



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Conocimiento y prácticas maternas de higiene bucal en
niños menores de 3 años para la implementación del Plan de
Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid
Rímac Junio 2014

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR (ES):

Br. María Angélica Fry Oropeza
Br. Carmen Magdalena Ramírez Aguilar

ASESOR:

Mgtr. Manuel Loayza Alarico

SECCIÓN:

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los Servicios de la Salud

PERÚ - 2017

Mgtr. Oriana Rivera Lozada
Presidente

Mgtr. Emil Beraún Beraún
Secretario

Mgtr. Manuel Loayza Alarico
Vocal

Dedicatoria

A nuestros padres y a nuestros familiares, por el apoyo y la comprensión brindada, en el desarrollo de esta nueva meta de nuestra vida. Por darnos la fuerza de seguir adelante.

Agradecimiento

Agradecemos a nuestro asesor Mg. Manuel Loayza Alarico, por ayudarnos a encontrar el camino correcto para la realización de este proyecto de investigación y guiar nuestros pasos hacia nuestro objetivo.

Así también a todas las personas que hicieron posible la ejecución de éste proyecto, en la Cuna Madrid del Rímac.

Declaración jurada

Yo, María Angélica Fry Oropeza y Carmen Magdalena Ramírez Aguilar estudiantes del Programa de Maestría en Gestión de los Servicio de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificadas con DNI 09869308 y DNI 08150429 con la tesis titulada “Conocimientos y prácticas maternas de higiene bucal en niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de riesgos odontológicos en la Cuna Madrid. Rímac-Junio - 2014” declaramos bajo juramento que:

- 1) La tesis es de nuestra autoría
- 2) Hemos respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumimos las consecuencias y sanciones que de nuestras acciones se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Chorrillos, Julio 2014

Br. María Angélica Fry Oropeza
DNI 09869308

Br. Carmen M. Ramírez Aguilar
DNI 08150429

Presentación

Señores miembros del jurado:

Dando cumplimiento a las normas del Reglamento de Grados y Títulos para la elaboración y la sustentación de la Tesis, sección de post-grado de la Universidad “César Vallejo”, para elaborar la tesis de maestría en Gestión de los Servicios de Salud, presento la tesis titulada: “Conocimientos y prácticas maternas de higiene bucal en niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la cuna Madrid. Rímac-Junio-2014”, para obtener el grado académico de maestro en Gestión de los Servicios de Salud.

El documento consta de siete capítulos: el primer capítulo en el cual se detalla el problema de investigación, el marco teórico ,las bases conceptuales, la hipótesis y los objetivos ,tanto general como específicos ,en el segundo capítulo se desarrolló el marco metodológico donde se definen las variables, el tipo y diseño de estudio, en el tercer capítulo se presenta los resultados de la investigación, en el cuarto capítulo se realizó la discusión correspondiente, en el quinto capítulo se presentan las conclusiones, en el sexto capítulo se desarrollaron las sugerencias para finalmente en el séptimo capítulo mencionar las referencias bibliográficas que utilizamos para el desarrollo de ésta investigación.

Señores miembros del jurado esperamos que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

Las autoras

Índice

	Pág.
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción	
1.1 Antecedentes	16
1.2 Fundamentación científica, técnica	20
1.3 Justificación	38
1.4 Problema	41
1.5 Hipótesis	41
1.6 Objetivos	42
II. Marco metodológico	
2.1. Variables	44
2.2. Operacionalización de variables	44
2.3. Método	45
2.4. Tipo de estudio	45
2.5. Diseño	45
2.6. Población, muestra y muestreo	46
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
2.8. Métodos de análisis de datos	49

III. Resultados	50
IV. Discusión	62
V. Conclusiones	65
VI. Recomendaciones	68
VII. Referencias bibliográficas	70
Apéndices	74
Apéndice 1. Matriz de consistencia	
Apéndice 2. Encuesta	
Apéndice 3. Validaciones	
Apéndice 4. Base de datos	
Apéndice 5. Fotografías	
Apéndice 6. Programa	

Índice de tablas

		Pág.
Tabla 1.	Conocimiento de Higiene Bucal	43
Tabla 2.	Práctica de Higiene Bucal	44
Tabla 3.	Distribución por grupo etáreo	45
Tabla 4.	Edad de las madres de los niños de la Cuna Madrid que respondieron la encuesta, Rímac – Junio 2014	50
Tabla 5.	Grado de Instrucción de las madres de los niños de la Cuna Madrid que respondieron la encuesta, Rímac – Junio 2014	50
Tabla 6.	Conocimientos y Prácticas de Higiene Bucal y su relación con la Edad de las Madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014.	51
Tabla 7.	Grado de Instrucción y el inicio de la Higiene Bucal - Conocimiento y Práctica de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014	55
Tabla 8.	Grado de Instrucción y Uso de Hilo Dental - Conocimiento y Práctica de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014	56
Tabla 9.	Grado de Instrucción y la Higiene Nocturna - Conocimiento y Práctica de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014	56
Tabla 10.	Grado de Instrucción y Enjuague de Flúor - Conocimiento y Práctica de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014	57
Tabla 11.	Nivel de Conocimientos sobre Higiene Bucal de las madres de niños de la Cuna Madrid- Rímac, Junio 2014	57
Tabla 12.	Nivel de Prácticas de las madres de los niños de la Cuna Madrid- Rímac, Junio 2014	58
Tabla 13.	Coeficiente de Correlación de datos de Spearman	59

Índice de figuras

		Pág.
Figura 1.	Partes de un cepillo de dientes.	20
Figura 2.	Hilo dental redondeado: Para espacios interdentales normales	21
Figura 3.	Cinta Dental: Para espacios interdentales amplios	22
Figura 4.	Super floss: Hilo de seda que tiene tres zonas diferentes, para pacientes con prótesis fijas o aparatología de ortodoncia	22
Figura 5.	Dispositivo porta hilos: Para pacientes con dificultad motriz, prótesis fija o aparatología de ortodoncia	22
Figura 6.	Pasta dental con gel	23
Figura 7.	Flúor de acción Sistémica y de acción Tópica	26
Figura 8.	Técnica de Cepillado: a. parte activa en 45°, b. movimientos circulares, c. movimientos vibratorios	28
Figura 9.	Cepillado de la Lengua	28
Figura 10.	Como usar el Hilo dental	29
Figura 11.	Técnica transversal de la pasta dental	30
Figura 12.	Esquema clásico de los Factores de la caries según Keyes modificado con el factor tiempo.	31
Figura 13.	Revelado de placa bacteriana.	33
Figura 14.	Caries de Aparición Temprana.	35
Figura 15.	Respuestas correctas de la encuesta sobre la Dimensión Caries y su Mecanismo de Producción de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014.	51
Figura 16.	Respuestas correctas de la encuesta sobre la Dimensión Uso de Fluoruros de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014.	52
Figura 17.	Respuestas correctas de la encuesta sobre la Dimensión Utilización de Elementos de Higiene Bucal de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014.	53
Figura 18.	Respuestas correctas de la encuesta sobre la Dimensión Hábitos de Higiene Bucal de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014.	54

- Figura 19. Respuestas correctas de la encuesta sobre la Dimensión Uso de Pastas Dentales de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014 54
- Figura 20. Nivel de Conocimientos y Prácticas Maternas sobre Higiene Bucal de las madres de niños de la Cuna Madrid- Rímac, Junio 2014 58

Resumen

Determinar la asociación entre el nivel de conocimientos de higiene bucal y práctica de higiene bucal. Se realizó un estudio observacional, transversal; con una muestra de 82 madres de 18 a 42 años cuyos hijos menores de 3 años asisten a la Cuna Madrid del Rímac, y que cumplieron con los criterios de inclusión. La población son todas las madres de familia de estos niños. Se utilizó un cuestionario para medir el nivel de conocimientos de higiene bucal (v. independiente) y para medir la práctica de higiene bucal (v. dependiente). Se emplearon métodos estadísticos descriptivos para el análisis univariado.

En el presente trabajo se obtuvo que la edad media de las entrevistadas fue de 27.91 años, con una edad mínima de 18 y máxima de 42 años. El 4.88 % tiene como grado de instrucción primaria, el 53.66% secundaria, y el 41.46% tiene grado de instrucción superior. El 82.93% proviene de Lima y el 17.07% es de provincia. El 28.05 % es casada, el 36.59% es soltera y el 35.37% es conviviente. El 65.85% tiene nivel de conocimientos adecuado, el 34.15% tiene nivel de conocimientos inadecuado. El 3.66% tiene prácticas adecuadas y el 96.34% tiene prácticas inadecuadas.

Se concluyó que el nivel de conocimientos y la práctica de higiene bucal de las madres de los niños menores de 3 años que asisten a la cuna Madrid están asociados. El nivel de conocimientos de las madres encuestadas es inadecuado, al igual de las prácticas, que también son inadecuadas. El nivel de conocimientos inadecuado de las madres es un factor de riesgo para la inadecuada higiene bucal de los niños.

Palabras claves: Salud bucal, higiene bucal, caries dental.

Abstract

To determine the relationship between the level of knowledge and practical on oral hygiene. It was an observational, cross-sectional study; with a sample of 82 mothers 18 to 42 years whose children under 3 years attend in Cuna Madrid of Rimac, and who met the inclusion criteria. The people are all mothers of these children. A questionnaire was used to measure the level of knowledge of oral hygiene (independent v.) and to measure the practice of oral hygiene (v. dependent). Descriptive statistical methods for univariate analysis were used.

The average age of respondents was 27.91 years, with a minimum age of 18 and maximum of 42 years. The 4.88% is to grade instruction, 53.66% high school and 41.46% have higher education degree is from The Lima 82.93% and 17.07% is provincial. The 28.05% is married, is the 36.59% 35.37% single and lives with her partner. 65.85% is the appropriate level of knowledge, 34.15% have inadequate level of knowledge. The 3.66% is good practice and 96.34% have inadequate practices.

The level of knowledge and practice of oral hygiene of mothers of children under 3 years attending the cradle Madrid are associated. The level of knowledge of the surveyed mothers is inadequate, as practices, which are also inadequate. The inadequate level of knowledge of mothers is a risk factor for poor oral hygiene of children.

Key words: Oral Health, Oral Hygiene, Tooth Decay.

I. Introducción

La salud bucodental, según la OMS, se define como la ausencia de dolor orofacial crónico, caries dental, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, enfermedades periodontales, defectos congénitos, pérdida de dientes, y otros trastornos que afectan la cavidad bucal. Una de las enfermedades bucodentales más comunes es la caries dental que afecta al 60-90% de los escolares de todo el mundo. Las actividades de la OMS para la prevención de las enfermedades bucodentales y promoción de la Salud, se encuentran plasmadas en los programas nacionales de salud pública, que abarcan la promoción, la prevención y el tratamiento. (OMS. Salud Bucodental, 1992)

La caries dental es un proceso infeccioso que se encuentra en el primer lugar de las enfermedades estomatológicas más prevalentes, afecta en mayor número a la niñez. La visita al odontólogo, ocurre muy tarde en los niños, se realiza por lo general cuando se ha establecido un problema dentario, cuando el manifiesta dolor o múltiples lesiones cariosas, lo cual tiene como consecuencia tratamientos complejos a una edad muy temprana. Por esta razón, la atención odontológica del infante se debe centralizar principalmente hacia la promoción y prevención de la salud bucal, tratando de educar a los padres de familia para mantener hábitos saludables, evitando la instalación de las enfermedades bucales, tales como la caries dental. (Palma, Cahuana, Gómez, 2010)

Un estudio en las etapas de vida iniciales se hace necesario como base para la implementación de intervenciones preventivas oportunas (Asociación Peruana de Odontología para bebés, 2007). Ya que en las primeras etapas de vida del ser humano, los dientes generalmente están libres de la enfermedad, pero a lo largo de su vida pueden adquirirla por diversos factores de orden biológico, estilos de vida, factor social y medio ambiental. La caries dental es el primer motivo de atención entre las enfermedades bucales para la Organización Mundial de la Salud. (Benavente, Chein, Campodónico, et al, 2012)

La promoción de la salud bucodental infantil incluye la prevención primaria de la caries dental por ser la enfermedad más prevalente en esta etapa de vida. (La Torre, 2001). La implementación de un programa de salud bucal en binomios

madre-hijo, debido a que la madre es la principal fuente de infección del niño en el desarrollo inicial caries dental. Asimismo, cuanto más temprano los padres adquieran hábitos saludables, mayor será el impacto en la salud oral de sus hijos. (Castañeda, Maita, Romero, 2011)

Las Madres de familia son las responsables de la Educación para la Salud Bucal en los hogares, pero no todas están preparadas para poder realizarla correctamente, ya que muchas transmiten a sus hijos la cultura que ellas recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para la salud integral del niño disminuyendo su calidad de vida. (Delgado, 2012)

1.1 Antecedentes

Teixeira et al. (2010), realizaron un estudio sobre el *Nivel de Conocimiento de Madres sobre Higiene Bucal en niños de 0 a 3 años, en el Hospital Materno Infantil San Pablo del Paraguay*. La mayoría de las madres encuestadas 85% denotaron niveles de conocimiento no aceptables sobre salud bucal en los bebés, solo el 1% posee un nivel de conocimientos bueno (muy bajo). En relación con el momento de inicio de la higiene de los dientes del bebé, el 48% de las madres menciona como momento ideal, inmediatamente después de la erupción de los primeros dientes. (Teixeira, Vázquez, et col, 2010)

Franco et al (2003), realizaron un estudio sobre *Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de seis años*, se entrevistaron a 243 madres o personas adultas responsables de los niños en mención, de los estratos bajo y alto de las ciudades de Bogotá, Medellín, Cartagena y Manizales. Los resultados demostraron que el 60% de las madres afirman haber recibido información sobre cómo cuidar los dientes primarios de sus hijos. Cerca de la mitad de las mujeres 47.7% considera que la higiene bucal es suficiente para evitar la caries. (Franco, Jimenez, et col, 2003)

Respecto al momento en que se inició el cepillado el 56% de las madres -estrato alto- empezaron el cepillado dental antes de cumplir el primer año de vida. El 59% de las madres -estrato bajo- empezaron después del primer año.

El 89.3% de los niños usa crema dental para cepillarse. El 35.5% empezó a usarla antes del primer año de vida y una baja proporción 10.8% lo hizo a partir del tercer año.

El 71% de las mujeres contestaron que nunca han recibido información sobre la cantidad y tipo de crema dental que debe usar para el cepillado del niño. El 14% de ellas no sabe para qué sirve el Flúor, el 86% considera que el Flúor sirve para “prevenir la caries”, “blanquear los dientes” o como desinfectante”. (Franco, Jimenez, et col, 2003)

Benavente et al. (2010), realizó un estudio sobre el *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*, que acuden a establecimientos hospitalarios del MINSA y de ESSALUD, en el departamento de Lima-Perú. La muestra estuvo constituida por madres con sus hijos menores de 5 años de edad (N=143). Los criterios de inclusión fueron, niños con aparente buen estado biológico y psicológico, que no estén recibiendo ningún tratamiento de tipo preventivo-promocional odontológico, cuyas madres no hayan recibido en el presente año algún tipo de educación en aspectos de salud bucal. Se incluyeron en el estudio a las madres que aceptaron en participar, firmando el consentimiento informado. Para la toma de datos, primero se aplicó la encuesta a la madre, luego se realizó evaluación clínica del estado de salud bucal del niño.

Se obtuvo como resultados que el 7% de las madres tiene educación primaria, el 33% superior y el 60 % secundaria. Respecto al nivel conocimiento de las madres de familia se obtuvo que el 9.1% tiene un nivel de conocimiento bueno, el 68.5% posee un nivel de conocimientos regular y el 22.4% posee un nivel de conocimientos bajo. (Benavente, Chein, Campodónico, et al, 2012)

En el (2011), Castañeda et al. Analizaron los Factores de Riesgo para caries en infantes de 6 a 36 meses atendidos en la Clínica del Niño, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El propósito del estudio fue determinar los factores de riesgo como hábito de higiene bucal, hábitos dietéticos y forma de transmisibilidad microbiana (madre – niño) que favorecen la aparición de caries dental en infantes atendidos en la Clínica del Niño. Previo consentimiento informado a los padres, se seleccionaron 73 infantes de 6 a 36 meses que presentaban lesiones cariosas en los dientes deciduos. Con una ficha dental se recolectó los datos para el análisis de los indicadores de riesgo. El examen clínico determinó la presencia de manchas blancas y piezas cavitadas. Se observó claramente la influencia de los factores de riesgo (higiene bucal del infante, transmisibilidad microbiana directa madre-niño y dieta) en la aparición de la caries dental. Se reportó que el 28.7% de las madres no realiza la higiene bucal de sus hijos después de ingerir alimentos. (Castañeda, Maita, Romero, 2011)

Saavedra (2011), realizó un trabajo de investigación para *determinar la relación entre prevalencia de Caries de Infancia Temprana (C.I.T.) en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el Hospital "Marino Molina Scippa", Lima*. La muestra estuvo conformada por 180 niños de 0 a 36 meses de edad y a todas las madres de los niños evaluados 180 se les realizó una encuesta sobre nivel de conocimientos en salud bucal. Los resultados encontrados determinaron en relación al nivel de conocimiento de las madre evaluadas, el 50.8% tiene un nivel de conocimiento bajo, el 49.2% presenta nivel de conocimiento regular y el 0% presenta un buen conocimiento sobre salud bucal.

