

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ODONTOLOGÍA



**“EFICACIA DEL PROGRAMA “KIRU KUSHI” SOBRE EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO EN CUIDADO BUCAL DEL BEBÉ EN LAS MADRES QUE
ACUDEN AL CLAS MOLINOS – HUÁNUCO 2014”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA.**

TESISTAS:

- **Bach. NOLASCO AQUINO, Kely**
- **Bach. ARRIETA QUINTANA, Deidson Ulises**

HUANUCO-PERU

2015

DEDICATORIA

A Dios por su bendición, sabemos que nunca nos abandonó en ningún momento, ni lo hará jamás.

A nuestros padres ya que sin el apoyo de ellos nada de esto se hubiera podía realizar, dedicamos este trabajo exclusivamente y de forma especial a ellos, nuestros padres... nunca dejaremos de sentir gratitud infinita por su incondicional lucha de apoyarnos desinteresadamente. A la muy querida "UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN", con su E.A.P. de nos permitió recibir clases en sus acogedores aulas, para nuestro desarrollo profesional. A, todos los doctores de la EAP de Odontología por sus alcances educativos y formación humana-profesional.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios, nuestro guía y fortaleza para culminar con este proyecto, a nuestras familias quienes se esforzaron bastante en apoyarnos moral como económicamente, por la cual damos muestras de nuestra gratitud, que siempre lo tenga presente que viviremos agradecidos toda nuestras vidas por su apoyo incansable a lo largo de nuestra formación universitaria, ténganlo por seguro, que todo su esfuerzo será retribuido...

Al CD. Rafael Cachay Chavez., nuestro asesor le decimos gracias por su apoyo incansable y muestra de voluntad en apoyarnos. Quedamos muy agradecidos con su persona.

Al señor director del CLAS Molinos por abrimos las puertas de su establecimiento de salud y brindarnos el apoyo adecuado para la ejecución de nuestro proyecto, y a todas las mamitas hermosas que no dudaron en colaborar con su participación en la ejecución de la misma, en verdad muchas gracias.

Al CD. Cesar Lincoln Gonzales Soto presidente de Grados y Títulos de la E.A.P de odontología de la UNHEVAL. Muchas gracias por su desinteresada ayuda y por su valiosa colaboración.

Hacemos una mención en particular a los siguientes doctores que también supieron aportar conocimiento y direccionar nuestra investigación, gracias CD. Miguel Nino Chavez Leandro, CD Jesús Omar Cárdenas Criales.

A los doctores de la EAP de Odontología UNHEVAL que con sus consejos y profesionalismo, participaron durante las diferentes fases de la investigación, y permitieron compartir con nosotros conocimientos y su tiempo.

A todos ustedes nuestra más sincera gratitud.

RESUMEN

El presente estudio es de tipo cuantitativo, cuasi-experimental, longitudinal teniendo como objetivo evaluar la eficacia del programa "KIRU KUSHI" sobre el nivel de conocimiento del cuidado bucal del bebé en las madres que acuden al clas Molinos, donde la muestra seleccionada fue a través del método no probabilístico por conveniencia, constituida por una población de 120 madres de bebés de 0 a 24 meses. Tomando un total de 40 madres, donde 20 madres integraron el grupo control, (madres que asisten al consultorio dental del clas molinos, y las otras 20 integraron el grupo experimental (madres que asisten al CRED del clas molinos) donde a su vez para ser evaluadas se subdividió en un pre y pos test solamente a este grupo. La recolección de datos se dio en los meses de octubre a diciembre. Para evaluar la eficacia del programa se realizó una revisión bibliográfica y se elaboró un cuestionario de 24 preguntas cerradas con respuestas estructuradas, que fueron validadas por un grupo de especialistas en el tema. Donde se abarcó tres grandes temas; medidas preventivas del cuidado bucal, enfermedades bucales, y desarrollo dental. Donde al final fueron calificados como alto, regular y bajo según la escala establecida.

Donde los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Al comparar las medias del grupo experimental (pre test y pos test), se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa al aplicar el T de student para dos muestras relacionadas donde el valor P es menor a 0,05, con lo que se afirma la eficacia del programa KIRU KUSHI. De la comparación de las medias obtenidas por las muestras de control y experimental. Se obtuvo un valor de P mayor a 0.05, con la prueba t de student para muestras independientes, lo que demuestra que es estadísticamente significativa la aplicación del programa KIRU KUSHI. Mediante las muestras al verificar los conocimientos adquiridos por las madres en el programa KIRU KUSHI, se pudo observar durante las visitas domiciliarias que 3 de cada 5 madres ponen en práctica lo aprendido (tanto en la alimentación, higienización así como en motivación).

SUMMARY

The present study is quantitative, quasi-experimental, longitudinal aiming to evaluate program effectiveness "KIRU KUSHI" on the level of knowledge of oral care baby in mothers who come to the clas Molinos, where the sample selected was to through the non-probabilistic method for convenience, consisting of a population of 120 mothers of babies 0-24 months. Taking a total of 40 mothers, where 20 mothers formed the control group (mothers attending the dental office of clas mills, and the other 20 formed the experimental group (mothers who attend the mills clas CRED) where to turn for evaluated was subdivided into a pre and post test only this group. data collection occurred in the months of October to December. to evaluate program effectiveness literature review was conducted and a questionnaire of 24 closed questions was prepared with answers structured, which were validated by a group of specialists in the field where three major topics spanned;. preventive measures of oral care, oral diseases and tooth development where the end were rated as high, average and low on the scale established..

Where the results obtained were as follows: When comparing the mean of the experimental group (pretest and posttest), a statistically significant when applying the T estudent for two related samples where the P value is less than 0.05, which is to affirm the effectiveness of difference was obtained KIRU KUSHI program. A comparison of the means obtained for the control samples and experimental. P value greater than 0.05, with estudent t test for independent samples, demonstrating that it is statistically significant application of KIRU KUSHI program was obtained. Using samples to verify the knowledge acquired by mothers in the KIRU KUSHI program, it was observed during home visits that 3 out of 5 mothers put into practice what they have learned (both in nutrition, sanitation as well as motivation).

CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Identificación y Planteamiento del Problema

El desconocimiento por parte de la sociedad acerca de Salud, y en especial de la Salud Oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, y esto nos lleva a tener una total falta de interés en el tema

Durante mucho tiempo, la atención y la asistencia odontológica y preventiva para niños, se iniciaba a los 3 años de edad. Varias investigaciones realizadas demostraron que ya durante el primer año de vida del bebé, e inclusive antes, durante la gestación, existe la presencia de hábitos inadecuados, por ejemplo, la ausencia de procedimientos de higiene bucal y el amamantamiento nocturno en el pecho y/o biberón. Se ha visto que en muchos Centros Hospitalarios a los que acuden madres, estas tienen un insuficiente muchas veces errado conocimiento acerca de la Salud Bucal de su bebé. Así mismo desconoce los cuidados en Salud oral que deben aplicar en sus niños desde que nacen y de esta manera poder prevenir futuros problemas como caries, enfermedad periodontal, mal oclusión, etc.

La Salud Bucal en el Perú, atraviesa una realidad crítica debido a la alta prevalencia de enfermedades Odontoestomatológicas, es así que según el MINSA las cifras nos indica de manera muy re

Saltante que tenemos prevalencia de caries dental en un 95%, seguida de enfermedad periodontal 85% y maloclusión 80%, constituyendo un problema de salud pública. ¹ Además en lo que se refiere a caries

dental el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a los 12 años es de aproximadamente 6, lo que nos muestra que en el Perú no sólo se tiene la prevalencia más elevada de América, sino que va incrementándose paulatinamente conforme avanza la edad, de tal manera que cuando este niño va ser adulto será parcial o totalmente desdentado.¹

La misma realidad se vive en los pueblos, distritos y provincias de nuestra región Huánuco. Esto se debe a una nula o pobre cultura preventiva de salud bucal. Está claro que la mejor manera de combatir la enfermedad no es eliminando los síntomas o curando la enfermedad, sino más bien, ejecutando medidas preventivas para evitarlas, todo este sistema preventivo se debe comenzar desde el nacimiento del bebé.

La Carta de Ottawa, elaborada en 1986, propuso cinco mecanismos para la promoción de la salud:

- Desarrollo de habilidades personales.
- Reorientación de los servicios de salud.
- Promoción de políticas saludables.
- Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- Creación de ambientes favorables.²

Desarrollar las capacidades personales, es un área de acción prioritaria para la promoción de la salud, trascendiendo la mera transmisión de la información, a fin de favorecer la comprensión y apoyar el desarrollo de habilidades personales, sociales y políticas que permitan al individuo tomar medidas tendientes a promover la salud, controlar y dirigir sus vidas y desarrollar la capacidad de vivir y producir cambios en su ambiente.³

El método de comunicación es esencial para el éxito de los programas educativos que pretenden desarrollar las capacidades personales, como también lo es la existencia de una infraestructura para la comunicación. Los métodos de comunicación más personales e interactivos, que desarrollan precisamente esta capacidad, tienen más éxito en lograr la adopción y el mantenimiento de los cambios de comportamiento.³

La prevención y la promoción persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando su punto de referencia en la enfermedad. El objetivo de la prevención es evitar la enfermedad, mientras que el de la promoción es maximizar los niveles de salud.²

Si la prevención tiene como objetivo evitar la enfermedad, la promoción de la salud trata de mejorar y aumentar los niveles de salud positiva. La promoción de la salud engloba la prevención, pero su campo de acción es mucho más amplio.²

Prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. En este sentido cualquier actuación odontológica puede considerarse preventiva.²

La Odontología Preventiva busca principalmente:

- Mantener sano al paciente o de encontrarse enfermo devolverle la salud y mantenerla.
- Considerar la motivación por la educación para la salud bucal como estrategia en la promoción de Salud, fomentando estilos de vida saludables, con hábitos y costumbres adecuados para mantener su propia salud y la de su familia.³

La población primero debe conocer que necesita hacer algo y también cómo es que debe hacerlo. Desafortunadamente la población tiene poca información respecto al gran potencial de la odontología de atención primaria para disminuir las enfermedades bucodentales. Sin esta información es difícil convencer a la población de que puede controlar en gran medida su destino dental. El individuo necesita ser educado y concientizado como responsable de su propia salud bucal.^{4,5}

De sostenerse la situación actual nos espera un futuro con mayor índice de caries tanto en la niñez como en los adultos.

Los odontólogos deben diseñar estrategias para motivar conductas de higiene personal, enseñando a los pacientes a reconocer sus propios signos de negligencia o peligro dental.⁴

La motivación se debe adecuar a la edad de paciente y para eso el profesional necesita usar artificios que despierten el interés por el tema e impulsen a tomar los cuidados necesarios para promover y mantener la salud. Para obtener buenos resultados el profesional debe tener a la mano estrategias, ser creativo, para motivar y educar en todos los entornos, recordando que los resultados pueden demorar años, dependiendo del individuo.⁶

Conseguir un cambio de comportamiento no es un objetivo fácil. El objetivo de nuestras enseñanzas es dar a la persona condiciones para que ella tome conciencia acerca de su extraordinario potencial de adaptación y cambio.⁵

Los programas educativo-preventivos deben tomar en consideración las características de la población destinataria para garantizar el uso de actividades adecuadas al desarrollo cognitivo, motriz y afectivo del individuo o grupo, así como a su contexto.⁷

Es muy importante que quienes estén en íntimo contacto con los recién nacidos, no tengan caries o enfermedades en las encías. Es por esto que la prevención y concientización odontológica se debe comenzar con la madre, motivarla y educarla,

en relación a su higiene bucal y la de su bebé desde los primeros meses de vida, independientemente de las condiciones físicas, psíquicas y neurológicas.

1.2 Delimitación de la investigación

La presente investigación se encuentra enmarcada en un estudio epidemiológico de un grupo poblacional local, en este caso al grupo de bebés de edades entre 0 a 2 años, que son atendidos en el clas del distrito de Molinos, provincia de Pachitea, Departamento de Huánuco, Tomamos a este grupo poblacional por que salta a la vista las deficientes o nulos conocimientos de salud bucal por parte de la madres a sus bebés.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 problema principal

¿Cuál será la eficacia del programa “KIRU KUSHI” sobre el nivel de conocimiento en cuidado bucal del bebé en las madres que acuden al Clas Molinos – Huánuco 2014?

1.3.2 problema específicos

- ¿Cuál es el conocimiento sobre el cuidado bucal del bebé de las madres del grupo control que acuden al Clas Molinos según la edad grado instrucción, número de hijos?

- ¿Cuál es el conocimiento sobre el cuidado bucal del bebé de las madres del grupo experimental que acuden al Clas Molinos después del aplicar el programa, según la edad grado instrucción, número de hijos?
- ¿Cuál es el resultado de comparar el nivel de conocimiento sobre cuidado bucal de bebé de ambos grupos (grupo experimental y control)?
- ¿Cuál será el resultado de comparar el nivel de conocimiento de las madres primíparas y multíparas de ambos grupos de estudio?
- ¿Cuál será el promedio de notas en una escala de 0 a 20 sobre cuidado bucal del bebe en las madres que acuden al Clas Molinos?
- ¿Cuál será la diferencia del promedio de notas de ambos grupos de estudios en las tres dimensiones o partes de la encuesta?
- ¿Cuál será la media de puntaje al comparar los promedios de notas del grupo experimental antes y después del programa?
- ¿Cómo es la aplicación de los conocimientos sobre cuidado bucal del bebé de las madres que acuden al Clas Molinos?

1.4 Formulación de los objetivos

1.4.1 objetivo principal

Evaluar la eficacia del programa “KIRU KUSHI” sobre el nivel de conocimiento en cuidado bucal del bebé en las madres que acuden al Clas Molinos – Huánuco 2014.

1.4.2 objetivos específicos

- Hallar el nivel de conocimiento sobre el cuidado bucal del bebé de las madres que acuden al Clas Molinos que pertenecen al grupo control según la edad, grado instrucción y paridad.
- Hallar el nivel de conocimiento sobre el cuidado bucal del bebé de las madres que acuden al Clas Molinos que pertenecen al grupo experimental (después de aplicar el Programa “kiru kushi”) según la edad, grado instrucción y paridad.
- Comparar el nivel de conocimiento sobre cuidado bucal del bebé de las madres de ambos grupos (grupo experimental y grupo control).
- Comparar el nivel de conocimiento de las madres primiparas y multiparas antes y después de aplicar el programa.
- Convertir el puntaje obtenidos por las madres en las encuestas a una escala de notas 0 a 20.
- Hallar el promedio de notas en una escala de 0 a 20, del nivel de conocimiento (en sus respectivas dimensiones) de las madres dentro del grupo control y experimental (pre- test y post - test)
- Comparar las medias de puntaje obtenidas por las madres del grupo control y grupo experimental (pre y post test)
- Comprobar la aplicación de los conocimientos adquiridos en las madres del grupo experimental.

1.5 Justificación de la investigación

Las enfermedades bucales se encuentran dentro de los problemas más preocupantes a nivel mundial, afectando a países industrializados como a países en vía de desarrollo, en especial a las comunidades más pobres. El Perú es uno de los países latinoamericanos más afectados por las enfermedades bucales, siendo también alarmante que se inicien en edades muy tempranas de la vida, de niño.⁸

Esto nos indica la importancia de realizar acciones preventivas desde el nacimiento del niño para evitar y/o disminuir estas enfermedades mediante la capacitación y mejorando el conocimiento de las madres sobre cuidado bucal del bebé, ya que las madres serán concientizadas y las que transmitirán estos conocimientos a sus hijos.

Existen muchos programas de intervención bucal, en cuanto a prevención de caries dental utilizando programas de educación, y se han observado que dichos programas son exitosos si son acompañados de programas preventivos promocionales.

En el ensayo de Pariajulca (Lima 2014)⁹, se evidencia que el 90% de los artículos revisados de sesiones educativas, aplicado a padres, profesores y niños en edad escolar, no existe alguno que se haya mantenido en el tiempo, son de mediano plazo, que muchas veces muestran una fotografía irreal de la verdadera causa del problema. En los pocos estudios de intervención para la erradicación de caries dental ya instaurado solo se aplica tratamiento restaurador mas no se educa en temas de prevención y promoción de la salud bucal, y así erradicar la causa real por la cual los niños presentan caries a temprana edad.⁹

Este proyecto tiene la importancia de determinar el nivel de conocimiento de las madres, para mejorarlas mediante el programa “kiru kushi” y consistirá en charlas, talleres y la verificación de lo aprendido durante la aplicación de programa, la justificación de tomar madres de menores de 2 años es que los hijos son totalmente dependientes de ellas, éstas serán las encargadas de iniciar y ejecutar a temprana edad (desde el nacimiento) las diversas medidas preventivas de salud bucal y que mejor periodo que durante la formación de la dentición decidua. Además este proyecto será ejecutado en un Centro de Salud donde la concurrencia es elevada y su población presenta las condiciones menos favorables para costear algunos tratamientos odontológicos como: pulpotomias, tratamiento para conservar el diente deciduo hasta el momento de su exfoliación fisiológica, por lo que la mayoría de las madres optan por la exodoncia de los dientes problemas de sus hijos con el fin de aliviarles el dolor; mantenedores de espacio, que requieren después de la pérdida prematura de un diente de leche para conservar el espacio, al no poder costear estos aparatos dejan que se pierda el espacio por desconocimiento de las consecuencias creando problemas de mal oclusión; además serán de difícil acceso por la edad de sus hijos, es por eso muy importante realizar intervenciones preventivos-promocionales que contribuyan a mejorar el conocimiento sobre el cuidado bucal. Estas intervenciones deben ser ejecutadas primordialmente en zonas pobres, en escenarios de dominio público, como los centros de salud, donde la filosofía preventiva debe ser, alcanzar cambios a través de la educación y concientización de la población, para la atención precoz y mantención de la salud oral teniendo buenos hábitos de higiene bucal e incentivarlas a

practicarlas de manera cotidiana, garantizando de esta manera la salud general presente y futura.

La información recolectada en este trabajo, se considera un elemento importante que debe ser tenido en cuenta por los centros de salud, hospitales y sobre todo por el Ministerio de Salud para establecer un programa preventivo que sea sostenido en el tiempo sobre el cuidado bucal en la primera infancia , reduciendo de esta manera la tasa de incidencia de enfermedades bucales, no erradicando la enfermedad bucal instaurada sino previniéndolas educando a las madres en el cuidado bucal del bebé en temas como la dieta, higienización, importancia de la dentición decidua, etc., lo que permitirá mejorar su calidad de vida, como también la importancia de contar con profesionales odontólogos que se dediquen con mayor énfasis a esta área de la prevención.

1.6 Limitaciones de la investigación

Una limitante es el tiempo para disponer de las personas sometidas a este estudio ya que normalmente se acercan a las charlas con los bebés y eso crea un ambiente de ansiedad por el tiempo empleado para el muestreo.

CAPITULO II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de estudios realizados

➤ Internacionales

Navarro et. al. (México - 2009)¹⁰ “Conocimiento de las Madres sobre la salud bucal de sus hijos de 0 a 3 años”. En nuestra sociedad el papel de la madre es esencial para el cuidado de los hijos, en la alimentación, vestimenta, educación y salud, de esta manera se vuelve un elemento básico para la promoción de la salud bucal, así como de la monitorización de hábitos que pudiera desarrollar su hijo. De esta manera de vital importancia que la madre este correctamente orientada sobre este tema. El presente trabajo tuvo como finalidad describir el grado de conocimiento de mamás de niños entre 0 – 3 años sobre la salud bucal de sus hijos de la ciudad de Guadalajara y área conurbada. Para el presente trabajo se realizaron 97 encuestas a mamás que asistieron a la Expo Baby Show en octubre del 2007, dichas encuestas las contestaron antes de recibir una plática informativa, sobre los cuidados bucales del niño en la primera infancia (0 – 3 años). De acuerdo a lo comentado en el capítulo anterior, puedo concluir lo siguiente: La mayoría de las madres, desconocen los efectos negativos del uso prolongado del biberón. Sin embargo casi el 50% de las encuestadas si limpian la boca de su bebé. También la mayoría de la mamás están enteradas que la caries es una enfermedad infecciosa.

Rothe V. et.al. (Nebraska - 2010)¹¹ Efectividad de una presentación sobre el cuidado de la salud oral infantil para los padres.

Propósito: El objetivo de este estudio fue evaluar un programa de educación sobre salud bucal infantil, utilizando un diseño pre-post test, para los padres que asistieron a una clínica pediátrica.

Métodos: Los sujetos fueron los padres que asisten a las citas y bebé a los 3, 6 y 9 meses de edad. Los participantes del estudio fueron hombres y mujeres, todos con un niño de entre 3 y 12 meses de edad. Una evaluación de 16 pregunta en la forma de un cuestionario se completó inmediatamente antes y después de la introducción de una intervención educativa de 30 minutos, en la forma de una presentación en Power Point y un video de la higiene bucal infantil para los padres. Los padres completaron el cuestionario en dos ocasiones (diseño pre-post test) en la misma visita. Padres reclutados sólo asistieron a una presentación. La presentación a los padres sobre la salud oral infantil educado y proporcionó orientación anticipada.

Resultados: Cuarenta y siete padres o cuidadores participaron en el estudio. En el pre-test el 28% tenía una puntuación de 70% o menos, y en el post-test 87% obtuvo una puntuación de 88% o mejor. En el pre-test, el 72% tenía una puntuación de 70% o más, y en el post-test 87% obtuvo una puntuación de 88% o superior. La mayoría de los padres (80%) informaron que la presentación fue útil e indicaron que la información iba a cambiar la forma en que el cuidado de los dientes de su bebé en casa.

Conclusión: Este estudio demostró la eficacia de un PowerPoint 30 min y la presentación del vídeo en la mejora de los conocimientos de salud bucal de los padres que cuidan a un bebé.

Kulkarni y et.al. (Canadá - 2013)¹³ Eficacia a largo plazo de la Educación de los Padres con el modelo de "Baby Oral Health" en la Mejora de la Salud Bucal de los Niños Pequeños. Resumen, el Propósito. Para determinar la eficacia a largo plazo de la educación integral dada a los padres y cuidadores con respecto a la incidencia de las enfermedades bucodentales prevenibles, la utilización de servicios dentales, y la retención de los conocimientos relacionados con la salud oral. Métodos. Se llevaron a cabo presentaciones del grupo en la salud oral para los cuidadores de bebés () usando una ayuda audiovisual interactiva. Seguimiento se produjo a los 18 meses. Un grupo de comparación fue inscrito en los mismos grupos de la comunidad. Se utilizaron pruebas exactas de chi-cuadrado y Fisher para analizar los resultados. Resultados. Hubo una diferencia en la incidencia de caries, los niveles de conocimiento de los cuidadores, y la utilización de los servicios odontológicos al comparar el SGB al SGFU. Conclusiones. La exposición de una sola vez a la educación de los padres usando una ayuda integral audio E visual interactivo tiene un efecto en la reducción de la incidencia de caries y aumentar la utilización dental. Mientras que la mayoría de conocimiento es retenida por los padres, hay algo de desgaste en la información retenida durante un período de tiempo de 18 meses. Esto pone de relieve la importancia de refuerzo repetido de los mismos conceptos más de un período de tiempo más corto.

Folakemi Oredugba (Nigeria - 2014)¹⁴ Evaluación de Conocimientos de Salud Oral de la Madre: Hacia la Promoción de la Salud Oral para Lactantes y Niños

Resumen **Objetivo:** Evaluar los conocimientos y prácticas de salud oral de una población seleccionada de las madres con el fin de desarrollar el programa de

promoción de la salud oral apropiado para los niños de la zona. Método: Estudio transversal se llevó a cabo entre una muestra conveniente de las madres que asistieron a dos clínicas de control del niño sano, un terciario y un centro de atención primaria de salud en Lagos, Nigeria. Un cuestionario solicitando información personal, exposición previa a y fuente de educación para la salud oral (OHE), se administró el conocimiento de la salud oral, la dieta y las prácticas de higiene oral. Resultados: Hubo 104 participantes, con edades entre 21 - 46 años (media $32,01 \pm 4,85$ años); 58,7% había recibido OHE, el 23,1% de los medios electrónicos, el 22,1% y el 9,6% dentista, médico o enfermera. Sólo 44 (42,3%) asistieron a la dentista, 5 (4,8%) en <1 año y 10 (9,6%) dentro de 1-2 años. La mayoría de las madres más jóvenes, en comparación con las madres de más edad tenían conocimiento de fluoruro ($x^2 = 8,51, p = 0,014$). Sólo 44 (42,3%) y 20 (19,2%) cree que, respectivamente, el tipo de alimentos para bebés y suplemento afecta a los dientes del niño. Conclusión: Los participantes en este estudio mostraron un conocimiento inadecuado de la atención bucodental preventiva. OHE regular se recomienda para las madres en las clínicas de inmunización del bebé bien y en el que se puede llegar fácilmente por profesionales.

