 12 años del 47.3%. En ambas denticiones la prevalencia de caries dental es de 70.85% de pacientes que han presentado caries dental ya sea en la dentición decidua o permanente ⁽⁹⁾.

Cuando la caries dental se presenta en niños menores de 71 meses de edad se le denomina Caries de la Infancia Temprana, la cual constituye una forma severa y particular de caries dental, afecta la dentición temporal de lactantes y niños pre-escolares comprometiendo por lo general numerosos dientes, y produciendo una rápida destrucción e infección subsiguiente del tejido dentario. En relación a los aspectos epidemiológicos, la CIT constituye un serio problema de salud pública, (Berkowitz, 2003) siendo más prevalente en países en vías de desarrollo y comunidades desprotegidas de países desarrollados como son poblaciones de inmigrantes, minorías étnicas o zonas rurales en donde la prevalencia alcanza hasta un 90% (Miles, 1996) ⁽⁵⁾.

Muchas veces el desconocimiento y la falta de información hacen que las personas tengan la idea errónea que el tratamiento odontológico en los niños debe comenzar una vez hayan erupcionado la totalidad de las piezas dentales alrededor de los tres años, siendo ésta una edad tardía en la mayoría de los casos para iniciar cualquier tipo de tratamiento preventivo. La atención odontológica debe iniciar de forma indirecta desde la concepción del bebé, con educación y promoción de salud oral a la mujer embarazada, logrando así que el recién nacido crezca en un entorno favorable para su salud bucal; y de forma directa debe iniciarse durante los primeros 12 meses de vida, independientemente de las condiciones físicas, psíquicas y neurológicas del bebé.

En el 2008 en El Salvador, el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su investigación “*Estudio Epidemiológico de Caries Dental y Flúorosis en Escolares de 5 – 6, 7 – 8, 12 y 15 años de Centros de Enseñanza Pública y Privada de El Salvador*”, (investigador Manuel Espinoza), ⁽¹⁰⁾ detectó en los niños de 5-6 años una prevalencia de caries del

70.57% es decir que de 1,410 niños estudiados, 995 presentaron caries dental. En niños de 7-8 años la prevalencia fue de 82.42% en una población total de 2,310 niños, de ellos 1,904 presentaron caries dental. El estudio concluyó un ceo/d a nivel nacional según edad y así determino un: ceo/d de 4.08 para niños entre 5-6 años y un ceo/d de 4.53 para los niños entre 7-8 años; también un ceo/d por departamentos, en donde se catalogó al departamento de la paz, en niños de 5-6 años un ceo/d moderado de 3.65; y en niños de 7-8 años un ceo/d alto de 5.21.

Siempre referido a la prevalencia de caries dental Espinoza MA. y cols. En su *investigación "Cuidados de salud bucal en niños de 3 -5 años y su relación con higiene bucal y CTI (Comasagua, Morazán y Tepecoyo)" 2009*. Realizada en una población de 150 niños obtuvieron los siguientes resultados: en niños de 3 años un ceo/ d de 5.90; en niños de 4 años un ceo/d de 5.57; en niños de 5 años un ceo/d 5.87. Obteniendo un ceo/d grupal de 5.76. en un segundo estudio realizado por Espinoza MA. Y cols. *"Prevalencia de Caries temprana de la Infancia en relación a dieta y hábitos de higiene en niños de 3 – 5 años. Tesis de graduación 2010"*, determinaron la prevalencia de caries en El Salvador dividido por regiones obteniendo los siguientes resultados: para la región central un ceo-d de 3.04; para la región oriental un ceo/d de 3.54 y para la región paracentral un ceo/d de 5.36 siendo este el resultado más alto. ⁽¹⁰⁾

Por lo anterior; esta investigación, determinará la relación entre las actitudes y el conocimiento de hábitos de higiene bucal de los padres de familia o encargados en la prevalencia de CIT en la población infantil salvadoreña, atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Francisco Chinameca, departamento de La Paz, con el fin de aportar nuevos conocimientos que ayuden a la elaboración de mejores programas preventivos en salud oral. Por lo tanto; ¿Existe relación entre la presencia de caries de la infancia temprana en niños de 0-66 meses de edad y el nivel de conocimiento y actitud en hábitos de higiene oral de los padres de familia o encargados atendidos en la Unidad Comunitaria de San Francisco Chinameca?

3. JUSTIFICACIÓN

Entre las patologías bucales; la caries dental y las enfermedades periodontales son las de mayor prevalencia en la población salvadoreña; siendo los grupos poblacionales más afectados por caries dental los niños y los adolescentes ⁽⁹⁾. La caries dental es más rápida y severa cuando se desarrolla en dientes deciduos en niños menores de 71 meses de edad (CIT) debido a su limitada habilidad motora para realizar técnicas de higiene oral (THO) adecuadas y, por lo tanto, totalmente dependientes de sus padres para realizarlas, así como la ingesta de un tipo de dieta rica en azúcar refinada ^(1, 2, 11,12).

Su origen y desarrollo se atribuye a la combinación de factores de riesgo etiológicos y moduladores que se presentan en un determinado periodo de tiempo y debido a su alta prevalencia es considerada como un problema de salud pública ⁽¹³⁾. Erradicarla representa un desafío que requiere del esfuerzo de todos los involucrados en el cuidado de la salud bucal del infante.

En el país la atención odontológica se basó en un enfoque exclusivamente curativo desde 1925 hasta 1973, prestando atención a las lesiones presentes sin profundizar en el estudio de los factores de riesgo y etiológicos de dicho problema; fue hasta el año 1974 que se introdujo el Programa de Salud Oral a base de floucolutorios ⁽¹⁴⁾, dando inicio a un nuevo modelo de atención odontológica con orientación preventiva. En la actualidad se ha incrementado la oferta de atención odontológica preventiva en los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud, y de otras instituciones, como el instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Bienestar magisterial (BM), Comando de Bienestar Militar y la Organización no gubernamental (ONG) Intervida ⁽¹³⁾.

Ante la limitada cantidad de estudios epidemiológicos que aporten datos sobre la prevalencia de CIT en la población infantil salvadoreña en edad pre- escolar, se desarrolla esta investigación, en niños de 0-66 meses de edad atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Francisco Chinameca, con el fin de determinar cuál es el estado de salud bucal y la influencia del conocimiento y actitudes en hábitos de salud bucal de los padres de familia o encargados de los menores en la aparición de CIT.

La información obtenida tendrá relevancia social, al aportar datos sobre la Caries de la Infancia Temprana de la población de San Francisco Chinameca, a partir de los cuáles la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del lugar, podrá potenciar los programas odontológicos con orientación preventiva que involucre a los niños y sus padres o encargados.

4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

4.1 Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimiento y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados y su relación en la presencia de caries de la infancia temprana en niños de 0-66 meses de edad atendidos en la Unidad Comunitaria de San Francisco Chinameca 2013.

4.2 Objetivos Específicos:

1. Determinar la presencia o ausencia de caries de la infancia temprana en niños de 0 a 66 meses de edad.
2. Determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia o encargados sobre hábitos de higiene oral en los menores de 0 a 66 meses de edad.
3. Determinar las actitudes de los padres de familia o encargados sobre los hábitos de higiene oral en los niños de 0 a 66 meses de edad.

