



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE SALUD ORAL Y SU RELACIÓN
CON EL ACCESO Y LA UTILIZACIÓN DE GES ODONTOLÓGICO
EN ALUMNOS ENTRE 6 Y 7 AÑOS DEL COLEGIO JOSÉ TORIBIO
MEDINA, COMUNA DE ÑUÑO A. SANTIAGO DE CHILE. AÑO 2014.**

MARÍA FERNANDA JORQUERA CAMPE
MARIELA MASCARÓ HUERTA

Tesis presentada a la Escuela de Odontología de la Universidad Finis Terrae para
optar al título de Cirujano Dentista.

Profesor Guía: Dra. Patricia Moya Rivera.

Santiago, Chile
2015.

Agradecimientos

Le agradecemos enormemente a
nuestra docente guía,
Dra. Patricia Moya Rivera por el
apoyo brindado para realizar este
proyecto.

Índice.

Introducción.....	1
Marco teórico.....	2-28
Hipótesis.....	29
Objetivos.....	29
Material y métodos.....	30-31
Resultados.....	37-60
Discusión.....	61-75
Conclusión.....	76
Bibliografía.....	77-85
Anexos.....	86-91

RESUMEN.

Introducción. En Chile, la Reforma de Salud en el 2005 incluyó dentro del régimen de garantías explícitas de salud (GES) la salud oral integral para niños y niñas de 6 años. Su relevancia radica en la erupción del primer molar permanente, dando comienzo a la dentición mixta. Es importante realizar un buen diagnóstico para la conservación de la dentición temporal y medidas de prevención específica para la dentición definitiva recién erupcionada, junto con la educación para el cuidado de su salud bucal. **Objetivo.** Conocer el nivel de conocimientos de salud oral y su relación con el acceso y la utilización de GES odontológico en alumnos entre 6 y 7 años del Colegio José Toribio Medina, comuna de Ñuñoa, año 2014. **Metodología.** Estudio transversal en una muestra de 76 alumnos entre 6 y 7 años de edad. Las variables estudiadas son: sexo, edad y conocimientos de salud oral en los alumnos y acceso, utilización y conocimientos del GES odontológico en los padres o apoderados mediante la aplicación de una encuesta validada. Se realizó análisis estadístico en STATA 12.0. **Resultados.** El nivel de conocimientos de salud oral fue insuficiente en un 88.9% de la muestra estudiada. Alrededor de un 25% refiere tener acceso al GES odontológico, siendo similar en ambos grupos (conocimiento insuficiente y buen conocimiento). **Conclusiones.** La educación forma parte de las acciones garantizadas en la atención integral de salud bucal en niños y niñas de 6 años, sin embargo no se observó un mejor nivel de conocimientos de salud oral relacionado con el acceso a GES odontológico.

Palabras clave: GES odontológico ; conocimientos de salud oral.

INTRODUCCION.

Una de las patologías orales más prevalentes en Chile y el mundo, es la caries dental, constituyendo un importante problema de salud pública. Desde el punto de vista sanitario, es necesario realizar intervenciones desde la infancia que conduzcan a la instalación de hábitos saludables y adecuado acceso a fluoruros, ofreciendo un mayor número de prestaciones con carácter preventivo que evite que los individuos enfermen. ⁽¹⁾

Las patologías orales de mayor prevalencia en Chile son: caries dental, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dentomaxilares. Dada su elevada prevalencia, las políticas de salud bucal, desde el año 2000, se han orientado a grupos vulnerables, de alto riesgo aplicando estrategias promocionales y preventivas.^(1,2,3) Soto, et al, (2007), determinó que la prevalencia de caries en Chile en niños de 6 años fue de 70,36%, de gingivitis 55,09% y de anomalías dentomaxilares 38,29%. ^(1,3)

En el año 2005, el Ministerio de Salud como parte de la Reforma de Salud, incluyó dentro del régimen de garantías explícitas de salud (GES) la salud oral integral para niños y niñas de 6 años. ⁽²⁾ Este grupo etario adquiere relevancia por el comienzo de la dentición mixta, debido a que erupciona el primer molar permanente, y se encuentran todas las piezas primarias presentes. A esta edad es necesario un buen diagnóstico, que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específica en dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación, junto con la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal. ⁽⁴⁾

El objetivo de este estudio es conocer el nivel de conocimientos de salud oral y su relación con el acceso y la utilización de GES odontológico en alumnos entre 6 y 7 años del Colegio José Toribio Medina, comuna de Ñuñoa, en el año 2014.

MARCO TEÓRICO.

Actualmente en Chile, persisten altos índices de problemas de salud bucodental en la población infantil. Las enfermedades más prevalentes en esta población son caries, gingivitis y anomalías dentomaxilares. (1,3)

Algunos factores de riesgo de las patologías bucales, como alimentación poco saludable y tabaquismo, son comunes a los de las patologías crónicas como la diabetes, las patologías cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y las enfermedades respiratorias, siendo determinante el nivel socioeconómico, en desmedro del nivel socioeconómico bajo. (5,6)

Algunos factores de riesgo de caries, enfermedad periodontal y anomalías dentomaxilares son modificables y están relacionados con los estilos de vida, por lo tanto es importante trabajarlos en etapas tempranas de la vida.(7)

Caries dental.

Concepto.

Caries dental es una enfermedad infectocontagiosa, de etiología multifactorial que incluye susceptibilidad del huésped, la dieta y los microorganismos cariogénicos. Según Schuster,(1990), definió caries dental como la destrucción localizada de los tejidos duros del diente, por acción bacteriana, propone que la caries dental se refiere a la enfermedad en la cual los tejidos duros del diente son modificados y eventualmente disueltos. (8)

Aquellas áreas de los dientes que no están protegidas por la autolimpieza, tales como fosas, fisuras y puntos de contacto, son más susceptibles a presentar caries dental que aquellas expuestas a la autolimpieza, tales como superficies bucales o linguales.(9)

La formación de cavidades cariosas comienza con pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental. La desmineralización es provocada por ácidos, en particular ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fosfato, así como el transporte hasta el medio ambiente circundante. Esta etapa inicial es reversible y la remineralización puede ocurrir, particularmente con la presencia de fluoruros. (8,10 ,11)

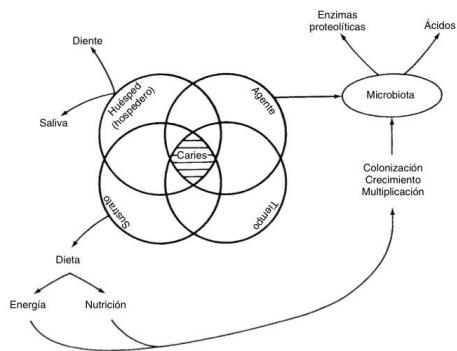
En Chile, Soto, et al,(2007), mostraron que un 29,64%de los niños y niñas de 6 años están libres de caries tanto en la dentición temporal como en la definitiva. Se observó diferencia estadísticamente significativa entre la localización geográfica de los niños y la historia de caries. El 32,30% de los niños que habitan en localidades urbanas están libres de caries, mientras que en las localidades rurales este valor llega solo a un 15,27%. (3)El índice ceod encontrado fue de 3,71 con una distribución de dientes temporal cariados (c) de 1,94, extraídos por caries (e) de 0,23 y obturados (o) de 1,52. Según sexo, los porcentajes de niñas sin historia de caries son levemente mayores (30,74%) que la de los niños (28,51%), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. El ceod en las niñas (3,57) presenta un menor daño que los niños (3,76). Los componentes de caries y de dientes extraídos son estadísticamente significativos entre los sexos. (3,4)Analizando los promedios de ceod entre los tres niveles socioeconómicos, se observa que el menor ceo lo presenta el NSE alto y el mayor índice lo presenta el NSE bajo.El promedio nacional de historia de caries en piezas definitivas (COPD), correspondió a 0,15 dientes afectados en promedio.Respecto a la localización geográfica, la prevalencia de niños(as) sin caries dentales de localidades urbanas es de 32,3% y 15,27% en localidades rurales. El ceod en localidades urbanas es de 3,46 y rurales es de 5,06. (3)

Etiología de la caries dental.

Numerosos estudios^(12, 13, 14, 15) han demostrado que la placa dental es un prerequisite indispensable para la iniciación de la caries dental y la enfermedad periodontal. El grado de cariogenicidad de la placa dental es dependiente de una serie de factores que incluyen:

- Localización de la masa de microorganismos en zonas específicas del diente como son las superficies lisas, fosas y fisuras y superficies radiculares.
- El gran número de microorganismos concentrados en áreas no accesibles a la higiene bucal o autolimpieza.
- La producción de una gran variedad de ácidos (ácido láctico, acético, propiónico, etc.) capaces de disolver las sales cálcicas del diente.
- La naturaleza gelatinosa de la placa favorece la retención de compuestos formados en ella y disminuye la difusión de elementos neutralizantes hacia su interior.

Elementos participantes en el proceso carioso



Interacción de factores que intervienen en la caries.

La caries es un proceso multifactorial, por lo cual es necesario tomar en cuenta la acción simultánea de varios factores: sustrato oral, los microorganismos, la susceptibilidad del huésped y el tiempo. ^(8, 10,12)

- Sustrato oral

La cantidad acostumbrada de comida y líquidos ingeridos por una persona al día, es decir, la dieta, puede favorecer o no la caries, ya que los alimentos pueden reaccionar con la superficie del esmalte o servir como sustrato para que los microorganismos cariogénicos formen placa bacteriana o ácidos.

Los hidratos de carbono son precursores de polímeros extracelulares bacterianos adhesivos y al parecer son importantes en la acumulación de ciertos microorganismos en la superficie de los dientes.

La formación de ácidos es resultado del metabolismo bacteriano de los hidratos de carbono fermentables. Además deben considerarse los siguientes factores otros factores como las características físicas de los alimentos, su composición química, momento y frecuencia de ingestión. ⁽⁹⁾

- Características físicas de los alimentos, sobretodo adhesividad. Los alimentos pegajosos se mantienen en contacto con los dientes durante mayor tiempo y por ello son más cariogénicos. Los líquidos tienen adhesividad mínima a los dientes, y en consecuencia poseen menor actividad cariogénica.
- Composición química de los alimentos puede favorecer la caries, por ejemplo, algunos alimentos contienen sacarosa y ésta es en particular cariogénica por su alta energía de hidrólisis que las bacterias pueden utilizar para sintetizar glucanos insolubles.
- Tiempo de ingestión. La ingestión de alimentos con hidratos de carbono durante las comidas implica una cariogenicidad menor que la ingestión de esos alimentos entre comidas. Esto tiene que ver con los mecanismos naturales de defensa de la boca, que funcionan al máximo durante las comidas y tienden a eliminar los restos de alimentos y a neutralizar los ácidos que pueden haberse formado. Por esta razón, el peor momento para ingerir un alimento es inmediatamente antes de ir a acostarse, porque la boca se encuentra casi en reposo completo durante el sueño.

- Frecuencia de ingestión. Tras la ingestión de azúcar se produce a los pocos minutos una reducción del pH de la placa dental que facilita la desmineralización del diente y favorece la caries, por lo que más frecuente sean, más cariogénicas se vuelven.

El pH de la placa bacteriana posterior a la ingestión de alimentos es muy importante para la formación de caries, y por ello depende del pH individual de los alimentos, contenido de azúcar de estos y el flujo promedio de saliva.

- Microorganismos.

Streptococcus mutans es el microorganismo de mayor potencial cariogénico, aunque también son importantes *S. salivarius*, *S. milleri*, *S. sanguis*, *S. mitis*, *S. intermedius*, *Lactobacillus acidophilus*, *L. Casei*, *Actinomyces viscosus* y *A. Naeslundii*, entre otros. Dependiendo del tipo de caries hay microorganismos patógenos que predominan. Se describirán los que tienen mayor implicancia en el proceso carioso. (8,11)

El *Streptococcus mutans* es considerado el principal agente etiológico de caries dental en humanos y en animales experimentales. Colonizan particularmente fosas y fisuras de los dientes y las superficies interproximales. (8, 9, 11,16)

Esta bacteria es anaeróbica facultativa (puede usar su metabolismo de oxígeno si se encuentra presente en el medio ambiente, pero puede también sobrevivir cuando existe ausencia total de O₂), pero su crecimiento óptimo ocurre bajo condiciones de anaerobiosis. Algunas especies son capnófilas, es decir, que requieren CO₂ para poder crecer. (8)

Este microorganismo produce polisacáridos extracelulares a partir de la sacarosa por la acción de dos enzimas: glucosiltransferasa (GTF) y fructosiltransferasa (FTF). La sacarosa es un disacárido formado por una molécula de glucosa y una de fructosa. La GTF es capaz de sintetizar glucán a partir de la glucosa. Algunos estudios han demostrado que la síntesis de glucanos catalizada por enzimas GTF, puede aumentar el potencial patogénico de la placa dental, promoviendo la

acumulación de gran número de streptococcus cariogénicos en los dientes de humanos y animales experimentales.⁽¹²⁾

Aunque la producción de glucán no es indispensable para la adherencia inicial del S. Mutans a la superficie dentaria, las evidencias provenientes de algunos estudios sugieren, que la adherencia mediada por glucán y la acumulación de Streptococcus cariogénicos, constituye un proceso crítico en el desarrollo de la placa dental patológica, especialmente en las superficies lisas de los dientes. ⁽¹²⁾

El streptococcus mutans es un microorganismo acidógeno porque produce ácido láctico, el cual interviene en la desmineralización del diente; es acidófilo porque puede sobrevivir y desarrollarse en un pH bajo, también es acidúrico porque es capaz de seguir generando ácido a un pH bajo, una característica más es cuando ha estado sometido a pH bajo, alcanza con rapidez el pH crítico, necesario para iniciar desmineralización. ⁽⁹⁾

Lactobacillus acidophilus es un gran productor de ácido láctico, igual que el streptococcus mutans. Algunas cepas de lactobacilos sintetizan polisacáridos extracelulares e intracelulares a partir de la sacarosa. Sin embargo, tiene poca afinidad por la superficie del diente; en consecuencia, no inician caries en superficies lisas, pero tienen gran actividad en la dentina. Se ha encontrado un recuento alto de este microorganismo en caries cavitadas, por lo que es asociado con lesiones avanzadas, una explicación de esto puede ser su incapacidad de adherirse a superficies lisas, para lo cual aprovecha fisuras, fosas o cavitaciones para colonizar. ^(9,11)

- Susceptibilidad del huésped (hospedero).

Las zonas de retención en la superficie oclusal dificultan la limpieza y favorecen la acumulación de bacterias. Las fisuras profundas o con defectos morfológicos aumentan la susceptibilidad.

La edad es un factor importante, porque el diente es más susceptible a la caries mientras no alcance la maduración posteruptiva. Entre los preescolares es más

frecuente la caries de surcos y fisuras debido a las sinuosidades de las caras oclusales y a la inmadurez del esmalte.

La frecuencia de caries se reduce por exposición del huésped al flúor y a los selladores de fosas y fisuras. ⁽¹¹⁾

- Tiempo.

La interacción de los factores mencionados requiere tiempo para que se produzca la caries

- Otros factores.

También pueden influir otros factores como disposición de los dientes en la arcada, algunas formas de maloclusión, proximidad de los conductos salivales, textura superficial y aparatos fijos o removibles que dificultan la limpieza y favorecen la acumulación de placa bacteriana.

El efecto de los ácidos en el esmalte depende también de la capacidad de la saliva para remover el sustrato. La saliva realiza autolimpieza porque ayuda a eliminar los restos de alimentos y microorganismos que no están adheridos a las superficies de la boca. La disminución considerable de la secreción salival, exacerba las caries. Por otra parte la saliva tiene gran capacidad de amortiguación, pues ayuda a neutralizar los ácidos producidos en la placa bacteriana; su alto contenido de calcio y fosfato ayuda a mantener la estructura del diente, así como a la remineralización de lesiones incipientes por caries. ⁽⁹⁾

Factores protectores

Los factores protectores incluyen una variedad de productos e intervenciones que promueven la remineralización y conducen a que el balance entre los factores patológicos y protectores se incline hacia la salud del paciente. ⁽¹⁷⁾

Los factores protectores incluyen:

- Vivir en una comunidad con suministro de agua fluorada, o consumir agua con fluoruro.
- Uso cotidiano de pasta dental con fluoruro. La retención intraoral o sustentividad de los ingredientes activos en las pastas de dientes son importantes para su eficacia, y esto se ve influenciada por factores relacionados con el producto y relacionados con el usuario. Factores relacionados con el producto incluyen la formulación y la compatibilidad de los agentes activos y otros en la pasta de dientes y la concentración del ingrediente activo. Factores relacionados con el usuario incluyen aspectos biológicos tales como el flujo salival y despeje salival, y los aspectos de comportamiento, tales como la frecuencia y la duración de cepillado, cantidad de pasta de dientes usado y enjuague post-cepillado. Hasta la fecha, los factores relacionados con el producto han dominado la agenda de investigación para las pastas de dientes, pero los factores relacionados con el usuario tiene el potencial de mejorar significativamente o reducir la eficacia de la crema dental. ⁽¹⁸⁾
- Uso cotidiano de enjuague bucal con fluoruro en baja concentración.
- Uso de xilitol.
- Recibir aplicaciones tópicas de fluoruro.
- Usar productos con clorhexidina.
- Usar productos con fosfato de calcio amorfo.
- Utilizar selladores de surcos.
- Realizar un cepillado dental efectivo y frecuente. La mayoría de las personas se cepillan los dientes al menos una vez al día, pero una mayor frecuencia podría proporcionar mayor protección. La recomendación básica es dos cepillados al día y todavía no se sabe si tres cepillados al día permitirían

reducir aún más la caries dental. Como la cantidad y vigor del enjuague tras el cepillado altera la concentración bucal de fluoruros, los mayores de 6 años podrían retener mayores cantidades de fluoruros en la boca si solo se la enjuagaran brevemente con una pequeña cantidad de agua o ni siquiera se la enjuagaran.⁽¹⁹⁾

- Los componentes de algunos alimentos que inhiben la caries, por lo que se denominan factores protectores o cariostáticos. Entre ellos se encuentran diversos fosfatos; fluoruro, calcio, fósforo, magnesio, estroncio y litio; grasas y ácidos grasos, y proteínas.^(9,17)
- El tiempo de aclaramiento o depuración de los hidratos de carbono se define como el tiempo requerido para eliminarlos por debajo de 0.1%. Los alimentos se mastican y luego se eliminan por efecto de enjuague de la saliva y por acción de los músculos masticadores, lengua, labios y mejillas. La inducción del flujo salival rápido por estímulo mecánico o gustatorio al comer alimentos ásperos o muy olorosos al final de las comidas, como el queso, apresuran el aclaramiento.
- La secreción salival abundante y la masticación vigorosa aceleran la neutralización de los ácidos en la placa. La saliva es una solución polisaturada de calcio y fosfato que contiene flúor, proteínas, inmunoglobulinas y glicoproteínas entre otros elementos, previniendo la desmineralización del esmalte. La ausencia de saliva es un condicionante para la formación de caries. La saliva mantiene la integridad dentaria por medio de su acción de limpieza mecánica, el despeje de carbohidratos, maduración post-eruptiva del esmalte, la regulación del medio iónico para proveer capacidad de remineralización sin la precipitación espontánea de sus componentes y la limitación de la difusión ácida. ⁽⁹⁾

Adquisición de *Streptococcus mutans*.

