



## **CARRERA DE ODONTOLOGÍA.**

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de odontóloga.

Tema:

Nivel de conocimiento en prevención de salud oral, de los padres o tutores y su relación con las enfermedades bucales en los niños/as de 3 a 5 años de la Escuela

Fiscal Colón Manabí en el período marzo-junio de 2015.

Autora:

Karen Roxana Vera Zambrano.

Director de Tesis:

Dr. Abel García Cheda Esp. I Grado E.G.I.

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí –República del Ecuador.

2015

## **CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.**

Dr. Abel García Cheda, certifica que la tesis de investigación titulada: Nivel de conocimiento en prevención de salud oral, de los padres o tutores y su relación con las enfermedades bucales en los niños/as de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí en el período marzo-junio de 2015, es trabajo original de la estudiante Karen Roxana Vera Zambrano, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Abel García Cheda Esp. I Grado. E.G.I.

Director de tesis.

## **CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.**

Tema:

Nivel de conocimiento en prevención de salud oral, de los padres o tutores y su relación con las enfermedades bucales en los niños/as de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí en el período marzo-junio de 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal.

Dra. Lucía Galarza Santana Mg.Gs.

Dr. Abel García Cheda Esp. I grado. E.G.I.

Coordinadora de la carrera.

Director de tesis.

Dra. Mónica Cabrera Sánchez. Mg.Ge.

Odo. Jessica García Loor.

Miembro del tribunal.

Miembro del tribunal.

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA.**

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo: Nivel de conocimiento en prevención de salud oral, de los padres o tutores y su relación con las enfermedades bucales en los niños/as de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí en el período marzo-junio de 2015, pertenece exclusivamente la autora. Por lo que cede los derechos de esta tesis al patrimonio intelectual de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Karen Roxana Vera Zambrano.

Autora.

## **AGRADECIMIENTO.**

En primer lugar a Dios por qué ha sido por Él que he podido culminar esta etapa de mi vida. A mis padres José Antonio Vera Briones y Rossana Cecibel Zambrano Navarrete por ser aquellos que aparte de apoyarme en todo, me dieron su ejemplo, y así pude llenarme de valor y no rendirme en las situaciones más difíciles. A mis hermanos, Melissa y José Antonio por su apoyo y amor incondicional.

A mi esposo Víctor por mostrarme su apoyo día a día, por ser él también el que me motive para seguir adelante. Y a mi hijo Mathías por ser la alegría de mi vida, y el motivo de seguir adelante con mis estudios.

Al Dr. Abel García porque al impartir sus conocimientos conmigo, es que pude hacer este trabajo con facilidad. A parte de eso, agradezco también por su paciencia e interés brindado durante el desarrollo de esta tesis.

A mis amigas Yarita y Karla por ser incondicionales, ya que por su gran ayuda pude concluir cosas que tal vez yo sola no creí terminarlas. Agradezco por su amistad, por ser ellas en las cuales encontré un gran apoyo. A mis primos, tíos, abuelos, docentes y a todas las personas que de una u otra manera han estado presentes en estos años.

Karen Roxana Vera Zambrano.

## **DEDICATORIA.**

No habría por qué negar el dedicarle este trabajo a Dios, ya que por Él he podido alcanzar este logro, me creó con un propósito, para agradarlo con cada paso, cada cosa que me proponga hacer.

Sin duda alguna todo esto es por Él, me animó en las noches que pensé no poder más, me fortaleció y guió en los días de desesperación y en los cuales no creía tener salida, permitió que a mi lado estuvieran personas como mis padres para que por medio de ellos yo pudiera encontrar solución a cada uno de mis problemas.

No puedo negar que también cuidó de mi cuando estuve sola, quien puso a tantas personas en mi camino para que con ellos yo pudiera alcanzar mis objetivos y aprender de las cosas que tal vez me salían mal. Dios tiene un propósito para mi vida no lo dudo, y sé que esto ha querido que pase para que sea una forma más de agradarlo, de servir a los demás; todo lo que haga será por gloria y honra a Él.

Karen Roxana Vera Zambrano.

## **RESUMEN.**

El presente estudio es analítico, de corte transversal, consiste en establecer el nivel de conocimiento en prevención de salud oral de los padres o tutores y su relación con las enfermedades bucales de los niños/as de 3 a 5 años.

Los instrumentos de investigación aplicados a los padres o tutores y a los 103 niños/as, permitió determinar el nivel conocimiento en prevención de salud oral a través de encuestas a los representantes, categorizándolos como bueno, regular e insuficiente, también se evaluó los hábitos de higiene oral y hábitos alimenticios de los niños, estos últimos se los clasificó como bueno, regular y malo; por medio del examen odontológico se pudo diagnosticar la presencia de enfermedades bucales y de placa bacteriana.

En base a los resultados obtenidos se determinó que hay asociación entre el nivel de conocimiento en prevención de salud oral con la presencia de caries en los niños, hábitos de higiene oral y el nivel de escolaridad de los padres o tutores.

**Palabras claves:** Prevención oral, caries, hábitos de higiene oral, hábitos alimenticios, placa bacteriana.

## **ABSTRACT.**

This study is analytical, cross sectional, which is to establish the level of knowledge in prevention of oral health, parents or guardians and their relationship to oral diseases of children 3-5 years.

The data was obtained from the research tools applied to parents or guardians and 103 children and it allowed to determine the knowledge level of oral health prevention through survey for representatives, that were categorized as good, fair and insufficient, as well as hygiene and eating habits of children, the last ones were classified as good, fair and poor. Through dental examination it could be diagnosed the presence of oral disease and plaque.

Based on the results it was determined that there is a relation between the level of knowledge in prevention of oral health with the presence of caries in children, hygiene and education level of the parents or guardians.

**Keywords:** oral prevention, cavities, oral hygiene, eating habits, plaque.

## ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaratoria de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Introducción.	1

### Capítulo I.

1. Problematización.	2
1.1. Tema.	2
1.2. Formulación del problema.	2
1.3. Planteamiento del problema.	2
1.3.1. Preguntas de la investigación.	4
1.4. Delimitación de la investigación.	5
1.5. Justificación.	5
1.6. Objetivos.	6
1.6.1. Objetivo general.	6
1.6.2. Objetivos específicos.	6

## Capítulo II.

2.	Marco teórico referencial y conceptual.	7
2.1.	Prevención Oral.	7
2.2.	Hábitos de higiene.	10
2.2.1.	Placa bacteriana.	11
	Eliminación de la placa bacteriana.	12
2.2.2.	Cálculo dental.	12
2.2.3.	Cepillo dental.	13
	Características del cepillo dental.	13
	Limpieza del cepillo dental.	14
	Cambio del cepillo dental.	14
2.2.4.	Cepillado dental.	15
2.2.5.	Técnicas del cepillado dental.	16
2.2.6.	Limpieza de la lengua.	16
2.2.7.	Hilo dental.	18
	Uso del hilo dental.	18
2.2.8.	Enjuagues Bucales.	19
2.2.9.	Reveladores de Placa.	20
2.3.	Flúor.	20
2.3.1.	Flúor Sistémico.	21
2.3.2.	Flúor Tópico.	21
2.4.	Sellado de Fosas y Fisuras.	22
	Indicaciones.	23
	Contraindicaciones.	24
2.5.	Hábitos alimentarios y dieta.	24

2.5.1.	Dieta.	25
	Consejos Dietéticos.	26
2.6.	Acudir al odontólogo.	27
2.7.	Enfermedades Bucales.	28
2.7.1.	Caries dental.	28
	Evolución de la caries.	30
	Caries de Biberón.	31
	Índice ceo-d.	32
2.7.2.	Gingivitis en niños.	33
	Características.	34
	Tratamiento.	35
	Enfermedad gingival inducida por fármacos.	36
	Retracciones Gingivales.	36
2.7.3.	Gingivoestomatitis Herpética Aguda.	37
2.7.4.	Aftas Infantiles.	38
2.7.5.	Candidiasis.	40
	Causas y tratamiento.	40
2.8.	Unidad de observación y análisis.	41
2.9.	Variables.	41
2.9.1.	Variable Independiente.	41
2.9.2.	Variable Dependiente.	41
2.10.	Matriz de operacionalización de las variables.	41

### Capítulo III.

3.	Marco Metodológico.	42
3.1.	Modalidad de la investigación.	42
3.2.	Tipo de investigación.	42
3.3.	Métodos.	42
3.4.	Técnicas.	43
3.5.	Instrumentos.	43
3.6.	Población y muestra.	43
3.6.1.	Población.	43
3.6.2.	Muestra.	44
3.7.	Recolección de la información.	44
3.8.	Procesamiento de la información.	44
3.9.	Ética.	44
3.10.	Recursos.	45
3.10.1.	Talento humano.	45
3.10.2.	Recursos tecnológicos.	45
3.10.3.	Recursos materiales.	45
3.11.	Presupuesto.	46
3.12.	Cronograma.	46

### Capítulo IV.

4.	Análisis e Interpretación de los Resultados.	47
----	--	----

Capítulo V.	
5.	Conclusiones y Recomendaciones. 69
5.1.	Conclusiones. 69
5.2.	Recomendaciones. 69
Capítulo VI.	
6.	Propuesta. 71
6.1.	Tema. 71
6.2.	Clasificación de la propuesta. 71
6.3.	Entidad ejecutora. 71
6.4.	Localización gráfica. 71
6.5.	Justificación. 71
6.6.	Objetivo. 72
6.7.	Objetivo Específico. 72
6.8.	Descripción de la propuesta. 72
6.9.	Responsable. 73
6.10.	Beneficiario 73
6.11.	Factibilidad. 73
6.12.	Sostenibilidad. 73
6.13.	Diseño metodológico. 73
6.14.	Cronograma. 74
6.15.	Presupuesto. 74
	Anexos. 75
	Bibliografía.

## ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro 1: Distribución de alumnos según el género.	47
Cuadro 2: Distribución de los escolares según la edad.	49
Cuadro 3: Hábito de higiene oral.	50
Cuadro 4: Hábito alimenticio.	52
Cuadro 5: Placa dentobacteriana.	54
Cuadro 6: Enfermedades bucales.	56
Cuadro 7: Nivel de conocimiento de padres o tutores en prevención de salud oral.	59
Cuadro 8: Nivel de conocimiento en prevención de salud oral de los padres o tutores y su relación con Caries en los niños.	61
Cuadro 9: Nivel de conocimiento en prevención de salud oral de los padres o tutores relacionado con gingivitis en los niños.	63
Cuadro 10: Nivel de conocimiento en prevención de salud oral relacionado con el nivel de escolaridad de padres o tutores.	65
Cuadro 11: Nivel de conocimiento en prevención de salud oral relacionado con hábitos de higiene oral en los niños.	67
Cuadro 12: Cronograma de actividades de la propuesta.	74
Cuadro 13: Presupuesto de la propuesta.	74

## INTRODUCCIÓN.

La atención odontológica del niño debe estar dirigida principalmente hacia una promoción de la salud oral, procurando educar a los padres para un mantenimiento de hábitos saludables, para así prevenir la aparición de enfermedades bucales en los niños.

Las técnicas de prevención para la dentición primaria son sencillas, indoloras y rápidas. Las más usadas son las limpiezas profilácticas, que evitan la formación de caries en zonas de masticación, y también la colocación de flúor. La dieta tiene un papel central en el desarrollo de la caries dental y el odontólogo debe proporcionar información preventiva individual a cada paciente para la prevención de esta patología.

La investigación se realizó para poder determinar el nivel de conocimiento de los padres o tutores sobre prevención en salud oral y su relación con las enfermedades bucales en sus hijos. Este estudio fue analítico, la población estuvo formada por los niños de 3 a 5 años de la Escuela fiscal Colón Manabí y sus padres o tutores, se utilizó encuestas dirigidas a los representantes, una ficha odontológica para examinar la cavidad bucal de los niños, posterior a esto se realizó la recolección de datos donde se pudo determinar que si influye el nivel de conocimiento de los padres en la salud oral de sus hijos.

En base a los resultados obtenidos de la investigación se elaboró una propuesta que permite solucionar o mejorar el problema detectado.

# **CAPÍTULO I.**

## **1. Problematización.**

### **1.1. Tema.**

Nivel de conocimiento en prevención de salud oral, de los padres o tutores y su relación con las enfermedades bucales en los niños/as de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí en el período marzo-junio de 2015.

### **1.2. Formulación del Problema.**

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento en prevención de salud oral, de los padres o tutores con las enfermedades bucales en los niños/as de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí?

### **1.3. Planteamiento del Problema.**

Cuenca y Baca<sup>1</sup> (2013) señalaron que “En 1948, la OMS definió en su Carta Constitucional la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades ” (p. 4).

La higiene oral es un hábito muy importante para la salud los dientes y del organismo en general, contribuye a la prevención de las dos enfermedades orales más frecuentes: la caries dental y la enfermedad periodontal.

---

<sup>1</sup> Cuenca, E., Baca, P. (2013). Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. Reino de España: Masson.

Examinando la información publicada del sitio web de Benavente y colaboradores<sup>2</sup> (2012), se puede citar lo siguiente:

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD), teniendo en consideración los criterios y normas éticas establecidas; siendo un estudio de tipo analítico transversal. La muestra estuvo constituida por madres con sus hijos menores de cinco años de edad (n 143). El tipo de muestreo fue no probabilística por cuotas. Se aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental (ceo-d), Placa bacteriana (Greene y Vermillion. IHO-S). No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. (p. 1).

La preparación de los padres determina realizar los hábitos de higiene correctamente, ya que ellos transmiten la cultura que recibieron, con conceptos y hábitos de multinivel, que en ocasiones son perjudiciales a los niños. Siendo necesario motivar a los tutores de familia a que lleven una práctica sanitaria responsable.

No se han realizado investigaciones a nivel de Ecuador, en la provincia de Manabí y en la ciudad de Portoviejo, cabe mencionar que en la institución educativa donde se realizó el estudio se han realizado otras investigaciones pero con diferentes temas y objetivos.

El estudio se la realizó en la Escuela Fiscal Colón Manabí de la parroquia Colón, donde el problema a investigar fue sobre el nivel de conocimiento en

---

<sup>2</sup> Benavente, L., & et al. (2012). 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. [En línea]. Consultado: [23, junio, 2015]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012\\_n1/pdf/a05v15n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf)

prevención de salud oral de los padres o tutores y su relación con las enfermedades bucales en los niños/as de 3 a 5 años.

#### 1.3.1. Preguntas de la Investigación.

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención de salud oral de los padres o Tutores de los niños/as?

¿Cuáles son los hábitos de higiene oral que se realizan en los niños/as?

¿Qué tipo de alimentación reciben los niños/as?

¿Cuáles son las enfermedades bucales presentes en los niños/as?

#### **1.4. Delimitación de la Investigación.**

Campo: Ciencia de la salud.

Área: Odontología.

Aspecto: Prevención.

Delimitación espacial. Escuela Fiscal Colon Manabí, Cantón Portoviejo,  
Provincia De Manabí, República Del Ecuador.

Delimitación temporal. Mayo a junio de 2015.

## **1.5. Justificación.**

El nivel de conocimiento sobre prevención de salud oral que logren tener las familias puede desempeñar un papel importante en la vigilancia de la higiene bucal en el hogar. La actuación de la familia logra ser fundamental para que lo aprendido por el niño concluya en la adquisición de hábitos de higiene bucal. El presente estudio es importante debido a la necesidad de distinguir el nivel de conocimiento en prevención de salud oral de los Padres o Tutores de los niños/as de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí , así como determinar mediante un diagnóstico bucal cuáles son las enfermedades bucales en estos niños/as.

En el Cantón Portoviejo y especialmente en la Escuela Fiscal Colón Manabí, no se han realizado investigaciones que permitan conocer la relación del nivel de conocimiento sobre prevención de salud oral de los padres o tutores y las enfermedades bucales en los niños/as de 3 a 5 años, por lo que este estudio adquirió relevancia, ya que los datos que se obtuvieron, servirán de información y antecedentes para futuras investigaciones.

Los beneficiarios directos fueron en primer lugar los niños/as de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí e indirectamente los miembros de sus hogares. Para la ejecución de la investigación se contó con el apoyo de la directora del plantel quien abrió las puertas de las instalaciones, además la autora contó con los recursos necesarios para llevar a cabo esta investigación.

## **1.6. Objetivos.**

### **1.6.1. Objetivo General.**

Determinar el Nivel de conocimiento en prevención de salud oral, de los padres o tutores y su relación con las enfermedades bucales más frecuentes en los niños/as de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí en el periodo marzo-junio del 2015.

### **1.6.2. Objetivos Específicos**

Categorizar el Nivel de conocimiento en prevención de salud oral de los padres o tutores.

Indagar las enfermedades bucales en los niños de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí.

Identificar los hábitos de higiene oral de los niños/as de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí.

Identificar los hábitos alimenticios de los niños de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí

## CAPÍTULO II.

### 2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

#### 2.1. Prevención Oral.

Examinando la obra de Pires<sup>3</sup> (2009), puedo transcribir lo siguiente:

Prevenir significa mantener el desarrollo en estado de normalidad, evitando desvíos y trastornos en la integridad del diente y de la oclusión, educando, adoptando y colocando en práctica un conjunto de conocimientos, medidas y actitudes de la manera más precoz posible. (p. 99).

Analizando la obra de Boj y colaboradores<sup>4</sup> (2011), puedo citar que:

Las estrategias preventivas contemplan la intercepción de cada uno de los factores implicados en la etiología de la caries: el agente, el huésped y el sustrato. El odontólogo debe de utilizar las visitas periódicas de los pacientes para seleccionar las medidas de prevención más adecuada en cada caso, que eviten la aparición de caries y sus consecuencias. La prevención primaria se orienta a los pacientes asintomáticos; en ella se identifican los factores de riesgo iniciales de la caries y trata de frenar el proceso patológico antes de que se desarrollen las lesiones. La prevención secundaria se dirige a los pacientes en el inicio de la enfermedad, con la intención de detener o revertir el proceso y mejorar el pronóstico.

Ambos tipos de prevención, primaria y secundaria, incorporan el modelo médico de tratamiento de la caries que implica el uso de: control de la dieta, flúor tópico y sistémico, control químico y mecánico de la placa y selladores; con la intención de prevenir, detener o remineralizar las lesiones iniciales. Por otro lado, la prevención terciaria se enfoca a las lesiones dentarias avanzadas que ya han producido cavidades; en estos casos, para evitar las secuelas de tales complicaciones el odontólogo se guía por un modelo quirúrgico. (pp. 225-226).

---

<sup>3</sup> Pires, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. República Federativa del Brasil: GEN.

<sup>4</sup> Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría: La Evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano.

Investigando la obra de Pires y colaboradores<sup>5</sup> (2009), puedo saber que:

Las mejores formas de prevención abarcan la reducción de azúcar en la dieta y la higienización correcta. La higienización correcta debe ser hecha con el cepillado diario, uso del hilo dental y el fortalecimiento de las estructuras dentales. Algunos niños necesitan, más que otros, la utilización de métodos de prevención para alcanzar un punto de equilibrio para su salud bucal. Existen recursos preventivos que pueden ser utilizados para el fortalecimiento de estructuras dentales, tales como la aplicación de flúor y de selladores. (p. 89).

Consultando la información disponible del sitio web de Miñana<sup>6</sup> (2011), puedo citar que:

La promoción de la salud bucodental infantil incluye la prevención primaria de la caries dental (CD), el tratamiento precoz de los traumatismos dentales, y la prevención primaria y el diagnóstico precoz de la maloclusión dentaria. De los tres procesos, el más prevalente es la CD. Los últimos estudios epidemiológicos en preescolares españoles indican que, independientemente de la comunidad autónoma, casi el 20% de los niños tiene caries a los tres años y el 40% a los cinco años. Afecta a la calidad de vida infantil, por producir dolor e infecciones que pueden desencadenar enfermedades sistémicas o la destrucción de la pieza dental. Las medidas de prevención primaria de la caries son más eficientes que las recomendaciones frente a las maloclusiones. (Sección de introducción, ¶ 1).

Observando la información disponible del sitio web de Treviño<sup>7</sup> (2008), puedo conocer que:

La responsabilidad de la educación para la salud bucal recae en los miembros de la familia, pero la preparación de los padres determina el realizarla correctamente, ya que ellos transmiten la cultura que recibieron, con conceptos y hábitos de multinivel, que en ocasiones son perjudiciales a los niños. Lo ideal es iniciar con acciones preventivas desde el núcleo familiar. Y así motivar a los tutores de familia a que lleven una práctica sanitaria responsable. (¶ 3).

---

<sup>5</sup> Pires, M., Schmitt R. y Kim S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesores de Salud y los Educadores. República Federativa del Brasil: GEN.

