

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa de Odontología



EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN HIGIENE ORAL DE LAS MADRES, EN
RELACIÓN AL DESARROLLO DE CARIES DENTAL SEGÚN CRITERIO ICDAS
EN SUS HIJOS DE UNO A CINCO AÑOS.

Investigadores:

Jill Arrautt Diazgranados

Jhon Mauricio Nieto Vásquez

Santa Marta, Colombia

2013

Silena Candelario Guete
Odontóloga
Especialista en Odontopediatria
Asesora Científica

Investigación de trabajo de Grado, presentado como requisito parcial para optar al
título de Odontólogo

Marta Paredes Bermúdez
Enfermera. Epidemióloga. Especialista en Salud Pública. Aspirante a maestría en
Educación
Asesora Metodológica

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA
SANTA MARTA, D.T.C.H
2013

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Santa Marta, Agosto de 2013

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar hasta esta etapa del camino, y no dejarme desfallecer; a mis padres y hermana por su apoyo incondicional y darme fuerzas cada vez que lo necesité, a mi abuela por sus sabias palabras cada vez que quise renunciar, a mis tíos que fueron una guía a lo largo del camino y a mi hija por ser el motor de mi vida, por impulsarme a salir adelante y a ser mejor profesional y persona cada día.

Jill Arrautt Diazgranados

A Dios por darme la perseverancia, sabiduría y la fuerza para continuar a pesar de los tropiezos que tuve en la carrera, a mi madre por su apoyo incondicional, a mi padre por su esfuerzo y confianza en mis capacidades, a mis tíos por su guía y apoyo y a mi hija por brindarme una sonrisa en momentos de dificultad.

Jhon Mauricio Nieto Vásquez

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a:

Las DOCTORAS SILENA CANDELARIO y MARTA PAREDES BERMÚDEZ, por su apoyo y colaboración constante en la realización y posterior materialización de este proyecto de investigación que determina la culminación de un ciclo, que refleja el aporte de sus conocimientos y orientaciones en el desarrollo de dicho proyecto.

Muchas gracias...

TABLA DE CONTENIDO

	Paginas
PAGINA DE APROBACIÓN.....	II
DEDICATORIA.....	IIIi
AGRADECIMIENTOS.....	IV
LISTA DE GRÁFICOS.....	V
LISTA DE ANEXOS.....	VI
RESUMEN.....	VII
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. JUSTIFICACIÓN.....	5
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
4. OBJETIVO GENERAL.....	8
5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
6. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	9
7. MARCO REFERENCIAL.....	11
8. MARCO TEÓRICO.....	17

9. MARCO LEGAL.....	45
10. DISEÑO METODOLÓGICO.....	46
11. MATERIALES Y MÉTODO.....	49
12. RESULTADOS	52
13. DISCUSIÓN.....	77
14. CONCLUSIÓN.....	80
15. RECOMENDACIONES.....	83
16. BIBLIOGRAFÍA.....	84
17. ANEXOS.....	88

LISTA DE GRÁFICOS

PAGINA

GRAFICO N°1. Distribución por Edades.....	52
GRAFICO N°2 . Distribución por Tipo de Caries.....	54
GRAFICO N°3. Distribución por Morbilidad de Caries.....	55
GRAFICO N°4. Distribución por Zona Afectada.....	56
GRAFICO N°5. Distribución de Posibles Órganos Indicados para Exodoncia por Caries.....	57
GRAFICO N°6. Distribución por Sexo.....	58
GRAFICO N°7. Distribución de caries según el sexo.....	59
GRAFICO N°8. El cepillado se debe realizar máximo 2 veces al día.....	60
GRAFICO N°9. El uso de seda dental no es necesario si se realiza una correcta higiene con cepillo y crema dental.....	61
GRAFICO N°10. La crema dental para usar en sus hijos es la misma que usa un adulto.....	62

GRAFICO N°11. La caries es una enfermedad contagiosa (se puede transmitir de una persona a otra, por ejemplo de la mamá a su hijo).....	63
GRAFICO N°12. Ayuda a la aparición de caries una dieta con alto contenido de azúcares.....	64
GRAFICO N°13. Las primeras piezas dentarias temporales que aparecen en la boca son los incisivos centrales superiores.....	65
GRAFICO N°14. Los dientes de leche son en total 20.....	66
GRAFICO N°15. Los dientes de leche son tan necesarios como los definitivos.....	67
GRAFICO N°16. . La primera pieza dentaria en aparecer en la boca es el primer molar y lo hace alrededor de los 6 años de edad.....	68
GRAFICO N°17. Solo los dientes posteriores (muelas) son necesarios.....	69
GRAFICO N°18. Solo los dientes anteriores y colmillos son necesarios.....	70
GRAFICO N°19. La información que posees de salud bucal la ha obtenido de.....	71
GRAFICO N°20. La última vez que asistió al odontólogo fue.....	72
GRAFICO N°21. Prevalencia de caries según la edad.....	73
GRAFICO N°22. Prevalencia de caries según el número de cepillado diario.....	75
GRAFICO N°23. Importancia de los molares y la zona afectada.....	76

LISTA DE ANEXOS

	PAGINA
ANEXO 1. Encuesta y Consentimiento Informado.....	89
ANEXO 2. Formato de Diagnostico ICDAS.....	93
ANEXO 3. Tabla N°1 Edad del niño.....	94
ANEXO 4. Tabla N°2 Prevalencia de tipo de Caries.....	94
ANEXO 5. Tabla N°3 Morbilidad de Caries.....	95
ANEXO 6. Tabla N°4 Zona Afectada.....	95
ANEXO 7. Tabla N°5 Posibles órganos indicados para exodonc ia por caries.....	96
ANEXO 8. Tabla N°6 Sexo.....	96
ANEXO 9. Tabla N°7 Prevalencia de tipo de caries según el sexo.....	97
ANEXO 10. Tabla N°8 El cepillado diario.....	98
ANEXO 11. Tabla N°9 La seda dental.....	98
ANEXO 12. Tabla N°10 La crema dental para usar en sus hijos	99
ANEXO 13. Tabla N°11 La caries es una enfermedad contagiosa	99
ANEXO 14. Tabla N°12 Aparición de caries.....	100

ANEXO 15. Tabla N°13 Los dientes temporales en erupción.....	100
ANEXO 16. Tabla N°14 Cantidad de dientes temporales.....	101
ANEXO 17. Tabla N°15 Necesidad de los dientes temporales.....	101
ANEXO 18. Tabla N°16 Dientes permanentes.....	1 02
ANEXO 19. Tabla N°17 Necesidad de los molares.....	102
ANEXO 20. Tabla N°18 Necesidad de los dientes anteriores.....	103
ANEXO 21. Tabla N°19 Información.....	103
ANEXO 22. Tabla N°20 Asistencia al Odontólogo.....	104
ANEXO 23. Tabla N°21 Prevalencia de Caries y edad del niño... ..	104
ANEXO 24. Tabla N°22 Prevalencia de caries y numero de cepi llado.....	105
ANEXO 25. Tabla N°23 Importancia de los molares y la zona a fectada.....	106

RESUMEN

La desidia que presentan las madres sobre los conocimientos de higiene oral, junto con el desconocimiento del profesional de los nuevos métodos diagnósticos de caries dental. En base a esto se ha planteado reeducar a las madres sobre la necesidad que tienen sus en presentar una buena educación en salud oral. Este planteamiento se estipularon unas medidas diagnosticas mediante el registro ICDAS de cada uno de estos niños y así tener una base real de la prevalencia de esta enfermedad, esto se implemento a 81 madres y/o acudientes de los niños evaluados en las casas hogar del ICBF con edades de 1 a 5 años de edad, evaluando los conocimientos que posean los responsables de los niños en el cuidado de la higiene oral y buscando correlacionar los conocimientos con el estado dental de los niños. De acuerdo al analisis de niños afectados estos presentan una tendencia de mala higiene oral recuerente al paso de los años, que nos demuestran como progresivamente estas caries se van volviendo mas extensas y terminan siendo un factor para la perdida de organos dentales a temprana edad, prueba de ello es la reduccion de niños sanos, que van desde 1 año con el 100% sanos, pasando por edades que comprenden de los 2 a los 3 años con una porporcion de 46,2% y 33,3% de niños sanos respectivamente. Hay correlacion entre los conocimientos que poseen las madres sobre higiene oral, respecto al indice de caries de sus hijos, son tan afines estos que cuando la madre desconoce sobre los tiempos de erupcion de los organos dentales del niño, estos podrian vese afectados por la caries dental respecto a su orden de erupcion y su localizacion con mayor facilidad.

Palabras claves: Caries, Registro ICDAS, madres, conocimientos, niños, salud oral

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos se han realizado innumerables estudios, acerca del método de diagnóstico de la caries dental, que se ha ido convirtiendo con el pasar de los años en un problema de salud pública, debido a la falta de educación por parte del personal de salud hacia la población en general, en la actualidad a pesar del boom del método de diagnóstico ICDAS, el cual nos permite detectar las fases tempranas de la caries dental, muchos profesionales se siguen por los parámetros antiguos en los que caries dental era la cavidad o la pérdida del órgano dental en sí.

Es preciso educar a la familia y al profesional sobre las fases tempranas de esta enfermedad para así disminuir los índices de morbilidad de órganos dentales en poblaciones tan vulnerables como la infantil, para así evitar otro tipo de entidades y maloclusiones a consecuencia de la pérdida temprana de los órganos dentales y poder iniciar generaciones libres de caries y mejorar considerablemente la calidad de vida de nuestra población.

JUSTIFICACIÓN

Las prácticas y actitudes humanas frente a ciertas situaciones son adquiridas de manera generacional, es importante la educación en salud oral, sobre prácticas, hábitos y enfermedades. En la actualidad es muy pobre el conocimiento de estos aspectos, es indispensable educar a padres y familiares en general sobre este tema debido a que desde temprana edad se detectan fases iniciales de enfermedades tan destructivas para la cavidad oral como lo es la caries dental.

En esta investigación buscamos identificar, en una de las poblaciones mayormente afectada como lo son los niños, cuales, cuantos y debido a que se produce esta enfermedad y así educar a sus madres con relación a las practicas por ellas realizadas, para disminuir considerablemente este problema de salud, y reducir el desconocimiento de los factores causales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la falta de enseñanza, tanto de los profesionales de la salud en este caso odontológico, como la desidia de las madres por conocer las etapas de las enfermedades orales en sus hijos, se ha ido creando una brecha de desconocimiento sobre estas alteraciones orales, como consecuencia, las caries dentales es una de las enfermedades en boca mas permisibles y constante en los infantes.

Al ser una alteración con diferentes formas de diagnósticos y al no haber una necesidad de actualización de conocimiento por parte de muchos odontólogos de la etiopatogenia y la presentación en etapas iniciales de la caries dental a causado que la población también sea producto de tal desconocimiento, generando un factor mas de riesgo para que esta se presente sin alertar a los portadores de dicha enfermedad, siempre y cuando estos aun tengan una atención odontológica frecuente.

Agregado a estos factores tenemos el nivel socioeconómico que es un factor fundamental para observar el déficit de conocimiento adquirido en cuanto a salud oral se refiere y las precarias condiciones de atención, bien sea por falta de materia prima o por ausentismo de los pacientes hacia las consultas odontológicas. Todo esto enmarca una salud oral deficiente en los niños de cortas edades ya que al no poseer autonomía para el cuidado de su higiene oral, va teniendo como resultado las pocas practicas que sus padres puedan ejercer en ellos, sobre los conocimientos que presenten estos en salud oral.

¿Cual es la relación del índice de caries según criterio ICDAS en niños de uno a cinco años asistentes a los hogares del ICBF de la comuna tres de santa marta, respecto a los conocimientos de higiene oral que tienen sus madres?

OBJETIVOS

General

- Evaluar el conocimiento de higiene oral de las madres con niños de uno a cinco años de edad usuarios del ICBF de la comuna tres de santa marta en relación con el desarrollo de la caries dental según el criterio ICDAS

Específicos

- Medir el nivel de conocimiento de las medidas de Higiene oral en las Madres usuarias ICBF.
- Describir la prevalencia de caries en los niños según "ICDAS"
- Relacionar el conocimiento del as madres con la prevalencia de caries según "ICDAS"

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Antecedentes Epidemiológicos En Caries Dental

La magnitud del problema de caries en una población se determina a través del índice que establece el número promedio de dientes cariados, obturados y perdidos a causa de la caries (COP). En el último estudio de salud bucal realizado en Colombia realizado en el año 1998 (ENSAB III), se encontró que el 60,4% de los niños de 5 años tenían historia de caries; el porcentaje fue mayor para la dentición permanente, donde se estableció que a los 12 años de edad, el 71,9% tenía historia de caries y entre los 30 y 34 años, todas las personas presentaron experiencias de caries.

La prevalencia de caries a los 12 años fue del 57% (presencia de una o más lesiones cavitarias no tratadas) y a la edad de 30-34 años, la prevalencia llegó a 76,0%. Aunque el número de personas afectadas por caries, es alto, el número de dientes con caries disminuyó en comparación con los datos del II estudio de morbilidad oral.⁽⁵⁾

La tendencia a la declinación de la caries se ha venido observando desde los años 70; primero en los países industrializados y sólo hasta hace pocos años en otras regiones del mundo, aunque no con la misma magnitud y velocidad. La evidencia disponible sugiere que esto se debe al amplio uso de fluoruros, y a la implementación de programas de higiene oral dirigidos especialmente a la población escolar.

La población escolar en su dentición permanente, es el grupo que presenta una mayor mejoría en cuanto a extensión y severidad de caries dental. Esto puede deberse a que este grupo ha sido considerado prioritario en salud oral y a él se han dirigido los programas de prevención y atención; sin embargo, se observa con preocupación el deterioro de los indicadores que se produce rápidamente en el paso de la adolescencia a la edad adulta.

Colombia ha experimentado en los últimos 12 años, el cambio más grande en el sistema de salud de toda su historia. Nos encontramos en una etapa de transición, en la que se han logrado aspectos positivos como el aseguramiento de poblaciones vulnerables y el aumento de la cobertura en salud y aspectos críticos como el cuestionamiento a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad más prevalentes con el resurgimiento de problemas que se consideraban ya superados.

Se observan problemáticas aún difíciles de resolver como son las grandes inequidades, la situación de pobreza, el desempleo, el desplazamiento que incide directamente en la salud de la población. La situación de la salud oral se ve afectada por todos estos aspectos, los problemas que hoy enfrentamos son más complejos como también son sus soluciones.

Se requiere entonces una reorientación de los programas de salud oral para lograr un verdadero impacto en enfermedades prevenibles como la caries dental, acorde con la evidencia científica ya que a pesar de las limitaciones del actual sistema, existen soluciones viables como las que se proponen a continuación.⁽⁶⁾

MARCO REFERENCIAL

Experiencia de caries dental en niños de 1- 5 años de bajos ingresos. Medellín.
Colombia

Resumen

Introducción y Objetivo: La caries dental constituye la enfermedad crónica mas prevalente en niños y debido a su carácter crónico avanza con la edad si no se hacen esfuerzos para controlar su progresión. El propósito fue identificar la magnitud y severidad de la caries dental en niños de 1-5 años del barrio Moravia de la ciudad de Medellín. *Materiales y Métodos:* Se realizó un estudio descriptivo transversal, en 162 niños de una población de bajos recursos del municipio de Medellín. Un odontólogo previamente calibrado (Kappa 0.73), evaluó cada niño y registró las lesiones de caries dental, según los criterios de Pitts y Fyffe (C1 a C4), previa limpieza y secado de los dientes. Se calcularon proporciones de prevalencia y experiencia de caries dental; y se hallaron los índices ceo-d, ceo-s y su distribución por componentes. Además se exploraron diferencias entre prevalencias de caries según edad y sexo. *Resultados:* Se encontró igual prevalencia y experiencia de caries 77.8%, un ceo-d 5.1 ± 5.0 y un ceo-s 7.6 ± 11.3 , con diferencias significativas por edad (prueba Kruskal Wallis) y predominio del componente cariado. En los niños de cinco años el 73% ha tenido experiencia de caries y el ceo-d fue de 5.94 ± 6.3 . *Conclusión:* La población estudiada tuvo niveles de caries dental, mayores que otros grupos, aún en la misma ciudad, lo cual refleja la polarización de la enfermedad en una población marginada con condiciones de vida precarias. *Palabras clave:* Caries dental, Niños preescolares, Salud bucal, Dentición primaria, Epidemiología. Rev.CES Odont.22(1)21-28,2009 ⁽⁹⁾

Primer molar permanente: historia de caries en un grupo de niños entre los 5 y 11 años frente a los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres

Resumen

Objetivo: Describir la historia de caries del primer molar permanente en niños entre 5 y 11 años y los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. *Introducción:* La caries es una enfermedad de origen multifactorial, se inicia tras la erupción dental y determina un reblandecimiento de los tejidos duros del diente. El primer molar permanente erupciona entre los 5 y 7 años de edad, no tiene predecesor y es uno de los dientes más afectados por esta enfermedad. *Materiales y métodos:* Para este estudio descriptivo de corte transversal, se seleccionaron 50 niños entre los 5 y 11 años y sus madres. El índice COP se usó para identificar la historia de caries del primer molar permanente. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario semi-estructurado de 21 ítems. *Resultados:* Del total de madres 34% respondió que los dientes definitivos erupcionan entre los seis y siete años; 54% refirieron que los dientes temporales son poco importantes porque se van a caer. El 100% de las madres respondió que es importante llevar a su hijo cada seis meses al odontólogo y 34% cambian el cepillo de dientes de su hijo, cuando las cerdas han perdido la forma.

Conclusiones: Casi todas las madres no saben la importancia del primer molar, y desconocen la edad en que éste erupciona Gran proporción de los niños presentan un alto porcentaje de primeros molares cariados, obturados, y perdidos. Pese a que las actitudes de las madres con respecto a la higiene oral son favorables, las prácticas no lo son. *Palabras clave:* Caries; Conocimientos; Actitudes; Prácticas; Higiene oral; Primer molar permanente.⁽¹⁰⁾

Necesidades de tratamiento en dentición primaria en niños de uno a cinco años con caries dental no tratada en una comunidad de bajos ingresos. Moravia, medellín, 2006

Resumen.

Introducción: el objetivo fue establecer la prevalencia de caries dental no tratada y las necesidades de tratamiento en niños de uno a cinco años del barrio Moravia de Medellín.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo transversal, en 162 niños. Un examinador calibrado (Kappa 0.73) evaluó el estado de la dentición de los niños —según criterios de Pitts y Fyffe, que establecen niveles de avance de las lesiones de caries dental (D1-D4)— y con base en este se determinaron las necesidades de tratamiento, teniendo en cuenta lineamientos actuales de un enfoque más preventivo. Los datos se analizaron en el programa SPSS 15.0; se estimó la proporción de niños con caries dental no tratada y el promedio de dientes para los diferentes tipos de tratamiento y sus desviaciones estándar.

Resultados: se encontró un 77,8% de los niños con caries dental no tratada, quienes tenían en promedio $5,8 \pm 4,1$ dientes que requerían tratamiento. El 47% de las lesiones de caries dental correspondían a lesiones iniciales en esmalte o con cavidad limitada al esmalte (D1 y D2), que pueden controlarse con tratamientos preventivos; el 53% comprometían dentina y pulpa (D3 y D4). Las necesidades de atención aumentan con la edad.

Conclusiones: la alta prevalencia de niños con caries de la infancia temprana (ECC) y lesiones de caries dental no tratada reflejan el problema de necesidades de atención acumuladas en esta población, lo cual hace evidente la relación de la caries dental con la inequidad y condiciones de vida que limitan el acceso a la atención odontológica oportuna y efectiva.

Palabras clave: caries

dental, preescolares, epidemiología, dentición primaria, desigualdades en salud, caries no tratada, necesidades de tratamiento. ⁽¹¹⁾

Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena

Resumen

Objetivo Describir la ocurrencia de la caries en niños preescolares del corregimiento de La boquilla, Cartagena y relacionarlo con los factores reportados en la literatura como de riesgo. *Métodos* La muestra fue de 238 niños entre 3 y 5 años. El promedio de edad fue 4.1 (DE=0.82). En cuanto al género, los niños fueron 116 y las niñas 122. La selección individual fue realizada en forma probabilística proporcional al tamaño de la población de cada institución educativa. Para la evaluación de las variables explicatorias y el evento se utilizó un cuestionario y un instrumento clínico respectivamente y los datos fueron analizados a partir de las ocurrencias, realizando un análisis bivariado a través de los Odd Ratios y análisis multivariable por medio de regresión logística. *Resultados* La prevalencia de caries fue de 60 %, siendo mayor para los niños de 5 años. Los factores asociados de mayor ocurrencia fueron los padres con escolaridad inferior a secundaria y la experiencia de caries. Al realizar los ajustes de los estimadores por la regresión logística, para la experiencia de caries se obtuvo un OR de 26,6, el consumo de dulces diariamente OR=3.37 y la no exposición a fluorizaciones OR=2.17. *Conclusiones* La presencia de la caries en esta población se puede explicar por estos tres factores asociados; sin embargo, esta evidencia puede cambiar cuando estén involucradas otras circunstancias, momentos y lugares en niños con las mismas características.

Palabras Clave: Caries dental, riesgo, prevención primaria, preescolar (fuente: DeCS, BIREME).⁽¹²⁾

Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia

Resumen

Objetivo Describir la prevalencia y severidad de la caries en niños del colegio John F. Kennedy de Cartagena de Indias y su relación con factores familiares.

Métodos Estudio descriptivo transversal, en 243 estudiantes. Se evaluó la prevalencia de caries dental mediante el índice COP-D y ceo-d, la severidad mediante los criterios ICDAS II 2005 y para las variables familiares se diligenció un cuestionario que incluía el APGAR familiar para medir funcionalidad familiar. Se realizó el análisis mediante estadísticas descriptivas y la significancia de las relaciones entre variables se evaluaron mediante la prueba. *Resultados* La prevalencia de caries fue de 51 % (IC 95 %; 45-59), el 38 % (IC 95 %; 31-44) de los padres habían accedido a la secundaria incompleta, el 44 % (IC 95 %; 39-54) vivían en unión libre, 47 % (IC 95 %; 40-53) en estrato socioeconómico bajo, el 53 % (IC 95 %; 47-57) en familias nucleares, 47 % (IC 95 %; 41-53) reciben ingresos menores a un salario mínimo, 66 % (IC 95 %; 58-70) afiliadas al sistema de salud y el 59 % (IC 95 %: 52-66) viven en familias disfuncionales. A través del análisis bivariado solo se encontró significancia estadística al relacionar el nivel de escolaridad de secundaria incompleta del padre con la presencia de caries dental ($p=0,04$). *Conclusiones* La mayoría de las variables si bien no mostraron significancia estadística para explicar la presencia de la caries dental, aportan indicadores de importancia epidemiológica, lo cual permitiría tomar decisiones desde la salud

pública. *Palabras Clave:* Caries dental, medicina familiar y comunitaria, preescolar (fuente: Decs, BIREME).⁽¹³⁾

MARCO TEÓRICO

Fundamentación Teórica

Caries Dental

La caries dental es una enfermedad transmisible e infecciosa de origen multifactorial, localizado, pos – eruptivo, que termina en la destrucción de los tejidos duros del diente cuando el proceso dinámico de desmineralización y remineralización constante es alterado por el exceso de producción de ácidos en combinación con los demás factores de virulencia de los microorganismos cariogénicos. ⁽¹⁾

La etiopatogenia de la caries dental fue propuesta por W. Miller en 1882; según Miller el factor más importante en la patogenia de la enfermedad era la capacidad de gran número de bacterias bucales de producir ácidos a partir de los hidratos de carbono de la dieta, hipótesis que sustentó experimentalmente al aislar varios grupos de microorganismos bucales que eran cariogénicos. Paul Keyes en 1960, en forma teórica y experimental, estableció que la etiopatogenia de la caries obedece a la interacción simultánea de tres elementos o factores principales: un factor “microorganismos” que en presencia de un factor “sustrato” logra afectar a un factor “diente” (también denominado hospedero). Si estos condicionantes confluyeran solo durante un periodo muy breve, la enfermedad cariosa no se produciría; por lo tanto, se ha agregado el tiempo de interacción de estos, así como diversas variables e interrelaciones que inciden como modificadores de este proceso. Al factor tiempo se le

incluyen, a partir de los años ochenta los denominados “factores de riesgo”. Estos son modificadores externos e internos del proceso de la caries dental. ⁽²⁾

Historia Natural De La Caries Dental

El diente esta bañado en saliva un poco alcalina y cubierto de una cantidad variable de placa bacteriana, que es la que transforma el azúcar en ácido. Cuando el pH disminuye por debajo 5.5 se produce una desmineralización y los iones de fosfato cálcico se difunden en el esmalte. Cuando el pH aumenta de nuevo, la saliva suelta estos iones al interior del esmalte; este proceso esta facilitado por el flúor. Por lo tanto la caries se comporta como una reserva de iones de flúor que favorece la remineralización. Es decir, que la caries tiene en si misma las condiciones para curarse, aunque esto solo se da cuando la superficie exterior está intacta. Con la maduración de la capa del esmalte exterior, el contenido de flúor en la superficie aumenta de tal modo que el riesgo de la evolución de la caries disminuye. ⁽³⁾

Patogénesis De La Caries Dental

Este proceso presenta tres etapas: la unión inicial del microorganismos al esmalte dental a fin de iniciar la colonización, seguida de la acumulación y formación de un ecosistema bien organizado que permite el inicio del metabolismo bacteriano cuyo resultado es la formación de ácidos que desmineralizan la superficie dental y, si el proceso continua, el desarrollo de una lesión cariosa hasta la cavitación del tejido. ⁽¹⁾

Progresión De La Caries Dental

Durante el periodo post-eruptivo, es cuando el diente se hace más susceptible a cariarse. Tras la maduración del esmalte y en los primeros 2-3 años después de la erupción, el diente se hace más resistente al deterioro. Para la mayoría de las personas, el ritmo de progresión de la caries es lento, sobre todo cuando hay presencia de flúor en el medio ambiente bucal. Es corriente que aproximadamente, el 50% de las lesiones no sufran progresión alguna después de cuatro años, así como el 30% después de seis años y el 25% después de ocho años. Los primeros síntomas aparecen con la mancha blanca que se manifiesta con mayor frecuencia en el primer y segundo molar después de la erupción.⁽³⁾

Riesgo Criogénico En Niños

La edad en la que el niño es colonizado por *Streptococcus mutans* es un factor crítico para el riesgo de la caries (Alaluusua S, 1983; Kohler B, 1988). Trabajos realizados por Caufield PW (1993) sobre una comunidad fluorada han indicado que la adquisición de estreptococos del grupo *mutans* ocurre entre los 19 y los 31 meses de edad, periodo denominado "ventana de infectividad". Trabajos realizados han demostrado el papel importante de estreptococos del grupo *mutans* en la iniciación de la caries dental en seres humanos y que puede ser transmitido verticalmente, sobre todo de las madres a sus hijos. Por este motivo la presencia de caries dental en la madre y los hermanos aumenta el riesgo

en el niño pequeño. Se ha postulado que en el paciente niño los factores de riesgo más importante son la edad en que es colonizado por la flora cariogénica y la edad en la que se registra caries. Desde que la caries tiene etiología multifactorial, múltiples factores de riesgo deben evaluarse para determinar el riesgo en la dentición primaria. ⁽⁴⁾

Tipos De Caries Según Su Localización

El comienzo, la configuración y la progresión de las lesiones cariosas en cada una de las localizaciones depende de diferentes factores y entre ellos podemos mencionar: a) los distintos microorganismos que conforman la biopelícula, y b) la anatomía y la histología dentaria que determinan las características de avance de la lesión.

