



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre - Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN “ODONTOPEDIATRÍA – II VERSIÓN”

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE
SALUD DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DEL MUNICIPIO DE
MONTEAGUDO DEPARTAMENTO DE CHUQUISACA CON RELACIÓN A LA
SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS”**

**Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magister en
“Odontopediatría”**

MAESTRANTE: Maribel Ríos Barja

Sucre - Bolivia
2018



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre - Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN “ODONTOPEDIATRÍA – II VERSIÓN”

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE
SALUD DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DEL MUNICIPIO DE
MONTEAGUDO DEPARTAMENTO DE CHUQUISACA CON RELACIÓN A LA
SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS”**

**Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magister en
“Odontopediatría”**

MAESTRANTE: Maribel Ríos Barja

TUTORA: Dra. Mónica Janet Valdivieso Vargas Machuca

Sucre - Bolivia
2018

DEDICATORIA

Con todo cariño:

A mi familia: Quien es la razón de mi vida.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS: Por haberme dado el don de la vida y a través de ella, alcanzar uno de mis más grandes objetivos.

A LA UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR, Por brindarme la oportunidad de superarme en mi vida profesional.

A MI MONITORA: Dra. MÓNICA VALDIVIESO: Por su guía y apoyo incondicional en el desarrollo de la presente investigación

A MIS PADRES: Por apoyarme y estimularme en todos los momentos de mi vida moralmente y económicamente

A MIS DOCENTES: Por impartirnos sus conocimientos

A MIS COMPAÑEROS DE ESTUDIO: Por su amistad, colaboración y compañerismo

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento, actitudes y práctica del personal de salud de los servicios públicos del Municipio de Monteagudo, con relación a la salud bucal de los niños menores de 5 años durante el periodo de agosto del 2016 a junio del 2017.

El tipo de estudio fue observacional, descriptivo y de corte transversal, que permitió determinar el nivel de conocimientos, actitudes y practica sobre salud bucal de los niños menores de 5 años en 86 profesionales que trabajan en los servicios públicos de salud del municipio de Monteagudo.

La información recabada se registró en una base de datos, del programa Excel, que posteriormente se pasó al programa estadístico SPSS v25 y se examinaron en función a la necesidad del estudio.

Los resultados se presentaron en tablas de frecuencia relativa y porcentual. El análisis estadístico se realizó mediante tablas de contingencia y se aplicó la prueba de asociación de Chi cuadrado y se consideró una significación estadística cuando el valor de p es menor 0,05 a un nivel de confianza del 95%. Se encuestaron a 86 profesionales, de los cuales 35 fueron médicos, 24 Licenciadas en Enfermería y 27 Auxiliares de enfermería, los resultados encontrados sobre el nivel de conocimiento fueron como bueno el 20%, el 17%. regular y el 63% deficiente, se encontró que el 65% del personal de salud tiene una actitud negativa sobre la prevención de caries dental y el 30% buena. La práctica de las medidas de promoción, prevención en salud bucal es realizada siempre en un 43% y el 57% lo realiza a veces.

La relación del nivel de conocimiento, actitudes y practica sobre salud bucal con los años de ejercicio profesional fue asociada el nivel de conocimiento con la experiencia profesional de 15 a 20 años, la actitud sobre la prevención de caries dental, fue positiva en un reducido porcentaje y está asociada a menos años de ejercicio profesional y la práctica de medidas de promoción y prevención está asociada a la experiencia profesional del 10 a 15 años. Al realizarse el análisis estadístico del Chi-cuadrado, se encontró significancia estadística = 0,0125, entre la práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal y la experiencia profesional.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the level of knowledge, attitudes and practice of the health personnel of the public services of the Municipality of Monteagudo, in relation to the oral health of children under 5 years of age during the period from August 2016 to June of 2017

The type of study was observational, descriptive and cross-sectional, which allowed to determine the level of knowledge, attitudes and practice on oral health of children under 5 in 86 professionals working in the public health services of the municipality of Monteagudo.

The information collected was recorded in a database of the Excel program, which was later transferred to the statistical program SPSS v25 and examined according to the need of the study.

The results were presented in relative and percentage frequency tables. The statistical analysis was performed using contingency tables and the chi-square association test was applied and a statistical significance was considered when the p-value is less 0.05 at a 95% confidence level.

86 professionals were surveyed, of whom 35 were doctors, 24 Nurses and 27 Nursing Assistants, the results found on the level of knowledge were as good as 20%, 17%. regular and 63% deficient, it was found that 65% of health personnel have a negative attitude about the prevention of dental caries and 30% good. The practice of the measures of promotion, prevention in oral health is always carried out in 43% and 57% does it sometimes.

The relation of the level of knowledge, attitudes and practice on oral health with the years of professional practice was associated with the level of knowledge with professional experience of 15 to 20 years, the attitude on the prevention of dental caries, was positive in a small percentage and it is associated with fewer years of professional practice and the practice of promotion and prevention measures is associated with professional experience of 10 to 15 years. When performing the statistical analysis of the Chi-square, statistical significance = 0.0125 was found, between the practice of promotion measures, oral health prevention and professional experience.

INDICE GENERAL

CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Antecedentes del tema de investigación.....	1
1.1.1. El problema.....	1
1.1.2 Definición o formulación del problema	9
1.1.3 Justificación y uso de los resultados	9
1.1.4 Objetivos	11
a). Objetivo general	11
b). Objetivos especificos.....	11
CAPITULO II.....	12
MARCO TEORI CO Y CONTEXTUAL.....	12
2.1 Marco teorico	12
2.1.1 Salud.....	12
2.1.2 Promoción de la salud	12
2.1.3 Educación para la salud	14
2.1.5 Prevención en odontología.....	15
2.1.6 Salud bucal	18
2.1.7 Derecho a la salud.....	19
2.1.8 Importancia de la salud bucal.....	20
2.1.9 Factores que influyen en las conductas en salud	22
2.1.10 Enfermedad dental	27
2.1.11 Consecuencias de las enfermedades bucales.....	35
2.1.12 Medidas para prevenir la caries dental	36
2.1.13 La salud bucodental y la salud general	43

2.2 Hipótesis	47
2.3. Marco contextual	48
2.3.1 Municipio de Monteagudo	48
2.3.2 Servicios de salud.....	51
CAPÍTULO III.....	54
MARCO METODOLÓGICO	54
3.1. Enfoque, tipo y diseño de investigación	54
3.2 Población y muestra	54
3.3. Variables de estudio	55
3.4 Criterios de inclusión y de exclusión	57
3.5 Procedimientos para la recolección de la información.....	57
3.6 Procesamiento y análisis de los datos	58
3.7 Delimitaciones de la investigación.....	58
CAPÍTULO IV	59
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	59
4.3 Discusión	68
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	71
5.1 Conclusiones	71
5.2 Recomendaciones	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Distribución del personal de salud de los servicios públicos de Municipio de Monteagudo, según profesión.....	59
Tabla N° 2 Distribución de personal de salud del sistema público según años de ejercicio profesional	59
Tabla N° 3 Distribución de personal de salud del sistema público según área de trabajo	60
Tabla N° 4 Distribución de personal de salud del sistema público según realización de interconsulta	60
Tabla N° 5 Distribución de personal de salud del sistema público según nivel de conocimiento de salud bucal	60
Tabla N° 6 Distribución del personal de salud del sistema público según actitudes sobre la prevención de caries dental	61
Tabla N° 7 Distribución del personal de salud del sistema público según práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal	61
Tabla N° 8 Nivel de conocimiento del personal de salud de los servicios públicos en relación a la salud bucal.....	62
Tabla N° 9 Actitudes del personal de salud de los servicios públicos sobre la prevención de caries dental.....	63
Tabla N° 10 Práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal del personal de salud del sistema público	64
Tabla N° 11 Relación del Nivel de conocimiento de la salud bucal del personal de salud del sistema público de acuerdo a los años de ejercicio profesional ...	65
Tabla N° 12. Actitudes sobre la prevención de caries dental del personal de salud del sistema público en relación años de ejercicio profesional.....	66
Tabla N° 13 práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal del personal de salud del sistema público en relación años de ejercicio profesional	67

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes del tema de investigación

1.1.1. El problema

En la Actualidad a nivel mundial existe un fundamento sólido sobre la importancia de la prevención y promoción de la salud bucal en la etapa infantil, sin embargo en Bolivia a pesar de la implementación del seguro nacional de salud (SIS), que cubre la atención bucodental a toda la población menor de 5 años, aún persiste el alto índice de caries dental y sus complicaciones en este grupo de niños, este problema está relacionado principalmente a la falta de trabajo interdisciplinario del personal de salud con el odontólogo y a la deficiente aplicación de medidas de prevención y promoción en salud bucal

De acuerdo a la Organización mundial de la Salud, la salud bucal sigue siendo un aspecto crítico de la salud pública en las Américas, debido a su contribución a la morbilidad total, los elevados costos de tratamiento y el incremento en las inequidades en salud bucal. Si bien la prevalencia de la caries dental en la Región se redujo entre 35% y 85% a partir de 1995, el número de enfermedades bucodentales sigue siendo elevado en comparación con otras partes del mundo, a lo cual también contribuyeron los servicios de salud bucal de baja calidad, así como su limitada cobertura. (1)

La caries dental, sus complicaciones y su elevada frecuencia en niños menores de 5 años representan un problema de salud pública. El conocimiento sobre salud bucal no es solo un tema que concierne al profesional en odontología, sino que es un problema, que merita la atención de todo el personal de salud.

La falta de interacción del personal de salud del municipio de Monteagudo departamento de Chuquisaca con el odontólogo en la prevención de las enfermedades bucodentales a temprana edad provoca que las enfermedades cariosas y sus complicaciones sea muy prevalente.

Las condiciones de salud bucal tienen un impacto significativo sobre la funcionalidad de la población pues con ellas se presenta incremento en el ausentismo escolar. Dificultad para comer por el dolor, desnutrición y paradójicamente las enfermedades de salud bucal son susceptibles de prevenirse con actividades preventivas y diagnóstico temprano. (2)

Al respecto el compromiso por la salud bucal debe comenzar desde la infancia y debe ser promovida por todo el personal de salud, donde dicho personal se constituye en un recurso valioso por estar en contacto con los niños, además por estar sujetas a su nivel de conocimiento y a la actitud que toman en la preservación de la salud bucal. (2)

Por lo tanto, la interrelación del personal de salud al odontólogo es decisiva en la promoción y prevención de la salud bucal de los pacientes pediátricos por la constante presencia de factores de riesgo durante la primera infancia como la caries dental entre otras

La caries dental es una de las enfermedades cuyos índices la ubican entre las de más alta frecuencia; al punto de haberse constituido en el más grave y constante problema para los programas de salud bucal en el mundo, se reporta por estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (2).

La caries dental es una enfermedad bucodental más frecuente en varios países asiáticos y latinoamericanos donde la prevalencia alcanza El 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo. a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia. (2)

Los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. Se estima que el tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo. (3)

Una mala salud bucodental puede tener profundas repercusiones en la salud general y en la calidad de vida», afirmó el Dr. Petersen. “El dolor, los abscesos

dentales, los problemas al comer o en la masticación, la pérdida de piezas y la existencia de dientes descoloridos o dañados tienen efectos importantes en la vida y el bienestar cotidianos de las personas. (3)

La complejidad del proceso de caries dental en la primera infancia involucra factores socioeconómicos y culturales tales como pobreza, precarias condiciones de vida, bajo nivel educativo de los padres, estilos de vida y limitaciones en el acceso y disponibilidad de los servicios de salud bucal. (3)

En Bolivia, la elevada morbilidad y las opciones clínicas para enfrentar la pérdida de órganos dentarios desde temprana edad por caries han sido deficientes, este problema está relacionado a la deficiente aplicación de estrategias preventivas basadas en la educación en salud bucal, en donde se enseñe a la población que una de las premisas para mantener la boca sana es la adecuada higiene bucal y los buenos hábitos alimenticios como el consumo racional de carbohidratos simples.

Además es importante resaltar que en Bolivia no existe un estudio sobre la incidencia de la caries en niños menores de 5 años, pero según datos de las consultas en establecimientos públicos y privados en forma aislada, además del Programa de Salud bucal del Ministerio del área, la caries dental aumentó, donde se considera a esta enfermedad como una de las causas para la pérdida de piezas dentales que afecta al proceso de masticación, digestión, fonación, estética y la parte psicosocial además de desarrollo psicomotor del Niño. (4)

La prevalencia de estas enfermedades varía dependiendo de la región geográfica de que se trate y de la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud bucodental. También tienen mucho peso diversos determinantes sociales. La prevalencia de enfermedades bucodentales está aumentando en los países de ingresos bajos y medianos; en todos los países, la carga de morbilidad por esta causa es considerablemente mayor en las poblaciones pobres y desfavorecidas. (2,3)

La mayoría de las enfermedades y afecciones bucodentales requieren una atención odontológica profesional; sin embargo, la limitada disponibilidad o la inaccesibilidad de estos servicios hace que sus tasas de utilización sean especialmente bajas entre las personas mayores, los habitantes de zonas rurales y las personas con bajos niveles de ingresos y de estudios. La cobertura de la atención bucodental es reducida en los países de ingresos bajos y medianos. (2)

La atención odontológica tradicional con fines curativos representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde entre un 5% y un 10% del gasto sanitario guarda relación con la salud bucodental. En los países de ingresos bajos y medianos, escasean los programas públicos de salud bucodental. El elevado costo de los tratamientos odontológicos puede evitarse aplicando medidas eficaces de prevención y promoción de la salud. (2)

Las enfermedades bucales como la caries y periodontopatías son importantes problemas de salud pública en todo el mundo. En general, una mala salud bucodental produce profundos efectos en la salud y en la calidad de vida de la persona. Estas afecciones pueden interferir con funciones vitales como respirar, comer, tragar, hablar y actividades de la vida diaria tales como trabajar y estudiar. (3)

La atención odontológica del infante debe estar dirigida principalmente hacia una promoción de la salud bucal, procurando educar a los padres para un mantenimiento de hábitos saludables, evitando así la instalación de enfermedades bucales, como la caries dental y permitiendo un adecuado desarrollo. La caries dental es un padecimiento infeccioso que ocupa el primer lugar de las enfermedades estomatológicas más prevalentes, afectando a la niñez (5).

La consulta al odontólogo, por lo general, ocurre muy tarde en los niños, siendo realizada muchas veces sólo cuando se ha establecido un problema dentario (4), generalmente cuando el paciente presenta dolor o múltiples lesiones

cariosas, lo cual implica tratamientos complejos a una edad muy temprana. Es por ello que el mantenimiento de la salud bucal del infante es una responsabilidad no sólo del odontólogo también de los demás profesionales de la salud que atienden niños (pediatras), médicos generales y enfermeras. (5)

Considerando la precocidad de las consultas del bebe al pediatra, se debe tener en cuenta que dichos profesionales son los primeros en orientar a las madres de los infantes, para que asistan al odontólogo es por ello que pasan a tener una importancia fundamental en la promoción de la salud bucal y prevención de la caries dental así como también en el reconocimiento de pacientes con alto riesgo de caries dental y principalmente en la derivación a una edad temprana al odontólogo u odontopediatra, hecho que demuestra la importancia de una mayor interacción entre el pediatra médico general, enfermera y el odontólogo, en beneficio de la población infantil.

Por tanto, el personal de salud debe tener los conocimientos suficientes y actitudes positivas además de aplicar en beneficio de toda la población infantil que es la más vulnerable.

La revisión de antecedentes, permitió presentar una serie de estudios realizados que guardan relación con el interés del tema. Seguidamente se exponen cada uno de ellos:

Contreras-Vásquez et al en el 2008 realizaron un estudio para determinar el nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de caries dental en el infante de profesionales pediatras, médicos generales y enfermeras de la Dirección de Salud IV Lima cuyos resultados demostraron que el mayor porcentaje de profesionales tuvieron un nivel de conocimiento medio (el 65,7% de pediatras, el 71,8% de médicos generales y el 59,1% de enfermeras) y sólo el 50% de los profesionales tuvieron prácticas adecuadas respecto a medidas preventivas de caries dental en el infante.(6)

Rojas PM. El 2008 efectuó una investigación sobre el nivel de conocimiento y la actitud de los médicos pediatras respecto a la caries infantil temprana (CIT), la

falta de integración entre el personal de salud (médicos generales, pediatras y el odontopediatra) los resultados concluyeron que la actitud de los pediatras del Colegio Médico del Perú, es positiva en más del 50% de pediatras con ejercicio profesional menor a 6 años, y más de 40% en profesionales de más de 6 años de ejercicio, es decir que independientemente del tiempo de ejercicio existe un alto nivel positivo con disposición a la atención de la salud bucal de los infantes, así se ha identificado que más del 55% de pediatras procedentes de universidades públicas y más del 35% de universidad privada muestran actitud positiva frente a la caries de infancia temprana .(5)

Hope B, et al en el 2013 realizaron un estudio para evaluar los conocimientos, actitudes y experiencia profesional de pediatras chilenos en relación a la salud bucal infantil. Aplicaron una encuesta a 164 pediatras asistentes al 50 Congreso Chileno de Pediatría. Los resultados mostraron que el 64% de los encuestados reportaron diagnosticar caries en preescolares al menos una vez al mes. El 51,53% estaba de acuerdo con derivar al odontólogo al niño al año de edad, sin embargo, 55,82% reportó dificultad al referir pacientes menores de 2 años. Sólo 3% respondió correctamente todas las preguntas sobre conocimiento. 66,87% nunca recibió instrucción en salud bucal durante su formación como especialista. A pesar que los pediatras asumen que la salud bucal es un aspecto importante de la salud general y que se enfrentan frecuentemente a patologías bucales, reconocen que no cuentan con los conocimientos y estrategias de derivación oportuna, para participar de la prevención de ellas. (7)

González et al en el 2014 efectuaron un estudio para Investigar el conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre las caries de aparición temprana y valorar si los pediatras proporcionan información a los padres sobre salud bucal infantil y visitas al odontopediatra. Los pediatras mostraron escasos conocimientos con respecto a las visitas al dentista y al tratamiento de las caries; sin embargo, su nivel de conocimientos sobre higiene bucal, caries y hábitos nutricionales era adecuado. Los padres tenían bajos conocimientos en todos los aspectos del estudio, especialmente sobre el tratamiento de las

caries. No hubo diferencias significativas en el conocimiento sobre visitas al dentista entre pediatras y padres, sin embargo, los pediatras tenían un mayor conocimiento sobre higiene, caries, hábitos nutricionales y tratamiento ($p < 0,001$). La mayoría de los padres indicaron que los pediatras no les informaban detalladamente sobre cuidados bucales ni sobre la posibilidad de visitar al odontopediatra. (8)

Rolón et al. en el 2014 desarrollaron un estudio para determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos pediatras que ejercen en Asunción y Central sobre factores preventivos en la salud bucal en la primera infancia en el año 2013. Los demostraron que el 74% de los pediatras tiene práctica inadecuada con respecto al examen bucal, prescripción de flúor; el 49% tiene conocimiento suficiente sobre factores de riesgo para las principales enfermedades bucales; y el 100% presenta actitud favorable hacia su papel importante en la prevención de las enfermedades bucales.

