

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**

**NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS**

**FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**



**CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA IMPORTANCIA  
DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN PADRES DE NIÑOS ENTRE 6 A  
12 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO Y MADRE GESTANTE DE  
LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA EN EL AÑO 2019-I**

**TESIS PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR LA**

**Bach. Isis Laura, ROJAS ALCOCER**

**LIMA - PERÚ**

**2019**

*En primer lugar, a DIOS por su gran fidelidad en el camino largo de mi vida por darme la fortaleza y motivación del día a día.*

*A mi amada madre, Blanca Luz Alcocer Segura, mujer fuerte y valiente que no decayó nunca, no se rindió jamás, fue mi fortaleza y gracias a ella hoy culmino esta carrera.*

*A mi valiente amado y a mi precioso hijo, gracias por su eterna paciencia, por su amor y motivación, gracias por su apoyo incondicional.*

*A mi hermano, abuelos, tías, cuñados, sobrinos, amigos, doctores quienes han estado al inicio y durante mi etapa universitaria. Muchas gracias.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Mis agradecimientos primeramente a Dios por haberme permitido terminar una larga batalla, en cada momento durante toda mi vida y permitir culminar mi carrera profesional.

A mi hermosa familia, a mi esposo quien tuvo la paciencia siempre en el momento y tiempo exacto para culminar este proyecto.

Al Decano de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por permitirme realizar el presente estudio en las Clínica del Niño y Madre Gestante.

A todos los padres de familia quienes se tomaron el tiempo de llenar el cuestionario y permitir la evaluación en sus niños para poder realizar la presente investigación.

Agradezco a todas las personas en general que participaron de alguna manera cooperando para que esta investigación pueda realizarse. Gracias a todos.

## ÍNDICE DE TABLAS

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>N° 01</b> Conocimiento, actitud y prácticas sobre la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años | <b>57</b>   |
| <b>N° 02</b> Conocimiento respecto a la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años.                | <b>58</b>   |
| <b>N° 03</b> Actitud respecto a la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años.                     | <b>69</b>   |
| <b>N° 04</b> Prácticas respecto a la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años.                   | <b>60</b>   |
| <b>N° 05</b> Frecuencia de Caries dental en primer molar permanente de los niños de 6 a 12 años, según la edad.                      | <b>61</b>   |
| <b>N° 06</b> Frecuencia de Caries dental del primer molar permanente en niños 6 a 12 años, según género.                             | <b>63</b>   |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>N° 01</b> Conocimiento, actitud y prácticas sobre la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años | <b>57</b>   |
| <b>N° 02</b> Conocimiento respecto al importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años.                  | <b>58</b>   |
| <b>N° 03</b> Actitud respecto a la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años.                     | <b>59</b>   |
| <b>N° 04</b> Prácticas respecto a la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años.                   | <b>60</b>   |
| <b>N° 05</b> Frecuencia de Caries dental en primer molar permanente de los niños de 6 a 12 años, según la edad.                      | <b>62</b>   |
| <b>N° 06</b> Frecuencia de Caries dental del primer molar permanente en niños 6 a 12 años, según género.                             | <b>64</b>   |

## INDICE

|                  | Pág. |
|------------------|------|
| Carátula         | i    |
| Dedicatoria      | ii   |
| Agradecimiento   | iii  |
| Índice de Tabla  | iv   |
| Índice de Figura | v    |
| Índice           | vi   |
| Resumen          | vii  |
| Abstract         | viii |
| Introducción     | ix   |

### **CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

|  |    |
|--|----|
| 1.1 Marco Teórico  | 1  |
| 1.1.1 Caries Dental.                                     | 1  |
| 1.1.2 Primera Molar Permanente.                          | 13 |
| 1.1.3 Conocimiento, Actitudes y Prácticas de los padres. | 20 |
| 1.2 Investigaciones                                      | 35 |
| 1.3 Marco Conceptual                                     | 43 |

### **CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES**

|   |    |
|---|----|
| 2.1 Planteamiento del Problema                | 46 |
| 2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática | 46 |
| 2.1.2 Definición del Problema                 | 47 |
| 2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación | 48 |
| 2.2.1 Finalidad                               | 49 |
| 2.2.2 Objetivo General y Específicos          | 49 |
| 2.2.3 Delimitación del Estudio                | 50 |
| 2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio | 50 |
| 2.3 Hipótesis y Variables                     | 51 |

|   |    |
|---|----|
| 2.3.1 Hipótesis Principal y Específicas                       | 51 |
| 2.3.2 Variables e Indicadores                                 | 52 |
| <b>CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO</b>            |    |
| 3.1 Población y Muestra                                       | 53 |
| 3.1.1 Población.  | 53 |
| 3.1.2 Muestra.  | 53 |
| 3.2 Diseño a utilizados en el estudio                         | 53 |
| 3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos             | 54 |
| 3.3.1 Técnica de Recolección de Datos.                        | 54 |
| 3.3.2 Instrumentos de Recolección de Datos.                   | 54 |
| 3.4 Procesamiento de Datos                                    | 55 |
| <b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b> |    |
| 4.1 Presentación de los Resultados                            | 56 |
| 4.2 Contrastación de Hipótesis                                | 56 |
| 4.3 Discusión de Resultados                                   | 65 |
| <b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>             |    |
| 5.1 Conclusiones  | 67 |
| 5.2 Recomendaciones   | 68 |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b>   | 70 |
| <b>ANEXOS</b>   | 77 |

## Resumen

El objetivo del presente estudio fue describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la importancia del primer molar permanente de los padres en niños entre 6 y 12 años atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019-I. El diseño metodológico fue Descriptiva, Transversal y Observacional. Se utilizó una muestra que estuvo conformada por 61 padres de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología, la recopilación de datos para esta investigación se realizó mediante un cuestionario semiestructurado de 21 ítems, y una ficha de recolección de datos en base a una evaluación clínica aplicados a una muestra de 61 niños, conformado por 23 niñas y 38 niños entre 6 a 12 años de edad que como requisito tuvieron sus cuatro molares permanentes. Resultados: En relación a los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres de familia , en referencia al conocimiento, presentaron un buen conocimiento en un 57.4% seguido de un mal en un 42.6%; en referencia a la actitud, presentaron una actitud positiva en un 98.4%, seguido de una actitud negativa en un 1.6%; respecto a las prácticas, presentaron buenas prácticas en un 86.9%, seguido de malas prácticas en un 13.1%. Con respecto a la caries dental en primeras molares el sexo masculino tuvo un 10.5% respecto al sexo femenino 4.3% *Conclusiones:* Los padres presentaron un conocimiento regular, tuvieron actitud positiva, y hay buenas prácticas en la mayoría de los padres respecto al cuidado de la primera molar permanente.

### Palabras clave:

Caries; Conocimientos; Actitudes; Prácticas; Primer molar permanente.



## **ABSTRACT**

The objective of this study was to describe the knowledge, attitudes and practices of their parents about the importance of the first permanent molar in children between 6 and 12 years old attended in the Clinic of the Child and Mother Gestante of the Inca Garcilaso de la Vega University in the year 2019-I. The methodological design was Descriptive, Transversal and Observational. A sample that was made up of 61 parents of the Children's Clinic of the Faculty of Stomatology was used, data collection for this research was carried out using a semi-structured questionnaire of 21 items, and a data collection sheet based on an evaluation clinic applied to a sample of 61 boys, consisting of 23 girls and 38 boys between 6 and 12 years of age who had their permanent four molars as a requirement. Results: In relation to the knowledge, attitudes and practices of parents, in reference to knowledge, they presented a good knowledge in 57.4% followed by a bad in 42.6%; in reference to the attitude, they presented a positive attitude in 98.4%, followed by a negative attitude in 1.6%; regarding practices, they presented good practices in 86.9%, followed by bad practices in 13.1%. With respect to dental caries in the first molars, the male sex was 10.5% compared to the female sex 4.3% Conclusions: The parents presented a regular knowledge, had a positive attitude, and there are good practices in the majority of the parents regarding the care of the First permanent molar.

Keywords:

Cavities; Knowledge; Attitudes; Practices; First permanent molar.

## INTRODUCCIÓN

La caries dental es un proceso que ocurre en el órgano dentario cuando se expone y entra en relación con los agentes microbianos, ello genera una inestabilidad del medio mucoso haciéndola más ácida ocasionando la desmineralización del diente<sup>(1)</sup> La Organización Mundial de la Salud, nos dice que la caries dental es un proceso activo que se da entre la superficie del diente y el fluido de biopelícula, produciendo la pérdida de mineral del diente.<sup>(2)</sup>

La cavidad bucal contiene una gran variedad de poblaciones microbianas, en la cual podemos encontrar diferentes especies y cepas teniendo como principal microorganismo al *Streptococcus mutans* seguido del *Lactobacilo* y los *Actinomicetes*.<sup>(3)</sup> Para evitar el avance de la caries dental e incidencia de esta misma debemos tener en cuenta el tipo de dieta que consumimos, como el exceso de azúcares, lácteos y almidones por más de 3 veces al día.<sup>(4)</sup>

El esmalte es la zona calcificada del diente, formado por cristales de hidroxiapatita, la proporción del esmalte varía en cantidad de acuerdo a la anatomía del diente con relación a las fosas y fisuras ocasionando la vulnerabilidad del diente cuando se encuentra en un medio ácido. Los alimentos pegajosos y el biofilm contribuyen en la aparición de una lesión cariosa, esto a su vez alarga el tiempo del pH ácido en la cavidad oral.<sup>(5)</sup>

La dentición permanente se inicia con la erupción del primer molar permanente.<sup>(6)</sup> Este erupciona entre los 6 y 7 años de edad saliendo por distal del segundo molar temporal. El primer molar permanente es muy importante ya que con él formaremos nuestra oclusión dentaria. Debemos tener en cuenta que la pérdida de esta pieza prematuramente afectará no solo en la oclusión sino en el crecimiento de los maxilares y el espacio que ocuparán los otros dientes permanentes, los dientes antagonistas y su función masticatoria.<sup>(7)</sup>

Según estudios la prevalencia e incidencia de caries guardan relación, sin embargo, hay notorios cambios en países desarrollados como servicios básicos y buena calidad de vida, efectividad de tratamientos bucales brindados en su

centro de salud, programas y charlas dadas a la comunidad y centros educativos para adoptar buenas prácticas de higiene oral. <sup>(8)</sup>

Según estudios el 84% de niños peruanos presenta caries dental a la edad de doce años, en proporción de 3,1 de dientes permanentes cariados. Esto conlleva a considerar al Perú uno de los países con mayor índice de caries en Latinoamérica. <sup>(8)</sup>

Es de gran importancia saber y aplicar los conocimientos en la práctica sobre la higiene bucal en las personas antes de intervenir en los grupos sociales ya que cada sociedad tiene diferentes culturas. La buena calidad de vida se debe gracias a la salud oral. Es por ello que la OMS constituye en todos sus proyectos promover el cuidado bucal, prevenir diversas infecciones orales e integrar diversas actividades con finalidad global en salud oral. <sup>(9)</sup>

El propósito del estudio fue diagnosticar, sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres sobre la importancia del primer molar permanente en niños entre 6 y 12 años atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019-I, el cual fue importante conocer, si los padres conocen, saben y ponen en práctica la importancia de cuidar la primera molar permanente en sus hijos.

## **CAPITULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Marco teórico**

#### **1.1.1 Caries Dental**

##### **A. Definición**

La caries dental es un proceso que ocurre en el órgano dentario cuando se expone y entra en relación con los agentes microbianos, ello genera una inestabilidad del medio mucoso haciéndola más ácida ocasionando la desmineralización del diente. <sup>(1)</sup>

La caries dental es una afección contagiosa, transferible y sucesiva que inicia con la descalcificación del esmalte dentario y actúa progresivamente. <sup>(10)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, nos dice que la caries dental es un proceso activo que se da al interactuar la superficie dentaria con los fluidos residuales, produciendo así la pérdida de mineral del diente. <sup>(2)</sup>

Desde la perspectiva sociológica, es un problema biosocial que se verá reflejado en la calidad de vida y las condiciones que se encuentra una población, para algunos es una enfermedad contagiosa debido al consumo excesivo de azúcares. <sup>(11)</sup>

Desde la perspectiva microbiológica, es un sistema ecológico con diversos ecosistemas bucales la cual es primordial para mantener el equilibrio de su micro flora en boca. <sup>(12)</sup>

Keyes (1960) estableció una presentación esquematizada como la triada de Keyes, donde nos da a entender que la caries dental presenta tres factores: dieta, bacterias y el huésped. Donde los azúcares aceleran al metabolismo del microorganismo produciendo la caries dental. <sup>(13)</sup>

Por otro lado para que se produzca la caries dental debe de transcurrir un determinado tiempo, pues este mismo, es considerado como un factor esencial en el nuevo esquema de Keyes modificado.<sup>(12)</sup>

## **B. Etiología**

La caries tiene origen multifactorial y al interactuar con diversos factores a través del tiempo conlleva a la aparición de una lesión, esto se puede describir en dos grupos: <sup>(14)</sup>

### **- Endógenas**

Nos dice que la caries es producto de agentes que están en el interior del diente.<sup>(14)</sup>

- **Éstasis de fluidos nocivos**

Hipócrates en 456 a.C. sostenía que la caries era producida por una mezcla orgánica que se acumulaba en el interior del diente como (sangre, bilis, flema y linfa).<sup>(14)</sup>

- **Inflamatoria endógena**

Galeno (130 d.C.) sostenía que las alteraciones en la cabeza podrían llegar a afectar la cavidad oral y producir enfermedades como la gingivitis o caries produciendo desmineralización del diente en sí. <sup>(14)</sup>

- **Teoría enzimática de las fosfatasas**

Csernyei en 1951, sustenta que las fosfatasas son responsables de metabolizar el fosforo y el calcio del organismo ya que guarda relación directa con la mineralización y desmineralización del diente <sup>(14)</sup>

- **Exógenas**

Sostienen que la iniciación de la caries se debe a causas externas.<sup>(14)</sup>

- **Vermicular**

Nos habla sobre el lugar de formación de la caries, responsabilizando a los gusanos bucales de la putrefacción del diente. <sup>(14)</sup>

- **Quimio parasitaria**

Miller decía que, al descomponerse los carbohidratos azúcares de la dieta con los fluidos, los microorganismos de la cavidad bucal generaban ácidos que dañaban el esmalte. <sup>(14)</sup>

- **Proteólisis-Quelación**

Schatz y Martin, afirmaban que las bacterias orales causaban la caries dental a través de la función degradatoria de proteínas( proteólisis) y esta a su vez provocaba la disolución del esmalte (quelación) .<sup>(14)</sup>

### **C. Factores etiológicos de la caries**

Es un proceso activo que nos habla de la mineralización y re mineralización del diente; la saliva participa como medio de transporte y vivienda de las bacterias produciendo que los carbohidratos se fermenten.<sup>(15)</sup>

## - **Microorganismos**

La boca alberga una gran variedad de poblaciones microbianas concentradas en nuestro organismo.<sup>(3)</sup> La estrecha relación que hay entre las bacterias y la prevalencia de caries, nos ayuda a definir qué tan propensa está a desarrollarse dicha enfermedad.<sup>(3)</sup>

En la cual podemos encontrar diferentes especies y cepas teniendo como principal microorganismo al *Streptococcus mutans* seguido del *Lactobacilo* y los *Actinomicetes*.<sup>(3)</sup>

- ***Streptococcus mutans***

Es un microorganismo que tiene estrecha relación con la caries dental. Considerado como principal productor de caries y causante del desbalance del medio microbiano.<sup>(16)</sup>

- ***Lactobacillus***

Los *Lactobacillus* están presentes cuando hay mayor frecuencia de carbohidratos en nuestra alimentación, estos tienen la función de producir ácidos causando lesiones cariosas.<sup>(15)</sup>

- ***Actinomicetes***

Son microorganismos de acción lenta, se manifiestan en la zona radicular del diente provocando caries, en ocasiones puede encontrarse en esmalte.<sup>(15)</sup>

## - Dieta

Para evitar el avance de la caries dental e incidencia de esta misma debemos tener en cuenta el tipo de dieta que consumimos, como el exceso de azúcares, lácteos y almidones por más de 3 veces al día.<sup>(3)</sup>

