



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Odontología

Dr. José Alberto Grandinetti

“Enfoque global sobre el conocimiento familiar acerca de la salud bucodental”

Trabajo final para la obtención del título de Odontología

Autora: Barbieri, Rosina

Tutora: Dra. Martínez, Alicia Daniela

Buenos Aires, Año 2020

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer, en primer lugar a mi familia; sin ellos esto no hubiera sido posible. A mis amigas/os, por su apoyo incondicional durante todos estos años, por soportarme en todos mis momentos de estrés y miedos, siempre alentándome a seguir.

A todo el cuerpo docente de la Universidad Abierta Interamericana, que son quienes nos acompañan en este hermoso camino de la odontología, incentivándonos a superarnos cada día y brindándonos todo su apoyo y conocimiento para nuestro aprendizaje.

A mis compañeros, hoy en día amigos; que fueron indispensables para que estos años fueran más amenos, entre risas y estudio.

Agradecer especialmente a la Dra. Daniela Martinez por la tutoría en esta investigación. Gracias por su constante ayuda y excelente disposición.

Por último, al Dr. Alberto Grandinetti por estar dispuesto a colaborar con los alumnos cada vez que lo necesitamos y por su apoyo e incentivo constante con cada uno de nosotros.

ÍNDICE

CONTENIDO

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	17
Hipótesis.....	17
Materiales y métodos.....	18
Resultados.....	19
Discusión.....	30
Conclusión	34
BIBLIOGRAFIA.....	35
Anexos.....	40
Anexo 1	40
Anexo 2	42

Resumen

El conocimiento acerca de la salud bucal en los niños es fundamental para un crecimiento saludable, ya que la misma se considera un componente indisoluble de la salud general y forma parte del ciclo vital de las personas, pudiendo interferir en la calidad de vida del individuo.

La falta de estos conocimientos puede ser un determinante en la salud bucal del niño en un futuro cercano.

En este trabajo se realizó un estudio descriptivo transversal anónimo con el fin de analizar el nivel de conocimiento bucodental que tienen los adultos responsables de los niños, encuestando a tres grupos etarios compuestos por 50 personas cada uno de ellos.

Se tomó como referencia Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.); Laprida (Provincia de Bs As), (pueblo de 12.000 habitantes, ubicado a 500 km de Capital Federal); por último, San Jorge (Localidad perteneciente al partido de Laprida, “zona rural” donde viven alrededor de 600 personas).

Como resultado del estudio realizado se obtuvo en general un nivel de conocimiento similar acerca de los cuidados y prevención bucal en C.A.B.A. y Laprida. Además se observó que existe un conocimiento básico de información acerca de la salud odontológica.

Con respecto a los resultados obtenidos en las encuestas realizadas en San Jorge, se muestra una diferencia significativa en comparación con los resultados mencionados precedentemente, pudiendo observarse un alto nivel de desinformación.

Posiblemente la razón de esta notable diferencia radica en que esta localidad no cuenta con charlas informativas, como tampoco con la presencia de un odontólogo que resida y ejerza en dicho lugar; motivo por el cual, los habitantes de San Jorge deben trasladarse hacia la Ciudad de Laprida (la cual se encuentra a 57km) para recibir atención odontológica, o bien, esperar de 15 a 20 días el arribo de un odontólogo que concurre a atender exclusivamente urgencias.

Por lo tanto es una población que no accede a cuidados, ni prestaciones de carácter preventivo.

Palabras clave: Caries dental, higiene bucal, prevención.

Abstract:

Knowledge in oral health for children is fundamental for healthy growth, as it conforms an inseparable component of general health and people's life cycle, having consequences in the quality of life of each individual.

The lack of knowledge in this area is critical for the child's oral health in the near future.

The present work presents an anonymous cross-sectional descriptive study that was carried out in order to analyze the level of oral knowledge that adults responsible for children have, surveying three age groups made up of 50 people each.

The locations analyzed were Buenos Aires (Capital Federal); Laprida (Buenos Aires province, town with 12.000 people located 500km away from Capital Federal); and finally, San Jorge (district that belongs to Laprida's jurisdiction, rural zone with 600 people approximately).

As a result of the carried out study, a similar level of knowledge was generally obtained on oral care in Capital Federal and Laprida; additionally it exposed that there is a basic knowledge of information about dental health. Regarding the results obtained from the surveys carried out in San Jorge, a significant difference is presented in contrast with the results aforementioned, revealing a high level of misinformation.

It is possible that the reason for this notable difference lies in the fact that this town does not have informative talks, nor does it have the presence of a dentist who lives and practices locally. Therefore, citizens of San Jorge must either visit Laprida (57 km away) to receive proper dental care, or wait 15 to 20 days for the arrival of a dentist who attends exclusively emergencies.

KEY WORDS: DENTAL CARIES, ORAL HYGIENE, PREVENTION.

Introducción:

El trabajo de investigación realizado se llevó a cabo de manera virtual debido a la pandemia mundial del corriente año (Covid -19).

Esta presentación tuvo que ser modificada ya que la idea inicial consistía en realizar una encuesta de manera presencial en la ciudad de Laprida, concurriendo al Jardín 904; y en Bs.As., a la Escuela Infantil N° 2 “Mané Bernardo” del D.E. N° 3 junto con los alumnos de cuarto año, en la actividad de extensión universitaria de Clínica y Cirugía Integral Niño y Adolescente II; correspondiente a la programación curricular de la carrera de Odontología de la Universidad Abierta Interamericana.

Una vez que se obtuvieran los resultados se armarían gráficos comparativos para establecer diferencias o similitudes entre ambos jardines.

La encuesta sería realizada solamente a padres de niños que concurran a sala de cinco años. Posterior a ello, se les brindaría una charla informativa acerca de cuidados y prevención bucodental.

Las modificaciones que fueron necesarias de realizar consistieron en ampliar el espectro incluyéndose un grupo etario más: “San Jorge” y diversificándose las edades. Se encuestaron padres con hijos dentro del rango de edad pediátrica (de uno a diecisiete años, inclusive). Asimismo se encuestó a madres que se encontraban en etapa gestacional.

Debido a que este trabajo se focaliza sobre los niveles de conocimiento acerca de salud bucodental, se conceptualiza el significado de “Educación para la Salud”, el cual es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un “...campo especial de las Ciencias de la Salud cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo y de la sociedad...” ⁽¹⁾.

Asimismo la salud bucodental es un componente indisociable de la salud general y forma parte del ciclo vital de las personas. La misma puede interferir en la calidad de vida, principalmente en la alimentación, la comunicación, la forma de relacionarse con los demás y la autoestima. Muchas enfermedades sistémicas se manifiestan en primer lugar en la boca por lo que es importante el diagnóstico precoz de los problemas de salud bucal ⁽²⁾.

Una de las enfermedades crónicas más frecuentes en el mundo es la caries dental (CD), así como la enfermedad periodontal. Tres de cuatro adultos presentan algún tipo

de estas enfermedades ⁽³⁾. Por esto, es importante saber que la CD es una de las enfermedades de origen infeccioso de mayor prevalencia en el hombre y uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Siendo una enfermedad en la cual los tejidos duros del diente son modificados y eventualmente disueltos, existiendo un proceso de destrucción localizada de los mismos por la acción de las bacterias implicadas; de esta manera se produce la descomposición molecular de los tejidos duros del diente mediante un proceso histoquímico y bacteriano que termina con descalcificación y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y desintegración de su matriz orgánica. La formación de cavidades cariosas comienza en forma de pequeñas áreas de desmineralización en la sub-superficie del esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental, produciéndose una lesión de aspecto tizoso en la superficie del esmalte. De no realizarse terapias para remineralizar la lesión inicial, puede avanzar y convertirse en una cavitación ⁽⁴⁾. (IMAGEN 1)



Imagen 1: Autoría propia, Barbieri, R. (2018). Paciente de Niños II. Caries dental en dentición primaria

Tratándose de CD en niños, se hace hincapié en Caries de infancia temprana (CIT). La Academia Americana de Odontología Pediátrica define la caries de la infancia temprana como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad. La caries dental precoz es un grave problema de salud pública, ya que los niños que presentan caries en la primera infancia tienen mayor probabilidad de desarrollar caries tanto en dentición decidua como en permanente ⁽⁵⁾. Cualquier signo de caries en superficies lisas en niños menores de tres años, nos indica una CIT severa. (IMAGEN 2)



Imagen 2: Autoría propia, Barbieri, R. (2018). Paciente de Niños II. Caries dental en dientes temporarios.