La presencia de caries de infancia temprana en niños de 0 a 36 meses, los resultados fueron que de 0-12 meses 5%, 13-24 meses 36.67%, 25-36 meses 73.33%. Se encontró una asociación entre la prevalencia de caries y la edad del niño, observamos que en los grupos de mayor edad la prevalencia de caries se incrementa, siendo esta asociación estadísticamente significativa. (Saavedra, 2011)

Tello (2001), realizó un estudio *epidemiológico de la prevalencia de caries y su relación con los hábitos alimentarios y de higiene bucal en los niños de 6 a 36 meses de edad que acudieron para Atención Odontológica a la Clínica de Bebés de la Facultad de Estomatología de la U.I.G.V.* Se evaluó la presencia de caries dental en 234 niños. Respecto a la higiene bucal se encontró que el 6.84% limpiaban a veces, el 17.95% limpiaban una vez, el 20.08% limpiaban 2 veces y que el 21.37% limpiaban 3 veces por día. Respecto a la Higiene nocturna se encontró que el 17.95% de los niños se dormían con la boca limpia. (Tello, 2001)

La Torre (2001), realizó un estudio en "*Gestantes primíparas y conocimiento del estado de salud bucal infantil*" en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Utilizó un cuestionario sobre estado de salud bucal de la gestante, cuidado de la salud bucal del infante y conocimiento del desarrollo dental del mismo, además del riesgo odontoestomatológico que consta de un odontograma e índice de higiene bucal simplificado. Encontró un alto porcentaje 72.5% que está bien informado sobre la salud bucal de la gestante; así también un alto porcentaje 85% se encuentra mal informado sobre cuidado de la salud bucal del infante, finalmente el porcentaje de bien, regular y mal informado es casi equitativo sobre conocimiento en el desarrollo y crecimiento dental del infante. (La Torre, 2001)

Estudios realizados por Melgar (2003), sobre *Caries de la infancia temprana según determinantes sociodemográficos, conductuales, nutricionales y relacionados a la transmisión de microorganismos tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la caries dental en 200 niños de 6-36 meses de edad del Comité de Salud Túpac Amaru del Distrito de Independencia en Lima-Perú*, con el fin de reorientar las medidas preventivas que se les imparte. Los datos fueron recogidos en 1998 mediante un examen clínico para determinar el nivel de caries y estado nutricional de los niños y un cuestionario administrado a las madres para determinar las características sociodemográficas, hábitos de higiene, dieta, patrón de lactancia y factores de contaminación bacteriana. Sólo el 31% de niños tenía el hábito de cepillado. (Melgar, 2003)

En contraste, en países en vías de desarrollo aún se observan altos niveles de caries dental, especialmente en países donde las intervenciones comunitarias de tipo promocional o preventivo no han sido firmemente establecidas. En el Perú, el 84,0% de los niños presentan caries dental a los 12 años de edad, con un promedio de 3,1 dientes permanentes con experiencia de caries dental. Se reconoce además que el componente cariado explica la mayor parte de la experiencia de caries dental. Estas cifras colocan al Perú entre los países latinoamericanos con mayores niveles de la enfermedad. (Melgar, 2003)

1.2 Fundamentacion científica

En Perú, según los datos disponibles por estudios referenciales en menores de 3 años de edad, existe una alta prevalencia de caries y que ésta aumenta dramáticamente con los años, por lo que existe la necesidad de proveer a las madres de familia, conocimientos a fin de que sean ellas las que cumplan correctamente con la higiene bucal de sus hijos. (Franco, Jimenez, et al, 2003) Los temas que se abordan en este estudio se circunscriben a los conocimientos y prácticas de Higiene bucal y las consecuencias de un mal desarrollo de ésta como la Caries de Inicio Temprano.

Conocimiento higiene bucal

El conocimiento, es una capacidad humana que implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. Transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir conocimiento. Esto implica que cuando hablamos de gestionar conocimiento, queremos decir que ayudamos a personas a realizar esa actividad. (Guillén, Huapaya, Loayza, Torres, Chein, Garibay, Anticona, Pum, 2004)

El conocimientos de higiene bucal, es el entendimiento de las medidas preventivas en higiene bucal (uso del cepillo, hilo dental, paste dental, etc.) que posibilitan el control de los factores que desencadenan la formación precoz de la caries, así como su entendimiento etiológico y la manera de mejorar los índices de salud oral de nuestra población infantil. Para que un Servicio de Salud Bucal cumpla con su objetivo de disminuir el índice de caries en niños a través de la

promoción y prevención de la salud, es necesaria una interacción multidisciplinaria. (Saavedra, 2011).

Elementos para la higiene bucal

Son los elementos utilizados para la remoción de la placa bacteriana, controlar su formación, prevenir el crecimiento microbiano evitando el desarrollo de la caries dental y la enfermedad gingival. Para ello, se han desarrollado diferentes elementos utilizados para la higiene oral, los cuales han evolucionado dependiendo de las necesidades de los pacientes. Estos elementos básicos son:

Cepillo dental, es un instrumento que se utiliza para la remoción de residuos que se encuentran sobre la superficie dental y tejidos adyacentes, está constituido por fibras (cerdas), cabeza y mango. El cepillo dental debe cumplir con requisitos mínimos para ser aprobado para su uso. Deben ser biocompatibles con los tejidos intraorales, remover residuos sin generar lesiones, ser fuertes y resistentes de manera que no se deformen con su uso diario. En cuanto a las superficies de los cepillos, deben estar pulidas y libres de esquinas, así como tener haces redondeados. En cuanto a su presentación en el mercado, deben estar rotulados y empacados. (Guillén, Huapaya, Loayza, Torres, Chein, Garibay, Anticona, Pum, 2004)



Fuente: ToothbrushExpress.com.

Figura 1. Partes de un cepillo de dientes.

Hilo dental, la seda dental es un elemento de higiene oral conformado por múltiples filamentos unidos dentro de una hebra o un solo filamento en cinta. Su material es fibra sintética, a la cual se le puede o no adicionar cera. Su función es remover la placa bacteriana y restos de comida desde las superficies proximales

de dientes naturales o artificiales, encías y prótesis fijas. Es indispensable para una buena limpieza bucal cuando, ya que el cepillo no puede acceder a las zonas interproximales. (Guillén, Huapaya, Loayza, Torres, Chein, Garibay, Anticona, Pum, 2004)

En los bebés, después de la erupción de los incisivos, es importante implementar el uso de hilo dental si no hay presencia de diastemas. El objetivo será instalar el hábito en los padres y/o cuidadores del infante ya que ésta práctica será responsabilidad de los mismos. (Asociación Peruana de Odontología para bebés, 2007). La International Organization Standardization, ISO expide la normatividad para seda dental (Norma 28158. Primera edición del 1 de julio de 2010), en la cual se estipulan las características que debe cumplir para ser aprobada y distribuida.

Características del hilo dental

Puede tener materiales adicionales como cera, pigmentos y agentes saborizantes que deben ser considerados como parte del dispositivo.

Debe resistir una fuerza de 10 Newton sin romperse.

No debe presentar contaminación.

Debe tener diámetro seccional de 2,5 mm.

Debe venir empacada y contener el nombre del producto, dirección del fabricante, distribuidor, código de manufacturación e instrucciones de uso.

Tipos de hilo dental

Redondeado



Fuente: Salud y bienestar. Como usar el hilo dental.

Figura 2. Hilo dental redondeado: Para espacios interdentes normales

Cinta dental



Fuente: Foto del Prof. Klaus H. Rateitschak.

Figura 3. Cinta Dental: Para espacios interdentes amplios

Super floss



Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá. Guía de práctica clínica en salud oral.

Figura 4. Super floss: Hilo de seda que tiene tres zonas diferentes, para pacientes con prótesis fijas o aparatología de ortodoncia.

Dispositivo con porta hilos



Fuente: Pro dental Hiades, Clínica Dental Integral.

Figura 5. Dispositivo porta hilos: Para pacientes con dificultad motriz, prótesis fija o aparatología de ortodoncia

Pasta dental, el uso de pastas dentales es importante como elemento de higiene oral, ya que adicionar agentes químicos genera beneficios adicionales al cepillado dental. Componentes como las sales minerales inhiben el crecimiento de bacterias y la formación de placa bacteriana; la adición de zinc al dentífrico reduce la placa blanda, la placa calcificada y mejoran la salud gingival. (Meléndez, 2007)

Condiciones generales

Debe presentar aspecto homogéneo y uniforme.

Pueden contener abrasivos, saborizantes, edulcorantes, gelificantes y otros ingredientes contemplados en normas Internacionales vigentes.

No deben contener azúcar o sustancias fermentables.

No deben tener separación de sus componentes durante su almacenamiento.

Hay componentes adicionales que se agregan, como el triclosan que tiene amplio espectro antibacterial. (Meléndez, 2007)



Fuente: Salud y Bienestar- Uso de la pasta dental

Figura 6. Pasta dental con gel

Fluoruros, el uso del flúor es importante para la prevención de la caries dental. Es un elemento químico que se encuentra combinado con otro elemento, como el fluoruro de calcio y la criolita. El flúor está ampliamente distribuido en la naturaleza presentándose en forma iónica como fluoruros. (Palma, Cahuana, Gómez, 2010. Asociación Peruana de Odontología para bebés, 2007)

Posee propiedades cariostáticas, siendo declarado por la OMS en 1972, único agente eficaz en la profilaxis de la caries. Los fluoruros tiene poder antiséptico y su mecanismo de acción es a nivel del metabolismo microbiano como depresor enzimático.

Tipos de fluoruros

Acción Sistémica: se incorpora a la estructura cristalina del esmalte dando lugar a la formación de fluorapatita, aumentando su resistencia a la caries y disminuyendo de este modo su incidencia tras la erupción dentaria. Se absorbe en el estómago y el intestino delgado, luego pasa al plasma para depositarse casi exclusivamente en los huesos y dientes.

Flúor sistémico en la salud pública

Se usa como terapia sistémica en medidas preventivas de Salud pública, se realiza a través del agua potable, sal, leche o suplementos vitamínicos fluorados; y sólo se debe utilizar un método de tipo sistémico. En el Perú se utiliza como terapia sistémica de flúor la sal de consumo humano. (sal fluorada) No es recomendable el uso de suplementos vitamínicos fluorados en niños que ya comenzaron su alimentación semisólida con sal fluorada. (Guillén, Huapaya, Loayza, Torres, Chein, Garibay, Anticona, Pum, 2004)

Acción tópica: su acción anti caries se debe a su intervención sobre las reacciones de desmineralización – remineralización. Incrementando la resistencia del esmalte a los ácidos.

Flúor tópico de aplicación profesional

Son productos de elevada concentración de fluoruros que deben ser administrados en consultorios dentales o por profesionales de la odontología en la población con alto riesgo de caries y especialmente en niños, periodos de erupción dental. El Flúor tópico en el ámbito profesional, se puede aplicar como:

Geles: En solución de 1,23%, por ser acidulada permite una rápida y profunda captación del ión flúor por el esmalte dentario, es aplicado cada 2, 4 o 6 meses.

Barnices con Flúor: Compuestos por fluoruro de sodio al 0,2%, siendo su eficacia entre el 17 y 50% de reducción de caries.

Diamino Fluoruro de Plata (FDP): Tiene un efecto cariostático, anticariogénico y antimicrobiano. Su uso está indicado en la prevención y paralización de caries de poca profundidad, en infantes de alto riesgo. (Guillén, Huapaya, Loayza, Torres, Chein, Garibay, Anticona, Pum, 2004)

Flúor de auto aplicación

Son más económicos que los de aplicación profesional y a nivel individual alcanzan similar eficacia, con la ventaja de crear un hábito en el paciente.

Dentífricos o pastas fluoradas: El nivel máximo de flúor en la pasta dentífrica es de 1500 ppm. Algunas utilizan su fórmula de Monofluorofosfato (MFP) o fluoruro de sodio (FNa). Las ventajas son su efectividad entre 20-30% de reducción de caries.

Colutorios: Es un método ampliamente utilizado, tanto a nivel comunitario (colegios) como a nivel individual. La frecuencia de aplicación puede ser diaria o semanal. Está contraindicado en menores de 6 años. Es un método económico y de aplicación simple, con enjuagues de un minuto. (Guillén, Huapaya, Loayza, Torres, Chein, Garibay, Anticona, Pum, 2004)

Flúor en la primera infancia

Para la ASPOB “basados en la recomendaciones internacionales de la Asociación Dental Americana (ADA), Asociación Americana de Odontopediatría (AAPD), Asociación Americana de Pediatría (AAP), el Centro del Control de Enfermedades (CDC), Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), así como del Fórum Mundial de Fluoruros (2003), se sugiere que el inicio de su recomendación sea a partir de los 2 – 3 años de edad; sin embargo, el pediatra u odontopediatra podrían recomendarlo antes, teniendo en consideración las orientaciones pertinentes de dosis y frecuencia diaria”. (Asociación Peruana de Odontología para bebés, 2007)



Figura 7. Flúor de acción Sistémica y de acción Tópica

Prácticas de higiene bucal

Es un modo de proceder de cada individuo adquiriendo por repetición actos iguales o semejantes. Este conjunto de acciones realizadas habitualmente tiene como fin la remoción química y mecánica de la placa bacteriana, controlando su desarrollo. También se incluye la limpieza de la lengua, mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. (Saavedra, 2011)

La práctica de la higiene bucal infantil es responsabilidad de los adultos, al menos hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada para efectuar estos procedimientos, nunca antes de los 5 años. Se considera que el niño es autónomo a partir de los 8-10 años de edad, y a partir de este momento y hasta la adolescencia es recomendable una supervisión de su higiene oral nocturna. (Meléndez, 2007)

Técnicas de cepillado dental

Debe ser sencilla para los padres. Se recomienda limpiar las superficies dentales laterales (linguales y vestibulares) con movimientos circulares y las superficies masticatorias con movimientos anteroposteriores.

Recomendaciones generales

La madre, debe cepillar los dientes con su técnica personal, después del revelado de placa bacteriana, observará el resultado del cepillado e identificará los sitios con depósitos de biopelícula.

La madre debe cepillar o limpiar la lengua de su bebé para eliminar depósitos que pueden causar olores o formar placa en otras áreas de la boca.

El primer cepillado del día antes de consumir alimento es para interrumpir la formación de la placa bacteriana y el cepillado nocturno para inhibirla.

El tiempo de cepillado debe ser 2 minutos para obtener una adecuada remoción de placa bacteriana.

Comenzar el cepillado siempre por el mismo lado y llevar un orden o secuencia, realizando el cepillado varias veces en la misma área antes de pasar a la siguiente cubriendo la cara externa, interna y oclusal. (Palma, Cahuana, Gómez, 2010)

Técnica Circular o Rotacional, el dedo pulgar se apoya en la superficie del mango y cerca de la cabeza del cepillo, las cerdas del cepillo se colocan en dirección apical con sus costados apoyados contra la encía. Así, el cepillo se gira con lentitud como barrer como una escoba. De ese modo las cerdas pasan por la encía, siguen la corona (en ese momento forman un ángulo recto con la superficie del esmalte) y se dirigen hacia la superficie oclusal, pero es necesario pasar por los espacios interproximales. (Palma, Cahuana, Gómez, 2010)

Técnica de Stillman, las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados hacia el ápice del diente, al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansen en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.

Técnica Bass modificada, remueve la placa supra y subgingival y se aplica en todos los sectores. En la posición inicial, la parte activa se coloca en posición inclinada de 45 grados frente al margen gingival. La acción del cepillo es de leve presión contra los dientes y el margen gingival con pequeños movimientos circulares. Luego se realizan pequeños movimientos vibratorios de un lado a otro.



Figura 8. Técnica de Cepillado: a. parte activa en 45°, b. movimientos circulares, c. movimientos vibratorios

Cepillado de la lengua

El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos de la placa bacteriana y el número de microorganismos. La técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible sin inducir náusea, y con las cerdas apuntando hacia la Faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia delante, y el movimiento se repite de seis a ocho veces en cada área. El uso de crema dental lleva a obtener mejores resultados. (Palma, Cahuana, Gómez, 2010) (Asociación Peruana de Odontología para bebés, 2007)

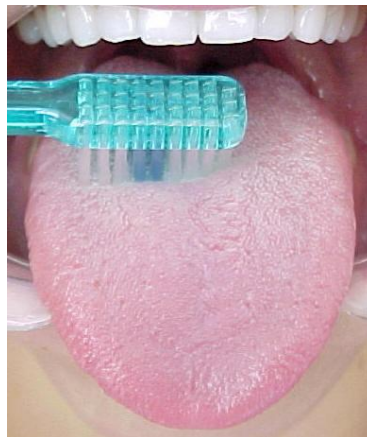


Figura 9. Cepillado de la Lengua

Técnica para el uso del hilo dental

Garantiza la remoción de placa que el cepillado no elimina, remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo.

Método del lazo también conocido como método circular

Corte un trozo de hilo dental de aproximadamente 45 cm de largo forme un círculo y átelo finalmente coloque todos los dedos, excepto el pulgar, dentro del lazo después use los índices para guiar el hilo a través de los dientes inferiores y use los pulgares para guiar el hilo en los dientes superiores asegurándose de llegar debajo de las encías, formando una al costado de cada diente.

El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival en seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de sierra o de vaivén en sentido vestibulo lingual. Luego se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. Es importante mantener tenso el hilo entre los dedos.