- **La sacarosa**

Es el azúcar común obtenido de la caña de azúcar, una vez absorbido por el organismo la enzima sacarosa se divide para obtener la glucosa y fructuosa.<sup>(4)</sup>

- **La lactosa**

Es el principal azúcar de origen vegetal que hay en la leche, que se obtiene de animales hembras de la mayoría mamíferos. La lactosa está constituida por dos azúcares simples (galactosa y glucosa) que el cuerpo metaboliza para usarlo como fuente de energía.<sup>(4)</sup>

- **La fructuosa**

Es el azúcar natural que se encuentra en las frutas a la cual se responsabiliza de los efectos erosivos sobre la superficie dentaria al momento de la ingesta. Entonces, podemos decir que dentro de los alimentos cariogénicos también son considerados: las galletas, los dulces (caramelos y chocolates) y bebidas con alto contenido azucarado.<sup>(5)</sup>

También existe un tipo de dieta no cariogénica que son aquellos alimentos que tienen una baja tasa de susceptibilidad de caries, entre ellas tenemos: los lácteos (leche y queso), pescados, ricas dietas de vegetales con alto aporte de calcio y fosfato, grasas (por formar una superficie protectora), proteínas (carne, ternera). Se consideran los



alimentos nutritivos los cuales proviene del reino animal vegetal y mineral naturalmente para la salud del ser humano.<sup>(5)</sup>

- **Huésped (saliva, diente, genética)**

- **Saliva**

La saliva es un líquido que está presente en la cavidad oral, actúa como protector de los dientes manteniendo el pH neutro ante ácidos, es disolvente en la masticación de los alimentos y primordial en la deglución.<sup>(15)</sup>

- **Diente**

Es la estructura dentaria presente en boca, la parte más mineralizada y rígida es el esmalte, es protectora de las partes internas del diente, la variación del flujo salival hace que en ocasiones el medio acuoso se torne ácido lo cual hace vulnerable al esmalte dando pase a la destrucción exponiendo a otros dientes por su anatomía (por fosas y fisuras profundas).<sup>(17)</sup>

La acumulación de la placa bacteriana se da muchas veces por mala higiene y por el consumo de comidas pegajosas esto promueve a que en un corto periodo de tiempo pueda iniciarse formaciones de lesiones cariosas en boca hasta la pérdida del diente y en consecuencia una desarmonía en la oclusión dentaria.<sup>(17)</sup>

- **Genética**

Podemos hablar de genética cuando nos referimos a la similitud de pruebas que se hace a los genes y al genoma de la persona, lo mismo sucede con la formación de una lesión cariosa, prevalece de persona a persona, así se relaciona con el genoma.<sup>(15)</sup>

## **D. Factores Etiológicos Modulares**

El huésped, los microorganismos y el sustrato son factores básicos y responsables de que se inicie una lesión cariosa sin embargo estos factores no son los únicos causantes, existen los factores etiológicos. <sup>(8)</sup>

Los factores etiológicos modulares contribuyen al riesgo de caries, no causan directamente la enfermedad, entre ellas tenemos edad, estado de salud general, grado de instrucción y nivel socioeconómico. <sup>(8)</sup>

### **- Edad**

Es considerado un factor modular, es indispensable saber diferenciar los dientes deciduos de los permanentes, el tiempo de erupción y las variaciones anatómicas de las piezas dentarias que de alguna manera indirecta contribuye en la aparición de una lesión cariosa. <sup>(15)</sup>

### **- Estado de salud general**

En la actualidad se sabe que hay fármacos que pueden afectar la disminución del flujo salival causando xerostomía y algunos tratamientos que bajan las defensas del organismo por ello es necesario saber la condición en la que se encuentra la persona y así poder tratar la enfermedad. <sup>(15)</sup>

### **- Grado de Instrucción y Nivel Socioeconómico**

La calidad de la enseñanza educativa y el trabajo de los padres influyen en la incidencia de lesiones cariosas, por lo general la dieta de carbohidratos y el cepillado dental no se aplican correctamente debido al desconocimiento de charlas gratuitas y preventivas sobre salud bucal en su centro de salud afectando así su economía con tratamientos particulares que en su mayoría son costosos. <sup>(18)</sup>

## **E. Epidemiología**

Se sabe que la incidencia y prevalencia de caries en niños guardan relación, sin embargo, hay notorios cambios en países desarrollados ya que se ve una mejor calidad de vida, eficiencia de los servicios de salud bucal, la formación de nuevas prácticas de higiene oral y el uso de pasta dental con flúor.<sup>(18)</sup>

Según estudios el 84% de niños peruanos presenta caries dental a la edad de doce años, en proporción de 3,1 de dientes permanentes cariados. Esto conlleva a considerar al Perú uno de los países con mayor índice de caries en Latinoamérica.<sup>(18)</sup>

### **- Riesgo de Caries Dental**

Podemos definirlo como la exposición que tiene un grupo poblacional sano a concebir o evolucionar una enfermedad en un periodo definido. Este se podrá comprobar a través del examen clínico en la cavidad bucal, a mayor lesiones habrá un mayor riesgo, generalmente el alto de riesgo de caries siempre va acompañado de una higiene pobre.<sup>(2)</sup>

### **- Inicio y progreso de la lesión cariosa**

La caries es una afección transmisible que afecta a la capa superior del diente generando un desgaste sucesivo. Comienza en el esmalte o cemento radicular y sigue hacia el interior del diente.<sup>(2)</sup>

El ciclo de calcificación y descalcificación del diente se repite constantemente a través del consumo de alimentos, generalmente de los carbohidratos., estos producen ácidos que dañan la capa superior del esmalte y esto afecta a la forma del hidroxiapatita, por ser un ciclo continuo,

si cesa la producción de ácido por 30 minutos el pH vuelve a su estado normal. <sup>(2)</sup>

## **F. Detección clínica de la caries**

La lesión inicial, se le conoce con el nombre de mancha blanca, es lo primero que se observa en la superficie del diente cuando comienza la actividad cariogénica. Esta lesión inicial es el resultado del acúmulo de varios sucesos de desmineralización y mineralización. Mayormente se observa en fosas y fisuras, en las superficies proximales y en el margen gingival ya que son más propensos a la acumulación de placa. <sup>(19)</sup>

Esta lesión se caracteriza por presentar un color blanco opaco al momento del secado del diente conservando una la superficie entera. <sup>(19)</sup>

### **- Método de inspección visual**

Es la manera comúnmente usada en la clínica diaria y con la complementación de los instrumentos apropiados para lograr un mejor diagnóstico a través de la visualización y apoyo ergonómico. <sup>(20)</sup>

El uso de la tecnología en la odontología ha permitido al cirujano dentista tener una amplia visión a través de diversas herramientas como el uso de cámaras digitales intraorales, lentes de aumento lo que permite el monitoreo de las lesiones cariosas, a través de la cual se puede enseñar y educar al paciente por medio de imágenes, imágenes ampliadas, fotos, etc.<sup>(20)</sup> Para evaluar la pieza dentaria debe estar limpio y seco libre de cálculo u otras partículas, esto se logra con una escobilla profiláctica con abundante agua y tener una buena iluminación.<sup>(20)</sup>

- **Lesión en esmalte**

El esmalte es la capa superficial del diente que presenta alto grado de mineralización, está compuesto por 96% de material inorgánico, 1% de orgánico y 3% de agua. La mancha blanca es más notoria en la capa del esmalte. Se observa mejor en el momento en que el diente está seco otorgando un efecto desigual de la luz.<sup>(21)</sup>

- **Lesiones de fosas y fisuras**

Estas lesiones son frecuentemente complejas de encontrar más aun cuando se encuentran es etapa de mancha blanca, ya que esta mantiene su estructura sin cavitación siendo inapreciable para el odontólogo a simple vista.<sup>(21)</sup>

En la consulta diaria, para la evaluación de lesiones de fosas y fisuras, no se recomienda el uso de un explorador porque fragmentaría el tejido dentario que se encuentra descalcificado u en estado de mancha blanca, usarlo solo provocaría que dicha zona se cavite. Podemos hacer uso del explorador para ayudarnos a retirar placa blanda o restos de alimentos que nos limiten a la evaluación en general.<sup>(21)</sup>

- **Lesiones proximales**

El reconocimiento visual inmediato no es suficiente para poder localizar las lesiones proximales; en caso de que no hubiese un diente adyacente la lesión sería más fácil de observar, de lo contrario solo se podrá percibir si es grande. Pero si es pequeña puede que pase desapercibido.<sup>(2)</sup>

Otro procedimiento que se logra utilizar son con la toma de radiografías, si en caso quedara la duda de dicho resultado por

tamaño de la lesión se puede optar por separar los dientes con lentitud con bandas elásticas de ortodoncia.<sup>(20)</sup>

- **Lesiones de caras libres**

Las lesiones de caras libres son más fáciles de encontrar, estas lesiones generalmente se observan de manera directa, en la práctica diaria el odontólogo está preparado y reconoce este tipo de lesión más aun cuando la lesión está en etapa inicial, mancha blanca, es un tipo inicio de caries, no presenta cavitación, pero es fácil de tratar y se controla con la higiene dental, además con la participación de la saliva que ayuda a remineralizar el diente. <sup>(21)</sup>

- **Lesiones radiculares**

Normalmente estas lesiones se encuentran localizada a 2mm aproximadamente por debajo de la encía, está siempre en forma circular bien delimitada, se puede identificar solo con la exploración visual y el uso de un explorador. <sup>(21)</sup>

- **Lesiones de superficie lisas**

Se encuentran normalmente en caras proximales de los dientes y en cervical de las caras vestibulares, así como en lingual o en el caso del maxilar superior hablaríamos de caras palatinas, es muy común encontrar placa blanda en ese lugar. <sup>(22)</sup>

## **G. La Medición de la Caries Dental**

#### - **Índice CPO-D**

Es uno de los índices más utilizados en las investigaciones en odontología, se usan como una herramienta cuantitativa en la prevalencia de la caries bucal, que indica la caries en su tiempo pasado y presente, cuenta los dientes tratados o restaurados y los dientes con presencia de caries. Es el resultado de la suma de las piezas permanente cariadas, perdidos y obturados, sumados también los extraídos, se divide entre las personas examinadas.<sup>(23)</sup>

#### - **Índice ceo-d**

El Índice CPO usado por Gruebbel para los dientes temporales en 1944. Se examina de igual forma pero tomando en cuenta sólo los dientes deciduos cariados, extraídos y obturados.<sup>(23)</sup>

#### - **Índice de Clune**

Se logra verificando los cuatro molares permanentes y dando 10 puntos para cada molar y obteniendo como máximo 40 puntos. <sup>(6)</sup>

- Si la pieza está sana se le asignara 10 puntos. <sup>(6)</sup>
- Si la pieza presenta una cara obturada se le quita 0.5 puntos. <sup>(6)</sup>
- Si la pieza presenta una cara cariada se le quita 1 punto. <sup>(6)</sup>
- Si la pieza fue extraida por caries se le quita 10 puntos. <sup>(6)</sup>
- Al final se sumaran los cuatro dientes permanentes este valor será expresado en puntos, debemos hallar el total expresado en porcentaje, debemos tener en cuenta que el 100% equivale al valor de 40 puntos.<sup>(6)</sup>

#### - **Índice de Knutson**

Cuenta el total de un grupo poblacional que presenta uno o más dientes dañados, sin tomar en cuenta la severidad de la lesión. No especifica muy

claro.<sup>(6)</sup>

Ejemplo: de un total de 150 escolares, 100 presentan caries, significa que 66.7% tienen caries dental. No indican la discrepancia entre el número de piezas con caries ni el grado progresivo de caries. Esta indicado en una población donde tiene prevalencia muy baja o cuando queremos comparar entre poblaciones la prevalencia, esta generalmente es expresada en porcentajes.<sup>(6)</sup>

### **1.1.2 Primer Molar Permanente**

#### **A. Definición**

El primer molar, es el inicio de la erupción única y definitiva de los dientes permanentes en la cavidad oral, y se va fortaleciendo durante los siguientes años de vida. <sup>(7)</sup> La erupción se da entre los 6 y 7 años en los niños, y este diente erupciona en reemplazo al segundo molar deciduo. Es uno de los dientes más importantes en erupcionar ya que este actuara en una correcta oclusión fisiológica. <sup>(24)</sup> Su erupción es muy importante en la zona posterior, pero también su destrucción podría repercutir negativamente en el desarrollo y expansión de los maxilares, afectando la masticación, alterando el plano oclusal, produciendo mal posición dentaria, extrusión dentaria del antagonista, etc. <sup>(24)</sup> Su rehabilitación será difícil y costoso cuando la destrucción del diente sea mayor o como última alternativa la extracción de la pieza dentaria. <sup>(24)</sup>

Su erupción puede pasar desapercibidas o en otras ocasiones produce síntomas como inflamación pericoronaria, dolor leve, etc.<sup>(7)</sup>

Es muy importante conservar esta pieza dentaria en el sistema estomatognatico, porque es el inicio en el desarrollo de la arcada dental, esta pieza es el responsable de que el niño tenga una buena oclusión, una correcta mordida y una buena alimentación. <sup>(25)</sup>

Esta pieza tiene una morfología compleja por la presencia de surcos profundos en algunos casos que dificultan su higiene y algunos defectos en



su formación , lo más común es el desconocimiento de los padres sobre la existencia de esta primera molar permanente confundiéndolas con una pieza decidua, es uno de los variantes para la susceptibilidad a la caries dental.<sup>(25)</sup>

Las lesiones cariosas del primer molar aumenta con la edad y en muchas ocasiones son extraídas prematuramente provocando la desarmonía de toda la cavidad bucal, el trabajo del profesional de la salud debe ser diagnosticar, incentivar, educar y promocionar la buena higiene oral a los niños y a los padres.<sup>(25)</sup>

#### - **Caries dental del primer molar permanente**

La caries en los molares permanentes es considerado como un problema de salud, en la mayoría de países latinos se han visto afectados económicamente y socialmente la forma de vida de las personas.<sup>(24)</sup>

#### - **Evolución de la caries del primer molar permanente**

Los ácidos que producen las bacterias son muy dañinos para el esmalte dentario, producen desmineralización y destrucción de esta capa para luego dañar a la dentina y si no se trata a su debido tiempo los ácidos podrían llegar a la cámara pulpar del diente, en los primeros años de erupción de esta pieza dental, los padres prestan muy poca atención a esta pieza ya que por desconocimiento y por poca educación e información dejan pasar el tiempo hasta que el niño siente los primeros síntomas de la caries en la pulpa del diente.<sup>(26)</sup>

#### - **Placa dental en el primer molar permanente**

Se localiza como una masa suave y fácil de remover con el cepillado de la superficie de los dientes y es capaz de generar ácidos para luego desmineralizar el esmalte para avanzar hacia la dentina, se debe dar un

tratamiento oportuno para detener la desmineralización que causa la placa.  
(26)

## **B. Anatomía del primer molar permanente**

La primera molar permanente se considera como instrumento principal para la masticación de los alimentos, porque ocurre en el momento de recambio de piezas temporales a las permanentes. <sup>(27)</sup> Debido a su forma anatómica de la cara oclusal de esta pieza, está más propensa a iniciar procesos de desmineralización y con ello una lesión cariosa. <sup>(27)</sup>

El primer molar superior por lo general mide 21,5 mm de largo, este presenta cuatro cúspides en oclusal (dos hacia lingual y dos hacia vestibular), también presenta tres raíces (dos hacia vestibular y una raíz hacia palatino). Su inervación lo conforman el dentario posterior y el palatino anterior. <sup>(28)</sup> <sup>(27)</sup>

El primer molar inferior por lo general mide 21 mm de largo. <sup>(26)</sup> Este presenta cinco cúspides (dos hacia vestibular, 2 cúspides hacia lingual y una hacia distal) también presenta dos raíces (una raíz hacia mesial y otra hacia distal), suele presentarse en varios casos hasta tres raíces. Su inervación lo conforma el dentario inferior, bucal y lingual. <sup>(28)</sup> <sup>(27)</sup>

En su anatomía interna presenta una cámara pulpar de forma trapezoidal, amplia. <sup>(28)</sup> .Es muy común ver molares que presenten 3 o 4 conductos en dientes superiores o inferiores. <sup>(28)</sup>