5. HIPÓTESIS

Hipótesis general:

Los conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados influyen en la presencia de Caries de la Infancia Temprana en niños de 0 a 66 meses de edad atendidos en la UCSF San Francisco Chinameca.

Hi: Los conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados si influyen en la presencia de Caries de la Infancia Temprana en niños de 0 a 66 meses de edad, atendidos en la UCSF San Francisco Chinameca.

Ho: Los conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados no influyen en la presencia de Caries de la Infancia Temprana en niños de 0 a 66 meses de edad atendidos en la UCSF San Francisco Chinameca.

6. MARCO TEÓRICO

La caries dental es una enfermedad infecciosa y transmisible, 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. (8)

La Organización Mundial para la Salud (OMS) reconoce como caries dental a la enfermedad causada por la presencia y patogenia del biofilm dental y la define como un “proceso patológico y localizado de origen externo que se inicia después de la erupción dentaria, determinada por una desmineralización de los tejidos duros del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad” (9).

Su etiología es multifactorial (1,2,3), en los que se pueden mencionar; factores anatómicos (dientes con surcos muy profundos, presencia de hipoplasia, mal posición dental, etc.); biológicos determinados por el equilibrio/desequilibrio entre los agentes bacterianos de la cavidad oral, la resistencia del hospedero (diente) y el medio ambiente (disminución del flujo salival, pH crítico de 5.3 a 5.7, exposición al flúor); conductuales como el uso prolongado e inadecuado del amamantamiento, uso de biberones con líquidos azucarados, tés y jugos de frutas durante el día o la noche, higiene oral deficiente, etc. (7)

Para una mejor comprensión sobre el origen de la caries dental su etiología ha sido asociada a dos grandes grupos que son: factores etiológicos, cuya interacción se considera indispensable para que se produzca la caries dental; y factores moduladores que contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y evolución de las lesiones cariosas. (8)

Los factores etiológicos de la caries dental son: a) Factor microbiano: presencia de bacterias cariogénicas en gran número; b) Factor huésped: anatomía y posición del diente, saliva, inmunidad (por presencia de inmunoglobulina A salival, inmunoglobulina G sérica, linfocitos T) y genética (puesto que son heredables determinadas características relevantes a la caries como peculiaridades dentales anatómicas y la susceptibilidad; c) Factor dieta: carbohidratos, frecuencia y consumo, y un factor adicional: d) Factor tiempo, proporcionado por Newbrun en 1978, como requerimiento para producir caries (2, 3, 8, 10,11,12,13).

En cuanto a los factores moduladores, podemos mencionar: salud general, exposición a flúor, grado de instrucción educativa, técnicas de higiene oral, nivel socioeconómico, grupo epidemiológico y variables de comportamiento, que son factores que se encuentran fuera de la cavidad bucal y en donde la familia juega el rol más importante, especialmente en la adquisición de hábitos alimenticios y de higiene oral (8, 13).

La caries dental puede surgir en cualquier etapa de la vida ya sea esta niñez, adolescencia o adultez; siendo la niñez la etapa más frecuente de aparición, afectando gran parte de la población pre escolar en todo el mundo. La presencia de caries dental en la niñez fue comunicada por primera vez en 1862 por Abraham Jacobi (médico pediatra estadounidense, de origen judío-alemán, 1830-1919) quien observó que el uso abusivo de biberones con leche y azúcar, ocasionaba la destrucción total de las coronas de los dientes temporales, identificando esta como la causa fundamental del desarrollo caries en niños, por lo que se le denominó “caries del biberón”. A partir de ello se han propuesto innumerables terminologías para sustituir el término “caries del biberón”, ya que la etiología de la caries es multifactorial y no se debe únicamente al uso del biberón (7). En esta búsqueda de terminología ha sido llamada caries del lactante, caries labial, caries de los incisivos, caries rampante, caries rampante de la infancia temprana y caries de la infancia temprana severa (1, 2, 7, 10,14). Debido a la ausencia de un consenso general con relación al término más adecuado, el *Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades*, promovió una conferencia en Atlanta en 1994, en donde se acordó el uso del término “Caries de la Infancia Temprana” (CIT) o “Caries Precoz de la Infancia (*Early Childhood Caries, ECC*), por ser el que más reflejaba la etiología multifactorial de la caries dental. (7)

Así la CIT ha sido definida por la Academia Americana de Odontopediatría en 2003 (AAPD por sus siglas en inglés) como: « presencia de una o más superficies cariadas (con o sin lesión cavitaria), superficies perdidas (debido a caries) o superficies obturadas en cualquier diente deciduo de un niño entre el nacimiento y los 71 meses de edad». Rodríguez, L. (2006), Alonso Noriega (2009), y Bezerra Da Silva, citan en sus investigaciones a Amid I. Ismail, (1999), quien sugirió que la CIT debe ser definida como: «La ocurrencia de cualquier signo de caries dental en cualquiera de las superficies dentales que ocurra durante los tres primeros años de vida y como CIT severa a las lesiones cariosas que se comienzan solo en los incisivos superiores». (2, 7, 14)

En cuanto a clasificación, la CIT se divide según su severidad en : “1 Leve” cuando abarca solo incisivos superiores; “2 Moderada” cuando son lesiones moderadamente cavitadas en incisivos superiores y primeros molares (superiores o inferiores) ó solo los incisivos superiores con destrucción coronaria extensa; “3 Intensa” lesiones intensamente cavitadas en incisivos superiores, primeros y segundo molares (superiores e inferiores) y caninos; y “4 Severa” lesiones severamente cavitadas en incisivos superiores, primeros y segundos molares (superiores e inferiores), caninos e incisivos inferiores. También se cuenta con una clasificación en estadios para la CIT severa que solo abarca incisivos superiores, así tenemos que: Estadio 1 incluye lesiones en las superficies vestibulares/palatinas de los incisivos, sin afectar superficies incisales; Estadio 2, lesiones en las superficies vestibulares/palatinas de los

incisivos, afectando superficies incisales, y Estadio 3 en presencia de destrucción coronaria completa de los incisivos superiores. (7)

Otra clasificación fue establecida por Silvia González-Pérez y Col. en su estudio sobre *Prevalencia de Caries Dental y Caries Rampante en Población Preescolar*, clasificó la CIT en: leve, moderada y severa. Consideraron los siguientes criterios: 0 dientes sanos; 1 caries en cualquiera de los incisivos superiores anteriores temporales; 2 caries en los primeros molares superiores primarios; 3 caries en primeros molares inferiores primarios; 4 caries en caninos superiores e inferiores primarios ; 5 caries en segundo molares superiores primarios; 6 caries en segundos molares inferiores primarios; 7 caries en incisivos inferiores primarios; 8 espacio vacío por ausencia de corona, pero persistencia de los restos. Según estos criterios se consideró como leve a la caries con los criterios 0, 1 y 2; moderada con los criterios 3 y 4, y avanzada con los criterios 5 en adelante (3).

La CIT se caracteriza por afectar un gran número de dientes temporales, ser de rápida evolución, ocasionar extensa destrucción coronaria y por afectar superficies dentales consideradas de bajo riesgo para caries (superficies lisas) (7). Sigue un patrón de evolución característico relacionado a dos factores: primero a la secuencia de erupción de los dientes, por lo que afecta principalmente a los dientes antero superiores, seguidos de las primeras molares, segunda molares, y caninos; el segundo se debe a la posición de la lengua durante la alimentación por lo que generalmente los incisivos antero-inferiores no están afectados, esto variara de acuerdo a la severidad de la CIT. (12, 14).