Figura 10. Como usar el Hilo dental

Técnica de aplicación de las Pastas Dentales

Las recomendaciones para uso de la pasta dental en niños es de una pequeña cantidad de dentífrico fluorado de 0.25 – 0.50% o el equivalente al tamaño de una lenteja o arveja o usando la técnica transversal, siempre que se use una pasta dental de 500 ppm. (Villena, 2000)



Figura 11. Técnica transversal de la pasta dental

Consecuencias de una inadecuada higiene bucal

La caries dental y sus mecanismos de producción

Según la OMS es un proceso patológico localizado, de origen externo, que se inicia después de la erupción, determinada por un reblandecimiento del tejido duro del diente y evolución hacia la formación de una cavidad. (OMS. Salud Bucodental, 1992)

Es el resultado de la desmineralización de la superficie del diente producto del metabolismo de bacterias cariogénicas presentes en la placa bacteriana, que aprovechan los carbohidratos de la dieta para producir ácidos que destruyen progresivamente la estructura dental mineralizada. (Anticona, 2006)

La caries dental es una enfermedad infecciosa y transmisible, resultado del desbalance entre múltiples factores de riesgo y factores protectores a través del tiempo. Su etiología multifactorial depende de factores biológicos, factores de riesgo que determinan la aparición de esta enfermedad. La población infantil es la más afectada, siendo la edad de 6 a 36 meses, el grupo etáreo poco estudiado a nivel de salud pública. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010)

Factores determinantes para la formación de la caries dental



Figura 12. Esquema clásico de los Factores de la caries según Keyes modificado con el factor tiempo.

Huésped, se refiere al diente y a la saliva. El diente es la estructura que soporta la caries y para que ésta enfermedad se desarrolle es necesario que el esmalte se torne susceptible de ser destruido por los ácidos de la fermentación bacteriana. La saliva disminuye el riesgo de caries en el individuo debido a que ejerce un barrido mecánico de los restos alimenticios, posee una acción remineralizante y antibacteriana. (Meléndez, 2007)

Microflora, la cavidad bucal es un espacio donde coexisten microorganismos saprófitos y patógenos. Algunas de las bacterias que se encuentran en la placa bacteriana son responsables de la Caries dental, principalmente *Streptococcus Mutans* (90%), *S. Sanguis* y el *S. Sobrinus*. Los lactobacilos se asocian a la caries dental en forma secundaria. (Palma, Cahuana, Gómez, 2010)

Dieta, las bacterias utilizan carbohidratos refinados como la sacarosa, glucosa, fructosa y lactosa para su metabolismo, formando así el glucano, el ácido láctico, acético y butírico, que actúan sobre la hidroxiapatita desmineralizando el esmalte.

La consistencia, la frecuencia y el tiempo de los azúcares consumidos son de gran importancia, ya que azúcares pegajosos, las ingestas frecuentes entre comidas y la retención de alimentos azucarados en la boca aumentan la posibilidad de desarrollar esta enfermedad. (Palma, Cahuana, Gómez, 2010)

Tiempo, después del consumo de alimentos cariogénicos el pH salival desciende a 5 y se mantiene por 45 minutos aproximadamente, “la frecuencia por encima de 6 ingestiones/día contribuyen para aumentar el riesgo de caries dental”.

Cuando ocurren frecuentes ingestas entre comidas se crea una acidificación de placa de manera continua, que altera la capacidad amortiguadora dentro de la cavidad bucal, así también se altera el mecanismo Rem-Des (Remineralización – Desmineralización), lo que aumenta el riesgo de caries dental. (Meléndez, 2007)

Placa bacteriana

Película gelatinosa que se adhiere firmemente a los dientes y superficies blandas de la cavidad oral, formada principalmente por colonias de bacterias (60-70%), agua, células epiteliales descamadas, leucocitos y restos alimenticios.

Aunque todas las superficies orales están colonizadas por bacterias, en gran parte esta colonización dependerá del tipo de superficie a considerar, la facilidad para la adhesión y el crecimiento de las bacterias en las superficies más expuestas que en las superficies más protegidas, como son los espacios interproximales o el fondo de las fosas y fisuras de los dientes.

Placa blanda, es un depósito blando que forman una biopelícula adherida a la superficie dentaria y otras superficies de la boca.

Placa calcificada, o cálculo dental, no es más que la biopelícula calcificada que se deposita sobre las superficies dentales, bien sean coroneales o radiculares.

Control de placa bacteriana

Son las acciones encaminadas a conservar un bajo nivel de placa en la cavidad oral, mediante la identificación, demostración de las técnicas de higiene oral y eliminación de la placa de las superficies dentales y de los tejidos blandos por parte del odontólogo.

El uso de sustancias reveladoras antes y después del cepillado para determinar la cantidad de placa residual es un procedimiento eficaz para la valoración de adecuados hábitos de higiene oral y como indicador para el paciente en el mejoramiento de la remoción de placa con el fin de prevenir enfermedades de origen Gingival y Caries.



Fuente: ¿Cómo prevenir la placa bacteriana? Salazar Clínica Dental.

Figura 13. Revelado de placa bacteriana.

Caries de inicio temprano

Es una forma severa y particular de caries, de carácter multifactorial, que afecta la dentición temporal de lactantes y niños pre-escolares comprometiendo por lo general numerosos dientes, y produciendo una rápida destrucción e infección del tejido dentario. Puede causar dolor, dificultades funcionales, desordenes de salud general, problemas psicológicos, hospitalizaciones y atenciones de urgencia, lo que conlleva a una menor calidad de vida. (Arango, Baena, 2004) (Morales, Alvarez, Marroquín, Pineda, Cobar, Moscoso, 2011)

Según Robinson y Naylor (1963), manifiestan que la CIT se puede manifestar de forma agresiva y rápida causando la completa destrucción de la

corona dental, lo que pudiera generar complicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños afectados. Saavedra, 2011).

Consideraciones clínicas

El patrón clínico es agresivo y característico, afectando primero a los dientes primarios anteriores maxilares y después a los primeros molares primarios.

El aspecto inicial son áreas blancas de desmineralización sobre la superficie del esmalte, a lo largo de la línea de la encía de los incisivos maxilares. La enfermedad progresa de forma que los puntos blancos se convierten en cavidades que se pigmentan a marrón o negro por los colorantes presentes en alimentos y bebidas (Bolaños, 2013).

Los defectos del esmalte, como hipomineralización, opacidades o hipoplasia, pueden predisponer a los dientes a una caries precoz, tales defectos se comunican con frecuencia en niños nacidos en países en desarrollo, en comunidades desventajadas de países industrializados y en niños con bajo peso al nacer (Saavedra, 2011).

Factores de riesgo de caries dental en la primera infancia

Son aquellas características que se presentan asociadas diversamente con la enfermedad, estas no son necesariamente las causas pero están asociados con el evento. Es importante reconocer que los factores de riesgo, no actúan aisladamente, sino en conjunto, con las causas de la enfermedad, interrelacionadamente, y que pueden presentarse en cualquier etapa de la vida. (Morales, Alvarez, Marroquín, Pineda, Cobar, Moscoso, 2011).

Se pueden tener en cuenta las variables sociales como la educación de los padres y el estado socioeconómico. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010)



Fuente: Comisión de Salud Bucal CORL. 2014

Figura 14. Caries de Aparición Temprana.

Plan de gestión

Plan: una serie de pasos o procedimientos determinados, que buscan conseguir un objetivo o propósito. Al proceso para diseñar un plan se le conoce como planeación o planificación, y de manera amplia, la planificación consiste en definir claramente los objetivos y las acciones que se deben tomar para llegar a alcanzarlos. (Lavell, 2001)

Plan de Gestión: es una herramienta de comunicación con otras entidades, para mostrar la importancia de un espacio natural y para explicar por qué es necesario llevar a cabo determinadas actuaciones. Planificar la gestión no sólo significa preparar un documento del plan de gestión, sino que se trata de un proceso en sí mismo. Las discusiones que puedan surgir durante la preparación del documento (tanto dentro como fuera de la entidad) pueden ser tan importantes como el plan definitivo. (Lavell, 2001)

Características

Debe tener una base científica, describir los aspectos más importantes para la gestión.

Debe ser visionario (vista al futuro), ambicioso (llegar más allá de lo posible) y realista.

Debe poseer información muy concisa.

Debe ser flexible.

Debe ser actualizado.

El Perú está experimentando un proceso de Reforma en Salud, en el que los ejes impulsores son el proceso de descentralización, la búsqueda de nuevas modalidades de organización, funcionamiento, financiamiento y gestión de instituciones y servicios de salud, de modo que se pueda contribuir al desarrollo y bienestar de las personas.

Estos cambios, demandan el desarrollo de competencias de gestión en las personas dedicadas a la conducción de los sistemas, instituciones y servicios de salud, tanto en el nivel del gobierno nacional, gobiernos regionales y locales, como en las organizaciones privadas que se encuentran en pleno proceso de expansión. Los servicios de salud, por lo tanto, son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.

Gestión de riesgo: debe implicar un análisis de todas esas expectativas y beneficios que se obtienen o desean obtener en lo inmediato, frente a la posibilidad real o a más largo plazo de sufrir daños o tener pérdidas

Es un proceso social complejo a través del cual se pretende lograr una reducción de los niveles de riesgo existentes en la sociedad y fomentar procesos de construcción de nuevas oportunidades de producción y asentamiento en el territorio en condiciones de seguridad y sostenibilidad aceptables. El aprovechamiento de los recursos naturales y del ambiente, en general, debe desarrollarse en condiciones de seguridad dentro de los límites posibles y aceptables para la sociedad en consideración. En consecuencia, significa un proceso de control sobre la construcción o persistencia de amenazas y vulnerabilidad (Lavell, 2001).

1.3. Justificación

La educación para la salud está diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar las habilidades personales que la promuevan.

Los padres y adultos mayores son los que enseñan al niño, directa o indirectamente (con el ejemplo), los hábitos y conductas saludables o no saludables en una etapa de la vida en la que el aprendizaje proviene del entorno social y lo que se aprenda será pilar para el futuro. (Benavente, Chein, Campodónico, et al. (2012)

Justificación legal

Sobre las políticas, normas, programas o proyectos que ordenan la aplicación obligatoria

Plan General de Estrategia Sanitaria 2010 – 2012

Ley N° 26842, que aprueba la Ley general de Salud.

Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud. Mediante Estrategias e Intervenciones Orientadas a la Atención Integral en Salud Bucal Dental

Resolución Ministerial N° 649-2007/MINSA que establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal.

Ley N° 27878. Ley de trabajo del Cirujano Dentista.

Directivas 001 al 003-2000 del Programa Nacional de Salud Bucal – DGSP.

Justificación político sanitaria

Información básica acerca de la política, programa o proyecto involucrado, dentro de los lineamientos de la política del Ministerio de Salud se establece impulsar las actividades preventivas y promocionales de la salud a fin de reducir los altos índices de morbimortalidad en especial en la población infantil. La estrategia de Salud Bucal como parte de la Dirección de Salud de las Personas desarrolla actividades preventivo promocionales, recuperativas y rehabilitación enfocadas en las etapas de vida más vulnerables como son la etapa de vida niño, adolescente,

adulto mayor incluyendo mujer gestante dentro de un marco de atención integral de salud.

Con fecha 08 de agosto de 2007, la Dirección General de Salud de las Personas ha propuesto institucionalizar la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal bajo la Resolución Ministerial N° 649-2007/MINSA, con la cual queda creada. Debido a la alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal el Ministerio de Salud considera daños priorizados a: la caries dental, periodontopatías, pérdida de dientes, maloclusiones, lesiones de la mucosa bucal, cáncer bucal, manifestaciones bucales del VIH/SIDA, o los traumatismos buco dentales pues constituyen un grave problema de salud pública, que tiene efectos considerables, tanto individuales como colectivos desde el punto de vista del dolor, pérdida de capacidad funcional y calidad de vida de quien la padece, siendo generalmente las poblaciones pobres y de extrema pobreza los que soportan una mayor carga de morbilidad de la cavidad bucal y anexos.

Se resuelve:

Artículo 1.- Establecer la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal del Ministerio de Salud, cuyo órgano responsable es la Dirección General de Salud de las Personas.

Artículo 2.- La Estrategia Sanitaria de Salud Bucal estará a cargo de un Coordinador Nacional, quien será nominado por Resolución Ministerial.

Justificación teórica

El Ministerio de Salud refiere que la condición de Salud Bucal en el Perú, atraviesa una situación crítica debido a la alta prevalencia de enfermedades Odontoestomatológicas, tenemos así que la prevalencia de caries dental es de 90%, enfermedad periodontal 85% y mal oclusión 80%, constituyendo un problema de salud pública. (Ministerio de Salud, 2015)

El análisis de la Morbilidad en el Perú según las atenciones en la consulta externa, realizada en el año 2008, obtuvieron como primera causa a las infecciones agudas de las vías respiratorias con el 30% del total de atenciones;

seguida por las afecciones dentales y periodontales (9.1%), las otras enfermedades infecciosas y parasitarias y sus secuelas (6.2%) y las enfermedades infecciosas intestinales (5.8%). Motivo por el cual la caries dental sigue siendo un problema de salud pública en muchos países en desarrollo y en las poblaciones desfavorecidas. En relación con la niñez (0 a 11 años), la morbilidad representó más del 45% del total de atenciones de consulta externa, siendo la primera causa de morbilidad las infecciones de las vías respiratorias agudas con más del 40%, seguida por debajo por las enfermedades infecciosas intestinales (8.6%). Posteriormente se encontraron otras causas como las afecciones dentales y periodontales (8.1%). (Ministerio de Salud, 2015)

Justificación metodológica

El presente estudio de investigación permite la intervención del profesional odontólogo en el diseño y conducción de programas de intervención sanitaria, impulsando un trabajo en equipo para la planificación, ejecución, programación y evaluación de las actividades de salud, necesarios para garantizar la atención más adecuada en la solución de los problemas relacionados con la salud integral del niño.

Justificación practica

La investigación en salud se puede definir como todo proceso dirigido a generar conocimiento sistemático y contrastar hipótesis dentro de las ciencias médicas, aunque no limitado a ellas, por cuanto se extiende además a las ciencias naturales y sociales, pero además cumple un rol fundamental en los procesos de formulación y evaluación de políticas, programas e intervenciones en salud. Con esta perspectiva la investigación en salud se considera también parte central de la gobernanza.

Justificación Administrativa en la gestión de los servicios de salud

La Gestión de Servicios de Salud debe brindar una oferta diferenciada que permita cubrir los problemas de salud pública de la comunidad de manera que a través de medidas de promoción y prevención se logre un autocuidado de la salud.

En este sentido, considerando que una mala dentición de los menores de 3 años es un problema de Salud Pública no visibilizado por el inadecuado control de los factores de riesgo de la enfermedad, es necesario considerar hacer el trabajo para determinar esta relación e insertar en los planes de Gestión de Servicios, ofertas diferenciadas para identificar y mitigar estos daños.

1.4. Problema

Problema general

¿Cómo se relacionan los conocimientos y las prácticas maternas de Higiene Bucal en niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid del Rímac, Junio 2014?

Problemas específicos

Problema específico 1

¿Cuáles son los niveles de conocimientos de Higiene Bucal de las madres de niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid del Rímac, Junio 2014?

Problema específico 2

¿Cuáles son las prácticas de Higiene Bucal de las madres de niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid del Rímac, Junio 2014?

1.5. Hipótesis

Hipótesis general

A un menor conocimiento de las madres de familia sobre higiene bucal, menores serán las prácticas correctas de la higiene bucal de los niños menores de 3 años de la Cuna Madrid del Rímac.

Hipótesis específica**Hipótesis específicas 1**

A menor conocimiento de las madres, menor es el porcentaje de hábitos de higiene bucal.

Hipótesis específicas 2

A menor conocimiento de las madres, menor es el uso de pastas dentales.

1.6. Objetivos**Objetivo general**

Determinar la relación entre los conocimientos y las prácticas maternas de Higiene Bucal en niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid. Rímac, Junio 2014.

Objetivos específicos**Objetivo específico 1**

Medir el nivel de conocimiento de Higiene Bucal de madres de niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid. Rímac, Junio 2014.

Objetivo específico 2

Identificar las prácticas de Higiene Bucal de madres de niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid. Rímac, Junio 2014.

II. Marco metodológico

2.1. Variables

Variable 1: Conocimiento de Higiene Bucal.

Variable 2: Práctica de Higiene Bucal.

Definición conceptual

Higiene Bucal: Son aquellas medidas de control de placa personalizada, que también incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias.

Producción de caries dental y sus mecanismos de producción.

Uso de Fluoruros

Utilización de elementos de Higiene Bucal

Práctica de Higiene Bucal: Conjunto coherente de acciones realizadas habitualmente, cuyo fin es realizar la remoción química y mecánica de la placa bacteriana, controlando su desarrollo.

Hábitos de Higiene Bucal

Uso de pastas dentales

2.2. Operacionalización de variables

Tabla 1

Conocimiento de Higiene Bucal

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
-Producción de caries dental y sus mecanismos de producción.	Porcentaje de aprobación del indicador seleccionado	1,2,3,4,5	-Adecuado : 80 a 100% -Inadecuado: menos de 80%
Uso de Fluoruros	Porcentaje de aprobación del indicador seleccionado	6,7,8,9,10	-Adecuado : 80 a 100% -Inadecuado: menos de 80%
Utilización de elementos de Higiene Bucal	Porcentaje de aprobación del indicador seleccionado	11,12,13,14,15	-Adecuado : 80 a 100% -Inadecuado: menos de 80%

Tabla 2

Práctica de Higiene Bucal

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
Hábitos de Higiene Bucal.	Porcentaje de aprobación del indicador seleccionado	16,17,18,19,20,21,22,23,24,25.	-Adecuado : 80 a 100% -Inadecuado: menos de 80%
Uso de pastas dentales	Porcentaje de aprobación del indicador seleccionado	26, 27, 28, 29, 30	-Adecuado : 80 a 100% -Inadecuado: menos de 80%

2.3. Metodología

Método Deductivo: Movimiento del conocimiento que va de lo general a lo particular. Guía el pensamiento del hombre a conclusiones regidas por diversas reglas generalizadas.