No se encuentra asociación entre la edad del pediatra y el nivel de conocimiento y práctica, tampoco se encontró asociación entre los años de práctica con las prácticas, mientras que se evidencia que menos años de práctica tienen mejores conocimientos ($p = 0,009$); y que los pediatras que atienden menos pacientes en un día tienen mejores conocimientos ($p = 0,010$) y prácticas ($p = 0,035$). Por lo que concluyeron que el nivel de conocimiento fue aceptable en un poco menos de la mitad, en cuanto a las actitudes en su totalidad está de acuerdo con que cumple rol muy importante dentro de las prevenciones de enfermedades bucodentales. Se evidenció que en su mayoría existen prácticas inadecuadas, lo que es importante significar, ya que muchos pediatras tienen conocimientos sobre factores preventivos, pero éstos no son llevados a la práctica, no son aplicados y concluyen que los resultados obtenidos en el estudio proporcionan valiosos estímulos y perspectivas hacia la formulación de programas de educación en salud bucal pertinentes para los mismos. (9)

Sáez et al. en el 2015 realizaron un estudio para conocer la higiene bucal en los niños/as de 0 a 14 años, cuales son las enfermedades bucodentales más

prevalentes entre dicho grupo poblacional y el papel que desempeña el personal de enfermería en todo ello, a través de estrategias de Educación para la Salud. los resultados demostraron la importancia de la participación del personal de salud en la prevención de enfermedades bucodentales ya que los profesionales de la Salud, los pediatras y el personal de enfermería pediátrica, son quienes tienen el primer contacto con el bebé y sus padres, y quienes realizan el seguimiento de su crecimiento y desarrollo, queda patente la influencia que ejercen estos profesionales sobre el bebé y su familia. Los conocimientos y la disponibilidad de medios hacen relevante la integración del pediatra con la enfermera/o y con el odontólogo, para tener una visión más integral del desarrollo bucal infantil y finalmente hacen énfasis concluyendo que entre el 60% y el 90% de los niños en países desarrollados y en desarrollo en edad escolar tienen caries. Por lo que resulta indispensable que tanto el pediatra, el odontólogo y el personal de enfermería ofrezcan Educación sanitaria, orientación y consejos comunes a padres y profesionales de la enseñanza en su práctica diaria, y así poder incidir y reducir la prevalencia de caries dental, evitando las consecuencias físicas, económicas y emocionales que ocasiona esta patología en la etapa infanto-juvenil. (10)

Regalado LA en el 2016 realizó un estudio para demostrar si el conocimiento de pediatras y padres de familia estaba relacionado con la aparición de caries dental en niños de 1-3 años. Los resultados obtenidos demuestran que no hay diferencias significativas en cuanto a edad, género y estado civil tanto de los pediatras como de los padres de familia, pero si hay un mayor nivel de conocimiento por parte de los pediatras 65% en comparación al 50% que obtuvieron los padres. Se destaca de manera especial el mayor nivel de conocimiento en aquellos pediatras que están empezando a ejercer su carrera 73%, que aquellos pediatras que tienen más de cinco años de ejercer 53%(11).

Gomes Quispe, Wilmer Rodrigo en el 2016 realizaron un estudio para determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en el personal del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Rafael Ortiz Ravinez - Juli, Distrito de Chucuito, Puno. Los resultados fueron el 33.3% de la población en estudio

obtuvo un nivel bueno, el 43.3% obtuvo un nivel regular y el 23.3% obtuvo un nivel malo en cuanto a nivel de conocimiento de salud bucal. Conclusión: El nivel de conocimientos en salud bucal del personal de salud del servicio de gineco-obstetricia del hospital Rafael Ortiz Ravinez fue regular con un 43.3 %.

(12)

1.1.2 Definición o formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud con relación a la salud bucal en niños menores de 5 años en los centros donde existe la unidad de odontología del municipio de Monteagudo de agosto del 2016 a junio del 2017?

1.1.3 Justificación y uso de los resultados

Explorar los conocimientos, actitudes y experiencias del personal de salud vinculadas con la salud de niños menores de 5 años permitirá obtener datos relevantes para poder integrar a todo el personal de salud en el cuidado de la salud bucal, lo que contribuirá a la prevención de enfermedades bucodentales como problema de salud pública.

El conocimiento en relación con la salud bucal es muy importante para el diseño y aplicación de medidas de prevención de distintas enfermedades. Sin embargo, las enfermedades bucales aparecen entre las primeras causas de morbilidad bucal a nivel mundial y Bolivia no está exento de estos problemas. La mayoría de la población no se preocupa por asistir al odontólogo a menos de que tenga un problema grave y doloroso que lo incapacite a seguir con la rutina diaria, sabiendo que el ingreso económico está primero para cubrir las necesidades básicas de alimentación, vivienda y educación.

Los datos obtenidos de la información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud con relación a la salud bucal en niños menores de 5 años, permitirán realizar estrategias para una interacción entre el pediatra médico general, enfermera y el odontólogo, en beneficio de la población infantil, además que en conjunto se adoptara medidas de intervención eficaces, que se

traducirán en una disminución de la incidencia de caries en niños menores de 5 años en el municipio de Monteagudo ya que la precocidad de las consultas del bebe al pediatra y a enfermería permitirá a estos profesionales deriva al niño al odontólogo a edad temprana y en forma oportuna, es por ello que el personal de salud pasa a tener una importancia fundamental en la promoción de la salud bucal y prevención de la caries dental, así como también en el reconocimiento de pacientes con alto riesgo de caries dental

Es importante resaltar que la mayoría de los padres de familia acuden con sus niños a la atención odontológica, muy tarde, es decir cuando el niño presenta caries avanzadas y con presencia de complicaciones pulpares y periapicales, es decir cuando el niño presenta dolor, cuando no puede alimentarse por presentar múltiples lesiones cariosas, lo cual implica tratamientos complejos a una edad muy temprana. Es por ello que el mantenimiento de la salud bucal del infante es una responsabilidad no sólo del odontólogo, sino también de los demás profesionales dela salud que atienden a niños, como los pediatras, médicos generales y enfermeras.

Con base a los antecedentes antes descritos se justifica plenamente la realización de la presente investigación, donde toda la información obtenida del estudio sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene el personal de salud sobre la salud bucal en niños menores de 5 años en la región del municipio de Monteagudo provincia Hernando siles del departamento de Chuquisaca permitirá el cambio del enfoque centrado en la enfermedad que en la actualidad ocurre que es la atención curativa y mutilante para pasar hacia un enfoque preventivo fundado en la salud, educación sanitaria y el autocuidado y tomando en cuenta al a salud general como parte inseparable de la salud general

Los beneficios de los resultados recaen sobre los mismos profesionales de las ciencias de la salud pues al determinar su nivel de conocimientos sobre salud bucal, podría utilizarse los resultados como aporte, para que en un futuro se den capacitaciones en salud bucal enfocado a todos los profesionales de salud haciéndolos parte integrante de la prevención en salud bucal.

1.1.4 Objetivos

a). Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y práctica del personal de salud de los servicios públicos del Municipio de Monteagudo, con relación a la salud bucal de los niños menores de 5 años durante el periodo de agosto del 2016 a junio del 2017.

b). Objetivos específicos

1. Identificar la distribución del personal de salud de los servicios públicos del Municipio Monteagudo, según su profesión.
2. Establecer la distribución del personal de salud de los servicios públicos del Municipio Monteagudo, según años de ejercicio profesional.
3. Identificar el área de trabajo del personal de salud de los servicios públicos del Municipio Monteagudo.
4. Identificar la realización de interconsulta de los niños menores de 5 años atendidos por el personal de salud de los servicios públicos con el odontólogo.
5. Evaluar el nivel de conocimiento del personal de salud de los servicios públicos en relación a la salud bucal de los niños menores de 5 años
6. Evaluar las actitudes sobre la prevención de caries dental del personal de salud del sistema público.
7. Valorar la práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal del personal de salud
8. Relacionar el nivel de conocimiento, actitudes y práctica del personal de salud del sistema público con años de ejercicio profesional

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL.

2.1 Marco teórico

2.1.1 Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (13)

2.1.2 Promoción de la salud

La carta de Ottawa definió ampliamente la promoción de salud como un proceso que consiste en brindar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. Ahí se afirma claramente que la promoción de la salud trasciende la idea de formas de vida sanas, para incluir las condiciones y requisitos para la salud, que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad. (14,15)

El concepto de promoción de la salud se inició en 1986 en la Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá, organizada por la OMS, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, como “el proceso de capacitar las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social” además afirma que “la promoción de la salud apoya el desarrollo individual y colectivo, aportando información, educación para la salud y potenciando habilidades para la vida” (15)

En la Carta de Bangkok, suscrita en la VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, se retomó el término de promoción de la salud y se agrega que la salud es un derecho fundamental del cual todo ser humano debe disfrutar sin discriminación alguna, donde la promoción de la salud se basó en dicho

derecho fundamental que permitió conceptualizar como positivo e incluyente de la salud, además como un factor determinante de la calidad de vida que abarca el bienestar mental y espiritual. (17)

En la Carta de Bangkok se afirmó que “La promoción en salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así esta” (OMS, 2006), interviniendo en los hábitos de vida que pueden constituir o no factores de riesgo para padecer cualquier enfermedad. (14-17)

Para la OMS, la promoción está dirigida a toda La población y orienta sus mayores esfuerzos a grupos prioritarios como niños(as), adolescentes, ancianos, discapacitados, mujeres gestantes y poblaciones marginales. Como en muchos de los problemas de salud, el éxito de las actividades preventivas radica en una adecuada clasificación de riesgo de cada sujeto, en la participación activa de su autocuidado y en la continuidad que se tenga con la terapia de mantenimiento. (14-17)

Esta orientación reveló 3 aspectos entrelazados de la estrategia de promoción de la salud (16):

- Acción intersectorial para lograr políticas públicas saludables, además de políticas de salud pública.
- Afirmación de la función activa de la población en el uso de sus conocimientos sobre la salud, para hacer elecciones saludables y obtener mayor control sobre su propia salud y su ambiente.
- Acción comunitaria por los cuidados en el nivel local. La promoción de salud tiene tres componentes fundamentales e interrelacionados: educación para la salud, comunicación e información.

2.1.3 Educación para la salud

La educación es un factor determinante en la salud del ser humano, por lo que educar en salud y promover la adquisición de conocimientos en salud podría conducir a mejorar la calidad de vida de la sociedad. La educación para la salud se relaciona directamente con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la cual capacita a su vez a las personas a detectar los factores de riesgo y apropiarse de su salud y bienestar. (15)

La educación para la salud no solo está orientada a la transmisión de conocimientos, también tiene como objetivo crear una actitud positiva y fomentar la motivación, la autoestima y el desarrollo de habilidades de autocuidado, buscando que las personas adquieran hábitos saludables y mejoren su salud.

La educación para la salud permite que el individuo adquiera una responsabilidad sostenida y compartida en la identificación y solución de los principales problemas de salud. Se caracteriza por una actuación continua, activa y organizada que hace que la participación sea consciente y responsable, la educación para la salud forma parte de la ciencia preventiva y está directamente relacionada con la promoción en salud con el fin de conservar y proteger al máximo la salud. Ambas, educación y promoción, se complementan y son necesarias en los programas para prevenir las enfermedades bucales. (16)

La OMS definió la **educación para la salud bucal** como una combinación de oportunidades y aprendizajes que facilita cambios voluntarios del comportamiento y que conducen a una mejora de la salud bucal, teniendo en cuenta que la salud dental es inseparable de la salud en general. Ya que las enfermedades de la cavidad bucal pueden ser una manifestación o un factor agravante de ciertos trastornos generalizados, cualquier medida orientada a mejorar o conservar la salud bucal es imprescindible para el mantenimiento de la salud en general. (2, 16)

La educación en salud bucal se ha constituido en una forma de enseñanza, la cual pretende conducir al individuo y a la colectividad en un proceso de cambio de actitud y de conducta, parte de la detección de sus necesidades e intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad. (16)

La educación en salud bucal es muy deficiente, ya que la población en general tiene poca información respecto a las grandes potencialidades de la odontología preventiva. Careciendo de esta información, las personas cuentan con pocas herramientas para controlar el destino de sus órganos dentarios. (16)

En la actualidad, la mayoría de las personas piensan que los odontólogos son profesionales destinados a la curación de enfermedades bucodentales en forma absoluta y no así a la prevención, es decir que consideran a los odontólogos para la enfermedad y no odontólogos para la salud, además desconocen que todo el personal de salud es responsable del cuidado de la salud bucal y general de cada individuo.

Al respecto es importante mencionar que gran parte del personal de salud de los diferentes servicios dejan toda la responsabilidad de la salud bucal a los odontólogos, y no participan en el cuidado de la salud bucal de los niños, principalmente por carecer de conocimientos de educación y promoción de la salud bucal, donde son pocos los que poseen información detallada respecto a la placa dental y al potencial de las bacterias como inductoras de enfermedad en dientes y encías, y sobre la capacidad cariogénica de los azúcares y almidones. (18)

2.1.5 Prevención en odontología

La prevención en salud denominada también como “odontología social; “odontología pública” y “odontología comunitaria”. La odontología preventiva trata los diferentes métodos para prevenir las enfermedades bucodentales.

La Asociación Dental Americana de Salud Dental Pública definió como “el arte y la ciencia de prevenir y controlar las enfermedades bucodentales y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la comunidad”; es decir es la forma de practicar la odontología mediante la cual se presta atención a la comunidad como paciente, más que a los individuos aislados. Por tanto, la odontología comunitaria tiene un objetivo perfectamente delimitado: la salud bucodental de la comunidad, y el paciente en odontología comunitaria es la comunidad. Así también, la salud pública, en su concepción más moderna, comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad, dirigidas a la promoción y la restauración de la salud de la población. (19)

Es importante resaltar que, si todo el personal de salud participaría en el cuidado de la salud bucodental de la población infantil en una etapa temprana, es posible disminuir los altos índices de enfermedades buco-dentales por un largo periodo (toda la vida), lo cual se traduciría en una buena inversión costo-beneficio a nivel familiar y comunitario, porque la mejor manera de conservar la salud es a través de la prevención en tres niveles diferentes (19):

1. **Prevención primaria:** Utiliza técnicas y agentes para impedir el inicio de la enfermedad, cambiar en sentido opuesto el progreso de ésta, o para detenerla antes de que requiera tratamiento.
2. **Prevención secundaria:** Emplea métodos de tratamientos estandarizados para acabar con un proceso patológico y para restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad.
3. **Prevención terciaria:** Utiliza las medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes hasta el punto en que las capacidades físicas o las actitudes mentales, o ambas, estén lo más cerca posible de la normalidad después de la falla de la prevención secundaria.

Cuando se pasa de la prevención primaria a la terciaria, el costo en la atención de la salud se incrementa de manera exorbitante; por lo tanto, la salud bucal y satisfacción del paciente disminuyen en la misma proporción. De acuerdo a lo

anterior, la desigualdad entre el menor costo de la prevención y el mayor costo del tratamiento, debe ser considerado de manera seria en el país; sobre todo si se contempla el desarrollo de un programa de salud bucal a nivel nacional, el cual debería contener fundamentalmente estrategias basadas en la educación sobre la prevención de enfermedades y con esto, lograr cambios en los estilos de vida de los individuos que les permita conservar sus estructuras bucales sanas por mucho tiempo. (16)

Importancia de la promoción, educación y prevención en salud bucodental en la niñez.