-Caries De Esmalte, Mancha Blanca: La primera manifestación clínica, lesión, de un proceso de caries de esmalte es la mancha blanca, que es la traducción de los cambios bioquímicos que ocurren en la interfase biopelícula-esmalte. Las superficies dentarias en las que se observan estas lesiones son las superficies libres vestibular y lingual, en las caras proximales por debajo del punto de contacto y en las paredes que limitan los puntos y fisura. La mancha blanca presenta etapas de desmineralización seguidas de etapas de remisión o remineralización. Cuando el proceso de remineralización es mayor que el de desmineralización, la caries es reversible.

-*Caries De Superficies Proximales*: Esta localización, requiere la presencia de un biofilm bien adherente. El ambiente es de una anaerobiosis relativa. En actividad las caries proximales presentan un alto porcentaje de *Streptococcus* del grupo *mutans*, *Lactobacillus*, *Actinomyces naeslundii* y *A. viscosus*. También se encuentran *A. israelii* y especies de *Veillonella*.

-*Caries De Puntos Y Fisuras*: Los puntos y las fisuras constituyen un nicho ecológico en si mismo con características propias de retención. Al descender el pH aumenta el número de microorganismos aciduricos y acidogenicos.

La lesión avanza como un cono de base interna de acuerdo con la posición de los elementos estructurales del diente y se producen dos lesiones, mancha blanca, y en las paredes.

-*Caries De Dentina*: De acuerdo con la localización inicial de la caries de esmalte, esta adopta diferentes formas de propagación. Cuando la caries alcanza el limite amelodentinario, avanza a un ritmo mayor que en el esmalte. La presencia de los túbulos dentinarios ayuda a que los microorganismos invadan la pulpa, con la continuación de la evolución natural de la enfermedad.

-*Caries De Cemento (Raíz)*: La caries de cemento generalmente se inicia en el limite amelodentinario y afecta el cemento acelular, de superficie irregular. Al establecerse un proceso de caries de raíz el cemento se pierde en bloques, ya que la desmineralización sigue las líneas incrementales. ⁽²⁾

Diagnostico Visual- Criterio Icdas

Actualmente el diagnostico de caries dental se diferencia sustancialmente del tradicional basado en el explorador y el índice COP. La concepción antigua reflejaba el proceso histórico en el que la caries dental se refería a un punto final, la cavidad y la pérdida dental y no a todo un proceso de enfermedad, como se considera en la actualidad. El desarrollo del Sistema Internacional de detección y Valoración de Caries, ICDAS, surgió a raíz de los debates propuestos en las reuniones del consenso sobre diagnostico y manejo de la caries dental a lo largo de la vida del Instituto de Investigacion Dental y Craneofacial de Estados Unidos (NIDCR) que se llevo a cabo en Bethesda (Maryland), Estados Unidos en el 2001, y en el taller Internacional de Consenso en Ensayos Clínicos de Caries (ICW-CCT), llevado a cabo en Lonch Lomond (Glasgow), Escocia en el 2002. Estas reuniones sirvieron de plataforma para desarrollar un sistema cuyo eje principal es la evidencia científica en relación con la etiología y la patogenia de la caries dental. ⁽⁷⁾

El diagnostico visual de la dentición requiere inicialmente de una toma de índice de placa bacteriana y posteriormente de una profilaxis dental para remover adecuadamente la placa bacteriana de las superficies dentales y así poder acceder al examen visual de las superficies dentales y el consecuente diagnostico. Se basa en el examen visual de las lesiones presentes de acuerdo con los signos que se encuentren y deja a un lado el diagnostico visual-táctil, apoyado principalmente en el explorador como herramienta de detección de retención, por considerarse de poca sensibilidad y especificidad diagnostica. Aparte, causan daño a la estructura dental en las lesiones iniciales de esmalte. Incluye la

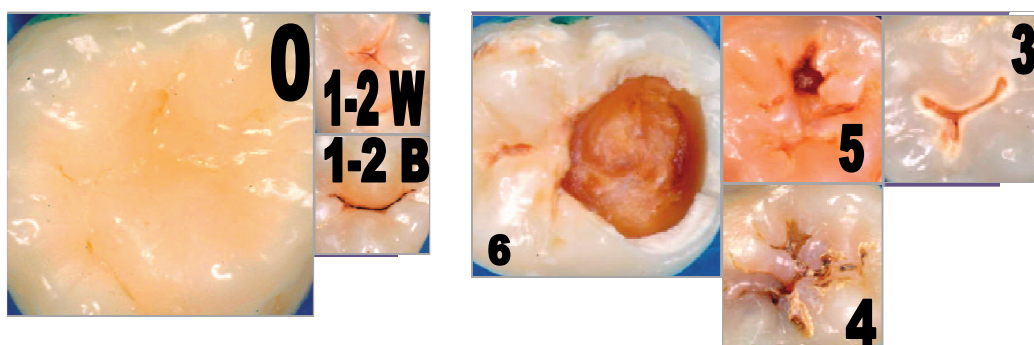
valoración de lesiones de caries no cavitacional y las que aun no se consideran cavitacionales (micro cavidades, sombras subyacentes de dentina). Realiza diagnostico diferencial frente a otras patologías presentes como defectos del desarrollo del esmalte, lesiones no cariosas del tercio cervical y fracturas coronales. ⁽⁶⁾

Descripción De Los Criterios Icdas

El diagnostico de caries dental para la toma de una decisión de tratamiento correcta es un proceso que involucra al menos tres pasos: a) la detección de la lesión de caries dental; b) la valoración de su severidad y finalmente; c) la valoración de la actividad. En caso de que la lesión se encuentre activa, se requiere algún tipo de manejo de caries dental asociado con la severidad (profundidad histológica) de la lesión. En términos generales el punto de corte diagnostico de severidad para una decisión de tratamiento operatorio se determina en poblaciones/individuos de riesgo alto cuando la lesión involucra la unión amelodentinal y en poblaciones/individuos de riesgo bajo, cuando involucra estructuras mas allá del tercio externo en dentina. El uso adecuado de estos criterios diagnósticos visuales permite determinar la severidad de una lesión de caries; se recomienda combinar con análisis de radiografías coronales. La clasificación de la severidad del sistema ICDAS es: ⁽⁷⁾

→ Cavidad extensa, dentina claramente visible	6
→ Cavidad detectable exponiendo dentina	5
→ Sombra subyacente en dentina	4

→ Pérdida de integridad superficial	3
→ Opacidad blanca en superficie húmeda	2W
→ Opacidad blanca con secado de aire	1W
→ Decoloración café mas allá de la fisura/amplia en la superficie lisa	2B
→ Decoloración café confinada a la fisura/angosta en superficie lisa	1B
→ Sin cambios visuales / pigmentación generalizada	0



En síntesis el ICDAS determina la gravedad de la lesión y permite al profesional establecer numéricamente el grado de desarrollo de la enfermedad dental, usando las cifras que van de 0 (salud dental) a 6 (cavitación extensa). Las características y actividades de las lesiones, según estos criterios, incluyen el color de las piezas dentales, desde el blanco hasta el amarillento; la apariencia sin brillo y opacidad; sensación de rugosidad al desplazar lentamente el cabezal del explorador; y el hallazgo de áreas de estancamiento de la placa; y áreas con huecos o fisuras, cerca del borde gingival o por debajo del punto de contacto. Las lesiones inactivas tienen el esmalte de aspecto blanco, marrón o incluso ennegrecido brillante; sensación de dureza y rugosidad; y también se localizan a poca distancia del borde gingival. ⁽⁸⁾

Conocimiento De Las Madres Sobre Salud Oral

El conocimiento sobre salud oral que adquiere la mujer durante su vida es la piedra angular para el desarrollo de hábitos saludables y constituye una estrategia que permite promocionar actitudes favorables en salud a su entorno familiar. Una buena salud oral es un componente fundamental para el logro de una buena calidad de vida en las mujeres durante el embarazo y puerperio. Y por tanto para el recién nacido y el resto del grupo familiar. Para promover comportamientos saludables se debe tener en cuenta que las personas necesitan tener la información sobre qué hacer y cómo hacerlo. Esta información permite fomentar la aparición de nuevas creencias que la consideren, y que puedan ser incluidas a las tradiciones culturales de los grupos humanos. De aquí nace la necesidad de proporcionar educación sobre salud oral para las mujeres embarazadas durante el control prenatal a fin de destacar la importancia de una buena salud oral en el logro de una buena salud tanto para la madre y su bebé. La existencia de ciertas creencias y mitos populares relacionados con la salud oral durante y después del embarazo influyen en las actitudes que asumen las mujeres en el proceso salud enfermedad. Modificar la conducta individual de la embarazada con el fin de reducir el riesgo de enfermar o de aumentar la salud y el bienestar es el objetivo común de las diferentes concepciones de la salud pública. Adicionalmente se concibe que toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene a través de la experiencia del grupo social que la práctica, por lo cual las creencias durante el embarazo tienen gran ámbito de desarrollo en el contexto de familia (abuela-madre-embarazada) y en el contexto social (embarazada-embarazada), en el cual el individuo está inserto, la información que se toma del contexto es

procesada y utilizada de acuerdo a cada sujeto. La evidencia muestra que mientras más precoz sea la prevención basada en un conocimiento sólido de salud oral en los progenitores, este conocimiento positivo por transferencia, ser heredado a sus hijos, por lo que se traduce a nivel de salud pública en mejores índices de salud oral, ya sea en niños y a futuros en personas adultas. ⁽²⁷⁾

Las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, realizadas desde el mismo nacimiento, por el equipo de salud y el estomatólogo, son las que garantizan mantener la salud bucal a través de toda la vida de la población infantil y adolescente. Desde el triunfo de la Revolución ha existido un interés especial por la salud de los niños y los factores que la alteran, pues se reconoce que esta deviene un indicador de primer orden del grado de bienestar de una sociedad determinada. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), más de un millón de lactantes podrían salvarse en el orbe si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche materna a sus hijos durante los primeros cuatro meses de vida. A partir del episodio violento del nacimiento, el bebé necesita adaptarse a un mundo nuevo: el extrauterino, y para ello depende de conductas de cuidado ofrecidas por sus padres u otros adultos responsables. Cada niño nace con una conducta heredada que lo impulsa a crecer, pero estos procesos de crecimiento no pueden tener lugar sin un ambiente facilitador, sobre todo al comienzo cuando prevalece una situación de dependencia absoluta. Podría decirse que la placenta biológica intrauterina se transforma en una placenta extrauterina, que es la familia; si el bebé estuviera privado de ella moriría. Las medidas de atención estomatológica

a la población han contemplado a la embarazada, a la puérpera y al niño como un importante conjunto indisoluble, con el objeto de lograr estados saludables desde los primeros días de la gravidez y durante el desarrollo del niño, logrando que la salud comience por los padres y demás personas relacionadas con el pequeño, capaces de infectarle por contacto directo, puesto que las caries son altamente contagiosas al constituir una enfermedad crónica, transmisible, azúcar-dependiente e influenciada por factores vinculados con la conducta humana, entre los que sobresalen los hábitos higiénicos y los regímenes alimenticios; aspectos inevitables al diseñar nuevas acciones profilácticas. La instauración de hábitos dietéticos adecuados, debe estar complementado por una correcta higiene bucal para así prevenir de manera efectiva la aparición de afecciones en la boca del lactante. Las madres y demás familiares responsables del niño deben inculcar en él hábitos de higiene bucal adecuados desde los inicios de la vida, por supuesto esto depende de los instaurados en la familia. ⁽¹⁸⁾

La madre adquiere gran relevancia y puede constituirse en un factor de riesgo del estado de salud de su hijo conllevando esto a un problema familiar, social, económico y educacional. La Educación para la Salud es uno de los ejes que aseguran la preservación de salud integral del niño, asegurando así una persona con una mejor calidad de vida. Es el conocimiento de los principales factores de riesgo de su salud bucal en nuestra realidad. Servirá para implementar y consolidar futuros programas de promoción y prevención de salud bucal, las cuales deben ser con una metodología participativa (intervención-acción), para poder generar un impacto efectivo y así controlar los principales factores de riesgo

desde la infancia temprana, con el fin de disminuir la morbilidad bucal, promoviendo estilos de vida saludables desde el entorno familiar. Los padres de familia son los responsables de la Educación para la Salud Bucal en los hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño.⁽¹⁶⁾

En la actualidad se sabe que los cuidados bucales deben iniciarse desde el nacimiento del bebé, y no esperar hasta que este cumpla 3 años ó más como se creía en tiempos anteriores. Sin embargo esto solo lo saben, los especialistas en odontopediatria, que se han interesado en los que se conoce como, odontología de la primera infancia. Por lo tanto; existe una falta de información sobre los cuidados bucales del niño de 0 – 3 años de edad, por parte de los odontólogos, pediatras, sociedad, y en particular de las madres. Se tienen dudas acerca de la edad en la edad en que los dientes aparecen en la boca de sus hijos; si su dentista atiende bebes, a qué edad comienza el cepillado dental entre otras cosas. Por otro lado, existen mitos y creencias sociales erróneas, con respecto a los cuidados dentales de los pequeños, que se transmiten de generación a generación. Por esta situación, es necesario proveer de una correcta información y educación tanto para los padres de los niños, como para los pediatras, odontólogos y otros especialistas, ya que existe una gran desinformación y esto provoca que los médicos, no recomienden la visita al especialista en odontopediatría, en edades tempranas a sus pacientes.⁽¹⁷⁾

Higiene Oral

Es definida como aquellas medidas de control de placa personalizada, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, que también incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la formación de la placa bacteriana, que constituye el factor de riesgo más importante en el desarrollo y evolución de la caries y Enfermedad Periodontal.

(19)

La caries dental y la enfermedad periodontal, afectan a más del 95% de la población a pesar de cepillar los dientes todos los días, y pueden afectar a órganos vitales. Pueden producir accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, insuficiencias renales y otras enfermedades que pueden poner en peligro la vida del paciente, de ahí la importancia que tiene la correcta higiene dental diaria para prevenirlas. ⁽²⁰⁾

Tecina De Cepillado

El cepillado correcto lleva al menos dos minutos. La mayoría de los adultos no se cepillan durante tanto tiempo. A fin de tener una idea del tiempo involucrado, utilice un

cronómetro. Para cepillarse correctamente los dientes, use movimientos cortos y suaves, prestando especial atención a la línea de la encía, los dientes posteriores de difícil acceso y las zonas alrededor de obturaciones, coronas y otras reparaciones. Concéntrese en limpiar bien cada sección de la siguiente manera: 1) Cepille los dientes anteriores colocando las cerdas sobre la encía en un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. 2) Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 o 3 dientes por vez con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repita la operación. 3) Mantenga un ángulo de 45 grados con las fibras en contacto con la superficie dental y la encía. Para el cepillado de los molares, cepille suavemente con un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. 4) Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo. 5) Ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen el mal aliento.

Enjuague Bucal

El enjuague bucal o colutorio es una solución que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable. Los enjuagues bucales ayudan a suprimir temporalmente el mal

aliento, reduce las bacterias en la boca y refrescan, dejando en ella un sabor agradable. Existen enjuagues con funciones específicas; según su composición, se pueden encontrar enjuagues que se especializan en la prevención de halitosis, es decir, el mal aliento; otros con flúor que previenen la caries y optimizan la calcificación de los dientes. Asimismo, se están diseñando enjuagues bucales con el objetivo de reducir o curar las neoplasias en la cavidad bucal

Seda Dental

El uso correcto del hilo dental elimina la placa y las partículas de comida de lugares que el cepillo dental no puede alcanzar fácilmente: debajo de la encía y entre los dientes. Como la acumulación de placa puede provocar caries y enfermedades de las encías, se recomienda el uso diario de hilo dental. ⁽²¹⁾

La Importancia De La Dieta En La Prevención De La Caries Dental

La caries dental se caracteriza por ser una enfermedad multifactorial, dependiente de distintos factores como son: la dieta cariogénica, la anatomía de los dientes y la posición que éstos adoptan en la arcada, la función de la lengua durante la autoclisis, la naturaleza físico-

química de la superficie del diente y la composición y cantidad de saliva. Actualmente, es incuestionable que la dieta tiene un papel central en el desarrollo de la caries dental y que el odontólogo y asistentes deben proporcionar información preventiva individual a cada paciente para la prevención de esta patología. Blinkhorn sugirió que los odontólogos participen cada vez más en la elaboración de guías dietéticas con el fin de disminuir el riesgo de caries. Existen numerosos estudios que intentan demostrar una relación directa entre el consumo de azúcar y el desarrollo de la caries dental. Así pues, se vuelve cada vez más difícil demostrar esta relación causa-efecto, debido a la interacción de otros factores, como el frecuente uso de flúor y otras medidas preventivas. Aunque exista un gran número de carbohidratos con un papel epidemiológico relevante en el desarrollo de la caries dental, tras ser estos fermentados por microorganismos, la sacarosa tiene especial relevancia. Entre los factores relacionados con la dieta, la frecuencia de consumo de azúcares e hidratos de carbono es la que presenta mayor importancia. Dicho factor quedó demostrado en el estudio de Vipeholm, donde se observó la relación entre la variabilidad del azúcar ingerido y el aumento de caries. Es complicado definir la relación entre el total de azúcar ingerido y la incidencia de caries dental; aunque existen muchos estudios que indican que la frecuencia de ingestión del azúcar tiene más influencia en el desarrollo de la caries que el total consumido. La total o parcial sustitución de la sacarosa por edulcorantes no cariogénicos existentes en el mercado, constituyen una opción para mejorar la salud dental. Los edulcorantes sustituyen al azúcar en variadísimos productos, tales como edulcorantes para el café y té, chicles, medicinas y bebidas. Aunque su prevalencia ha disminuido drásticamente para muchos niños, la caries dental continúa siendo una de las enfermedades más comunes en la infancia. Es importante por eso reducir su riesgo, a través de programas

y estrategias preventivas. Las recomendaciones dietéticas deben ser realistas y siempre basadas en los comportamientos dietéticos de la familia. Hay un consenso profesional de que las recomendaciones dietéticas deben ser dadas por el odontólogo al niño y a sus padres. La educación nutricional se consigue enseñando a los padres la importancia de reducir el consumo de azúcar y dulces. La educación es necesaria, pero no es suficiente para cambiar los hábitos dietéticos. ⁽²²⁾

Dieta e Hidratación Correcta

Una dieta correcta es de gran importancia para la prevención de las caries; en cuanto a lo que comemos debemos considerar dos aspectos:

I.-Buen aporte de nutrientes: es necesario para la formación de unos dientes sanos y fuertes frente a la caries. Una dieta variada y rica repercute en la salud bucal desde el embarazo.

La saliva es un agente protector anti-caries de origen natural y está compuesta un 99% por agua, de ahí la importancia de beber abundante agua a lo largo del día.

II. Abuso de la ingesta de carbohidratos. Los hidratos de carbono o azúcares son buenos y necesarios dentro de una dieta variada, no así el abuso de ellos. Tomados con otras comidas son mucho menos cariogénicos. Por eso deben evitarse entre comidas o justo antes de acostarse. ⁽²⁵⁾

Recomendaciones para Integrar una Dieta Correcta

1. Incluir al menos un alimento de cada grupo de los tres que conforman el plato del bien comer, en cada tiempo de comida. Completa
2. Comer la mayor variedad posible de alimento. Variada Muchas- verduras y frutas, en lo posible crudas y con cáscara. Suficientes- Cereales (tortillas, pan integral, arroz o avena) combinadas con leguminosas (frijoles, lentejas, habas o garbanzos) Pocos alimentos de origen animal; de preferencia pescado, pollo sin piel, res y cerdo.
3. Comer de acuerdo a tus necesidades y condiciones. Ni más ni menos. Adecuada y Suficiente
4. Consumir lo menos posible grasas, aceites, azúcar y sal. Equilibrada. Preferir los aceites a la manteca, mantequilla y margarina. Cocinar con poca sal, endulzar con poca azúcar y moderar el consumo de productos que las contengan en exceso.
5. Beber agua pura en abundancia.
6. Masticar bien los alimentos.
7. Establecer horarios fijos para las comidas; se recomienda no omitir ninguna de ellas y no dejar pasar más de 6 horas sin consumir alimentos.
8. Procurar leer las etiquetas de los alimentos industrializados y seleccionar aquellos con menor cantidad de azúcar (hidratos de carbono simple), grasa (lípidos) y sal (sodio).⁽²⁵⁾

Alimentación para unos Dientes y Encía Sanos

Para mantener la salud de nuestros dientes y encías, comer los alimentos correctos es tan importante como practicar una higiene oral completa, el uso adecuado de fluoruros, la aplicación de selladores de fosas y fisuras y la revisión periódica del Odontólogo.

Se recomienda mantener una dieta sana y equilibrada, intentando reducir la ingesta de azúcares y aumentar la de frutas.

Una dieta sana es sinónimo de una boca sana.

Los nutrientes esenciales para la formación y mantenimiento de las estructuras del organismo en general, y de los dientes y encías en particular, son: minerales como el calcio, el fósforo, el magnesio y el flúor; vitaminas como la vitamina A, la vitamina D, la vitamina C y las vitaminas del grupo B. Estos nutrientes son indispensables en la dieta a todas las edades si queremos conseguir y mantener una boca sana y una sonrisa bonita. ⁽²⁵⁾

Mineral	Sus funciones	Cuál es su fuente	Que produce su deficiencia
Calcio	Elemento indispensable en la formación de huesos y dientes. El 99% del calcio existente en nuestro cuerpo se encuentra en ellos. El 1% restante está en la sangre, en el líquido extracelular y en el tejido adiposo. El calcio es necesario para la transmisión de los impulsos nerviosos, para la contracción muscular, para la coagulación de la sangre, para el funcionamiento del corazón y el mantenimiento de la presión arterial. Además previene la formación de tumores de colon y la formación de cálculos renales.	La leche, queso y yogur, los cereales, las verduras u hortalizas de color verde oscuro, las nueces, las habichuelas, charales y sardinas.	Osteoporosis y enfermedad periodontal.
Fósforo	Es el segundo mineral que abunda en nuestro cuerpo y en la mayoría de los alimentos. Junto al Calcio constituyen la estructura de huesos y dientes; Entre otras funciones, contribuye a mantener la actividad del sistema muscular y el equilibrio ácido-base del organismo.	Lácteos; huevos, aves, carne, pescado, legumbres, granos enteros, nueces. Frutos secos: girasol, pistache, almendras. Legumbres: soya, alubias, garbanzos y lentejas. Cereales: trigo, copos de avena, arroz integral, levadura, salvado de trigo.	Algunos síntomas son (reblandecimiento de huesos), debilidad muscular y alteraciones en el sistema nervioso: hormigueo, somnolencia, disminución de reflejos, temblores, confusión mental y fatiga cerebral
Magnesio	Ayuda a mantener sanos los huesos, dientes, articulaciones y cartilagos, es un combatiente del estrés por excelencia debido a su natural efecto tranquilizante, y relajante muscular. Activan las sustancias que colaboran en la metabolización de las proteínas y los hidratos de carbono. Es indispensable para el correcto metabolismo del calcio, fósforo, sodio, potasio y la vitamina C. Es esencial para un buen funcionamiento nervioso y muscular. Promueve la salud del sistema cardiovascular. Evita el depósito de calcio proveniente de los cálculos renales o biliares. Ayuda a la digestión.	Granos enteros, vegetales de hoja verde, agua fresca, carnes, productos lácteos, pescado Frutas secas y semillas Cereales integrales. Salvado Germen de trigo, azúcar moreno, almendras, nueces, semillas de soya y de sésamo, higos secos.	Su carencia suele ser común en personas que consumen alimentos procesados, mucho alcohol, o enfermos renales crónicos. Sus malestares se manifiestan mediante: Fatiga, Insomnio, temblores musculares. Convulsiones, pérdida de apetito, nerviosismo, espasmos musculares. Puede aumentar la presión arterial y el riesgo de cálculos renales, cuando su déficit es demasiado elevado.