Espinoza y cols., llevaron a cabo tres investigaciones sobre la presencia de caries dental en niños de El Salvador; en 2008 la investigación "*Estudio Epidemiológico de Caries Dental y Flúorosis en Escolares de 5 – 6, 7 y 8, años de Centros de Enseñanza Pública y Privada de El Salvador*", en donde detectó en 1,410 niños de 5-6 años una prevalencia de caries del 70.57%, en 2,310 niños de 7-8 años la prevalencia fue de 82.42%. El estudio concluyó un ceo/d a nivel nacional según edad, determinando un: ceo/d de 4.08 para niños entre 5-6 años y un ceo/d de 4.53 para los niños entre 7-8 años; también estableció un ceo/d por departamentos, en donde se catalogó al departamento de la paz, con un ceo/d moderado de 3.65 en niños de 5-6 años y en niños de 7-8 años un ceo/d alto de 5.21. En el 2009 en su *investigación "Cuidados de salud bucal en niños de 3 -5 años y su relación con higiene bucal y CTI (Comasagua, Morazán y Tepecoyo)"*, en una población de 150 niños obtuvo los siguientes resultados: en niños de 3 años un ceo/ d alto de 5.90; en niños de 4 años un ceo/d alto de 5.57; en niños de 5 años un ceo/d alto de 5.87. Obteniendo un ceo/d grupal alto de 5.76. Finalmente en su estudio de 2010 "*Prevalencia de Caries temprana de la Infancia en relación a dieta y hábitos de higiene en niños*

de 3 – 5 años”, determinaron la prevalencia de caries en El Salvador dividido por regiones obteniendo los siguientes resultados: para la región central (departamentos de San Salvador, Chalatenango, La Libertad) un ceo/d moderado de 3.04; para la región oriental (departamentos de Usulután, San Miguel, Morazán y La Unión) un ceo/d moderado de 3.54 y para la región paracentral (La Paz, Cuscatlán, Cabañas y San Vicente) un ceo/d alto de 5.36 siendo este su mayor resultado; resaltando que el ceo/d incremento comparado con el ceo/d de 3.5 que se obtuvo en 2008. (6)

En Colombia, la revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia expuso a través de su estudio “Caries de la Infancia Temprana en niños de 1 a 5 años, 2008”; el estado de la dentición primaria en una muestra de 659 niños y niñas pertenecientes a una población urbana de la ciudad de Medellín, que el 69,7% de los niños de ambos sexos tenían experiencia de CIT, proporción que aumenta desde el primer año hasta los cuatro, siendo mayor en los niños (71,6%) que en las niñas (67,5%); aunque las diferencias no fueron significativas por sexo. La prevalencia global de caries dental en dicho estudio (porcentaje de niños que presentaban al menos una lesión en el momento del examen) fue del 68,7%; siendo más baja en los primeros años de vida. Asimismo, se encontró que 365 de los niños examinados (55,4%) cumplía con las características para ser considerados con presencia de CIT severa (15).

En Perú, Villena Sarmiento y Cols. En 2011, determinaron en la población urbana de Lima Norte, una prevalencia de caries dental de 62,3% en una muestra de 332 niños; que se incrementó a medida aumentaba la edad de los participantes siendo de 10.5% (0-11 meses), 27.3 % (12-23 meses), 60.0% (24-35 meses), 65.5% (36-47 meses), 73.4% (48-59 meses) y 86.9% (60-71 meses). El índice ceo/d promedio fue 2.97, el componente cariado representó el 99.9% del índice, por lo que concluyeron que la existencia de CIT aumenta conforme se incrementan los meses de vida, siendo necesario plantear modelos de intervención temprana con especialistas (16).

Por lo anterior se establece que la CIT constituye uno de los problemas sanitarios con los índices más altos de morbilidad en cavidad oral de los infantes, cuya presencia podrían ser consecuencia de los malos hábitos alimenticios y la falta de supervisión y atención por parte de los padres en cuanto a los cuidados de higiene oral en sus hijos (1, 2,3). La realización de una adecuada higiene bucal es el pilar fundamental para prevenir el apareamiento de la CIT. Esto depende, entre otros aspectos, de la educación sobre técnicas de higiene oral de los padres (conocimiento), transmitida a sus hijos desde temprana edad, así como de las actividades de prevención y promoción de salud que efectúa el personal que brinda atención estomatológica integral en círculos infantiles, escuelas y en la comunidad (17).

Para prevenir o disminuir la CIT se considera que la educación al padre de familia es la medida más importante, debido a que ellos son los encargados de educar a los menores en los primeros años de vida ⁽¹⁸⁾. Su falta de conocimiento conllevará a la creencia errónea de que los “dientes de leche”, no son importantes, y por consecuencia los niños no recibirán una atención odontológica preventiva oportuna, aumentando con ello el riesgo de adquirir CIT. Cabellos D. (2006), citado por Bach Pisconte ⁽¹³⁾, en su investigación, acerca de la relación entre el nivel de conocimientos sobre salud oral de los padres y la higiene bucal de sus niños, determinó en sus resultados, que a mayor nivel de conocimientos de los padres sobre higiene bucal menor será el índice de higiene oral de los niños.

Además de los conocimientos sobre hábitos de higiene bucal, es importante la actitud de los padres y hermanos mayores, para que lo aprendido por el preescolar tenga continuidad y concluya en la adquisición de hábitos de higiene oral ⁽¹²⁾, que le permitirá disfrutar de dientes libres de caries en cualquier edad, pudiendo auxiliarse con cepillos de figuras infantiles, pasta dental y enjuague bucal de olor, sabor y color agradables. Es de vital importancia que los niños practiquen una técnica adecuada de cepillado dental, porque no basta con realizarla tres veces al día ⁽¹⁸⁾.

Rivas Gutiérrez (2002) y Hallit, K. (2003) citaron en sus investigaciones a Goldstein, Ronald E. *Odontología Estética, Barcelona, Ed. Ars Médica 2002 Biofilm Microbiano y Factores de Virulencia* ^(19, 20), quienes relacionan la existencia de CIT y las prácticas inadecuadas de higiene oral, ya que con la acumulación de biofilm de 67 al 100% de la totalidad de los dientes presentes en boca el riesgo de desarrollar CTI aumenta considerablemente. La calidad de la higiene, evaluada a través de la presencia de biofilm, fue el factor de riesgo más fuertemente asociados con la prevalencia de caries en los infantes. Encontraron que los niños que iniciaron más tardíamente los hábitos de cepillado dental (después de los 10 meses de edad), incrementaron significativamente el riesgo de desarrollar CIT.

Sin embargo; Bach Pisconte (2010), cita en su investigación a Visosa J. y Loza L. (1999) ⁽¹³⁾; quienes en sus investigaciones en niños escolares de 6 a 12 años, realizado en Lima, Perú, encontraron que no hubo diferencia significativa entre el grado de instrucción de los padres de familia y el nivel de caries dental del menor.

