

Chocobares, Andrea Yanina

Vicens, Melisa Marianela

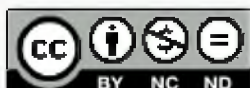
Weilenmann, María Luz

Hábitos alimentarios y salud bucodental de niños que asisten a un Jardín de Infantes público en la Ciudad de Córdoba, 2017

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciado en Nutrición**

Director: Rocamundi, Marina Raquel

Documento disponible para su consulta y descarga en **Biblioteca Digital - Producción Académica**, repositorio institucional de la **Universidad Católica de Córdoba**, gestionado por el **Sistema de Bibliotecas de la UCC**.



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.

Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5

Universidad Católica de Córdoba

Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Nutrición



“Hábitos alimentarios y salud bucodental de niños que asisten a un Jardín de Infantes público en la Ciudad de Córdoba, 2017”

Autores:

- Andrea Chocobares,
- Melisa Vicens.
- Weilenmann María Luz.

Director: Od. Marina Rocamundi.

Codirector: Lic. Graciela Scruzzi.

2017

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
FACULTAD DE MEDICINA – LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DEL LICENCIADO EN NUTRICIÓN
HOJA DE APROBACIÓN

Título: “Hábitos alimentarios y salud bucodental de niños que asisten a un Jardín de Infantes público en la Ciudad de Córdoba, 2017”.

Autores:

- Andrea Chocobares.
- Melisa Vicens.
- María Luz Weilenmann.

Director: Od. Marina Rocamundi.

Codirector: Lic. Graciela Scruzzi.

Tribunal Evaluador:

- Od. Marina Rocamundi.
- Lic. Alicia Garrone.
- Mgter. Constanza Rodríguez Junyent.

CALIFICACIÓN:

LUGAR Y FECHA:

“Las opiniones expresadas por los autores de este trabajo no representan necesariamente los criterios de la Facultad de Medicina.”

AGRADECIMIENTOS

A nuestra directora Rocamundi Marina y codirectora Scruzzi Graciela por su brindarnos su apoyo, predisposición y motivación constante para guiarnos en este camino.

A nuestras familias, amigos y seres queridos por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera universitaria con la finalidad de lograr nuestros objetivos.

A todas aquellas personas que de alguna manera nos brindaron su apoyo para cumplir este logro.

Índice de contenidos

RESULTADOS

Resumen.....	2
--------------	---

INTRODUCCIÓN

Introducción.....	4
-------------------	---

Problema.....	6
---------------	---

MARCO TEÓRICO

Antecedentes.....	7
-------------------	---

Hipótesis.....	14
----------------	----

OBJETIVOS

Objetivo general.....	15
-----------------------	----

Objetivos específicos.....	15
----------------------------	----

METODOLOGÍA

Tipo de estudio.....	16
----------------------	----

Población de estudio.....	16
---------------------------	----

Muestra.....	16
--------------	----

Variables de estudio.....	16
---------------------------	----

Operacionalización de Variables.....	16
--------------------------------------	----

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	20
--	----

Consideraciones Éticas.....	20
-----------------------------	----

Plan de Análisis de datos.....	21
--------------------------------	----

Recursos.....	21
---------------	----

RESULTADOS

Resultados.....	22
-----------------	----

DISCUSIÓN

Discusión.....	37
----------------	----

CONCLUSIÓN

Conclusión.....	40
-----------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliográficas.....	41
---------------------------------	----

ANEXOS

Anexos.....	47
-------------	----

Resumen

Introducción: Una alimentación variada y equilibrada influye en la integridad de la cavidad oral, juega un rol importante en el desarrollo y protección de la salud bucal, ayuda a garantizar un estado nutricional adecuado y a mantener un buen nivel de salud general.

Objetivo: Relacionar los hábitos alimentarios y la higiene bucal con la salud bucodental de niños y niñas que asistieron a un jardín de infantes público del barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, correlacional de corte transversal. La muestra fue de 110 niños. La recolección de datos fue realizada a través de encuestas autoadministradas, dirigidas a los padres, para las variables hábitos alimentarios e higiene bucal. En cuanto a la salud bucodental, los datos se obtuvieron mediante observación directa. Se realizaron pruebas de diferencia de proporciones y test de diferencia de medias. Se trabajó con un nivel de confianza del 95 %.

Resultados: La prevalencia de caries fue del 69%, el ceod medio fue de $3,54 \pm 3,83$ y el INTC medio de $4 \pm 2,60$. Se observó un alto porcentaje de niños con INTC de riesgo (82%) y se encontró una diferencia significativa en los valores medios de ceod y el INTC según la frecuencia de consumo de golosinas o dulces. Se encontró una mayor proporción de niños con maloclusión, los cuales no recibieron lactancia materna exclusiva durante 6 meses.

Conclusiones: Resulta necesario incorporar acciones para mejorar los hábitos alimentarios y la higiene bucal, no solo a través de acciones educativas y de atención, sino también a través de la mejora del entorno, con participación intersectorial de la comunidad (cuidadores, docentes), la industria y el Estado, que promueva así la salud bucal y general.

Palabras clave: Salud Bucodental, Hábitos Alimentarios, Higiene Bucal, Preescolares.

Abstract

Introduction: A varied and balanced diet influences the integrity of the oral cavity, has an important role in the development and protection of the oral health, helps to ensure a suitable nutritional status and keeps a good level of general health.

Objective: To relate the eating habits and the oral hygiene with the oral health of girls and boys who attended a state kindergarten, located in *El Chingolo* neighborhood, in the City of Cordoba during 2017.

Methodology: An observational, correlational and cross-sectional study was conducted. The evidence was taken from 110 children. The collection of data was carried out through self-administered surveys, directed to parents, for the variables eating habits and oral hygiene. As regards the oral health, the data was collected through direct observation. Difference of proportions tests as well as a difference of means tests were carried out. We worked with a confidence level of 95%.

Results: Caries prevalence was 69%, the mean dmft was 3.54 ± 3.83 and the mean Need for Caries Treatment was 4 ± 2.60 . A high percentage of children with a risk Need for Caries Treatment was observed (82%). A significant difference in the dmft and Need for Caries Treatment average scores was found depending on the frequency in the consumption of candy and/or sweets. A higher proportion of children with malocclusion, who did not receive exclusive breast-feeding for six months, was also found.

Conclusions: It is necessary to incorporate actions to improve the eating habits as well as the oral hygiene, not only through educational and attention activities, but also through an improvement in the environment, with cross-sectoral participation of the community (caregivers, teachers), the industry and the State, which would promote both oral and general health.

Key words: Oral Health, Eating Habits, Oral Hygiene, Preschool.

Introducción

La etapa preescolar se caracteriza por ser un momento en donde se establecen preferencias y aversiones alimenticias, así también como hábitos alimentarios, higiene y estilos de vida saludables, los cuales son influidos por la familia y perduran hasta la edad adulta. Esta etapa abarca desde que el niño ha adquirido autonomía hasta que empieza a asistir a la escuela, es decir, de los 3 a los 6 años de edad. Hay un aumento de la motilidad, autonomía, lenguaje y curiosidad, disminuye el apetito y se vuelve más caprichoso al momento de las comidas. Se van estableciendo preferencias, las cuales se ven influidas por el aspecto, sabor y olor de los alimentos, a la vez, se ve muy influenciado por el entorno que los rodea. Se deben ofrecer alimentos sanos, permitiendo a los niños controlar la selección y calidad de los mismos, ya que en este momento es cuando se definen los hábitos alimentarios, los cuales pueden persistir a lo largo de toda la vida⁽¹⁾.

La alimentación variada y equilibrada influye en la integridad de la cavidad oral, ya que una buena nutrición es importante para garantizar un estado nutricional adecuado, necesario para mantener un buen nivel de salud general, también juega un rol importante en el desarrollo y protección de una buena salud dental. Por otro lado, las enfermedades orales tienen un fuerte impacto sobre la capacidad de los individuos para alimentarse correctamente ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾.

La salud bucal consiste en mantener la boca y los dientes sanos, es importante que la misma comience en la infancia, de lo contrario, hay mayores posibilidades futuras de tener problemas en los dientes y encías, ya sean caries o pérdida de dientes⁽⁵⁾. La salud dental también facilita una buena nutrición, es necesario tener los dientes, encías y boca saludable para masticar y tragar los alimentos eficazmente y para absorber los nutrientes indispensables que nos proporcionan un óptimo estado de salud. De la misma manera, una nutrición y costumbres de alimentación adecuadas fomentan una buena salud dental⁽³⁾.

Existen diversas afecciones bucales en edades tempranas de la vida, siendo las más comunes la enfermedad cariogénica; relacionada con malos hábitos higiénicos y dietéticos, y las maloclusiones; las cuales están vinculadas a hábitos deformantes o patrones morfogenéticos heredados, sin embargo, estos factores de riesgo pueden ser modificados⁽⁶⁾. Todas estas enfermedades influyen de forma directa en la calidad de vida de los niños, especialmente en la capacidad de alimentación, dolor e incluso alteración en las relaciones sociales⁽⁷⁾.

El objetivo del siguiente Trabajo Final de Investigación de la Licenciatura en

Nutrición fue relacionar los hábitos alimentarios y la higiene bucal con la salud bucodental de niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Problema

¿Cuál es la relación entre los hábitos alimentarios y la higiene bucal con la salud bucodental de niños y niñas que asistieron a un Jardín de Infantes público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017?

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Hábitos Alimentarios

Conjunto de costumbres que condicionan la forma de como los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, la cual se ve influida por la disponibilidad, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos, pero también por las costumbres, creencias, la información que circula acerca de los alimentos y los hábitos alimentarios, los estilos de vida y los grupos de pertenencia, entre otros factores. Estos hábitos conllevan a formar y consolidar pautas de conducta y aprendizajes que se mantienen en el tiempo y repercuten ya sea favorable o desfavorablemente en el estado de salud, nutrición y el bienestar de la persona⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades bucodentales se puede destacar los hábitos inadecuados de lactancia materna, el uso del biberón con tomas repetidas de leche, el consumo de líquidos endulzados principalmente al acostarse, así como el hábito del chupete. También influyen los factores ambientales como el bajo nivel educativo, la ausencia de hábitos higiénicos y la falta de accesibilidad a los servicios de salud, entre otros⁽¹¹⁾.

El uso del biberón aumenta el riesgo de padecer caries y es reconocido como un problema de salud pública por la Academia Americana de Pediatría Dental, quien menciona que la caries del lactante se presentan en niños entre los 10 y 48 meses de edad⁽¹¹⁾. A partir de los 12 meses no se aconseja el uso del mismo, ya que en ese momento se debe realizar un cambio de un patrón alimenticio de succión a masticación. Desde los 16-20 meses la masticación es más eficiente y desde ese momento es cuando se debe abandonar definitivamente el biberón, ya que la persistencia del mismo puede favorecer a la aparición de una deglución atípica y posteriormente a maloclusión. Lo mismo sucede con el chupete, hábito que no debe sobrepasar los 2 años, dado que puede propiciar a maloclusiones óseas y dentarias⁽¹²⁾.