En la Ciencia contemporánea se emplea el método deductivo de investigación en la formulación de tesis de partida en una determinada teoría para deducir conclusiones a través del empleo metódico de las reglas de la Lógica. (Hernández, Fernández, Baptista, (1997).

2.4. Tipos de estudio o investigación

Los estudios correlacionales, pretender ver cómo se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí. (Hernández, Fernández, Baptista, (1997).

Nuestro estudio es básicamente Correlacional, porque nuestro estudio mide el grado de relación entre 2 variables (Conocimiento de Higiene Bucal y Práctica de Higiene Bucal) y finalmente se analiza la correlación. (Hernández, Fernández, Baptista, (1997).

2.5. Diseño del estudio

No experimental, porque se realiza sin manipular deliberadamente las variables, se observa el fenómeno tal y cómo se dan en su contexto natural para después

analizarlos; transversal porque se recolectan los datos en un sólo momento, en un tiempo único; descriptivo, para determinar la incidencia y poder medir este hecho en un grupo determinado y correlacional, nos va describir la relación entre las 2 variables en un momento de tiempo determinado, fundamentado en la hipótesis. (Melgar, 2003)

2.6. Población, muestra y muestreo

La Cuna Madrid del Rímac, es una institución educativa pública que presta un servicio de carácter integral a niños y niñas desde los 90 días hasta los 2 años y 11 meses de edad. Brinda al niño la posibilidad de desarrollarse en forma holística, equilibrada y oportuna, respetando su nivel de madurez, desarrollo y logros de aprendizaje (Directiva N° 073-2006-DINEBR-DEI).

La Cuna Madrid, está ubicada en la Calle Cecilia del Risco S/N en el distrito del Rímac, que pertenece a la UGEL 02 del Ministerio de Educación y alberga a 130 niños. El horario en la que asisten a la Cuna es de 08:00 am a 13:00 pm.

Se trabajará con el 100% total de las madres de familia que asistan a la charla de capacitación y autoricen la evaluación de su menor hijo de la Cuna Madrid del Rímac en el mes de Junio del 2014.

Tabla 3

Distribución por grupo etáreo

Estado de la madre	N	%
18 – 25	30	36.58
25 – 39	42	51.22
40 a más	10	12.2

Nota: Muestra obtenida de la base de datos del SPSS

Criterio de Inclusión

Todas las madres de familia que deseen participar de manera voluntaria en el estudio.

Criterio de exclusión

No se considera como aptos a las abuelas, tías, hermanas o papás que asistan a la charla y resuelvan el cuestionario. No participarán del estudio las madres que NO firmen el consentimiento informado autorizando la evaluación oral de los menores. No serán consideradas las madres que no llenen adecuadamente la encuesta.

Considerando los criterios de inclusión y exclusión nuestra muestra fue representada por 82 madres de niños menores de 3 años de la Cuna Madrid del Rímac.

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos implica las siguientes actividades vinculadas:

Seleccionar un instrumento de medición de los disponibles en el estudio del comportamiento o desarrollar uno. Este instrumento debe ser válido y confiable, de lo contrario no podemos basarnos en sus resultados. (Mayta, Caballero, 2015)

Aplicar ese instrumento de medición, es decir, obtener observaciones y mediciones de las variables que son de interés para nuestro estudio. (Mayta, Caballero, 2015)

Preparar las mediciones obtenidas para que puedan analizarse correctamente (codificación de los datos). (Mayta, Caballero 2015)

Técnicas de recolección de datos

Dentro de los tipos de instrumentos para la recolección de datos tenemos:

Escalas para medir las actitudes

Cuestionarios

Análisis del contenido

Observación

Prueba e inventarios estandarizados

Sesiones de profundidad

Los Cuestionarios, es el instrumento mas utilizado para recolectar los datos. Un cuestionario consistee en un conjunto de preguntas respecto a una o varias variables a medir. (Hernández, Fernández, Baptista, 1997)

Las preguntas de un cuestionario pueden ser “cerradas” o “abiertas”, las preguntas cerradas contienen alternativas de respuestas que han sido delimitadas. Las preguntas abiertas son particularmente útiles cuando no tenemos información sobre las posibles respuestas de las personas o cuando esta información insuficiente. (Hernández, Fernández, Baptista, 1997)

Las preguntas deben ser claras y comprensibles para los encuestados.

Las preguntas no deben incomodar a los encuestados.

Las preguntas deben referirse a un sólo aspecto o relación lógica.

Las preguntas no deben inducir las respuestas.

Las preguntas no pueden apoyarse en instituciones, ideas respaldadas socialmente ni en evidencia comprobada.

En las preguntas con varias alternativas los encuestados solo tienen que elegir una respuesta.

El lenguaje utilizado en las preguntas debe ser adaptado a las características del encuestado.

Instrumentos

Los instrumentos de recolección de datos deben reunir dos requisitos esenciales: confiabilidad y validez. La confiabilidad se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados, se determina mediante diversas técnicas. La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. La validez es una cuestión más compleja que debe alcanzarse en todo instrumentos de medición que se aplica. (Hernández, Fernández, Baptista, 1997)

2.8. Métodos de análisis de datos

Se realizó un análisis cuantitativo, los datos se presentan en forma numérica. En los análisis descriptivos de la información se elaboró las tablas de frecuencias relativas y absolutas para las variables.

En el análisis bivariado ligado a la hipótesis, en el que se incluyó el cruce de la variable 1: conocimiento de higiene bucal, con las dimensiones de la variable 2: práctica de higiene bucal, hábitos de higiene bucal y uso de las pastas dentales a través de la prueba de coeficiente de correlación de datos de Spearman.

III. Resultados

3.1. Resultados

En la Tabla 1 se puede observar que las madres que participaron en el estudio; la edad mínima fue de 18 años en tanto que la edad máxima fue de 42 años. La edad media fue de 27,91 años y con una desviación estándar de 5,352.

Tabla 4

Edad de las madres de los niños de la Cuna Madrid que respondieron la encuesta, Rímac – Junio 2014

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	82	18	42	27,91	5,352
N válido (por lista)	82				

En la Tabla 2 se observa el grado de instrucción de las madres de los niños de la Cuna Madrid que respondieron la encuesta del estudio del cual el 4.88% tienen educación primaria, el 53.66% tienen educación secundaria y el 41.46% tienen un grado de instrucción Superior.

Tabla 5

Grado de Instrucción de las madres de los niños de la Cuna Madrid que respondieron la encuesta, Rímac – Junio 2014

Grado de instrucción	Frecuencia	
	Nro.	%
Primaria	4	4.88
Secundaria	44	53.66
Superior	34	41.46
Total	82	100

En la Tabla 3 se puede observar que del total de madres entrevistadas menores de 25 años el 40.74% tiene conocimientos adecuados de higiene bucal, el 28.57% posee conocimientos inadecuados; el 33.33% realiza prácticas adecuadas, el 36.71% realiza prácticas inadecuadas. En relación a las madres mayores de 25 años el 59.26% tiene conocimientos de higiene bucal adecuado, el 71.43% tiene conocimientos inadecuados; el 66.67% realiza prácticas adecuadas y el 63.29% realiza prácticas de higiene bucal inadecuadas.

Tabla 6

Conocimientos y Prácticas de Higiene Bucal y su relación con la Edad de las Madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014.

Edad de la madre	Conocimientos				Prácticas			
	Adecuado	%	Inadecuado	%	Adecuado	%	Inadecuado	%
18 a 25 años	22	40.74	8	28.57	1	33.33	29	36.71
26 a más	32	59.26	20	71.43	2	66.67	50	63.29
	54	100	28	100	3	100	79	100

En la Figura 1 se evaluó la variable 1: Conocimientos de higiene bucal y su primera dimensión: caries y su mecanismo de producción; se observó que del total de madres entrevistadas el 87.8% de ellas conocían qué es la caries dental, el 59.8% sabían el porqué de la producción de la caries dental, el 48.8% conocía que la caries es contagiosa y producida por bacterias, mientras que un 64.6 % respondió correctamente sobre el contenido de la Placa Bacteriana.

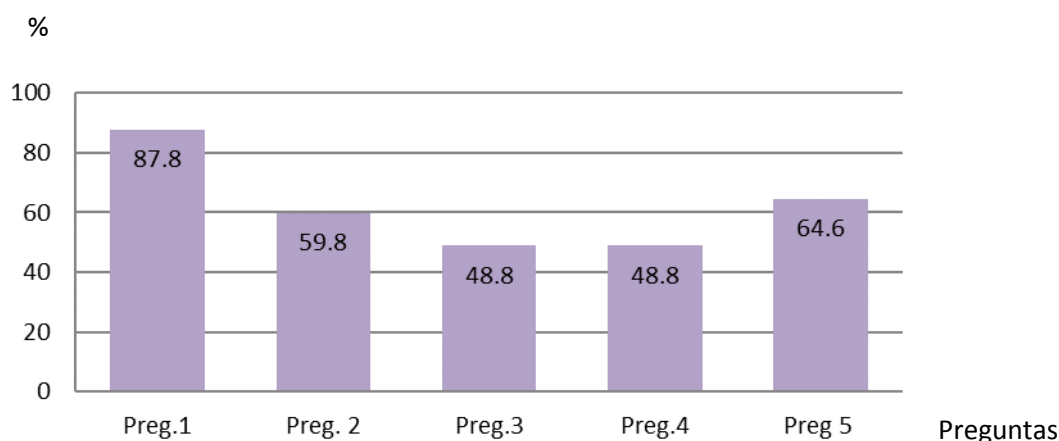


Figura 15. Respuestas correctas de la encuesta sobre la Dimensión Caries y su Mecanismo de Producción de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014.

En la Figura 2 se evaluó la segunda dimensión, uso de fluoruros, se observó que del total de madres entrevistadas el 79.3% consideran que el uso del Flúor reduce la caries dental, el 28% conoce sus beneficios, el 25.6% sabe desde qué edad es importante usar la pasta dental, el 41.5% considera que es importante usar la pasta dental fluorada y el 47.6% considera que las pastas dentales de los niños son diferentes que las pastas dentales de los adultos por su contenido de Flúor

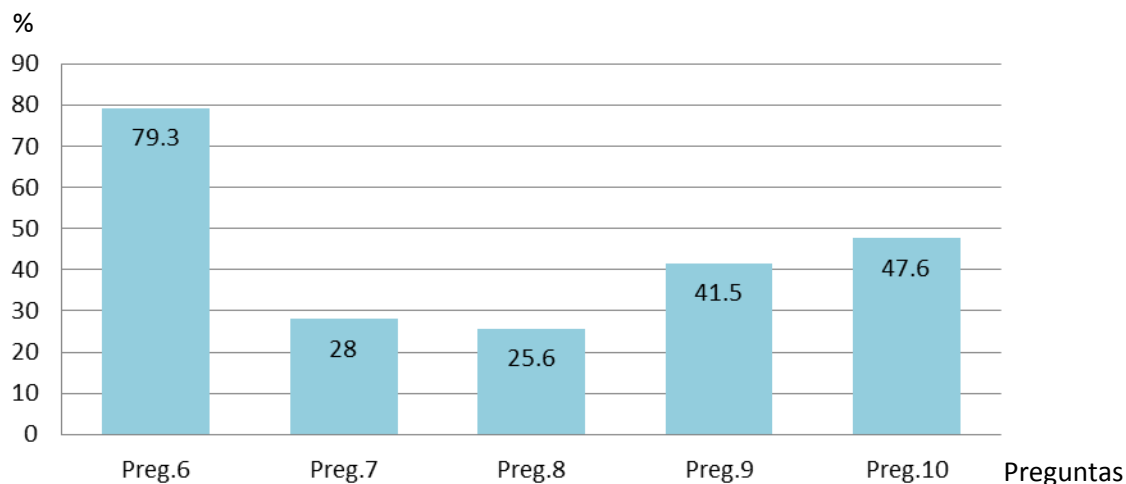


Figura 16. Respuestas correctas de la encuesta sobre la Dimensión Uso de Fluoruros de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014.

En la Figura 3 se evaluó la tercera dimensión, utilización de elementos de higiene bucal, se observó que del total de madres entrevistadas que sólo el 6.1% de las madres encuestadas conocen desde cuándo deben iniciar la higiene bucal del menor, sin embargo el 100% considera que el cepillado se debe realizar después de cada comida. El 74.4% conoce cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental, pero sólo el 4.9% sabe que el cepillado más importante de todo el día es el nocturno. El 53.7% de las madres encuestadas considera que el uso de hilo dental ayuda en la higiene bucal del niño.

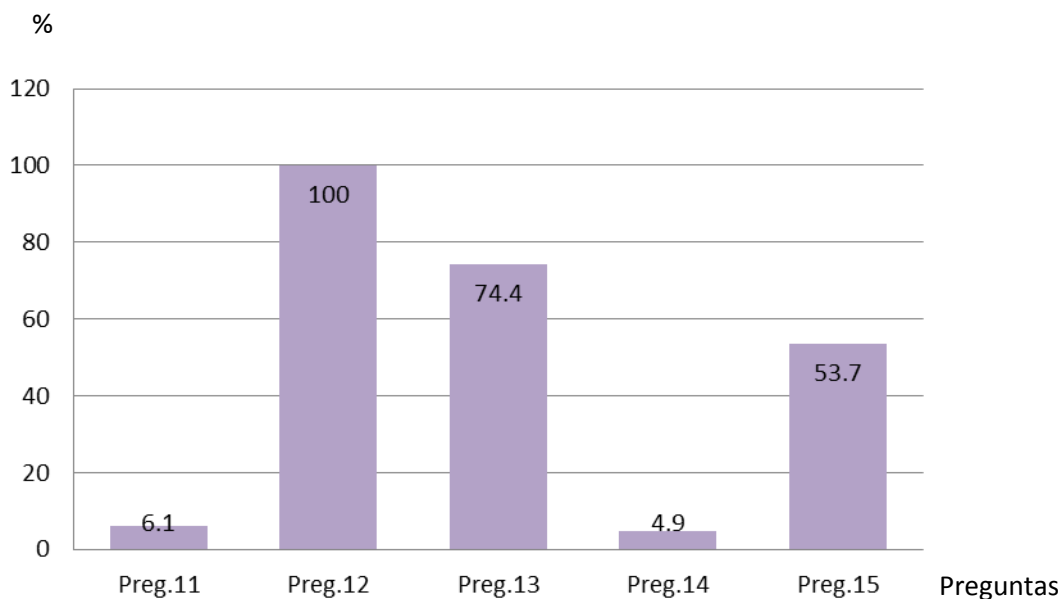


Figura 17. Respuestas correctas de la encuesta sobre la Dimensión Utilización de Elementos de Higiene Bucal de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014.

En la Figura 4 se evaluó la variable 2: Prácticas de higiene bucal y su primera dimensión: hábitos de higiene bucal, se observó que del total de madres entrevistadas sólo el 4.9% de ellas empezaron la higiene bucal en el momento ideal, que es al nacer, el 62.2% de ellas, realizan la higiene bucal de su hijo, el 18.3% lo realiza con una frecuencia correcta, y con respecto a quién le enseñó a realizar la higiene bucal de su hijo, el 22% señala que fue un profesional de salud. El 56.1% de las madres encuestadas realiza la higiene bucal con pasta y cepillo dental, pero sólo el 1.2% usa enjuague bucal y peor aún, el 0%, es decir nadie utiliza el Hilo dental en la higiene bucal de sus hijos. El 19.5% de las madres encuestadas han elegido los cepillos dentales por indicación del dentista, mientras que el 74.4% cambia cada 3 meses el cepillo usado por uno nuevo. Finalmente, el 68.3% de las madres realizan la higiene bucal de sus hijos antes de dormir en la noche.

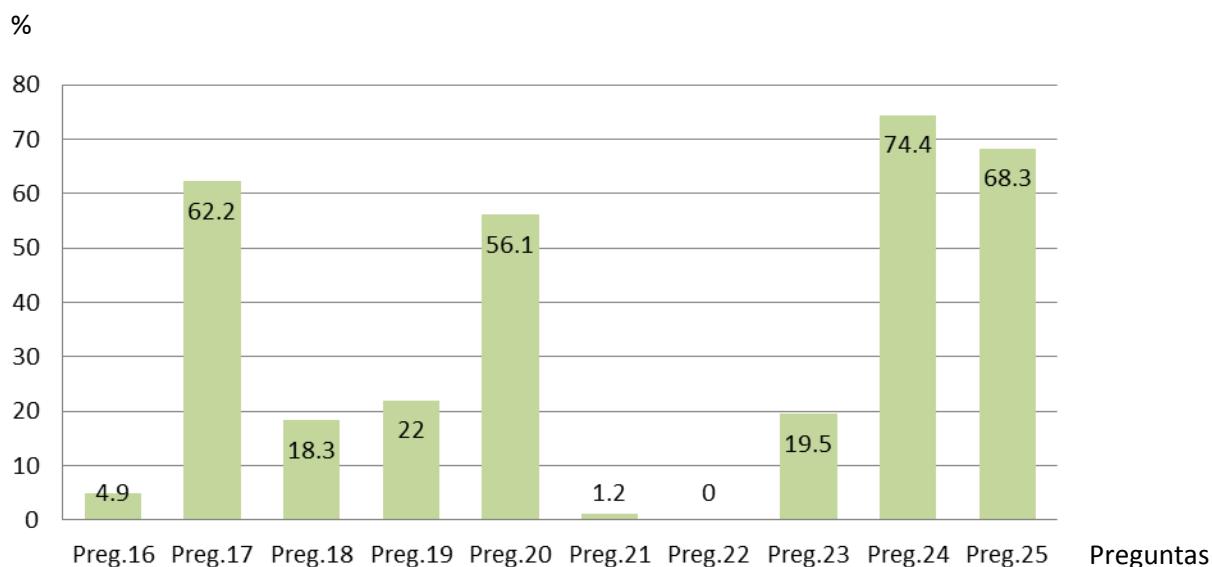


Figura 18. Respuestas correctas de la encuesta sobre la Dimensión Hábitos de Higiene Bucal de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014.