No hay ningún otro período en la vida de los seres humanos en que éstos aprendan y se desarrollen tan velozmente como en la primera infancia. La atención y el cuidado que reciben los niños y niñas durante los primeros ocho años de vida –y especialmente en los tres años iniciales– tienen una importancia fundamental e influyen en el resto de sus vidas. (20)

El aprendizaje no se limita a los niños y niñas de determinada edad ni depende de la existencia de un ámbito escolar estructurado. De hecho, los bebés aprenden rápidamente desde su nacimiento. Crecen y aprenden más cuando reciben afecto, atención y estímulos además de una buena alimentación y atención de la salud adecuada. Las inversiones en el desarrollo de los niños mediante actividades de aprendizaje en la primera infancia y de preparación para la escuela, así como en las actividades relacionadas con su salud y alimentación, aumentan las probabilidades de que terminen la escuela primaria. (20,21)

Los niños aprenden a comportarse imitando la conducta de quienes les rodean. Por eso los padres, maestros y el personal de salud deben contar con los conocimientos y las aptitudes necesarias para brindarles en la primera infancia los mejores ámbitos de aprendizaje y de interacción. Tanto los padres como otras personas que tienen niños a su cargo deberían ser capaces de reconocer los síntomas y señales que indican deficiencias en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. (21)

El personal de salud, los padres, y las personas a cargo del cuidado de los niños determinan la salud bucal y general de la población infantil de corta edad.

2.1.6 Salud bucal

La OMS definió a la salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. (2)

La salud bucal no puede concebirse sin tener en cuenta la salud general. (22)

La salud bucal, en términos generales, se refiere al estado óptimo de la boca, sus estructuras y órganos, y su funcionamiento normal sin evidencia de enfermedad. La cavidad bucal, o más correctamente, el sistema estomatognático, es una unidad morfofuncional, bien definida anatómicamente, que comprende las estructuras combinadas de la boca y los maxilares, y que mantiene una interrelación recíproca y constante con el resto del organismo, tanto en salud como en enfermedad (23).

Al respecto, es importante mencionar que la salud bucal no puede visualizarse únicamente como un problema dentario, por lo que es necesario dar todo el énfasis posible a un sistema general: el Sistema Estomatognático que está conformado por: Oclusión Dentaria, Mecanismo Neuromuscular, Articulación Temporomandibular y Periodonto, cada uno de los cuales posee un valor intrínseco no sólo en su anatomía, fisiopatología y terapéutica sino también de sus estrechas relaciones con el resto del organismo (24).

La salud definida como “el pleno goce de bienestar físico social y mental del individuo o comunidad y no solamente la ausencia de enfermedades” además de ser considerada como componente principal del bienestar, es el estado de la persona humana como expresión dinámica de equilibrio de lo biológico, psicosocial y ecológico; por lo tanto, la salud es integral y no sólo la ausencia de enfermedad. (25)

La salud, constituye un derecho y al mismo tiempo una responsabilidad de todos y constituye un elemento indispensable en el desarrollo de la persona, la familia, la sociedad y el país. Por lo tanto, la salud bucal se entiende el bienestar estructural y funcional de todos los órganos constituyentes de la cavidad bucal o boca, así como de otras estructuras que colaboran al buen funcionamiento de la misma. (25)

Actualmente la salud bucal se considera una parte integral del complejo craneofacial que participa en funciones como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad. Entre otros. (25)

Asimismo, es importante resaltar que muchas enfermedades infecciosas y crónicas tienen repercusiones en la cavidad bucal, como el sida o la diabetes, así como las deficiencias nutricionales. Entre las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal encontramos a la caries dental, las periodontopatías y las mal oclusiones. (25)

2.1.7 Derecho a la salud

El derecho a la salud es dependiente e indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos; por esta razón, todo ser humano es titular del derecho de disfrutar el más alto nivel posible de salud, que conduce a vivir una vida digna. (25)

La salud es un derecho inclusivo, es decir, va más allá del derecho a la atención sanitaria oportuna y apropiada, e incorpora el derecho a los determinantes sociales de la salud. Entre ellos se encuentran el acceso a agua limpia y potable, condiciones sanitarias adecuadas, suministro de nutrición apropiada, buenas condiciones de residencia, condiciones sanas de trabajo y acceso a educación e informaciones asociadas a la salud. En este contexto, el derecho a la salud consiste en el derecho a instalaciones, bienes, condiciones y servicios necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Por tanto, el entendimiento de este derecho no se limita a los cuidados en salud, sino que involucra el derecho a los determinantes sociales que impactan en el

proceso salud-enfermedad. (26)

2.1.8 Importancia de la salud bucal

La Salud Bucodental es uno de los aspectos más importantes de la Salud y el bienestar general de la sociedad.(21)

El cuidado dental es un hábito que se aprende desde la infancia y que perdura toda la vida. Los dientes y encías bien cuidados ayudan a los niños a mantener una buena salud a nivel general, no sólo dental. Cuando los niños presentan caries, infecciones u otro tipo de enfermedad bucal, los resultados pueden ser negativos, generando deficiencias en la nutrición, desarrollo del lenguaje, dolor y en muchas ocasiones problemas con su autoestima. (27)

La boca juega un rol fundamental en nuestra salud y bienestar general. Por ello, mantener la boca sana es muy importante, porque ello facilita que se realicen correctamente las distintas funciones de la boca. Entre las principales funciones bucales, podemos reconocer (28):

Función de respiración: La boca participa activamente en la respiración y nos sirve tanto para tomar, como para eliminar el aire durante la respiración forzada. Incluso, ciertas personas la utilizan la boca para tomar y eliminar el aire en la respiración habitual: son los denominados respiradores bucales, los que muy frecuentemente presentan una obstrucción en la vía nasal y se acostumbran a respirar mayormente por la boca. La respiración bucal puede generar una alteración en el crecimiento y el desarrollo de los músculos de la cara, los huesos maxilares y la posición de los dientes.

Función digestiva: La boca es el primer órgano y el punto de inicio del aparato digestivo y gracias a ella, podemos: recibir, cortar, masticar, triturar, moler, digerir y tragar nuestros alimentos. Con una boca enferma, nos exponemos a un proceso digestivo y a una digestión deficiente.

Función sensorial y sensitiva: La boca también participa activamente en el proceso de la percepción del sabor y en el sentido del gusto, ya que está

recubierta de las denominadas papilas gustativas (presentes en toda la mucosa que recubre la boca y sobre todo en la lengua). Estas son los receptores que nos permiten diferenciar y reconocer los sabores: ácido, amargo, dulce, agrio y salado. A la vez, una boca sana facilita nuestra relación con el mundo que nos rodea, ya que es uno de los elementos más útiles y especializados que tenemos en el cuerpo para percibir las propiedades de las cosas. Prueba de ello es que, en los primeros años de nuestra vida, la utilizamos más que otros sentidos, para descubrir la consistencia y textura de las cosas. Haga el ejercicio de observar qué hace un niño pequeño y verá que se lleva los objetos desconocidos a la boca, mucho más que a los ojos u orejas. A la vez, si toma un grano de arena entre los dedos o si lo observa, podrá identificar sus propiedades de un modo mucho más limitado en comparación de tomarlo entre sus dientes. Otra demostración de alta sensibilidad y sensorialidad que caracteriza a la boca es la costumbre de los niños de chuparse el dedo, que incluso persiste en algunos jóvenes o adultos que mantienen el hábito de succión a lo largo de la vida (ya sea utilizando el dedo u otros objetos).

Función de protección: gracias a la mencionada avanzada propiedad que tiene la boca para percibir los sabores y las texturas de los alimentos y de las cosas, es que juega un rol crucial en nuestro sistema de defensa y en nuestra auto conservación. Por ejemplo, si recibimos un alimento extraño o en mal estado, nuestra boca nos avisa respecto al riesgo de ingerirlo y muy probablemente lo escupamos.

Función de comunicación: la boca además nos permite comunicarnos eficientemente. Pues con ella no solo emitimos sonidos y practicamos el habla, sino que también realizamos distintos gestos, ademanes, silbidos, etc. con los que nos comunicamos con las demás personas. Es decir, participa a la vez en la comunicación verbal y en la comunicación no verbal (risa, sonrisa, muevas, etc.).

Función de autoestima: las características externas de la boca y la presentación de nuestros dientes forman parte de nuestra apariencia física. Por consiguiente, son muy importantes en la imagen que proyectamos a los demás

y el tener una boca agradable favorece las relaciones humanas y eleva nuestra autoestima.

Una boca sana es el reflejo de un cuerpo sano y de una persona bien integrada en la sociedad. Por ello, le aconsejamos que cuide la salud de su boca y que visite al odontólogo por lo menos dos veces al año (cada 6 meses).

La cavidad bucal permite comer, hablar, sonreír, besar, tocar, oler y degustar, de tal manera que las alteraciones de la boca pueden limitar el desempeño escolar, laboral, social y en el hogar; así como dar lugar a la pérdida de miles de horas de trabajo y escolares anualmente, de ahí que el impacto psicosocial de los problemas bucales puedan afectar la calidad de vida de las personas (29,30).

Se ha encontrado que la salud bucal se relaciona con la selección de alimentos, el estado nutrición, la calidad de vida, enfermedad cardiovascular, osteoporosis, deterioro cognitivo, trastornos inflamatorios y metabólicos, por ello es importante saber que los dientes están diseñados para durar toda la vida, ya que son los instrumentos trituradores de la comida, las estructuras que soporta los tejidos blandos de la cara (mejillas) y los principales actores de una sonrisa atractiva. (29)

Por lo tanto conservar una buena condición de salud bucal, es fundamental para prevenir la pérdida de dientes prematuramente y hacer más eficaz el proceso de masticación y de esa forma permite disfrutar el sabor de los alimentos, mejora la apariencia personal, mejora la salud y el bienestar general, lo que dará como resultado un mejor desempeño social y personal. (29)

2.1.9 Factores que influyen en las conductas en salud

Conocimiento. Según la enciclopedia en salud se define como la información que acumula una persona a lo largo de su vida mediante la interacción con el entorno. Supone la comprensión de las cosas y la integración de las

percepciones en las estructuras cognitivas del individuo. El conocimiento es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica. (31)

Conocimiento. Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad objetiva. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, se asimila conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo circundante. Dicho saber se utiliza en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza a las necesidades del ser humano. El conocimiento y la transformación práctica de la naturaleza y de la sociedad son dos facetas de un mismo proceso histórico, que se condicionan y se penetran recíprocamente. (32)

Conocimiento de la salud bucodental

Para determinar las circunstancias que relacionan estilos de vida y salud bucodental se han realizado en los últimos años encuestas dirigidas a identificar conocimientos, actitudes y hábitos de salud bucal, unas veces coincidiendo con la realización de estudios epidemiológicos y/o con motivo de diseñar estrategias educativas en los diferentes grupos de la población, con el propósito de identificar su conveniencia y de esta manera, modificar o afianzar conductas saludables. (33)

Los conocimientos de salud bucal no siempre están fuertemente asociados con los comportamientos de los individuos hacia la prevención de enfermedades bucales. Sin embargo, se cree que un mayor conocimiento puede conducir a mejores acciones de salud y a modificaciones del comportamiento y puede llevar a aumentar el uso de los servicios de salud bucal en las primeras etapas de la enfermedad. (33)

Existen estudios que documentan que los conocimientos de salud bucodental se encuentran directamente relacionados con el nivel de instrucción, con el

nivel socioeconómico, con las actitudes hacia la prevención de patologías bucales y con el estado de salud bucal que presentan los individuos. El conocimiento puede ser adquirido de diversas maneras: en lo cotidiano, que implicaría el reconocimiento de nuestro entorno, adquirido a lo largo de la existencia de cada persona como resultado de sus vivencias y experiencias; y por otro lado, el conocimiento científico, que es el considerado como verdadero, ya que utiliza métodos e instrumentos para lograr una descripción o explicación de la realidad existente. Es una forma de conocimiento abierto a la revisión permanente y a la corrección de lo ya sabido. (33)

El conocimiento establece, que habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje. Finalmente, el input recibido y analizado debe ser significativo para que se decida a adoptar una conducta determinada. (34)

Fases entre el conocimiento y la conducta

En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente”(24). Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulten significativos para el grupo objetivo.(35)



De lo anterior se desprende que (35):

La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias.

Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas(35)

Actitudes y conductas.- Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud. (36)

Actitud es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas (35-38)

La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o malinterpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece. (36,37)

No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud (36,37)

Actitud del personal de salud. La Actitud en el presente trabajo es definida como el modo de actuar del personal de salud ante los problemas bucales más comunes en los niños menores de 5 años relacionados estrechamente con los motivos que orientan la búsqueda de atención odontológica profesional. Es decir, las actitudes están referidas al cuidado de la salud bucal

Conducta

Es el conjunto de actos y comportamientos exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles y plausibles de ser observados por otros. Por este motivo se dice que es toda actividad humana que sea observable por otra persona. (37)

El comportamiento no es solo un mero conjunto de interacciones, estímulos y

respuestas, sino una disposición individual frente a determinados estímulos que provocan una respuesta según la persona. (37)

El comportamiento precisa una manifestación externa en el mundo o realidad

Tipos de conducta (37):

- Conducta estereotipada
- Conducta aprendida
- Conducta compleja

Relacionado con esto es imperante determinar también que “el aprendizaje es el elemento que generaría la modificación de la conducta estereotipada o adquisición de nuevos tipos de conducta y, los criterios para distinguir la conducta aprendida de las modificaciones de la estereotipada son: a) el aprendizaje debe ser permanente. b) no será alteración permanente en la conducta”. (36) En tanto que el hábito “es el método más sencillo de aprendizaje, es la eliminación completa de la conducta estereotipada como resultado de un estímulo repetido”. Mientras que el razonamiento “es la facultad de utilizar experiencias pasadas, con deducción lógica, para resolver problemas nuevos más o menos complicados”. (37)

En consecuencia, la actitud quizá es la variable más estudiada en psicología social, porque es un elemento para la predicción de conducta. Predispone a cierta regularidad en los sentimientos, pensamientos del individuo para actuar en relación con algún aspecto de su ambiente. (37)

Las actitudes sociales de los seres humanos “están formadas por variables interrecurrentes, compuestas por tres elementos a saber (37):

1. El componente cognoscitivo.
2. El componente afectivo.
3. El componente relativo a la conducta”.

Cambios en el componente cognoscitivo: para que exista una actitud hacia un objeto determinado es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de dicho objeto.

Las creencias y demás componentes cognoscitivas (el conocimiento, la manera de encarar al objeto, etc.) relativos al objeto de una actitud, constituyen el componente cognoscitivo de la actitud. (37)

Cambio del componente afectivo: es el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social; supongamos que por una desavenencia cognoscitiva real modificamos nuestra relación afectiva con una persona. El cambio registrado en este componente nos conducirá a emitir conductas hostiles hacia la persona, así como a atribuirle una serie de defectos capaces de justificar y de hacer congruente el cambio de nuestro afecto. (37)

Cambio en el componente relativo a la conducta: “la combinación de la cognición y el afecto como instigadora de conductas determinadas, que influyen en un cambio de conducta ante una situación específica. (35-37)

“Prácticas” se la define como las acciones que involucran al personal de salud; para promover promoción y prevención en salud bucal.