➤ **Nacionales:**

Vila Guillén y et.al. (Lima - 2009)¹⁵ Eficacia de las técnicas educativas individual y grupal con el uso de material didáctico en el aprendizaje de salud bucal del bebé, en madres y/o sustitutas(os) de bebés de 0- 36 meses. La presente investigación evaluó el

nivel de conocimiento de las madres y/o sustitutas(os) de bebés de 0 – 36 meses después que recibieran una técnica educativa expositiva (Individual o Grupal), sobre prevención en Salud bucal del bebé con el uso de material didáctico y sin el uso de material didáctico. Para realizar las exposiciones (charlas educativas) se confeccionaron 3 tipos de materiales didácticos: rotafolio, cartilla motivadora, diapositivas en formato power point para ser vistas por la TV de 27". Los materiales didácticos contaron con un esquema de 16 diapositivas, cumpliendo con todos los criterios y requisitos sugeridos para un material didáctico. Se desarrolló el contenido conceptual de acuerdo a los temas propuestos por Elías para charlas educativas de bebés. Los materiales didácticos además estuvieron estandarizados con el mismo contenido textual y gráfico. La exposición tuvo una duración aproximada de 15 minutos; aproximadamente 1 minuto de duración para la exposición de cada diapositiva, aprovechando así la máxima atención prestada de la madres y/o tutores. La muestra constó de 80 madres y/o sustitutas(os) de bebés de 0 – 36 de la Clínica del Bebé de la Facultad de Estomatología de la UIGV, que cumplieron con los criterios de inclusión del presente trabajo de investigación. El nivel de conocimiento se midió a través de un cuestionario de Selección múltiple. La muestra constó de 80 madres y/o sustitutas(os) de bebés de 0 – 36 de la Clínica del Bebé de la Facultad de Estomatología de la UIGV, que cumplieron con los criterios de inclusión del presente trabajo de investigación. El nivel de conocimiento se midió a través de un cuestionario de Selección múltiple de 10 preguntas. Se determinó que las madres y/o sustitutas(os) de bebés que recibieron una técnica educativa (Individual o Grupal) con el uso de material

didáctico mostraron un mayor nivel de conocimiento que las madres que recibieron una técnica educativa sin el uso de material didáctico. Además se determinó que las madres y/o sustitutas(os) de bebés que recibieron la técnica educativa individual mostraron un mayor nivel de conocimiento que las madres y/o sustitutas(os) de bebés que recibieron la técnica educativa Grupal. Aunque no existió una diferencia estadísticamente significativa se observó que el uso de cartilla motivadora para la técnica educativa individual y el uso de rotafolio para la técnica educativa grupal lograron un mayor nivel de conocimiento en las madres y/o sustitutas(os) de bebés. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento de las madres y/o sustitutas(os) de bebés con respecto al género, edad y nivel de educación, aunque se observó un mayor nivel de conocimiento a menor rango de edad (18 – 25 años) y a mayor nivel de educación.

Pisconte León et. al. (Trujillo – 2010)¹⁶ relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. distrito la esperanza – Trujillo 2010. El presente estudio es de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, y tuvo como propósito determinar si existe relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito La Esperanza - Trujillo 2010. La muestra estuvo conformada por un total de 328 preescolares de 3 a 5 años de edad y sus respectivas madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados nos permitieron concluir que existe relación significativa entre la prevalencia de caries

dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental ($p = 0.001$). La prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad del Distrito La Esperanza. Trujillo -2010, fue de 60.7%. Encontrándose un I-ceo promedio de 3.2 (moderado). El nivel de conocimiento sobre salud dental de las madres de los preescolares examinados fue medio en un 66.5%. El nivel de conocimiento sobre salud dental en las madres de los niños examinados según rango de edad, se encontró que existe relación significativa, pero es muy baja ($p = 0.02$), con un nivel de conocimiento alto en un 40% en las madres entre 25 - 35 y 35 - 45 años de edad. No se observó relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres de los preescolares evaluados sobre salud dental, y el tipo de institución educativa ($p=0.147$). También se observó relación significativa entre la prevalencia de caries dental y el tipo de institución educativa ($p = 0.0002$). Con un promedio de I-ceo de 3.5 (moderado) en instituciones educativas estatales y un I-ceo de 2.6 (Bajo) en instituciones educativas particulares. Halló relación significativa entre la prevalencia de caries dental y la edad de los niños ($p=0.005$).

Avila Herrera et.al. (Lima - 2009)¹⁷ Influencia del programa educativo “sonríe feliz” sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio “José Olaya Balandra”, distrito de mala, 2009. nuevamente los conocimientos se halló que habían aumentado favorablemente en 98% de los escolares. La experiencia indicó que la intervención educativa fue un método eficaz y certero para obtener e incrementar conocimientos sobre salud e higiene bucal, y además posibilita que los escolares transmitan lo

aprendido al colectivo y a la familia “Sonríe Feliz” ($p=0.00$), la higiene bucal de los niños mejoró al finalizar el programa ($p=0.00$). Los resultados demuestran que los programas educativo-preventivos diseñados con métodos creativos y novedosos dan resultados positivos en los niños.

Pariajulca (Lima - 2014)⁹ Programas de intervención para prevenir caries dental en niños de edad escolar. Existen muchos programas de intervención bucal, en cuanto a prevención de caries dental utilizando programas de educación, hemos observado que dichos programas solo son exitosos si van acompañados de programas preventivos promocionales. En nuestro país existen muchos estudios de programas educativos bucales sin embargo pocos son los estudios que tienen como objetivo el erradicar el problema ya instalado (caries dental), por muchos factores, tiempo, equipamiento, materiales restaurativos (sellantes, resinas, ionómeros) y sobre todo por dinero, ya que este tipo de estudio demanda un alto costo, que muchas veces el investigador es quien asume los gastos y por tanto no pueden afrontar dichos presupuestos, cierto es que con educación niños y padres pueden colaborar en la disminución de la tasa de prevalencia en caries dental, sin embargo hay un grupo importante que tiene la enfermedad instaurada, que a la luz de la evidencia en nuestro país es mayoritario. En este ensayo se evidencio que en un 90% de todos los artículos revisados de sesiones educativas, aplicadas a padres, profesores y niños en edad escolar, no existe un programa sostenido en el tiempo, los programas son de mediano plazo, que muchas veces muestran una fotografía irreal de la verdadera causa del problema, además de eso, en dichas

intervenciones falta correlacionar técnicas educativas específicas para los tres grupos (padres, educadores y niños en edad escolar) en un mismo estudio ya que solo se hacen con un grupo o a lo mucho con dos. En los pocos estudios de intervención para la erradicación de caries dental ya instaurados solo se aplica tratamiento restaurador, más no se educa en temas de prevención y promoción de la salud oral y así eliminar la causa real por la cual las lesiones cariosas en niños en edad escolar persisten. En virtud de la revisión bibliográfica revisada se identifica la necesidad de realizar un programa de intervención para prevenir caries dental en niños en edad escolar, valiéndonos de técnicas restaurativo-educativas, tratando de aplicar técnicas de prevención que no se dan en este tipo de programas tales como es las sesiones de fisioterapia, topicaciones de flúor para prevenir la aparición temprana de caries dental, enjuagues bucales y colutorios medicados para controlar la gingivitis. La evidencia sugiere la necesidad de una investigación ulterior en relación a una propuesta a los centros educativos para que contemplen dentro del currículo de estudios, asignaturas que promuevan buenas prácticas en salud oral dirigido a utilizar su capacidad para la intervención mediante el proceso de aprendizaje y enseñanza pues a su vez conocen las características propias de su población objetiva. Otro vacío evidente que encontramos en cuanto a la eliminación de caries dentales propiamente dicho es la técnica restaurativa, ya que no solo es necesario es hacer la restauración, si no también es prevenir las piezas dentarias sucedáneas que aún no se haya instalado la lesión cariosa, además poner sellantes en fosas y fisuras de las piezas dentarias, realizar tratamientos de micro abrasión (en caries de clase I o en esmalte dentario), esta técnica no se contempla en ningún artículo,

no obstante lo económica que es por el bajo precio de los materiales utilizados, en ese sentido buscamos fusionar técnicas odontopediátricas, restaurativas y educativas, busca justificar los vacíos que se han encontrado en nuestra búsqueda bibliográfica y así aportar conocimientos nuevos en futuras investigaciones.

Saavedra (Lima - 2011)¹⁸ “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”, Lima 2011.” La Caries de la Infancia Temprana (C.I.T.) es una de las enfermedades más prevalentes en la población peruana y erradicarla representa un desafío que requiere de todos los involucrados en la salud del infante, comienza poco después de la erupción dental, desarrollándose en las superficies lisas de los dientes, con un impacto perjudicial en la dentición primaria. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general Determinar si existe 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 2011. 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. Se apreció una tendencia en el incremento del porcentaje de madres con nivel de conocimiento regular según se

incrementa el nivel educativo. Se observó una asociación significativa entre el número de hijos y el nivel de conocimientos de las madres, donde observamos que las madres primerizas (con un hijo) tienen un menor porcentaje en el nivel de conocimiento regular (38.14%), mientras que para quienes tuvieron 2 y 3 o más hijos el porcentaje fue de 58.51% y 53.33% respectivamente. significativa (p menor a 0.05). De los 180 niños el 38.33% (69) presentaron al menos una pieza dental con caries y el 61.7% (111) no presenta caries. La presencia de caries de infancia temprana en niños de 0 a 36 meses, los resultados fueron que 13 de 0 a 12 meses (5%), 13 a 24 meses (36.67%), 25 a 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 en ellos incrementa, dicha asociación es estadísticamente significativa.

➤ **Locales:**

LIRZA FACLON AQUILINO (HCO - 2012) “nivel de conocimiento sobre el cuidado bucal del bebé en las gestantes del Centro de Salud Clas Perú- Corea en el año 2013 (Huánuco-2013)”¹⁹ El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal, teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre Cuidado Bucal del Bebé en un grupo de 40 gestantes que asisten a sus controles prenatales en el Centro de Salud CLAS Perú- Corea. Para determinar el nivel de conocimiento se confeccionó un cuestionario de 20 preguntas, donde se evaluó el conocimiento sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, desarrollo dental y asesoramiento odontológico,

agrupándose los resultados en los siguientes intervalos: malo (0-6 puntos), regular (7-13) y bueno (14-20 puntos). Además se consignaron preguntas para el cumplimiento de objetivos específicos como edad, trimestre de embarazo, grado de instrucción, asesoramiento odontológico. Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente sobre el cuidado bucal del bebé fue el regular con un 80% (32 gestantes), en lo que respecta sobre medidas preventivas el resultado es el mismo, en cuanto al conocimiento sobre las enfermedades bucales y desarrollo dental del bebé son 45% (18 gestantes) y 82.5% (33 gestantes) respectivamente.

El promedio más bajo lo obtuvo la parte referida a caries del biberón 8% (3 gestantes). Además se pudo observar que en la mayoría de este grupo prevalecía el grado de instrucción secundaria, de igual manera la edad más frecuente fueron las gestantes menores de 20 años. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo, visita al odontólogo. No se encontró una estrecha relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 El Conocimiento

Concepto:

Se refiere al entendimiento, inteligencia en el desarrollo de actividades sensoriales del hombre.²⁰

Generalidades:

Los conocimientos provienen de diferentes mecanismos con los que las personas hacen contacto en todas las etapas de su vida: los medios masivos de comunicación, la escuela, la relación con las demás personas dentro del mismo núcleo familiar (abuelos, hermanos, padres) o dentro del grupo social (vecinos, compañeros de trabajo, amigos), los acontecimientos de la vida diaria y las características del ambiente. En ese orden de ideas puede decirse que los conocimientos y prácticas provienen de la información que el sujeto ha recibido, de lo que ve, de lo que cree y de lo que siente.²⁰

Clases de conocimiento:

- **Conocimiento Social:** Es el que se refiere al saber de la vida cotidiana.
- **Conocimiento Científico:** Es el que se refiere al saber científico.

Uno y otro se interrelacionan, no se manifiestan puros, ni uno u otro guían exclusivamente las conductas de las personas.²⁰

El Conocimiento en salud

Es la información a la que tiene acceso la población y que constituye la base cognitiva para la toma de decisiones en relación con la salud, las conductas orientadas hacia la salud y las conductas de riesgo; de esta información importa tanto la cantidad como la calidad del conocimiento.²⁰

Hasta ahora gran parte de la educación para la salud centra su atención en ampliar los conocimientos sobre las conductas saludables y las de riesgo, con la creencia que esta información provoca un cambio de actitud y a la larga disminuyen el riesgo de enfermedad y aumenta los niveles de salud.²⁰

Sin embargo, está claro que los conocimientos y las prácticas de los individuos son apenas una parte de todos aquellos factores o procesos que determinan el estado de salud individual y colectivo y sólo trabajando integralmente por los políticos, sociales y culturales, se alcanzarán los niveles de salud y bienestar deseados.²⁰

Conocimiento en higiene bucal

Es el entendimiento de las medidas preventivas en higiene bucal (uso del cepillo e hilo dental, etc.) que posibiliten el control de los factores que desencadenen la formación precoz de la Caries, así como el entendimiento de la etiología de la misma y mejorar los índices de salud oral de nuestra población infantil.²¹

Para que un servicio de salud bucal cumpla con su objetivo, es decir, disminuir el índice de caries en niños a través de la prevención y promoción de salud, es necesaria una interacción con los diferentes servicios de salud.²⁰

Importancia del conocimiento de la salud bucal en el bebé

El establecimiento temprano de un buen hábito de higiene bucal es un factor importante para la buena salud dental en los niños. Si las rutinas correctas para mantener una buena salud dental son dadas desde la infancia, entonces la educación más adelante será tan sólo un reforzamiento. Muchos padres suponen que las caries en los dientes deciduos no tienen importancia, ya que los dientes se van a caer de todos modos, pero estas caries sí acarrearán riesgos. Si el niño pierde los dientes temporales muy temprano, los dientes permanentes todavía no estarán listos para reemplazarlos. Los dientes temporales actúan como una guía para los permanentes, si se pierden muy pronto, los que quedan podrían cambiar de posición para llenar los espacios. Esto podría no dejar espacio para que salgan los dientes permanentes.

Por lo tanto la integridad de los dientes deciduos es importante para el mantenimiento de la longitud de la arcada, la oclusión y además cumple funciones de masticación, estética, fonética y el bienestar psicoemocional del niño.²²

Fases entre el conocimiento y la conducta:

De lo anterior se desprende que:

En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.

Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.

- La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias.
- Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas.

Actitudes, valores, creencias y conductas:

Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud.

- ✓ Valor se define como una creencia transmitida y compartida dentro de una comunidad.
- ✓ Creencia es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real.
- ✓ Actitud es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes.

La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o mal interpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece. No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud.

Por tanto la educación requiere de una mujer en cualquier época de su vida, pues al ser concientizada, ella transmitirá a sus hijos los conocimientos recibidos, así después de una generación, ciclo de educación estará completado independientemente de cuando ella comenzó o en qué periodo ocurre.

Para que la educación sea eficiente, es necesario cambiar el comportamiento de la población en relación con lo que es la odontología para bebés.

2.2.2 Cuidado bucal del bebé:

Higienización bucal en bebés, Remoción de biofilm dentario

Es necesario recordar que la higienización en bebés se realiza por medios mecánicos (gasa y/o cerdas de cepillo dental), y no químicos (enjuagues). El biofilm no puede ser eliminado de la superficie dental si no se rompe su enlace con ésta. La separación sólo se logra entregando la superficie dental en forma constante con una herramienta adecuada. La "herramienta" (por ejemplo un cepillo dental), puede ser

conseguida en cualquier farmacia; la “constancia” la logra inculcar el profesional educando al paciente.

Hemos clasificado en tres periodos la higienización en bebés, guiados por dos circunstancias: la presencia de piezas dentarias en boca y la diferencia morfológica de éstas.²⁹

- **Periodo de la membrana bucal (PMMB)**

Este periodo inicia en el nacimiento y termina ante la erupción del primer diente primario con superficies lisas (usualmente a los 6 meses de edad). En el ser humano la eliminación “natural” de los microorganismos de la cavidad bucal se realiza a través de movimientos fisiológicos como la masticación, la deglución y la fonación³⁰. En el bebé, por lo tanto, esta eliminación fisiológica será ineficiente, ya que en el bebé las tres funciones están disminuidas.

La limpieza en el PMMB estará regida por situaciones lúdicas, es decir, se debe introducir como un juego. El baño diario es una buena ocasión para limpiar las mucosas bucales. Lo importante es que el bebé llegue a tomar por costumbre la limpieza bucal. Que se convierta en algo normal, algo cotidiano. Por ello, es importante iniciar la limpieza a edades tempranas, antes de que se establezcan hábitos inadecuados.

La limpieza en este periodo se realiza con gasa estéril y agua a temperatura ambiente, previamente hervida. El entramado de la gasa es una superficie adecuada para el arrastre mecánico. No se recomienda usar algodón: se puede deshilar fácilmente (aumentando la posibilidad de ser tragado por el bebé), es incómodo de usar en boca y no otorga una buena superficie para el arrastre.

La gasa, que puede ser de 8x8cm, se empapa de agua y se escurre hasta que se quede húmeda. Se envuelve con ella un dedo (el dedo índice es el indicado), y se lleva a la boca del bebé.

Las zonas que deben limpiarse son: mucosa de labios, mucosas de carrillos, paladar duro, rodetes gingivales superior e inferior y cara dorsal de la lengua (dos primeros tercios). Los rodetes son zonas de estímulo y sensibilidad agradable que deben ser consideradas en el momento de la limpieza. La cara ventral de la lengua está en constante contacto con las glándulas salivales y no es necesaria su limpieza. El constante flujo salival retira fisiológicamente los restos alimenticios.

Se debe evitar llegar al paladar blando y el tercio posterior del dorso de la lengua para evitar una respuesta vomitico.

El paso de la gasa debe ser una sola vez en cada zona, a menos de que la cantidad de restos alimenticios obligue a pasar más de una vez.

La boca del bebé es pequeña muchas madres por la falta de experiencia, evitan introducir mucho el dedo, por lo que prácticamente no limpiarán la cavidad bucal del bebé. Lo harán rápido y mal. El odontólogo debe hacer hincapié en la forma correcta de hacerlo y asegurarle de que ella no le hará daño a su bebé. Por ello, el odontólogo debe demostrar a la madre como se hace y esta deberá repetir esta acción en casa.

La posición en la que la madre va a realizar la limpieza deberá ser la que mejor se acomode ella y su bebé. El profesional lo puede hacer en un macro modelo como parte de la educación, sin embargo, una madre no dispone de tal estructura.

En caso de aparición de piezas natales y neonatales, el periodo de adecuación a la higienización de mucosas se adelanta al siguiente periodo de higienización.

- **Periodo de tejidos dentarios duros lisos (PTDD - L)**

Este periodo inicia con la erupción del primer diente primario con superficies lisas y termina con el primer diente primario con fosas y fisuras (primeros molares inferiores primarios).

Se recomienda el uso de gasa y peróxido de hidrógeno de 10 vol. (al 3%), diluido a $\frac{1}{4}$ en agua (agua a temperatura ambiente, previamente hervida).

El peróxido de hidrógeno (H₂O₂) reacciona ante las catalasas del tejido bucal liberando oxígeno, lo que le confiere un poder bactericida sobre microorganismos anaerobios.

Como norma general debe evitarse la explicación de cómo diluir el peróxido de hidrogeno ante grupos grandes (técnica educativo informativo o EI), ya que puede ser mal interpretado por los oyentes. Es mejor hacerlo durante la charla personal, asegurándose que la madre haya entendido las proporciones indicadas.

Se coloca en un vaso una (1) cucharadita de peróxido de hidrogeno de 10 vol. (3%) y tres (3) cucharaditas de agua (a temperatura ambiente previamente hervida). La limpieza se realiza de la misma forma que en el anterior periodo.

PETKOVA GM, informó que la aplicación tópica prolongada (tres veces a la semana por 24 semanas) de peróxido de hidrógeno en hámsters produjo lesiones en el epitelio escamoso poliestratificado (mucosa de bolsa de mejilla); precancerosas en una concentración de 3% (10vol.), y cancerosas en una concentración de 30% (100vol). Además, encontró presencia de inflamación crónica frecuente en el grupo de hámsters del grupo de 30%³¹.

La cantidad que recomendamos para el uso de peróxido de hidrógeno en la limpieza bucal en bebés es de 0.75%, o lo que es igual a peróxido de

hidrógeno de 10 volúmenes diluido a $\frac{1}{4}$, cantidad muy inferior a la que presentan como riesgo para la salud.

Después de haberlo usado desde 1989 hasta la fecha (21 años), no hemos observado hasta este momento, ningún caso de lesión bucal, asociado al uso del peróxido de hidrógeno en las cantidades recomendadas. En la literatura mundial no existen reportes sobre lesiones o incidencias en el uso del producto en esas concentraciones.

Tratamiento en consultorio: Remoción con gasa, ayudado con dilución de peróxido de hidrógeno de 10 vol. A $\frac{1}{4}$ (una cucharadita de H₂O₂ y tres de agua a temperatura ambiente, previamente hervida).

Tratamiento en casa: Lo mismo que en consultorio, pero tres veces al día.

- **Periodo de tejidos dentarios duros con fosas y fisuras (PTDD – F Y F)**

Este periodo inicia con la erupción del primer molar primario, pero a diferencia de los periodos anteriores se divide en dos etapas, según el uso de la pasta dental con flúor.

En la primera etapa (PTDD. F y F: fase 1) es indicado el uso únicamente del cepillo dental con dilución de peróxido de hidrógeno de 1° vol. A $\frac{1}{4}$ (una cucharadita de H₂O₂ y tres de agua a temperatura ambiente, previamente herida). En la segunda etapa (PTDD – F y F: fase 2) es indicado

el uso del cepillo dental con pasta dental con flúor, únicamente dos veces al día.

- Para que un bebé se encuentre en fase 1, éste debe carecer de capacidad de retener líquido en boca a voluntad.
- Para que un bebé se encuentre en fase 2, éste debe poseer la capacidad de retener líquidos en boca a voluntad.

Fase 1

A diferencia de la gasa, el cepillo dental otorga al bebé una cierta independencia. Él ya puede “hacerse cargo” de su propia limpieza. Toma el cepillo el mismo. Este hecho puede hacer creer a la madre que su hijo ya es capaz de encargarse de su higiene. Si bien el bebé debe acostumbrarse a operar el cepillo dental, aún no está preparado para hacerlo sin la supervisión de la madre. Así como la madre es responsable de la limpieza corporal de su hijo, también es responsable durante los tres periodos y aún más allá. Los niños son capaces de controlar sus habilidades motoras finas aproximadamente entre 8 y 9 años de edad.

La elección del cepillo no debe basarse en la moda o en el cuál es “más bonito” sino en el tamaño de la parte activa (cerdas). Lo recomendable es que el tamaño (longitudinal) del cepillo sea similar a la distancia de la parte distal incisivo lateral inferior de una hemiarcada a otra.

Mairobys S et al. Investigaron hábitos higiénicos en bebés en una muestra de 112 padres cuyos bebés asistían a cunas en el área metropolitana de Caracas. Encontraron que de los 112 bebés estudiados, cuyas edades iban de 15 a 20 meses de edad, iniciaron en promedio alguna rutina de higiene bucal a los 2 años y 6 u 8 meses de edad.

El 62.5% (70) de los padres, reportaron no practicar hábitos de higiene bucal en sus hijos. Los investigadores adujeron como probable causa, la resistencia del niño al cepillado en este grupo de edad.³²

Moimaz SAS et al. (Brasil), estudiando nivel educativo de padres y relación con higienización en niños de 0 a 60 meses, hallaron que en el 50% (65 de 130). Del total de niños sus padres se encargaban de la higiene bucal y en el 27,6%(36 de 130), los padres son responsables de la junto con el niño. Sólo en un 15,3% (20 de 130) el niño era total responsable de la higiene. Sin embargo, hallaron una alta prevalencia de niños sin lesiones cariosas; 76,1% (99 de 130). El 54,6% (71 de 130) de los bebés en estudio iniciaron la higienización antes del año de edad. El 29.9% (39) lo iniciaron entre la edad de uno a tres años.³³

En la investigación de Mairobys S et al. El 81,3% de los casos, la madre asistía al bebé en la higiene bucal³².

Tratamiento en consultorio: Se debe enseñar a la madre a poner énfasis en la limpieza de las zonas oclusales, pues su presencia en boca cambia por

completo el ambiente microbiano debido a las fosas y fisuras. Es por esto que la gasa deja de ser usada a partir de este periodo. El tiempo de cepillado debe ser aproximadamente de 2 minutos. Si no existe higiene recomendada enseñar a la madre la técnica de Bass modificada, pero solo como una guía, la cual es muy flexible de ser modificada pues cada madre se acomoda como puede. De existir el cepillado solo se corregirá lo inadecuado (este se evalúa mediante el BDDP). Esta técnica se denomina “técnica individualizada”. Nos interesa más el éxito de la remoción de biofilm que la técnica utilizada.

Tratamiento en casa: la posición que adopte la madre deberá ser la que mejor le acomode, sin embargo, se recomienda que el bebé se coloque por delante de la madre y ésta controle desde atrás la limpieza de los dientes. Cuando el bebé se encuentra frente a un espejo se reconoce el procedimiento que hacen en él.

Fase 2

Se calcula que un bebé puede retener a voluntad líquidos en la boca, aproximadamente a los 24 meses de edad; esto varía de persona a persona.