## **C. Características del primer molar permanente**

### **- Cara Vestibular**

La cara vestibular es trapezoidal, generalmente es más ancha en sentido mesiodistal y más corta en oclusocervical, en el borde oclusal guarda

relación con las cúspides mesiovestibular, siendo esta la más ancha, y disto vestibular siendo estas divididas por un surco vestibular. <sup>(15)</sup>

- **Cara Palatina**

La cara palatina es angosta en sentido mesiodistal y más larga en ocluso cervical, el borde oclusal de esta cara guarda relación con las cúspides mesiopalatina, siendo esta la más ancha, y la distopalatina divididas por el surco palatino presenta dos cúspides. <sup>(15)</sup>

En el caso de la cara lingual en el diente inferior aparece una cúspide más en sentido mesiolingual. <sup>(15)</sup>

- **Cara Mesial**

La cara palatina tiene forma trapezoidal, en ella se pueden observar las cúspides mesio vestibular y la mesio palatina, siendo esta la más alta. En referencia de relación con las piezas vecinas en punto de contacto se da en el tercio medio hacia oclusal. <sup>(15)</sup>

- **Cara Distal**

La cara distal tiene forma convexa, está conformada por las cúspides disto vestibular y distopalatina, ambas son de igual proporción, divididas por la cresta mesiodistal. Generalmente el punto de contacto de la cara distal se da en el centro de la corona. <sup>(15)</sup>

- **Cara Oclusal**

La cara oclusal de la primera molar permanente tiene forma romboide, su cúspide mesiopalatina es la más grande seguida de la mesiovestibular,

distovestibular y distopalatina. En la cara oclusal se puede apreciar que la parte más ancha de esta es mesial y palatino. <sup>(15)</sup>

La cara oclusal presenta una fosa central, ahí se localiza el surco vestibular la cual se encarga de dividir a las cúspides mesiovestivular y disto vestibular. También se puede apreciar el surco transversal y el Tubérculo Carabelli, el cual solo lo encontramos en el primer molar superior. <sup>(15)</sup>

#### - **Características de las raíces de la primera molar superior**

Los primeros molares superiores presentan tres raíces, la raíz mesial, la raíz distal y la raíz palatina. La raíz mesial por lo general es el más voluminoso ancho en sentido vestibulopalatino y angosto en sentido mesiodistal por lo que su forma interna es ovoidal. <sup>(28)</sup>

La raíz distal es de menor proporción, su forma interna es circular y en apical presenta una ligera curvatura no muy marcada. La raíz es la más grande en todas sus dimensiones ,su forma interna es circular y generalmente es curva en el ápice de la raíz. <sup>(28)</sup>

#### - **Características de las raíces del primer molar inferior**

Los primeros molares inferiores por lo general tienen 2 raíces dentales una mesial y una distal, existe en un pequeño grupo poblacional en la que se ha visto que menos del 5% puede presentar la raíz mesial separadas, generalmente estas vienen unidas por lo que aparenta ser solo una. <sup>(28)</sup>

La raíz mesial posee una ligera curva a distal, mientras que la raíz distal tiende a ser recta en su mayoría, la raíz distal se divide en dos, raíz distovestibular y raíz distolingual, está por lo general es más pequeña. <sup>(28)</sup>

## **D. Funciones del primer molar permanente**

1. Pieza fundamental que aporta más del 50% en la función de la masticación.  
(27)
2. Principal guía de erupción y apoyo para la posición de los molares consecuentes a erupcionar .(27)
3. Denominado como el segundo levante de mordida para establece la nueva oclusión con los molares en la dentición permanente. (27)

Es importante cuidar el primer molar permanente por que al perderlo se altera el sistema masticatorio, colapsando el plano oclusal, mal posición dentaria y traumas en la articulación temporomandibular. (27)

### **- Pérdida del primer molar permanente**

Normalmente las molares permanentes se pierden entre 8 a 14 años debido al descuido de los padres por la temprana formación de caries en su estructura. Esto se debe porque estas piezas son las primeras en erupcionar y son las primeras piezas susceptibles a la caries por falta de cepillado, generalmente las molares inferiores son las más afectadas.(27)

Su anatomía favorece a la formación o colonización de bacterias y muchas veces dificulta en el cepillado puesto que los niños no tienen suficiente destreza en los movimientos a la hora de la higiene, es por ello, que es importante que los padres deben participar y ayudar en la higiene de los hijos hasta 8 a 10 años. (27)

## **E. Consecuencia de la pérdida del primer molar permanente**

### **- Disminución de la función local**

La pérdida del primer molar puede causar alteración del crecimiento óseo de ambos maxilares, disminuye la masticación en más del 50%, se ve

afectado el equilibrio masticatorio, el alimento se desplazará a la zona donde hay dientes, al no existir función en el lado opuesto hay alteración del plano oclusal, en la arcada superior extrusión de molares por falta de la pieza antagonista. <sup>(10)</sup>

#### - **Erupción continuada de los dientes antagonistas**

El alto índice de caries nos puede traer la pérdida prematura de los dientes. Los primeros molares inferiores son en su mayoría los primeros dientes permanentes que se pierden, causando así una sobre erupción de los dientes antagonistas estos se ven forzados a extruirse al no ver contacto oclusal con el diente inferior. <sup>(10)</sup>

La erupción continuada de los dientes antagonistas también afecta al desarrollo del hueso maxilar y el soporte óseo de la pieza, a medida que sobreerupciona va dejando menor espacio para la rehabilitación, muchas veces esos dientes sobre erupcionados terminan en tratamientos endodónticos para compensar el espacio interoclusal necesario para la rehabilitación. <sup>(10)</sup>

#### - **Desviación de los dientes**

El primer molar permanente participa como base principal en la formación de la oclusión permanente, por ende, es muy importante su conservación intacta. La pérdida de esta pieza puede provocar una mal oclusión dentaria con desviaciones y rotaciones en dientes adyacentes. <sup>(10)</sup>

Las desviaciones también pueden llegar a afectar a los dientes anteriores ya que corren hacia atrás por tratar de compensar el espacio vacío y los dientes posteriores, a la pérdida dental, se mesializan. Los dientes con mayor movilidad son los premolares, tienden a moverse más hacia distal. Como consecuencias en general la pérdida de los primeros molares puede llegar a ocasionar la desviación de la línea media. <sup>(10)</sup>

### **1.1.2 Conocimiento, actitudes y prácticas de los padres para mantener el primer molar permanente.**

Es de gran importancia saber y aplicar los conocimientos en la práctica sobre la higiene bucal en las personas antes de intervenir en los grupos sociales ya que cada sociedad tiene diferentes culturas. <sup>(9)</sup>

La buena calidad de vida se debe gracias a la salud oral. Es por ello que la OMS constituye en todos sus proyectos promover el cuidado bucal, prevenir diversas infecciones orales e integrar diversas actividades con finalidad global en salud oral. <sup>(5)</sup>

#### **A. Conocimiento**

Es el efecto de entender algo; lo que se logra conseguir del hombre, que tiene noción del objeto que es conocido. La persona como ser intelectual construye su propia realidad ,conoce, se siente seguro de poder hacer llegar estos conocimientos por medio de la lengua a sus hermanos de generación en generación. <sup>(5)</sup>

Se relaciona con la capacidad de adquirir, retener y utilizar la información, una mezcla de comprensión, experiencia, criterio y habilidad. Sin embargo, compromete solo a tu propia interpretación de lo conocido estaríamos hablando de un valor mental sobresaliente de lo anteriormente aprendido. <sup>(5)</sup>

#### **- Fases entre el conocimiento y la conducta**

Existen casos en los que se desea reorganizar la conducta y para ello es suficiente el conocimiento, no obstante, en otros casos simplemente no es necesario. Las veces que el conocimiento es notable, se llega a una conclusión sobresaliente formulada para un grupo objetivo. Hay que saber que las actitudes, creencias y valores, junto a un gran nivel de aspectos intrínsecos y extrínsecos, son los factores para realizar la transferencia del conocimiento a la acción. <sup>(29)</sup>

## - **Fisiología Dentaria**

La formación del diente se origina de la lámina dentaria, a partir de la semana 6° y 8° de vida embrionaria del bebe se establece la posición de los dientes deciduos. A medida que avanza el tiempo, los dientes permanentes empiezan a formarse, estos se inician en la lámina dental del germen dentario del deciduo. Todo este proceso de formación se origina entre la semana 20° de vida prenatal hasta los 10 meses posnatales. El crecimiento del maxilar facilita a que la lámina dental crezca por la parte posterior de los molares deciduos y posteriormente forme los primeros, segundos y terceros molares permanentes.<sup>(30)</sup>

El proceso dentario está formado por tres etapas de iniciación, morfogénesis e histogénesis, estas etapas son muy importantes y participan en la formación del diente y de sus estructuras internas diferenciadas a nivel celular como el esmalte, dentina, cemento, también hace efecto en la pulpa dental y el periodonto evolucionando en los procesos de yema, botón y campana.<sup>(30)</sup>

## - **Erupción Dentaria**

La aparición de los dientes es un proceso relacionado con el crecimiento del maxilar y otras estructuras de la cavidad bucal, Puede estar sujeta a diversos cambios que podrían alterar su cronología.<sup>(31)</sup>

En la vida de una persona la erupción sucede dos veces, el primero con los dientes deciduos, y el segundo con los dientes permanentes que permanecerán en la boca de la persona hasta el final de sus días, la erupción de las piezas dentarias en los niños es muy llamativa para ellos, en muchas ocasiones podrían sentir molestias que está en los parámetros de la normalidad.<sup>(31)</sup>



## - **Fases de la Erupción Dentaria**

La aparición de los dientes es un proceso que consiste en que el diente se desplaza junto al resto de las estructuras del sistema estomatológico.<sup>(31)</sup>

- **Fase Pre eruptiva**

Comprende desde el comienzo de la formación hasta el estadio corona completa o hasta el estadio 6 de Nolla.<sup>(32)</sup> El germen logra acomodarse dentro del maxilar con movimientos de crecimiento excéntrico que se desplaza desde su centro y movimiento de inclinación y giro sobre el mismo centro y este ciclo es repetitivo y dura hasta que la corona este completa. Cabe mencionar que estos movimientos son comunes para ambas denticiones.<sup>(32)</sup>

- **Fase Eruptiva pre funcional**

Comprende los estadios 7 y 8 de Nolla.<sup>(32)</sup> Empieza con la formación de la raíz y culmina cuando la pieza dentaria entra en contacto con la pieza antagonista.<sup>(31)</sup>

- **Fase eruptiva funcional**

Comprende los estadios 9 y 10 de Nolla.<sup>(32)</sup> Empieza cuando el diente entra en contacto con su antagonista y empieza la función de la masticación.<sup>(31)</sup> Una vez en boca el diente completa su raíz y continúa en movimiento de forma vertical hasta llegar al plano oclusal y entrar en contacto con su antagonista.<sup>(32)</sup>

## - **Cronología de Erupción**

Según la cronología se refiere al tiempo en que deben erupcionar los dientes desde meses hasta años.<sup>(33)</sup>

La fase del recambio dental dura aproximadamente entre seis a ocho años, en lo que se encuentran en boca dientes temporales y permanentes, se dividen en dos fases: En la primera fase se pierden las ocho piezas incisivos deciduos tanto superiores como inferiores y son sustituidos por las piezas permanentes, del mismo modo aparece la primera molar permanente, a esta fase se le conoce como la dentición mixta primaria.<sup>(33)</sup>

La segunda fase del recambio de los dientes ocurren entre los nueve y doce años en los niños ,consiste en la pérdida de los caninos temporales y los molares temporales; estos serán reemplazados por los caninos y premolares de la dentición permanente, al mismo tiempo surge el segundo molar permanente, a esta fase se le denomina dentición mixta secundaria.<sup>(33)</sup>

#### - **Secuencia de Erupción**

La secuencia de erupción dentaria nos hace mención del orden en que deben de salir los dientes en cada arcada dentaria, si se cumple este proceso respetando ese orden, se puede asegurar que habrá un normal desarrollo de la oclusión .<sup>(33)</sup> Las secuencias de erupción de ambos maxilares son muy similares, ambos comienzan con la erupción del primer molar permanente, luego los incisivos centrales y laterales, en el caso del maxilar superior sigue con la erupción del premolar, segundo premolar, canino y finaliza con la erupción del segundo molar. En el maxilar inferior, luego de la erupción de los incisivos continua con la erupción el canino, primera premolar, segunda premolar y termina con la erupción del segundo molar.<sup>(33)</sup>

#### - **Periodo de Transición**

Este periodo se caracteriza por ser parte de la dentición mixta, esta comienza con la erupción del primer molar permanente y finaliza cuando se

pierde el último diente deciduo. En toda esta etapa el periodo de transición se considera importante ya que con él se establece la oclusión.<sup>(33)</sup>

Según Van der Linden, la pérdida del último diente temporal y la erupción de los dientes permanentes conforman tres periodos; primer periodo transicional, intertransicional y segundo periodo transicional. El primer periodo de transición es importante ya que aquí juega un rol muy importante la presencia del primer molar permanente que cual nos va ayudar a establecer nueva relación molar y con la erupción de los demás dientes permanentes se determinara la oclusión dentaria.<sup>(33)</sup>

## - Tipos de Dentición

- **Dentición primaria**

Conocida como la dentición temporal, son los primeros dientes en erupcionar generalmente salen a partir de los 6 meses de vida y terminan de erupcionar hasta los 5 años; en total son 20 piezas en boca ,cada maxilar conformado por 4 incisivos, 2 caninos y 4 molares, tanto en el superior como en el maxilar inferior.<sup>(26)</sup>

Las piezas deciduas participan en el proceso de la masticación, la fonación y el habla como también a presencia de estos dientes son muy importantes para mantener la zona y el espacio donde erupcionarán los dientes permanentes.<sup>(30)</sup>

- **Dentición mixta**

Esta etapa normalmente sucede entre los 6 a 12 años, es llamada dentición mixta porque durante este tiempo existe la presencia de la dentición temporal y a medida que los años pasan va haber un recambio dentario completando así la dentición permanente. La erupción comienza a partir de los 6 años con el primer molar

permanente, este diente por lo general acompaña a la dentición decidua del niño y son cuatro en total.<sup>(26)</sup>

La dentición mixta juega un rol importante en el recambio dentario porque también se puede ver si la dentición permanente se verá afectado por anomalías de la oclusión dentaria o si se podrá establecer una buena relación molar.<sup>(26)</sup>

- **Dentición Secundaria**

Conocida también como dentición permanente, ocurre cuando el recambio dentario ha terminado, quiere decir que la exfoliación de todos los dientes deciduos han sido ocupados por los dientes permanentes.<sup>(26)</sup>

La dentición secundaria está conformada por un total de 32 piezas en boca situadas en 2 arcadas, una superior formado por 6 molares, 4 premolares, 4 incisivos y 2 caninos y otra inferior distribuida del mismo modo. Normalmente la última pieza dentaria que es la tercera molar o conocida como muela de juicio aparece entre los 18 a 25 años, en ocasiones esta no termina de erupcionar debido a la retención o impactación que presenta dicha pieza.<sup>(30)</sup>

## **B. Actitudes**

- **Actitudes hacia salud bucal**

El hablar de actitud se refiere a la disposición que se tiene sea positivo o negativo hacia una persona u objeto. La actitud sobre salud bucal es tratar de enseñar de manera positiva y hacer partícipe los pensamientos, creencias y emociones que son definidos por la personalidad e influenciados por el medio que los rodea.<sup>(9)</sup>

- **Motivación**

Para la introducción de hábitos saludables debe haber una buena educación y motivación del paciente para prevenir enfermedades bucales y concientizando a los padres para mejorar sus actitudes sobre la higiene de los dientes.<sup>(34)</sup> debemos ir al dentista para una revisión integral odontológica y hacer controles para evitar lesiones a temprana edad. <sup>(26)</sup>

- **Dieta adecuada**

La mayoría de la población genera distintos hábitos, esto quiere decir, que uno aprende muchas actividades prematuramente que, a su vez, serán de provecho y perjudiciales. En la actualidad se sabe que el excesivo consumo de carbohidratos producirá caries dental sin embargo el gusto de ello, se ve que viene desde muy temprana edad en la formación de hábitos familiares, los amigos y en el colegio. Una vez el niño se acostumbra al consumo constante de azúcares, es muy difícil poder cambiar este hábito. Lo mismo sucede con la higiene. Existe una influencia muy importante de la familia en temas de higiene. Un niño que comienza muy temprano a adquirir hábitos de higiene correctos, es posible que los mantenga durante toda su vida .<sup>(35)</sup>