En Perú, Lourdes A. Benavente y cols.(Lima, 2012) en 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*”, determinó que las madres de familia tenían un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, sin embargo la salud bucal de los hijos era mala, concluyendo que no existía asociación

entre el nivel de conocimientos de salud bucal que poseían las madres con el estado de salud bucal de sus hijos menores de 5 años ⁽²¹⁾.

Caso contrario; en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador se realizó un primer estudio de CIT en Agosto 2010, titulado: “Factores de Riesgo Modulados por los Padres de Familia o Encargados que Influyen en la Presencia de Caries de la Infancia Temprana en Niños de 3 a 5 Años que Asisten a la Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador”. Los resultados fueron obtenidos por los investigadores, Barrera y cols. en abril y mayo de 2010, en donde establecieron que los padres de familia o encargados influían directamente en los factores de riesgo que determinaban la presencia de CIT, siendo en un 59.5% la madre, al realizar inadecuadamente la higiene bucal de niño; a pesar del resultado concluyeron que la falla en la técnica de higiene bucal era uno de los factores moduladores más difíciles de evaluar, ya que los resultados están ligados a las respuestas de los padres, que en muchas ocasiones por aceptación social, tienden a dar respuestas ideales, aunque no sean reales ⁽²²⁾.

A parte del estudio anteriormente citado, no existe otro con el cual podamos contrastar en El Salvador, sobre actitudes y conocimientos o factores modulados por los padres que influyen en la presencia de CIT, imposibilitando hacer una segunda comparación de resultados. Sin embargo, por lo todo lo anteriormente expuesto se concluye que, además del conocimiento sobre hábitos de higiene oral; son importantes las actitudes que toman los padres de familia para llevar a la práctica todo el conocimiento que posean y así influenciar al menor de edad, generando hábitos positivos en cuanto a salud bucal.

Todos los estudios realizados al respecto, evidencian la necesidad de que se debe trabajar en programas educacionales multidisciplinarios, en los que participen odontólogos, obstetras, pediatras, guarderías, escuelas y comunidades, cuya finalidad sea la prevención de CIT, evitando con ello problemas sintomatológicos, sistémicos y psicológicos en los niños, teniendo en cuenta que los profesionales del área de salud actúan como “multiplicadores” de información a la población ⁽⁷⁾, obteniendo así mayor rango de cobertura, y mayor posibilidad de éxito en mejoras en conocimiento y actitudes salud bucal de los padres de familia y por consiguiente una mejora en la salud bucal del menor.

7. MATERIALES Y MÉTODOS

7.1 Diseño metodológico.

La investigación a realizar se enmarcará en un diseño epidemiológico de tipo descriptiva asociativa, y buscará establecer relación entre las actitudes y conocimientos de padres de familia o encargados y su influencia en la presencia de CIT en sus hijos, también se clasifica de tipo transversal, ya que se estudiarán las variables simultáneamente y la correlación de la información se hará al mismo tiempo.

7.2 Tiempo y lugar.

El estudio se llevará a cabo en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Francisco Chinameca del departamento de la Paz, en el mes junio y julio de 2013.

7.3 Variables e indicadores.

Variable Independiente: Factores de riesgo asociados

- Conocimientos sobre hábitos de higiene oral de los padres de familia o encargados.
- Actitudes de los padres de familia o encargados en los hábitos de higiene oral del niño.

Variable Dependiente: Caries de la Infancia Temprana

7.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la variable Independiente	Conceptualización	Dimensión	Indicadores
<p>Conocimiento sobre hábitos de higiene bucal de padres de familia o encargados</p> <p>Actitudes de los padres de familia o encargados en los hábitos de higiene oral del niño.</p> <p>Dependiente.</p>	<p>Conjunto de información almacenada mediante experiencias y aprendizaje sobre THO y salud bucal de los padres de familia o encargados.</p> <p>Forma de actuar o de comportamiento asumido por los padres de familia o encargados frente a los hábitos de higiene oral en los menores de edad.</p>	<p>Conocimiento teórico.</p> <p>Actitudes favorables, desfavorables o neutras hacia los hábitos de higiene bucal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de aditamentos de higiene bucal. 2. Técnica de higiene oral. 3. Hábitos de higiene oral 4. Dientes temporales 5. Caries <ol style="list-style-type: none"> 1. Hábitos de higiene oral 2. Técnicas de higiene oral 3. Visitas al odontólogo 4. Frecuencia de técnicas de higiene oral.
<p>Caries de la Infancia Temprana (CIT)</p>	<p>La caries de la infancia temprana es la presencia de una o más superficies cariadas (con o sin lesión cavitaria), superficies perdidas (debido a caries) o superficies obturadas en cualquier diente deciduo de un niño entre el nacimiento y los 71 meses de edad.</p>	<p>Evaluación clínica a través del índice ceo/d</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de lesiones cariosas. 2. Presencia de dientes obturados. 3. Cantidad de dientes indicados para extracción.

7.5 Población y muestra.

En el presente estudio los sujetos de investigación serán los niños de 0 a 66 meses de edad, con sus respectivos padres o encargados, atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Francisco Chinameca, departamento de La Paz, en los meses de junio y julio de 2013. En la investigación no se hará uso de muestra, ya que se trabajará con la totalidad de la población que corresponde a 163 sujetos.

8. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo el presente estudio, la investigadora contará con la ayuda de una colaboradora profesional odontóloga para el paso de los instrumentos. Se organizará su plan de trabajo de la siguiente manera: (ambas participarán simultáneamente en el paso de los instrumentos), la investigadora y la colaboradora profesional odontóloga se ubicarán en la sala de espera para recibir a los niños de 0 a 66 meses de edad, y procederá a platicar con el padre de familia o encargado del menor acerca de la investigación. Si este acepta participar, se le hará firmar la carta de consentimiento informado.

Para la recolección de información primero se aplicará a los padres de familia o encargados dos cédulas de entrevista; una que evaluará su conocimiento sobre hábitos de higiene oral y otra sus actitudes frente a los hábitos de higiene oral; anotando su edad y ocupación.

Para la obtención de los datos de conocimientos que posee el padre de familia o encargado sobre los hábitos de higiene bucal del niño; se utilizará una cédula de entrevista conformada por 12 preguntas, referidas a: Uso de aditamentos de higiene bucal, técnica de higiene oral, hábitos de higiene oral, dientes temporales y caries dental. Cada pregunta constará de 3 posibles repuestas a las cuales se le asignará un valor: 1 bajo, 2 regular, 3 bueno. Y se catalogará en tres niveles de conocimientos según puntaje obtenido: menor de 33 bajo, entre 34-47 regular, y 48-60 bueno.

Para medir las actitudes hacia los hábitos de higiene bucal de los padres de familia o encargados, hacia los niños, se realizará una segunda cédula de entrevista utilizando la escala de Likert que por ser una escala que mide actitudes esta abierta a la posibilidad de opciones de respuesta neutras;

aceptando que las personas tienen actitudes favorables, desfavorables o neutras a las cosas y situaciones. El instrumento constará de 13 preguntas sobre: uso de aditamentos de higiene bucal, técnica de higiene oral, hábitos de higiene oral y visitas al odontólogo; cada pregunta constará de 5 posibles respuestas, utilizando los parámetros: Siempre, Casi siempre, No recuerda o no sabe, Casi nunca, y Nunca. Orientando adecuadamente las preguntas.