2.1.10 Enfermedad dental

La Salud bucal es una parte integral de la Salud general del niño. Los problemas más prevalentes con respecto a la Salud bucodental en la edad preescolar son las alteraciones en el crecimiento y desarrollo bucodental, y la caries. El primero se relaciona con hábitos bucales incorrectos, patrones alimentarios inadecuados y/o una adquisición tardía de la masticación, que puede propiciar el desarrollo de maloclusiones. (10,38)

El segundo problema, la caries, es actualmente la enfermedad crónica más

frecuente en la infancia, presentando graves repercusiones en la Salud en general del niño, como dolor intenso, infecciones faciales, hospitalizaciones y visitas a urgencias, incluso una disminución en su desarrollo físico, alto coste de tratamiento y disminución en la calidad de vida en relación con la Salud bucal. Asimismo referir que los niños con caries en la infancia tienen mayor riesgo de padecer nuevas caries en la dentición permanente.(10,38)

Otra patología dental frecuente en este grupo poblacional es la enfermedad periodontal. Esta es una condición que suele comenzar en la infancia y aumenta en severidad a través de la edad adulta temprana y la edad media de la vida. Si bien existen diferentes grados de severidad, cerca del 95% de la población adulta posee este trastorno en mayor o menor grado. (10)

Respecto a la población infanto-juvenil con una patología de base, son frecuentes las aftas bucales y la gingivitis en niños diabéticos, y la micosis lingual o muguet en niños inmunodeprimidos, lactantes y recién nacidos, especialmente de madres portadoras de *Candida albicans* vaginal. Los prematuros pueden ser susceptibles a estas patologías bucales (10,38)

Caries dental

Los dientes temporobucles son comúnmente afectados desde edades muy tempranas; siendo la caries dental la enfermedad crónica infantil más común. la caries en los primeros años de vida se denomina la caries de infancia temprana que es definida como la aparición de cualquier signo de caries dental en cualquier superficie dental durante los tres primeros años de vida. La enfermedad también se ha denominado caries del biberón, caries de la lactancia.(4,5)

La caries actualmente es una de las enfermedades infecciosas más frecuente en la infancia, ocasionando graves problemas de Salud. Su prevalencia ha aumentado en los últimos 20 años hasta convertirse en un problema Socio

Sanitario. Existen además factores etiológicos implicados que pueden estar condicionados por los profesionales que asisten al niño y su entorno, especialmente por el Pediatra y la Enfermera/o de pediatría, estos profesionales tienen el primer y mayor contacto con el bebé y su familia. (10)

La caries dental causa alrededor del 40-45% del total de extracciones dentarias. Siendo lo verdaderamente alarmante respecto a la caries dental no el número total de extracciones que origina, sino el hecho de que el ataque cariígeno comienza muy temprano en la vida y no perdona prácticamente a nadie(10)

La caries dental se la define como un proceso patológico, localizado, de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando la destrucción del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. (39)

La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial en la que existe interacción de tres factores principales (triada de Keyes): el huésped, la micro Flora y el sustrato. Además de estos factores deberá tenerse en cuenta uno más, el tiempo. Para que se forme la caries es necesario que las condiciones de cada factor sean favorables. Es decir, un huésped susceptible, una flora bucal cariogénica y un sustrato apropiado, que deberán estar durante un periodo determinado de tiempo. (39)

Causas de la caries dental

Los factores responsables de la caries están relacionados con la susceptibilidad del diente. La resistencia viene determinada por la cantidad de flúor que contenga su estructura. Contrariamente a la creencia popular, ni la malnutrición en la gestante ni en el niño al nacimiento parece tener ningún efecto en la susceptibilidad a la caries dental. Tampoco las deficiencias de calcio o de vitamina durante el desarrollo del diente tienen efectos en la prevalencia de caries en edades posteriores. El fluoruro es el único factor que ha demostrado disminuir la susceptibilidad a la caries.(10)

Saliva La saliva es una solución súper saturada en calcio y fosfato que contiene flúor, proteínas, enzimas, agentes buffer, inmunoglobulinas, glicoproteínas, entre otros elementos de gran importancia para evitar la formación de la caries. El flúor está presente en muy bajas concentraciones en la saliva, pero desempeña un importante papel en la remineralización, ya que al combinarse con los cristales del esmalte forman el flúor apatita, que es mucho más resistente al ataque ácido que la hidroxiapatita. Al estudiar las funciones de las proteínas salivales ricas en prolina se ha demostrado que éstas interaccionan con la superficie del diente, y forman parte de una capa de proteínas que se deposita sobre el mismo, denominada película adquirida, la cual está involucrada en procesos importantes como la protección de la superficie dentaria, su remineralización y la colonización bacteriana, entre otras. (40)

En la saliva, además de proteínas, se han aislado péptidos con actividad antimicrobiana, por ejemplo, las beta-defensinas. Se considera que además de la defensa de la superficie de la cavidad bucal, éstas pudieran inhibir la formación de la placa dental bacteriana y por lo tanto, el desarrollo de la caries dental. Otras de las funciones de la saliva es lubricar los tejidos bucales, proteger los tejidos blandos y eliminar las partículas de alimento y residuos de los tejidos. Cuando se pierde la eficiencia de la salivación, el riesgo de la iniciación de caries aumenta; esta afección es conocida como xerostomía. (40,41)

Placa dentobacteriana. También denominada placa dental, es una acumulación heterogénea que se adhiere a la superficie de los dientes o se sitúa en el espacio gingivo–dental, compuesta por una comunidad microbiana rica en bacterias aerobias y anaerobias rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen microbiano y salival. Constituye un depósito blando, adherente, consistente, mate y de color blanco– amarillento en la superficie de los dientes. Se forma en algunas horas y no puede eliminarse con un chorro de agua a presión. Esto lo diferencia de la materia alba, formada por restos alimenticios, leucocitos en vía de desintegración, células epiteliales descamadas y microorganismos. (40,41)

Formación de la placa bacteriana La colonización primaria está dominada por cocos Gram positivos anaerobios facultativos. Éstos se adhieren sobre las superficies cubiertas por la película poco tiempo después de la limpieza mecánica. Hasta después de 12 horas hay un rápido incremento del número de bacterias observado, esparciéndose sobre la superficie como una mona copa, como resultado de la división celular. Al final del primer día, la superficie del diente está cubierta casi por completo por una “sábana” de microorganismos compuesta por cocos. Posteriormente, se produce el crecimiento en grosor de las colonias, así como su diferenciación en función de las diversas localizaciones. (39- 42)

Los depósitos bacterianos maduros, a las dos o tres semanas, adoptan una estructura típicamente organizada en una capa interna de microorganismos densamente apretados y otra capa externa con una estructura menos compacta que contiene numerosos filamentos. Muchos estudios de laboratorio han demostrado que el principal microorganismo asociado a la formación de la caries dental es el *Streptococcus mutans*, seguido por el *S. sobrinus*, *S. salivarius*, así como algunas especies de *Lactobacillus* y *Actinomyces*. (39-42)

El *Streptococcus mutans* coloniza la cavidad bucal de los niños tiempo después de la erupción del primer diente. Esta colonización de la dentición infantil aumenta de manera muy notable aproximadamente a los dos años de edad, durante un periodo llamado “ventana de infectividad”. La especulación de cómo se transmite el *S. mutans* durante el periodo de ventana de infectividad, incluye el contacto con la saliva de la madre cuando esta comparte los cubiertos con su hijo, usa el mismo cepillo dental, lo besa en la boca y probablemente también, durante el nacimiento en el canal vaginal. (39-43)

El paso más importante para que se produzca la caries es la adhesión inicial de la bacteria a la superficie del diente. Esta adhesión está mediada por la interacción entre una proteína del microorganismo y algunas de la saliva que son absorbidas por el esmalte dental. Para la colonización bacteriana es imprescindible la formación previa de una fina película de proteínas salivales sobre la superficie del diente: la ya mencionada película adquirida. La

interacción se produce en cierta medida a través de cargas electroestáticas. La carga eléctrica de las proteínas se relaciona con la presencia de grupos ionizables en sus aminoácidos constituyentes y a la acción de moléculas de naturaleza proteica en la superficie de las bacterias, denominadas adhesinas, que se unen a las proteínas salivales, las cuales actúan como receptores y facilitan la adherencia bacteriana. (42,43)

En el caso del *Streptococcus mutans*, los factores de virulencia más involucrados en la producción de caries son: Acidogenicidad: El estreptococo puede fermentar los azúcares de la dieta para originar principalmente ácido láctico como producto final del metabolismo. Esto hace que baje el pH y se desmineralice el esmalte dental. (39-43)

- Aciduricidad: Es la capacidad de producir ácido en un medio con pH bajo.
- Acidofilicidad: El *Streptococcus mutans* puede resistir la acidez del medio bombeando protones fuera de la célula.
- Síntesis de glucanos y fructanos: por medio de enzimas como glucosil y fructosiltransferasas se producen los polímeros glucano y fructano, a partir de la sacarosa. Los glucanos insolubles pueden ayudar a la bacteria a adherirse al diente y ser usados como reserva de nutrientes. Las glucosiltransferasas catalizan la hidrólisis de dos moléculas de sacarosa en sus monosacáridos constituyentes: la alfa-D-glucosa y la beta-D-fructuosa. (39-43)

Las moléculas de glucosa resultantes son polimerizadas por enlaces alfa (1-6), alfa (1-4) o alfa (1-3) y forman los glucanos extracelulares bacterianos y se liberan dos moléculas de fructuosa. El *Streptococcus mutans* secreta los tres tipos de glucosil transferasas. Al producto de la GTF-I y la GTF-SI, con predominio alfa, se le denomina mutano. Su insolubilidad en agua, viscosidad y aspecto fibrilar lo involucra en los fenómenos de adherencia, agregación y acumulación bacteriana en la placa dental; de esta manera la capacidad de producir mutano está involucrada en el poder cariogénico del *Streptococcus mutans*. (39,42,43)

Sin embargo, existen tres clases de lesiones cariosas, producidas por tres

diferentes clases de microorganismos, en tres diferentes localizaciones en el diente y en tres diferentes periodos de edad. (39,42)

- **Lesiones primarias:** principalmente en fosas y fisuras, en dientes recién erupcionados. Los microorganismos asociados son principalmente *Lactobacillus acidophilus*.
- **Lesiones secundarias:** de superficies lisas. Se da principalmente en esmalte joven y con la participación del *Streptococcus mutans*.
- **Lesiones terciarias:** de superficies radiculares; en edades adultas debido a exposición de raíz. El microorganismo involucrado es el *Odontomyces viscosus*.

Sustrato cariogénico

Los hidratos de carbono, en específico la sacarosa, están contenidos en una gran variedad de alimentos consumidos diariamente, los cuales poseen gran potencial cariogénico (el potencial cariogénico se obtiene según la consistencia física del alimento, la cantidad, la frecuencia y el momento de consumo). Los hidratos de carbono participan entre otras cosas en la constitución de peptidoglucanos, que son sustancias que conforman las paredes celulares bacterianas, propiciando el desarrollo de placa dentobacteriana, otro factor de riesgo, el cual es reservorio para más bacterias cariogénicas. (42,43)

El *Streptococcus mutans* es la especie bacteriana considerada como la de mayor potencial cariogénico, ya que produce enzimas que rompen los enlaces de sacarosa y une los residuos de glucosa entre sí para formar glucanos insolubles que sirven de matriz pegajosa para que se adhieran otras bacterias y sigan produciendo los ácidos en la cavidad bucal que conducen a la desmineralización de la superficie del esmalte y el inicio de las lesiones cariosas. (39-42)

Por el contrario, una dieta baja en azúcares y carbohidratos fermentables, y alta en alimentos ricos en calcio, puede producir la remineralización dental.

Dentro de los otros factores relacionados con el huésped encontramos otros como el funcionamiento del sistema inmune, el nivel socioeconómico, nivel de educación, estilo de vida, maloclusiones, uso de medicamentos, enfermedades sistémicas, uso de fluoruros etc. (39-42)

Los factores de riesgo para la aparición de caries

Los factores principales que influyen en la aparición de caries son (42,43):

- Alto grado de infección por *Streptococos Mutans*
- Alto grado de infección por Lactobacilos:
- Experiencia anterior de caries en personas no afectadas por caries:
- Deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido
- Deficiente capacidad de mineralización:
- Dieta cariogénica
- Mala higiene bucal
- Baja capacidad buffer salival
- Flujo salival escaso
- Viscosidad salival
- Apiñamiento dentario moderado y severo:
- Anomalías y opacidades del esmalte:
- Recesión gingival
- Factores sociales

El bajo nivel de ingresos, escaso nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos en educación para la salud, inadecuadas políticas de servicio de salud, costumbres dietéticas no saludables, familias numerosas; se asocian a mayor probabilidad de caries: (42,43)

- Bajo peso al nacer
- Enfermedades sistémicas
- Personas sometidas a radioterapia
- Medicación
- Otros hábitos

- Otros factores bio-sociales

Edad: hay tres grupos de edades en los que existe mayor susceptibilidad a la caries dental (39):

- 4 – 8 años, para caries de dentición temporal.
- 11 – 18 años, para caries de dentición permanente.
- 55 – 65 años, para caries de raíz.

Sexo: algunos estudios reflejan al sexo femenino más afectado con mayor cantidad de dientes obturados y menor cantidad de perdidos.

Exposición al flúor: la inexistencia de terapias con flúor ya sea sistémica o tópica favorecen la aparición de caries dental. (39)

2.1.11 Consecuencias de las enfermedades bucales

Las consecuencias describen los efectos resultantes de la aparición de la enfermedad. Teniendo en cuenta la actual incidencia de la caries en la primera infancia, la salud bucal es un importante problema de salud pública. Las consecuencias del aumento de la vulnerabilidad y el desarrollo de enfermedades dentales contribuyen negativamente al bienestar de un niño. (42)

El niño puede experimentar dolor y sufrimiento por la formación de caries, y esto puede disminuir la ingesta bucal, causando retraso en el desarrollo. (42)

El niño también puede experimentar autoestima más baja como resultado de la estética bucal deficiente. (42)

El estrés familiar también puede aumentar como resultado de la imposibilidad de acceder a la atención dental para un niño pequeño, junto con las demandas de solicitar tiempo para ausentarse del trabajo para acudir a las citas con el dentista. (38)

Tratamiento de la caries dental también es muy costoso para los individuos y/o servicios de salud, aún incluso cuando existe acceso a los servicios para los niños y las familias.

La consecuencia de la salud bucal positiva en un niño son la capacidad de masticar con facilidad, para hablar sin dificultad debido a la cantidad adecuada de dientes y al hecho de que estén normalmente alineados, y la alta autoestima debido a la estética bucal. Los resultados finales de la exposición de los niños a los factores positivos que disminuyen los factores de riesgo son la ausencia de enfermedades dentales. (42)

2.1.12 Medidas para prevenir la caries dental

Lactancia materna

Es de vital importancia no sólo para el bienestar general, nutricional y psicológico del bebé, sino también porque estimula un correcto crecimiento y desarrollo del aparato digestivo. Si la lactancia materna es adecuada, el niño estará perfectamente alimentado hasta los 6 meses, momento en el cual precisa la introducción de alimentación complementaria. Estudios odontológicos recientes indican que la falta de lactancia materna o un periodo corto de la misma están relacionados con la instauración de hábitos nocivos de succión y deglución y, pueden llevar a posteriores alteraciones dentales y maxilares (10)

Por otro lado, la caries en la infancia precoz se puede presentar en niños alimentados con lactancia después de la erupción del primer diente primario, sobre todo si no existe una higiene bucal adecuada y/o si los factores protectores de la saliva se encuentran reducidos, como ocurre durante el sueño. Por esta razón, a partir de la erupción de los primeros dientes, no es recomendable que el bebé ingiera leche durante el sueño ya que está demostrado que es un factor de riesgo de caries en la infancia precoz. (10)

Uso del biberón

Está indicado el uso de fórmulas adaptadas sólo en los casos en que la lactancia materna no sea efectiva, cuando el niño presente una enfermedad de base que obligue a introducir fórmulas adaptadas o cuando la madre consuma fármacos desaconsejados durante la lactancia.(10)

La ingesta de fórmulas adaptadas se realiza habitualmente por medio del biberón, y éste sólo debe utilizarse como vehículo para la administración. Otros líquidos, como los zumos y el agua, deben ofrecerse en tacitas, No se recomienda la adición de azúcares ni edulcorantes al biberón por ser un claro factor de riesgo de caries. (10)

Desde el punto de vista de la prevención de maloclusiones o mal posición de los dientes, se recomienda el uso de una tetina anatómica con un orificio pequeño, ya que favorece el movimiento anterior de la mandíbula y la coordinación de la succión, la deglución y la respiración.(10)

El uso del biberón debe abandonarse progresivamente a partir de los 12 meses 13, para fomentar el cambio de un patrón alimentario de succión a masticación, razón por la cual los padres deben intentar que sus hijos beban de una taza hacia el primer año 16. Después de los 18 meses, la masticación se vuelve más eficiente, ya que aparecen en el niño los primeros molares y caninos. A partir de ese momento es cuando se debe abandonar definitivamente el biberón. (10)

La persistencia del biberón favorece un patrón de succión infantil, la aparición de una deglución atípica y, posteriormente, mal oclusiones y otros problemas de salud como cefaleas, migrañas, alteraciones visuales y otalgias. (10)

Uso del chupete

No se recomienda el uso de chupete durante la lactancia materna, ya que este

suple todas las necesidades de la fase bucal. Si es utilizado, éste debe ser anatómico y su uso debe limitarse hasta los 12-18 meses de edad, y no sobrepasar los 2 años, debido a la asociación entre este hábito y la alteración en la posición lingual, pudiendo propiciar mal oclusiones óseas y dentarias (separación de dientes superiores y deformación del paladar superior) (10)

Todo niño que persista con un hábito de succión no nutritivo (chupete o dedo) más allá de los 3 años debe ser derivado por su Pediatra a un profesional sanitario Bucodental.

Transmisión bacteriana

La mayoría de los niños se contagian por bacterias cariogénicas de manera vertical a través de la saliva de madres, familiares o cuidadoras (Enfermedad importada).

Los niños cuyas madres presenten mayores niveles de *Streptococcus mutans* tienen mayor riesgo de un contagio más temprano 19. Asimismo, se recomienda a las madres, padres, hermanos y/o cuidadores evitar la transmisión de bacterias de su saliva a la boca del niño, ya que ciertos hábitos como compartir utensilios con el bebé (cucharas, cepillos dentales...), limpiar el chupete con su saliva, enfriar la comida soplando sobre ella o dar besos en la boca resultan contaminantes para él (10)

Uso de flúor

El flúor ha demostrado ser una herramienta segura, eficiente y eficaz en la reducción de caries y en la reversión de desmineralizaciones del esmalte dentario 20. El pediatra y el odontólogo decidirán el tipo de administración de flúor y la frecuencia de su aplicación (10) El enjuague bucal con solución de fluoruro es un método viable y eficaz para prevenir la caries dental en escolares. Según su concentración, puede ser administrado diariamente, semanalmente o cada quince días.

La reducción de la incidencia de caries se sitúa alrededor del 35% cuando los escolares se enjuagan la boca diariamente con una solución de fluoruro de sodio al 0,05% o bien cada una o dos semanas con solución al 0,2% durante un minuto.