<sup>6</sup> Miñana V. (2011). Pediatría Atención Primaria. [En línea]. Consultado: [29, Mayo, 2015]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000300010&script=sci\\_arttext&tlng=es/](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000300010&script=sci_arttext&tlng=es/)

<sup>7</sup> Treviño, M. (2008, mayo-agosto). Patrón cultural sanitario bucal familiar y enfermedad bucodental en preescolares. Revista Investigación Científica. 4. Consultado el 29 de Mayo, 2015. Disponible en: <http://www.uaz.edu.mx/cippublicaciones/ricvol4num2tom1/Ciencias%20de%20la%20Salud/PATRON.pdf>

Teixeira y colaboradores<sup>8</sup> (2011), refieren que: “La mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal. El nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo (Figura 2)”. (p. 4).

Indagando la obra de López<sup>9</sup> (2010), puedo transcribir lo siguiente:

La condición socioeconómica es un factor contribuyente por cuanto en las personas de estratos de menor nivel de educación y dieta limitada, que no tienen acceso a la promoción y prevención de la salud (que incluyen la higiene oral, flúor o sellantes), aumentan sustancialmente su riesgo de adquirir enfermedades estomatológicas y sistémicas. También la raza, la religión y la cultura, influyen en la visión que cada uno de nosotros tenga con respecto a lo que se considera saludable y estético. Por otra parte, el autocuidado que cada individuo tenga, le permitirá hacer un mejor uso de elementos disponibles para la conservación de su salud general y oral. (p. 89).

Consultando la información disponible en el sitio web de Benavente y colaboradores<sup>10</sup> (2012), puedo citar que:

Se pudo demostrar que existe asociación significativa entre el grado de instrucción y nivel conocimiento de las madres de familia. Se encontró que prevalece el grado de instrucción secundaria de las madres (60 %) y que existe asociación significativa entre el grado de instrucción y nivel conocimiento de las madres de familia, coincidiendo así con Velásquez Z que halló que el nivel de conocimientos fue regular en el 60,6 % de madres gestantes y que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimientos y el grado de instrucción. (p. 16).

---

<sup>8</sup> Teixeira, P., Vázquez, C., Domínguez, V., Portaluppi, V., Alfonzo, L., Mao, C., Ferreira, M., Pérez, N., Del Valle, N., Sanabria, D. (2011). Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en Niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo. Paraguay, 2010. Rev. Salud Pública Parag. 1. Consultado el 21 de julio, 2015. Disponible en:

[www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/download/10/21](http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/download/10/21)

<sup>9</sup> López, J. (2010). Odontología para la higiene oral. República de Colombia: Zamora.

<sup>10</sup> Benavente, L., Chein, S., Campodónico, C., Palacios, E., Ventocilla, M., Castro, A., Huapaya, O., Álvarez, M., Paulino, W., Espetia, A. (2012). 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. [En línea]. Consultado: [23, Junio, 2015]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012\\_n1/pdf/a05v15n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf)

## 2.2. Hábitos de higiene.

Indagando la información disponible en el sitio web de Vitaldent<sup>11</sup> (2014), puedo conocer que:

La higiene de la boca no se debe limitar a cuando hay dientes. Los padres deben limpiar diariamente las encías del bebé con una gasa húmeda en agua tibia para evitar bacterias.

Los dientes de leche también hay que cuidarlos. Los dientes de leche hay que cuidarlos de la misma forma que los permanentes, ya que cumplen funciones tan importantes como la de masticar o hablar. Si el niño presenta caries en un diente temporal, el riesgo de que el diente permanente resulte infectado es mucho mayor. (¶ 1 y 2).

Consultando la información publicada del sitio web de Scielo, un artículo de Medina y colaboradores<sup>12</sup> (2006), podemos citar que:

Quienes presentaron más frecuentemente higiene bucal inadecuada ( $p < 0.05$ ) fueron los hijos de madres con actitud negativa hacia la salud bucal, los que solamente tenían acceso a servicios públicos de salud, y los que no utilizaron servicios dentales en el año previo al estudio. Finalmente, se observó disminución de higiene bucal apropiada conforme disminuía el nivel socioeconómico (NSE). (¶ 2).

Analizando el sitio web de Cuartas y colaboradores<sup>13</sup> (2002), puedo saber que:

Se pudo determinar que la historia de caries de niños entre 3 y 5 años edad no está influenciada por la percepción que tiene sus padres ante el tratamiento odontológico, pero sí con los hábitos de higiene oral de los niños. La mayoría de padres de niños sanos y enfermos tenían regulares hábitos de higiene oral siendo estos porcentajes de 68% y 52%. (¶ 15).

---

<sup>11</sup> Vitaldent. (2014). 10 consejos para que los niños tengan unos dientes sanos. [En línea]. Consultado: [03, junio, 2015]. Disponible en: [http://www.vitaldent.com/conoce\\_prensa\\_ampliar.jsp?idNotaPrensa@NotaPrensa=53](http://www.vitaldent.com/conoce_prensa_ampliar.jsp?idNotaPrensa@NotaPrensa=53)

<sup>12</sup> Medina, C., Segovia, A., Estrella, R., Maupomé, G., Ávila, L. Pérez, R. (2006). Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche. [En línea]. Consultado: [29, mayo, 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132006000500001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132006000500001&script=sci_arttext)

<sup>13</sup> Cuartas, J., Alvar, A., Maya, A., Cárdenas, J., Arias, M., Jaramillo, A. (2002). Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos de 3 y 5 años de edad. *Revistas CES odontología*. 15. Consultado el 21 de julio, 2015. Disponible en: [revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/download/584/345](http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/download/584/345)

### 2.2.1. Placa bacteriana.

Langlais y colaboradores<sup>14</sup> (2011), señalaron que: “La placa es una biopelícula de bacterias que se adhiere con firmeza a las superficies del diente, restauraciones y aparatos protésicos. La placa es blanda, de color translucido a blanco y contiene una matriz extracelular pegajosa llamada glucano” (p. 82).

Analizando la información disponible del sitio web de Pérez<sup>15</sup> (2005), puedo citar que:

La placa dental se define como una comunidad microbiana que se encuentra sobre la superficie dental, formando una biopelícula embebida en una matriz de polímeros de origen bacteriano y salival. Se presenta en la boca de individuos sanos y enfermos, y es el agente etiológico de dos de las enfermedades orales más prevalentes: la caries dental y la enfermedad periodontal. (¶ 14).

Observando la obra de Harris y García<sup>16</sup> (2005), puedo transcribir que:

La placa dental está compuesta de proteínas salivales que se adhieren a los dientes, además de bacterias y productos terminales del metabolismo bacteriano. El grosor de la placa disminuye conforme se aproxima a la superficie oclusal o incisal.

Es importante diferenciar entre las placas supragingival y subgingival. La placa supragingival puede observarse por arriba del borde gingival por toda la superficie dental; la subgingival se localiza en las hendiduras (grietas) o bolsas por debajo del borde gingival donde no es visible. (p. 6).

Corchuelo y Soto<sup>17</sup> (2014), refieren que: “en Colombia se muestra que el grupo con adherencia de placa bacteriana mayor al 75%, lo conformaron niños de 5 años de edad”. (¶ 2).

---

<sup>14</sup> Langlais, R., Miller, C., Niel-Gehrig, J. (2011). Atlas a color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

<sup>15</sup> Pérez, A. (2005). La Biopelícula: una nueva visión de la placa dental. [En línea]. Consultado: [29, Mayo, 2015]. Disponible en: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552005000100016](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552005000100016)

<sup>16</sup> Harris, N., García, F. (2005). Odontología Preventiva primaria. Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.

Eliminación de la placa bacteriana.

Examinando la obra de Boj y Colaboradores<sup>18</sup> (2011), puedo saber lo siguiente:

El inicio precoz de la eliminación de la placa dental ayuda a establecer un hábito en el cuidado bucal que dura toda la vida. En el niño menor de 1 año, una vez que han erupcionado los primeros dientes, estos se pueden limpiar con una gasita o un cepillo mojado con cerdas blandas. Cuando erupciona un número determinado de ellos se debe establecer una rutina más minuciosa y sistemática para asegurarse de que se limpien todos los dientes superiores e inferiores en especial en el área cercana a la encía. (p. 233).

### 2.2.2. Cálculo dental.

Consultando la información disponible del sitio web de Agreda<sup>19</sup> (2010), puedo transcribir lo siguiente:

La placa es la principal causa de caries dental, y si no se remueve, se convierte en un depósito duro denominado sarro que queda atrapado en la base del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías. Las bacterias y las toxinas que éstas producen hacen que las encías se infecten, se inflamen y se tornen sensibles. (¶ 11).

Analizando la obra de Guedes y colaboradores<sup>20</sup> (2011), puedo citar que:

En el caso de la presencia de cálculo, el procedimiento que se realizará es el raspado manual con curetas apropiadas. Como en general el cálculo es supragingival, el raspado se realiza fácilmente, sin necesidad de utilizar aparatos de ultrasonido. Después del raspado, deben hacerse los procedimientos de profilaxis e instrucción de higiene bucal para evitar neoformación del cálculo. (p. 161).

---

<sup>17</sup> Corchuelo, J., Soto, L. (2014). Evaluación de la higiene oral en preescolares a través del monitoreo de placa bacteriana realizado por padres de familia. . [En línea]. Consultado: [23, Junio, 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-246X2014000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-246X2014000100006&script=sci_arttext)

<sup>18</sup> Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría: La Evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano.

<sup>19</sup> Agreda, M., Medina, Y., Simancas, Y., Salas, M. y Ablan, L. (2010). Condiciones de Salud Periodontal en niños en edad escolar. Acta Odontológica Venezolana. 48. Consultado el 29 de Mayo, 2015. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/pdf/art8.pdf>

<sup>20</sup> Guedes, A., Bonecker, M.; Delgado, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa del Brasil: GEN.

### 2.2.3. Cepillo Dental.

Analizando la obra de Pires<sup>21</sup> (2009), puedo exponer lo siguiente:

Los cepillos dentales son instrumentos más comunes y económicos utilizados por el individuo para la remoción mecánica de la biopelícula.

En la elección de un cepillo dental infantil, se debe siempre optar por un cepillo suave o extra suave, pues permiten una buena remoción de la biopelícula dental sin causar daños a la unión cemento-esmalte y posterior recesión gingival. (pp. 257 y 258)

Características del cepillo dental en niños.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web de Pepsodent<sup>22</sup> (2015), puedo citar que:

Unos de los factores importantes para un buen cepillado es la elección de un cepillo de dientes adecuado. Si optamos por un cepillo duro, demasiado grande o incómodo para el niño, el aseo será incompleto y la posibilidad de que los dientes posean caries o manchas aumentará.

Para una correcta elección del cepillo de dientes es importante tener en cuenta los siguientes consejos.

-El cepillo de dientes debe ser pequeño, esto facilitara mejor el movimiento dentro de la boca.

-Las cerdas del cepillo de dientes deben ser suaves y flexibles. Un cepillo pequeño pero de cerdas dura pueden lastimar tanto las encías como los dientes.

-Es recomendable que posea cabeza redondeada, ya que los de cabeza rectangular son más difíciles de que lleguen a todos los rincones de la boca.

-El mango del cepillo de dientes es mejor si es de goma o más bien blando, para que facilite el agarre del mismo.

-Ese cepillo habrá que reemplazarlo cada 3 meses o antes si se observa muy gastado. (¶ 1).

---

<sup>21</sup> Pires, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. República Federativa del Brasil: GEN.

<sup>22</sup> Pepsodent. (2015). Mi Primer Cepillo: Creando hábitos de limpieza bucal. [en línea]. Consultado: [21, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.pepsodent.cl/mi-primer-cepillo-creando-habitos-de-limpieza-bucal/>

## Limpieza del Cepillo Dental

Indagando la obra de Guedes y colaboradores<sup>23</sup> (2011), puedo citar que:

Después de utilizados, los cepillos deben enjuagarse, secarse y guardarlos en posición vertical, con las cerdas hacia arriba, sin que sean cubiertas o cerradas, lo que puede impedir que las cerdas queden secas. La higienización de los cepillos también se puede realizar con solución antiséptica, para reducir los microorganismos en las cerdas. (p. 169).

## Cambio del Cepillo Dental

Examinando la obra de Pires (2009)<sup>24</sup>, puedo conocer que:

La indicación del cambio del cepillo dental aun es un mito odontológico. La mayoría de los trabajos científicos referentes al asunto relatan la necesidad de substituciones periódicas, pero no son definitivos con relación al mejor momento para hacerlo.

Algunos autores concluyen que en pacientes saludables este cambio debería ser realizado mensualmente, y, que en pacientes inmunocomprometidos como, por ejemplo, niños sometidos a sesiones de quimioterapia, la substitución debería ser realizada semanalmente.

En realidad, la sustitución de cepillos dentales debe llevar en consideración una serie de otros factores (lugar en que este cepillo es almacenado, si el niño utiliza frecuentemente, como el cepillo es aseado, etc.) además del tiempo de uso y estado de salud del niño.

Otro aspecto que puede ser considerado para la substitución de cepillos dentales es el deterioro de las cerdas. A partir del momento en que estas cerdas muestran una tendencia de perder su verticalidad entre sí (se abren como si fuera un abanico) deberán ser cambiados (Fig. 18.11). (p. 260).

---

<sup>23</sup> Guedes, A., Bonecker, M.; Delgado, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa del Brasil: GEN.

<sup>24</sup> Pires, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. República Federativa del Brasil: GEN.

Indagando la información disponible en la revista de Contreras y colaboradores<sup>25</sup> (2002), puedo transcribir que:

Un recambio mensual del cepillo dental podría tener un costo/beneficio positivo en las comunidades porque reduce la frecuencia de infecciones orales y uso de antibióticos que son más costosos y poseen más efectos colaterales sobre la salud de los humanos que los cepillos. (p. 10).

#### 2.2.4. Cepillado Dental.

Analizando la información disponible del sitio web de Hernández y colaboradores<sup>26</sup> (2008), puedo citar que:

Los niños deben aprender que el cepillado dental debe efectuarse tres veces al día haciéndose énfasis en el cepillado antes de dormir, ya que durante siete horas de sueño se desarrolla y crece la flora bacteriana productora de caries en el medio ácido bucal que no puede modificarse en las horas de reposo. (¶ 7).

Observando la obra de Gil y colaboradores<sup>27</sup> (2010), puedo conocer que:

Se iniciará el cepillado dental por parte de los padres a partir del año de vida, ya sea con agua o con una pasta sin flúor o que contenga menos de 250 ppm de flúor. La cantidad de pasta debería de ser semejante a un guisante. (p. 283).

---

<sup>25</sup> Contreras, A., Arce, R., Botero, J., Jaramillo, A. (2002, septiembre). Contaminación bacteriana de cepillos dentales en niños y sus padres: una cuestión de educación. Revista estomatología. 10. Consultado el 18 de julio, 2015. En : <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2257/1/Contaminacion%20bacteriana%20de%20cepillos%20dentales%20en%20ninos%20y%20sus%20padres%20una%20cuestion%20de%20educacion.pdf>

<sup>26</sup> Hernández, M., Molina, N., Rodríguez, R. (2008, enero-febrero). Hábitos de Higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. Acta pediátrica de México. 29. Consultado el 29 de mayo, 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm081e.pdf>

<sup>27</sup> Gil, A., Martínez de Victoria, E., Maldonado, J. (2010). Tratado de nutrición. Reino de España: Médica Panamericana.

### 2.2.5. Técnicas del Cepillado Dental.

Examinando la obra de Pires<sup>28</sup> (2009), puedo transcribir lo siguiente:

Diversas técnicas de cepillado han sido propuestas por diferentes autores y, aunque la mejor técnica sea aquella a la que el paciente mejor se adapte, cabe un corto comentario relacionado al asunto.

Técnica de Bass- En esta técnica, las cerdas del cepillo son posicionadas en un ángulo de 45° en relación al largo eje del diente, realizando movimientos circulares y vibratorios en el sentido horizontal, englobando de dos en dos dientes, dándose énfasis a la limpieza de las áreas cervicales, vestibulares y surcos gingivales. También deben ser realizados movimientos antero-posteriores en las caras oclusales e incisales. Un problema de la técnica es la complejidad de su ejecución por el niño.

Técnica de Starkey- Movimientos circulares en las caras lisas y antero-posteriores en las caras oclusales, son realizados con el niño de pie, al frente y de espaldas de la madre, apoyando la cabeza contra ella. La limpieza es hecha con la mano izquierda de la madre separando los tejidos bucales, mientras la mano derecha sujeta al cepillo y realiza los movimientos de limpieza.

Técnica de Fones- En la técnica de Fones, son realizados movimientos circulares en todas las caras dentarias con excepción de las caras oclusales e incisales, donde son hechos movimientos antero-posteriores. Por ser simple y de fácil ejecución, esta técnica se vuelve bastante recomendada para bebés (Guedes-Pinto et al., 2003). (p.264).

### 2.2.6 Limpieza de la lengua.

Observando la obra de Harris y García<sup>29</sup> (2005), puedo citar que:

La gran superficie papilar del dorso de la lengua favorece la acumulación de microorganismos y detritos orales. Anatómicamente, las papilas fungiformes, que son más pequeñas, y las papilas filiformes, que son más largas, crean elevaciones y depresiones que pueden atrapar detritos y albergar microorganismos, haciendo de la lengua, una localización ideal para el crecimiento bacteriano. La disponibilidad de detritos orales en estos sitios contribuye a la formación de placa en otras áreas de la boca. La disminución de estos detritos mediante la desbridación lingual mecánica puede retardar, la acumulación de placa y el mal olor oral.

---

<sup>28</sup> Pires, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. República Federativa del Brasil: GEN.

<sup>29</sup> Harris, N., García, F. (2005). Odontología Preventiva primaria. Estados Unidos Mexicanos: El Manual Moderno.

En el mercado se dispone de varios diseños de limpiadores linguales (figura 7-32). También puede utilizarse un cepillo dental de cerdas suaves después del régimen estándar de cepillado dental. (p. 121).

Analizando la obra de Pires y colaboradores<sup>30</sup> (2009), puedo saber que:

La falta de higiene en la superficie de la lengua hace que se acumulen capas de placa bacteriana, como si fuera musgo, saburra, a punto de causar mal aliento. La lengua saburrosa ocurre también cuando la masticación es deficiente, sin alimentos sólidos que promuevan una auto limpieza. Eso ocurre por ejemplo, en periodos largos de fiebre, gripes, resfriados u otras enfermedades.

El tratamiento recomendado es el cepillado de la lengua y uso de raspador lingual para la remoción de la saburra. (pp. 122 y 123).

Zerón<sup>31</sup> (2003), señalo que: “por lo tanto es recomendable la limpieza diaria de la lengua con el mismo cepillo, o con los accesorios especiales para su limpieza” (p.101).

Examinando la obra de Harris y García<sup>32</sup> (2005), puedo citar que:

La limpieza de la lengua se logra al colocar el lado del cepillo dental cerca de la parte media de la lengua, con las cerdas en dirección a la garganta. El cepillo se lleva hacia adelante con un movimiento de barrido, esto se repite de 6 a 8 veces en cada zona. (p. 81).

---

<sup>30</sup> Pires, M., Schmitt R. y Kim S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesores de Salud y los Educadores. República Federativa del Brasil: GEN.

<sup>31</sup> Zerón, A. (2003). Cómo conservar sus dientes y encías toda la vida: Odontología para pacientes. Estados Unidos Mexicanos: Direccion general de publicaciones y fomento editorial.

<sup>32</sup> Harris, N., García, F. (2005). Odontología preventiva primaria. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

## 2.2.6. Hilo dental.

Revisando la obra de Pires y colaboradores<sup>33</sup> (2009), puedo referenciar lo siguiente:

El hilo dental es completamente indispensable para una perfecta limpieza bucal. Es un elemento usado para la limpieza de los espacios interdentes, ya que en esas zonas no se consigue acceso con el cepillo. Es ahí donde los dientes contactan por lo que hay mayor facilidad de retener la placa bacteriana y restos alimenticios.

El hábito de su utilización debe ser iniciado cuando el niño presenta los cuatro incisivos o algún contacto próximo entre los dientes. Siempre que sea posible, es interesante que el niño vea a los papás utilizándolo, porque eso será de gran estímulo e incentivo para él. (p. 86).

Indagando la obra de Pires<sup>34</sup> (2009), puedo exponer que:

Así como el cepillo de dientes, el hábito del hilo dental debe de ser iniciado desde temprano, después de la irrupción de los incisivos centrales inferiores. Todo hábito viene de la infancia, y el uso del hilo dental tiene que ser estimulado para que los niños puedan adquirir destreza manual, y no sentir dificultades en el futuro. Niños entrenados en desarrollar este hábito se muestran aptos para realizarlo con facilidad (fig.18.30).

La mayoría de las veces, el niño de 3 a 6 años no presenta habilidad para usar el hilo dental, siendo así una responsabilidad de los padres la realización de esta actividad. La higiene oral con el cepillo y el hilo dental deben ser supervisadas por los padres hasta los 9 años de edad. (p. 267).