La guía de observación para realizar el examen clínico en los niños, incluirá la edad en meses y el sexo. Para la evaluación del estado de salud bucal del niño, se utilizará el índice de: Caries Dental (ceo-d: sano=0, bajo de 1 a 3, moderado de 4 a 5, y alto=6 a más; incluyendo la detección de lesiones incipientes como la mancha blanca).

Finalmente se le agradecerá al padre o encargado por participar en la investigación, y se le informará a cerca de lo encontrado en la cavidad oral del niño y de las acciones que debe realizar para modificar los factores de riesgo y los tratamientos restaurativos dentales que necesitarán ser realizados. Además se le hará entrega al niño de un cepillo dental.

Los 3 grupos de variables (conocimientos, actitudes en hábitos de Higiene bucal y CIT) se analizarán con Chi cuadrado, para expresar la asociación entre ellas, por ser variables ordinales. Para validar los instrumentos se llevará a cabo un estudio piloto con un grupo de 10 padres de familia o responsables con niños menores de 0 – 66 meses de edad con características similares, atendidos en las clínicas de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

9. RECURSOS: HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.

Para esta investigación se contará con recurso humano representado por la investigadora y una colaboradora profesional odontóloga, además de la autorización por parte del coordinador de la UCSF de San Francisco Chinameca, para realizar el estudio en sus instalaciones y el asesor de la investigación.

En cuanto a los recursos materiales, se incluye el apoyo bibliográfico proveniente de artículos, tesis, libros y revistas científicas (journals), así como la información encontrada en diferentes sitios sobre Odontología en internet.

Otros recursos materiales a utilizar son:

Instrumental Examen Clínico	X unidad		
10 Set de diagnóstico completo		\$ 8.00	\$ 80.00
2 cajas de baja lenguas		\$2.50	\$5.00
Materiales Varios			
3 cajas de guantes		\$ 8.00	\$ 24.00
1 paquete de 1000 rodets de algodón		\$ 12.00	\$ 12.00
3 rollos de papel toalla		\$5.00	\$5.00
Insumos Varios de Oficina			
2 resmas de papel bond tamaño carta		\$ 5.00	\$ 10.00
1 caja Lapiceros/ lápices		\$ 2.50	\$ 2. 50
1 laptop mas tinta de impresora		\$75.00	\$75.00
Gastos de fotocopias		\$56.80	\$56.80
Otros Varios			
163 Cepillos dentales		\$0.50	\$81.50
Transporte (gasolina)		\$50.00	\$50.00
TOTAL			\$401.80

10. ALCANCES Y LIMITACIONES

La investigación abarcará a niños y niñas de 0-66 meses de edad atendidos en UCSF San Francisco Chinameca.

Las variables de estudio se limitarán a determinar el conocimiento y las actitudes sobre los hábitos de higiene oral de los padres de familia o encargados y su influencia en la presencia de Caries de la Infancia Temprana en niños de 0 a 66 meses de edad atendidos en Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Francisco Chinameca en el año 2013.

Generaría aportes científicos; a partir de los resultados y las conclusiones de la investigación y de esta manera proporcionar las pautas para el desarrollo de mejores programas odontológicos preventivos dirigidos a niños en edad preescolar de dicho municipio.

11. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.

Para obtener el consentimiento informado, se procederá en primera instancia a explicar el objetivo y lo que se pretende lograr con esta investigación a todos los padres de familia o encargados de los menores incluidos en el estudio, así como los instrumentos (cédulas de entrevista) que se les realizarán y los exámenes clínicos odontológicos a los que serán sometidos los niños, aclarando que la salud de los menores no correrá ningún riesgo al participar en la investigación ya que no se realizará ningún tipo de tratamiento odontológico y estará limitada a la observación clínica de la cavidad bucal. Una vez aclaradas las dudas que pudieran surgir durante la explicación, se procederá a entregar a cada padre de familia o encargado el documento de consentimiento informado en donde autoriza la participación del niño en dicho estudio a través de su firma; además de informarle que puede retirarse de la investigación cuando así lo desee, teniendo la seguridad de que tal decisión no afectará su atención médica en dicho establecimiento de salud. (Ver anexo 4)

12. CRONOGRAMA.

ACTIVIDAD	RESPONSABLES	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Entrega de protocolo	Magaly Castillo	X		
Paso de instrumentos	Magaly Castillo	X	X	
Procesamiento y análisis de datos	Magaly Castillo		X	
Taller presentación resultado y diseño intervención	Magaly Castillo		X	
Evaluación final	Magaly Castillo		X	
Informe final	Magaly Castillo		X	

BIBLIOGRAFÍA

1. Mora León L., Martínez Olmos J., Prevalencia de Caries y Factores Asociados en Niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjayar y Cartuja de Granda Capital. Vol. 26, Num.6, octubre 2000. Disponible en <http://www.ugr.es/~cts131/documentos/DOC0070.PDF>
2. Rodríguez, L. E., Contreras, R. Prevalencia de Caries y Conocimiento Sobre Salud- Enfermedad Bucal de Niños 3 a 12 Años en el Estado de México. Vol. LXIII, No. 5 sept- octubre 2006, pp 170- 175. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2006/od065c.pdf>
3. Gonzales, H.; Brand, S. Prevalencia de Caries Rampante en Niños Atendidos en el Centro Odonto-pediátrico Carapa, Antimano, Venezuela. Rev. BiomedVol. 17, No. 4, octubre-dic 2006. Disponible en <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb061747.pdf>
4. Montero, D; López, P. Prevalencia de Caries de la Infancia Temprana y Nivel Socioeconómico Familiar. Rev. Odontol. Mexicana, Vol. 15 No. 2, Abril-junio 2011, pp 96-102. Disponible en <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/25815>
5. Zaror Sánchez, C., Pineda Toledo, P., Orellana Cáceres J. J. Prevalencia de Caries Temprana de la Infancia y sus Factores Asociados en Niños Chilenos de 2 y 4 Años. Int. J. Odontostomat. [En línea]. 2011 Ago. [Fecha de acceso 2013 Ene 29]; 5(2): 171-177. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2011000200010&lng=esdoi10.4067/s0718-381X2011000200010
6. Barrera, C.; Córdova C.; Huevo, R. "Factores de Riesgo Modulados por los Padres de Familia o Encargados que Influyen en la Presencia de Caries de la Infancia Temprana en Niños de 3 a 5 Años que Asisten a la Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad De El Salvador". Trabajo de Graduación. 2010, agosto.
7. Iruretagoyena, M. A.; Salud Dental Para Todos. Caries Dental. Provincia de Buenos Aires, Argentina. Revisado, diciembre 2012. Disponible en <http://www.sdpt.net/caries.htm>
- 8 Méndez, Lovera, N. Prevalencia de Caries Dental en Escolares de 6 a 12 Años de Edad, del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela, 2002-2003. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Publicaciones 2003. Artículo 7. Disponible en <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art7.asp>