La caries dental es una enfermedad transmisible, donde el *Streptococcus mutans* juega un papel fundamental. Como en muchas enfermedades infecciosas se necesita la colonización de un patógeno antes de que ocurra la infección. La evidencia indica que una forma importante de transmisión del *S. Mutans* durante los primeros años de vida es la que se produce de madre a hijo por contacto directo (transmisión vertical), estas evidencias provienen de estudios que han demostrado un idéntico patrón de ADN cromosomal en las bacterias de los niños y sus madres. Mientras que el contacto con otros familiares, incluido el padre, los hermanos y demás posibles cuidadores constituye otra vía de transmisión (transmisión horizontal) que cobra importancia durante edades posteriores. (8,9, 17)

Una de las razones por las cuales el padre no es considerado dentro de la vía de transmisión vertical y que refuerza la mayor posibilidad de transmisión desde la madre, incluye el paso transplacentario y en la leche materna de anticuerpos contra *Streptococcus mutans*, que originan una similitud importante en la inmunidad de las mucosas orales entre las madres e hijos, dándoles por lo tanto mayor ventaja en la transmisión a los microorganismos que colonizan a la madre.

(20)

Una característica importante del *S. Mutans* es la persistencia de sus genotipos en la cavidad oral de adultos, adolescentes y niños mayores de 5 años. Este fenómeno es conocido como la persistencia “intraindividual” y revela la relativa estabilidad que estos alcanzan en un hospedador y la relación con la expresión de características fenotípicas que les pueden dar ventajas para la supervivencia, como la capacidad de formar biopelículas, de adherirse y soportar fluctuaciones de pH. Se ha considerado comúnmente que la colonización de la cavidad oral de niños por *S. Mutans* (ventana de infección) ocurre al producirse la erupción del primer diente, es decir. Alrededor de los seis meses de edad. (17,20)

Los niños que se encuentran expuestos a factores que facilitan el proceso de transmisión, la colonización se produce antes de la aparición de los primeros

dientes. Hay dos factores que sugieren que *S. Mutans* pueda aparecer durante la etapa predental: 1) *Streptococcus mutans* y *Streptococcus sobrinus* son capaces de colonizar superficies mucosas. 2) algunos niños desarrollan lesiones de caries poco después de la erupción dental. La colonización temprana de la cavidad oral (antes de la erupción dental) por *S. Mutans* puede aumentar el riesgo de caries y hacer que su desarrollo se produzca a edades tempranas. Por lo tanto, resulta importante determinar el momento inicial de transmisión y colonización de los *S. Mutans*, con miras a planear estrategias preventivas apropiadas para cada individuo y coherentes con su edad. (13,20)

Se han identificado unos 52 genotipos diferentes en niños pero las madres transmiten cerca de 16 de ellos. Se observa una estabilidad de los genotipos transmitidos por las madres, en parte, porque la colonización del genotipo materno puede interferir con la colonización de otros genotipos. Se ha observado que los niños albergan de uno a cinco genotipos diferentes de *S. Mutans* a diferentes edades. Se ha demostrado un alto grado de homología entre las cepas de *S. Mutans* recuperadas de miembros de la misma familia indicando tanto la transmisión vertical y horizontal y una colonización persistente de *S. Mutans* adquiridos previamente hasta la adultez temprana. (20)

La colonización inicial por *S. Mutans* fue investigada en un estudio prospectivo de 46 niños estadounidenses desde el nacimiento a 5 años de la edad cuyas madres portaban altos niveles de *S. Mutans*. De aquel estudio, la ventana de infectividad fue definida como el periodo a partir de 19 a 31 meses de edad, cuando el riesgo de adquisición de *S. Mutans* era alto. (20)

Caries temprana de la infancia (CTI)

La academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define caries temprana de la infancia como la presencia de uno o más órganos dentarios con caries, perdidos u obturados, en niños de 71 meses de edad o menores. Cuando esta

condición no es tratada puede llegar a afectar a todos los dientes presentes en la cavidad bucal. (21)

Se inicia poco después de la erupción dental y se desarrolla en las superficies dentales lisas con un rápido progreso. Suele mostrar un patrón característico: caries en los incisivos superiores, los molares de ambas arcadas pero no en los incisivos inferiores; este patrón se relaciona con la secuencia de erupción y la posición de la lengua durante la alimentación.

La caries temprana de la infancia es de origen multifactorial, pero se ha establecido que el *S. Mutans*, inmerso en un biofilm bacteriano, es su principal agente causal, efecto potenciado por las características en la dieta de los pacientes infantiles. (22)

Los factores de riesgo como la dieta cariogénica, la higiene oral deficiente, sobretudo la nocturna, la baja exposición a fluoruros y el uso prolongado de biberón, hipoplasia del esmalte, nivel educacional de la madre, entre otros, son los principales causantes de la caries temprana de la infancia. Estos son atributos que aportan cierto grado de susceptibilidad a los pacientes infantiles, constituyendo una probabilidad medible, con valor predictivo, y que al modificarse aportan ventajas para la prevención individual, grupal o comunitaria. (21, 22)

A consecuencia de este daño oral, la CTI en los niños puede causar dolor, dificultades funcionales, desordenes de salud general, problemas psicológicos, hospitalizaciones y atenciones de urgencia, lo que conlleva a menor calidad de vida. (22) El último reporte ministerial, reveló una prevalencia de un 16,8% de caries a los 2 años y de 49,6% a los 4 años. También se puede observar que la severidad de la caries dental, medida a través del número de dientes afectados por caries aumenta con la edad, se observa un ceod de 0,5 a los 2 años y a los 4 años un ceod de 2,3. (1,22)

Según estudio realizado por Juárez , et al, (2003), se observó que los niños alimentados por tiempo prolongado con biberón y sucedáneos de la leche presentaron un elevado porcentaje de caries (44,3 %). El periodo promedio de

alimentación con biberón y sucedáneos fue de 16.2 ± 7.7 meses, que sobrepasa la edad máxima recomendada para retirar el biberón si se quiere prevenir el riesgo cariogénico (9 a 12 meses). (23)

Gingivitis.

La gingivitis es la enfermedad gingival más común en niños, y se caracteriza por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o de hueso alveolar. Existen múltiples factores relacionados con el inicio de esta enfermedad, pero todos ellos coinciden en su asociación con la presencia de biofilm bacteriano. La gingivitis inducida por placa bacteriana es el tipo más común en los niños, en dentición temporal comienza con una inflamación del margen gingival que avanza en ocasiones hasta la encía insertada. Conforme empeora la situación, el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el sondaje o cepillado. No existe flora bacteriana patognomónica de gingivitis inducida por placa bacteriana. Las pruebas histológicas apoyan una diferencia entre la gingivitis infantil y la adulta: un infiltrado linfocítico con predominio de células plasmáticas. La gingivitis responde ante la eliminación de depósitos bacterianos y la mejoría de las técnicas de higiene oral diarias. (24, 25)

En Chile, en cuanto a la prevalencia de gingivitis, existen pocos estudios en niños, en el análisis de situación bucal en Chile elaborado por el MINSAL en base a estudios realizados en el año 2007 y 2009, se indica que la prevalencia de gingivitis en niños de 6 años es de 55,09%. Mientras que a los 4 años, la prevalencia de gingivitis es de 45%. (1,3)

La situación a la edad de 6 años, al analizar la prevalencia de gingivitis según sexo, no se observa una diferencia estadísticamente significativa, la población femenina sana es de un 47,04% y la población masculina 42,93%. El 47,07% de la población urbana se encuentra sana, mientras que la población rural sólo el 33,01% no presenta gingivitis. En el nivel socioeconómico alto el 65,47% se presenta sano, el 30,22% con sangramiento al sondaje y el 4,66% presencia de

cálculo. El NSE bajo el 38,45% se presenta sin gingivitis, el 58,35% con sangramiento al sondaje y el 3,20% presencia de cálculo. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas. ⁽³⁾

Si bien la presencia de placa bacteriana es el principal factor etiológico de la enfermedad en la dentición primaria, no existe relación entre la cantidad de placa bacteriana y la intensidad de la inflamación de los tejidos gingivales. ⁽²⁶⁾

En un estudio realizado por Daniela Hernández, et al, (2013), se demostró que existe una correlación entre la presencia de gingivitis y la higiene bucal en niños entre 8 y 12 años, se encontró relación significativa entre la higiene oral regular y deficiente de niños con niños con gingivitis. ⁽²⁵⁾

Otros factores que pueden afectar la ocurrencia y severidad de la gingivitis en niños son respuesta inmunológica de las células inflamatorias, cambios en la composición bacteriana de la placa dental, diferencias morfológicas en la dentición primaria, presencia de apiñamiento y traumatismo por cepillado, factores demográficos, socioeconómicos y estrés. ⁽²⁶⁾

Asociación entre caries y gingivitis.

Según un estudio realizado en niños de 4 años, por Zaror Sánchez, et al, (2012), se encontró asociación entre gingivitis y caries dental, la que guarda relación con el nivel de placa bacteriana presente. La presencia de caries interproximales produce mayor acumulación de placa bacteriana en estos sitios, que predispone a la pérdida de adherencia epitelial por el traumatismo que causa la impactación de alimentos. ⁽²⁶⁾

Anomalías dentomaxilares.

Anomalías Dentomaxilares (ADM) Alteración o pérdida de la normalidad anatómica y/o funcional que afecta la relación armónica dentomaxilar y/o esquelética de la cavidad bucal. Estas anomalías tienen un origen multifactorial, entre los factores de riesgos asociados a anomalías dentomaxilares (ADM), se señalan la herencia, falta de crecimiento de uno o ambos maxilares, anomalías de número y tamaño de dientes, pérdida prematura de dientes temporales, caries interproximales y factores ambientales ⁽¹⁾

Dentro de los factores ambientales más frecuentes están los hábitos bucales deformantes, como la succión digital, el uso de chupete o biberón, la respiración bucal y la deglución atípica en edades avanzadas.

En Chile, (2007), la prevalencia de anomalías dentomaxilares fue de 38,3%, de los cuales el 25,72% presenta anomalía leve, el 12,48% moderada o severa y el 0,09% presenta anomalías asociadas a otras malformaciones. No se observan diferencias estadísticamente significativas ni por sexo ni por NSE. En cambio los niños y las niñas de localidades urbanas tienen mejores indicadores que las localidades rurales, con 63,16% y 53,89% respectivamente de niños libres de ADM. ⁽³⁾

Según estudio de prevalencia de ADM y malos hábitos en los preescolares de zonas rurales de la población beneficiaria del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota (SSVQ) en el año 2011, se encontró que un 51,5% de la muestra total de 198 niños preescolares (entre 3 y 5 años) presentaba por lo menos una ADM, que se asemeja mucho al 52,5% encontrado a nivel nacional por Soto, et al, (2007), en niños de 12 años. En la edad preescolar las ADM no se expresan en su totalidad, se esperaría tener un menor porcentaje en comparación a los 12 años donde las anomalías ya están establecidas ya sea por causas genéticas o ambientales (malos hábitos). ^(3,27) Los malos hábitos bucales más prevalentes en la población beneficiaria del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota, (2011), fueron succión (79,3%), respiración mixta (58,1%) e interposición lingual (56,6%). La alta

prevalencia de ADM y Malos hábitos en estas zonas rurales es semejante a lo encontrado en zonas suburbanas como La Calera y zonas urbanas como La Región Metropolitana. (27)

Los hábitos bucales pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático, provocar un desequilibrio entre las fuerzas musculares y provocar la aparición de una deformación. Estos hábitos modifican la posición de los dientes, la relación y la forma que tienen las arcadas dentarias entre sí, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura bucofacial provocando alteraciones funcionales, de la estética facial, trastornos emocionales, alteraciones de otros sistemas del organismo y problemas de aprendizaje. Lo que hace que este problema de salud es el más percibido por la familia, traduciéndose en una gran demanda de consultas a especialistas. (27)

No se ha determinado un factor etiológico específico de los malos hábitos bucales, aunque se cree que el hábito oral surge como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales; asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención; otras causas son debido al confort, placer, relajación en el infante; finalmente por anomalías en el maxilar (deformación y falta de desarrollo) y mal posición de los dientes. (28)

El patrón morfogenético de desarrollo del individuo, no solo viene marcado por la herencia, sino que puede ser modificado por factores ambientales. Esto ocurre invariablemente con la aparición de ciertos hábitos que podríamos considerar factores causales del desarrollo de determinadas maloclusiones, donde el crecimiento óseo y el desarrollo dentario se pueden ver influidos, si bien su desviación se producirá ante la persistencia de estos hábitos, pudiéndose ver esta desviación potenciada o aliviada por el tipo facial del individuo.

Los hábitos de deglución anómala, respiración bucal y succión digital inciden de forma muy especial en este mecanismo, por lo que la corrección temprana de estos hábitos evitará el desarrollo de anomalías dentomaxilares.

- **Respiración bucal.**

El hombre nace condicionado para respirar por la nariz y alimentarse por la boca, al romperse ese mecanismo fisiológico, se afecta el crecimiento y desarrollo, no sólo facial, sino general. La respiración bucal se considera normal solo cuando se realiza bajo esfuerzos físicos muy grandes. La respiración bucal no solo produce alteraciones en el sistema estomatognático sino también en otros sistemas del organismo, considerándose como un síndrome porque produce manifestaciones en otros sistemas y deformaciones del niño en crecimiento, por esto se le considera el más dañino de los hábitos bucales. La respiración bucal puede producir también problemas de aprendizaje donde la deficiente oxigenación le impide al niño prestar atención en clases durante mucho tiempo, adoptando una cara típica de niño distraído. (6)

Durante la respiración bucal, el aire transita por la cavidad bucal, y como consecuencia, se desencadena un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se deforma y profundiza, y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico de cara larga o fascie adenoidea. (29)

La respiración bucal ha sido siempre asociada a la obstrucción de las vías respiratorias altas, bien por rinitis alérgicas, hipertrofia de las amígdalas palatinas, presencia de adenoides o desviación del tabique nasal, lo que producirá una función respiratoria perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula. La respiración bucal puede mantenerse luego de realizado el tratamiento adecuado para eliminar la obstrucción nasofaríngea que la ha producido y las vías aéreas superiores se encuentren permeables, en este caso el individuo respira por la boca por un hábito. (25)

En la respiración bucal los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, perdiendo con ello su capacidad morfofuncional, que permitiría un desarrollo transversal correcto del maxilar superior, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales. (24)

- **Succión digital.**

El hábito de succión digital es uno de los más tempranos y comunes hábitos de la infancia ya que puede afectar gran cantidad de niños desde el nacimiento hasta la adolescencia. Muchas veces este hábito aparece como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales, asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención. Aunque puede succionarse uno o más dedos, lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior, mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores. La presencia del mismo después de los cuatro años genera cambios en la tonicidad muscular de labios y buccinadores, dificulta la deglución normal y crea mecanismos nocivos que llevan a desarrollar una actividad muscular de compensación para lograr la deglución, lo cual también puede afectar otras funciones como la fonación y respiración entre otras. Los efectos de este apoyo dependerán de la posición, intensidad, frecuencia y duración del hábito de succión, ya que en algunos casos, su incidencia es muy escasa y, por el contrario, puede producir una mordida abierta con un franco aumento del resalte por protrusión de los incisivos superiores y retroinclinación de los inferiores. Es importante eliminar este hábito de forma eficaz y temprana, de manera que las alteraciones que se hayan podido producir como consecuencia del mismo tiendan a desaparecer espontáneamente; pero además identificar la causa de este hábito para prevenir la recidiva. (1, 24, 30)

Un efecto similar producirá la succión del chupete, que en niños mayores de dos años inhibirá el crecimiento de los procesos alveolares, provocando una mordida abierta. (31)

Se ha observado que tanto la succión digital como la respiración bucal cuando actúan de forma conjunta producen con mayor frecuencia mordida abierta anterior, pero también pueden asociarse a mordidas cruzadas, relación de distoclusión, vestibuloversión de incisivos y micrognatismo transversal. (30)

- **Deglución atípica.**

Durante la vida existen dos patrones de deglución relacionados con el tipo de alimentación que determinan la posición lingual durante la misma, el patrón de deglución infantil, que se presenta durante el nacimiento hasta la erupción de los dientes temporales, periodo durante el cual la lengua se coloca entre ambas arcadas, de este modo durante el amamantamiento la lengua presiona el pezón contra la arcada dentaria superior, y un patrón de deglución adulta que aparece con la erupción de los primeros dientes temporales (aproximadamente a los 8 meses de edad), en que la lengua irá adoptando de forma paulatina una nueva posición en la boca, contenida en la cavidad oral, la cual se mantendrá durante el resto de la vida.⁽³²⁾

La deglución atípica se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que con los movimientos de la lengua empuja el alimento hacia la faringe. En deglución atípica, para poder crear el sellado periférico anterior, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto sellado oral en los casos donde no hay contacto interincisivo.^(1, 32)

La etiología de la deglución atípica es amígdalas hipertróficas, macroglosia, alimentación prolongada mediante mamadera, pérdida prematura de los dientes temporales anteriores. Las consecuencias de la deglución atípica son mordida abierta en la región anterior y posterior, protrusión de incisivos superiores, presencia de diastema en piezas anterosuperiores, labio superior hipotónico, incompetencia labial e hipertonicidad de la borda del mentón. ⁽³²⁾

- **Otros hábitos.**

- La succión o mordisqueo del labio, es la costumbre de mordisquear o chuparse el labio, generalmente el inferior. Produce retracción de la mandíbula durante el

acto, linguoversión de los incisivos inferiores y vestibuloversión de los incisivos superiores. (33)

- La onicofagia es un hábito muy extendido en la infancia y edad juvenil, además, puede ser sintomática de una afección neuropática. Ésta puede influir en la estética dental y bucal, debido a que ocasiona desgaste, astillamiento prematuro, abrasión, erosión, y mal posición de los incisivos centrales superiores, relacionados con la apariencia de la sonrisa. Este hábito en formas agudas puede dañar el lecho ungueal y la matriz, también puede complicarse con verrugas periungueales y padrastrós.⁽³⁴⁾ Este hábito es deformante y trae como consecuencia alteraciones en la oclusión si se mantiene por un tiempo prolongado y puede producir problemas en el desarrollo físico y emocional del niño.⁽³⁵⁾

En un estudio realizado en niños de 6 a 10 años en Colombia, mostró que en una muestra de 511 pacientes, un 36% presentaba hábitos orales. La edad en que se observó mayor presencia de hábitos orales fue a la edad de 8 años. Los tipos de hábitos más frecuentes observados fueron onicofagia (40%) e interposición lingual (22%).⁽³⁴⁾

Según estudio realizado por Moran, Venezuela (2013), en niños de 6 y 7 años, las maloclusiones se manifiestan más en el género masculino (62,2%) y el femenino con un poco menos 37,7%. en cuanto a los hábitos orales el más relevante es la sección digital con un 39,6%, seguida del IRN con un 24,5% y la deglución atípica con 24,5%, repartiendo el porcentaje restante en otros tipos de hábitos con un 11,3%. igualmente se observa que en cuanto a prevalencia de hábitos según el sexo, mayormente se presentan en el género masculino que femenino.⁽³⁶⁾

AUGE o GES.