Mineral	Sus funciones	Cuál es su fuente	Que produce su deficiencia
Flúor	Formación de huesos y dientes; aumenta la resistencia a caries dentaria y el crecimiento de las bacterias que desarrollan el sarro y es por eso que se añade a las aguas de uso público. También puede ayudar cuando hay un déficit, junto al Calcio y la vitamina D, a tratar la Osteoporosis y a solidificar los huesos.	El agua de beber es la principal fuente de aporte. La fluoración artificial del agua debe ser de una parte por millón. Se encuentra fundamentalmente en: trigo, cebada, arroz, albaricoque, uva, patata, lentejas, cerezas, rábano, tomate, espárragos, espinacas, té, algas, sardinas, mariscos y pescados frescos e hígado de vaca y en los dentífricos o pasta de dientes.	El déficit se suele observar en lugares donde el agua contiene menos de una parte por millón, manifestándose su carencia por caries más frecuentes.

Vitamina	Sus funciones	Cuál es su fuente	Que produce su deficiencia
Vitamina A	Importante para la visión y el crecimiento; mantenimiento de las mucosas y del epitelio . El buen estado de la piel para el desarrollo del sistema nervioso y la formación de hormonas sexuales, interviene en la formación y desarrollo de los huesos y los dientes , previene las infecciones y tiene función antioxidante y anticancerígena.	Se encuentra en forma de retinol, pescado azul, hígado, yema de huevo, mantequilla, queso, leche entera o enriquecida y en forma de betacaroteno como albaricoque, melón, zanahoria, mango, melocotón, espinacas, coles de Bruselas, tomate, nísperos, etc.	Reducción de la visión nocturna; ceguera por daño en la córnea; resistencia disminuida a la infección, alteración de la estructura de huesos y dientes (hipoplasia del esmalte) y resequedad de las mucosas con lo que aumenta la predisposición a caries e infecciones.
Vitamina D (calciferol)	Mantenimiento de la salud ósea y dental, ya que facilita la absorción de calcio y fósforo , para mantener en buen estado nuestro sistema nervioso y mantiene los niveles adecuados de calcio en sangre	Luz solar, sardinas margarina fortificada, yema de huevo, cereales fortificados y leche	Produce retardo en la erupción de los dientes permanentes, defectos en la superficie del esmalte. Puede producir descalcificación de los huesos (osteoporosis), caries dentales graves o incluso raquitismo.
Vitamina C	Interviene en la formación de glóbulos rojos, favorece la absorción del hierro, aumenta la resistencia a las infecciones y tiene una acción antioxidante, el desarrollo y mantenimiento de la salud de dientes, síntesis de colágeno de las encías y del resto del organismo, fundamental en los procesos de reparación y cicatrización de estos tejidos, formación de cartilago, tendones, huesos, protege la integridad de los vasos sanguíneos.	Cítricos (naranja, limón, mandarina, pomelo, etc.), kiwi, soya fresca, tomates, pimiento verde, lechuga, patata, coliflor, etc.	Menor resistencia a las infecciones y cicatrización de las heridas más lenta, producen síntomas como tumefacción y hemorragia de las encías y facilidad para que salgan hematomas con golpes mínimos. Si progresa se producen pérdidas dentarias. Estos son los síntomas característicos del escorbuto. En los dientes produce alteraciones en la pulpa, dentina aberrante y degeneración odontoblastica
Vitamina B2	Participación en la formación de anticuerpos y glóbulos rojo y el mantenimiento de una piel y unas mucosas sanas.	La leche, queso, huevos, hígado, legumbres, vegetales verdes y levadura de cerveza.	Glositis, estomatitis angular y queilosis de los labios, alteraciones del cristalino del ojo y de las mucosas de la boca y del resto del cuerpo.
Niacina	La participación en la maduración de glóbulos rojos, en la absorción de hierro, en la estructura del sistema nervioso y en la síntesis de ADN.	La niacina se encuentra en el hígado, carnes magras, cereales, legumbres y levadura de cerveza.	Glositis, lengua atrófica y periodontitis
Vitamina B12	La participación en la maduración de glóbulos rojos, en la absorción de hierro, en la estructura del sistema nervioso y en la síntesis de ADN.	Las carnes, vísceras, huevos, pescados y productos lácteos. Esta vitamina no está presente en alimentos de origen vegetal, por lo que falta en regímenes vegetarianos estrictos.	Glositis y agrava la Periodontitis

Características que hacen que los Alimentos sean Cariogénicos

1. Propiedades Físicas

- Adhesividad.- entre más adhesivo más permanece sobre la superficie del diente.
- Consistencia.-entre más duro y fibroso es más detergente y entre más blando, más se adhiere.
- Tamaño de la partícula.- entre más pequeñas más se quedan retenidos en surcos y fisuras

2. Ocasión en que se consume el alimento. Tiene más cariogenicidad cuando se ingiere entre las comidas que durante ellas. Durante las comidas se produce mayor salivación y lo variado de la alimentación obliga a un aumento de los movimientos musculares de mejillas, labios y lengua que aceleran la eliminación de residuos.

3. Frecuencia. Entre más veces al día se ingiere un alimento ricos en carbohidratos tiene más potencial cariogénico.

4. Cambios químicos que produzca en la saliva. ⁽²⁵⁾

Empezar a hacer las cosas bien desde pequeños

Hay que prestar mucha atención a la salud bucal de los lactantes. Si bien los bebés no pueden prescindir de la leche, es necesario tomar ciertas precauciones: como no añadir azúcar a la leche o al chupete, no darles ningún tipo de líquidos con azúcar añadida y, sobre todo, no dejar que se duerman con el biberón en la boca cuando este contiene leche. El flujo de saliva se reduce notablemente durante el sueño y la leche permanece durante mucho tiempo en contacto con los dientes creando un entorno ideal para la formación de caries. Se recomienda dormir al niño con un biberón que contenga agua. Los niños son, en general, un grupo de edad de alto riesgo. Para aquellos que presentan caries se recomienda limitar el consumo de dulces a después de las comidas o a un día a la semana donde se les deja libertad pero, por supuesto, evitando los alimentos pegajosos. ⁽²⁶⁾

Nomenclaturas Dentales

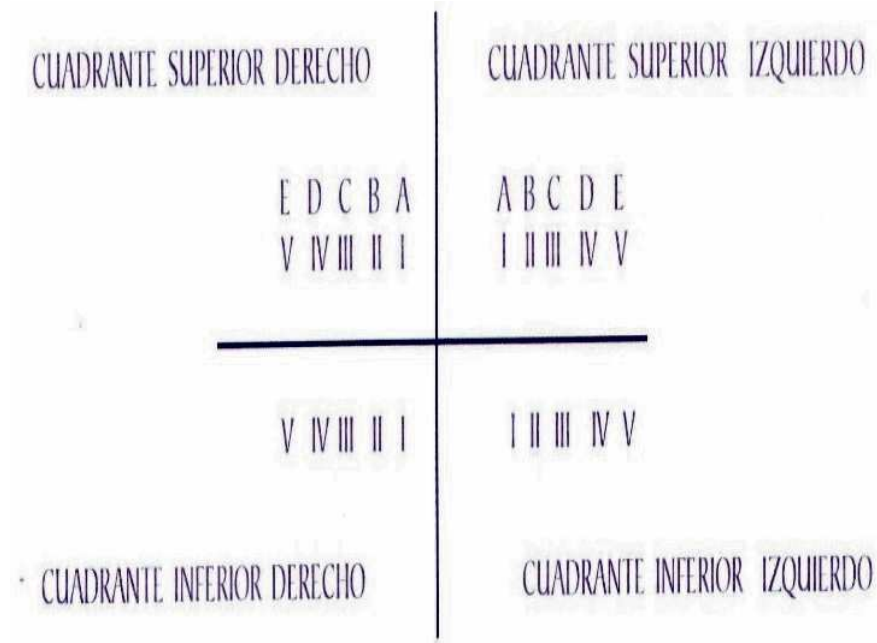
Son utilizadas para referirnos a un diente concretamente. Podemos encontrar diferentes métodos temporal y permanente. Para identificar un órgano dental se debe tener en cuenta lo siguiente: - nombre del diente- si es permanente o deciduo- si es superior o inferior- si es derecho o izquierdo Para saber si es derecho o izquierdo, superior o inferior, se divide la derecha, superior izquierdo, inferior derecho e inferior izquierdo. Quedando la boca dividida en 4. Se han establecido tres sistemas para nombrar esta identificación:

Los sistemas para la clasificación son:

Clasificación De Palmer, Cuadrantes O Zsigmondy

Dientes temporales: Utiliza números romanos o letras para sustituir el nombre de la pieza y los cuadrantes para su localización.

- Incisivo central..... I ó A (cuadrante derecho)
- Incisivo lateral..... II ó B
- Canino.....III ó C (cuadrante izquierdo)
- Primer molar..... IV ó D
- Segundo molar.....V ó E

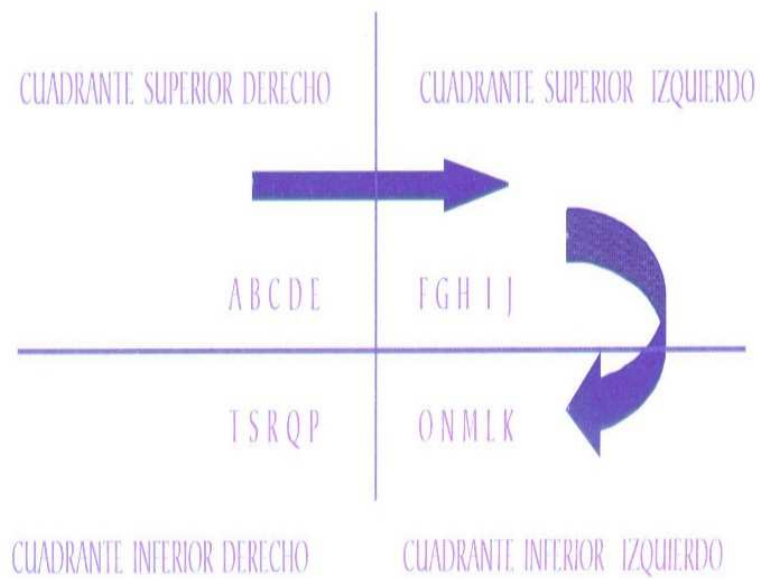
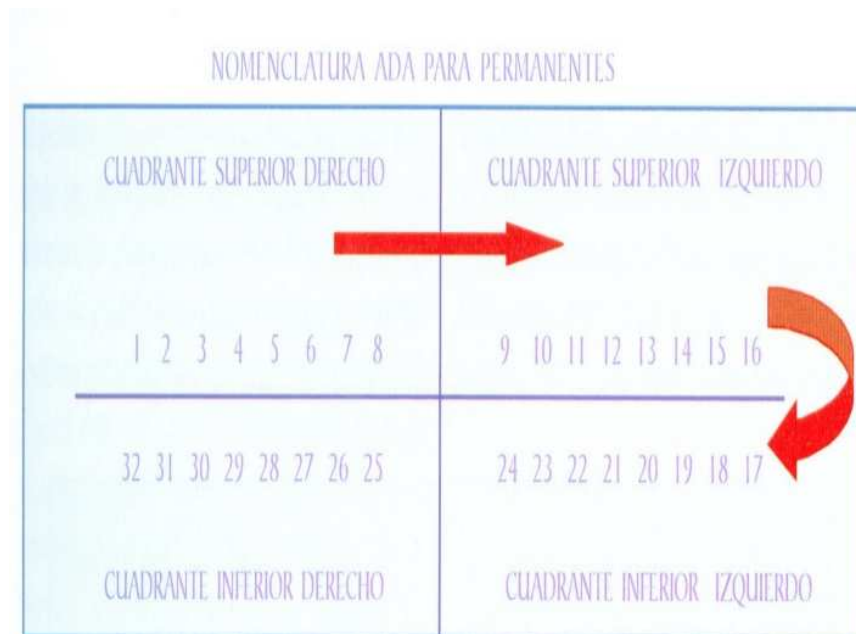


Clasificación Continua, Universal O Numérica

Dientes permanentes: utiliza números arábigos en forma continua que nos indica el diente en sí y el cuadrante en el cual está ubicado.-Cuadrante superior derecho: comienza con el tercer molar que sería el 1 y termina con el central que sería el 8.-Cuadrante superior izquierdo: continúa con el 9 que sería el central y termina en el 16 con el tercer molar.-Cuadrante inferior izquierdo: continúa con el 17 que corresponde al tercer molar hasta el 24 que corresponde al incisivo central.-Cuadrante inferior derecho: continúa con el 25 que corresponde al central y termina con el 32 que corresponde al tercer molar.

Dientes temporales: llevan los números pero seguidos de la letra t.

- 1t,2t,3t,4t,5t.....Cuadrante sup. Derecho
- 6t,7t,8t,9t,10t.....Cuadrante sup. Izquierdo ⁽²³⁾



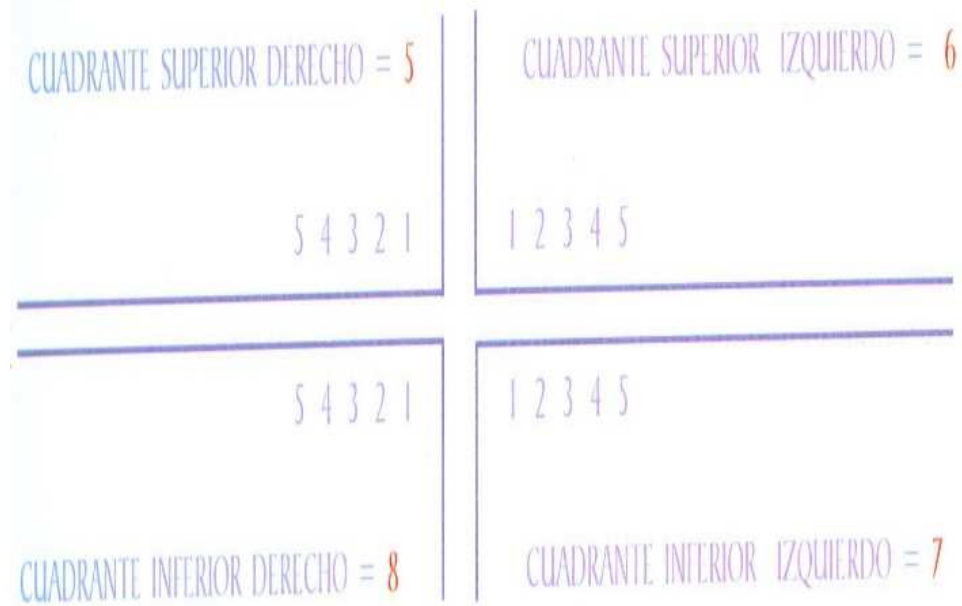
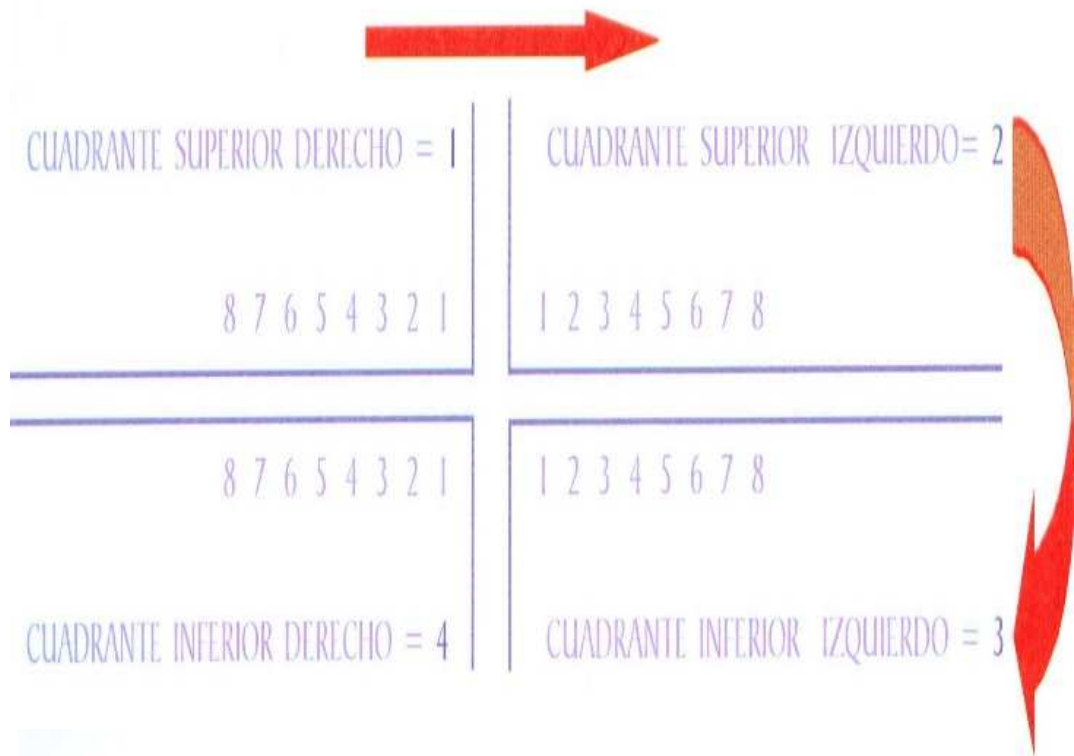
Clasificación Internacional, Diagrama De Walter Drum O Sistema F.D.I.

Esta clasificación utiliza dos dígitos, el primero identifica el cuadrante y el segundo identifica el diente.

Dientes permanentes:

- Cuadrante superior derecho: 1
- Cuadrante superior izquierdo: 2
- Cuadrante inferior izquierdo: 3
- Cuadrante inferior derecho: 4

Los dientes van numerados del 1 al 8 partiendo siempre de los incisivos. ⁽²⁴⁾



MARCO LEGAL

Este proceso investigativo se encuentra enmarcado dentro de la Resolución 412 del 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Al igual que la Resolución 0425 del 2008, en la que se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.⁽¹⁴⁾

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Estudio de tipo descriptivo, se caracterizó el nivel de conocimiento de las madres y se comparó los resultados con la valoración de la caries según criterio ICDAS en niños de 1 a 5 años, en los hogares comunitarios del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar (ICBF) de la comuna 3, de la ciudad de Santa Marta.

Diseño metodológico

La presente investigación es de tipo exploratorio, descriptivo y comparativo, ya que implica una fase de recolección de datos, posterior descripción y comparación con los conocimientos de las madres encuestadas mediante un instrumento de tipo encuesta, con una metodología mixta.

Variables del estudio

Macro variable	Micro variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Escala de medición
Socio demográfica	Edad	Número de años cumplidos desde su nacimiento hasta la fecha	Cuantitativa	Razón	1 2 3 4 5
	Genero	Característica Fenotípica de ser hombre o mujer	cualitativa	Nominal	1=Hombre 2=Mujer
Prevalencia	Tipo de caries	caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por	cualitativa	ordinal	Registro 6= Cavidad extensa Registro 5=

		la destrucción de los tejidos del diente			<p>Cavidad detectable</p> <p>Registro 4= Sombra gris subyacente</p> <p>Caries registro 3= Microcavidad</p> <p>Registro 2W= Opacidad blanca en superficie húmeda</p> <p>Registro 1W= Opacidad blanca con secado de aire</p> <p>Registro 2B= Mancha café mas allá de la fisura</p> <p>Registro 1B= Mancha café confinada a la fisura</p> <p>Registro 0= Sano</p>
	Conocimientos sobre higiene oral	Conocimientos sobre promoción, prevención de salud oral	Cuantitativa	Ordinal	<p>1 =Muy Buena</p> <p>2= Buena</p> <p>3= Regula</p> <p>4= Mala</p>

Universo

La población del presente estudio está constituida por 204 niños ubicados en 17 hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de la comuna 3 en la ciudad de Santa Marta, con edades de 1 a 5 años,

Muestra

La muestra de este estudio está conformada por 133 (n) niños con un total de 204 niños (N) ubicados en 17 hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de la comuna 3 de la ciudad de Santa Marta, con edades de 1 a 5 años. Con un ajuste por infinitud $n/1+f$, la fracción del muestreo n/N es decir $133/204= 81$, se utilizó el software MacStat 3 con un nivel de confianza de 95% y $P= 0,5$. Se realizó una prueba piloto en 27 pacientes con un alfa de 80%.⁽¹⁵⁾

MATERIALES Y MÉTODO

Primera fase

Para realizar el examen clínico que incluye el odontograma, previa autorización de las madres comunitarias, se utilizó instrumental estéril, conformado por: espejo bucal y pinzas algodonerías.

Teniendo en cuenta las normas de bioseguridad, el examinador utilizó todas las barreras de protección, así como un par de guantes por paciente, y algodones.

Para determinar los diferentes tipos de caries presentes en los niños se tomó como criterio base el registro ICDAS. Para determinar el nivel de información de las madres y/o acudientes sobre higiene oral, se utilizó un instrumento: encuesta escrita a las madres y/o acudientes.

La examinadora Jill Arraut se calibró con previa supervisión de la docente Silena Candelario con la revisión de 15 pacientes previo a la investigación.

Criterios de inclusión

- Niños y niñas entre 1 y 5 años
- Niños pertenecientes a los hogares comunitarios del ICBF ubicados dentro de la comuna 3 de la ciudad de Santa Marta
- Niños sin ningún tipo de discapacidad (sordomudos, Síndrome de Down, etc.)
- Niños cuyos padres y/o acudientes acepten que sus hijos participen en el estudio, a través de un consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Niños y niñas que el día de la valoración no hayan asistido al hogar comunitario
- Niños con algún tipo de alteración sistémica y síndromes
- Niños que rechacen participar en el estudio o sus padres y/o acudientes
- Niños mayores de 5 años
- Niños menores de 1 año

Fuente de Información

La información será recolectada por medio de un instrumento el cual contiene, datos personales de la madre compuesta por nombre, edad, estrato y número de hijos.

La segunda parte está constituida por los conocimientos en higiene oral que puedan poseer las madres y/o acudientes de los menores, como cuantas veces al día máximo deben cepillarse los dientes, si es importante o no el uso de seda dental, el tiempo y lugar de erupción de algunos órganos dentales permanentes y la importancia de los mismos en la masticación y la fonética, por último la importancia de asistir al odontólogo y el tiempo estimado de la última visita de sus hijos a este.

Dicho instrumento fue validado por medio de una prueba piloto cuyo alfa fue de 80% en el programa spss, en la investigación Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres comunitarias del ICBF, Distrito Santa Marta 2013-I. realizado por las investigadoras Hernández L. López L. Navarro P. bajo la asesoría de la doctora Marta Paredes Bermúdez, fue tomado con previa autorización de dichos investigadores para aplicarlo en esta investigación ya que estas poseen cierto grado de correlación.

La tercera parte está compuesta por el odontograma, en el cual se registra el estado de los órganos dentales, basados en el registro ICDAS. Dicho odontograma se baso en la clasificación Internacional, del diagrama de Walter Drum o sistema F.D.I., debido a que este sistema es el más completo, presenta una división por cuadrantes (1, 2, 3, 4) para los adultos (5, 6, 7, 8) en los niños, permitiéndonos ubicar más precisamente las caries, por estructuras dentales por ejemplo: fosas, fisuras, caras parcialmente cariadas, o totalmente cariadas.

Segunda Fase: Proceso de Instrumentalización

Para dar comienzo a la actividad, se realiza una charla con las madres comunitarias, visitando de manera individual cada uno de los hogares comunitarios de la comuna 3, explicándoles el estudio y la forma de abordaje con las madres y/o acudientes de los niños y de estos como tal y el manejo de la encuesta.

Se implemento a 81 madres y/o acudientes de los niños evaluados en las casas hogar del ICBF con edades de 1 a 5 años de edad. Esta busca evaluar los conocimientos que posean los responsables de los niños en el cuidado de la higiene oral y las practicas que ellos realicen de asistencia y control a odontología, buscando correlacionar los conocimientos con el estado actual de los órganos dentarios de los niños.