En aquellos niños de tres a cinco años de edad, la cavitación de una o más superficies, dientes perdidos (por caries) o superficies lisas restauradas, cavitadas, ausentes en dientes primarios anteriores superiores, o con un índice de restauración de superficies ± 4 (a los tres años), ± 5 (a los cuatro años), o ± 6 (a los cinco años de edad) constituye CIT severa.¹ La CIT puede ser una forma de caries particularmente virulenta, que comienza poco después de la erupción dental, se desarrolla en las superficies dentales lisas, progresa rápidamente y tiene un impacto perjudicial en la dentición. A diferencia de la caries en dientes permanentes, la CIT afecta por lo general a los dientes superiores primarios ⁽⁶⁾. (IMAGEN 3 Y 4)



Imagen 3 y 4: Autoría propia, Barbieri, R. (2018). Paciente de Niños II. Caries dental en piezas dentarias temporales



La desmineralización es una desorganización de los tejidos mineralizados del diente por la acción de los productos del metabolismo bacteriano y como consecuencia de los intercambios bioquímicos que tienen lugar en el sistema trifásico: saliva, placa bacteriana y esmalte ⁽⁴⁾, produciendo de esta manera una mancha blanca; la cual es la lesión incipiente de CD. Por esto, para prevenir la formación de la misma, se recomienda impedir la organización de la placa bacteriana mediante su remoción por el cepillo dental. La madre debe limpiar las superficies de los dientes desde que estos aparecen en boca del niño con una gasa y posteriormente con un cepillo suave y de tamaño adecuado a la boca del hijo. El niño puede comenzar a cepillarse por sí mismo, sólo cuando tiene la habilidad motriz necesaria. El uso de dentífrico debe indicarse cuando el niño ya no lo ingiera, en cantidad mínima y deben usarse pastas dentales infantiles. También se preconiza la aplicación de sellantes en las fisuras de las superficies oclusales de molares y premolares jóvenes, para proteger las piezas dentarias. Estos actúan como barrera al paso de los microorganismos y se recomiendan principalmente para piezas definitivas, después de su erupción en boca. Todas estas medidas ayudan en el combate de las caries y a disminuir su prevalencia en la población ⁽⁷⁾. (IMAGEN 5)



Imagen 5: Autoría propia, Barbieri, R. (2018). Paciente de Niños II. Caries dental en dientes temporarios

En cuanto a la población adolescente, se evidencia que resta importancia al cuidado de la salud oral y por lo consiguiente se acumulan problemas dentales. La juventud no cuenta con hábito suficiente o recursos económicos para preservar la salud dental. Las investigaciones sobre los factores de riesgo en adolescentes han hecho aportaciones importantes para la prevención de la caries. Los factores de riesgo identificados son: la ingesta de alimentos y bebidas azucaradas, el tabaquismo, enfermedades sistémicas asociadas y el tiempo que coexisten estos elementos aunados a una higiene deficiente. La prevención mediante la higiene oral adecuada es el método más efectivo para evitar la caries. La detección oportuna también evitaría complicaciones severas como caries de tercer grado, pulpitis, tratamientos endodónticos y pérdida de piezas dentarias por caries ⁽⁸⁾. La adolescencia es una etapa muy importante para formar actitudes y hábitos de higiene bucal para evitar las consecuencias y enfermedades que pueden afectar la salud oral en edad adulta con enfermedades como gingivitis y periodontitis.

Si bien la etiología de la caries es multifactorial, hay tres factores esenciales a los que se añade el tiempo: huésped, microorganismos y dieta. Factores del entorno son, entre otros, la presencia o ausencia de servicios sanitarios y programas de salud oral, nivel socio económico, estrés, etnia, cultura, factores de ingeniería biodental (biomecánicos, bioquímicos y bioeléctricos). Si se enfoca sobre el riesgo “socioeconómico” es de vital importancia destacar que la pobreza es uno de los problemas graves que enfrenta la sociedad, y es casi imposible disociar el concepto de “exclusión” con la misma, dividiéndose en dos grandes grupos: Exclusión social y vulnerabilidad social ⁽⁴⁾.

Al estar en una época creciente de precarización, hay dos grandes tendencias en estas mediciones. Algunos privilegian los indicadores que van a medir exclusión social y otros, los indicadores que van a medir vulnerabilidad social.

La exclusión denota una situación ya consumada; la vulnerabilidad, en cambio, habla de una potencialidad y una tendencia casi irreversible. Este hecho es conocido como el "gradiente social en salud", el cual se refiere a que las desigualdades en la distribución del estado de salud de la población están relacionadas con las desigualdades en el estatus social ⁽⁹⁾. Por lo que las poblaciones desfavorecidas de todo el mundo son las que soportan una mayor carga de morbilidad bucodental, cuya distribución actual pone de manifiesto en todos los países una serie de perfiles de riesgo bien definidos, que guardan relación con las condiciones de vida, determinados factores ambientales y de comportamiento, los sistemas de salud bucodental y la aplicación de programas preventivos en la materia ⁽¹⁰⁾. Las desigualdades en salud según dimensiones raciales, étnicas y socioeconómicas se observan tanto en países de bajos ingresos como en países de altos ingresos, y pueden estar aumentando ⁽¹¹⁾. Para entender las desigualdades en salud socialmente determinadas es necesario construir grupos de individuos que sean homogéneos entre sí. Cada sociedad tiene sus propias maneras de estratificar y dividir a la gente en grupos sociales ⁽¹²⁾.

Dentro de la prevención, se encuentran distintos niveles en los cuales cada uno de ellos va a seguir un plan de tratamiento.

- Prevención primaria: utiliza técnicas y agentes para prevenir el inicio de la enfermedad. “promoción de la salud” y “protección específica”
Correspondiente al primer y segundo nivel de prevención.
Se da, antes de que el paciente requiera tratamiento.
- Prevención secundaria: asignado para el tercer nivel. “diagnóstico y tratamientos precoces.”
Se emplean métodos de tratamientos estandarizados, donde se busca acabar con un proceso patológico o bien, restaurar los tejidos.
(Es lo más cercano a la normalidad).
- Prevención terciaria: Se encuentra el cuarto y quinto nivel de prevención. “Limitación del daño “ y “Rehabilitación “

El último mencionado, refiere a una rehabilitación física, psicológica y social.
En este nivel de prevención se busca utilizar las medidas que sean necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes ⁽¹³⁾. (IMAGEN 6)

I Prevención Primaria		II Prevención Secundaria		III Prevención Terciaria
1 Promoción de la Salud	2 Prevención Específica	3 Dx Precoz Tratamiento Oportuno	4 Limita- ción del daño	5 Rehabilita- ción

Imagen 6: Niveles de prevención. Leavell y Clark

Otro de los temas arribados en la encuesta son las maloclusiones (MO). Las cuales ocupan el tercer lugar dentro de las enfermedades que son de riesgo para la salud oral. La misma, es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático ⁽¹⁴⁾. El conocimiento y manejo de estas enfermedades, está la base fundamental para lograr que la población conserve sus dientes durante toda la vida ⁽⁵⁾. Así mismo, las MO aparte de originar problemas funcionales y estéticos, pueden también desencadenar otros problemas bucales como la caries, gingivitis, periodontitis y también disfunción de la ATM (articulación témporo mandibular); lo que implica la necesidad de utilizar medidas preventivas.

La MO también puede alterar la función oral, la masticación, la deglución y la función de la articulación, las cuales pueden verse afectadas por alteraciones funcionales y hábitos bucales ⁽¹⁵⁾.

Los hábitos parafuncionales como la succión digital, queilofagia, onicofagia y el bruxismo tienen dentro de sus causas un componente psíquico muy importante, pues por lo general se encuentran asociados a tensión, temor, inseguridad, conflictos emocionales insuperables dentro y fuera del núcleo familiar. Otras disfunciones como el empuje lingual y la respiración bucal quedan como consecuencia de enfermedades respiratorias altas, o como secuela de otro hábito perjudicial (la succión digital puede dejar el hábito de empuje lingual). Sin embargo, a veces, en el núcleo familiar hay algún miembro que presenta algunos de éstos y no le dan importancia alguna, ni siquiera acuden al médico para saber la causa que lo provoca. Todos ellos de una forma u otra pueden producir alteraciones en el crecimiento y desarrollo fisiológico de las estructuras del aparato estomatognático, causando diferentes tipos de MO ⁽¹⁶⁾.

Inicialmente, la desestabilización del sistema estomatognático comienza al establecerse una íntima relación entre la pérdida de piezas dentarias primarias de manera precoz en relación a la oclusión. Es de vital importancia saber que esta dentición desempeña un papel muy importante en el mantenimiento de la longitud del arco, y que la pérdida precoz constituye una causa local de anomalía adquirida de la oclusión. Consecutivo a ésta puede ocurrir una disminución del espacio reservado para el sucesor permanente debido a la migración de los dientes adyacentes y el consiguiente acortamiento de la longitud de la arcada. Los efectos perjudiciales varían y dependen de una serie de circunstancias, como el grado de desarrollo del sucesor permanente, el diente primario que se pierde, las características previas existentes en la arcada y el momento en el cual el paciente acude al odontólogo.

Las causas más frecuentes que dan lugar a las pérdidas prematuras son los traumatismos, la reabsorción temprana de las raíces de los primarios y las extracciones por procesos odontodestructivos ⁽¹⁷⁾.

No es de menor importancia hacer hincapié en el tema “fluor” donde uno de los errores frecuentes se encuentra en su utilización, principalmente en la concentración por millón que se considera adecuada según edad del paciente.

Es de vital importancia conocer el uso del mismo, ya que es una de las medidas preventivas más difundida y con mayor repercusión en la prevención de la caries dental en la población. Sin embargo, el flúor debe considerarse como un medicamento, y como tal, contar con la supervisión del médico pediatra, médico de familia u odontopediatra para evitar su empleo de manera indiscriminada ⁽¹⁸⁾. (IMAGEN 7).

RECOMENDACIONES USOS DE FLUORUROS EN NIÑOS				
	Ppm F ⁻	Frecuencia	Cantidad de F ⁻	Tamaño
Desde salida 1 diente hasta 2 años	1000	2 veces x día	0.15 gr	Grano de arroz
2 – 6 años	1000	2 veces x día	0.25 gr	Arveja
> 6 años	1450	2 veces x día	0.5-1.0 gr	Largo del cepillo

AAPD. EAPD. PDAA 2019

Imagen 7: Uso de Fluoruros. Fuente: AAPD, EAPD, PDAA 2019

Los dentífricos, se caracterizan principalmente por su sabor, lo cual puede motivar su ingestión en niños pequeños. En ese sentido, la promoción de la salud bucal, debe ser prioridad para un buen cuidado odontológico en el infante, procurando educar a los padres, docentes, otros profesionales de la salud y todos aquellos que influyen a la población de mayor riesgo; promoviendo así el mantenimiento de hábitos saludables ^(18, 22).