En la Figura 5 evaluó la segunda dimensión: uso de pastas dentales, se observó que del total de madres entrevistadas el 70.7% de las madres usan pasta dental en la higiene bucal de sus hijos, el 13.4% usan la pasta ideal, que es la indicada por el dentista, el 56.1% de la madres colocan la pasta dental sobre el cepillo dental del menor, mientras que sólo el 9.8% de ellas usan la cantidad adecuada de pasta dental y finalmente el 18.3% la usan 3 a más veces al día.

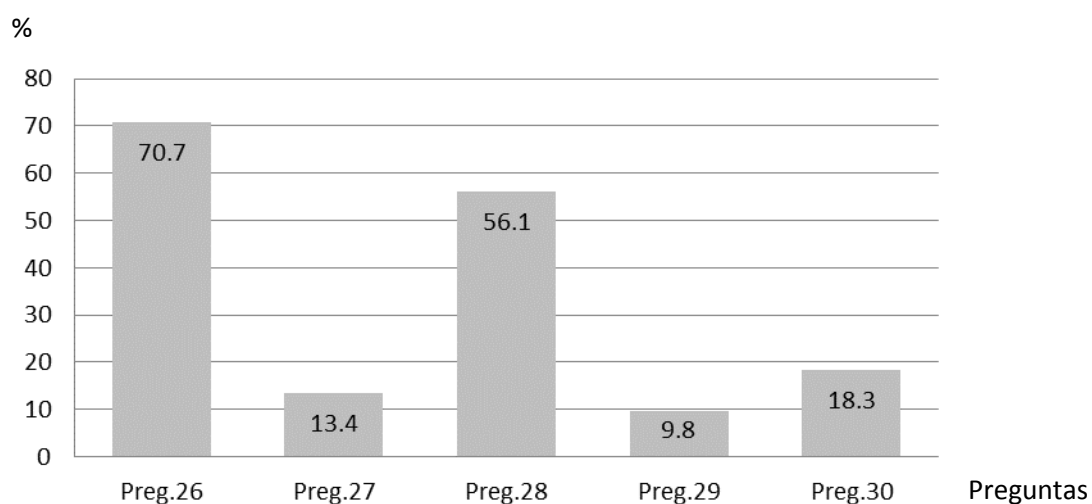


Figura 19. Respuestas correctas de la encuesta sobre la Dimensión Uso de Pastas Dentales de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014

En la Tabla 4 se obtuvo como resultado que de las madres encuestadas que estudiaron la primaria sólo una conocía que se debe iniciar la Higiene Bucal desde el nacimiento y sólo una inició la Higiene Bucal de su hijo desde el nacimiento de éste.

De las madres encuestadas que estudiaron hasta la Secundaria, sólo una conocía que se debe iniciar la Higiene Bucal desde el nacimiento y 2 de ellas iniciaron la Higiene Bucal de su hijo desde el nacimiento de éstos, 32 de las madres iniciaron la Higiene Bucal al salir el primer diente de su hijo. De las madres encuestadas que tienen un grado de instrucción Superior, 3 de ellas conocían que se debe iniciar la Higiene Bucal desde el nacimiento, pero sólo una lo inició desde ese momento, mientras que 24 lo inició al salir el primer diente.

Tabla 7

Grado de Instrucción y el inicio de la Higiene Bucal - Conocimiento y Práctica de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014

Grado de instrucción	Conocimiento			Práctica		
	No	A veces	SI	Malo	Regular	Bueno
Primaria	3	0	1	0	3	1
Secundaria	27	16	1	10	32	2
Superior	17	14	3	9	24	1
Total	47	30	5	19	59	4

En la Tabla 5 se obtuvo que de las madres encuestadas que estudiaron sólo la Primaria, 2 de ellas, sí consideran que el uso de Hilo dental ayuda en la Higiene Bucal sin embargo ninguna lo usa. De las madres encuestadas que tienen un grado de instrucción Secundaria y Superior 25 y 17 respectivamente consideran que el uso de Hilo dental ayuda en la Higiene Bucal sin embargo tampoco ninguna lo usa.

Tabla 8

Grado de Instrucción y Uso de Hilo Dental - Conocimiento y Práctica de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014

Grado de Instrucción	conocimiento			Práctica		
	No	A veces	SI	Malo	Regular	Bueno
Primaria	0	2	2	3	1	0
Secundaria	1	18	25	39	5	0
Superior	0	17	17	30	4	0

En la tabla 6 se obtuvo que de las madres encuestadas que estudiaron Primaria y Secundaria ninguna consideraban que el cepillado más importante de todo el día es antes de acostarse y 4 de ellas con un grado de instrucción superior, consideraban el cepillado nocturno como el más importante.

De las madres encuestadas que estudiaron Primaria, sólo una realiza la higiene bucal antes de dormir. De las que tienen como grado de instrucción la secundaria, 31 la realizan y de las que tienen como grado de instrucción superior, 24 lo realizan.

Tabla 9

Grado de Instrucción y la Higiene Nocturna - Conocimiento y Práctica de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014

Grado de instrucción	Conocimiento			Práctica		
	No	A veces	SI	Malo	Regular	Bueno
Primaria	2	2	0	0	3	1
Secundaria	16	28	0	0	13	31
Superior	12	18	4	0	10	24
Total	30	48	4	0	26	56

En la tabla 7 se encontró que de las madres encuestadas que consideran que el uso del flúor reduce la caries dental 2 tiene educación primaria, 37 tienen educación Secundaria y 26 poseen educación superior. Con respecto al uso de enjuague bucal con Flúor sólo una madre lo ha usado tiene un grado de instrucción secundaria.

Tabla 10

Grado de Instrucción y Enjuague de Flúor - Conocimiento y Práctica de las madres de los niños de la Cuna Madrid, Rímac – Junio 2014

Grado de Instrucción de la Madre	conocimiento				Práctica	
	No	A veces	SI	Malo	Regular	Bueno
Primaria	1	1	2	4	0	0
Secundaria	0	7	37	39	4	1
Superior	2	6	26	33	1	0
Total	3	14	65	76	5	1

3.2. Resultados específicos

En la presente Tabla 8 se observó que del total de las madres encuestadas el 65.85% tiene un nivel de conocimiento adecuado y un 34.15% inadecuado sobre Higiene Bucal.

Tabla 11

Nivel de Conocimientos sobre Higiene Bucal de las madres de niños de la Cuna Madrid- Rímac, Junio 2014

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	
	Nro.	%
Adecuado	54	65.85
Inadecuado	28	34.15
Total	82	100

En la Tabla 9 se observó que del total de mujeres que participaron en el estudio el 96% realizan una práctica de higiene bucal inadecuada en tanto que sólo el 4% realizan una adecuada.

Tabla 12

Nivel de Prácticas de las madres de los niños de la Cuna Madrid- Rímac, Junio 2014

Nivel de Práctica	Frecuencia	
	Nro.	%
Adecuado	3	3.66
Inadecuado	79	96.34
Total	82	100

Casos

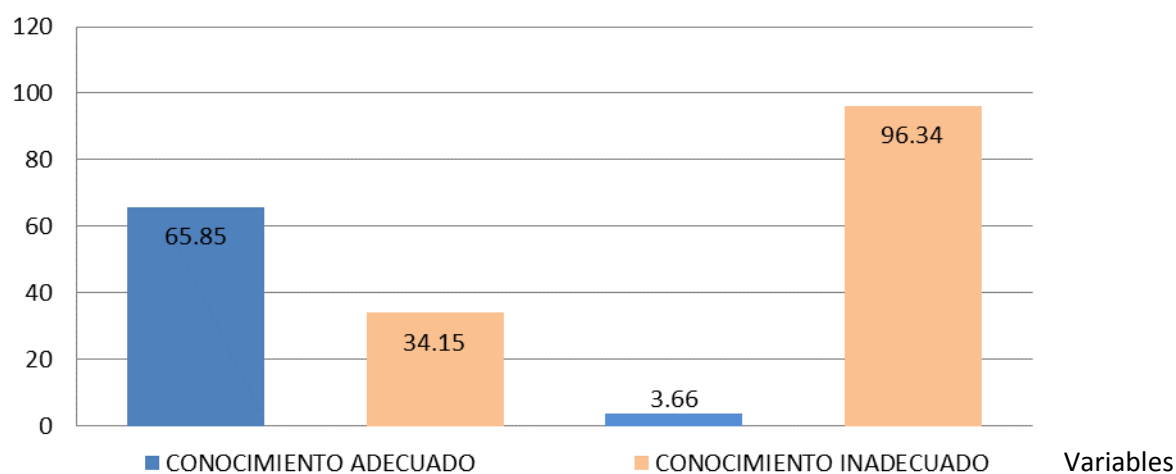


Figura 20. Nivel de Conocimientos y Prácticas Maternas sobre Higiene Bucal de las madres de niños de la Cuna Madrid- Rímac, Junio 2014

Tabla 10, al realizar la prueba de Coeficiente de Correlación de datos de Spearman, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que el nivel de conocimientos y la práctica de Higiene bucal de las madres de niños que acuden a la Cuna Madrid del Rímac No están relacionados.

Tabla 13

Coefficiente de Correlación de datos de Spearman

			suma conocimiento	suma practica
Rho de Spearman	suma conocimiento	Coefficiente de correlación	1.000	.339(**)
		Sig. (bilateral)	.	.002
		N	82	82
	suma practica	Coefficiente de correlación	.339(**)	1.000
		Sig. (bilateral)	.002	.
		N	82	82

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Base de Datos del SPSS

IV. Discusión

La Higiene Bucal como medida preventiva de enfermedades bucodentales y del mantenimiento de la salud general y bucal del individuo, no están bien aprendidas en la población, por lo que es necesario modificar y actualizar las enseñanzas que la involucran.

En el estudio realizado por Teixeira (2010), se evaluó el Nivel de Conocimiento de Madres sobre Higiene Bucal en niños de 0 a 3 años en el Hospital Materno Infantil San Pablo en Paraguay, y sus resultados revelaron que el 85% tuvieron un nivel inaceptable en cuanto a conocimientos sobre higiene bucal en bebés y tan sólo 1% tuvo el nivel de conocimientos bueno, a diferencia de nuestro estudio en el cual encontramos que el 65.85% de las madres encuestadas presenta un nivel de conocimientos de higiene bucal adecuado y sólo el 34.15% es inadecuado.

En relación con el momento de inicio de la higiene de los dientes del bebé, el 48% menciona que inició después de la erupción de los primeros dientes, similar a nuestros resultados obtenidos el cual demostró que el 59% lo realiza luego de erupcionar el primer diente.

En nuestro estudio se encontró que en la práctica de higiene bucal el 62.2% lo realiza a veces y el 37.8% lo realiza siempre, a diferencia de Teixeira, quien demuestra que el 50% de madres lo realiza. Resultados obtenidos en el estudio de Mairobys (2007), sobre Hábitos de higiene bucal y el nivel socio-económico de niños entre 15 y 20 meses obtuvo que el 37.5% tenía algún tipo de cuidado bucal. (Mairobys, Gómez, Torres, Acevedo, Rojas, (2007)

Franco (2003), sobre Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de seis años de las ciudades de Bogotá, Medellín, Cartagena y Manizales, se tuvo como muestra 243 madres o personas adultas responsables de los niños. Los resultados demostraron que el 60% de las madres afirman haber recibido información sobre cómo cuidar los dientes de sus hijos, en nuestro estudio encontramos que el 65.85% de las madres tiene conocimientos adecuados sobre la higiene bucal de sus hijos.

Respecto al inicio del cepillado el 56% de las madres del estrato alto empezaron a cepillar al niño antes de cumplir el primer año de vida, el 59% de las de estrato bajo empezaron después del primer año, a diferencia de nuestros resultados en el cual sólo el 4.88% inició la higiene de su niño antes del primer año, el 71.95% lo inició al aparecer el primer diente y el 23.17% aún no empieza.

El 89.3% de los niños usa crema dental para cepillarse, el 35.5% empezó a usarla antes del primer año de vida y sólo una baja proporción, 10.8% lo hizo a partir del tercer año. En relación con nuestro estudio en el cual el 70.73% utiliza la pasta dental en la higiene bucal de sus hijos todos los días y el 25.60% considera que se debe iniciar el uso de la pasta dental al aparecer el primer diente.

El 71% de las mujeres contestaron que nunca han recibido información sobre la cantidad y tipo de crema dental que debe usar para el cepillado del niño, en nuestro estudio obtuvimos que sólo el 9.8% de las madres aplica la cantidad adecuada de pasta dental, y el 13.4% utiliza la pasta dental adecuada en sus hijos. Respecto a los beneficios del flúor el 14.0% de ellas no sabe para qué sirve el Flúor, a diferencia de nuestro estudio en el cual el 28% sí conoce los beneficios del Flúor y considera que sirve para fortalecer los dientes.

Referente al uso de pastas dentales encontramos que el 70.7% de las madres encuestadas usan pastas dentales en la higiene de sus hijos, similares resultados demuestran los estudios de Mairobys cuyo 76.2% de las madres usaban pastas dentales, mientras que Franco (2003) en su estudio de Conocimientos y Prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de seis años, en Colombia demuestra que el 89.3% la usa

Estudios realizados por Benavente (2010) sobre el 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, que acuden a establecimientos hospitalarios del MINSA y de ESSALUD, en el departamento de Lima-Perú obtuvieron una muestra constituida por madres con sus hijos menores de 5 años de edad (n=143). El 60% de las madres del estudio tiene educación secundaria, de las cuales 68.5% de

ellas poseen un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal. En relación con nuestro estudio, el 53.66% posee un grado de instrucción secundaria, de las cuales 31% madres poseen conocimientos de salud bucal adecuados.

En el estudio de Castañeda et al. (2011), sobre los factores de riesgo como hábito de higiene bucal, hábitos dietéticos y forma de transmisibilidad microbiana, se reportó que el 28.7% de las madres no realiza la higiene bucal de sus hijos después de ingerir alimentos, a diferencia de nuestro estudio en el cual se obtuvo como resultado que el 11% tampoco lo realiza.

En el estudio realizado por Saavedra (2011) sobre la relación entre prevalencia de Caries de Aparición Temprana (C.A.T.) en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el Hospital "Marino Molina Scippa", se realizó una encuesta sobre nivel de conocimientos en salud bucal y se obtuvo que el 50.8% tiene un nivel de conocimiento bajo, el 49.2% presenta nivel de conocimiento regular y el 0% presenta un buen conocimiento sobre salud bucal a diferencia de nuestro estudio en el cual el 65.85% posee un nivel de conocimientos adecuados y el 34.15% posee un conocimiento inadecuado.

En el estudio realizado por Tello en el 2001, sobre la prevalencia de caries y su relación con los hábitos alimentarios y de higiene bucal en los niños de 6 a 36 meses de edad que acudieron para Atención Odontológica a la Clínica de Bebés de la Facultad de Estomatología de la U.I.G.V. se evaluó la presencia de caries dental en 234 niños. Respecto a la higiene bucal se encontró que el 6.84% limpiaban los dientes a veces, el 17.95% limpiaban 1 vez, el 20.08% limpiaban 2 veces y que el 21.37% limpiaban 3 veces por día. Respecto a la Higiene nocturna se encontró que el 17.95% de los niños se dormían con la boca limpia. En relación con nuestro estudio encontramos que el 18.30% realiza la higiene bucal 3 veces al día, el 70.73% lo realiza 2 veces al día y el 10.97% no lo realiza nunca. El 68.30% realiza la higiene bucal de su niño antes de dormir.

V. Conclusiones

Primero. Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de Higiene Bucal de las madres y la práctica de Higiene Bucal realizada al menor. El nivel de conocimiento se encuentra dentro de los niveles inadecuados, con un porcentaje de 34.15%; igualmente las prácticas de higiene bucal que realizan las madres presentan un nivel inadecuado, con un porcentaje de 3.66%, en ambas variables los porcentajes no alcanzan los niveles mayores a 80% para estar considerados dentro del rango como adecuados.

Segundo. Al realizar el coeficiente de correlación de Spearman para la variable 1 “Conocimientos de las madres en salud bucal” con la dimensión 1 de la variable 2 “Hábitos de higiene bucal”, se rechaza la hipótesis nula H_0 : A menor conocimiento de las madres, mayor es el porcentaje de hábitos de higiene bucal.

