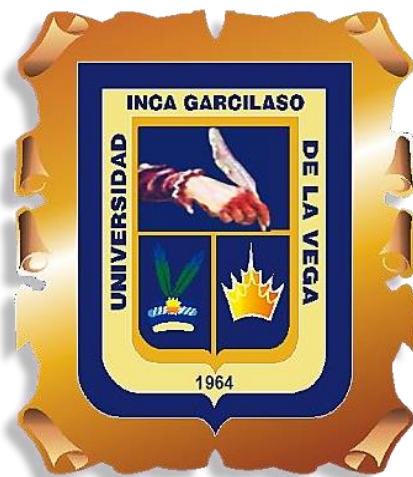


UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN DEL USO DE 1000 PARTES
POR MILLÓN DE FLÚOR EN PASTA DENTAL EN PADRES O APODERADOS
DE NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A CONSULTA
ODONTOLÓGICA EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MINSA Y
ESSALUD, AÑO 2019.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

**PRESENTADO POR:
BACHILLER: PORTOCARRERO OLANO, DIANA**

**ASESOR:
Mg. MUÑANTE ARZAPALO, KATTY**

Lima - Perú

2022

NIVEL DE CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN DEL USO DE 1000 PARTES POR MILLÓN DE FLÚOR EN PASTA DENTAL EN PADRES O APODERADOS DE NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A CONSULTA ODONTOLÓGICA EN UN ESTABLE

INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

27%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	20%
2	www.svnp.es Fuente de Internet	3%
3	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	2%
4	uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	core.ac.uk Fuente de Internet	1%

Submitted to Universidad Catolica De Cuenca

A Dios, por guiarme en cada paso de mi vida por su protección y amor

A mis padres, y hermanos por su infinito amor, comprensión y apoyo incondicional.

A mi esposo, por ser mi fortaleza

A mi hija, eres luz en mi vida, mi razón de ser.

AGRADECIMIENTOS

A mi maestra, y asesora, Dra. Katty Muñante Arzapalo, agradecerle inmensamente por su constante apoyo, por toda su ayuda en la elaboración de esta tesis por su paciencia y dedicación hacia mi persona.

A mi casa de estudios, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, por haberme brindado sus conocimientos y los mejores maestros en salud bucal.

ÍNDICE

	Pág.
Carátula	
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Índice	iii
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	viii
 CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Conocimiento	1
1.1.2 Conocimiento en prevención	1
1.1.3 Salud bucal	2
1.1.4 Enfermedades más predominantes en la cavidad oral	4
1.1.5 Pautas en prevención a seguir en la salud oral	14
1.2 Investigaciones	18
1.3 Marco Conceptual	24
 CAPÍTULO II: PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES	
2.1 Planteamiento del Problema	27
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	27

2.1.2	Definición del Problema	29
2.2	Finalidad y Objetivos de la Investigación	30
2.2.1	Finalidad	30
2.2.2	Objetivo General y Específicos	30
2.2.3	Delimitación del Estudio	31
2.2.4	Justificación e Importancia del Estudio	32
2.3	Hipótesis y Variables	33
2.3.1	Hipótesis Principal y Específicas	33
2.3.2	Variables e Indicadores	33

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1	Población y Muestra	34
3.1.1	Población	34
3.1.2	Muestra	34
3.2	Diseño utilizado en el Estudio	35
3.3	Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	35
3.3.1	Técnica de Recolección de Datos	35
3.3.2	Instrumento de Recolección de Datos	37
3.4	Procesamiento de Datos	38

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1	Presentación de los Resultados	39
4.2	Contrastación de Hipótesis	45
4.3	Discusión de los Resultados	55

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Conclusiones	57
5.2	Recomendaciones	58

BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS	63

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD. El diseño metodológico de la investigación fue no experimental, observacional, tipo descriptivo, comparativo, prospectivo y transversal. La muestra constó por 289 participantes.

Para la ejecución del estudio se utilizó como instrumento, un cuestionario de veinte preguntas, respondidos por los padres de familias o apoderados de los menores de edad sobre conocimiento en prevención oral, patología oral e higiene oral.

Se demostró con los resultados que en el establecimiento de salud del MINSA, la mayoría de los padres tenían un nivel de conocimiento bajo en conocimiento en salud oral en comparación con ESSALUD que tienen un nivel alto.

Palabras Clave:

Conocimiento, salud oral, padres de familia

ABSTRACT

The objective of this study was to establish the level of knowledge and information about the use of 1000 parts per million of fluoride in toothpaste in parents of 0 to 6 years old children to decide to go to MINSA and ESSALUD health establishment. The Methodological Design was descriptive relational, no experimental, the type of research was transversal, prospective and observational. The statistic simple was 289 participants.

For the execution of the study, a questionnaire of twenty questions was presented as an instrument, answered by the parents of families or guardians of the minors on knowledge in oral prevention, oral pathology and oral hygiene.

It emerges with the results that in MINSA health establishment, most parents have a low level of knowledge in oral health compared to ESSALUD, which have a high level.

Key words:

Knowledge, oral health, parents

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, las lesiones cariosas y las periodontopatías como la gingivitis, son consideradas enfermedades que van en aumento y suelen preocupar a los padres de familia sobre la salud bucal de sus hijos que acuden diariamente a la consulta odontológica.

La mayoría de los problemas de salud bucal de los niños se pueden prevenir si se sigue un seguimiento y control constante de las evaluaciones preventivas y detección temprana de la caries que puedan limitar su progreso o retrasar su avance con la finalidad en el futuro gocen de una buena capacidad masticatoria y autoestima, que traerá consigo bienestar y salud.

Las lesiones cariosas es la enfermedad más prevalente en los niños de Latinoamérica, el cual afecta a un 90% de los niños en etapa escolar. ¹

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD en el año 2019.

En el primer capítulo, se propuso una fundamentación teórica de la investigación.

En el segundo capítulo, se aplicó la metodología, la cual fue de diseño no experimental, descriptivo, tipo de investigación transversal, prospectivo y observacional de enfoque cuantitativo. Se realizó la recolección de datos

a los padres de familia en dos establecimientos de salud del MINSA y ESSALUD, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. El instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de datos aplicando un cuestionario de 20 preguntas divididas en tres partes: Prevención oral, patología oral e higiene oral.

En el cuarto capítulo, se realizó la presentación y análisis de resultados de las pruebas estadísticas como las inferencias que son expresadas mediante tablas y figuras elaboradas con el programa Microsoft Excel 2010. Los datos recolectados fueron procesados con el programa IBM SPSS statistics versión 25.

En el quinto capítulo, de acuerdo con los resultados obtenidos, se concluye, que se pudo determinar que el nivel de conocimiento e información sobre salud oral en MINSA es bajo en comparación al ESSALUD que dio como resultado alto.

El propósito de la presente investigación fue determinar el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y EESALUD, de tal modo que al término de la investigación se obtenga datos precisos acerca del tema con el objetivo de promover más conocimiento preventivo mediante capacitaciones y charlas constantes en salud oral.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Marco Teórico

1.1.1 Conocimiento

Definición

Se define como conocimiento, a la capacidad de entender y comprender en una determinada situación de lo que suele acontecer en el día a día y en base a eso, adquirir experiencia de lo acontecido. ¹

Es un conjunto de informaciones relacionadas entre sí, referidas a uno o diversos temas cuya procedencia se encuentra en la experiencia, sensaciones y reflexión sobre ellos. Nos permite interpretar y utilizar dicha interpretación para responder ante situaciones cotidianas. ¹

Es un proceso de captación ante un hecho o acontecimiento del ser humano dinámico de justificación de la creencia personal en busca de la verdad. ²

1.1.2 Conocimiento en prevención

A. Conocimiento en prevención oral

Es el conocimiento, que engloba técnica, frecuencia, tiempo del cepillado dental, duración del cepillo, uso del hilo dental, importancia del cepillado dental, cantidad de flúor en el dentífrico, tipo de alimentación, etc. ²

B. Conocimiento sobre enfermedades orales

Es el conocimiento en cuanto a temas como por ejemplo la formación de placa bacteriana, etapas de la aparición temprana de la caries dental,

manifestación de enfermedades orales como la gingivitis y todo lo relacionado con enfermedad periodontal. ²

1.1.3 Salud bucal

A. Generalidades

La OMS (Organización Mundial De La Salud), establece que las enfermedades orales como por ejemplo las lesiones cariosas y la periodontopatía como la gingivitis, generan un gran problema que suele afectar con mayor énfasis a países con escasez económicos. ²

A través del tiempo se ha podido evidenciar que las enfermedades orales conlleva a un mayor riesgo, como por ejemplo la pérdida prematura de los dientes. ²

La lesión cariosa es considerada como un reservorio importante de proliferación de bacterias y, por lo tanto, es otro factor que debe ser considerado y asociado a la aparición de gingivitis previamente. ³

En nuestro país el Perú, la salud oral cumple con un importante rol, ya que permite desde la infancia poder masticar los alimentos, vocalizar mejor la palabras, así mismo ayuda en la autoestima, por lo que se recomienda crear programas con la finalidad de promocionar la correcta higiene oral y prevenir futuras enfermedades bucales. ³

La salud oral es un indicador clave para el bienestar y calidad de vida en

el ser humano. La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la salud bucodental como un estado exento de dolor bucodental, o facial infección oral y anginas, periodontopatía, lesiones cariosas, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad del ser humano para masticar, sonreír y hablar. ⁴

Hoy en día se conoce que la incidencia en caries en los niños de los países desarrollados, ha disminuído admirablemente, esto es debido a una mejor calidad en el estilo de vida a raíz de presentaciones de excelentes programas preventivos bucales. ⁴

Los padres de familia desempeñan un rol importante en el soporte y estabilidad emocional de los hijos, necesidad de adaptación y saber como afrontar frente a enfermedades o tratamientos y en el financiamiento de los costos en la salud oral de ellos, para que haya entonces salud bucal, los padres deben ser informados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en adquirir comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal. ⁵

B. Factores que influyen en la salud bucal

- Placa bacteriana

El no cepillarse los dientes después de haber ingerido alimentos en especial carbohidratos o azúcares fermentables, conllevará que se forme biopelícula densa en las superficies del diente que con el transcurrir de las horas colonicen bacterias creando una biopelícula (placa dental) que conllevará a un proceso

carioso que no se podrá revertir. ⁵

El biofilm o también llamada placa bacteriana, es uno de los factores que causan las lesiones cariosas y enfermedades periodontales, se logra apreciar desde la primera erupción dentaria. La placa bacteriana se forma por la adhesión bacteriana a la capa superficial que se forma en el diente inmediatamente luego de la erupción dentaria. ⁶

- **Cepillado dental y remoción de la placa bacteriana**

El cepillado dental es importante realizarlo, ya que elimina la formación de la placa dental que se forma en la superficie dentaria con el transcurrir de las horas al consumir carbohidratos y azúcares en nuestra alimentación diaria. ⁶

El cepillado debe durar por lo menos dos minutos.

Para cepillarse correctamente los dientes, se deberá usar movimientos cortos y suaves, prestando especial atención a la línea de la encía removiendo todo alimento hacia el exterior.

La clave de una buena y correcta higiene bucal son: el cepillado dental tres veces al día después de cada comida, el cual ayuda a la remoción de residuos alimentos presentes y acumulados en la cavidad oral y superficies dentales, causantes de la formación placa bacteriana si no se remueve a tiempo. La lengua también debe ser cepillada, además de utilizar hilo dental después de cada cepillado, ya que es eficiente en la remoción de la placa dental bacteriana acumulada debajo de la encía. ⁷

1.1.4 Enfermedades más predominantes en la cavidad oral

A. Consideraciones generales

- **Caries dental**

Considerada la caries dental como una enfermedad debido a múltiples factores, es una disbiosis que por lo general se suele presentar por el consumo de azúcares y carbohidratos fermentables sin la higiene correcta.

7

Esta disbiosis se conoce por lo general por el desbalance del equilibrio microbiano a causa de cambios en su funcionamiento y composición en la cavidad oral, ésta permite que las bacterias que promueven enfermedad, se manifiesten y causen afecciones como por ejemplo caries, gingivitis, periodontitis, que repercuten con el transcurrir del tiempo en la salud general. 7

La caries dental se produce por una descomposición patológica progresiva, presentándose en la superficie del diente el cual llegará a zonas profundas como la dentina y la pulpa dentaria, esto da a raíz de eventos metabólicos que se originará en el biofilm (Placa bacteriana) que cubrirá en la superficie dentaria afectada. Estos eventos metabólicos se conocen como el proceso carioso dental.7

- **Etiología**

En la actualidad se conoce que el principal factor etiológico en la formación de las de las lesiones cariosas es a la alta ingesta de azúcares y carbohidratos que se logran fermentar en la superficie de las superficies

dentarias por un período determinado de tiempo, así mismo por una falta de higiene oral (cepillado dental) después de ingerir cada alimento.⁷

- **Gingivitis**

El sangrado gingival o gingivitis se presenta por el acúmulo de bacterias y placa bacteriana en la zona del margen gingival por lo que ocasionará inflamación de los tejidos.⁷

- **Etiología**

La causa de la enfermedad periodontal (gingivitis), se da por diversos factores donde el biofilm bucal (biopelícula) en disbiosis que es llamada placa dental, se ha detectado como la principal causa de las enfermedades periodontales. Sin embargo, para que la enfermedad se manifieste y desarrolle existen otros factores como los genéticos, conductuales, ambientales, los cuales pueden modificar tanto los componentes microbianos como los componentes del huésped contribuyendo a que esta alteración se desarrolle la enfermedad.⁸

- **La fluorosis dental**

La fluorosis dental se presenta debido a una ingesta excesiva y alta concentración de flúor en la etapa del desarrollo dental de 1 a 4 años de edad.⁸

Se le conoce como una alteración del desarrollo de la superficie externa del diente (esmalte), clínicamente se logra observar como puntos opacos blancos o como machas marrones afectando toda la superficie de la

corona del diente, inclusive en sus formas más severas como huecos, provocados por el desprendimiento y debilidad del esmalte ante la agresión de las bacterias, en las que el problema deja de ser estético y se convierte en funcional. ⁹

Se define también como una baja mineralización del esmalte debido a una excesiva ingesta de flúor durante el desarrollo del esmalte antes de la erupción. A parte del uso constante de pastas dentales y enjuagues bucales utilizados en la higiene bucal. El flúor puede ser adquirido desde fuentes de agua potable urbana, agua no potable desde las cabeceras de ríos y algunas subterráneas. ⁹

La fluorosis dental son lesiones de piezas dentarias, que varían desde pequeñas alteraciones en la translucidez del esmalte en estado sano, con puntos blancos y de tono tiza, manchas dispersas localizadas en el tercio incisal de la superficie o áreas opacas blancas como papel o delgadas marcas de lápiz, distribuidas irregularmente sobre la superficie del diente. Algunas veces, el esmalte puede estar pigmentado de color blanco a tonalidad marrón. ¹⁰

- **Toxicidad de los fluoruros tópicos**

La toxicidad del flúor se dará por una excesiva ingesta de la pasta dental sin la supervisión del menor al momento de la higiene bucal. Se manifestará de forma aguda y crónica. ¹⁰

La toxicidad aguda se presentará por una gran ingesta de dosis del flúor.