Las actitudes que tomen los padres frente a la higiene dental se verá reflejado en sus hijos, existen diversos factores que dificultaran una buena práctica de higiene dental, como la falta de cultura, los hábitos alimenticios, el ritmo de vida apresurado que se tiene, hasta la misma microflora bucal se considera un factor. Pero si los padres tomaran una actitud positiva y si creen que con eficacia y practica van a obtener y mejorar su cuidado dental. Son rutinas que también influenciaran en los niños; a esto se le puede considerar también un factor que determina si los comportamientos dentales positivos ocurren o no. <sup>(36)</sup>

Para muchos ya no es novedad que hay madres que no le toman importancia al cepillado dental a los diente deciduos de niños pequeños porque se a creado una mala conciencia de que esos diente no sirven por

que caerán; por lo contrario se sabe que son de gran importancia y aporte para formar el espacio adecuado para los dientes permanentes ; sin embargo al tener una pobre higiene dental estarán más propensos a tener lesiones cariosas en los dientes deciduos a temprana edad.<sup>(36)</sup>

### **C. Practicas**

#### **- Prácticas hacia salud bucal**

Se refiere a las actividades o trabajos que se elaboran en un grupo de personas que tienen como finalidad promover, respaldar y hacer constante la salud bucal, de esta manera se prevé diferentes lesiones en la boca. <sup>(9)</sup> Es la aplicación de las normas y conocimientos que conducen a la acción del individuo. En este caso, relacionándolo con el estudio, viene a hacer la aplicación de los conocimientos que tienen los padres respecto al hijo en función a la salud bucal. <sup>(36)</sup>

#### **- Higiene bucal**

Cuando hablamos de higiene bucal se refiere en tener la boca en buenas condiciones, esto se refleja en unos dientes sin lesiones y encías saludables, para lograr todo ello se necesita tener un buen cepillo dental, una buena pasta dental con la cantidad requerida de flúor, enjuagatorio dental e hilo dental. No obstante, es necesario hacer las visitas correspondientes al odontólogo. <sup>(9)</sup>

#### **- El cepillado dental**

Es una manera del control manual de la placa dental, cuyo objetivo es la eliminación de los residuos alimentarios que generan la placa bacteriana, los estudios concluyen que la efectividad de la remoción de placa es

independiente del tipo de cepillo a utilizar. Sin embargo, lo que es relevante para asegurar una exitosa remoción de placa bacteriana es la técnica de cepillado, el tiempo que dure esta técnica y, por último, la frecuencia diaria.

(37)

#### - **Uso del Hilo Dental**

la manera correcta de utilizar el hilo dental es metiéndolo entre dientes y debajo de la encía, generalmente el cepillado te ayuda a remover placa dental y restos de comida que están superficiales es por ello que es necesario el uso diario del hilo dental para tener una buena limpieza y evitar enfermedades en la encía. (38)

Se recomienda tomar unos 45 cm de hilo dental dejando libre 3<sup>o</sup> 5 cm para poder trabajar, el hilo se deberá sostener entre los dedos índices y pulgares y se deslizará suavemente hacia arriba y hacia abajo entre los dientes curvando el hilo en la parte inferior de cada diente, esto nos dará mayor seguridad que pase y limpie por debajo la encía. (38)

Nunca se debe forzar el hilo dental ni mucho menos golpear porque puede dañar el tejido gingival. Finalmente, para poder sacar el hilo se hará con movimientos hacia atrás y hacia adelante, sacándolo hacia arriba y alejándolo de los dientes. (38)

#### - **Cuidados preventivos para mantener el primer molar definitivo**

La prevención a nivel bucal nos permitirá disminuir las enfermedades bucales, o bien interrumpir su progresión. (39) La pérdida del primer molar permanente de un niño, puede causar grandes consecuencias en el desarrollo de la arcada dentaria como desviaciones dentarias, extrusión del antagonista, trastornos de las articulaciones temporomandibulares y una posible maloclusión. (40)

## - Niveles de Prevención

- **Prevención primaria**

La finalidad de hacer prevención es para reducir la posibilidad de enfermedades que se pueden presentar en la boca. Para poder reducir el riesgo es necesario identificar los factores que pueden acelerar la producción de la enfermedad.<sup>(39)</sup>

- **Prevención secundaria**

Hablamos de prevención secundaria cuando no se ha tomado una prevención primaria o cuando esta ha fracasado. La prevención secundaria se hace cuando se ha producido el estímulo de la enfermedad, consiste en interrumpir la afección de manera precoz para que esta no progrese ni dañe mediante tratamientos oportunos con la finalidad de curar y evitar la formación de secuelas.<sup>(39)</sup>

- **Prevención terciaria**

Se hace prevención terciaria en el momento en que la afección está bien establecida, cuando los métodos anteriores han fracasado o simplemente no han sido aplicados en su periodo de tiempo, consiste en hacer tratamientos en el diente de manera que la lesión no progrese o cause daño pulpar ya que puede repercutir en tratamientos rehabilitadores y costosos. <sup>(39)</sup>

## - Flúor

El flúor actúa como capa protectora en los dientes, la presencia del flúor hace que estos sean más resistentes y menos propensos a que haya formación de caries. En la etapa de calcificación del diente, antes de la



erupción, el flúor sistémico se introduce en la estructura del esmalte generando así la conformación del fluorapatita dando protección dental y disminuyendo la incidencia de caries después de la erupción dentaria.<sup>(41)</sup>

- **Flúor gel**

Dentro del flúor en gel los más frecuente es el flúor fosfato acidulado 1.23% y el flúor de aminas al 1.25%. Ambos son económicos a diferencia de otros en el mercado, la forma de aplicación es muy fácil y la técnica puede realizar. La desventaja de estos geles es que puede causar en los niños toxicidad aguda como cefaleas, dolores abdominales, náuseas y vómitos si en caso llega a ingerirse.<sup>(5)</sup>

- **Flúor tópico de aplicación profesional**

A diferencia de otros, este flúor solo debe ser es aplicado en un consultorio dental o por un especialista en la rama ya que contiene una alta cantidad de fluoruros. Generalmente se hace para que se mantenga la relación costo eficacia en una población determinada que presenta alto riesgo de caries, en su mayoría se ven afectado los niños debido déficit de técnicas de cepillado dental y adicionales.<sup>(41)</sup>

- **Enjuagatorios fluorados**

Son antisépticos bucales que se utilizan después del cepillado dental, este producto es aplicado en los dientes y en la mucosa oral, su función principal es producir acción local antiséptica y calmante con la finalidad de eliminar los microorganismos productores de caries.<sup>(41)</sup>

- **Clorhexidina**

La clorhexidina es una solución de enjuague bucal, antimicrobiano y bactericida, la podemos encontrar en distinta presentación como pastas dentales, geles o colutorios dentales. La clorhexidina se usa como agente antimicrobiano para eliminar el estreptococo mutans.<sup>(34)</sup>

La clorhexidina, sigue siendo el agente antimicrobiano más efectivo, es importante hacer la limpieza de los dientes previo a su aplicación para la obtención de un mejor resultado.<sup>(34)</sup>

- **Sellantes de Fosas y Fisuras**

Esta técnica preventiva tiene como finalidad modificar la forma dentaria que está más propenso a presentar caries como son las fosas y fisuras de las caras oclusales. La aplicación de los sellantes consiste en colocar una resina adhesiva en esas zonas profundas o retentivas de la cara oclusal como protección del tejido dentario sano.<sup>(34)</sup>

El uso de estos es muy importante debido a la alta prevalencia de caries, la cual el flúor solamente protege las superficies lisas, en cambio el sellante protege las zonas de fosas y fisuras teniendo un papel doblemente importante.<sup>(34)</sup>

- **Visitas al Odontólogo**

La utilización del cepillado dental con pasta florada debe empezar en cuanto erupción el primer diente primario (alrededor de los 6 meses de edad), cobra vital importancia la visita odontológica antes del primer año de vida para valorar el riesgo de caries, así como para explicar a los padres las medidas de prevención de caries dental. Los niños que acuden tempranamente al odontólogo tienen más probabilidades de recibir cuidados orales apropiados ya que la visita odontológica precoz provee una excelente

oportunidad para educar a los padres (antes de que aparezca el problema) y de reducir el riesgo del niño a enfermedades bucales. <sup>(35)</sup>

#### - **Técnicas de cepillado dental**

Son aquellos movimientos vibratorios en la cual conseguimos eliminar placa Bacteriana a través del cepillado dental. <sup>(5)</sup> Cada persona creara su propio hábito de cepillado la cual no debemos cambiarla sino mejorarla de manera que elimine toda placa dental. Se considera la mejor técnica la que limpia y no causa lesión en dientes o encía. <sup>(5)</sup>

Se debe tener cuenta el cepillado nocturno es necesario realizarse después de cenar y antes de dormir ya que el pH oral se ve afectado por la disminución del flujo salival la cual da ventaja a la producción de ácidos presurosamente, por ello el cepillado en la noche se le considera el más importante. <sup>(5)</sup>

- **Técnica Horizontal**

La Técnica Horizontal es la más utilizada por los pacientes. Esta es fácil de emplear sin conocimiento alguno de una técnica, ya que paciente sólo aplica un reflejo autónomo al realizar su higiene bucal. Ésta técnica consiste en posicionar el cepillo perpendicular al diente y aplicar movimientos horizontales, el paciente realiza esta técnica con la boca cerrada para limpiar las superficies vestibulares y a boca abierta para limpiar superficies palatinas/linguales y oclusales. <sup>(37)</sup>

- **Técnica de Fones**

La Técnica de Fones es la técnica más correcta de enseñar en niños por la poca habilidad motriz que estos poseen. Esta técnica se realiza en las caras vestibulares con la boca cerrada, el cepillo se posiciona

entre la mejilla y los dientes y se realizan movimientos circulares amplios para eliminar placa de los dientes superiores e inferiores.<sup>(37)</sup>

Para limpiar las caras oclusales y linguales/palatinas el paciente abre la boca posiciona el cepillo sobre estas superficies y realizando movimientos hacia adelante y hacia atrás. Esta técnica es altamente efectiva en niños, pero no es recomendada en adultos, ya que su eficiencia específica en el tercio cervical del diente no es la más adecuada.<sup>(37)</sup>

- **Técnica de Bass**

La Técnica de Bass debe ser de elección en pacientes adultos que no tengan recesiones gingivales, ya que es la que posee el mayor éxito en remoción de placa en el tercio cervical del diente, logrando así la prevención de la aparición de enfermedad periodontal. Es por esto que es la técnica de rigor en tratamientos de gingivitis y periodontitis. En esta técnica las cerdas del cepillo dental deben ir dirigidas al margen gingival, con una angulación de 45° en relación al eje longitudinal de las piezas dentarias.<sup>(37)</sup>

Se debe practicar una fuerza vibratoria suave con movimientos pequeños de vaivén sin sacar las cerdas que se ubican en el surco gingival, se deben aplicar 20 movimientos, se repite esto a lo largo de todo el arco y luego se continua con las caras linguales del mismo arco.<sup>(37)</sup>

- **Técnica de Bass Modificada**

La Técnica de Bass Modificada es una técnica idéntica a la de Bass, pero varía en el último movimiento. Cada vez que el paciente termine los 20 movimientos de vaivén, debe efectuar un nuevo movimiento de barrido hacia oclusal con la finalidad de eliminar el biofilm acumulado en el 1/3 medio incisal/oclusal de las piezas.<sup>(37)</sup>

- **Técnica de Charters**

La Técnica de Charters es la técnica de elección para pacientes con recesiones gingivales. El cepillo se posiciona al nivel de la encía, pero inclinado hacia oclusal / incisal del diente, y se aplica una presión leve con movimientos ligeramente rotatorios, manteniendo siempre el cepillo entre dos a tres dientes. La intención de esta técnica es enfocarse además de la eliminación de placa del tercio cervical y la eliminación de placa interproximal. <sup>(37)</sup>

## 1.2 Investigaciones

**Chávez M. y Sandi R. (2017);** determinaron factores asociados a caries dental del primer molar permanente en niños de 6 a 12 años del Colegio Melvin Jones - Iquitos, 2016. Esta investigación tiene enfoque cuantitativo, su tipo de diseño es correlacional y transversal. La muestra fue de 183 niños con edades entre 6 y 12 años a los que se les aplicó los índices de CPOD, IHOS y el sistema de ICDAS II, también se elaboró un cuestionario a las madres referido a salud oral. Al finalizar la investigación nos arrojó que la prevalencia de caries fue 88 %, y con alto predominio en niños con 87.8%; el CPO fue 2,72 + 1,42; siendo el área de cariosos con alta aportación de 2,52; el CPOD más alto se dio a los 9 años con 18.6 % y la mayoría de niños presentaron los 4 primeros molares cariados con un 37.7%, también el 3.3% de niños perdió el primer molar. El ICDAS de la muestra fue 5.67 + 2,62; siendo el área de cariosos que más predominio tuvo con 5,33; en las 4 piezas la cara oclusal presentó el promedio más alto de lesiones cariosas; siendo la lesión (código 2) la que presentó mayor porcentaje 53.69%. La higiene bucal fue regular con el 56.3%. La mayoría de las madres tenía secundaria concluida y se manifestó con un 42.1%. Las madres presentaron un nivel de conocimientos en salud oral aceptable con un 53.0%, Concluyendo que si hay relación estadísticamente significativa de caries dental e higiene bucal. No hay relación entre caries dental y grado de instrucción de las madres; y entre caries dental y nivel de conocimientos de las madres.<sup>(42)</sup>

**Espinoza A. (2017);** relacionaron las actitudes y prácticas de las madres sobre el cuidado de la higiene oral de sus niños menores a 6 años que acudieron al programa de control y crecimiento del hospital Marino Molina Scippa-ESSALUD- Comas, año 2017. El grupo poblacional lo conformaron 207 madres de niños menores a 6 años, también se usó un cuestionario de preguntas hacia las madres con la finalidad de medir las actitudes y prácticas sobre la higiene oral de los niños. Los datos se analizaron por medio de la estadística descriptiva, con tablas de frecuencia y de contingencia. Como resultados

tenemos que las edades promedio de las madres fueron e 26-35 años con valor porcentual de 45.4%; el 57.5% obtuvieron madres que tienen más de 1 hijo, el 49.8% eran trabajadoras de casa, la mayoría de las madres tenía secundaria concluida con (43.5%), en su mayoría las madres presentaron actitudes “buenas” (51.7%), obtuvieron prácticas “regulares” (60.4%) y la relación entre ambas fue que tuvieron prácticas “buenas” en 19.8% y “regular” en 29.5% siendo está de más porcentaje y las madres con actitudes “malas” obtuvieron prácticas malas en un 1.9% .Se concluye diciendo que si hay relación entre las actitudes y prácticas de las madres de niños menores a 6 años sobre la higiene oral.<sup>(5)</sup>

**Sáenz L. y cols (2017);** identifico el comienzo de erupción dentaria del primer molar permanente y su nueva oclusión en escolares al sur de la ciudad de México. Este tipo de estudio es descriptivo y longitudinal, el grupo poblacional lo conforman 53 niños, entre ellos 33 mujeres y 22 varones, se les dio a los padres un consentimiento informado para poder realizar la presente investigación. Las variables que se estudiaron fueron sexo, edad y comienzo de erupción del primer molar permanentes. El grupo fue revisado 4 veces por 2 clínicos teniendo en cuenta una buena iluminación y espejos dentales. Para establecer la variable de erupción se tuvieron tres factores en cuenta: no erupcionado, erupción inicial y oclusión funcional. Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión por edad cronológica (inicio y oclusión funcional), así como el promedio que duró el proceso de erupción. Toso los datos se analizaron con el paquete SPSS (versión 21). Los resultados fueron que hubo significativa diferencia entre la molar de lado derecho de 6,69 años, y la molar izquierda con un 6,68, inferiores derechos 6,67 años e izquierdos de 6,59. Se llega a la conclusión que el primer molar que ocluye con el anatagonista es el superior derecho (7,29 años) y los últimos ambos molares inferiores (7,56 años). Para que haya oclusión de los molares podemos decir que el molar superior derecho fue 0,6 años, el izquierdo a los 0,7 años, en el caso del molar inferior derecho 1,1 años y para el izquierdo 1 año. Es este estudio la erupción del primer molar permanente es a los 6,6 años. En el caso de los

niños los diente o molares inferiores comienzan la erupción pero a su vez estos son los que tardan en ocluir.<sup>(43)</sup>