Tercero. Al realizar el coeficiente de correlación de Spearman para la variable 1 “Conocimientos de las madres en salud bucal” con la dimensión 2 de la variable 2 “Uso de pastas dentales”, se rechaza la hipótesis nula H_0 : A menor conocimiento de las madres, mayor es el uso de pastas dentales.

Cuarto. El mayor porcentaje del nivel de conocimiento de Higiene bucal de las madres, (66% es adecuado), se debe a que existen mayores respuestas correctas en la dimensión 1, siendo la pregunta 1: ¿Considera Ud. que la Caries Dental es una enfermedad? tuvo un 87.8% de respuestas correctas y en la dimensión 3, la pregunta 12: ¿Considera Ud. que el cepillado dental se debe realizar después de cada comida? tuvo el 100% de respuestas correctas.

Quinto. Las prácticas de higiene bucal que las madres de nuestro estudio realizan en sus niños son inadecuadas con un total del 96%, evidenciándose en el mal uso de los todos los elementos de higiene

bucal, es decir, el hilo dental, la pasta dental, el cepillo dental y los enjuagatorios de Flúor.

Sexto. La pasta dental es la herramienta de Higiene Bucal más usada (70.7%) sin embargo su práctica es inadecuada ya sea en la cantidad a usar (sólo el 9.8% usa la cantidad correcta) y en el tipo de pasta a usar (el 13.4% usa la pasta indicada por el especialista).

Séptimo. los elementos de higiene bucal menos usados por las madres para realizar la higiene bucal de sus hijos son el Hilo dental el cual obtuvo como resultado el 0% ya que ninguna de las madres lo utiliza, y los enjuagues con Flúor, que tan sólo es usado por una madre representando el 1.2%.

Octavo. Existe una gran diferencia entre los conocimientos y la práctica de la utilización del hilo dental, ya que el 54% de las madres (44) considera que es una ayuda para la higiene bucal, pero ninguna lo utiliza en sus hijos.

Noveno. En relación a los hábitos de higiene bucal, referentes al inicio solo 4 madres (4.88%) respondieron que iniciaron la higiene bucal de sus hijos al nacer.

Décimo. La higiene bucal nocturna, la más importante del día, no es practicada por todas las madres (68.3%) lo que favorece al aumento del riesgo de Caries dental.

Décimo primero. El uso del Flúor representa un elemento en la higiene bucal importante para la prevención de la Caries Dental, sin embargo sólo el 28% de las madres conoce sus beneficios.

VI. Recomendaciones

- Primero.** Plantear modelos de intervención temprana mediante actividades de práctica odontológica de tipo preventivo promocional de los niños y niñas en la etapa temprana de su desarrollo, desde los primeros meses de vida, hasta los 3 años.
- Segundo.** Involucrar en la acción oportuna a los padres y maestros de las Cunas para una mayor motivación e incentivo en la estimulación de la higiene oral en esta etapa de la vida.
- Tercero.** Aplicar la encuesta del nivel de conocimientos y prácticas de Higiene Bucal a los docentes y auxiliares de las Cunas, para asegurar su correcta capacitación.
- Cuarto.** El equipo odontológico de las Cunas deberá implementar el Índice de Higiene Oral de los niños de manera periódica para poder sentar las bases de la mejora de su higiene bucal y evaluar el desarrollo de ésta.
- Quinto.** Modificar la forma de enseñanza a los Profesores, incluyendo la manera demostrativa, a fin de lograr un eficaz aprendizaje en la utilización de las herramientas de Higiene Bucal en la primera infancia.
- Sexto.** Incluir talleres prácticos sobre higiene bucal con los padres y sus hijos en los Programas de Prevención y Promoción, para que observen los resultados inmediatos que se obtiene al utilizar de forma correcta, las herramientas de higiene bucal, la misma que debe ser impartida en un lenguaje simple.
- Séptimo.** Capacitar a los docentes de las Cunas para que incluyan en su currícula, un capítulo sobre cuidado y limpieza de higiene bucal, y sus temas afines.

VII. Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá, Bogotá Positiva, Gobierno de la Ciudad. (2010). *Guía de práctica clínica en salud oral*. Bogotá.
- Anticona C. (2006). *Nivel de conocimiento y actitud sobre caries de la primera infancia de los médicos pediatras del Instituto Especializado de Salud del Niño*.
- Arango, M., Baena, G. (2004). *Caries de la Infancia Temprana y factores de riesgo*. Revisión de la Literatura. *Revista Estomatológica* 12 (1) 59-64
- Asociación Peruana de Odontología para bebés. (2007). *Propuestas para la Salud Bucal del Infante en América Latina y el Caribe*. Declaración Lima- Perú – Mesa de Concertación N° 3. Dieta e Higiene Bucal para el Infante.
- Benavente, L., Chein, S., Campodónico, C. (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*. 15(1), 14-18
- Bolaños, J. (2013). *Caries de Aparición Temprana y parálisis cerebral espástica*. *Actualidad Odontológica de Salud*. 10 (2) 33-35.
- Castañeda, M., Maita, M., Romero, M. (2011). *Factores de riesgo para caries dental en infantes de 6 a 36 meses atendidos en la Clínica del Niño, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2007*. *Odontología San Marquina*. 14(1), 1-3.
- Delgado. R, (2012). *Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna – Huancavelica*.
- Franco, M., Jimenez, J. (2003). *Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de 6 años*. *Revista CES Odontología* 16 (1) 27-33.
- Guillén, C. Huapaya, O., Loayza, R., Torres, G., Chein, S., Garibay, P., Anticona C., Pum, J. (2004). *Odontología para el Bebé: Modelo de Atención en Salud Pública- Perú (Parte 1)*. *Odontología Sanmarquina* Vol. 8 (2).

- Hernández R, Fernández C, Baptista P, (1997) *Metodología de la Investigación*. McGraw- Hill Interamericana de México- México.
- La Torre M. (2001). *Gestantes primíparas y conocimiento del cuidado de salud Bucal Infantil en el Hospital Nacional Hipólito Unanue*. Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista. UPSMP.
- Lavell, P.,Allan, I. (2001). *Sobre la Gestión del Riesgo: Apuntes hacía una definición*. Revista Scripta Nova.
- Mairobys, S., Gómez, D., Torres, J., Acevedo, A., Rojas, F. (2007). *Hábitos de higiene bucal y el nivel socio-económico de niños entre 15 y 20 meses de edad Acta odontológica*. Venezolana. 45 (2).
- Mayta, F., Caballero, S. (2015). Yo también puedo investigar. Consorcio Gráfica Peruvian Express, UPCH. 21-27.
- Meléndez, M. (2007). *Conocimiento y hábitos en higiene bucal de usuarios que acuden a la clínica odontológica del centro de salud Juan Manuel Morales, Blue Fields – RAAS III Trimestre 2007*. Universidad Nacional de Nicaragua Managua.
- Melgar, R. (2003). *de la infancia temprana según determinantes sociodemográficos, conductuales, nutricionales y relacionados a la transmisión de microorganismos*. Boletín de la Asociación Argentina Odontológica. 32(3), 8-15.
- Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. (2010). *Análisis de La Situación de Salud del Perú*.
- Morales, K., Alvarez, M., Marroquín, W., Pineda, B., Cobar, N., Moscoso, M. (2011) *Caries de la Temprana Infancia (CIT) Caries de la Temprana Infancia Severa (CTIS)*. Universidad San Carlos de Guatemala Facultad de Odontología -Odontología Socio Preventiva II.
- OMS. (1992). *Avances Recientes en Salud Bucodental. Informe de Comité de Expertos de la OMS*. Informe técnico N° 826. Ginebra, 7-8.

- Palma, C, Cahuana, A, Gómez, L. (2010). Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. *Acta Pediátrica Española*. 68(7), 351-357.
- Saavedra, N. (2011). *Prevalencia de Caries de Infancia Temprana en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre Salud Oral de madres en el hospital "Marino Molina Scippa"*.
<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NORINOEMISAAVEDRAPADILLA.pdf>
- Teixeira, P, Vázquez, C. (2010) *Nivel de Conocimiento de madres sobre Higiene Bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo. Paraguay. Rev. Salud Pública Paraguaya; Vol. 1 (1): 3-12*
- Tello, P. (2001). *Estudio epidemiológico de la prevalencia de caries y su relación con los hábitos alimentarios y de higiene bucal en los niños de 6 a 36 meses de edad.* http://www.ceo.com.pe/005_revista_art01.htm
- Villena, R. (2000). *Investigación de la técnica transversal de la aplicación de dentífrico fluorado en niños pequeños.* *Revista pediátrica; Vol. 22 (4): 312-17.*

Apéndices

Apéndice 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Conocimientos y prácticas maternas de Higiene Bucal en niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid. Rímac, Junio 2014.

AUTOR: Br. María Angélica Fry Oropeza - Br. Carmen Magdalena Ramírez Aguilar

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores			
<p>Problema principal ¿Cómo se relacionan el conocimiento y las prácticas de la Higiene Bucal en niños menores de 3 años de la Cuna Madrid. Rímac. Junio 2014?</p> <p>Problemas secundarios -¿Cuáles son los niveles de conocimiento de Higiene Bucal de las madres de los niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid. Rímac, Junio 2014?</p> <p>-¿Cuáles son las prácticas de Higiene Bucal de las madres de los niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid. Rímac, Junio 2014?</p>	<p>Objetivo general Describir los conocimientos y prácticas de Higiene Bucal de madres de niños menores de 3 años de la Cuna Madrid del Rímac.</p> <p>Objetivos específicos Determinar si existe correlación entre la variable 1 y la dimensión 1 de la variable 2</p> <p>Determinar si no existe correlación entre la variable 1 y la dimensión 1 de la variable 2</p>	<p>Hipótesis general A menor conocimiento de las madres de familia sobre higiene bucal menores serán las prácticas correctas de la higiene bucal de los niños menores de 3 años de la Cuna Madrid del Rímac.</p> <p>Hipótesis específicas H₀: A menor conocimiento de las madres, mayor es el porcentaje de hábitos de higiene bucal. H_a: A menor conocimiento de las madres, menor es el porcentaje de hábitos de higiene bucal. H₀: A menor conocimiento de las madres, mayor es el uso de pastas dentales. H_a: A menor conocimiento de las madres, menor es el uso de pastas dentales.</p>	VARIABLE 1: CONOCIMIENTOS DE HIGIENE BUCAL			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles rangos
			Producción de caries dental y sus mecanismos de producción.	Porcentaje de cumplimiento	Definición (3 preguntas) Mecanismo de producción (2 preguntas)	Adecuado : 80 a 100% Inadecuado: menos de 80%
			Uso de Fluoruros	Porcentaje de cumplimiento	Existencia o no de beneficios (2 preguntas) Uso en niños a través de pastas dentales (3 preguntas)	Adecuado : 80 a 100% Inadecuado: menos de 80%
			Utilización de elementos de Higiene Bucal	Porcentaje de cumplimiento	Edad de inicio (1 pregunta) Frecuencia de cepillado (1pregunta) Características del cepillo e Hilo dental (3preguntas)	Adecuado : 80 a 100% Inadecuado: menos de 80%
			Variable 2: Prácticas de Higiene Bucal			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles rangos
			Hábitos de Higiene Bucal	Porcentaje de cumplimiento	Inicio de higiene (1 pregunta) Frecuencia y ejecución (2 preguntas) Técnica de higiene enseñada (1 pregunta) Uso otras herramientas higiene (2 preguntas) Uso de Hilo Dental (1 pregunta) Elección cepillo de dientes (2 preguntas) Higiene Bucal Nocturna (1 pregunta)	Adecuado : 80 a 100% Inadecuado: menos de 80%
			Uso de pastas dentales	Porcentaje de cumplimiento	Uso y tipo de pasta dental 5	Adecuado : 80 a 100% Inadecuado: menos de 80%

Tipo y diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar
<p>Método: Deductivo Conocimiento que va de lo general a lo particular.</p> <p>Metodología: Cuantitativa Nos permite examinar los datos en forma numérica.</p> <p>TIPO: Descriptivo, correlacional</p> <p>DISEÑO: No Experimental, transversal, descriptivo</p>	<p>POBLACIÓN: La Cuna Madrid del Rímac, es una institución educativa pública que presta un servicio de carácter integral a niños y niñas desde los 90 días hasta los 2 años y 11 meses de edad.</p> <p>MUESTRA: Se trabajará con el 100% total de las madres de familia que asistan a la charla de capacitación y autoricen la evaluación de su menor hijo de la Cuna Madrid del Rímac en el mes de Junio del 2014.</p>	<p>Variable 1: Conocimientos de Higiene Bucal Técnicas: Directa Instrumentos: Encuesta. Autor: Br. María Angélica Fry Oropeza - Br. Carmen Magdalena Ramírez Aguilar Año: 2014 Ámbito de Aplicación: Cuna Madrid del Rímac Forma de Administración: Encuesta</p> <p>Variable 2: Prácticas de Higiene Bucal Técnicas: Directa Instrumentos: Encuesta. Autor: Br. María Angélica Fry Oropeza - Br. Carmen Magdalena Ramírez Aguilar Año: 2014 Ámbito de Aplicación: Cuna Madrid del Rímac Forma de Administración:</p>	<p>Descriptiva: Sirven para describir el comportamiento de una variable en una población o en el interior de subpoblaciones y se limita a la utilización de estadísticas descriptivas (mediana, varianza, cálculo de tasas, etc.).</p> <p>Inferencial: Análisis ligados a las hipótesis: cada una de las hipótesis formuladas en el marco metodológico debe ser objeto de una verificación. En algunos casos se requiere la utilización de la estadística inferencial para la prueba de hipótesis.</p>

Apéndice 2

ENCUESTA

Conocimientos y prácticas maternas de Higiene Bucal en niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid del Rímac, Junio 2014.

Señor padre de familia la presente encuesta es parte del programa de Salud Bucal que se está desarrollando en esta Cuna. La información que nos brinda con sus respuestas servirán para enseñarle a mejorar la higiene oral de sus hijos, a través del informe que se hará llegar.

Nombre de la Madre o responsable del Menor:

Edad:

Lugar de procedencia:..... Estado Civil: Grado de Instrucción:

Nombre del Menor: Edad: Sexo:

Aula:

Indicación: Marque con un aspa (X) la respuesta correcta. Solo debe marcar una respuesta para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que la caries dental es una enfermedad?

a) Si b) A veces c) No

2. ¿La caries dental se produce por comer alimentos azucarados y no realizar la higiene bucal?

a) Si b) A veces c) No

3. ¿Considera usted que la caries dental se puede contagiar?

a) Si b) A veces c) No

4. ¿La caries dental es producida por bacterias?

a) Si b) Sólo si comemos dulces c) No

5. ¿Considera usted que la placa bacteriana que se pega sobre los dientes sucios contiene Bacterias y restos de alimentos?

a) Si b) A veces c) No

6. ¿Considera usted que el uso del flúor reduce la caries dental?

a) Si b) A veces c) No

7. ¿Considera usted que el principal beneficio del flúor es que fortalece los dientes?

a) Si b) A veces c) No

8. ¿Considera usted que se debe empezar a usar la pasta dental desde que aparece el primer diente?
a) **Si** b) A veces c) No
9. ¿Considera usted que la importancia de usar la pasta dental es porque tiene Flúor?
a) **Si** b) A veces c) No
10. ¿Considera usted que las pastas dentales de niños son diferentes que las de adultos por tener menos cantidad de Flúor?
a) **Si** b) A veces c) No
11. ¿Considera usted que se debe iniciar la higiene de la boca de su hijo desde el nacimiento?
a) **Si** b) A veces c) No
12. ¿Considera usted que el cepillado se debe realizar después de cada comida?
a) **Si** b) A veces c) No
13. ¿Considera usted que se debe cambiar el cepillo dental cada 3 meses?
a) **Si** b) A veces c) No
14. ¿Considera usted que es el cepillado más importante de todo el día es antes de acostarse?
a) **Si** b) A veces c) No
15. ¿Considera usted que el uso de hilo dental ayuda en la higiene bucal?
a) **Si** b) A veces c) No
16. ¿Cuándo empezó la higiene bucal de su niño?
a) **Al nacer** b) Al salir el 1er diente c) Aún no empiezo
17. ¿Usted realiza la higiene bucal de su hijo?
a) **Siempre** b) A veces c) No le limpio
18. ¿Con qué frecuencia realiza la higiene bucal de su niño?
a) **3 a más veces al día** b) 2 veces al día c) Nunca
19. ¿Quién le enseñó a realizar la higiene bucal de su hijo?
a) **Profesional de Salud** b) Aprendí de la televisión c) Nadie me enseñó
20. ¿Con que elemento realiza la higiene bucal de su hijo?
a) **Cepillo y pasta** b) Sólo cepillo c) No le realiza
21. ¿Usa enjuague bucal con flúor en la higiene de su hijo?
a) **Todos los días** b) A veces c) Nunca

22. ¿Utiliza hilo dental en la higiene bucal de su hijo?
a) Todos los días b) A veces c) Nunca
23. ¿Cómo elige el cepillo dental de su hijo?
a) Indicada por el dentista b) Por el tamaño c) Por iniciativa propia
24. ¿Cada cuánto tiempo usted cambia el cepillo dental de su hijo?
a) Cada 3 meses b) Cuando está gastado c) Cada año
25. ¿Realiza usted la higiene bucal de su niño antes de dormir en la noche?
a) Todas las noches b) Casi siempre c) Nunca
26. ¿Usa pasta dental en la higiene bucal de su niño?
a) Todos los días b) A veces c) Nunca
27. ¿Qué tipo de pasta dental usa en su hijo?
a) Recetada por el dentista b) Para niños c) No usa
28. ¿Usted coloca la pasta en el cepillo de su hijo?
a) Todos los días b) A veces c) Nunca
29. ¿Qué cantidad de pasta dental aplica en el cepillo de su hijo?
a) Menos de la mitad b) A la mitad c) En todo el cepillo
30. ¿Cuántas veces al día usa pasta dental en la higiene bucal de su hijo?
a) 3 a más veces al día b) 2 veces al día c) Nunca

GRACIAS POR SU ATENCION

Apéndice 3

VALIDACIONES

Carta de Presentación

Doctor
Manuel Loayza Alarico
Médico Epidemiólogo - MINSA
Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiantes del programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la UCV, en la sede Chorrillos, promoción 2012-2, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Magíster.