Usualmente en consulta se pregunta a la madre de un bebé menor igual que 24 meses de edad si ‘este “sabe escupir”. La madre puede responder afirmativa o negativamente, según lo que ella interprete como escupir (algo

que pueda variar de madre a madre). Ante esta incertidumbre, podemos aplicar una prueba empírica: “la prueba del vasito”. Para ello se necesita:

La madre llene el vaso descartable hasta la mitad y, con el plumón indeleble, por fuera, marca el límite del contenido. Luego, en forma lúdica, pide al bebé que lleve a su boca el líquido y que no lo trague. La madre cuenta hasta tres y pide al bebé que lo regrese al vaso. Si el líquido no llega al borde de la marca hecha, significa que el bebé aún no puede controlar a voluntad su deglución. En caso de que pueda hacerlo, se le felicita, y se repite la prueba otro día, buscando repetir el resultado. Esta prueba puede ser realizada cada cierto tiempo (cada dos días) después de cumplido el bebé los 24 meses de edad, si hay buenos resultados en tres ocasiones seguidas, entonces el bebé está listo para usar pasta dental con flúor.

El peso y la consistencia de la evidencia disponible apoya la recomendación de que el cepillado con pasta de dientes con flúor, debe realizarse dos veces al día.³⁴

Davies RM et al. Recomienda el uso de una pasta con baja concentración de fluoruro (menor a los 600ppm F) cuando el infante, menor de 7 años de edad, tenga un bajo riesgo de caries, especialmente si viven en una zona cuya agua de uso público contenga flúor³⁴

El estudio de cohortes de Davies RM et al. (Noroeste de Inglaterra), en menores de 12 meses (seguidos hasta que cumplieron cinco o seis años

de edad) mostró que un programa de distribución de pasta dental gratuita, que contiene 1450 ppm F en comparación con un nivel de 440 ppm F, proporcionan un beneficio clínico mayor para niños de alto riesgo de caries que viven en barrios desfavorecidos sin abastecimiento de flúor.

La literatura nos indica que la cantidad de pasta dental que debe colocarse en el cepillo dental del bebé debe ser del tamaño de una alverja. La técnica transversal de Villena SR. Describe que la mejor forma de guiarse de la longitud de la parte transversal del cepillo dental infantil.

Rodríguez MHC et al. Mediante un estudio multicéntrico, concluyeron que antes de aplicar fluorización sistémica en una comunidad debe ser evaluada la ingesta cotidiana de flúor en su dieta.

Los participantes de este estudio multicéntrico fueron niños de entre 4 a 6 años que recibían flúor de diversas fuentes: por agua con flúor natural sal fluorada y leche fluorada.

Mientras más tiempo este en boca la pasta dental, es mejor, por lo que se debe desalentar los enjuagatorios con gran cantidad de agua. Debiendo fomentarse que los niños pequeños solo escupan el exceso de pasta dental. La concentración de pasta dental es más importante que la cantidad de pasta que se le coloque en el cepillo.³⁴

Mairobys S et al³². Han informado un inicio de cepillado dental en bebés a los 12, 4 meses de edad como promedio. De ls 76,2%(32) bebés a quienes se les realizaba higienización con cepillos y pasta dental, el 47% (15) utilizaba pasta dental del tamaño de una alverjita. Las madres reportaron tres razones principales por las que debían colocar esta cantidad: la de economizar la crema dental, el tamaño del cepillo que al ser infantil impedía colocar más crema dental y evitar que el niño se trague la crema dental. No se comunicó si las madres que querían evitar la ingesta de pasta dental conocían los problemas de ingesta excesiva de pasta dental con flúor o lo hacían sólo para que no lo tragarán y poder disponer de pasta para limpiezas posteriores.

Mairobys S et al³². Indican una falta de estudios sobre higiene en menores de 36 meses en Venezuela. Esto indica que la falta de información acerca del tema de odontología para bebés no es exclusiva de un país.

Villena SR et al.³⁵ En una investigación sobre las especificaciones en diferentes dentífricos comercializados en Perú durante 1991 a 1994, encontraron una relación directa entre el tiempo del almacenamiento e incremento de concentración de flúor soluble. Por ello recomendaron evitar que los productos sean almacenados por más de 12 meses con la finalidad de que no pierdan sus propiedades.

Ruiz STE et al. En un estudio de 214 niños (entre 6 y 12 años de edad) encontraron que el cepillarse los dientes antes de acostarse es un factor

protector de la presencia de lesiones cariosas (OR: 0,339; intervalo de confianza al 95% [0.159; 0.722])³⁶

El cepillo dental del bebé, así como de cualquier edad, debe ser guardado individualmente con la parte activa hacia arriba en un vaso, en un lugar lejos del polvo. Se debe evitar cubrir por completo las cerdas del cepillo, trigoso LM & trigoso VM³⁷, determinaron como un factor de riesgo en el crecimiento de colonias de enterobacterias (como *E.cloacae* y *Klebsiella pneumoniae*), el uso de estuches protectores en los cepillos dentales (RR: 2,667). Suponen que una de las causas es el almacenamiento de los cepillos dentales en el cuarto del baño.³⁷

Coutinho PG et al. Evaluaron el almacenamiento y la preservación de los cepillos dentales en una población de 992 niños, de uno a 6 años de edad, provenientes de distintos centros municipales de educación infantil de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Hallaron que el 73,3% de sus cepillos dentales eran almacenados en un mismo recipiente de plástico y solo el 26,7% eran almacenados individualmente. Del total de la población solo el 68,9% de los cepillos presentaban el nombre de usuario. El 87,2% del total de cepillos presentaban residuos.³⁸

Cuando se trata de limpieza bucal en bebés, existe una consigna: un bebé con piezas dentales jamás debe dormir con la boca sucia.³⁹ Durante el

sueño, disminuye la salivación, especialmente en los niños, cosa que nulifica el arrastre fisiológico, además del aumento ligero de la temperatura bucal.

Tratamiento en casa: El cepillado se realizará dos veces al día. Una en la mañana y una en la noche.

Dieta en el bebé:

Cada vez se hace más evidente que la alimentación y la ingesta de nutrientes durante toda la vida ejerce una influencia muy profunda sobre el nivel de salud así como la susceptibilidad a una amplia variedad de enfermedades, incluyendo las de la cavidad oral. Pese a las obvias conexiones entre nutrición y salud, este tema no ha sido suficientemente destacado en Medicina y en Odontología.

La nutrición es importante para el desarrollo de la salud del niño, comenzando antes del nacimiento, y continuando a través de toda la vida. Los alimentos son fuentes de energía y de nutrientes esenciales que han sido clasificados en 6 grupos principales:

- Proteínas
- Hidratos de carbono
- Lípidos
- Vitaminas
- Minerales
- Agua

Todos son necesarios para favorecer el crecimiento, desarrollo y funcionamiento correcto de todos los órganos y sistemas corporales.⁴⁰

Durante el desarrollo de los dientes debe tenerse presente una variedad de nutrientes para asegurar una calcificación óptima, tales como la vitamina D y minerales como calcio y fósforo. Entre las principales vitaminas tenemos que mencionar a la vitamina A, que interviene en la formación de dientes, en razón al origen epitelial del órgano del esmalte.

Una deficiente estructura dentaria que se manifiesta en una mayor predisposición a la caries dental puede ser el resultado de una ingesta deficiente de calcio en el periodo de formación de los dientes. Trastornos en el metabolismo de calcio y fósforo durante el periodo de formación de los dientes puede dar como resultado una hipoplasia grave del esmalte y defectos de dentina.

Los dientes deciduos empiezan a calcificarse en el feto aproximadamente a las 20 semanas. Es de suma importancia que los nutrientes maternos proporcionen los materiales necesarios para la formación apropiada de los dientes antes de su erupción, que comienzan a desarrollarse a las 6 semanas de vida intrauterina. Dependerá mucho de las cualidades nutricionales de la dieta de la madre para que influya en el proceso de maduración del esmalte, al momento de la erupción, el tamaño, forma y composición química de los dientes de sus hijos.⁴¹

Nutrición durante la lactancia:

A excepción del periodo prenatal, el periodo de crecimiento más rápido en los humanos ocurre durante los primeros 6 meses de vida. En general el peso al momento del nacimiento se duplica en los primeros 6 meses de vida y se triplica al cumplir el año. En consecuencia las necesidades nutricionales están en este periodo en un nivel muy alto.²⁷

La lactancia materna se reconoce como el mejor método de alimentación del bebe y puede ser probablemente la única alimentación del niño en sus primeros 4 ó 6 meses de vida. Después de esto, la leche puede ser suplementada con diversos alimentos, ya sean estos caseros o preparados comerciales. Sin embargo, la supremacía de la lactancia materna cuando es comparada con la lactancia artificial, es innegable. Las ventajas nutricionales, psicológicas inmunológicas e incluso económicas del amamantamiento la hacen la alimentación más apropiada para el lactante. Con relación a su posible potencial cariogénico, la leche humana como solución azucarada es capaz de promover la desmineralización del esmalte siempre que se mantenga como sustrato disponible durante 8 horas seguidas. Las mezclas de fórmulas lácteas y cereales constituyen soluciones de mayor concentración de hidratos de carbono y en consecuencia son más cariogénicas.⁴²

Mayores esfuerzos deben realizarse para orientar tanto a los profesionales de la salud como a las madres de los lactantes, en relación a los efectos perjudiciales del hábito de dormir con biberón o amamantando. Por otro lado debe recomendarse a la

madre que amamanta que, sólo debe suspender la comida cuando siente el seno vacío, en caso contrario el bebé, no habrá obtenido la leche del final rica en grasas, que tienen efecto protector sobre los dientes frente al ataque de los ácidos producidos por microorganismos cariogénicas.

Generalmente la madre primeriza que no reconoce el vaciamiento del seno debe comenzar la ración por el último pecho, para terminar de vaciarlo. En cualquier caso, si la ración alimenticia es usada como pacificador durante el sueño, la higiene bucal es la única alternativa para evitar el inicio y el progreso del proceso carioso.⁴²

Los dientes deciduos deben comenzar a limpiarse tan pronto como hacen emergencia en la cavidad bucal, para ello la madre puede envolver su dedo índice con una gasa y remover los restos alimenticios que se depositan sobre la superficie dental después de cada ración alimenticia y especialmente la última (previa al sueño). La administración de un biberón que contenga agua después de la alimentación (ya sea artificial o materna), debe fomentarse como hábito, ya que su efecto de limpieza constituye un mecanismo auxiliar de la higiene del lactante.²⁷

Se han realizado estudios con el propósito de determinar los patrones de lactancia e inicio de la ablactancia y su relación con la caries dental. Pacheco Álvarez en 1996 en su tesis tomó a niños de 0 a 42 meses de edad que acudieron a los servicios de pediatría de dos hospitales limeños. La muestra consistió de 306 niños. El estudio fue de tipo transversal descriptivo. Los resultados muestran que la lactancia materna estuvo presente en el 99,6% de la muestra, siendo la edad promedio de término de 8,5

meses. La lactancia artificial (uso del biberón) fue frecuente en un 52,9% e iniciada a la edad promedio de 4,4 meses. La edad de inicio de la ablactancia fue en promedio a los 5,6 meses. La prevalencia de caries dental en los niños de 12 a 42 meses fue de 20,4%. No se encontró relación de la caries con el tipo de lactancia (materna, artificial o ambas) y el tiempo de duración de la lactancia materna o artificial ($p>0,05$). Sin embargo se observó una tendencia de mayor prevalencia de caries en aquellos niños que tenían lactancia artificial que aquellos de otro grupo (materno o mixto).⁴³

Nutrición durante la erupción dentaria:

La creación de hábitos alimenticios correctos durante la lactancia, facilita su continuación en etapas posteriores. Los alimentos que se comen con los dedos, primeramente frutas y verduras suaves, luego cereales no azucarados, gelatina, galletas sin sal, ni queso, son aceptables y hay que añadirlos conforme el lactante desarrolla los hábitos de masticación y reflejo de deglución, que le permitan ingerir estos nuevos alimentos.²⁵

Deben evitarse los que contengan alto porcentaje de carbohidratos, se adhieren a los dientes o son de disolución lenta. Se debe tener en cuenta, que la gran mayoría de lácteos y comidas envasadas para lactantes, contienen un alto contenido de carbohidratos, que generalmente es ignorado por la familia, quienes acostumbran agregar dos o tres cucharadas de azúcar al biberón o endulzar las papillas y los yogurts para que el niño lo acepte mejor. Recordemos la cariogenicidad de los carbohidratos, especialmente la sacarosa, pero aunque en menor escala también lo son la glucosa, la

fructuosa, maltosa, almidón, etc., nutrientes naturales del *St. Mutan*, que se encuentra presente en la boca del lactante desde la aparición del primer diente, siendo la mamá o el resto del entorno, los responsables de esta infección temprana.⁴⁴

En un estudio realizado en Lima Perú se identificó el momento en que los azúcares son introducidos en la dieta y su frecuencia de consumo en un grupo de niños de 0-36 meses de edad. Para ello se aplicó un cuestionario de opciones múltiples a madres de 385 niños bajo control en el Programa de Crecimiento y Desarrollo del Hospital nacional Cayetano Heredia, En el 73% de los niños se inició el consumo de azúcar antes de los 6 meses de edad. Los principales vehículos fueron "líquidos" y la razón principal fue "dar sabor". El porcentaje de niños que consumían azúcares y su frecuencia de consumo aumentó con la edad. El 30% de los niños de 0-5 meses de edad consumían azúcares en un promedio de 2,5 veces al día y el 85% de los niños de 6-11 meses de edad consumían azúcar en un promedio de 3,5 veces por día. Al cumplir el primer año de edad, el 100% de los niños consumían azúcares en un promedio de 4,6 veces al día; este patrón se repitió durante el segundo año de vida.

En su mayoría los alimentos azucarados, fueron ingeridos durante las comidas principales; sin embargo un porcentaje considerable (34,4%) fue ingerido en refrigerio o entre comidas, en especial antes de que el niño vaya a dormir. Ese trabajo buscó formular programas educativos materno-infantiles que permitan disminuir el riesgo de caries en la dentición primaria y formar hábitos alimenticios adecuados. La educación en salud dental impartida a las madres y motivada en los niños

resulta, por lo tanto, mejor que tratar de cambiar rutinas ya establecidas.⁴⁵

2.2.3 Enfermedades bucales

Caries dental:

La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa y multifactorial que consiste en la desmineralización y desintegración progresiva de los tejidos dentarios calcificados. Este proceso es dinámico, porque sigue un proceso de desarrollo y se produce bajo una capa de bacterias acumuladas sobre las superficies dentarias.

Se considera que la caries está producida por los ácidos formados por las bacterias de la placa mediante el metabolismo de los azúcares de la dieta. La caries dental afecta a personas de cualquier edad y es una de las enfermedades humanas más frecuentes.²⁴

Clasificación de las caries:

- Superficial
- Intermedia
- Profunda
- Aguda
- Crónica.

Clasificación de Black en clase: I, II, III, IV y V, de acuerdo a su localización.

Las localizaciones que se observan con mayor frecuencia, tanto en la dentición decidua o permanente, son las fosas y fisuras, las superficies proximales y las zonas gingivales de las superficies lisas libres.

Caries del biberón:

En años recientes se ha reconocido, que la alimentación por biberón prolongada, más allá del tiempo que se hace la ablactación del niño y su introducción a las comidas sólidas, puede dar como resultado caries tempranas y rampantes.²⁷

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

Causa: Las caries dentales por biberón son causadas por la exposición frecuente y prolongada de los dientes a líquidos con azúcares. La placa bacteriana en los dientes usa estos azúcares como un recurso de energía para formar ácidos que atacan el esmalte de los dientes. La caries dental afecta también a los lactantes que permanecen en el pecho de la madre por períodos prolongados (lo que ocurre, por ejemplo, cuando la madre se queda dormida mientras el bebé está lactando).⁴⁶

Enfermedad periodontal:

Las alteraciones gingivoperiodontales son reacciones conectivas vasculares de la encía, por acción de un agente irritativo, sea esta placa bacteriana, tártaro, etc. Para

su determinación se debe hacer una evaluación sobre el color de la encía, donde su color normal que es rosado pasa a rojo; textura, consistencia y forma de margen gingival.⁴⁷

Gingivitis:

La gingivitis o inflamación de la encía, es la forma más común de la enfermedad gingival. Existe en todas las formas de enfermedad gingival, ya que la placa bacteriana que causa la inflamación, y los irritantes que favorecen a la acumulación de la placa suelen estar presentes en el entorno gingival.

La inflamación causada por placa bacteriana da lugar a los cambios degenerativos, necróticos y proliferativos en los tejidos gingivales. La inflamación gingival en casos individuales de gingivitis varía de la siguiente manera:

La inflamación gingival solo puede ser primaria y ser el único cambio patológico.

1. La inflamación puede ser una característica secundaria superpuesta a una enfermedad gingival de origen general.
2. La inflamación gingival puede ser el factor causal de los cambios clínicos en pacientes con afecciones generales que por sí solas no producirían una enfermedad gingival detectable clínicamente.

Curso y duración de la gingivitis:

- La gingivitis aguda suele ser una infección dolorosa de aparición

repentina y de corta duración.

- La gingivitis subaguda constituye una fase de la afección aguda.
- La gingivitis recurrente es una enfermedad que vuelve aparecer después de haber sido eliminada por el tratamiento o que desaparece en forma espontánea y vuelve aparecer.
- La gingivitis crónica es el tipo más frecuente. Esta enfermedad es de aparición lenta, de larga duración y suele ser indolora, salvo que se complique por exacerbaciones agudas o subagudas.

Aspectos gingivales de la dentición decidua:

La encía del niño con una dentición decidua completa es, por lo general, más rojiza y tiene un carácter más flácido que la del adulto. Además el borde marginal gingival presenta un aspecto más protrusivo y redondeado, lo que posiblemente guarde relación con el reborde cervical tan pronunciado que tienen las coronas de los dientes de leche. El punteado típico que se observa en las encías sanas del adulto se desarrolla lentamente a partir de los 2 ó 3 años de edad, y por lo general, es fácilmente observable como una zona estrecha en los primeros años de la edad escolar. En las zonas de los diastemas entre los dientes de leche, los tejidos interdentarios tienen una forma de silla de montar. Cuando se han establecido los contactos proximales entre los molares, la zona

interproximal queda totalmente rellena por una papila interdental, con una concavidad marginal que corresponde a la zona de contacto.²⁴

C. Maloclusiones.

Existen muchos factores que contribuyen en la instalación de las maloclusiones, estas pueden ser de origen congénito o hereditario o de orden local, funcional o ambiental. Las maloclusiones frecuentemente, se originan de hábitos musculares bucofaciales nocivos, atribuidos a funciones alteradas: succiones no nutritivas prolongadas, hábitos alimenticios inadecuados, enfermedades nasofaríngeas, disturbios en la función respiratoria, postura anormal de la lengua. Por tanto, la mayoría de las maloclusiones puede ser prevenida, porque una atención profesional no se debe limitar a la higiene bucal, cualidades de la dieta, o aplicación de flúor.²⁶

Las funciones realizadas correctamente desarrollan actividades neuromusculares que estimulan el crecimiento óseo, permitiendo que el maxilar y la mandíbula tengan tamaños y relaciones adecuadas para alojar a los dientes, posicionándose con armonía y equilibrio en sus bases. El crecimiento deficiente de los maxilares y las maloclusiones dentales dependen de múltiple factores tales como:

- Corto periodo de amamantamiento
- Caries dentales
- Insuficiencia respiratoria nasal
- Hábitos nocivos de succión, deglución y masticación.
- Traumas y factores hereditarios.

Las madres, ya desde la primera visita deben ser advertidas contra las posturas inadecuadas en el acto de dar el pecho; una postura anómala que comprima las fosas nasales contra el seno de la madre, la colocación de mamaderas u otros recipientes sobre el rostro del pequeño pueden producir alteraciones o desviaciones que en el futuro, al actuar sobre las partes óseas de la cara, pueden originar maloclusiones en el niño. Insistirán sobre la importancia de las posturas durante el sueño que adopte el niño, la interposición de la mano sobre el mentón, los dedos sobre la boca, etc., ya que todo ello puede producir situaciones lamentables en los años posteriores del desarrollo.

Influencia de la Lactancia materna:

Cuando el bebé nace, la mandíbula se encuentra en posición posterior o distal en relación al maxilar superior, llamada retrusión mandibular fisiológica del recién nacido (entre 2cm a 5 cm), dando origen a un perfil convexo absolutamente normal en el recién nacido. Durante el primer año de vida, los dos meniscos articulares de la mandíbula son estimulados gracias al amamantamiento y al consiguiente empleo adecuado del sistema muscular, que durante el intervalo de amamantamiento provocan fatiga y sueño al niño, controlando el tiempo preciso de alimentación y coadyuvando al logro de la digestión perfecta.⁴⁸

En el momento del nacimiento hay una desproporción entre el cráneo y la cara. El cráneo no recibe influencia del medio ambiente, mientras que la

cara, desde el nacimiento a la pubertad, va a recibir influencias muy notorias, debido que allí se encuentran los órganos de la audición, olfato, gusto y tacto. También en esta área van a ocurrir las funciones del aparato bucal que son determinantes para la maduración y desarrollo del mismo, como son: masticación, succión, deglución, salivación, respiración y fonación.

El amamantamiento es responsable de la maduración de los músculos de la masticación, debido a que cada músculo está preparado al principio para una sencilla función (amamantarse) y luego va madurando para cumplir correctamente con funciones más complejas (masticación). Los movimientos de estos músculos, aunque limitados fisiológicamente en el recién nacido, van a madurar el sistema muscular por medio de la lactancia natural o alimentación a pecho, que es la única forma que se produzcan los estímulos necesarios en el humano para el completo desarrollo dental y maxilar. Cualquier otro tipo de alimentación que no sea natural, tendrá el riesgo de producir una lesión de crecimiento y desarrollo en el área dento-facial.

Durante el amamantamiento, el reborde anterior del maxilar superior se apoya contra la superficie del pezón y parte del seno materno. Actuando la lengua a modo de válvula, a través de movimientos anteroposteriores, permitiendo así el ordeño del pecho materno, sincronizando esta acción con la función respiratoria.⁴³

Uso de biberón:

La succión del biberón por ser más gruesa y grande que el pezón desplaza la lengua al piso de la boca y no permite el roce fisiológico con el paladar duro, la mandíbula permanece en una posición distal y no logra realizar eficazmente los movimientos de avance y retroceso completamente.²⁶

En los casos que sean necesarios sustituir la alimentación materna por el biberón, este debe tener determinadas características que la asemejen al seno materno, como ser:

- Tetina corta
- De consistencia firme

Con varios orificios pequeños, para poder efectuar el ejercicio muscular, sincronizando las funciones de succión, respiración, y deglución, favoreciendo como ya expresamos el conector desarrollo de todo el esqueleto facial.

El uso de mamaderas y chupete no debe extenderse más allá de los dos años. Cuando enseñas al bebé a comer solo, también debe aprender a usar un vaso o taza para consumir líquidos de esta forma el cambio será más fácil.

Succión no nutritiva:

La succión no nutritiva durante la lactancia, es la actividad que consiste en que el lactante se chupe el dedo, chupón u otros objetos. Se considera parte normal del desarrollo fetal y neonatal. El feto tiene movimientos de succión y deglución desde las semanas 13-16 de gestación; además de otros de tipo respiratorio. Se considera que son precursores importantes de la respiración y deglución, necesarias para la vida postnatal.

La succión no nutritiva guarda relación estrecha con dos reflejos presentes al nacimiento:

- El de búsqueda es el movimiento de la cabeza y lengua hacia un objeto que toca la mejilla del lactante, que usualmente es el pecho materno pero también es un dedo, o un chupón. Este reflejo desaparece en lactantes normales hacia los siete meses.

El de succión hace que la leche salga de los pezones y se preserva hasta el año. Su desaparición no significa que el lactante deje de succionar; en esta etapa ya ha aprendido a alimentarse y no necesita del reflejo para hacerlo.²⁶

En resumen la succión no nutritiva del lactante es casi universal y se considera normal. El punto en que se vuelve hábito y es anormal no está muy claro, pero se considera que es hasta los 3 años. La mayoría de las veces el niño logra superar esta

etapa y el hábito desaparece, sin embargo, si el reflejo continúa después de los tres años este puede provocar daños permanentes en los maxilares. Tiende a producir en la dentición decidua:

- Protrusión de incisivos superiores
- Mordida cruzada posterior
- Linguoversión de incisivos inferiores
- Mordida abierta anterior.

Todo desplazamiento nocivo de los dientes tienden a resolverse en un alto porcentaje de estos casos, si el hábito se interrumpe antes que broten los dientes permanentes. Por lo tanto, es mejor postergar el tratamiento hasta el periodo final de la dentición o cuando empiezan a hacer erupción los dientes permanentes. Las terapias más comunes consisten en la inserción de ciertos aparatos en la boca del niño que eliminan este hábito.

2.2.4 Educación de las pacientes:

Son pacientes en principio muy receptivas hacia cualquier medida que implique una mejora de su salud y la del propio hijo. Así, es un buen momento para insistir en la importancia de la higiene oral, enseñar una buena técnica de cepillado y de instruir también en la necesidad de llevar a cabo un buen control de placa para disminuir el efecto que los cambios hormonales producen en la encía. También

deben recibir toda la información necesaria y correcta con respecto a conocimientos básicos sobre desarrollo y crecimiento dental, como tipos de dentición, cronología de erupción, importancia de los dientes, etc.