**Puscan J. (2017);** determinó la frecuencia de caries en los primeros molares permanentes en estudiantes de la Institución Educativa N° 18040 de Huancas, Chachapoyas, 2017. La población a estudiar estaba formada por 30 niños de primaria. Este tipo de estudio fue deductivo, para recopilar los datos se aprovechó el uso del odontograma. La analización de los resultados fueron hechos por el programa de estadística descriptiva simple de frecuencias. Los resultados demostraron que el 100% de los niños no tuvieron caries en la pieza dental 16, el 43.3% (13) no tuvieron caries dental; el 36.7% (11) tuvo caries dental simple; el 16.7% (5) compuesta y el 3.3% (1) compleja. En la pieza dental 26, el 36.7% (11) no tuvieron caries dental; el 20% (6) caries dental simple; el 30% (9) caries dental compleja y solo el 13.3% (4) caries compuesta. En la pieza dental 36, el 33.3% (10) no tuvieron caries dental; el 33.3% (10) tuvo caries dental simple; el 13.3% (4) caries compleja y el 20% (6) caries compuesta. En la pieza dental 46, el 33.3% (10) no tuvo caries dental; el 40% (12) tuvo caries simple; el 16.7% (5) caries compleja y solo el 10% (3) caries compuesta. De igual manera la caries simple en la pieza 16 tuvo mayor prevalencia en los niños que en las niñas. La pieza 26, 26 y 46 predominan más en las niñas. Mientras que la caries compleja en la pieza 16 se dio más en las niñas, en la pieza 26 hay mayor caries en los niños, mientras que en las piezas 36 y 46 son de mayor dominio en las niñas. se concluye diciendo que más de la mitad de los colegiales presentaron caries dental en las primeras molares permanentes teniendo en cuenta que hay una, alta frecuencia de caries siendo de mayor predominio en las niñas y en menor proporción en los niños.<sup>(15)</sup>

**Banda P. (2016);** determinó la prevalencia de caries dental en primeros molares permanentes de estudiantes de 6 a 12 años de edad en la institución educativa N°82023, Centro Poblado Otuzco - Cajamarca, 2016. Esta investigación fue cuantitativo, descriptivo y transversal la población fue conformado un total de 195 estudiantes de ambos géneros, 103 fueron niños y 92 fueron niñas. Para la recopilación de datos se utilizó un odontograma para



poder especificar el índice de caries a través del CPOD. Se puede concluir que el resultado final arrojó que la prevalencia de caries en primeros molares fue de 77.4%.con respecto al índice de CPOD, nos dio como índice moderado (48.2%), muy bajo (32,3%) y bajo de (19,5%).<sup>(25)</sup>

**Gomez I. y cols (2015)** describieron el daño que produce la caries dental en los primeros molares permanentes en estudiantes de la Escuela Primaria Máximo Gómez, de Alamar, en febrero de 2013 y los conocimientos de las madres frente a esto. El tipo de estudio fue descriptivo, observacional y transversal, la muestra poblacional estuvo conformada por 211 estudiantes, a ellos se le realizó un examen intraoral de las condiciones en que se encuentran los primeros molares registrados en una ficha si están sanos, cariados, restaurados y perdidos, también se les interrogó a las madres para poder evaluar el conocimiento de esta pieza. El 40,3 % de estudiantes tuvo 1 molar permanente afectado. Hubo mayor predominio en los niños con un 50,6 %, respecto a la edad 28,2 %. Se dio a los 11 años. La evaluación de las madres en cuanto al conocimiento se obtuvo un 64,3 % de desconocimiento total. Podemos concluir que cerca a mitad de la muestra estuvo afectada al menos un primer molar permanente y que ocurre con mayor frecuencia a los 11. La mayoría de las madres no tiene conocimientos acerca del primer molar permanente.<sup>(44)</sup>

**Surco J. (2015);** determinó la caries dental en el primer molar permanente y los factores asociados en los estudiantes de 7 a 12 años de Santa Rosa de Yangas. La muestra poblacional fue de 222 estudiantes de los cuales se examinaron un total de 888 primeras molares, el tipo de estudio fue descriptivo, transversal.

Se utilizó el índice de CPO así como también el IHOS para poder recolectar información sobre el estado de la pieza dentaria. Se elaboró un cuestionario con finalidad registrar los hábitos alimenticios y el tipo de limpieza dental que practican. Los resultados estadísticos obtenidos fueron en un 90.4% del total

de participantes presentaron caries, el 58.78% eran piezas con caries, 3.4% piezas obturadas y 0.9% piezas perdidas. Los malos hábitos alimenticios y el tipo de higiene dental traen como consecuencia la aparición de lesiones por tanto aumenta el riesgo dental. Generalmente CPOD va en aumento mientras más años vas teniendo, se considera edad crítica entre los 11 y 12 con un CPOD de 3 y 4. Se determina que hay mayor daño en los molares inferiores en un 33.33 % mayor predominio en las niñas y 31.41% en los niños. La molar permanente inferior fue la más dañada por la caries, hay muchas pieza infectadas .en conclusión podemos definir que hay un alto índice de caries a nivel poblacional y como métodos preventivos es dar charlar, incorporación de programas de salud para comprobar el valor de diente permanente.<sup>(10)</sup>

**Trough Y. y cols (2014);** estudiaron la presencia de caries en los primeros molares permanentes en niños de 6-12 años de edad, de la Escuela Primaria José Martí ubicada en la Escondida de Monte Ruz, perteneciente al Municipio El Salvador; en los años 2013-2014, el tipo estudio fue descriptivo transversal. El grupo poblacional estuvo conformada por 75 niños de ambos géneros. Para poder elaborar este estudio se hizo uso del consentimiento informado a los padres y se obtuvo la autorización del centro de estudios. Se aplicó la encuesta de salud de la OMS a los padres con relación a los conocimientos de salud oral.

La información obtenida por medio del examen clínico fue presentada en tablas de frecuencias estas fueron utilizadas para ver índice y porcentaje de caries. El estudio mostro mayor predominio en varones y el grupo etario 6-8,9-10. Con relación a la higiene dental fue el factor de riesgo con mayor prevalencia para que se desencadene las lesiones cariosas, sim embargo los niños de 9 y 1' años son los que tienen más daños. El índice de COD-D fue de 1.10, predominó la caries de avance lento, de fosas y fisuras y en dentina superficial, el nivel de conocimientos de los padres fue regular.<sup>(24)</sup>

**Tenecela E. y Rivera L. (2014);** determinaron la pérdida prematura del primer molar permanente en niños de 6 a 12 años de la escuela Abdón Calderón de la parroquia Turi. El tipo de estudio fue observacional y descriptivo. El grupo poblacional, muestreo estuvo conformada por 160 estudiantes. Para poder realizar este estudio se tomó en cuenta las variantes de edad, género y el primer molar permanente. En los resultados obtuvimos que 83 alumnos fueron varones y que conformaban el 51,9% y 77 alumnos que fueron mujeres equivalía al 48,1%. El primer molar permanente que se perdió con gran frecuencia fue el primer molar inferior derecho con el 34,8%. Con respecto al género la incidencia no fue muy notoria, pero si hablamos con respecto a la edad su incidencia fue notoria ya que se pudo observar que el 74% abarcaba al grupo de los estudiantes del 10 años de edad con respecto a la pérdida del primer molar. se concluye que ambos grupos tanto de varones como mujeres obtuvieron una prevalencia de pérdida del primer molar en un 3,6%.<sup>(7)</sup>

**Zaror C. y cols (2010);** determinaron la prevalencia de caries que presentan los Primeros Molares Permanentes en niños chilenos de 6 años que asistieron al Hospital de Calbuco, X Región, Chile, durante el año 2008. El tipo de estudio fue descriptivo, transversal. Consiste un grupo poblacional de 166 niños con niveles socioeconómicos semejantes los cuales fueron relacionados con caries. Se aplicaron criterios por la OMS en el Oral Health Survey Basic Methods, para estudios epidemiológicos. El 65% del primer molar permanente se encontraban erupcionadas, (7%) semi - erupcionados y el 28% aún no erupcionaban. Entre los erupcionados y semierupcionados, el 69,02% presentaba caries. Y al relacionar la prevalencia de caries de los superiores con los inferiores se halló una mínima diferencia siendo en los molares superiores un 56% y en los molares inferiores un 68 %. Pudiendo concluir que los resultados nos demostraron que es métodos preventivos para el cuidado en el momento de erupción del primer molar permanente.<sup>(45)</sup>

**Agurto A. y Rosario A. (2010);** determinaron la prevalencia de caries dental en pacientes de 6 a 12 años de edad atendidos en la clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas utilizando los criterios de ICDAS II. Se obtuvo del grupo poblacional el muestreo que lo conformaba 100 niños , estos fueron examinados según según el sistema ICDAS II, dejando el código de superficie dentaria .También se recolecto informacion sobre el factor de riesgo y para ello utilizo la Herramientas de Evaluación de Riesgo de Caries, al final los resultados obtenidos con respecto a la prevalencia fueron del 100% Resultados: La prevalencia de caries en la muestra es de un 100% donde la prevalencia de las lesiones oclusales sin cavidad dieron 56% a 78% y en las superficies libres y lisas con lesiones sin cavidad fue entre 59 – 78%. Con respecto a las lesiones que presentan cavidad en la cara oclusal fue 67% y en el caso de las caras lisas fue de 40%. Generalmente la prevalencia de caries se da en la cara oclusal encontrándose una lesión sin cavidad o ya cavitada, también se observó que las lesiones aparecen aún más mientras va avanzando la edad del individuo. En conclusión se dice que los pacientes tuvieron al menos una lesión con cavidad considerando que el grupo poblacional tiene alto riesgo de caries. El sistema ICDAS II es un criterio nuevo, útil y fácil de aplicar para una buena evaluación sobre el diagnóstico clínico visual.<sup>(2)</sup>

**Vivares A. y Cols. (2010);** determinaron la prevalencia de caries y las necesidades de tratamiento para los primeros molares permanentes en la población escolar de 12 años de las escuelas oficiales del municipio de Rio negro (Antioquia). El tipo de estudio fue descriptivo y transversal la muestra poblacional estuvo conformada por un grupo de 808 estudiantes de 12 años de edad .se hizo un estudio analizando la prevalencia y las afecciones causadas según la edad, el género y el lugar de vivienda y Seguridad Social en Salud. Sin embargo se pudo observar que si hay necesidades de tratamientos urgentes para las primeras molares. Resultados: con respecto al sexo y vivienda se observó que hay mayor prevalencia de caries en los molares inferiores, siendo más afectada la molar derecha. A pesar de que hay estudios anteriores sobre la prevalencia de caries en primeras molares es difícil encontrar estudios que evalúan directamente de forma individual los primeros

molares para evitar así el alto índice de caries y el cuidado primordial de esta pieza dentaria.<sup>(46)</sup>

**Pombo, A (2009);** estudió a 282 padres de hijos 5 a 14 años de edad, en las cuales se utilizaron cuestionarios sobre higiene bucal, conocimientos y actitudes de los padres, y también se utilizaron indicadores de evaluación de caries y de índice de higiene oral en sus hijos, evidenciándose que el nivel de conocimiento es mayor según el tipo de profesión (técnico y profesional) teniendo como resultado que los padres de los niños que tienen por costumbre cepillarse los dientes y que tienen poca ingesta de dulces teniendo significativamente más respuestas correctas que los que no lo hacen, estableciéndose así una relación directa.<sup>(47)</sup>

**Tascón J. y cols. (2005);** escribieron la historia de caries del primer molar permanente en niños entre 5 y 11 años y los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. Se sabe que la caries es una afección multifactorial que comienza luego de la erupción dentaria, su misión es atacar al diente liberando ácidos con la finalidad de descalcificar el esmalte dentario .el primer molar permanente es uno de los dientes con más daño, su erupción se da entre los 5 a 7 años. El estudio es de tipo descriptivo, transversal. La muestra poblacional fueron 50 niños y sus respectivas madres, se hizo uso del COP para anotar la historia de la caries del primer molar. Para poder recolectar información se usó un cuestionario semiestructurado dividido en tres partes, de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres respecto al primer molar, el 34% de madres respondió que los dientes definitivos erupcionan entre los seis y siete años; 54% refirieron que los dientes temporales son poco importantes porque se van a caer. El 100% de las madres respondió que es importante llevar a su hijo cada seis meses al odontólogo y 34% cambian el cepillo de dientes de su hijo, cuando las cerdas han perdido la forma. Se concluye diciendo que en su mayoría no conocen la importancia del primer molar, y desconocen la edad en que éste erupciona ,pese a que las actitudes de las madres con respecto a la higiene oral son favorables, las prácticas no lo son.<sup>(48)</sup>

### 1.3 Marco Conceptual

- **Estomatología**

Rama de la medicina que se encarga de tratar enfermedades de la cavidad oral. <sup>(49)</sup>

- **Prevención en salud bucal**

Son técnicas que se encargan de impedir el inicio de una lesión y la continuidad de una enfermedad para evitar requerir tratamientos. <sup>(30)</sup>

- **Higiene bucal**

Se define como limpieza de los dientes para evitar alguna enfermedad del cavidad bucal. <sup>(30)</sup>

- **Universidad**

Institución de enseñanza superior que comprende diversas facultades, y que confiere los grados académicos correspondientes. Según las épocas y países puede comprender colegios, institutos, departamentos, centros de investigación, escuelas profesionales, etc. <sup>(49)</sup>

- **Primera Molar Permanente**

Primer diente permanente en erupcionar, aparece entre los 6 y 7 años. Destaca por tener la cara oclusal con fosa y fisuras profundas que facilitan la acumulación de placa dental y el riesgo de presencia de una lesión cariosa. <sup>(25)</sup>

- **Dieta**

Es la cantidad de alimentos que ingerimos, la ingestión de carbohidratos y consumo excesivo de azúcares puede caer en una dieta cariogénica. <sup>(10)</sup>

- **Prácticas**

son actividades o trabajos que se elaboran en un grupo de personas que tienen como finalidad promover, respaldar y hacer constante la salud bucal, de esta manera se prevé diferentes lesiones en la boca.<sup>(9)</sup>

- **Conocimiento**

Es el efecto de entender algo; lo que se logra conseguir del hombre, que tiene noción del objeto que es conocido. La persona como ser intelectual construye su propia realidad ,conoce, se siente seguro de poder hacer llegar estos conocimientos por medio de la lengua a sus hermanos de generación en generación.<sup>(5)</sup>

- **Actitud**

El hablar de actitud se refiere a la disposición que se tiene sea positivo o negativo hacia una persona u objeto. <sup>(9)</sup>

- **Caries**

Es un proceso activo que se da entre la superficie del diente y el fluido de biopelícula ,produciendo la pérdida de mineral del diente.<sup>(2)</sup>

- **Prevención**

Es la capacidad que nos permite disminuir la posibilidad de que aparezca una enfermedad, son valores orientados a la eliminación de algún padecimiento con la finalidad de detener a que este progrese.<sup>(39)</sup>

- **Erupción dental**

La aparición de los dientes es un proceso relacionado con el crecimiento del maxilar y otras estructuras de la cavidad bucal, Puede estar sujeta a diversos cambios que podrían alterar su cronología.<sup>(31)</sup>

- **Diente**

Cuerpo duro que, engastado en las mandíbulas del hombre y de muchos animales, queda descubierto en parte, para servir como órgano de masticación o de defensa. <sup>(49)</sup>



## **CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS Y VARIABLES**

### **2.1 Planteamiento del Problema**

#### **2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática**

La caries dental junto con la enfermedad periodontal constituye el mayor porcentaje de morbilidad dentaria en la mayoría de personas durante toda su vida. Afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza; teniendo una mayor presencia en las personas de bajo nivel socioeconómico.<sup>(50)</sup>

Actualmente se sabe que una sola medida de prevención en sí misma no es suficiente para controlar la caries dental por lo que sería mejor una combinación de tratamientos y acciones preventivas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un programa de salud dental debe incluir la educación en salud oral relacionada con otras actividades como la prevención, restauración y atención de emergencia.<sup>(51)</sup> En términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental, a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia.<sup>(5)</sup>

La caries y las enfermedades periodontales son las principales causantes de la pérdida de dientes. La pérdida total de la dentadura es un fenómeno bastante generalizado que afecta sobre todo a las personas mayores. Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales.<sup>(52)</sup>

Según el Ministerio de Salud del Perú en el año 2008 el índice de caries a los 12 años de edad es de aproximadamente 5.86, lo que muestra que nuestro país no sólo tiene la prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que la presencia de las caries dentales va incrementándose conforme aumenta la edad. <sup>(25)</sup>

En la edad escolar, la pieza dentaria permanente que con mayor frecuencia se ve afectada es el primer molar permanente. Las primeras piezas dentales

permanentes en erupcionar son las primeras molares, éstas aparecen entre los 6 y 7 años de edad. Las cuales presentan en su anatomía, surcos y fisuras profundas, lo que hacen que sean más frecuentes a la presencia de caries, llegando en muchas oportunidades a la pérdida de la pieza dentaria.<sup>(27)</sup>

Es evidente que la cantidad y la calidad de los conocimientos que la población maneja sobre las principales enfermedades orales, los factores de riesgo, las medidas preventivas, han aumentado en los últimos años. Estudios recientes han demostrado que educar a los padres en métodos preventivos contra la caries, reducen la prevalencia de esta enfermedad. El conocimiento que tienen los padres sobre las condiciones dentales también se ha encontrado altamente relacionado con la prevalencia de la caries.<sup>(36)</sup>

La pérdida de la pieza dentaria ocasiona la migración de los dientes contiguos y con ello la extrusión del antagonista, así como también la disminución de la actividad masticatoria y alteraciones en el plano oclusal. Debido a que erupcionan a temprana edad y por crecer en una zona edéntula, muchas veces pasa desapercibido su crecimiento. Numerosos estudios han demostrado que la primera molar permanente tiene un bajo promedio de vida sana en la boca del infante.<sup>(27)</sup>

El propósito de este estudio fue identificar clínicamente si la primera molar permanente presenta caries dental según el Índice de CPO-D y por medio de una encuesta semiestructurada poner en evidencia los conocimientos , actitudes y prácticas de los padres sobre salud bucal y por este motivo investigare “Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la importancia del primer molar permanente de padres en niños entre 6 a 12 años de la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 - I”.