RESULTADOS

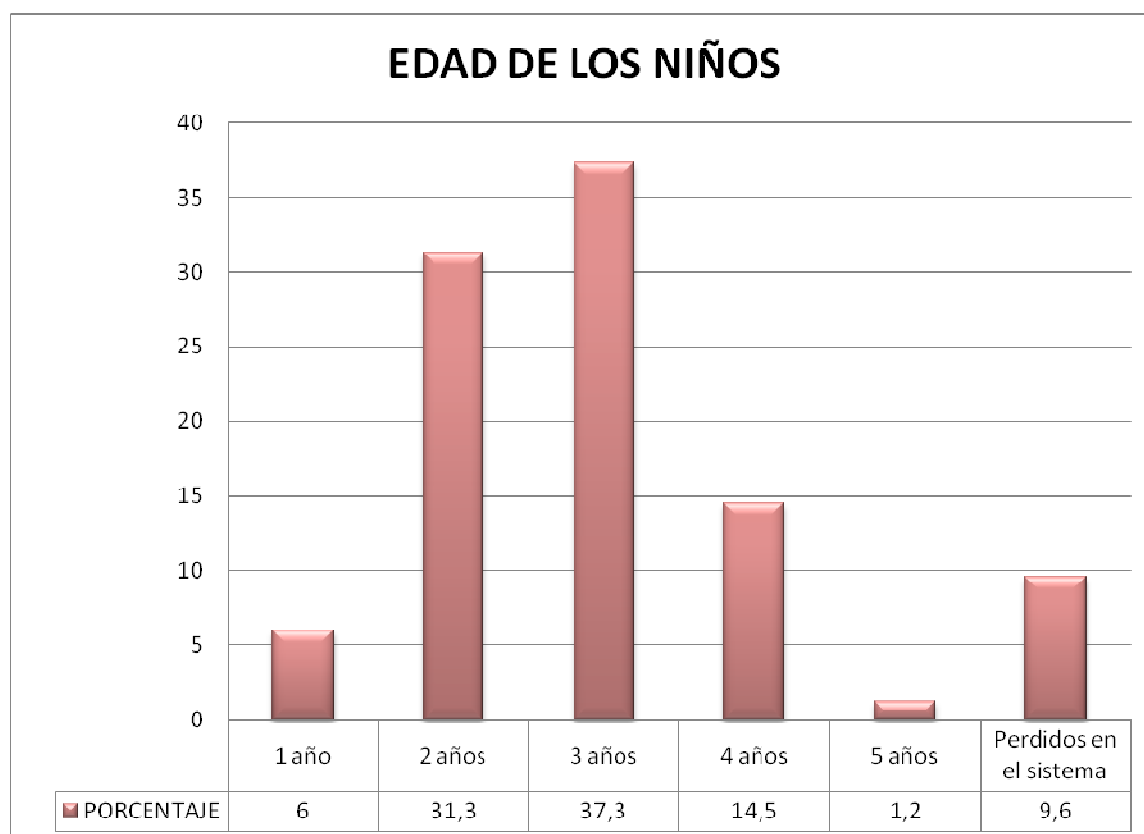


Grafico N°1. Distribución por edades

En el rango de edades, la proporción más alta la encontramos en los niños de 3 años con un total de 31 niños (as) equivalente a 37,3% de la población, seguido de los niños(as) de 2 y 4 años con un porcentaje de 31,3% y 14,5% respectivamente, un total de 6% en niños de 1 año equivalente a 5 niños y por último tenemos un porcentaje de 1,2% para niños de 5 años, se puede observar que tenemos 8 niños para un porcentaje de (9,6%) en el rango de perdidos en el sistema que quiere decir que estos niños las madres no nos dieron a

conocer sus edades sin embargo están incluidos en el estudio, dándonos en total una cantidad de 83 niños evaluados. (Ver anexo 3)

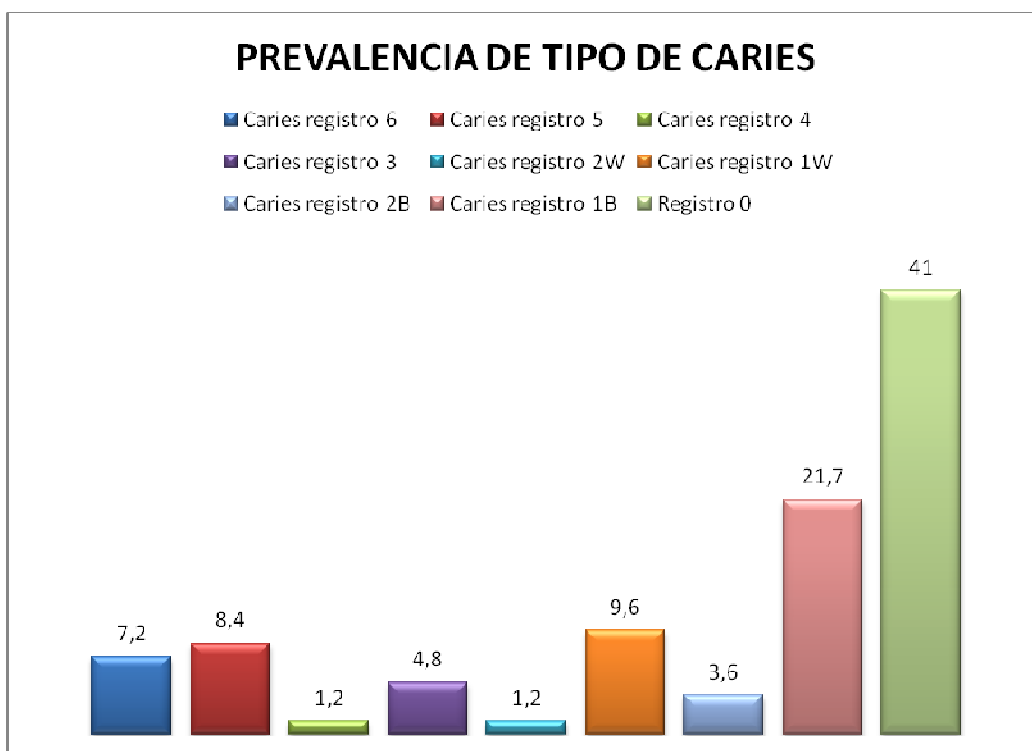


Grafico N°2. Distribución por tipo de caries

Del total de la población valorada, encontramos que el 21,6% de ella presenta algún tipo de caries claramente visible no tratada dividida en caries registro 3 (microcavidad) con el 4,8%, caries registro 4 (sombra gris subyacente) con el 1,2%, caries registro 5 (cavidad detectable) con el 8,4%, y caries registro 6 (cavidad extensa) con el 7,2%; las caries en estadios iniciales como lo son la registro 2w (Opacidad blanca en superficie húmeda) equivalente a 1,2%, registro 1w (Opacidad blanca con secado aire) con el 9,6%, caries registro 2b (Mancha café mas allá de la fisura) que representa el 3,6% y caries registro 1b (Mancha café confinada a la fisura) equivalente al 21,7% para un total de 36,1% y agregado a esto hay una frecuencia de pacientes sanos de tan solo el 41,0%. (Ver anexo 4)

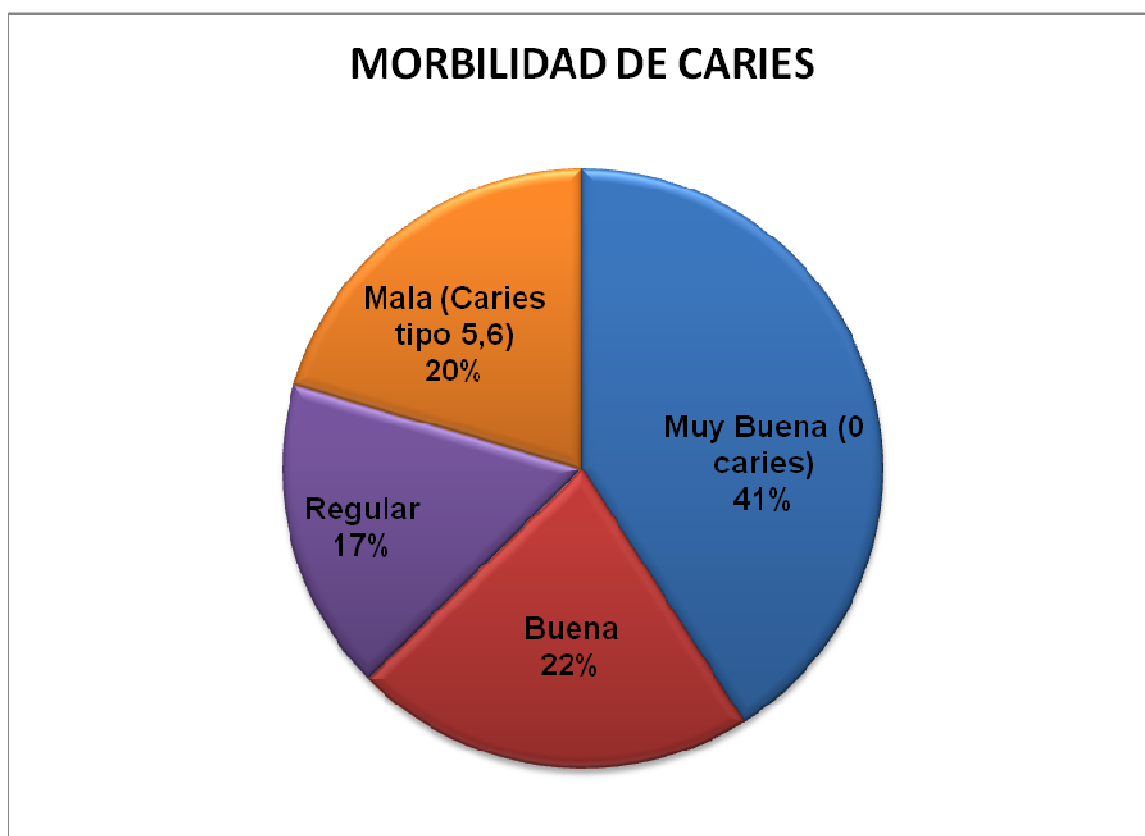


Grafico N°3. Distribución por Morbilidad de Caries

De la población examinada encontramos que solo el 63% de ella tiene Muy buena o Buena morbilidad de caries es decir 0 caries o caries en sus estadios iniciales, equivalentes a 52 niños, y el 37,4% restante tiene una morbilidad de caries Regular o Mala, niños con caries avanzadas y órganos dentales muy destruidos, para un total de 31 pacientes. (Ver anexo 5)

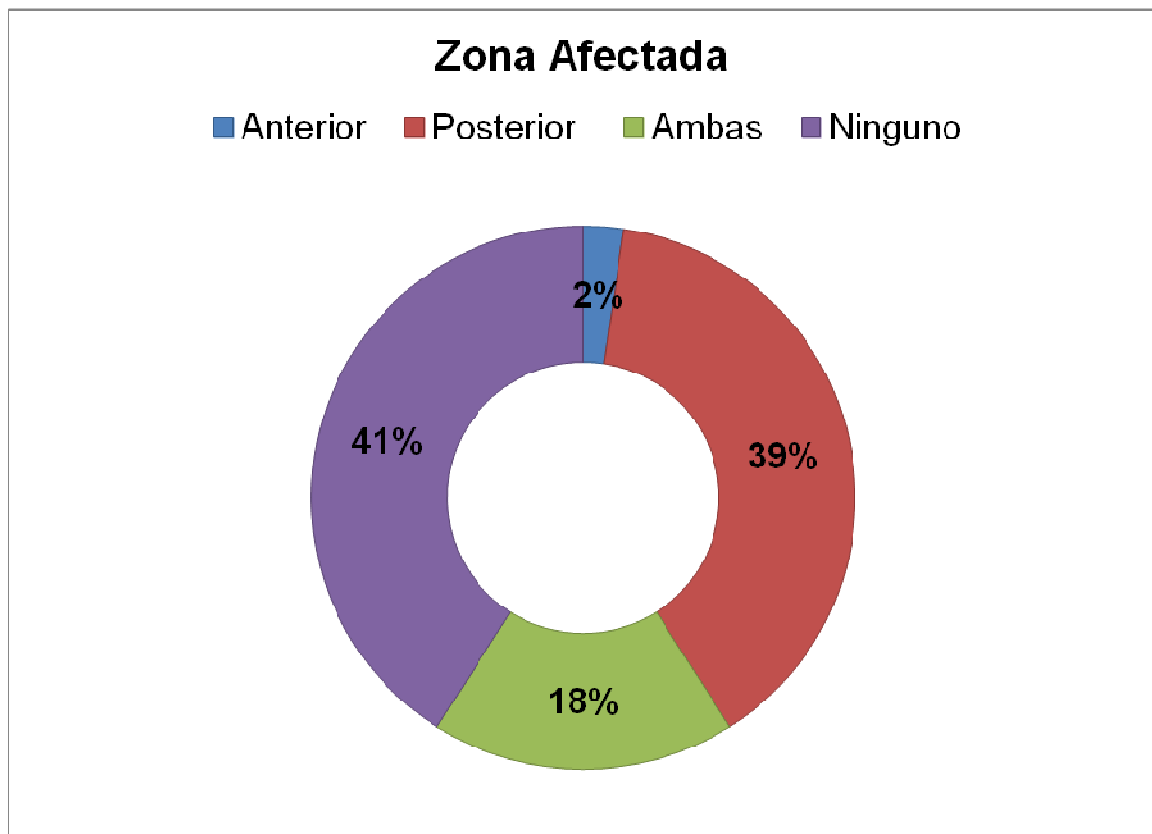


Grafico N°4. Distribución por zona afectada

Al examinar a los pacientes se encontró que la zona mayormente afectada es la posterior con un total de 39% equivalente a 32 pacientes, se evidencia un porcentaje significativo de 18% equivalentes a 15 niños con afección de ambas zonas de la cavidad oral tanto posterior como anterior, al igual que observamos que hay un 2% de pacientes, representados en 2 niños que están afectados solo en la zona anterior; teniendo en cuenta que el 41% restante son los niños que no presentan ninguna zona afectada, se puede explicar cómo pacientes sanos. (Ver anexo 6)

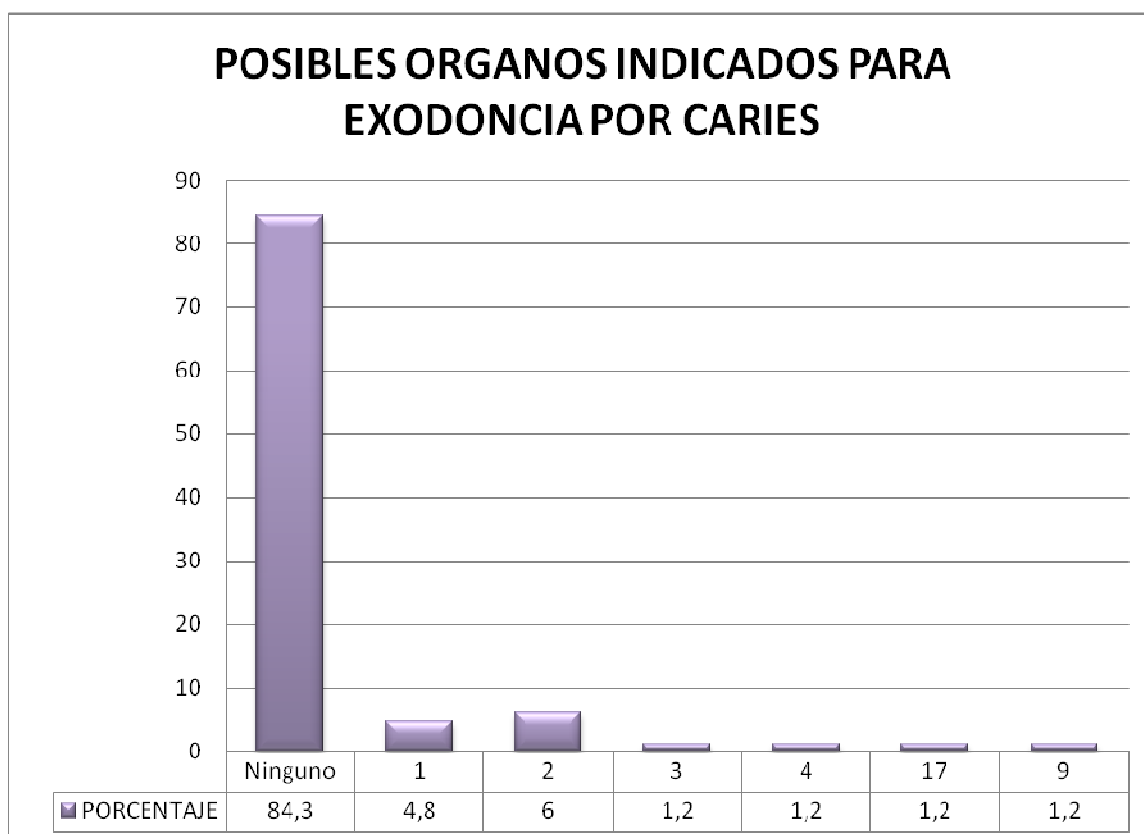


Grafico N°5. Distribución de Posibles Órganos Indicados para exodoncia por Caries

Otras de las variables contempladas en el presente estudio son posibles órganos indicados para exodoncia por caries, donde se evidencia que hay un 15,6% de la población examinada que tiene al menos una posible exodoncia indicada por caries, se evidencian casos graves donde hay indicación de 17, 9 y 4 órganos dentales con posible indicación para exodoncia que representan el 3,6% de la población, es decir, 4 de cada 100 niños de la población tienen indicadas de 4 a 17 exodoncias. Las posibles exodoncias fueron determinadas por presentar caries subgingivales extensas. (Ver anexo 7)

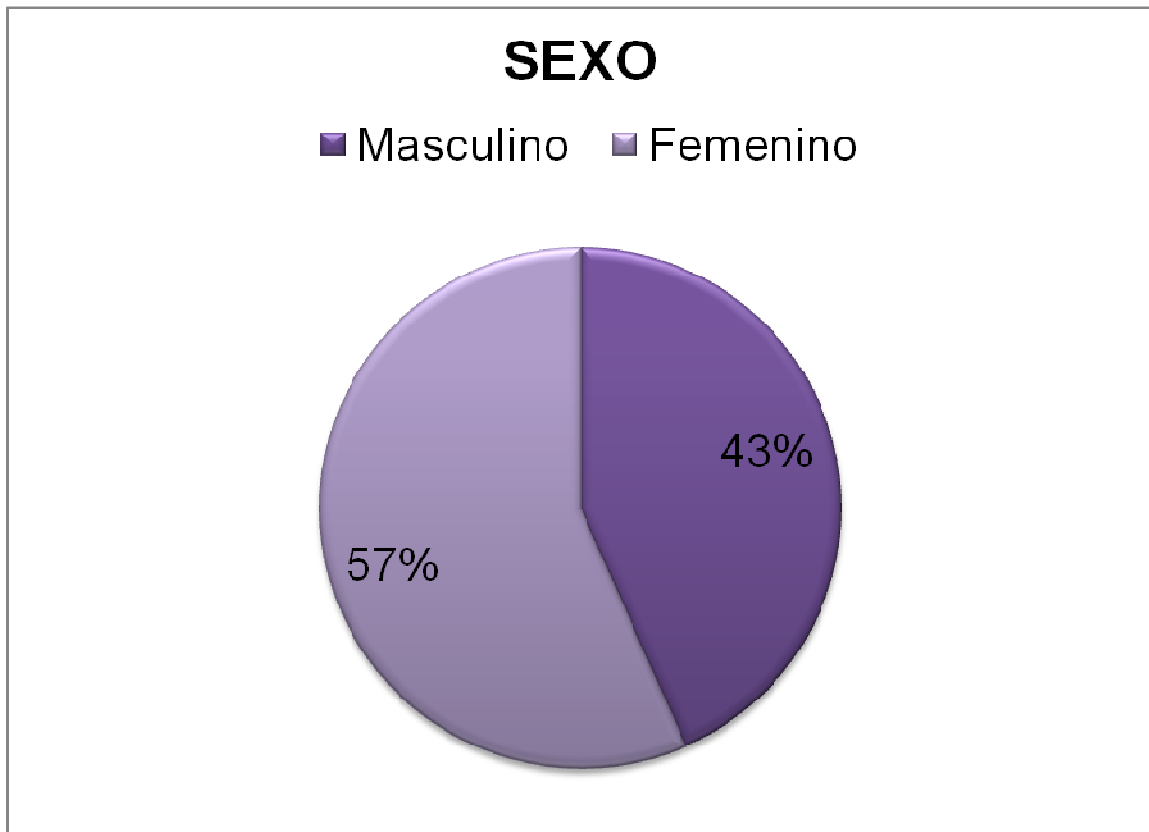


Grafico N°6. Distribución por Sexo

Del total de la muestra obtenida que fueron 81 niños, se encontró una distribución por sexo correspondiente a 57% para el sexo femenino, equivalente a 47 niñas, y el 43% para el sexo masculino, correspondiente a 36 niños. (Ver anexo 8).

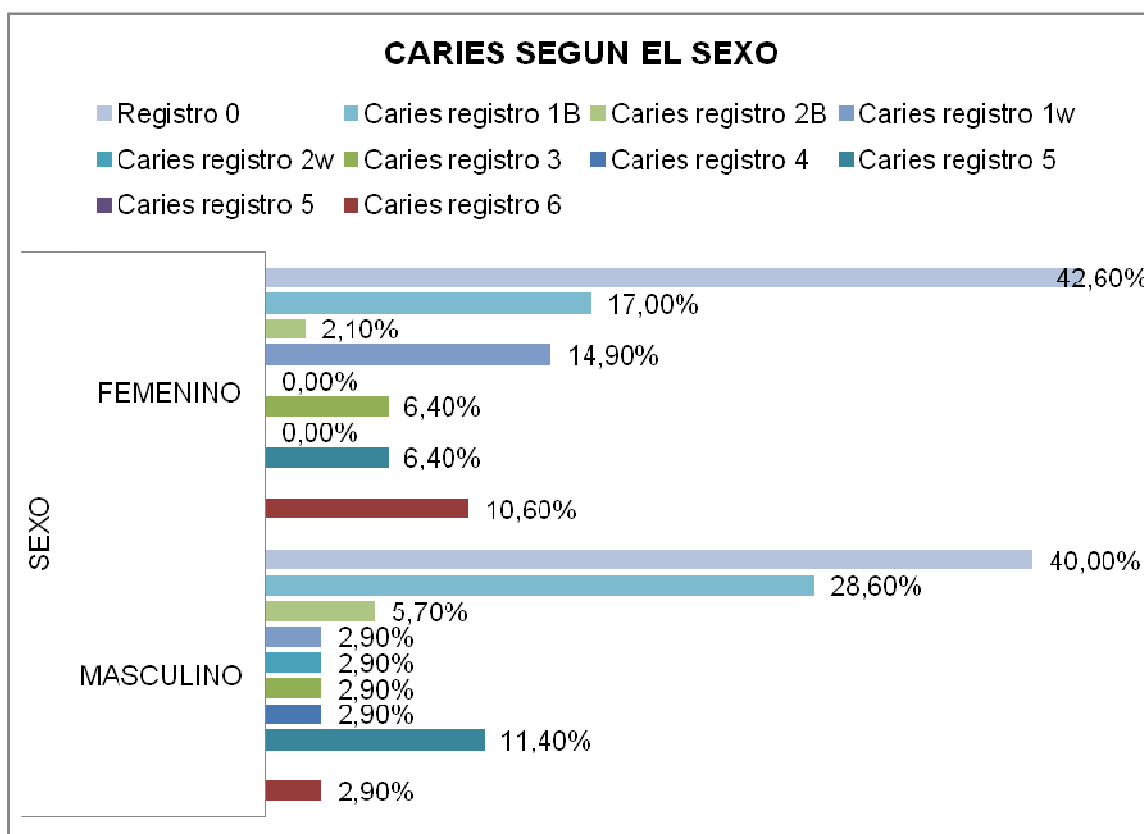


Grafico N°7. Distribución de caries según el sexo

Al analizar los resultados obtenidos, encontramos que el género con mayor afección de caries es el femenino, observando que la caries registro 6 para las niñas es de 10,60% y para los niños es de 2,90%, es decir por cada niño afectado encontramos 5 niñas con al menos 1 cavidad extensa en la cavidad oral, sin embargo el porcentaje hallado en las caries registro 5 se evidencia que hay mayor proporción de afección para el sexo masculino con un 11,40% que para las niñas con un porcentaje de 6,4%, dentro de la población sana encontramos que las niñas también representan la mayoría de la población con un 42,6% mientras que los niños son el 40,0% de la población evaluada. (Ver anexo 9).