Desarrollo dental:

Tipos de dentición: El ser humano tiene dos denticiones: la decidua y la permanente.

- **Dentición Permanente:**

Los dientes temporales empiezan a ser reemplazados a partir de los 6 años, por los dientes permanentes, su erupción se inicia también con los incisivos centrales inferiores. Las primeras molares inferiores y superiores erupcionan detrás de las segundas molares temporales, es decir no reemplazan a ningún diente temporal y algunas veces coinciden con la erupción de incisivos.

Dentición Decidua:

La dentición decidua también es conocida como de leche, o la primera. Empiezan a erupcionar aproximadamente a los 6 meses y se completa hacia los 2 años. Está compuesta por 20 dientes: 10 superiores y 10 inferiores. En esta primera dentición no salen ni premolares ni terceros molares.

El cuidado de los dientes de leche o temporales es algo a lo que muchos padres de familia no le dan importancia porque piensan que al fin

y al cabo se caerán antes que su hijo (a) cumpla los siete años. Según la experiencia clínica del odontopediatra, José Orlando Vega, los padres de familia no practican normas de higiene bucal con sus hijos menores de tres años, porque resulta una práctica incómoda y cansada. De esta manera lo que se hace es abrir las puertas a la caries de biberón. Recalcó que el ser humano experimenta enfermedades dentales a partir de los seis meses de edad, con la erupción del primer diente, por tal razón los cuidados dentales de un niño deben de iniciarla los padres de familia a esa edad. ⁴⁹

	Dientes superiores		Dientes inferiores	
	Comienza formación de tejido duro	Erupción	Comienza formación de tejido duro	Erupción
IC	4 meses iu	7 1/2 meses	4 ½ meses iu	6 meses
IL	4 ½ meses iu	9 meses	4 ½ meses iu	7 meses
CANINO	5 meses iu	14 meses	5 meses iu	6 meses
1er MOLAR	5 meses iu	18 meses	5 meses iu	12 meses
2do MOLAR	6 meses iu	24 meses	6 meses iu	20 meses

Cronología de Erupción:

i.u: intrauterino

La madre debe llegar al momento del parto en óptimo estado de salud bucal y con una fuerte motivación para mantenerla y lograr también la salud bucal del bebé.

2.2.5 Programa de odontología para bebés ⁵⁰

Ya desde hace décadas muchos autores habían señalado la necesidad de iniciar la atención odontológica en niños de corta edad, incluso desde el momento mismo de su nacimiento. Así la odontología para bebés tiene sus inicios en 1983 con la elaboración del proyecto: Plan de Atención odontológica en el Primer año de vida, elaborada por un grupo de profesores de la Universidad Estatal de Londrina-Brasil.

Posteriormente se establece el programa de Atención para el bebé en la UEL con la inauguración oficial de la Clínica del bebé en 1986. La odontología para bebés es un área relativamente nueva ya que preconiza la atención odontológica en niños de corta edad, desde el nacimiento hasta los 3 años y tiene como principio fundamental de que “La educación genera prevención”.⁵¹

En el Perú, los programas de atención para bebés han mostrado resultados favorables, esto se ve reflejado en una comparación hecha entre 2 estudios sobre prevalencia de Caries dental en bebés en el Perú: En un estudio realizado por Tello sobre la prevalencia de caries dental durante diciembre de 1999 y enero 2000 en la clínica del bebé de la FE de la UIGV se encontró una prevalencia de caries de 79.35% en bebés de 25 a 36 meses. Mientras que Elías en el 2001 en un estudio sobre prevalencia de caries dental realizado en 4 cunas de la FAP, encontró una prevalencia de caries de 46.7% en bebés de 25 a 36 meses. Estas diferencias significativas están dadas porque la población estudiada por Elías ya contaba con un Programa de Salud bucal para la atención de bebés desde 1990.⁵⁰

Educación para la prevención de la caries dental y la salud bucal del bebé.

La enfermedad bucal crónica más prevalente en los seres humanos es la caries dental, es por ello que actualmente existen varias medidas preventivas a fin de eliminar y/o detener la enfermedad. La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa, multifactorial, originada por bacterias, se localiza en los dientes causando su reblandecimiento y llegando a formar una cavidad, causando dolor y pérdida dental.^{51, 52}

Según Robinson y Naylor (1963) y ACS et.al. (1992), la caries dental en la primera infancia 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.⁵¹

Es así que para lograr una prevención eficaz de la enfermedad la odontología para bebés se basa en el supuesto que “la educación genera prevención”⁵¹ y esta educación hay que darla a las madres y/o sustitutas(os) de bebés, incluso desde antes del nacimiento del bebé. Bajo esta premisa y con la definición de Educación para la Salud dada por la OMS de que la Educación para la Salud es “una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la Salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan la Salud”, podríamos concluir que para lograr la Salud bucal en el bebé es indispensable la prevención de enfermedades bucales por medio de la educación.

Educación Prevención Salud Bucal

Ahora bien “la Educación para la Salud no consiste sólo en informar, también en valorar de qué situación parte el paciente, de respetar sus valores y creencias, de motivarle, de darle apoyo en el proceso educativo, de “asesorar”. En suma, de ayudarlo a desarrollar habilidades que le permitan efectuar cambios que puedan potenciar su salud”.

Programa Educativo Para Bebés De La Universidad Inca Garcilaso De La Vega

Las charlas educativas son dictadas a las madres y/o sustitutas de bebés en un primer momento como requisito fundamental para ingresar al Programa Preventivo de la Clínica del Bebé de la Facultad de Estomatología de la UIGV. Según Elías Podestá el contenido educativo de las charlas educativas debiera abarcar en el correcto orden y secuencia los siguientes temas:

- “Boca y maxilares del recién nacido.
- Erupción dentaria: importancia de la secuencia y cronología.
- Anatomía e histología dentales: importancia de los dientes deciduos.
- Caries dental: historia natural, factores que intervienen y factores desencadenantes para su producción.
- Higienización: instruir sobre la mejor manera de higienizarse.
- Importancia del flúor en la prevención de las caries.
- Consecuencias de la pérdida de estructura dentaria: mantenimiento y pérdida de espacio.
- Traumatismos y sus consecuencias: cómo actuar frente a ellos y prevención.
- Habla: articulación de la palabra, frenillos...

- Hábitos bucales deletéreos y sus consecuencias”⁵⁰

- **Boca y maxilares del recién nacido**

Para poder reconocer alguna alteración y/o enfermedad bucal en el bebé, es necesario conocer primero los componentes anatómicos normales de la boca del bebé.

En la boca del recién nacido se presentan alteraciones estructurales propias de su edad como es:

Apoyo de succión o Sucking Pad:

ubicado en la parte media del labio superior. Contiene proyecciones vellosas múltiples que aumentan de volumen durante el contacto con el seno de la madre. Esta zona ayuda a que la boca del bebé pueda adherirse mejor al seno materno durante el amamantamiento.

El apoyo de succión está más desarrollado en bebés de menor edad y que reciben lactancia materna.

- **Erupción Dentaria**

La cronología de erupción de los dientes temporales según la Asociación Dental Americana (ADA) 1981 es como sigue:

- Incisivos Inferiores : 6 – 10 meses.
- Incisivos Superiores : 8 – 12 meses.
- Primeros Molares : 12 – 16 meses.
- Caninos : 16 – 20 meses.
- Segundos Molares : 20 – 30 meses.⁵¹

Importancia:

La erupción de los dientes temporales delimita la frontera entre una alimentación exclusivamente líquida, de una gradual alimentación de texturas más consistentes⁵². A través de la erupción de los cuatro grupos dentales se va formando la oclusión: incisivos (1º momento), primeros molares (2º momento), caninos (3º momento) y segundos molares (4º momento). Por ello la importancia de la correcta secuencia en la erupción dental.

Así la oclusión se forma en cuatro momentos:

1º Momento: Se da durante el primer año de vida con la relación incisal y la aparición de la dimensión horizontal y vertical Over-Jet y Over-Bite. Con la erupción de los incisivos la lengua toma una posición más posterior y el bebé comienza a abandonar la fase exclusiva de succión y empieza la fase de masticación.

2º Momento: se da con la erupción de los primeros molares deciduos, lo que determina que la lengua ya no se coloque más entre los rodetes en la parte posterior, sino que se ubique dentro de la cavidad bucal propiamente dicha. “Con esto el niño está apto para masticar, terminando la fase de succión exclusiva”⁵¹.

3º Momento: se da con la erupción de los caninos. Se forma la relación entre las superficies distales de los caninos, que es llamada llave canina, cuya

normalidad es de 2 – 3 mm. Si es mayor de 3 mm. será una llave Clase III y, si es menor de 2 mm. o negativa será una llave de Clase II.

4º Momento: Se da con la erupción de los segundos molares deciduos. Se completa el arco dental deciduo y la función masticatoria está plenamente desarrollada. Según Baume (1950) la relación terminal se determina por la relación de las superficies distales de los segundos molares superiores e inferiores y puede ser: recto, escalón mesial o escalón distal.⁵¹

- **Anatomía e histología dentales: importancia de los dientes deciduos**

En la boca del niño hay 20 dientes temporales:

Arcada Superior (10): Incisivos centrales superiores (2), incisivos laterales superiores (2), caninos superiores (2), primeros molares superiores (2) y segundos molares superiores (2).

Arcada Inferior (10): Incisivos centrales inferiores (2), incisivos laterales inferiores (2), caninos inferiores (2), primeros molares inferiores (2) y segundos molares inferiores (2).

La diferencia de la dentición temporal respecto a la dentición permanente es que la dentición temporal tiene una forma menos marcada, con menos cúspides, de color más blanco-azulada, tamaño más pequeño y no existen las premolares ni las terceras molares.⁵²

- **Caries Dental**

La palabra caries proviene del latín y significa podredumbre o degradación. La caries dental significa entonces diente degradado o diente podrido. La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa, de origen bacteriano y de etiología multifactorial, es decir, que para que la caries dental se desarrolle hace falta la interacción de 4 factores determinantes: huésped (diente y saliva), microflora (bacteria), sustrato o dieta y el tiempo. Las fermentaciones bacterianas de los hidratos de carbono generan ácidos, provocando la disolución localizada del tejido dental pudiéndose formar una cavidad y causar la pérdida de la pieza dental.

La caries dental es una de las enfermedades crónicas que más afecta al ser humano y puede ocasionar trastornos locales, generales y patología focal^{50, 51,52, 55,56}

Factores determinantes para la formación de la caries dental

1. 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, o por su propia configuración anatómica como surcos y fisuras muy pronunciados, y mal posiciones dentales que favorecen la colonización bacteriana. Así mismo el potencial de resistencia del esmalte humano es de

aproximadamente pH= 5.2 (Katz y col. 1982), pero los dientes deciduos son más susceptibles ya que son menos mineralizados que los dientes permanentes (Mc Donald, Avery 1991), por lo que su potencial de resistencia es menor a un pH más alto.

La saliva disminuye el riesgo de caries en el individuo debido a que ejerce un barrido mecánico de los restos alimenticios. Además, contiene una proteína llamada fosfoproteína que tiene acción remineralizante sobre los dientes y una proteína llamada lactofericina que tiene acción antibacteriana, además su pH es casi neutro, lo que favorece a la amortiguación de la acidez del medio. Por lo tanto, la saliva interviene significativamente en el desarrollo de la caries dental⁵¹.

2. Microflora: la cavidad bucal es un espacio donde coexisten microorganismos saprófitos (inofensivos) y patógenos (nocivos). De las bacterias que se encuentran en la placa bacteriana tan sólo algunos son responsables de la Caries dental, éstos son principalmente estreptococos con capacidad acidógenas como *S. mutans* (90%), *S. sanguis* y el *S. sobrinus*. Los lactobacilos acidófilos también se asocian a la caries dental, pero de forma secundaria a la acción previa de los estreptococos^{56, 51}. Orland (1955) y Fitzgerald (1968), demostraron que “sin la presencia de bacterias no hay caries”⁵¹. “Como el niño nace sin bacterias cariogénicas (Berkowics 1980), la adquisición de ellas se hace por contacto del bebé con el ambiente familiar y esto comienza a ocurrir en el 1º año de vida”.⁵¹ Por ello Caufield y col. (1993)

señalan al periodo de mayor adquisición de la caries como ventana de infección que ocurre entre los 19 y 28 meses.⁵¹

3. Dieta: las bacterias utilizan carbohidratos refinados como la sacarosa, glucosa, fructosa y lactosa para su metabolismo, formando así glucano y ácidos (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 (chicles, frunas, toffees), ingestas frecuentes entre comidas (alimentación mayor a 5 veces) y la retención de alimentos azucarados en la boca (biberón endulzado para dormir, amamantamiento durante la noche). Los azúcares más pegajosos o adhesivos son más cariogénicos.^{51, 56}

4. 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”⁵¹.

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 Remi-Desmi (Remineralización – Desmineralización), lo que aumenta el

riesgo de caries dental. Walter L. R. F. y cols (2000), señalan que hábitos alimenticios inadecuados como el uso frecuente y prolongado de biberón o pecho materno y otros alimentos puede generar el síndrome de caries de biberón, que es la primera manifestación de caries aguda en el ser humano.

¿Qué hacer para prevenir el riesgo de infección de caries en el bebé?

Es lógico pensar que si existen 4 factores que favorecen la formación de caries, entonces deberíamos controlar éstos factores.

Control del Factor Dietético y del Factor Tiempo: controlando la calidad, frecuencia el tiempo del consumo de azúcares. Evitando el consumo de golosinas (galletas, caramelos, chicles, etc), reduciendo el número de ingesta de alimentos entre comidas (máximo 5 lactancias o alimentaciones al día) y evitando que el bebé permanezca por periodos de tiempo prolongados con alimentos en la boca (amamantamiento o biberón durante la noche).

Control del Factor Bacteriano: disminuyendo el número de bacterias en boca con una buena higiene bucal (buena técnica de cepillado o higiene con gasa y H₂O₂ diluido y uso de hilo dental) después de cada comida. Uso de colutorios a base de clorhexidina.

Control del Factor Huésped: fortaleciendo al diente y equilibrando el pH salival con la aplicación de flúor.^{56.51}

Tipos de caries en la primera infancia

Clínicamente, existen 3 tipos de caries en la dentición temporal:

Caries Simple: afecta las superficies proximales de los incisivos, generalmente los lados mesiales de los incisivos centrales superiores y las superficies oclusales de las molares. Las lesiones cariosas suelen ser pocas y no pasan de seis.

Caries de infancia temprana (tipo biberón): el uso prolongado del biberón para dormir está asociado con un mayor riesgo de caries, pero “el uso del biberón no es el único factor, y puede no ser el más importante en el desarrollo de la caries”⁵⁰, por ello en 1994 en una conferencia organizada por los Centros para el Control y Prevención de enfermedades, se recomendó usar el término Caries de Infancia Temprana o Caries de Aparición Temprana.

Este tipo de caries afecta todos los dientes, aunque tiene su inicio en las caras vestibulares de los incisivos centrales. Aparece en los niños en el primer año de vida. Su etiología tiene fuertes componentes socioculturales relacionados con el amamantamiento nocturno y la ausencia de higiene bucal.^{50, 51}

Caries negligente o rampante: es aquella lesión simple o tipo biberón que no recibe atención, lo que trae como consecuencia la pérdida de la corona clínica con o sin exposición pulpar.

- **Higienización de la boca del bebé**

La higiene oral comprende a los hábitos que favorecen la Salud bucal como la limpieza de los dientes.

Es necesario recordar que la caries dental y la enfermedad periodontal son dos enfermedades que se originan por el acumulo de microorganismos presentes en la placa bacteriana⁵⁵, por lo tanto la remoción de la misma, supone una prevención de éstas enfermedades.

Ya que la Odontología para bebés es un área de la odontología relativamente joven, no existe un protocolo único sobre cómo se debe realizar la higiene bucal en el bebé. De acuerdo con las normas de la Asociación Dental Americana (ADA 1981), la higiene bucal del bebé puede comenzar antes de la erupción dental, “para 32 hacer el campo más limpio, así como acostumar al niño a la manipulación de su boca”⁵¹.

Para Walter, L. R. F. y Cols. (14), en la práctica, la limpieza de la boca del bebé comienza con la erupción de los primeros dientes y se realiza principalmente en la noche después del último amamantamiento, para lo cual se debe disolver 1 cucharada sopera de agua oxigenada de 10 volúmenes en 3 cucharadas de agua hervida, humedecer la punta de una tela o hisopo de algodón y limpiar la boca, lengua y dientes. A partir de los 18 meses de edad o cuando se completa la erupción de los primeros molares deciduos, la limpieza deberá realizarse con el cepillo dental.

Según Elías Podestá M. C.⁵⁰, la limpieza de la boca del bebé debe iniciarse desde muy temprano, desde que el niño carece de piezas dentarias, para lo cual la limpieza en bebés desdentados debe realizarse con gasa humedecida en agua hervida fría.

La limpieza en bebés dentados se debe realizar con gasa humedecida en agua oxigenada de 10 volúmenes, diluida a $\frac{1}{4}$ (Una parte de agua oxigenada, 3 partes de agua hervida fría) hasta la aparición del primer molar decíduo, en donde la limpieza se hará con el cepillo dental; y empezar a introducir el uso de pasta dental al promediar los 2 años.

- **Consecuencias de la pérdida temprana de estructura dentaria**

Disminución de la Función Masticatoria y de Deglución: el niño con dentición temporal se encuentra en la etapa de crecimiento más activa de su vida, por lo tanto, necesita alimentarse correctamente para satisfacer los requerimientos nutricionales corporales para obtener un adecuado crecimiento general como craneofacial. La pérdida dental ocasiona que el niño no triture correctamente sus alimentos lo que trae como consecuencia problemas en la deglución, alteraciones nutricionales, generando a su vez un efecto adverso en su desarrollo.

1. **Disminución de la Función Fonética:** la pérdida dental prematura puede dificultar el normal desarrollo de la fonación del niño y ocasionar una mala

articulación del lenguaje. Los sonidos más afectados son las consonantes s, v, z, f.

2. Falta de Desarrollo y Crecimiento de los maxilares: al no existir una correcta intercuspidadación o contacto dentario, no existirá un buen balance de las fuerzas musculares, ni una correcta masticación; lo que ocasionaría una falta de desarrollo y crecimiento óseo adecuado.

3. Alteración en la Oclusión: la pérdida precoz de un diente temporal o deciduo rompe el equilibrio entre dientes adyacentes y antagonistas.

Cambios en las Dimensiones de las Arcadas y Pérdida de Espacio: la pérdida de dientes adyacentes provoca un movimiento migratorio lo que ocasiona una disminución en la longitud de las arcadas dentarias y el cierre de espacio para la erupción de dientes permanentes, lo que traería como consecuencia maloclusiones, mal posición dental o apiñamientos dentales.

Poca estética y Afectación psicológica: “a pesar de la corta edad, los niños suelen afectarse psicológicamente por la inaceptable estética que ocasiona la ausencia de dientes, especialmente los anteriores”⁵⁴. Desde edades muy tempranas los niños pueden recibir comentarios desagradables por tener piezas dentales ausentes o dientes mal posicionados, lo que puede provocar que desarrollen complejos de inferioridad respecto a su apariencia, incluso

podrían evitar sonreír para no enseñar sus dientes, lo que les daría una apariencia de niño triste.

- 1. Instauración de Hábitos Bucales:** la ausencia dental en ocasiones conlleva a la adquisición de hábitos bucales como interposición lingual, colocación de objetos en la zona edéntula (lápices, lapiceros), succión de labios o carrillos en la zona de ausencia dental, etc.

- **Traumatismos y sus consecuencias**

El término traumatismo se define como la “lesión de los órganos o los tejidos por acciones mecánicas externas”. El traumatismo dentoalveolar sería entonces la lesión del tejido dental y peridental producido por acciones mecánicas externas. No se encuentran incluidos en esta definición el desgaste fisiológico (atrición), ni el desgaste patológico (abrasión).

Los traumatismos dentales en niños son muy frecuentes. Los niños entre 1 y 2 años están en plena etapa de aprender a caminar y correr por lo que tienen mayor probabilidad de traumas.

Los traumatismos causan un gran impacto emocional y psicológico en los niños y también en sus padres, por lo que no sólo se tratará al niño, sino también a los padres tranquilizándolos e informándoles sobre las secuelas. El odontopediatra deberá calmar al niño y transmitirle seguridad, así como

también deberá establecer un correcto diagnóstico para tratarlo con la técnica más adecuada, con el fin de minimizar las secuelas en los dientes permanentes.

El trauma en el bebé (0 – 36 meses) requiere de un mayor conocimiento y manejo clínico de parte del odontopediatra debido a las dificultades y limitaciones propias de la edad y a la mayor posibilidad de repercusiones en los dientes permanentes. Es importante que dentro de la anamnesis obtengamos el relato de la enfermedad actual con 3 preguntas fundamentales:

¿Cómo?: cómo ocurrió el accidente, en qué manera; ya que el niño también pudiera haberse golpeado otra zona del cuerpo o la cabeza en donde lo derivaríamos al especialista médico

¿Cuándo?: preguntar a la madre y/o responsable cuanto tiempo pasó desde que ocurrió el accidente.

El tiempo que transcurre desde que se produce el traumatismo dentoalveolar y se inicia el tratamiento es sumamente importante para determinar el tipo de tratamiento y el pronóstico. Se considera que sólo dentro de la primera hora de ocurrido el accidente se puede devolver la normalidad a los tejidos afectados por cuanto la respuesta del organismo es muy favorable. En esta situación se puede intentar reubicar los tejidos a su posición

original, realizar reimplantes de dientes permanentes y reimplantes de dientes temporales (en algunos casos, y dependiendo de otras consideraciones).⁵⁰

¿Dónde?: dependiendo del lugar donde ocurrió el accidente y la presencia de sangrado, se indicará la profilaxis antitetánica. Estos datos nos ayudarán a obtener un diagnóstico definitivo y un adecuado plan de tratamiento.

Consecuencias y/o secuelas de los traumatismos dentoalveolares

Pueden darse manifestaciones inmediatas como hemorragias, dolor, hinchazón lo que imposibilitaría al niño para masticar y deglutir normalmente. También pueden presentarse lesiones en el diente deciduo traumatizado y lesión del germen del diente permanente.

Las lesiones post-trauma en la dentición temporal pueden ser:

- Hiperemia pulpar.
- Hemorragia pulpar.
- Calcificación progresiva de la pulpa dental.
- Reabsorción interna.

Las secuelas post-trauma de los dientes permanentes en desarrollo pueden ser:

- Decoloración blanca o amarilla marrón del esmalte.
- Decoloración blanca o amarilla e hipoplasia del esmalte.
- Corona dilacerada.
- Malformación en forma de odontoma.
- Duplicación radicular.

- Detención parcial o completa de la formación radicular.
- Secuestro del germen del diente permanente.
- Alteración en la erupción dental.

Anquiloglosia (frenillo lingual anormal)

La palabra Anquiloglosia deriva de dos palabras griegas AKYLOS: corto y GLOSA: lengua, y se define como una anomalía congénita caracterizada por un frenillo lingual corto o de inserción larga, que puede restringir la movilidad de la lengua.

Esta anomalía puede causar en el bebé:

- Impedimento de movimientos linguales hacia arriba y hacia delante.
- Dificultad de succión durante la lactancia.
- Pérdida de leche por las comisuras labiales.
- Dificultad en el habla (dificultad para articular ciertos sonidos)
- Problemas de crecimiento maxilar (insuficiencia del desarrollo maxilar)
- Deglución atípica.
- Interposición lingual.
- Tendencia a desarrollar una maloclusión Clase III.
- Diastemas interincisivos (incisivos inferiores).
- Impedimento de la limpieza pasiva adecuada de los dientes.
- Alteraciones en la respiración.
- Retraso de crecimiento (por poca ganancia de peso).

El frenillo lingual anormal en el bebé puede lacerar y provocar grietas en el pezón de la madre, lo que podría limitar la alimentación del lactante por el dolor que siente ésta. Esto conlleva a su vez una pérdida de peso en el bebé.^{50, 51, 57, 58}

El diagnóstico de anquiloglosia total o parcial debe hacerse conjuntamente con el neonatólogo, el odontopediatra y el fonoaudiólogo. El diagnóstico se basa en observar:

- Falta de movimientos linguales hacia arriba y hacia delante.
- Al sacar la lengua se forma una muesca en la punta.⁵⁰
Algunas indicaciones para la frenectomía son:
- Trastornos del habla.
- Niños con incapacidad para sacar la lengua y tocarse el labio superior con la punta de la lengua.
- Incapacidad para tocar instrumentos de viento.
- En lactantes y recién nacidos con problemas en la transferencia efectiva de la leche (dificultad para alimentarse y succionar) e inadecuada ganancia de peso.
- Personas diagnosticadas con anquiloglosia de cualquier edad que deseen hacerse la frenectomía por razones sociales.^{50,57, 59}

Existe una gran controversia con respecto al tratamiento de la anquiloglosia en el lactante, pudiendo realizarse un tratamiento conservador efectuado por el fonoaudiólogo o un tratamiento quirúrgico (frenectomía). En el caso del tratamiento quirúrgico puede o no necesitar terapia de lenguaje después de la cirugía.