## **2.1.2 Definición del Problema**

### **2.1.2.1 Problema General**

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a

12 años atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 - I?

### **2.1.2.2 Problemas Específicos**

1. ¿Cuáles son los conocimientos sobre la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 - I?
2. ¿Cuáles son las actitudes sobre la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 - I?
3. ¿Cuáles son las prácticas sobre la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 - I?
4. ¿Cuál es la frecuencia de caries dental del primer molar permanente en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 – I, según la edad?
5. ¿Cuál es la frecuencia de caries dental del primer molar permanente en niños de 6 a 12 años en la clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 – I, según género?

## **2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación**

### **2.2.1 Finalidad**

Es indispensable hacer una evaluación con la finalidad de determinar los Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la importancia del primer molar permanente de los padres en niños entre 6 a 12 años de la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 - I”

### **2.2.2 Objetivo General y Especifico**

#### **2.2.2.1 Objetivo General**

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019-I.

#### **2.2.2.2 Objetivo Especifico**

1.Determinar los conocimientos sobre la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 - I?

2.Precisar las actitudes sobre la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 - I?

3.Establecer las prácticas sobre la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años atendidos en la

Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 - I?

4.Determinar la frecuencia de Caries dental del primer molar permanente en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 – I, según la edad.

5.Determinar la frecuencia de Caries dental del primer molar permanente en niños 6 a 12 años atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 – I, según género.

### **2.2.3 Delimitación del Estudio**

- El presente estudio se realizó en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- El presente estudio se llevó acabo en el año 2019.
- La población del estudio fueron los pacientes atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 – I y sus respectivos padres.

### **2.2.3 Justificación e Importancia del Estudio**

La caries se considera como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial, su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento. <sup>(36)</sup>

La literatura informa que la falta de conocimientos de las personas sobre la importancia de la salud oral, así como sobre las técnicas para lograr un cuidado

correcto de la boca, son barreras que impiden mantener los tejidos bucodentales libres de enfermedad; de la misma manera advierte que la salud oral significa más que dientes en buen estado y que por ende es parte íntegra y completa de la salud general del individuo.<sup>(42)</sup>

El presente estudio se centró específicamente en los conocimientos, actitudes y prácticas que tomaban los padres frente al cuidado de salud bucal con respecto de caries dental en el primer molar permanente.

Esta investigación es muy importante porque veremos cuan informados o cuanto conocen los padres de la importancia del primer diente que permanecerá por el resto de su vida en los niños; las actitudes, prácticas y conocimientos son importantes porque ellos iniciarán y ejecutarán métodos preventivos de cuidado de la salud bucal en función a su experiencia en crianza a su hijo, porque es la responsabilidad de los padres la prevención, el cuidado, la higiene ; ya que es el primero en padecer caries dental y por ende en sus respectivas secuelas que muchas veces terminan en caries avanzada, necrosis que incluso conllevan a su exodoncia.

## **2.3 Hipótesis y Variables**

### **2.3.1 Hipótesis Principal y Específica**

#### **Hipótesis Principal**

Debido que en el presente estudio se van a realizar 2 variables que son descriptivas. Independientemente sin relaciones ni asociaciones entre ambas variables; (no se prueba hipótesis), ya que esto se genera durante el proceso, el momento y se perfeccionan conforme se recaban más datos.

## **Hipótesis Específica**

Debido que en el presente estudio se van a realizar 2 variables que son descriptivas. Independientemente sin relaciones ni asociaciones entre ambas variables; (no se prueba hipótesis), ya que esto se genera durante el proceso, el momento y se perfeccionan conforme se recaban más datos.

### **2.3.2 Variables e Indicadores**

#### **Variables**

- **Variable Independiente**

Conocimiento de los padres.

Actitudes de los padres.

Prácticas de los padres.

- **Variable Dependiente**

Caries Dental.

#### **Indicadores**

Los indicadores son las preguntas que se aplicaron en el cuestionario sobre las dimensiones que se plantean en el estudio.

- Preguntas sobre actitudes, prácticas y conocimiento de los padres.
- Evaluación clínica de los primeros molares permanentes con el índice de CPOD.

## **CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO**

### **1.1 Población y Muestra**

#### **3.1.1 Población**

La población estuvo conformada por todos los padres y niños que asistieron a la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019 – I.

#### **3.1.2 Muestra**

La muestra de la investigación fue tomada en forma no aleatoria por conveniencia, estuvo conformada por todos los padres que se encontraban presentes con sus menores hijos al momento de la encuesta.

### **1.2 Diseño a Utilizar en el Estudio**

#### **3.2.1 Diseño**

- Descriptiva: porque describió los hechos tan igual como sucedió en la naturaleza.
- Transversal porque la recolección se realizó en un solo momento de acuerdo a los objetivos de la investigación.
- Observacional porque observó las variables, no hubo intervención del investigador.

#### **3.2.2 Tipos de Investigación**

- Prospectivo, Transversal y Observacional.



### **3.2.3 Enfoque**

- Cualitativo.

## **1.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

### **3.3.1 Técnicas de Recolección de Datos**

Para la ejecución de la presente investigación se solicitó permiso al Decano de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para revisar a los pacientes y los expedientes de los pacientes.

Se registraron los datos en un formato, se dio a los padres de familia apertura para cualquier inquietud o duda que presenten, luego se entregó un consentimiento informado a los padres, explicando por escrito y solicitando la autorización para la participación voluntaria de su hijo, las cuales fueron entregados al investigador los consentimientos informados una vez que se encuentren firmados. La investigación fue de forma anónima y confidencial, el procedimiento se realizó en las instalaciones de la universidad, de la misma manera se les dio un cuestionario a los padres sobre conocimiento, actitudes y prácticas frente a salud bucal diseñado específicamente para este fin. (anexo 1)

### **3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos**

Las técnicas e instrumentos que se utilizó para la recolección de datos en el presente proyecto de investigación fue: encuesta (ya validada, ya que fue presentada por Jorge Eduardo Tascón y colaboradores ) y la revisión visual clínica de los pacientes para evaluar la presencia de caries en molares permanentes. Los datos se anotaron en una ficha elaborada en función a las variables determinadas.

#### - **Examen clínico visual**

Se observó la evolución del primer molar, si está ausente, presente, con caries y sin caries, se procedió a observar el estado de salud dental de los primeros molares permanentes, se registró en la ficha de recolección de datos de acuerdo análisis del estado de salud dental de los primeros molares permanentes y se determinó el número de piezas dentales cariadas, pérdidas y sanas siguiendo los parámetros establecidos para valorar las piezas dentales.

#### - **Cuestionarios**

Índice CPO-D Se obtuvo de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluyendo las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados.

Su elaboración consistió en formular las preguntas por escrito, en función de los objetivos y los indicadores de las variables independientes en forma ordenada, las preguntas a formularse (conocimientos actitudes y prácticas de los padres frente a los primeros molares permanentes) pudieron ser abiertas o cerradas con referencia a la calidad de atención.

### **3.4 Procesamiento de Datos**

El proceso y análisis estadístico se realizó en una computadora personal donde las recolecciones de datos de las fichas fueron trasladadas a una base de datos en un programa de análisis software 20. Donde se analizaron la tabla de contingencia, figuras de variables independiente dependiente y de control. Para mejorar la presentación de tablas y figuras se usó el programa de Excel 2010 para darle mejor formato y presentación.

## **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **4.1 Presentación de resultados**

El propósito del estudio fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la importancia del primer molar permanente en padres de niños de 6 a 12 años, luego de obtenido los resultados se ordenaron en una base de datos, de acuerdo a los objetivos general y específicos que se plantearon en el estudio, que se presentó mediante tablas y figuras después de la estadística descriptiva correspondiente.

### **4.2 Contratación de Hipótesis**

Por ser un trabajo descriptivo, el cual se encarga de describir las características de población, donde no se presenta asociación ni relación de variables. (No lleva hipótesis). Por tales motivos no se ha realizado contratación de hipótesis.

Tabla N°1

Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años.

|              |                 | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-----------------|------------|------------|
| Conocimiento | <b>Malo</b>     | 26         | 42.6%      |
|              | <b>Bueno</b>    | 35         | 57.4%      |
| Actitud      | <b>Positiva</b> | 60         | 98.4%      |
|              | <b>Negativa</b> | 1          | 1.6%       |
| Prácticas    | <b>Buenas</b>   | 53         | 86.9%      |
|              | <b>Malas</b>    | 8          | 13.1%      |

En la tabla N° 1 se observó que en mayoría en referencia al conocimiento, presentaron un buen conocimiento en un 57.4% (N°=35), seguido de un mal en un 42.6% (N°=26); en referencia a la actitud, presentaron una actitud positiva en un 98.4% (N°=60), seguido de una actitud negativa en un 1.6% (N°=1); respecto a las prácticas, presentaron buenas prácticas en un 86.9% (N°=53), seguido de malas prácticas en un 13.1% (N°=8).

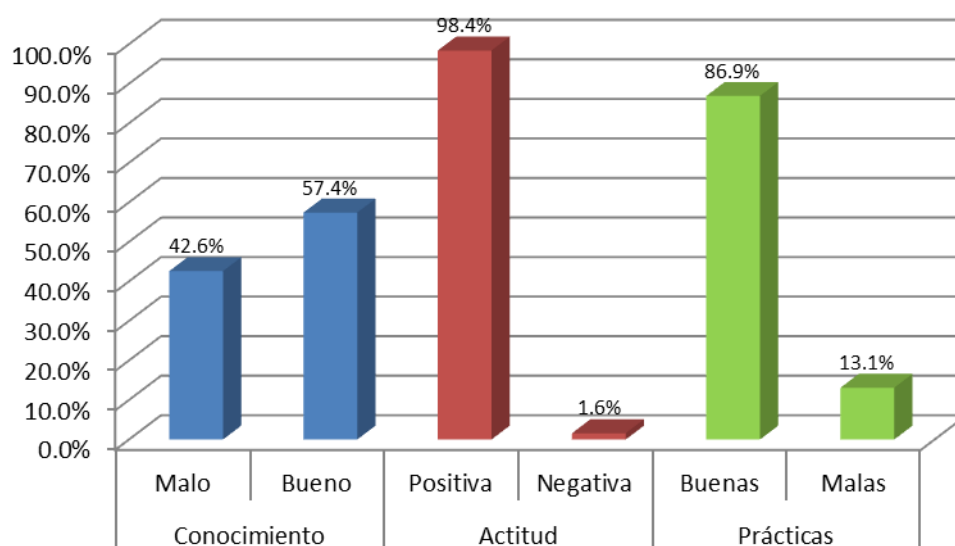


Figura N°1

conocimiento, actitudes y prácticas sobre la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años

Tabla N° 2

conocimiento respecto a la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años

|                   | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Mal conocimiento  | 26         | 42.6%      |
| Buen conocimiento | 35         | 57.4%      |

En la tabla N° 2 se observó que en mayoría en referencia al conocimiento, presentaron un buen conocimiento en un 57.4% (N°=35), seguido de un mal conocimiento en un 42.6% (N°=26).

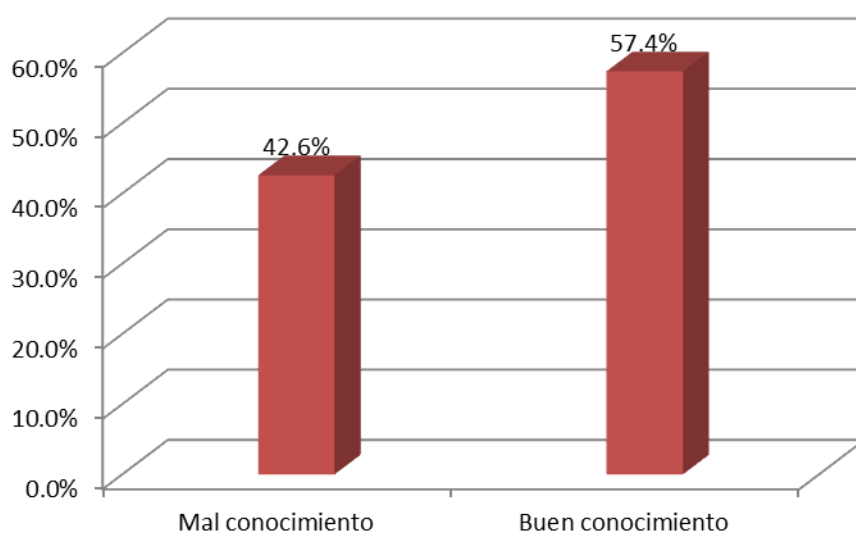


Figura N° 2

Conocimiento respecto a la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años

Tabla N° 3

Actitudes respecto a la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años

|                  | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Actitud positiva | 60         | 98.4%      |
| Actitud negativa | 1          | 1.6%       |

En la tabla N° 3 se apreció que en mayoría en referencia a la actitud, presentaron una actitud positiva en un 98.4% (N°=60), seguido de una actitud negativa en un 1.6% (N°=1).