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y supervivencia de los niños, es de gran importancia desde el punto de vista inmunológico, afectivo, psicológico y nutritivo, ya que aporta todos los nutrientes que se necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable, siendo el alimento más importante durante los primeros 6 meses de vida⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾. La ausencia de la misma aumenta los riesgos sobre la salud bucodental, alterando la función succión – deglución – respiración, ya que no hay un desarrollo adecuado de la musculatura, aumenta el riesgo de una deglución atípica,

disfunción masticatoria y dificultades en el leguaje, por otro lado, tienen mayor riesgo de maloclusiones dentales⁽¹⁵⁾. Según resultados del estudio “Lactancia materna: factor protector contra la carie dental”, realizado por Maldonado RM y colaboradores en el año 2011, se observó que los niños que recibieron lactancia materna inmediatamente después del nacimiento y con una duración mayor a seis meses tuvieron un menor índice de caries y el grado de deterioro de los dientes afectados por las caries fue mucho mayor en aquellos que no recibieron lactancia materna o la recibieron por menos de seis meses. Por lo tanto, la lactancia materna es un factor importante para la protección contra la caries dental, además de que tiene la ventaja que no obliga a usar biberón, lo cual está asociado con caries en el niño pequeño, por otro lado, al recibir una leche de composición conocida, no se añaden azúcares libres⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾.

Es fundamental evitar toda fuente de azúcares refinados durante los primeros dos años de vida, momento en el cual el niño es más susceptible a establecer un proceso virulento de caries⁽¹⁸⁾, ya que los azúcares son el factor alimentario más importante en la aparición de las mismas, siendo el más cariogénico la sacarosa. El riesgo es mayor si los azúcares son consumidos muy frecuentemente y se presentan de forma tal que queda en la boca durante largos periodos de tiempo, así también la hora del día en la cual se consumen y la consistencia del alimento, por otro lado, se debe limitar el consumo de azúcares entre las comidas. Además, no solo hay mayor riesgo de caries sino también a sufrir enfermedades como obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias y hepáticas⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾. Según la “Guía de orientación para la Salud Bucal en los primeros años de vida” de Palma A y colaboradores, en 2010, se observó que cuando el azúcar se consumía en grandes cantidades apenas tenía efecto en el incremento de caries si se ingerían solo con las comidas, sin embargo, la mayor frecuencia de consumo de azúcar entre comidas se vio asociada a un notable aumento de la caries dental⁽¹⁷⁾.

La hidratación es de suma importancia para la salud física, mental y para un correcto funcionamiento de los órganos, debido a que el agua es un componente esencial de la nutrición humana. Es un hábito que se aprende en los primeros años de vida, que se ve influenciada por el entorno familiar, la escuela y el medio ambiente que los rodea, y que tiene una particular importancia para la salud y la calidad de vida. El tipo de bebida consumida está estrechamente relacionada con la salud y la prevención de enfermedades crónicas, ya que en la actualidad los hábitos de hidratación inadecuados, como la baja ingesta y/o reemplazo del agua por otras bebidas, están vinculados con enfermedades crónicas no transmisibles y el desarrollo de caries dental. Por otro lado, se debe recordar que en niños y adolescentes la estructura del esmalte dental se

encuentra en proceso de maduración y es más susceptible frente al ataque ácido de los alimentos y bebidas consumidas⁽²¹⁾.

Las bebidas gaseosas azucaradas y los jugos industriales tienen una gran cantidad de carbohidratos de rápida absorción tales como la sacarosa o jarabe de maíz, como así también ácidos que contribuyen a la erosión del esmalte dental, por lo tanto, el consumo elevado de las mismas sumado a la falta de cepillado dental normal favorece al desarrollo de caries dental. Según un estudio realizado por CESNI en el año 2015, se demostró que solo el 20% del volumen de líquidos consumidos es agua (común, potable) y que la mitad de los líquidos ingeridos fueron bebidas e infusiones con azúcar agregado, lo que convierte a la hidratación en vehículo de un nutriente crítico, el azúcar. La tendencia a escoger bebidas azucaradas es mayor en niños y adolescentes, lo cual está relacionado también con la conformación de hábitos en la infancia, la oferta de agua y bebidas azucaradas en la escuela, espacios de juego y en el propio hogar⁽¹⁹⁾⁽²¹⁾.

Los niños se exponen y habitan desde etapas muy tempranas a un alto tenor dulce en la dieta, que está relacionado con diferentes hábitos como el uso exagerado del azúcar de mesa en infusiones (mate, té, café, leche), el elevado consumo de galletitas, cereales con azúcar, golosinas y la oferta indiscriminada en espacios escolares y/o de juego y el reemplazo de agua por jugos en polvo o envasados y bebidas azucaradas. La oferta de alimentos dulces desde temprana edad se traduce en un mayor consumo de azúcares tanto en alimentos sólidos (golosinas) como líquidos (bebidas azucaradas), otro de los factores que influye es el contacto prolongado de estas sustancias con los dientes lo cual es un factor de riesgo para el desarrollo de caries⁽²¹⁾⁽²²⁾. Según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) realizada en 2007 se pudo ver que más del 35% de los niños entre 2-5 años consumían gaseosas, un 20,8% jugos en polvo y un 10,6% jugos concentrados⁽²³⁾.

Una alimentación que incluya frutas y verduras es esencial para el mantenimiento de las encías y dientes como así también para la salud general y bucal, por lo que resulta esencial aportarlas con la dieta por su gran aporte de fibra, vitaminas y minerales, limitando el consumo de azúcares refinados, sal y grasas, ya que estas medidas no solo reducen la prevalencia de caries sino también de otras enfermedades crónicas. Las frutas si bien contienen azúcar tienen un alto contenido de agua, lo que diluye los efectos del azúcar y estimula el flujo de saliva y así se logra que queden menos partículas entre los dientes, sin embargo, los jugos de frutas a los que se le agrega azúcar tienen alto contenido de carbohidratos, lo cual puede favorecer al desarrollo de caries dental, así también como las frutas deshidratadas⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾. Según los resultados obtenidos en la

Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en el año 2013 en Argentina, indicó que el promedio diario de porciones de frutas o verduras por persona fue de 1,9, ubicándose por debajo de la cantidad recomendada por la Organización Mundial de la Salud, la cual recomienda 5 porciones diarias de frutas y/o verduras. Respecto al porcentaje de personas que consumieron la cantidad diaria de porciones recomendadas, se observó que solo el 4,9% de la población consumía al menos 5 porciones de frutas o verduras⁽²⁷⁾.

Salud Bucodental

La salud bucodental según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2012, se definió como “la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”.

A nivel mundial, entre el 60-90% de los niños en edad escolar tienen caries dental y se puede ver que en los países en desarrollo el acceso a la atención sanitaria bucodental es limitada, por lo tanto, los dientes o no se tratan o son extraídos⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾. La prevalencia de estas enfermedades varía dependiendo de la región geográfica de la que se trate y de la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud bucodental. También tienen mucho peso diversos determinantes sociales, ya que 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. Existen otros factores de riesgo que predisponen a padecer éstas enfermedades como la mala alimentación, la inadecuada o la falta de higiene bucodental, la colonización de los dientes por bacterias cariogénicas, la frecuencia de exposición a dichas bacterias, el tipo de alimento y la susceptibilidad del diente⁽²⁰⁾⁽²⁸⁾.

La caries dental es una enfermedad multifactorial, universal, caracterizada por la disolución química, localizada, de los tejidos duros del diente, por la acción de ácidos orgánicos, resultantes del metabolismo bacteriano de azúcares de bajo peso molecular, afecta al esmalte, dentina y cemento y suelen ser de progreso lento, ocasionalmente se detiene y si no se interviene oportunamente, destruye por completos los dientes⁽³⁰⁾, presenta graves repercusiones en la salud en general, disminuyendo el desarrollo físico y la capacidad de aprendizaje, además de los elevados costos de tratamiento. Asimismo, un niño con caries en los dientes primarios, será probablemente un adulto

con múltiples caries y restauraciones en la dentición permanente⁽¹²⁾. La predisposición a desarrollar caries dental varía entre individuos, forma de la mandíbula y cavidad bucal, estructura de los dientes, cantidad y calidad de saliva⁽¹⁹⁾.

En las últimas décadas los países desarrollados han observado una disminución de la caries dental en diferentes grupos poblacionales, sin embargo, en los países en vías de desarrollo este cambio ha sido más discreto, siendo todavía un problema significativo de salud pública para la población infantil⁽¹¹⁾.

Existen diversas maneras de expresar la prevalencia y la intensidad o severidad de caries dental; los índices mundialmente utilizados son el índice de dientes cariados, extraídos y obturados para dentición temporal (ceod) y el índice de dientes cariados, perdidos y obturados para dentición permanente (CPOD).

La maloclusión es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático. Los factores genéticos y el medio ambiente son los dos factores predisponentes⁽³¹⁾, entre los que se puede destacar el chupete o biberón y la succión del dedo, los cuales poseen gran importancia como factores etiológicos para el desarrollo de maloclusiones en la dentición primaria⁽³²⁾. Otro factor es la duración de la lactancia materna, que según un estudio realizado por Mendoza A y col, en 2008, si la misma es exclusiva durante los primeros 6 meses de vida representa un factor preventivo para el desarrollo de maloclusión, por el contrario la alimentación con biberón conlleva una probabilidad de maloclusión⁽³³⁾.

El Índice de Necesidad de Tratamiento para Caries Dental (INTC) se basa en el proceso de caries dental y en la historia pasada de caries, identificando sus primeros estadios. El proceso de caries dental abarca desde las lesiones iniciales (mancha blanca) hasta las lesiones pulpares y sus consecuencias, la historia pasada de caries dental (existencia y tipo de tratamientos aplicados) así también como su extensión en la boca, interpretada como unidad de intervención en lugar de la unidad diente agrupados por cuadrantes. Bordoni y col, en 1998-1999 presentaron el INTC destinado a niños/as el que ha sido empleado en numerosos estudios nacionales⁽³⁴⁾.

Higiene bucal

Es definida como aquellas medidas de control, que incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la formación de la placa bacteriana, que constituye el factor de riesgo más importante en el desarrollo y evolución de las Caries

y Enfermedad Periodontal⁽³⁵⁾. Se debe dar desde temprana edad, con una correcta técnica de cepillado, uso de hilo dental, uso de fluoruros y visitas al odontólogo.