La educación, promoción y buenas prácticas en salud bucal son trascendentales y no representan un alto costo, en comparación a los tratamientos restauradores, sobre todo para países en vías de desarrollo, donde las poblaciones marginadas y en condiciones de pobreza son las más afectadas. Teniendo en cuenta la importancia de la prevención oportuna en los problemas de la cavidad bucal, se han dirigido los esfuerzos a la búsqueda y establecimiento de métodos preventivos eficaces contra la caries dental y la placa bacteriana, entre ellos el flúor en sus diferentes formas, la aplicación de resinas epóxicas y la eliminación correcta de la placa, tanto por medios químicos como mecánicos ^(19, 23).

Se ha podido observar que los adultos mayores responsables de niños, tienen en general un bajo nivel de conocimiento acerca de la salud bucodental. De igual forma se puede observar que el conocimiento y cuidados varían según el sitio de residencia de cada grupo etario, así como también el rol que cumplen según parentesco del niño. Por lo tanto, la familia se convierte en una institución primordial para el desarrollo de las sociedades ^(18, 24).

Con esto se entiende que los padres desempeñan un papel crucial en el soporte emocional, necesidad de adaptación comportamental frente a enfermedades o tratamientos y en el financiamiento de los costos en la salud de los niños. Para que haya entonces salud bucal, los padres deben ser educados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal ^(20, 25).

La adquisición de información y desarrollo de habilidades es parte de la educación en salud, para estimular el cambio de comportamiento y actitud del individuo, beneficiando la salud de manera general. La literatura sugiere que la educación en salud bucal sea lo más precoz posible, ya que durante el periodo gestacional la mujer se encuentra más susceptible a adquirir conocimientos sobre cuidados para con su bebé, y consecuentemente también receptiva a entender el valor de la buena salud bucal. En consecuencia la prevención iniciada de manera precoz se torna más efectiva y fácil de realizar. Por ese motivo es importante que el núcleo familiar sea un punto clave en la prevención de enfermedades, como conductor de hábitos alimenticios de la familia y formadora de conceptos sobre salud ⁽²⁰⁾.

Todos los esfuerzos dirigidos a la atención integral de la primera infancia se orientan hacia la calidad de su cuidado en los diferentes contextos sociales y sus diversas representaciones, con el fin de proporcionar un comienzo bien constituido en la vida, gracias a la atención y la educación por parte de los cuidadores; Pues los desafíos económicos y sociales de la globalización así lo exigen ^(21, 24, 25).

La evidencia científica muestra que la salud bucal de los niños se encuentra relacionada con el periodo gestacional de la madre, ya que las alteraciones que se presentan durante este periodo pueden afectar la salud bucodental del hijo. Algunos factores de riesgo están asociados a esta problemática. Entre ellos: condicionantes sociales como el nivel socioeconómico, educativo y cultural de la familia ⁽²¹⁾.

En base al período gestacional, se observa con frecuencia que hay una disminución del cepillado, ligado o no a la presencia de náuseas y vómitos (debido al aumento de gonadotropina en el primer trimestre), incrementándose los depósitos de placa en la superficie dentaria ⁽¹¹⁾.

Hay estudios que demuestran que las bacterias cariogénicas (*Streptococcus mutans*) son transmitidas verticalmente de la madre al hijo a través de la saliva: probando-soplando la comida, chupando el biberón o el chupete ⁽¹¹⁾.

A pesar de que estos cambios fisiológicos ocurren en todas las embarazadas, no todas presentan alteraciones.

Objetivo general

- Determinar qué nivel de conocimiento tienen los padres/ tutores/ cuidadores de niños de nivel preescolar y escolar acerca de la salud bucal.

Objetivos específicos

- Identificar mediante cuadros comparativos, según lugar de residencia cuál es el nivel de conocimiento de cada grupo etario; identificando diferencias en los mismos.
- Evaluar según nivel de estudio, el porcentaje de conocimiento de cada grupo.
- Evaluar en qué preguntas hubo mayor nivel de conocimiento.
- Evaluar en cuáles preguntas hubo menor nivel de conocimiento, lugar de residencia y a qué se debe.

Hipótesis

Los adultos mayores responsables de niños tienen en general un moderado nivel de conocimiento acerca de cuidados y medidas de prevención de la salud bucal.

De igual forma se puede observar que los conocimientos varían según el sitio de residencia de cada grupo etario, así como también del nivel de grado educativo alcanzado por cada encuestado.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal.

Criterios de inclusión: 150 (Ciento cincuenta) encuestas a padres/ tutores/ cuidadores de niños concurrentes a nivel preescolar y escolar de CABA / de Laprida, Pcia. de Bs.As. y de San Jorge, Partido de Laprida, en el año 2020.

Se efectuó un interrogatorio directo con un instrumento de recolección de datos mediante una encuesta de tipo descriptiva- de respuesta cerrada, la cual fue validada mediante la realización de las mismas en otras tesis a nivel mundial.

Se realizaron alrededor 10 de preguntas acerca de conocimientos básicos de salud bucal.

Por otro lado se preguntó acerca del nivel de instrucción del adulto responsable.

Se realizó el análisis estadístico de los datos.

Los datos se volcaron en una grilla tipo Excel para su análisis y se obtuvieron resultados que fueron expresados en números y porcentajes.

Resultados

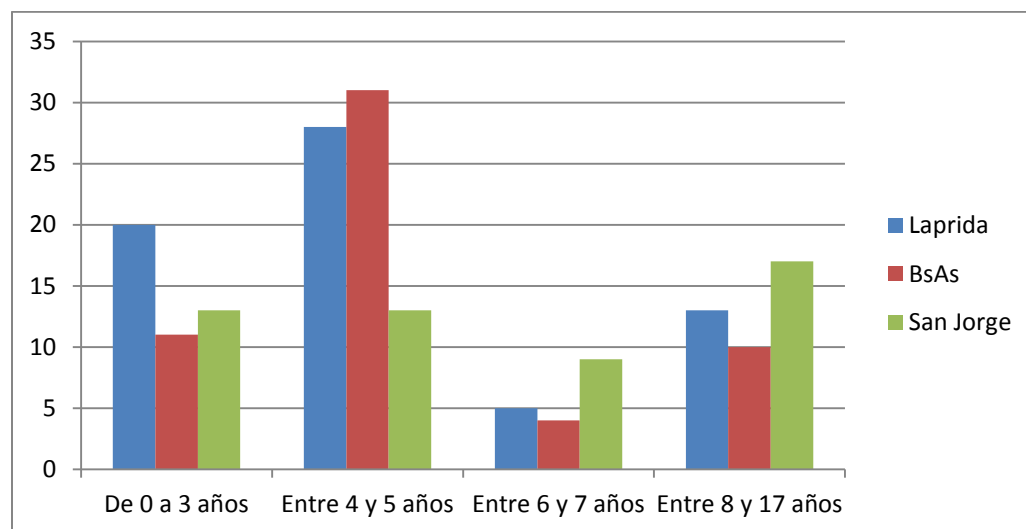


GRÁFICO 1: Edad del niño

Los resultados muestran que sobre los 150 encuestados en Laprida y Buenos Aires, coinciden las edades de los niños siendo mayoría entre 4 y 5 años con un 31% en Capital Federal y un 28% en Laprida. Pero en San Jorge se marca una diferencia, ya que las edades de los niños se encuentran más heterogéneas.

Así mismo los niños de entre 0 a 3 años tienen un promedio de 20% en Laprida, un 11% en Bs. As y 13% en San Jorge.

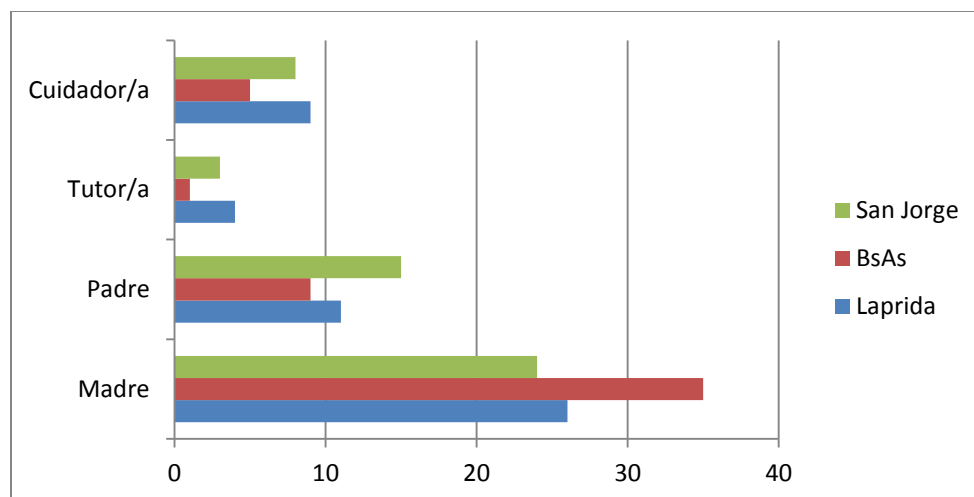


GRÁFICO 2: Quién responde al cuestionario

Se puede observar que en CABA el 35% de las respuestas fueron dadas por las madres de los niños, asimismo en Laprida y San Jorge con un 26% la primera y un 24% la segunda.