9. Somoza de Díaz, C. y cols. Estudio Epidemiológico de Caries Dental y Flúorosis en Escolares de 5-6, 7-8, 12 y 15 Años de Centros de Enseñanza Pública y Privada de El Salvador, 2008. Dirección general de Salud, Unidad de salud bucal. MSPAS-OPS. Disponible en http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/doc_prog/salud_bucal/estudio_epidemiologico2008/contenido1.pdf
10. Espinoza Molina, M. A. y cols. "Estudio Epidemiológico de Caries Dental y Flúorosis en Escolares de 5 – 6, 7 – 8, 12 y 15 años de Centros de Enseñanza Pública y Privada de El Salvador Disponible en http://www.mspas.gob.sv/p_saludbucal.asp. Cuidados de salud bucal en niños de 3 -5 años y su relación con higiene bucal y caries temprana de la infancia (Comasagua, Morazán y Tepecoyo)"Tesis de graduación 2009, Prevalencia de Caries temprana de la Infancia en relación a dieta y hábitos de higiene en niños de 3 – 5 años. Tesis de graduación 2010.
11. García Suarez, A.; Caries Temprana de la Infancia. Prevención y Tratamiento. Acta Pediátrica. Mex 2008; 29(2): 69-72. Disponible en [http://www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/marzo-abril%202008/ActPed2008-29\(2\)-69-72.pdf](http://www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/marzo-abril%202008/ActPed2008-29(2)-69-72.pdf)
12. Beltrán, M. C.; Caries del Biberón en una Población Prescolar del Municipio de Novalato, Sinaloa, (México), Tesis Doctoral, Granada 2008. Disponible en <http://tesis.com.es/documentos/caries-biberon-poblacion-preescolar-municipio-navolato-sinaloa--mexico/>
13. Ortega, A.; Herrera, L.; Díaz C.; Diagnóstico Nacional de Salud Bucal. Ministerio de Salud, de El Salvador, San Salvador, junio 2012. Disponible en http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/diagnostico_nacional_salud_bucal.pdf
14. Ministerio de Salud. Historia. Actualizado Viernes, 11 de noviembre de 2011. 15:13 <http://www.salud.gob.sv/institucion/marco-institucional/historia.html>
15. Agim, B.; Merita B.; Early Childhood Caries in preschool children ok kosovoaserios Public Health Problem. Public Health 2010: 788.Kosovo. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/788>
16. Alonso Noriega, M. J.; Karakowsky L.; Caries de la Infancia Temprana. PerinatolreprodHum , 2009, 23(2) 90-97. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>

17. American Academy of Pediatric Dentistry, Policy on Early Childhood Caries, Vol.32No. 6, 10-11, 2008. Disponible en http://www.aapd.org/media/Polici%20Guidelines/P_ECCClassifications.pdf
18. Berkowitz, R.J.; Causes, Treatment and Prevention of Early Childhood Caries. J Can Dent Assoc. 2003; vol. 69 No. 5, 304-7. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12734024>
19. Bach Pisconte, E. G.; "Relación Entre la Prevalencia de Caries Dental en Prescolares y el Nivel de Conocimiento de sus Madres Sobre Salud Dental, Distrito la Esperanza – Trujillo- Perú 2010. Disponible en <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/EVELYNGIOVANNAPISCONTELEON.pdf>
20. Villena Sarmiento, R.; Pachas Barrionuevo, F.; Sánchez Huaman, Y. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. Rev. Estomatol. Herediana, abr./jun. 2011, vol.21, no.2, p.79-86. ISSN 1019-4355. Disponible en http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1019-43552011000100004&script=sci_arttext
21. Ramírez Puerta, B. S.; Escobar Paucar, G.; Franco Cortés, A. M.; Martínez Pabón, M.; Gómez Urrea, L.; Caries de la Infancia Temprana en Niños de 1 a 5 Años. Medellín, Colombia, 2008. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia – Vol. 22 N. 2- Primer semestre, 201. Disponible en <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/6697>
22. Cisneros Domínguez, G.; Hernández Borges, Y.; La Educación para la Salud bucal en Edades Tempranas de la Vida. MEDISAN vol.15 no.10 Santiago de Cuba oct. 201. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011001000013&script=sci_arttext
23. Soria-Hernández, M. A.; Molina-F, N. I Rodríguez-P R.; Hábitos de Higiene Bucal y su Influencia Sobre la Frecuencia de Caries Dental. Acta Pediátrica de México 21 Volumen 29, Núm. 1, enero-febrero, 2008. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/110501538/02-Habitos-de-higiene-bucal-y-su-influencia-sobre-la-frecuencia-de-caries>
24. Rivas Gutiérrez, J. Diagnósticos Situaciones en Niños de Edad Prescolar del Centro de Cuidado Infantil. Revista ADM. Vol. LIX, No. 5, Sept- octubre 2002, pp 161- 165. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2002/od025b.pdf>
25. Hallit, K.B.; O'Roviket, P.K.; Social and Behavioral Determinants of Early Children Caries. Australian Dental journal 2003, 48: (1) pp. 27. 33. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.2003.tb00005.x/pdf>

26. Benavente, L. A.; Chein, S. A. y cols. Nivel de Conocimientos de Salud Bucal de las Madres, y su Relación con el Estado de Salud Bucal del Niño Menor de 5 Años de Edad. *Odontología Sanmarquina* 2012; 15(1): 14-18. Lima, Perú. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf

ANEXO #2

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



CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA O ENCARGADOS Y SU RELACIÓN CON CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA EN NIÑOS DE 1-5 AÑOS DE SAN FRANCISCO CHINAMECA.

CÉDULA DE ENTREVISTA.

OBJETIVO GENERAL: Determinar el nivel de conocimiento y actitudes en hábitos de higiene oral de los padres de familia o encargados y su relación en la presencia de caries de la infancia temprana en niños de 0-66 meses de edad atendidos en la Unidad Comunitaria de San Francisco Chinameca 2013.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Determinar las actitudes de los padres de familia o encargados sobre los hábitos de higiene oral en los niños de 0 a 66 meses de edad.

DATOS GENERALES: No. de ficha: _____

Nombre del padre de familia o encargado: _____




Edad: _____ Ocupación: _____

INDICACIÓN: el instrumento consta de 13 preguntas, con respuestas en opción múltiple. Deberá ser llenado por el entrevistador de acuerdo a lo que responda el padre de familia o encargado del menor

INSTRUMENTO DE ACTITUDES-VERSIÓN MODIFICADA

Preg.	Item	Respuesta
1	¿Limpian la boca al niño todos los días?	a Siempre
		b Casi siempre
		c No recuerda o no sabe
		d Casi nunca
		e Nunca
2	¿Se comienza la higiene oral del niño desde que nace?	a Siempre
		b Casi siempre
		c No recuerda o no sabe
		d Casi nunca
		e Nunca
3	¿La higiene bucal del niño se comienza hasta que salen sus dientes de leche?	a Siempre
		b Casi siempre
		c No recuerda o no sabe
		d Casi nunca
		e Nunca
4	¿El niño se cepilla solo los dientes? (no recibe ayuda)	a Siempre
		b Casi siempre
		c No recuerda o no sabe
		d Casi nunca
		e Nunca