El Régimen GES o también conocido como AUGE, es un programa que prioriza 80 problemas de salud, los cuales cuentan con garantías explícitas establecidas por ley, que deben ser cumplidas para todos los chilenos, sean de FONASA o de ISAPRES. Se trata de patologías o condiciones de salud que han sido seleccionadas según el impacto sanitario. ⁽³⁷⁾

Garantías Explícitas en salud (GES) relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud. Dichas garantías se orientan fundamentalmente a los siguientes aspectos:

- **Garantía Explícita de Acceso:** obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el régimen GES, garantizadas a los beneficiarios.
- **Garantía Explícita de Calidad:** otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado.

Esta garantía será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud. A partir del 2 de abril de 2007 se encuentran ya disponibles los estándares generales de calidad para establecimientos de atención abierta y cerrada.

- **Garantía Explícita de Oportunidad:** referida al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el Decreto respectivo.
- **Garantía Explícita de Protección Financiera:** la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un Arancel de Referencia del Régimen establecido para estos efectos. No obstante, el FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B de FONASA y podrá ofrecer una

cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D de FONASA. ⁽³⁸⁾

El Ministerio de Salud, incorporó en el año 2005, dentro del régimen de las Garantías Explícitas en Salud (GES), el programa de "Salud Oral Integral para niños (as) de 6 años". Éste es un modelo de atención implementado por los odontólogos que considera la intervención precoz con medidas de autocuidado, prevención y tratamiento de caries y posterior seguimiento. ⁽¹⁾ El acceso al tratamiento debe realizarse mientras el beneficiario tenga seis años, el alta se otorga una vez erupcionados los 4 primeros molares definitivos, los que deben haber sido evaluados según criterio de riesgo y/o presencia de daño, recibiendo el tratamiento acorde al diagnóstico realizado ⁽³⁷⁾

Según estudio realizado por el MINSAL durante el período 2007-2008, el 73,9% de los apoderados de niños (as) de 6 años, beneficiarios de la garantía, conoce el GES en general; y de éstos, 70,3% está informado sobre la garantía de atención dental para niños de 6 años. Desglosado por sistema previsional, se destaca que las personas adscritas a FONASA tienen mayor conocimiento que los usuarios de ISAPRE o de otro sistema, con proporciones de 73,4% y 56,6% respectivamente, diferencia que resulta estadísticamente significativa. Del total de apoderados que conocían el GES dental, el 73,9% solicitaron la atención para sus hijos. De estas solicitudes, el 98,5% fueron atendidas, sin embargo, esta cifra corresponde sólo al 36% de la muestra total. La razón más relevante entregada por los padres para no solicitar el GES dental fue considerar que el niño no lo necesitaba (31,4%) seguido por un 17% que declaró no tener el tiempo para llevarlo a la consulta odontológica.

^(39, 40)

Durante el año 2011 se recuperó la salud bucal de 133.705 niños y niñas de 6 años beneficiarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y a 12.570 beneficiarios del sector ISAPRE. Según el departamento de Estadísticas e información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, de las 133.705 altas odontológicas realizadas en el SNSS, un 10% fueron altas educativas, que corresponden a escolares sanos, un 25% fueron preventivas, que se otorgan a

niños y niñas en riesgo, y un 65% fueron altas integrales o recuperativas, que representan a escolares con daño por enfermedades bucales.⁽⁴⁾

Conocimientos de Salud oral en Chile.

La placa bacteriana es un factor causal importante de las dos enfermedades dentales más frecuentes: caries y periodontopatías. Por eso es fundamental eliminarla mediante los siguientes métodos; cepillado de dientes, encías y lengua, uso de hilo dental y pasta dental o dentífrico. En el estudio realizado por Soto, et al, (2007), se mostró que el 95,9% de los niños de 6 años se lava los dientes. ⁽³⁾

- Cepillado dental.

El cepillado tiene como objetivos eliminar y evitar la formación de placa bacteriana, estimular los tejidos gingivales y aportar fluoruros al medio bucal por medio de pasta dental. En los niños de 6 años, 95,86% usa pasta dental para lavarse los dientes. Se observa que las niñas utilizan más la pasta dental que los niños con valores de 99,45% y 98,59% respectivamente. Por lo general, es preferible el cepillo de mango recto, cabeza pequeña y recta, fibras sintéticas y puntas redondeadas y de cerdas blandas o medianas. Para ser eficaz, el cepillo debe estar seco antes de usarse; el 78,33% de los niños de 6 años moja la pasta dental antes de lavarse los dientes, solo el 17,97% declara no hacerlo. Se observa que las niñas mojan más la pasta dental que los niños con valores de 83,47% y 79,17% respectivamente. ⁽¹¹⁾

Además, es necesario reemplazar el cepillo de dientes cada mes a tres meses. El 74,55% de los niños o niñas de 6 años declara que su cepillo se encuentra en buenas condiciones, el 20,41% declara que se encuentra en malas condiciones. El cepillado debe realizarse por lo menos dos veces al día, después de cada comida y antes de dormir, y la duración del cepillado debe ser por lo menos de tres minutos. En los niños de 6 años, el 69,91% se cepilla los dientes 2 o más veces al día. ⁽⁴⁾

El 52,43% de los niños y niñas de 6 años se enjuagan energéticamente después de cepillarse los dientes, el 42,79% se enjuaga un poco y sólo un 0,86% no se enjuaga. El 57,57% de los niños y niñas de 6 años es considerado de alto riesgo por enjuagarse energéticamente para eliminar toda la pasta y solo un 45,43% es de bajo riesgo por enjuagarse un poco o no enjuagarse la boca. Los individuos que se enjuagan con grandes volúmenes de agua tienen un mayor incremento de caries, que quienes usan pequeñas cantidades, por lo que el enjuague posterior vigoroso con abundante agua debiera desalentarse. (3, 4)

- Dieta.

En relación al consumo de hidratos de carbono, el 59,9% de los niños y niñas de 6 años consume alimentos dulces entre 0 y 2 veces al día, EL 29,77% declara hacerlo entre 3 y 4 veces y el 10% más de 4 comidas diarias. No observándose diferencias significativas entre ambos sexos.(3)

- Hábitos deformantes.

El 73,96% declara no tener hábitos de succión, el 24,28% declara tener algún hábito, de los cuales el 55,10% chupa el dedo y el 44,9% un objeto, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas según el elemento de succión, en ambos casos el dedo es el elemento más utilizado para succionar, siendo levemente mayor en las niñas(56,36%) que en los niños (53,79%). (3)

- Hábito tabáquico.

El 70,9% de los hogares de los niños y niñas de 6 años no se permite fumar dentro de la casa, en el 7,48% se permite fumar en ocasiones especiales, el 12,7% se le permite fumar a algunas personas, y sólo el 8,24% de los hogares está permitido fumar dentro del hogar para todas las personas en todas las circunstancias. El 78,91% de los hogares fueron clasificados como bajo riesgo (no está permitido fumar o está permitido en ocasiones especiales), mientras que el

21,09% de los hogares de los niños y niñas de 6 años son considerados de alto riesgo (está permitido fumar). ⁽³⁾

Recientemente, se ha enfocado el papel de los factores ambientales, en especial la exposición al humo del tabaco ambiental (HTA), en la etiología de la caries dental. Numerosos autores coinciden al afirmar que el humo del tabaco ambiental es un factor de riesgo de caries, especialmente en dentición temporal. ^(41,42) Este hecho podría tener su explicación en una colonización temprana de la boca de los niños con *S. Mutans* a partir de sus madres, en las que se ha detectado la presencia de mayor cantidad de estas bacterias que en la boca de madres no fumadoras, debido a varias razones: por una parte la presencia de nicotina favorece el crecimiento de *S. Mutans*, reduce la capacidad tampón de la saliva, y está asociado a una supresión del sistema inmunitario, ya que inhibe la función defensiva de los neutrófilos y monocitos salivales. Por otra parte, el hábito tabáquico suele asociarse con hábitos de higiene oral escasos y con frecuencia a hábitos alimentarios de riesgo de caries, tales como consumo frecuente de alimentos o bebidas ricos en hidratos de carbono refinados. ⁽⁴³⁾

Conocimientos de Salud Bucal en el Mundo

En un estudio realizado en México (2006) reveló el nivel de conocimientos en niños entre 3 y 12 años, el 58% de la población encuestada presentó un nivel bueno, 37,5% regular, mientras que el 4,4% presentó nivel de malo. ⁽⁴⁴⁾

Al contrario, Susy Ávila, en Perú, (2011), refiere que el nivel de conocimientos en niños antes y después de una intervención educativa, en la muestra estudiada se observó que el 61,9% de los alumnos antes de la intervención presentaban un nivel de conocimientos incorrecto. ⁴⁵⁾ Otro estudio realizado por Ruiz Fera N, et al, en Cuba, (2004), determino que el 91,18% de los estudiantes tenían conocimientos inadecuados antes de la intervención educativa. ⁽⁴⁶⁾

En un estudio sobre prevalencia de caries en alumnos de 1º, 3º y 5º de primaria en colegios públicos y privados del Área de Salud de Toledo revela que los escolares tienen malos hábitos de higiene bucodental. El 43,8 % de los escolares no se cepillaban los dientes a diario, y de los que sí lo hacían solamente un 5,2% lo realizaba después de cada comida principal, manteniéndose esta frecuencia en todas las edades. En cuanto a la realización de enjuagues fluorados el 4,7% lo realizaba a diario, el 11,2% con una frecuencia semanal, y el 45,6 % de forma quincenal. Un 38,5% de la población nunca realizaba enjuagues con flúor. El 45 % de los niños consumían golosinas más de 2 días a la semana.⁽⁴⁷⁾

Acceso a la atención odontológica.

En el estudio realizado por Soto, et al, (2007), mostró que en cuanto al acceso a la atención odontológica; el 17,25% de los niños y niñas de 6 años declara haber acudido al dentista el último mes, el 24,46% en los últimos 6 meses y el 22,03% durante el último año. El 15,27% informa que no ha ido nunca al dentista y el 20,45% no recuerda cuando fue la última vez. Cuando responden el último mes, últimos 6 meses o último año se consideró buen acceso, los que no lo recuerdan o que responden que nunca fueron se consideró mal acceso. El 64,09% declaró tener buen acceso a la atención odontológica, mientras el 35,91% presenta mal acceso a la atención. No se observaron diferencias por sexo. Se observó que el NSE bajo presenta mayor cantidad de niños con buen acceso a la atención odontológica 67,95%, mientras el NSE alto presentó un 43,41%. El buen acceso a la atención odontológica es mayor en la población rural (72,19%) que en la urbana (62,53%), con diferencias que son estadísticamente significativas.⁽³⁾

Motivo de consulta.

Según estudio realizado por Soto, et al, (2007), el 7,79% de los niños y niñas declara que el motivo de su última consulta fue por dolor, el 32,93% por tratamiento, el 25,59% por control y el 8,33% por exodoncia. Se observa que el 74,35% de los niños y niñas de 6 años acudió al dentista por tratamiento o control odontológico, mientras que solo el 20,49% fue por dolor o exodoncia. No se observan diferencias estadísticamente significativas al analizar el motivo de la última consulta por sexo, siendo tratamiento y control las principales causas de consulta al dentista con valores de 41,84% y 32,51% respectivamente. ⁽³⁾

HIPOTESIS

Los alumnos entre 6 y 7 años que utilizaron GES “Salud Oral Integral de 6 años” presentan un mayor nivel de conocimientos sobre salud oral que los alumnos que no utilizaron GES “Salud Oral Integral de 6 años”.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer el nivel de conocimientos de salud oral y su relación con el acceso y la utilización de GES odontológico en alumnos entre 6 y 7 años del Colegio José Toribio Medina, comuna de Ñuñoa, en el año 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Cuantificar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina.
2. Determinarla proporción de alumnos entre 6 y 7 años que refieren el acceso a GES “Salud Oral Integral para niños de 6 años” en el Colegio José Toribio Medina.
3. Relacionar el nivel de conocimientos sobre salud oral y el acceso a GES “Salud Oral Integral para niños de 6 años” en alumnos entre 6 y 7 años del Colegio José Toribio Medina.

MATERIAL Y MÉTODO.

- **Diseño del estudio:** Se realizó un estudio observacional, transversal.
- **Universo:** El universo a estudiar correspondió a alumnos entre 6 y 7 años que asisten al Colegio José Toribio Medina durante el año 2014 de la comuna de Ñuñoa. El total es de 98 alumnos.
- **Muestra:** Corresponde a todos los alumnos entre 6 y 7 años, en el Colegio José Toribio Medina matriculados durante el año 2014.

Criterios de inclusión:

- Alumnos que tengan firmado el consentimiento informado y cuestionario entregado a padres.

Criterios de exclusión:

- Alumnos que presenten mal comportamiento y/o no permitan aplicar la encuesta.
- Alumnos que no asistan al colegio el día que se aplicará la encuesta.

- **Variables:** Las variables estudiadas se clasificaron en dos:

Variables relacionadas con el alumno(a):

- Sexo
- Edad
- Conocimientos de salud bucal

Variables relacionadas con padres y/o apoderados:

- Acceso a Ges odontológico
- Utilización del GES
- Conocimiento de Ges Odontológico

CUADRO 1. VARIABLES RELACIONADAS CON EL ALUMNO.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador/ Definición operacional.	Instrumento
Sexo.	Especialización de organismos en variedades masculina y femenina.	- Hombre - Mujer	1. Hombre 2. Mujer	Encuesta a niño(a).
Edad	Tiempo de existencia de las personas estratificada en años.	En años.	Número absoluto	Encuesta a niño(a).
Conocimientos de Salud Bucal	Hechos o información adquiridos por un ser vivo a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica en relación a salud bucal.	Cepillado de dientes	1. Sí 2. No	Encuesta a niños.
		Frecuencia de cepillado al día	1. Una vez 2. 2 o más veces	
		Tipo de cepillo de dientes	1. Suave 2. Mediano 3. Duro 4. No lo sé	
		Tiempo de cepillo de dientes	1. Este mes 2. El mes anterior 3. Hace dos meses o más 4. No lo recuerdo	
		Estado de cepillo de dientes	1. Sí, está en buen estado 2. No. Está en mal estado 3. No sé	
		Uso de pasta dental	1. Sí 2. No	
		Moja pasta dental antes de cepillado	1. Sí 2. No	
		Como enjuaga boca luego de cepillado	1. Enérgicamente para eliminar toda la pasta 2. Solo me enjuago un poco 3. No me enjuago la boca	
		Uso de enjuagues con flúor	1. Todos los días 2. 1 vez por semana 3. Rara vez 4. No utilizo enjuagatorios con flúor 5. No sé	
		Frecuencia de ingesta de alimentos dulces.	1. Entre 0 y 2 veces al día. 2. Entre 3 y 4 veces al día. 3. Más de 4 veces al día	
		Como se toma la leche	1. Vaso 2. Mamadera 3. Tasa	
		Se come las uñas o chupa el dedo	1. Chupa el dedo 2. Come las uñas	
		Se permite fumar dentro de la casa	1. No 2. Sí, en ocasiones (fiestas, visitas) 3. Sí, algunas personas pueden fumar 4. Sí, está permitido para todas las personas	

		Última vez que acudió al dentista	1. Último mes 2. Últimos 6 meses 3. Último año 4. No he acudido nunca al dentista 5. No lo recuerdo	
		Motivo de consulta última visita	1. Dolor 2. Recibir tratamiento 3. Por extracción 4. Control de salud bucal 5. Otra razón	
		La caries es infectocontagiosa	1. Sí 2. No 3. No sé	
		Es necesario ir al dentista aunque no tenga caries	1. Sí 2. No 3. No sé	
		Quien le ha enseñado a lavarse los dientes.	1. Dentista 2. Médico 3. Profesores 4. Familia , mama o papa. 5. Amigos 6. Otros	

CUADRO 2. VARIABLES RELACIONADAS CON PADRES Y/O APODERADO.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador Definición operacional.	Instrumento
Acceso a GES Odontológico	Alumno tuvo acceso a atención dental por odontólogo en sistema público o privado cubierto por GES.	Tuvo acceso a garantía GES. No tuvo acceso a garantía GES.	Acceso: Sí = 1 Acceso: No= 0	Cuestionario a padres y/o apoderado.
Utilización de GES Odontológico.	Alumno recibió tratamiento dental por odontólogo en sistema público o privado cubierto por GES.	Recibió tratamiento No recibió tratamiento	Recibió tratamiento = 1 No recibió tratamiento = 0	.
Conocimiento de GES Odontológico.	Padre o madre conoce existencia de Garantías explícitas de Salud en odontología.	- Conoce existencia de Ges Odontológico - No Conoce existencia de GES Odontológico	Sí = 1 No= 0	Cuestionario a padres y/o apoderado.

Técnicas de recolección de datos.

Contacto con Colegio José Toribio Medina.

Se solicitó una reunión con la Directora del Colegio José Toribio Medina, colegio municipalizado, perteneciente a la comuna de Ñuñoa para invitar a participar en el estudio. Se presentaron los objetivos del estudio y como se realizaría la recolección de la información.

Instrumento de recolección de Información.

Para el estudio se utilizó la encuesta de hábitos de salud bucal y accesibilidad a la atención odontológica del estudio “Diagnóstico nacional de salud bucal del niño de 6 años” de Soto y cols. (2007).

Dada la complejidad en la comprensión de la redacción de algunas preguntas, los investigadores realizaron modificaciones menores en algunas de ellas y son las que a continuación se detallan (ver anexo 1).