La toxicidad crónica se presentará por dosis pequeñas pero diarias de

ingesta del flúor.¹⁰

Aún no hay suficiente información sobre cómo se produce la fluorosis. Se podría deber a una acción tóxica sobre los ameloblastos interfiriendo en su maduración y mineralización del esmalte.¹⁰

Los efectos que podría ocasionar tras la ingesta de la pasta dental podría desencadenar en los primeros incisivos centrales permanente la aparición de fluorosis que se caracterizan por aparecer como manchas opacas blancas y de mayor fragilidad, cuando se vuelve en grado severo estas manifestaciones de fluorosis clínicamente se observa como manchas marrones diente muy desmineralizado pudiendo alcanzar la zona esmalte dentina.¹⁰

- **Consecuencias y manifestaciones del consumo elevado de concentración de flúor**

Se considera la fluorosis dental como el efecto más importante localizado en la estructura dentaria. Es considerada la primera señal visible de la intoxicación crónica de flúor que indica la presencia de efectos en otros tejidos del cuerpo que pueden ser confundidos con otras patologías y por tanto tratados inadecuadamente. Esta hipoplasia se debe a la alteración que sufren los ameloblastos durante la etapa formativa del desarrollo dental. La naturaleza exacta de la lesión se desconoce, pero hay manifestación histológica de daño celular; es probable que el producto celular, la matriz del esmalte, esté defectuoso o deficiente; también se ha demostrado que mayores niveles de fluoruro obstruyen el proceso de calcificación de la matriz. Si el nivel de exposición al flúor es relativamente

constante, todas las superficies de un diente dado se afectarán por igual.

10

- **Manifestaciones clínicas**

La ingesta de cantidades suficientes de fluoruro puede producir: Náuseas, vómitos, dolor abdominal a los 30 a 60 minutos de la ingesta. Las manifestaciones sistémicas graves (excepcionales) pueden ser: debilidad muscular, contracciones tetánicas, debilidad de músculos respiratorios y aparato respiratorio.¹¹

B. Factores de riesgo asociados

El factor de riesgo se da por una exposición frecuente de una persona el cual conllevará que aumente la probabilidad de desarrollar una patología.¹¹

- **Medio ambiente**

Cumple un papel importante en la formación de la caries dental. Interviene el nivel socioeconómico de cada población y/o país, frecuencia de visitas al odontólogo, alimentación e higiene bucal.¹¹

- **Estilo de vida y alimentación**

Hoy en día los padres de familia ya se concientizan sobre la alimentación diaria que se le debe de brindar a sus hijos libre de azúcares y carbohidratos. Suele aún para muchos padres un tema difícil ya que luchan para que sus hijos dejen los malos hábitos si desde niños no se

les inculcó correctamente. De igual forma sucede con los hábitos de higiene bucal.¹¹

- **Factor hereditario**

Existe relación de la presencia de lesiones cariosas presentes en las superficies dentarias con relación al factor hereditario como por ejemplo el sistema inmune, forma, estructura del diente, cantidad y flujo salival de cada individuo.¹¹

C. Consideraciones específicas

- **Cuadro clínico**

- **Síntomas y signos**

- La caries dental es el resultado de diversos sucesos metabólicos que se produce en el biofilm una vez que entra en contacto en la superficie dentaria.¹¹

- Estos producen pérdida de mineral de la pieza dentaria (traslucidez), clínicamente se notarán como manchas blancas como tiza, color opaco.¹¹

- (Véase en el anexo Figura N°1 y N°2). Lo que se logra apreciar clínicamente en las imágenes es la primera fase de la formación de la lesión cariosa.¹¹

- Las manchas indican que hay un incremento de porosidad en el esmalte dentario, que conllevará que haya acumulación de restos alimenticios que ocasionará cambio de coloración de marrón a negro.¹¹

- **Zona de formación de la caries dental en niños**

La formación de la caries dental en los niños menores de 3 años, clínicamente y en su mayoría se forman en las superficies vestibulares y palatinas de los dientes superiores, con un aspecto semicircular que con el tiempo afectará en los primeros molares, seguido de caninos y segundos molares. (Véase en el anexo Figura N°3)¹¹

La etapa más vulnerable en la formación de las lesiones cariosas es en los niños debido a la inmadurez de la estructura del esmalte dentario, en ésta etapa la caries dental avanza de manera rápida llegando inclusive a zonas más profundas como la dentina y pulpa. Las lesiones cariosas en su gran mayoría se localizan en las superficies de fosas y fisuras, en zonas de los dientes profundas o irregulares el cual no permitirá que el niño tenga un fácil acceso al momento de la higiene bucal (Véase en el anexo Figura N°4).¹¹

-Progresión de la caries

Las caries tienden a formarse en el contorno del margen gingival en las zonas vestibulares y palatinas llegando a unirse y formar cavitación en la corona dentaria que podría ocasionar una posterior fractura. (Véase en el anexo Figura N° 5)¹¹

El mecanismo de acción de la dentina ante el acercamiento de la caries es de formación de dentina más engrosada como protección, si el riesgo continúa la caries llegará a la pulpa el cual se inflamará y

se necrosará. Es en esta etapa que los niños presentarán dolor y formación de abscesos a nivel apical del diente lo que se tomará medidas urgentes para llevar a la consulta odontológica.¹¹

▪ **Diagnóstico**

El diagnóstico de la enfermedad se dará por la presencia de los síntomas y signos que presente el niño. El diagnóstico que más se presenta en la consulta odontológica diaria, es las lesiones cariosas, que irá acompañado de toma radiográfica, con el fin de detectar ubicación y profundidad de la lesión. ¹¹

- **Características de la caries en el diagnóstico en la consulta**

Mediante las características de las lesiones cariosas se podrá identificar si las lesiones se encuentran activas o inactivas. ¹¹

Forma de presentación de las lesiones cariosas en relación a su actividad (Braga, 2010)

Lesión	Activa	Inactiva
Localización	Acumulación de placa dental localizada	Zonas de auto - limpieza
Aspecto	Blanquecina, opaca (tiza)	Oscura, brillante
Tacto	Áspera, rugosa, porosa	Suave, lisa
Encía	Sangrado gingival	Ausencia de sangrado

Fuente: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud

Pública Ministerio de Salud, Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, y tratamiento de la caries dental en niñas y niños Resolución ministerial N° 422-2017/ MINSa, LIMA PERÚ Año 2017.

- **Exámenes auxiliares**

- Examen clínico

Es el examen más utilizado por los odontólogos para la detección de la caries dental. Se debe tener en cuenta que previo al examen se debe realizar en el niño limpieza (destratraje y profilaxis) en las superficies dentarias con la finalidad de eliminar la formación del biofilm que podría ocultar o dar un falso diagnóstico de caries.¹¹

- Examen táctil

Este examen se dará mediante el uso de una sonda de punta roma sin demasiada presión para que no ocasione micro fracturas en las superficies dentarias.¹¹

- Examen radiográficos

El examen radiográfico dental es un examen complementario a la exploración física si el paciente lo requiere, para esto deberá estar protegido mediante el uso del mandil de plomo y protector tiroideo.¹¹

- **Manejo del paciente, medidas generales y preventivas**

Hoy en día las lesiones cariosas se pueden controlar mediante diversas estrategias en prevención y control. Por lo que será de mucha importancia la participación del profesional, padre o apoderado en la enseñanza de la higiene oral del menor. En el cuadro de continuación se explicará algunos consejos y medidas a seguir.¹¹

Recomendaciones en el hogar para evitar la formación de caries

- Cepillado dental ante la aparición del primer diente, por lo general desde los 6 meses de edad
- Cepillar mínimo 2 veces al día con una concentración de flúor en la pasta dental de mínimo 1000 p.p.m. de flúor, escupir más no enjuagarse.
- Evitar y retrasar el consumir azúcares o alimentos con alto contenido de azúcar o carbohidratos

Que hacer ante la presencia de una lesión cariosa

- Acudir al odontólogo antes del primer año de vida del menor
- Aplicación de flúor barniz, para pacientes- niños con presencia de caries aplicarles cada 3 meses y sin presencia

de caries cada 6 meses.

- Aplicación también de sellantes de fosas y fisuras ante la presencia de las molares.
- Para el manejo de lesiones ya cavitadas de caries en dientes permanentes, se recomienda realizar una restauración conservadora de resina si el control de la humedad es correcto. La cantidad varía de acuerdo a la edad (Véase en anexo Figura N°6 y Figura N° 7

Fuente: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Ministerio de Salud, Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, y tratamiento de la caries dental en niñas y niños Resolución ministerial N° 422-2017/ MINSAL, LIMA PERÚ Año 2017.

- **Elección del dentífrico con flúor**

Hoy en día es importante saber que usar el dentífrico con gran contenido de flúor (mayor o igual a 1000 partes por millón) resulta beneficioso y un efecto preventivo en la salud bucal del niño, para la reducción de lesiones cariosas tanto en dientes temporales como permanentes. ¹¹

Con respecto de presentar fluorosis, el usar una pasta dental menor a 600 p.p.m. este no disminuirá que se presente, al contrario, lo que ocasionaría es que aumente las caries. ¹¹

Ocasionaría fluorosis si no se usa la cantidad ideal de concentración y pasta dental en el cepillo, que van de la mano.¹¹

Por ejemplo: la pasta dental a elegir deberá ser de mínimo de 1000 p.p.m. de

flúor y usar la cantidad de pasta en el cepillo de acuerdo a edad, si es menor a 3 años deberá ser la cantidad de un grano de arroz , si fuese mayor a 3 años de edad del tamaño de una arveja. ¹¹

Ahora, si se excede y se consume la pasta dental, del tamaño indicado, como por ejemplo del tamaño de un grano de arroz (que equivale a 0.1 ml) presentaría fluorosis dental si se cepillara o consumiera 13 veces con la pasta dental, con una concentración de flúor de 1000 p.p.m¹¹

Y si se cepillara con una pasta dental de concentración de 1500 p.p.m. Y se cepillara y consumiera la pasta 8 veces al día, de igual forma correría el riesgo de una futura fluorosis. ¹¹

En el caso de niños mayores de 3 años de edad, que ya están en la capacidad para poder cepillarse solos, escupir y menor riesgo de poder tragar la pasta dental, en este caso se recomienda del tamaño de una arveja (que equivale a 0 25ml.)¹¹

Ocasionaría fluorosis si se excede y/o se consumiera la pasta dental, o se tragara la cantidad de 8 cepillados al día con una pasta de 1000 p.p.m. de flúor y 6 cepillados al día con una pasta de concentración de flúor de 1500 p.p.m.¹¹

La recomendación ideal para poder maximizar el efecto de prevención, al usar la pasta dental el niño no deberá enjuagarse con agua ni durante ni después del cepillado sino que solo deberá escupir el exceso.”. ¹²

- **Anatomía patológica**

Las lesiones cariosas se inician en el lugar más superficial y visible de la pieza dentaria. El esmalte por su contenido inorgánico, es desmineralizado mediante la acción del ácido, cuando la caries se encuentra cerca a la zona de la dentina,

avanza rápidamente, debido al menor contenido mineral de la misma. Conforme progresa la desmineralización se necrosa la dentina, pueden causar inflamación de la pulpa dentaria (nervio) antes de que sea visiblemente muy evidente la destrucción de la dentina que la rodea.¹³

1.1.5 Pautas de prevención a seguir en la salud oral

Es importante conocer tanto el profesional de la salud como los padres de familia, las pautas necesarias en cuanto a cómo debe ser la limpieza de la cavidad bucal de los bebés y niños, tiempo de duración del cepillado, recambio del cepillo, cantidad de flúor a elegir en el tubo del dentífrico al momento de la compra, así como también cantidad de pasta dental a colocar en las cerdas del cepillo, una vez erupcionado el primer diente deciduo del bebé y limpieza de lengua.¹³

Cuidado bucal en el bebé y el niño

El rol de los padres en la salud oral de su menor hijo es fundamental ya que el menor aprenderá a perder temor a la consulta odontológica y futuros tratamientos que pueda necesitar.¹³

Es importante aconsejar a los padres que el hábito de succión del chupón o inclusive dejar muchas horas el biberón (sobre todo al dormir) en boca del bebé puede ser perjudicial ya que conllevará a la proliferación de bacterias y futura formación de lesiones cariosas en las superficies dentales presentes.