Por otra parte, quien tiene el menor porcentaje son los tutores con un 1% en CABA, un 4% en Laprida y un 3% San Jorge.

Los padres de Laprida se encuentran en un 11%, los de Bs.As en un 9% y los de San Jorge en un 15%. Los cuidadores un 9% en Laprida, un 4% en Bs. As y un 8% en San Jorge.

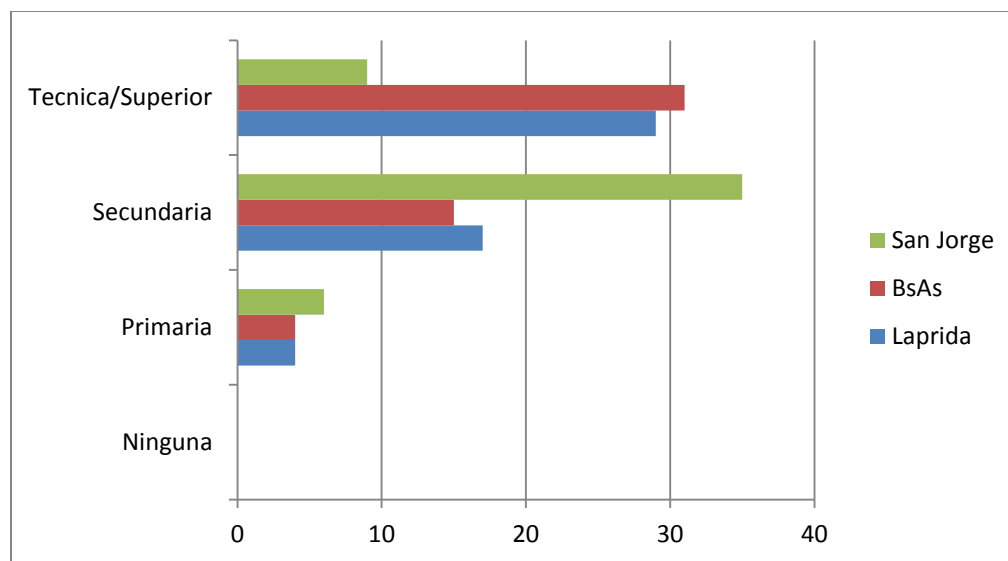


GRÁFICO 3: Grado de instrucción del adulto

Con respecto a este gráfico, se puede observar que en CABA teniendo un porcentaje del 31% las personas encuestadas tienen un grado de instrucción técnico/ superior, al igual que Laprida donde también predomina este grado de instrucción con un 29%; marcando la diferencia San Jorge, el cual presenta un porcentaje del 9% pudiendo mostrar una significativa diferencia porcentual en el grado de instrucción “secundario” predominando en dicha población con un 35%; observándose la misma respuesta con un 15% en Bs. As. y un 17% en Laprida

Todos los encuestados han recibido educación, aunque en diferentes grados.

En el GRÁFICO 4 se puede observar que tanto Bs.As. con 31% y Laprida con 32% respondieron que la primer visita al Odontólogo debe realizarse a partir de los 2 años, mostrando un menor porcentaje de dichas respuestas en San Jorge con el 13%. El 14% en CABA, el 16% en Laprida y el 5% en San Jorge respondieron que debe realizarse con la erupción del primer diente.

Un 3% en CABA respondió “cuando tenemos dientes de adultos”, siendo en Laprida 0% esta respuesta, pero en San Jorge se puede observar una diferencia porcentual significativa de un 28%

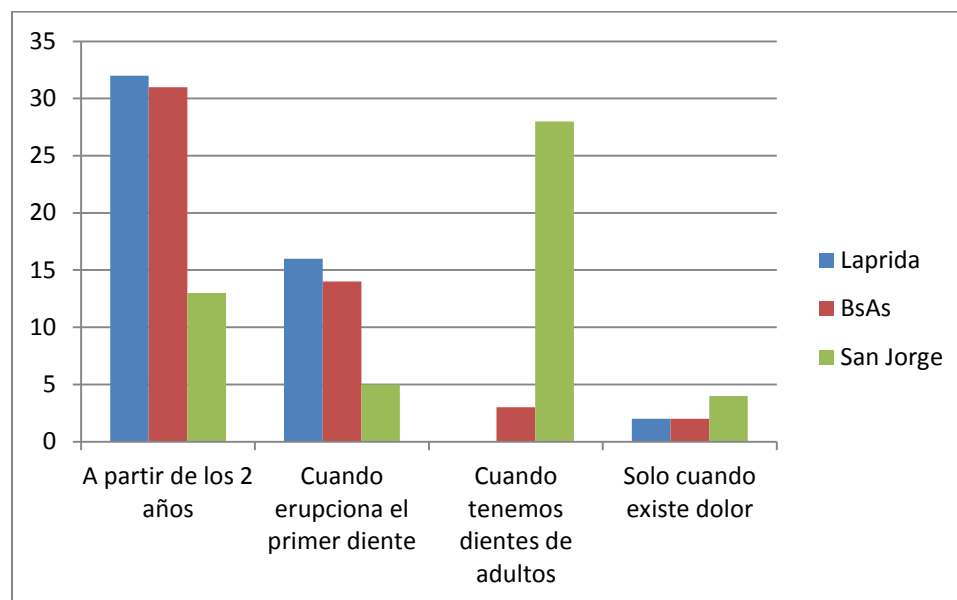


GRÁFICO 4: Primera visita al Odontólogo

El GRÁFICO 5 muestra que el 40% de las respuestas en Laprida fue que el flúor “fortalece los dientes y previene caries” y en CABA un 44%; siendo una elección correcta en ambas ciudades. En cambio en San Jorge, solo un 14% de los encuestados escogió dicha respuesta.

El resto de las respuestas tuvieron un porcentaje igual o menor al 5% en Laprida y Ciudad Autónoma de Buenos Aires; pero la diferencia se vuelve a hacer notoria en San Jorge, donde predomina la elección de la respuesta “el flúor tiene una acción blanqueadora en los dientes” con un 25%.

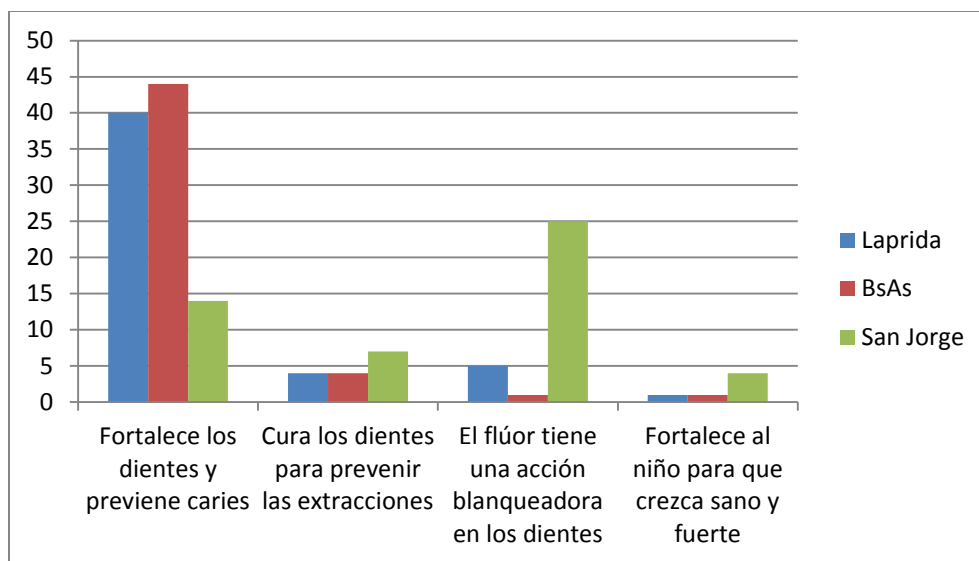


GRÁFICO 5: Beneficios del Flúor

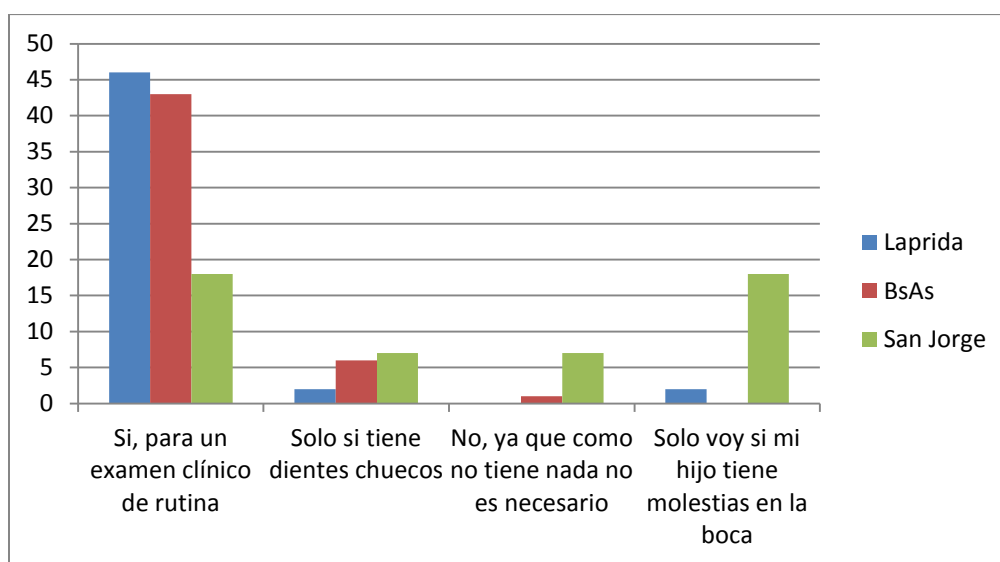


GRÁFICO 6: ¿Es necesario ver al Odontólogo cuando se tienen los dientes sanos?