- ✓ En la pregunta sobre succión, se registró succión del dedo cuando el niño(a) presente a la vista del encuestador el dedo extremadamente limpio, deforme o con callosidades.
- ✓ El registro de onicofagia se consignó cuando a la vista del encuestador el niño(a) presente la uña bajo su lecho ungueal, dedos cuyos bordes superiores sean redondos y anchos.

Esta encuesta consta de 18 preguntas que se clasifican en dos dimensiones:

A.- Conocimientos y prácticas en salud oral.

B. Hábitos de salud oral.

En conocimientos y prácticas se incluyen las preguntas que tienen relación a lavado de dientes, elementos coadyuvantes del cepillado, consumo de alimentos, etiología de caries, porque creen que es necesario ir al dentista, última vez que asistieron al dentista y porque.

En cuanto a hábitos orales, se incluyen preguntas sobre onicofagia, succión digital y uso de mamadera.

Evaluación de la encuesta.

Cada respuesta correcta en la encuesta tiene asignado un punto, los resultados se agruparon en dos dimensiones según la calificación. Las dimensiones fueron conocimiento bueno y conocimiento insuficiente. Se consideró buen nivel de conocimientos con un puntaje de 11-13, y conocimiento insuficiente con un puntaje de 0-10.

Cuestionario a padres y/o apoderados.

Para recoger información sobre acceso y utilización del GES “Salud Oral Integral de 6 años “ , se envió un cuestionario auto administrado a padres y/o apoderados de los niños. A través de un breve cuestionario dirigido a padres y/o apoderados se preguntó en forma escrita la última vez que su hijo asistió al odontólogo, motivo de consulta, seguro de salud que presentan, conocimiento y utilización del GES odontológico y si no lo ha usado, cuál fue el motivo. (Anexo 2)

El cuestionario consta de 6 preguntas divididas en tres dimensiones:

- A. Atención odontológica.** Estas preguntas están en relación a las atenciones dentales; Última vez que el alumno asistió al odontólogo y cuál fue el motivo.
- B. Seguro de salud.** Están en relación al tipo de seguro de salud que presentan los padres y el alumno.
- C. Acceso y utilización del GES** tiene relación con preguntas sobre si conoce la garantía GES Salud oral integral de 6 años y si la utilizó. En caso de que no la utilizó, indicar cuál es la razón.

Aspectos éticos y consentimiento informado.

El estudio consideró la aplicación de encuestas, se garantizó el anonimato y privacidad de los resultados individuales. Los datos recogidos fueron de uso exclusivo del estudio y con fines de investigación. Se desarrolló un consentimiento informado, el cual explica las características del estudio, y se expresa que la participación es voluntaria. (Anexo3) Además, esta investigación fue enviada al comité de ética de la UFT, para su aprobación. (Anexo 4)

Plan estadístico.

Los datos obtenidos en las encuestas fueron registrados en una planilla Excel confeccionada para el estudio, donde se consideraron todas las variables a estudiar. Se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio, cálculo de media, desviaciones estándar (D.E) y proporciones. Se aplicó pruebas estadísticas para aceptar o rechazar la hipótesis planteada, entre el nivel de conocimientos y acceso al GES.

RESULTADOS.

1.- Descripción de la muestra por sexo y edad.

La muestra estudiada correspondió a todos los alumnos entre 6 y 7 años, matriculados en el Colegio José Toribio Medina perteneciente a la comuna de Ñuñoa durante el año 2014.

Un 51,32% son mujeres y un 48,68 % hombres. La edad media de la muestra fue de 6,43 años (D.E. 0.49), siendo el 56,58 % de la muestra entre 6 años y un 43,42 % de 7 años. (Ver tabla 1,2 y 3).

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, año 2014.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	37	48,68
Mujeres	39	51,32
Total	76	100

Tabla 2. Distribución de la muestra según edad. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, año 2014.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
6 años	43	56,58
7 años	33	43,42
Total	76	100

Tabla 3. Edad de la muestra. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, año 2014.

Variable	Obs	Media	Desv. Std.	Mínimo	Máximo
Edad	76	6,43	0,49	6	7

2.- Encuesta realizada a los padres.

2.1.- Última vez que acudió al dentista.

El 28,95% de los padres declara que el alumno acudió al dentista el último mes y un 28,95% en los últimos 6 meses. Un 22,37% refiere que acudió en el último año y un 11,84% no haber acudido nunca al dentista. (Ver gráfico 1).

La variable ultima atención odontológica fue dicotomizada en: con atención odontológica (acceso el último mes, últimos 6 meses o ultimo año) y sin atención odontológica (nunca han ido al dentista, más de un año y no lo recuerda). (Ver gráfico 2)

Gráfico 1. Distribución porcentual de la muestra según última atención odontológica. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, año2014.

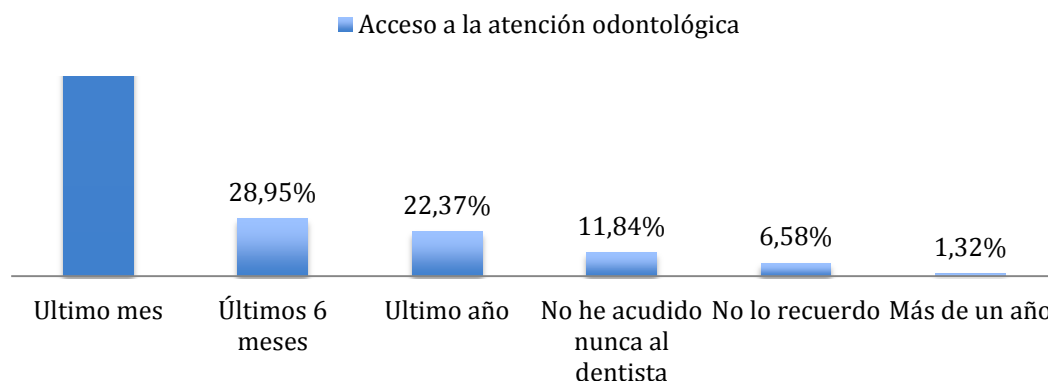
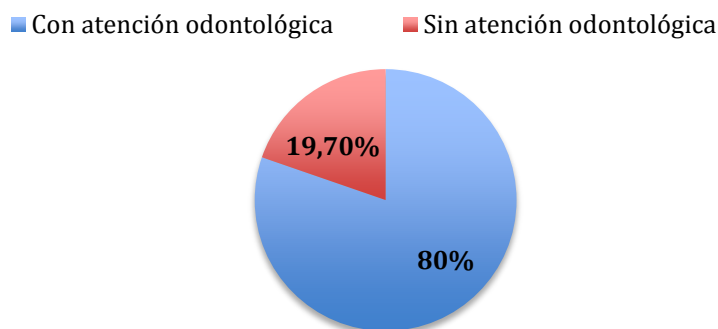


Gráfico 2. Distribución porcentual de la muestra según atención odontológica. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



2.2.-Motivo de consulta.

En relación a la variable motivo de consulta, un 59,21% de los padres declaró que el motivo fue por control de salud bucal y un 19,74% por tratamiento dental. (Ver gráfico 3)

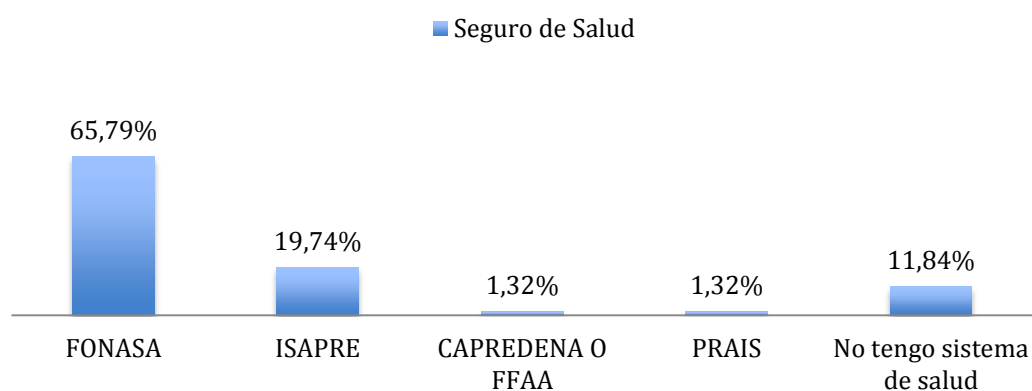
Gráfico 3. Distribución porcentual de la muestra según motivo de consulta. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, año 2014.



2.3.- Seguro de salud.

Al consultar por el seguro de salud al cual pertenece, un 65,79% declaró que pertenece a FONASA y un 19,74% a ISAPRE. Sólo un 1,32% declaró pertenecer a CAPREDENA, siendo en igual porcentaje los que tienen PRAIS. (Ver gráfico 4)

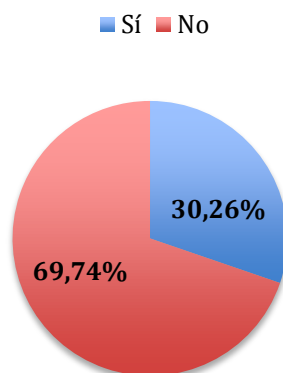
Gráfico 4. Distribución porcentual de la muestra según seguro de salud.
Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, año 2014.



2.4.- Conocimiento de la garantía explícita de salud (GES) para la atención odontológica integral de niños de 6 años.

Al consultar a los padres sobre si conocen la GES odontológica a la cual los alumnos tienen derecho, un 69,74% declara no conocer la existencia de GES odontológico. (Ver gráfico 5)

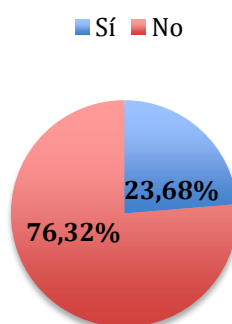
Gráfico 5. Distribución porcentual de la muestra según Conocimiento de la garantía explícita de salud (GES) para la atención odontológica integral de niños de 6 años. Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, año 2014.



2.5.- Acceso a GES odontológico.

En relación al acceso a la atención odontológica por GES, un 23,68% de los padres declaró que el alumno tuvo acceso a la atención odontológica integral por GES odontológico. (Ver gráfico 6)

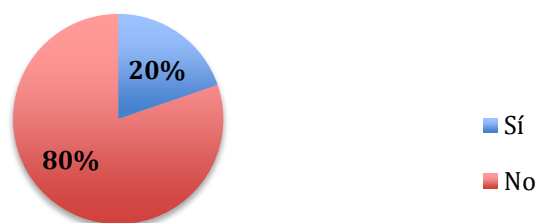
Gráfico 6. Distribución porcentual de la muestra según acceso a GES Odontológico. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, año 2014.



2.6.- Utilización de GES odontológico.

El 80,26% de los padres declaró que el alumno no utilizó GES odontológico. (Ver gráfico 7)

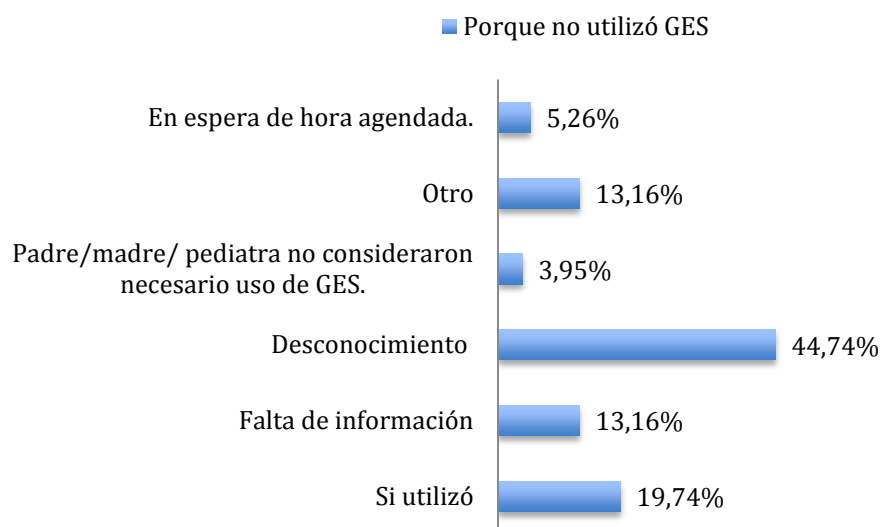
Gráfico 7. Distribución porcentual de la muestra estudiada según utilización de GES odontológico. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



2.7.- Razón de no utilización de GES odontológico.

El 44,74% declara no haber utilizado GES odontológico debido a desconocimiento de su existencia. El 13,16% declara no haber utilizado esta garantía debido a falta de información. El 5,26% de los alumnos presentan hora agendada para atención cubierta por GES. (Ver gráfico 8)

Gráfico 8. Distribución porcentual de la muestra estudiada según razón por la cual no utilizó de GES odontológico. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.1.- Conocimientos y prácticas en salud oral.

3.1.1.- Hábito y frecuencia de cepillado de dientes.

El 94,74% de la muestra declara tener el hábito de cepillarse los dientes por lo menos una vez al día. (Ver gráfico 9) el 88,89% declara lavarse los dientes dos o más veces al día. (Ver gráfico 10).

Gráfico 9. Distribución porcentual de la muestra según hábito de lavado de dientes. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, año 2014.

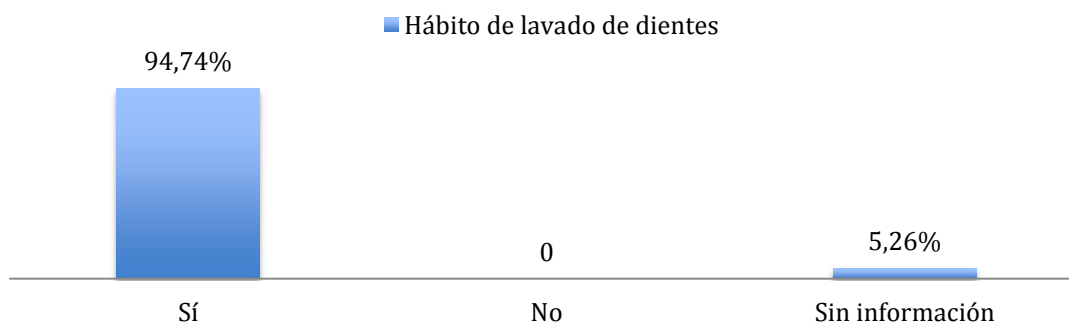
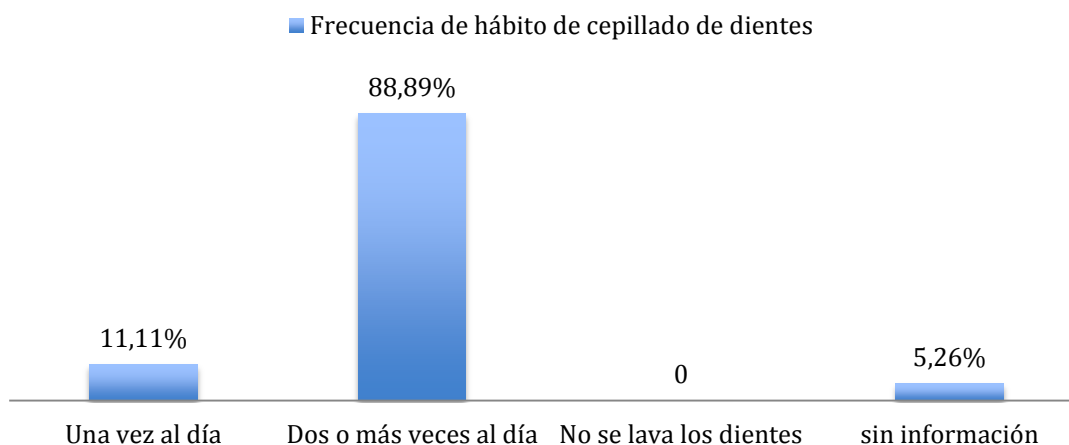


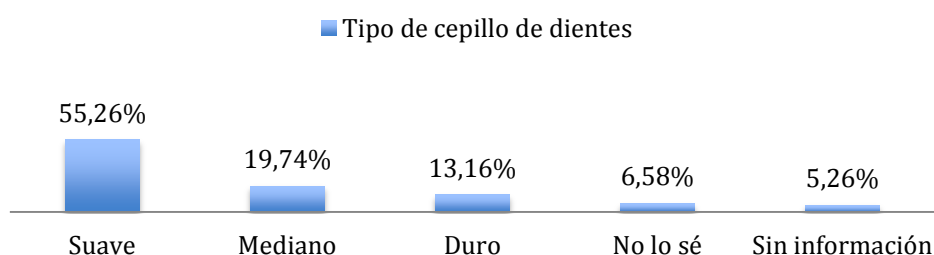
Gráfico 10. Distribución porcentual de la muestra estudiada según frecuencia de hábito de cepillado de dientes. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.1.2.- Tipo de cepillo de dientes.

El 55,26% de los alumnos declara usar un cepillo suave para lavarse los dientes, 19,74% declara usar un cepillo mediano y un 13,16% declara usar un cepillo duro. (Ver gráfico 11)

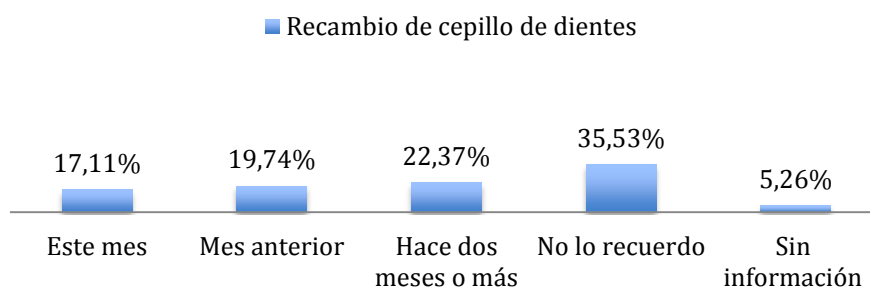
Gráfico 11. Distribución porcentual de la muestra según tipo de cepillo de dientes. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.1.3.- Recambio del cepillo de dientes.

Al estudiar el recambio de cepillo de dientes, un 35,53% de los alumnos no recuerdan cuando fue la última vez que cambiaron su cepillo de dientes y un 22,33% declaró haberlo cambiado hace dos meses o más. (Ver gráfico 12)

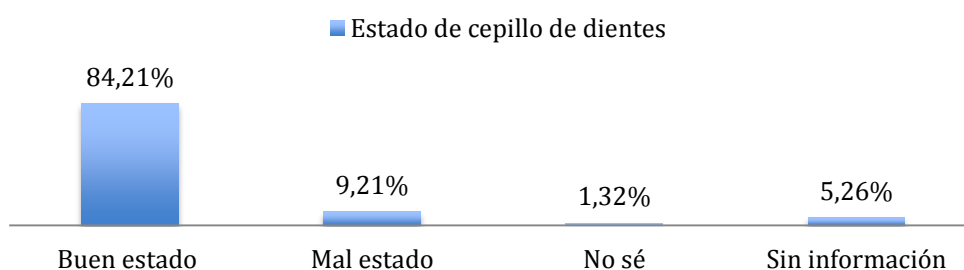
Gráfico 12. Distribución de la muestra según recambio del cepillo de dientes. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, año 2014.