El título de nuestro proyecto de investigación es: Conocimientos y prácticas maternas de higiene bucal en niños menores de 3 años para la implementación del plan de gestión de riesgos odontológicos en la cuna Madrid del Rímac, Junio 2014.

Siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de investigación científica.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- ✓ Matriz de consistencia completa
- ✓ Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- ✓ Instrumento a Revisar
- ✓ Hoja de Aprobación y anotaciones por pregunta evaluada

Expresándoles nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

Br. María Angélica FRY OROPEZA
DNI 09869308

Br. Carmen Magdalena RAMIREZ AGUILAR
DNI 08150429

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide

Conocimientos y prácticas maternas de Higiene Bucal en niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid del Rímac, Junio 2014.

Nº	Preguntas	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Variable 1: CONOCIMIENTO DE HIGIENE BUCAL								
Dimensión 1: Caries dental Producción y Mecanismos								
1	¿Considera usted que la caries dental es una enfermedad?	X		X		X		
2	¿La caries dental se produce por comer alimentos azucarados y no realizar la higiene bucal?	X		X		X		
3	¿Considera usted que la caries dental se puede contagiar?	X		X		X		
4	¿La caries dental es producida por bacterias?	X		X		X		
5	¿Considera usted que la placa bacteriana que se pega sobre los dientes sucios contiene Bacterias y restos de alimentos?	X		X		X		
Dimensión 2: Uso de Fluoruros								
6	¿Considera usted que el uso del flúor reduce la caries dental?	X		X		X		
7	¿Considera usted que el principal beneficio del flúor es que fortalece los dientes?	X		X		X		
8	¿Considera usted que se debe empezar a usar la pasta dental desde que aparece el primer diente?	X		X		X		
9	¿Considera usted que la importancia de usar la pasta dental es porque tiene Flúor?	X		X		X		
10	¿Considera usted que las pastas dentales de niños son diferentes que las de adultos por tener menos cantidad de Flúor?	X		X		X		
Dimensión 3: Uso de elementos de Higiene Bucal								
11	¿Considera usted que se debe iniciar la higiene de la boca de su hijo desde el nacimiento?	X		X		X		
12	¿Considera usted que el cepillado se debe realizar después de cada comida?	X		X		X		
13	¿Considera usted que se debe cambiar el cepillo dental cada 3 meses?	X		X		X		
14	¿Considera usted que es el cepillado más importante de todo el día es antes de acostarse?	X		X		X		
15	¿Considera usted que el uso de hilo dental ayuda en la higiene bucal?	X		X		X		
Variable 2: PRACTICAS DE HIGIENE BUCAL								
Dimensión 1: Hábitos de Higiene Bucal								
16	¿Cuándo empezó la higiene bucal de su niño?	X		X		X		

17	¿Usted realiza la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		
18	¿Con qué frecuencia realiza la higiene bucal de su niño?	X		X		X		
19	¿Quién le enseñó a realizar la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		
20	¿Con que elemento realiza la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		
21	¿Usa enjuague bucal con flúor en la higiene de su hijo?	X		X		X		
22	¿Utiliza hilo dental en la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		
23	¿Cómo elige el cepillo dental de su hijo?	X		X		X		
24	¿Cada cuánto tiempo usted cambia el cepillo dental de su hijo?	X		X		X		
25	¿Realiza usted la higiene bucal de su niño antes de dormir en la noche?	X		X		X		
	Dimensión 2: Uso de Pastas Dentales	X		X		X		
26	¿Usa pasta dental en la higiene bucal de su niño?	X		X		X		
27	¿Qué tipo de pasta dental usa en su hijo?	X		X		X		
28	¿Usted coloca la pasta en el cepillo de su hijo?	X		X		X		
29	¿Qué cantidad de pasta dental aplica en el cepillo de su hijo?	X		X		X		
30	¿Cuántas veces al día usa pasta dental en la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Considero que la encuesta es algo extensa y dependiendo del nivel del encuestado puede saturar, se pueden unir algunas preguntas.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir []
No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador:

Mg. Manuel Loayza Alarico

DNI: 10313361

Especialidad del validador: Médico Epidemiólogo

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, es decir para su aprobación cada pregunta evaluada en sus tres aspectos deben estar catalogadas como "SI"

Lima, 23 de mayo del 2014

Mg. Manuel Loayza Alarico
Médico Epidemiólogo

Carta de Presentación

Doctora
C.D. Luz de María Juárez Salinas
E. Sanitaria Salud Bucal
Red Barranco - Chorrillos - Surco
Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiantes del programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la UCV, en la sede Chorrillos, promoción 2012-2, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Magíster.

El título de nuestro proyecto de investigación es: Conocimientos y prácticas maternas de higiene bucal en niños menores de 3 años para la implementación del plan de gestión de riesgos odontológicos en la cuna Madrid del Rímac, Junio 2014.

Siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de investigación científica.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- ✓ Matriz de consistencia completa
- ✓ Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- ✓ Instrumento a Revisar
- ✓ Hoja de Aprobación y anotaciones por pregunta evaluada

Expresándoles nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

Br. María Angélica FRY OROPEZA
DNI 09869308

Br. Carmen Magdalena RAMIREZ AGUILAR
DNI 08150429

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide

Conocimientos y prácticas maternas de Higiene Bucal en niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid del Rímac, Junio 2014.

Nº	Preguntas	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Variable 1: CONOCIMIENTO DE HIGIENE BUCAL								
Dimensión 1: Caries dental Producción y Mecanismos								
1	¿Considera usted que la caries dental es una enfermedad?	X		X		X		
2	¿La caries dental se produce por comer alimentos azucarados y no realizar la higiene bucal?	X		X		X		
3	¿Considera usted que la caries dental se puede contagiar?	X		X		X		
4	¿La caries dental es producida por bacterias?	X		X		X		
5	¿Considera usted que la placa bacteriana que se pega sobre los dientes sucios contiene Bacterias y restos de alimentos?	X		X		X		
Dimensión 2: Uso de Fluoruros								
6	¿Considera usted que el uso del flúor reduce la caries dental?	X		X		X		
7	¿Considera usted que el principal beneficio del flúor es que fortalece los dientes?	X		X		X		
8	¿Considera usted que se debe empezar a usar la pasta dental desde que aparece el primer diente?	X		X		X		
9	¿Considera usted que la importancia de usar la pasta dental es porque tiene Flúor?	X		X		X		
10	¿Considera usted que las pastas dentales de niños son diferentes que las de adultos por tener menos cantidad de Flúor?	X		X		X		
Dimensión 3: Uso de elementos de Higiene Bucal								
11	¿Considera usted que se debe iniciar la higiene de la boca de su hijo desde el nacimiento?	X		X		X		
12	¿Considera usted que el cepillado se debe realizar después de cada comida?	X		X		X		
13	¿Considera usted que se debe cambiar el cepillo dental cada 3 meses?	X		X		X		
14	¿Considera usted que es el cepillado más importante de todo el día es antes de acostarse?	X		X		X		
15	¿Considera usted que el uso de hilo dental ayuda en la higiene bucal?	X		X		X		
Variable 2: PRACTICAS DE HIGIENE BUCAL								
Dimensión 1: Hábitos de Higiene Bucal								
16	¿Cuándo empezó la higiene bucal de su niño?	X		X		X		

17	¿Usted realiza la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		
18	¿Con qué frecuencia realiza la higiene bucal de su niño?	X		X		X		
19	¿Quién le enseñó a realizar la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		
20	¿Con que elemento realiza la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		
21	¿Usa enjuague bucal con flúor en la higiene de su hijo?	X		X		X		
22	¿Utiliza hilo dental en la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		
23	¿Cómo elige el cepillo dental de su hijo?	X		X		X		
24	¿Cada cuánto tiempo usted cambia el cepillo dental de su hijo?	X		X		X		
25	¿Realiza usted la higiene bucal de su niño antes de dormir en la noche?	X		X		X		
	Dimensión 2: Uso de Pastas Dentales	X		X		X		
26	¿Usa pasta dental en la higiene bucal de su niño?	X		X		X		
27	¿Qué tipo de pasta dental usa en su hijo?	X		X		X		
28	¿Usted coloca la pasta en el cepillo de su hijo?	X		X		X		
29	¿Qué cantidad de pasta dental aplica en el cepillo de su hijo?	X		X		X		
30	¿Cuántas veces al día usa pasta dental en la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Considero que la encuesta es algo extensa y dependiendo del nivel del encuestado puede saturar, se pueden unir algunas preguntas.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador : C.D. Luz de María Juárez Salinas
DNI: 04639671

Especialidad del validador: Coordinadora Estrategia Sanitaria de Salud Bucal

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, es decir para su aprobación cada pregunta evaluada en sus tres aspectos deben estar catalogadas como "SI"

Lima, 17 de mayo del 2014

MINISTERIO DE SALUD
IGSS RED. S. BCO. CHG. ACCO.
CD Luz de María Juárez Salinas
COP N. 3084
Coordinadora E.S. Salud Bucal

Carta de Presentación

Doctora
Marieta Petkova Gueorguieva
Docente Investigador UNMSM
Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiantes del programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la UCV, en la sede Chorrillos, promoción 2012-2, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Magíster.

El título de nuestro proyecto de investigación es: Conocimientos y prácticas maternas de higiene bucal en niños menores de 3 años para la implementación del plan de gestión de riesgos odontológicos en la cuna Madrid del Rímac, Junio 2014.

Siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de investigación científica.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- ✓ Matriz de consistencia completa
- ✓ Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- ✓ Instrumento a Revisar
- ✓ Hoja de Aprobación y anotaciones por pregunta evaluada

Expresándoles nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

Br. María Angélica FRY OROPEZA
DNI 09869308

Br. Carmen Magdalena RAMIREZ AGUILAR
DNI 08150429

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide

Conocimientos y prácticas maternas de Higiene Bucal en niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid del Rímac, Junio 2014.

Nº	Preguntas	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Variable 1: CONOCIMIENTO DE HIGIENE BUCAL								
Dimensión 1: Caries dental Producción y Mecanismos								
1	¿Considera usted que la caries dental es una enfermedad?	X		X		X		
2	¿La caries dental se produce por comer alimentos azucarados y no realizar la higiene bucal?	X		X		X		
3	¿Considera usted que la caries dental se puede contagiar?	X		X		X		
4	¿La caries dental es producida por bacterias?	X		X		X		
5	¿Considera usted que la placa bacteriana que se pega sobre los dientes sucios contiene Bacterias y restos de alimentos?	X		X		X		
Dimensión 2: Uso de Fluoruros								
6	¿Considera usted que el uso del flúor reduce la caries dental?	X		X		X		
7	¿Considera usted que el principal beneficio del flúor es que fortalece los dientes?	X		X		X		
8	¿Considera usted que se debe empezar a usar la pasta dental desde que aparece el primer diente?	X		X		X		
9	¿Considera usted que la importancia de usar la pasta dental es porque tiene Flúor?	X		X		X		
10	¿Considera usted que las pastas dentales de niños son diferentes que las de adultos por tener menos cantidad de Flúor?	X		X		X		
Dimensión 3: Uso de elementos de Higiene Bucal								
11	¿Considera usted que se debe iniciar la higiene de la boca de su hijo desde el nacimiento?	X		X		X		
12	¿Considera usted que el cepillado se debe realizar después de cada comida?	X		X		X		
13	¿Considera usted que se debe cambiar el cepillo dental cada 3 meses?	X		X		X		
14	¿Considera usted que es el cepillado más importante de todo el día es antes de acostarse?	X		X		X		
15	¿Considera usted que el uso de hilo dental ayuda en la higiene bucal?	X		X		X		
Variable 2: PRACTICAS DE HIGIENE BUCAL								
Dimensión 1: Hábitos de Higiene Bucal								
16	¿Cuándo empezó la higiene bucal de su niño?	X		X		X		

17	¿Usted realiza la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		
18	¿Con qué frecuencia realiza la higiene bucal de su niño?	X		X		X		
19	¿Quién le enseñó a realizar la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		
20	¿Con que elemento realiza la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		
21	¿Usa enjuague bucal con flúor en la higiene de su hijo?	X		X		X		
22	¿Utiliza hilo dental en la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		
23	¿Cómo elige el cepillo dental de su hijo?	X		X		X		
24	¿Cada cuánto tiempo usted cambia el cepillo dental de su hijo?	X		X		X		
25	¿Realiza usted la higiene bucal de su niño antes de dormir en la noche?	X		X		X		
	Dimensión 2: Uso de Pastas Dentales	X		X		X		
26	¿Usa pasta dental en la higiene bucal de su niño?	X		X		X		
27	¿Qué tipo de pasta dental usa en su hijo?	X		X		X		
28	¿Usted coloca la pasta en el cepillo de su hijo?	X		X		X		
29	¿Qué cantidad de pasta dental aplica en el cepillo de su hijo?	X		X		X		
30	¿Cuántas veces al día usa pasta dental en la higiene bucal de su hijo?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Considero que la encuesta es algo extensa y dependiendo del nivel del encuestado puede saturar, se pueden unir algunas preguntas.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [
No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador:

C.D. Marieta Petkova Gueorguieva

DNI: 09677151

Especialidad del validador: Directora del Departamento Académico de Ciencias Básicas
Facultad de Odontología UNMSM

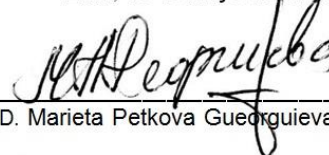
¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, es decir para su aprobación cada pregunta evaluada en sus tres aspectos deben estar catalogadas como "SI"

Lima, 10 de Mayo del 2014



C.D. Marieta Petkova Gueorguieva

Apéndice 4
BASE DE DATOS

ENCUESTA	PREGUNTAS CONOCIMIENTO															Scor	Cal 1
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15		
1	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	2	2	38	1
2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	2	2	40	1
3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	41	1
4	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	37	1
5	3	2	1	2	3	3	2	1	3	2	1	3	3	1	3	33	0
6	2	3	3	2	2	3	1	3	1	2	1	3	3	2	2	33	0
7	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	1	3	2	2	2	37	1
8	3	3	2	3	3	1	2	3	2	3	2	3	2	2	3	37	1
9	3	3	2	2	2	2	1	3	1	3	1	3	3	1	3	33	0
10	3	3	2	2	3	3	2	3	2	1	2	3	2	1	3	35	0
11	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	1	3	38	1
12	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	1	2	37	1
13	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	1	3	2	1	2	33	0
14	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	1	2	35	0
15	3	3	2	2	2	3	1	2	2	1	3	3	2	1	3	33	0
16	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	1	3	3	1	3	34	0
17	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	1	3	37	1
18	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	37	1
19	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	1	3	2	1	1	33	0
20	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	1	3	3	1	3	35	0
21	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	1	3	3	3	3	38	1
22	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	1	2	36	1
23	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	1	3	3	2	3	39	1
24	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	41	1
25	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	1	3	36	1
26	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	1	3	2	1	2	33	0
27	3	2	2	3	2	3	1	2	2	3	2	3	3	2	2	35	0
28	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3	36	1
29	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	1	3	3	2	3	38	1
30	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	40	1
31	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	1	3	2	2	2	37	1
32	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	1	3	2	2	2	35	0
33	3	2	2	3	2	3	3	2	2	2	1	3	2	3	2	35	0
34	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	1	3	3	1	3	37	1
35	3	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	1	3	36	1
36	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	37	1
37	3	2	1	2	3	3	2	2	3	2	1	3	3	1	2	33	0
38	3	2	1	3	1	3	2	3	3	3	1	3	3	2	3	36	1
39	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	1	3	3	1	3	35	0
40	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	1	3	3	2	3	37	1
41	3	3	2	2	3	3	1	3	3	3	1	3	3	2	2	37	1
42	3	2	2	2	3	3	1	3	2	2	1	3	3	1	3	34	0
43	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	1	3	3	1	3	35	0
44	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	1	3	3	2	2	37	1
45	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	1	3	3	2	3	38	1
46	3	2	3	3	2	3	2	2	3	1	1	3	3	2	3	36	1
47	3	3	3	2	3	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	34	0
48	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	1	3	3	2	2	37	1
49	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	1	3	3	2	2	36	1
50	3	3	2	2	2	3	2	2	3	1	1	3	3	1	2	33	0