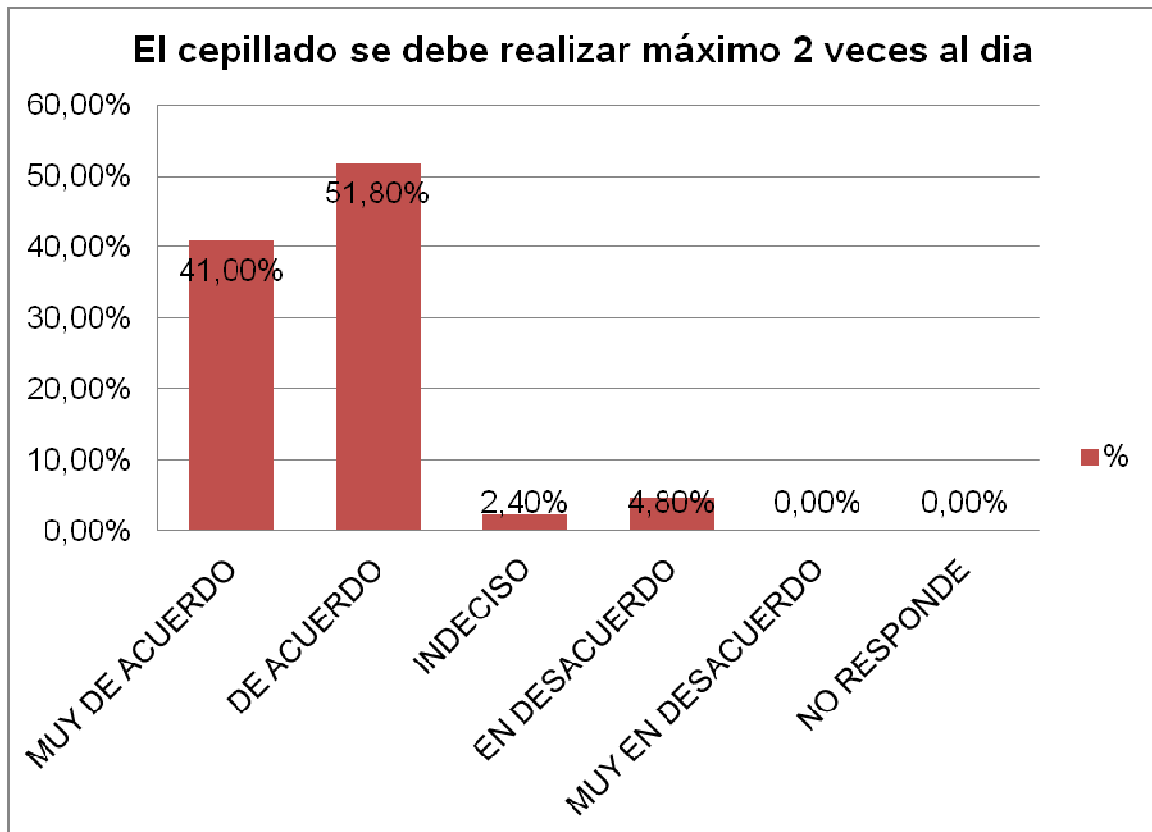


Grafico N°8 . El cepillado se debe realizar máximo 2 veces al día

El 92,8% de la población encuestada respondió que el cepillado se debe realizar máximo solo 2 veces al día, mientras que el 7,2% restante dice que se debe cepillar más de 2 veces al día, interpretando que las madres y/o acudientes no poseen buenas prácticas y poco conocimiento sobre higiene oral. (Ver anexo 10).

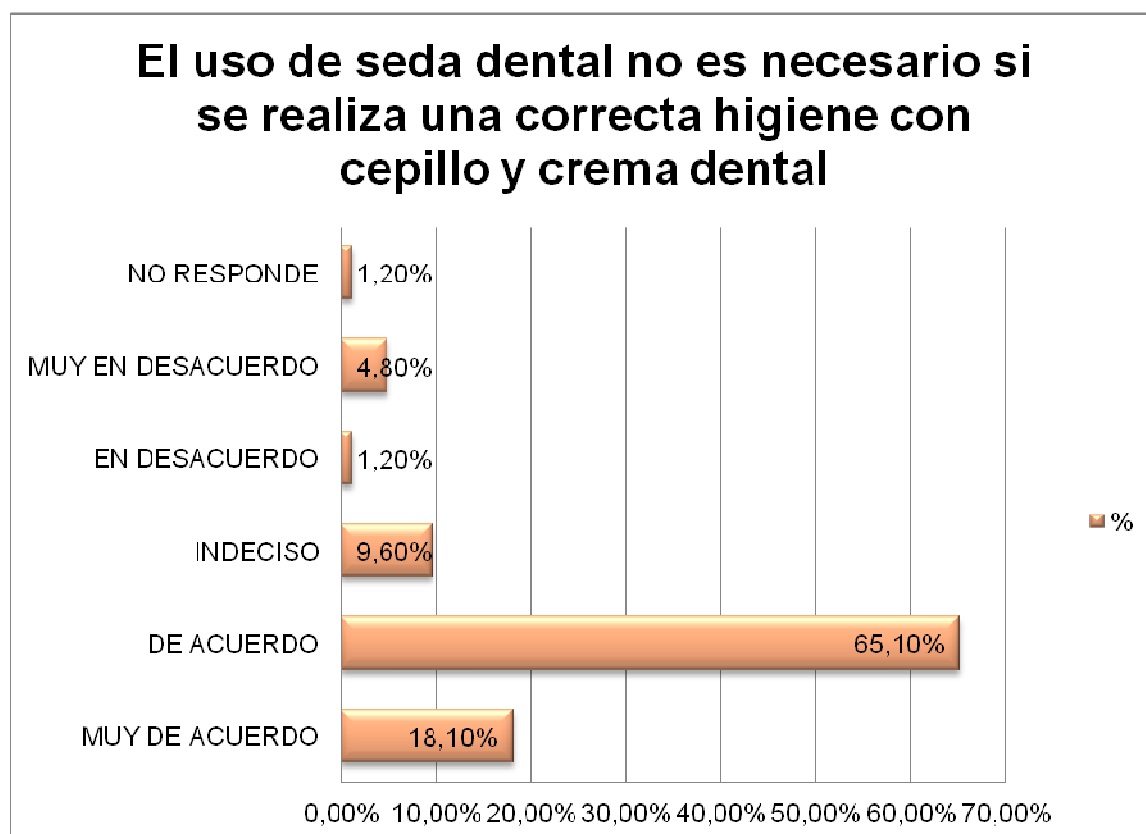


Grafico N°9. El uso de seda dental no es necesario si se realiza una correcta higiene con cepillo y crema dental

El 92,8% de la población encuestada, considera que el uso de la seda dental no es necesario si se realiza una correcta higiene con cepillo y crema dental, mientras que el 7,2% está en desacuerdo, mostrando que este pequeño porcentaje tiene conocimientos sobre el uso de los implementos de higiene oral, y la necesidad que representa el uso de la seda dental en la eliminación de los residuos de alimentos en los espacios interdentes. (Ver anexo 11).

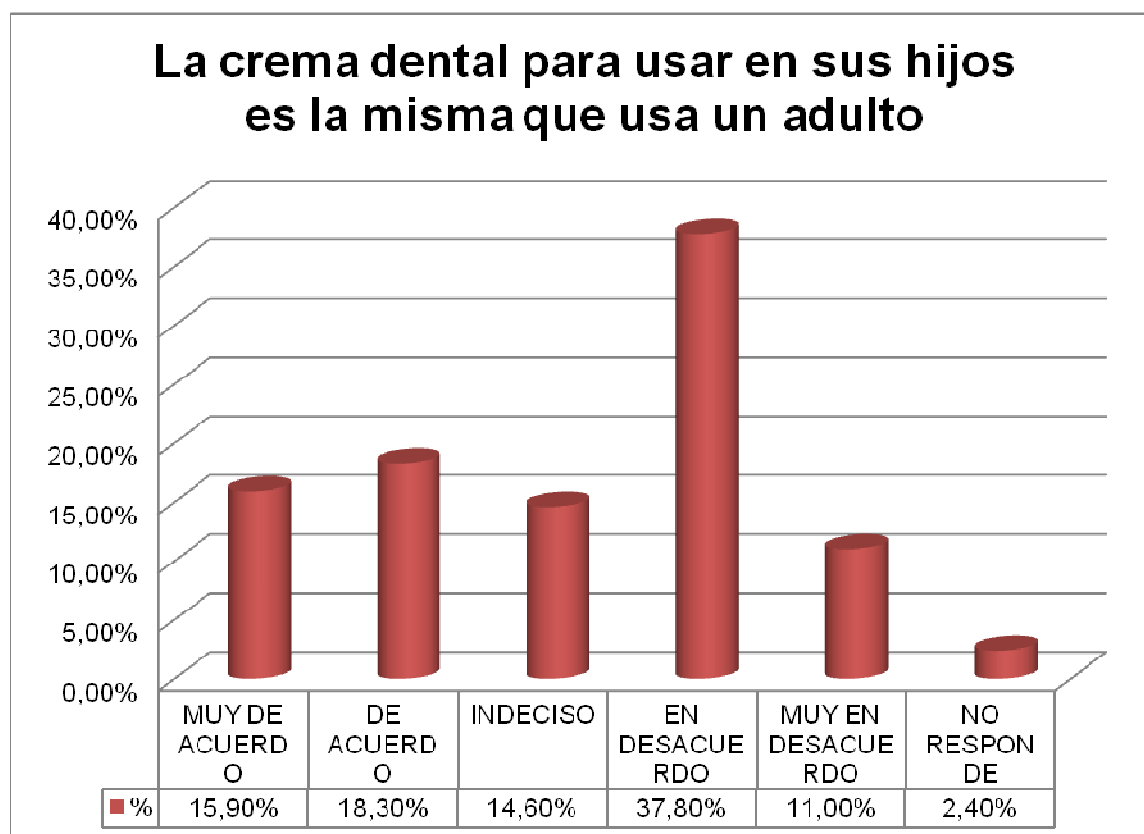


Grafico N°10 . La crema dental para usar en sus hijos es la misma que usa un adulto

A la pregunta, La crema dental para usar en sus hijos es la misma que usa un adulto, el 51,2% de la población respondió positivamente, se encontró indeciso ante el tema, o no respondió, demostrando que las madres están mal informadas sobre el uso de crema dental exclusivas para los niños, en contraste con esto el 48,8% de las madres y/o acudientes están enteradas sobre el uso de cremas dentales para niños, haciendo la aclaración que la población en general usa una crema dental unifamiliar. (Ver anexo 12).

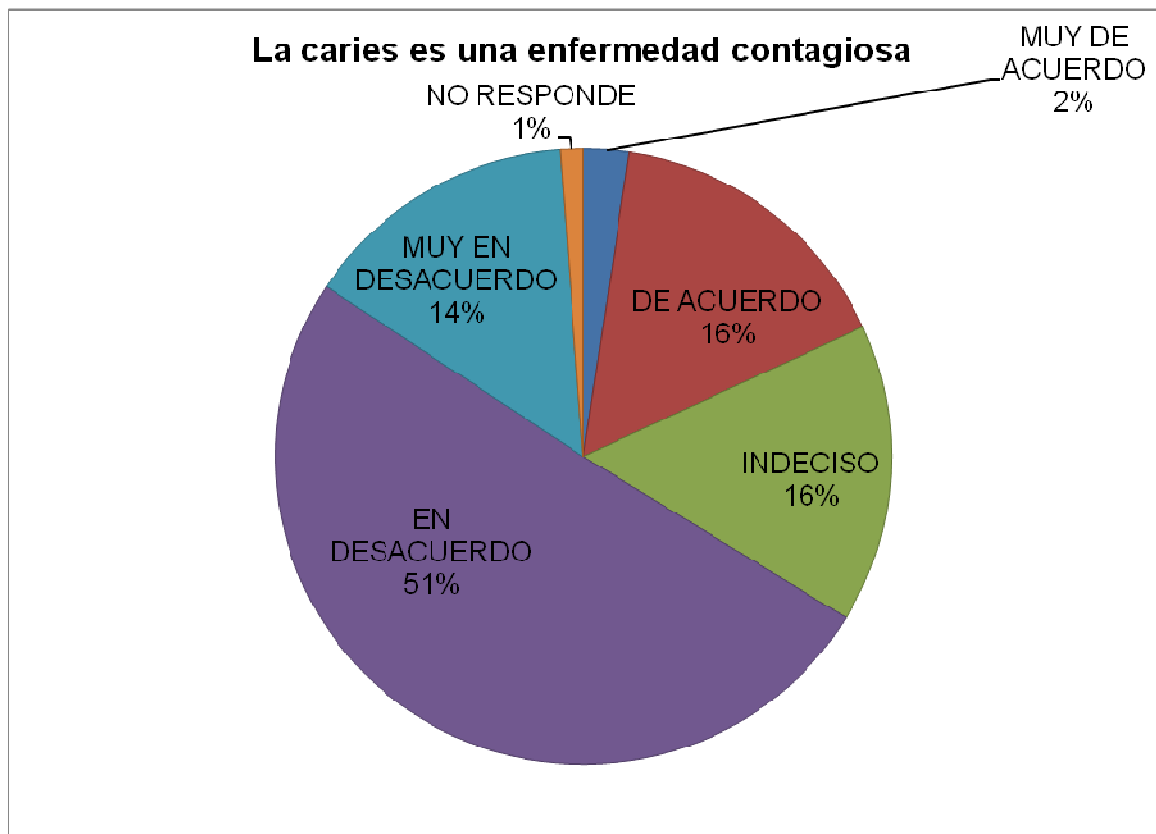


Grafico N°11 . La caries es una enfermedad contagiosa (se puede transmitir de una persona a otra, por ejemplo, de la mama a su hijo)

Analizando los resultados obtenidos en la pregunta, la caries es una enfermedad contagiosa (se puede transmitir de una persona a otra, por ejemplo, de la madre a su hijo) el 82% de la población está mal informada sobre el medio de transmisión de la caries, y que es posible que la madre le transmita sus caries al niño solo con aplicarle aire a la comida de comida del bebe, mientras que el 18% restante está informada un poco más sobre el tema. (Ver anexo 13).

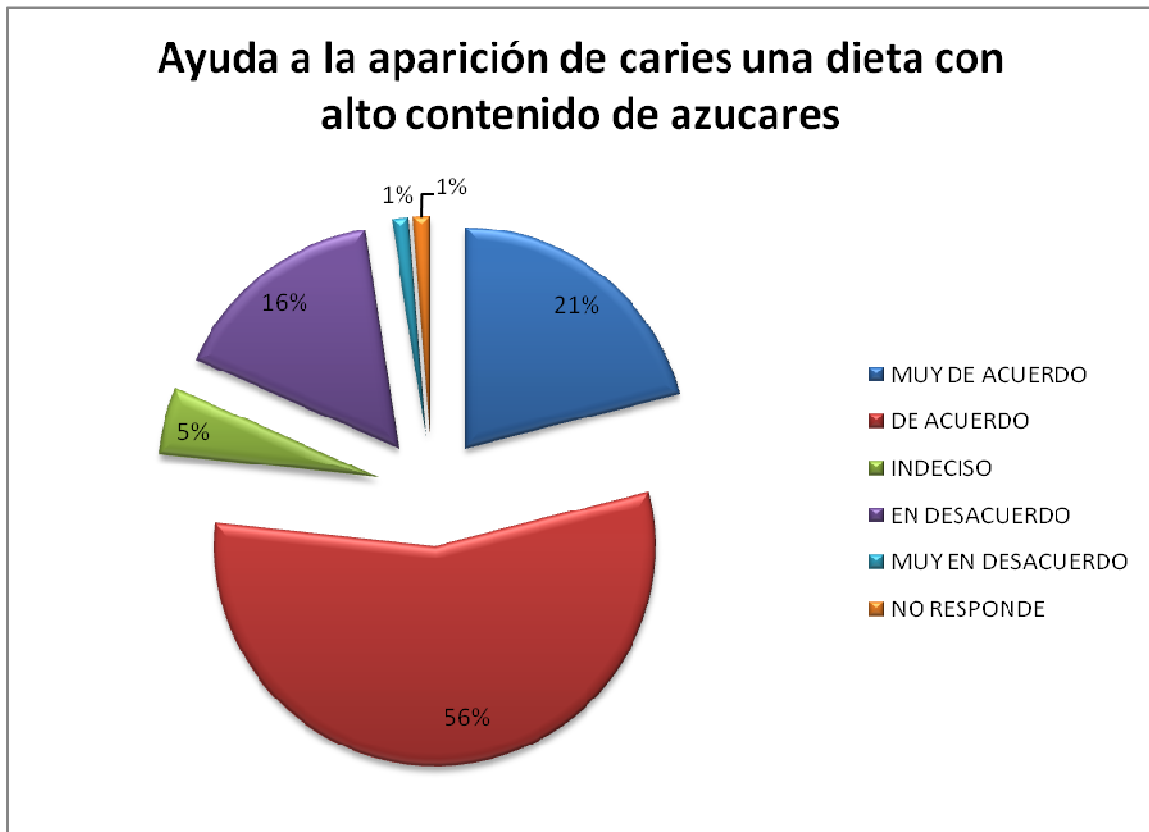


Grafico N°12 . Ayuda a la aparición de caries una dieta con alto contenido de azucares

El 77% de la población conoce que el poseer una dieta rica en azucares favorece la aparición y desarrollo de las caries dentales, mientras que el 23% restante desconoce esta información, dejando ver que respecto a la nutrición y la caries dental presentan un buen conocimiento del tema. (Ver anexo 14).

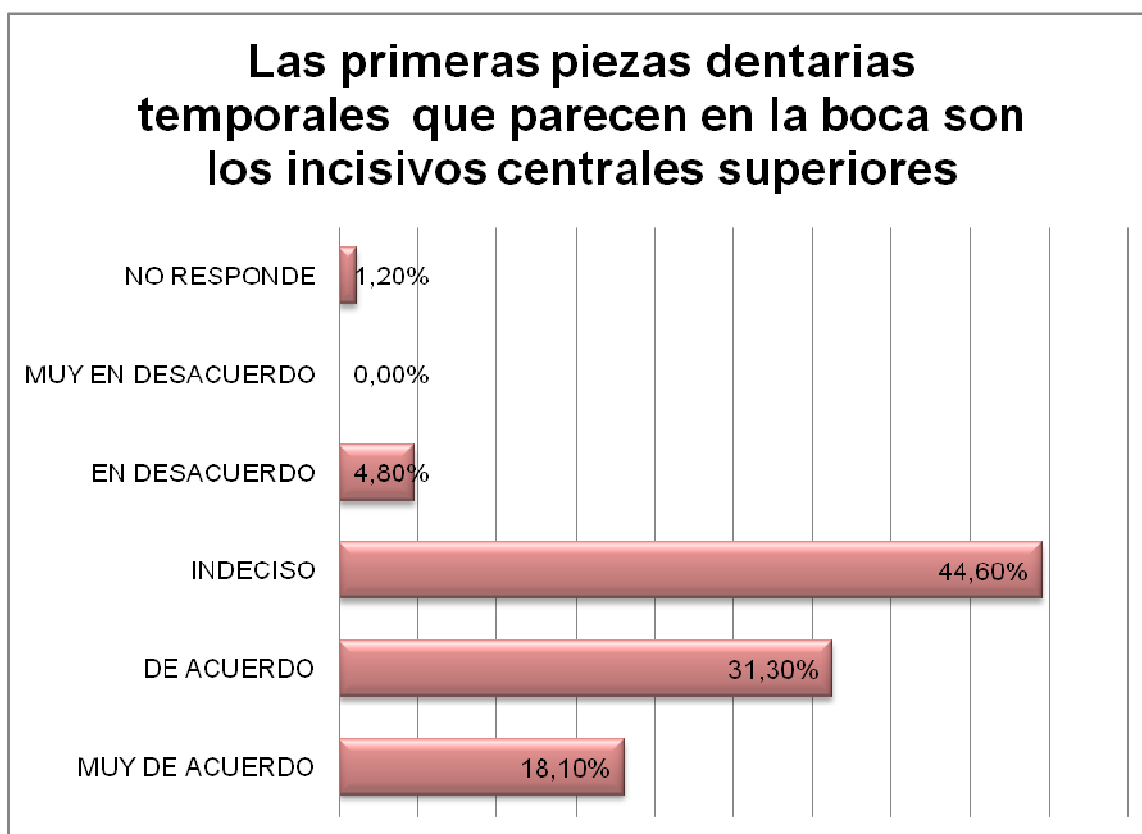


Grafico N°13 . Las primeras piezas dentarias temporales (dientes de leche) que parecen en la boca son los incisivos centrales superiores

La población encuestada respondió a la pregunta, las primeras piezas dentarias temporales (dientes de leche) que aparecen en la boca son los incisivos centrales superiores, el 49,4% de las madres se encontraron de acuerdo con esta afirmación y el 44,6% se mostró indeciso, mientras que el 6% respondió negativamente a esta pregunta, dejando en evidencia la poca información que poseen sobre la cronología de erupción de los dientes deciduos, permitiendo así correlacionar esta información obtenida con la cronicidad de la caries dental (Ver anexo 15).

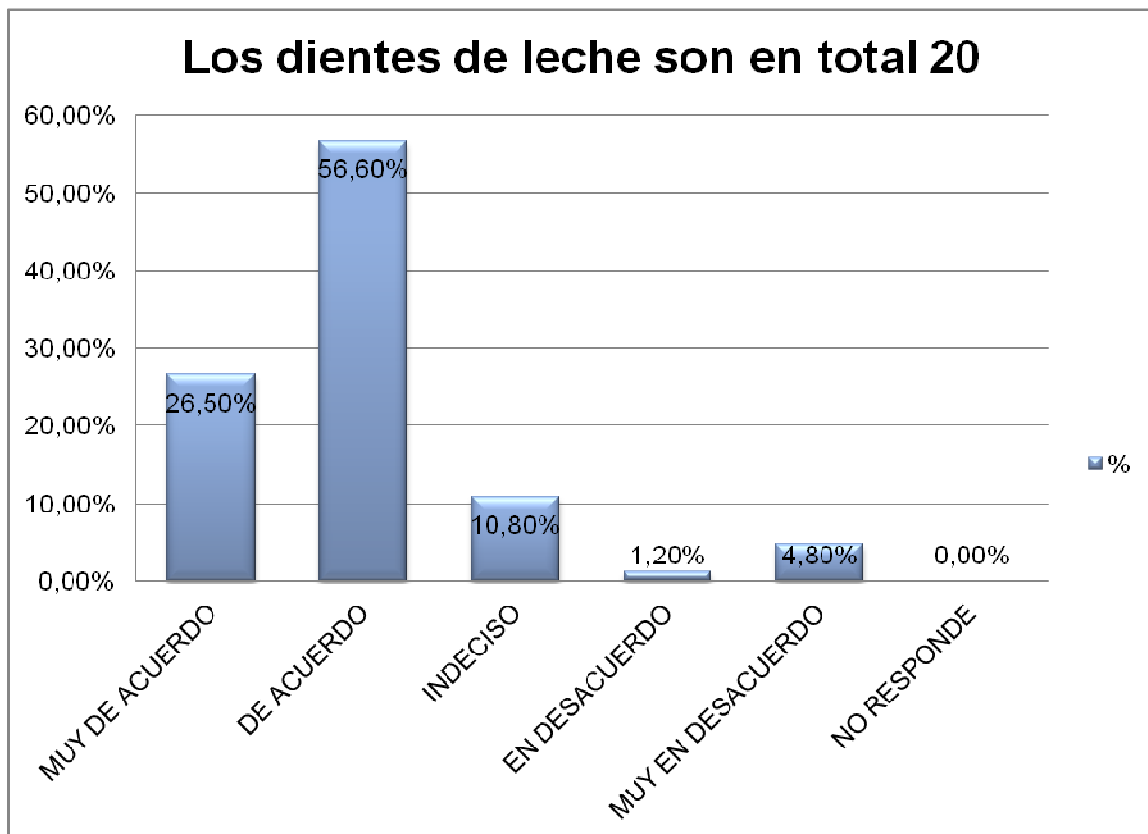


Grafico N° 14. Los dientes de leche son en total 20

Analizando la respuesta a la pregunta, Los dientes de leche son en total 20, encontramos que el 83% de las madres están de acuerdo a la anterior afirmación, dejando en evidencia que tienen los conocimientos adecuados en cuanto a la cantidad de piezas dentales existentes, mientras que el 16,8% restante no posee esta información. (Ver anexo 16).

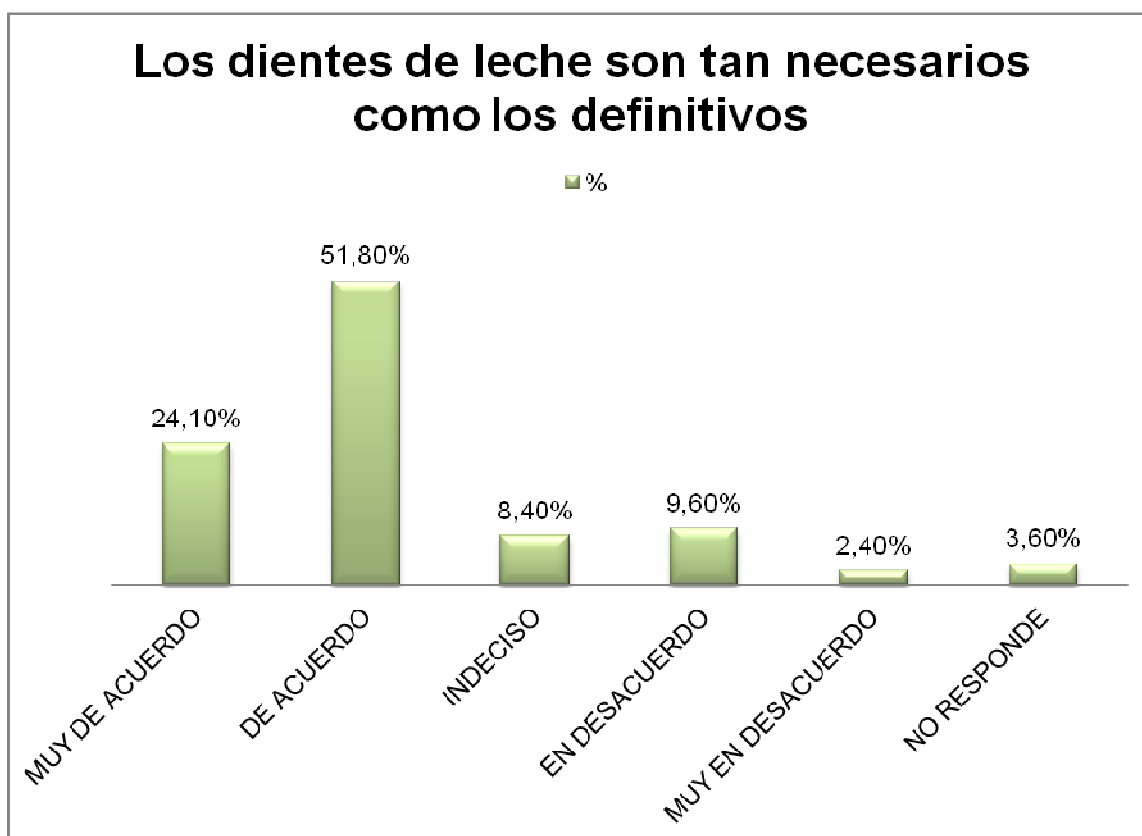


Grafico N° 15 . Los dientes de leche son tan necesarios como los definitivos

La importancia que le da la población a los dientes temporales se plasma a través de el siguiente resultado, dado que a pesar de haber programas e promoción y prevención a nivel local y nacional aun hay un significativo 24% de la población encuestada que no refleja el interés en dichos órganos dentales. (Ver anexo 17).