A. Uso del cepillo dental como hábito diario

Es importante que el odontólogo o padre de familia guíe a su hijo o paciente en el momento del cepillado dental con la finalidad de remover toda formación de placa presente en los dientes inclusive en zonas que el niño no puede llegar.¹³

Los niños menores de 3 años de edad no tienen aún la habilidad de escupir la pasta dental lo que conllevaría en caso tragara toda la pasta cada vez que realice su cepillado diario, produzca en los dientes riesgo de fluorosis, por este temor muchos padres optaron por elegir en el mercado dentífricos menor de 500 partes por millón.¹³

Estudios recientes demostraron que estos no tienen la efectividad de prevenir la caries por lo que hoy en día se recomienda usar como mínimo 1000 partes por millón en el contenido del tubo de pasta dental, siempre y cuando controlando que la cantidad a usar en las cerdas del cepillo del menor, sea la adecuada para su edad por ejemplo si el niño es menor de 3 años la cantidad ideal de pasta dental a usar debe ser de un grano de arroz que equivale a 0.1 mg. Para los niños de 3 años a más se recomendará la cantidad de una alverja que equivale a 0.25 mg.¹³

Se hace conocimiento a la población, orientar a sus hijos y familiares del uso correcto de la cantidad de pasta dental y concentración de flúor a elegir, así mismo no deberán enjuagarse; es ideal supervisar a los niños en el momento ya que podrían consumir la pasta por su sabor y aspecto agradable, no dejándolo al alcance de los niños y reduciendo la cantidad usada en el cepillo dental. La

prevención de ingesta de grandes cantidades de pasta dental. ¹⁴

B. Técnica de cepillado dental en el niño

La técnica de cepillado dental que más se recomienda en niños es la Técnica de Fones, el cual consiste que el niño junte sus dientes y explicarle que se realizará movimientos circulares amplios que abarquen de encía a toda la superficie del diente en angulación de las cerdas de 90°, al llegar a la zona de molares los movimientos serán de arrastre de atrás hacia adelante, concluyendo con el cepillado de la lengua que será de igual forma de atrás hacia adelante eliminando todo resto alimenticio. El tiempo que deberá durar el cepillado será de 2 minutos para una mayor remoción de placa bacteriana. Durante todo este proceso el niño deberá estar supervisado por un adulto. ¹⁴

C. Recambio del cepillo de dientes

Se aconseja a los pacientes cambiar el cepillo dental cada 6 meses, si éste muestra signos de desgaste o los filamentos estén abiertos o si ha presentado alguna infección estomacal, corporal o resfríos. ¹⁵

D. Dieta

Una vez que nace el bebé hasta los 6 meses de edad, lo ideal mientras se pueda, alimentar de manera exclusiva con leche materna o fórmula dependiendo del consejo del pediatra. Después de los 6 meses continúa con lactancia materna y comienza la alimentación complementaria al introducir papillas, vasos especiales sin la necesidad de usar biberón, ya que no se tiene la necesidad fisiológica de succión. La consistencia de los alimentos debe

aumentar progresivamente para estimular la función masticatoria y estimular la erupción dentaria. ¹⁶

E. Flúor

El flúor se le conoce químicamente como el símbolo F.

Es un mineral que encontramos en la corteza terrestre, cumple un rol importante en el ser humano como la formación de huesos y dientes; éste último formará cristales en el esmalte del diente ayudará en los procesos de desmineralización y remineralización. ¹⁶

Los seres humanos recibimos flúor mediante la ingesta. La principal fuente que se ha observado a través de los años es el agua potable, otras son los alimentos, suplementos fluorados, fórmulas para niños y, de manera indirecta, la pasta dental, que no debe ser consumida pero existe un porcentaje considerable de consumo, sobre todo en niños que no son supervisados por los adultos durante su higiene oral. Menores de cinco años de edad pueden llegar a ingerir hasta 30 por ciento de la pasta colocada sin conocimiento de los padres o tutores en los cepillos dentales. ¹⁷

- **Función del flúor**

La función del flúor en los dientes es importante porque ayuda a la formación y maduración de los dientes temporales, así mismo da mayor resistencia y tamaño al esmalte, protegiéndolo de las lesiones cariosas. ¹⁷

- **Formas de aplicación del flúor**

Su aplicación se puede realizar mediante aplicación tópica, como por ejemplo:

- **Pastas dentales con flúor:** Siendo éste el vehículo ideal para la aplicación del ión a las piezas dentarias, debido a que al ser usado diariamente por el paciente, la concentración de los iones de flúor dentro de la cavidad oral será constante, produciéndose una liberación continua de los mismos, favoreciendo en gran medida a la protección de las piezas dentarias, contra el desarrollo de lesiones cariosas. Se considera que el uso de la pasta dental fluorada en niños puede iniciarse desde el momento en que haya erupcionado la primera pieza dentaria de la dentición primaria, en pequeñas cantidades, para ir aumentando a partir de los 6 años de edad de acuerdo a las indicaciones posteriores.¹⁷
- **Barnices con flúor:** Al contener grandes cantidades de flúor y adherirse a la superficie dentaria por varios días, el mismo es liberado lentamente al medio bucal, siendo recomendable su aplicación cada 6 meses si el paciente no presenta caries y cada 3 meses si presenta lesiones cariosas.¹⁷

Además de actuar de manera preventiva en las caras proximales de las piezas dentarias, se demostró que al agregar en caras oclusales, las fosas y fisuras lo atrapaban de manera mecánica, evitando la formación de lesiones cariosas, al adherirse por un lapso de tiempo prolongado a la superficie dentaria y de ésta forma ampliar la acción del ión flúor.¹⁷

- **El fluorofosfato de sodio acidulado (AFP):** Contiene 1.23 % de fluoruro cuya aplicación se recomienda realizar cada 6 meses en piezas dentarias previamente limpias y aisladas. Este compuesto es uno de los más utilizados actualmente debiendo ser administrado por el profesional.¹⁷

- **Sellantes de fosas y fisuras:** Son resinas fluidas que se adhieren mecánicamente a la superficie del diente, quedando la superficie dentaria sellada y aislada del medio bucal. Se aplican más que nada en caras oclusales, por presentar depresiones marcadas del esmalte y ser áreas proclives de formación de caries, actuando así de manera preventiva y eficaz en contra de la evolución de la enfermedad cariosa tempranas. ¹⁸

1.2 Investigaciones

Flores M. (2018); Brasil. Determinó el nivel de conocimiento de salud bucal de los profesores de Educación Primaria en el colegio adventista, Brasil. El tipo de investigación fue transversal, prospectivo y observacional y el enfoque cuantitativo, se utilizó una muestra de 30 profesores del nivel primario que fueron seleccionados de manera no aleatoria por conveniencia, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se diseñó un cuestionario validándose por expertos en el área, este cuestionario constaba de 16 preguntas, las cuales 3 fueron sobre higiene bucal, 3 preguntas sobre las medidas preventivas, 5 preguntas sobre las enfermedades bucales, y 5 sobre concepto de salud bucal. Se realizó una previa charla informativa a los profesores sobre el estudio, para luego proceder a evaluarlos. Los resultados mostraron que la mayoría de profesores tienen conocimiento de Regular en lo que respecta a salud bucal, en un número de 15, con un porcentaje de 50%, seguido del nivel alto en un número de 12, con un porcentaje de 12%, finalmente un nivel bajo con un número de 3 y un porcentaje de 10 %. Se

concluye que en el nivel de conocimiento en salud bucal en los profesores del Colegio Adventista – Brasil su conocimiento es de Regular. ¹⁹

Texeira P. y Col. (2011); Paraguay. Describieron el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años que asisten al Hospital Materno Infantil San Pablo en el año 2010. Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en el que se evaluaron a madres de niños de 0 a 3 años que acudieron a consultas externas del Hospital Materno Infantil San Pablo, en el año 2010. Se llevó a cabo un estudio piloto para determinar el tamaño de la muestra, usando para ello la proporción del nivel de conocimiento inadecuado con un intervalo de confianza del 95 % y margen de error del 5 %, arrojando un tamaño muestral de 102. Mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos se seleccionaron a todas aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión. Fueron excluidas las madres que tenían algún tipo de impedimento físico y mental que limitara su participación. En todo momento se respetaron los principios éticos, así la participación de las madres fue voluntaria, bajo consentimiento informado, en un ambiente de confidencialidad y respeto de las reglamentaciones locales. No hubo diferencias por factores sociales ni económicos. Ningún participante recibió compensación económica por la participación en el estudio. Las variables consideradas fueron: nivel de conocimiento, construida a partir de indicadores de conocimiento básico diseñado para el efecto. La escala fue: hasta 59%= no aceptable, 60 a 69%= aceptable, 70 a 79%= bueno, 80 a 89%= muy bueno y a partir de 90% =excelente. Edad, estado civil, nivel de escolaridad y ocupación, en relación al nivel de conocimiento. Los procedimientos para la colección de los datos fueron

estandarizados a través de un manual de procedimientos. Se diseñó un cuestionario de evaluación para este estudio, que fue sometido a prueba para ser validado y ajustado y se acompañó de un instructivo de llenado de ficha, en el que se detallan los códigos y mecanismos de cargado de las respuestas. Previamente el equipo de investigadores unificó criterios respecto a los datos que serían colectados, los que fueron cargados en una planilla electrónica (Excel 2003) y posteriormente se analizaron utilizando el paquete estadístico Epi-Info (versión 3.5.1) desarrollado por Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en Atlanta, Georgia (USA). Los resultados del análisis fueron remitidos a la institución de estudio y los mismos servirán de base para el diseño de programas de prevención. El grupo investigador donó cepillos dentales a los participantes, proveídos por la empresa Colgate Palmolive de Paraguay, además dieron charlas preventivas colectivas de salud bucodental al culminar cada encuesta.²⁰

Alvarez C. y Col. (2006); Venezuela. Analizaron la integración del componente educativo–recreativo–asociativo en las estrategias mediadoras de promoción de salud bucal implementadas en el Preescolar Fuerzas Armadas de Cooperación, Maracaibo, Venezuela. La evaluación clínica a cada niño se realizó antes y después de implementar las estrategias mediadoras, utilizando luz natural, espejo bucal plano y una sonda periodontal WHO. Dicho procedimiento fue realizado por un odontólogo entrenado y calibrado para el manejo de los criterios de caries inicial (criterios de Grinddeford y colaboradores), 4 caries manifiesta (Koch) ,5 índice de placa (Silness y Loe) 6 e índice gingival (Loe y Silness). Cada uno de los padres de los niños que participaron en el estudio firmó un

informe de consentimiento, luego de explicarles el propósito del mismo. Igualmente, se aplicó una encuesta a los padres para conocer las concepciones que tenían sobre distintos aspectos de salud bucodental, para posteriormente lograr la resignificación de estas en términos de su significado y comprensión en relación con la causa que la genera y así promover cambios conceptuales de tipo providencialistas resignificándolos hacia ideas naturales que concedan mayor responsabilidad al individuo. Para facilitar los aprendizajes y propiciar la participación activa de los padres, representantes, docentes y niños en el diseño y posterior ejecución de las actividades, el grupo de investigación empleó diversas estrategias tales como: Técnica expositiva y dinámica grupal, para explicar los hallazgos clínicos, causas, consecuencias, tratamientos preventivos y curativos y conducta a seguir. Talleres con los padres y docentes para la reflexión y análisis crítico de las concepciones previas sobre salud general y salud bucal, a fin de que mediante discusiones guiadas, identificaran, caracterizaran y relacionaran estas concepciones con las condiciones de salud bucal de los niños de preescolar, lográndose así la resignificación de los precitados conceptos. Técnicas comunicacionales de persuasión en el mensaje transmitido sobre la importancia de la higiene en la salud bucal. Talleres al personal docente sobre el enfoque de la salud bucal. Dotación de material didáctico para la unidad educativa (láminas ilustrativas, videos, cuentos y musicales). Entrega de estuches con cepillo y crema dental. La asociación de las variables clínicas antes y después de la aplicación del método fue contrastada estadísticamente empleando el test de Wilcoxon para gingivitis y placa, y chi cuadrado para caries, con un nivel de significación del 5 % para ambos. La integración del componente educativo–recreativo– asociativo se analizó

cualitativamente con base a la información abierta suministrada por los padres y los niños, recuperando las expresiones más significativas de sus discursos. ²¹

Pariona, M.C., y cols (2017), Ecuador. Evaluaron el revelado de placa dental en pre-escolares de 6 a 48 meses de edad. Es un estudio observacional y descriptivo. Resultados: La cantidad de placa dental revelada fue mayor en los primeros molares deciduos, seguido de las piezas anteriores. La muestra estuvo conformada por 65 pre-escolares. La principal técnica de recolección de datos (Instrumento) fue el revelado de la placa dental utilizando violeta de genciana como tinción, se realizó el examen clínico de la placa dental a primera hora del día. Conclusiones: La placa dental empieza su formación inmediatamente después que realizamos nuestra higiene dental con la formación de la capa adherida sobre ella, en la que es muy fácil la adhesión, agregación y coagregación bacteriana, por ese motivo el cepillado dental debe suceder en la primera erupción dental a partir de los 6 meses de edad en adelante. ²²