(10)

Un medio idóneo para su realización es el centro escolar. En la escuela se puede potenciar su acción con actividades de Educación para la Salud. Pero, es necesario que el personal instruya al personal docente acerca de la Salud Bucodental, para transmitir los conocimientos a los niños y que éstos puedan aprender y mejorar aspectos relacionados con su Salud bucal. (10)

Pasta dental

El uso de dentífricos con flúor es una práctica que puede disminuir la incidencia de nuevas lesiones por caries en un 20-30%. No se recomienda su uso en niños que no sepan escupir (generalmente menores de 2 años de edad) por el riesgo de una ingesta excesiva de flúor y como consecuencia la aparición de fluorosis en la dentición permanente 18. Resulta de gran importancia vigilar la calcificación de los dientes, fundamentalmente durante los siete primeros años de vida. (10)

En niños de 2-3 años de edad con la coordinación motora suficiente para escupir, se puede utilizar pasta dental con una concentración de 500 ppm de flúor cantidad equivalente a un guisante. En niños mayores de 6-7 años se puede utilizar una pasta dental con mayor concentración de flúor, ya que el riesgo de fluorosis dental por ingestión sistémica de flúor desaparece a partir de los 7 años. En niños con alto riesgo de caries, el pediatra y el odontólogo valorarán la necesidad del uso de pasta dental fluorada. (10)

Alimentación cariogénica

El azúcar, la miel y demás azúcares refinados deben evitarse por su gran asociación con la caries en la infancia precoz 16, durante los primeros 2 años de vida, pues a esta edad, el niño es más susceptible de establecer un proceso virulento de caries.

Aconsejar a los padres que eviten alimentos que contengan «azúcares ocultos», como galletas, bollería, zumos industriales, patatas fritas embolsadas o bebidas gaseosas. Se desaconsejan también los azúcares de consistencia pegajosa y el consumo de cualquier azúcar refinado entre las comidas. (10)

Teniendo en cuenta que la caries se produce en presencia de azúcares y otros hidratos de carbono refinados, en particular sacarosa; es básico encauzar las acciones preventivas hacia un control de la ingesta de estos azúcares. De gran importancia resulta realizar en el centro escolar actividades de Educación para la Salud con el fin de introducir conocimientos y adquirir hábitos sanos en relación con la alimentación no cariogena. (10)

Higiene bucal

La correcta higiene bucal es un factor clave para la prevención de caries en la infancia precoz, por ello, se debe informar bien a la familia sobre la importancia de este hábito. La higiene bucal infantil es responsabilidad de los adultos, al menos hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada para efectuar estos procedimientos, nunca antes de los 5 años. Se considera que el niño es autónomo a partir de los 8-10 años de edad 13,18, y es a partir de este momento y hasta la adolescencia recomendable, una supervisión de su higiene bucal, sobre todo lo que respecta a la higiene nocturna. (10)

Antes de que erupcionen los primeros dientes, se debe comenzar con la estimulación bucal para así acostumbrar al bebé en la manipulación de la boca e instaurar un hábito precoz. La limpieza debe hacerse una vez al día. Aquí se pueden utilizar dedales de silicona o gasas humedecidas en agua. Después de la erupción de los primeros dientes, se debe comenzar con la limpieza bucodental dos veces al día. Igualmente se pueden utilizar dedales de silicona o cepillos dentales infantiles.

En la erupción de los primeros molares primarios, alrededor de los 18 meses, se debe optar por el uso del cepillo dental. Este debe tener un mango recto y largo, una empuñadura gruesa, cerdas suaves con las puntas redondeadas y un tamaño

compatible con la boca del niño (10). La técnica del cepillado debe ser sencilla para los padres. Recomendando limpiar las superficies dentales laterales (linguales y vestibulares) con movimientos circulares y las superficies masticatorias con movimientos anteroposteriores. La posición del adulto debe permitir una buena visibilidad de la boca, manteniendo la cabeza del niño en una posición estable (10)

Cepillado Dental

El cepillado habitual y meticuloso de las superficies dentarias es necesario para la prevención de la caries y las enfermedades periodontales. Su finalidad es la eliminación de la placa bacteriana adherida a la superficie de los dientes, de los residuos alimentarios de la dieta y de las tinciones. Con un cepillado dental adecuado se consigue el control de la placa supragingival y de la placa subgingival situada hasta una cierta profundidad. (43,44)

Diseño del cepillo

El cuidado dental profesional y motivación del paciente en su cepillado dental son mucho más importantes que el diseño del cepillo". En general se recomienda el uso de un cepillo de dientes de cerda artificial de nylon, con puntas redondeadas para minimizar las lesiones gingivales, de dureza media o suave y con un cabezal adaptado al tamaño de la dentición, siendo siempre más adecuado un cabezal relativamente pequeño para facilitar el acceso a las distintas superficies de los dientes y un mango de la longitud y anchura suficiente para manejarlo con seguridad, En cuanto a la periodicidad de recambio de cepillo dental, se encuentran recomendaciones en la bibliografía que oscilan entre 2,5 y 6 meses. (43,44)

Existe evidencia de que el cepillado dental con dentífrico, inmediatamente después de las comidas, es un medio eficaz para limitar la caries dental, no así si se realiza después de los diez minutos. Numerosos estudios apoyan la creencia de que cepillar los dientes inmediatamente después de las comidas reduce la destrucción dental de 50 a 100 % aproximadamente.

Técnicas del cepillado

Existen múltiples técnicas: la de Fones o rotacional; la de Charters, donde se masajea el margen de la encía y se limpia al mismo tiempo el espacio interproximal (con movimientos rotatorios y vibratorios) y la técnica horizontal, tan generalizada que se indica en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permita utilizar otra técnica. (42-44)

Se recomienda de forma generalizada la técnica Stillman modificada que, con movimientos verticales, se trasladan las cerdas del cepillo de la encía al diente, tanto para el maxilar superior como para el inferior, para poder limpiar las superficies vestibulares y linguales, así como los espacios interdentes; para las superficies oclusales se mueve el cepillo en sentido anteroposterior. (42-44)

Con esta técnica se contrarresta la técnica horizontal, que unida a la fuerza innecesaria y a la dureza de las cerdas, ha provocado abrasiones dentarias en los cuellos dentarios y retracción gingival. Con este método se logra, mediante los movimientos de giro del cepillo, estimular las encías con lo cual, además de la prevención de caries se hace prevención de periodontopatías. El cepillado se debe enseñar en los primeros años del niño y por ello es conveniente que los padres tengan el conocimiento de cómo efectuarlo. (42-44)

Control de la placa bacteriana

La placa bacteriana es el agente causal principal de la caries y de la enfermedad periodontal; y el mejor método para prevenir los efectos nocivos de ésta son el cepillado de dientes junto con el uso de hilo dental; aunque las evidencias científicas han sido incapaces de demostrar una asociación clara entre un cepillado regular y eficiente y una incidencia baja de caries dental. (10)

El cepillado regular por sí mismo no previene la caries dental, pero se logra un beneficio definitivo mediante el uso regular de pasta fluorada. (10)

El hilo dental es indispensable para una buena limpieza bucal, sobre todo cuando exista contacto entre los dientes, puesto que el cepillo no puede

acceder a las zonas interproximales. (10)

Visita al pediatra y al odontólogo

Aconsejado por su pediatra, tras la erupción de los primeros dientes, en el primer año de vida, el niño podrá visitar al odontólogo. En esta consulta se determinará el riesgo de caries, se informará a los padres, y se evaluará la necesidad de tratamientos; todo ello con el fin de lograr una óptima Salud bucal desde la infancia. (10)

Las visitas al pediatra se fijan a los 2, 4, 6, 12 y 18 meses y a los 3, 6, 12 y 14 años de edad. Se realizan revisiones acerca de la Salud en general del niño (peso, talla y vacunación) y la Salud en particular, como son la Salud Bucodental y la Salud higiénico-dietética. Tanto el pediatra como el personal de salud deben promover estrategias de Educación sanitaria y Promoción de la Salud infantil y ofrecer apoyo y orientación en los cuidados de Salud que el niño precisa. Cabe recordar que la instauración de una actuación precoz se basa en evitar futuras complicaciones y el enfoque de este tipo de odontología es preventivo y no curativo. (10)

2.1.13 La salud bucodental y la salud general

Interés y responsabilidad de todo el equipo de salud

Pese a la significativa difusión en diversos medios impresos y electrónicos, la caries en la infancia y la enfermedad periodontal, continúan representando uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel mundial. (46)

La prevención de la caries dental es una expresión de urgentes exigencias, dado que no existe un método preventivo único que pueda constituirse como un antídoto, por lo que no puede un solo hecho preventivo eliminar la enfermedad. Al respecto, es necesario que el personal de salud tenga la mayor información básica acerca de las enfermedades bucales, ya que el papel que juegan como informadores y formadores es indispensable para tomar medidas preventivas en colaboración activa con el odontólogo y odontopediatra. Este

vínculo de colaboración crea una condición indispensable para prevenir enfermedades sistémicas, así como complicaciones de la caries dental, las maloclusiones a una edad temprana, ya que éstas podrían intervenir negativamente en la salud general de los niños, durante las primeras etapas de su vida (46)

Una visión separada de la salud bucodental y de la salud general es un factor que puede limitar el acceso a la adecuada atención sanitaria de las personas. Por ello, un abordaje integral de la salud general y bucodental, debe dejar atrás el concepto de que un sólo profesional y, dentro de un consultorio, puede conocer, explicar y resolver todas las afecciones de una persona, su familia y/o su comunidad e instalar el concepto y la práctica del trabajo en equipos multidisciplinarios que aporten distintas perspectivas, según su formación, para fortalecer y darle integralidad al cuidado de la población. (46)

Si bien, no se puede reemplazar la atención restaurativa especializada del personal odontológico, con adecuada información y entrenamiento, otros profesionales de la salud, como el personal médico, de enfermería y de promoción de la salud, pueden detectar enfermedades bucodentales, brindar servicios preventivos y promover la salud bucodental. (46)

Del mismo modo, el personal odontológico, puede diagnosticar y prevenir cuadros de enfermedades generales y promover la salud general. Por lo anterior, resulta de suma importancia generar cooperación entre la odontología y otras áreas de la salud de modo a aprovechar valiosos recursos humanos, técnicos y económicos para promover la salud, prevenir las enfermedades, realizar diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados. (47)

La participación del **personal médico** en el cuidado de la salud bucodental juega un rol relevante para orientar a la población hacia una conducta preventiva. El personal médico general/familiar tiene en sus manos la oportunidad de acceder y de atender a un importante y variado grupo poblacional. Si el personal médico deriva de manera oportuna a los pacientes en riesgo al personal odontológico, tal como indica una interconsulta con otras

áreas de la medicina (cardiología, ginecología, urología), puede tener un gran impacto para disminuir las oportunidades perdidas para promover la salud bucodental, así como, para prevenir y controlar las afecciones de la cavidad bucal. (47)

Su trabajo en coordinación con el personal odontológico puede evitar las complicaciones que determinadas patologías odontológicas podrían acarrear a pacientes en riesgo, como los enfermos cardiovasculares, oncológicos, inmunocomprometidos o diabéticos, así como, aumentar las posibilidades de prevenir, disminuir y/o tratar adecuadamente las manifestaciones de estas enfermedades a nivel bucodental. (47)

Los profesionales obstetras también juegan un rol importante en el cuidado de la salud bucodental porque la gestación representa una etapa ideal para reforzar el autocuidado a través de la promoción de la salud, así como, para prevenir o interceptar ciertas patologías. En ese sentido, el primer y el mayor número de contactos con la mujer embarazada, lo ejerce el personal de obstetricia. Por ello, se convierte en un gran aliado del personal odontológico en su tarea por prevenir y/o tratar las enfermedades más frecuentes de la cavidad bucodental que pueden afectar a la madre (la caries y la enfermedad periodontal) y que, en este período de la mujer, pueden exacerbarse si no se toman las medidas adecuadas. (47)

Las infecciones bucodentales representan un riesgo para la embarazada y para el feto. Por el contrario, si la madre goza de una adecuada salud bucodental, eso contribuirá, no solamente a un embarazo saludable, sino a que el hijo tenga un menor riesgo de adquirir caries. La gestación además representa un período donde, por medio de la ecografía y otros estudios, el personal de obstetricia puede detectar malformaciones relacionadas a la cavidad bucal del embrión en formación. (47)

La salud bucodental del niño es una responsabilidad interdisciplinaria, donde el personal médico pediátrico y el personal odontológico deben trabajar de manera activa y coordinada (47)

El personal médico pediátrico, quien, a diferencia del personal odontológico, ve diariamente a un gran porcentaje de niños desde su nacimiento, tiene más posibilidades de ser la primera línea de acción para la promoción de la salud bucodental, la detección de afecciones bucodentales y la referencia oportuna de los casos que requieren atención odontológica. Por lo anterior, el examen bucodental en el consultorio pediátrico constituye una actividad fundamental tanto para identificar como para dar respuesta a las necesidades en salud bucodental de los niños. (47)

Asimismo, las licenciadas en enfermería u obstetricia Su labor diaria, estrechamente vinculada al cuidado de la salud del individuo, la familia y la comunidad, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, posiciona al personal de enfermería u obstetricia, como uno de los elementos nucleares para lograr una atención integral de la salud bucodental de los individuos. Su trabajo coordinado con el personal odontológico permite aprovechar valiosas oportunidades para promover la salud bucodental, para prevenir las afecciones bucales y/o sus complicaciones, así como para una rehabilitación adecuada de las mismas. (47)

De igual forma los Promotores de salud/agente comunitario contribuyen al cuidado de la salud bucodental de los niños. El promotor de la salud es un “puente” entre los servicios oficiales de salud y la población. Es una persona de la comunidad, por lo que forma parte del mismo contexto sociocultural, factor que contribuye a minimizar las barreras geográficas, culturales y también facilita ofrecer respuestas más acordes a las necesidades reales de las comunidades. El promotor de la salud, es el medio para que los conocimientos básicos y las habilidades para el cuidado de la salud bucodental, en sus aspectos de prevención y promoción, se encuentren al alcance de toda la población. Su trabajo en coordinación con el personal odontológico permite generar una red que multiplica las conductas saludables y su papel es fundamental en las comunidades que carecen de personal odontológico. (47)

Finalmente, la odontología actual presupone un abordaje interdisciplinario y multidisciplinario para la promoción de la salud, la detección y la prevención de

afecciones bucodentales. Bajo esa perspectiva, el personal odontológico, es llamado a realizar esfuerzos para desarrollar sus actividades, en los establecimientos de salud y en otros contextos comunitarios, en el marco de un trabajo coordinado con el resto del equipo de la salud. Para ello, debe generar espacios de encuentro e intercambio con otros profesionales de la salud con los siguientes objetivos fundamentales:

- Brindar los conocimientos y las herramientas para que todo el equipo de salud pueda promover la salud bucodental, detectar las enfermedades bucodentales más frecuentes y derivar a los establecimientos de salud y a los programas específicos los casos que requieran atención odontológica.
- Adquirir los conocimientos, las habilidades y las herramientas para diagnosticar y prevenir cuadros de enfermedades generales, considerando los signos y los síntomas que pueden presentar a nivel de la cavidad bucal, promover la salud general y derivar los casos que requieran atención especializada por otros profesionales de la salud. (47)

2.2 Hipótesis

El nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas en salud bucal del personal de salud de los servicios públicos del municipio de Monteagudo son insuficientes para el mantenimiento de un óptimo estado de salud de la región bucodental de los niños menores de 5 años.