3.1.4.- Estado de cepillo de dientes

El 84,21% de los alumnos entre 6 y 7 años declaro que el estado de su cepillo de dientes es bueno. El 9,21% declaró que el estado de su cepillo de dientes es malo. (Ver gráfico13)

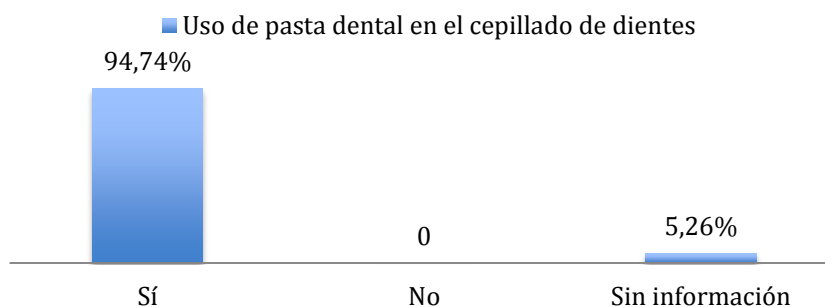
Gráfico 13.Distribución porcentual de la muestra estudiada según estado de cepillo de dientes. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.1.5.- Uso de pasta dental en el cepillado de dientes.

El 94,74% de los alumnos entre 6 y 7 años declara utilizar pasta de dientes para cepillarse los dientes. (Ver gráfico 14)

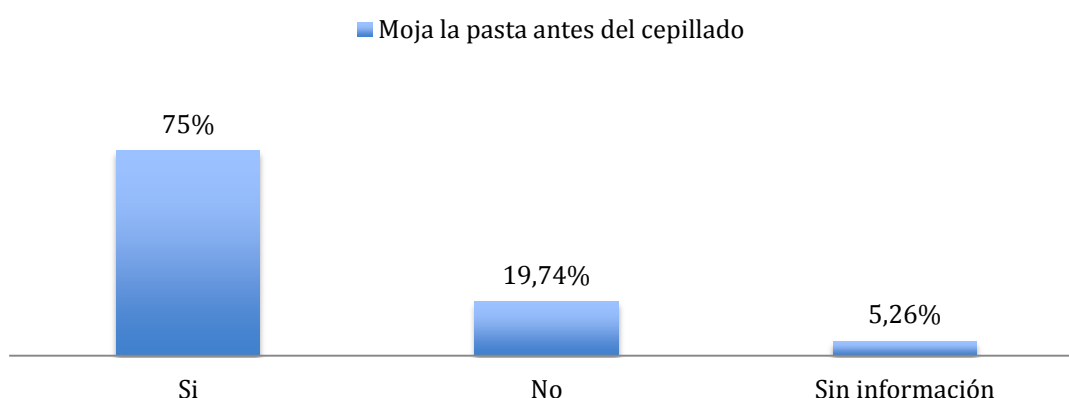
Gráfico 14.Distribución porcentual de la muestra según uso de pasta dental en el cepillado de dientes. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, año 2014.



3.1.6.- Moja la pasta de dientes antes de cepillado.

El 75% de los alumnos entre 6 y 7 años declara mojar la pasta de dientes antes del cepillado. (Ver gráfico 15)

Gráfico 15.Distribución porcentual de la muestra estudiada según hábito de mojar pasta de dientes antes de cepillado. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.1.7.- Forma de enjuagarse después del cepillado.

El 52,63% de los alumnos se enjuaga enérgicamente después de cepillarse los dientes, el 40,79 se enjuaga un poco, el 1,32% no se enjuaga la boca después del cepillado. (Ver gráfico 16)

Las respuestas se dicotomizaron dejando como bajo riesgo cuando respondían “solo me enjuago un poco” o “no me enjuago la boca” y de alto riesgo si la respuesta era “enérgicamente para eliminar toda la pasta”.

De acuerdo al riesgo de acuerdo a como los alumnos entre 6 y 7 años se enjuagan después del cepillado, el 55,6% presenta alto riesgo y el 44,4% presenta bajo riesgo. (Ver gráfico 17)

Gráfico 16. Distribución porcentual de la muestra según forma de enjuagarse después del cepillado. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.

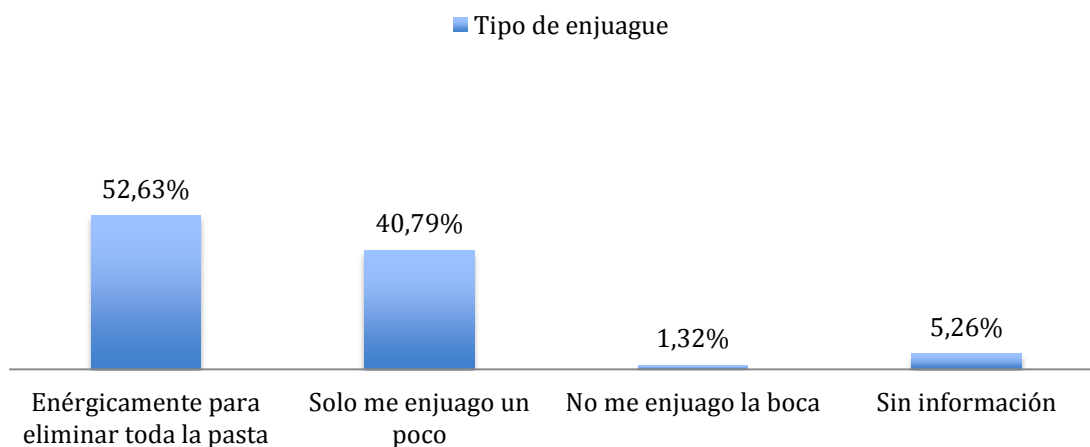
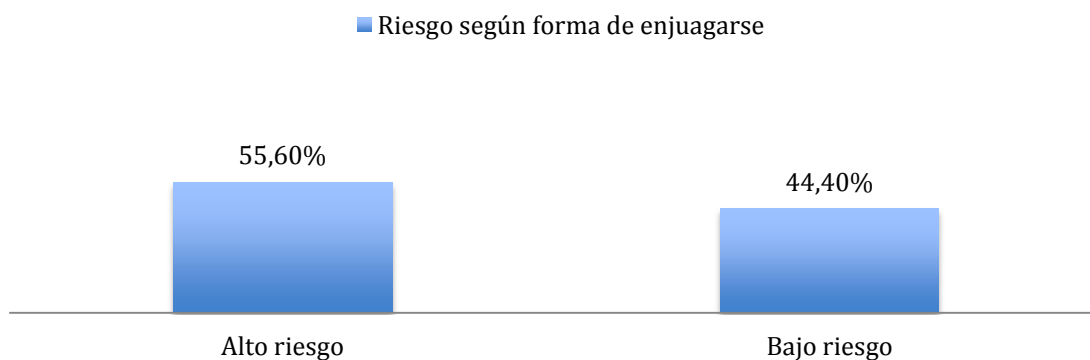


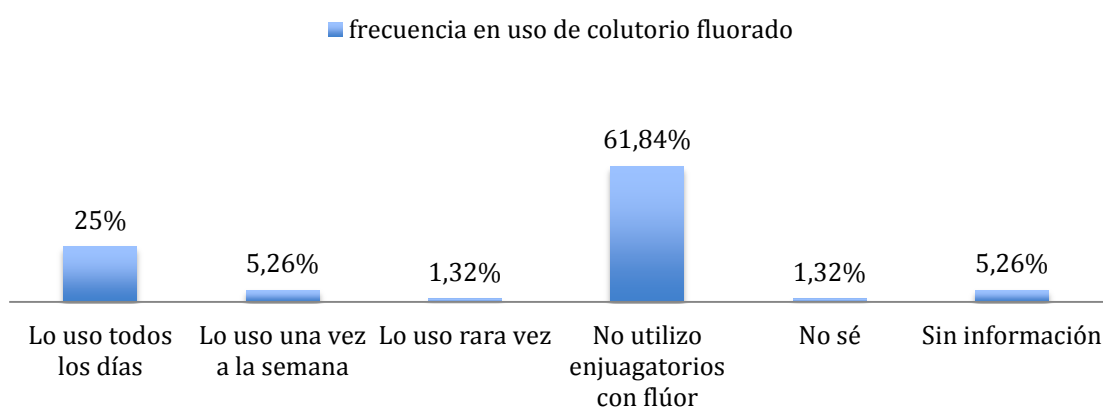
Gráfico 17. Distribución porcentual de la muestra estudiada según riesgo de acuerdo a la forma de enjuagarse después del cepillado. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.1.8.- Frecuencia en uso de colutorio fluorado.

Un 61,84% de la muestra declara que no utiliza colutorios fluorados. (Ver gráfico 18)

Gráfico 18. Distribución de la muestra según frecuencia en uso de colutorio fluorado. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.1.9.- Frecuencia de ingesta de hidratos de carbono.

El 55,26% de los alumnos entre 6 y 7 años consume alimentos dulces entre 0 y 2 veces al día, el 34,21% declara hacerlo entre 3 y 4 veces al día y el 5,26% más de 4 veces al día. (Ver gráfico 19)

Las respuestas se dicotomizaron dejando como bajo riesgo cuando respondían que el número de ingesta de hidratos de carbono es “entre 0 y 2 veces al día”, y de alto riesgo si la respuesta era “entre 3 y 4 veces” y “más de 4 veces al día”. No se tomaron en cuenta para el análisis 4 personas que no presentaban información, por lo que el universo es de 72 alumnos entre 6 y 7 años.

De acuerdo al riesgo de los alumnos entre 6 y 7 años el 41,7% presenta alto riesgo y el 58,3%% presenta bajo riesgo. (Ver gráfico 20)

Gráfico 19. Distribución porcentual de la muestra estudiada según frecuencia de ingesta de hidratos de carbono. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.

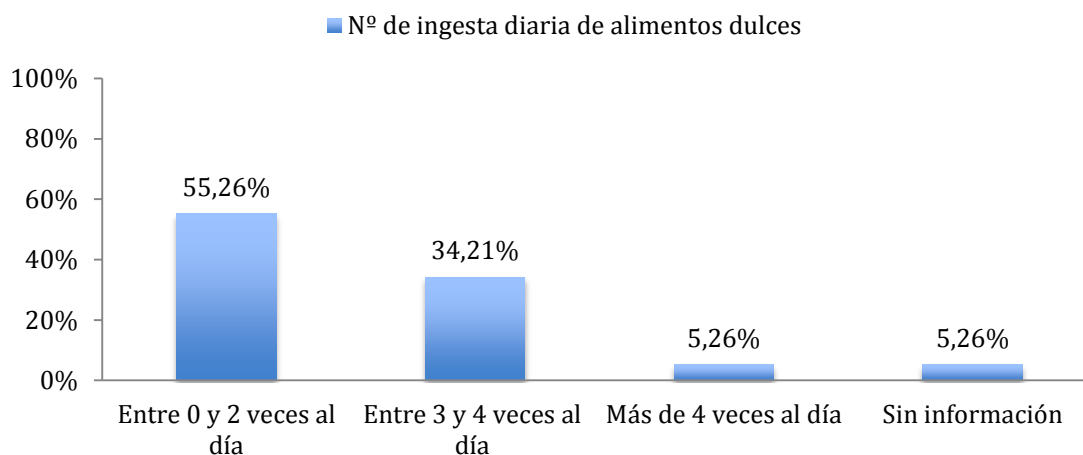
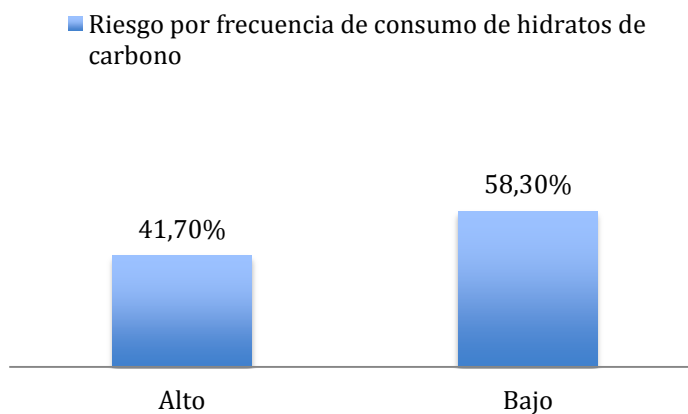


Gráfico 20. Distribución porcentual de la muestra estudiada según riesgo debido frecuencia de ingesta de hidratos de carbono. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.1.10.- Hábito de familiares de fumar al interior de la casa. Alumnos

En el 78,95% de los hogares de los alumnos entre 6 y 7 años no se permite fumar en el interior de la casa, en el 5,26% se permite fumar en toda ocasión a todas las personas. (Ver gráfico 21)

Se dicotomizaron los datos definiendo como alto riesgo a aquellos hogares donde está permitido fumar para todas las personas y para algunas personas. Y bajo riesgo a aquellos hogares donde no está permitido fumar o está permitido en ocasiones especiales. (Ver gráfico 22)

Gráfico 21. Distribución porcentual de la muestra estudiada según hábito de familiares de fumar al interior de la casa. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.

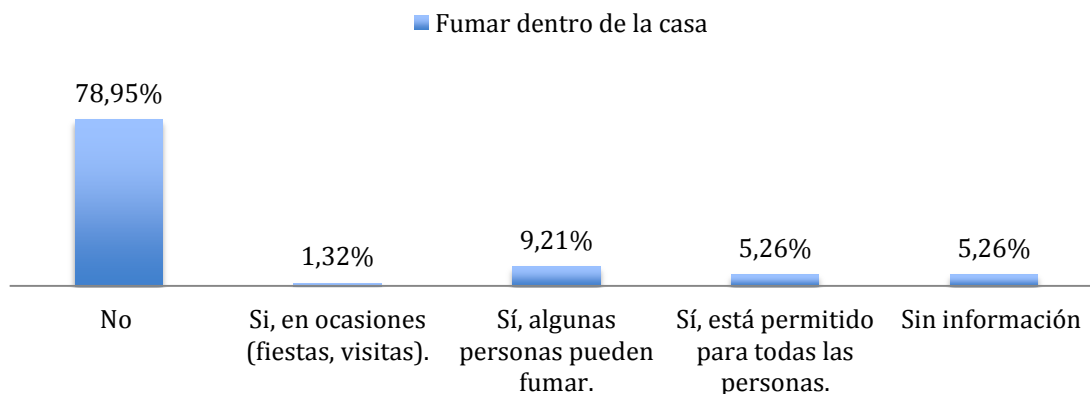
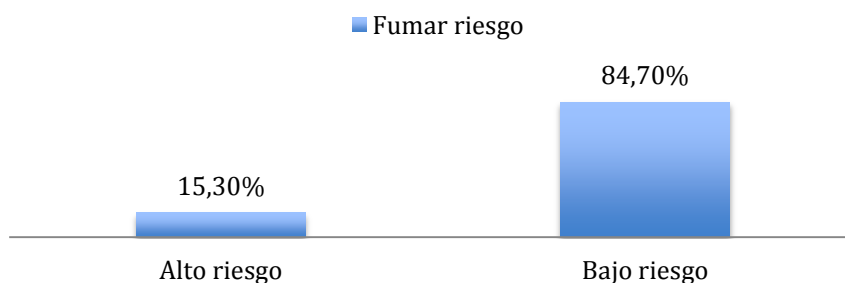


Gráfico 22. Distribución porcentual de la muestra estudiada según riesgo de hábito de fumar dentro de la casa. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.1.11.- Última consulta odontológica.

El 19,74% de los alumnos declara haber acudido al dentista el último mes, el 14,47% en los últimos 6 meses y el 22,37% durante el último año. El 10,53% no ha acudido al dentista. (Ver gráfico 23)

Para el análisis del acceso a la atención odontológica se realiza una dicotomización de los datos donde se establece que aquellos pacientes que tuvieron acceso el último mes, últimos 6 meses o ultimo año tienen buen acceso y aquellos alumnos entre 6 y 7 años que respondieron que nunca han ido al dentista o no lo recuerdan tienen un mal acceso. Además se eliminaron los alumnos que no presentan información, quedando un total de 72 alumnos. (Ver gráfico 24)

Gráfico 23. Distribución porcentual de la muestra estudiada según última consulta odontológica. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.