5	¿Son los padres los que realizan la higiene de la boca del niño?	a	Siempre
		b	Casi siempre
		c	No recuerda o no sabe
		d	Casi nunca
		e	Nunca
6	¿El niño, en conjunto con los padres, lleva a cabo la higiene de su boca?	a	Siempre
		b	Casi siempre
		c	No recuerda o no sabe
		d	Casi nunca
		e	Nunca
7	¿En la noche el niño se acuesta con los dientes cepillados?	a	Siempre
		b	Casi siempre
		c	No recuerda o no sabe
		d	Casi nunca
		e	Nunca
8	¿En las mañanas el niño sale de la casa con los dientes cepillados?	a	Siempre
		b	Casi siempre
		c	No recuerda o no sabe
		d	Casi nunca
		e	Nunca
9	¿Utiliza crema dental para cepillar los dientes del niño?	a	Siempre
		b	Casi siempre
		c	No recuerda o no sabe
		d	Casi nunca

		e	Nunca
10	¿Es el niño quien pone la pasta dental sobre el cepillo?	a	Siempre
		b	Casi siempre
		c	No recuerda o no sabe
		d	Casi nunca
		e	Nunca
11	¿Son los padres los que ponen la pasta dental sobre el cepillo del niño?	a	Siempre
		b	Casi siempre
		c	No recuerda o no sabe
		d	Casi nunca
		e	Nunca
12	Observe cada uno de los siguientes dibujos y señale el que considere que contiene la cantidad de pasta dental apropiada para cepillar los dientes del niño :	a	
		b	
		c	

13	¿Lleva al niño a consulta con el dentista?	a	Siempre
		b	Casi siempre
		c	No recuerda o no sabe
		d	Casi nunca
		e	Nunca

ANEXO #3

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



CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA O ENCARGADOS Y SU RELACION CON CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA EN NIÑOS DE 1-5 AÑOS DE SAN FRANCISCO CHINAMECA.

CÉDULA DE ENTREVISTA.

OBJETIVO GENERAL: Determinar el nivel de conocimiento y actitudes en hábitos de higiene oral de los padres de familia o encargados y su relación en la presencia de caries de la infancia temprana en niños de 0-66 meses de edad atendidos en la Unidad Comunitaria de San Francisco Chinameca 2013.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Determinar el conocimiento de los padres de familia o encargados sobre hábitos de higiene oral en los menores de 0 a 66 meses de edad.

DATOS GENERALES: No. de ficha: _____

Nombre del padre de familia o encargado: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

INDICACIÓN: el instrumento consta de 12 preguntas, con respuestas en opción múltiple. Deberá ser llenado por el entrevistador de acuerdo a lo que responda el padre de familia o encargado del menor.

INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTOS-VERSIÓN MODIFICADA

1	¿Desde qué momento se debe comenzar la limpieza de la boca del niño?	a	Desde que tiene todos los dientes de leche (temporales)
		b	Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)
		c	Desde que el niño nace
2	¿Por qué es importante realizar la higiene de la boca / dientes del niño?	a	No es importante
		b	Para evitar la caries
		c	Para crear costumbre y evitar la caries dental
3	¿Qué es lo más importante de la crema dental?	a	Que da un aliento fresco
		b	Que deja los dientes limpios y blancos
		c	Que permite que haya más flúor en la boca
4	¿Desde qué edad es importante utilizar crema dental?	a	Desde que el niño nace
		b	Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)
		c	Desde que tiene la mayoría de los dientes de leche (temporales) y el niño pueda escupir; alrededor de los 2 años.
5	¿Por qué es importante controlar la cantidad de crema dental que se usa para la limpieza de los dientes del niño?	a	Porque entre más cantidad, más limpios quedan los
		b	Porque mucha hace que la boca se llene de espuma dándole un sabor picante al niño
		c	Porque mucha causa defectos en los dientes definitivos

6	¿Cuál es la cantidad de crema dental que se le debe poner al cepillo dental del niño?	a	El largo del cepillo dental
		b	La mitad del largo del cepillo dental
		c	El largo de la uña del dedo meñique del niño (el tamaño de un frijol)

7	¿Cuál es la principal función del cepillado dental?	a	Sentir la boca limpia y dejar los dientes blancos
		b	Retirar los alimentos
		c	Retirar las bacterias de los dientes (placa bacteriana)
8	¿Es importante cuidar los dientes de leche (temporales)?	a	No
		b	No sé
		c	Si
9	¿Cuál es la razón más importante para cuidar los dientes de leche?	a	Tener una sonrisa bonita
		b	Poder comer y hablar bien
		c	Tener una buena salud dental y general
10	¿Por qué no cuidar los dientes de leche?	a	Porque cuando el niño/a es pequeño no es necesario
		b	Se dañan fácilmente y al niño no le duele
		c	Porque estos dientes se reemplazan por los definitivos o de dientes de adulto
11	¿Por qué se produce la caries dental?	a	Herencia (mala dentición de los padres y familiares)
		b	Comer dulces / mala alimentación
		c	Por no cepillarse los dientes

12	¿Cómo se ve una lesión inicial de caries dental?	a	Como un hueco en el diente
		b	Como una mancha negra en el diente
		c	Como una mancha blanca en el diente

ANEXO #4

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



CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA O ENCARGADOS Y SU RELACIÓN CON CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA EN NIÑOS DE 1-5 AÑOS DE SAN FRANCISCO CHINAMECA.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

OBJETIVO GENERAL: Determinar el nivel de conocimiento y actitudes en hábitos de higiene oral de los padres de familia o encargados y su relación en la presencia de caries de la infancia temprana en niños de 0-66 meses de edad atendidos en la Unidad Comunitaria de San Francisco Chinameca 2013.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Determinar la presencia o ausencia de caries de la infancia temprana en niños de 0 a 66 meses de edad.

DATOS GENERALES: No. de ficha: _____

Nombre del infante: _____ Edad: _____

INDICACIONES: Se procederá a evaluar la cavidad oral del paciente niño empleando un equipo de diagnóstico, se observara el estado de salud de las piezas dentarias y se trasladará la información del examen clínico al siguiente formulario.

Formulario de la OMS para la evaluación de la salud bucodental (1986) e índice de ceo/d.

Estado de la dentición

5-5	5-4	5-3	5-2	5-1	6-1	6-2	6-3	6-4	6-5

Estado

8-5	8-4	8-3	8-2	8-1	7-1	7-2	7-3	7-4	7-5

Estado

ÍNDICE ceo/d	
Estado	No de piezas
c (cariados)	
e (indicados para extracción)	
o (obturados)	
TOTAL	

ANEXO #5

Universidad de El Salvador

Facultad de Odontología



CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA O ENCARGADOS Y SU RELACIÓN CON CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA EN NIÑOS DE 1-5 AÑOS DE SAN FRANCISCO CHINAMECA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio busca determinar la influencia de las actitudes y conocimientos sobre hábitos de higiene oral de los padres de familia o encargados en la presencia de Caries de la Infancia Temprana en niños de 0-66 meses de edad; realizándose para ello exámenes clínicos a los niños; y entrevistas dirigidas a los padres de familia.

Por tanto:

Yo _____ de _____ años de edad, con Documento Único de Identidad número _____ responsable legal del menor _____ de _____ años de edad, confirmo nuestra participación voluntaria en dicho estudio, y firmo el presente documento después de haber comprendido los procedimientos a los que seremos sometidos; teniendo la oportunidad de preguntar cualquier duda que surja durante la investigación teniendo la certeza que serán esclarecidas.