Uso del hilo dental.

Observando la obra de Cuenca y Baca<sup>35</sup> (2013), puedo citar que:

La manual es la más utilizada. Se enrolla casi todo el hilo en el dedo medio de una mano y el resto en el de la otra mano manteniendo tirante el hilo entre ambas. Los dedos índices y pulgares son los que llevan a cabo esta técnica. El hilo se introduce con suavidad por el espacio interproximal deslizándolo hasta

---

<sup>33</sup> Pires, M., Schmitt, R. y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesores de Salud y los Educadores. República Federativa del Brasil: GEN.

<sup>34</sup> Pires, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. República Federativa del Brasil: GEN.

<sup>35</sup> Cuenca, E.; Baca, P. (2013). Odontología preventiva y comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones. Reino de España: ELSEVIER MASSON.

el surco gingival movimientos vestibulolinguales. Conforme se ensucia el hilo, se pasa a una parte limpia enrollándolo en un dedo y desenrollando en el otro. Para facilitar su uso se pueden utilizar dispositivos portahilos o aplicadores. (p. 82).

#### 2.2.8. Enjuagues Bucales.

Cameron y Widner<sup>36</sup> (1998), señalaron que: “Los enjuagues antibacterianos se han convertido en un componente más de la odontología preventiva en los últimos años” (p. 57).

Indagando la obra de Cárdenas<sup>37</sup> (2003), puedo transcribir lo siguiente:

Los enjuagatorios con soluciones de flúor de diferentes concentraciones son sin lugar a dudas, el método más económico, fácil de implementar para programas de salud pública.

Esta modalidad de tratamiento preventivo se recomienda principalmente para uso en las escuelas, enjuagatorios semanales o cada dos semanas y para uso diario en el hogar bajo la supervisión de los padres. (p. 107).

Observando la obra de Harris y García<sup>38</sup> (2005), puedo saber que:

Como regla general deben de recomendarse los enjugues diarios en lugar de un régimen semanal; además, el procedimiento diario parece un poco más eficaz, como consideración práctica resulta más fácil para los pacientes recordar y cumplir un procedimiento diario. En el caso de los niños que viven en regiones sin fluoruro, también debe considerarse la prescripción de complementos de fluoruro. (p.194).

---

<sup>36</sup> Cameron, A. Widmer, R. (1998). Manual de Odontología pediátrica. Reino de España: Harcourt Brace.

<sup>37</sup> Cárdenas, D. (2003). Fundamentos de odontología: Odontología Pediátrica. República de Colombia: Corporación para investigaciones Biológicas.

<sup>38</sup> Harris, N., García, f. (2005). Odontología Preventiva primaria. Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.

### 2.2.9. Reveladores de placa.

Indagando la obra de Cameron y Widmer<sup>39</sup> (1998), puedo transcribir lo siguiente:

A los niños, sus padres y los pacientes de más edad les cuesta saber cuándo han eliminado correctamente la placa de sus dientes. Las soluciones y comprimidos identificadores son muy útiles para ayudar a los pacientes y sus padres a visualizar y eliminar mejor la placa. (p. 57).

Observando la obra de Zerón<sup>40</sup> (2003), puedo conocer que:

La limpieza bucal diaria de los niños pequeños es responsabilidad de los padres, son ellos quienes deben de supervisar y “barrer” a los microbios de los dientes y encías. Tanto padres como hijos deben de ayudarse a visualizar a los microbios adheridos a los dientes a través de tabletas o soluciones de colorantes vegetales, cuya acción es reveladora de la placa microbiana. (p. 101).

### 2.3. **Flúor.**

Analizando la obra de Pires y colaboradores<sup>41</sup> (2009), puedo exponer lo siguiente:

El flúor es un componente químico que promueve el fortalecimiento del esmalte, siendo capaz de reducir significativamente la caries. Al entrar en contacto con la superficie del diente, el flúor se incorpora a él, pasando a ser parte de su estructura. Existen dos formas de utilización: por vía oral (uso sistémico) y tópico (aplicado sobre la superficie del diente). (p. 89).

---

<sup>39</sup> Cameron, A., Widmer, R. (1998). Manual de Odontología pediátrica. Reino de España: Harcourt Brace

<sup>40</sup> Zerón, A. (2003). Cómo conservar sus dientes y encías toda la vida: Odontología para pacientes. Estados Unidos Mexicanos: Dirección general de publicaciones y fomento editorial.

<sup>41</sup> Pires, M., Schmitt, R. y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesores de Salud y los Educadores. República Federativa del Brasil: GEN.

Indagando la obra de Pires y colaboradores<sup>42</sup> (2009), puedo citar que:

El uso de dentífricos fluorados tiene gran valor e importancia en prevención. Su uso es indicado para niños a partir de tres años de edad para que sean capaces de no deglutirla. Las pastas deben contener 1.100 ppm (partes por millón) de flúor.

### 2.3.1. Flúor Sistémico.

El flúor sistémico es aquel usado de forma ingerida, que será incorporado al esmalte durante su formación. Por lo tanto, debe ser administrado durante el proceso de formación dental. En tanto sea usado en la dosificación correcta, no provoca efectos colaterales. Esta es la manera más efectiva y amplia de prevención. El flúor está presente en el agua de la mayoría de las redes de abastecimiento de los municipios y en algunas aguas comercializadas. Por ese motivo, los suplementos de flúor, por medio de gotas o comprimidos, no son necesarios para los niños ni para los gestantes, porque pudiera ocurrir una sobredosificación de flúor.

Una sobredosificación, esto es, el exceso de flúor ingerido, puede llevar a un problema de esmalte dentario llamado fluorosis. La fluorosis compromete la estética y la estructura dentaria, y se caracteriza por las manchas blancas opacas suaves o las manchas marrón opacas y rugosas, que aparecen en la superficie de los dientes. La fluorosis puede también ocurrir debido a la ingestión de flúor por medio de pastas dentales con flúor. Por eso, recomendamos pasta dental sin flúor para niños menores de 3 años, ya que todavía no saben escupir.

### 2.3.2. Flúor tópico.

El flúor tópico es aquel aplicado directamente sobre los dientes ya erupcionados. El flúor puede ser aplicado bajo la forma de soluciones para enjuagues, gel, mousse, barniz y por medio de pastas fluoradas utilizadas en el cepillado. Estas son las formas más eficientes y seguras de su aplicación del flúor tópico. (pp. 89-91).

---

<sup>42</sup> Pires, M., Schmitt R. y Kim S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesores de Salud y los Educadores. República Federativa del Brasil: GEN.

Indagando la obra de Requejo y Ortega<sup>43</sup> (2006), puedo conocer que:

El flúor, actuando tópicamente sobre la superficie del diente resulta útil en la prevención de la caries a lo largo de toda la vida del individuo, pues reduce la solubilidad de la hidroxiapatita, ayuda a remineralizar la lesión cariogénica y tiene actividad antimicrobiana, inhibiendo la formación de la placa dental bacteriana.

La aplicación tópica de flúor, de carácter profesional, supone una reducción de un 10% en la incidencia de caries, si se aplica una vez al año, y de un 20% cuando se aplica dos veces al año. Por su parte la aplicación diaria de fluoruro (en forma de pasta dentífrica/ enjuagues) condiciona un descenso de un 30% en la incidencia de caries. (p. 181).

#### **2.4. Sellado de Fosas y Fisuras.**

Analizando la obra de Bordoni y colaboradores<sup>44</sup> (2010), puedo saber que:

Procedimiento mediante el cual se coloca una resina compuesta, líquida (que fluye), sobre una fosa o fisura oclusal con el fin de prevenir o detener el progreso de una lesión de caries dental. Es un procedimiento de prevención, eficaz cuando está indicado y es bien realizado. (p. 407).

Investigando con la obra de Pires y colaboradores<sup>45</sup> (2009), puedo citar que:

Las fisuras (ranuras y surcos) presentes en la forma natural del diente facilitan el acumulo de residuos de alimentos, siendo el lugar de mayor incidencia de caries.

El sellador es una sustancia fluida, desarrollado para filtrarse y penetrar en esas fosas o fisuras, cerrándolas, el sellador se adhiere a los surcos, impidiendo la penetración de caries. FIG. 10.7. (p. 95).

---

<sup>43</sup> Requejo, A., Ortega, R. (2006). Nutriguía: Manual de nutrición clínica en atención primaria. Reino de España: Complutense.

<sup>44</sup> Bordoni, N., Escobar, A., Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. República Argentina: Medica Panamericana.

<sup>45</sup> Pires, M., Schmitt R. y Kim S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesores de Salud y los Educadores. República Federativa del Brasil: GEN.

Indicaciones.

Analizando la obra de Palma y Sánchez<sup>46</sup> (2013), puedo exponer que:

Para elegir las piezas que van a ser sometidas a un sellado, debemos seleccionar previamente el tipo de paciente y la pieza en la que está indicado, cuándo debe de realizarse y en qué casos está contraindicado.

El sellado no es necesario en todo tipo de personas; así, en aquellos pacientes que no presentaron caries en la dentición temporal, no está indicado el sellado sistemático, aunque deben ser vigilados periódicamente. Para seleccionar las personas candidatas al sellado, se tendrán en cuenta los siguientes grupos de individuos:

En pacientes especiales con compromiso médico, minusvalías físicas o psíquicas y grupos sociales marginales, se debe contemplar el sellado de todos los dientes posteriores permanentes sanos.

En pacientes con caries extensas en la dentición temporal.

Pacientes que no pueden ser controlados con asiduidad.

Molares sanos recién erupcionados (no contraindicado hasta los 18 años). (p. 269).

Investigando la obra de Boj y Catalá<sup>47</sup> (2011), puedo conocer que:

Los principales dientes a considerar para el sellado debido a su anatomía oclusal, son los molares permanentes, pero también en situaciones de riesgo alto pueden ser susceptibles de ser sellados los molares deciduos, premolares e incisivos permanentes superiores. Por otro lado los molares con fisuras anchas, fáciles de limpiar, generalmente no requieren sellador. La colocación del sellador está contraindicada en presencia de cavidades proximales donde está implicada la superficie oclusal. (pp. 235-236).

---

<sup>46</sup> Palma, A., Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Reino de España: Paraninfo.

<sup>47</sup> Boj, J., Catalá M., García, C., Mendoza, A. Planells, P. (2011). Odontopediatría: La Evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano.

Contraindicaciones.

Analizando la obra de Palma y Sánchez<sup>48</sup> (2013), puedo citar lo siguiente:

Aquellos dientes que presentan caries interproximales, o presentan caries extensas en las caras oclusales.

Cuando tras la exploración de fosas y fisuras se sospeche de la presencia de caries, se realizara una radiografía interproximal, para descartar que la caries no ha llegado a la dentina. Si la caries es incipiente, se investiga con una fresa redonda a baja velocidad, y se realiza una “restauración preventiva”, es decir, se elimina el esmalte que presenta la lesión de caries, se restaura con material de obturación y posteriormente se sella el resto de fisura. En el caso de que la caries se extensa, se procederá a realizar una obturación convencional. (p. 269).

## **2.5. Hábitos alimentarios y dieta.**

Indagando la obra de Harris y García<sup>49</sup> (2005), puedo saber que:

El odontólogo moderno no solo debe educar a los pacientes en cuanto a prevención de caries y enfermedad periodontal, sino que también tiene una función importante en la prevención de otros riesgos de salud.

La función del equipo dental debe ser examinar pacientes en cuanto al riesgo nutricional, proporcionar asesoría dietética relacionada con la salud oral, y referir a los pacientes con profesionales de la nutrición para tratamiento de otras condiciones sistémicas relacionadas con la nutrición. (p. 307).

Consultando la información disponible del sitio web de Flores<sup>50</sup> (2006), puedo transcribir que:

El trabajador de la salud deberá informar a los padres de los riesgos a la salud que tiene para los niños, incorporar en su dieta sustancias como hidratos de carbono refinados, presentes en refrescos embotellados y jugos

---

<sup>48</sup> Palma, A., Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Reino de España: Paraninfo.

<sup>49</sup> Harris, N., García, f. (2005). Odontología Preventiva primaria. Estados Unidos Mexicanos: El Manual Moderno.

<sup>50</sup> Flores, S., Martínez, G. , Toussaint, G. , Adell, A. , Copto, A. (2006). Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases Técnicas. [En línea]. Consultado: [03, junio, 2014]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462006000200008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000200008)

industrializados, versus el beneficio de aprender a comer alimentos con hidratos de carbono complejos presentes en las frutas, verduras y tubérculos. (¶ 16).

### 2.5.1. Dieta.

Observando la obra de Palma y Sánchez<sup>51</sup> (2013), puedo conocer que:

La dieta es uno de los factores que contribuyen al desarrollo de la caries, pero también afecta al desarrollo de los dientes. La malnutrición en la infancia no solo provoca retraso del crecimiento en general, sino que afecta también atrasando el desarrollo y la erupción de los dientes. Por otro lado, diversos estudios demuestran que los niños que padecen malnutrición proteica-calórica presentan también una mayor susceptibilidad a la caries.

La dieta constituye uno de los factores que contribuyen a la caries, especialmente los carbohidratos, que pueden ser rápidamente metabolizados por los microorganismos, es decir, los azúcares que se denominan cariogénicos. (p. 274).

Indagando información disponible en la página web de Cisneros y Hernández<sup>52</sup> (2015), puedo transcribir que:

Una nutrición adecuada fomenta la salud y el desarrollo integral, el crecimiento del esqueleto y los dientes del niño, que comienzan a formarse desde la vida fetal. Por su parte, las proteínas de origen animal, abundantes en la carne de res, pollo, pescado, huevo, queso y la leche, así como las de origen vegetal: frijoles, todos tipos de granos y en muchos vegetales, contribuyen a la formación y mantenimiento de los tejidos del organismo. Los quesos y la leche son ricos en calcio, que junto con el flúor, presente en todos los pescados del mar, constituyen los 2 minerales más necesarios para la salud de los dientes. Los cereales como: maíz, arroz, avena y harina de trigo, también son importantes en la dieta porque contribuyen también en la formación del cuerpo del niño. (¶ 32).

---

<sup>51</sup> Palma, A., Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Reino de España: Paraninfo.

<sup>52</sup> Cisneros, G., Hernández, Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. [En línea]. Consultado [27, mayo, 2015] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_15\\_10\\_11/san131011.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_10_11/san131011.htm)

Examinando la obra de Koch y Poulsen<sup>53</sup> (2011), puedo saber lo siguiente:

La relación entre la dieta y la caries se ha confirmado en numerosos estudios. Sin embargo, la dieta *per se* nunca por sí misma produce caries. Por una parte los componentes ácidos de los alimentos pueden causar desmineralización y erosión. Para ser un riesgo potencial para el desarrollo de las caries el alimento debe contener carbohidratos fermentables, que las bacterias de la placa puedan utilizar en su metabolismo glicolítico para producir los ácidos. (p. 96).

Según Mogrovejo y Montenegro<sup>54</sup> (2014), refieren que: “En cuanto a los hábitos alimenticios de los niños se encontró que el 52.84% del total reporto tener hábitos alimenticios regulares y el 27.53% malos hábitos alimenticios”. (p. 64).

Consejos dietéticos.

Continuando con la obra de Koch y Poulsen (2011), puedo citar que:

Las pautas generales referente la dieta y a los hábitos dietéticos para evitar la caries son muy simples:

Restringir la frecuencia de comidas y bebidas a cinco o seis veces por día. Esto significa usualmente tres comidas principales y tres comidas o consumos intermedios. Tratar de evitar los productos alimenticios y bebidas con sacarosa. No “picar” entre comidas.

Restringir los caramelos y los bocados dulces a una vez por semana.

Aconsejar sobre la prevención de la erosión, lo cual significa la reducción del consumo frecuente de bebidas ácidas tales como refrescos, jugos de fruta y bebidas deportivas. (pp. 96-97).

Analizando la obra de Dapcich y colaboradores<sup>55</sup> (2004), puedo conocer lo siguiente:

Es conveniente que los niños consuman diariamente entre medio y un litro de leche u otros lácteos, como quesos yogures o postres lácteos. Incluyamos en la

---

<sup>53</sup> Koch G. y Poulsen S. (2011). Odontopediatría: Abordaje Clínico. República Argentina: AMOLCA.

<sup>54</sup> Mogrovejo, F., Montenegro, C. (2014). Prevalencia de malnutrición: su relación con hábitos alimenticios, actividad física y factores asociados en escolares urbanos en Cuenca. . [En línea]. Consultado: [31, julio, 2015]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5315/1/TECN21.pdf>

<sup>55</sup> Dapcich, V., Salvador, G., Ribas, L., Pérez, C., Aranceta, J., Serra, L. (2004). Guía de la alimentación saludable. Reino de España: SENC.

dieta de los niños frutas y verduras (5 o más raciones diarias) y pescados. (p. 90).

## **2.6. Acudir al odontólogo.**

Indagando en la información disponible en el sitio web de Guíainfantil<sup>56</sup> (2013), puedo transcribir lo siguiente:

Cuando llegue el momento de acudir al dentista, los padres deben esforzarse por transmitir a su hijo una sensación de confianza y de seguridad. Es necesario que entre el niño y el dentista haya una buena relación y no se creen miedos o temores desde el principio. (¶ 4).

Observando la información disponible en el sitio web de OdontoSanitas<sup>57</sup> (2015), puedo conocer que:

La idea es que en la primera visita al odontopediatra los padres reciban toda la información necesaria acerca de los hábitos de higiene oral y aclaren la dudas en lo referente a la nutrición y la lactancia, el crecimiento y desarrollo adecuado de los maxilares, el uso de chupos de entretención y biberones, los tipos de dentífricos adecuados para cada edad, entre otros temas.

En esa primera consulta se detectan los riesgos a que está expuesto el recién nacido y el menor de seis meses. Además, se explica a los padres cómo aparecen las enfermedades de la boca, así como los buenos hábitos para prevenirlas y se determina la frecuencia de los controles con el odontopediatra. En caso de que la primera consulta tenga lugar cuando los dientes ya han erupcionado, como complemento a lo anterior se revisan los hábitos de higiene, si el hijo tiene alguna caries, el estado de las encías, si existe una adecuada mordida y si emplea la crema indicada, ya que las que contienen flúor están contraindicadas hasta los tres años. Antes de esa edad se corre el riesgo de que el niño se intoxique con flúor y como consecuencia sufra un daño permanente en la estructura del esmalte de los dientes definitivos, debido a que estos se empiezan a formar desde los primeros meses de vida del bebé. (¶ 3).

---

<sup>56</sup> Guíainfantil. (2013). La primera visita de los niños al dentista. [En línea]. Consultado: (27, mayo, 2015). Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/salud/dientes/irdentista.htm>

<sup>57</sup> OdontoSanitas. (2015). Al odontólogo por primera vez. . [En línea]. Consultado: [16, Junio, 2015]. Disponible en: <http://portal.colsanitas.com/portal/web/odontosanitas/al-odontologo-por-primera-vez>

## 2.7. Enfermedades bucales.

### 2.7.1. Caries dental.

Analizando la obra de Pinkham y colaboradores<sup>58</sup> (1996), puedo transcribir lo siguiente:

La caries dental es una enfermedad de los tejidos duros dentales, que en un principio se caracteriza por la descalcificación de las porciones orgánicas del diente. La pérdida del contenido mineral va seguida de una rotura de la matriz orgánica. Este proceso es el resultado del metabolismo de carbohidratos por parte de los microorganismos bucales. (p. 180).

Indagando la obra de Negroni<sup>59</sup> (2009), puedo citar que:

No hay ninguna evidencia de producción natural de caries sin la presencia de carbohidratos en la dieta. A esto debe agregarse que la placa o biofilm expuesto a azúcares produce un descenso del pH que es necesario para la descalcificación del esmalte. (p. 249).

Examinando la información disponible del sitio web de Sánchez y colaboradores<sup>60</sup> (2006), puedo conocer que:

La caries dental se considera una enfermedad multifactorial factible de ser prevenida pero que en un estado avanzado es irreversible, lo que ha motivado la búsqueda de indicadores que permitan predecir su aparición. De esta manera se ha iniciado la búsqueda para identificar a quienes por razones naturales, están sujetos a mayor riesgo de padecer caries. A este respecto, hay evidencias de que algunas bacterias (*Streptococo mutans* y *Lactobacilos*) se asocian con el inicio y desarrollo de la lesión dental, por lo que las colonias de estas bacterias en la superficie de los dientes es uno de los factores relacionados con esta enfermedad, razón suficiente para insistir en la limpieza de los dientes. (¶ 5).

---

<sup>58</sup> Pinkham, J., Casamassimo, P., Fields, H., MacTigue, D., Nowak, A. (1996). *Odontología Pediátrica*. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana.