Benavente L. y Col. (2006); Perú. Determinaron el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad, que acudieron a establecimientos hospitalarios del MINSA y ESSALUD. Esta investigación es de tipo analítico y transversal. La población estuvo constituida por madres de familia con sus hijos menores de 5 años de edad, (6 a 60 meses), que acuden a establecimientos hospitalarios del MINSA y de ESSALUD, realizado en el Departamento de Lima-Perú, durante el periodo de agosto y setiembre del 2010. La muestra estuvo constituida por

madres con sus hijos menores de 5 años de edad (n=143). El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuotas. Los criterios de inclusión fueron, niños con aparente buen estado biológico y psicológico, que no estén recibiendo ningún tratamiento de tipo preventivo- promocional odontológico, cuyas madres no hayan recibido en el presente año algún tipo de educación en aspectos de salud bucal. Se incluyeron en el estudio las madres con sus hijos menores de 5 años, que aceptaron participar, firmando el consentimiento informado. La muestra fue equitativa en ambas instituciones de salud. Para la recolección de información primero se aplicó a las madres una encuesta estructurada, anotando su edad, grado de instrucción, ocupación y lugar de atención (MINSA o ESSALUD). Luego se recabaron los datos de conocimientos que poseen estas; con 20 preguntas, sobre conocimientos de la salud bucal del niño menor de 5 años: partes de la boca, dientes, funciones, factores de riesgo y medidas preventivas, dieta, consumo de medicamentos, uso del biberón, lactancia, chupón, higiene bucal, usos, funciones y aplicación de flúor, sellantes, asistencia al consultorio dental, periodicidad según edad del niño: Asignándole un puntaje a cada pregunta de: 1 bajo, 2 regular, 3 bueno. Se catalogaron en tres niveles de conocimientos según puntaje obtenido: < 33 bajo, 34-47 regular, 48-60 bueno. Así mismo se preparó una ficha de diagnóstico para el niño, obteniendo su edad en meses, género. Para la evaluación del estado de salud bucal del niño, se utilizaron los índices de: Caries Dental (ceo-d: sano=0, bajo=1 a 3, moderado=4 a 5, alto=6 a más) incluyendo la detección de lesiones incipientes como la mancha blanca, la Placa bacteriana (IHO simplificado de Green y Vermillon—modificado de placa blanda) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos instrumentos fueron validados en un estudio piloto con un grupo de madres con

niños menores de 5 años con características similares, haciéndose los ajustes respectivos. Para la toma de datos, primero se aplicó la encuesta a la madre, luego se realizó evaluación clínica del estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad en la consulta externa de Control, crecimiento y desarrollo CRED del niño de los establecimientos de salud, sentado en una silla y con luz artificial (fronto luz). Para establecer asociación entre el Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de familia con la variable estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad, se usó la prueba Chi Cuadrado, asumiendo un límite de valor p 0.05 para establecer la significancia. Para el análisis estadístico se utilizó el Software SPSS versión 15.²³

Rojas E. (2017); Perú. Realizó una tesis sobre nivel de información sobre la solidez oral de los tutores de los estudiantes más jóvenes que acuden a la división de odontopediatría de la clínica médica militar focal "Coronel Luis Arias Schreiber", Lima Perú. Se decidió el grado de información sobre el bienestar bucal de los tutores de estudiantes más jóvenes que acuden a la rama de odontopediatría. El ejemplo se adquirió a través de un ejemplo base de tamaño en un limitado población, que estaba compuesta por 200 hijos, quienes recibieron una encuesta justa y cuadrada de información sobre el bienestar bucal. Adquiriendo posteriormente que el 39% de la población tiene un grado de información decente. Explicando que el 42,5% de los padres tienen un grado de información ordinario y que el 45,7% de las mamás tienen un grado de información decente sobre el bienestar bucal. Por otra parte, el 20,5% de los tutores con un grado estándar de información tienen un nivel de instrucción de nivel opcional, mientras que el 33,9% de las madres con un grado decente de información sobre el bienestar oral tienen

un grado de escolarización especializado o superior. Con lo cual se infiere que los tutores de los estudiantes más jóvenes que acuden a la rama tienen un grado normal de información sobre el bienestar bucal ²⁴

Torres V. (2017); Perú. Realizó una tesis de nivel de información sobre la solidez oral de los tutores y la limpieza oral de los suplentes del excepcional enfoque instructivo fundamental de la localidad de Iquitos. El tipo de examen fue cuantitativo, no exploratorio, distinto tipo correlacional transversal. El ejemplo estaba compuesto por 62 suplentes y tutores. El instrumento utilizado para reconocer el grado de información fue una encuesta y para la limpieza bucal se utilizó una hoja de registro del archivo de limpieza bucal. Entre los principales descubrimientos, se descubrió a continuación: El grado de información sobre el bienestar bucal se identifica con la limpieza bucal en los suplentes del Centro de Educación Básica Especial, Iquitos 2017. En cuanto a la limpieza, el 30,6% (19) introdujo una gran limpieza bucal, una tasa mayor hablando al 61,3% (38), su limpieza bucal fue normal, mientras que el 8,1% (5) de los suplentes fueron evaluados con limpieza bucal indefensa. El 29,0%(19) de los suplentes introdujeron una gran limpieza bucal, cuyos tutores adquirieron un elevado nivel de información sobre el bienestar bucal. De manera similar, el 4.8% (3) evaluó la impotencia de la limpieza bucal y el bajo grado de información sobre sus competidores principales.²⁵

Pelaez T. (2015); Perú. Realizó una tesis de nivel de información sobre el bienestar bucal en tutores de suplentes de grado introductorio de la I.E. 211 "Santísima Niña María", Víctor Larco, Trujillo, 2015. El motivo de este examen fue evaluar el grado de información sobre el bienestar oral en tutores de suplentes de nivel introductorio del I.E. 211 "Santísima Niña María". El trabajo de exploración es cuantitativo, de nivel

expresivo y observacional, transversal y de plan de futuro, su objetivo general fue decidir el grado de información sobre el bienestar oral en tutores de suplentes de nivel inicial de la Institución Educativa 211 "Santísima Niña María" de la zona de Víctor Larco, Trujillo, en mayo de 2015, para lo cual se aplicó deliberadamente un estudio organizado a 72 tutores. El grado de información sobre el bienestar bucal se divide en el grado de información sobre las medidas de contraataque, la información sobre las enfermedades bucales primarias y la información sobre el giro de los eventos dentales. Los resultados se dividieron en tres niveles: excelente, razonable y terrible. Como regla general, la información en Salud Bucal demostró un nivel ordinario con 46%. En cuanto a las medidas preventivas, tuvo un nivel digno con el 51%; en la información sobre enfermedades bucodentales tuvo un pésimo nivel con 42%; y en cuanto a información sobre el avance dental tuvo un pésimo nivel con 68%. Suponiendo que el grado de información sobre el bienestar oral fuera normal en la prueba de investigación.²⁶

1.3 Marco Conceptual

- **Conocimiento**

Hechos o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad.

- **Nivel de conocimiento**

El nivel de conocimiento es la cuantificación de los conceptos aprendidos, se miden a través de una escala, y se puede observar al entablar una conversación, elaboración de un trabajo y hasta en la vida rutinaria.

- **Higiene bucal**

Es el cuidado para mantener una buena salud oral ejecutado por el propio individuo o un cuidador en el caso de personas incapaces o deficientes.

- **Salud bucal**

Estado óptimo de la boca y funcionamiento normal de los órganos de la boca sin evidencia de enfermedad.

- **Encuestas de salud bucal**

Recopilación sistemática de datos reales relativos a la salud y enfermedades dentales o bucales en una población humana y en una determinada área geográfica.

- **Fluoruros**

Compuesto químico que en su constitución presenta el elemento químico flúor.

- **Flúor**

Un gas diatómico no metálico que es un elemento traza y miembro de la familia de los halógenos. Se emplea en odontología como fluoruro para prevenir las caries dentales.

- **Flúor dental**

Es un mineral natural que se encuentra en la corteza terrestre y se encuentra en la naturaleza. Como en algunos alimentos y depósitos de agua contienen fluoruro. El flúor tiene tres efectos muy beneficiosos sobre los dientes:- Aumenta la resistencia del esmalte: Si se aplica flúor sobre los dientes, éste reacciona con el calcio de los mismos, formando fluoruro de calcio. En esta forma, el flúor reacciona con los cristales del esmalte dentario (la hidroxiapatita), resultando un compuesto que aumenta mucho la resistencia del esmalte.- Favorece la remineralización. (Higashida, 2000), (Featherstone, 2000).

- **Fluorosis**

Es la hipomineralización del esmalte dental por aumento de la porosidad. Se debe a una excesiva ingesta de flúor durante el desarrollo del esmalte antes de la erupción.

- **Pasta dental**

Es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes. Uno de sus componentes importantes es el flúor, cuya función principal es prevenir y controlar la caries dental.

- **Desmineralización dental**

Pérdida mineral de los dientes, como del calcio en la hidroxiapatita de la matriz dentaria, producido por la exposición ácida. Un ejemplo de la producción de desmineralización es en la forma de caries dentarias.

- **Remineralización dental**

Técnica terapéutica para el reemplazo de minerales en dientes parcialmente descalcificados.

- **Patología oral**

La patología bucal u oral es una rama de la odontología que se encarga de la naturaleza, identificación y tratamiento de las alteraciones y enfermedades localizadas en la cavidad oral, maxilar, mandíbula y órganos dentarios (comprendiendo todas las estructuras que lo conforman), así como las relaciones que estas guardan con problemas sistémicos.

Es una ciencia que estudia las causas, procesos y efectos de las enfermedades que aquejan al complejo oral y maxilofacial. La práctica de la patología bucal incluye la investigación y diagnóstico usando exámenes clínicos, radiográficos, microscópicos y bioquímicos así como el manejo de la entidad patológica.

- **Prevención oral**

La prevención es la mejor estrategia para una buena salud oral. Uno de los factores preventivos de salud oral es visitar constantemente al odontólogo. Los expertos recomiendan hacerlo cada seis meses. Esto, además de ser procedimientos que mejoran la estética, garantiza la salud oral de las personas.

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.2.1 Descripción de la Realidad Problemática

En la actualidad la caries dental y las periodontopatía son enfermedades más frecuentes que afronta nuestro país en los niños sobre todo en etapa escolar debido a los malos hábitos alimenticios e higiene bucal. Suele también afectar a sectores sociales de recursos económicos bajos, el cual programas de salud no suelen ser impartidas adecuadamente.

Las capacitaciones tanto como en el profesional de la salud como en los docentes, deben ser fundamental. Deberán ser concientizados y capacitados sobre la importancia de la salud oral con la finalidad que transmitan sus conocimientos a los alumnos. Es en este periodo donde debe de haber mayor control ya que permitirá que los niños adquieran conocimientos y hábitos correctos de higiene, desde los primeros años de enseñanza de nivel primario y transformar en una participación activa en los niños con la finalidad de lograr que el ambiente escolar resulte un lugar con conocimiento en prevención bucal

que influirá en su salud en el transcurso de toda su vida.

La Organización Mundial de la Salud en el año 2004, realizó un informe a nivel mundial sobre salud oral, obteniendo como resultado que la mayoría de niños presentó caries y gingivitis. La OMS pretende impulsar la promoción, con la salud bucal y la educación sanitaria. En la actualidad la falta de conocimiento sobre salud oral y el poco interés que hay en nuestro país, es una de las causas principales de enfermedades bucales que podemos encontrar en los niños, más aún en los sectores de bajos recursos, ya que no contamos con charlas de prevención, con programas educativos de salud bucal y lastimosamente el servicio que brindan las postas u hospitales no son los más adecuados ya que por falta de materiales dentales no se pueden cubrir tratamientos idóneos para los niños.

A nivel mundial las periodontopatías y la caries dental son más frecuentes en niños, esto se debe a la falta de conocimiento de los padres de familia o los apoderados ya que no están bien informados acerca de la salud oral de sus hijos, esto se debe a la falta de programas educativos también al poco interés que se les brinda en los Centros de salud.

En América Latina la caries dental afecta el 70% y 90% a los niños en edad escolar. Por este motivo las medidas de prevención deben ser dirigidas a los padres de familia ya que contribuyen a su formación y desarrollo en casa.³¹

La caries es una enfermedad multifactorial, clínicamente se puede observar

como manchas opacas hasta llegar a destruir la estructura del diente ocasionada por la formación de la placa dental, puede afectar tanto en niños, adolescentes y adultos. La enfermedad periodontal más frecuente que podemos observar en niños es la gingivitis, definida como la inflamación de la encía que puede llegar a la destrucción de cada tejido que rodea al diente, esto se debe a la mala higiene bucal, clínicamente se puede observar cambios en la encía, el color cambia a un rojo vivo, su contorno es irregular, bulboso hasta puede producir sangrado espontáneo sino se logra controlar a tiempo.

En nuestro País se realizó estudios donde señalaron un bajo nivel de conocimiento en los padres de familia, donde se puede observar que el grado de instrucción, la edad y el número de hijos influye bastante en el nivel de conocimiento de ellos mismos, los padres teniendo un grado de instrucción superior tienen una noción más amplia de los riesgos que pueden presentar sus hijos al no tomar medidas preventivas en la salud bucal. La edad de la madre influye bastante ya que algunas madres son tan jóvenes que no tienen conocimiento sobre las medidas preventivas que existen para sus pequeños o no toman el interés en saber y conocer más del tema, el número de hijos influye ya que por ser primerizas aún están aprendiendo o simplemente no saben nada de salud bucal, en cambio las madres que tienen más de un hijo ya tienen la experiencia o tienen una noción más amplia sobre la higiene dental o las medidas preventivas que deben tener hacia sus pequeños.

Al realizar la presente investigación, se llegará a comprobar si los padres de familia tienen conocimiento alguno sobre medidas preventivas en la salud

bucal, los beneficios que se podrán obtener de esta Investigación, será realizar programas preventivos y charlas educativas para enriquecer el conocimiento de los padres, con el objetivo de tomar medidas preventivas en la salud bucal y evitar futuras enfermedades bucodentales en sus menores hijos. También ayudará a promover más charlas de prevención en la salud bucal en las postas u hospitales y poder disminuir el índice de caries y de enfermedad periodontal que afecta a los niños.

2.1.2 Definición del Problema

2.1.2.1 Problema General

¿Cuál es el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD año 2019?

2.1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD año 2019?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento e información sobre patología oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a

consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD año 2019?