El cuidado de los dientes y las encías de un niño puede comenzar incluso antes de que nazca el bebé. El embarazo causa muchos cambios hormonales, entre ellos el aumento de estrógeno y progesterona, lo que aumenta el riesgo de desarrollar problemas de salud bucal, como gingivitis y periodontitis. La presencia de enfermedades periodontales maternas e infecciones activas se ha asociado con resultados adversos del embarazo, como parto prematuro, preeclampsia, diabetes gestacional y pérdida fetal. Por lo tanto, es importante educar a las mujeres embarazadas acerca de su higiene bucal y la importancia de cuidar la salud bucal del recién nacido, así también como el recibir tratamiento si presentan caries para promover el bienestar y reducir la cantidad de bacterias en la cavidad oral que pueden ser pasadas al niño después del nacimiento. Si la madre goza de una adecuada salud bucodental, contribuirá no solo a un embarazo saludable, sino que el hijo tendrá menor riesgo de adquirir caries⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾.

Las consultas al odontólogo tienen como objetivo mantener la salud del paciente, evitando el inicio de la enfermedad cariosa y otras alteraciones dentarias e interceptar las alteraciones oclusales, de mucosa, de tejidos óseos y de la articulación temporomandibular. Se deben realizar controles periódicos para prevenir de forma precoz la caries dental, ya que es la mayor responsable de la pérdida dental así también como de otras alteraciones bucales⁽²²⁾. Las visitas deben ser tras la erupción de los primeros dientes, es decir, a los 6 meses de edad o en el primer año de vida y no después del año, con el fin de realizar la evaluación de la boca y maxilares respecto a la formación apropiada y alineación de las estructuras y disminuir así, el riesgo de desarrollar caries⁽¹⁸⁾⁽³⁸⁾. Según un estudio realizado por Ruiz MC y col, en 2012, se pudo ver que el hecho de que la primera consulta no se dé antes de los 2 años; edad ideal para iniciar un proceso de educación a padres y cuidadores, sino que sea en edades posteriores, está asociado a un aumento significativo del Índice ceod, en donde se evidencia la presencia temprana de caries⁽³⁹⁾.

El cepillado de los dientes es el método de higiene bucal más ampliamente difundido y cuenta con un alto grado de aceptabilidad social. Las acciones llevadas a cabo en la infancia, tales como la enseñanza de adecuados hábitos de higiene bucodental y una alimentación limitada en el consumo de azúcares tendrán un efecto de por vida. La mayoría de los estudios han sugerido la práctica de hábitos de higiene bucal para la preservación de la salud bucal desde los primeros años de vida, tras la erupción de los primeros dientes deciduos se debe limpiar la cavidad bucal con un trozo de gasa

envuelto en el dedo índice, ya que de esta forma se comienza con la estimulación oral para acostumbrar al niño a la manipulación de la boca e instaurar así un hábito de higiene oral precoz, y luego a los 6 meses tras la erupción de los primeros dientes temporales se recomienda iniciar el cepillado de dientes dos veces al día; en la mañana y especialmente por la noche, también se debe tener en cuenta la supervisión y asistencia de los padres durante la práctica del hábito y la costumbre de acudir por lo menos una vez al año al odontólogo para un adecuado control del niño⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾.

El cepillado dental tiene como objetivo remover la biopelícula dental o interferir en su formación para prevenir que llegue a ser patogénica. Los procedimientos habituales de higiene practicados por la población no logran el propósito de controlar la biopelícula dental. La remoción de la misma por medio de cepillo, hilo y otros elementos son eficaces cuando son aplicados adecuadamente, también influye el tipo de cepillo, dentífrico, método y frecuencia del cepillado⁽³⁰⁾. Hay poca evidencia científica de que el cepillado dental por sí mismo pueda prevenir la caries dental, puesto que el simple cepillado no remueve la placa⁽³²⁾. Sin embargo, la edad de inicio de las caries depende del momento en el cual los niños comienzan a cepillar sus dientes. Según un estudio realizado por Guerrero Reynoso VM, en 2009, se observó que cuando el inicio del cepillado dental comienza antes del año de vida el porcentaje de caries es de un 12%, mientras que cuando se inicia entre el año y los 2 años es de un 19% y después de los 2 años del 34%, siendo este último el de mayor riesgo para el desarrollo de enfermedades bucodentales⁽¹¹⁾.

Hipótesis

- Existe una mayor prevalencia de patologías bucales en niños que tienen hábitos alimentarios inadecuados.
- Existe una mayor prevalencia de patologías bucales en los niños que tienen una inadecuada higiene bucal.

OBJETIVOS

Objetivo general

Relacionar los hábitos alimentarios y la higiene bucal con la salud bucodental de niños y niñas que asistieron a un Jardín de Infantes público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Objetivos específicos

- Caracterizar los hábitos alimentarios de los niños que asistieron a un Jardín de Infantes público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.
- Identificar la higiene bucal de los niños que asistieron a un Jardín de Infantes público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.
- Determinar la salud bucodental de los niños que asistieron a un Jardín de Infantes público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Observacional, correlacional de corte transversal, ya que se relacionan las variables y la toma de muestra se realizó en un único momento.

Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por los niños que asistieron a un Jardín de Infantes público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Muestra

Todos los niños y niñas preescolares que asistieron a un Jardín de Infantes público del Barrio El Chingolo, Córdoba, Argentina, durante el año 2017 y cuyos cuidadores/responsables hayan firmado el consentimiento informado.

La muestra final estuvo conformada por 110 niños/as entre 3 a 5 años que asistieron a un Jardín de Infantes público del Barrio El Chingolo, Córdoba, Argentina, durante el año 2017.

Variables de estudio

- Hábitos Alimentarios.
- Higiene bucal.
- Salud bucodental.
- Sexo
- Edad

Operacionalización de Variables

Hábitos alimentarios

Concepto: Conjunto de costumbres que condicionan la forma de cómo los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, la cual se ve influida por la disponibilidad, el nivel de educación alimentaria, el acceso a los mismos, pero también por las costumbres, creencias, la información que circula acerca de los alimentos y los hábitos alimentarios, los estilos de vida y los grupos de pertenencia, entre otros factores. Estos hábitos conllevan a formar y consolidar pautas de conducta y aprendizajes que

se mantienen en el tiempo y repercuten ya sea favorable o desfavorablemente en el estado de salud, nutrición y el bienestar de la persona⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽¹⁰⁾.

Tipo de variable: cualitativa, ordinal.

Dimensiones: se establecieron cinco dimensiones:

- ❖ Uso de biberón.
- ❖ Lactancia materna.
- ❖ Consumo de golosinas/o dulces.
- ❖ Bebida de consumo habitual.
- ❖ Consumo de frutas y/o verduras.

Indicador:

- ❖ Tiempo de uso de biberón: donde se estableció:
 - Riesgo bajo: no usó o 12 meses o menos.
 - Riesgo moderado: 13-24 meses.
 - Riesgo alto: más de 25 meses.

- ❖ Duración de la lactancia materna exclusiva: donde se estableció:
 - Riesgo bajo: 6 meses o más.
 - Riesgo moderado: 5 meses o menos.
 - Riesgo alto: no recibió lactancia materna exclusiva.

- ❖ Frecuencia de consumo de golosinas y/o dulces: donde se estableció:
 - Riesgo bajo: rara vez, nunca o 1-2 veces por semana.
 - Riesgo moderado: 3-4 veces por semana.
 - Riesgo alto: más de 4 veces por semana.

- ❖ Tipos de bebida de consumo habitual (agua, gaseosas, jugos): donde se estableció:
 - Riesgo bajo: agua.
 - Riesgo moderado: agua y jugos o gaseosas.
 - Riesgo alto: gaseosas o jugos.

- ❖ Frecuencia de consumo de frutas y/o verduras:
 - Riesgo bajo: al menos 2 porciones al día.
 - Riesgo moderado: 1 porción al día.
 - Riesgo alto: no consume.

Higiene Bucal

Concepto: Son aquellas medidas de control, que incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la formación de la placa bacteriana, que constituye el factor de riesgo más importante en el desarrollo y evolución de las Caries y Enfermedad Periodontal⁽³⁵⁾.

Tipo de variable: Cualitativa, ordinal.

Dimensiones: Se establecieron tres dimensiones:

- ❖ Edad de comienzo de Higiene bucal.
- ❖ Consulta al odontólogo.
- ❖ Cepillo dental.

Indicador:

- ❖ Edad de comienzo de higiene bucal:
 - Riesgo bajo: 1 año o menos.
 - Riesgo moderado: 2 años o más.
 - Riesgo alto: aún no comenzó con la higiene bucal.

- ❖ Consulta al odontólogo:
 - Riesgo bajo: cada 6 meses o 1 vez al año.
 - Riesgo moderado: cada 2 años.
 - Riesgo alto: cuando duele o nunca.

- ❖ Cepillo dental:
 - Riesgo bajo: si posee.
 - Riesgo alto: no posee.

Salud bucodental

Concepto: Ausencia de dolor oro facial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial⁽²⁸⁾.

Tipo de variable: Cualitativa, ordinal.

Dimensiones: Se establecieron tres dimensiones:

- ❖ Caries.
- ❖ Maloclusión.
- ❖ Índice de necesidad de Tratamiento de caries.

Indicadores:

- ❖ Caries (ceod):
Se tomó el valor de ceod y se categorizó en:
 - Sin experiencia de caries: 0.
 - Con experiencia de caries: 1 o más.

- ❖ Maloclusión:
 - No.
 - Sí.

- ❖ Índice de necesidad de tratamiento de caries:
Se tomó el valor del INTC y se categorizó en:
 - Riesgo bajo: menor a 2.
 - Riesgo alto: 2 o más.

VARIABLES INTERVINIENTES

Sexo

Concepto: Es la característica biológica que permite clasificar a los seres humanos en hombres y mujeres⁽⁴²⁾.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal.

Indicadores:

- ❖ Femenino.
- ❖ Masculino.

Edad

Concepto: Es el tiempo transcurrido entre el día, mes y año de nacimiento y el día, mes y año en que ocurrió y/o se registró el hecho vital⁽⁴²⁾.

Tipo de variable: Cuantitativa, discreta.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

1. Hábitos Alimentarios: Se utilizaron técnicas estructuradas, mediante observación por encuesta.
2. Higiene Bucal: Se utilizaron técnicas estructuradas, mediante observación por encuesta.
3. Salud bucodental: Se utilizaron técnicas estructuradas, mediante observación directa.

Consideraciones Éticas

La recolección de datos se realizó bajo el consentimiento informado del padre, madre o tutor a cargo del niño/a para que el mismo pueda participar en el estudio ya que los mismos carecen de la capacidad de dar su consentimiento, siempre que el niño/a haya aceptado participar y respetando la negativa del mismo a formar parte de la investigación (Anexo 1).

Antes de la realización de la valoración odontológica y la encuesta al familiar responsable, se solicitó el consentimiento informado, tal como lo indica la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial. En el mismo se especifican los objetivos y propósitos del Proyecto de Investigación “Tendencias en el perfil de Salud de niños que asisten a un jardín, en el contexto de una intervención intersectorial, 2016-2018”, el cual se encuentra dentro de un Proyecto de Responsabilidad Social Universitaria. En este estudio se contemplaron los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Se aseguró la confidencialidad de la información personal de las personas que participaron en la investigación, lo cual está resguardado en la Ley 25326.