2.3. Marco contextual

2.3.1 Municipio de Monteagudo

El presente trabajo se realizó con todo el personal de salud de los servicios públicos del Municipio de Monteagudo provincia Hernando Siles, Departamento de Chuquisaca La población del municipio es de aproximadamente 24.000 habitantes, cuenta con 2 consultorios dentales, trabajan 3 odontólogos cuyos niños son en su generalidad de un nivel social medio y bajo. Por tal motivo se realiza continuación una breve descripción del municipio de Monteagudo. (48)

El municipio de Monteagudo está en la Provincia Hernando Siles del Departamento de Chuquisaca –Bolivia, conformada por cuatro Cantones: Saucos, Pedernal, Fernández y San Juan del Piray, el castellano es la lengua oficial del municipio, siendo muy reducido el número de personas que hablan guaraní, tiene una extensión de 3.288.01 km. El municipio de Monteagudo cuenta con 17 establecimientos de Salud. Monteagudo se encuentra a 315 km de ciudad de Sucre, es considerada como la segunda ciudad en importancia después de Sucre. Su clima es cálido, considerado como la cabecera del chaco chuquisaqueño, su aniversario es el 20 de agosto. Es una zona agrícola, ganadera y petrolera. (48)

Población. Tomando en cuenta los resultados de los censos nacionales realizados el 2.001 el Municipio de Monteagudo contaba con una población de 26,504 habitantes y los resultados del censo 2.012 nos muestra que la población en el Municipio de Monteagudo es de 24,303, estos resultados nos demuestran que la población en el Municipio ha disminuido en 2,201 habitantes, esto quiere decir que existe un decrecimiento poblacional del 0,77%. (48)

Figura N°1
Ubicación de Monteagudo en el Departamento de Chuquisaca

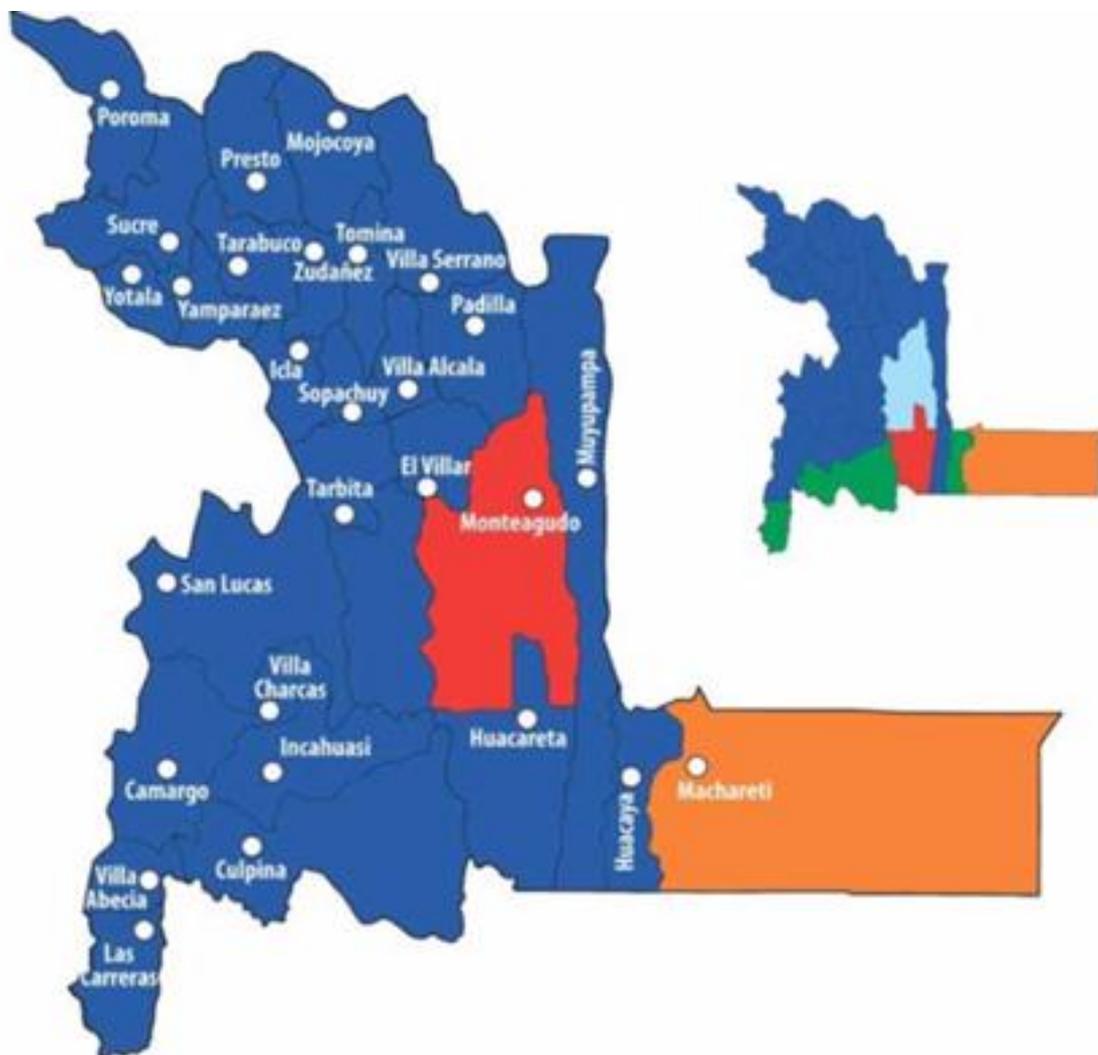


Figura N°2
Municipio de Monteagudo

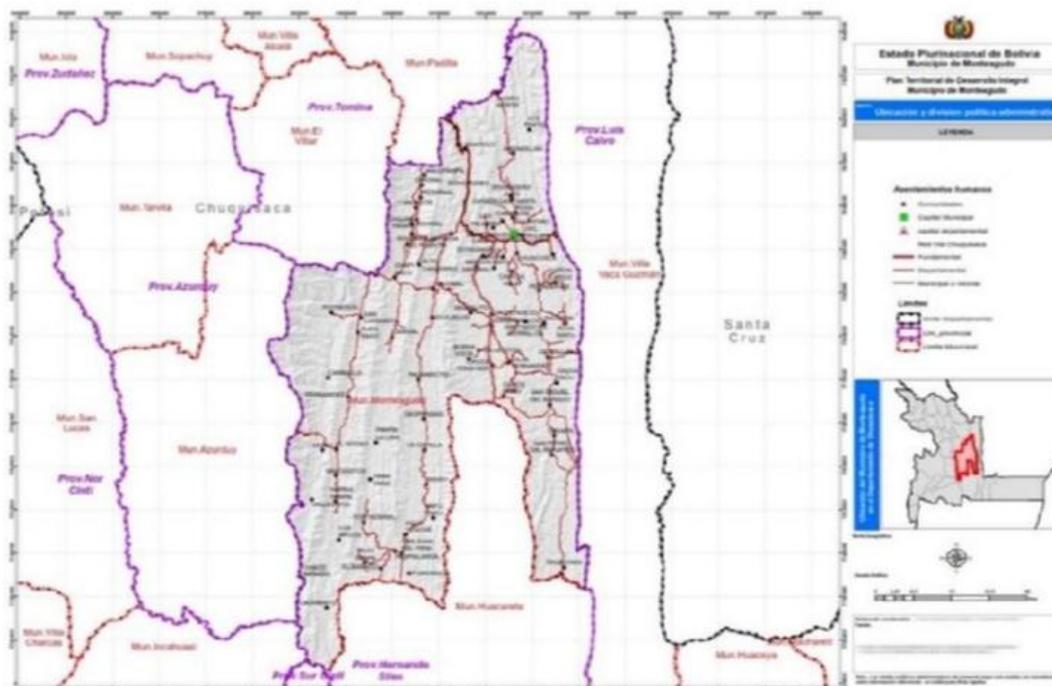


Figura N°3 Vista panorámica de Monteagudo



Cuadro N° 1 Distrito y comunidades de Monteagudo

DISTRITO LOS SAUCES							
N°	Comunidad /J.V.		N°	Comunidad		N°	Comunidad
1	21 De septiembre	Junta Vecinal	17	S. Miguel Pampas	Comunidad Campesina	38	Naranjos
2	24 De mayo		18	Aguadillas		39	Peñadería
3	1° De Mayo		19	Alto Cazadero		40	Pozuelos
4	La Tablada		20	Alto Divisadero		41	Puca Huasi
5	Lagunillitas		21	Azero Norte		42	Pucamayu
6	Los Naranjos		22	Bartola		43	S. M. del Bañado
7	Los Pinos		23	Bohórquez		44	S. P. del Parapetí
8	P. José Barbero		24	Buena Vista		45	S. P. del Zapallar
9	Paraíso		25	Cañón Largo		46	Santa Rosa
10	S. José del Bañado		26	Cahuayuri		47	Sauce Mayu
11	San Juan		27	Capilla Vieja		48	Sivinga Mayu "A"
12	Barrio Central		28	Cerrillos		49	Sivinga Mayu "B"
			29	Pucara Alto		50	Sombrellitos
13	Cañadillas	Comunidad Indígena	30	Chucusla		51	Tacuara
14	Casapa		31	Chuya Yacu		52	Valle Nuevo
15	Naurenda		32	Cruce Piraimiri		53	Vallecitos
16	Itapenti		33	Cumarindo		54	Villa Fernández
			34	Heredia		55	Parapeti Naurenda
			35	Los Pinos		56	Las Palmitas
			36	Mataral		57	Yaconal
			37	Maychamayu			

DISTRITO PEDERNAL		DISTRITO SAN JUAN DEL PIRAI		DISTRITO FERNÁNDEZ	
N°	Comunidad	N°	Comunidad	N°	Comunidad
1	Camalote	1	Cortaderal	1	Cachi Mayu
2	Canizal	2	Despensas	2	Caraballo
3	Chajra Pampa	3	El Bañado (San Juan)	3	Chaco Bañado
4	Chapimayu	4	Ingavi	4	El Rodeo
5	El Achiral	5	La Capilla	5	Fernández
6	El Limonal	6	Naranjos (San Juan)	6	Hierba Pampa
7	El Puente	7	Palmarcito	7	Los Arcos
8	Pedernal	8	Pampa La Lima	8	Potrerros
9	Nogalito	9	San Juan Del Pirai	9	Pucamayu
10	Roldana	10	Yajo Pampa	10	San Lorenzo
		11	Agua y Leche	11	Saucecitos
		12	Porongos	12	Uli Uli
		13	Yana Yana	13	Vallecitos

Fuente elaboración propia GAMM

2.3.2 Servicios de salud

La cobertura de los servicios de salud del Servicio Departamental de Salud en su estructura institucional tiene como base en el Municipio de Monteagudo, la Gerencia de Red V Monteagudo, que tiene como área de influencia la totalidad de la provincia Hernando Siles y la provincia Luis Calvo. El Municipio de Monteagudo cuenta con un hospital de segundo nivel, el hospital dermatológico

que no depende del Gobierno Autónomo Municipal, 11 postas de salud y 4 centros de salud con internación. (49)

Cuadro N° 2 Cobertura de los servicios de salud

Nº	Tipo de Establecimiento de salud
1	Hospital Monteagudo II Nivel SAS
2	Hospital de apoyo S. J. Del Piraf
3	Posta de Salud Cerrillos (PS)
4	Centro de Salud Chapimayu
5	Posta de Salud Los Arcos.
6	Posta de Salud El Rodeo
7	Posta de Salud Roldada
8	Posta de Salud Itapenti
9	Posta de Salud Valle Nuevo
10	Posta de Salud Ingavi
11	Posta de Salud Despensas
12	Posta de Salud Azero Norte
13	Centro de Salud Piraimiri
14	Centro de Salud San Miguel Bañado
15	Centro de Salud Candua
16	Posta de Salud San Lorenzo
17	Centro Dermatológico
TOTAL GENERAL	

RECURSOS HUMANOS. El sistema de salud del Municipio de Monteagudo cuenta con 2 Directores, 31 médicos, 8 odontólogos, 12 licenciadas en enfermería, 26 auxiliares de enfermería, 6 técnicos de laboratorio, 4 técnicos bioquímicos, 1 técnico en saneamiento ambiental, 4 administradores, 9 choferes, 3 porteros, 3 cocineras, 3 lavanderas, 4 internos en medicina y 12 internas de enfermería. (49)

Es importante mencionar que el personal de salud del municipio de Monteagudo no tiene estabilidad laboral en la mayoría de los casos, siendo en forma constante removidos o cambiados de su fuente laboral, los cargos son fuertemente politizados, aspecto que hace que el personal de salud no se sienta comprometido con la Institución ni con la salud de la población, otro aspecto importante a resaltar es que el municipio de Monteagudo, posee

varios centros o postas de salud que se encuentran en zonas muy alejadas además que el personal de salud es muy limitado siendo un solo odontólogo para varios servicios aspecto que hace que el personal de salud no logre realizar actividades de promoción, educación en salud oral en toda la población.

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque, tipo y diseño de investigación

a) Enfoque de investigación.-

La presente investigación es de tipo cuantitativa, al tratarse de una realidad, objetiva, se utilizaron métodos y técnicas cuantitativas que permitieron evaluar el nivel de conocimiento y práctica de salud bucal y sus variables de la salud bucal dentro del personal de salud del sistema público del Municipio de Monteagudo.

b) Tipo y diseño de la investigación

Es observacional, descriptivo de corte transversal y analítico Es observación porque el investigador no interviene en la manipulación de las variables, es transversal porque se recolectan los datos en un periodo determinado en la cual se estima la frecuencia de variables y analítico para determinar la relación entre las variables dependientes e independientes.

3.2 Población y muestra

Población

La población estuvo constituida por 86 profesionales que correspondía a todo el personal de salud de los servicios públicos del Municipio de Monteagudo red V de salud. Se considerara al Hospital de referencia de dicha red V hospital San Antonio de Los Sauces como también a los centros y postas de salud de primer nivel del Municipio de Monteagudo.

Muestra

En la presente investigación no se determinó la muestra, se trabajó con el total de personal de salud que fueron 86 profesionales entre Médicos, Licenciadas en Enfermería y Auxiliares de Enfermería de los servicios públicos de salud del municipio de Monteagudo.

3.3. Variables de estudio

a) Identificación de las variables

Variables independientes

- Profesión
- Años de servicio
- Área de trabajo
- Interconsulta

Variables dependientes

- Conocimiento
- Actitud
- Práctica

b) Diagrama de variables

Objetivo específico	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Categorización	Instrumentos
1. Identificar la distribución del P.S. según su profesión	Profesión	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que sea preparada.	Según la formación académica del personal de salud.	Medico Lic. En enfermería Aux. en enfermería	Encuesta estructurada.
2. Establecer la distribución del P.S. según años de ejercicio profesional.	Tiempo de ejercicio profesional.	Tiempo que labora como médico y o enfermera	Según el tiempo de ejercicio profesional de salud.	1 a 5 años 5 a 10 años 10 a 15 años 15 a 20 años 20 años y más	Encuesta estructurada
3. Identificar el área de trabajo del personal del personal de salud	Área de trabajo	Lugar donde desempeña sus funciones	Se evidencia en la entrevista	Urbano Rural	Encuesta estructurada
4. Identificar la realización de interconsulta de los niños menores de 5 años atendidos por el personal de salud de los servicios públicos con el odontólogo	Interconsulta	Acto de remitir a un paciente a otro profesional sanitario para ofrecer una atención complementaria tanto para su diagnóstico o tratamiento.	Se evidencia en la encuesta	Si No	Encuesta estructurada
5. Evaluar el nivel de conocimiento en salud bucal en relación a niños menores de 5 años	Nivel de conocimientos	El conjunto de información referente a salud bucal en el infante por parte de profesionales de la salud	Se evidencia mediante el puntaje obtenido en el cuestionario.	Bueno Regular Deficiente	Encuesta estructurada
6. Evaluar las actitudes sobre	Actitud	Disposición del Personal de	Se evidencia mediante los	Positiva	Encuesta estructurada

Objetivo específico	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Categorización	Instrumentos
la prevención de caries dental de P.S. del sistema público.		salud sobre la etiología prevención de la salud sobre la salud bucal.	puntajes obtenido en el cuestionario	Negativa	
7. valorar la práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal del P.S.	Practica	Las conductas que adopta el profesional respecto a la salud bucal.	Se evidencia mediante los puntajes obtenido en el cuestionario	Siempre A veces Nunca	Encuesta estructurada
8. Relacionar el nivel de conocimiento, las actitudes y practica en salud bucal con los años de ejercicio profesional	Nivel de conocimientos Actitud Practica	asociación del conocimiento, actitudes y práctica en salud bucal según años de servicio	se evidencia en el análisis estadístico	1 a 5 años 5 a 10 años 10 a 15 años 15 a 20 años	Encuesta

3.4 Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión

Todo el personal de salud que trabaja en el hospital, centro y puestos de salud del municipio de Monteagudo.

Criterios de exclusión

Personal renuente que no quiere participar.

3.5 Procedimientos para la recolección de la información

- a) Fuente de recolección de la información, fue una fuente Primaria por que se aplicó una entrevista directa al personal de salud en el Municipio de

Monteagudo

- b) Descripción del de los instrumentos. Se utilizó una entrevista estructurada de aplicación directa
- c) Procedimiento y técnica. Se lo realizara de manera personal y directa hacia el profesional del sistema público de salud.

3.6 Procesamiento y análisis de los datos

Una vez recogida la información se realizó, la tabulación en el programa Excel, que posteriormente se lo paso al programa estadístico SPSS v25 y se examinaron en función a la necesidad del estudio.

Los resultado del análisis descriptivo se presentó en tablas de frecuencia relativas y porcentuales. En el análisis del componente analítico se realizó tablas de contingencia y se aplicó la prueba de asociación de Chi cuadro y se consideró una significación estadística cuando el valor de p es menor 0,05 a un nivel de confianza del 95%.

3.7 Delimitaciones de la investigación

a) Delimitación geográfica

La investigación se realizó en el Municipio de Monteagudo Provincia Hernando Siles Departamento de Chuquisaca.

b) Sujetos y objetos

Estuvo constituido por todo personal de salud Profesional (Medico, Licenciadas en enfermería y auxiliares en enfermería a) del sistema de público de salud.

c) Delimitación temporal

El estudio se realizó de enero a junio de 2017

CAPÍTULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla N° 1 Distribución del personal de salud de los servicios públicos de Municipio de Monteagudo, según profesión

Profesión	Nº	%
Médico	35	41%
Lic. en Enfermería	24	28%
Aux. de enfermería	27	31%
Total	86	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El personal de salud de los servicios de salud públicos del Municipio de Monteagudo está constituido por 41% de médicos, 31% de auxiliar de enfermería y 28% de licenciadas en enfermería.

Tabla N° 2 Distribución de personal de salud del sistema público según años de ejercicio profesional

Años de ejercicio profesional	Nº	%
1 a 5 años	26	30%
5 a 10 años	23	27%
10 a 15 años	18	21%
15 a 20 años	19	22%
Total	86	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: la experiencia profesional del personal de salud de los servicios públicos del municipio de Monteagudo se encuentre con el porcentaje del 30% en la categoría de 1 a 5 años y en menor proporción se encuentran los de 10 a 15 años con 21%.

Tabla N° 3 Distribución de personal de salud del sistema público según área de trabajo

Área de trabajo	Nº	%
Urbano	59	69%
Rural	27	31%
Total	86	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El 69% del personal de salud de los servicios de salud públicos del Municipio de Monteagudo se encuentra trabajando en el área urbana y el 32% en el área rural.