3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento e información sobre higiene oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD año 2019?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La presente investigación tiene como finalidad recopilar datos acerca del tema para poder fomentar conocimientos preventivos de la correcta cantidad de flúor en la pasta dental en salud oral en los padres, así mismo para regular la cantidad y/o tamaño de pasta dental a utilizar en cada cepillado con la finalidad que obtengan mejor y mayor información de cuidado en higiene bucal de sus hijos, ya que desde muy temprana edad los niños deben tener hábitos de cepillarse los dientes mínimo tres veces al día, acudir a consulta dental por lo menos dos veces al año. Es necesario que las personas tomen conciencia de la importancia de la cantidad de pasta dental y que en ésta contengan 1000 partes por millón, así como también, prevenir enfermedades bucales más frecuentes como es la caries, etc.

Para evitar su aparición de éstas enfermedades se debe tomar medidas preventivas realizadas en el hogar, como por ejemplo un mejor y mayor tiempo en el cepillado bucal, el uso del hilo dental y complementándolo con un

enjuague oral, así podemos evitar los problemas de salud bucal.

2.2.2 Objetivos General y Específicos

2.2.2.1 Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en la pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica entre un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD año 2019

2.2.2.2 Objetivos Específicos

1. Determinar el nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.
2. Determinar el nivel de conocimiento e información sobre patología oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.
3. Determinar el nivel de conocimiento e información sobre higiene oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.

2.2.3 Delimitación del Estudio

2.2.3.1 Delimitación Temporal

El estudio se realizó entre los meses de Febrero del año 2020.

2.2.3.2 Delimitación Espacial

El estudio se realizará en un establecimiento de salud del MINSA en el Distrito de Independencia y ESSALUD en el Distrito de Independencia.

2.2.3.3 Delimitación Social

Se realizará en padres o apoderados de niños entre 0 a 6 años de edad en Lima en el año 2020, con la finalidad de obtener resultados del nivel de conocimiento e información acerca del uso de 1000 partes por millón en la pasta dental así mismo como la cantidad de pasta dental a usar de acuerdo a la edad con el fin de prevenir futuras o posibles enfermedades bucales.

2.2.3.4 Delimitación Conceptual

Es importante saber el nivel de conocimiento e información sobre el uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en los padres o apoderados ya que cumplen un rol muy importante, siendo ellos los responsables de la salud oral de sus menores hijos.

2.2.3.5 Delimitación Metodológica

El estudio se llevará a cabo bajo un modelo descriptivo mediante un cuestionario que será realizado a los padres o apoderados de los niños entre 0 a 6 años de edad entre un establecimiento de salud del MINSA Y ESSALUD, permitiendo determinar el nivel de conocimiento e información sobre cantidad de pasta dental a usar de acuerdo a edad y uso de 1000

partes por millón de flúor dental en dicha pasta.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

La presente investigación es importante para poder evaluar el nivel de conocimiento e información de los padres o apoderados en ambos establecimientos de salud sobre cantidad de flúor y pasta dental a usar de acuerdo a la edad.

La información obtenida nos servirá para poder tomar medidas de prevención como contenidos educativos a los padres o apoderados (charlas) cuyo objetivo será contribuir y elevar el nivel de conocimiento para un adecuado uso racional de pasta dental y beneficios de usar pasta dental con contenido de 1000 partes por millón de flúor.

Éstas charlas puede mejorar el conocimiento y cambio de actitudes en los padres en sus menores hijos en los establecimientos de salud ya antes mencionados.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Hipótesis Principal y Específicas

2.3.1.1 Hipótesis Principal.

El nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de

flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años es bajo, que acuden a la consulta odontológica de los establecimientos de salud del MINSA y ESSALUD.

2.3.1.2 Hipótesis Específicas.

1. El nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD es bajo.

2. El nivel de conocimiento e información sobre patología oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD es bajo.

3. El nivel de conocimiento e información sobre higiene oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD es bajo.

2.3.2 Variables e Indicadores

2.3.2.1 Variables

- **Variable independiente**

- Nivel de conocimiento de flúor

– **Variable dependiente**

- Nivel de información

2.3.2.2 Indicadores

Los indicadores del presente estudio fueron las preguntas del cuestionario que están referidas en las siguientes dimensiones.

- Preguntas sobre nivel de conocimiento en prevención las preguntas N°01 a la pregunta N°11.
- Preguntas sobre nivel de conocimiento en patología oral las preguntas N°12 a la pregunta N°14.
- Preguntas sobre nivel de conocimiento en higiene bucal las preguntas N°15 a la pregunta N°20.

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.1 Población y Muestra

3.1.1 Población

La población de la presente investigación estuvo constituida por los padres o apoderados de los niños entre 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud.

3.1.2 Muestra

La muestra de la investigación fue no aleatoria por conveniencia, estuvo conformada por 289 padres de familia que acudieron al establecimiento del MINSA y ESSALUD, que cumplieron con los criterios de selección adecuados para ésta investigación.

Según la fórmula de una proporción para población finita.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- $q = 1 - p$ (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%)

– Criterios de Inclusión

- Padres que aceptaron participar en el estudio.
- Apoderados que aceptaron participar en el estudio
- Padres y/o apoderados afiliados al seguro

– Criterio de Exclusión

- Padres que no aceptaron participar en el estudio.
- Apoderados que no aceptaron participar en el estudio
- Padres y/o apoderados no afiliados al seguro

3.2 Diseño Utilizado en el Estudio

3.2.1 Diseño

El diseño que se utilizó en la investigación fue descriptivo, no experimental, puesto que se buscó la realidad actual del problema, se describirá lo que sucede, permitiendo conocer el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 p.p.m de flúor en pasta dental

3.2.2 Tipos de Investigación

El tipo de investigación fue transversal, ya que se tomó un cuestionario a cada padre de familia, comparativo porque se comparará los resultados de ambos establecimientos de salud, prospectivo, porque fue un hecho que se verificó al terminar las encuestas y observacional, porque no se manipula la variable, solo se observará el suceso.

3.2.3 Enfoque

El enfoque fue cuantitativo ya que los resultados se analizaron estadísticamente con tablas y gráficos y el instrumento (cuestionario) fue cuantificado con preguntas cerradas.

3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección de Datos

La técnica aplicada es de encuesta mediante un cuestionario validado por la Dra. Ana Cecilia Cupé-Araujo, Carmen Rosa García – Rupaya y

Manuel Antonio Mattos Vela modificado por la Bach. Diana Portocarrero

Olano.

Procedimiento: Se presentó el proyecto de investigación a la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega para después de su evaluación y aprobación, y posterior autorización poder realizar el desarrollo del estudio.

Se solicitó la autorización del Jefe del área de odontología de ambos establecimientos de salud para su ejecución, que fue mediante la toma de un cuestionario con un número de preguntas relacionadas con las dimensiones que se plantean en el estudio, este fue de manera anónima y utilizada exclusivamente para el presente estudio. De este modo los padres de familia realizaron las preguntas de forma inmediata a la tesista, y fueron contestadas de manera concisa y clara.

Posteriormente se procedió a la entrega del consentimiento informado, donde cada padre otorgó su autorización para participar del estudio de manera voluntaria.

Luego se entregó el cuestionario a los padres de los menores que van a participar en el estudio para el llenado correspondiente.

Para finalizar se agradeció a cada participante por su tiempo y colaboración empleada en el desarrollo del cuestionario. Ya teniendo sus respuestas del cuestionario, se recolectó y ordenó la información en base de datos.

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos.

El instrumento a utilizar fue un cuestionario estructurado con preguntas cerradas y adaptado para la investigación.

Dicho cuestionario constó de 20 preguntas con alternativas múltiples, que contemplan preguntas de las tres dimensiones como son: prevención oral que contemplan 11 preguntas, patología oral las cuales son 03 preguntas e higiene oral que tienen 06 preguntas.

El puntaje del cuestionario será de 0 a 20

La valoración del cuestionario es de la siguiente manera:

Muy bueno	de 16 a 20
Bueno	de 11 a 15
Regular	de 6 a 10
Malo	de 0 a 5

– Primera parte: Introducción

Donde se explicó el propósito que tuvo la elaboración del estudio. Además, instrucciones de como el participante hizo el llenado del cuestionario.

– **Segunda parte: Datos generales**

Fecha, edad del menor, quien responde, sexo, edad del informante y grado de instrucción.

– **Tercera parte: Cuestionarios**

El referido cuestionario consistió en tres partes o dimensiones, para evaluar el nivel de conocimiento de prevención que consistió en 11 preguntas, patología oral de 03 preguntas e higiene bucal de 06 preguntas sumando un total de 20 preguntas, cuyos ítems fueron redactados según las necesidades del estudio, donde:

Las preguntas sobre concepto de prevención oral de la pregunta 01 al 11

1. ¿Cuál considera Ud. medida de prevención contra la caries dental?
2. La primera visita al odontólogo(a), se recomienda:
3. ¿Qué beneficios conoce Usted del flúor?
4. ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?
5. ¿Cuál es la concentración mínima ideal de flúor, que debe contener las pastas dentales?
6. . Para prevenir la aparición de la Caries dental, marque el correcto
7. La cantidad de pasta dental con flúor que se debe aplicar en el cepillo para niños (as) menores de 3 años de edad en cada cepillado ¿Debería ser del tamaño de “un granito de arroz”?
8. La cantidad de pasta dental con flúor que se debe aplicar en el cepillo para niños (as) mayores de 3 años en cada cepillado ¿Debería ser del

tamaño de “una alverjita”?

9. ¿Qué cantidad de pasta dental aplica en el cepillo de su hijo(a)?
10. Dejar que el niño(a) tenga el biberón con azúcar durante toda la noche
¿Qué causaría?
11. ¿Es importante los dientes de leche? o también llamados temporales o deciduos

Las preguntas sobre concepto de patología oral de la pregunta 12 a la 14

12. ¿Qué es la caries dental?
13. Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por:
14. La gingivitis es una enfermedad:

Las preguntas sobre concepto de higiene oral de la pregunta 16 a la 20 cuestionario.

15. ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?
16. El cepillado dental del niño(a) se debe realizar
17. ¿Se recomienda que el niño(a) escupa la pasta dental después que se cepilla?
18. ¿Cuánto tiempo debe durar cepillarles los dientes?
19. ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?
20. ¿Se debe cepillar la lengua?

Cuadro N°01

Escala de medición de las respuestas de conocimientos

Respuesta	Puntaje
Correcta	1 Punto
Incorrecta	0 Punto

La sustentación de las preguntas correctas dio un puntaje que es el nivel de conocimientos que tuvieron los padres de familia.

3.4 Procesamiento de Datos

Luego de ejecutada la investigación, se realizó un ordenamiento de los cuestionarios, luego se vació toda la información obtenida el cual fue digitada en una hoja de cálculo del programa de informática llamada Microsoft Excel 2010, se utilizó una Laptop Marca Toshiba con procesador Intel Core i3, con Sistema Operativo Windows 10

La información recolectada fue analizada con el paquete estadístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 24 en el cual se llevó a cabo la aplicación estadística descriptiva para establecer la

distribución de los datos obtenidos.

Para la asociación del nivel de conocimiento e información se utilizó la prueba Chi cuadrado (χ^2), para hallar diferencias significativas. Los resultados de las pruebas estadísticas descriptivas como inferencial fueron expresadas mediante tablas y figuras.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

El presente trabajo de investigación está presentando los siguientes resultados de acuerdo cada una de las variables de forma univariada y siguiendo el orden de los objetivo.

Tabla 1: Nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.

		Estab.				Total	
		minsa		Essalud			
		n	%	n	%	n	%
NC_prev	malo	3	1.0%	0	0.0%	3	1.0%
	regular	40	13.9%	4	1.4%	44	15.3%
	bueno	74	25.7%	63	21.9%	137	47.6%
	muy bueno	29	10.1%	75	26.0%	104	36.1%
Total		146	50.7%	142	49.3%	288	100.0%

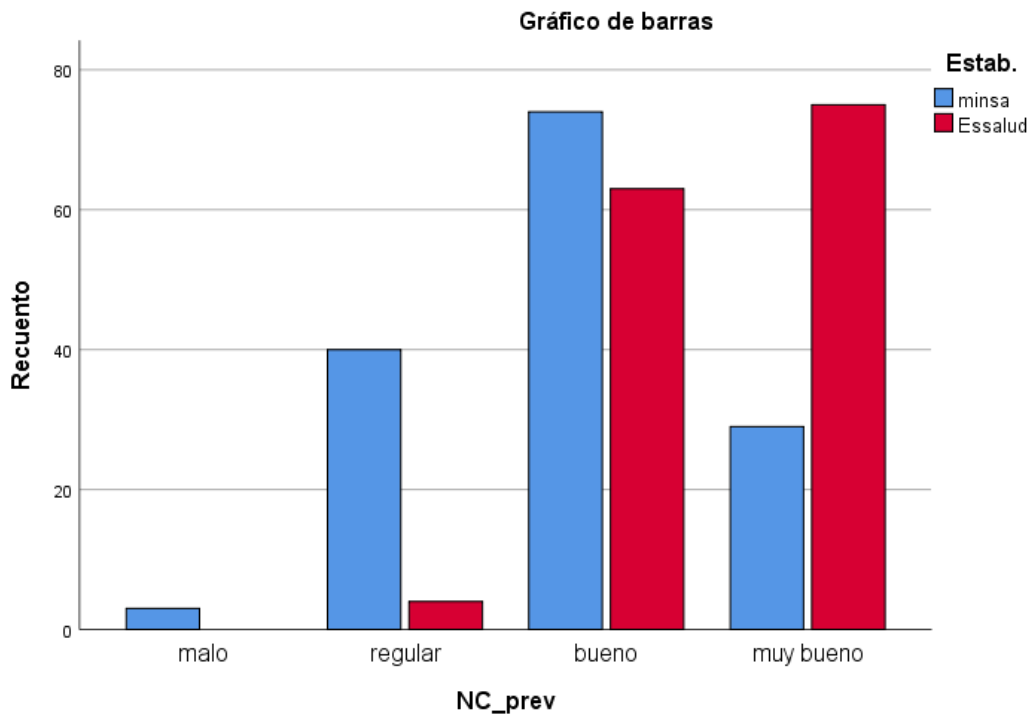


Figura 1: Grafico de barras del nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.