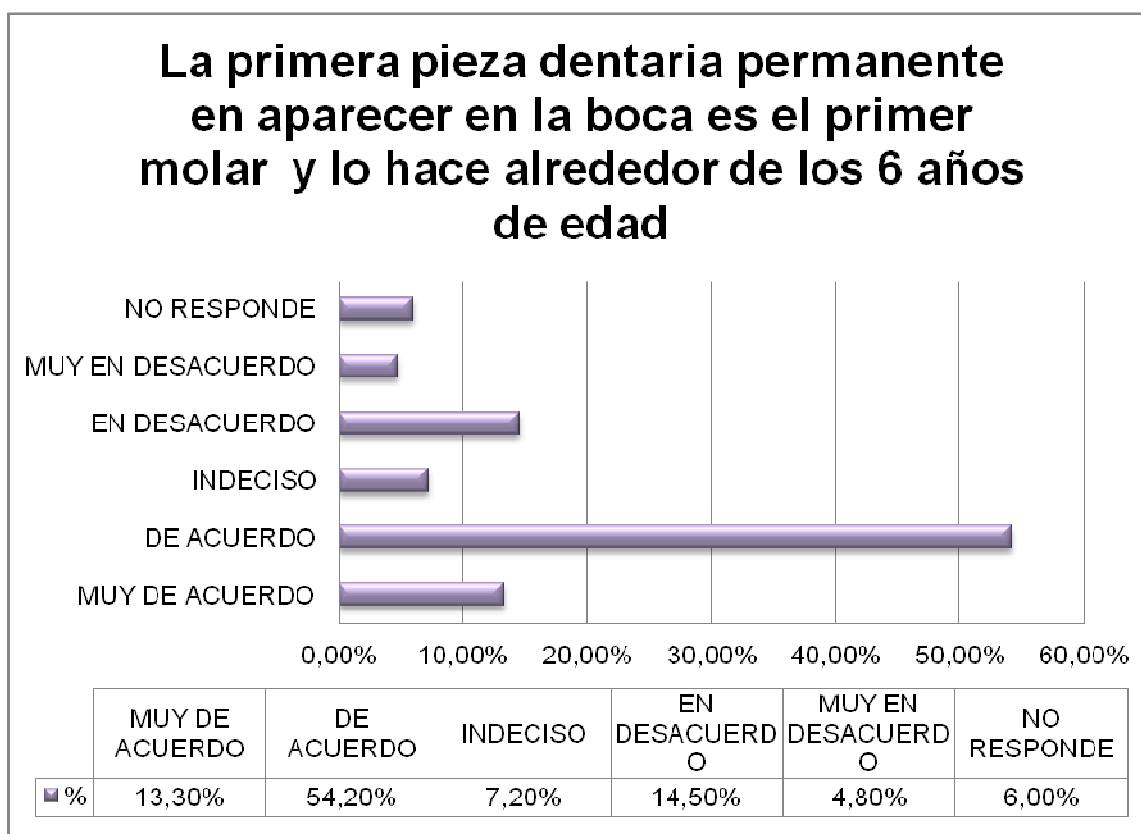


Grafico N°16 . La primera pieza dentaria permanente (definitiva) en aparecer en la boca es el primer molar (muela) y lo hace alrededor de los 6 años de edad

El 31% de la población encuestada desconoce un proceso vital, puesto que este órgano (primer molar permanente) no recibe un tratamiento preventivo adecuado, aumentando el índice de caries en dientes permanente desde la primera infancia. (Ver anexo 18).

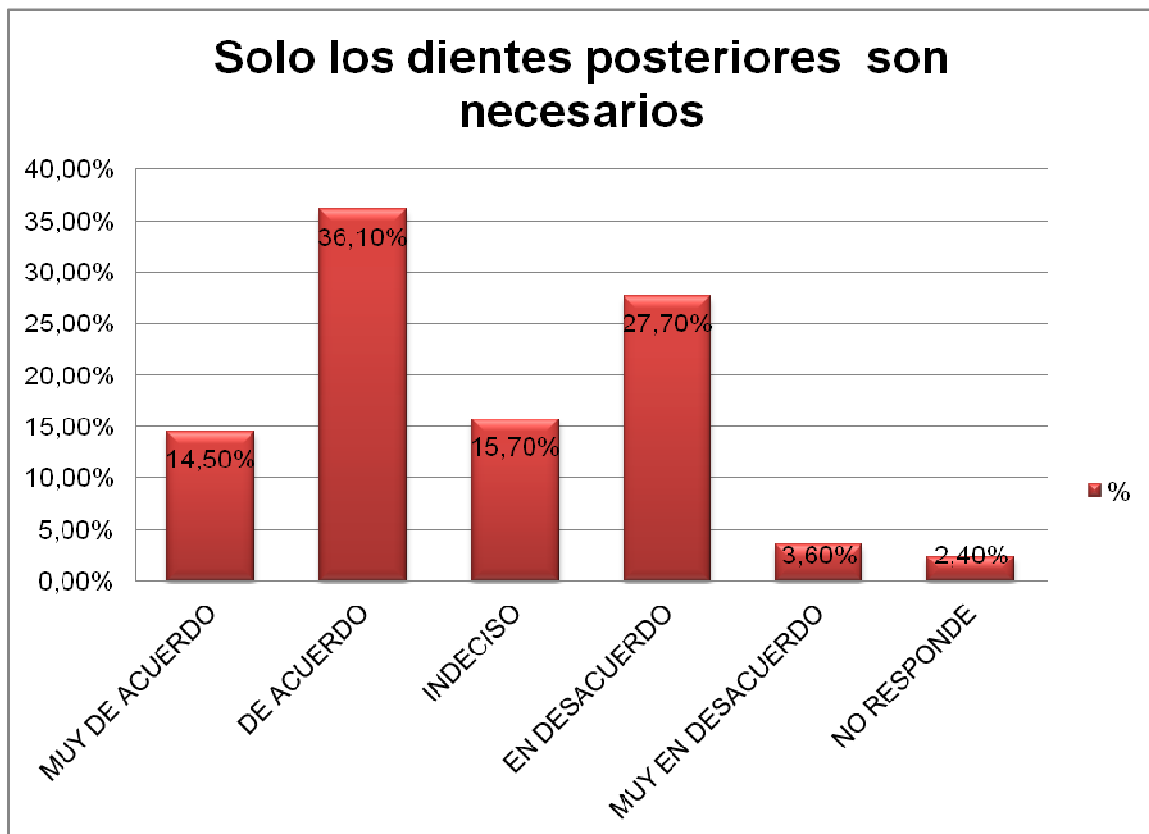


Grafico N° 17. Solo los dientes posteriores (muelas) son necesarios

A la anterior premisa, se observa que el 50,6% de la población encuestada no tiene un adecuado conocimiento de la función e importancia de todos y cada uno de los órganos dentales, mientras que el 49,4% de las madres que realizaron la encuesta poseen un mayor conocimiento de la importancia de los órganos dentales tanto anteriores como posteriores. (Ver anexo 19).

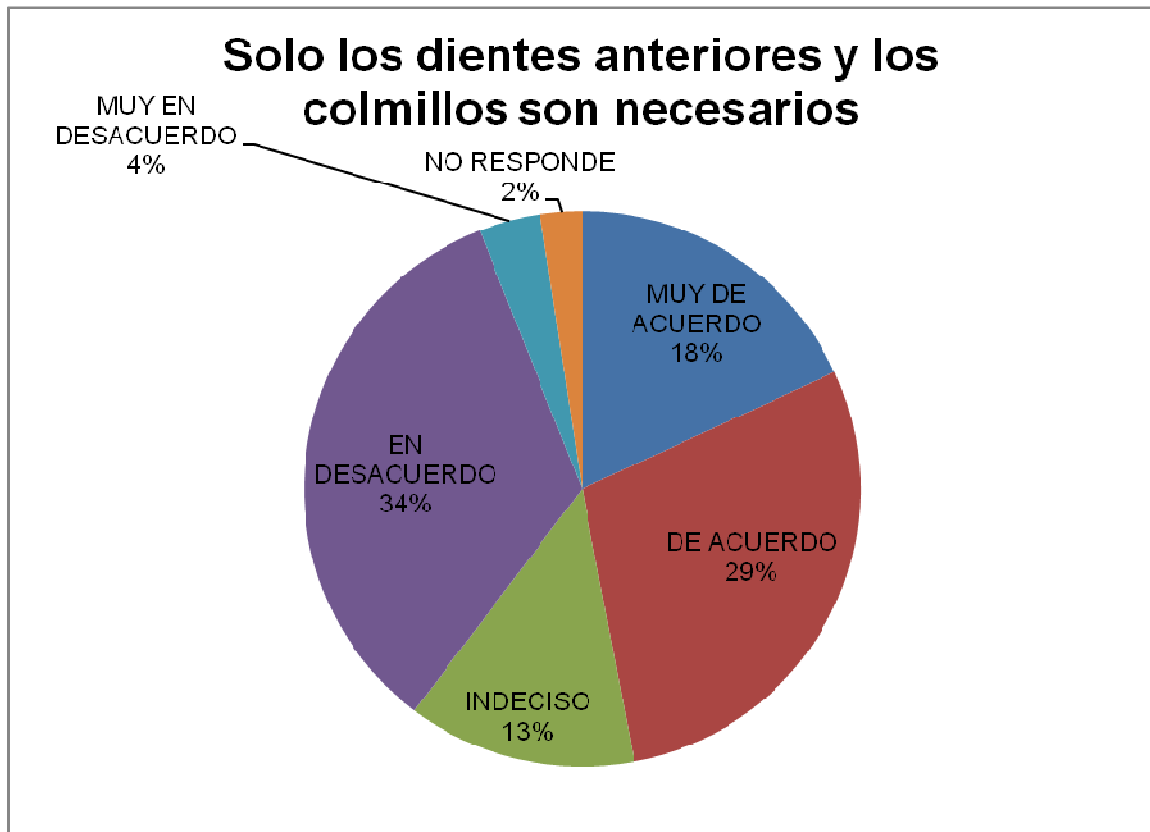


Grafico N° 18 . Solo los dientes anteriores y los colmillos son necesarios

El 53% de la población encuestada respondió que se encontraba en desacuerdo a la pregunta si solo los dientes anteriores y los colmillos eran necesarios, dejando en evidencia que poseen un adecuado conocimiento sobre la importancia que poseen los caninos y dientes anteriores para dar forma a la cara, y su función en la masticación, mostrando un contraste con el 47% restante que muestra un alto índice de desconocimiento. (Ver anexo 20)

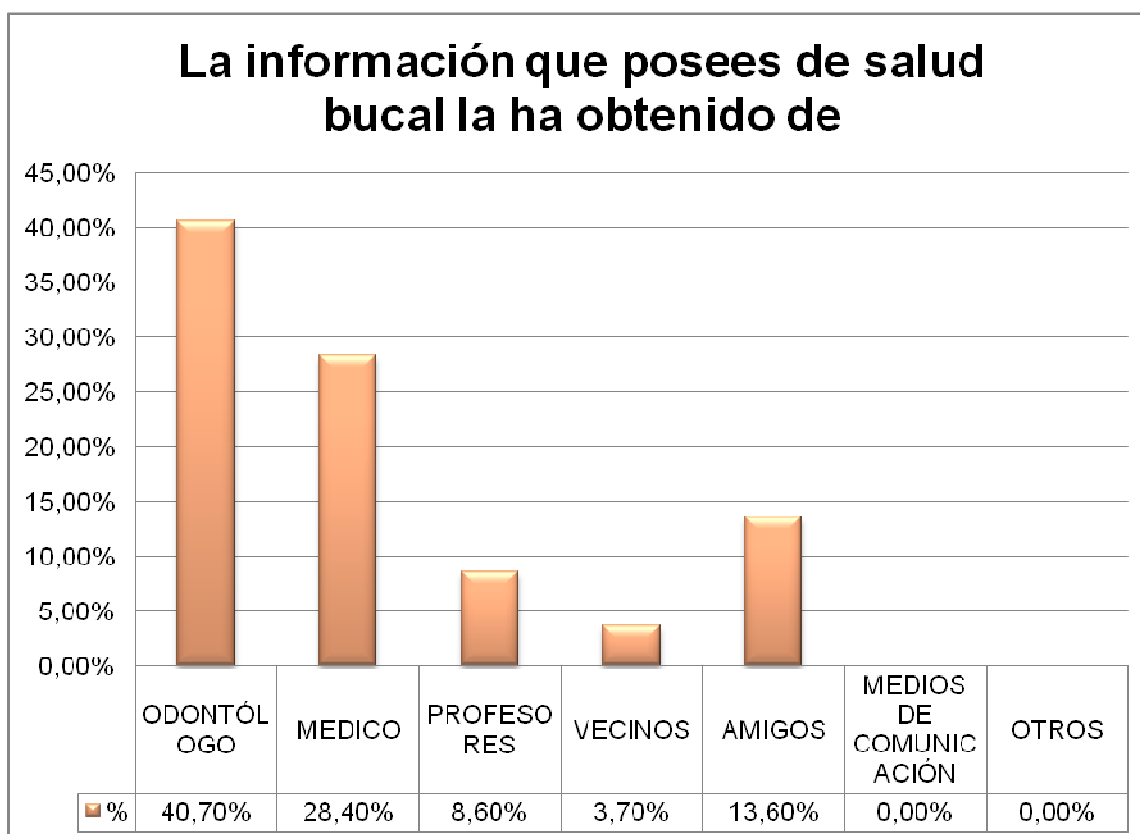


Grafico N°19 . La información que posee de salud bucal la ha obtenido de

El 69,1% de la población encuestada obtiene la información general sobre higiene oral a través del personal de la salud sea médico u odontólogo, el 8,6% la obtiene de los profesores, el 3,7% de sus vecinos y el 13,6% de sus amigos, dejando una gran evidencia que el personal de la salud realiza buenos procesos de concientización sobre la salud oral. (Ver anexo 21).

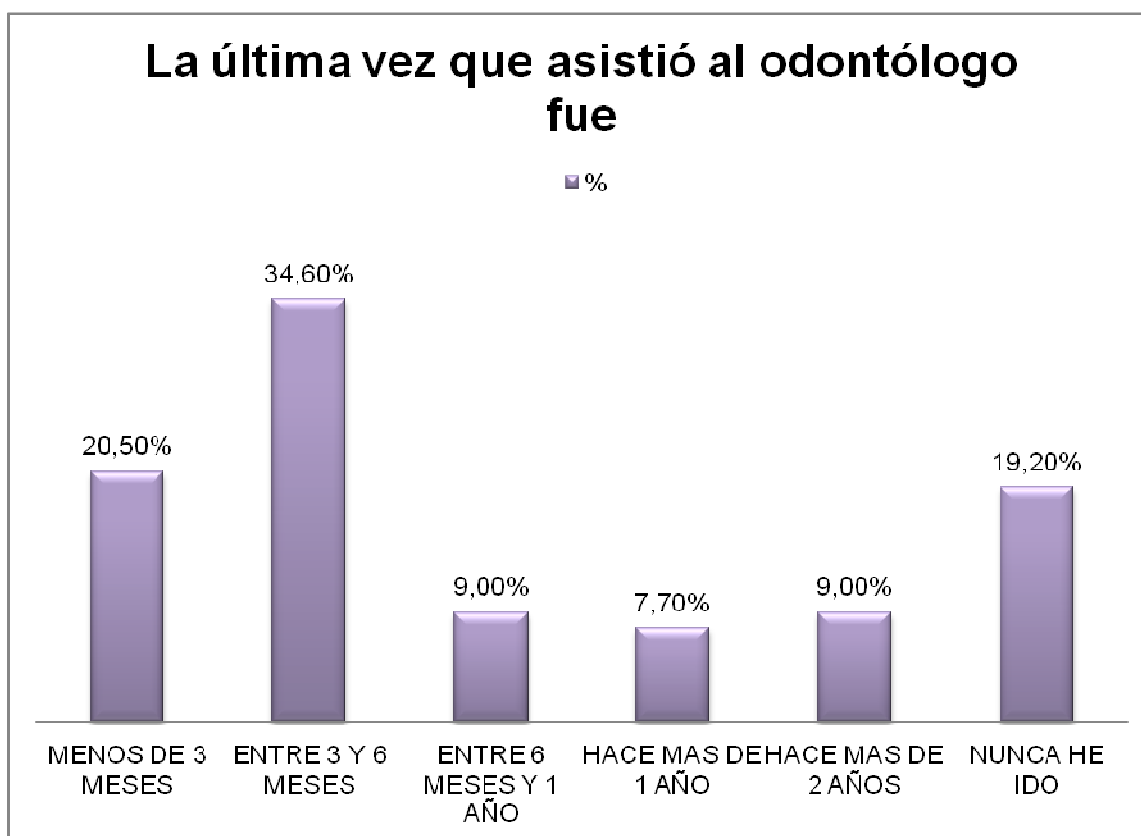


Grafico N°20. La última vez que asistió al odontólogo fue

El 55,1% de la población encuestada llevo por ultima vez a sus hijos al odontologo en un promedio aproximado de tiempo entre menos de 3 a 6 meses, el 25,7% los llevó hace mas de 6 meses, y el 19,2% nunca han llevado a sus hijos al odontologo, lo que demuestra, una gran decersion y amplio rango de tiempo entre las visitas al odontologo. (Ver anexo 22).

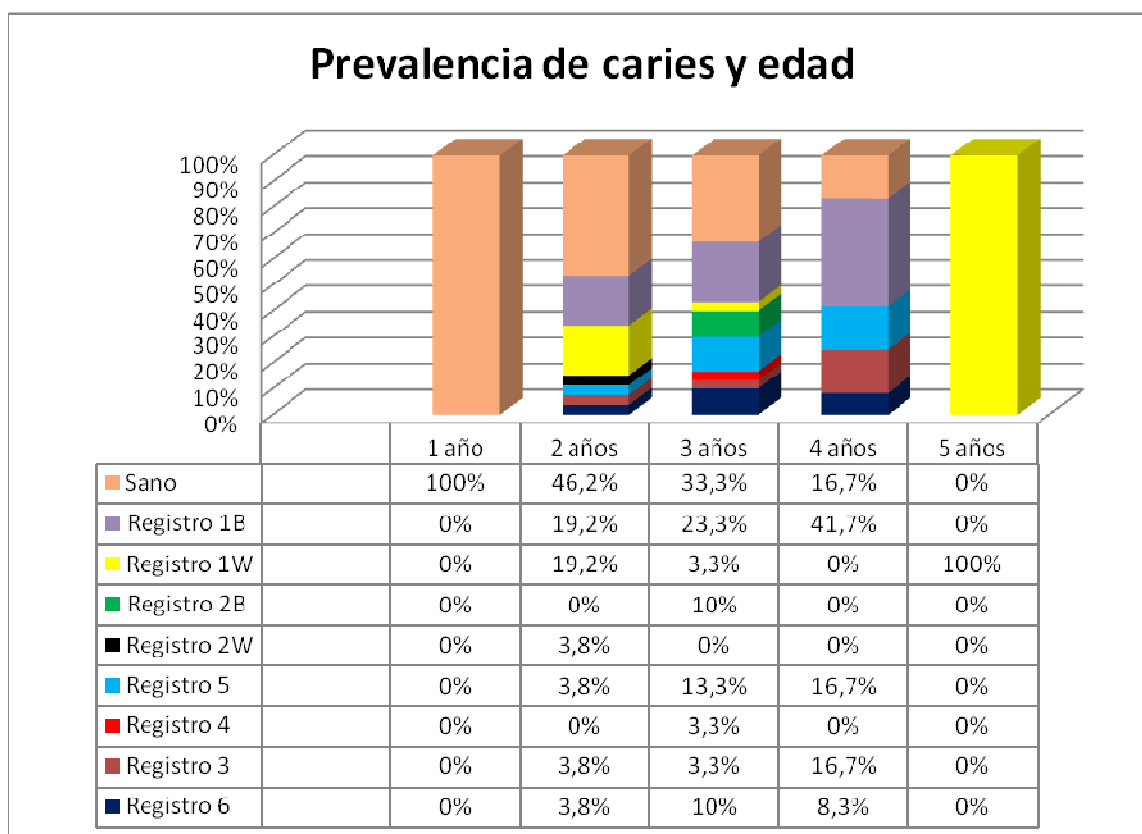


Grafico N°21 . Prevalencia de Caries según la edad

Al analizar los datos obtenidos de la relación establecida entre la prevalencia del tipo de caries y la edad de los niños, encontramos que en las poblaciones de niños de 1 año la prevalencia es de sanos con el 100%, mientras que la población de 2 años presenta un índice de niños afectados de 53,6% repartido en todos los tipos de caries, contrastando con su población sana que equivale a 46,2%; para la población de 3 años se evidencia un porcentaje de afección del 66,5% sin discriminación del tipo de caries, y un porcentaje de sanos del 33,3%; en los niños de 4 años se evidencia un índice de caries del 83,4%, con un mayor porcentaje de afección de caries registro 1B equivalente al 41,7% y tan solo un

pequeño porcentaje de niños sanos representados en en 16,7%; por ultimo se observa que los niños de 5 años, presenta un 100% de afeccion. (Ver anexo 23).

Gráfico N° 22 . Prevalencia de caries, según el número de cepillado diario

De acuerdo a la pregunta planteada en la encuesta si el cepillado diario era máximo 2 veces al día, se observó que la gran mayoría de las madres respondieron afirmativamente, analizando esto con los hallazgos obtenidos de sus hijos se puede evidenciar que las madres que encuentran positiva dicha afirmación el 64,6% de sus hijos se encuentran afectados por al menos 1 tipo de caries, dejando ver que sus escasos conocimientos en salud oral, afectan de manera directamente proporcional la salud oral de sus hijos. (Ver anexo 24).

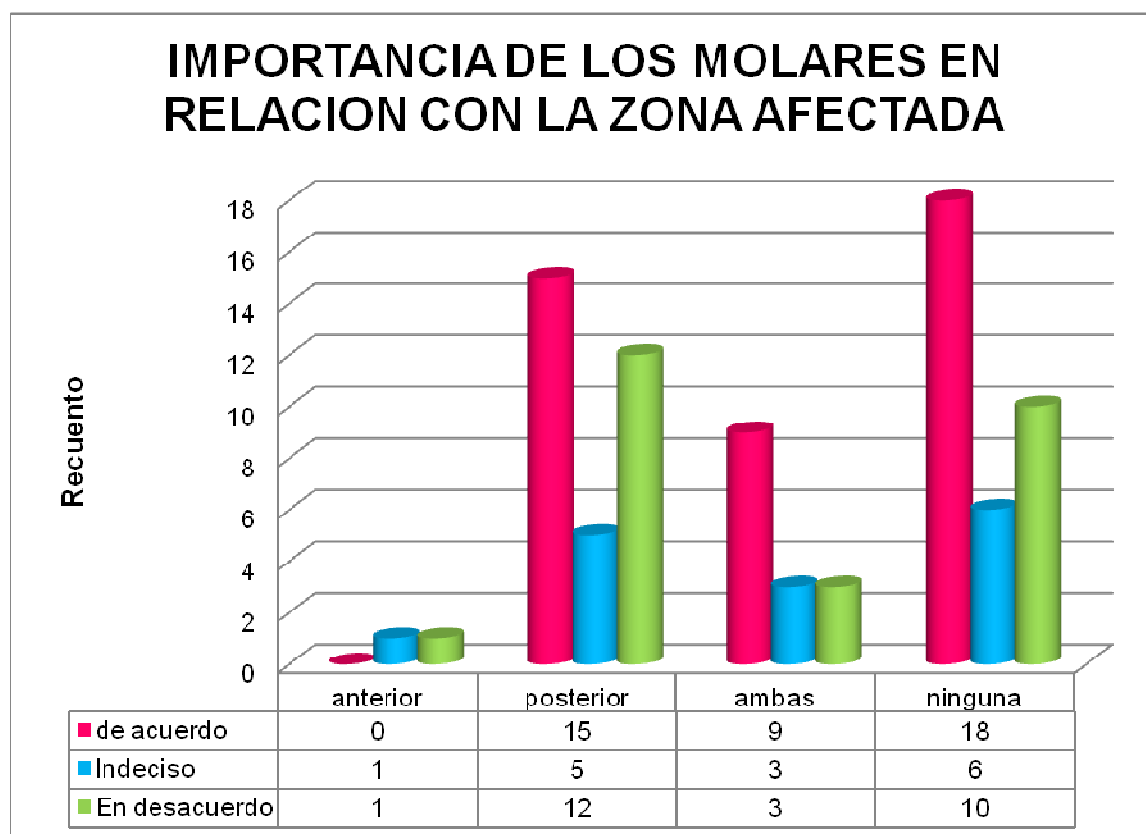


Grafico N° 23. Importancia de los molares en relación con la zona afectada

Analizando los resultados obtenidos en la relación establecida entre la pregunta planteada sobre la importancia de los molares y la zona afectada por caries en los niños examinados, se evidencia un número elevado de pacientes afectados en la zona posterior, para cuyas madres respondieron afirmativamente un total de 15 niños, para aquellas madres que se encontraban indecisas se evidencia que 5 niños se encontraban afectados en la zona posterior, esto nos deja ver que sus pocos conocimientos sobre higiene oral, se relacionan de manera directa con sus prácticas, afectando de manera proporcional el estado de salud oral de sus hijos. (Ver anexo 25).