ENCUESTA	PREGUNTAS CONOCIMIENTO															Scon	Cal 1
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15		
51	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	38	1
52	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	1	3	37	1
53	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	1	3	3	2	3	39	1
54	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	1	3	3	2	3	38	1
55	2	2	3	2	3	1	1	1	2	1	1	3	3	2	2	29	0
56	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	37	1
57	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	41	1
58	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	1	3	3	1	2	35	0
59	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	1	3	3	3	3	38	1
60	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3	1	3	38	1
61	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	1	2	35	0
62	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	1	3	3	1	2	35	0
63	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	35	0
64	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	37	1
65	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	2	2	39	1
66	3	3	1	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	1	2	36	1
67	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	38	1
68	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	38	1
69	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	1	3	3	2	2	36	1
70	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	1	3	3	2	3	36	1
71	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	2	2	39	1
72	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	1	3	3	2	3	39	1
73	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	3	2	1	2	37	1
74	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	1	3	2	1	2	35	0
75	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	40	1
76	3	3	2	2	3	3	3	2	3	1	1	3	3	2	3	37	1
77	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	2	3	3	2	3	39	1
78	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	40	1
79	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	37	1
80	2	2	3	3	3	2	2	1	2	2	2	3	2	2	3	34	0
81	3	2	2	2	3	3	2	1	1	2	1	3	3	2	2	31	0
82	3	2	3	1	1	3	2	2	1	3	1	3	3	2	3	42	1

ENCUESTA	PREGUNTAS PRACTICA															Sprac	Cal 2
	p16	p17	p18	p19	p20	p21	p22	p23	p24	p25	p26	p27	p28	p29	p30		
1	2	3	2	2	3	1	1	2	3	3	3	2	3	2	2	35	0
2	2	3	2	2	3	1	1	2	3	3	3	2	3	2	2	35	0
3	2	3	2	2	3	1	1	1	3	3	3	2	3	2	2	34	0
4	1	2	2	3	3	1	1	2	3	2	3	2	3	2	2	35	0
5	2	2	3	3	3	1	1	2	3	3	2	2	2	2	3	34	0
6	2	3	1	2	2	1	2	3	3	2	1	1	1	1	1	26	0
7	2	3	1	3	2	2	2	1	2	3	1	1	1	1	1	27	0
8	2	3	2	2	3	1	1	2	2	2	3	3	3	2	2	34	0
9	2	3	2	2	3	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	32	0
10	2	3	1	3	2	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	26	0
11	1	2	2	1	3	1	1	3	3	2	3	2	3	3	2	33	0
12	1	2	3	2	3	1	1	2	3	3	3	2	3	2	3	37	1
13	1	2	1	2	3	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	23	0
14	1	2	2	2	3	1	1	1	3	3	3	2	3	3	2	34	0
15	2	3	2	3	2	1	1	1	2	2	3	3	2	2	2	31	0
16	1	2	3	2	3	1	1	2	3	3	3	2	3	2	3	34	0
17	2	2	2	2	3	1	1	2	2	3	2	2	3	2	2	32	0
18	2	2	1	2	3	1	1	1	2	3	2	2	3	2	2	30	0
19	2	3	3	2	3	1	2	2	2	3	3	3	3	2	3	37	1
20	2	2	2	2	3	1	2	2	3	3	3	2	3	2	2	34	0
21	2	2	2	3	3	1	1	1	3	3	3	2	3	3	2	35	0
22	1	2	2	3	2	1	1	1	3	3	3	2	3	2	2	32	0
23	2	3	2	2	1	1	1	3	3	3	3	2	3	2	2	34	0
24	1	2	3	2	2	1	1	2	2	2	3	2	3	2	3	34	0
25	2	2	2	2	1	1	1	2	2	3	3	2	3	2	2	31	0
26	2	3	2	1	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	2	29	0
27	1	3	2	2	3	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	30	0
28	2	2	2	2	1	1	1	2	3	2	3	3	3	2	2	32	0
29	2	2	2	1	1	1	1	1	3	3	3	2	3	2	2	30	0
30	2	2	3	1	2	1	2	3	2	3	3	2	3	2	3	35	0
31	2	3	3	3	3	1	1	2	2	3	3	2	3	2	3	37	1
32	2	2	2	3	3	1	1	1	2	3	3	2	2	2	2	31	0
33	2	2	2	2	3	1	1	2	2	3	3	2	3	2	2	32	0
34	2	2	2	1	3	1	1	2	3	2	2	2	3	3	2	32	0
35	2	3	3	1	2	1	1	3	3	3	2	2	3	2	3	35	0
36	1	3	2	2	2	1	2	2	3	3	3	3	2	2	2	34	0
37	2	3	2	2	2	1	1	2	3	3	3	2	2	2	2	32	0
38	3	3	1	2	3	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	29	0
39	1	3	2	2	3	1	1	2	3	3	3	2	3	2	2	33	0
40	1	2	2	2	3	1	1	2	3	3	3	2	3	2	2	35	0
41	2	2	2	2	3	1	1	1	3	3	3	2	3	2	2	33	0
42	2	2	3	3	2	1	1	1	3	3	3	2	3	2	3	34	0
43	3	2	2	3	3	1	1	2	3	2	3	2	2	2	2	33	0
44	2	2	2	2	2	1	1	3	3	3	3	2	3	2	2	34	0
45	2	2	2	2	2	1	1	2	3	3	3	3	2	2	2	33	0
46	2	2	3	2	3	1	1	1	3	2	3	3	3	2	3	35	0
47	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	3	2	29	0
48	2	3	2	2	1	1	1	2	3	2	2	2	3	2	2	31	0
49	1	2	3	2	2	1	1	1	3	3	3	3	3	2	3	34	0
50	2	2	1	1	3	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	23	0

ENCUESTA	PREGUNTAS PRACTICA														Sprac	Cal 2	
	p16	p17	p18	p19	p20	p21	p22	p23	p24	p25	p26	p27	p28	p29			p30
51	2	2	2	2	3	2	1	2	3	3	3	2	2	3	2	35	0
52	2	2	2	1	3	1	1	3	3	3	3	2	2	2	2	33	0
53	2	2	2	2	2	1	1	3	3	2	3	2	3	2	2	33	0
54	1	2	1	1	2	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	26	0
55	3	2	3	1	2	1	1	1	3	3	3	2	2	2	3	32	0
56	2	3	2	1	3	1	1	3	3	2	3	2	2	2	2	33	0
57	2	2	2	3	3	1	1	2	3	3	3	2	2	2	2	34	0
58	1	2	2	1	3	1	1	2	3	3	3	2	2	2	2	30	0
59	1	2	2	3	1	1	2	2	3	3	1	1	1	1	1	26	0
60	2	3	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	3	3	2	34	0
61	2	3	2	2	2	1	1	1	3	3	3	2	2	2	2	31	0
62	2	2	3	2	2	1	1	1	3	3	3	2	3	2	3	33	0
63	2	2	2	3	2	1	1	1	2	3	3	2	3	2	2	31	0
64	2	2	2	2	3	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	26	0
65	1	2	2	2	1	1	1	2	3	2	3	2	3	2	2	30	0
66	2	3	2	2	3	1	1	2	3	3	3	2	2	2	2	34	0
67	2	3	3	3	1	1	1	1	3	3	3	2	2	2	3	34	0
68	1	2	2	2	3	1	1	2	3	2	3	2	2	2	2	33	0
69	2	2	2	2	1	1	1	3	3	2	3	2	2	2	2	31	0
70	2	3	2	1	3	1	1	2	3	2	3	2	3	2	2	33	0
71	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	3	2	3	2	2	35	0
72	2	3	2	2	2	1	1	2	3	3	3	2	3	2	2	34	0
73	2	2	2	3	3	1	1	1	2	3	3	3	3	2	2	34	0
74	1	2	2	3	3	2	1	1	2	2	3	2	3	2	2	31	0
75	2	3	3	2	2	1	1	1	3	3	3	2	3	2	3	35	0
76	2	3	2	2	3	1	1	1	3	2	3	2	2	2	2	32	0
77	2	3	2	3	3	1	2	1	3	3	2	3	2	2	2	35	0
78	2	2	2	2	3	1	1	3	3	2	3	2	2	2	2	33	0
79	2	3	2	2	3	1	1	3	3	3	2	3	2	2	2	35	0
80	2	2	2	1	3	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	34	0
81	2	2	2	1	1	1	1	1	3	3	2	2	3	2	2	28	0
82	2	2	1	2	3	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1	25	0

Apéndice 5

FOTOGRAFÍAS

Conocimientos y prácticas maternas de Higiene Bucal en niños menores de 3 años para la implementación del Plan de Gestión de Riesgos Odontológicos en la Cuna Madrid del Rímac, Junio 2014.

Encuesta a Padres de Familia

Junio- 2014



Capacitación a los Padres de Familia sobre Higiene Bucal Junio - 2014



Cuna Madrid- Rimac .Ugel 02





Colegio Odontológico del Perú
Región Lima



PLAN DE GESTION DE RIESGO ODONTOLOGICO

**CUNA MADRID DEL RIMAC
2014**

PLAN DE TRABAJO CONCERTADO ENTRE LA COMISION DE SALUD BUCAL DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ REGIÓN LIMA PARA LA PROMOCIÓN, Y PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCAL INFANTIL Y LA CUNA MADRID DEL RIMAC, JUNIO 2014.

I. FUNDAMENTACION

La salud es tarea de todas y todos, especialmente cuando se trata de nuestras/os niñas/os que asisten al Cuna Madrid del Rímac, por lo que el trabajo conjunto y complementario entre las Organizaciones Sociales de Base (OSB) y las Instituciones Públicas y privadas es el mecanismo para garantizar que las/os **Niñas/os mejoren y mantengan su salud y permanezcan en ambientes seguros y saludables.**

Un/a niño/a crece y se desarrolla de manera integral y sus necesidades físicas, emocionales y de aprendizaje están relacionadas entre sí y dependen las unas de las otras y prodigarles las mejores condiciones para su desarrollo integral depende de la familia, sociedad y estado en su conjunto. Las principales condiciones son:

- Buena salud general para niñas/os y madres.
- Adecuada nutrición para niñas/os y madres.
- Buena salud bucal para niñas y niños.
- Estimulación en la higiene bucal.
- Comportamientos y medio ambiente saludables.
- Protección y seguridad emocional.

La inversión en la atención de salud, educación y social que se realiza en nuestras/os niñas/os se multiplican y se refleja en:

- Personas saludables.
- Adecuado crecimiento y desarrollo.
- Desempeño exitoso en la escuela y en la vida posterior.
- Vida productiva.
- Mejores oportunidades en la vida.

La atención a la primera infancia es un aspecto crítico en la estrategia de lucha contra la pobreza, a fin de romper los ciclos que se van sucediendo de una generación a otra y mantienen a las personas en condiciones crónicas de salud deficiente y un inadecuado desarrollo humano.

La salud dental de los infantes, especialmente los tres primeros años de vida es muy frágil, donde las condiciones de pobreza en la que viven los expone a malas condiciones de agua, saneamiento básico, hacinamiento, sumando a ello la falta de información que tiene la población sobre prácticas sencillas en salud bucal da como resultado que las/os niñas/os presenten enfermedades frecuentes como la caries dental, y como consecuencia diarreicas, enfermedades de la piel, desnutrición crónica, anemia, entre otras que afectan su salud y que impiden un buen crecimiento y desarrollo.

No podemos hablar de una adecuada nutrición, cuando los niños no pueden triturar los alimentos debido a la presencia de molares con cavidades amplias que comprometen el tejido pulpar que a su vez provocan dolor.

Hay tres razones fundamentales por las cuales es importante educar a las/os niñas/os sobre salud bucodental:

- La caries dental es la enfermedad bucodental más común en los infantes y es prevenible.
- La instalación de buenos hábitos de higiene bucal en la 1era infancia es más efectiva y se vuelve duradera a través del tiempo.
- La prevención y educación es económica, no genera mayores gastos.

Estudios realizados en población infantil de nuestro país muestran una alta prevalencia de caries dental, debido principalmente por la ventana de infección (primeros 19 meses de vida), por la erupción de todos los dientes deciduos, por la dificultad de una buena higiene, por cambios dietéticos, por prácticas inadecuadas de alimentación durante la ablactancia, dieta criogénica, lactancia nocturna, empleo de biberones, y falta de higienización a los niños. Concretamente el estudio de Prevalencia de Caries de Infancia Temprana en niños menores de 6

años de edad de la Dra. Rita Villena y colaboradores (lima norte 2011) también nos informa que:

La prevalencia de caries dental fue de 62% (muestra de 332 niños).

- 0 - 11 meses 10,5%
- 12 - 23 meses 27,3%
- 24 - 35 meses 60,0%
- 36 - 47 meses 65,5%
- 48 - 59 meses 73,4%
- 60 - 71 meses 86,9%

En todos los estudios se muestra que la prevalencia de caries va en aumento en relación directa con la edad.

Esta alta prevalencia de caries en infantes menores de 36 meses se observa en infantes de los sectores sociales más desfavorecidos.

II. OBJETIVOS

GENERALES

El Programa Educativo – Promocional del Infante (PEPI) del COPRL, tiene como objetivo principal obtener niños y niñas libres de caries, mediante la educación y motivación a todo el equipo multidisciplinario, madres y/o encargados de los niños menores de 3 años de edad, mediante un oportuno conocimiento y control de los factores de riesgo de caries dental, al cual están expuestos durante esta etapa de vida.

ESPECIFICOS

1. Promocionar la salud bucal en la Cuna Madrid del Rímac.
2. Evaluar los niveles de conocimientos en salud bucal de la Primera Infancia a los Principales Actores Técnicos y Locales, antes, durante y al finalizar el PEPI.
3. Capacitar e instruir a los Principales Actores Técnicos y Locales sobre Salud Bucal en la Primera Infancia
4. Instalar hábitos de higiene bucal a todos los niños y niñas del PEPI.

5. Interceptar los factores de riesgo de caries en los infantes. mediante la identificación y modificación de prácticas no saludables.
6. Elaborar y distribuir material educativo correspondiente a la capacitación.

III. METAS

- Disminución del riesgo de caries en niños menores de 3 años al 2018
- Obtención de datos epidemiológicos basales del riesgo de caries en menores de 3 años.

IV. ACTORES INVOLUCRADOS

La Comisión de Salud Bucal del COPRL cuyo objetivo es obtener niños y niñas libres de caries en el ámbito de jurisdicción mediante la asistencia técnica especializada monitoreo y evaluación de los actores técnicos y niños y niñas usuarias.

La Cuna Madrid del Rímac, quien tiene la finalidad de brindar educación integral a niños y niñas de 6 a 36 meses.

En el marco de trabajo conjunto, la Comisión de Salud Bucal del COPRL, planificará acciones de salud a realizarse durante 12 meses, a partir de la firma del convenio con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de la comunidad y en especial a nuestros usuarios.

<p>a. Capacitar a los docentes de la Cuna Madrid sobre la importancia de la Salud Bucal en niños de 06 a 36 meses.</p> <p>b. Capacitar a los padres de familia sobre la importancia de la Salud bucal en la salud general y la trascendencia del cuidado en la primera infancia.</p> <p>c. Entregar material educativo validado sobre salud bucal en la Cuna Madrid del Rímac.</p>	<p>Estandarizar los niveles de conocimiento de los docentes y los padres de los niños usuarios sobre salud bucal en la primera infancia.</p> <p>Fomentar la participación dinámica e interactivas de las niñas y niños usuarios</p> <p>Evaluar el nivel de conocimiento en Salud bucal de los padres de los niños y niñas.</p>	<p>Sesión educativa a los docentes</p> <p>Sesión educativa a los padres de familia y a las cuidadores de los menores sobre salud bucal</p> <p>Actividades lúdicas a los niños</p> <p>Encuesta sobre salud bucal</p>	X		X		X		X		X		
<p>1.5 Monitoreo y evaluación conjunta CORL- MINDIS</p>													
<p>a. Evaluación de los cepillos y pastas dentales implementados en el área de higiene</p> <p>b. Evaluación de nivel de conocimiento del personal involucrado.</p> <p>c. Reuniones conjuntas de evaluación de los datos recopilados.</p> <p>d. Informe y reporte de los resultados a la Directora de la Cuna Madrid del Rímac</p>	<p>Cepillos y pastas dentales estandarizados de acuerdo a la edad de los niños y niñas usuarios</p> <p>Correcto conocimiento de la salud bucal de la primer infancia</p> <p>Datos epidemiológicos basales para nuestro estudio</p>	<p>Visitas a los centros infantiles de atención integral</p> <p>Encuesta al personal involucrado</p> <p>Reunión con la Directora de la Cuna Madrid del Rímac.</p>			X			X					X

VI. RESULTADOS

- Disminución del riesgo de caries dental mediante los indicadores: IHOS, ceos y Encuestas Dirigidas.
- Participación activa de los niños y niñas menores de 3 años asistentes de los Centros Infantiles de Atención Integral CUNA MADRID DEL RIMAC como protagonistas centrales de un proceso educativo. dinámico, participativo e interactivo.
- Participación activa de los principales Actores Técnicos: Acompañante Técnico (Educador, Psicólogo, Enfermera u Obstetras), Especialista en Nutrición, Comité de Gestión, Consejo de Vigilancia, Cuidador, Guía y, Socia de cocina. mediante capacitaciones programadas sus réplicas, y la ejecución de actividades propias del PEPI.
- Obtención de datos epidemiológicos basales sobre el riesgo de caries y control trimestral de los indicadores epidemiológicos.

VII. DURACIÓN

12 meses a partir de la firma del convenio.

VIII. INFORME

Se sugiere realizar informe trimensual de los avances y logros de la implementación del plan de trabajo concertado o articulado con la Cuna Madrid del Rímac, a fin de mejorar y ajustar las estrategias y resultados finales.

COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ
REGIÓN LIMA

CUNA MADRID
Directora