- **Hábitos bucales deletéreos y sus consecuencias**

Los hábitos bucales que se presentan más en los niños son la succión de dedo, succión de chupón y la succión labial.^{59, 60, 61,51} Estos hábitos se

consideran normales en el desarrollo fetal y neonatal; el feto tiene movimientos de succión, deglución y otros de tipo respiratorio que son considerados precursores importantes de la respiración y la deglución.⁶¹

Pinkham señala que las consecuencias de estos hábitos en la dentición de niños de hasta 3 años son mínimos y se limitan a mal posiciones de los incisivos; considera que las medidas para eliminar o desalentar estos hábitos están contraindicados a esta edad, por lo que aconseja un periodo de espera ya que la mayoría de los niños abandonan estos hábitos espontáneamente entre los 2 y 4 años de edad. Señala además postergar el tratamiento hasta el periodo final de la dentición temporal o en la etapa de dentición mixta.

Para Walter et.al.⁵¹, la persistencia en el tiempo de estos hábitos conlleva a una alteración de la oclusión, señala que al educar a los padres se les debe alertar que los hábitos de succión de dedo, de chupón y labial son normales hasta los 2 años de edad ya que están en una fase normal de desarrollo llamada fase oral.

Después de los 2 años los padres deben comenzar a retirar estos hábitos, y si el hábito persistiera hasta la etapa de dentición mixta, entonces irremediablemente deberá ser utilizada una terapia ortodóntica.

Para Romero Maroto et.al., es a partir de los 4 años aproximadamente cuando la persistencia de los hábitos nocivos influye más negativamente en el desarrollo del niño originando mal oclusiones.⁶²

Succión digital

La succión digital puede ser de uno o varios dedos de la mano, siendo la más común la succión del dedo pulgar. “Los efectos de la succión digital dependerán de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfogenético”.

Si se abandona el hábito antes de los tres años las consecuencias serán mínimas y se corregirán de manera espontánea.

La succión digital prolongada, frecuente e intensa produce:

- Inclinación vestibular de los incisivos superiores.
- Reabsorción radicular atípica de los incisivos deciduos.
- Disminución de la amplitud palatina (paladar ojival).
- Deformación del maxilar superior (paladar profundo)
- Inclinación lingual de los incisivos inferiores.
- Retrusión mandibular (Maloclusión Clase II).
- Aumento del overjet.
- Disminución del overbite
- Mordida cruzada posterior.
- Mordida abierta anterior.
- Incompetencia labial.
- Labio inferior por detrás de los incisivos superiores.

- Riesgo de Salud psicológica.
- Deformación de los dedos.
- Alteración en el lenguaje^{60, 62, 63, 64, 65}

Succión de chupón

Este hábito puede llegar a ocasionar mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior. Larson observó que más de la mitad de 75 niños de 4 años de edad con uso prolongado del chupón no presentaba ningún tipo de maloclusión. Canut B., atribuye este hecho a que el hábito desaparece antes de la erupción de premolares y caninos. “Incluso en los casos en los que el hábito persiste después de la erupción de los primeros molares, su efecto en la posición transversal no parece ser significativa”.

Succión Labial

Puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital”.⁶⁵ Generalmente la succión se da en el labio inferior, aunque se han observado hábitos de mordisqueo del labio superior.

El hábito de la succión labial superior puede ocasionar:

- Protrusión superior.
- Inclinación lingual de incisivos inferiores.
- Mordida abierta anterior.
- Inclinación vestibular de incisivos superiores.⁶⁵

2.3 Definición de términos

- **Eficacia:** Es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o desea tras la realización de una acción.

- **Nivel de conocimiento sobre cuidado bucal del bebé:** Es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades más prevalentes (caries, gingivitis y maloclusiones); además de los aspectos preventivos.

2.4 Formulación de hipótesis

H1.- la aplicación del programa “kiru kushi” es eficaz sobre el nivel de conocimiento en cuidado bucal del bebé en las madres que acuden al Clas Molinos.

H0.- la aplicación del programa “kiru kushi” NO es eficaz sobre el nivel de conocimiento en cuidado bucal del bebé en las madres que acuden al Clas Molinos.

2.5 Identificación de variables

Variable independiente

- Programa “kiru kushi”

Variable dependiente

- Nivel de conocimiento

Variable interviniente:

- Edad
- Grado de instrucción
- Número de hijos

2.6 Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADOR	ESCALA
Edad	Número de años cumplidos	<ul style="list-style-type: none">- Menor de 20- Mayor de 20
Grado de instrucción	Nivel de escolaridad	<ul style="list-style-type: none">- Secundaria incompleta- Secundaria completa- Superior incompleta- Superior completa
Numero de hijo	Cantidad de hijos	<ul style="list-style-type: none">- Primíparas- multiparas

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS	ESCALA
Nivel de conocimiento sobre Cuidado Bucal del Bebé	Conocimiento sobre medidas preventivas en Salud Bucal del Bebé	Conocimiento de higiene Bucal en el bebé.	Pre Test y post test /prueba Cuestionario sobre Cuidado Bucal del Bebé	Malo (0- 13 pts)
		Conocimiento sobre importancia de cepillado en el bebé		
		Conocimiento sobre la dieta en el bebé		
		Conocimiento sobre prevención de caries en el bebé		
		Conocimiento sobre prevención de maloclusiones en el bebé		
	Conocimiento sobre enfermedades bucales en el Bebé	Conocimiento sobre placa Bacteriana		Regular (14 - 20 pts)
		Conocimiento sobre caries de infancia temprana		
		Conocimiento sobre gingivitis		
	Conocimientos sobre desarrollo dental del Bebé	Conocimientos sobre tipos de dentición		Bueno (21-24 pts)
		Conocimientos sobre el número de dientes deciduos		
		Conocimiento sobre cronología de erupción dentaria		
		Conocimiento sobre exfoliación dentaria		
	Prácticas de los conocimientos sobre cuidado bucal			Cumplimiento de las normas de higiene bucal Dieta del bebé

CAPITULO III. MARCO METOLOGICO

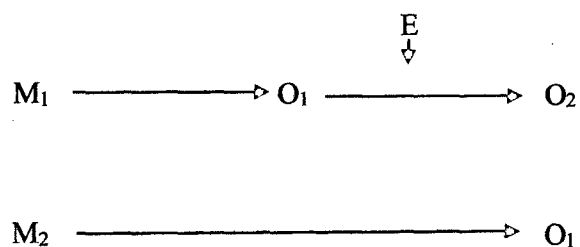
3.1 Nivel y tipo de investigación

El estudio es de tipo cuantitativo por su diseño metodológico, epidemiológico por el problema de investigación y los objetivos planteados en este estudio.

3.2 Diseño y métodos

El diseño de la presente investigación es:

- Según el tiempo de ocurrencia de los hecho.
 - **Prospectivo.**- Se registran la información según van ocurriendo los fenómenos
- Según el periodo o secuencia de los hecho.
 - **Longitudinal.**- estudia una o más variables a lo largo de un periodo y se estudia a los sujetos en distintos momentos, lo que permite al investigador verificar relaciones de causa – efecto.
- Según el análisis y alcance de los resultados
 - **Cuasi – experimental.**- Porque hay una manipulación artificial del factor de estudio sin aleatorización.
 - **Programa / política.**- sugiere cambios en la políticas actuales de salud y programa.



Leyenda

M₁: muestra grupo experimental

M₂: muestra grupo control

O₁: observación 1 (pre - test)

O₂: observación 2 (post - test)

E: experimento.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Poblacional

Madres de bebés de 0 a 24 meses que acuden a sus controles en servicio de CRED del Clas Molinos que son 182 niños.

3.3.2 muestra

La selección de la muestra se realizó a través del método no probabilístico por conveniencia, donde finalmente se seleccionó a las madres de bebés de 0 a 24 meses.

Estas madres serán divididas en dos grupos:

Grupo 1.- Grupo experimental (GE), que estuvo constituida por 20 madres de bebés de 0a 24 meses que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión A su vez el Grupo 1 estuvo subdividido en:

- Grupo A1: constituida por 10 madres primíparas.
- Grupo A2: constituida por 10 madres múltiparas.

Grupo2.- Grupos de control (GC) que estuvo constituida por 20 madres que acepten participar en el estudio. (Las cuales realizaron el pre test en el servicio de odontología)

Criterios de inclusión

- Madres de bebés de 0 a 24 meses sin importar si son primíparas o múltiparas
- Madres de bebes 0 a 24 meses de ambos sexos.
- Madres de bebés 0 a 24 meses que culminaron con una educación primaria básica.
- Madres de bebés que acudieron al Clas Molinos (al servicio de CRED).
- Madres de bebés 0 a 24 meses que aceptaron participar voluntariamente (firmen el consentimiento autorizado).
- Madres de bebés 0 a 24 meses que asistieron a la sesion educativa.
- Madres de bebes 0 a 24 meses que no presentaron ninguna enfermedad mental.

Criterios de exclusión

- Madres de bebés 0 a 24 meses iletrados o sin culminación de la educación primaria básica

- Madres de bebés 0 a 24 meses que no acudan al Clas Molinos para el estudio.
- Madres de bebés 0 a 24 meses que no aceptaron de manera voluntaria el estudio.
- Madres de bebés 0 a 24 meses que presentaron enfermedad mental.

3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Con la finalidad de evaluar el nivel de conocimiento de las madres se elaboró un cuestionario (anexo n°2) tomando como base investigaciones realizadas en madres de familia, la validación de instrumento de trabajo fue a través de “juicio de expertos”, para ellos se entregaron las fichas de trabajo a 3 odontólogos del área de odontopediatría del Hospital Militar Central, con la finalidad de evaluar su estructura y contenido.

Las madres respondieron las preguntas mediante una entrevista que se realizó por los bachilleres de odontología usando como instrumento la encuesta.

El proceso de recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un PRE TEST y POS TEST usando la técnica de la entrevista.

Este cuestionario contó con 24 preguntas cerradas o estructuradas (respuesta múltiple) sobre conocimiento, el cual contiene los fines plantados en los objetivos de esta investigación, donde se consideró:

- Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal del bebé (14 preguntas)
- Conocimiento sobre desarrollo dental del bebé (6 preguntas)

- Conocimiento sobre enfermedades bucales del bebé (4 preguntas)

Dándose un valor de 0,83 por cada respuesta correcta, y mediante regla de tres simple se agruparon los resultados en los siguientes intervalos:

- Malo (0-8 puntos)
- Regular (9 - 13 puntos)
- Bueno (14-24 puntos)

El cuestionario también recogió información general que consignaron las madres para el cumplimiento de objetivos de este estudio, como:

- Edad
- Grado de instrucción
- Número de hijos

También se utilizó la técnica de la observación con el uso de un registro anecdótico referido a la dieta y métodos de higiene bucal; que fue a ciego, por lo cual la madre desconocía la visita de verificación de las actividades a evaluar.

3.4.1 Descripción del experimento

Una vez establecidos los grupos de trabajo. Experimental y de control, se les tomó un PRE TEST en cuidado bucal de bebé antes de aplicar el programa “kiru kushi”, utilizando el instrumento antes mencionado mediante una entrevista con cada una de las madres del grupo 1 y 2.

Posteriormente se procedió a aplicar el programa “kiru kushi” que consistía en:

- **Charlas:** mediante PowerPoint (anexo 3) que duró un aproximado de 25 minutos, referidas a cuidado bucal del bebé dentro de ella mencionamos :

- Conociendo la boca del bebe
- Algunas de las enfermedades que podrían presentar
- Tipos de dentición
- Número de dientes de leche
- Cronología de erupción decidua
- Cronología de exfoliación decidua
- Caries
 - ✓ Caries de biberón
 - ✓ Causas
 - ✓ Prevenir(flúor)
- Maloclusión
 - ✓ Lactancia materna
 - ✓ Alimentación complementaria
 - ✓ Uso del biberón
- Gingivitis (placa bacteriana)
- Higienización bucal
 - ✓ Antes de la erupción de los dientes deciduos
 - ✓ Cuando erupción los dientes lisos
 - ✓ Cuando erupcionan los molares
 - ✓ Técnica de cepillado

Taller: Que se realizó el mismo día después de culminar con la charla, consistió en enseñarle a las madres; la preparación de algunas papillas son

provechosas nutricionalmente para sus bebés (no es necesario endulzarlos) y a su vez el procedimiento correcto de como limpiar la boca de su bebé mediante el uso de gasa y/o tela limpia después del consumo de sus alimentos, leche materna o artificial, para lo cual el taller se dividió en dos sesiones

Sesión 1:

Se presentó algunas variedades de alimentos complementarios a las madres que pueden tener con alternativa de alimentación. Para que las madres tengan mejor conocimiento de los beneficios de estos alimentos se invitó a un licenciado de enfermería del Clas Molinos para que explique mejor los beneficios de estos alimentos para sus hijos. Esta sesión tuvo una duración de aproximadamente 20 minutos.

Sesión 2:

En esta última sesión se enseñó a las mamitas como deben realizar la higienización de la boca de sus bebés. Esta sesión se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Preparamos la gasa o tela limpia
- Usamos la gasa o tela limpia
- Preparamos el agua con agua oxigenada para que pueda ser usada junto con la gasa o tela limpia en la higienización de la boca de su bebé
- Realizamos la higiene bucal del bebé
- Que zonas de la boca del bebé deben limpiar
- Cuando usar cepillo dental y como deberán realizar y enseñarles a cepillarse.

- Qué pasta deben usar sus hijos de acuerdo a la edad

Se le enseñó la higienización en las tres etapas mencionadas en la charla, para cual se les donó lo necesario para la práctica.

- Gasas
- Agua hervida fría
- Solución de agua oxigenada diluida en agua fría hervida
- Cepillos para niños
- Pasta dental con flúor

Se contó con una colaboradora que realizó la demostración para las otras mamás, esta colaboradora fue asesorada previamente sobre la forma correcta de higienización, de manera las madres viendo a la madre colaboradora siguieron el procedimiento supervisados por los bachilleres.

Finalmente se les enseñó la técnica de cepillado a ellas para que puedan enseñársele a sus hijos poco a poco durante el aprendizaje de cepillado. Este sesión tuvo una duración de aproximadamente 30 – 45 minutos.

Después de las charlas se les dió estímulos a las madres más empeñosas en el aprendizaje así mismo se entregó recordatorios a todas las participantes de este proyecto de tesis que consistió en un pequeño cuadernillo con imágenes de lo explicado en los talleres.

Una vez ejecutado el proyecto se procedió a tomar un POS TEST con el mismo instrumento utilizado en la PRE TEST para evaluar la eficacia del

programa “kiru kushi” sobre el nivel de conocimiento de las madres en cuidado bucal del bebé.

- **Seguimiento.-** Que consistió en visitas domiciliarias para verificar la aplicación de lo aprendido durante los talleres, la visita se realizó a la semana de haber ejecutado el programa mediante un registro anecdótico de verificación (anexo 4).

3.5 Técnica de procesamiento de análisis de datos

Para la presentación de datos y valores se utilizó tablas, gráficos (usando estadísticas descriptivas y medidas de tendencia central).

La prueba estadística que se utilizó para establecer si existe relación entre las variables fue la prueba de T Student por ser variables que por su clasificación son de naturaleza cuantitativa y siguen una distribución normal, independientes con el 95% de nivel de confianza y el 5% de error. El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa SPSS 20 para Windows.

CAPITULO IV. PRESENTACION DE RESULTADOS

El presente estudio que tiene como objetivo general evaluar la eficacia del programa Kiru Kushi sobre el nivel de conocimiento en cuidado bucal del bebé en las madres que acuden al Clas Molinos, donde la población está constituida por 40 madres de bebés de 0 a 24 meses que se atienden en el servicio de CRED del Clas Molinos de la provincia de Pachitea, departamento de Huánuco, durante el mes de noviembre del 2014, a las cuales se dividieron en dos grupos GRUPO 1 (grupo experimental) y esta a su vez se divide en dos subgrupos Grupo A1- Grupo A2 y GRUPO 2 (grupo control), que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, obteniendo los siguientes resultados.

4.1 Resultado descriptivo

Tabla 1. Características demográficas de las madres en estudio que acuden al Clas – Molinos- Huánuco – 2014.

VARIABLES	GRUPO			
	EXPERIMENTAL (N=20)		CONTROL (N=20)	
	F	%	f	%
GRADO DE INSTRUCCIÓN				
Secundaria incompleta	13	65	14	70
Secundaria completa	3	15	4	20
Superior incompleto	1	5	1	5
Superior completo	3	15	1	5
EDAD				
< 20 años	3	15	2	10
> 20 años	17	85	18	90
NUMERO DE HIJOS				
Primiparas	10	50	10	50
Multiparas	10	50	10	50
EDAD (\bar{X} +-DS)	24,5 +-4,73		25,45 +- 5,10	
NUMERO DE HIJOS (\bar{X} +-DS)	1,75 +- 0,91		1,95 +- 1,19	

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se observa las características demográficas de las muestras, según la edad, se apreció que la edad promedio de las madres del grupo experimental es de 24,5 con una desviación estándar de $\pm 4,73$ y del grupo control es 25,45 con una desviación estándar de $\pm 5,10$.

Respecto al grado de instrucción de las madres en estudio, se observó que el grupo experimental en su mayoría tienen secundaria incompleta [65% (13)], secundaria completa [15% (3)], superior incompleta [5% (1)], superior completo [15% (3)] seguido de una cifra similar en el grupo control secundaria incompleta [70% (14)], secundaria completa [20% (4)], superior incompleta [5% (1)], superior completo [5% (1)].

En relación al número de hijos de la muestra en estudio, se apreció que el número de hijos por madre en grupo experimental es de 1.75 y en el grupo control es de 1.95 por madre con una desviación estándar de $\pm 0,91$ y $\pm 1,95$ respectivamente.

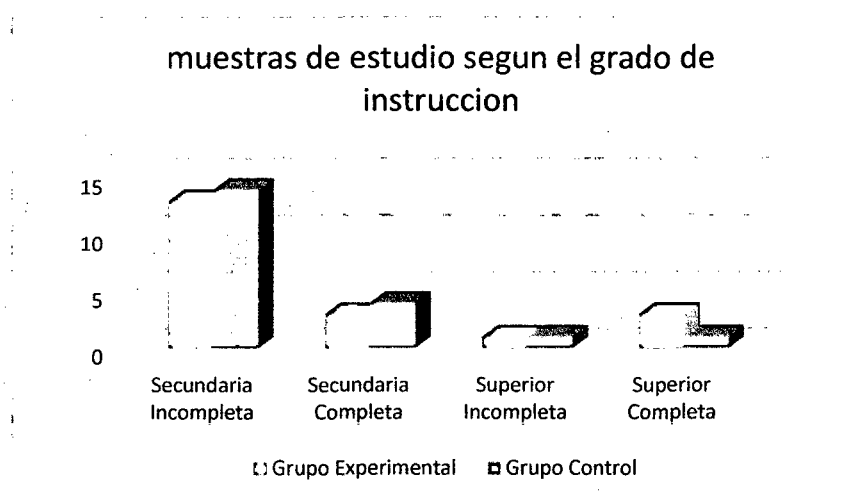


Grafico1. Distribución de las muestras de estudio según el grado de instrucción.

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre cuidado bucal del bebé en madres del grupo control que asisten al Clas Molinos – Huánuco 2014, según la edad.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	EDAD			
	Grupo control			
	< 20 años	> 20 años		
	F	%	f	%
Bueno	0	0	0	0
Regular	0	0	2	11,1
Malo	2	100	16	88,9
TOTAL	2	100	18	100

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se aprecia que las madres evaluadas cuya edad es menor de 20 años tienen un nivel de conocimiento malo [100%(2)]; mientras que las madres mayores de 20 años presentan un nivel de conocimiento malo [88,9%(16)], regular [11,1%(2)].

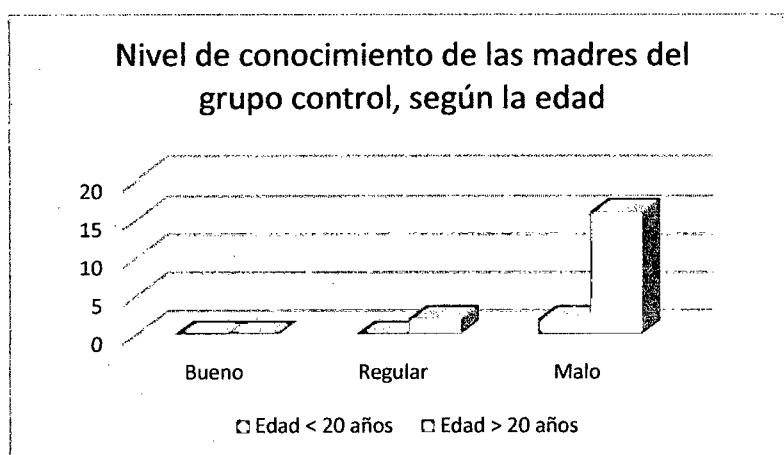


Gráfico 2. Distribución de nivel de conocimiento de las madres del grupo control, según la edad, Clas Molinos – Huánuco 2014.

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre cuidado bucal del bebé en madres del grupo control, Clas Molinos – Huánuco 2014, según el grado de instrucción.

Nivel de conocimiento	Grado de Instrucción							
	Secundaria Incompleta		Secundaria Completa		Superior Incompleta		Superior Completa	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Bueno	0	0	0	0	0	0	0	0
Regular	0	0	1	25	1	100	0	0
Malo	14	100	3	75	0	0	1	100
TOTAL	14	100	4	100	1	100	1	100

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se aprecia que las madres del grupo control con un grado de instrucción secundaria incompleta tienen un nivel de conocimiento malo [100%(14)]; las de secundaria completa tienen un nivel de conocimiento malo [75%(3)], regular [25%(1)], superior incompleto con un nivel de conocimiento regular [100%(1)] y superior completo con un nivel de conocimiento malo [100%(1)].

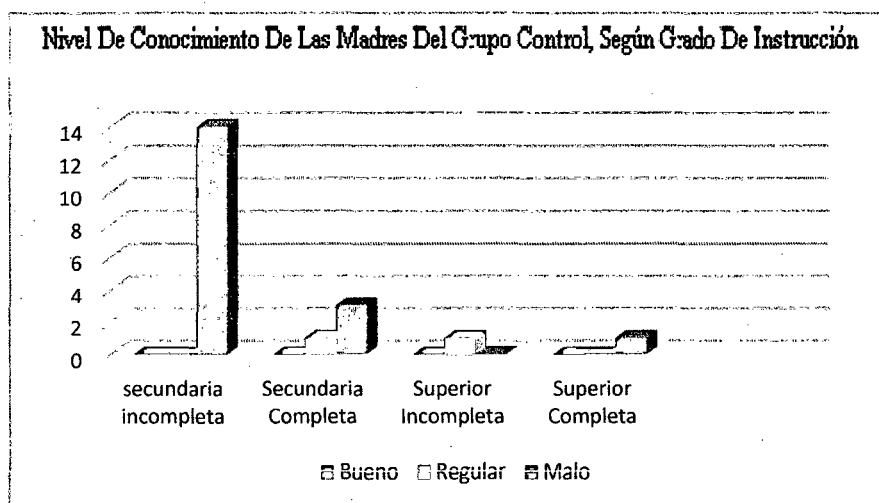


Gráfico 3. Distribución del nivel de conocimiento de las madres del grupo control, según grado de instrucción, Clas Molinos – Huánuco 2014.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre cuidado bucal del bebé en madres del grupo control, Clas Molinos – Huánuco 2014, según la paridad.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PARIDAD			
	PRIMIPARAS		MULTIPARAS	
	F	%	F	%
BUENO	0	0	0	0
REGULAR	0	0	2	20
MALO	10	100	8	80
TOTAL	10	100	10	100

Fuente: elaboración propia

La presente tabla nos muestra que las madres del grupo control que son primíparas tienen un nivel de conocimiento malo [100%(10)], mientras que las madres multíparas presentan un nivel de conocimiento malo [80%(8)] y regular [20%(2)].

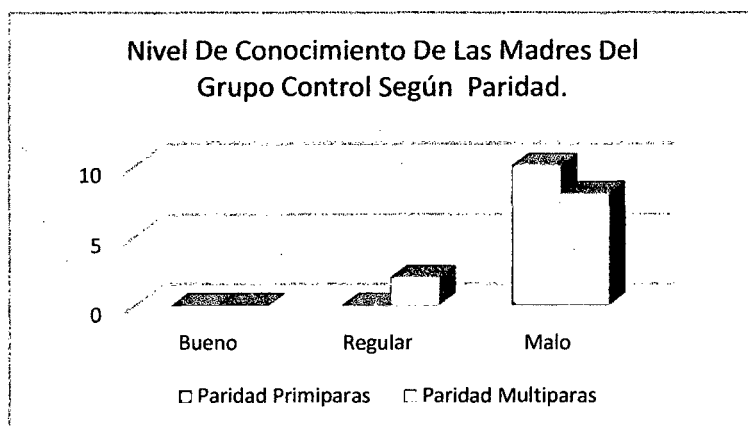


Gráfico 4. Distribución del nivel de conocimiento de las madres del grupo control, Clas Molinos – Huánuco 2014, según paridad.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre cuidado bucal del bebé en madres del grupo experimental, Clas Molinos – Huánuco 2014, según la edad.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	EDAD			
	Grupo Experimental < 20 años		> 20 años	
	F	%	F	%
Bueno	3	100	9	52,9
Regular	0	0	8	47,1
Malo	0	0	0	0
TOTAL	3	100	17	100

Fuente: elaboración propia

En la tabla se aprecia que del total de madres evaluadas [100%(20)] después del programa, las madres cuya edad es menor de 20 años tienen un nivel de conocimiento bueno [100%(3)]; mientras que las madres mayores de 20 años presentan un nivel de conocimiento malo [52,9%(9)], regular [47,1%(8)].