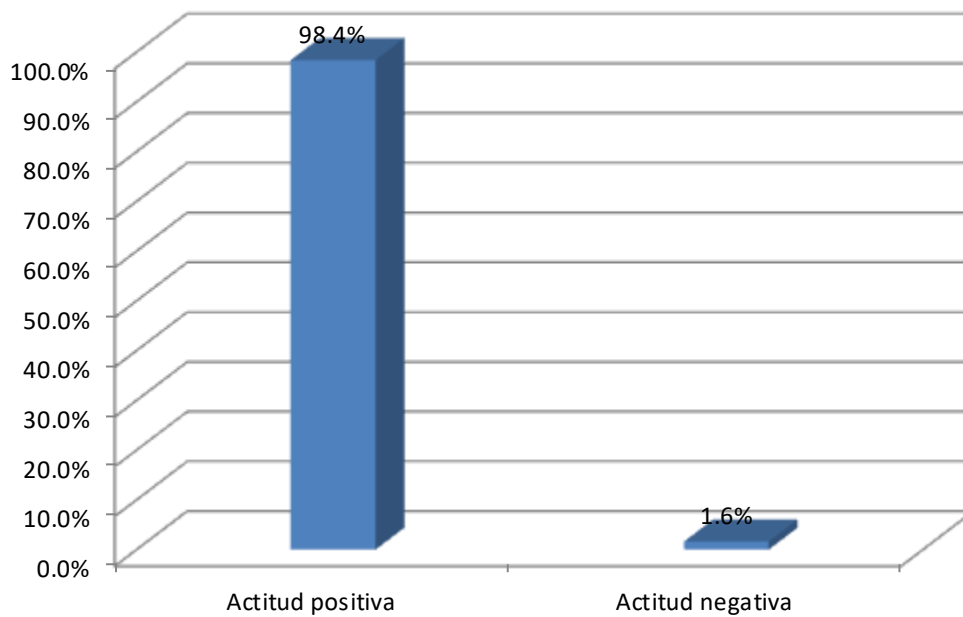


Figura N°3

actitudes respecto a la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años

Tabla N° 4

Prácticas respecto a la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años

|                  | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Buenas prácticas | 53         | 86.9%      |
| Malas prácticas  | 8          | 13.1%      |

En la tabla N° 4 se observó que, respecto a las prácticas, presentaron una buena práctica en un 86.9% (N°=53), seguido de una mala práctica en un 13.1% (N°=8).

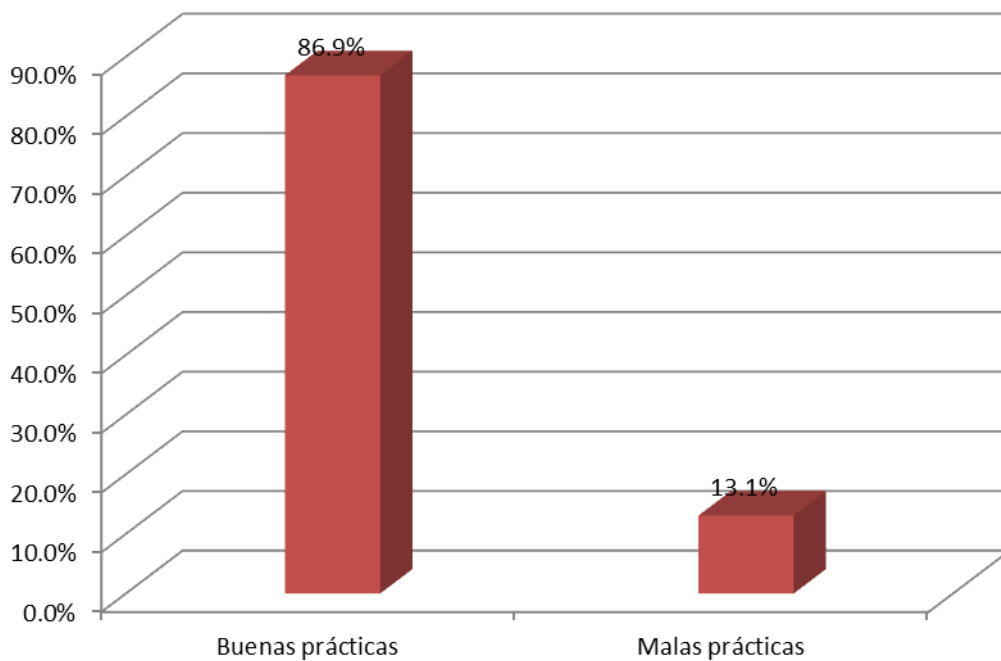


Figura N°4

Prácticas respecto a la importancia del primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años

Tabla N° 5

Frecuencia de Caries dental en primer molar permanente de los niños de 6 a 12 años, según la edad

|         |                                | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|--------------------------------|------------|------------|
| 6 años  | <b>Sano</b>                    | 5          | 55.6%      |
|         | <b>Una molar cariada</b>       | 1          | 11.1%      |
|         | <b>Dos molares cariadas</b>    | 2          | 22.2%      |
|         | <b>Tres molares cariadas</b>   | 1          | 11.1%      |
| 7 años  | <b>Sano</b>                    | 9          | 60%        |
|         | <b>Una molar cariada</b>       | 2          | 13.3%      |
|         | <b>Dos molares cariadas</b>    | 4          | 26.7%      |
| 8 años  | <b>Sano</b>                    | 9          | 47.4%      |
|         | <b>Dos molares cariadas</b>    | 6          | 31.6%      |
|         | <b>Tres molares cariadas</b>   | 1          | 5.3%       |
|         | <b>Cuatro molares cariadas</b> | 3          | 15.8%      |
| 9 años  | <b>Sano</b>                    | 2          | 25%        |
|         | <b>Dos molares cariadas</b>    | 5          | 62.5%      |
|         | <b>Cuatro molares cariadas</b> | 1          | 12.5%      |
| 10 años | <b>Sano</b>                    | 2          | 22.2%      |
|         | <b>Dos molares cariadas</b>    | 4          | 44.4%      |
|         | <b>Tres molares cariadas</b>   | 2          | 22.2%      |
|         | <b>Cuatro molares cariadas</b> | 1          | 11.1%      |

En la tabla N° 5 se observó que, respecto a las edades, en mayoría de los niños de 6 años presentaron dientes sanos en un 55.6% (N°=5), los niños de 7 años presentaron dientes sanos en un 60% (N°=9), los niños de 8 años presentaron dientes sanos en un 47.4% (N°=9), los niños de 9 años presentaron dos molares cariadas en un 62.5% (N°=5) y los niños de 10 años presentaron dos molares cariadas en un 44.4% (N°=4).



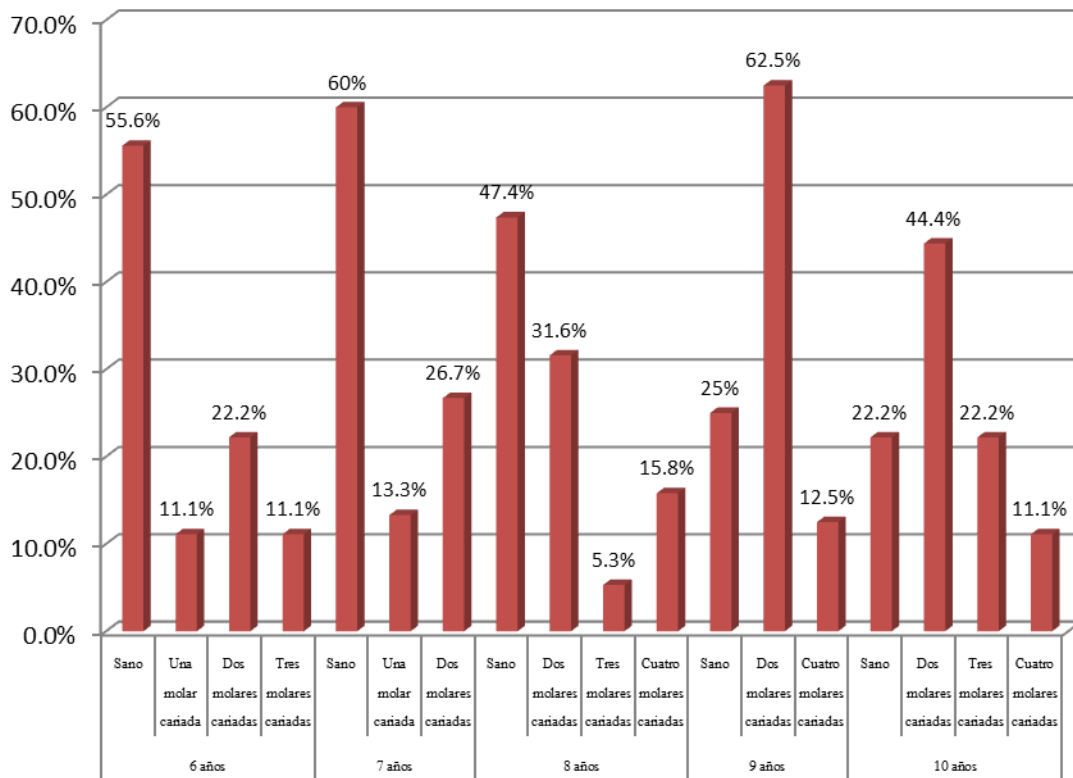


Figura N° 5

Frecuencia de Caries dental en primer molar permanente de los niños de 6 a 12 años, según la edad

Tabla N° 6

Frecuencia de Caries dental del primer molar permanente en niños 6 a 12 años, según género.

|           |                                | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|--------------------------------|------------|------------|
| Masculino | <b>Sano</b>                    | 15         | 39.5%      |
|           | <b>Una molar cariada</b>       | 3          | 7.9%       |
|           | <b>Dos molares cariadas</b>    | 13         | 34.2%      |
|           | <b>Tres molares cariadas</b>   | 3          | 7.9%       |
|           | <b>Cuatro molares cariadas</b> | 4          | 10.5%      |
| Femenino  | <b>Sano</b>                    | 12         | 52.2%      |
|           | <b>Una molar cariada</b>       | 1          | 4.3%       |
|           | <b>Dos molares cariadas</b>    | 8          | 34.8%      |
|           | <b>Tres molares cariadas</b>   | 1          | 4.3%       |
|           | <b>Cuatro molares cariadas</b> | 1          | 4.3%       |

En la Tabla N° 6 se observó que en la mayoría, respecto a las personas de sexo femenino presentaron dientes sanos en un 52.2% (N°=12), seguido de los que presentaron dos molares cariadas en un 34.8% (N°=8).; respecto a las personas de sexo masculino presentaron dientes sanos en un 39.5% (N°=15), seguido de los que presentaron dos molares cariadas en un 34.2% (N°=13 )

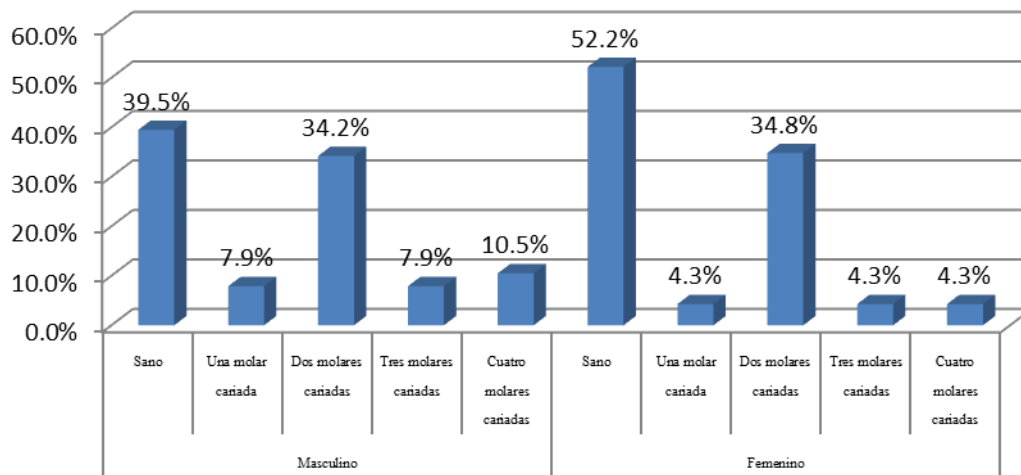


Figura N° 6

Frecuencia de Caries dental del primer molar permanente en niños 6 a 12 años, según género

## 4.2 Discusión de Resultados

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la importancia al primer molar permanente en padres de niños entre 6 a 12 años atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019-I. En los resultados se apreció que, en referencia al conocimiento, en un número de 35 con un porcentaje de 57.4% de padres de familia obtuvieron conocimiento bueno; por otro lado, en un número de 26 con un porcentaje de 42.6% de padres de familia se encontraron en un grado de conocimiento malo. Al observar los resultados se pudo conocer que el nivel de conocimiento de los padres en un alto porcentaje es malo lo cual es preocupante por el alto porcentaje alcanzado y siendo de vital importancia que los padres tengan un conocimiento bueno con respecto a la salud bucal, para que puedan enseñar, verificar y apoyar a sus hijos sobre este aspecto, que sería beneficioso para los niños. Por ese motivo, deberían hacer programas de capacitación para los padres y también para sus hijos, sobre higiene bucal.

Con respecto a la actitud en un número de 60 con un porcentaje de 98.4% de padres de familia obtuvieron actitud positiva; por otro lado, en un número de 1 con un porcentaje de 1.6% de padres de familia presentaron una actitud negativa. Los resultados fueron beneficiosos puesto que en gran mayoría presentaron actitud positiva, aunque la actitud sea favorable con respecto a la higiene oral, la historia de caries de los primeros molares de algunos niños es preocupante ya que muchas veces en la práctica el resultado no siempre es el esperado. Esto se refleja en la frecuencia de caries encontrada. Es por ello que se debe de promover los programas de promoción de la salud bucal y prevención de caries, para que los padres estén más comprometidos con la salud bucal de sus niños.

Con respecto a las prácticas en un número de 53 con un porcentaje de 86.9% los padres de familia presentaron buenas prácticas, seguido de un número de 8 con un porcentaje de 13.1% presentaron malas prácticas. Al observar los resultados de las prácticas de los padres sobre el cuidado del primer molar podemos referir que en su mayoría presentaron buenas prácticas y en una minoría malas prácticas, con la cual los padres deben entender la importancia de un buen cepillado ya que esto prevendrá la aparición de caries en los dientes permanentes. Alentar a los padres a supervisar a los niños de ocho a nueve años si están cepillándose adecuadamente y a los niños de 6 a 7 años, sería recomendable que los padres cepillen los dientes de los niños.

Con respecto a los resultados de frecuencia de caries dental en primer molar en niños, según la edad, la mayoría de los niños de 9 y 10 años presentaron dos molares cariados (62.5% y 44.4% respectivamente) en cambio los infantes de 6, 7 y 8 años mostraron los primeros molares sanos (55.6%, 60% y 47.4% respectivamente), podemos concluir que en esta investigación tuvo mayor predominio la frecuencia de caries de primeros molares en niños de 9 años.

Con respecto a los resultados de frecuencia de caries dental del primer molar permanente en niños 6 a 12 años, según género, se visualizó en niñas y niños presentaron en mayor proporción molares sanos (52,2 % y 39,5% respectivamente), respecto a los niñas y niños que presentaron 2 molares cariados con (34,8 % y 34,2 % respectivamente), donde las niñas mostraron mayor afectación de dos molares cariados en comparación con los niños. Podemos concluir que en esta investigación tuvo mayor predominio en el sexo femenino.

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

#### **5.1.1 Conclusión General**

Se concluye que hay un buen conocimiento, presentan actitud positiva y buenas prácticas en la mayoría de los padres respecto al primer molar permanente.

#### **5.1.2 Conclusiones Específicas**

1. Tomando en cuenta el conocimiento de los padres sobre la importancia del primer molar, se concluye que hubo un conocimiento bueno con un 57.4% seguido de un mal conocimiento de 42.6%.
2. Respecto a las actitudes de los padres sobre la importancia del primer molar, se concluye que los padres tienen una actitud positiva con 98.4% y la actitud negativa con 1.6%.
3. En cuanto a las practicas, se concluye que la mayoría de padres tienen buenas practicas con 86.9% y malas prácticas con 13.1%.
4. Con respecto a la frecuencia de caries dental en primer molar en niños, según la edad, se concluye que la mayoría de niños de 9 años presentan dos molares cariados con 62.5%.
5. Con respecto el sexo, se concluye que tuvo mayor predominio el sexo femenino con 34.8% y el sexo masculino con 34.2%.

## 5.2 Recomendaciones

Se recomienda tomar en cuenta los resultados para reforzar mediante charlas de prevención o mediante los cursos de preventiva de la Universidad, hacia los padres que tuvieron valores bajos, para que en los siguientes estudios mejore los valores respecto al primer molar.

En cuanto al conocimiento de los padres sobre la importancia del primer molar, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para recomendar a los alumnos de clínica del niño seguir reforzando con charlas informativas a todos los padres que acuden a la Universidad con sus hijos, para mejorar el nivel de conocimiento de los padres

Respecto a las actitudes de los padres sobre la importancia del primer molar, se recomienda tomar los resultados para alentar a los padres a seguir con la actitud positiva, y así tener una buena salud bucal de sus hijos.

En cuanto a las prácticas de los padres sobre la importancia del primer molar, se recomienda tomar los resultados para seguir apoyando a los padres que tienen buenas prácticas, mediante diferentes actividades en la universidad o premiándolos, para que sigan enseñando a sus hijos sobre las buenas practicas del cuidado bucal.