Es de mi conocimiento que no recibiré ninguna clase de pago o beneficio a cambio de mi participación en dicho estudio, además seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Ciudad _____ a _____ de _____ de _____

Nombre: _____ Firma: _____

Tabla N_o 1. Responsable del cuidado del niño.

	Padres/ madres	Encargados	Total
Frecuencia	118	45	163
Porcentaje	72%	28%	100%

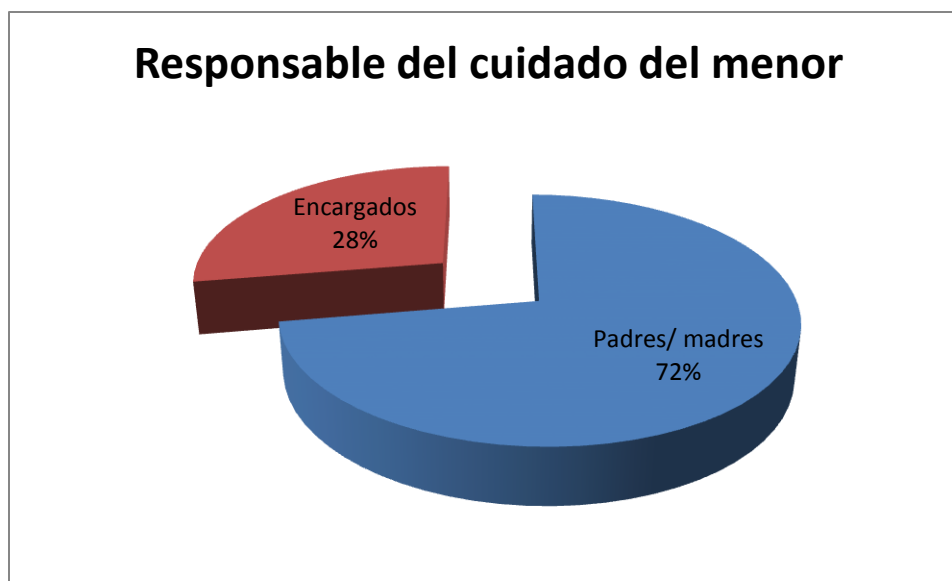


Tabla y Gráfico N_o 1. Muestra que en un 72% el responsable del cuidado del niño es el padre o madre de familia, mientras que un 28% de la población en estudio respondió q el responsable de cuidar al menor es el encargado.

Tabla N_o 2. Distribución por edades de los padres / encargados de los menores

Edades de padres/ encargados	Frecuencia	%
18 - 28 años	74	45%
29 - 39 años	59	36%
40 - 50 años	13	8%
51 - 61 años	11	7%
62 - a mas	6	4%
Total	163	100%

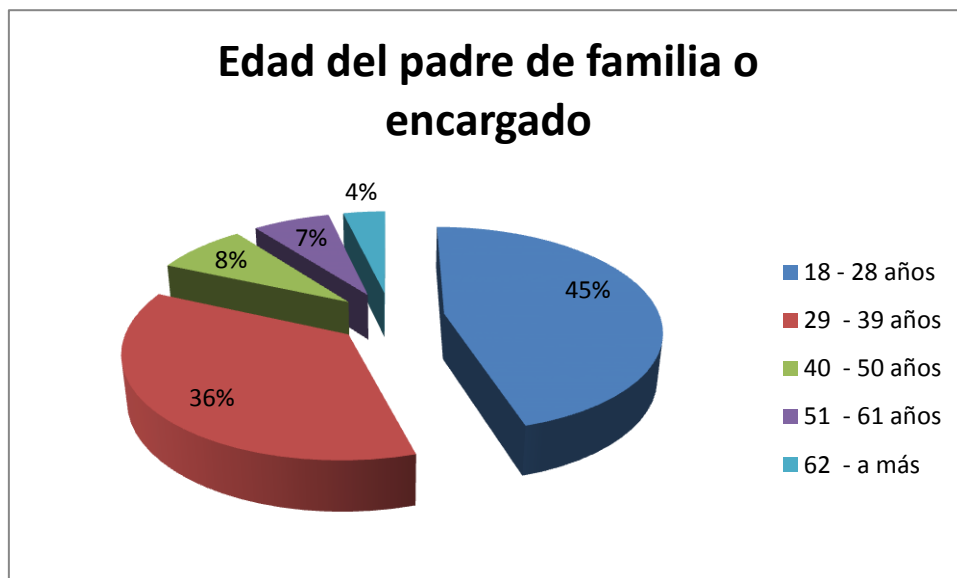


Tabla y Gráfico N_o 2. Muestran que los padres y encargados de los niños, oscilan en edades entre 18 a 28 años en un 45%, de 29 a 39 años en un 36%, de 40 a 50 años en un 8%, de 51 a 61 años en un 7% y de 62 años a más en un 4%.

Tabla N_o 3. Distribución de los padres / encargados de los menores según su ocupación.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
Agricultores	5	3%
Ama de casa	126	77%
Cobrador/motorista	3	2%
Comerciante	13	8%
Estudiantes	8	5%
Oficios domésticos	7	4%
Promotor de salud	1	0.61%
Total	163	100%

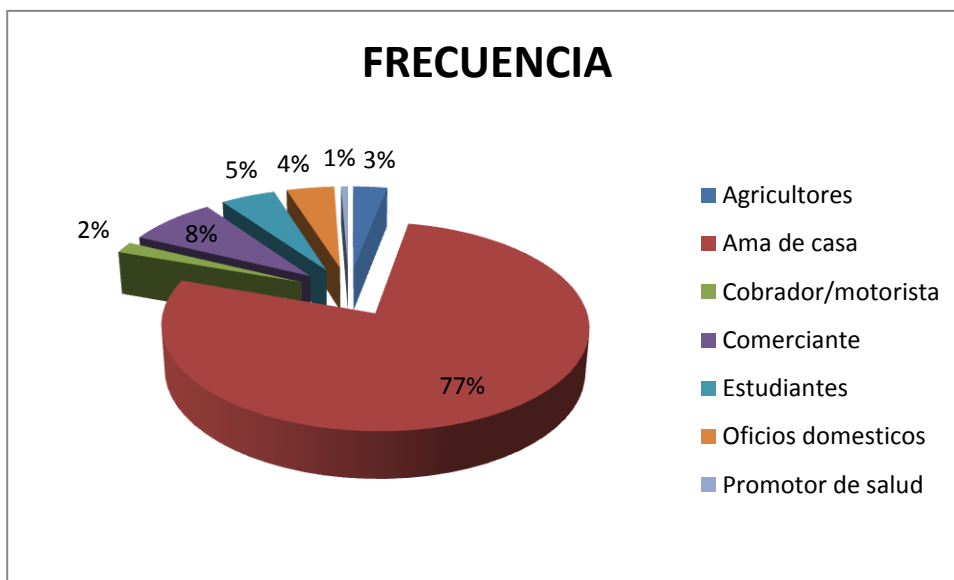


Tabla y Gráfico N_o 3. Muestran las diferentes ocupaciones que desempeñan los padres de familia o encargados, siendo en un 77% amas de casa, en un 8% comerciantes, 5% estudiantes, 4% realiza oficios domésticos, un 3% son agricultores, en un 2% motoristas/cobradores, y en un 1% promotor de salud.

ANEXO #7

FOTOS