Plan de Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas, se utilizaron estadísticas descriptivas como la frecuencia absoluta y relativa. Para el gráfico de las variables se utilizó el diagrama de barras y gráficos de cajas (Box-Plot).

Para evaluar la asociación entre las variables cualitativas se utilizó una prueba Chi-Cuadrado. Para determinar si existen diferencias en la proporción de niños con patología bucal según las variables de interés se realizó una prueba de diferencia de proporciones, y para averiguar si existía diferencia en las variables de ceod e INTC con otras variables de interés se realizó un test de diferencia de medias. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

Para el análisis e interpretación de los datos se utilizó el método informático "Infostat" y el programa Microsoft Excel.

Recursos

Los recursos materiales requeridos se dividen en:

- Recursos para la variable hábitos alimentarios: encuesta al familiar responsable, desarrollada por el equipo que forma parte del Proyecto de Investigación (Anexo 2).
- Recursos para la variable higiene bucal: encuesta al familiar responsable, desarrollada por el equipo que forma parte del Proyecto de Investigación (Anexo 2).
- Recursos para la variable salud bucodental: baja lenguas, luz natural, odontograma infantil (Anexo 3) y ficha de la historia clínica del niño/a - sección valoración odontológica (Anexo 4).

Los recursos humanos que participaron en el Proyecto de Investigación Final de la Licenciatura fueron:

- Alumnas de la Carrera Licenciatura en Nutrición Autoras del presente Proyecto de Investigación.
- Grupo Integrante del Proyecto de Investigación (Odontólogos, estudiantes de la Carrera Odontología de la Universidad Católica de Córdoba (UCC), Nutricionistas, estudiantes de la Carrera Licenciatura en Nutrición de la UCC, Pediatras, Enfermeras, Psicólogas, estudiantes de la Carrera Psicología de la UCC, Oftalmólogos, Trabajadores Sociales).

Resultados

SEXO Y EDAD

La distribución de la población según sexo y grupo de edad demuestra que hay un predominio de niñas respecto de niños.

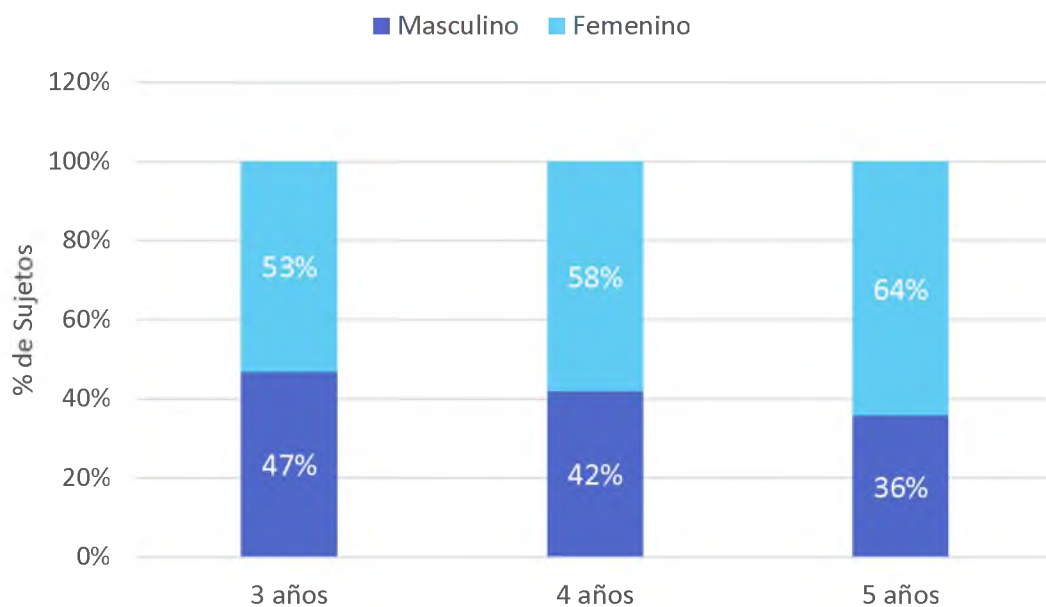


Gráfico N°1: Caracterización de la población según sexo y edad en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017 (n=110).

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Según los datos obtenidos, se observó que los hábitos alimentarios de la población se caracterizan por haber utilizado biberón y/o chupete durante 12 meses o menos o bien no haberlo utilizado, por recibir lactancia materna exclusiva durante 6 meses o más, baja frecuencia de consumo de golosinas y/o dulces, un consumo adecuado de frutas y/o verduras y un elevado consumo de bebidas azucaradas.

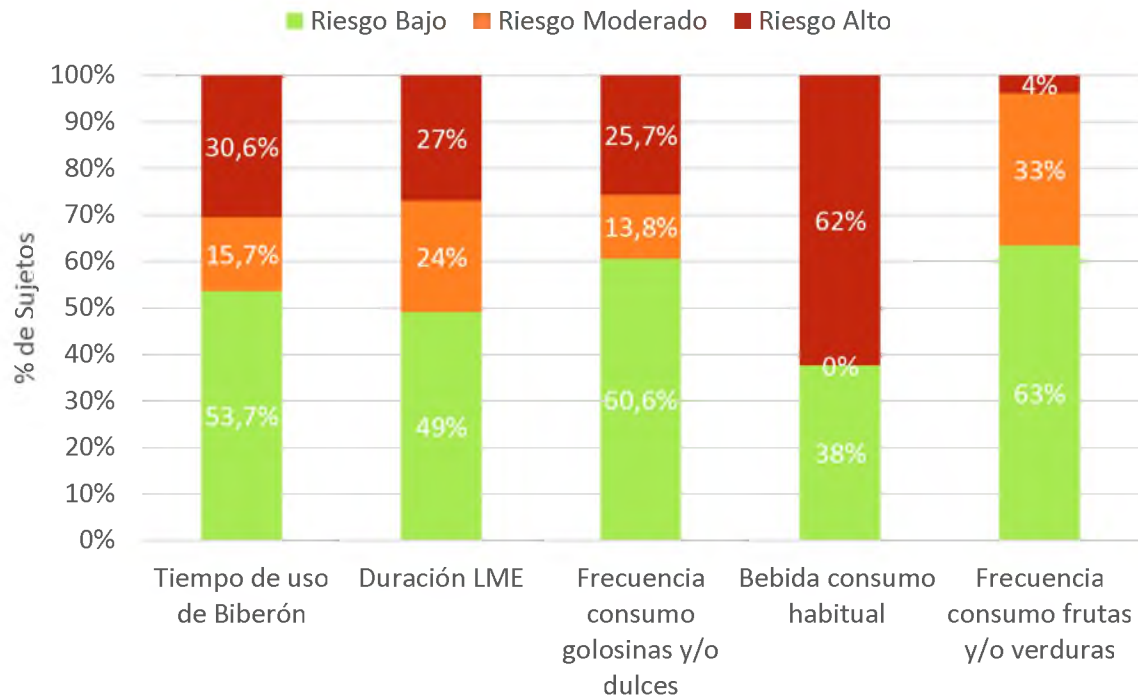


Gráfico N°2: Distribución según hábitos alimentarios en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017 (n=110).

HIGIENE BUCAL

Según los datos obtenidos, en cuanto a la higiene bucal se observó que un alto porcentaje de niños tienen cepillo dental propio, consultan al odontólogo cuando les duele o nunca y que comenzaron la higiene bucal a los dos años o más.

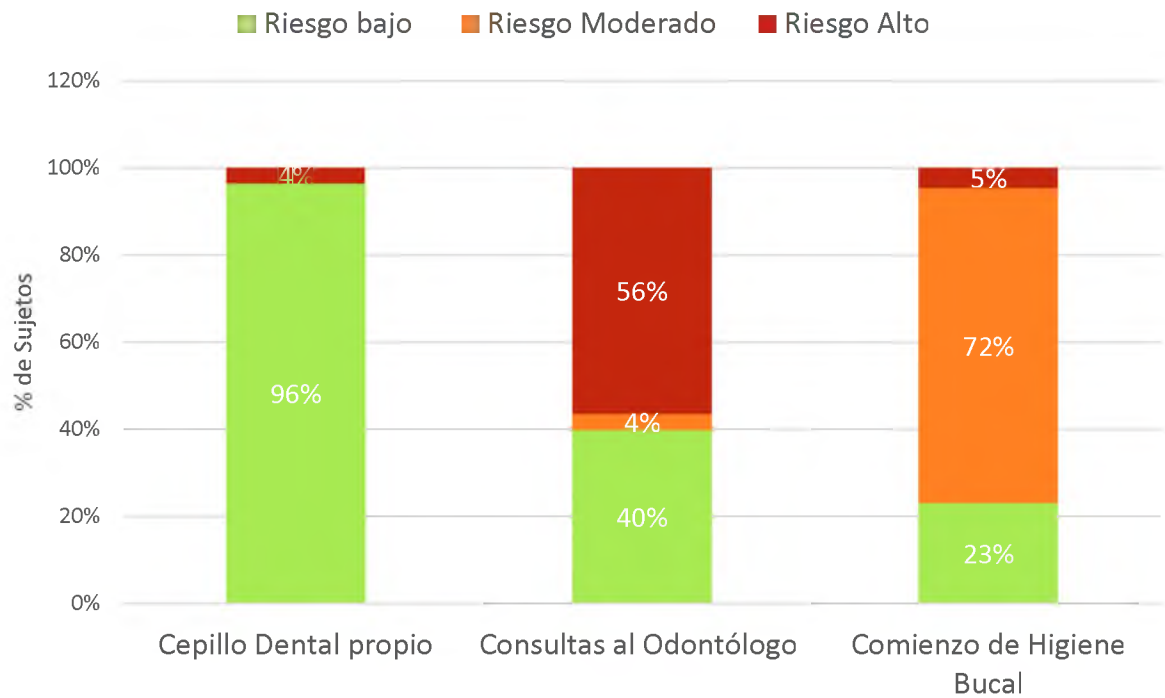


Gráfico N°3: Distribución según higiene bucal en niños y niñas que asisten un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017 (n=110).

SALUD BUCODENTAL

En cuanto a la salud bucodental, se observó pocos niños con maloclusión, una mayor proporción de niños con experiencia de caries y un gran porcentaje de niños con índice alto de INTC, el mismo se basa en el proceso de caries dental y en la historia pasada de caries.