Interpretación: podemos observar con respecto a prevención oral, que presentaron un nivel de conocimiento malo en MINSA en un 1.0% (N°= 3), en ESSALUD en un 0.0% (N°= 0), un nivel de conocimiento regular en MINSA en un 13,9% (N°= 40), en ESSALUD en un 1,4% (N°=4), un nivel de conocimiento bueno en MINSA en un 25,7% (N° = 74), en ESSALUD en un 21,9% (N° = 63), un nivel de conocimiento muy bueno en MINSA en un 10,1% (N°= 29), en ESSALUD en un 26,0% (N° = 75)

Tabla 2: Nivel de conocimiento e información sobre patología oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.

		Estab.					
		minsa		Essalud		Total	
		n	%	n	%	n	%
NC_PAT	malo	6	2.1%	1	0.3%	7	2.4%
	regular	64	22.2%	73	25.3%	137	47.6%
	bueno	51	17.7%	66	22.9%	117	40.6%
	muy bueno	25	8.7%	2	0.7%	27	9.4%
Total		146	50.7%	142	49.3%	288	100.0%

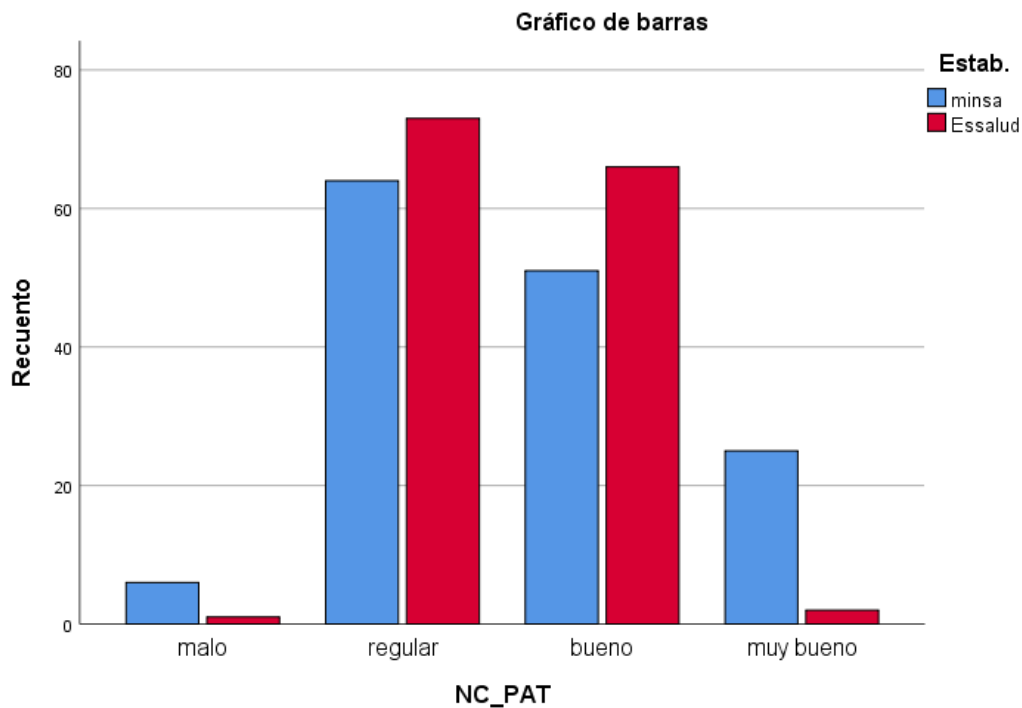


Figura 2: Grafico de barras del Nivel de conocimiento e información sobre patología oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD

Interpretación: Podemos observar con respecto a patología oral, que presentaron un nivel de conocimiento malo en MINSA en un 2,1% (N°= 6), en ESSALUD en un 0,3.0% (N°= 1), un nivel de conocimiento regular en MINSA en un 22,2% (N°= 64), en ESSALUD en un 25,3% (N°=73), un nivel de conocimiento bueno en MINSA en un 17,7% (N°=51), en ESSALUD en un 22,9% (N°= 66), un nivel de conocimiento muy bueno en MINSA en un 8,7% (N°= 25), en ESSALUD en un 0,7% (N°= 2)

Tabla 3: Nivel de conocimiento e información sobre higiene oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.

	minsa		Estab.		Essalud		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
NC_higiene malo	1	0.3%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.3%
regular	15	5.2%	2	0.7%	17	5.9%	17	5.9%
bueno	85	29.5%	21	7.3%	106	36.8%	106	36.8%
muy bueno	45	15.6%	119	41.3%	164	56.9%	164	56.9%
Total	146	50.7%	142	49.3%	288	100.0%	288	100.0%

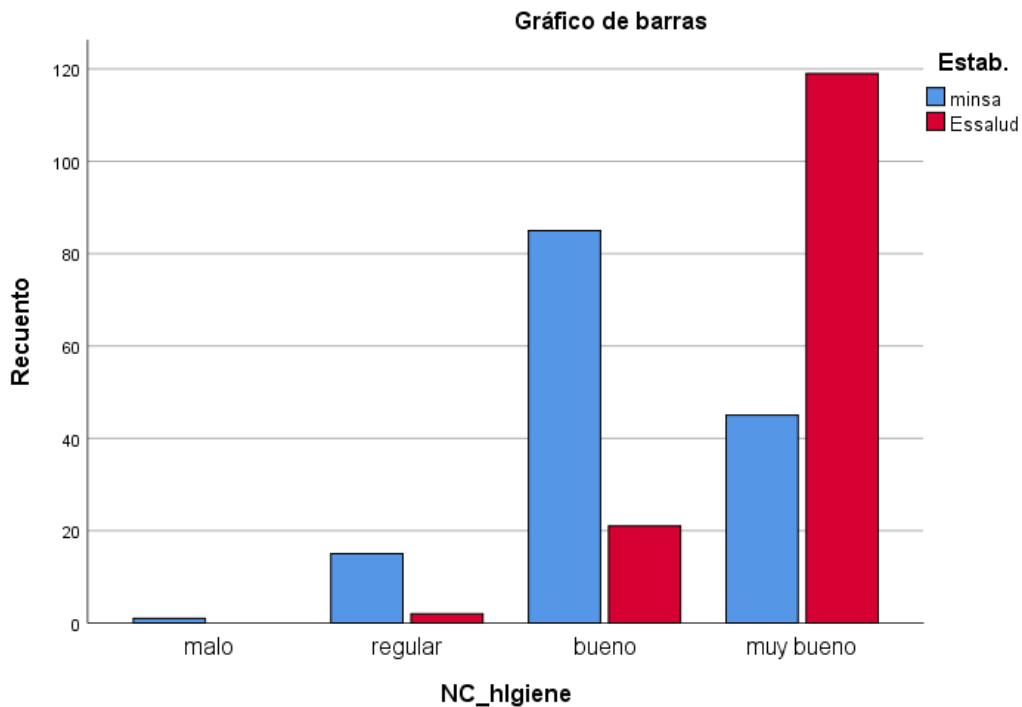


Figura 3: Gráfico de barras del Nivel de conocimiento e información sobre higiene oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD

Interpretación: Podemos observar con respecto a higiene oral, que presentaron un nivel de conocimiento malo en MINSA en un 0,3% (N°= 1), en ESSALUD en un 0.0% (N°= 0), un nivel de conocimiento regular en MINSA en un 5,2% (N°= 15), en ESSALUD en un 0,7% (N°=2), un nivel de conocimiento bueno en MINSA en un 29,5% (N° = 85), en ESSALUD en un 7,3% (N° = 21), un nivel de conocimiento muy bueno en MINSA en un 15,6% (N°= 45), en ESSALUD en un 41,3% (N° = 119)

Tabla 4: Nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.

	minsa		Estab.		Essalud		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
NCeInf_total	malo	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%	
	regular	33	11,5%	2	0,7%	35	12,2%	
	bueno	94	32,6%	77	26,7%	171	59,4%	
	muy bueno	18	6,3%	63	21,9%	81	28,1%	
Total	146	50,7%	142	49,3%	288	100,0%		

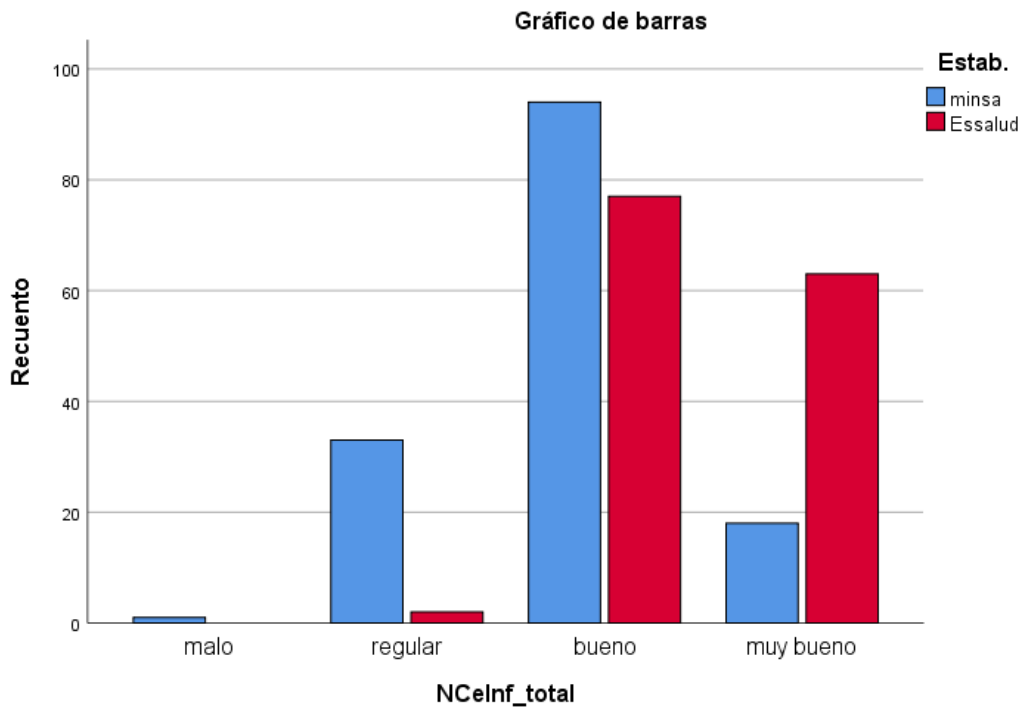


Figura 4: Grafico de barras del Nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.

Interpretación: Podemos observar con respecto a nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD que presentaron un nivel de conocimiento malo en MINSA en un 0.3% (N°= 1), en ESSALUD en un 0.0% (N°= 0), un nivel de conocimiento regular en MINSA en un 11,5% (N°= 33), en

ESSALUD en un 0,7% (N°=2), un nivel de conocimiento bueno en MINSA en un 32,6% (N° = 94), en ESSALUD en un 26,7% (N° = 77), un nivel de conocimiento muy bueno en MINSA en un 6,3% (N°= 18), en ESSALUD en un 21,9% (N° = 63)

4.2 Contrastación de Hipótesis

Para la contrastación de hipótesis se tiene que realizar una serie de pasos de forma ordenada y en primer lugar mencionaremos la hipótesis a ser probadas entre las cuales fueron:

Hipótesis Principal:

El nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años es bajo, que acuden a la consulta odontológica de los establecimientos de salud del MINSA y ESSALUD.

Y sus hipótesis específicas fueron las siguientes:

- 1.** El nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD es bajo.
- 2.** El nivel de conocimiento e información sobre patología oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD es bajo.
- 3.** El nivel de conocimiento e información sobre higiene oral en

padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD es bajo.

Para el desarrollo de éstas hipótesis vamos a realizar una serie de pasos.

Hipótesis específica 1

El nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD es bajo.

H_0 : No existe significancia entre el nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.

H_a : Existe significancia entre el nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.

Para el análisis de esta hipótesis se establece la prueba de t de student para muestras independientes donde evaluaremos si existe similitud o diferencia

entre estos dos grupos.

Se tiene que establecer los supuestos de la hipótesis y establecer el nivel de significancia.

II. Se establece la homogeneidad de varianza de los puntajes del nivel de conocimiento: en este caso se usó el estadístico de Levene estableciendo la significancia.

III. Nivel de significancia: Se establece un nivel de significancia de 5% ($\alpha=0.05$) y se trabaja con un nivel de confianza del 95%

Tabla 5: Homogeneidad de varianzas

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas	
		F	Sig.
NC_Prev 11.	Se asumen varianzas iguales	9.658	0.002

Interpretación: El nivel de significancia resulto $p=0.002$ siendo significativo por lo que se utilizará la prueba t de student para muestras independientes con varianzas diferentes.

Nivel de Significancia: $\alpha=0.05$, 5% y un nivel de confianza del 95%.

Prueba estadística: t de student para muestras independientes con varianzas

diferentes.

Tabla 5

Comparación entre el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en prevención en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad:

Estadísticas de grupo					
	Estab.	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
NC_Prev	minsa	146	6,66	2,115	,175
11.	Essalud	142	8,52	1,583	,133

Tabla 5: Prueba t de student para nivel de conocimiento de prevención entre MINSA y ESSALUD

prueba t para la igualdad de medias						
T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
-9.755	264.488	0.000	-2.844	0.292	-3.418	-2.270

En la tabla 5, se presentaron la contrastación de la primera hipótesis específica: se obtuvo $p=0.0000$ de la prueba t de student para muestras independientes con varianzas diferentes; siendo el resultado menor del p valor podemos rechazar la hipótesis nula, por lo que se establece la comparación de las variables; siendo en el MINSA un nivel regular y en Essalud un nivel alto de conocimiento

Hipótesis específica 2

El nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD es bajo.