DISCUSION

Los resultados obtenidos en la presente investigación reflejan un mayor porcentaje del género femenino (57%) que del género masculino (43%), corresponden a 81 niños en edades de 1 a 5 años de 11 hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de la comuna 3 de la ciudad de Santa Marta; con una edad promedio que se encuentra en 2,7 años del total de niños examinados que entregaron la información correcta por parte de sus madres, el cual fue de 75 niños, una moda de 3 años con un total de 31 niños.

Al relacionar la presencia de caries según el sexo observamos que el género masculino se encuentra más afectado con un recuento de 21 niños (60,2%) contrastando con el género femenino con un total de 27 niñas (57,4%), una cantidad de sanos de 20 niñas (42,6%) y 14 niños (40%) evidenciando como se mencionó anteriormente que hay mayor índice de niños afectados que de niñas, mientras que hay más niñas sanas que niños, haciendo una discriminación de que tipo de caries afecta más, observamos que por cada niño afectado con caries registro 6 (2,9%) hay 5 niñas afectadas (10,6%) y que la caries registro 1B es más común en niños con un recuento de 10 pacientes (28,6%), mientras que en las niñas encontramos un recuento de 8 pacientes (17%), esta información es corroborada por las investigaciones realizadas por Gonzalez F. y colaboradores⁽¹²⁾. De igual manera se evidencia en el estudio realizado por Diaz S. y Gonzalez F.⁽¹³⁾

De acuerdo al analisis de niños afectados estos presentan una tendencia de mala higiene oral recuerente al paso de los años, que nos demuestran como progresivamente estas caries se van volviendo mas extensas y terminan siendo un factor para la perdida de organos dentales a temprana edad, prueba de ello es la reduccion de niños sanos, que van desde 1 año con el 100% sanos, pasando por edades que comprenden de los 2 a los 3 años con una porporcion de 46,2% y 33,3% de niños sanos respectivamente y el aumento progresivo de la morbilidad en cuanto a caries de los niños que comprenden edades de 2 a 4 años, con un porcentaje de 53,8% a 83,3% de niños afectados, comparando esta investigacion con otros estudios, como el realizado por Escobar G. y colaboradores⁽⁹⁾ se evidencia una similitud, tambien se puede destacar el estudio realizado por Ramirez B. y colaboradores⁽¹¹⁾

En las variables relacionadas al numero de cepillado diario de maximo 2 veces y la prevalencia de caries, se evidencia que las madres cuya respuesta fue de manera afirmativa (64,6%) sus hijos presentan un alto indice de caries, mientras que las que contestaron de manera correcta indicando que el cepillado diario debe ser mas de 2 veces al dia (32,4%) sus hijos se encuentran sanos, dejando ver que el hecho que las madres posean poco o un errado conocimiento sobre salud oral afecta de manera significativa el estado de la denticion de sus hijos, ya que realizan practicas inadecuadas estimulan estas a los niños, prueba de ello es el estudio realizado por Tascón J. y colaboradores⁽¹⁰⁾.

De la pregunta realizada sobre cuando fue la última visita al odontólogo encontramos que las madres respondieron mayormente entre 3 y 6 meses (34,6%) , muchas madres (19,2%) nunca han asistido al odontólogo o tal vez llevan más de 1 año sin asistir (16,7%) dejando ver el por qué de sus deficientes o nulos conocimientos sobre salud oral, y sus malas prácticas en el mismo.

Con el análisis realizado anteriormente se evidencia que la prevalencia de caries es elevado en niños de la primera infancia, pese a las campañas de promoción y prevención realizadas, esto en proporción con los pocos conocimientos de sus madres y/o acudientes en higiene oral, se evidencia que estas falencias no solo se dan a nivel de Santa Marta, o de la costa con relación a los estudios realizados en la ciudad de Cartagena, sino también en el interior del país de acuerdo a los resultados obtenidos por en los estudios ejecutados en la ciudad de Medellín, ya que esas madres cuyos conocimientos son escasos o nulos, sus prácticas son inadecuadas, y el manejo de la salud oral de sus hijos es mala.

CONCLUSION

Primordialmente estas preguntas fueron un punto de inquietud para que las madres encuestadas determinaran que grado de conocimientos tienen ellas sobre la higiene oral que deben recibir sus hijos y además ver la importancia y la necesidad de tener una actitud activa frente al estado de salud oral de los infantes y no simplemente tener esos conocimientos como una simple base de datos. También en este proyecto se motivó e incentivó a las madres para que acudieran a sus respectivos centros de salud, a atender el caso específico de sus hijos, los cuales presentaban caries dental.

Con base a los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede decir que si hay correlación entre los conocimientos que poseen las madres sobre higiene oral, respecto al índice de caries de sus hijos, son tan afines estos que cuando la madre desconoce sobre los tiempos de erupción de los órganos dentales del niño, estos podrían verse afectados por la caries dental respecto a su orden de erupción y su localización con mayor facilidad.

En cuanto a la variable del sexo, no hay una gran diferencia que determine el grado de afección entre ambos géneros; respecto a la epidemiología 17 de cada 100 niños presentan caries clínicamente visibles (caries registro 4, 5 y 6) motivo por el cual estos son factores que determinan la precariedad de la atención odontológica que reciben estos niños,

con relacion a la morbilidad de estos niños en cuanto a caries es muy alta y reafirman la posicion que las comunidades no reciben una buena atencion en higiene oral comenzando por la prevencion.

Se pudieron observar en diferentes casos de niños que presentaban altos indices de caries registro 6 la cual es un registro cronico y por tal motivo podemos concluir que la atencion por parte de sus padres no se presenta en sus respectivos tiempos ya sea por falta de conocimientos o por negligencia de los mismos.

Podemos destacar que la presente investigacion dejo entre ver el poco conocimiento que poseen las madres sobre salud oral, que a pesar de los programas de promocion y prevencion brindados por el ministerio de la proteccion social, y ejecutado por los centros de salud del estado, aun hay falencias en cuanto a las vias de comunicacion odontologo – padre de familia, viendose reflejado en el estado de salud oral de los niños de edades tempranas; a pesar que se encontro un alto indice de pacientes sanos, pudimos observar que aun existen muchos pacientes con alto porcentaje de caries de larga evolucion (registro 4, 5 y 6 según criterio ICDAS) que va destruyendo paulatinamente el organo dental, sin recibir tratamiento a tiempo, ya que los padres poseen muy escasos conocimientos sobre muchos factores que influyen para que esta patologia (Caries dental) se ocasionen, como lo es la dieta de la madre gestante y del niño posterior a la erupcion de los dientes, las importancia que poseen

la dentición decidua y la permanente, así como lo tienen las diferentes zonas de la cavidad oral anterior o posterior, y las diferentes edades de erupción dental.

RECOMENDACIONES

Podemos brindar como recomendación la ejecución de cátedras dictadas a los padres de familia donde se explique la importancia de la buena higiene oral del niño en sus primeros años de vida, y la implicación que posee las buenas prácticas de higiene en los infantes para su vida en etapas posteriores.

Concientizar y sensibilizar a las madres de familia y a las madres comunitarias en sí, sobre la importancia de todos los dientes en sus dos etapas, deciduos y permanentes, y las funciones que cumplen cada uno de ellos, con las respectivas consecuencias de la pérdida prematura de alguno.

Orientar a los padres y/o representantes sobre la importancia que posee la prevención en salud oral, y educar a los niños sobre la importancia de sus dientes para que así, ellos puedan comprender las consecuencias que conlleva un mal hábito de higiene oral, esto podría realizarse mediante charlas, o prácticas didácticas en cada una de las casas hogar, directamente con sus madres comunitarias respectivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fundamentos de ciencias básicas aplicadas a la odontología. Pontificia Universidad Javeriana. Editorial académica. Bogotá. Capitulo 3 (página 170). 2006
2. Negroni. (2009). *Microbiología estomatológica, fundamentos y guía práctica*. Buenos Aires: Editorial medica Panamericana.
3. Cesar Díaz Cubas. (2005). *Flúor y caries*. España: Visión Net.
4. Barrancos Mooney. (2006). *Operatoria dental, integración clínica*. Buenos Aires: Editorial medica Panamericana.
5. Hernán Vélez, William Rojas, Jaime Borrero, Jorge Restrepo. (2003). *Enfermedades infecciosas, fundamentos de medicina*. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
6. Guía de práctica clínica en Salud Oral. Caries 2007. Guía de práctica clínica para el Diagnostico, prevención y tratamiento de la caries dental. Secretaria de Salud de Bogotá. Primera edición. 2007

7. Criterios ICDAS: nuevas perspectivas para el diagnóstico de la caries dental. Unidad de investigación en caries UNICA-B. facultad de Odontología – Universidad el Bosque. 2011
8. Daniel McCann. (2006). *La lucha contra la caries – Herramientas visuales innovadoras y alta tecnología para detectar la caries de forma temprana*. Enportada. Dental practice report.
9. Escobar G. Ramírez B. Franco A. Tamayo A. Aguirre J. Experiencia de Caries dental en niños de 1-5 años de bajos ingresos. Medellín, Colombia. Revista CES Odontología. Volumen 22. N°1. 2009
10. Tascon J. Aranzazu L. Velazco T. Trujillo K. Paz M. Primer molar permanente: historia de caries en un grupo de niños entre los 5 y 11 años frente a los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. Colombia Médica. Cali, Colombia. 2005
11. Ramírez B. Escobar G. Castro J. Franco A. Necesidades de tratamiento en dentición primaria en niños de uno a cinco años con caries dental no tratada en una comunidad de bajos ingresos, Moravia, Medellín, 2006. Revista de la Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Volumen 20 N° 2. Primer semestre. Medellín, Colombia. 2009

12. González F. Sánchez R. Carmona L. Indicadores de riesgo para la caries dental en niños preescolares de la Boquilla, Cartagena. Revista de Salud Publica. Volumen 11 (4). Cartagena, Colombia. 2009
13. Díaz S. González F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. Revista de Salud Publica. Volumen 12 (5). Cartagena, Colombia. 2010
14. <http://www.minproteccionsocial.gov.co>
15. Hernandez L. Lopez L. Navarro P. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres comunitarias del ICBF, Distrito Santa Marta 2013-I.
16. Benavente L. Chein S. Campodónico C. Palacios E. Ventocilla M. Castro A. Huapaya O. Alvarez M. Paulino W. Espetia A. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Odontología Sanmarquina 2012; 15 (1): 14-18
17. Brambila G. Navarro M. Conocimiento de las Madres sobre la salud bucal de sus hijos de 0 a 3 años. Centro de estudios de Postgrado. Guadalajara, Jalisco, México Agosto 2009.
18. Urguelles Y. Abellas M. Conocimientos de las madres sobre salud bucal en lactantes. Odontología y estomatología, medicina preventiva y salud pública, pediatría y neonatología. Artículo II. 2012

19. Guía de práctica clínica en salud oral. higiene oral. Bogotá, D.C. 2010
20. Higiene dental personal diaria. Vicente Laserna Santos. Victoria, Canadá. Trafford publishing. 2008
21. Manual de técnicas de higiene oral. Universidad Veracruzana. Región Veracruz. Salud Bucal. Dr. Antonia Barranca Enrriquez. 2011
22. Barroso J. Guinot F. Barbero V. Bellet L. La importancia de la dieta en prevención de la caries. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Internacional de Catalunya, Barcelona. Gaceta Dental 181. Mayo 2007
23. <http://es.scribd.com/doc/51425573/NOMENCLATURAS-DENTALES-1-1>
24. <http://www.slideshare.net/Luijecantillo/nomenclatura-dentaria>
25. Alimentos cariogenicos y no cariogenicos. Alejandra Ramírez. Coordinadora de Área de Educación para la Salud. Consultorios Odontológicos Escolares.
26. Zalba J. Dieta y Salud Dental. Zona Hospitalaria. Abril 2008. N° 10
27. Núñez J. Moya P. Monsalves M. Landaeta S. Nivel de Conocimiento de Salud Oral y Utilización de GES Odontológico en Púerperas atendidas en una clínica privada, Santiago, Chile. Odontostomat, 7 (1): 39-46. 2013

ANEXOS

ANEXO 1

Encuesta

Instrucciones

El presente formato hace parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el conocimiento sobre salud bucal individual, por lo que le solicitamos su participación colocando una (X) dentro de la casilla que usted considere correcta.

Nombre: _____ Edad: _____ Años

Barrio donde se encuentra el Hogar infantil: _____ Estrato: _____

Número de hijos: ___ Posición del hijo en atención actual: ___

AFIRMACIONES	ALTERNATIVAS DE RESPUESTA				
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. La alimentación durante el embarazo afecta los dientes del niño					
2. La higiene bucal debe iniciarse antes de la aparición de los dientes en la boca, limpiando las encías después que la mamá le da pecho.					
3. El cepillado es importante para tener dientes sanos.					
4. Los dientes deben cepillarse después de cada comida.					
5. El cepillado se debe realizar máximo 2 veces al día.					
6. El uso de seda dental no es necesario si se realiza una correcta higiene con cepillo y pasta de dientes.					
7. La crema dental para usar en sus hijos es la misma que usa un adulto.					
8. La caries es una enfermedad infecciosa (producida por bacterias).					
9. La caries es una enfermedad contagiosa (se puede transmitir de una persona a otra, por ejemplo, de la mamá a su hijo).					
10. Un diente temporal (de leche) con caries afecta al diente que va					

a salir después.					
11. Ayudan a la aparición de caries: Una dieta con alto contenido de azúcares.					
12. Ayudan a la aparición de caries: Consumo de alimentos dulces y duros (Turrón, dulces, caramelos, etc.).					
13. Cree usted que es importante el cuidado de la higiene oral del bebe o el niño.					
14. Se debe limpiar la boca del bebe con gaza o algodón, antes de la aparición de los dientes					
15. Se debe limpiar la boca de sus hijos mayores con cepillo dental y crema.					
16. Chuparse el dedo y usar por mucho tiempo chupo provoca que los dientes se pongan o salgan "en mala posición".					
17. Chuparse el dedo y usar por mucho tiempo chupo afecta el crecimiento y desarrollo normal de los huesos de la cara.					
18. Durante la higiene bucal es importante lavar los dientes, la encía y la lengua.					
19. Las primeras piezas dentarias temporales (dientes de leche) que aparecen en la boca son los incisivos centrales superiores.					
20. A los 3 años de edad ya deberían estar en la boca todos los dientes de leche.					
21. Los dientes de leche son en total 20.					
22. Los dientes de leche son tan necesarios como los definitivos.					
23. La primera pieza dentaria permanente (definitiva) en aparecer en la boca es el primer molar (muela) y lo hace alrededor de los 6 años de edad.					
24. . El primer molar (muela) permanente erupciona en un espacio propio y no reemplaza a ningún diente de leche.					
25 Los dientes y las muelas sirven para masticar (moler) correctamente los alimentos.					
26. Solo los dientes posteriores (muelas) son necesarios.					

27. Sólo los dientes anteriores y los colmillos son necesarios.					
28. Es normal que las encías sangren al cepillarse los dientes.					
29. La gingivitis (encías inflamadas) es una enfermedad producida por un exceso de microbios en la boca, sobre todo en las encías.					
30. Los dientes sirven para pronunciar algunas palabras (fonética)					
31. Es necesario ir al odontólogo aunque no tenga caries					

32. La información que posees sobre salud bucal la has obtenido de:

Odontólogo Médico Profesores Familiares Vecinos Amigos
Medios de comunicación (radio, revistas, TV, etc.) Otros

ESCOJA SOLO UNA RESPUESTA Y MARQUE CON UNA (X) DENTRO DEL CUADRO.

33. La última vez que asistió al Odontólogo fue:

- a) Menos de 3 meses
- b) Entre 3 meses y 6 meses
- c) Entre 6 meses y 1 año
- d) Hace más de 1 año
- e) Hace más de 2 años
- f) Nunca he ido

GRACIAS

DOCUMENTO ESCRITO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN EN ODONTOLOGÍA

En este documento usted autorizara la valoración en odontología, esta será utilizada con fines netamente académicos permitiendo realizar estudios en el que se evaluaran el estado de la dentición de los niños y niñas en edades entre 1 y 5 años frente a los conocimientos, practicas y actitudes de sus madres. Y el cual será presentado ante un comité académico, como una investigación en base a estos datos, pudiendo así ser publicada en diferentes medios de comunicación.

Entre los beneficios que tenemos con la realización de este estudio, es que permitirá la educación de las madres en salud oral, y enfocarse en las falencias existentes en cuanto al cuidado del niño en sus primeras etapas de vida. Si usted desea ampliar la información acerca de esta investigación solicítela a los estudiantes encargados del proyecto. Recuerde que todo acto profesional implica una situación de aprendizaje.

Yo, _____, identificado con la C.C. No. _____ expedida en _____, He entendido el objetivo de este estudio, y he tenido oportunidad de preguntar y obtener respuestas satisfactorias sobre dicha valoración a mi hijo (a) _____

Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario.

Con mi firma doy mi consentimiento para que los estudiantes Jill Arrautt Diazgranados y Jhon Mauricio Nieto Vásquez del programa de odontología, le realicen la valoración a mi hijo(a), con fines académicos.

Firma del padre o persona responsable

Fecha: _____

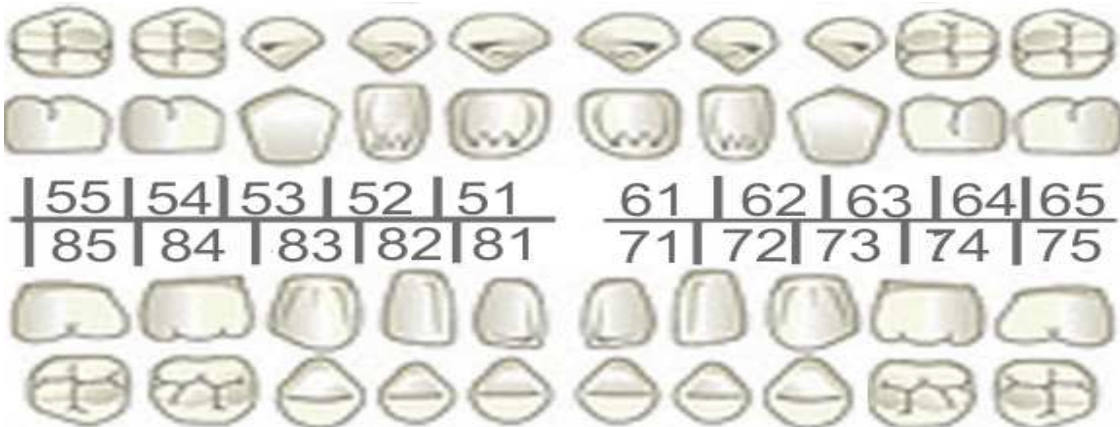
ANEXO 2

DIAGNOSTICO ICDAS

Odontograma organos dentales permanentes.



Odontograma órganos dentales temporales.



Registro ICDAS N°	Color referencia
0	✓
1W	● (amarillo)
1B	● (naranja)
2W	● (azul claro)
2B	● (azul oscuro)
3	● (rojo)
4	● (gris)
5	● (negro)
6	● (morado)

ANEXO 3

Tabla 1. Edad del niño

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
1 año	5	6,0	6,7	6,7
2 años	26	31,3	34,7	41,3
3 años	31	37,3	41,3	82,7
4 años	12	14,5	16,0	98,7
5 años	1	1,2	1,3	100,0
TOTAL	75	90,4	100,0	
Perdidos en el sistema	8	9,6		
TOTAL	83	100,0		

ANEXO 4

Tabla 2. Prevalencia de tipo de caries

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Caries registro 6 (Cavidad extensa)	6	7,2	7,3	7,3
Caries registro 5 (Cavidad detectable)	7	8,4	8,5	15,9
Caries registro 4 (Sombre gris subyacente)	1	1,2	1,2	17,1
Caries registro 3 (Microcavidad)	4	4,8	4,9	22,0
Caries registro 2W (Opacidad blanca en superficie húmeda)	1	1,2	1,2	23,2
Caries registro 1W (Opacidad blanca con secado de aire)	8	9,6	9,8	32,9
Caries registro 2B (Mancha café mas allá de la fisura)	3	3,6	3,7	36,6
Caries registro 1B (Mancha café confinada a la fisura)	18	21,7	22,0	58,5
Registro 0 (Sano)	34	41,0	41,5	100,0
PERDIDOS EN EL SISTEMA	1	1,2		
TOTAL	83	100,0		

ANEXO 5

Tabla 3. Morbilidad de Caries

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Muy Buena (0 caries)	34	41,0	41,0	41,0
Buena (Caries tipo 1,2,3)	18	21,7	21,7	62,7
Regular (Caries tipo 1,2,3,4)	14	16,9	16,9	79,5
Mala (Caries tipo 5,6)	17	20,5	20,5	100,0
TOTAL	83	100,0	100,0	

ANEXO 6

Tabla 4. Zona Afectada

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Anterior	2	2,4	2,4	2,4
Posterior	32	38,6	38,6	41,0
Ambas	15	18,1	18,1	59,0
Ninguno	34	41,0	41,0	100,0
TOTAL	83	100,0	100,0	

ANEXO 7

Tabla 5. Posibles órganos indicados para exodoncia por caries

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Ninguno	70	84,3	84,3	84,3
1	4	4,8	4,8	89,2
2	5	6,0	6,0	95,2
3	1	1,2	1,2	96,4
4	1	1,2	1,2	97,6
17	1	1,2	1,2	98,8
9	1	1,2	1,2	100,0
TOTAL	83	100,0	100,0	

ANEXO 8

Tabla 6. Sexo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Masculino	36	43,4	43,4	43,4
Femenino	47	56,6	56,6	100,0
TOTAL	83	100,0		

ANEXO 9

Tabla 7. Prevalencia de tipo de caries según el sexo

PREVALENCIA TIPO DE CARIES	SEXO		TOTAL	
	MASCULINO	FEMENINO		
Caries registro 6	Recuento	1	5	6
	% dentro del SEXO	2,9%	10,6%	7,3%
Caries registro 5	Recuento	4	3	7
	% dentro del SEXO	11,4%	6,4%	8,5%
Caries registro 4	Recuento	1	0	1
	% dentro del SEXO	2,9%	0,0%	1,2%
Caries registro 3	Recuento	1	3	4
	% dentro del SEXO	2,9%	6,4%	4,9%
Caries registro 2w	Recuento	1	0	1
	% dentro del SEXO	2,9%	0,0%	1,2%
Caries registro 1w	Recuento	1	7	8
	% dentro del SEXO	2,9%	14,9%	9,8%
Caries registro 2B	Recuento	2	1	3
	% dentro del SEXO	5,7%	2,1%	3,7%
Caries registro 1B	Recuento	10	8	18
	% dentro del SEXO	28,6%	17,0%	22,0%
Registro 0	Recuento	14	20	34
	% dentro del SEXO	40,0%	42,6%	41,5%
TOTAL	Recuento	35	47	82

ANEXO 10

Tabla 8. "El cepillado diario"

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
1. El cepillado se debe realizar máximo 2 veces al día	MUY DE ACUERDO	34	41,0%
	DE ACUERDO	43	51,8%
	INDECISO	2	2,4%
	EN DESACUERDO	4	4,8%
	MUY EN DESACUERDO	0	0,0%
	NO RESPONDE	0	0,0%

ANEXO 11

Tabla 9. "La seda dental"

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
2. El uso de seda dental no es necesario si se realiza una correcta higiene con cepillo y crema dental	MUY DE ACUERDO	15	18,1%
	DE ACUERDO	54	65,1%
	INDECISO	8	9,6%
	EN DESACUERDO	1	1,2%
	MUY EN DESACUERDO	4	4,8%
	NO RESPONDE	1	1,2%

ANEXO 12

Tabla 10. “La crema dental para usar en sus hijos”

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
3. La crema dental para usar en sus hijos es la misma que usa un adulto	MUY DE ACUERDO	13	15,9%
	DE ACUERDO	15	18,3%
	INDECISO	12	14,6%
	EN DESACUERDO	31	37,8%
	MUY EN DESACUERDO	9	11,0%
	NO RESPONDE	2	2,4%

ANEXO 13

Tabla 11. “La caries es una enfermedad contagiosa”

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
4. La caries es una enfermedad contagiosa (se puede transmitir de una persona a otra, por ejemplo, de la mama a su hijo)	MUY DE ACUERDO	2	2,4%
	DE ACUERDO	13	15,7%
	INDECISO	13	15,7%
	EN DESACUERDO	42	50,6%
	MUY EN DESACUERDO	12	14,5%
	NO RESPONDE	1	1,2%

ANEXO 14

Tabla 12. "Aparición de Caries"

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
1. Ayuda a la aparición de caries una dieta con alto contenido de azúcares	MUY DE ACUERDO	17	21,0%
	DE ACUERDO	45	55,6%
	INDECISO	4	4,9%
	EN DESACUERDO	13	16,0%
	MUY EN DESACUERDO	1	1,2%
	NO RESPONDE	1	1,2%