<sup>59</sup> Negroni, M. (2009). *Microbiología Estomatológica: fundamentos y guía práctica*. República Argentina: Panamericana.

<sup>60</sup> Sánchez, L., Sáenz, L., Irigoyen, E., Luengas, I., Tomasis, J. (2006, mayo-junio). Predicción de caries. Indicadores de riesgo en saliva y placa dental en niños sanos. *Revista Mexicana de Pediatría*. 73. Consultado el 29 de Mayo, 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2006/sp063c.pdf>

Analizando la obra de Langlais y colaboradores<sup>61</sup> (2011), puedo transcribir que:

La caries comienza como descalcificación del esmalte, que aparece como una mancha, línea, o fisura blanca yesosa. La lesión inicial se denomina incipiente. Al madurar la lesión causa destrucción del esmalte y propagación a lo largo de la unión dentina-esmalte (UDE), a través de la dentina, y por último hacia la pulpa. Las características clásicas de la lesión cariosa son 1) cambio de color (blanco yesoso, pardo o descoloración negra), 2) pérdida de tejido duro (cavitación), y 3) pegajosidad de la punta exploradora. El cambio de color es causado por descalcificación del esmalte, exposición de la dentina, y desmineralización y tinción de la dentina. Los síntomas clásicos de la caries son la sensibilidad a los dulces, calor y frío, los cuales en general están ausentes con las lesiones incipientes. Las lesiones más grandes permiten el ingreso de líquidos al interior de los túbulos dentinales expuestos. Los cambios hidrostáticos (presión) son sentidos por nervios pulpares que transmiten señales al complejo sensitivo trigeminal, que producen como resultado la percepción del dolor. (p. 64).

Indagando la obra de Requejo y Ortega<sup>62</sup> (2006), puedo citar que:

La alta incidencia de caries entre niños de bajo nivel socioeconómico se atribuye a la falta de conocimientos de los padres sobre las causas del problema, al seguimiento de prácticas inadecuadas culturalmente determinadas, y al determinado uso de terapias dentales preventivas. (p. 177).

Analizando la obra de Barbería y colaboradores<sup>63</sup> (2002), puedo transcribir que:

En la dentición temporal, la mayor frecuencia de caries se encuentra en los primeros y segundo molares seguidos de los caninos e incisivos superiores. Los incisivos inferiores raramente presentan caries, ya que su relación con la lengua y los circuitos de distribución de saliva favorece una defensa natural. El hallazgo de caries en los incisivos inferiores debe despertar la alarma sobre una tendencia extrema a padecer caries. (p. 177).

---

<sup>61</sup> Langlais, R., Miller, C., Niel-Gehrieg, J. (2011). Atlas a color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

<sup>62</sup> Requejo, A., Ortega, R. (2006). Nutriguía: Manual de nutrición clínica en atención primaria. Reino de España: Complutense.

<sup>63</sup> Barbería, E., Boj, J., Catalá, M., García, C. y Mendoza, A. (2002). Odontopediatría. Reino de España: MASSON.

Examinando la obra de Bordoni y colaboradores<sup>64</sup> (2010), puedo exponer que:

En el caso de la caries dental de la niñez temprana y de la rampante, se requiere para su inicio y desarrollo la presencia de factores modificantes externos como el consumo frecuente de líquidos (jugos, leche, bebidas gaseosas, leche en polvo, que son ricos en carbohidratos fermentables). En los niños que desde el nacimiento y durante la aparición en boca de los primeros dientes temporales consumen leche materna a voluntad o utilizan biberones a cuyo contenido líquido se le adiciona abundante cantidad de azúcar en forma de infusiones de caña de azúcar o miel de abejas, el riesgo es mayor, especialmente cuando el biberón permanece durante toda la noche en su boca. (p. 186).

Evolución de la caries.

Analizando la obra de Palma y Sánchez<sup>65</sup> (2013), puedo transcribir que:

En función de la profundidad de la lesión de la caries, podemos hablar de caries de esmalte, caries de esmalte y dentina, caries dentino-pulpar. Si tenemos en cuenta el tejido afectado, se habla de caries de esmalte, cemento y dentina (Figura 8.4).

Caries de esmalte: es la más frecuente, y se localiza preferentemente en las fosas y fisuras de las caras oclusales. Este tipo de caries es debida principalmente a streptococcus del grupo mutans. Además, la caries en superficies interproximales es debida a una gran variedad de microbiota, predominando actinomicetes (Figura 8.4).

Caries de raíz o cemento: aparecen en individuos que previamente presentan retracción gingival. Debido a que el cemento contiene mayor proporción de componentes orgánicos que el esmalte, se favorece además de bacterias acidógenas, el desarrollo de otra actividad proteolítica.

Caries de dentina. Se produce por evolución de la caries de esmalte o de cemento, favoreciendo el crecimiento de bacterias proteolíticas. De esta forma predominan, en orden, lactobacillus, streptococcus del grupo mutans y actinomicetes que pueden progresar a través de los túbulos dentinarios hacia la pulpa, pudiendo originar una pulpitis (Figura 8.4).

---

<sup>64</sup> Bordoni, N., Escobar, A., Catillo, R. (2010). Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. República Argentina: Panamericana.

<sup>65</sup> Palma, A., Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Reino de España: Paraninfo.

En función de su localización se habla de:

Caries oclusal, en surcos, fosas y fisuras de molares y premolares.

Caries proximal, en las superficies mesial y distal, debajo de los puntos de contacto.

Caries de superficies libres, en superficies vestibulares, linguales y palatinas.

Caries recurrente o secundaria, aparecen adyacentes a una restauración, en zonas que favorecen la retención de la placa bacteriana, como en los límites material restaurador-diente.

Caries radicular, véase caries de raíz o cemento. (pp. 226-227).

Caries del biberón.

Indagando la información disponible en el sitio web un artículo de Rodríguez<sup>66</sup>, (2015), puedo citar que:

En años recientes se ha reconocido, que la alimentación por biberón prolongada, más allá del tiempo que se hace la ablactación del niño y su introducción a las comidas sólidas, puede dar como resultado caries tempranas y rampantes.

*Aspecto clínico.* El aspecto clínico de los dientes en la "caries por biberón" en un niño de 2, 3 o 4 años de edad es típico y sigue por un patrón definido. Hay afección temprana por caries en los dientes anteriores superiores, los primeros molares temporarios superiores e inferiores y los caninos inferiores. Los incisivos inferiores por lo general no están afectados.

*Causas.* Las caries dentales por biberón son causadas por la exposición frecuente y prolongada de los dientes a líquidos con azúcares. Entre estos líquidos pueden estar la leche, fórmula, jugos, ponches, bebidas dulces, gelatinas u otros líquidos endulzados. La placa bacteriana en los dientes usa estos azúcares como un recurso de energía para formar ácidos que atacan el esmalte de los dientes. La caries dental afecta también a los lactantes que permanecen en el pecho de la madre por períodos prolongados (lo que ocurre, por ejemplo, cuando la madre se queda dormida mientras el bebé está lactando).

---

<sup>66</sup> Rodríguez, M. (2015). Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. [En línea]. Consultado: [28, mayo, 2015] disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/rodriguez\\_v\\_m/cap2.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/rodriguez_v_m/cap2.htm)

### *Prevención.*

- Nunca se debe llevar el niño a la cama con un biberón.
- Se debe evitar el uso prolongado de chupones.
- Después de cada alimentación, se deben limpiar los dientes y encías con una toalla limpia o gasa para eliminar la placa.
- La pasta no es necesaria en menores de tres años por su acción espumante.
- El uso del hilo dental se debe comenzar cuando toda la dentadura temporaria (dentadura del bebé) haya erupcionado.
- Entre comidas, si el bebé necesita un consolador, ofrecerle un biberón de agua pura y fresca.
- No se debe llenar el biberón con líquidos que sean principalmente de azúcar como gelatinas y bebidas dulces.
- Es preciso asegurarse que el niño obtenga flúor de alguna manera. Si no se dispone de agua con flúor, se le debe administrar ya sea sistémico o tópico.
- Los dientes de los niños se deben inspeccionar regularmente y comenzar las visitas al odontólogo cuando los dientes comiencen a erupcionar. (¶ 90).

### Índice ceo-d.

Investigando la obra de López<sup>67</sup> (2010), puedo saber que:

Para los dientes temporales se toma o mide el ÍNDICE ceo-d, donde se hace el recuento de dientes (d) temporales o deciduos cariados (c), obturados (o), extracción indicada por caries (e), se suman estas variables y nos da un resultado que va de 0 a 20, para una comunidad se promedia o se divide para el número de niños examinados.

Se diferencia del de permanentes en que se excluyen los dientes perdidos o ausentes, debido a la dificultad de definir si su ausencia se produjo por caries o por el proceso natural de exfoliación de los dientes deciduos.

Estos dos anteriores índices son un buen instrumento de medida del nivel de prevalencia de caries en una comunidad.

Los cambios en los índices de prevalencia de la caries, deben producir cambios en el ejercicio de la profesión odontológica, ya que estos tendrían que modificar el quehacer del odontólogo.

En la medida que el índice de prevalencia disminuya, la actividad del odontólogo debe orientarse hacia el mantenimiento y control preventivo de la caries y otras enfermedades buco-dentales, disminuyendo así, su actividad de carácter restaurador, limitándose a procedimientos de carácter cosmético, traumatismos, cambio de viejas restauraciones, etc. (p. 173).

---

<sup>67</sup> López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora.

### 2.7.2. Gingivitis en niños.

Analizando la obra de Mejías y Aflallo<sup>68</sup> (2007), puedo transcribir lo siguiente:

Las encías son el tejido que rodea al diente y de su integridad o no depende la buena fijación de las piezas dentales, imprescindibles para una buena masticación. Algunas enfermedades infecciosas, la falta de higiene o una alimentación no adecuada pueden alterar las encías, convirtiéndolas en una débil sujeción para dientes y muelas. (p. 183).

Indagando la obra de Boj y colaboradores<sup>69</sup> (2005), puedo conocer que:

La gingivitis es la EG más común en niños, y se caracteriza por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o de hueso alveolar. En dentición temporal comienza con una inflamación del margen gingival que avanza en ocasiones hasta la encía insertada. Conforme empeora la situación, el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el sondaje o con el cepillado. La gingivitis responde ante la eliminación de depósitos bacterianos y la mejoría en las técnicas de higiene oral diarias. (p. 367).

Consultando la información disponible del sitio web de Cruz y Caballero<sup>70</sup> (2009), puedo saber que:

La gingivitis crónica está confinada a los tejidos que protegen al diente o periodonto de protección, alcanza su mayor incidencia en niños, debido a que en ellos se presenta el estado inicial de la enfermedad gingival, y se produce en la mayoría de los pacientes por una mala higiene bucal.

En Cuba se comporta con una alta prevalencia (75%) y moderada severidad. En estudios realizados internacionalmente 6,7 se encuentran cifras alarmantes de gingivitis crónica en la población escolar que demuestran prevalencias por encima del 80%, con una correlación positiva entre la presencia de gingivitis crónica y la higiene bucal deficiente.

En Venezuela también existe una alta prevalencia de esta patología. En los países subdesarrollados en los que no existen programas de educación para la

---

<sup>68</sup> Mejías, M., Aflallo, A. (2007). La Salud está en su despensa: el poder curativo de los alimentos. Reino de España: Editorial EDAF, S.L

<sup>69</sup> Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A. (2005). Odontopediatría. Reino de España: MASSON.

<sup>70</sup> Cruz, R., Caballero, D. (2009). Nivel cognoscitivo sobre higiene bucal y gingivitis crónica en niños. Colegio Presidente Kennedy. Venezuela. 2006. [En línea]. Consultado: [29, Mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol4%202009/tema07.htm>

salud ni preventivos, la mayoría de los individuos presentan gingivitis crónica desde edades tempranas, alcanza su máxima expresión antes de los 20 años y se mantiene igual durante toda la vida, algunas avanzan a periodontitis si no son tratadas adecuadamente. (¶ 4-5).

Analizando a información disponible en el sitio web de Navas y colaboradores<sup>71</sup>

(2002), puedo citar que:

Los grados más severos encontrados en el índice de placa y el índice gingival se observaron en individuos cuyos padres tenían actitud desfavorable hacia la higiene bucal (33,3 y 66,6% respectivamente). Se concluye que en los preescolares estudiados existe relación estadísticamente significativa entre la caries dental, el índice gingival y el índice de placa con las actitudes y nivel educativo de sus padres, reafirmando la necesidad de desarrollar programas preventivos con la participación de los padres de niños en edad preescolar, para la adquisición de hábitos de salud bucal. (¶ 1).

Características.

Observando la obra de Guedes y colaboradores<sup>72</sup> (2011), puedo saber que:

Cuando la higiene bucal no es adecuada, la encía se vuelve inflamada y presenta las siguientes señales clínicas: sangrado al sondaje, alteraciones en la forma, textura, color y volumen de la encía marginal, aumento del fluido gingival. Este cuadro es conocido como gingivitis. Esta lesión es muy común en la infancia, con casi el 100% de los niños presentando algún sitio atacado por la enfermedad. (p. 155).

---

<sup>71</sup> Navas, R., Rojas, T., Zambrano, O., Álvarez, C., Santana, Y., Viera, N. (2002). Salud Bucal En Preescolares: Su Relación Con Las Actitudes Y Nivel Educativo De Los Padres. [En línea]. Consultado [21, julio, 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0378-18442002001100009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0378-18442002001100009&script=sci_arttext&tlng=en)

<sup>72</sup> Guedes, A., Bonecker, M.; Delgado, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa del Brasil: GEN.

Analizando la información disponible en el sitio web de García<sup>73</sup> (2015), puedo conocer que:

La gingivitis localizada se confina a la encía de un solo diente o un grupo de dientes; generalizada afecta toda la boca. Cuando es marginal, comprende el margen gingival pero puede incluir una porción de la encía insertada contigua. El tipo papilar abarca las papilas interdentes y a menudo se extiende hacia la porción vecina del margen gingival. Las papilas, donde suelen aparecer los primeros signos, se afectan con más frecuencia que el margen gingival. La gingivitis difusa afecta el margen gingival, la encía insertada y las papilas interdentes. En casos individuales, la distribución de la enfermedad gingival se describe mediante la combinación de los términos precedentes de la siguiente manera: marginal localizada, se limita a una o más zonas de la encía marginal; la difusa localizada, se extiende desde el margen hasta el pliegue mucovestibular, pero se suscribe a una zona. (¶ 2).

Tratamiento.

Indagando la obra de Guedes y colaboradores<sup>74</sup> (2011), puedo transcribir lo siguiente:

El tratamiento de las enfermedades periodontales consiste básicamente en la actuación sobre los factores etiológicos de la enfermedad. En el caso de la gingivitis, el control mecánico del biofilm dentario es importante sin igual en el tratamiento de la enfermedad. Para que esto se haga de forma adecuada, es importante que el clínico detecte los factores etiológicos y la reactividad del hospedante de acuerdo con la edad.

Además de la detección de los factores etiológicos, el cirujano dentista debe identificar el estado en que el niño se encuentra para establecer un plan de tratamiento adecuado, identificando la edad de mayor riesgo de desarrollar gingivitis. Por lo tanto, el retorno al consultorio puede tener una periodicidad con intervalo un poco mayor.

En la mayoría de casos, el tratamiento y la prevención de la gingivitis consisten en el control mecánico de la placa bacteriana. La parte más importante, por lo tanto es la instrucción y motivación de la higiene bucal, para que el niño ejerza el autocuidado casero, con ayuda y la supervisión de los padres. Otro procedimiento importante es la profilaxis profesional periódica, pero sin omitir la motivación de la higienización casera. (p. 161).

---

<sup>73</sup> García, C. (2015). Características clínicas e histopatológicas de la gingivitis. [En línea]. Consultado: [31, julio, 2015]. Disponible en: [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=56148&id\\_seccion=3472&id\\_ejemplar=5683&id\\_revista=144](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=56148&id_seccion=3472&id_ejemplar=5683&id_revista=144)

<sup>74</sup> Guedes, A., Bonecker, M.; Delgado, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa del Brasil: GEN.

Enfermedad gingival inducida por fármacos.

Analizando la obra de Boj y colaboradores<sup>75</sup> (2005), puedo conocer que:

Estas gingivitis se asocian a la ingesta terapéutica de antiepilépticos (fenitoína, hidantoína), inmunosupresores (ciclosporina A) y antagonistas del calcio (nifedipino, valproato sódico).

La hiperplasia gingival no aparece en todos los pacientes tratados con estos fármacos, sino que depende de factores predisponentes genéticos. El fármaco que con más frecuencia puede causar esta alteración gingival en los niños son los anticonvulsivos (fig. 32-1). Paradójicamente, las hiperplasias se suelen localizar en la región anterior. Inicialmente la afectación es en las papilas, extendiéndose a continuación al margen gingival. Las encías adquieren un aspecto multinodular, con la formación de pseudobolsas periodontales alrededor de las coronas dentarias. El agrandamiento gingival es mayor por vestibular que por lingual, y va ligado a la presencia de dientes, pudiendo llegar a cubrir la corona del diente.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico; gingivectomía y gingivoplastia, acompañados de programas preventivos de control de placa exhaustivos que intentan evitar la recidiva del problema, puesto que la medicación no es sustituible. (p. 369).

Retracciones gingivales.

Observando con la obra de Guedes y colaboradores<sup>76</sup> (2011), puedo exponer que:

La retracción gingival es una manifestación de colapso periodontal, en que ocurre migración del margen libre de la encía apical, desnudando parte de la raíz del diente. Esta anomalía alcanza con gran frecuencia la dentición decidua, pudiendo producir la pérdida precoz del diente. Varios factores etiológicos están relacionados a las retracciones gingivales. Estos pueden resultar de inserción alta de frenillo lingual o labial (Fig. 8.29), mala oclusión, traumatismos (fig. 8.30), dehiscencias del hueso alveolar, injurias provocadas por cepillado muy fuerte o técnica inadecuada (fig. 8.31) o traumatismo oclusal (figs. 8.18 a 8.20). La presencia de hábitos nocivos como uso incorrecto del chupete (figs. 8.32 y 8.33) y automutilación son otras de las causas descritas. Nuevamente, la presencia de placa bacteriana relacionada a todos esos factores presentados constituye el factor etiológico determinante de esa enfermedad periodontal. (pp. 157-158).

---

<sup>75</sup> Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A. (2005). Odontopediatría. Reino de España: MASSON.

<sup>76</sup> Guedes, A., Bonecker, M.; Delgado, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa del Brasil: GEN.

Analizando la obra de McDonald y Avery<sup>77</sup> (1995), puedo transcribir lo siguiente:

El tratamiento de la recesión es conservador, se elimina el estímulo, si es posible, y se mantiene una higiene oral adecuada. Si la recesión de la zona afectada no se modifica (no progresa) o bien mejora con el tiempo (menor recesión), se recomienda un control periódico continuado. (p. 461).

### 2.7.3. Gingivoestomatitis herpética aguda.

Indagando con la obra de Pires y colaboradores<sup>78</sup> (2009), puedo citar que:

De origen viral es la estomatitis que más arremete a los niños. Es la primera manifestación clínica del contagio por el virus del herpes. Esta primera infección ocurre antes de los 12 años de edad. La mayoría de las veces, la manifestación es muy leve y pasa desapercibida cerca del 10% de los casos son muy dolorosos, presentándose en la encía, ulcera rojiza, fiebre, malestar y falta de apetito. FIG. 13.3

En la estomatitis primaria, la lesión presenta bolas y vesículas y luego una leve hinchazón. Se presenta en los niños antes de los cinco años y raramente antes de los seis meses de edad. El tratamiento de soporte, es con limpieza y antitérmicos es importante que los papás procuren ayuda profesional para la orientación sobre otros medicamentos necesarios. Pueden hacer enjuagues con antisépticos suaves y usar anestésicos, (pomada o spray), para facilitar la alimentación, se recomienda comida pastosa a una temperatura templada-fría. (pp. 119-120).

Consultando la obra De la Torre<sup>79</sup> (1998), puedo saber lo siguiente:

Los ganglios linfáticos del cuello aumentan de tamaño. Las encías se hinchan y sangran. Hay halitosis (mal aliento). La fase aguda dura de 5 a 9 días amainando paulatinamente en forma espontánea las molestias. No hay tratamiento específico. El tratamiento de sostén es de importancia buscando evitar la deshidratación y la desnutrición por falta de ingestión de líquidos y de alimentos. Los antibióticos solo sirven para prevenir las infecciones secundarias. Se acostumbra a usar soluciones anestésicas o desinfectantes en

---

<sup>77</sup> McDonald, R., Avery, D. (1995). Odontología pediátrica y del adolescente. Reino de España: Mosby/Doyma Libros.

<sup>78</sup> Pires, M., Schmitt R. y Kim S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesores de Salud y los Educadores. República Federativa del Brasil: GEN.