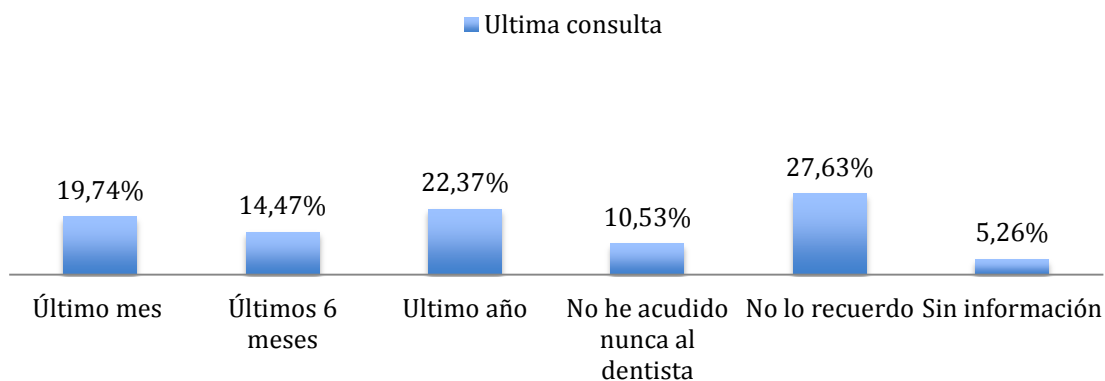
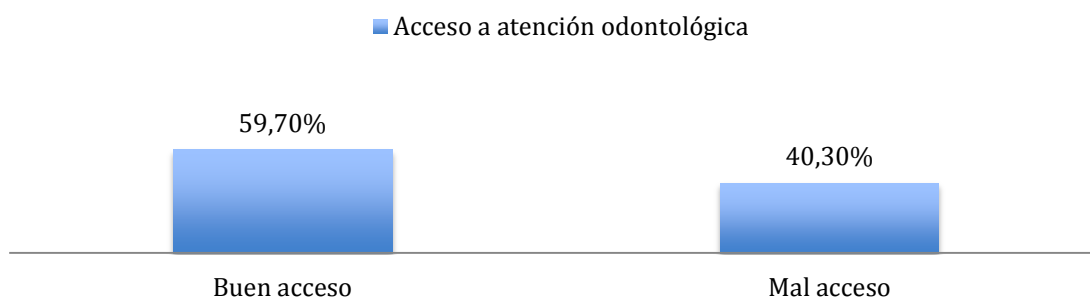


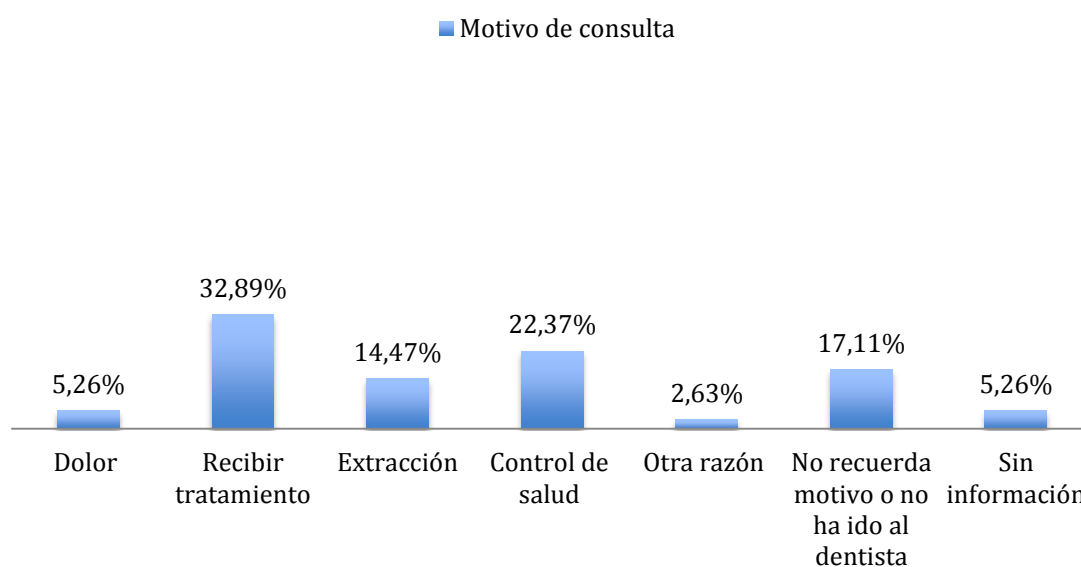
Gráfico 24. Distribución porcentual de la muestra estudiada según acceso a atención odontológica. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.1.12.- Motivo de consulta odontológica.

El 32,89% de los alumnos declara que el motivo de su última consulta fue por el dolor, el 22,37% por control de salud, el 14,47% por exodoncia, el 32,89% por tratamiento. (Ver gráfico 25)

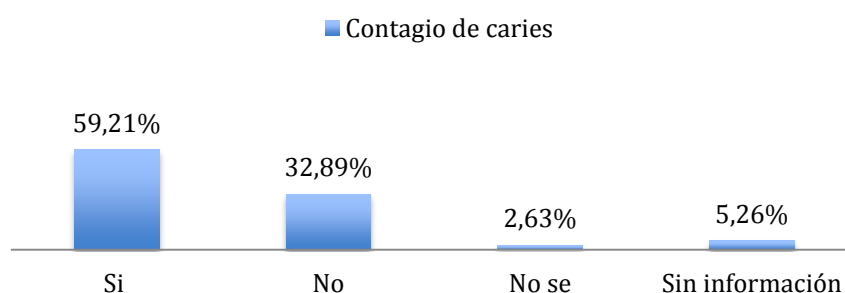
Gráfico 25. Distribución porcentual de la muestra estudiada según motivo de consulta odontológica. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.1.13.- Contagio de caries.

El 59,21% de los alumnos entre 6 y 7 años declara que la caries es contagiosa, el 32,89% declara que no es contagiosa, el 2,63% declara no saber si es contagiosa. (Ver gráfico 26)

Gráfico 26. Distribución porcentual de la muestra según conocimiento de contagio de caries. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.1.14.- Importancia de ir al dentista aunque no tenga caries.

El 58,58% de la muestra estudiada piensa que no es necesario ir al dentista si no se tienen caries. El 26% de los alumnos entre 6 y 7 años piensa que si es necesario ir al dentista aunque no tengan caries. (Ver gráfico 27)

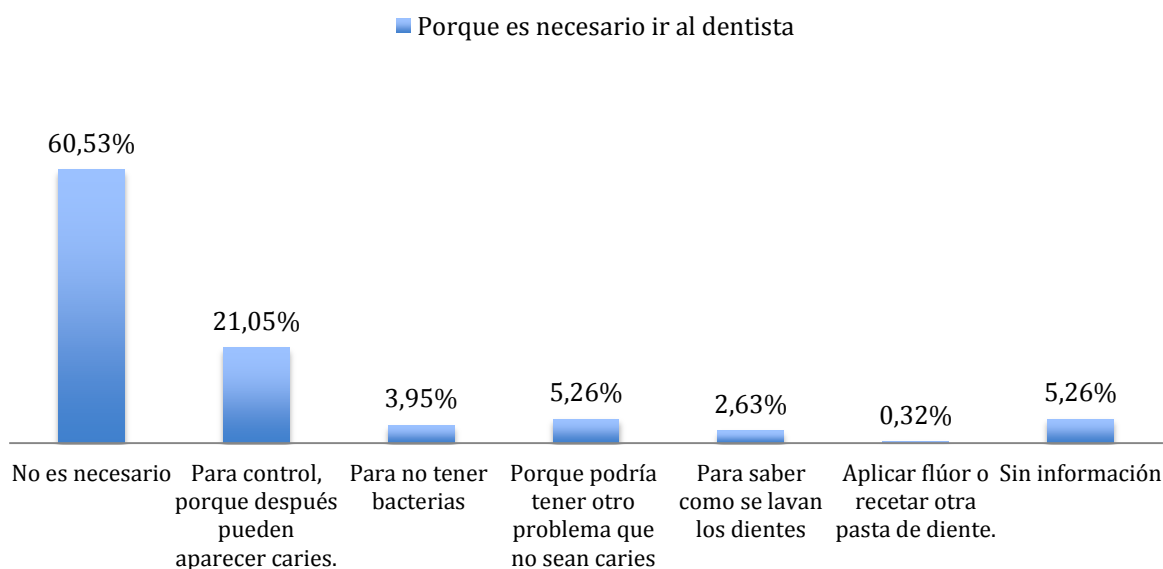
Gráfico 27. Distribución porcentual de la muestra estudiada según creencia de importancia de ir al dentista. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.1.15.- Es necesario ir al dentista aunque no tenga caries.

El 60,53% de los alumnos entre 6 y 7 años declara que no es necesario ir al dentista si no tienen caries, el 21,05% declara que es importante ir al dentista por otras razones como control para detectar posibles caries. (Ver gráfico 28)

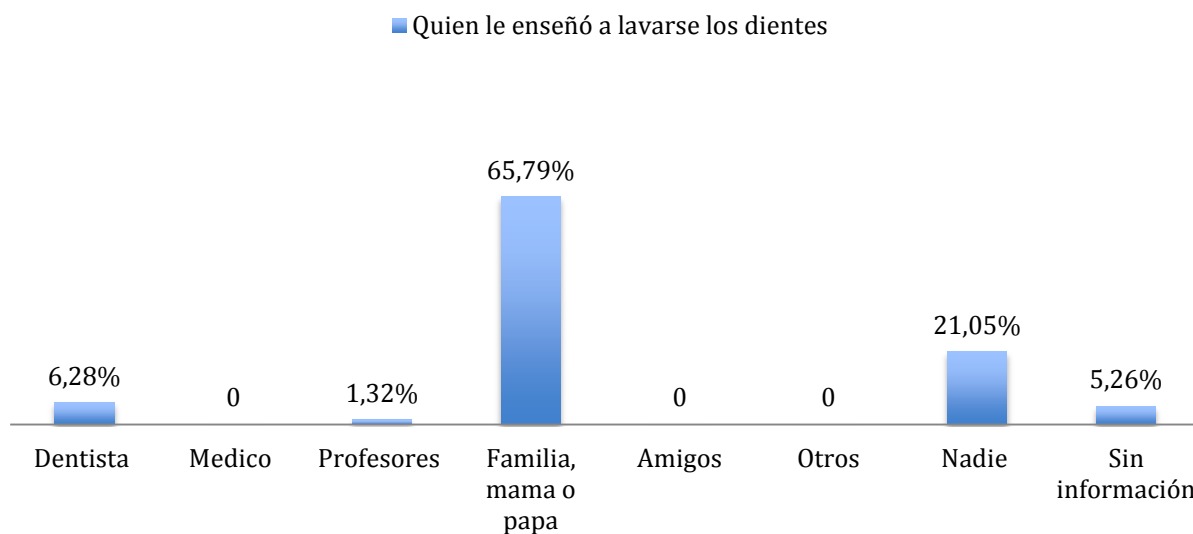
Gráfico 28. Distribución porcentual de la muestra estudiada según porqué es importante ir al dentista aunque no tenga caries. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.1.15.- Quien le ha enseñado a lavarse los dientes.

El 65,79% de los alumnos declaran que alguien de su familia, mamá o papá le enseñó a lavarse los dientes, el 21,05% declara que nadie le ha enseñado a lavarse los dientes, el 6,28% declara que el dentista le ha enseñado, el 1,32% le ha enseñado un profesor. (Ver gráfico 29)

Gráfico 29. Distribución de la muestra estudiada según quien le ha enseñado a lavarse los dientes. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.

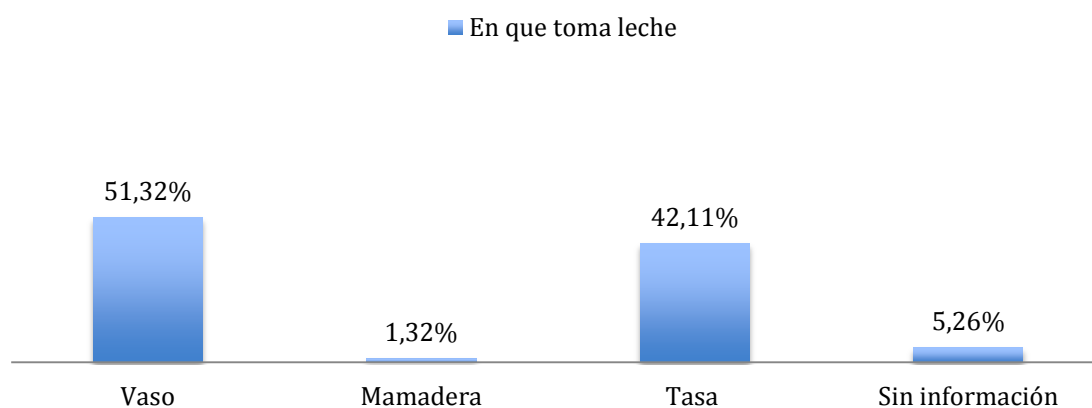


3.2.- Hábitos de salud oral.

3.2.1.- En que toma la leche.

El 51,32% de los alumnos entre 6 y 7 años declara tomar su leche en vaso, el 42,11% en tasa y el 1,32% en mamadera. (Ver gráfico 30)

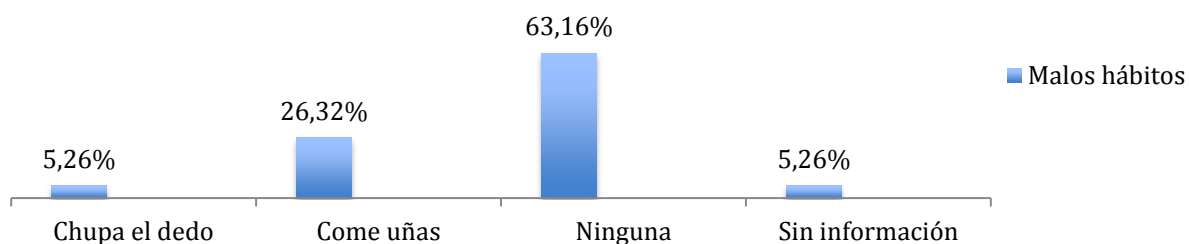
Gráfico 30. Distribución porcentual de la muestra estudiada según en que toma la leche. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



3.2.2.- Presencia de malos hábitos.

El 26,32% de los alumnos presenta onicofagia, el 5,26% presenta succión digital. (Ver gráfico 31)

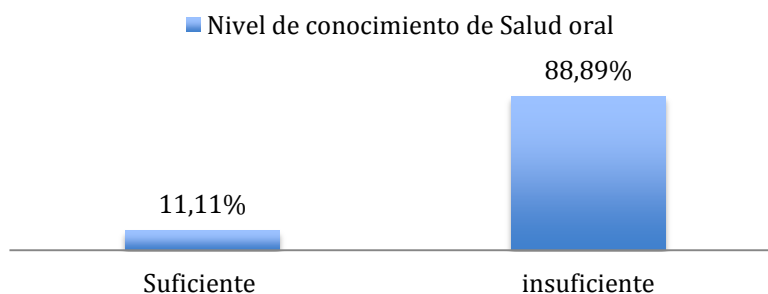
Gráfico 31. Distribución porcentual de la muestra estudiada según presencia de malos hábitos. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



4. Nivel de conocimientos de Salud oral.

El 88,89% de la muestra estudiada presenta un nivel de conocimiento insuficiente de salud oral. (Ver gráfico 32)

Gráfico 32. Distribución porcentual de la muestra estudiada según Nivel de conocimientos de Salud oral. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.

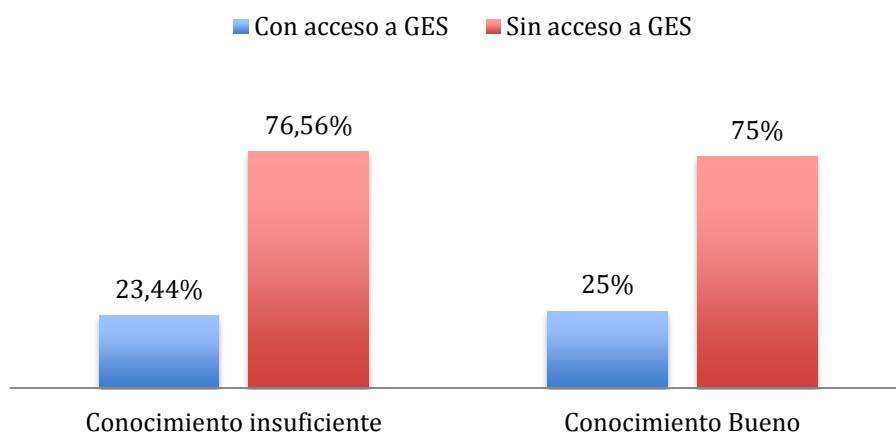


5. Relación entre conocimientos de salud oral y acceso a GES odontológico.

De los alumnos que presentan conocimientos insuficientes el 23,44% presentó acceso a GES odontológico.

De los alumnos que presentan conocimientos buenos, el 25% presentó acceso a GES odontológico. (Ver gráfico 33)

Gráfico 33. Conocimientos y prácticas en salud oral. Distribución porcentual de la muestra estudiada según Nivel de conocimientos de Salud oral y acceso a GES odontológico. Alumnos entre 6 y 7 años pertenecientes al Colegio José Toribio Medina de la comuna de Ñuñoa, 2014.



DISCUSION.

El objetivo de este estudio es conocer el nivel de conocimientos de salud oral, utilización y acceso a GES odontológico en los alumnos entre 6 y 7 años matriculados en el Colegio José Toribio Medina ubicado en la comuna de Ñuñoa, en el año 2014.

Ultima vez que acudió al dentista.

Existen diferencias en los datos recopilados entre padres y alumnos, estos son principalmente en relación a si el alumno visitó al dentista el último mes o los últimos 6 meses. Los resultados entre padres y alumnos coinciden cuando acudieron al dentista hace un año o cuando no han acudido al dentista. Existe un gran porcentaje de alumnos que no recuerda cuando fue la última vez que acudió al dentista.

Se observan resultados semejantes al comparar los datos encontrados en este estudio con los resultados obtenidos por Soto L, et al, (2007), quienes encuestaron niños de 6 años, sin embargo, difieren de los resultados recopilados a través de los padres en si su última visita al dentista fue el último mes o últimos 6 meses.⁽³⁾

Al interpretar los datos según acceso a atención odontológica, en mal acceso y buen acceso, el resultado de los padres indica que el 80,3% de los alumnos entre 6 y 7 años presentan buen acceso a la atención odontológica y el 19,7% presentan mal acceso. Al analizar los resultados de los alumnos, se observa un porcentaje de 59,7% que presenta un buen acceso y un 40,3% mal acceso. Al comparar los datos entregados en este estudio por los alumnos entre 6 y 7 años con los resultados obtenidos por Soto, et al, (2007), se observa que un 64,09% presenta un buen acceso, mientras el 35,91% presenta mal acceso.

Motivo de consulta.

Al analizar los datos entregados por los padres, el mayor porcentaje de los alumnos ha asistido a control dental (59,21%), el segundo motivo de consulta fue por tratamiento dental (19,79%) y el tercer motivo fue por dolor o urgencia dental (7,89%). Al comparar dentro de este estudio, los datos entregados por los padres con los datos de los alumnos, se puede observar valores diferentes, el mayor porcentaje de alumnos señala que asistió al dentista para recibir tratamiento dental (32,89%), el segundo motivo fue por control de salud (22,37%) y el tercer motivo fue por extracción (14,47%) y el cuarto motivo por dolor (5,26%).

Al comparar este estudio con el estudio realizado por Soto, et al, (2007), el primer motivo de consulta fue por tratamiento dental (32,93%), el segundo motivo por control de salud bucal (25,59%), el tercer motivo por exodoncia (8,33%) y el cuarto motivo por dolor (7,79%).⁽³⁾ En este estudio se observan resultados similares cuando se consideraron las respuestas de los alumnos, y se observa además un porcentaje mayor que el encontrado por Soto, et al, (2007), en asistencia al dentista por exodoncias. Al analizar las respuestas de los padres, se encuentra un menor porcentaje de consulta por tratamiento dental y un mayor porcentaje por control dental.

En este estudio, el motivo de consulta con mayor porcentaje en las respuestas de los padres, fue por control, esto hace pensar que en un alto porcentaje de la muestra se pudo pesquisar lesiones iniciales de caries, realizar acciones preventivas y educativas. Se observa un porcentaje bajo de alumnos que acudieron por tratamiento dental, lo que hace pensar que se podrían realizar estudios posteriores en que se evalúe la necesidad de tratamiento de la muestra, a través de COPD y ceod.

Sistema de Salud.

El mayor porcentaje de la muestra estudiada pertenece a algún sistema de salud, el sistema FONASA se encuentra representado por un 65,79% y el 19,74% pertenece a ISAPRE.