El GRÁFICO 6 arroja resultados acerca de la necesidad de concurrir al Odontólogo aunque el niño tenga los dientes sanos. En el mismo, se puede visualizar que el 46% de los encuestados en Laprida responde de manera correcta ya que debe concurrir igual para realizarse un examen clínico de rutina. En Bs.As. se obtuvo un porcentaje de 43%. Aquí vuelve a marcar la diferencia San Jorge, donde el porcentaje de dicha respuesta fue de 18%; correspondiendo un porcentual mucho menor que el obtenido en las ciudades anteriores.

En la zona rural, se obtuvo el mismo porcentaje del 18% en la respuesta "...solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca..."; en CABA y Laprida no fue elegida más que por el 2% de la población.

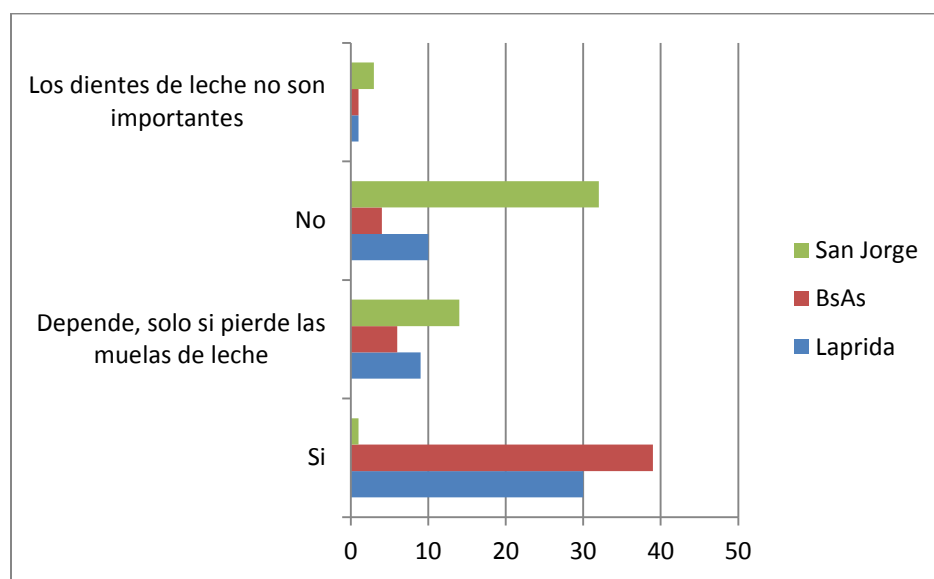


GRÁFICO 7: Si su niño pierde un diente de leche, antes de tiempo porque está con caries ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?

En el GRÁFICO 7 se pueden observar los resultados obtenidos sobre si la pérdida prematura de dientes temporarios puede afectar la posición de los permanentes al momento de su erupción. El 39% en BsAs respondió que si y el 30% en Laprida; nuevamente marcando una diferencia sumamente relevante San Jorge, representa al 1% de dicha respuesta realizando una elección del 32% a "la pérdida prematura de los dientes temporarios no afectará la posición de los permanentes".

Un 14% en San Jorge, 9% en Laprida y 6% en CABA respondieron que “Depende, solo si se pierden las muelas de leche”.

El GRÁFICO 8 muestra los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimiento de los 150 adultos encuestados acerca de las medidas preventivas para combatir la caries dental. El 30% en Laprida y el 39% en Bs.As. eligió la opción “todas las anteriores”, las cuales involucraban: Una correcta higiene bucal, el flúor y evitar el consumo excesivo de azúcares; San Jorge responde la misma con el 15%, llevándose el mayor porcentaje en la respuesta “evitar el consumo de azúcar” con un porcentual del 21%.

El 9% en Laprida, el 6% en Bs.As. se inclinaron por la opción de “una correcta higiene bucal” y en San Jorge un 11%.

Asimismo el 4% CABA, 3% San Jorge y 1% Laprida, escogen la respuesta, únicamente “el flúor”.

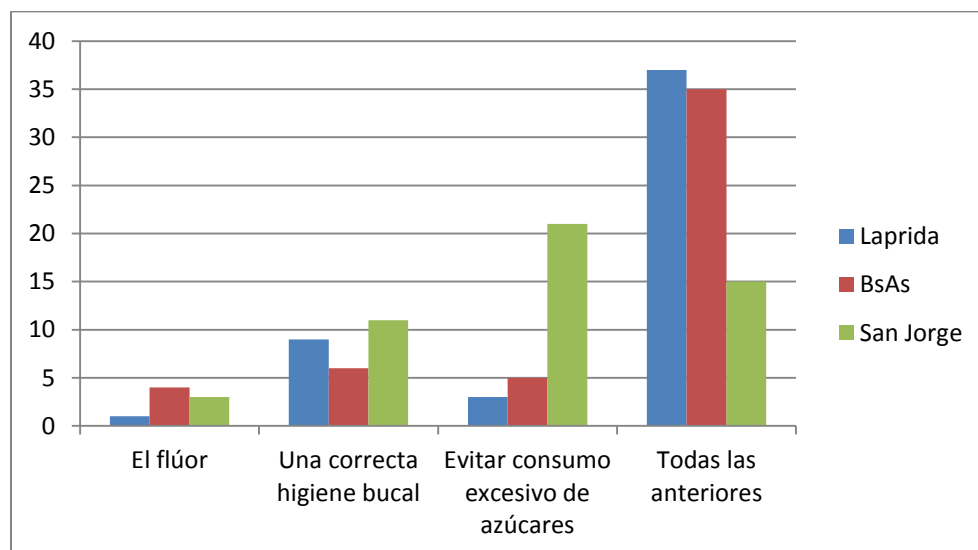


GRÁFICO 8: ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?

En el GRÁFICO 9 se puede visualizar si las personas encuestadas tienen conocimientos acerca del cepillado dental en los niños.

El 41% en Bs.As. respondió que el cepillado debe realizarse de 2 a 3 veces al día, en Laprida el 30% y un 13% en San Jorge.

El 26% de los encuestados en San Jorge, dieron como respuesta que el cepillado debe realizarse una sola vez al día, siendo mayoría en el mismo y con un porcentaje menor al 10% en las dos ciudades mencionadas anteriormente.

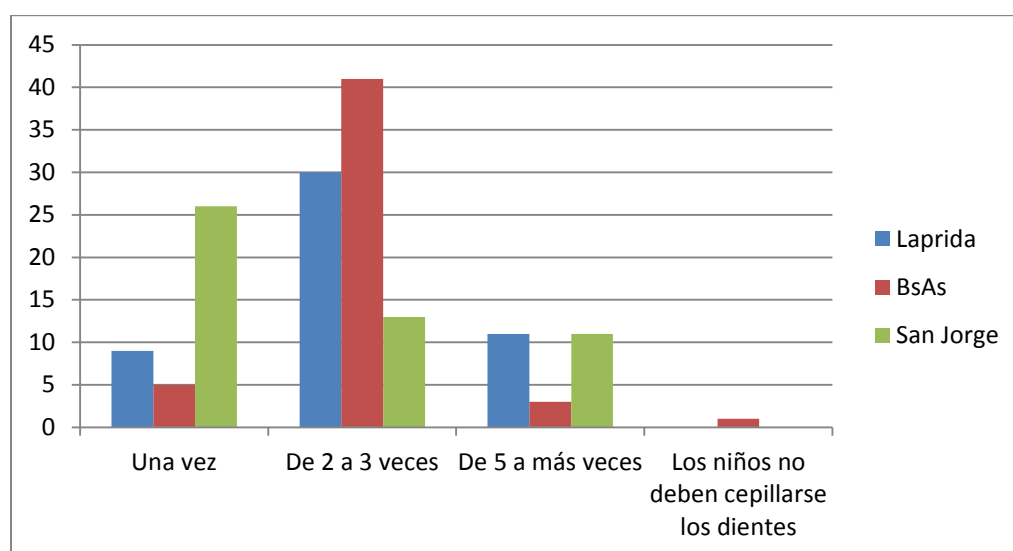


GRÁFICO 9: ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?

Según los datos obtenidos en el GRÁFICO 10, el cual trató sobre la edad en la que se recomienda comenzar a utilizar pasta fluorada, se puede observar que el 35% en San Jorge, el 28% en Laprida y el 26% en Ciudad Autónoma de Buenos Aires responde que se puede usar a partir de los 5 años de edad. Pero otro gran porcentaje de encuestados; 20% en BsAs, 18% en Laprida y 10% en San Jorge contesta que se puede utilizar a partir de los 2 años de edad.