<sup>79</sup> De la Torre, J. (1998). Pediatría Accesible: guía para el cuidado del niño. Estados Unidos Mexicanos: Siglo veintiuno Editores.

forma de solución para enjuague bucal, o de pastillas para disolver en la boca. (p. 448).

#### 2.7.4. Aftas infantiles.

Consultando la obra de Valera<sup>80</sup> (2010), puedo saber que:

Un niño sano sin aftas es un niño feliz, ya que puede comer sus alimentos con tranquilidad. Las aftas infantiles son inflamaciones y/o úlceras de la mucosa bucal, son dolorosas y recurrentes. Se presentan como placas, vesículas, manchas grises y/o blanquecinas o prominencias del mismo color repartidas irregularmente en la mucosa bucal, en los bordes de la lengua y a veces se extiende a las vías digestivas o respiratorias superiores.

Se clasifican en leves, severas y herpetiformes. Las leves; son erosiones pequeñas y solitarias que desaparecen entre los seis y diez días desde su aparición sin dejar cicatriz. Las severas; son úlceras más grandes, más profundas y mucho más dolorosas que tardan entre tres y ocho semanas en curarse y dejan cicatriz. Las aftas mayores; pueden producir fiebre, babeo en bebés, irritabilidad, malestar general, decaimiento e inapetencia. Las herpéticas; están constituidas por úlceras múltiples en forma de ramillete.

Su ocurrencia está asociada a factores hereditarios, alérgicos, infecciosos, endocrinos, traumáticos, psicológicos o un sistema inmunológico deprimido; otros la presencia de gérmenes en la parte bucal; por ácidos provenientes del estómago; vómitos frecuentes, alimentación muy rica en azúcares, etc. Al margen de las llagas en la boca se deben a una infección pasajera, también puede ser síntoma de una deficiencia específica nutritiva de minerales como el hierro o de vitaminas como la vitamina A. también puede ser un síntoma externo de la gestación de enfermedades más graves como la enfermedad de Crohn (inflamación del intestino) o la celiaquía (que afecta a las vellosidades intestinales).

A menudo se confunde un afta bucal con una infección por el virus del herpes, relativamente frecuente en niños pequeños entre los 3 y 4 años de edad, aunque esta infección suele ser más dolorosa y suele ir acompañada de fiebres más altas. Las aftas bucales suelen producir ardor o picor intenso durante una y dos semanas. Por tanto, conviene hacer cambios en la textura de los alimentos, escogiendo los más blandos y endulzando ligeramente lo más ácidos para que la dieta no resulte monótona y aburrida (Reader's Digest 1971). (p. 14).

---

<sup>80</sup> Valera, J. (2010). Niños sanos. República del Perú: Indecopi.

Analizando la obra de Pires y colaboradores<sup>81</sup> (2009), puedo transcribir lo siguiente:

Existen sustancias para combatir el dolor y la aparición de aftas, por lo tanto los papás deben de estar en contacto con el odontopediatra para una mejor orientación. No se recomienda usar sustancias cáusticas, porque a pesar de suavizar los síntomas, dificultan la regeneración de la mucosa. Para evitar infecciones secundarias, sugerimos gárgaras con antisépticos bucales. (p. 119).

Indagando la información disponible en el sitio web de Pinheiro<sup>82</sup> (2009), puedo conocer que:

No existe medicamento milagroso para las aftas. Ninguna sustancia cura la úlcera de un día para otro. Como el afta suele durar hasta dos semanas, los tratamientos actuales tienen como objetivo acelerar el proceso de cicatrización de la lesión.

Es importante distinguir las pomadas que contienen apenas anestésicos, que sirven apenas para alivios sintomáticos, de aquellas con corticoides y antiinflamatorios en su fórmula, que efectivamente pueden acelerar la cicatrización. (¶ 10).

Consultando la información disponible en el sitio web de Mi bebé y yo<sup>83</sup> (2015), puedo saber que:

Si las aftas alteran mucho al niño, se le puede administrar paracetamol. Puede que el niño no pueda limpiarse los dientes, debido al dolor, pero es muy importante que tenga la boca limpia, enjuagándosela después de cada comida. Además, para facilitar la curación de las aftas, hay que procurar que el niño no coma alimentos ácidos o salados. Sin embargo, resultan aconsejables los alimentos semilíquidos, como los batidos de fruta, zumos de verdura o quesos frescos, durante un par de días. (¶ 3).

---

<sup>81</sup> Pires, M., Schmitt R. y Kim S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesores de Salud y los Educadores. República Federativa del Brasil: GEN.

<sup>82</sup> Pinheiro, P. (2009). Aftas bucales: causas y tratamiento. [En línea]. Consultado: [17, julio, 2015]. Disponible en: <http://www.saludysintomas.com/2009/10/afta.html>

<sup>83</sup> Mi bebé y yo. (2015). Aftas del bebé: llagas en la boca. [En línea]. Consultado: [17, julio, 2015]. Disponible en: <http://www.mibebeyyo.com/bebes/salud-bienestar/enfermedades/aftas-bebe-1751>

### 2.7.5. Candidiasis.

Investigando la obra de Romero<sup>84</sup> (2007), puedo saber que:

La candidiasis oral, denominada en nuestro medio como “algodoncillo”, es una forma que afecta casi exclusivamente a los niños. En general, se da en niños que padecen de algún problema, por ejemplo, un desequilibrio hidroelectrolítico. En esas situaciones no se encuentra en las condiciones óptimas, y se establece entonces una *Candida albicans* en la cavidad oral, o si el niño está enfermo más seriamente –como en el caso de una leucemia- hay más factores de oportunismo. Aún en niños que aparentemente no tienen mayor riesgo, se llega a presentar con frecuencia.

El cuadro clínico es sumamente característico, apareciendo placas blanquecinas en las mucosas de la lengua, de los carrillos y del paladar; son blancas, dando un aspecto algodonoso. En general, si solo se circunscribe a la cavidad oral y no esta diseminada, no hay mayor problema, pudiendo haber casos en los que se generalice en toda la cavidad oral. (p. 120).

Causas y tratamiento.

Indagando la obra de Pires y colaboradores<sup>85</sup> (2009), puedo conocer que:

Causada por hongos, se presenta en niños en etapas de baja inmunidad. Durante el nacimiento, puede ocurrir la infección por contacto directo con microorganismos o contagio viral. FIG. 13.4.

En los niños mayores, la candidiasis puede ser resultado de uso constante de corticoides y antibióticos de amplio espectro.

La lesión se presenta como placas blanquecinas parecidas como leche cuajada. Generalmente no son dolorosas. El tratamiento es realizado con medicamentos tópicos y antisépticos orales. (pp. 120 y 121).

---

<sup>84</sup> Romero, R. (2007). Microbiología y Parasitología Humana. Estados Unidos Mexicanos: Panamericana.

<sup>85</sup> Pires, M., Schmitt R. y Kim S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesores de Salud y los Educadores. República Federativa del Brasil: GEN.

Analizando la información disponible en el sitio web de Ben<sup>86</sup> (2015), puedo saber que:

En la mayoría de los casos, esta infección desaparece sin tratamiento médico en el plazo de una semana o dos, pero es posible que su médico le recete una solución antifúngica para la boca de su bebé. Además, según la edad que tenga su hijo, es posible que el médico también le sugiera añadir yogur con lactobacillus a la dieta del pequeño. El lactobacillus es un tipo de bacteria “buena” que puede ayudar a erradicar los hongos de la boca de su hijo. (¶ 5).

## **2.8. Unidades de observación y análisis.**

Niños/as de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí y sus padres o tutores.

## **2.9. Variables.**

### **2.9.1. Variable Independiente.**

Conocimiento en prevención oral.

### **2.9.2. Variable Dependiente.**

Enfermedades bucales.

## **2.10. Matriz de Operacionalización de las variables.**

(Ver Anexo 1)

---

<sup>86</sup> Ben, E. (2015). Candidiasis bucal. [En línea]. Consultado: [17, julio, 2015]. Disponible en : [http://kidshealth.org/parent/en\\_espanol/padres/thrush\\_esp.html#](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/padres/thrush_esp.html#)

## **CAPÍTULO III.**

### **3. Marco Metodológico.**

#### **3.1. Modalidad de la Investigación.**

Campo.

#### **3.2. Nivel o Tipo de la Investigación.**

Estudio analítico de corte transversal.

#### **3.3. Métodos.**

Se realizó encuestas a los padres o tutores para así determinar el nivel de conocimiento en prevención de salud oral que ellos poseen (Ver Anexo 4), para lograr esto se realizaron reuniones con los padres o tutores convocados por los docentes, esto se realizó en aulas de la institución donde se le entregó las encuestas a los representantes que constaba de 2 hojas, donde se reflejaban 11 preguntas para medir el nivel de conocimiento, de acuerdo a esto se clasificó el nivel de conocimiento como bueno, regular e insuficiente; 5 preguntas sobre hábitos de higiene que realizan en sus hijos y 1 pregunta sobre hábitos alimenticios, estos hábitos se los clasificó como bueno, regular y malo.

Los padres que no asistieron se los visitó a sus hogares para que llenen las encuestas, posterior a la firma del consentimiento informado para así proceder al examen odontológico de su hijo o representado.

Mediante un examen odontológico junto con la historia clínica de los 103 niños de 3 a 5 años (Ver Anexo 3), este se lo realizó en un aula y en el patio de la escuela, con instrumentos esterilizados, con luz natural, en dicha ficha se anotó los datos personales, las enfermedades bucales que padecían los estudiantes, como también la presencia o no de placa bacteriana; Para este estudio se necesitó de una auxiliar.

### **3.4. Técnicas.**

Encuesta a los padres o tutores.

Observación de la cavidad bucal de los niños de 3 a 5 años.

### **3.5. Instrumentos.**

Cuestionario de Encuestas.

Fichas de observación (Historias Clínicas).

### **3.6. Población y Muestra.**

#### **3.6.1. Población.**

Estuvo conformada por 103 niños y niñas de 3 a 5 años de edad pertenecientes a la Escuela Fiscal Colón Manabí y sus padres o tutores.

### **3.6.2. Muestra.**

Al ser la población pequeña se investigó toda la población y se realizó la recolección de datos de padres o tutores y de los 103 niños que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **3.7. Recolección de la Información.**

Para la recolección de la información sobre el nivel de conocimiento en prevención de salud oral de padres o tutores se realizó encuestas a los padres o tutores formadas por 17 preguntas las cuales fueron tabuladas y estudiadas; para determinar las enfermedades bucales de los 103 niños de la Escuela Fiscal Colón Manabí se realizó la inspección de la cavidad bucal junto a la ficha odontológica.

### **3.8. Procesamiento de la información.**

Para procesar la información teórica se utilizó el software de Office y Excel año 2010 para el almacenamiento del contenido de la misma y luego se representó en los histogramas respectivos. Con las variables cualitativas nominales se realizó el cálculo de las frecuencias y porcentajes, para las variables cuantitativas se calcularon las medias.

### **3.9. Ética.**

A las personas que intervinieron en este estudio, se les consultó su participación voluntaria, se les informó en qué consistía el trabajo que se realizó, así como también se les dio a conocer que la información sería anónima y solo fue

empleada con fines investigativos, se les hizo firmar un documento de consentimiento de su participación. (Ver anexo 2).

### **3.10. Recursos.**

#### **3.10.1 Talento humano.**

Investigadora.

Tutor de tesis.

#### **3.10.2 Recursos Tecnológicos.**

Computadora.

Cámara de fotos.

Impresora.

Flash memory.

#### **3.10.3 Recursos Materiales.**

Material de papelería.

Fotocopias.

Libros.

Tinta.

Encuadernación.

Espejos bucales.

Guantes.

Exploradores bucales.

Mascarillas.

Gorros descartables.

Campos operatorios.

Baberos.

Riñonera.

### **3.11. Presupuesto.**

La investigación tuvo un costo aproximado de \$386,10 dólares americanos que fueron financiados por la investigadora. (Ver Anexo 5). Página 84.

### **3.12. Cronograma.**

(Ver Anexo 6). Página 85.

## CAPÍTULO IV.

### 4. Análisis e interpretación de los resultados.

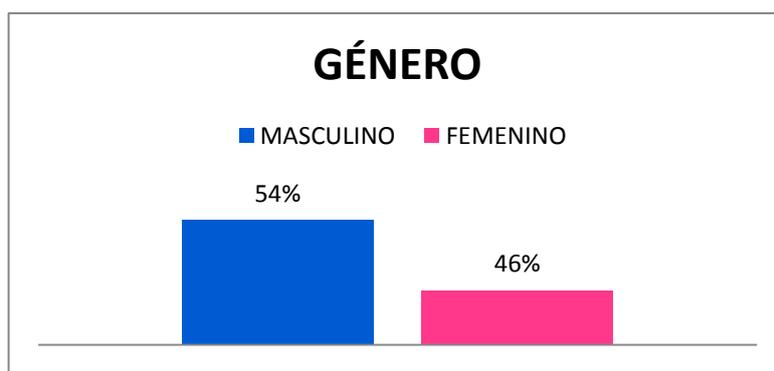
#### 4.1. Análisis e interpretación de los cuadros y gráficos de la ficha de observación que se realizó a 103 niños/as de la Escuela Fiscal Colón Manabí, del cantón Portoviejo. Periodo marzo-junio de 2015.

Cuadro N° 1.

Distribución de alumnos según género.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	56	54%
FEMENINO	47	46%
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

*Nota:* Ficha de observación realizada a los niños/as de la Escuela Colón Manabí, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.



*Gráfico N° 1:* género de los niños/as de la Escuela Colón Manabí. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

### Análisis e interpretación.

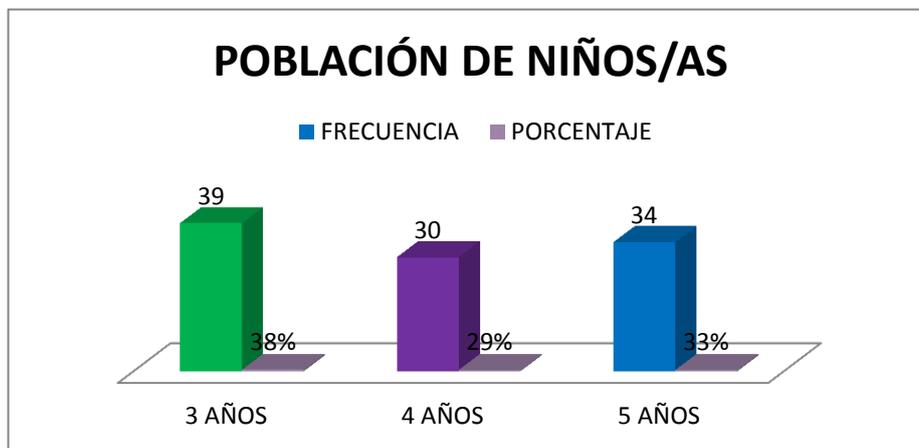
El total de niños encuestados en el lapso estudiado fueron 103 (100%), de los cuales 47 (46%) fueron de género femenino y 56 (54%) género masculino.

Cuadro N° 2.

Distribución de los escolares según la edad.

POBLACIÓN DE LOS NIÑOS		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 AÑOS	39	38%
4 AÑOS	30	29%
5 AÑOS	34	33%
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

*Nota:* Ficha de observación realizada a los niños/as de la Escuela Colón Manabí, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.



*Gráfico N° 2:* Población de los niños/as de la Escuela Colón Manabí. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

Análisis e interpretación.

Estudiamos 39 pacientes de 3 años que corresponde al 38%, 30 escolares de 4 años que equivale al 29% y por último los 34 estudiantes de 5 años de edad que pertenece al 33%.

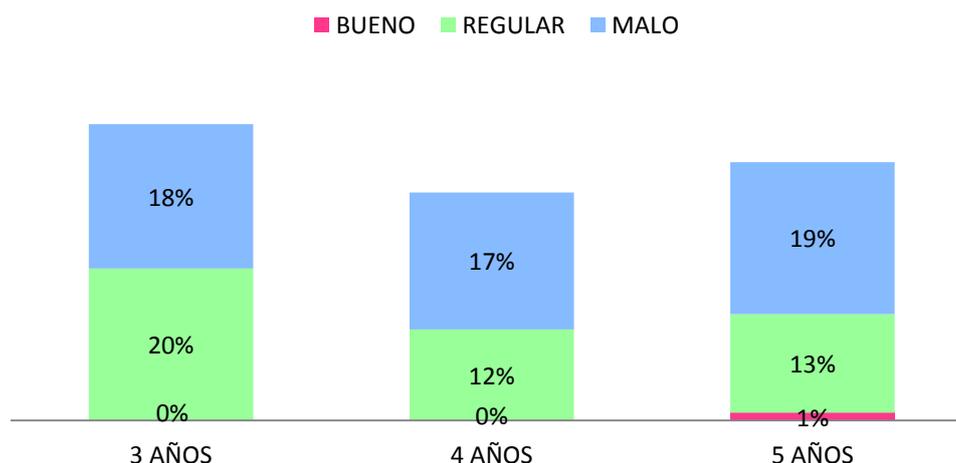
Cuadro N° 3.

Hábito de higiene oral.

EDAD DE NIÑOS	HÁBITO DE HIGIENE ORAL						TOTAL	
	BUENO		REGULAR		MALO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	F	P	F	P	F	P		
3 AÑOS	0	0%	20	20%	19	18%	39	38%
4 AÑOS	0	0%	12	12%	18	17%	30	29%
5 AÑOS	1	1%	13	13%	20	19%	34	33%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>45</b>	<b>45%</b>	<b>57</b>	<b>54%</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

*Nota:* Ficha de observación realizada a los padres o tutores de los niños/as de la Escuela Colón Manabí, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

## HÁBITO DE HIGIENE ORAL



*Gráfico N° 3:* hábito de higiene oral de los niños/as de la Escuela Colón Manabí. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

### Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 3, se observan los resultados obtenidos de las encuestas realizada a los padres o tutores. Los resultados que se obtuvieron sobre una buena higiene oral es de 1%, Una higiene regular 45% lo que corresponde a 20% niños de 3 años, 12% de 4 años y 13% de 5 años; mala higiene 57% de los cuales 19% es de 3 años, 17% de 4 años y 19% de 5 años.

Consultando la información publicada del sitio web de Scielo, un artículo de Medina y colaboradores<sup>87</sup> (2006) podemos citar que:

Quienes presentaron más frecuentemente higiene bucal inadecuada ( $p < 0.05$ ) fueron los hijos de madres con actitud negativa hacia la salud bucal, los que solamente tenían acceso a servicios públicos de salud, y los que no utilizaron servicios dentales en el año previo al estudio. Finalmente, se observó disminución de higiene bucal apropiada conforme disminuía el nivel socioeconómico (NSE). (¶ 2).

La investigación demuestra que la mayoría de padres indican que sus hijos/representados no aplican métodos de higiene oral.

---

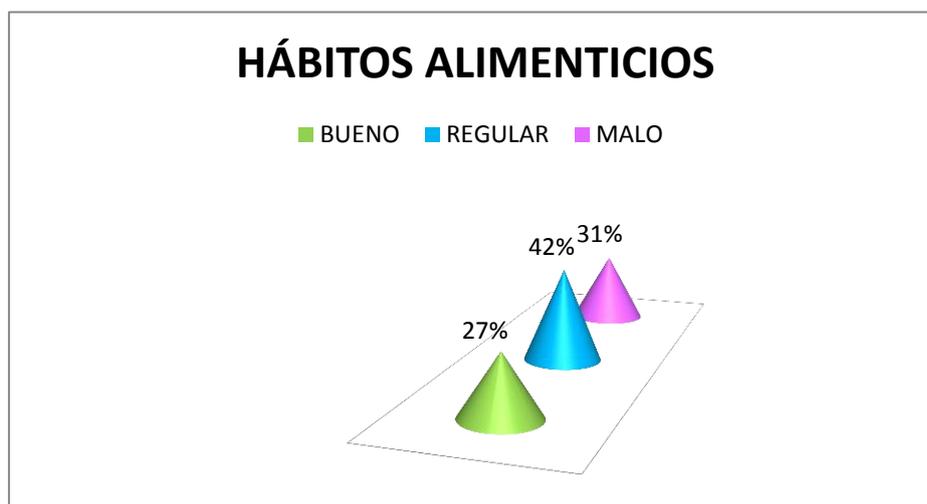
<sup>87</sup> Medina, C., Segovia, A., Estrella, R., Maupomé, G., Ávila, L. Pérez, R. (2006). Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche. [En línea]. Consultado: [29, mayo, 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132006000500001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132006000500001&script=sci_arttext)

Cuadro N° 4.

Hábitos alimenticios.

HÁBITOS ALIMENTICIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	28	27%
REGULAR	43	42%
MALO	32	31%
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

*Nota:* Datos obtenidos de las encuesta realizada a los padres o tutores de los niños/as de la Escuela Colón Manabí, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.