Caries (ceod)

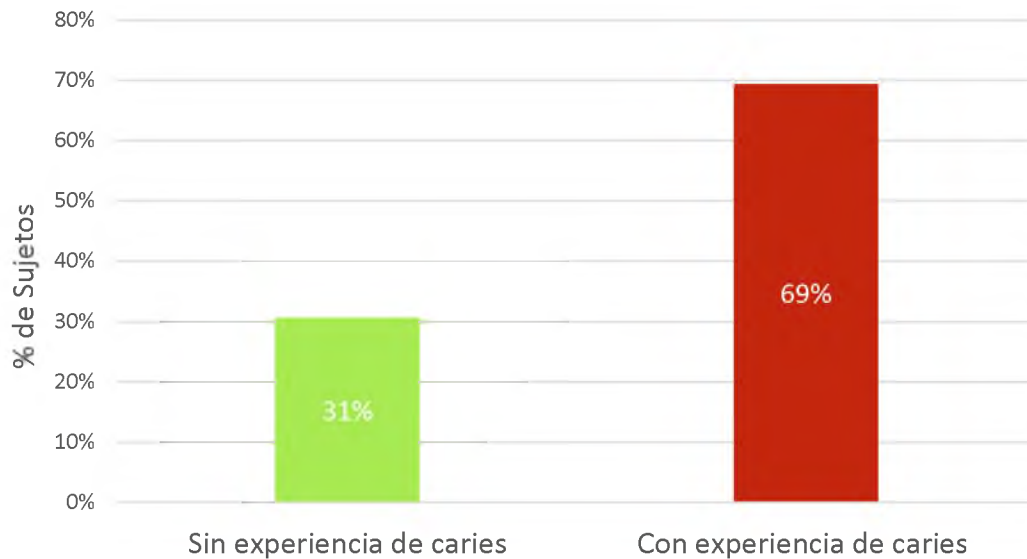


Gráfico N°4: Nivel de ceod en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017 (n=110).

Maloclusión

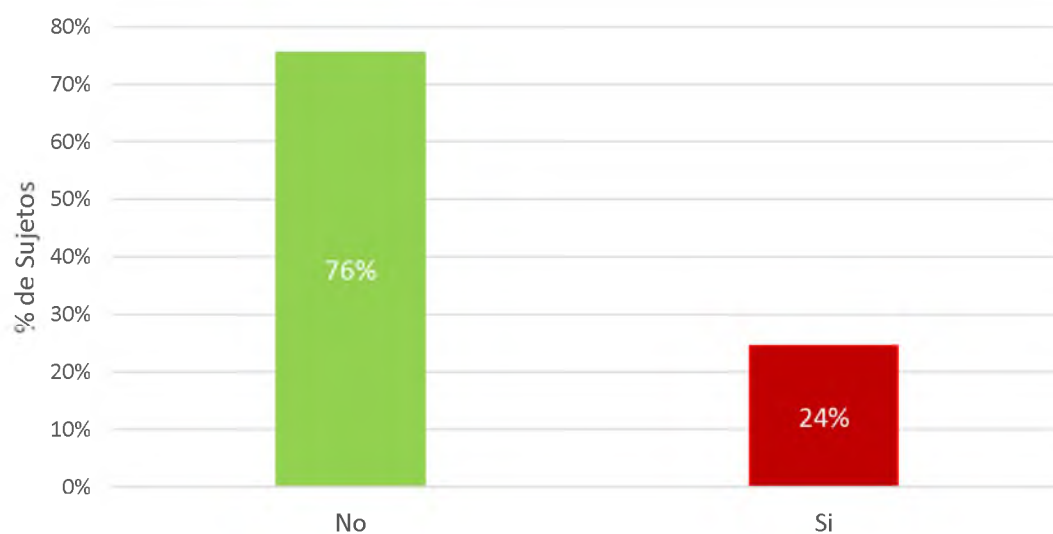


Gráfico N°5: Maloclusión en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017 (n=110).

Índice de Necesidad de Tratamiento de Caries

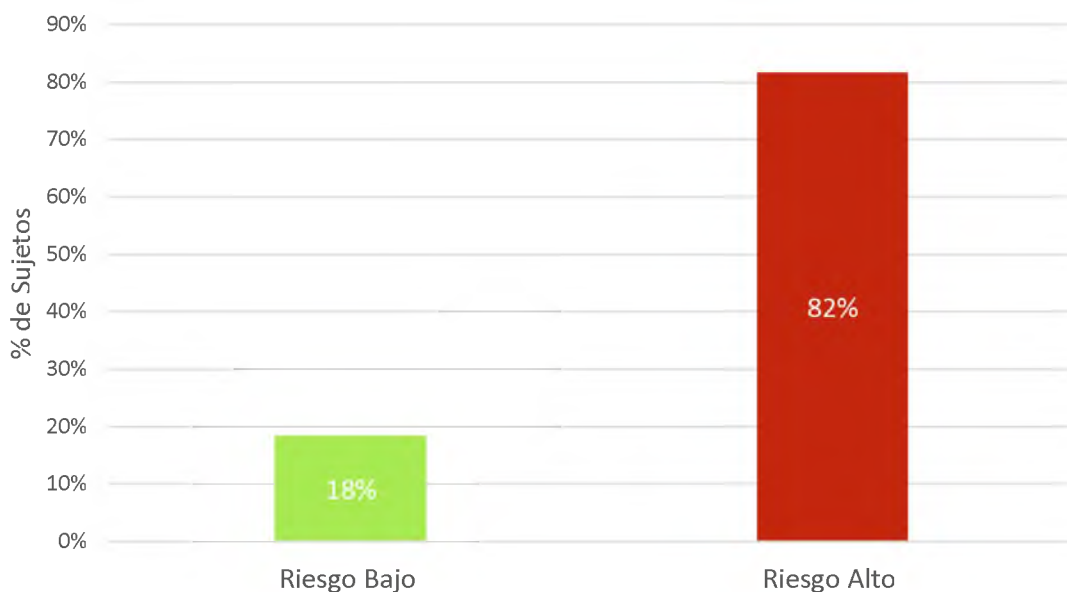


Gráfico N°6: Índice de Necesidad de Tratamiento de Caries en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017 (n=110).

INTC Y CEOD

En la Tabla 1 se observan los valores medios, el D.E. y los valores mínimos y máximos de ceod e INTC.

Tabla 1. Valores medios, mínimo y máximo del ceod e INTC en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

	Total	Media	D.E.	Min	Max
ceod	98	3,54	3,83	0	13
INTC	98	4,07	2,60	0	11

SALUD BUCODENTAL Y HÁBITOS ALIMENTARIOS

CEOD Y TIEMPO DE USO DE BIBERÓN

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de caries según el tiempo de uso de biberón ($p > 0,05$).

Tabla 2. Distribución de la población según ceod y tiempo de uso de biberón en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Tiempo de uso de Biberón	Sin experiencia de caries		Con experiencia de caries		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	15	50%	38	58%	53
Riesgo Alto	15	50%	28	42%	43
Total	30	100%	66	100%	96

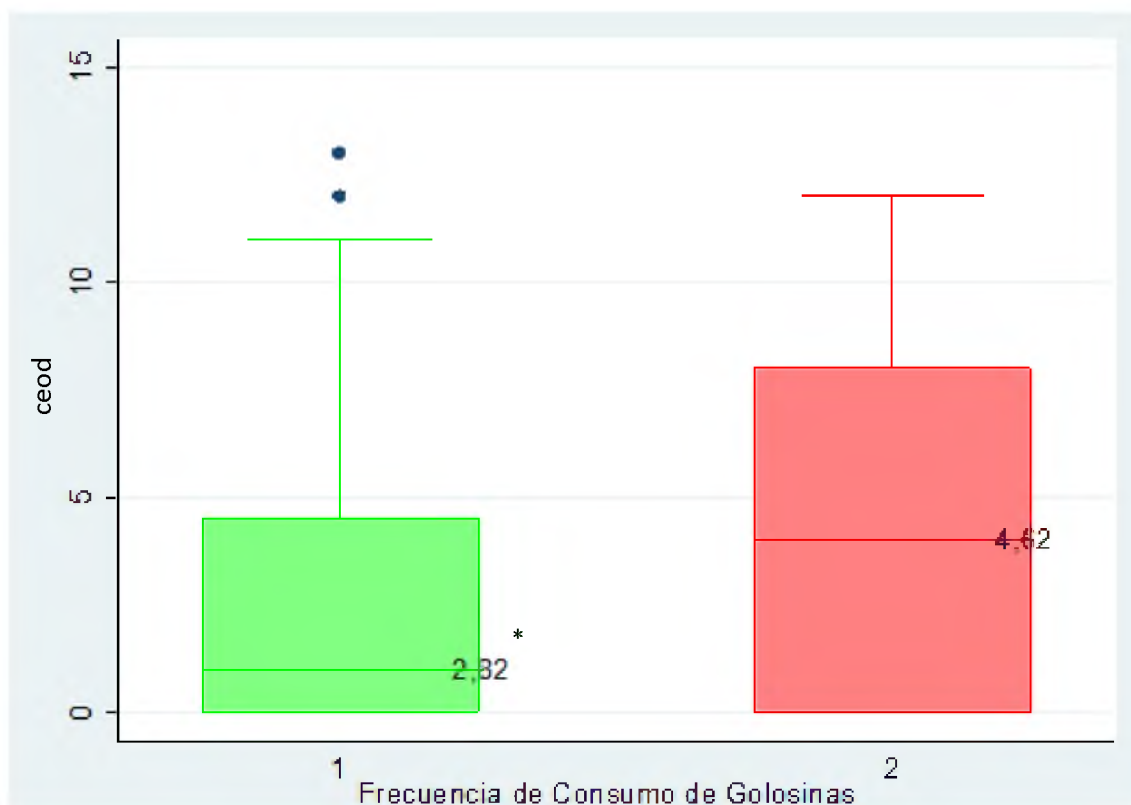
CEOD Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE GOLOSINAS Y/O DULCES

Se observó una mayor proporción de niños sin experiencia de caries en aquellos que tenían una baja frecuencia de consumo de golosinas y/o dulces. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabla 3. Distribución de la población según ceod y frecuencia de consumo de golosinas en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Frecuencia de consumo de golosinas y/o dulces	Sin experiencia de Caries		Con experiencia de caries		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	20	67%	40	60%	60
Riesgo Alto	10	33%	27	40%	37
Total	30	100%	67	100%	97

Al comparar los valores medios de ceod según el consumo de golosinas y/o dulces, se observó que en aquellos niños/as que tenían baja frecuencia de consumo de golosinas y/o dulces el ceod fue significativamente menor que en aquellos niños que tenían una alta frecuencia de consumo ($p = 0,0117$).