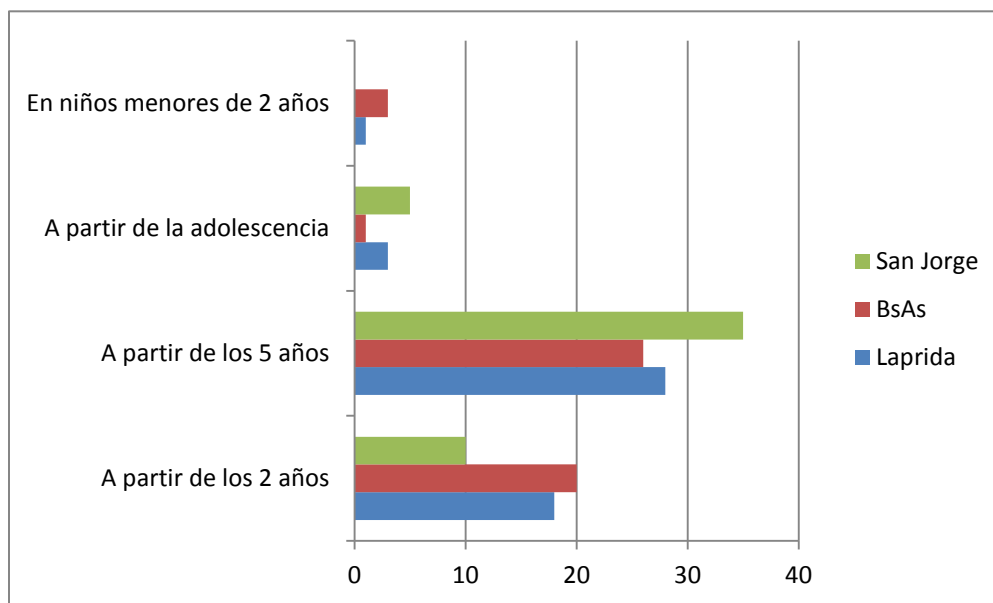


GRÁFICO 10: ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?

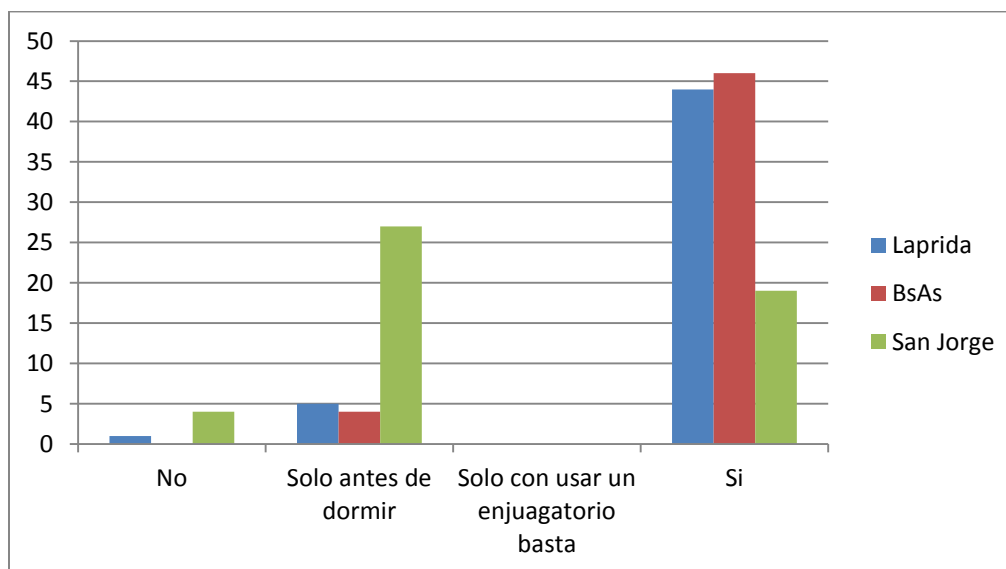


GRÁFICO 11: ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?

El GRÁFICO 11 arroja resultados acerca del momento del día en donde se recomienda realizar el cepillado. El 46% de los encuestados en BsAs y el 44% en Laprida respondieron que se recomienda el cepillado luego de cada comida, asimismo en San Jorge muestra una diferencia en el porcentual, siendo menor cantidad las personas que eligieron dicha respuesta; con un 19%.

Puede observarse también que en San Jorge el 27% de los encuestados cree que el cepillado debe realizarse sólo antes de dormir.

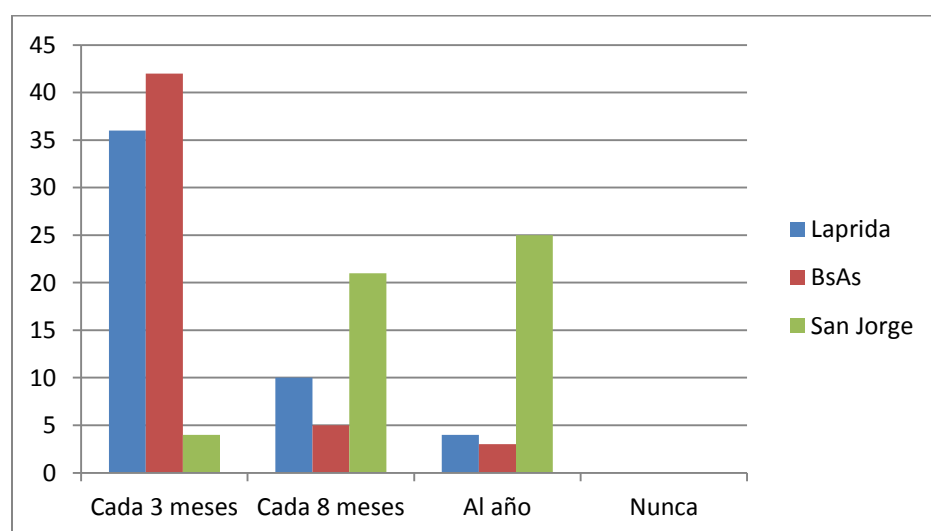


GRÁFICO 12: ¿En qué lapso de tiempo es recomendable cambiar el cepillo dental?

En el GRÁFICO 12 muestra los resultados obtenidos sobre el lapso de tiempo en el que debe cambiarse el cepillo dental. El 42% de los encuestados en Bs.As. y 36% en Laprida respondieron cada 3 meses, pero en San Jorge se obtuvo solo 4%.

San Jorge vuelve a presentar una diferencia significativa escogiendo en un 25% la respuesta “al año” y en un 21% “cada 8 meses”, mientras que CABA y Laprida tienen un porcentaje igual o menor al 10%.

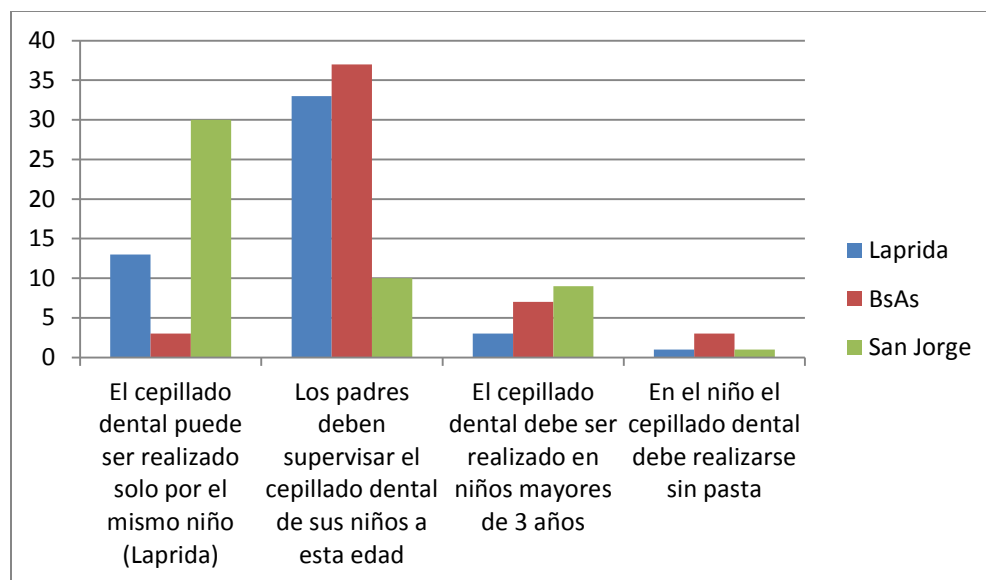


GRÁFICO 13: En cuanto al cepillado dental

Con respecto al cepillado dental, en el GRÁFICO 13 se puede observar que el 37% en la Ciudad de BsAs y el 33% en Laprida contestaron que los padres deben supervisar el cepillado dental de los niños, siendo menos de la mitad los que eligieron dicha respuesta en San Jorge (10%).

El 30% de los encuestados en San Jorge cree que el mismo niño puede realizar el cepillado sin ayuda de un mayor. En cuanto a Laprida, el 13% eligió dicha respuesta y el 3 % en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

“El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años” y “en el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta”, menos del 10% de los encuestados en dichas localidades, escogieron esas respuestas.

Discusión:

El presente trabajo se origina a partir de encuestas, donde se logra mediante cuadros comparativos establecer similitudes y diferencias, realizándose la misma en tres ciudades diferentes. Teniendo como principal objetivo, la recopilación de datos para establecer el nivel de conocimiento bucodental que tiene cada uno de los encuestados a modo de grupo según localidad.

Se logra obtener una diversidad de respuestas dependiendo principalmente del lugar en donde reside cada encuestado, siendo este un punto fundamental en el resultado de las respuestas obtenidas; los factores claves que marcan las diferencias son muchos y tienen que ver con, el nivel socioeconómico, la educación, el acceso a un odontólogo y la promoción de la salud que ofrece cada uno de los lugares en los cuales se realizaron las encuestas. Siendo tres grupos etarios completamente diferentes.