*Gráfico N° 4:* hábito alimenticio de los niños/as de la Escuela Colón Manabí. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 4, se observan los resultados obtenidos de las encuestas realizada a los padres o tutores. Los resultados que se obtuvieron fue de una buena alimentación es el 27%, una alimentación regular 42% y una mala alimentación 31%.

Según Mogrovejo y Montenegro<sup>88</sup> (2014), refiere que: “En cuanto a los hábitos alimenticios de los niños se encontró que el 52.84% del total reportó tener hábitos alimenticios regulares y el 27.53% malos hábitos alimenticios”. (p. 64).

Analizando la obra de Dapcich y colaboradores<sup>89</sup> (2004), puedo conocer lo siguiente:

Es conveniente que los niños consuman diariamente entre medio y un litro de leche u otros lácteos, como quesos yogures o postres lácteos. Incluyamos en la dieta de los niños frutas y verduras (5 o más raciones diarias) y pescados. (p. 90)

En la investigación se demuestra que la mayoría de padres indican que sus hijos/representados tienen una alimentación regular.

---

<sup>88</sup> Mogrovejo, F., Montenegro, C. (2014). Prevalencia de malnutrición: su relación con hábitos alimenticios, actividad física y factores asociados en escolares urbanos en Cuenca. . Tesis publicada. Universidad de Cuenca, Ecuador.

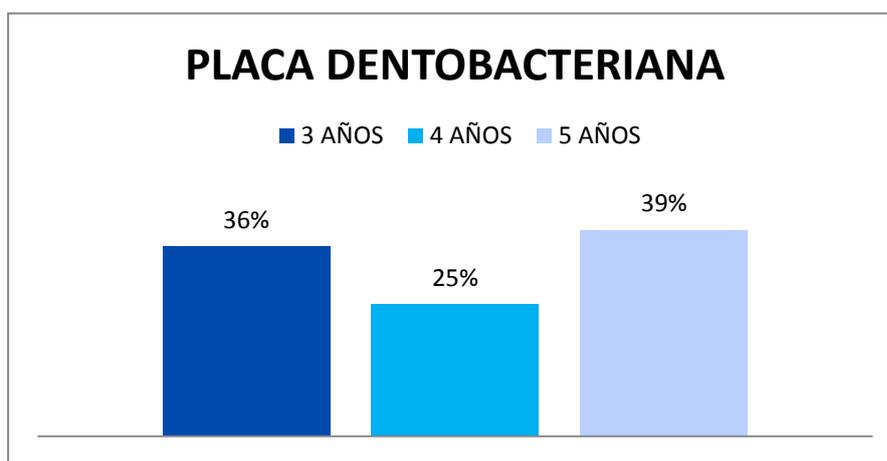
<sup>89</sup> Dapcich, V., Salvador, G., Ribas, L., Pérez, C., Aranceta, J., Serra, L. (2004). Guía de la alimentación saludable. Reino de España: SENC.

Cuadro N° 5.

Placa dentobacteriana.

PLACA DENTOBACTERIANA		
EDAD DE NIÑO/A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 AÑOS	23	36%
4 AÑOS	16	25%
5 AÑOS	25	39%
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

*Nota:* Ficha de observación realizada a los niños/as de la Escuela Colón Manabí, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.



*Gráfico N° 5:* Placa dentobacteriana presente en los niños/as de la Escuela Colón Manabí. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

### Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 5, se observan los resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños/as. Los resultados que se obtuvieron de presencia de placa bacteriana fueron los siguientes: 23 niños/as de 3 años, lo que equivale al 36%, 16 niños/as de 4 años lo que equivale al 25% y 25 niños/as de 5 años lo que equivale al 39%.

Harris y García<sup>90</sup> (2005) señalaron que “La placa dental está compuesta de proteínas salivales que se adhieren a los dientes, además de bacterias y productos terminales del metabolismo bacteriano. El grosor de la placa disminuye conforme se aproxima a la superficie oclusal o incisal” (p.6).

Mientras que en el estudio realizado por Corchuelo y Soto<sup>91</sup> (2014), en Colombia se muestra que el grupo con adherencia mayor al 75%, lo conformaron niños de 5 años de edad. (¶ 2).

En el resultado de la investigación se observa que la mayor muestra de placa dentobacteriana lo presentan los niños de 5 años.

---

<sup>90</sup> Harris, N., García, f. (2005). Odontología Preventiva primaria. Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.

<sup>91</sup> Corchuelo, J., Soto, L. (2014). Evaluación de la higiene oral en preescolares a través del monitoreo de placa bacteriana realizado por padres de familia. . [En línea]. Consultado: [23, Junio, 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-246X2014000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-246X2014000100006&script=sci_arttext)

Cuadro N° 6.

Enfermedades bucales.

ENFERMEDADES BUCALES												
EDAD DE NIÑOS/AS	APARENTEMENTE SANO		CARIES		GINGIVITIS (Localizada)		G.E.H.A.		AFTAS		CANDIDIASIS	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
3 AÑOS	19	18%	19	18%	16	16%	0	0%	0	0%	0	0%
4 AÑOS	11	11%	19	18%	11	11%	0	0%	0	0%	0	0%
5 AÑOS	10	10%	25	25%	20	19%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>39%</b>	<b>63</b>	<b>61%</b>	<b>47</b>	<b>46%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

Nota: Ficha de observación realizada a los niños/as de la Escuela Colón Manabí, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

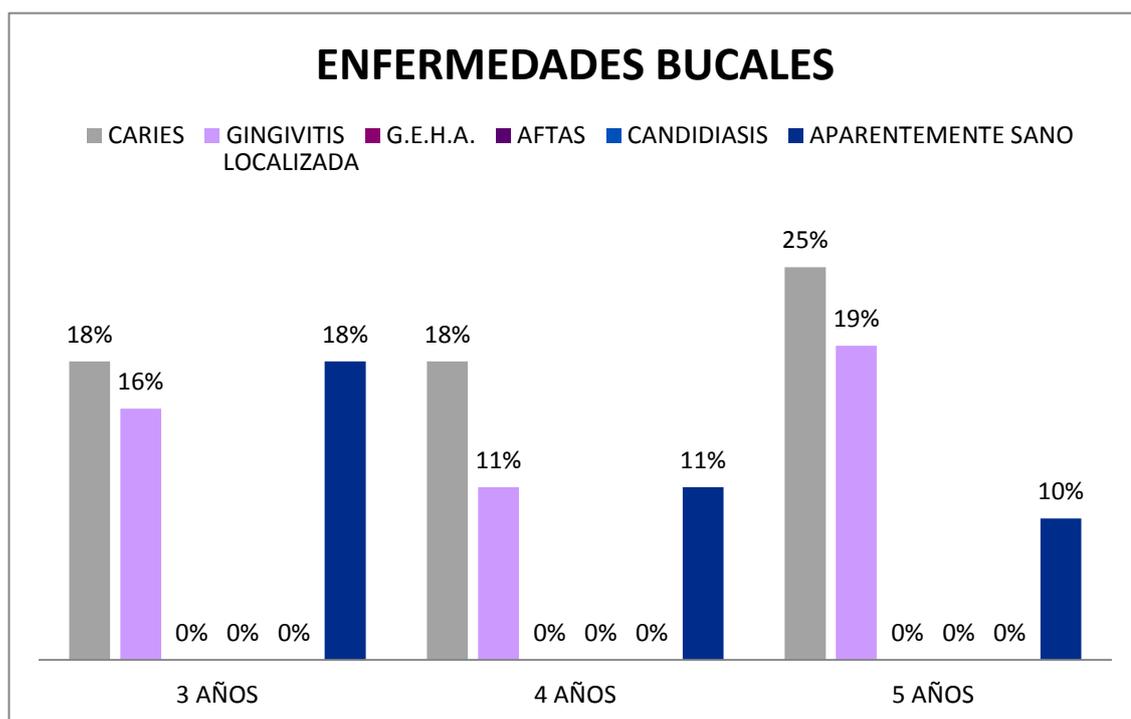


Gráfico N° 6: Enfermedades bucales presente en los niños/as de la Escuela Colón Manabí. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

### Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 6, se observan los resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños/as. Los resultados que se obtuvieron de los niños/as que presentaron caries fueron los siguientes: 18% niños/as de 3 años, 18% de niños/as de 4 años y 24% de 5 años. Niños/as que presentaron gingivitis localizada son 16% de 3 años, 11% de 4 años y 19% de 5 años. No presentaron gingivostomatitis herpética, aftas, candidiasis. Los niños/as aparentemente sano fueron 18% de 3 años, 11% de 4 años y 10% de 5 años.

Zavarce y Izzeddin<sup>92</sup> (2014), señalaron que: “en la investigación realizada en menores de 5 años el porcentaje de niños afectados por caries fue del 41%, mientras niños libres de caries arrojó el 59%.” (¶ 1).

Franco<sup>93</sup> (2014), señaló que: “en niños preescolares diagnosticados la gingivitis tuvo alta prevalencia en un total de 71.7%”. (¶ 1).

Analizando la información disponible en el sitio web de González y colaboradores<sup>94</sup> (2011), puedo saber que:

En un estudio realizado por Kadir T, et al donde examinaron la prevalencia de especies de *Candida* en 300 niños encontraron que el 22.3% presentaron

---

<sup>92</sup> Zavarce, E., Izzeddin, A. (2014). Prevalencia de caries dental en menores de 5 años de edad. Estudio en ciudad hospitalaria Enrique Tejera, Valencia Estado Carabobo, Venezuela. [En línea]. Consultado: [31, julio, 2015]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art15.asp>

<sup>93</sup> Franco, A. (2014, julio 20). Prevalencia de caries y gingivitis en preescolares. *Revistas CES odontología*. 8. Consultado el 31 de julio, 2015. En: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1412>

<sup>94</sup> González, R. et al. (2011). Lesiones frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes. *Revista ADM*. 1. Consultado el 31 de julio, 2015. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od111d.pdf>

infección por candida albicans. Las aftas mayores es la forma clínica más severa reportada con una frecuencia aproximada del 10 %. (p. 3).

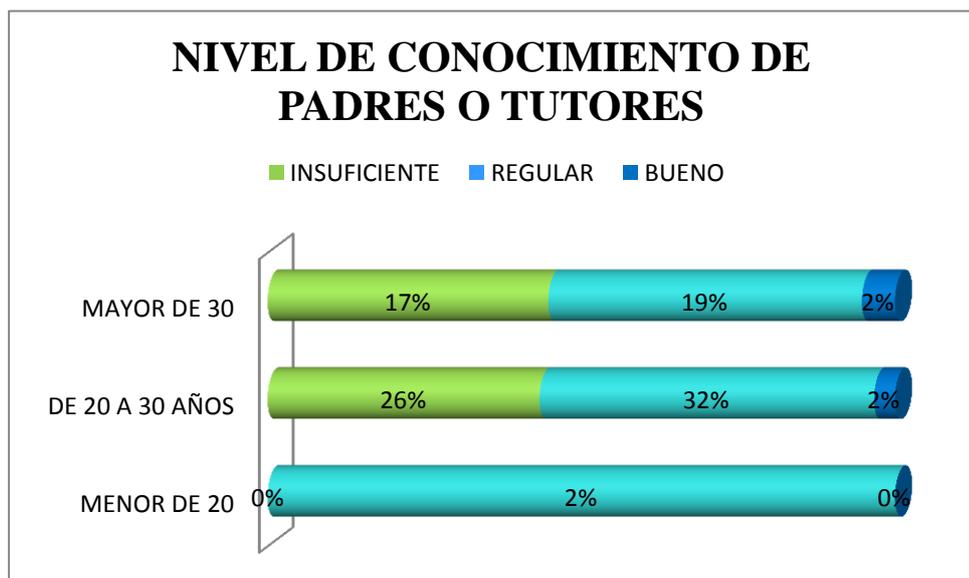
En el resultado de la investigación se observa que la mayor muestra fue de niños/as con caries.

Cuadro N° 7.

Nivel de conocimiento de padres o tutores en prevención de salud oral.

EDAD DE PADRES O TUTORES	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PADRES O TUTORES						TOTAL	
	BUENO		REGULAR		INSUFICIENTE			
	F	P	F	P	F	P	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR DE 20	0	0%	2	2%	0	0%	2	2%
DE 20 A 30 AÑOS	2	2%	33	32%	27	26%	62	60%
MAYOR DE 30	2	2%	20	19%	17	17%	39	38%
<b>TOTAL</b>	4	4%	55	53%	44	43%	103	100%

*Nota:* Datos obtenidos de las Encuestas realizada a los padres o tutores de los niños/as de la Escuela Colón Manabí, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.



*Gráfico N° 4:* Nivel de conocimiento en prevención oral de padres o tutores de los niños/as de la Escuela Colón Manabí. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 7, se observan los resultados obtenidos de las encuestas realizada a los 103 padres o tutores. De los padres o tutores el 43% presentaron

conocimiento insuficiente de los cuales 26% son padres de 20 a 30 años, 17% mayores de 30 años; el 53% presenta conocimiento regular de los cuales el 2% corresponde a padres menores de 20 años, 32% de 20 a 30 años y el 19% mayor de 30 años; sólo el 4% presentaron conocimiento bueno en prevención oral que corresponde el 2 % a padres de 20 a 30 años y 2% mayores de 30 años.

Teixeira y colaboradores<sup>95</sup> (2011), refiere que “La mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal. El nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo (Figura 2)”. (p. 4).

En la investigación se demuestra que la mayor muestra es el conocimiento regular.

---

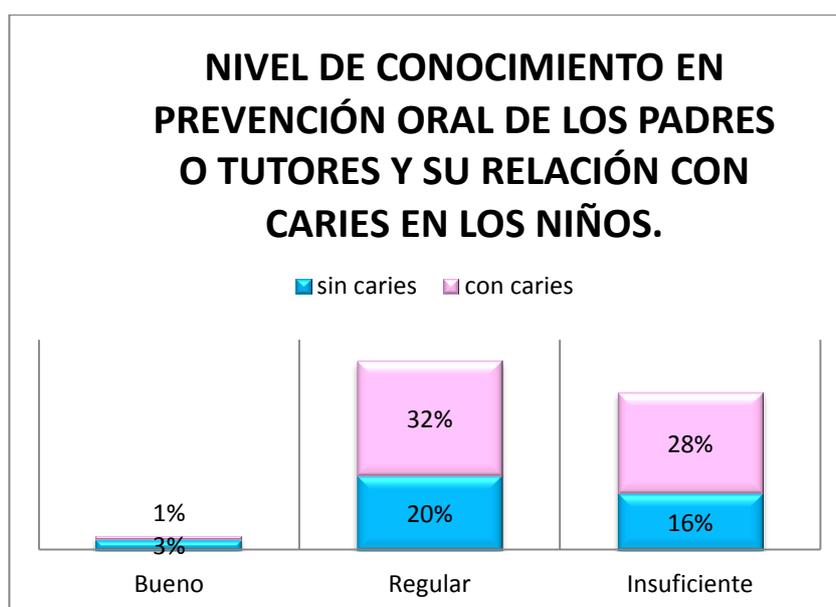
<sup>95</sup> Teixeira, P., Vázquez, C., Domínguez, V., Portaluppi, V., Alfonzo, L., Mao, C., Ferreira, M., Pérez, N., Del Valle, N., Sanabria, D. (2011). Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en Niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo. Paraguay, 2010. Rev. Salud Pública Parag. 1. Consultado el 21 de julio, 2015. Disponible en: [www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/download/10/21](http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/download/10/21)

Cuadro N° 8.

Nivel de conocimiento en prevención de salud oral de los padres o tutores y su relación con las caries en los niños.

CARIES	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	Bueno		Regular		Insuficiente			
	F	P	F	P	F	P	F	P
sin caries	3	3%	21	20%	16	16%	40	39%
con caries	1	1%	33	32%	29	28%	63	61%
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>4%</b>	<b>54</b>	<b>52%</b>	<b>45</b>	<b>44%</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

*Nota:* datos obtenidos de las encuestas realizadas a los padres o tutores de las fichas clínicas realizadas a sus hijos o representados de la Escuela Fiscal Colón Manabí, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.



*Gráfico N° 8:* Nivel de conocimiento en prevención de salud oral de los padres o tutores y su relación con las caries en sus hijos o representados. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

### Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico N° 8, se observan los resultados obtenidos de las encuestas a los padres o tutores y de las fichas clínicas realizados a sus hijos o

representados. Los resultados fueron los siguientes: Los niños que no presentaron caries es el 39% de los cuales el 3% de los padres presentaron conocimiento bueno en prevención oral, el 20% conocimiento regular y el 16% conocimiento insuficiente; los niños con caries es el 61% del cual solo el 1% tiene conocimiento bueno, 32% regular y 28% un conocimiento insuficiente.

Benavente y colaboradores<sup>96</sup> (2012), refiere que: “No existe asociación significativa entre nivel conocimiento de las madres de familia y la frecuencia de caries dental de sus hijos menores de 5 años de edad” (p. 3).

En la investigación se demuestra que hay relación entre el nivel de conocimiento de los padres o tutores con la presencia de caries en los niños.

---

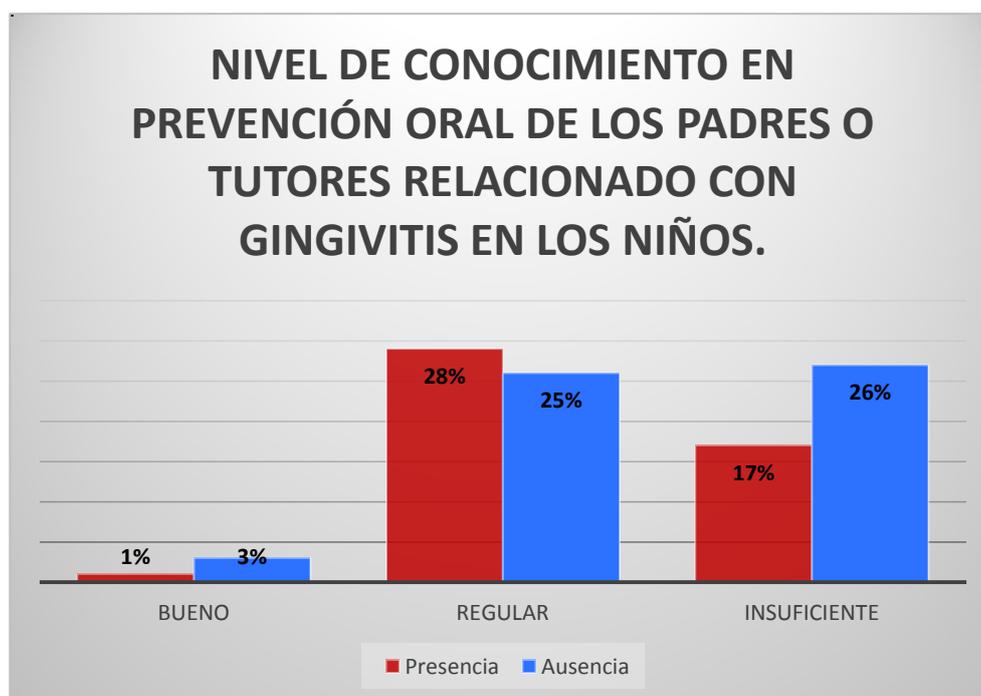
<sup>96</sup> Benavente, L., Chein, S., Campodónico, C., Palacios, E., Ventocilla, M., Castro, A., Huapaya, O., Álvarez, M., Paulino, W., Espetia, A. (2012). Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. [En línea]. Consultado: [29, Mayo, 2015]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012\\_n1/pdf/a05v15n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf)

## Cuadro N° 9.

Nivel de conocimiento en prevención de salud oral de los padres o tutores relacionado con gingivitis en los niños.

GINGIVITIS (localizada)	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Bueno		Regular		Insuficiente	
	F	P	F	P	F	P
Presencia	1	1%	29	28%	17	17%
Ausencia	3	3%	26	25%	27	26%
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>4%</b>	<b>55</b>	<b>53%</b>	<b>44</b>	<b>43%</b>

*Nota:* datos obtenidos de las encuestas realizadas a los padres o tutores y de las fichas clínicas realizadas a sus hijos o representados de la Escuela Fiscal Colón Manabí, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.



*Grafico N° 9:* Nivel de conocimiento en prevención de salud oral de los padres o tutores relacionado con la gingivitis en sus hijos o representados. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

### Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico N° 9, se observan los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los padres y tutores y de las fichas clínicas aplicadas a sus

hijos o representados. De los niños que presentaron gingivitis, el 1% de los padres tuvieron conocimiento bueno, el 28% conocimiento regular y 17% insuficiente. Los niños con ausencia de gingivitis sus padres presentaron conocimiento bueno fue el 3%, conocimiento regular 25% e insuficiente 26%.