Conocimiento de GES odontológico.

En este estudio el 30,26% de la muestra estudiada declaró conocer la existencia de GES odontológico. Según un estudio realizado por el MINSAL durante el período 2007-2008, el 73,1% de los apoderados de niños (as) de 6 años conocía la existencia del GES Odontológico y el 51,9% de la muestra total está informado sobre la garantía de atención dental para niños de 6 años. ^(39,40) Al comparar estos resultados con los obtenidos en este estudio se puede observar que existe un muy bajo porcentaje de padres que conocen la existencia de GES Odontológico. Este hecho es relevante ya que, si las personas no conocen los problemas de salud incluidos en el plan GES nunca harán uso de su derecho. Estos datos indican una falta de difusión a la población, tanto a personas pertenecientes al sistema de salud FONASA e ISAPRE, acerca de la existencia de las garantías GES a nivel odontológico, especialmente del programa de salud integral en niños de 6 años.

Acceso a GES odontológico.

El 23,68% de los padres de alumnos entre 6 y 7 años declaró que el alumno tuvo acceso a GES odontológico. Al comparar con el estudio realizado por el MINSAL durante el período 2007- 2008, el 36,5 % de los apoderados solicitaron la atención para sus hijos, es decir un porcentaje mayor de lo encontrado en este estudio.

Utilización de GES odontológico.

El 19,74% de los alumnos entre 6 y 7 años sí utilizó el GES Odontológico. Al comparar con el estudio realizado por el MINSAL durante el período 2007- 2008, el 36% de la muestra estudiada obtuvo tratamiento, es decir utilizó GES odontológico, un porcentaje mucho más bajo de lo observado en este estudio.

(39,40)

Tomando en cuenta que la cobertura mínima esperada para el año 2015 a nivel de país del Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) según la ley 19.813 es de 79% de altas odontológicas totales, podemos concluir que dentro de esta población no se ha logrado esta meta sanitaria, debido a que el 80,26% no tuvo acceso a tratamiento cubierto por GES odontológico.⁽⁴⁸⁾

Razón por la que no utilizó GES odontológico.

El mayor porcentaje correspondiente al 44,74% declara no haber utilizado GES odontológico debido a desconocimiento de su existencia, el segundo motivo (13,16%) declara no haber utilizado esta garantía debido a falta de información. Al comparar con el estudio realizado por el MINSAL durante el período 2007-2008 la razón más relevante entregada por los padres para no solicitar el GES dental fue considerar que el niño no lo necesitaba (31,4%) seguido por no tener el tiempo para llevarlo a la consulta odontológica(17%). ^(39,40)

En este estudio las razones por las cuales los padres no exigen el derecho de atención de su hijo reflejan que hay una responsabilidad compartida entre el MINSAL, que debiera reforzar las medidas de difusión, y los aseguradores y prestadores de servicios que también tienen un rol en la entrega de información. También podemos agregar la responsabilidad por parte de los padres de no

buscar los medios para informarse sobre los beneficios en salud ya que no lo encuentran relevante. Por otra parte es importante el rol promotor de la salud de los integrantes del equipo de salud, como médicos, enfermeras, nutricionistas, etc. para poder cubrir las necesidades odontológicas de esta población, como además permitir realizar las acciones necesarias para conservar la salud, realizar un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específicas e dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación y la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal

Conocimientos y prácticas en salud oral.

- **Presencia de hábito y frecuencia de cepillado de dientes.**

El 94,74% de los alumnos entre 6 y 7 años declara presentar el hábito de lavarse los dientes. Al comparar con el diagnóstico de salud bucal realizado en el año 2007 por Soto, et al, (2007), el porcentaje fue de 95,9% observándose valores similares en presencia de hábito de cepillado, lo que es muy favorable como factor protector frente a la prevención de caries.⁽³⁾

En relación a la frecuencia de cepillado, el 88,9% de los alumnos señala lavarse los dientes dos o más veces al día, mientras en el estudio realizado por Soto, et al, (2007), este porcentaje fue menor(69,91%).⁽³⁾ Por lo que en este estudio los alumnos entre 6 y 7 años presentan una conducta favorable ya que la frecuencia de cepillado debe realizarse después de cada comida, o por lo menos dos veces al día. La higiene bucal adecuada está relacionada con la frecuencia y calidad del cepillado. Según algunos autores cualquier interferencia en la compleja estructura organizativa de la placa dentobacteriana puede ser suficiente para alterar por

ejemplo la glucólisis; por tanto si esta se realiza con mayor frecuencia los depósitos desorganizados de la placa no presentan peligro inminente. (4,49)

- **Tipo de cepillo de dientes.**

El 55,26% de alumnos entre 6 y 7 años usa un cepillo suave para lavarse los dientes, seguido de cepillo mediano (19,74%)y en último lugar cepillo duro (13,16%), el uso de cepillo suave es favorable para un cepillado de dientes efectivo, en que las cerdas puedan llegar a mas partes de las superficies dentarias y los espacios intermedios. Además proporcionan una limpieza delicada de los dientes y del tejido de las encías. Si bien el porcentaje de niños que considera que su cepillo es duro es bajo es importante tener en cuenta que algunos cepillos son demasiado abrasivos y pueden desgastar el esmalte de los dientes, por lo que ese tipo de cepillos no se recomiendan.

- **Tiempo de uso de cepillo de dientes y estado de cepillo de dientes.**

El 35,53% de alumnos entre 6 y 7 años no recuerda cuando fue la última vez que cambió su cepillo de dientes, en segundo lugar se encuentran los alumnos que cambiaron su cepillo hace dos meses o más (22,33%), en tercer lugar los alumnos que lo cambiaron el mes anterior (19,74%) y finalmente los alumnos que cambiaron su cepillo dentro de este mes (17,11%). El cepillo de dientes se considera inadecuado para el control de placa bacteriana cuando este no se cambia por un tiempo mayor a tres meses. Además se aconseja que los cepillos se cambien antes de que se observen signos de desgaste ya que un cepillo gastado con filamentos abiertos o desgastados pierde resiliencia y es poco probable que sea tan eficaz para eliminar placa como un cepillo nuevo. (50)

El 84,21% de la muestra estudiada declara que el estado de su cepillo de dientes es bueno. Al comparar este resultado con el estudio realizado por Soto, et al, (2007), se observa un porcentaje mayor de niños que declara que su cepillo se encuentra en buen estado (74,55%).⁽³⁾ Se puede pensar que no existe mucho conocimiento por parte de los alumnos entre 6 y 7 años acerca de cuándo su cepillo de dientes se encuentra en mal estado y ya no es eficaz para realizar un correcto cepillado.

- **Uso de pasta dental en el cepillado de dientes.**

Se confirma el uso de la pasta dental en la muestra estudiada, la cual es el vehículo más ampliamente utilizado para administrar fluoruros, estas han permitido la reducción de caries en un 25% en los países desarrollados, sin embargo una importante limitación en su efectividad depende de la conducta del individuo y la familia en adquirirla y utilizarla regularmente.

El 94,74% de los alumnos entre 6 y 7 años utiliza pasta de dientes para cepillarse los dientes, valores similares a los observados en el estudio realizado por Soto, et al, (2007), lo que indica una conducta favorable para el control de caries dental ya que el cepillado regular con pasta fluorada mantiene la concentración de flúor en la saliva por un mayor período de tiempo, favoreciendo la remineralización y disminuyendo la desmineralización del diente.^(51,52)

- **Moja pasta de dientes antes de cepillado.**

El 75% de los alumnos entre 6 y 7 años moja la pasta de dientes antes del cepillado. Valores similares a los encontrados en el estudio realizado por Soto, et al, (2007), correspondientes al 78,33%. Esto se considera una conducta de riesgo, debido a la interacción negativa que se encuentra entre el flúor y el agua.

- **Forma de enjuagarse después del cepillado.**

El 52,63% de los alumnos entre 6 y 7 años se enjuaga enérgicamente después de cepillarse los dientes, el 40,79% se enjuaga un poco, y el 1,32% no se enjuaga la boca después del cepillado. Al comparar estos datos con el estudio realizado por Soto, et al, (2007), se observan datos similares, observándose el mayor porcentaje de los niños y niñas de 6 años se enjuaga enérgicamente luego del cepillado (52,43%), en segundo lugar y no muy distante en porcentaje, declaran enjuagarse un poco (42,79%) y un bajo porcentaje no se enjuaga (0,86%).

Se observa al enjuagarse enérgicamente luego del cepillado una conducta de riesgo.

De acuerdo al riesgo según la forma de enjuagarse después del cepillado, el 55,6% presenta alto riesgo y el 44,4% presenta bajo riesgo. Datos que se encuentran muy cercanos a lo encontrado por Soto, et al, (2007), observándose un 54,57% en alto riesgo y 45,43% en bajo riesgo. Estos datos se deben considerar al realizar actividades educativas, en relación a la creencia equivocada de que mientras más enérgicamente se enjuague la boca, es mejor. Es predecible que residuos de flúor permanecen en tejidos blandos de la cavidad oral o que ese flúor proviene de depósitos de flúor en la superficie de los dientes, estos residuos o depósitos de flúor podrían estar siendo liberados aún 12 horas después del cepillado. Según un estudio realizado por Creeth, et al, (2013), se estudió las variaciones en la concentración de flúor en voluntarios según su comportamiento y se concluyó que comportamientos como la duración del cepillado y tipo de enjuague después del cepillado tienen un efecto en la concentración de flúor salival cuando se analizó el clearance salival.⁽⁵³⁾

En el estudio citado fue evaluada la concentración de F salivar inmediatamente al finalizar el cepillado y hasta 2 h después, mostrando que un uso de mayor concentración, mayor cantidad de pasta, mayor tiempo de cepillado y enjuague con menor volumen de agua favorecen la retención de F en la saliva. (53)

Además los individuos que se enjuagan con grandes volúmenes de agua tienen un mayor incremento de caries, que quienes usan pequeñas cantidades, por lo que el enjuague posterior vigoroso con abundante agua debiera desalentarse.(4)

Uso de colutorio fluorado.

De los alumnos que utilizan colutorio fluorado, el 25% lo usa todos los días y el 5,26% lo usa una vez a la semana. En un estudio realizado por Carmen Villaizán, et al, (2012), en España en estudiantes de educación primaria, se observó que el 4,1% de los escolares usaba colutorio de flúor diariamente y 10,7% en forma semanal.(47) Al comparar los resultados de ambos estudios, se puede observar que en este existe un porcentaje mucho mayor de niños que usan colutorio fluorado en forma diaria, lo que es favorable, ya que el colutorio fluorado es un factor protector para la presencia de caries. Es importante considerar el uso de coadyuvantes al cepillado como colutorios fluorados para mejorar las condiciones del medio bucal y tener una mayor disponibilidad de flúor ya que promueven la remineralización y conducen a que el balance entre los factores patológicos y protectores se incline hacia la salud del paciente.(14)

Sin embargo en este estudio el 61,84% de alumnos no usa colutorios fluorados, lo que hace pensar que no han sido indicados por un dentista, y no se ha evaluado su uso de acuerdo al riesgo del paciente.

- **Frecuencia de ingesta de hidratos de carbono.**

Para describir la frecuencia de ingesta de hidratos de carbono, se dividieron las respuestas en tres; El mayor porcentaje correspondiente al 55,26% de la muestra estudiada declara consumir alimentos dulces entre 0 y 2 veces al día, el 34,21% consume hidratos de carbono 3 a 4 veces al día y un porcentaje muy pequeño, 5,26%, declara consumir hidratos de carbono más de 4 veces al día. Al comparar estos resultados con el estudio realizado por Soto, et al, se encuentran valores similares en los niños que consumen alimentos dulces entre 0 y 2 veces al día (55,59%), mientras que se observa un menor porcentaje que en este estudio de niños que consumen hidratos de carbono entre 3 y 4 veces al día (29,77%) y un mayor porcentaje de alumnos que lo hacen más de 4 veces al día (10%).

En cuanto al riesgo de caries por frecuencia de hidratos de carbono, se dividieron en alto riesgo y bajo riesgo, en este estudio se observa que un 41,7% de alumnos presenta alto riesgo. El riesgo de caries por frecuencia de consumo de hidratos de carbono es muy importante en la prevención de caries, porque tras la ingestión de azúcar se produce a los pocos minutos una reducción del pH de la placa dental que facilita la desmineralización del diente y favorece la caries, por lo que mientras más frecuente sean, más cariogénicas se vuelven.⁽⁹⁾

En este estudio se observa un aumento en el porcentaje de alumnos que consumen hidratos de carbono 3 a 4 veces al día, esta conducta es desfavorable para la prevención de caries, por lo que es importante realizar educación nutricional, respecto a alimentos cariogénicos y frecuencia de consumo como también asesoramientos dietéticos principalmente de colaciones saludables para los apoderados y alumnos para disminuir conductas de riesgo.

- **Hábito de fumar dentro de la casa.**

En relación al hábito de fumar dentro de la casa, al comparar los resultados con el estudio realizado por Soto, et al, (2007), en el 70,9% de los hogares no se permite fumar al interior de la casa, mientras que en este estudio se observó que en un 78,95% de los hogares no se permite fumar dentro de la casa, esto nos permite constatar que se ha aumentado la conciencia en lo que se refiere a las consecuencias del consumo del tabaco, posiblemente debido a las políticas públicas instauradas en Chile durante los últimos años.

En cuanto al riesgo de fumar, este estudio determinó que en el 15.3% de los casos se observó alto riesgo, en el 84,7% se observa bajo riesgo. Al comparar los resultados con el estudio realizado por Soto, et al, (2007), el 21,09% se encontraban en alto riesgo, mientras que el 78,91% se encontraban en bajo riesgo en este estudio.⁽³⁾ En este estudio se observó un menor porcentaje de alumnos que se encontraban en alto riesgo, este hecho es importante ya que numerosos autores coinciden al afirmar que el humo del tabaco ambiental es un factor de riesgo de caries, especialmente en dentición temporal.^(41,42 ,43)

- **Contagio de caries**

El 59,21% de los alumnos entre 6 y 7 años declara que la caries es contagiosa y el 32,89% declara que no es contagiosa. Un alto porcentaje de los alumnos declara pensar que la caries es contagiosa, pero se cree que en estudios futuros se podría evaluar el conocimiento de las formas de contagio, especialmente a las madres, reconociendo tipos de conductas desfavorables, por ejemplo, besar a los niños en la boca o probar la comida con la misma cuchara.

- **Importancia de ir al dentista.**

El 56,58% de los alumnos piensa que no es necesario ir al dentista si no se tienen caries, no reconociendo el valor de asistir a controles odontológicos periódicos. Mientras que sólo el 26% piensa que si es necesario ir al dentista aunque no tengan caries.

Cuando se preguntó a los alumnos que sí piensan que es importante ir al dentista aunque no se tengan caries, porqué es importante, el 21,05% piensa que es importante acudir al dentista para control, para detectar nuevas lesiones de caries.

Al comparar los resultados de este estudio con los resultados obtenidos por Bosh Robaina, et al, (2012), en niños de 9 y 10 años se encontró que el 60% de los escolares piensan que había que ir al odontólogo cuando se tiene algún problema en la boca y el 40% piensa que hay que ir al menos una vez al año.⁽⁵⁴⁾ Encontrándose valores similares en los alumnos de este estudio cuando se afirma que hay que ir al dentista sólo cuando se tiene algún problema y valores mucho menores cuando se afirma que hay que asistir a controles.

- **Quien le enseñó a lavar los dientes.**

Al comparar los resultados obtenidos en este estudio con un estudio realizado por Bosh Robaina, et al, (2012), en niños de 9 y 10 años, se evidencia en ambos estudios el mayor porcentaje cuando a los alumnos le habían enseñado a lavar los dientes alguien de su familia, como padre o madre, en este estudio el porcentaje fue de 65,79% mientras que en el estudio de Bosh, et al, (2012), el porcentaje fue mayor (76%). La diferencia se evidencia en que este estudio el 6,28% de los alumnos entre 6 y 7 años declara que un odontólogo le ha enseñado a lavarse los dientes, mientras que en el estudio de Bosh, et al, (2012), un porcentaje mayor

(24%) señaló que le había enseñado un dentista enseñado a lavarse los dientes. Es importante considerar, que en este estudio un porcentaje de 21,05% declara que nadie le ha enseñado a lavarse los dientes. ⁽⁵⁴⁾

Hábitos de salud oral.

- **En que toma la leche**

Existe solo un pequeño porcentaje correspondiente al 1,32% de los alumnos entre 6 y 7 años toma su leche en mamadera. Es importante este dato, ya que cuando existe una alimentación prolongada mediante mamaderase puede traducir en una deglución atípica, desencadenando diferentes anomalías dentomaxilares. Además en un estudio realizado por Juárez Razo, et al, (2003), se observó que los niños alimentados por tiempo prolongado con biberón y sucedáneos de la leche presentaron un elevado porcentaje de caries (44,3 %).⁽²³⁾

Al comparar este estudio, con un estudio realizado por Cepero, et al, (2007), en 120 escolares de 5 a 6 años, 87 presentaban hábitos bucales deformantes siendo predominante el uso del biberón con un 65,6%. ⁽³³⁾

- **Malos hábitos.**

El 26,32% de los alumnos entre 6 y 7 años no presenta malos hábitos, el 26,32% presenta onicofagia, el 5,26% presenta succión digital.

En el estudio realizado por Soto, et al, (2007), el 73,96% de los niños de 6 y 7 años no presentaban malos hábitos, mientras que en este estudio se encontró un valor de 26,32%. Mientras que el 24,28% si presentaban malos hábitos, de succión digital o de algún objeto, en este estudio el 31,58% presenta algún mal

hábito como onicofagia (26,32%) o succión digital (5,26%), siendo aún mayor el porcentaje de niños con malos hábitos, especialmente con onicofagia. Es importante destacar que dentro del estudio de Soto, et al, (2007), no se consideró la onicofagia. ⁽³⁾

En un estudio realizado en Colombia por Narvaez, et al, (2010), se encontró un 21% de niños de 6 años que presentan onicofagia y un 24,3% en niños de 7 años. Presentándose un porcentaje similar que el encontrado en este estudio. ⁽³⁴⁾

Existe un porcentaje importante de alumnos que presentan onicofagia. La onicofagia es un hábito muy extendido en la infancia y edad juvenil, además, puede ser sintomática de una afección neuropática. Ésta puede influir en la estética dental y bucal, debido a que ocasiona desgaste, astillamiento prematuro, abrasión, erosión, y mal posición de los incisivos centrales superiores, relacionados con la apariencia de la sonrisa.⁽³⁴⁾

La importancia de estos hábitos radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan éstos entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Además, los malos hábitos de posición o funcionamiento de dichos órganos rompen el equilibrio y conducen a disfunciones. Asimismo, se postula que la onicofagia a largo plazo provocaría una disminución del espacio articular, y por ende, desencadenaría una compresión discal.⁽⁵⁵⁾

Nivel de conocimientos de salud oral.