En este caso, podemos observar que en San Jorge, el nivel de conocimiento acerca de salud bucal es escaso respecto a Laprida, o CABA. Ya sea a causa de la ausencia de educadores para la salud residentes en dicho lugar, o bien, por el desinterés del aprendizaje acerca del mismo. Además, es de vital importancia determinar el nivel de grado educativo de la persona encuestada, para lograr comparar los resultados entre sí. Pudiéndose identificar en San Jorge un nivel de educación básico común en la mayoría de los encuestados.

Asimismo Bosch y col. ⁽²³⁾ Explican que muchos de los factores de riesgo que se asocian a estas enfermedades bucodentales se relacionan con un inadecuado estilo de vida y unos hábitos insanos adquiridos a lo largo del tiempo. En el caso de Mariana C. y col. Investigan que las desigualdades en salud según dimensiones raciales, étnicas y socioeconómicas se observan tanto en países de bajos ingresos como en países de altos ingresos, y pueden estar aumentando. Es decir, que el nivel de desinformación acerca de la salud, se encuentra instalado desde hace tiempo en las distintas sociedades.

Para entender las desigualdades en salud socialmente determinadas, es necesario construir distintos grupos de individuos, de esta forma se logrará realizar una comparación entre los mismos; ya que cada sociedad tiene sus propias maneras de estratificar y dividir a la gente en grupos sociales ⁽¹²⁾.

Respecto al trabajo de Bosch y col. Realizado en Madrid, donde se realizó un estudio, usando un grupo de primaria como control y como experimental ⁽²³⁾. Se observó que el

78% de los encuestados (preescolares), contestaron que sabían en qué consiste la CD y cómo prevenirla. Asimismo el 82% asociaba la ingesta de dulces con CD. Pero las encuestas arrojadas en Argentina, (CABA, Laprida y San Jorge) muestran otra realidad, ya que los encuestados fueron los adultos responsables de los niños.

A raíz de este trabajo, se pudo ver que tanto en CABA, como en Laprida el nivel de conocimiento es mayor que en San Jorge. Pero entre los dos primeros mencionados es semejante; mostrando un nivel de conocimiento regular/bueno. Siendo aquí donde concuerdan las respuestas obtenidas, respecto a las del trabajo de Bosch y col.

Dicho esto, volvemos a enfatizar en San Jorge, ya que muestra un nivel de conocimiento mucho menor, debido a que el 21% de los encuestados cree que el mayor y único problema que ocasiona la CD es la ingesta excesiva de dulces. Dejando a un lado otros posibles causantes de la enfermedad tales como, un escaso o mal cepillado dentario o bien, la ausencia de fluoruros.

Respecto al trabajo realizado por Delgado Llancari y col. Quienes arrojaron una serie de encuestas en Lima, tomando como grupo control a profesores que viven en zona rural “distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna – Huancavelica”. Se pudo observar en general, que sobre el conocimiento en salud bucal, el 21.5% mostró un nivel bueno, el 3.8% presentó un nivel malo y el 74.7% tuvo un nivel regular. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, se obtuvieron los porcentajes 53.2% en el nivel regular, un 38 % en el nivel bueno y un 8.9% en el nivel malo ⁽²⁵⁾. Los adultos residentes de zona rural que fueron encuestados en nuestro trabajo, mostraron un nivel de conocimiento con predominio regular / malo; de esta manera difiere del trabajo realizado por Delgado Llancari y col. Ya que en este último predominó un nivel de conocimiento regular/ bueno.

Teniendo en cuenta el tema “fluoruros”; Manuel Antonio Mattos y col. ⁽¹⁸⁾. Quienes realizaron un trabajo acerca del nivel de conocimiento sobre pasta dental fluorada en padres y profesores de preescolares; arriban a los siguientes resultados: el 91% de padres y profesores de los preescolares escucharon la palabra pasta dental con flúor alguna vez en la vida. Luego, fueron correctamente respondidos por aproximadamente tres cuartas partes de los padres y profesores encuestados: "la pasta dental con flúor es aquella pasta que protege a los dientes", "el cepillado de dientes con pasta dental con flúor puede prevenir la caries" y "el cepillado de dientes con pasta dental con flúor puede aumentar la resistencia de los dientes a la caries". Los otros tres ítems fueron respondidos correctamente solo por menos de la mitad de los padres y profesores encuestados, siendo el ítem: "el cepillado de dientes con pasta dental con flúor puede curar la caries inicial" ⁽¹⁸⁾. En este caso, concuerdo con Mattos y col. Ya que los datos obtenidos en los encuestados en la Ciudad de Laprida y CABA es que el flúor “fortalece los dientes y previene caries”, el primero con un 40% de los encuestados y el segundo

con un 44%; siendo un porcentaje parejo entre ambas ciudades, por lo cual ocupan la mitad de la población encuestada en ambos lugares. No obstante San Jorge marca una notable diferencia, ya que se pudo observar que solo un 14% de la población encuestada, escogió dicha respuesta. Por lo cual, aquí puede observarse la discrepancia respecto al trabajo realizado por Mattos y col. Ya que en el presente trabajo, una de las ciudades donde se arrojaron las encuestas (San Jorge), no coincide con que el 50% de los mismos, responde correctamente.

Asimismo el resto de las respuestas tuvieron un porcentaje igual o menor al 5% en Laprida y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero la diferencia se vuelve a hacer notoria en San Jorge, donde predomina la elección de la respuesta “el flúor tiene una acción blanqueadora en los dientes” con un 25%. Mostrándose un amplio nivel de desconocimiento acerca del flúor.

Por otra parte, en el trabajo de Hernandez y Col. Realizado en Perú. Se observa que arriban a la siguiente conclusión según los resultados obtenidos, explicando que a nivel mundial el cepillado con pastas dentales fluoradas, se ha incrementado durante las últimas décadas; pero que la población de menores ingresos, residentes de áreas rurales, con un bajo nivel educativo y con menor acceso a servicios de salud oral, usa dentífrico con concentraciones inadecuadas de flúor. Esto se puede atribuir al desconocimiento de la población, transferencia de información desactualizada de parte del personal de salud e incapacidad para adquirir dentífricos con cantidades de flúor adecuadas, poniendo a la población en un riesgo mayor de padecer caries. Asimismo, se observó en dicho trabajo, que el 15% de los niños peruanos menores de 12 años, encuestados; no se cepillan los dientes diariamente ⁽²⁴⁾. En este sentido, según las encuestas realizadas en nuestro trabajo, concuerdo con Hernandez y Col. en cuanto a que la población de menores ingresos, o bien, residentes de áreas rurales tienen un bajo nivel educativo y con menor acceso a servicios de salud odontológica. No así, difiero en que en las tres poblaciones donde se arrojó la encuesta (CABA, Laprida y San Jorge), al menos 1 vez al día realizan el cepillado dentario. Explicando que proceden a la realización del mismo, en el caso de San Jorge “1 vez al día”, con un porcentaje de respuestas del 26%.

No obstante esto, el 41% en CABA y el 30% de los encuestados en Laprida, creen que es necesario realizar el cepillado dentario de dos a tres veces diarias.

Si bien lo correcto sería realizar el cepillado de dos a tres veces diarias, valga la redundancia; es interesante entender que lo fundamental parte de una correcta realización de la técnica. Con lo que se entiende que, realizar tres veces el procedimiento de manera errónea, no sirve. Siendo más eficaz un único cepillado diario, pero de manera correcta.

En cuanto a la “maloclusion” y el conocimiento de los padres acerca de ello; podemos observar a través de las encuestas realizadas que el 39% de los encuestados en CABA y el 30% en Laprida creen que la pérdida de piezas dentarias temporarias de manera prematura puede afectar la posición de los permanentes al momento de su erupción.

Nuevamente marcando una diferencia sumamente relevante, San Jorge representa el 1% de dicha respuesta, realizando una elección del 32% a “La pérdida prematura de los temporarios no afectará la posición de los permanentes”.

Un 14% en San Jorge, 9% en Laprida y 6% en CABA creen que las malposiciones se darán únicamente si las piezas dentarias temporarias perdidas antes de tiempo, son los molares.

Por consecuencia, en el trabajo realizado por Martínez y Col. ⁽¹⁷⁾. Se detalla que la edad en que se pierde el diente temporario influye en las alteraciones que se producen, por ejemplo, si el sucesor permanente tiene dos tercios de su raíz formada se acelera la erupción y las consecuencias son relativamente mínimas, pero cuando se produce antes de que éste haya alcanzado el estadio cinco de Nolla cabe esperar un retraso en su erupción y los trastornos que se derivan de esto.

Antes de finalizar, es importante explicar que la pérdida prematura de los dientes temporarios, en ocasiones, puede producir posiciones inadecuadas en la erupción de las piezas dentarias permanentes, retraso del crecimiento maxilar y posición relativa anómala de los maxilares superior e inferior, si no se inician a tiempo medidas de ortodoncia. Las acciones preventivas y la realización de tratamientos conservadores para evitar ésta situación, fundamentalmente antes de la erupción de los primeros molares permanentes, son de gran importancia ⁽¹⁷⁾.

Para finalizar, resulta interesante destacar que, la base del conocimiento y el aprendizaje acerca de la salud bucal es sumamente importante para evitar consecuencias a futuro. La prevención es el método que debe llevarse a cabo para lograr una sociedad consciente y alerta a los problemas que pueden ocurrir en el niño, siendo reversibles de manera temprana.

Conclusión:

A lo largo del presente trabajo se han citado diferentes estudios asociados a los distintos niveles de conocimiento que tienen los adultos, respecto a la salud bucal de los niños.

Se pudo observar que las personas encuestadas que poseen estudios terciarios y universitarios tienen un mayor nivel de conocimiento acerca de la misma.