*Diferencias significativas en (NC: 95%)

Gráfico N°7: Valores medios de ceod según la frecuencia de consumo de golosinas en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

CEOD Y TIPO DE BEBIDA DE CONSUMO HABITUAL

Se observó una mayor proporción de niños sin experiencia de caries en aquellos que tenían un bajo consumo de bebidas azucaradas. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabla 4. Distribución de la población según ceod y tipo de bebida de consumo habitual en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Tipo de bebida de consumo habitual	Sin experiencia de Caries		Con experiencia de caries		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	14	47%	25	37%	39
Riesgo Alto	16	53%	42	63%	58
Total	30	100%	67	100%	97

CEOD Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Se observó una mayor proporción de niños sin experiencia de caries en aquellos que recibieron lactancia materna exclusiva durante 6 meses, las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabla 5. Distribución de la población según ceod y duración de la lactancia materna exclusiva en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Duración de LME	Sin experiencia de Caries		Con experiencia de caries		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	16	55%	32	51%	48
Riesgo Alto	13	45%	31	49%	44
Total	29	100%	63	100%	92

CEOD Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE FRUTAS Y/O VERDURAS

Se observó una mayor proporción de niños sin experiencia de caries en aquellos que tenían un consumo adecuado de frutas y/o verduras. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabla 6. Distribución de la población según ceod y la frecuencia consumo de frutas y/o verduras en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Consumo de frutas y/o verduras	Sin experiencia de caries		Con experiencia de caries		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	19	66%	38	60%	57
Riesgo Alto	10	34%	25	40%	35
Total	29	100%	63	100%	92

MALOCLUSIÓN Y TIEMPO DE USO DE BIBERÓN

Se observó una baja proporción de niños con maloclusión, sin diferencias según el tiempo de uso de biberón ($p=>0,05$).

Tabla 7. Distribución de la población según maloclusión y tiempo de uso de biberón en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Tiempo de uso de Biberón	No		Si		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	40	56%	13	54%	53
Riesgo Alto	32	44%	11	46%	43
Total	72	100%	24	100%	96

MALOCLUSIÓN Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Se observó una mayor proporción de niños sin maloclusión en aquellos que recibieron lactancia materna exclusiva durante 6 meses, estas diferencias fueron estadísticamente significativas al 95% ($p=0,05$).

Tabla 10. Distribución de la población según maloclusión y duración de la Lactancia Materna Exclusiva en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Duración de la LME	No		Si		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	40	58%	8	35%	48
Riesgo Alto	29	42%	15	65%	44
Total	69	100%	23	100%	92

INTC Y TIEMPO DE USO DE BIBERÓN

No se observaron diferencias en el INTC según el tiempo de uso de biberón ($p > 0,05$).

Tabla 12. Distribución de la población según INTC y tiempo de uso de biberón en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Tiempo de uso de biberón	INTC Riesgo Bajo		INTC Riesgo Alto		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	9	50%	44	56%	53
Riesgo Alto	9	50%	34	44%	43
Total	18	100%	78	100%	96

INTC Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE GOLOSINAS Y/O DULCES

Se observó una mayor proporción de niños con INTC en aquellos que tenían un consumo elevado de golosinas y/o dulces, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabla 13. Distribución de la población según INTC y frecuencia de consumo de golosinas en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Frecuencia de consumo de golosinas y/o dulces	INTC Riesgo Bajo		INTC Riesgo Alto		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	12	67%	48	61%	60
Riesgo Alto	6	33%	31	39%	37
Total	18	100%	79	100%	97

Al analizar el valor de INTC medio de la población, se observó que en aquellos niños/as que tenían un riesgo bajo de consumo de golosinas el INTC fue significativamente menor que en aquellos niños que tenían un riesgo alto ($p=0,0633$), (NC 90%).



*Diferencias significativas en (NC: 90%)

Gráfico N°8: Valores medios de INTC según la frecuencia de consumo de golosinas en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

INTC Y TIPO DE BEBIDA DE CONSUMO HABITUAL

Se observó una mayor proporción de niños con riesgo bajo de INTC en aquellos que tenían un bajo consumo de bebidas azucaradas, sin diferencias estadísticamente significativas ($p=>0,05$).

Tabla 14. Distribución de la población según INTC y tipo de bebida de consumo habitual en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Tipo de bebida de consumo habitual	INTC Riesgo Bajo		INTC Riesgo Alto		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	8	44%	31	39%	39
Riesgo Alto	10	56%	48	61%	58
Total	18	100%	79	100%	97

INTC Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Se observó una mayor proporción de niños con riesgo bajo de INCT en aquellos que recibieron lactancia materna exclusiva durante 6 meses, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabla 15. Distribución de la población según INTC y duración de lactancia materna en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Duración de la LME	INTC Riesgo Bajo		INTC Riesgo Alto		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	11	61%	37	50%	48
Riesgo Alto	7	39%	37	50%	44
Total	18	100%	74	100%	92

INTC Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE FRUTAS Y/O VERDURAS

Se observó una mayor proporción de niños con riesgo bajo de INTC en aquellos que tienen un adecuado consumo de frutas y/o verduras, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabla 16. Distribución de la población según INTC y frecuencia de consumo de frutas y/o verduras en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Consumo de frutas y/o verduras	INTC Riesgo Bajo		INTC Riesgo Alto		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	13	72%	44	59%	57
Riesgo Alto	5	28%	30	41%	35
Total	18	100%	74	100%	92

SALUD BUCODENTAL E HIGIENE BUCAL

CEOD Y EDAD DE COMIENZO DE HIGIENE BUCAL

No se encontraron diferencias en la proporción de niños con caries según edad de comienzo de higiene bucal ($p=>0,05$).

Tabla 17. Distribución de la población según ceod y edad de comienzo de la higiene bucal en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Edad de comienzo de higiene bucal	Sin experiencia de caries		Con experiencia de caries		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	8	27%	16	24%	24
Riesgo Alto	22	73%	51	76%	73
Total	30	100%	67	100%	97

CEOD Y CONSULTA AL ODONTÓLOGO

No se encontraron diferencias en la proporción de niños con caries según frecuencia de consulta al odontólogo ($p=>0,05$).

Tabla 18. Distribución de la población según ceod y consulta al odontólogo en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Consulta al odontólogo	Sin experiencia de caries		Con experiencia de caries		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	14	47%	24	36%	38
Riesgo Alto	16	53%	42	64%	58
Total	30	100%	66	100%	96

CEOD Y CEPILLO DENTAL PROPIO

No se encontraron diferencias en la proporción de niños con caries según presencia de cepillo dental propio ($p=>0,05$).

Tabla 19. Distribución de la población según ceod y cepillo dental propio en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Cepillo dental propio	Sin experiencia de caries		Con experiencia de caries		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	29	97%	66	99%	95
Riesgo Alto	1	3%	1	1%	2
Total	30	100%	67	100%	97

INTC Y EDAD DE COMIENZO DE HIGIENE BUCAL

No se encontraron diferencias en la proporción de niños con necesidad de tratamiento de caries según edad de comienzo de higiene bucal ($p=>0,05$).

Tabla 23. Distribución de la población según INTC y edad de comienzo de higiene bucal en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Edad de comienzo de higiene bucal	INTC Riesgo Bajo		INTC Riesgo Alto		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	4	22%	20	25%	24
Riesgo Alto	14	78%	59	75%	73
Total	18	100%	79	100%	97

INTC Y CONTROL ODONTOLÓGICO

No se encontraron diferencias en la proporción de niños con necesidad de tratamiento de caries según frecuencia de control odontológico ($p=>0,05$).

Tabla 24. Distribución de la población según INTC y control odontológico en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Control odontológico	INTC Riesgo Bajo		INTC Riesgo Alto		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	7	39%	31	40%	38
Riesgo Alto	11	61%	47	60%	58
Total	18	100%	78	100%	96

INTC Y CEPILLO DENTAL PROPIO

No se encontraron diferencias en la proporción de niños con necesidad de tratamiento de caries según la presencia de cepillo dental propio ($p=>0,05$).

Tabla 25. Distribución de la población según INTC y cepillo dental propio en niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes Público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017.

Cepillo dental propio	INTC Riesgo Bajo		INTC Riesgo Alto		Total
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Riesgo Bajo	17	94%	78	99%	95
Riesgo Alto	1	6%	1	1%	2
Total	18	100%	79	100%	97

Discusión

El propósito de este estudio fue investigar la relación entre los hábitos alimentarios y la higiene bucal con la salud bucodental de niños y niñas que asisten a un Jardín de Infantes público del Barrio El Chingolo en la Ciudad de Córdoba, durante el año 2017, se trabajó con una población de 110 preescolares.

Los resultados obtenidos en este proyecto revelaron una prevalencia elevada de caries (69%) y un ceod medio de $3,54 \pm 3,83$, superando así el límite fijado por la Organización Mundial de la Salud y la Federación Dental Internacional, en 1978, donde establecieron que para el año 2000 el 50% de los/as niños/as debían estar libres de caries⁽⁴³⁾. Estos resultados mostraron similitud con un estudio realizado en México por Del Socorro Herrera M y col, en 2001, en donde la prevalencia de caries fue del 75,2% y el ceod medio de $3,69 \pm 3,85$ ⁽⁴⁴⁾. En Argentina la mayoría de los datos epidemiológicos de caries dental se encuentran por regiones, por lo que no hay datos totales a nivel nacional, existiendo así una deuda sanitaria para el control de caries en el país⁽⁴⁵⁾. En un estudio realizado en Corrientes por Cardozo BJ y col, en 2014, se observó que la prevalencia de caries fue del 63%⁽⁴⁶⁾.

Al comparar los resultados del presente estudio en cuanto al ceod medio y la frecuencia de consumo de golosinas se pudo ver que en aquellos niños/as que tenían un bajo de consumo de golosinas el ceod fue significativamente menor que en aquellos niños que tenían un consumo alto. En un estudio realizado en España por León M y col, en el año 2000, se encontró que los niños que consumían golosinas 2 o más veces al día tienen mayor probabilidad de presentar caries (66,7%) que los niños que lo hacen ocasionalmente o una vez al día (22,9%)⁽⁴⁷⁾. Resultados similares se hallaron en el estudio realizado en Perú por Ponce C y col, en 2010, en donde se encontró que aquellos niños con una ingesta diaria de azúcares presentaron una prevalencia de caries del 86,5% y los niños que no consumían azúcares diariamente presentaron una prevalencia de caries del 50%, siendo estos datos estadísticamente significativos⁽⁴⁸⁾.

En este estudio los resultados obtenidos respecto al tipo de bebida de consumo habitual expresaron que el 62% de los niños/as consumen habitualmente jugos y/o gaseosas. En un estudio realizado por Villalobos J y col, en 2013, se pudo observar que casi el 90% de los niños consumían al menos un refresco embotellado al día⁽⁴⁹⁾. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del año 2007 realizada en Argentina, arrojó valores inferiores, donde el consumo de bebidas gaseosas fue de un 35% en niños y niñas entre 2 a 5 años⁽²³⁾. Al comparar la presencia y/o ausencia de caries con el tipo de bebida de consumo habitual se pudo observar una mayor

prevalencia de caries en aquellos niños que consumían jugos y/o gaseosas de manera habitual (63%), aunque este hallazgo no fue estadísticamente significativo. Según un estudio realizado en Perú por Ponce C y col, en 2010, se observó que los niños que ingieren bebidas azucaradas tienen una prevalencia mucho mayor de caries (83,3%), siendo estos datos estadísticamente significativos⁽⁴⁸⁾.