H_0 : No existe significancia entre el nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.

H_a : Existe significancia entre el nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.

Para el análisis de esta hipótesis se establece la prueba de t de student para muestras independientes donde evaluaremos si existe similitud o diferencia entre estos dos grupos.

Se tiene que establecer los supuestos de la hipótesis y establecer el nivel de significancia.

II. Se establece la homogeneidad de varianza de los puntajes del nivel de

conocimiento: en este caso se usó el estadístico de Levene estableciendo la significancia.

III. Nivel de significancia: Se establece un nivel de significancia de 5% ($\alpha=0.05$) y se trabaja con un nivel de confianza del 95%

Tabla 6: Homogeneidad de varianzas

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas	
		F	Sig.
NC_Prev 11.	Se asumen varianzas iguales	9.658	0.002

Interpretación: El nivel de significancia resulto $p=0.002$ siendo significativo por lo que se utilizará la prueba t de student para muestras independientes con varianzas diferentes.

Nivel de Significancia: $\alpha=0.05$, 5% y un nivel de confianza del 95%.

Prueba estadística: t de student para muestras independientes con varianzas diferentes.

Tabla 6

Comparación entre el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en prevención en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad:

Estadísticas de grupo					
	Estab.	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
NC_Prev	minsa	146	6,66	2,115	,175
11.	Essalud	142	8,52	1,583	,133

Tabla 6: Prueba t de student para nivel de conocimiento de prevencion entre MINSA y ESSALUD

prueba t para la igualdad de medias

T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
-9.755	264.488	0.000	-2.844	0.292	-3.418	-2.270

En la tabla 6, se presentaron la contrastación de la primera hipótesis específica: se obtuvo $p=0.0000$ de la prueba t de student para muestras independientes con varianzas diferentes; siendo el resultado menor del p valor podemos rechazar la hipótesis nula, por lo que se establece la comparación de las variables; siendo en el MINSA un nivel regular y en Essalud un nivel alto de conocimiento

Hipótesis específica 3

El nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD es bajo.

H₀: No existe significancia entre el nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.

H_a: Existe significancia entre el nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.

Para el análisis de esta hipótesis se establece la prueba de t de student para muestras independientes donde evaluaremos si existe similitud o diferencia entre estos dos grupos.

Se tiene que establecer los supuestos de la hipótesis y establecer el nivel de significancia.

II. Se establece la homogeneidad de varianza de los puntajes del nivel de conocimiento: en este caso se usó el estadístico de Levene estableciendo la significancia.

III. Nivel de significancia: Se establece un nivel de significancia de 5% ($\alpha=0.05$) y se trabaja con un nivel de confianza del 95%

Tabla 7: Homogeneidad de varianzas

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas	
		F	Sig.
NC_Prev 11.	Se asumen varianzas iguales	9.658	0.002

Interpretación: El nivel de significancia resulto $p=0.002$ siendo significativo por lo que se utilizará la prueba t de student para muestras independientes con varianzas diferentes.

Nivel de Significancia: $\alpha=0.05$, 5% y un nivel de confianza del 95%.

Prueba estadística: t de student para muestras independientes con varianzas diferentes.

Tabla 7

Comparación entre el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en prevención en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad:

	Estab.	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
NC_Prev	minsa	146	6,66	2,115	,175
11.	Essalud	142	8,52	1,583	,133

Tabla 7: Prueba t de student para nivel de conocimiento de prevencion entre MINSA y ESSALUD

prueba t para la igualdad de medias

T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
-9.755	264.488	0.000	-2.844	0.292	-3.418	-2.270

En la tabla 7, se presentaron la contrastación de la primera hipótesis específica: se obtuvo $p=0.0000$ de la prueba t de student para muestras independientes con varianzas diferentes; siendo el resultado menor del p valor podemos rechazar la hipótesis nula, por lo que se establece la comparación de las variables; siendo en el MINSA un nivel regular y en Essalud un nivel alto de conocimiento

4.3. Discusión de los Resultados

La importancia de conocer el Nivel de Conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en los padres de familia, cada vez se vuelve más obsoleto, ya que la mayoría de los profesionales de la salud desconocen del tema y conlleva a falta de información preventiva en la salud bucal.

El conocimiento que deben de tener los odontólogos debe ser alto, ya que son ellos los que pasan tiempo con el niño en la consulta odontológica, considerando que son parte de su primer entorno social y a esta edad, es donde el niño aprende buenos hábitos de higiene oral que deberían ser enseñados de manera correcta.

La prevención oral como conocimiento, es un factor muy importante para preservar la salud oral, ya que contribuye a mejorar la autoestima y personalidad desde muy niños, contribuye también a una buena alimentación, masticación y fonación.

El objetivo principal del presente estudio fue determinar el nivel de conocimiento e información de los padres de familia o apoderados de los niños de 0 a 6 años, con la finalidad de conocer que tanto saben de salud y prevención oral.

Respecto a nuestro proyecto de investigación se pudo observar que el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD año 2019, en los resultados se observó que en MINSA un número de 1 con un porcentaje de 100,0% y en ESSALUD un número de 0 con un porcentaje de 0,0% presentaron un nivel de conocimiento malo, asimismo, en MINSA un número de 33 con un porcentaje de 94,3% y

en ESSALUD un número de 2 con un porcentaje de 5,7% presentaron un nivel de conocimiento regular, luego en MINSA en un número de 94 con un porcentaje de 55,0% y en ESSALUD un número de 77 con un porcentaje de 45,0% presentaron un nivel de conocimiento bueno, se observó también que en MINSA un número de 18 con un porcentaje de 22,2 % y en ESSALUD un número de 63 con un porcentaje de 77,8 % presentaron un nivel de conocimiento muy bueno.

Flores M. realizó un estudio de investigación para conocer el nivel de conocimiento de salud bucal de los profesores de educación primaria en el colegio Adventista en Brasil, el más parecido al presente estudio, donde se dio a conocer mediante un cuestionario el Nivel de Conocimiento sobre salud bucal de los educadores de primaria, resultando un Nivel de Conocimiento Regular, similar al presente estudio.

Teixeira P. y Col, realizaron un estudio empleando un cuestionario dirigido a madres de familia para evaluar su conocimiento sobre Higiene Oral en sus niños de 0 a 3 años, lo cual resultó bajo porcentaje de conocimiento, demostrando así el rol importante de la asistencia de los padres en la calidad de salud de sus hijos. Conclusión similar a nuestro estudio que también se concluye que en MINSA el nivel de conocimiento fue bajo en comparación con ESSALUD que fue alto y que se requiere de incrementar charlas educativas y preventivas en salud oral.

Torres V. realizó una tesis de nivel de información sobre la solidez oral de los

tutores y la limpieza oral de los suplentes del excepcional enfoque instructivo fundamental de la localidad de Iquitos. El tipo de examen fue cuantitativo, no exploratorio, distinto tipo correlacional transversal. El ejemplo estaba compuesto por 62 suplentes y tutores. El instrumento utilizado para reconocer el grado de información fue una encuesta y para la limpieza bucal se utilizó una hoja de registro del archivo de limpieza bucal. Entre los principales descubrimientos, se descubrió a continuación: El grado de información sobre el bienestar bucal se identifica con la limpieza bucal en los suplentes del Centro de Educación Básica Especial, Iquitos 2017. En cuanto a la limpieza, el 30,6% (19) introdujo una gran limpieza bucal, una tasa mayor hablando al 61,3% (38), su limpieza bucal fue normal, mientras que el 8,1% (5) de los suplentes fueron evaluados con limpieza bucal indefensa. El 29,0%(19) de los suplentes introdujeron una gran limpieza bucal, cuyos tutores adquirieron un elevado nivel de información sobre el bienestar bucal. De manera similar, el 4.8% (3) evaluó la impotencia de la limpieza bucal y el bajo grado de información sobre sus competidores principales. Se concluye que es muy parecido a ésta presente investigación.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusión General

Con respecto a determinar el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD, año 2019. Se concluye que los padres de familia presentaron un conocimiento regular en MINSA y en ESSALUD fue alto y existe diferencias entre ambos establecimientos.

5.1.2 Conclusiones Específicas

1. Tomando en cuenta el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD, año 2019, se concluye que el grado de conocimiento en prevención en MINSA fue bajo y en ESSALUD fue alto, presenta diferencias estadísticas.

2. Referente a determinar el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD, año 2019. se concluye que el nivel de información en patología oral en MINSA fue bajo y en ESSALUD fue regular.

3. Tomando en cuenta el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD, año 2019, se concluye que el grado de conocimiento en higiene oral en MINSA fue bajo y en ESSALUD fue alto.

4. En cuanto a determinar el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD, año 2019., se concluye que en MINSA el nivel de conocimiento fue bajo y en ESSALUD fue alto.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendación General

Respecto a determinar el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD, año 2019, se recomienda que los establecimientos de salud tomen en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación con la finalidad de ayudar a mejorar el nivel de conocimiento de los padres de familia, disminuyendo con ello la falta de conocimiento en salud bucal y prevalencia de caries ya que esta se encuentra como la enfermedad principal en la consulta en odontológica.

Es de vital importancia invitar a los profesionales en salud bucal a realizar charlas preventivas periódicas a los padres de familia para fomentar una buena prevención bucal.

5.2.2 Recomendaciones Específicas

En cuanto a determinar el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD, año 2019, se recomienda implementar charlas preventivas constantes en la sala de espera del establecimiento de salud dirigido a los padres de familia con la finalidad de mejorar el nivel de conocimiento de los pacientes en salud bucal.

Referente a determinar el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD, año 2019, se recomienda implementar y brindar a los padres de familia en las charlas preventivas, materiales educativos, como folletos, trípticos que contengan información sobre diversas medidas de prevención en salud bucal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castellero M. Psicología clínica, 2017.
2. Segarra C. y Bou Llusar, J. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico, artículo original, 2005.
3. Ávalos Márquez, J. Huillca-Castillo, N. Picasso-Pozo M., Omori-Mitumori, E. Gallardo-Schultz, A. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana, 2015; 12(1):61-5
4. Salud Bucodental <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>, 2018.
5. Cupé-Araujo A. García-Rupaya C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento, 2015; 25(2):112-121.
6. Pariona, M. Vásquez A. Villavicencio E. Revelado de placa dental en la primera infancia. Revista de evidencia odontológica clínica, 2017
7. Farias Campos, J. Estado de salud oral de niños de 4-5 años y nivel de conocimientos materno, Concepción, 2015.

8. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Ministerio de Salud, Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, y tratamiento de la Gingivitis inducida por placa dental y periodontitis, 2019.
9. Roque Márquez, J. Zavala A. N. El flúor en los dientes, ¿perjuicio o beneficio?, 2017.
10. Nayhua Gamarra, L. Documento Técnico Perfil Epidemiológico de Salud Bucal en escolares de 3 a 15 años, Perú 2012-2014, 2017.
11. Naise López L. Zaragozı Rubio E.; González L.; Efectos de la ingestión prolongada de altas concentraciones de fluoruros
12. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Ministerio de Salud, Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, y tratamiento de la caries dental en niñas y niños Resolución ministerial N° 422-2017/ MINSA, LIMA PERÚ, 2017
13. Berkow, R.; Talbott, John H.; El manual de Merck de diagnóstico y terapéutica, sexta edición, México, 1986
14. Moscardini Vilela, M. Díaz Huamán S. De Rossi M. Nelson P. De Rossi A.; Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal, Artículo de Revisión, Volumen 7, N° 2, 2017
15. Departamento de Salud Bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para realizar el cepillado de dientes de niños y niñas que asisten a establecimientos de educación Parvulari, 2016.
16. Moscardini Vilela, M.; Díaz Huamán S.; De Rossi M.; Nelson-Filho P.; De Rossi A.; Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal, Artículo de Revisión, Volumen 7, N° 2, 2017.
17. Roque Márquez, J.; Zavala Alonso, N.; El flúor en los dientes, ¿perjuicio o beneficio?, 2017

18. Mamani Quisbert C. Zeballos López L. Cariostáticos
Revista de Actualización Clínica Volumen 23, 2012.
19. Flores M. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los profesores de educación primaria [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima(PER): Repositorio Universidad Inca Garcilaso De La Vega; 2019.
20. Texeira P. Vázquez C. Domínguez V. Portaluppi V. Alfonzo L. Mao C. Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital materno infantil san pablo. Revista de Salud Pública Paraguay 2011; 1(1):3-12.
21. Álvarez C. Navas R. Rojas T. Componente educativo-recreativo-asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. Revista Cubana de Estomatología [Internet] 2006 [citado 07 de enero 2020]. Disponible en: URL:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000200005
22. Pariona, M.C. Vásquez A.C.; Villavicencio E. Revelado de placa dental en la primera infancia. Revista de evidencia odontológica clínica, Volumen 3 Numero 1, 2017
23. Benavente L. Chein S. Campodónico C. Castro A. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Odontología San Marquina 2012; 15(1):14-18.
24. Rojas E. Nivel De Conocimiento Sobre Salud Bucal De Los Padres De Niños Escolares Que Asisten Al Departamento De Odontopediatría Del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”, Lima Perú 2017 [Internet] Repositorio universidad Wiener. 2017 [citado 12 febrero 2019] Disponible

en:

URL:

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/543>

- 25.** Torres V. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y la higiene oral de los alumnos del centro educativo básico especial del distrito de Iquitos [Internet] Repositorio universidad de Iquitos. 2017 [citado 12 febrero 2019] Disponible en: URL:

http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5405/Vania_Tesis_Titulo_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- 26.** Pelaez T. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de alumnos de nivel inicial de la I.E. 211 “Santísima Niña María”, Victor Larco, Trujillo [Internet] Repositorio Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2015 [citado 12 febrero 2019] Disponible en: URL: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/226>

ANEXOS



ANEXO N°01

Universidad Inca Garcilaso de la Vega

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Cuestionario nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud”

I. Introducción

Distinguidos padres de familia soy la bachiller Diana Portocarrero Olano que está realizando un estudio sobre el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud, con el propósito de tener como conocimiento cuanto saben sobre el tema que les brindaré. Una vez llenado los cuestionarios, seguidamente de acuerdo a los resultados se tomarán las acciones del caso. Agradeceré el llenado del cuestionario marcando con un aspa (X) en la pregunta que considere correcta.