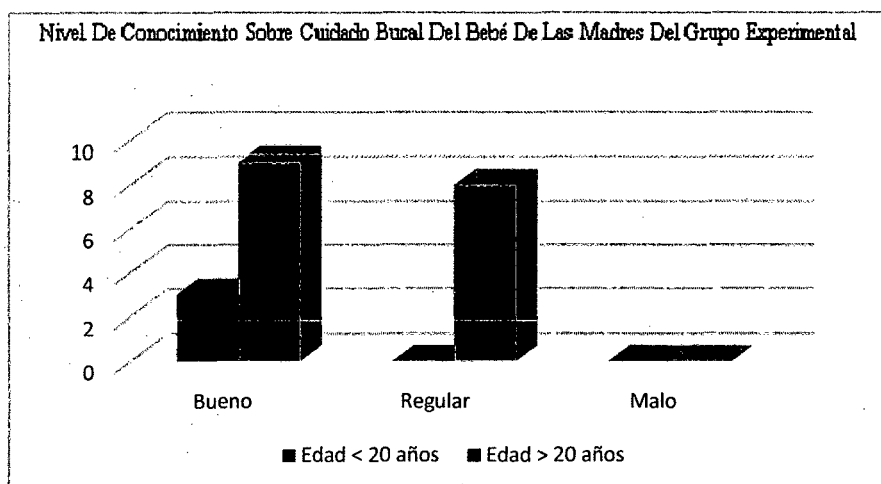


Gráfico 5. Distribución del nivel de conocimiento sobre cuidado bucal del bebé de las madres del grupo experimental, Clas Molinos- Huánuco 2014, según edad

Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre cuidado bucal del bebé en madres del grupo experimental, Clas Molinos – Huánuco 2014, según el grado de instrucción.

Nivel de conocimiento	Grado de Instrucción							
	Secundaria Incompleta		Secundaria Completa		Superior Incompleta		Superior Completa	
	F	%	F	%	f	%	F	%
Bueno	5	38,5	3	100	3	100	1	100
Regular	8	61,5	0	0	0	0	0	0
Malo	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	13	100	3	100	3	100	1	100

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se aprecia el nivel de conocimiento de las madres del grupo experimental en relación al grado de instrucción, encontrándose que los de secundaria incompleta tienen un nivel de conocimiento bueno [38,5%(5)], regular [61,5%(8)]; secundaria completa tienen nivel de conocimiento bueno [100%(3)]; superior incompleto tienen un nivel de conocimiento bueno [100%(3)]; y finalmente los de superior completo un nivel de conocimiento bueno[100%(1)].

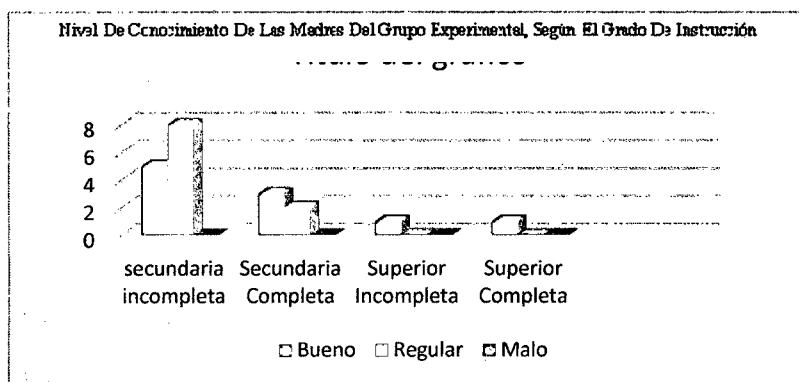


Grafico 6. Distribución del nivel de conocimiento de las madres del grupo experimental, Clas Molinos – Huánuco 2014, según el grado de instrucción.

Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre cuidado bucal del bebé en madres del grupo experimental, Clas Molinos – Huánuco 2014, según la paridad.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PARIDAD			
	PRIMIPARAS		MULTIPARAS	
	f	%	F	%
BUENO	9	90	2	20
REGULAR	1	10	8	80
MALO	0	0	0	0
TOTAL	10	100	10	100

Fuente: elaboración propia.

Esta tabla podemos observar que las madres primíparas después del programa presentaron un nivel de conocimiento bueno [90%(9)], regular [10%(1)]; mientras que las madres multiparas presentaron un nivel de conocimiento bueno [20%(2)] y regular [80%(8)].

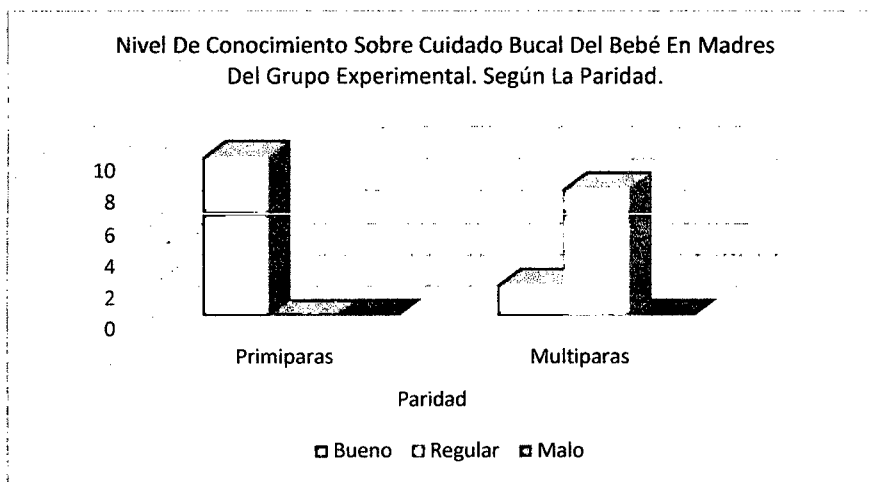


Grafico 8. Nivel de conocimiento sobre cuidado bucal del bebé en madres del grupo experimental, Clas Molinos – Huánuco 2014, según la paridad.

Tabla 9. Comparación de nivel de conocimiento sobre cuidado bucal del bebé de las madres del grupo control y experimental

		Grupo			
		Experimental (n=20)		Control (n=20)	
		f	%	f	%
Nivel de conocimiento	Bueno	12	60	0	0
	Regular	8	40	2	10
	Malo	0	0	18	90

Los resultados generales que se observa en la tabla, muestra que las madres del grupo experimental tienen un nivel de conocimiento sobre cuidado bucal que se agrupa en tres categorías, presentándose el nivel de conocimiento bueno [60%(12)], regular [40(8)]; mientras en contraposición encontramos a las madres del grupo control, con nivel de conocimiento malo [90%(18)] y regular de [10%(2)].

Tabla 9. Comparación del nivel del conocimiento antes y después del programa Kiru Kushi, de las madres de bebés de 0 a 24 meses, Clas Molinos – Huánuco 2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PRE – TEST				POST – TEST			
	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		PRIMIPARAS		MULTIPARAS	
	f	%	F	%	F	%	f	%
BUENO	0	0	0	0	10	100	2	20
REGULAR	0	0	1	10	0	0	8	80
MALO	10	100	9	90	0	0	0	0

TOTAL	10	100	10	100	10	100	10	100
-------	----	-----	----	-----	----	-----	----	-----

Fuente: elaboración propia

Se muestra los conocimientos de las madres antes y después de programa en relación a la paridad, del total de madres que estaba formada por 20(100%); en la pre test las madres presentaron un conocimiento malo [100%(10)] en las primíparas, mientras que las multíparas tienen conocimiento malo [90%(9)], regular [10%(1)]; encontrándose una variación en el nivel de conocimiento en el pos - test donde las madres primíparas presentaron un conocimiento bueno de [100%(10)] y la multíparas presentaron un conocimiento malo[90%(9)], regular [10%(1)].

Tabla 10. Distribución de puntajes del cuestionario según dimensiones del cuestionario sobre el conocimiento en cuidado bucal del bebé.

PARTES DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE PREGUNTAS	PUNTUACION EN ESCALA DE 0-20
MEDIDAS PREVENTIVAS	14	11,66
ENFERMEDAD BUCAL	6	5
DESARROLLO DENTAL	4	3,33
TOTAL	24	20

Fuente: elaboración propia

Tabla 11. Promedio de notas obtenidas en escala de 0 a 20 por las muestras en estudio en los cuestionarios sobre conocimiento en cuidado bucal del bebé en sus respectivas dimensiones, Clas Molinos – Huánuco 2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTO (dimensiones del cuestionario)	GRUPO DE INVESTIGACIÓN			
	EXPERIMENTAL (N=20)		CONTROL (N=20)	
	PROMEDIO	σ (Desv. Est)	PROMEDIO	σ (Desv. Est)
MEDIDAS PREVENTIVAS (14 preguntas)	17,64	+/- 1,42	6,35	+/- 2,6
ENFERMEDAD BUCAL (6 preguntas)	18,2	+/- 0,75	6,7	+/- 1,0
DESARROLLO DENTAL (4 preguntas)	16	+/- 0,95	3,5	+/- 0,86
PROMEDIO GENERAL (24 preguntas)	17,58	+/- 2,80	6,54	+/- 4,0

Fuente: elaboración propia

La presente se aprecia que en la primera dimensión de la encuesta que trata sobre conocimiento en medidas preventivas el grupo experimental obtuvo un promedio de 17,64 con una desviación estándar (DS) de +/-1,42 en contraposición al grupo control

que obtuvo un promedio de 6,35 con una (DS) de +/- 2,6; en la segunda dimensión que trata de conocimiento en enfermedades bucales el grupo experimental obtuvo un promedio de notas de 18,2 con una (DS) de 0,75 y el grupo control obtuvo un promedio de 6,7 con una (+/-1,0); finalmente en la tercera dimensión conocimiento en desarrollo dental el grupo experimental obtuvo un promedio de 16 con una (DS) de +/- 0,95 mientras el grupo control obtuvo el promedio de nota de 3,5 con una desviación estándar de +/- 0,86.

El promedio general de estas tres dimensiones en el grupo experimental es de 17,58 con una desviación estándar +/- 2,80 y en el grupo control 6,54 con una desviación estándar de +/- 4,0

Tabla 12. Comparación de medias obtenidas por las muestras, Clas Molinos - Huánuco 2014, grupo control y experimental.

GRUPO	N	Media del puntaje	Desviación típica	Error típico de la media
Experimental	20	17,58	2,808	0,628
Control	20	6,54	4,095	0,916

Fuente: elaboración propia (spss 20.0)

Se observa los promedios de notas del grupo de experimental que es 17,58 con una desviación típica de 2,808 y un error típico de la media de 0,628, en contraposición del grupo de control con un promedio de 6,54 desviación típica de 4,095 y error de la media 0,916.

Tabla 16. Prueba t Student para muestras independientes

	Valor t	Valor P	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza Inferior	Superior
Puntaje.	11,935	0,000	13,250	1,110	11,003	15,497

Fuente: elaboración propia (spss 20.0)

Según análisis estadístico de comparación de medias para muestras independientes T Student. El valor de $P= 00$, lo cual significa que es estadísticamente significativamente significativo ($P<0,05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 13. Comparación de las medias del grupo experimental (pre test y post test), Clas Molinos – Huánuco 2014, antes y después del Programa Kiru Kushi.

	Media del puntaje	N	Desviación típica	Error típico de la media
Puntaje Pre Test	6,87	20	3,754	0,839
Puntaje Post Test	17,45	20	2,911	0,651

Fuente: Elaboración propia (spss 20.0)

Se observan que las medias de nota que obtuvieron las madres del grupo experimental antes y después del programa Kiru Kushi son de 6,87 y 17,45 correspondientemente con sus respectivas desviaciones estándares, existiendo diferencias estadísticamente significativas al aplicar la prueba T Student para dos muestras relacionadas.

Tabla 14. Análisis de T Student para muestras relacionadas

	Diferencia de las Medias	Desviación típica	95% Intervalo de confianza para la diferencia		Valor t	Valor P
			Inferior	Superior		
Puntaje Pre Test - Puntaje Post Test	-12,700	4,318	-14,721	-10,679	-13,154	0,000

Fuente: elaboración propia (spss 20.0)

P valor = 0.00

Según análisis estadístico de comparación de medias para muestras relacionadas T Student. El valor de $P= 00$, lo cual significa que es estadísticamente

Significativo ($P < 0,05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Se rechaza la hipótesis nula porque $P(0,00) < 0,05$, por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 15. Tabla de verificación

REGISTRO DE VERIFICACION		N=5	
PREGUNTAS	RESPUESTAS	F	%
1. ¿Qué alimento consumía el bebé el día de la visita?	a. Papilla de..... b. Puré de..... c. Otros.....	2 1 2	40 20 40
2. ¿contenía azúcar el alimento que consumía el bebé?	a. Si b. No	3 2	60 40
3. ¿Qué cantidad de azúcar echo al alimento de su bebé?	a. 1 cucharita b. 2 cucharitas c. 3 a más cucharitas d. No le añadió azúcar	3 1 0 1	60 20 0 20
4. Le está realizando la higiene bucal a su bebé?	a. Si b. No	4 1	80 20
5. ¿Qué está usando para la higienización de la boca de su bebé?	a. Lo donado en el programa b. Solo agua c. Nada d. Preparo sus propios implementos de limpieza	3 1 0 1	60 20 0 20
6. ¿la pasta dental está siendo usada?	a. Si b. No tiene c. Esta guardada	4 0 1	80 0 20
7. ¿la cantidad de pasta dental que está usando en el cepillo de su bebé es?	a. La adecuada b. Inadecuada c. No usa aun pasta dental	4 2 0	80 20 0
8. ¿Qué zona de la boca de su bebé dejo de limpiar durante la higienización?	a. Lengua b. Cachetes c. Limpio todo correctamente	1 0 4	20 0 80
9. ¿está la madre más empeñosa en el cuidado bucal de su bebé con lo aprendido en el programa "kiru kushi"?	a. Si b. No	4 1	80 20

La verificación de los conocimientos adquiridos durante el programa fue obtenida mediante un registro anecdótico, que realizamos de forma imprevista con visitas domiciliarias donde se observó que las madres practican en parte los conocimientos

adquiridos. De las cinco madres visitadas dos semanas después del programa 3 azucaraban el alimento de sus bebés pero en menor proporción (menos de una cucharada), seguidamente que después de la alimentación 4 de las madres visitadas sale realizaban la limpieza bucal a sus bebés, en cuanto que usaban para la higienización 3 de las 5 madres visitadas usaban los materiales donados durante las charlas (gasa, cepillo dental. pasta), 1 madre compro sus propios implementos (pasta dental sin flúor, cepillo para bebés de 0 a 2 años, y finalmente la última madres no le realizaba ningún tipo de limpieza bucal; las madres que usaban lo donado en el programa se usaban la pasta dental en cantidad adecuada, tamaño a una alverja a ellas se les sumo la madres que compro su propios implementos, , 4 de las cinco madres si realizaron la limpieza correcta de todas las zonas bucales de sus bebés, tomando conciencia, por lo que se pudo observar en estas encuestas se ve que las 4 de las 5 madres si ponen empeño en practicar lo que aprendió en el programa kiru kushi.

CAPITULO V. DISCUSION

El presente trabajo de investigación fue realizada en el centro de salud Molinos, en la localidad de Molinos, provincia de Huánuco, con madres de bebés de 0 a 24 meses, que asisten al servicio de CRED, el programa tuvo una duración de un mes, donde se tuvo como estrategia la sesión educativa y demostrativa (talleres) el cual significo un recurso apropiado principal para generar interés de nuestra población objetivo.

El estudio desarrollado por Navarro (2009), describe el grado de conocimiento de mamás de niños entre 0 – 3 años sobre la salud bucal de sus hijos de la ciudad de Guadalajara y área conurbada. Para lo cual realizo 97 encuestas a mamás que asistieron a la Expo Baby Show en octubre del 2007, dichas encuestas las contestaron antes de recibir una plática informativa, sobre los cuidados bucales del niño en la primera infancia (0 – 3 años), puedo concluir lo siguiente: La mayoría de las madres, desconocen los efectos negativos del uso prolongado del biberón. Sin embargo casi el 50% de las encuestadas si limpian la boca de su bebé. También la mayoría de la mamás están enterradas que la caries es una enfermedad infecciosa.

En este estudio encontramos resultados satisfactorios, ya que de las madres evaluadas mejoraron notoriamente en el conocimiento sobre la tres dimensiones de la encuesta sobre nivel de conocimiento en cuidado bucal del bebé, esto se demuestra con los promedios de notas que obtuvieron las madres durante las entrevistas: en la primera dimensión que trata de medidas preventivas pasaron de tener 6,35 en la pre - test a 17,64 post – test ; en conocimiento sobre enfermedad bucal de 6,7 a 18,2 notándose aún más la mejoría; finalmente en lo que se refiere a conocimiento sobre

desarrollo dental se logró también mejorar el conocimiento de las madres que pasaron de un 3,5 a 16, considerando que nuestro estudio se realizó en una zona rural y un centro de salud público.

El programa kiru Kushi consiguió cambios favorables en los conocimientos sobre cuidado bucal del bebe, y esto se afirma por los promedios finales que se obtuvieron en la encuestas fueron elevadas respecto a las iniciales. Otros programas en los cuales se emplearon otros métodos también se lograron alcanzar buenos objetivos.

Ávila Herrera 2009 en su estudio sobre la Influencia del programa educativo “sonríe feliz” sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio “José Olaya Balandra”, distrito de mala, 2009.nuevamente los conocimientos se halló que habían aumentado favorablemente en 98% de los escolares. La experiencia indicó que la intervención educativa fue un método eficaz y certero para obtener e incrementar conocimientos sobre salud e higiene bucal, y además posibilita que los escolares transmitan lo aprendido al colectivo y a la familia “Sonríe Feliz” ($p=0.00$), la higiene bucal de los niños mejoró al finalizar el programa ($p=0.00$). Los resultados demuestran que los programas educativo-preventivos diseñados con métodos creativos y novedosos dan resultados positivos en los niños. En contraste con este estudio, los conocimientos que obtuvieron las madres después del programa fue estadísticamente superior ya que es obtuvo un valor de $P=00$ tanto para muestras relacionadas como para muestras independientes según la prueba de T Student donde $P < 0,05$ lo que

demuestra que el programa si fue eficaz. Además de esto se pudo comprobar la práctica de lo aprendido durante este programa.

Se logró una influencia positiva demostrándose que el programa Kiru Kushi si es eficaz, que se reflejó en el incremento del nivel de conocimiento de las madres del grupo experimental que pasaron de tener un promedio de notas de 6,87 a 17,45 antes y después del programa correspondientemente, así mismo se pudo constatar durante las visitas domiciliarias que 3 de cada cinco madres si estaban llevando en práctica lo aprendido durante estas sesiones educativas y demostrativas del programa.

En el estudio realizado por Rothe V. (2010), que fue realizada en padres que asisten a las citas y bebé a los 3, 6 y 9 meses de edad. Los participantes del estudio fueron hombres y mujeres, todos con un niño de entre 3 y 12 meses de edad. A quienes se le evaluado mediante encuesta diseño pre-post test de 16 pregunta en la que se completó inmediatamente antes y después de la introducción de una intervención educativa de 30 minutos, en la forma de una presentación en Power Point y un video de la higiene bucal infantil para los padres en el pre-test el 28% tenía una puntuación de 70% o menos, y en el post-test 87% obtuvo una puntuación de 88% o mejor. En el pre-test, el 72% tenía una puntuación de 70% o más, y en el post-test 87% obtuvo una puntuación de 88% o superior. La mayoría de los padres (80%) informaron que la presentación fue útil e indicaron que la información iba a cambiar la forma en que el cuidado de los dientes de su bebé en casa. En nuestro estudio se pudo lograr que las madres que participaron de nuestras sesiones educativas si obtuvieron un cambio significativo, ya que al ir a verificar a 5 madres después del programa se pudo observar

que se logró la concientización de las madres. Ya que tres de ellas si estaban llevando el práctica lo aprendido en las sesiones de talleres y estaban motivadas en lograr cambios en los hábitos de sus bebés.

CONCLUSIONES

1. Respecto al nivel de conocimiento del grupo control sobre el conocimiento en cuidado bucal del bebé, según la edad y paridad: En las madres mayores de 20 años y multíparas presentan un nivel de conocimiento ligeramente mayor a las madres menores de 20 años y primíparas, podría ser que este resultado se deba a la experiencia que tienen como madres.
2. Según el grado de instrucción: se observó que las madres con secundaria incompleta, que son la mayoría tienen un nivel de conocimiento malo.
3. La mayoría de las madres encuestadas del grupo experimental Según la edad: en las madres con edad menor a 20 años presentaron en un 100% un nivel de conocimiento bueno, mientras que las mayores de 20 años obtuvieron bueno y regular con un 52.9 % y 47% respectivamente. Según el grado de instrucción el grupo experimental obtuvo un nivel de conocimiento bueno en un 100 % a medida que el grado aumente. Según la paridad: las madres primíparas obtuvieron un nivel de conocimiento bueno, en un 90 % y regular en un 10 %, con respecto a las multíparas que obtuvieron un nivel de conocimiento bueno en un 20 % y regular, 80 %; esto debido a que en su mayoría las multíparas presentan en su grado una instrucción de secundaria incompleta.
4. Al comparar el grupo control con el grupo experimental se encontraron diferencias significativas en el nivel del conocimiento, las madres del grupo

experimental presentaron un nivel de conocimiento bueno del 60 %; regular 40 % en contraposición con el grupo control presentan un nivel de conocimiento malo 90 % y regular 10 %.

5. Se observó una asociación significativa entre la paridad y nivel de conocimiento de las madres después del programa, donde observamos que las madres primíparas presentan un nivel de conocimiento malo del 90 %, 10 % de regular, disminuyendo en las madres multiparas con un conocimiento bueno 20 % y 80 % regular. Relacionada a la falta de interés y tomar mayor importancia a otras áreas de la salud de sus hijos.
6. En el cuestionario sobre medidas preventivas el grupo control obtuvo un promedio de 6,35, lo que fue mejorado por el grupo experimental con un promedio de 17,64. En la segunda parte que habla sobre enfermedades bucales se observa que el promedio obtenido por el grupo control es de 6.7, observándose en el grupo experimental un mejor promedio de 18,2, finalmente en la dimensión desarrollo dental, el grupo control obtuvo un promedio de 3.5, mejorando en el grupo experimental con un promedio de 16.
7. Al comparar las medias del grupo experimental (pre test y pos test), se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa al aplicar el T de student para dos muestras relacionadas donde el valor P es menor a 0,05, con lo que se afirma la eficacia del programa KIRU KUSHI.

8. De la comparación de las medias obtenidas por las muestras de control y experimental. Se obtuvo un valor de P mayor a 0.05, con la prueba t de student para muestras independientes, lo que demuestra que es estadísticamente significativa la aplicación del programa KIRU KUSHI.
9. Mediante las muestras al verificar los conocimientos adquiridos por las madres en el programa KIRU KUSHI, se pudo observar durante las visitas domiciliarias que el 80% de madres ponen en práctica lo aprendido (tanto en la alimentación, higienización así como en motivación).