Por otro lado, el porcentaje de niños con necesidad de tratamiento de caries fue del 82% mientras que el INTC medio fue de $4 \pm 2,60$, necesitando un tratamiento preventivo intensivo más restauración plástica en dos cuadrantes. Estos resultados muestran similitud con el estudio realizado en Colombia por Ramírez y col, en 2006, donde se encontró que el 77,8% de niños tenían uno o más dientes con lesiones de caries dentales no tratadas, es decir, que requerían algún tipo de tratamiento; los niños con necesidades de atención tenían en promedio $5,8 \pm 4,1$ de dientes que requerían algún tipo de tratamiento⁽⁵⁰⁾. Sin embargo, en un estudio realizado por Del Socorro Herrera y col, encontraron resultados superiores (89,6%)⁽⁴⁴⁾. Según lo estudiado en Venezuela por Zambrano de Ceballos OR y col, en 2013, se vio que la caries dental no tratada estaba presente en casi la totalidad de los niños con la enfermedad, más del 90% de los niños con caries no presentaban ningún tipo de intervención preventiva o curativa⁽⁵¹⁾. Al comparar los resultados del presente estudio en cuanto al INTC medio de la población y la frecuencia de consumo de golosinas se pudo ver que aquellos niños/as que tenían un bajo de consumo de golosinas el INTC fue significativamente menor que en aquellos niños que tenían un consumo alto.

Respecto a la maloclusión se encontró que solo el 24% de los niños presentaron maloclusión, resultados similares se encontraron en un estudio realizado en México por Salamanca-Torres R y col, en 2015, en donde las alteraciones en la oclusión se presentaron solo en un 22,9% de la población, siendo una frecuencia baja⁽⁵²⁾. También se pudo observar una mayor proporción de niños sin maloclusión en aquellos que recibieron lactancia materna exclusiva durante 6 meses (58%), resultados similares se encontraron en un estudio realizado en Ecuador por Gramal Aguilar EP y col, en 2015, en donde aquellos niños que recibieron lactancia materna exclusiva tuvieron un mayor porcentaje de oclusión normal (55,2%)⁽⁵³⁾. El estudio realizado por Suque Rea AE, en 2016, indicó que el 85% de los preescolares que recibieron lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida presentaron baja prevalencia de maloclusiones, siendo estos datos estadísticamente significativos⁽⁵⁴⁾, es decir, que la lactancia materna durante un periodo de 6 meses o más tiene un rol importante en la prevención de maloclusiones dentales.

Respecto a la edad de comienzo de la higiene bucal, se observó un porcentaje elevado de niños que comenzaron la higiene a los 2 años o más (72%). Valores similares fueron encontrados por Villalobos J y col, en 2013, en donde el 80% de los escolares comenzó a cepillarse los dientes después de los dos años⁽⁴⁹⁾. Sin embargo, en un estudio realizado en Colombia por Franco AM y col, en 2003, reveló que en aquellos niños que eran llevados a la consulta odontológica lo hicieron entre el primer y segundo año de vida (54%)⁽⁵⁵⁾. Al relacionar el CEOD de la población con la edad de comienzo de higiene bucal se observó que la mayoría de los niños que presentaron caries tuvieron un riesgo alto (76%), lo mismo se vio en el estudio realizado en Venezuela por Zambrano de Ceballos OR y col, en 2013, en donde se observó que aquellos niños que iniciaron sus prácticas de higiene bucal después de los 2 años mostraron una mayor prevalencia de la enfermedad (33,5%, $p < 0,05$)⁽⁵¹⁾.

En cuanto a la frecuencia de consultas al odontólogo se encontró un porcentaje elevado de niños que realizaban la consulta al odontólogo cuando dolía o nunca (56%), resultados similares fueron obtenidos en un estudio realizado en México por Aguilar F y col, en 2014, en donde se vio que la mayoría de los niños evaluados nunca habían visitado al odontólogo (66,67%)⁽⁵⁶⁾. Por otro lado, en un estudio realizado en España por Barriuso Lapresa L y col, en 2012, se encontró que sólo el 20,8% de los preescolares refirieron haber acudido a los servicios dentales alguna vez en la vida y aquellos que no realizaron visitas al odontólogo presentaron un porcentaje elevado de caries (45,4%)⁽⁵⁷⁾. En un estudio realizado en Venezuela por Zambrano de Ceballos OR y col, en 2013, se encontró asociación significativa entre la motivación para llevar al niño a la consulta odontológica y la aparición de caries dental, solo un 13,2% de niños con caries acuden a la consulta para el tratamiento preventivo y de rutina, casi la mitad de los niños nunca había acudido a la consulta odontológica⁽⁵¹⁾.

En el presente estudio se observaron diferencias en el ceod e INTC medio según el consumo de golosinas y en la presencia de maloclusión según duración de la lactancia materna, de modo que se acepta la primera hipótesis y se rechaza la segunda.

Conclusión

A partir de los resultados obtenidos en este proyecto de investigación solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia de caries y el INTC con la frecuencia de consumo de golosinas y/o dulces, como así también la presencia de maloclusión en aquellos niños que no fueron alimentados con lactancia materna exclusiva durante 6 meses o más, de modo que se acepta la hipótesis planteada que establece que existe mayor prevalencia de patologías bucales en niños que tienen hábitos alimentarios inadecuados.

También se observa un elevado número de niños que consumen como bebida habitual gaseosas y/o jugos, siendo un aspecto que debería trabajarse ya que influye en la aparición de patologías bucales.

Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la higiene bucal y la salud bucodental, aunque se pudo observar que un elevado número de niños realizaban la consulta al odontólogo cuando dolía o nunca, siendo un riesgo alto para la población, de modo que se rechaza la hipótesis planteada que establece que existe una mayor prevalencia de patologías bucales en los niños que tienen una inadecuada higiene bucal, esto demuestra la necesidad de trabajar en la prevención y promoción de la salud bucal.

Dado los resultados obtenidos y la relación entre los hábitos alimentarios y la higiene bucal con la salud bucodental, es necesaria la adopción de medidas que intervengan principalmente en la alimentación y la higiene bucal, para que, de este modo, se pueda mejorar el estado de salud bucodental de la población, ya que en los primeros años de vida es fundamental la educación. Las medidas deben estar focalizadas a factores que influyen en los hábitos alimentarios, higiene bucal y salud bucodental, incluyendo aspectos educacionales, sociales, culturales y familiares.

Es de vital importancia generar entornos que favorezcan hábitos alimentarios saludables e higiene bucal, dada su relación con la salud bucodental. Para mejorar estos aspectos es necesario que se desarrollen no solo acciones educativas y de atención, sino también de mejora del entorno, con participación intersectorial de la comunidad (cuidadores, docentes), la industria y el Estado, que promueva así la salud bucal y general.

Referencias bibliográficas

1. Sociedad Española de Pediatría y Atención Primaria. Pediatría Integral. Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. 2015; Vol. XIX (4): 268-276.
2. Stifano M, Chimenos-Küster E, López-López J, Lozano-de-Luaces V. Nutrición y prevención de las enfermedades de la mucosa oral. *Odontol Prev.* 2008;1(2):65–72.
3. Morocho Valle KE. Relación de estado nutricional con las afecciones bucodentales en escolares de 4 a 12 años, de la Escuela Fiscal de niños 24 de Mayo del Barrio Pucacocha de la ciudad de Loja en el periodo marzo-julio 2015 [Tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja. Facultad de Odontología; 2015.
4. Noriega GA. Evaluación de hábitos alimentarios como factor de riesgo cariogénico en preescolares en el “centro de educación inicial n°1 del ministerio de educación” en el periodo lectivo 2010-2011 [Tesis]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología;2010-2011.
5. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. [homepage en Internet]. Programa y planes. Salud bucal [consultado 9 Abril 2017]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planes/405-salud-bucal>.
6. Cisneros Domínguez G, Hernández Borges Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *MEDISAN.* octubre de 2011;15(10):1445–58.
7. Unidad Académica de Salud y Bienestar. *Odontología Activa.* 2016;1(1):79-82.
8. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [homepage en Internet]. Glosario de Términos. Hábitos Alimentarios [consultado 21 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf>
9. Dho MS. Consumo de alimentos cariogénicos en adultos de la Ciudad de Corrientes, Argentina. *Hacia promoción salud.* 2015; 20(2):90-101.
10. UNICEF [homepage en Internet]. Formación de Hábitos Alimentarios y de Estilos de vida Saludables [consultado 21 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/educinic9.pdf>
11. Guerrero Reynoso VM, Godínez Morales AG, Melchor Soto CG, Rodríguez Gurza ME, Luengas Quintero E. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. *Rev Asoc Dent Mex.* 2009;66(3):10–20.

12. Órgano Oficial de la Sociedad Peruana de Odontopediatría. *Odontología Pediátrica*. 2010;9(2):179-187.
13. Benitez L, Calvo L, Quirós O, Maza P, Jurisic P, Aura Alcedo C, et al. Estudio de la lactancia materna como un factor determinante para prevenir las anomalías dentomaxilofaciales. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. Septiembre 2009.
14. Organización Mundial de la Salud [homepage en Internet]. *Temas de Salud*. Lactancia materna [consultado 18 Junio 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
15. Lalaguna Mallada P, Jimenez Yuste C, Iglesias Rubio I. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna y Caries*. España;2015.
16. Maldonado Ramírez MA, Torres Benítez M, Issasi Hernández H, Padilla Corona J, Chávez Pineda j, Reyes Flores R, et al. Lactancia materna: factor protector contra la caries dental. 2010;(33):553-556.
17. Organización Mundial de la Salud. *Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas*. 2003.
18. Sociedad Española de Odontopediatría. *Orientaciones para la Salud Bucal en los primeros años de vida*. España; 2010.
19. González Sanz ÁM, González Nieto BA, González Nieto E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutr Hosp*. 2013;28:64–71.
20. Pastorino AG. *Salud Bucal y Nutrición [Tesis]*. Mar del Plata: Universidad FASTA, Facultad de Ciencias Médicas;2015.
21. Carmuega E. *Hidratación Saludable [libro electrónico]*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: 1ed; 2015 [consultado 25 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.cesni.org.ar/sistema/biblioteca/HidratacionSaludable.pdf>
22. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. *Manual de Referencia para Procedimientos Clínicos en Odontopediatría*. Sao Paulo:Livraria Santos;2010.
23. Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)*. Documento de Resultados 2007. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2007. [consultado 25 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000257cnt-a08-ennys->