Indagando la información disponible en el sitio web de García<sup>97</sup> (2015), puedo conocer que:

La gingivitis localizada se confina a la encía de un solo diente o un grupo de dientes. Cuando es marginal, comprende el margen gingival pero puede incluir una porción de la encía insertada contigua. El tipo papilar abarca las papilas interdentes y a menudo se extiende hacia la porción vecina del margen gingival. Las papilas, donde suelen aparecer los primeros signos, se afectan con más frecuencia que el margen gingival. (¶ 2).

Analizando a información disponible en el sitio web de Navas y colaboradores<sup>98</sup> (2002), puedo citar que:

Los grados más severos encontrados en el índice de placa y el índice gingival se observaron en individuos cuyos padres tenían actitud desfavorable hacia la higiene bucal (33,3 y 66,6% respectivamente). Se concluye que en los preescolares estudiados existe relación estadísticamente significativa entre la caries dental, el índice gingival y el índice de placa con las actitudes y nivel educativo de sus padres, reafirmando la necesidad de desarrollar programas preventivos con la participación de los padres de niños en edad preescolar, para la adquisición de hábitos de salud bucal. (¶ 1).

En la investigación se demuestra que no hay relación entre el nivel de conocimiento en prevención oral de los padres con la gingivitis en los niños.

---

<sup>97</sup> García, C. (2015). Características clínicas e histopatológicas de la gingivitis. [En línea]. Consultado: [31, julio, 2015]. Disponible en: [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=56148&id\\_seccion=3472&id\\_ejemplar=5683&id\\_revista=144](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=56148&id_seccion=3472&id_ejemplar=5683&id_revista=144)

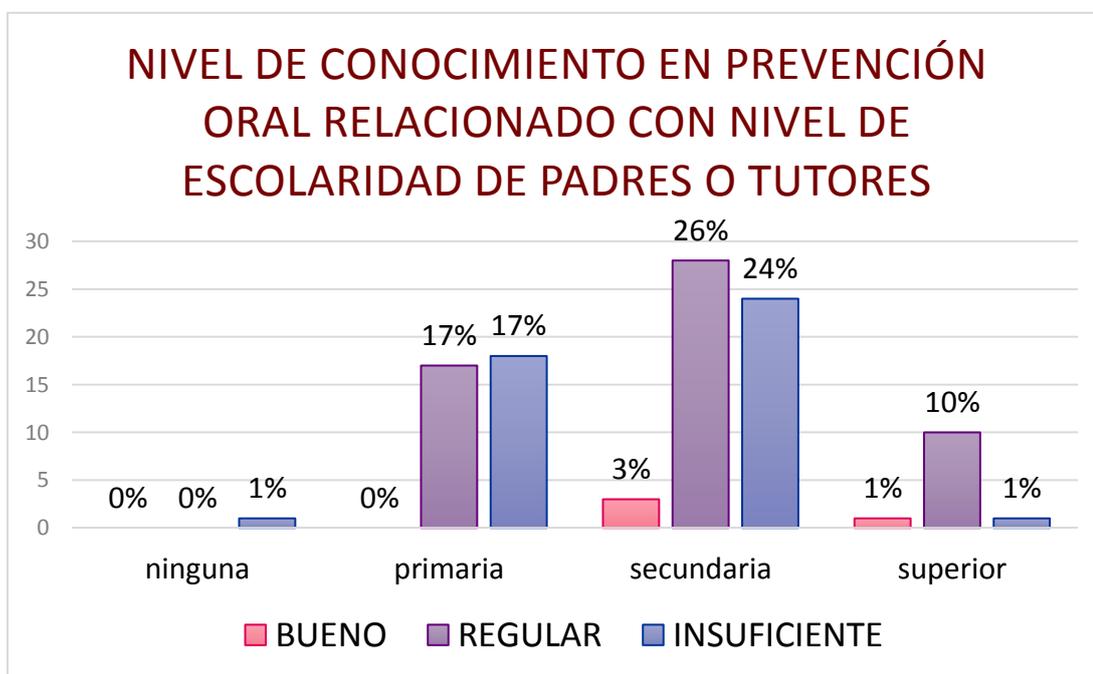
<sup>98</sup> Navas, R., Rojas, T., Zambrano, O., Álvarez, C., Santana, Y., Viera, N. (2002). Salud Bucal En Preescolares: Su Relación Con Las Actitudes Y Nivel Educativo De Los Padres. [En línea]. Consultado [21, julio, 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0378-18442002001100009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0378-18442002001100009&script=sci_arttext&tlng=en)

Cuadro N° 10.

Nivel de conocimiento en prevención de salud bucal relacionado con el nivel de escolaridad de padres o tutores.

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE PADRES O TUTORES	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PADRES						total	
	BUENO		REGULAR		INSUFICIENTE			
	F	P	F	P	F	P	F	P
ninguna	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
primaria	0	0%	17	17%	18	17%	35	34%
secundaria	3	3%	28	26%	24	24%	55	53%
superior	1	1%	10	10%	1	1%	12	12%
<b>TOTAL</b>	4	4%	55	53%	44	43%	103	100%

*Nota:* Datos obtenidos de las encuestas realizadas a los padres o tutores de los niños/as de la Escuela Colón Manabí, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.



*Gráfico N° 10:* Nivel de escolaridad relacionado con el nivel de conocimiento de los padres o tutores de los niños/as de la Escuela Colón Manabí. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

### Análisis e interpretación.

En el cuadro y grafico N° 10 se observan los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los padres o tutores. Los resultados son: padres que no presentaron educación 1% y este presentó conocimiento insuficiente; padres con educación primaria corresponde al 34% de los cuales el 17% tuvo conocimiento regular y el 17 % presentó conocimiento insuficiente; padres con educación secundaria es el 53% de los cuales el 3% tuvo conocimiento bueno, 26% conocimiento regular y 24% conocimiento insuficiente; padres con educación superior o universitaria donde el 1% presentó conocimiento bueno, 10% conocimiento regular y 1% conocimiento insuficiente.

En un estudio similar realizado por Benavente y colaboradores<sup>99</sup> se pudo demostrar que existe asociación significativa entre el grado de instrucción y nivel conocimiento de las madres de familia. Se encontró que prevalece el grado de instrucción secundaria de las madres (60 %) y que existe asociación significativa entre el grado de instrucción y nivel conocimiento de las madres de familia, coincidiendo así con Velásquez Z que halló que el nivel de conocimientos fue regular en el 60,6 % de madres gestantes y que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimientos y el grado de instrucción.

Se pudo determinar que si hay relación entre el nivel de escolaridad de los padres o tutores con el nivel de conocimiento en prevención de salud oral.

---

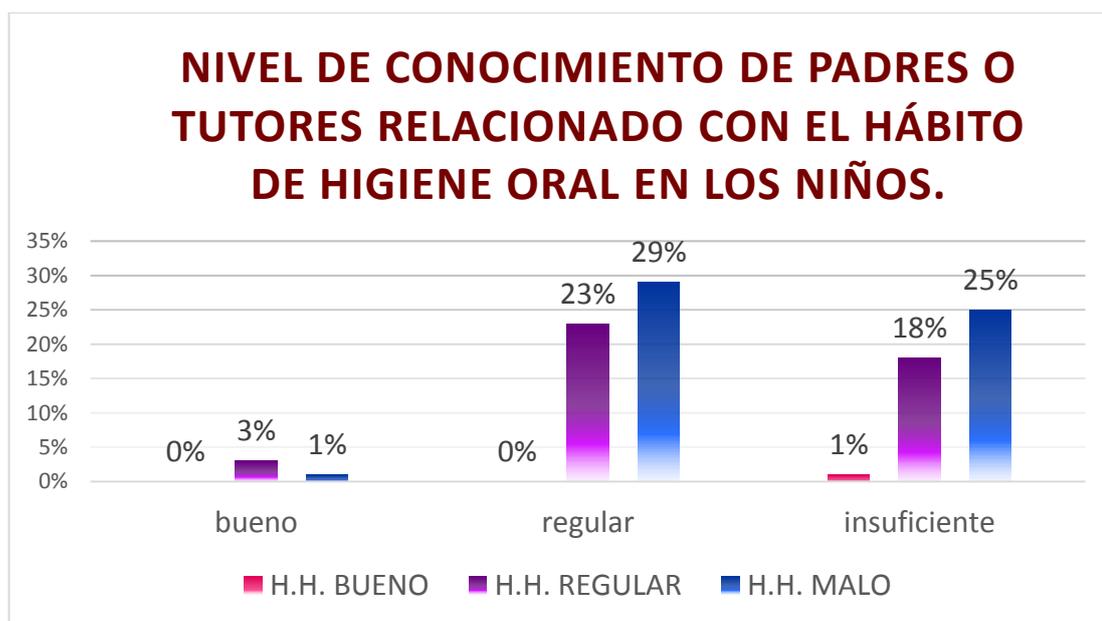
<sup>99</sup> Benavente, L., Chein, S., Campodónico, C., Palacios, E., Ventocilla, M., Castro, A., Huapaya, O., Álvarez, M., Paulino, W., Espetia, A. (2012). Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. [En línea]. Consultado: [23, Junio, 2015]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012\\_n1/pdf/a05v15n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf)

Cuadro N° 11.

Nivel de conocimiento en prevención de salud oral de los padres o tutores relacionado con hábitos de higiene en los niños.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	HABITOS DE HIGIENE						TOTAL	
	bueno		regular		malo		TOTAL	
	F	P	F	P	F	P	F	P
bueno	0	0%	3	3%	1	1%	4	4%
regular	0	0%	24	23%	31	29%	55	52%
insuficiente	1	1%	17	18%	26	25%	44	44%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>44</b>	<b>44%</b>	<b>58</b>	<b>55%</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

*Nota:* Datos obtenidos de las encuestas realizadas a los padres o tutores de los niños/as de la Escuela Fiscal Colón Manabí, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.



*Gráfico N° 11:* Nivel de conocimiento de los padres o tutores en prevención oral relacionado con el hábito de higiene de los padres de los niños/as de la Escuela Colón Manabí. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

### Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 11, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: de los padres con conocimiento bueno en prevención oral , el 1% de padres realiza una mala higiene en su hijo o representado y el 3% una higiene regular; de los padres con conocimiento regular en prevención oral, el 23% realiza una higiene bucal regular en sus hijos, y el 29 % realiza una mala higiene; de los representantes con conocimiento insuficiente en prevención de salud oral el 1% realiza buena higiene en sus hijos, el 18% una higiene regular y 25% una mala higiene.

En una investigación realizada por Cuartas y colaboradores<sup>100</sup>, se determinó que la historia de caries de niños entre 3 y 5 años edad no está influenciada por la percepción que tiene sus padres ante el tratamiento odontológico, pero si con los hábitos de higiene oral de los niños. La mayoría de padres de niños sanos y enfermos tenían regulares hábitos de higiene oral siendo estos porcentajes de 68% y 52%.

En la investigación se demuestra que hay relación entre el nivel de conocimiento en prevención de salud oral de los padres o tutores con la higiene bucal que realizan en sus hijos o representados.

---

<sup>100</sup> Cuartas, J., Alvar, A., Maya, A., Cárdenas, J., Arias, M., Jaramillo, A. (2002). Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos de 3 y 5 año de edad. *Revistas CES odontología*. 15. Consultado el 21 de julio, 2015. Disponible en: [revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/download/584/345](http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/download/584/345)

## **CAPÍTULO V.**

### **5. Conclusiones y Recomendaciones.**

#### **5.1. Conclusiones.**

El nivel de conocimiento en prevención de salud oral de los padres o tutores de los niños de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí fue regular.

De los 103 niños/as diagnosticados hubo un gran porcentaje que presentaron enfermedades bucales; los niños de 5 años fueron más propensos a estas afecciones, las enfermedades bucales que presentaron los niños/as de 3 a 5 años fueron caries y gingivitis localizada.

Se demostró a través de las encuestas realizadas a los padres que los hábitos de higiene que se realizan en sus hijos son malos, los hábitos alimenticios fueron regulares debido a que consumen con frecuencia golosinas.

Hay asociación entre el nivel de conocimiento en prevención oral de los padres o tutores con la caries, hábitos de higiene oral y nivel de escolaridad; no hubo relación con la gingivitis.

#### **5.2. Recomendaciones.**

Se recomienda que la directora de la Escuela Fiscal Colón Manabí trabaje junto con el Subcentro de Salud Colón para que el personal de Odontología realice charlas a

los padres o tutores cada determinado tiempo para así incentivarlos a prevenir enfermedades bucales en sus hijos o representados, enseñarle habito de higiene, habito alimenticio, técnicas de cepillado y a los estudiantes de dicha escuelas motivarlos para que ellos aprendan sobre cómo mantener una buena salud bucal.

## **CAPÍTULO VI.**

### **6. Propuesta.**

#### **6.1. Tema.**

Promoción la salud oral de los niños, involucrando a los padres y/o tutores y docentes.

#### **6.2. Clasificación de la propuesta.**

Tipo educativo.

#### **6.3. Entidad ejecutora.**

Escuela Fiscal Colón Manabí.

#### **6.4. Localización Grafica.**

La Escuela Colón Manabí se encuentra ubicada en la Parroquia Colón, Calle Simón Bolívar.

#### **6.5. Justificación.**

En la investigación realizada a los niños/as de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí se pudo comprobar que el conocimiento que poseen los padres o tutores sobre prevención oral está relacionado con la aparición de enfermedades bucales en los niños.

Es importante realizar exposiciones o charlas por personal de odontología sobre prevención oral lo que incluye hábitos de higiene para así motivar a los padres o tutores en llevar una higiene oral adecuada, animarlos a que acudan al odontólogo, indicarles los alimentos que deben de consumir con más frecuencia para así evitar o disminuir la aparición de enfermedades bucales en sus hijos o representados.

#### **6.6. Objetivo General.**

Mejorar la higiene oral de los niños/as.

#### **6.7. Objetivo específico.**

Concienciar a los padres o tutores sobre la importancia de tener una buena higiene bucal.

Incentivar a las padres o tutores a la limpieza bucal diaria de sus hijos o representados.

Educar a los padres o tutores sobre las enfermedades bucales que presentan sus hijos o representados.

#### **6. 8. Descripción de la propuesta.**

Se realizará charlas educativas a los padres o tutores sobre enfermedades bucales más frecuentes en niños y así como también una orientación de cómo prevenir o tratar estas enfermedades.

#### **6.9. Responsable.**

Autora de esta tesis.

#### **6.10. Beneficiarios.**

Los beneficiarios directos son los niños/as de la Escuela Fiscal Colón Manabí.

#### **6.11. Factibilidad.**

Es factible porque se cuenta con el apoyo de la directora, del personal de la escuela y la predisposición de los padres o tutores de los niños/as de 3 a 5 años de dicha escuela.

#### **6.12. Sostenibilidad.**

La propuesta es sostenible debido a que se cuenta con el interés de la autoridad de la Escuela Fiscal Colón Manabí, gracias a esto se ayudará a los padres o tutores a que se eduquen mediante charlas de prevención bucal.

#### **6.13. Diseño metodológico.**

Estará basado en exposiciones, técnicas participativas, demostración y juegos didácticos. Se realizarán reuniones con los padres o tutores y docente de la Escuela Fiscal Colón Manabí una hora semanal por dos meses.

En cada semana el personal de odontología hablará de un tema de prevención oral y de las enfermedades bucales más frecuentes en niños, luego hará preguntas hacia los padres o tutores sobre el tema hablado, inmediatamente se formarán grupos

para que realicen exposiciones con material didáctico realizado por ellos y dramatizaciones o dinámicas.

Al finalizar los dos meses en la Institución se realizará una casa abierta de todos los temas tratados en ese tiempo donde la comunidad podrá tener participación. Se premiará al mejor grupo.

#### 6.14. Cronograma.

ACTIVIDADES.	FECHAS.
Reunión con la directora.	13 de julio.
Elaboración del plan de cada temática.	13 de julio.
Charla educativas	14 de julio al 14 de septiembre.
Casa abierta	21 de septiembre.

*Cuadro N° 12:* Cronograma de actividades de la propuesta. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

#### 6.15. Presupuesto.

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	COSTO UNITARIO	TOTAL
Cartulinas	15	unidad	0.80	12.00
Marcadores	6	unidad	0.75	4.50
Fomix	3	paquete (10)	1.50	4.50
Lápices de colores	1	caja (12)	4.25	4.25
Impresiones	20	unidad	0.15	3.00
Cinta	1	unidad	0.50	0.50
Silicón	3	unidad	1.25	3.75
Viáticos	10	unidad	1.00	10.00
Subtotal				42.50
Imprevistos 10%				4.25
Total				46.75

*Cuadro N° 13:* Presupuesto de la propuesta. Realizado por Karen Roxana Vera Zambrano.

## Anexo 1.

### Matriz de operacionalización de las variables.

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicadores
Edad	Cuantitativa	3 a 5 años	Según los años cumplidos en el momento de la encuesta.	Frecuencia
	Discreta			
Género	Cualitativa	Femenino	Según el género biológico	Frecuencia Absoluta y %
	Nominal Dicotómica	Masculino		
Hábitos de Higiene bucal	Cualitativa	Bueno. Regular. Malo.	De acuerdo al número respuestas correctas que el padre o tutor se categorizará como: Bueno (5), regular (3-4) y Malo (0-2).	Frecuencia Absoluta y %
		Nominal	<input type="radio"/> 1 vez al día <input type="radio"/> 2 veces al día <input type="radio"/> 3 veces al día	
	<input type="radio"/> 1 vez al año <input type="radio"/> 5 veces al año <input type="radio"/> 2 veces al año <input type="radio"/> 3 veces al año <input type="radio"/> 4 veces al año	¿Cuántas veces al año lleva a su hijo/a o representado/a al odontólogo?		
	<input type="radio"/> Cada 2 meses <input type="radio"/> Cada mes <input type="radio"/> Cada 3 meses <input type="radio"/> Nunca	¿En cuánto tiempo usted le realiza el cambio de cepillo a su hijo/a o representado/a?		
	<input type="radio"/> Cepillo y pasta <input type="radio"/> Cepillo, pasta e hilo <input type="radio"/> Cepillo, pasta y enjuague <input type="radio"/> Cepillo, pasta, hilo y enjuague	¿Cuáles son los instrumentos que utiliza su hijo/a o representado/a en la higiene bucal?		
	<input type="radio"/> Una vez al día <input type="radio"/> Dos veces a la semana <input type="radio"/> Tres veces a la semana	¿Cuántas veces le realiza la Limpieza de lengua a su hijo/a o representado/a?		
Hábitos	Cualitativa	Bueno. Regular. Malo.	Si el padre o representante refiere que su hijo/a o representado/a ingiere con más frecuencia verduras, lácteos y frutas se categorizara como bueno si refiere que ingiere	

Alimenticios	Nominal		frutas, verduras, productos lácteos, proteínas y golosinas se categorizara como regular y si refiere que ingiere con más frecuencia las opciones que incluyen Golosinas, verduras y alimentos de proteínas o Verduras, golosinas y productos lácteos se categorizará como malo.	
		<input type="checkbox"/> Verduras, frutas y productos lácteos. <input type="checkbox"/> Golosinas, verduras y alimentos de proteínas. <input type="checkbox"/> Verduras, golosinas y productos lácteos. <input type="checkbox"/> Frutas, golosinas, verduras, productos lácteos y alimentos de proteína.	¿Qué clase de alimentos consume con frecuencia su hijo/a o representado/a?	Frecuencia Absoluta y %
Enfermedades bucales	Cualitativa nominal	1. Caries dental. 2. Gingivitis. 3. Gingivostomatitis herpética aguda. 4. Aftas infantiles. 5. Candidiasis.	Se observará la cavidad bucal de los niños, de acuerdo a esto se determinará las enfermedades bucales presente.	Frecuencia Absoluta y %
Prevención de salud oral	Cualitativa Nominal	Insuficiente. Regular. Bueno.	De acuerdo al número de respuestas correctas que tenga el padre o tutor se categorizará el nivel de conocimiento como: Insuficiente (0-4), Regular (5-8) y Bueno (9-11).	Frecuencia Absoluta y %
		<input type="checkbox"/> Después del desayuno <input type="checkbox"/> Después de almuerzo <input type="checkbox"/> Después de la merienda	¿Sabe usted cuál es el cepillado más importante durante el día?	
		<input type="checkbox"/> Entre los 6 y 8 meses <input type="checkbox"/> Antes de los 6 meses <input type="checkbox"/> Después de los 8 meses	¿Conoce a usted a qué edad aparece el primer diente en los niños/as?	
		<input type="checkbox"/> A los 6 meses <input type="checkbox"/> Al 1er año <input type="checkbox"/> A los 2 años <input type="checkbox"/> A los 3 años	¿A qué edad se debe llevar al niño/a al odontólogo?	
		<input type="checkbox"/> Fluorización, sellantes y extracción <input type="checkbox"/> Fluorización, limpiezas y curaciones <input type="checkbox"/> Fluorización, Sellantes y limpiezas	Sabe usted cuales son los procedimientos odontológicos para prevenir la caries?	