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

- **Publicar los resultados de este trabajo para brindar información actualizada, a partir de los cuales se tome como referente para la mejora de los programas preventivos implantados en la actualidad.**
- **Incrementar las acciones de prevención y promoción de salud bucal, encaminado a elevar la educación sanitaria en la población desde edades muy tempranas de la vida, y que mejor que las madres para que creen estos hábitos en sus bebés.**
- **Para mejorar las condiciones para estudios futuros similares, para superar las muestras de este estudio**
- **Deben efectuarse controles odontológicos periódicos, tanto la madre como en los bebés, orientando a la madre a mejorar la actitud y conocimiento para una adecuada salud bucal.**
- **Implementar sesiones educativas y demostrativas en los centros de salud de las zonas rurales para lograr los cambios lo más antes posible, de esta manera mejorar el futuro de nuestros niños.**
- **Fomentar la creación de un plan curricular a nivel de pre grado (Clínica del bebé) que permita desarrollar habilidades de comunicación educativo – preventivo en el profesional de Salud, con el fin de que éste pueda educar de forma eficaz a la población.**

- A las autoridades del Gobierno de país, se sugiere tener en cuenta que la inversión económica en educación es pequeña comparado a los beneficios que se lograrían en la Salud de la población.
- A los docentes de Odontopediatría promover los programas educativos - preventivos para bebés.
- Continuar con este tipo de estudios a nivel local y nacional para confirmar el estado de salud oral y de esta manera poder evidenciar la necesidad de prevenir las enfermedades bucales en los niños del Perú.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 5 Informe del Ministerio de Salud, agosto 2006 <http://www.cop.org.pe/noticias.php?id=202>. Revisado el 13 de mayo de 2014.
- 6 Cuenca, E. & Baca, P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Barcelona; Masson; (2001).
- 7 Melgar, R. Principios de prevención de salud bucal. Asociación Peruana de Odontología Preventiva y Social.; Lima; (2008)
- 8 Harris, N. & García, F. (2005) Odontología preventiva primaria. México D.F.: Manual Moderno.
- 9 Nahás, M. Odontopediatría en la primera infancia. Sao Paulo: Santos. (2009)
- 10 Nahás, M. Suceso no atendimento odontopediátrico aspectos psicológicos. Sao Paulo: Santos. (2002)
- 11 Bordoni, N. & Doño, R. PRECONC. Odontología preventiva. Curso 1. Buenos Aires: OPS/OMS. (1999)
- 12 Susy Rocio, Avila Herrera. Influencia del programa educativo “sonríe feliz” sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio “José Olaya Balandra”, distrito de mala, 2009. Lima – Perú. (2011)
- 13 Pariajulca Fernández programas de intervención para prevenir caries dental en niños de edad escolar Biblioteca: BIBLIOTECA NACIONAL COP.Ubicación: LIMA-PERU. (2014) Extraído 26 de mayo del 2014 desde:<http://www.cop.org.pe/biblioteca/index.php/component/abook/book/25-articulos/1960-programas-de-intervencion-para-prevenir-caries-dental-en-ninos-de-edad-escolar>
- 14 Navarro “Conocimiento de las Madres sobre la salud bucal de sus hijos de 0 a 3 años”. C.D.E.OO. Gabriela Brambila Santiesteban Orto – Odontopediatría. CDM en O. Manuel Navarro Herrera, Guadalajara, Jalisco, México Agosto 2009.Extraído el 12 de mayo del 2014.desde: <http://cepomexico.com.mx/ver.asp?s=66>
- 15 Rothe V Effectiveness of a presentation on infant oral health care for parents. (Efectividad de una presentación sobre el cuidado de la salud oral infantil para los padres.) Hospital Dentistry Department, College of Dentistry, University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska. (2010) Extraído el 24 de mayo del 2014 desde: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20059592>
- 16 Núñez, J Nivel de Conocimiento de Salud Oral y Utilización de GES Odontológico en Púerperas Atendidas en una Clínica Privada, Santiago, Chile. Cirujano Dentista. Universidad Finis Terrae. Matrón clínico, Servicio de pabellón, Clínica Dávila. Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile. (2011) Extraído el 05 de marzo del 2014, desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000100007
- 17 Kulkarni Long-Term Effectiveness of Parent Education Using the “Baby Oral Health” Model on the Improvement of Oral Health of Young Children. Department of Paediatric & Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, University of Toronto, 124 Edward Street, Room 455D, Toronto, ON, Canada. (2013) Extraído el 29 de mayo del 2014 desde: http://file.scirp.org/Html/7-8202843_44551.htm
- 18 Folakemi Oredugba. Evaluación de Conocimientos de Salud Oral de la Madre: Hacia la Promoción de la Salud Oral para Lactantes y Niños. Departamento de

- Salud Dental Infantil de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lagos, Lagos, Nigeria. (2014) Extraído el 29 de mayo del 2014 desde: <http://www.hindawi.com/journals/ijid/2013/137048/abs/>
- 19 Vila Guillén, Eficacia de las técnicas educativas individual y grupal con el uso de material didáctico en el aprendizaje de salud bucal del bebé, en madres y/o sustitutas(os) de bebés de 0- 36 meses.(tesis para optar el título de cirujano dentista)UIGV-LIMA. (2009) Extraído el 16 de mayo del 2014 desde: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIBELJACQUELINEVILAGUILLEN.pdf>
 - 20 Pisconte León. Relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. distrito la esperanza – Trujillo 2010. Trujillo-Perú 2010. Extraído el día 18 de mayo del 2014 desde: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/EVELYNGIOVANNAPISCONTELEON.pdf>
 - 21 Avila Herrera Influencia del programa educativo “sonríe feliz” sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio “José Olaya balandra”, distrito de mala, 2009 UNFV – LIMA PERU. (2009)
 - 22 Saavedra Padilla “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”, lima 2011. Extraído el 26 de mayo del 2014 desde: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NORINOEMISAAVEDRAPADILLA.pdf>
 - 23 Lirza Falcón Aquilino Nivel de conocimiento sobre el cuidado bucal del bebé en las gestantes del Centro de Salud CLAS PERÚ- COREA en el año 2013 HUANUCO – PERÚ (2013)
 - 24 Franco A, Santamaría A, Kurzer E, Castrol L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimiento y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Rev. CES Odontológica 2004; 17(1):19- 29.
 - 25 Ministerio de Salud. Manual de Normas Técnico Administrativo del Subprograma de Salud Bucal. Dirección general de salud de las personas. Lima-Perú, p. 16-33,1996.
 - 26 Del Carpio M, Soldevilla A. Factores de Riesgo de Caries Dental en Bebés 2005. Disponible en: <http://bonemaison.blogia.com/2005/060203-factores-de-riesgo-de-caries-dental-en-bebes.php>
 - 27 Gómez, S. Importancia de Hábitos de higiene Bucal en programas de promoción de Salud. Revista Odontológica Ciencia No 15, Argentina 1993.
 - 28 Magnusson, Bengt. Odontología Preventiva. Savat editores. Reimpresión 1987.
 - 29 Pinkham J. R. Odontología Pediátrica. Nueva Editorial Interamericana. 162-64. 1991.
 - 30 Nahás p. Y Col. Odontopediatría la Primera Infancia. 679(13950) 1998.
 - 31 Mc. Donald, Ralph. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Sta. edición. Editorial Panamericana. 1995
 - 32 Guía de Salud Infantil. US Department of Health Human services. Sep 2000. Appip Publication 99-0013. <http://www.ahrq.gov/ppip/spadul/ppspchld.htm>
 - 33 Elías Podestá, M. C. “Odontología para Bebés” componente preventivo 303 - 315.2013
 - 34 Negroni M. Microbiología Estomatológica. Fundamentos y guía práctica. 2da ed. Argentina: Edit. Panamericana; 1999.
 - 35 Petkova GM. El efecto del agua oxigenada en la carcinogénesis oral de hámster. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.

- 36 Mairobys S, Gómez D, Torres J, Acevedo A, Rojas Sancier F. Hábitos de higiene bucal y nivel socio económico de niños entre 15 y 20 meses de edad.
- 37 Moimaz SAS, Martins RJ, Forte FDS, Saliba NA. Oral hygiene practices, parents' education level and dental caries pattern in 0 to 5 year-old children. *Braz J Oral Sci.* 2005; 4(14):778-782.
- 38 Davies RM, Davies GM, Ellwood RP. Prevention. Part 4: tooth brushing: What advice should be given to patients? *Br Dent J.* 2003; 195(3):135-145.
- 39 Villena SR, Issao M, Cury JA. Estudio de la disponibilidad y estabilidad del flúor de los dentífricos comercializados en el Perú, *Rev Estomatol Hered.* 1994; 4(1-2); 12-20.
- 40 Ruiz STE, Vicente BM, Laminan CJM, Knezevic M, Hernández PO, Ruiz SM, et al. Importancia del cepillado antes de acostarse en la prevención de la caries. Estudio en una población infantil. *Av. Odontoestomatol.* 2007; 23(1):45-50-55
- 41 Trigo VM. Efectos del uso de un estuche protector para los cepillos dentales en la contaminación con enterobacterias. *Vis Dent.* 2009; 12(1): 500-505.
- 42 Couthino PG, Bittar P, Ditterich RG, Rastelli MC, Romanelli MCMOV, Wambier DS. Análisis de acondicionamiento e condiciones de escovas dentales utilizadas por pre-escolares. *Rev Odonto Cienc,* 2007,22(58): 335-339.
- 43 Asociación Peruana de Odontología para bebés (ASPOB). I ciclo y III epob, Mesas de Concertación. Propuestas para la Salud Bucal del infante de América Latina y el Caribe. Declaración Lima-Perú 07-07-2007. Disponible en: [//www.odontobebeperu.org/pdf/mesas_de_concertacion_I_CIOB_01.pdf](http://www.odontobebeperu.org/pdf/mesas_de_concertacion_I_CIOB_01.pdf).
- 44 De Paola D. Odontología preventiva. Argentina Mundi 1981.
- 45 Zambrano Palomares, Freddy. Relación entre cronología y secuencia de erupción en infantes de 0-42 meses y estado nutricional de sus madres durante el embarazo. Tesis-Bachiller. UPCH 1996.
- 46 Rodríguez, M. Pimentel, E. Puede la leche Humana llegar a producir caries, cómo y porqué. *Acta Odontológica Venezolana* 36(1): 39-45. 1998.
- 47 Pacheco Alvarez, Ivette. Determinación de los patrones de lactancia e inicio de ablactancia y su relación con la caries dental en niños de 0-42 meses. Tesis - Bachiller. UPCH. 1996.
- 48 Casaretto, Haydee. Contenido de hidratos de carbono en lácteos y comidas envasadas para lactantes. *Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños.* 25(2):18-21. Mar.1996.
- 49 Villena, M. Bernal, J. Ingesta de azúcar en la dieta de Niños de 0- 36 meses. *Revista Estomatológica Hereditaria.* 5(1-2):13-17. Ene-dic.1995.
- 50 Lamas Oliveira, Marta. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. *Profesión Dental.* 2(6):362-8. Jun 1999.
- 51 López J: Consideraciones en el tratamiento odontoestomatológico de la mujer embarazada. *Operatoria Dental y Endodoncia* 1998; 2(3): 11.
- 52 Guerra, M. Mujica, C. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. *Acta Odontológica Venezolana.* 37(2):610. May-Agost.1999.
- 53 Díaz Núñez, Mauricio. Grado de conocimiento de medidas preventivas de Salud Bucal en gestantes. Tesis Bachiller UPCH. 1996.
- 54 Elías Podestá, M. C. "Odontopediatría y Prevención en Salud Bucal". Perú, Fondo Editorial de la UIGV, 1ra Ed., 2005.

- 55 Walter, I. R. F.; Ferelle, a.; Issao, M. "Odontología Para el Bebé: Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años". Colombia, D'Vinni Editorial Ltda., 1ra Ed. en español, 2000.
- 56 Barbería Leache et al. "Odontopediatría". España, Editorial Masson, 2da Ed., 2001.
- 57 Bras I Marquillas, J. et al. "Pediatría en Atención Primaria". España, Editorial Masson, 2da Ed., 2005. pp. 549, 550.
- 58 Boj, J. R. et al. "Odontopediatría". España, Editorial Masson, 2004.
- 59 Higashida, Bertha. "Odontología Preventiva". México, Editorial KATZ, S.; McDONALD, J. L.; STOOKEY, G. "Odontología Preventiva en Acción". México, Editorial Médica Panamericana S.A., 3ra Ed., 1993.
- 60 López Sánchez, a. F. Y González Romero, E. A. "Conceptos Básicos de odontoestomatología para el Médico de Atención Primaria". España, Editorial Masson, 2001. pp. 57-67. OTAZÚ ALDANA, C.; MIGUEL DE PRIEGO, G. P. 2005. "Técnica Restaurativa a traumática: conceptos actuales". Revista Estomatológica Herediana: 15: 1:pp. 77-81.
- 61 Lawrence, R. A. y Lawrence R. M. "Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica". España, Editorial Elsevier Mosby, 6ta Ed., 2007. pp. 1180. 35.
- 62 Aspob: Asociación Peruana de Odontología para Bebés. 2006. Mesa de Concertación "Diagnóstico de Anquiloglosia". II Encuentro Peruano de Odontología para Bebés.
- 63 Vázquez Amoroso, I. M.; González Luna s.; Antelo Vázquez, L. "Alteraciones Clínicas Bucales en Niños con Hábito de Succión Digital". MediCiego: 11: Suplemento 2.
- 64 Pinkham, J. R. et al. "Odontología Pediátrica". México, Editorial Nueva Editorial Interamericana, 2da Ed., 1996. WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. "Odontología Para el Bebé: Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años". Colombia, D'Vinni Editorial Ltda., 1ra Ed. en español, 2000.
- 65 Canut Brusola, J. A. "Ortodoncia Clínica y Terapéutica". España, Editorial Masson, 2da Ed., 2000. pp. 237-239
- 66 Cárdenas Jaramillo, D. "Odontología Pediátrica: Fundamentos de Odontología". Colombia, Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas, 3ra Ed., 2003.
- 67 Romero Maroto, M. et al. 2004. "Tratamiento de la Succión Digital en Dentición Temporal y Mixta". RCOE: 9: 1: pp. 77-82.
- 68 Van Waes, H. J. M. Y Stöckli, P. W. "Atlas de Odontología Pediátrica". España, Editorial Masson, 2002. pp. 254.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento yo,..... identificado (a)
con DNI..... Acepto participar en la investigación realizada por
los Bachilleres de Odontología **NOLASCO AQUINO KELY y ARRIETA
QUINTANA ULISES**

He sido informado (a) que el objetivo del estudio es evaluar
el nivel de conocimientos de las madres sobre el cuidado bucal del bebé.

Con esta finalidad se resolverá un cuestionario, el cual tomará
aproximadamente 15 minutos.

La información obtenida será de carácter confidencial y no será usada
para otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

Firmo en señal de conformidad:

Firma del participante

ANEXO2: ENCUESTA



**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO
VALDIZAN**



**Sede: Clas Molinos – Servicio de CRED, Distrito Molinos, Provincia de
Pachitea, Departamento de Huánuco**

El presente cuestionario es confidencial. Los resultados obtenidos serán utilizados para implementar y/o mejorar el programa de salud bucal para madres e hijos, para lo cual solicito su participación en cada pregunta de manera objetiva y veraz, se agradece su sinceridad y gentil colaboración.

CUESTIONARIO

Edad: _____

Grado de instrucción: _____

Número de hijos: _____



Instrucciones: lee cuidadosamente cada una de las 24 preguntas, y marque con una (x) solo sobre una de las respuestas que usted crea como respuesta correcta de cada pregunta

<p>1. ¿Cuándo se debe comenzar la limpieza de la boca de su bebé?</p> <p>a. Desde el nacimiento b. Cuando empiezan a salir sus dientes de leche c. Cuando comienzan a comer. d. No sé.</p>	<p>2. ¿En qué momentos del día debes limpiar la boca de tu bebé?</p> <p>a. Solo en las mañanas. b. Solo en las noches. c. Después de cada comida. d. No sé.</p>
<p>3. ¿Cómo limpiar la boca de tu bebé antes de la erupción de sus dientes de leche?</p> <p>a. No se limpia la boca b. Con gasa húmeda (en agua hervida fría). c. Con gasa seca. d. No sé.</p>	<p>4. ¿En qué momento del día nunca debes olvidar cepillar los dientes de tu bebé?</p> <p>a. en las mañanas. b. En las tardes. c. En las noches. d. No sé.</p>
<p>5. ¿Cómo limpiar la boca de su bebé cuando crecen sus primeros incisivos de leche (dientes de adelante)?</p> <p>a. Con gasa + agua (agua hervida fría). b. Con gasa + agua oxigenada. c. Con cepillo dental. d. No sé.</p>	<p>6. ¿Cómo limpiar la boca de su bebé cuando crecen sus primeros molares de leche?</p> <p>a. Con gasa + agua (agua hervida fría). b. Con gasa y agua oxigenada. c. Con cepillo dental + pasta dental sin flúor d. No sé.</p>
<p>7. ¿Cuándo debe empezar a agregarle pasta dental con fluor al cepillo de tu hijo?</p> <p>a. Al año y medio aproximadamente. b. A los tres años. c. Cuando aprenda a escupir. d. No sé.</p>	<p>8. ¿Qué cantidad de pasta dental usaría para cepillar los dientes a su bebé?</p> <p>a. como para adulto. b. tamaño de una alverja. c. La mitad del cepillo. d. no sé.</p>
<p>9. ¿Qué le transmite a su bebé al soplar o probar los alimentos con el mismo cubierto que lo alimenta?</p> <p>a. Le transmite amor. b. Le transmite microorganismos c. No le transmite nada. d. No sé.</p>	<p>10. ¿Por qué es importante la lactancia materna para la boca de tu bebé?</p> <p>a. Porque ayudará al crecimiento armónico de la cara (crecimiento de mandíbula y maxila) b. Porque tendrá dientes más blancos. c. Porque disminuye la producción de caries. d. A y C.</p>
<p>11. ¿A qué edad debe ser la primera visita de su bebé al odontólogo?</p> <p>a. A los 6 meses. b. Al año y medio. c. Al mismo día que se le lleva a su primer control al recién nacido. d. cuando le duela un diente</p>	<p>12. ¿Para qué sirve el flúor?</p> <p>a. Para desinfectar la boca. b. Para desinflamar las encías. c. Para fortalecer los dientes. d. No sé.</p>

<p>13. ¿Cuáles considera Ud. Que son medidas preventivas para la salud bucal del bebé?</p> <p>a. Visitar al odontólogo. b. Limpiar la boca de su bebé. c. a y b. d. No sé.</p>	<p>14 ¿Qué Cree Ud. que le provocaría a su hijo la extracción prematura (antes de tiempo) de los dientes de leche?</p> <p>a. Que salga más rápido un nuevo diente. b. Que los demás dientes crezcan desalineados(chuecos) c. No causa ningún problema. d. No sé.</p>
<p>15 ¿cuantos tipos de dentición tendrá su bebé?</p> <p>a. 1 b. 2 c. 3 d. No sé</p>	<p>16 ¿Qué cree, que le ocasionaría a la boca de tu hijo el uso del chupón o el chuparse el dedo por mucho tiempo?</p> <p>a. Que se desgaste su diente. b. Que tenga parásitos. c. Dientes desalineados.(mordida abierta) d. No sé.</p>
<p>17. ¿Sabe Ud. Cuantos dientes de leche debe tener su hijo?</p> <p>a. 18. b. 20. c. 32 d. No sé.</p>	<p>18. ¿sabe cuándo le van a empezar a salir (erupcionar) los dientes de leche de tu bebé?</p> <p>a. Al nacer. b. A los 6 meses aprox. c. Al año aproximadamente. d. No sé.</p>
<p>19 ¿Considera que los dientes de leche son tan importantes como los dientes de adulto (permanentes)?</p> <p>a. Si b. No c. No sé. d. Ninguno de los dos son importantes.</p>	<p>20. ¿Cuándo cree Ud. Que su hijo perderá su ultimo diente de leche?</p> <p>a. A los 10 años. b. Entre los 12 y 13 años aprox. c. Después de los 15. d. No sé</p>
<p>21. ¿La placa bacteriana es?</p> <p>a. Restos de dulces. b. Manchas blanquecinas en los dientes. c. Restos de alimentos y microorganismos. d. No sé.</p>	<p>22. ¿Sabe Ud. Qué es la caries?</p> <p>a. Es una enfermedad infectocontagiosa b. Enfermedad q destruye el diente. c. a y b. d. No sé.</p>
<p>23 Considera que la caries del biberón (caries de temprana edad) es causada por:</p> <p>a. Bebidas azucarados en el biberón. b. Dormir con el biberón en la boca. c. No limpiarle la boca. d. Todas las anteriores.</p>	<p>24¿la gingivitis es?</p> <p>a. El dolor de diente. b. La inflamación y enrojecimiento de las encías. c. La inflamación de labio. d. No sé.</p>

--	--

ANEXO3: CARTILLA MOTIVACIONAL



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
E.A.P. DE ODONTOLOGIA


Eficacia del programa "kiru kushi" sobre el nivel de conocimiento en cuidado bucal del bebé en las madres que acuden al Círculo Materno - Huánuco 2014

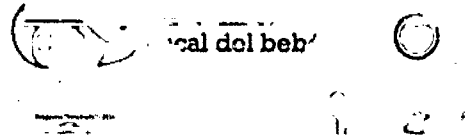
TESIS:

 NOLASCO AQUINO, KEVIN

 ARRIETA QUINTANA, DIEGO



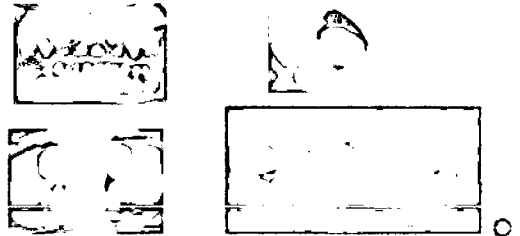
PROGRAMA "KIRU KUSHI"



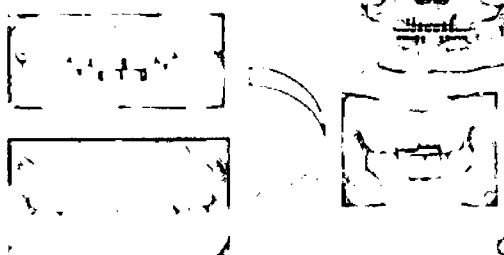
CONOCIENDO LA BOCA DE NUESTRO BEBÉ



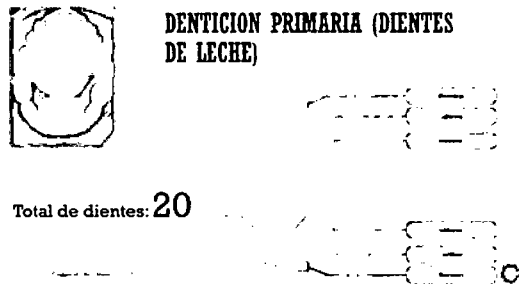
ENFERMEDADES QUE PODRIAN PRESENTARSE EN LA BOCA DE SU BEBÉ



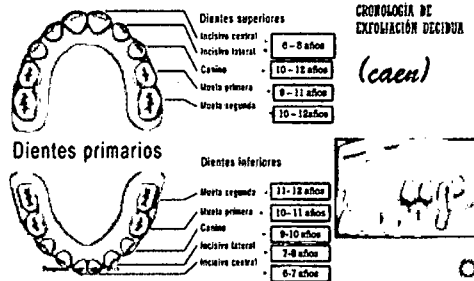
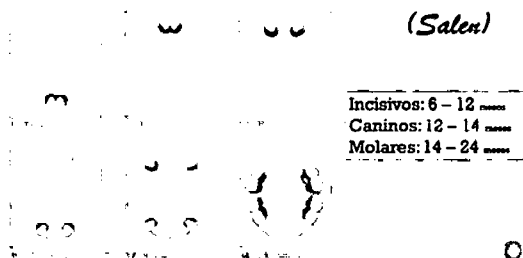
TIPOS DE DENTICIÓN



DENTICION PRIMARIA (DIENTES DE LECHE)

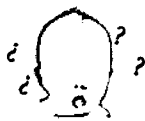


CRONOLOGÍA DE ERUPCIÓN DECIDUA

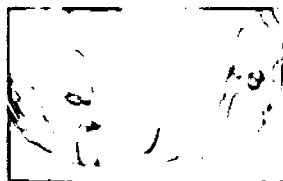


EN ESTE PROGRAMA NOS ENFOCAMOS EN TRES PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES

- Caries
- Gingivitis
- Mal oclusión



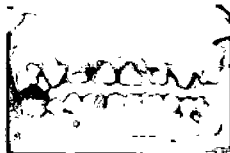
¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD INFECCIOSA QUE DESTRUYE LOS DIENTES (desmineraliza)?



Enfermedad infectocontagiosa que destruye los dientes (desmineraliza)

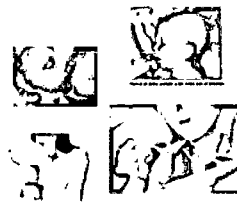
¿QUÉ ES LA CARIES DEL BIBERÓN?

Es frecuente en los niños de 2 a 4 años afecta a todos los dientes de leche, por lo general los incisivos inferiores están sanos.



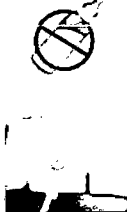
¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA CARIES?

- Falta de higiene
- Beber en la boca al biberón
- Soplar y probar de los alimentos del biberón
- Alimentos azucarados (como el biberón para que desista)
- Periodos prolongados del lactante en el pecho de la mamá (cuando la madre se queda dormida cuando le da de lactar al bebé)



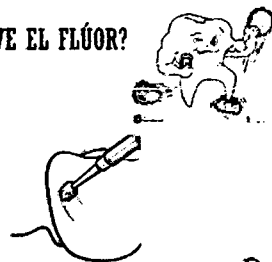
¿CÓMO PREVENIR LA CARIES?

- Limpiando la boca de tu bebé
- Evitar los alimentos azucarados (ofrecerle biberón con agua fresca)
- No llevar biberón para dormir (con bebidas dulces)
- Visitando al odontólogo cada 6 meses
- Aplicar flúor (por el odontólogo)



¿Y PARA QUÉ SIRVE EL FLÚOR?

Para fortalecer a los dientes al ataque de la caries.



CUANDO NECESITARA MI BEBE DEL FLUOR

Visitar al odontólogo después de la erupción de sus primeros dientes de leche para que le examinen los dientes y vea si es necesario aplicarle el flúor.