24. Contreras A. La promoción de la salud bucal como una estrategia para el desarrollo de la salud pública: una oportunidad para la profesión y para el país. 2013;33(1):187–90.
25. Ybarría Q, Elena M, Benítez F, Pablo P, Martínez Canalejo H, Rodríguez Valdéz Y, et al. Relación del estado de salud bucal con algunos factores socioeconómicos en niños de 2-5 años. Rev Cuba Estomatol. 2008;45(3–4).
26. Martínez Menchaza HR, García Luna E, Gaza Covarrubias G, Escamilla Ocañas C, Treviño Alanis MG, Rivera Silva G. Dime qué comes y te diré cómo está tu salud bucal. 2011;8(1):62-67.
27. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Argentina: Ministerio de Salud; 2013.
28. Organización Mundial de la Salud [homepage en Internet]. Centro de Prensa. Notas descriptivas. Nota informativa N°318 [consultado 9 Abril 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
29. Organización Mundial de la Salud [homepage en Internet]. Centro de Prensa. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales [consultado 21 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
30. Bordoni N, Escobar Rojas A, Castillo Mercado R. Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1ra ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana;2010.
31. García García VJ, Ustrell Torrent JM, Sentís Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av Odontoestomatol. 2011;27(2):75–84.
32. Koch G, Poulsen S. Odontopediatría. Abordaje Clínico. 2da ed. United Kingdom. Amoca; 2011.
33. Mendoza A, Asbún P, Crespo A, Gonzales S, Patiño R. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. Rev bol ped. Enero 2008;47(1):3-7.
34. Piovano S, Squasi A, Bordoni N. Estado del arte de indicadores para la medición de

- caries dental. Revista de la Facultad de Odontología (UBA). 2010;25(58):35-36.
35. Acuña, AB. Clínica del sano en odontología [libro electrónico]. Bogotá: Ecoe Ediciones; 2012 [Consultado: 19 de Abril de 2017]. Disponible en: https://books.google.com.ar/books?id=AX9_AQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=clinica+del+sano+en+odontologia&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj5hZWiwTbTTAhXlqFQKHbnGAIEQ6AEITAA#v=onepage&q=clinica%20del%20sano%20en%20odontologia&f=false
 36. Paglia L. Caring for baby's teeth starts before birth. Eur J Paediatr Dent. 2017;18(1):5.
 37. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Bucodental. Guía de Abordaje Integral a la Salud Bucodental para el Equipo de Salud. Paraguay; 2012.
 38. Harris N, García Godoy, F. Odontología preventiva primaria. 2da ed. Editorial Manual Moderno;2005
 39. Ruiz MC, Amador MC, Carrillo P. Perfil bucodental y factores asociados a caries en niños de la ciudad de Bogotá. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2012;2(1).
 40. Vasquez Rozas PP. Conocimientos y prácticas en prevención de caries y gingivitis del preescolar, en educadores de parvulos de la Junta nacional de jardines Infantiles, de la provincia de Santiago [Tesis]. Chile: Universidad de Chile. Facultad de Medicina;2007.
 41. Sociedad Española de Odontopediatría. Protocolo de diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. España; 2017.
 42. Instituto Nacional de Estadísticas. Glosario de Términos de Demografía y Estadísticas Vitales. Chile.
 43. Piovano S, Bordoni N, Doño R, Argentieri A, Cohen A, Klemoskin G, et al. Estado dentario en niños, adolescentes y adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista de la Facultad de Odontología (UBA). 2008;23(54/44):34-42.
 44. Del Socorro Herrera M, Medina-Solís CE, Rosado-Vila G, Minaya-Sánchez M, Vallejos-Sánchez AA, Casanova-Rosado JF. Prevalencia, severidad de caries y necesidad de tratamiento en preescolares de una comunidad suburbana de Campeche 2001. 2003;60:189-196.

45. Martins Paiva S, Álvarez Vidigal E, Abanto J, Cabrera Matta A, López Robles RA, Masoli C, et al. Epidemiología de la caries dental en américa latina. 2014;4(2).
46. Cardozo BJ, González MM, Pérez SR, Vaculik PA, Sanz EG. Epidemiología de la caries dental en niños del Jardín de Infantes "Pinocho" de la ciudad de Corrientes. Revista facultad de Odontología. 2016;9(1):35-40.
47. León M, Martínez J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyay y Cartuja de Granada capital. 2000;25(6):398-404.
48. Ponce C. Prevalencia de caries dental y su relación con los hábitos alimenticios y de higiene bucal en infantes de 06 a 36 meses de edad en el programa CRED, distritos de hunter y Socabaya, Arequipa, 2010 [Tesis]. Perú: Universidad Católica de Santa María de Arequipa, Facultad de Odontología;2010.
49. Villalobos-Rodelo J, Medina-Solís C, Verdugo-Barraza L, Islas-Granillo H, García-Jau R, Escoffié-Ramírez M, et al. Lesiones cariosas reversibles e irreversibles en escolares mexicanos de 11 y 12 años de edad: un análisis de regresión binomial negativa. Biomédica. 2013; 33:88-98.
50. Ramírez BS, Escobar G, Castro JF, Franco AM. Necesidades de tratamiento en dentición primaria en niños de uno a cinco años con caries dental no tratada en una comunidad de bajos ingresos. 2006; 20(2): 129-137.
51. Zambrano de Ceballos OR, Oliveira del Río JA, Rivera Velázquez LE, Añez YC, Finol de García AM. Prácticas de cuidado bucal en infancia temprana. Su asociación con caries dental y maloclusiones. 2013;10(1):24-35.
52. Salamanca-Torres R, Murrieta-Pruneda JF. Frecuencia de alteraciones en la oclusión en dentición primaria y su asociación con algunos hábitos bucales parafuncionales en un jardín de niños del estado de México. Rev. Cient. Odontol. 2015;11(2):8-15.
53. Gramal Aguilar EP, Navarrete N, Palacios Paredes EW. Relación entre lactancia materna y maloclusiones en preescolares de 3-5 años de la parroquia Miguel Egas Cabezas-Otavaló. Odontología. 2015;17:75-80.
54. Suque Rea AE. Maloclusiones sagitales y transversales (mordida cruzada anterior y posterior) en preescolares de 4 y 5 años: Análisis comparativo de los niños que han lactado de forma natural y artificial, en las Escuelas Fiscales del Comité del Pueblo-Quito, en el año 2016 [Tesis]. Ecuador: Universidad Central de Ecuador, Facultad

de Odontología;2016.

55. Franco AM, Jiménez J, Saldarriaga C, Zapata L, Saldarriaga A, Martignon S, et al. Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de seis años .Revista CES Odontología. 2003;16(1):27-33.
56. Aguilar- Ayala F, Duarte-Escobedo C, Serrano-Piña R, Pinzón-Te A. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. Acta Pediátr Mex. 2014;35:259-266.
57. Barriuso Lapresa L, Sanz Barbero B. Variables asociadas al uso de los servicios de salud bucodental por la población preescolar en España: un análisis de la Encuesta Nacional de Salud. Rev. Esp. Salud Pública. 2012;86(1).

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL FAMILIAR RESPONSABLE

Un consentimiento informado es un permiso que se le solicita para poder realizar esta investigación, puede contener palabras que usted no entienda, por favor no se quede con dudas si hay algo que no comprenda. Usted puede llevarse a su casa una copia de este consentimiento para pensar sobre este estudio o para discutir con su familia o amigos antes de tomar su decisión, si quiere hacer alguna consulta puede llamar a la investigadora Graciela Scruzzi, tel 156457352, (que forma parte de un equipo de trabajo de la Universidad Católica de Córdoba) o asistir al Jardín los viernes de 10 a 12hs.

El propósito de este estudio de investigación es conocer las prácticas de cuidado de salud que tienen los encargados del cuidado del niño y el estado de salud de los niños para procurar una mejor situación de salud en estos niños, **esto se realizará a través de una encuesta en la que Usted ha sido invitado a participar y mediante la valoración de salud de los niños, esta valoración consiste en un cuestionario que usted podrá contestar y un examen físico de tipo clínico y odontológico a los niños.** El estudio es completamente voluntario. En caso de no participar, no perderá ninguno de los derechos y beneficios que tiene en la atención de la salud. El tiempo estimado para contestar las preguntas es de aproximadamente 20 minutos y el examen de salud, de aproximadamente 15 minutos. No se le pagará por participar, ni tendrá costo para usted.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio personal por participar en este estudio, pero las políticas en torno a los cuidados de salud podrían mejorar como resultado de su participación en este estudio, aunque no hay ninguna garantía de que esto suceda.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Si usted elige estar en este estudio, se le asegurará la confidencialidad de la información obtenida. Nunca los datos que lo identifiquen serán divulgados, y serán utilizados para fines estadísticos y para uso de este estudio.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas, o algún otro medio de comunicación. Sus derechos de confidencialidad están resguardados en la ley 25326.

CONSENTIMIENTO:

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

Yo _____ en mi carácter de **Madre / Padre / Tutor**, habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar en la encuesta, y permitir que evalúen a mi hijo/a _____ para determinar su estado de salud.

Durante los meses de abril y mayo de 9 a 14 hs estaremos en el jardín realizando los controles y para aclarar dudas...

Anexo 2. Encuesta al familiar responsable.

¿A partir de qué edad su niño/a comenzó con la higiene bucal?

- 1 Cerca del año
- 2 Cerca de los 2 años
- 3 Aun no

¿Su hijo/a tiene cepillo dental propio? 1 Si.

2 No.

¿Su hijo/a usa/ó biberón y/o chupete? 1 Si, hasta cerca del año

2 Si, hasta cerca de los dos años

3 Si, aún usa biberón

4 No.

¿Lleva a su hijo/a a control odontológico? 1 Si, cada 6 meses

2 Si, una vez al año

3 Si, cada 2 años

4 Si, cuando le duele

5 No

¿Le dio la teta a su hijo/a? Si, ¿hasta cuándo?

No

Ya sea en casa o en el colegio ¿consume su hijo al menos 1 fruta por día?

- 1 Si
- 2 No

Ya sea en casa o en el colegio ¿consume su hijo al menos 1 porción de verduras por día?

- 1 Si
- 2 No

¿Que bebida toma más frecuentemente su hijo con las comidas?

(marque una sola opción)

- 1 Agua
- 2 Jugos
- 3 Gaseosas
- 4 Otras:

¿Con qué frecuencia consume su hijo dulces o golosinas (caramelos, alfajores, chocolates, chupetines, etc)?

- 1 Rara vez ó Nunca
- 2 1 a 2 vez por semana
- 3 3 a 4 veces por semana
- 4 5 a 6 veces por semana
- 5 Todos los días

Anexo 3. Odontograma Infantil.

INSTITUTO PROVINCIAL DE ONDONTOLOGÍA

ESCUELA:

CAPS:

NOMBRE:			DNI:		
NACIONALIDAD:			TELEFONO:		
FECHA DE NAC.	EDAD	SEXO		GRADO	

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

	X	ACLARACIONES
Nº DE DIENTES PRESENTES		
HABITO		
MAL OCLUSIÓN		
GINGIVITIS		
SARRO		
OTROS		

Marcar con una x y aclarar tipo de habito o mal oclusión.

INTC:		C:	
CPOD:		CEOD:	

Anexo 4. Ficha Historia Clínica del niño/a - Sección Valoración Odontológica.

VALORACION ODONTOLOGICA					
DIAGNOSTICO	INTC	CPO	ceo	MO	OBSERVACIONES
DERIVACION					