Tabla N° 4 Distribución de personal de salud del sistema público según realización de interconsulta

Interconsulta	Nº	%
Si	22	26%
No	64	74%
Total	86	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El 26% del personal de salud de los servicios de salud públicos del Municipio de Monteagudo realiza interconsultas y el 74% no.

Tabla N° 5 Distribución de personal de salud del sistema público según nivel de conocimiento de salud bucal

Nivel de conocimiento de salud bucal	Nº	%
Bueno	17	20%
Regular	15	17%
Deficiente	54	63%
Total	86	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El personal de salud de los servicios de salud públicos del Municipio de Monteagudo percibe que su nivel de conocimiento sobre la salud bucal es deficiente el 63%, buena 20% y regular el 17%.

Tabla N° 6 Distribución del personal de salud del sistema público según actitudes sobre la prevención de caries dental

Actitudes sobre la prevención de caries dental	Nº	%
Positivo	30	35%
Negativo	56	65%
Total	86	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El 65% del personal de salud de los servicios de salud públicos del Municipio de Monteagudo tiene una actitud negativa sobre la prevención de caries dental y el 35% manifiesta que es positiva.

Tabla N° 7 Distribución del personal de salud del sistema público según práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal

Práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal	Nº	%
Siempre	37	43%
A veces	49	57%
Total	86	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El 57% del personal de salud de los servicios de salud públicos del Municipio de Monteagudo siempre practica las medidas de promoción, prevención en salud bucal y el 37% lo realiza a veces.

Tabla N° 8 Nivel de conocimiento del personal de salud de los servicios públicos en relación a la salud bucal

Profesión	Nivel de conocimiento de salud bucal							
	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medico	8	9%	7	8%	20	23%	35	41%
Lic. en Enfermería	4	5%	4	5%	16	19%	24	28%
Aux. en Enfermería	5	6%	4	5%	18	21%	27	31%
Total	17	20%	15	17%	54	63%	86	100%
$\chi^2 = 0,8533$ $p = 0,9312$								

Interpretación. El personal de salud encuestado de los servicios públicos del municipio de Monteagudo refiere tener un nivel de conocimiento de la salud bucal de los niños menores de 5 años de bueno, en un 20%, este resultado está distribuido de la siguiente manera: 9% para los médicos, 5% las licenciadas en enfermería y 6% las auxiliares de enfermería y con nivel de conocimiento regular 17% que corresponde a: médicos 9%, licenciada de enfermería 5% y auxiliares de enfermería 15% y con nivel deficiente el porcentaje es muy elevado 63% distribuido con el mayor porcentaje médicos con el 24%, seguido con las auxiliares de enfermería en 20% y auxiliares de enfermería con el 18%. Al realizarse el análisis estadístico del Chi-cuadrado, no se encontró significancia estadística $p = 0,9312$, entre el nivel de conocimiento de salud bucal y la profesión.

Tabla N° 9 Actitudes del personal de salud de los servicios públicos sobre la prevención de caries dental

Profesión	Actitudes sobre la prevención de caries dental					
	Positivo		Negativo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medico	7	8%	28	33%	35	41%
Lic. en Enfermería	9	10%	15	17%	24	28%
Aux. en Enfermería	14	16%	13	15%	27	31%
Total	30	35%	56	65%	86	100%
	$\text{Chi}^2 = 6,9080 \text{ p} = 0,0316$					

Interpretación: La percepción del personal de salud referente a las actitudes sobre la prevención de la caries dental es positiva en un porcentaje del 35% cuyo porcentaje se encuentra distribuido con un 8% los médicos, seguido de las licenciadas en enfermería con 10% y finalmente las auxiliares de enfermería con 16% y con mayor frecuencia del 65% se encuentra el ítems de negativo que está distribuido con 33% los médicos, las licenciadas en enfermería con 17% y finalmente las auxiliares de enfermería están con un porcentaje del 15%. Al realizarse el análisis estadístico del Chi-cuadrado, se encontró significancia estadística $p = 0,0316$, entre la actitud sobre la prevención de caries dental y la profesión.

Tabla N° 10 Práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal del personal de salud del sistema público

Profesión	Práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal					
	Siempre		A veces		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medico	13	15%	22	26%	35	41%
Lic. en Enfermería	18	21%	6	7%	24	28%
Aux. en Enfermería	6	7%	21	24%-	27	31%
Total	37	43%	49	57%	86	100%
	$\text{Chi}^2 = 15,2705 \text{ p} = 0,0005$					

Interpretación: Los resultados del personal de salud referente a la práctica de las medidas de promoción y prevención en salud bucal refieren que siempre realizan estas actividades en un 43% y a veces 57%, dentro de estos resultados los médicos y licenciadas de enfermería es el personal que con mayor frecuencia realiza estas prácticas siendo 15% para los médicos de siempre, 21% para las licenciadas en enfermería y 7% para las auxiliares de enfermería. En el ítem de a veces se encuentran los médicos con el porcentaje del 26%, las licenciadas en enfermería con el mayor porcentaje 7%, y las auxiliares de enfermería se encuentran con el 24%. Al realizarse el análisis estadístico del Chi-cuadrado, se encontró significancia estadística $p = 0,0005$, entre la práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal y la profesión.

Tabla N° 11 Relación del Nivel de conocimiento de la salud bucal del personal de salud del sistema público de acuerdo a los años de ejercicio profesional

Años de ejercicio profesional	Nivel de conocimiento de salud bucal							
	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 a 5 años	1	1%	2	2%	23	27%	26	30%
5 a 10 años	4	5%	4	5%	15	17%	23	27%
10 a 15 años	5	6%	3	3%	10	12%	18	21%
15 a 20 años	7	8%	6	7%	6	7%	19	22%
Total	17	20%	15	17%	54	63%	86	100%
Chi ² = 16,2347 p = 0,0125								

Interpretación:

Del total del personal de salud de los servicios públicos el 20 % refieren que su nivel de conocimiento es bueno, donde el mayor porcentaje corresponde a los que tienen experiencia profesional de 15 a 20 años de servicio. El personal de salud con conocimiento regular corresponde el 17% con el mayor porcentaje en los de 15 a 20 años. Con respecto al nivel de conocimiento deficiente corresponde al personal de salud con menos años de experiencia profesional. Al realizarse el análisis estadístico del Chi-cuadrado, se encontró significancia estadística $p=0,0125$, entre la práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal y la experiencia profesional.

Tabla N° 12. Actitudes sobre la prevención de caries dental del personal de salud del sistema público en relación años de ejercicio profesional

Años de ejercicio profesional	Actitudes sobre la prevención de caries dental					
	Positivo		Negativo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 a 5 años	11	13%	15	17%	26	30%
5 a 10 años	7	8%	16	19%	23	27%
10 a 15 años	8	9%	10	12%	18	21%
15 a 20 años	4	5%	15	17%	19	22%
Total	30	35%	56	65%	86	100%
	$\text{Chi}^2 = 3,1557$ $p = 0,3682$					

Interpretación:

El personal de salud con experiencia profesional de 1- 20 años fueron los que presentaron Actitudes positiva sobre la prevención de caries dental en un 35%, donde el mayor porcentaje fue la categoría de 10 a 15 años, y el 65% presentó Actitud negativa sobre la prevención de caries dental, donde la categoría de 5 a 10 años fue mayor. Al realizarse el análisis estadístico del Chi-cuadrado, no se encontró significancia estadística $p=0,3682$ entre la actitud sobre la prevención de caries dental y el tiempo de ejercicio profesional del personal de salud.

Tabla N° 13 práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal del personal de salud del sistema público en relación años de ejercicio profesional

años de ejercicio profesional	Práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal					
	Siempre		A veces		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 a 5 años	8	9%	18	21%	26	30%
5 a 10 años	11	13%	12	14%	23	27%
10 a 15 años	10	12%	8	9%	18	21%
15 a 20 años	8	9%	11	13%	19	22%
Total	37	43%	49	57%	86	100%
	Chi ² = 2,9689 p = 0,3964					

Interpretación: El personal de salud encuestado que siempre practican las medidas de promoción, prevención en salud bucal, fue del 43%, donde el mayor porcentaje corresponden al personal de salud con ejercicio profesional de 5 a 10 años, Con respecto a la categoría de a veces, el porcentaje fue del 43% los que practican las medidas de promoción y prevención, y estaba relacionado con la categoría de 1 a 5 años de experiencia profesional

4.3 Discusión

La salud bucal es un componente inseparable e importante de la salud general, ya que las enfermedades bucales afectan a la salud general del individuo, llegando a afectar la nutrición, las relaciones interpersonales y hasta la salud mental de la persona. Para promover una salud bucal desde la infancia es fundamental el trabajo en equipo interdisciplinario de todo el personal de salud y el odontólogo, de esa forma orientar hábitos adecuados de higiene, alimentación saludable que tengan impacto en la prevención de enfermedades bucales.

En el presente estudio se encontró que, de los 86 profesionales que trabajan en los servicios públicos de salud del municipio de Monteagudo, el 26% realiza interconsultas y el 74% no realiza, este resultado es superior al estudio realizado por Hope et al (7). cuyos resultados reportaron que el 51,53% estaba de acuerdo con derivar al odontólogo al niño al año de edad, sin embargo, 55,82% reportó dificultad al referir pacientes menores de 2 años. Asimismo, este resultado es similar al estudio o realizado por González et al, quienes efectuaron un estudio para Investigar el conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre las caries de aparición temprana y valorar si los pediatras proporcionan información a los padres sobre salud bucal infantil y visitas al odontopediatra. Los pediatras mostraron escasos conocimientos con respecto a las visitas al dentista. (8)

En lo referente al nivel de conocimiento sobre la salud bucal del personal de salud de los servicios público en relación a la salud bucal de los niños menores de 5 años, en el presente estudio se encontró que el personal de salud posee un deficiente nivel de conocimiento de la salud bucal de los niños menores de 5 años con un porcentaje del 63%, que desconoce y como bueno el porcentaje fue del 20% , es decir que solo este porcentaje poseía un buen conocimiento , este resultado están por debajo de los estudios realizado por Contreras-Vásquez et al cuyos resultados demostraron que el mayor porcentaje de profesionales tuvieron un nivel de conocimiento medio (65,7%

de pediatras, el 71,8% de médicos generales y el 59,1% de enfermeras). aspecto totalmente diferente a los datos encontrados en el personal de salud del Municipio de Monteagudo (6), asimismo el resultado encontrado del 20% con un nivel de conocimiento bueno también está por debajo del estudio realizado por González Et al (8), cuyos resultados demostraron que el nivel de conocimientos sobre higiene bucal, caries y hábitos nutricionales era adecuado.

De igual forma los resultados encontrados del 20% con un nivel de conocimiento bueno del personal de salud del municipio de Monteagudo está por debajo del estudio realizado por Gomes et al (12) cuyos resultados encontrados fue el 33.3% del personal de salud obtuvo un nivel bueno, el 43.3% obtuvo un nivel regular y el 23.3% obtuvo un nivel malo, en cuanto al nivel de conocimiento de salud bucal y finalmente concluyeron que el nivel de conocimientos en salud bucal del personal de salud del servicio de gineco-obstetricia del hospital Rafael Ortiz Ravinez fue regular con un 43.3 %. Este dato se encuentra por encima del porcentaje encontrado en el presente estudio que fue del 17% con un nivel de conocimiento del personal de salud del Municipio de Monteagudo como regular

Las actitudes sobre la prevención de caries dental en los niños menores de 5 años del personal de salud de los servicios públicos del Municipio de Monteagudo fue positiva en un 35%, este resultado está por debajo del estudio realizado por Rojas PM (5). Quien encontró que la actitud de los pediatras del Colegio Médico del Perú, es positiva en más del 50% además es similar al resultado del mismo estudio, pero en los profesionales de universidad privada quienes mostraron una actitud positiva del 35% de igual forma este resultado se encuentra por debajo del estudio realizado por Rolón et al cuyos resultados demostraron que el 100% del personal de salud presenta actitud favorable y están de acuerdo con que cumplen un rol muy importante dentro de las prevenciones de enfermedades bucodentales. (9)

En lo referente a la práctica de las medidas de promoción y prevención en salud bucal, los resultados obtenidos demuestran que siempre realizan estas

actividades en un 43% y a veces 57% estos datos demuestran que el nivel de prácticas está por debajo del estudio realizado por Contreras-Vásquez et al quienes encontraron que solo el 50% de los profesionales tuvieron prácticas adecuadas respecto a medidas preventivas de caries dental en el infante. (6) Asimismo, este resultado está por debajo del estudio realizado por Rolón et al (9) quienes demostraron tener conocimientos sobre salud bucal, pero se evidenció en su estudio que en su mayoría existen prácticas inadecuadas, lo que es importante significar, ya que muchos pediatras tienen conocimientos sobre factores preventivos, pero éstos no son llevados a la práctica, no son aplicados.

Los resultados de la relación del nivel de conocimiento, actitudes y practica sobre salud bucal con los años de ejercicio profesional en los niños menores de 5 años fue como bueno, el nivel de conocimiento en un 20%, el mismo está relacionado con la experiencia profesional de 15 a 20 años de servicio, este resultado difiere del estudio realizado por Rolón et al,(9) quien encontró que los profesionales de salud que poseen menos años de ejercicio profesional tienen mejores conocimientos ($p=0,009$), igualmente el resultado encontrado difiere del estudio realizado por Regalado quien destaca de manera especial el mayor nivel de conocimiento en aquellos profesionales que están empezando a ejercer su carrera (11) , en lo referente a la actitud sobre la prevención de caries dental, se encontró que la actitud positiva está relacionada a menos años de ejercicio profesional y la práctica está asociada a la experiencia profesional del 10 a 15 años Al realizarse el análisis estadístico del Chi-cuadrado, se encontró significancia estadística = 0,0125, entre la práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal y la experiencia profesional, estos resultados difieren del estudio realizado por Rolon et al quienes no encontraron asociación entre los años de ejercicio profesional con las prácticas de medidas de promoción, prevención en salud bucal (9)

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. El personal de salud de los servicios de salud públicos del municipio de Monteagudo que formó parte del presente estudio estuvo constituido por médico 41%, auxiliar de enfermería 31% y licenciadas en enfermería 28%.
2. La distribución del personal de salud en función del tiempo de profesional fue: 1 a 5 años 30%, 5 a 10 años 27%, 10 a 15 años 21% y 15 a 20 años 22%.
3. El mayor porcentaje del personal de salud de los servicios públicos del municipio de Monteagudo se encuentran en el área urbana y un porcentaje muy reducido en el área rural.
4. Un porcentaje reducido de niños menores de 5 años son derivados al odontólogo por el personal de salud de los servicios públicos del municipio de Monteagudo.
5. El nivel de conocimiento del personal de salud de los servicios de salud públicos del Municipio de Monteagudo sobre la salud bucal de los niños menores de 5 años es deficiente en mayor porcentaje.
6. La actitud sobre la prevención de caries dental del personal de salud del sistema público es negativa en el mayor porcentaje.
7. La práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal es realizada siempre por el personal de salud en una frecuencia mínima.
8. La relación del nivel de conocimiento, actitudes y práctica sobre salud bucal con los años de ejercicio profesional en los niños menores de 5 años fue asociado. El nivel de conocimiento con la experiencia profesional de 15 a 20 años, la actitud sobre la prevención de caries dental, fue positiva en un porcentaje mínimo y está asociada a menos años de ejercicio profesional y la práctica de medidas de promoción y prevención está asociada a la experiencia profesional del 10 a 15 años. Al realizarse el análisis estadístico del Chi-cuadrado, se encontró significancia estadística = 0,0125, entre la práctica de medidas de promoción, prevención en salud bucal y la experiencia profesional,

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda continuar investigaciones sobre nivel de conocimiento en salud bucal en otros grupos de profesionales de salud y otras instituciones ya que con los resultados es posible reconocer deficiencias de estos grupos y así poder tomar las medidas correctivas
- Incentivar las actividades preventivas y promocionales en salud bucal en las instalaciones prestadoras de servicios de salud
- Se recomienda efectuar investigaciones de intervención en salud bucal en el cual se mida el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud en el municipio de Monteagudo antes y después de una capacitación sobre salud bucal.
- Realizar trabajo interdisciplinario de todo el personal de salud incluyendo al odontólogo para el cuidado de la salud bucal de niños menores de 5 años
- Efectuar otros estudios en muestras más grandes a fin de valorar la prevalencia de las variables estudiadas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización panamericana de la salud. Salud en las Américas. 2007.[482 páginas]. Disponible en: URL: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=257-salud-en-las-americas-2007-vol-2&Itemid=222. Consultado agosto 15,2017
2. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental. WHO. 29012 Disponible en: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>. Consultado agosto 15,2017
3. OMS. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. 2004. Disponible en: URL: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=278:la-oms-publica-un-nuevo-informe-sobre-problema-mundial-enfermedades-bucodentales&Itemid=481. Consultado agosto 15,2017
4. La razón / Wilma Pérez - La Paz El 95% de los niños tienen caries que pueden causar males crónicos. 2013. Disponible en: URL: http://www.la-razon.com/sociedad/caries-pueden-causar-males-cronicos_0_1927607322.html. Consultado agosto 15,2017
5. Rojas PM. Nivel de conocimiento y actitud sobre caries de infancia temprana de los pediatras del Colegio Médico del Perú.2008. [115 paginas]. Disponible en: URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2178/1/Rojas_mp.pdf. Consultado agosto 15,2017
6. Contreras-Vasquez N. Valdivieso-Vargas Machuca M. Cabello-Morales E. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. 2008. [7paginas]. Disponible en: URL: <http://www.redalyc.org/pdf/4215/421539349006.pdf>. Consultado agosto 15,2017
7. Hope B, Zaror C, Vergara C, Díaz J, Bustos L. Conocimientos y Actitudes de los Pediatras Chilenos sobre Salud bucal. 2013 [citado 2017 [6 paginas]. Disponible en: URL:

- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000200015. Consultado agosto 15,2017
8. González E, Pérez-Hinojosa S. Alarcón, J.A, Peñalver MA. Conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre caries de aparición temprana. 2014. [12 paginas]. Disponible en: URL:
<http://www.analesdepediatria.org/es/conocimiento-pediatras-padres-andaluces-sobre/articulo/S1695403314000393/>. Consultado agosto 15,2017
 9. Rolón MC, Samudio M. Conocimiento, actitud y práctica de los médicos pediatras sobre factores preventivos de la salud bucal en la primera infancia 2014. [8 paginas]. Disponible en: URL:
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032014000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Consultado agosto 15,2017
 10. Sáez L, Sáez M, Sáez M. Actitud y actuación de enfermería ante la salud bucodental infanto-juvenil Rev. enferm. CyLVol 7 - Nº 1. 2015. [10 paginas]. Disponible en: URL:
<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/124/113>. Consultado agosto 15,2017
 11. Regalado LA. Nivel de conocimiento de pediatras y padres de familia Sobre la caries dental de la infancia temprana en el Hospital Carlos Andrade Marín y el Centro de Educación inicial república de Guatemala. 2016. [99paginas]. Disponible en: URL:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5810/1/T-UCE-0015-291.pdf>. Consultado septiembre 4,2017
 12. Gómez WR. Nivel de conocimiento sobre salud bucal del personal de salud del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Rafael Ortiz Ravinez de Juli-Chucuito, Puno 2016.2017. [62 paginas]. Disponible en: URL:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4751/Gomez_Quispe_Wilmer_Rodrigo.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Consultado septiembre 4,2017
 13. Organización mundial de la salud ¿Cómo define la OMS la salud?