ANEXO 15

Tabla 13. "Los dientes temporales en erupción"

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
1. Las primeras piezas dentarias temporales (dientes de leche) que parecen en la boca son los incisivos centrales superiores	MUY DE ACUERDO	15	18,1%
	DE ACUERDO	26	31,3%
	INDECISO	37	44,6%
	EN DESACUERDO	4	4,8%
	MUY EN DESACUERDO	0	0,0%
	NO RESPONDE	1	1,2%

ANEXO 16

Tabla 14. "Cantidad de dientes temporales"

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
1. Los dientes de leche son en total 20	MUY DE ACUERDO	22	26,5%
	DE ACUERDO	47	56,6%
	INDECISO	9	10,8%
	EN DESACUERDO	1	1,2%
	MUY EN DESACUERDO	4	4,8%
	NO RESPONDE	0	0,0%

ANEXO 17

Tabla 15. "Necesidad de los dientes temporales"

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
1. Los dientes de leche son tan necesarios como los definitivos	MUY DE ACUERDO	20	24,1%
	DE ACUERDO	43	51,8%
	INDECISO	7	8,4%
	EN DESACUERDO	8	9,6%
	MUY EN DESACUERDO	2	2,4%
	NO RESPONDE	3	3,6%

ANEXO 18

Tabla 16. "Dientes permanentes"

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
1. La primera pieza dentaria permanente (definitiva) en aparecer en la boca es el primer molar (muela) y lo hace alrededor de los 6 años de edad	MUY DE ACUERDO	11	13,3%
	DE ACUERDO	45	54,2%
	INDECISO	6	7,2%
	EN DESACUERDO	12	14,5%
	MUY EN DESACUERDO	4	4,8%
	NO RESPONDE	5	6,0%

ANEXO 19

Tabla 17. "Necesidad de los molares"

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
1. Solo los dientes posteriores (muelas) son necesarios	MUY DE ACUERDO	12	14,5%
	DE ACUERDO	30	36,1%
	INDECISO	13	15,7%
	EN DESACUERDO	23	27,7%
	MUY EN DESACUERDO	3	3,6%
	NO RESPONDE	2	2,4%

ANEXO 20

Tabla 18. "Necesidad de los dientes anteriores"

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
1. Solo los dientes anteriores y los colmillos son necesarios	MUY DE ACUERDO	15	18,1%
	DE ACUERDO	24	28,9%
	INDECISO	11	13,3%
	EN DESACUERDO	28	33,7%
	MUY EN DESACUERDO	3	3,6%
	NO RESPONDE	2	2,4%

ANEXO 21

Tabla 19. "Información"

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
1. La información que posees de salud bucal la ha obtenido de	ODONTÓLOGO	33	40,7%
	MEDICO	23	28,4%
	PROFESORES	7	8,6%
	VECINOS	3	3,7%
	AMIGOS	11	13,6%
	MEDIOS DE COMUNICACIÓN	0	0,0%
	OTROS	0	0,0%

ANEXO 24

Tabla 22. "Prevalencia de caries y numero de cepillado"

TIPO DE CARIES		EL CEPILLADO SE DEBE REALIZAR MÁXIMO 2 VECES AL DÍA				TOTAL
		MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	
Caries registro 6	Recuento	3	3	0	0	6
	%	8,8%	7,1%	0,0%	0,0%	7,3%
Caries registro 5	Recuento	5	2	0	0	7
	%	14,7%	4,8%	0,0%	0,0%	8,5%
Caries registro 4	Recuento	1	0	0	0	1
	%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
Caries registro 3	Recuento	3	1	0	0	4
	%	8,8%	2,4%	0,0%	0,0%	4,9%
Caries registro 2W	Recuento	0	1	0	0	1
	%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	1,2%
Caries registro 1W	Recuento	2	6	0	0	8
	%	5,9%	14,3%	0,0%	0,0%	9,8%
Caries registro 2B	Recuento	1	2	0	0	3
	%	2,9%	4,8%	0,0%	0,0%	3,7%
Caries registro 1B	Recuento	8	10	0	0	18
	%	23,5%	23,8%	0,0%	0,0%	22,0%
Sano	Recuento	11	17	2	4	34
	%	32,4%	40,5%	100%	100%	41,5%
TOTAL	Recuento	34	42	2	4	82
	%	100%	100%	100%	100%	100%

		EL CEPILLADO SE DEBE REALIZAR MÁXIMO 2 VECES AL DÍA				TOTAL
		MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	
Cariados	Recuento	23	25	0	0	48
	%	64,6%	59,6%	0,0%	0,0%	58,6%
Sano	Recuento	11	17	2	4	34
	%	32,4%	40,5%	2,4%	4,9%	41,5%
TOTAL	Recuento	34	42	2	4	82
	%	100%	100%	100%	100%	100%

ANEXO 25

Tabla 23. "Importancia de los molares y zona afectada"

OPCIONES DE RESPUESTA	SOLO LOS DIENTES POSTERIORES (MUELAS) SON NECESARIAS				TOTAL	
	ANTERIOR	POSTERIOR	AMBAS	NINGUNA		
MUY DE ACUERDO	Recuento	0	6	1	5	12
	%	0,0%	18,8%	6,7%	14,7%	14,5%
DE ACUERDO	Recuento	0	9	8	13	30
	%	0,0%	28,1%	53,3%	38,2%	36,1%
INDECISO	Recuento	1	5	3	4	13
	%	50,0%	15,6%	20,0%	11,8%	15,7%
EN DESACUERDO	Recuento	1	10	3	9	23
	%	50,0%	31,3%	20,0%	26,5%	27,7%
MUY EN DESACUERDO	Recuento	0	2	0	1	3
	%	0,0%	6,3%	0,0%	2,9%	3,6%
NO RESPONDE	Recuento	0	0	0	2	2
	%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	2,4%
TOTAL	Recuento	2	32	15	34	83
	%	100%	100%	100%	100%	100%

	anterior	posterior	ambas	ninguna
de acuerdo	0	15	9	18
Indeciso	1	5	3	6
En desacuerdo	1	12	3	10

ANEXO 3

Tabla 1. Edad del niño

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
1 año	5	6,0	6,7	6,7
2 años	26	31,3	34,7	41,3
3 años	31	37,3	41,3	82,7
4 años	12	14,5	16,0	98,7
5 años	1	1,2	1,3	100,0
TOTAL	75	90,4	100,0	
Perdidos en el sistema	8	9,6		
TOTAL	83	100,0		

ANEXO 4

Tabla 2. Prevalencia de tipo de caries

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Caries registro 6 (Cavidad extensa)	6	7,2	7,3	7,3
Caries registro 5 (Cavidad detectable)	7	8,4	8,5	15,9
Caries registro 4 (Sombre gris subyacente)	1	1,2	1,2	17,1
Caries registro 3 (Microcavidad)	4	4,8	4,9	22,0
Caries registro 2W (Opacidad blanca en superficie húmeda)	1	1,2	1,2	23,2
Caries registro 1W (Opacidad blanca con secado de aire)	8	9,6	9,8	32,9
Caries registro 2B (Mancha café mas allá de la fisura)	3	3,6	3,7	36,6
Caries registro 1B (Mancha café confinada a la fisura)	18	21,7	22,0	58,5
Registro 0 (Sano)	34	41,0	41,5	100,0
PERDIDOS EN EL SISTEMA	1	1,2		
TOTAL	83	100,0		

ANEXO 5

Tabla 3. Morbilidad de Caries

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Muy Buena (0 caries)	34	41,0	41,0	41,0
Buena (Caries tipo 1,2,3)	18	21,7	21,7	62,7
Regular (Caries tipo 1,2,3,4)	14	16,9	16,9	79,5
Mala (Caries tipo 5,6)	17	20,5	20,5	100,0
TOTAL	83	100,0	100,0	

ANEXO 6

Tabla 4. Zona Afectada

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Anterior	2	2,4	2,4	2,4
Posterior	32	38,6	38,6	41,0
Ambas	15	18,1	18,1	59,0
Ninguno	34	41,0	41,0	100,0
TOTAL	83	100,0	100,0	

ANEXO 7

Tabla 5. Posibles órganos indicados para exodoncia por caries

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Ninguno	70	84,3	84,3	84,3
1	4	4,8	4,8	89,2
2	5	6,0	6,0	95,2
3	1	1,2	1,2	96,4
4	1	1,2	1,2	97,6
17	1	1,2	1,2	98,8
9	1	1,2	1,2	100,0
TOTAL	83	100,0	100,0	

ANEXO 8

Tabla 6. Sexo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Masculino	36	43,4	43,4	43,4
Femenino	47	56,6	56,6	100,0
TOTAL	83	100,0		

ANEXO 9

Tabla 7. Prevalencia de tipo de caries según el sexo

PREVALENCIA TIPO DE CARIES		SEXO		TOTAL
		MASCULINO	FEMENINO	
Caries registro 6	Recuento	1	5	6
	% dentro del SEXO	2,9%	10,6%	7,3%
Caries registro 5	Recuento	4	3	7
	% dentro del SEXO	11,4%	6,4%	8,5%
Caries registro 4	Recuento	1	0	1
	% dentro del SEXO	2,9%	0,0%	1,2%
Caries registro 3	Recuento	1	3	4
	% dentro del SEXO	2,9%	6,4%	4,9%
Caries registro 2w	Recuento	1	0	1
	% dentro del SEXO	2,9%	0,0%	1,2%
Caries registro 1w	Recuento	1	7	8
	% dentro del SEXO	2,9%	14,9%	9,8%
Caries registro 2B	Recuento	2	1	3
	% dentro del SEXO	5,7%	2,1%	3,7%
Caries registro 1B	Recuento	10	8	18
	% dentro del SEXO	28,6%	17,0%	22,0%
Registro 0	Recuento	14	20	34
	% dentro del SEXO	40,0%	42,6%	41,5%
TOTAL	Recuento	35	47	82

ANEXO 10

Tabla 8. “El cepillado diario”

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
1. El cepillado se debe realizar máximo 2 veces al día	MUY DE ACUERDO	34	41,0%
	DE ACUERDO	43	51,8%
	INDECISO	2	2,4%
	EN DESACUERDO	4	4,8%
	MUY EN DESACUERDO	0	0,0%
	NO RESPONDE	0	0,0%

ANEXO 11

Tabla 9. “La seda dental”

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
2. El uso de seda dental no es necesario si se realiza una correcta higiene con cepillo y crema dental	MUY DE ACUERDO	15	18,1%
	DE ACUERDO	54	65,1%
	INDECISO	8	9,6%
	EN DESACUERDO	1	1,2%
	MUY EN DESACUERDO	4	4,8%
	NO RESPONDE	1	1,2%

ANEXO 12

Tabla 10. “La crema dental para usar en sus hijos”

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECUENTO	%
3. La crema dental para usar en sus hijos es la misma que usa un adulto	MUY DE ACUERDO	13	15,9%
	DE ACUERDO	15	18,3%
	INDECISO	12	14,6%
	EN DESACUERDO	31	37,8%
	MUY EN DESACUERDO	9	11,0%
	NO RESPONDE	2	2,4%

ANEXO 13

Tabla 11. “La caries es una enfermedad contagiosa”

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECUENTO	%
4. La caries es una enfermedad contagiosa (se puede transmitir de una persona a otra, por ejemplo, de la mama a su hijo)	MUY DE ACUERDO	2	2,4%
	DE ACUERDO	13	15,7%
	INDECISO	13	15,7%
	EN DESACUERDO	42	50,6%
	MUY EN DESACUERDO	12	14,5%
	NO RESPONDE	1	1,2%

ANEXO 14

Tabla 12. "Aparición de Caries"

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
1. Ayuda a la aparición de caries una dieta con alto contenido de azúcares	MUY DE ACUERDO	17	21,0%
	DE ACUERDO	45	55,6%
	INDECISO	4	4,9%
	EN DESACUERDO	13	16,0%
	MUY EN DESACUERDO	1	1,2%
	NO RESPONDE	1	1,2%

ANEXO 15

Tabla 13. "Los dientes temporales en erupción"

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
1. Las primeras piezas dentarias temporales (dientes de leche) que parecen en la boca son los incisivos centrales superiores	MUY DE ACUERDO	15	18,1%
	DE ACUERDO	26	31,3%
	INDECISO	37	44,6%
	EN DESACUERDO	4	4,8%
	MUY EN DESACUERDO	0	0,0%
	NO RESPONDE	1	1,2%

ANEXO 16

Tabla 14. “Cantidad de dientes temporales”

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECUENTO	%
1. Los dientes de leche son en total 20	MUY DE ACUERDO	22	26,5%
	DE ACUERDO	47	56,6%
	INDECISO	9	10,8%
	EN DESACUERDO	1	1,2%
	MUY EN DESACUERDO	4	4,8%
	NO RESPONDE	0	0,0%

ANEXO 17

Tabla 15. “Necesidad de los dientes temporales”

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECUENTO	%
1. Los dientes de leche son tan necesarios como los definitivos	MUY DE ACUERDO	20	24,1%
	DE ACUERDO	43	51,8%
	INDECISO	7	8,4%
	EN DESACUERDO	8	9,6%
	MUY EN DESACUERDO	2	2,4%
	NO RESPONDE	3	3,6%

ANEXO 18

Tabla 16. "Dientes permanentes"

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECUESTO	%
1. La primera pieza dentaria permanente (definitiva) en aparecer en la boca es el primer molar (muela) y lo hace alrededor de los 6 años de edad	MUY DE ACUERDO	11	13,3%
	DE ACUERDO	45	54,2%
	INDECISO	6	7,2%
	EN DESACUERDO	12	14,5%
	MUY EN DESACUERDO	4	4,8%
	NO RESPONDE	5	6,0%

ANEXO 19

Tabla 17. "Necesidad de los molares"

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECUESTO	%
1. Solo los dientes posteriores (muelas) son necesarios	MUY DE ACUERDO	12	14,5%
	DE ACUERDO	30	36,1%
	INDECISO	13	15,7%
	EN DESACUERDO	23	27,7%
	MUY EN DESACUERDO	3	3,6%
	NO RESPONDE	2	2,4%

ANEXO 20

Tabla 18. “Necesidad de los dientes anteriores”

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
1. Solo los dientes anteriores y los colmillos son necesarios	MUY DE ACUERDO	15	18,1%
	DE ACUERDO	24	28,9%
	INDECISO	11	13,3%
	EN DESACUERDO	28	33,7%
	MUY EN DESACUERDO	3	3,6%
	NO RESPONDE	2	2,4%

ANEXO 21

Tabla 19. “Información”

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	RECuento	%
1. La información que posees de salud bucal la ha obtenido de	ODONTÓLOGO	33	40,7%
	MEDICO	23	28,4%
	PROFESORES	7	8,6%
	VECINOS	3	3,7%
	AMIGOS	11	13,6%
	MEDIOS DE COMUNICACIÓN	0	0,0%
	OTROS	0	0,0%

ANEXO 24

Tabla 22. “Prevalencia de caries y numero de cepillado”

TIPO DE CARIES	EL CEPILLADO SE DEBE REALIZAR MÁXIMO 2 VECES AL DÍA				TOTAL	
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO		
Caries registro 6	Recuento	3	3	0	0	6
	%	8,8%	7,1%	0,0%	0,0%	7,3%
Caries registro 5	Recuento	5	2	0	0	7
	%	14,7%	4,8%	0,0%	0,0%	8,5%
Caries registro 4	Recuento	1	0	0	0	1
	%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
Caries registro 3	Recuento	3	1	0	0	4
	%	8,8%	2,4%	0,0%	0,0%	4,9%
Caries registro 2W	Recuento	0	1	0	0	1
	%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	1,2%
Caries registro 1W	Recuento	2	6	0	0	8
	%	5,9%	14,3%	0,0%	0,0%	9,8%
Caries registro 2B	Recuento	1	2	0	0	3
	%	2,9%	4,8%	0,0%	0,0%	3,7%
Caries registro 1B	Recuento	8	10	0	0	18
	%	23,5%	23,8%	0,0%	0,0%	22,0%
Sano	Recuento	11	17	2	4	34
	%	32,4%	40,5%	100%	100%	41,5%
TOTAL	Recuento	34	42	2	4	82
	%	100%	100%	100%	100%	100%

	EL CEPILLADO SE DEBE REALIZAR MÁXIMO 2 VECES AL DÍA				TOTAL	
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO		
Cariados	Recuento	23	25	0	0	48
	%	64,6%	59,6%	0,0%	0,0%	58,6%
Sano	Recuento	11	17	2	4	34
	%	32,4%	40,5%	2,4%	4,9%	41,5%
TOTAL	Recuento	34	42	2	4	82
	%	100%	100%	100%	100%	100%

ANEXO 25

Tabla 23. “Importancia de los molares y zona afectada”

OPCIONES DE RESPUESTA		SOLO LOS DIENTES POSTERIORES (MUELAS) SON NECESARIAS				TOTAL
		ANTERIOR	POSTERIOR	AMBAS	NINGUNA	
MUY DE ACUERDO	Recuento	0	6	1	5	12
	%	0,0%	18,8%	6,7%	14,7%	14,5%
DE ACUERDO	Recuento	0	9	8	13	30
	%	0,0%	28,1%	53,3%	38,2%	36,1%
INDECISO	Recuento	1	5	3	4	13
	%	50,0%	15,6%	20,0%	11,8%	15,7%
EN DESACUERDO	Recuento	1	10	3	9	23
	%	50,0%	31,3%	20,0%	26,5%	27,7%
MUY EN DESACUERDO	Recuento	0	2	0	1	3
	%	0,0%	6,3%	0,0%	2,9%	3,6%
NO RESPONDE	Recuento	0	0	0	2	2
	%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	2,4%
TOTAL	Recuento	2	32	15	34	83
	%	100%	100%	100%	100%	100%

	anterior	posterior	ambas	ninguna
de acuerdo	0	15	9	18
Indeciso	1	5	3	6
En desacuerdo	1	12	3	10

VALORACION DE LA CARIES SEGÚN ICDAS FRENTE A LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES

Encuesta

Instrucciones

El presente formato hace parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el conocimiento sobre salud bucal individual, por lo que le solicitamos su participación colocando una (X) dentro de la casilla que usted considere correcta.

Nombre: _____ Edad: _____ Años

Barrio donde se encuentra el Hogar infantil: _____ Estrato: _____

Número de hijos: ___ Posición del hijo en atención actual: ___

AFIRMACIONES	ALTERNATIVAS DE RESPUESTA				
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. La alimentación durante el embarazo afecta los dientes del niño					
2. La higiene bucal debe iniciarse antes de la aparición de los dientes en la boca, limpiando las encías después que la mamá le da pecho.					
3. El cepillado es importante para tener dientes sanos.					
4. Los dientes deben cepillarse después de cada comida.					
5. El cepillado se debe realizar máximo 2 veces al día.					
6. El uso de seda dental no es necesario si se realiza una correcta higiene con cepillo y pasta de dientes.					
7. La crema dental para usar en sus hijos es la misma que usa un adulto.					
8. La caries es una enfermedad infecciosa (producida por bacterias).					
9. La caries es una enfermedad contagiosa (se puede transmitir de una persona a otra, por ejemplo, de la mamá a su hijo).					
10. Un diente temporal (de leche) con caries afecta al diente que va a salir después.					
11. Ayudan a la aparición de caries: Una dieta con alto contenido de azúcares.					
12. Ayudan a la aparición de caries: Consumo de alimentos dulces y duros (Turrón, dulces, caramelos, etc.).					
13. Cree usted que es importante el cuidado de la higiene oral del bebe o el niño.					
14. Se debe limpiar la boca del bebe con gaza o algodón, antes de la aparición de los dientes					
15. Se debe limpiar la boca de sus hijos mayores con cepillo dental y crema.					
16. Chuparse el dedo y usar por mucho tiempo chupo provoca que los dientes se pongan o salgan "en mala posición".					

17. Chuparse el dedo y usar por mucho tiempo chupo afecta el crecimiento y desarrollo normal de los huesos de la cara.					
18. Durante la higiene bucal es importante lavar los dientes, la encía y la lengua.					
19. Las primeras piezas dentarias temporales (dientes de leche) que aparecen en la boca son los incisivos centrales superiores.					
20. A los 3 años de edad ya deberían estar en la boca todos los dientes de leche.					
21. Los dientes de leche son en total 20.					
22. Los dientes de leche son tan necesarios como los definitivos.					
23. La primera pieza dentaria permanente (definitiva) en aparecer en la boca es el primer molar (muela) y lo hace alrededor de los 6 años de edad.					
24. . El primer molar (muela) permanente erupciona en un espacio propio y no reemplaza a ningún diente de leche.					
25 Los dientes y las muelas sirven para masticar (moler) correctamente los alimentos.					
26. Solo los dientes posteriores (muelas) son necesarios.					
27. Sólo los dientes anteriores y los colmillos son necesarios.					
28. Es normal que las encías sangren al cepillarse los dientes.					
29. La gingivitis (encías inflamadas) es una enfermedad producida por un exceso de microbios en la boca, sobre todo en las encías.					
30. Los dientes sirven para pronunciar algunas palabras (fonética)					
31. Es necesario ir al odontólogo aunque no tenga caries					

32. La información que posees sobre salud bucal la has obtenido de:

Odontólogo Médico Profesores Familiares Vecinos Amigos
Medios de comunicación (radio, revistas, TV, etc.) Otros

ESCOJA SOLO UNA RESPUESTA Y MARQUE CON UNA (X) DENTRO DEL CUADRO.

33. La última vez que asistió al Odontólogo fue:

- a) Menos de 3 meses
- b) Entre 3 meses y 6 meses
- c) Entre 6 meses y 1 año
- d) Hace más de 1 año
- e) Hace más de 2 años
- f) Nunca he ido

GRACIAS

VALORACION DE LA CARIES SEGÚN ICDAS FRENTE A LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES

Encuesta

Instrucciones

El presente formato hace parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el conocimiento sobre salud bucal individual, por lo que le solicitamos su participación colocando una (X) dentro de la casilla que usted considere correcta.

Nombre: _____ Edad: _____ Años

Barrio donde se encuentra el Hogar infantil: _____ Estrato: _____

Número de hijos: ___ Posición del hijo en atención actual: ___

AFIRMACIONES	ALTERNATIVAS DE RESPUESTA				
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. La alimentación durante el embarazo afecta los dientes del niño					
2. La higiene bucal debe iniciarse antes de la aparición de los dientes en la boca, limpiando las encías después que la mamá le da pecho.					
3. El cepillado es importante para tener dientes sanos.					
4. Los dientes deben cepillarse después de cada comida.					
5. El cepillado se debe realizar máximo 2 veces al día.					
6. El uso de seda dental no es necesario si se realiza una correcta higiene con cepillo y pasta de dientes.					
7. La crema dental para usar en sus hijos es la misma que usa un adulto.					
8. La caries es una enfermedad infecciosa (producida por bacterias).					
9. La caries es una enfermedad contagiosa (se puede transmitir de una persona a otra, por ejemplo, de la mamá a su hijo).					
10. Un diente temporal (de leche) con caries afecta al diente que va a salir después.					
11. Ayudan a la aparición de caries: Una dieta con alto contenido de azúcares.					
12. Ayudan a la aparición de caries: Consumo de alimentos dulces y duros (Turrón, dulces, caramelos, etc.).					
13. Cree usted que es importante el cuidado de la higiene oral del bebe o el niño.					
14. Se debe limpiar la boca del bebe con gaza o algodón, antes de la aparición de los dientes					
15. Se debe limpiar la boca de sus hijos mayores con cepillo dental y crema.					
16. Chuparse el dedo y usar por mucho tiempo chupo provoca que los dientes se pongan o salgan "en mala posición".					

17. Chuparse el dedo y usar por mucho tiempo chupo afecta el crecimiento y desarrollo normal de los huesos de la cara.					
18. Durante la higiene bucal es importante lavar los dientes, la encía y la lengua.					
19. Las primeras piezas dentarias temporales (dientes de leche) que aparecen en la boca son los incisivos centrales superiores.					
20. A los 3 años de edad ya deberían estar en la boca todos los dientes de leche.					
21. Los dientes de leche son en total 20.					
22. Los dientes de leche son tan necesarios como los definitivos.					
23. La primera pieza dentaria permanente (definitiva) en aparecer en la boca es el primer molar (muela) y lo hace alrededor de los 6 años de edad.					
24. . El primer molar (muela) permanente erupciona en un espacio propio y no reemplaza a ningún diente de leche.					
25 Los dientes y las muelas sirven para masticar (moler) correctamente los alimentos.					
26. Solo los dientes posteriores (muelas) son necesarios.					
27. Sólo los dientes anteriores y los colmillos son necesarios.					
28. Es normal que las encías sangren al cepillarse los dientes.					
29. La gingivitis (encías inflamadas) es una enfermedad producida por un exceso de microbios en la boca, sobre todo en las encías.					
30. Los dientes sirven para pronunciar algunas palabras (fonética)					
31. Es necesario ir al odontólogo aunque no tenga caries					

32. La información que posees sobre salud bucal la has obtenido de:

Odontólogo Médico Profesores Familiares Vecinos Amigos
Medios de comunicación (radio, revistas, TV, etc.) Otros

ESCOJA SOLO UNA RESPUESTA Y MARQUE CON UNA (X) DENTRO DEL CUADRO.

33. La última vez que asistió al Odontólogo fue:

- a) Menos de 3 meses
- b) Entre 3 meses y 6 meses
- c) Entre 6 meses y 1 año
- d) Hace más de 1 año
- e) Hace más de 2 años
- f) Nunca he ido

GRACIAS