II. Datos generales

Fecha: _____

Edad de su niño(a): _____

¿Quién responde al cuestionario?

a) Padre

b) Madre

c) Apoderado _____

Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

Edad del informante: _____

Grado de instrucción de la madre, padre o apoderado:

- a) Ninguna
- b) Educación Primaria
- c) Educación Secundaria
- d) Educación Técnica y/o Superior

III. Cuestionario

Éste cuestionario está elaborado para que Usted marque con un aspa (X) la respuesta correcta de acuerdo a su conocimiento sobre Salud Oral.

PREVENCIÓN

1. ¿Cuál considera Ud. medida de prevención contra la caries dental?

- a) Aplicación de flúor en las superficies de los dientes
- b) Profilaxis (Limpieza) dental
- c) Sellantes de fosas y fisuras sobre todo si son profundas de los molares
- d) Todas las anteriores

2. La primera visita al odontólogo(a), se recomienda:

- a) A partir de los 3 años
- b) Cuando aparece el primer diente de leche (también llamado temporal o deciduo)
- c) Cuando aparecen los dientes de adulto (también llamado permanentes)
- d) Cuando sienta dolor

3. ¿Qué beneficios conoce Usted del flúor?

- a) Fortalece los dientes y previene la caries
- b) Cura los dientes para prevenir las extracciones

- c) El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños
- d) Protege el cuerpo de las bacterias.

4. ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?

- a) A partir de los 2 años
- b) A partir de 6 años
- c) Desde la primera aparición del diente de leche o deciduo
- d) En niños menores de 2 años

5. ¿Cuál es la concentración mínima ideal de flúor, que debe contener las pastas dentales?

- a) 400 partes por millón (ppm)
- b) 500 ppm
- c) 600 ppm
- d) 1000 ppm

6. Para prevenir la aparición de la Caries dental, marque el correcto

- a) El barniz de flúor debe ser aplicado desde el primer año de vida, cada 3 meses en niños(as) con presencia de caries dental y cada 6 meses si no la presentan.
- b) El barniz de flúor debe ser aplicado desde que aparece el primer diente, cada 6 meses en niños(as) con presencia de caries dental.
- c) El barniz de flúor deberá ser aplicado desde la primera erupción del diente cada 3 meses en niños(as) con presencia de caries dental y cada 6 meses si no la presentan.
- d) N. A.

7. La cantidad de pasta dental con flúor que se debe aplicar en el cepillo para niños (as) menores de 3 años de edad en cada cepillado

¿Debería ser del tamaño de “un granito de arroz”?

- a) No
- b) Si
- c) No lo sé
- d) A veces

8. La cantidad de pasta dental con flúor que se debe aplicar en el cepillo para niños (as) mayores de 3 años en cada cepillado ¿Debería ser del tamaño de “una alverjita”?

- a) Si

- b) No
- c) No sé
- d) A veces

9. ¿Qué cantidad de pasta dental aplica en el cepillo de su hijo(a)?

a) Pequeño o del tamaño de un granito de arroz si es menor a 3 años de edad.



b) Mediano o del tamaño de una alverjita, si es mayor a 3 años de edad.



c) Grande o bastante (que cubra todo el largo de las cerdas del cepillo).



d) Las dos primeras son correctas

10. Dejar que el niño(a) tenga el biberón con azúcar durante toda la noche ¿Qué causaría?

- a) Va a estar más activo al despertar
- b) Estará más fuerte y sano
- c) Estará expuesto a la formación de caries
- d) No pasará nada

11. ¿Es importante los dientes de leche? o también llamados temporales o deciduos

- a) Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes (adulto)
- b) No, porque no cumplen ninguna función
- c) No, porque igual se van a caer
- d) Si, porque son los dientes permanentes

PATOLOGÍA ORAL

12. ¿Qué es la caries dental?

- a) Es una mancha marrón en los dientes que cepillándose se sale
- b) No lo sé

c) Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares

d) Es una enfermedad causada por comer mucho

13. Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por

a) Compartir utensilios

b) Compartir cepillos dentales

c) Besos en la boca

d) Todas las anteriores

14. La gingivitis es una enfermedad

a) Que se produce por acúmulo de bacterias por no cepillarse los dientes

b) Provoca Inflamación y sensibilidad en los dientes

c) Provoca sangrado en las encías

d) Todas las anteriores

HIGIENE BUCAL

15. ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?

a) Sólo una vez

b) Mínimo de 2 a 3 veces, de preferencia después de cada comida

c) De 8 a 13 veces al día

d) Los niños no deben cepillarse los dientes

16. El cepillado dental del niño(a) se debe realizar

a) Antes del desayuno

b) No sabría en que momento, a veces no alcanza el tiempo

c) Después de cada desayuno, almuerzo y cena

d) Antes de la cena

17. ¿Se recomienda que el niño(a) escupa la pasta dental después que se cepilla?

a) Si debería escupirlo

b) No debería escupirlo

c) De vez en cuando

d) Sólo cuando se lo digo

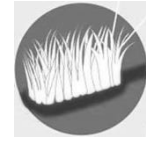
18. ¿Cuánto tiempo debe durar cepillarles los dientes?

a) Menos de un 1 minuto

- b) Entre 2 a 3 minutos, es lo ideal
- c) Debería durar hasta 5 minutos
- d) Un minuto exacto

19. ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

- a) Cada 3 meses o cuando veamos las cerdas del cepillo abiertas
- b) Cada 6 meses
- c) Una vez al año
- d) Nunca, los cepillos se conservan



20. ¿Se debe cepillar la lengua?

- a) Si, después de cada cepillado
- b) Sólo una vez al día
- c) No es necesario
- d) Dañarías la lengua

Gracias por su colaboración

ANEXO N°02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. (a):

Soy la Bach. **Diana PORTOCARRERO OLANO**, de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, responsable del proyecto de investigación titulado: “Nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica”

La presente es para invitarle a participar en el estudio el cual tiene como objetivo determinar el Nivel de Conocimiento e Información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.

Para poder participar del estudio, tendrá que llenar un cuestionario de manera anónima, el cual le demandará un tiempo promedio de 5 minutos.

La información que Ud. brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá su debida confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier etapa sin que éste afecte de alguna manera. Por participar del estudio Ud., no recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación.

Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse al siguiente teléfono 997827719.

Yo, _____ dejo constancia que se me ha explicado en que consiste el estudio titulado “Nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica”. Realizado por la Bach. Diana Lucía PORTOCARRERO OLANO.

He tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara.

Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio

Fecha

Firma del participante

ANEXO N°03

MATRIZ DE CONSISTENCIA						
TITULO: Nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD						
AUTOR: Bachiller Diana, PORTOCARRERO OLANO						
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA	METODOLOGÍA	Instrumento
Problema General ¿Cuál es el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y	Objetivo General: Determinar el nivel de conocimiento e información del uso de 1000 partes por millón de flúor en la pasta dental en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica entre un establecimiento	- Variable independiente Nivel de conocimiento - Variable dependiente	Prevención oral Patología oral	Nominal	Diseño Descriptivo Nivel de Investigación Descriptiva Tipo Investigación Transversal, Prospectivo y Observacional.	Cuestionario de 20 preguntas

<p>ESSALUD?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD año 2019?</p> <p>2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento e información sobre patología oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD año 2019?</p> <p>3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento e información sobre higiene oral en padres o apoderados</p>	<p>de salud del MINSA y ESSALUD.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>1. Determinar el nivel de conocimiento e información sobre prevención oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.</p> <p>2. Determinar el nivel de conocimiento e información sobre patología oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD.</p> <p>3. Determinar el nivel de conocimiento e</p>	<p>Nivel de información</p>	<p>Higiene oral</p>		<p>Enfoque Cuantitativo</p> <p>Población La población de estudio estará constituida por todos los padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD que corresponden a un total de 284 padres.</p> <p>Muestra La presente investigación será no aleatoria por conveniencia constituida por los padres de familia de ambos establecimiento de salud.</p> <p>Técnica Estadística Para el</p>	
--	--	-----------------------------	---------------------	--	---	--

<p>de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD año 2019?</p>	<p>información sobre higiene oral en padres o apoderados de niños de 0 a 6 años de edad que acuden a consulta odontológica en un establecimiento de salud del MINSA y ESSALUD</p>				<p>procesamiento de los datos se utilizará una:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Estadística descriptiva▪ Estadística Inferencial <p>Tanto para el procesamiento de los objetivos como para la información que se obtendrá en la ejecución del proyecto.</p>	
---	---	--	--	--	--	--

ANEXO N°04

Validación de Instrumento por Juicio de Expertos

ANEXO 05. FICHA DE VALIDACIÓN

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

(Juicio de expertos)

Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Mg. Esp. Cd. Salazar Sebastián, Alejandro Magno.
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de observación Ad-Hoc de recolección de datos
 1.4 Autor del instrumento: Bach. Portocarrero Olano, Diana Lucía

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				✓	
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.				✓	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la Tecnología.					✓
4. Organización	Presentación Ordenada.					✓
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos.					✓
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.				✓	
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.				✓	
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables/ indicadores/ medidas.				✓	
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación					✓
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					✓

III. CALIFICACIÓN GLOBAL

Aprobado	Desaprobado	Observado
✓		

Lima, 21 de Octubre del 2019

Dr. Esp. Alejandro M. Salazar Sebastián
 ODONTOPEDIATRA
 C.O.P. 22267

Firma y sello del experto informante

COP. 22267
 DNI. N° 41050400
 Teléfono: 999309433

ANEXO 05. FICHA DE VALIDACIÓN

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

(Juicio de expertos)

Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del informante: Dra. Muñoz Reyes, Miriam.
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de observación Ad-Hoc de recolección de datos
 1.4 Autor del instrumento: Bach. Portocarrero Olano, Diana Lucía

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				✓	
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.				✓	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la Tecnología.				✓	
4. Organización	Presentación Ordenada.				✓	
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos.				✓	
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.				✓	
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.				✓	
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables/ indicadores/ medidas.				✓	
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación				✓	
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.				✓	

III . CALIFICACIÓN GLOBAL

Aprobado	Desaprobado	Observado
✓		

Lima, 21 de Octubre del 2019

MIRIAM MUÑOZ REYES
 COP 19226 RNE: 974

Firma y sello del experto informante
 COP. 19226
 DNI. N° 10126808
 Teléfono: _____

ANEXO 05. FICHA DE VALIDACIÓN

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

(Juicio de expertos)

Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Dr. Esp. Figueroa Cervantes, Carlos.
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de observación Ad-Hoc de recolección de datos
 1.4 Autor del instrumento: Bach. Portocarrero Olano, Diana Lucía

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.				X	X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la Tecnología.					X
4. Organización	Presentación Ordenada.					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos.					X
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.				X	
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					X
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables/ indicadores/ medidas.				X	
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

III . CALIFICACIÓN GLOBAL

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lima, 23 de Octubre del 2019

Firma y sello del experto informante

COP. 10750
 DNI. N° 407281826
 Teléfono: 953545961

ANEXO N° 5

Figura N°1: “Niño de 1 año y 4 meses de edad con caries dental inicial no cavitada (manchas blancas opacas) en el esmalte de los incisivos primarios superiores”



Fuente: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Ministerio de Salud, Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, y tratamiento de la caries dental en niñas y niños Resolución ministerial N° 422-2017/ MINSAL, LIMA PERÚ Año 2017.

Figura N°2: “Niña de 1 año y 5 meses de edad con lesiones de caries dental inicial pigmentadas (manchas marrones o pardas) en sus incisivos primarios superiores”



Fuente: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Ministerio de Salud, Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, y tratamiento de la caries dental en niñas y niños Resolución ministerial N° 422-2017/ MINSa, LIMA PERÚ Año 2017.

Figura N°3: “Lesiones de caries dental activa a nivel cervical en un paciente de 2 años. El desequilibrio ocurrió cuando los incisivos ya estaban casi completamente erupcionados”



Fuente: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Ministerio de Salud, Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, y tratamiento de la caries dental en niñas y niños Resolución ministerial N° 422-2017/ MINSA, LIMA PERÚ Año 2017.

Figura N°4: “Lesiones de caries dental en las fosas y fisuras profundas del primer molar permanente y segundo molar primario en una paciente de 6 años”



Fuente: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Ministerio de Salud, Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, y tratamiento de la caries dental en niñas y niños Resolución ministerial N° 422-2017/ MINSA, LIMA PERÚ Año 2017.

Figura N°5: “Lesiones cavitadas profundas y activas en vestibular y palatino, que han ocasionado una fractura del incisivo lateral superior izquierdo en un paciente de 1 año y 3 meses de edad”



Fuente: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Ministerio de Salud, Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, y tratamiento de la caries dental en niñas y niños Resolución ministerial N° 422-2017/ MINSA, LIMA PERÚ Año 2017.

Figura N°6: Cantidad de pasta a colocar en las cerdas del cepillo de 0-3 años de edad tamaño de un “granito de arroz”.



Figura N°7: Cantidad de pasta a colocar en las cerdas del cepillo en niños de 3 a más años de edad tamaño de una “alverja”.



Figura N° 8: Cepillo dental de elección ideal a partir de la primera erupción dental



Figura N° 9: Pasta dental ideal con presentación de flúor de 1000 p.p.m.



CHARLAS PREVENTIVAS Y ENCUESTAS