Con respecto a la frecuencia de caries dental en primer molar en niños, según la edad, se recomienda tratamientos preventivos por parte de la universidad a todos los niños que acudan a la clínica del niño y que los padres puedan entender sobre la importancia de identificar la primera molar permanente.

Con respecto el sexo, se recomienda dar charlas preventivas a ambos géneros sobre la importancia de cuidar los dientes permanentes.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Núñez D. Bioquímica de la caries dental. Revista habanera Ciencias Médicas 2010; 9(2):156-66.
2. Alegria Agurto A. del R. Prevalencia de caries dental en niños de 6 a 12 años de edad atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas utilizando los criterios de ICDAS II [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Alas Peruanas; 2010.
3. Arreguín JA, Rios C, Hernandez C, Ostia M, Ventura J, Alvarez C, et al. Caries dental y microorganismos asociados a la caries en la saliva de los alumnos del primer año de la facultad de odontología, UNAM. Revista Odontológica Mexicana 2016; 20(2):77–81.
4. Acha Sinche J, Aguilar Rodríguez D, Argüello Cárdenas J, Ayala Cabello L, Brañez Reyes K, Cuevas Tenorio K, et al. Racionalización del consumo de hidratos de carbono y sustitutos del azúcar [trabajo de investigación del área de odontopediatría]. Lima (PER): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
5. Espinoza A. Actitudes y prácticas que tienen las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos menores de 6 años [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
6. Vaillard Jiménez E, Castro Bernal C, Lezama Flores G, Carrasco Gutierrez R, Barciela González-Longoria M, Fernández Pratts M. Taller de Indices epidemiológicos. Primera edición. Puebla (MEX): Benemerita Universidad Autónoma de Puebla; 2010.

7. Teneceda E, Rivera E. Prevalencia de pérdida dental prematura en dentición permanente; primer molar permanente de alumnos entre 6 y 12 años de la escuela abdón calderón, de la parroquia turi del cantón cuenca 2013 – 2014 [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Cuenca (ECU): Universidad de Cuenca; 2014.
8. Cerón-Bastidas X. El sistema ICDAS como método complementario para el diagnóstico de caries dental. Revista CES Odontología ISSN 0120-971X 2015; 28(2):100–9.
9. Pérez M. Relación entre conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores y el estado de salud bucal de niños de 3 a 5 años de edad que pertenecen al centro educativo inicial n° 120 casuarinas en el distrito de ventanilla [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
10. Surco Laos JN. Caries dental en primeras molares permanentes y factores asociados en los escolares de santa rosa de yangas [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
11. Limaymanta Sulca M. Prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años de la institucion educativa inicial N° 394 distrito de chongos bajo provincia de chupaca region junin [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Chimbote (PER): Universidad Catolica los Angeles Chimbote; 2018.
12. Pontigo Loyola A. Caries dental. Primera edición. Mexico (MEX): Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2012.
13. Gomes D, Ros M. Etiología de la caries: la construcción de un estilo de pensamiento. Rev CES Odontologica 2010; 23(1):71–80.

14. Iguarán Jiménez I . Factores biológicos asociados a la caries dental [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Guayaquil (ECU): Universidad de Guayaquil; 2012.
15. Artiaga P, José J. Frecuencia de caries dental en primeras molares permanentes, en estudiantes de la institución educativa 18040 de huancas [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Chachapoyas (PER): Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2017.
16. Ojeda-Garcés JC, Oviedo-García E, Salas LA. Streptococcus mutans y caries dental. Revista CES Odontología ISSN 0120-971X 2013; 26(1):44–56.
17. Borda Guardia A. Factores de riesgo de caries dental en niños de una institución educativa primaria de canchaque, piura, 2014 [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
18. Cueva E. Factores de comportamiento en relación a la experiencia de caries dental en escolares de 6 a 11 años [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
19. Veitía E., Acevedo A, Rojas F. Métodos convencionales y no convencionales para la detección de lesión inicial de caries. Acta Odontológica Venez 2010; 49(1):1–14.
20. Cueto V. Diagnóstico y tratamiento de lesiones cariosas incipientes en caras oclusales. Rev Odontoestomatologica 2009; 11(13): 4–15.
21. Andrade-Páez M, De la Cruz-Cardoso D. Indicadores de prevalencia y de predicción de riesgo de caries dental. Rev Especializada en Ciencias la Salud 2014; 17(1):61–72.
22. Joaquina Vilvey L. Caries dental y el primer molar permanente. Rev Gaceta Médica Espirituana 2015; 17(2): 92–106.
23. Airgen M. Indicadores epidemiológicos para la caries dental. Buenos

Aires (ARG): Ministerio de la salud; 2013.

24. Lee Garces Y. Prevalencia de caries dental en primeros molares permanentes en escolares de 6-12 años de edad en escuela primaria jose marti. Municipio salvador. Revista Información Científica 2017; 96(5):817-825.
25. Rojas S. Prevalencia de caries dental en primeros molares permanentes de estudiantes de 6 a 12 años de la institución educativa n° 82023, centro poblado otuzco [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. cajamarca (PER): Universidad Alas Peruanas; 2016.
26. Arequipa Guilcamaigua M. Nivel de conocimiento sobre la importancia del primer molar definitivo en los familiares de los niños entre 6 a 11 años de edad para evitar caries y pérdida dental [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Quito (ECU): Universidad Central del Ecuador; 2017.
27. Martínez Mendoza M. Prevalencia de caries dental en primera molar permanente en niños de 6 a 12 años de la I.E. complejo educativo bernal [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Piura (PER): Universidad Cesar Vallejo; 2017.
28. Álvarez C. Anatomía de molares [trabajo de investigación postgrado odontología]. Valparaíso (CHI): Universidad de Valparaíso Facultad de Odontología Escuela de Graduados Especialidad Endodoncia ;2013.
29. Manrique Iparraguirre A. Relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud oral en el asentamiento humano jehová jiréh [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Chimbote (PER): Universidad Católica los Angeles; 2015.
30. Vásquez Martínez K. Nivel de conocimiento en salud bucal de padres de familia de la institución educativa 11011 señor de los milagros [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Pimentel (PER): Universidad Señor De Sipán; 2017.
31. Morgado Serafín D, García Herrera A. Cronología y variabilidad de la

- erupción dentaria. Rev Mediciego 2011; 17(2):1-7.
32. Vuoto E, Fernandez C. Edad dentaria. Catedra odontopediatria I 2014; 10(1): 1-10.
  33. Alzate-García F, Serrano-Vargas L, Cortes-López L, Torres A. Cronología y secuencia de erupción en el primer periodo transicional. Revista CES Odontologica 2016; 29(1):57–69.
  34. Lartitegui M. Odontologia peventiva y comunitaria. 1ra edit. Euskadi (VC): zerbitzua argitalpen; 2010.
  35. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas. Resolución Ministerial N° 422-2017/MINSA. 2017; 01–41(Octubre de 2017).
  36. Carranza Quiroz A. Relación entre conocimientos y actitudes de los padres sobre la caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Alas Peruanas; 2011.
  37. Uribe V. Efectividad en cambios de hábitos de higiene oral mediante una aplicación de smartphones que enseña técnica de bass [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Santiago de chile (CHL): Universidad Andres Bello; 2015.
  38. Barranca A. Manual de técnicas de higiene oral [trabajo monografico sobre salud bucal]. Veracruz (MEX): Universidad de Veracruz; 2011 .
  39. Zevallos J. Relación entre caries dental e higiene oral en niños de 6 a 12 años frente al conocimiento de higiene bucal y aspectos sociodemograficos de los padres de familia de la I.E.P. José Olaya Balandra del distrito de Mala Cañete [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Privada Norbert Wiener; 2017.
  40. Dopico M, Castro C. Importancia del primer molar permanente y consecuencias clínicas de su pérdida en edades tempranas del desarrollo. Acta Odontológica Venez 2015; XLV(2):23–37.

41. Ramírez E. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 toribio seminario del distrito de san juan de miraflores lima 2016 [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Ala Peruanas ;2017.
42. Chavez M ,Poclin S. Factores asociados a caries dental del primer molar permanente en niños de 6 a12 años del colegio melvin jones en iquitos, 2016 [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Iquitos (PER): Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2017.
43. Sáenz L, Sánchez L, Luengas I. Proceso de erupción de los primeros molares permanentes. Revista Cubana Estomatológica 2017; 54(1):14–23.
44. Gómez Capote I, Hernández Roca C, León Montano V, Camacho Suárez A, Clausell Ruiz M. Caries dental en los primeros molares permanentes en escolares. Revista Cubana Estomatológica 2014; 207–17.
45. Zazor C, Pineda P,Villegas M. Estudio clinico del primer molar permanente en niños de 6 años de edad de comuna de calbuco chile. Acta Odontológica Venezuela 2011; 49(3): 1-8.
46. Vivares AM, Muñoz N, Saldarriaga AF, Miranda M, Colorado KJ, Montoya YP. Caries dental y necesidades de tratamiento en el primer molar permanente en escolares de 12 años de las escuelas públicas del municipio de rionegro antioquia, Rev Universitas Odontologica 2012; 31(66): 25-32.
47. Ponmbo A. Relevancia clínica del cepillado bucodental infantil y su relación con los hábitos higiénicos y nutricionales del niño y los conocimientos odontologicos de sus padres [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Gallego(ESP): Universidad da Coruña; 2009.

48. Tascón JE, Aranzazu L, Velasco T, Trujillo K, Paz M. Primer molar permanente: historia de caries en un grupo de niños entre los 5 y 11 años frente a los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. *Rev Colombia Médica* 2005; 36 Supl 3: 41–6.
49. Real academia Española.Universidad/Definicion/ Diccionario de la lengua española [Internet] 2017 [Citado 2019 Dic 4]. Disponible en: URL: <http://dle.rae.es/universidad?m=form>.
50. Godínez Morales AG, Luengas Quintero E. Epidemiology of Tooth Decay and Risk Factors Associated to Primary Dentition in Preschoolers. *Rev de la Asociación Dental Mexicana* 2009; 66(3):10–20.
51. Cadavid AS, Lince CMA, Jaramillo MC. Dental caries in the primary dentition of a Colombian population according to the ICDAS criteria. *Braz Oral Res.* 2010;24(2):211–6.
52. Honorio Y. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares del tercer grado de secundaria de la I.E. santa maria reina distrito de chimbote, provincia del santa, región ancash - 2015 [tesis para la obtención del título de cirujano dentista]. Ancash (PER): Universidad Católica Los Angeles de Chimbote; 2015.

# ANEXOS



a) Instrumento de recolección de datos



**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**Facultad de Estomatología**

Nro.....

**“CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA IMPORTANCIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN PADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO Y MADRE GESTANTE DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA EN EL AÑO 2019-I”**

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo elaborar el proyecto de tesis “Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la importancia del Primer Molar Permanente en Padres de niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2019-i”; por lo que se pide responder las preguntas de manera objetiva. Muchas Gracias

**Instrucciones:**

**Datos Generales:**

- Fecha de Evaluación.....
- Edad: .....
- Sexo:        masculino                        femenino

**Datos Específicos:**

|   |
|---|
| <b>A.CONOCIMIENTOS</b>  |
| <b>Tiempo de erupción de dientes permanentes</b>                                  |
| a) Entre los seis y siete años  |
| b) A los nueve años   |
| c) Entre los diez y once años   |
| d) No lo sabían   |
| <b>Necesidad de exfoliación de diente temporal para erupción del primer molar</b> |
| a) Si se requiere   |
| b) No se requiere   |
| c) No lo sabían   |

**“CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA IMPORTANCIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN PADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO Y MADRE GESTANTE DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA EN EL AÑO 2019-I”**

- Se pide responder las preguntas de manera objetiva. Muchas Gracias.

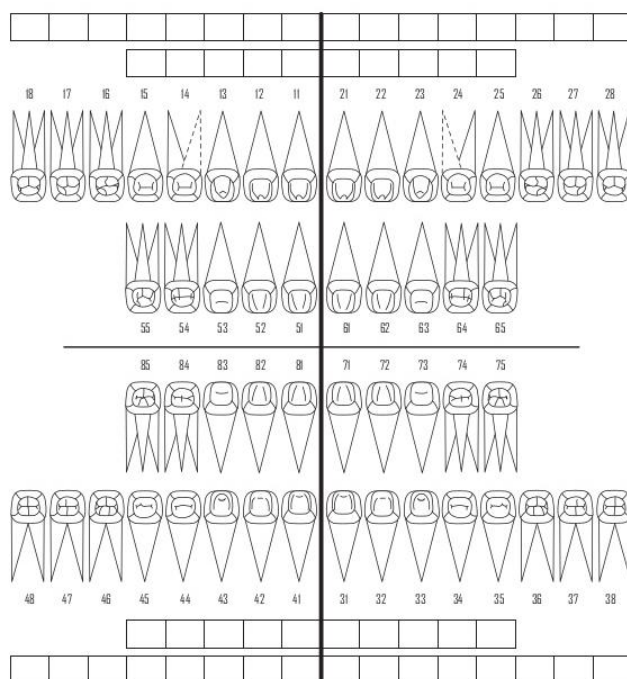
| <b>B.- ACTITUDES</b>  |           |
|---|-----------|
| a) Es importante llevar a su hijo cada seis meses al odontólogo                 | (SI) (NO) |
| b) Los padres son responsables de enseñarle al niño a cuidar sus dientes        | (SI) (NO) |
| c) Es importante cepillar a su hijo después de cada comida                      | (SI) (NO) |
| d) Es importante el uso de la seda dental y el enjuague bucal por sus hijos     | (SI) (NO) |
| e) Es importante que el odontólogo aplique sellantes al primer molar permanente | (SI) (NO) |
| f) Es importante ayudar a su hijo a cepillarse                                  | (SI) (NO) |

| <b>C.- PRACTICAS</b>  |           |
|---|-----------|
| a) Supervisa el cepillado de sus hijos.                                   | (SI) (NO) |
| b) Sus hijos usan el enjuague bucal.                                      | (SI) (NO) |
| c) Sus hijos usan diariamente la seda dental.                             | (SI) (NO) |
| d) Sus hijos utilizan la crema dental cada vez que se cepillan.           | (SI) (NO) |
| e) Cambian el cepillo de sus hijos cuando las cerdas han perdido forma.   | (SI) (NO) |
| f) Cambian el cepillo de sus hijos cuando se ve sucio.                    | (SI) (NO) |
| g) Cambian el cepillo de sus hijos periódicamente sin importar su estado. | (SI) (NO) |

## FICHA DE DATOS DE LAS PRIMERAS MOLARES PERMANENTE

Edad: ..... Sexo: .....

### ODONTOGRAMA



La caries dental se registrara con lapicero de color rojo sobre la primera molar permanente si es que la presenta.

| PIEZA DENTAL | PIEZA 1,6 | PIEZA 2,6 | PIEZA 3,6 | PIEZA 4,6 |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Cariado      |           |           |           |           |
| Perdido      |           |           |           |           |
| Sano         |           |           |           |           |

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA**  
Nuevos tiempos, Nuevas ideas

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante el presente documento yo,.....identificado  
(a)

con DNI..... autorizo a mi menor hijo (a) a participar en la investigación  
realizada por el Bachiller en Estomatología Rojas Alcocer, Isis Laura

He sido informado (a) que el objetivo del estudio es: Conocimiento, actitudes y  
prácticas sobre la importancia del Primer Molar permanente en Padres de niños de 6  
a 12 años atendidos en la Clínica del Niño y Madre Gestante de la Universidad Inca  
Garcilaso de la Vega en el año 2019-I

Con la finalidad de identificar la frecuencia de caries dental mediante la revisión oral de  
los niños y mi participación como apoderado(a) en este estudio.

Se realizará al menor:

1. Examen clínico intraoral con espejos dentales cumpliendo con las normas de  
bioseguridad.
2. Registro de casos en el Odontograma.

La información obtenida será de carácter confidencial y no será usada para otro  
propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento. Los resultados que se obtenga  
serán de beneficio a los profesionales, docentes, padres de familia, ya que aumentará  
los conocimientos para la mejor prevención de enfermedades en la salud oral.

Firmo en señal de conformidad:

-----

Firma del Padre o Apoderado