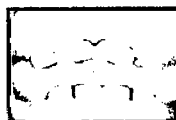
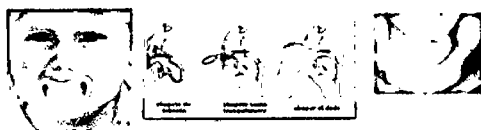
Tipos de maloclusiones



Se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí

Se originan frecuentemente:

- Hábitos musculares nocivos (succión de los cachetes, labios)
- Succión no nutritiva prolongada (succión digital, succión de chupete de biberón)
- Respiración bucal
- Postura anormal de la lengua (deglución atípica)
- Crecimiento deficiente de los maxilares (**corto periodo de amamantamiento, caries dental, factor hereditario, hábitos de succión, pérdida prematura de los dientes de leche**)



IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Beneficios en la salud bucal:

- Crecimiento armonioso de la cara
- Proyección anterior de la mandíbula
- Disminuye la producción de la caries
- Disminuye la probabilidad de succión digital



ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Cuándo dar y cómo empezar?

8m	2 comidas al día (2 o 3 cucharaditas)	Papillas, purés, alimentos semisólidos
7-8m	4 taza(3 a 5 cucharaditas)	Papillas, purés, alimentos semisólidos
9-11m	5/6 de taza (5 a 7 cucharaditas)	Alimentos picados
12-24m	1 taza (7 a 10 cucharadas)	Dieta familiar

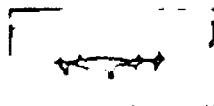
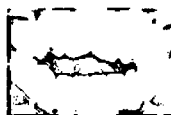
♦ Acompañar con la LM

♦ Evitar bebidas azucaradas (disminuye el apetito y no es nutritiva)

USO DEL BIBERÓN

consecuencias

- Falta de equilibrio emocional
- Caries
- Maloclusión



La enfermedad de las encías

Enfermedad de las encías que se caracteriza por el enrojecimiento y sangrado, causado por la placa bacteriana.

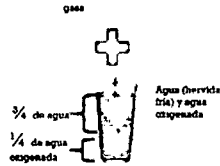
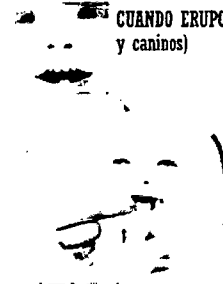


Restos de alimentos y microorganismos que se depositan entre el diente y la goma.

¿CÓMO DEBES DE LIMPIAR LA BOCA DE TU BEBÉ?



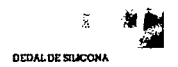
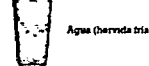
CUANDO ERUPCIONAN SUS DIENTES LISOS (Incisivos y caninos)



CUANDO AUN NO TIENEN DIENTES (Menores de 6 meses)



Limpia todo el rebordo alveolar, lengua, cachetas. Círculo roscado.



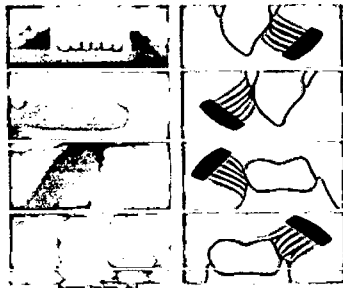
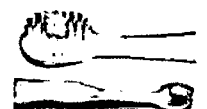
CUANDO ERUPCIONAN LOS DIENTES CON FOSAS Y FISURAS (Molares) (no puede escupir)



UD DEBE REALIZARLE EL CEPILLADO, PORQUE AUN ELLOS NO TIENEN SUJDA DESTREZA EN LAS MANOS PARA HACERLO DE FORMA CORRECTA.



(Si puede escupir)



¿COMO CEPILLARNOS?

ANEXO4: REGISTRO DE VERIFICACION

REGISTRO ANECDOTICO DE VERIFICACION DEL PROGRAMA "KIRU KUSHI"

Nombre: _____

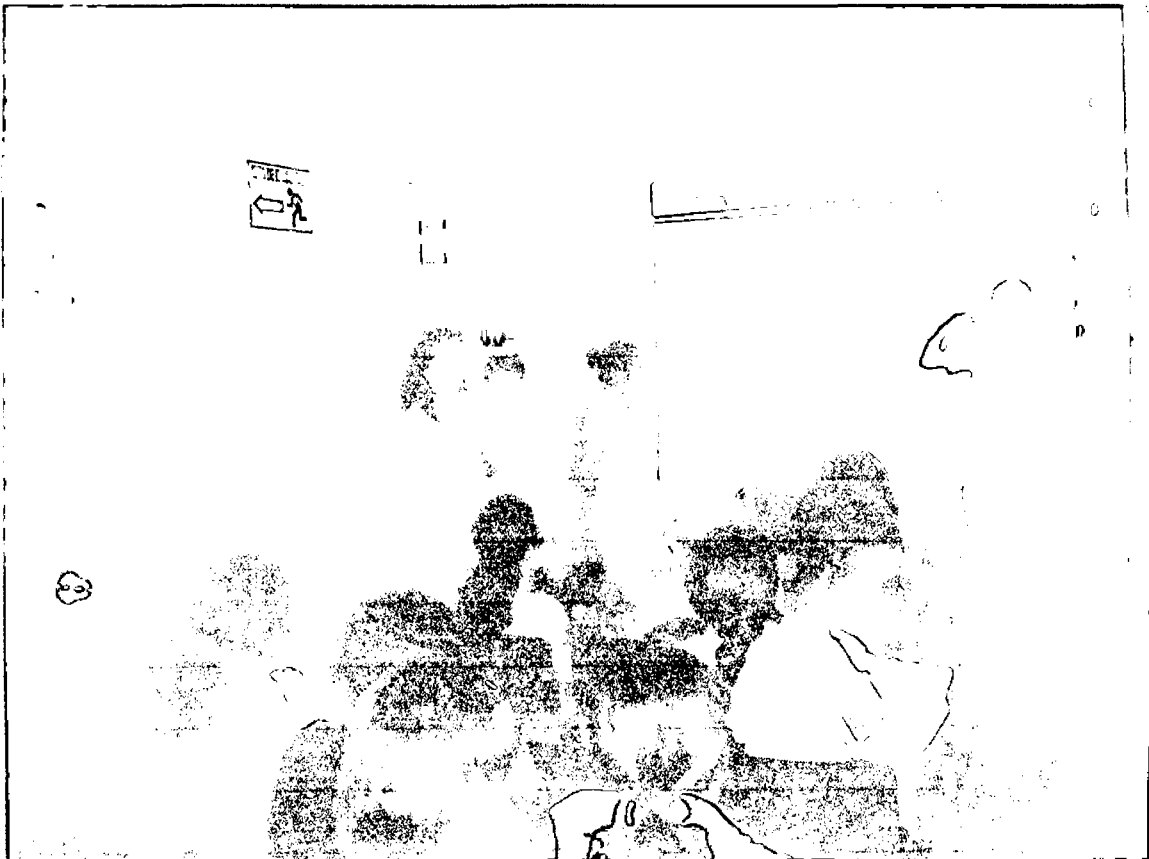
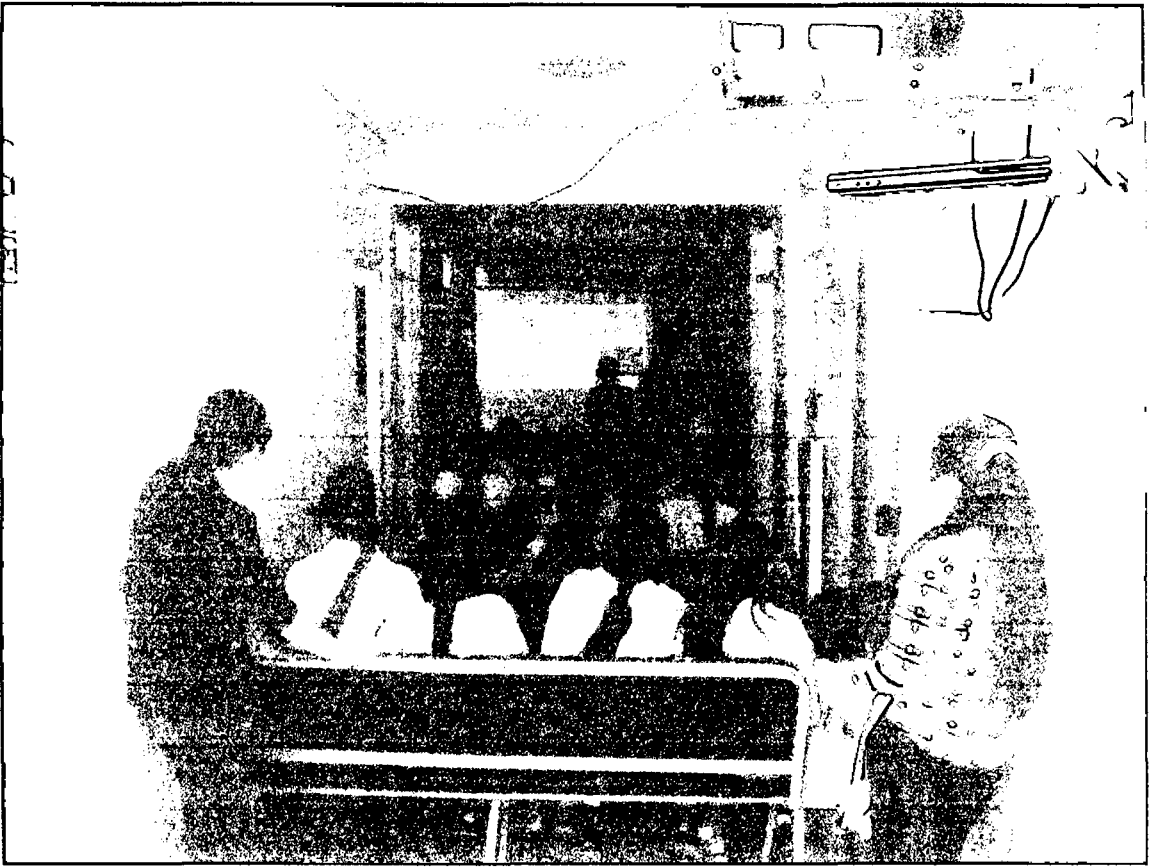
Fecha: _____

Hora: _____

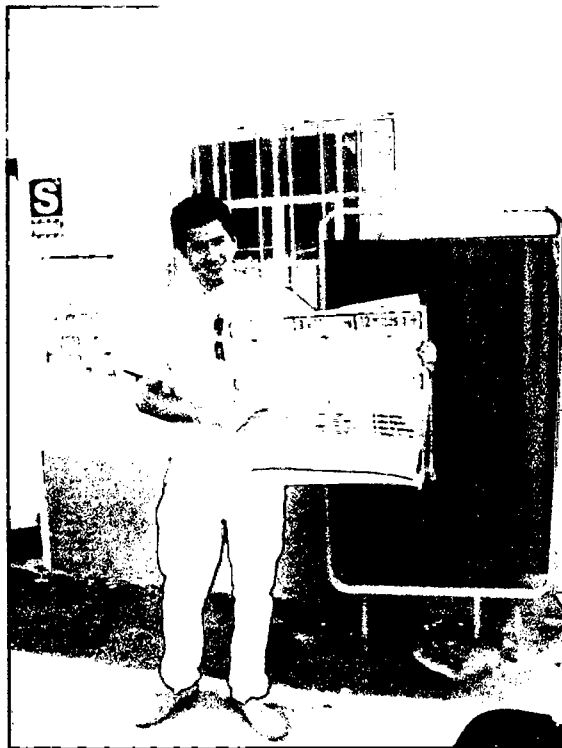
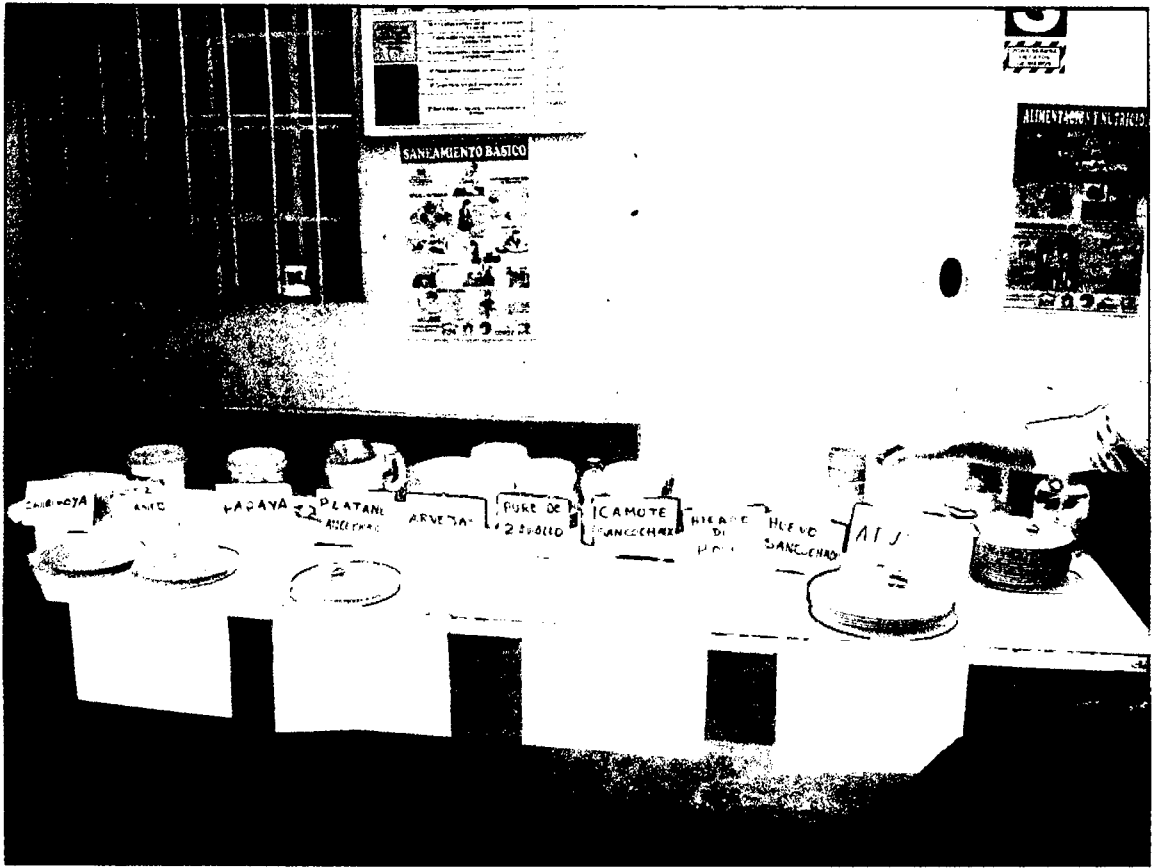
PREGUNTAS	RESPUESTA
1. ¿Qué alimento consumía el bebé el día de la visita?	a. Papilla de..... b. Puré de..... c. Otros.....
2. ¿contenía azúcar el alimento que consumía el bebé?	a. Si b. No
3. ¿Qué cantidad de azúcar echo al alimento de su bebé?	a. 1 cucharita b. 2 cucharitas c. 3 a más cucharitas d. No le añadió azúcar
4. Le está realizando la higiene bucal a su bebé?	a. Si b. No
5. ¿Qué está usando para la higienización de la boca de su bebé?	a. Lo donado en el programa b. Solo agua c. Nada d. Preparo sus propios implementos de limpieza
6. ¿la pasta dental está siendo usada?	a. Si b. No tiene c. Esta guardada

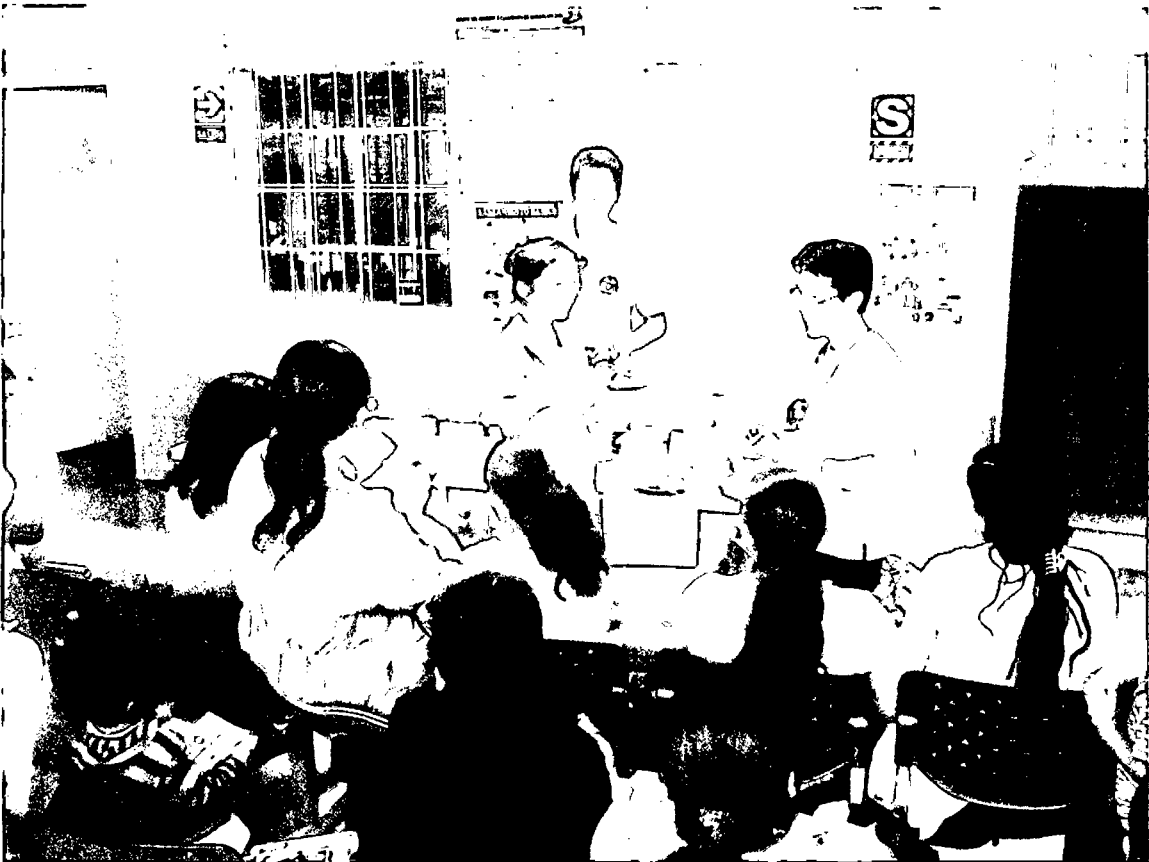
<p>7. ¿la cantidad de pasta dental que está usando en el cepillo de su bebé es?</p>	<p>a. La adecuada b. Inadecuada c. No usa aun pasta dental</p>
<p>8. ¿Qué zona de la boca de su bebé dejo de limpiar durante la higienización?</p>	<p>a. Lengua b. Cachetes c. Limpio todo correctamente</p>
<p>9. ¿está la madre más empeñosa en el cuidado bucal de su bebé con lo aprendido en el programa “kiru kushi”?</p>	<p>a. Si b. No</p>

ANEXO 5
SESION EDUCATIVA









ANEXO 6
SESION DEMOSTRATIVA









ANEXO 7

REGISTRO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante:
- 1.2. Cargo e Institución donde labora:
- 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación:
Cuestionario
- 1.4 Título de la Investigación:

EFICACIA DEL PROGRAMA "KIRU KUSHI" SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADO BUCAL DEL BEBÉ EN LAS MADRES QUE ACUDEN AL CLAS MOLINOS - HUÁNUCO 2014

1.5 Autor del Instrumento: ARRIETA QUINTANA Deidson Ulises.
NOLASCO AQUINO Kely.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				80	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en elementos observables.				80	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				80	
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica.				80	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad				75	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la investigación.				75	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos.				80	
8. COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores e índices.				80	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.				70	
10. OPORTUNIDAD	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado según sus procedimientos.				75	
PROMEDIO DE VALIDACION					77.5	

Adaptado de: OLANO, Atilio. (2003).

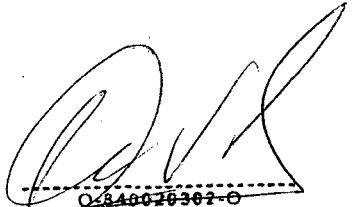
III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: *77.5*%. IV: OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: *Lima, 01 de Noviembre 2014*

Firma del Profesional Experto.


0246026302-0
JESUS WASHINGTON SALAZAR VALDIVIA
 CRLEP
 JEFE DEL SERVICIO DE ODONTOPEDIATRIA
 COP 6416 RNE 228

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante:
- 1.2. Cargo e Institución donde labora:
- 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación:
ENCUESTA
- 1.4 Título de la Investigación:

EFICACIA DEL PROGRAMA "KIRU KUSHI" SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADO BUCAL DEL BEBÉ EN LAS MADRES QUE ACUDEN AL CLAS MOLINOS - HUÁNUCO 2014

- 1.5 Autor del Instrumento: ARRIETA QUINTANA Deidson Ulises.
NOLASCO AQUINO Kely.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				70	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en elementos observables.				80	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				80	
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica.				75	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad				75	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la investigación.				80	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos.				75	
8. COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores e índices.				80	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.				80	
10. OPORTUNIDAD	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado según sus procedimientos.				80	
PROMEDIO DE VALIDACION					78	

Adaptado de: OLANO, Atilio. (2003).

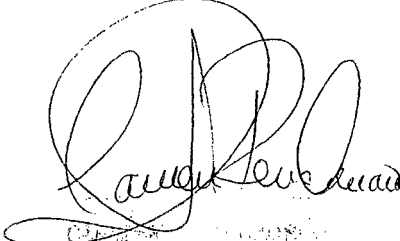
III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 78%. IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: Lima, 01 de noviembre 2014.

Firma del Profesional Experto.



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante:
- 1.2. Cargo e Institución donde labora:
- 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación:
... ENCUESTA ...
- 1.4 Título de la Investigación:

EFICACIA DEL PROGRAMA "KIRU KUSHI" SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADO BUCAL DEL BEBÉ EN LAS MADRES QUE ACUDEN AL CLAS MOLINOS – HUÁNUCO 2014

- 1.5 Autor del Instrumento: ARRIETA QUINTANA Deidson Ulises.
NOLASCO AQUINO Kely.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				75	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en elementos observables.				70	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				65	
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica.				68	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad				80	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la investigación.				80	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos.				75	
8. COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores e índices.				80	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.				75	
10. OPORTUNIDAD	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado según sus procedimientos.				80	
PROMEDIO DE VALIDACION					74.8	

Adaptado de: OLANO, Atilio. (2003).

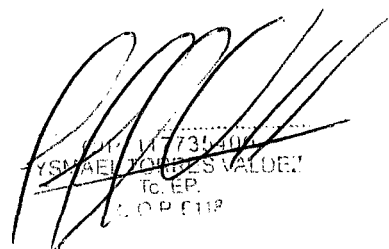
III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 74.8%. IV: OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: ... Lima, ... 01 de noviembre 2014

Firma del Profesional Experto.


 DEIDSON ULISES ARRIETA QUINTANA
 T.C. EP.
 C.O.P.E.P.



"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN
HUÁNUCO – PERÚ
FACULTAD DE MEDICINA

DECANATO


ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

En la ciudad de Huánuco, ciudad Universitaria de Cayhuayna, a los doce días del mes de febrero del dos mil quince, siendo las 12:00 horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, se reunieron en el aula 301 del pabellón VII de la E.A.P. de Odontología de la Facultad de Medicina, los miembros integrantes del Jurado Calificador de Tesis, designados con Resolución N°0047-2015-UNHEVAL-FM-D de fecha 09.FEB.2015, para proceder a la Sustentación de tesis colectiva titulada **"EFICACIA DEL PROGRAMA "KIRU KUSHI" SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADO BUCAL DEL BEBÉ EN LAS MADRES QUE ACUDEN AL CLAS MOLINOS – HUÁNUCO 2014"**, elaborados por los Bachilleres en Odontología de la Facultad de Medicina **Kely NOLASCO AQUINO y Deidson Ulises ARRIETA QUINTANA**, para obtener el TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA, conformado el Jurado por los siguientes docentes:

- | | |
|--------------------------------------|-------------|
| - CD. César Lincoln GONZALES SOTO | Presidente |
| - Mg. Jubert Guillermo TORRES CHÁVEZ | Secretario |
| - Mg. Jesús Omar CÁRDENAS CRIALES | Vocal |
| - Mg. Marco Antonio OLIVARES GARCÍA | Accesitario |

Finalizado el acto de sustentación de Tesis Colectiva, el Presidente del Jurado Evaluador indica a los sustentantes y al público presente retirarse de la sala de sustentación por un espacio de cinco minutos para deliberar y emitir la calificación final, quedando los sustentantes **Kely NOLASCO AQUINO y Deidson Ulises ARRIETA QUINTANA**, *Aprobado*....., con la nota de.....*15*.....equivalente a*Buena*....., con lo cual se da por concluido el proceso de sustentación de Tesis a las*2.00pm*..... horas en fe de la cual firmamos.

Cayhuayna, 12 de febrero de 2015


 CD. César Lincoln GONZALES SOTO
 PRESIDENTE


 Mg. Jubert Guillermo TORRES CHÁVEZ
 SECRETARIO


 Mg. Jesús Omar CÁRDENAS CRIALES
 VOCAL

- Buena (14,15,16)
- Muy Buena (17,18)
- Excelente (19 y 20)