Disponible en: URL: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> Consultado septiembre 4,2017

14. Carta de OTTAWA 1ra. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Disponible en: URL: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>. Consultado septiembre 4,2017
15. Ministerio de sanidad y consumo. Formación en promoción y educación para la salud. 2003. [95 paginas]. Disponible en: URL: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>. Consultado septiembre 4,2017
16. Crespo MI, Riesgo Y, Laffita Y, Márquez P. Márquez M. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. 2009. [20páginas]. Disponible en: URL: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san14109.htm. Consultado septiembre 4, 2017
17. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado.2006. [6 paginas]. Disponible en: URL: http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/men_udea/pluginfile.php/27343/mod_resource/content/0/Carta_de_Bangkok.1.pdf. Consultado septiembre 4, 2017
18. Iglesias C V. Intervención educativa en salud bucal en preescolares de Hueyapan, Morelos. 2006. [104páginas]. Disponible en: URL:<http://www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion/cwisBancoPF/SPT--DownloadFile.php?Id=58>. Consultado septiembre 4, 2017
19. Barceló. A, Bos Z, Sesto N, López A. Promoción y educación para la salud bucal. Influencia del modo y estilo de vida de la población 2011. [20páginas]. Disponible en: URL: <http://www.odiseo.com.mx/correos-lector/promocion-educacion-para-salud-bucal-influencia-modo-estilo-vida-poblacion>. Consultado septiembre 4, 2017
20. Unicef. Aprendizaje en la primera infancia 2008. [2 Páginas]. Disponible en: URL: http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index_40747.html. Consultado septiembre 4, 2017

21. UNESCO El desarrollo del niño en la primera infancia: echar los cimientos del aprendizaje. 1999 [73 paginas].
<http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001163/116350so.pdf>. Consultado septiembre 4, 2017
22. Martínez Abreu Judit, Gispert Abreu Estela de los Ángeles, Castell-Florit Serrate Pastor, Alfonso Pacheco Clara Luz, DiagoTrasancosHeydi.
Consideraciones sobre el concepto de salud y su enfoque en relación a la salud bucal. Rev. Med. Electrón. 2014 [9 paginas]. Disponible en: URL:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500015. Consultado septiembre 4, 2017
23. Medina M. Programa educativo preventivo promocional de la salud bucal y conocimiento en niños de 8 a 12 años, Institución Educativa Telmo Hoyle de Los ríos. Distrito la esperanza. 2012. 2016. [84 paginas]. Disponible en: URL:
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/369/programa_educativo_medina_antaya_marlene.pdf?sequence=1. Consultado septiembre 4, 2017
24. Gamboa LE. cconocimiento sobre salud bucal y prevalencia de enfermedades bucales en estudiantes de la I. E. N° 80010 Ricardo Palma Trujillo- la libertad, 2014 [83 paginas]. Disponible en: URL:
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/368/caries_dental_gamboa_dominguez_luis_eli.pdf?sequence=1. Consultado septiembre 4, 2017
25. Mendoza J Millones PA. Nivel de conocimiento de salud bucal en los alumnos de 6° Grado de primaria de una I.E.N del distrito de Víctor Larco Herrera-Trujillo –La Libertad" 2017[23 páginas]. Disponible en: URL:
<http://docplayer.es/22804876-Nivel-de-conocimiento-de-salud-bucal-en-los-alumnos-de-6-grado-de-primaria-de-una-i-e-n-del-distrito-de-victor-larco-herrera-trujillo-la-libertad.html>. Consultado septiembre 4, 2017
26. Rueda Martínez Gabriela, Albuquerque Aline. La salud bucal como derecho humano y bien ético. rev.latinoam.bioet. 2017. [23paginas]36-59.
Disponible en: URL:

- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022017000100003. Consultado septiembre 4, 2017
27. Buena salud, La importancia de la salud bucal en niños 2016. Disponible en: URL: <http://www.revistabuena salud.cl/la-importancia-de-la-salud-bucal-en-ninos/>. Consultado septiembre 4, 2017
 28. Odontomarketing. Salud bucal: Importancia de tener una boca sana para cumplir las funciones de la boca. Disponible en: URL: www.odontomarketing.com/bocasana01.htm. Consultado septiembre 4, 2017
 29. Castrejón, R. Importancia de la Salud Bucal. 2011. Disponible en: URL: <http://saludbucalmx.blogspot.com/2011/02/importancia-de-la-salud-bucal.html>. Consultado septiembre 4, 2017
 30. Petersen, P.E. and H. Ueda, Bucal Health in Ageing Societies. Integration of bucal health and general health report of a meeting convened at the WHO, Centre for Health Development in Kobe, Japan 1-3 June 2005, 2006, World Health Organization: Geneva. p. 59.
 31. Enciclopedia salud, Definición de conocimiento, 2016. Disponible en: URL: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/conocimiento>. Consultado septiembre 4, 2017
 32. EcuRed Conocimiento. Disponible en: URL: <https://www.ecured.cu/Conocimiento>. Consultado septiembre 4, 2017
 33. Dho MS. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina .2015. Disponible en: URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n3/v33n3a05.pdf>. Consultado septiembre 4, 2017
 34. Paricoto R E “influencia del nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres en la prevalencia de caries de los niños 6 a 11 años de las Instituciones de Educación Primaria Del Distrito de Caminaca” 2015. [tesis maestría]. Disponible en: URL: <http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/381/TESIS-003.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consultado septiembre 4, 2017
 35. Farias JF. Estado de salud bucal de niños de 4 -5 años y nivel de

conocimientos materno, Concepción 2015. [93 páginas]. Disponible en:

URL:

http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/2746/a115439_Farias_J_Estado_de_salud_bucal_de_2016_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Consultado septiembre 4, 2017

36. F.J. Aznar, M. Fernández y J.A. Raga Temática 2: Valores, actitudes, creencias y conducta: ¿cómo fomentar conductas ambientalmente responsables? [22 paginas]. Disponible en: URL:
http://www.cibersociedad.net/public/documents/47_bj8r.pdf. Consultado septiembre 4, 2017
37. Lafebre MF. Actitudes y conductas de salud bucal de estudiantes de primero a cuarto año de odontología de la universidad de cuenca 2014. 2015. [12 paginas]. Disponible en: URL:
http://www.academia.edu/17781859/actitudes_y_conductas_de_salud_bucal_en_estudiantes_de_odontologia. Consultado septiembre 4, 2017
38. Palma CA. Cahuana L. Gómez Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. Disponible en: URL:
<http://www.dentistryforbabies.com/pdf/Guia%20para%20la%20salud%20bucal.pdf>. Consultado septiembre 4, 2017
39. Universidad de Sevilla Facultad de Odontología Departamento de Estomatología. Diagnóstico de salud bucodental en niños de 6 a 12 años de edad del nivel primaria en la ciudad de Tampico, Madero y Altamira (Tamaulipas, México). 2014. [202 páginas]. [Tesis doctoral]. Disponible en: URL: http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/2327/S_TD_PROV132.pdf. Consultado septiembre 4, 2017
40. Escobar F. Odontología Pediátrica 3ra Ed. Caracas, Venezuela: Editorial Ripano; 2011
41. Henostroza, G. Caries dental. Principios y procedimientos para el diagnóstico. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007
42. Velarde I V “Estado de salud bucodental de escolares de primero de primaria del distrito de ciudad lineal de Madrid y su relación con hábitos de alimentación y parámetros de salivación” 2013. [104 páginas]. Disponible

en: URL: http://eprints.ucm.es/24181/1/trabajo_fin_master.pdf. Consultado septiembre 4, 2017

43. Tamayo GM. Prevalencia de Caries Dental en niños 5 a 12 años. [40 páginas]. Disponible en: URL: <http://www.monografias.com/trabajos104/prevalencia-caries-dental-ninos-5-12-anos/prevalencia-caries-dental-ninos-5-12-anos.shtml>. Consultado septiembre 4, 2017
44. Organización Panamericana de La Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Dirección de Salud Bucodental República del Paraguay. Guía de Abordaje Integral a la Salud Bucodental para el Equipo de Salud, 2012. [22 páginas]. Disponible en: URL: http://www.mspbs.gov.py/bucodental/wp-content/uploads/2013/04/Guia-Abordaje_enero20131.pdf. Consultado septiembre 4, 2017
45. UNICEF. Guía de pautas de crianza de niños y niñas entre 0 a 5 años para agentes formadores de familia. [85 paginas]. Disponible en: URL: <https://www.unicef.org/paraguay/spanish/unicef-guiaagentesformadores.pdf>. Consultado septiembre 4, 2017
46. Ayala C de la Luz. Los pediatras en la prevención de enfermedades bucales. 2016. [6 paginas]Disponible en: URL: www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300009. Consultado septiembre 4, 2017
47. Organización Panamericana de La Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Dirección de Salud Bucodental República del Paraguay. Guía de Abordaje Integral a la Salud Bucodental para el Equipo de Salud, 2012. [56 páginas]. Disponible en: URL: http://www.mspbs.gov.py/bucodental/wp-content/uploads/2013/04/Guia-Abordaje_enero20131.pdf. Consultado septiembre 4, 2017
48. Instituto Nacional de Estadística.2012. Censo Población y Vivienda 2012. La Paz, Bolivia 2012.
49. Gobierno autónomo municipal de Monteagudo. Plan de desarrollo municipal de Monteagudo, 2016-20120

ANEXOS

ANEXO Nº 1 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MONTEAGUDO.

Proyecto: Tesis de posgrado

Título: **Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de los servicios públicos en relación en la salud bucal en niños menores de 5 años en el municipio de Monteagudo**

Investigador principal: Dra. Maribel Ríos

Estimados (as) personal de salud:

Mediante la presente usted es invitado a participar en un estudio sobre la prevención, tratamiento de las enfermedades en niños menores de 5 años del municipio de Monteagudo, este estudio tiene el propósito de aportar, a partir de sus resultados a una mejor comprensión de la importancia de la salud bucal.

En este contexto deseo solicitar su participación en la tesis de posgrado, lo que se materializaría, realizando la siguiente actividad:

- Participar de una entrevista
- Responder a un cuestionario

Para su conocimiento se puntualiza, que su participación es voluntaria y anónima.

.....

Firma Encuestado (a)

.....

Encuestadora

8. Indique su nivel de conocimiento sobre salud oral

- a) Conoce que la caries es una enfermedad infectocontagiosa del diente
Correcto () Falso () Desconoce ()
- b) La caries puede aparecer en niños menores de 5 años
Correcto () Falso () Desconoce ()
- c) El primer diente en la boca del bebé puede aparecer a partir de los 5 años
Correcto () Falso () Desconoce ()
- d) Los 20 dientes de leche están completos en la boca a la edad de 2 años
Correcto () Falso () Desconoce ()
- e) El principal tipo de comida que puede causar caries es el azúcar
Correcto () Falso () Desconoce ()
- f) El cambio de biberón a taza debería iniciarse antes de los 15 meses
Correcto () Falso () Desconoce ()
- g) La higiene oral del bebé después de cada comida debería realizarse incluso antes de que aparezca el primer diente
Correcto () Falso () Desconoce ()
- h) Cepillar los dientes del bebé es importante para la salud oral
Correcto () Falso () Desconoce ()
- i) Usar pasta dental con flúor es importante para prevenir la caries
Correcto () Falso () Desconoce ()
- j) Sí es necesario curar o restaurar las caries en los dientes de leche
Correcto () Falso () Desconoce ()
- k) La caries temprana en niños > de 5 años sólo afecta a quienes utilizan biberón
Correcto () Falso () Desconoce ()

9. Indique la actitud que posee sobre la salud oral en los niños menores de 5 años

- a) ¿Refiere a los niños menores de 5 años de edad al odontólogo?
Sí () No () Desconoce ()
- b) ¿aconseja a la madre sobre los problemas dentales (caries, gingivitis)?
Sí () No () Desconoce ()
- c) ¿Indica que una alimentación frecuente de golosinas pueden causar caries?
Sí () No () Desconoce ()
- d) ¿Indica que las caries se transmite por utilizar los mismos utensilios para comer?
Sí () No () Desconoce ()
- e) ¿Indica que una dieta balanceada es esencial para la salud dental del bebé?
Sí () No () Desconoce ()

- f) ¿Indica que alimentar al bebé por la noche sin la limpieza oral posterior puede causar caries?
 Sí () No () Desconoce ()
- g) ¿Indica que los dientes de un niño deben ser cepillados?
 Sí () No () Desconoce ()
- h) ¿Indica usted la importancia que el niño visite al dentista antes de los 2 años?
 Sí () No () Desconoce ()
- i) ¿Indica usted que el uso prolongado del biberón puede producir mala posición de los dientes?
 Sí () No () Desconoce ()
- j) ¿Recomienda a los padres a lavar los dientes de sus hijos?
 Sí () No () Desconoce ()
- k) ¿Informa a los padres acerca de la aplicación de flúor tópico y sellantes y su importancia en la prevención de enfermedades en la cavidad oral?
 Sí () No () Desconoce ()
- l) ¿informa a los padres que el tratamiento odontológico es totalmente gratuito en los centros de salud?
 Sí () No () Desconoce ()

10. Indique usted las prácticas sobre salud oral

- a) ¿Con qué frecuencia realiza un examen oral al niño?
 Siempre () A veces () Nunca ()
- b) ¿Observación de lesión en tejidos blandos de cavidad bucal?
 Siempre () A veces () Nunca ()
- c) ¿Observación de piezas dentales con presencia de caries?
 Siempre () A veces () Nunca ()
- d) ¿Observación de encía dental inflamada?
 Siempre () A veces () Nunca ()
- e) ¿Observación de piezas dentales sanas pero con placa bacteriana adherida a la pieza dental?
 Siempre () A veces () Nunca ()
- f) ¿Observación sellantes de fosas y fisuras en piezas dentales sanas?
 Siempre () A veces () Nunca ()
- g) ¿Observación de piezas dentales obturadas en cavidad oral?
 Siempre () A veces () Nunca ()
- h) ¿Observación de presencia de abscesos bucales?
 Siempre () A veces () Nunca ()
- i) ¿Menciona los pasos de un correcto cepillado dental?
 Siempre () A veces () Nunca ()
- j) ¿Demuestra que las golosinas son las más dañinas para los dientes?

Siempre () A veces () Nunca ()

k) ¿Indica la edad debe empezar la higiene de la boca?

Siempre () A veces () Nunca ()

l) ¿Indica que la cantidad de pasta dental que debe usar para el cepillado de los dientes del niño, es del tamaño de una arveja?

Siempre () A veces () Nunca ()

m) ¿Indica el momento es más importante para realizar la higiene bucal?

Siempre () A veces () Nunca ()

n) ¿Reconoce que la mayor presencia de caries es un peligro para la salud general?

Siempre () A veces () Nunca ()

o) ¿Reconoce como signo de alarma las manchas blancas en los dientes para la caries?

Siempre () A veces () Nunca ()

p) ¿Reconoce que la deficiente higiene puede provocar caries en los niños menores de 5 años?

Siempre () A veces () Nunca ()

q) ¿Reconoce que la prevención de la salud oral es importante para el desarrollo psicomotor del niño?

Siempre () A veces () Nunca ()

ANEXO Nº 3 IMÁGENES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MONTEAGUDO



ANEXO Nº 4 SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MONTEAGUDO