		<input type="checkbox"/> Antes de la erupción de los dientes de leche <input type="checkbox"/> Al 1er año <input type="checkbox"/> A los 2 años <input type="checkbox"/> A los 3 años	¿A qué edad usted debe empezar a familiarizar al niño/a con la higiene bucal?	
		<input type="checkbox"/> Cepillo con cabeza rectangular, cerdas duras y mango grande. <input type="checkbox"/> Cepillo pequeño con cerdas suaves y flexibles, con cabeza redondeada. <input type="checkbox"/> Cepillo pequeño con cerdas rígidas y cabeza rectangular. <input type="checkbox"/> Cepillo grande con cerdas suaves y flexibles, cabeza redondeada.	¿Conoce cuál es el cepillo dental adecuado para los niños?	
		<input type="checkbox"/> Pasta con flúor <input type="checkbox"/> Pasta sin flúor <input type="checkbox"/> Pasta con sabor <input type="checkbox"/> Pasta sin sabor	¿Qué pasta dental se debe de usar en niños menores de 3 años?	
		<input type="checkbox"/> Pasta con flúor <input type="checkbox"/> Pasta sin flúor <input type="checkbox"/> Pasta con sabor <input type="checkbox"/> Pasta sin sabor	¿Qué pasta dental se debe usar en niños mayores de 3 años?	
		<input type="checkbox"/> Gasa con pasta dental. <input type="checkbox"/> Gasa humedecida con agua tibia. <input type="checkbox"/> Gasa humedecida con alcohol. <input type="checkbox"/> Gasa humedecida con agua oxigenada.	¿Cuál es la higiene bucal recomendada para realizar en niños menores de 6 meses?	
		<input type="checkbox"/> Dar brillo a los dientes. <input type="checkbox"/> Blanquear los dientes. <input type="checkbox"/> Fortalecer el diente y así prevenirlo de la caries. <input type="checkbox"/> Dar buen aliento.	¿Conoce usted los beneficios que aporta el flúor?	
Edad de los padres o tutores.	Cuantitativa Discreta.	Números enteros.	Según los años cumplidos en el momento de la encuesta.	Frecuencia Absoluta y %
Nivel de escolaridad.	Cuantitativa Ordinal.	<input type="checkbox"/> ninguna. <input type="checkbox"/> primaria. <input type="checkbox"/> secundaria. <input type="checkbox"/> superior.	Según el nivel de escolaridad que tengan los padres o tutores.	Frecuencia Absoluta y %

## Anexo 2.

### Planilla de consentimiento informado.

Yo, el abajo firmante, \_\_\_\_\_

Con residencia en \_\_\_\_\_

Acepto tomar parte del estudio titulado: Nivel de conocimiento en prevención de salud oral, de los Padres o Tutores y su relación con las enfermedades bucales en los niños/as de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí en el período marzo-junio de 2015.

Karen Roxana Vera Zambrano, egresada de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, me ha informado que el objetivo de esta investigación será determinar la relación de las enfermedades bucales en los niños en estudio con el nivel de conocimiento en prevención de salud oral, de los Padres o Tutores; así también me ha explicado el tiempo aproximado de la exploración bucal que se realizará a mi representado.

Por lo que accedo a cooperar con la egresada y estoy de acuerdo con que los datos personales y odontológicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados de la investigadora.

---

Nombre y firma del participante.

---

Karen Roxana Vera Zambrano.

Egresada de la Carrera de Odontología.



**Anexo 4**

**ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES O TUTORES.**

Karen Roxana Vera Zambrano, egresada de la carrera de odontología, solicita a usted llenar el siguiente formulario para realizar la investigación “Nivel de conocimiento en prevención de salud oral, de los Padres o Tutores y su relación con las enfermedades bucales en los niños/as de 3 a 5 años de la Escuela Fiscal Colón Manabí en el período marzo-junio 2015”

Esta encuesta es confidencia anónima, por lo que debe responder con absoluta sinceridad, marcando una (x) en el literal que corresponda a su realidad.

Encuesta n°.....

Edad del niño/a o representado/a: \_\_\_\_\_

Edad del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Grado de escolaridad de padre o tutor:

Ninguna	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/>

**1.** ¿Cuántas veces al día realiza el cepillado dental en su hijo/a o representado/a?

1 vez al día	<input type="checkbox"/>
2 veces al día	<input type="checkbox"/>
3 veces al día	<input type="checkbox"/>

**2.** ¿En cuánto tiempo usted le realiza el cambio de cepillo a su hijo/a o representado/a?

Cada 2 meses	<input type="checkbox"/>
Cada mes	<input type="checkbox"/>
Cada 3 meses	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

3. ¿Sabe usted cuál es el cepillado más importante durante el día?

Antes de desayunar

Después del desayuno

Después de almuerzo

Después de la merienda

4. ¿Conoce cuál es el cepillo dental adecuado para los niños?

Cepillo con cabeza rectangular, cerdas duras y mango grande

Cepillo pequeño con cerdas suaves y flexibles, con cabeza redondeada

Cepillo pequeño con cerdas rígidas y cabeza rectangular

Cepillo grande con cerdas suaves y flexibles, cabeza redondeada

5. ¿Cuáles son los instrumentos que utiliza su hijo/a o representado/a en la higiene bucal?

Cepillo y pasta

Cepillo, pasta e hilo

Cepillo, pasta y enjuague

Cepillo, pasta, hilo y enjuague

6. ¿Cuál es la higiene bucal recomendada para realizar en niños menores de 6 meses?

Gasa con pasta dental

Gasa humedecida con agua tibia

Gasa humedecida con alcohol

Gasa humedecida con agua oxigenada

7. ¿Qué pasta dental se debe de usar en niños menores de 3 años?

Pasta con flúor

Pasta sin flúor

Pasta con sabor

Pasta sin sabor

8. ¿Qué pasta dental se debe usar en niños mayores de 3 años?

Pasta con flúor

Pasta sin flúor

Pasta con sabor

Pasta sin sabor

9. ¿Qué clase de alimentos consume con frecuencia su hijo/a o representado/a?

- Verduras, frutas y productos lácteos

- Golosinas, verduras y alimentos de proteínas.

- Verduras, golosinas y productos lácteos.

- Frutas, golosinas, verduras, productos lácteos y alimentos de proteínas.

10. ¿Cuántas veces al año lleva a su hijo/a o representado/a al odontólogo?

1 vez al año

2 veces al año

3 veces al año

4 veces al año.

5 veces al año

11. ¿Sabe usted cuales son los procedimientos odontológicos para prevenir la caries?

Fluorización, sellantes y extracción

Fluorización, limpiezas y curaciones

Fluorización, Sellantes y limpiezas

12. ¿Conoce usted cuál es la consecuencia si su niño/a o representado/a se succione el dedo pulgar?

Mala posición de los dientes

Caries

Gingivitis

13. ¿Conoce a usted a qué edad aparece el primer diente en los niños/as?

Entre los 6 y 8 meses

Antes de los 6 meses

Después de los 8 meses

14. ¿A qué edad se debe llevar al niño/a al odontólogo?

A los 6 meses.

Al 1er año.

A los 2 años.

A los 3 años.

15. ¿A qué edad usted debe empezar a familiarizar al niño/a con la higiene bucal?

-Antes de la erupción de los dientes de leche

-Al 1er año

-A los 2 años

-A los 3 años

16. ¿Conoce usted cuales son los beneficios que aporta el flúor?

-Dar brillo a los dientes

-Blanquear los dientes

-Fortalecer el diente y así prevenirlo de la caries

-Dar buen aliento

17. ¿Cuántas veces le realiza la Limpieza de lengua a su hijo/a o representado/a?

Una vez al día

Dos veces a la semana

Tres veces a la semana

**Anexo 5**

<b>MATERIALES</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>UNIDAD MEDIDA</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>PRECIO FINAL</b>
Guantes	1	caja (100)	8,00	8,00
Espejos bucales	30	unidad	2,50	75,00
Mascarillas	1	caja (100)	5,00	5,00
exploradores bucales	20	Unidad	1,70	34,00
Gorros descartables	1	Paquete (25)	10,00	10,00
Campos operatorios	3	Paquete (10)	1,00	3,00
Baberos	10	Paquete (10)	1,20	12,00
Riñonera	1	Unidad	6,00	6,00
Resmas de papel	1	unidad	4,00	4,00
Internet	1000	Mbps		
Tinta negra	1	Unidad	30,00	30,00
Tinta color	1	unidad	30,00	30,00
Materiales de Oficina				30,00
Pen Drive	1	unidad	10,00	10,00
Viáticos	30	unidad	1,00	30,00
Anillado	2	unidad	1,00	2,00
Fotocopias	100	unidad	0,02	2,00
Empastados	4	unidad	10,00	40,00
Subtotal				351,00
Imprevistos 10%				35,10
<b>TOTAL</b>				<b>386,10</b>

### Anexo 6

DECIMO OCTAVA PROMOCION																																										
ACTIVIDADES	2014												2015																													
	sep		nov				dic				enero				Feb				marzo				Abril				mayo				jun				jul				agosto			
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
ELABORACIÓN DE PROYECTO.	■	■	■	■	■	■																																				
PRESENTACIÓN DE PROYECTOS.							■	■																																		
APROBACIÓN DE PROYECTOS.											■	■	■	■	■	■	■	■																								
PREPARACIÓN DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE INFORMACIÓN.																		■	■	■	■	■	■																			
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.																								■	■	■	■															
SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN.																									■																	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.																										■																
ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES.																											■															
ELABORACIÓN DE PROPUESTA.																												■														
REDACCIÓN DEL BORRADOR.																													■													
REVISIÓN DEL BORRADOR.																															■											
PRESENTACIÓN DE INFORME FINAL.																																										

## Anexo 7.



*Gráfico N° 12.* Firma de consentimiento informado.  
Foto realizada por autora de la tesis.



*Gráfico N° 13.* Realizando ficha de observación.  
Foto realizada por auxiliar de la autora de la tesis.



*Gráfico N° 14.* Realizando ficha de observación.  
Foto realizada por auxiliar de la autora de la tesis.



*Gráfico N° 15.* Realizando la encuesta.  
Foto realizada por la autora de la tesis.



*Gráfico N° 16.* Realizando la encuesta.  
Foto realizada por la auxiliar de la autora de la tesis.



*Gráfico N° 17.* Realizando la encuesta.  
Foto realizada por la auxiliar de la autora de la tesis.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

- Agreda, M., Medina, Y., Simancas, Y., Salas, M., Ablan, L. (2010). Condiciones de Salud Periodontal en niños en edad escolar. Acta Odontológica Venezolana. 48. Consultado el 29 de Mayo, 2015. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/pdf/art8.pdf>
- Barbería, E., Boj, J., Catalá, M., García, C. y Mendoza, A. (2002). Odontopediatría. Reino de España: MASSON.
- Ben, E. (2015). Candidiasis bucal. [En línea]. Consultado: [17, julio, 2015]. Disponible en: [http://kidshealth.org/parent/en\\_espanol/padres/thrush\\_esp.html#](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/padres/thrush_esp.html#)
- Benavente, L., Chein, S., Campodónico, C., Palacios, E., Ventocilla, M., Castro, A., Huapaya, O., Álvarez, M., Paulino, W., Espetia, A. (2012). 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. [En línea]. Consultado: [23, Junio, 2015]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012\\_n1/pdf/a05v15n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf)
- Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A. (2005). Odontopediatría. Reino de España: MASSON.
- Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría: La Evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano.
- Bordoni, N., Escobar, A., Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. República Argentina: Medica Panamericana.
- Cameron, A. Widmer, R. (1998). Manual de Odontología pediátrica. Reino de España: Harcourt Brace.
- Cárdenas, D. (2003). Fundamentos de odontología: Odontología Pediátrica. República de Colombia: Corporación para investigaciones Biológicas.

Cisneros, G., Hernández, Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. [En línea]. Consultado [27, mayo, 2015] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_15\\_10\\_11/san131011.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_10_11/san131011.htm)

Contreras, A., Arce, R., Botero, J., Jaramillo, A. (2002, septiembre). Contaminación bacteriana de cepillos dentales en niños y sus padres: una cuestión de educación. Revista estomatología. 10. Consultado el 18 de julio, 2015. En : <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2257/1/Contaminacion%20bacteriana%20de%20cepillos%20dentales%20en%20ninos%20y%20sus%20padres%20una%20cuestion%20de%20educacion.pdf>

Corchuelo, J., Soto, L. (2014). Evaluación de la higiene oral en preescolares a través del monitoreo de placa bacteriana realizado por padres de familia. . [En línea]. Consultado: [23, Junio, 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-246X2014000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-246X2014000100006&script=sci_arttext)

Cruz, R., Caballero, D. (2009). Nivel cognoscitivo sobre higiene bucal y gingivitis crónica en niños. Colegio Presidente Kennedy. Venezuela. 2006. [En línea]. Consultado: [29, Mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol4%202009/tema07.htm>

Cuartas, J., Alvar, A., Maya, A., Cárdenas, J., Arias, M., Jaramillo, A. (2002). Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos de 3 y 5 año de edad. Revistas CES odontología. 15. Consultado el 21 de julio, 2015. Disponible en: [revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/download/584/345](http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/download/584/345)

Cuenca, E., Baca, P. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Reino de España: Elsevier Masson.

Dapcich, V., Salvador, G., Ribas, L., Pérez, C., Aranceta, J., Serra, L. (2004). *Guía de la alimentación saludable*. Reino de España: SENC.

De la Torre, J. (1998). *Pediatría Accesible: guía para el cuidado del niño*. Estados Unidos Mexicanos: Siglo veintiuno Editores.

Flores, S., Martínez, G., Toussaint, G., Adell, A., Copto, A. (2006). *Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases Técnicas*. [En línea]. Consultado: [03, junio, 2014]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462006000200008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000200008)

Franco, A. (2014, julio 20). Prevalencia de caries y gingivitis en preescolares. *Revistas CES odontología*. 8. Consultado el 31 de julio, 2015. En: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1412>

García, C. (2015). Características clínicas e histopatológicas de la gingivitis. [En línea]. Consultado: [31, julio, 2015]. Disponible en: [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=56148&id\\_seccion=3472&id\\_ejemplar=5683&id\\_revista=144](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=56148&id_seccion=3472&id_ejemplar=5683&id_revista=144)

Gil, A., Martínez de Victoria, E., Maldonado, J. (2010). *Tratado de nutrición*. Reino de España: Medica Panamericana.

González, R. et al. (2011). Lesiones frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes. *Revista ADM*. 1. Consultado el 31 de julio, 2015. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od1111d.pdf>

Guedes, A., Bonecker, M.; Delgado, C. (2011). *Odontopediatría*. República Federativa del Brasil: GEN.

Guiainfantil (2013). La primera visita de los niños al dentista. [En línea]. Consultado: (27, mayo, 2015) Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/salud/dientes/irdentista.htm>

Harris, N., García, F. (2005). Odontología Preventiva primaria. Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.

Hernández, M., Molina, N., Rodríguez, R. (2008, enero-febrero). Hábitos de Higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. Acta pediátrica de México. 29. Consultado el 29 de mayo, 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm081e.pdf>

Koch G. y Poulsen S. (2011). Odontopediatría: Abordaje Clínico. República Argentina: AMOLCA.

Langlais, R., Miller, C., Niel-Gehrieg, J. (2011). Atlas a color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

López, J. (2010). Odontología para la higiene oral. República de Colombia: Zamora.

McDonald, R, Avery, D. (1995). Odontología pediátrica y del adolescente. Reino de España: Mosby/Doyma Libros.

Medina, C., Segovia, A., Estrella, R., Maupomé, G., Ávila, L., Pérez, R. (2006). Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche. [En línea]. Consultado: [29, mayo, 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132006000500001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132006000500001&script=sci_arttext)

Mejías, M., Aflallo, A. (2007). La Salud está en su despensa: el poder curativo de los alimentos. Reino de España: Editorial EDAF, S.L

Mi bebé y yo. (2015). Aftas del bebé: llagas en la boca. [En línea]. Consultado: [17, julio, 2015]. Disponible en: <http://www.mibebeyyo.com/bebes/salud-bienestar/enfermedades/aftas-bebe-1751>

Miñana V. (2011). Pediatría Atención Primaria. [En línea]. Consultado: [29, Mayo, 2015]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000300010&script=sci\\_arttext&tlng=es/](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000300010&script=sci_arttext&tlng=es/)

Mogrovejo, F., Montenegro, C. (2014). Prevalencia de malnutrición: su relación con hábitos alimenticios, actividad física y factores asociados en escolares urbanos en Cuenca. Tesis publicada. Universidad de Cuenca, Ecuador.

Navas, R., Rojas, T., Zambrano, O., Álvarez, C., Santana, Y., Viera, N. (2002). Salud Bucal En Preescolares: Su Relación Con Las Actitudes Y Nivel Educativo De Los Padres. [En línea]. Consultado [21, julio, 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S037818442002001100009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S037818442002001100009&script=sci_arttext&tlng=en)

Negrón, M. (2009). Microbiología Estomatológica: fundamentos y guía práctica. República Argentina: Medica Panamericana.

OdontoSanitas. (2015). Al odontólogo por primera vez. . [En línea]. Consultado: [16, Junio, 2015]. Disponible en: <http://portal.colsanitas.com/portal/web/odontosanitas/al-odontologo-por-primera-vez>

Palma, A., Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Reino de España: Paraninfo.

Pepsodent. (2015). Mi Primer Cepillo: Creando hábitos de limpieza bucal. [en línea]. Consultado: [21, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.pepsodent.cl/mi-primer-cepillo-creando-habitos-de-limpieza-bucal/>

- Pérez, A. (2005). La Biopelícula: una nueva visión de la placa dental. [En línea]. Consultado: [29, Mayo, 2015]. Disponible en: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552005000100016](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552005000100016)
- Pinheiro, P. (2009). Aftas bucales: causas y tratamiento. [En línea]. Consultado: [17, julio, 2015]. Disponible en: <http://www.saludysintomas.com/2009/10/afta.html>
- Pinkham, J., Casamassimo, P., Fields, H., MacTigue, D. , Nowak, A. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana.
- Pires, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. República Federativa del Brasil: GEN.
- Pires, M., Schmitt R. y Kim S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesores de Salud y los Educadores. República Federativa del Brasil: GEN.
- Requejo, A., Ortega, R. (2006). Nutriguía: Manual de nutrición clínica en atención primaria. Reino de España: Complutense.
- Rodriguez, M. (2015). Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. [En línea]. Consultado: [28, mayo, 2015] disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/rodriguez\\_v\\_m/cap2.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/rodriguez_v_m/cap2.htm)
- Romero, R. (2007). Microbiología y Parasitología Humana. Estados Unidos Mexicanos: Panamericana.
- Sánchez, L., Sáenz, L., Irigoyen, E., Luengas, I., Tomasis, J. (2006, mayo-junio). Predicción de caries. Indicadores de riesgo en saliva y placa dental en niños sanos. Revista Mexicana de Pediatría. 73. Consultado el 29 de Mayo, 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2006/sp063c.pdf>

Teixeira, P., Vázquez, C., Domínguez, V., Portaluppi, V., Alfonzo, L., Mao, C., Ferreira, M., Pérez, N., Del Valle, N., Sanabria, D. (2011). Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo. Paraguay, 2010. Rev. Salud Pública Parag. 1. Consultado el 21 de julio, 2015. Disponible en: [www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/download/10/21](http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/download/10/21)

Treviño, M. (2008, mayo-agosto). Patrón cultural sanitario bucal familiar y enfermedad bucodental en preescolares. Revista Investigación Científica. 4. Consultado el 29 de Mayo, 2015. Disponible en: <http://www.uaz.edu.mx/cippublicaciones/ricvol4num2tom1/Ciencias%20de%20la%20Salud/PATRON.pdf>

Valera, J. (2010). Niños sanos. República del Perú: Indecopi.

Vitaldent. (2014). 10 consejos para que los niños tengan unos dientes sanos. [En línea]. Consultado: [03, junio, 2015]. Disponible en: [http://www.vitaldent.com/conoce\\_prensa\\_ampliar.jsp?idNotaPrensa@NotaPrensa=53](http://www.vitaldent.com/conoce_prensa_ampliar.jsp?idNotaPrensa@NotaPrensa=53)

Zavarce, E., Izzeddin, A. (2014). Prevalencia de caries dental en menores de 5 años de edad. Estudio en ciudad hospitalaria Enrique Tejera, Valencia Estado Carabobo, Venezuela. [En línea]. Consultado: [31, julio, 2015]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art15.asp>

Zerón, A. (2003). Cómo conservar sus dientes y encías toda la vida: Odontología para pacientes. Estados Unidos Mexicanos: Dirección general de publicaciones y fomento editorial.