En cuanto al sitio de residencia, se observó tanto en Laprida como en CABA, que el nivel de conocimiento es parejo, destacándose como moderado/ bueno. No así en San Jorge, ya que se muestra un nivel de conocimiento precario acerca de salud bucal. El mismo puede darse por la falta de información dado que es una población rural, donde no reside ningún agente de salud; asociándose a esto, la falta de charlas informativas en cuanto al tema.

También pudo apreciarse que la mayoría de las encuestas fueron respondidas por las madres de los niños, de igual forma no hubo una notoria diferencia de los resultados en comparación a las encuestas realizadas por padres/ tutores / cuidadores.

Respecto del conocimiento acerca del flúor, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Laprida, tienen un concepto correcto del mismo ya que entienden que su función es fortalecer los dientes y prevenir la caries dental. No así San Jorge, donde la mayoría de los encuestados cree que la función del flúor es blanquear las piezas dentarias.

En cuanto al uso del mismo, los 3 sitios donde fueron arrojadas las encuestas consideran que a partir de los 5 años de edad en adelante, puede comenzar el niño a cepillarse con pastas fluoradas.

Lo mismo sucede con la importancia de realizar una visita al odontólogo para un examen clínico de rutina, Laprida Y Ciudad Autónoma de Buenos Aires entienden que es importante; pero San Jorge nuevamente piensa diferente.

El conocimiento acerca de salud bucodental, es sumamente importante. No solo por lograr una correcta estética y función, sino por las consecuencias a la que la desinformación conlleva, ya que los problemas pueden agravarse; principalmente si el paciente se encuentra asociado a alguna patología de base.

Es de fundamental importancia, fomentar las charlas informativas de prevención para la salud, promoviendo la llegada de las mismas a sitios rurales donde se vive un nivel de desinformación preponderante.

Bibliografía:

- (1) Definición según OMS. <https://www.who.int/countries/arg/es/> Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1
- (2) Santa Cruz González NO, Pérez Aquino CF, Villagra Rivera N, Achucarro Galeano S. Nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucodental de estudiantes de posgrado de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Asunción. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. [en línea] 2019. [fecha de acceso mayo 2020]; No.17(2): 56-63 URL disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v17n2/1812-9528-iics-17-02-56.pdf>
- (3) Rivadeneira Obregón A, Nazco Barrios L, Hernández Pérez M et al. Knowledge standards about dental health. "Primero de marzo" Family doctor's office. February-October, 2009. Gac Méd Espirit [Internet]. 2013 Abr [citado 2020 Sep 25] ; 15(1): 65-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100009&lng=es.
- (4) González Sanz A, González Nieto B, González Nieto E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutr. Hosp. [Internet]. 2013 Jul [citado 2020 Sep 25] ; 28(Suppl 4): 64-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008&lng=es.
- (5) Cupé-Araujo A, García-Rupaya C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2015 Abr [citado 2020 Jul 14] ; 25(2): 112-121. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200004&lng=es.

- (6) Zambrano de Ceballos, O, Oliveira del Río J, Rivera Velázquez, L, et al. Prácticas de cuidado bucal en infancia temprana. Su asociación con caries dental y maloclusiones. Ciencia Odontológica [Internet]. 2013; 10 (1): 24-35. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205232514003> [Consultado en septiembre 2020]
- (7) Palomer R L. Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2006 Feb [citado 2020 Oct 13] ; 77(1): 56-60. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000100009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000100009>.
- (8) Montserrat Arrieta-Vargas L; Paredes-Solís S, Flores-Moreno M, et al. Prevalencia de caries y factores asociados. Revista Odontológica Mexicana [en línea]. 2019. [fecha de acceso 13 de Octubre de 2020]; No. 1 URL disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rom/v23n1/1870-199X-rom-23-01-31.pdf>
- (9) Medina-Solís Cario E, Maupomé G, Pelcastre-Villafuerte B, Avila-Burgos L et al. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. Rev. invest. clín. [revista en la Internet]. 2006 Ago. [citado 2020 Jul 23] ; 58(4): 296-304. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000400005&lng=es.
- (10) Harris, N y Garcia Godoy, F. Odontología preventiva primaria. Mexico: El Manual Moderno; 2005
- (11) Alfaro Alfaro A, Castejón Navas I, Magán Sánchez R, Alfaro Alfaro M. Embarazo y salud oral. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2018 [citado 2020 Sep 25] ;

11(3): 144-153. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300144&lng=es. Epub 01-Oct-2019.

- (12) Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías [en línea]. Boston: Global Health Action; 2015. [fecha de acceso 5 de octubre de 2020] . URL disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2015.v38n4/261-271/es/#ModalArticles>
- (13) Silvestre, NI. Guía de Talleres Preventivos. Carrera: Odontología. Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Argentina. 2017.
- (14) García García V.J., Ustrell Torrent J.M., Sentís Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av Odontoestomatol [Internet]. 2011 Abr [citado 2020 Sep 25] ; 27(2): 75-84. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200003&lng=es.
- (15) García García V.J., Ustrell Torrent J.M., Sentís Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av Odontoestomatol [Internet]. 2011 Abr [citado 2020 Jun 25] ; 27(2): 75-84.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200003&lng=es.
- (16) Herrera López IB. Salud bucal y funcionamiento familiar en personas del municipio Plaza de la Revolución de La Habana, Cuba. Univ Odontol [Internet]. 28 de diciembre de 2018 [citado 25 de septiembre de 2020];37(79). Disponible en:

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/24548>

- (17) Segura Martínez N, Gutiérrez Segura M, Ochoa Rodríguez M, Díaz Norell J. narse@cristal.hlg.sld.cu Pérdida prematura de dientes temporales y maloclusión en escolares [en línea]. Correo Científico Médico de Holguín 2005;9(3). URL disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no93/n93ori4.htm> [Consultado en Octubre 2020]
- (18) Mattos-Vela MA, Carrasco-Loyola M, Valdivia-Pacheco Suelen G. Nivel de Conocimiento sobre Pasta Dental Fluorada en Padres y Profesores de Preescolares. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2013 [citado 2020 Sep 25] ; 7(1): 17-24. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2013000100003>.
- (19) Duque de Estrada Riverón J.; Rodríguez Calzadilla A; Coutin MG; Riveron Herrera F. Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2003 Ago [citado 2020 Jul 23] ; 40(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200001&lng=es
- (20) Espinoza Solano M., León-Manco RA. Prevalence and experience of dental caries in different faculty students at peruvian private university. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2015 Jul [citado 2020 Jun 11] ; 25(3): 187-193. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000300003&lng=es.
- (21) Conocimientos en salud bucal de los cuidadores del Programa Buen Comienzo [en línea]. Colombia: Rev. Gerenc. Polit. Salud; 2016. [fecha de acceso junio de 2020]. URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rqps/v15n31/1657-7027-rqps-15-31-00130.pdf>

- (22) Vitoria Miñana I. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2011 Sep. [citado 2020 Sep 25] ; 13(51): 435-458. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000300010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000300010>.
- (23) Bosch Robaina R., Rubio Alonso M., García Hoyos F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Av Odontoestomatol [Internet]. 2012 feb [citado 2020 Sep. 25] ; 28(1): 17-23. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000100003&lng=es.
- (24) Hernández-Vásquez, Akram y Azañedo, D. Cepillado dental y niveles de flúor en pastas dentales usadas por niños peruanos menores de 12 años. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [en línea]. 2019. [fecha de acceso 5 de octubre de 2020]; No. 36. URL disponible en: <https://scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n4/646-652/es/>
- (25) Delgado Llancari, R. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna – Huancavelica. [Tesis doctoral]. Lima-Perú: CYBERTESIS Repositorio de Tesis Digitales, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

Anexos:

Anexo 1

• **CUESTIONARIO:**

Fecha: _____ Lugar de residencia _____

El cuestionario está elaborado para que usted de acuerdo a su criterio indique una respuesta mediante un aspa (X).

1) Edad de su niño(a):

3	4	5	otro

2) ¿Cantidad de hijos? _____

3) ¿Quién responde al cuestionario?

Madre	Padre	Tutor/a	Curador

4) Edad del informante: _____

5) Grado de instrucción del padre:

Ninguna	Educación primaria	Educación secundaria	Educación técnica/Superior

6) La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:

A partir de los 2 años	Cuando aparece el primer diente	Cuando tenemos dientes de adultos	Solo cuando existe dolor

7) ¿Qué beneficios conoce del flúor?

Fortalece los dientes y previene caries	Cura los dientes para prevenir las extracciones	El flúor tiene una acción blanqueadora en los dientes	Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte

8) Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos:

Si, para un examen clínico de rutina	Solo si tiene dientes chuecos	No, ya que como no tiene nada no es necesario	Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca

9) Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque esta con caries ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?

Si	Depende, solo si pierde las muelas de leche	No	Los dientes de leche no son importantes

10) ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?

El flúor	Una correcta higiene bucal	Evitar consumo excesivo de azúcares	Todas las anteriores

11) ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?

Una vez	De 2 a 3 veces	De 5 a más veces	Los niños no deben cepillarse los dientes

12) ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?

A partir de los 2 años	A partir de los 5 años	A partir de la adolescencia	En niños menores de 2 años

13) ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?

No	Solo antes de dormir	Solo con usar un enjuagatorio basta	Si

14) ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

Cada 3 meses	Cada 8 meses	Al año	Nunca

15) En cuanto al cepillado dental

El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño	Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad	El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años	En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta

Anexo 2

- <http://www.fopba.org.ar/blog/salud-bucal-en-la-infancia-consejos-para-los-padres>