El 88,89% de la muestra estudiada presenta un nivel de conocimiento insuficiente de salud oral.

En un estudio realizado por Susy Ávila, Perú (2011), se estudió el nivel de conocimientos en niños antes y después de una intervención educativa, en la muestra estudiada se observó que el 61,9% de los alumnos antes de la intervención presentaban un nivel de conocimientos incorrecto.⁽⁴⁵⁾ Otro estudio realizado por Ruiz Fera, et al, Cuba (2004), determino que el 91,18% de los estudiantes tenían conocimientos inadecuados antes de la intervención educativa.⁽⁴⁶⁾

Al comparar estos resultados se puede evidenciar que la mayoría de los alumnos tienen niveles de conocimientos insuficientes, no permitiendo tener las medidas básicas para prevenir enfermedades bucales como caries y gingivitis, por lo que es fundamental la implementación de actividades educativas.

Relación entre conocimientos de salud oral y acceso a GES Odontológico.

De los alumnos que presentan conocimientos insuficientes, el 23,44% presentó acceso a GES odontológico. De los alumnos que presentan conocimientos buenos, el 25% presentó acceso a GES odontológico. De acuerdo a estos resultados se puede observar que no existe relación entre conocimientos de salud oral y acceso a GES Odontológico debido a que se obtuvieron resultados similares de conocimientos en salud oral cuando los alumnos tuvieron acceso a GES y cuando no tuvieron acceso.

CONCLUSION.

El 88,89% de alumnos entre 6 y 7 años, del Colegio José Toribio Medina ubicado en la comuna de Ñuñoa, presentó conocimientos de salud oral insuficientes. Se requiere realizar actividades educativas tanto en la consulta odontológica como en los colegios, para que los alumnos y sus padres tengan acceso a conocimientos importantes para poder prevenir la aparición de caries, enfermedad gingival y anomalías dentomaxilares, como también para mejorar y mantener un estado de salud bucal.

Solo el 23,68% de alumnos entre 6 y 7 años, del Colegio José Toribio Medina, tuvo acceso a GES odontológico, principalmente debido a que existe gran desconocimiento y falta de información sobre el GES Odontológico, especialmente sobre el programa de salud integral para niños de 6 años, por lo que es fundamental reforzar o recurrir a nuevas medidas de difusión de este programa para que un mayor número de personas pueda acceder a esta garantía.

En este estudio no existe relación entre conocimientos de la salud oral y acceso a GES Odontológico, se obtuvieron resultados similares de conocimientos en salud oral cuando los alumnos tuvieron acceso a GES y cuando no tuvieron acceso.

Los padres cumplen un rol importante en la educación e instauración de hábitos orales en los niños, en este estudio se comprobó que los padres son los que más enseñaron a los alumnos a lavarse los dientes en relación a otras personas como por ejemplo el dentista, por lo que es importante determinar en futuros estudios los conocimientos que tienen estos en relación a la higiene oral, para que así puedan reforzar y mejorar los conocimientos de salud bucal de sus hijos.

Es trascendental transmitir a la población la importancia del auto cuidado, y el rol que cumplen ellos mismos en la preservación de su propia salud bucal y general; educar a los padres, profesores y todo aquel que esté en contacto directo con el niño para instaurar estilos de vida saludables desde edades tempranas.

BIBLIOGRAFIA.

1. Ministerio de Salud de Chile. Análisis de Situación Bucal. [Internet]. Santiago de Chile; c.2011. Salud Bucal Chile, [citada 2014 Agost. 05]. Disponible en:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/9c81093d17385cafe04001011e017763.pdf>
2. Ministerio de Salud de Chile. Diagnóstico de Situación de Salud Bucal. [Internet]. Santiago de Chile; c. 2011. Salud Bucal Chile, [citada 2014 Agost. 05]. Disponible en:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb34ec58e04001011e011c36.pdf>
3. Soto L, et al. Diagnóstico Nacional de salud bucal del niño de 6 años. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2007.
4. Ministerio de Salud de Chile. Guías Clínicas de Salud oral integral para niños y niñas de 6 años. [Internet]. Santiago de Chile; c. 2013 [Salud oral niños, citada 2014 Agost. 05]. Disponible en:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc4342644a9e04001011f0113b9.pdf>
5. FDIworldental. Declaración de principios de la FDI. Salud bucodental y determinantes sociales de la salud. [internet]. Turquía; c2013 [Factores de riesgo enfermedades bucodentales, citada 2014 Agost. 07]. Disponible en:
http://www.fdiworldental.org/media/31322/oral_health_and_the_social_determinants_of_health-2013-sp.pdf
6. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bulletin of the World Health Organization [Internet]. 2005 Sep[citado 2014 Agost. 07];83(9):661-669. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626328/>
7. Ministerio de Salud de Chile. Pautas de Evaluación Bucodentaria. [Internet]: Santiago de Chile; c2007 [Salud Bucodental, citada 2014 Agost. 25]. Disponible en:

<http://200.54.170.197/estadisticas2006/monitoreo2009/PautasdeEvaluacionBucodentaria.pdf>

8. Tomás Seif R. Cariología. prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental. Vol1. Caracas: Actualidades Medico Odontológicas Latinoamericanas; 1997.
9. Duque de Estrada Riverón J, Pérez Quiñonez J, Hidalgo Gato Fuentes I. Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2015 Abr 29]; 43(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100007&lng=es
10. Portilla Robertson J, PinzonTofiño ME, Huerta Leyva ER, Obregón Parlange A. Conceptos actuales e investigaciones futuras en el tratamiento de la caries dental y control de la placa bacteriana. Revista Odontologica Mexicana [revista en Internet]. 2010 Dic. [citado 2015 Abr 29]; 14(4):218-225 Disponible en: <http://www.journals.unam.mx/index.php/rom/article/view/23963>
11. Higashida B. Odontología preventiva. Volumen 1. 2ª.ed. México: McGraw-Hill interamericana; 2009.
12. Núñez Daniel P, García Bacallao L. Bioquímica de la caries dental. Revhabancienméd [revista en Internet]. 2010 Jun [citado 2015 Mayo 23]; 9(2):156-166. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000200004&lng=es
13. Ojeda Garcés JC, Oviedo García E, Salas LA. Streptococcus mutans y caries dental. CESOdontol. [Serie en Internet]. 2013 Ene [citado 2015 Mayo 23]; 26 (1): 44-56. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2013000100005&lng=en
14. Medina Seruto M, Gómez Mariño M, Quintero Ortiz JE, Méndez Martínez MJ. Comportamiento de las enfermedades periodontales en adolescentes.

- AMC [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2015 Mayo 23]; 13(5).
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000500002&lng=es
15. Doncel Pérez C, Vidal Lima M, del Valle Portilla MC. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. RevCubMed Mil [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2015 Mayo 23]; 40(1): 40-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000100006&lng=es
16. Giacaman RA, Muñoz-Sandoval C, Bravo González E, Farfán-Cerda P. Cuantificación de bacterias relacionadas con la caries dental en saliva de adultos y adultos mayores. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [revista en la Internet]. 2013 Ago [citado 2015 Abr 29]; 6(2): 71-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072013000200004&lng=es
17. Gómez Clavel JF, Peña Castillo RE. La valoración del riesgo asociado a caries. Revista ADM. [revista en la Internet]. 2014 Ene. [citado 2015 abril 29]; 71(2), 58-65. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od142c.pdf>
18. Pamell C, O' Mullane D. After-brush rinsing protocols, frequency of toothpaste use: fluoride and other active ingredients. Monogr Oral Sci. [Revista de Internet]. 2013 Jun [citado 2015 June 21]; 23:140-53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817066#>
19. Recomendaciones sobre el uso de fluoruros para prevenir y controlar la caries dental en los Estados Unidos. RevPanam Salud Pública [Internet]. 2002 Enero [citado 2015 June 27]; 11(1): 59-66. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000100019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000100019>
20. Martínez MC, Rodríguez A. Estudio de las cepas de estreptococos del grupo mutans presentes en binomio madre-hijo. RevFacOdontol Univ. Antioq. [revista en la Internet]. 2009 [citado 2015 Abr 29]; 21(2):177-185.

Disponible en:

<http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/2181>

21. Aguilar-Ayala FJ, Duarte-Escobedo CG, Rejón-Peraza ME, Serrano- Piña R, Pinzón-TE AL. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociado. Acta pediátrica [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Abr 29]; 35:259-266. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2014/apm144b.pdf>
22. Zaror Sánchez C, Pineda Toledo P, Orellana Cáceres JJ. Prevalencia de caries temprana de la infancia y sus factores asociados en niños chilenos de 2 y 4 años. Int. J. Odontostomat., [revista en la Internet]. 2011[citado 2015 Abr 30]; 5(2):171-177. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v5n2/art10.pdf>
23. Juárez E, Arizona A, Delgado R, López A, Gil C, Gallardo J. Caries asociada a la alimentación con sucedáneos de la leche materna en biberón. Rev. Med. IMSS[revista en la Internet]. 2003 Jun [citado 2015 Abr 30]; 41(5): 379-382. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im035c.pdf>
24. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría Volumen 1. España: Elsevier; 2004.
25. Hernandez D, CompeanM, Staines M, Enzaldo P. Prevalencia de gingivitis y su relación con la higiene bucal en escolares. Odontología actual. [revista en la Internet]. 2013 [citado 2015 Mayo 1]; 10(122):24-27. Disponible en:
<http://odontologos.mx/mailings/patrocinados/2013/mayo/gum/articulo.pdf>
26. Zaror Sánchez C, Muñoz Millán P, Sanhueza Campos A. Prevalencia de gingivitis y factores asociados en niños chilenos de cuatro años. AvOdontoestomatol [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2015 Abr 30]; 28(1): 33-38. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000100005&lng=es

27. SDPT: Salud Dental Para Todos [Internet]. Buenos Aires: SDPT. c2014 [citado 10 Mar 2015]. Prevalencia de anomalías dentomaxilares y malos hábitos orales en pre-escolares de zonas rurales de la población beneficiaria del Servicio de Salud de Viña del Mar/Quillota. 2011; 1. Disponible en: <http://www.sdpt.net/PADM.htm>
28. Martínez H, Garza G, Martínez R, Treviño M, Rivera G. Hábitos orales: succión de dedo. Chupón o mamila. OdontolPediatr. [revista en la Internet]. 2011 Jun[citado 2015 Abr 30]; 10(1): 22-27. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/op/v10n1/a04v10n1.pdf>
29. Simoes Andrade N. Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodónticointerceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Abr 30]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art2.asp>
30. Podadera Z, Rezk A, Flores L, Ramirez M. Caracterización de las anomalías dentomaxilofaciales en niños 6 a 12 años. Rev Ciencias Médicas. [revista en la Internet]. 2013 Oct. [citado 2015 Abr 30]; 17(5): 97-108. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942013000500010&script=sci_arttext
31. Organización Mundial de la Salud. Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos. 4ª.ed. Ginebra: OMS; 1997.
32. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia Odontopediatría. [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2015 Abr 30]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
33. Cepero Sánchez Z, Hidalgo Gato Fuentes I, Duque de Estrada Riverón J, Pérez Quiñones J. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2015 Mayo 01]; 44(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400007&lng=es

34. Narváez Sierra MF, Muñoz Eraso YA, Villota Bravo CD, Mafla Chamorro AC. Hábitos orales en niños de 6-10 años de la Escuela Itsin de San Juan de Pasto. Rev Univ. salud. [revista en la internet]. 2010 [citado 10 Mar 2015];12(1):27-33. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072010000100004&lng=en
35. Cortés E, Oropeza R. Intervención conductual en un caso de onicofagia. Enseñanza e investigación en psicología. [Revista en la Internet]. 2011 [Citado 2015 Abr 30]; 16(1): 103-113. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963009>
36. Morán V, Zamora O. Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [revista en la internet]. 2013 [citado 2015 Marzo 10]; 4(1): 1-19. Disponible
en:<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/pdf/art4.pdf>
37. FONASA. Manual informativo AUGE 80 Patologías. 2013 [citado 2015 Mar 10] Disponible
en:http://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140622/pags/20140622114645.html
38. Bastías G, Valdivia G. Reforma de salud en Chile; el plan AUGE o régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución. Boletín escuela de medicina UC, Pontificia Universidad Católica de Chile [Internet]. 2007 [citado 2015 Mar 10]; 32(2):51-58. Disponible
en:<http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf>
39. Jadue L, Delgado I, Simian M, Prieto F, Huberman J. Programa de Salud Oral Integral para Niños (as) de 6 años como Problema de Salud con Garantía Explícita en Chile: La Participación de los Pediatras. Rev. chil. pediatr. [revista en Internet]. 2009 Dic [citado 2014 Agost 6]; 80(6):534-538. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000600006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000600006>

40. Ministerio de Salud de Chile. Resumen ejecutivo estudios de difusión implementación de la garantía explícita: Salud oral integral para niños de 6 años. [Internet]. Santiago de Chile; 2009 [citado 2014 Agosto 6]. Disponible en:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/a14bd85994322821e04001011e01257d.pdf>
41. Shenkin JD, Broffitt BB, Levy SM, Warren JJ. The Association Between Environmental Tobacco Smoke and Primary Tooth Caries. *J PublicHealthDent*. 2004;64:184-86.
42. Ausar A, Darka O, Topaloglu Y. Association of passive smoking with caries and related salivary biomarkers in young children. *Arch Oral Biol*. 2008;53:969-74.
43. Carbajosa García S, Llena Puy C. El humo del tabaco y su asociación con la caries dental en niños y niñas de 10 a 15 años atendidos en la unidad de odontología del departamento 9 de la Comunidad Valenciana. *Rev. Esp. Salud Pública* [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2015 Jun 14]; 85(2): 217-225. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200009&lng=es
44. Rodríguez Vilchis LE, Contreras Bulnes R, Arjona Serrano J, Soto MendietaMa, Alanís Tavira J. Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños (3 a 12 años) en el Estado de México. *Revista ADM* [revista en la internet]. 2006 [citado 2015 Mar 10]; 63(5); 170-175. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2006/od065c.pdf>
45. Ávila Herrera SR. Influencia del programa educativo sonrío feliz sobre la promoción de la salud bucal en niños del Colegio José Olaya balandra,

Distrito de Mala,2009. [internet] 2011 [Citado 2015 Mar 12]Disponible en:
<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SUSYROCIOAVILAHERRERA.pdf>

46. Ruiz Feria N, Gonzales Heredia E, SoberatsZaldivar M, Amaro Guerra I. Modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal en educandos de la enseñanza primaria. MEDISAN [artículo en línea]. 2004 [citado 2015 Jun 27]; 8(3): 24-26. Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_3_04/san04304.htm
47. Villaizán Pérez C, Aguilar Roldán M. Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Revista en la Internet]. 2012 [citado 12 Marzo 2015]; 14(1):1-14. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art14.asp>
48. Subsecretaría de Redes Asistenciales/División de Atención Primaria. Orientaciones técnicas metas sanitarias 2015 Ley nº 19.813. 2015 [Citado 2015 Jun 27]. Disponible en:https://www.ssmaule.cl/dig/201_Metas_APS/Metas%20APS%202015/Orientaciones%20T%C3%A9cnicas%20Metas%20APS%202015.pdf
49. Tan Suárez NT, Alonso Montes de Oca C, Tan Suárez N. Educación Comunitaria en Salud Bucal para niños. RevHumMed [revista en la Internet]. 2003 Ago [citado 2015 Jun 23]; 3(2):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202003000200005&lng=es
50. Lindhe J. Periodontología clínica e implantología odontológica 5ª.ed. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2009.
51. Zafar S, Harnekar SY, Siddiqi A. Early childhood caries: etiology, clinical considerations, consequences and management. International Dentistry SA.2009; 11(4):24-36.
52. Ramazani N, Reza Poureslami R, Ahmadi R, Ramazani R. Early Childhood Caries and the Role of Pediatricians in its Prevention. Journal of comprehensive Pediatrics [Revista en internet]2010 [citado 2015 Jun 21];

2(2): 47-52. Disponible en:

http://comprped.com/?page=article&article_id=5019

53. Creeth J, Zero D, Mau M. The effect of dentifrice quantity and toothbrushingbehaviour on oral delivery and retention of fluoride in vivo. Int Dent J. 2013; 63:14-24.
54. Bosch R, Rubio M, García F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Avances en Odontoestomatología, 2012; 28(1):17-23.
55. Ojeda Léonard C, Espinoza Rojo A, BiottiPicand J. Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [revista en la Internet]. 2014 Abr [citado 2015 Jun 21]; 7(1): 37-42. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072014000100009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072014000100009>

ANEXOS.

ANEXO 1.

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCAL PARA ALUMNOS ENTRE 6 Y 7 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO JOSE TORIBIO MEDINA.

Nombre encuestador: _____

Nombre Alumno: _____

Fecha: _____

(1) Edad: _____

(2) Sexo: _____

¿Te lavas los dientes?	1. Sí 2. No (salta a la 11)		(3)
¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?	1. Una vez 2. 2 o más veces		(4)
El cepillo que utilizas para cepillar tus dientes	1. Suave 2. Mediano 3. Duro 4. No lo sé		(5)
¿Cuándo fue la última vez que te compraron un cepillo de dientes?	1. Este mes 2. El mes anterior 3. Hace dos meses o más 4. No lo recuerdo		(6)
¿Tu cepillo de dientes está en buen estado?	1. Sí, Está en buen estado 2. No. Está en mal estado 3. No sé		(7)
Cuando cepillas los dientes ¿usas pasta dental?	1. Sí 2. No		(8)
Antes de empezar a cepillarte ¿mojas la pasta dental?	1. Sí 2. No		(9)
Después de cepillar tus dientes ¿de qué manera enjuagas la boca?	1. Enérgicamente para eliminar toda la pasta 2. Solo me enjuago un poco 3. No me enjuago la boca		(10)

¿Utilizas enjuagatorios bucales con flúor?	1. Lo uso todos los días 2. Lo uso 1 vez por semana 3. Lo uso rara vez 4. No utilizo enjuagatorios con flúor 5. No sé		(11)
Cuántas veces al día comes alimentos dulces: tales como caramelos, galletas, pasteles, bebidas, chocolates y otros?	1. Entre 0 y 2 veces al día. 2. Entre 3 y 4 veces al día. 3. Más de 4 veces al día.		(12)
¿Cómo te tomas la leche?	1. Vaso 2. Mamadera 3. Tasa		(13)
¿Te comes las uñas o chupas el dedo? (observar manos)	1. Chupa el dedo 2. Come las uñas 3. Ninguna		(14)
¿En tu familia se permite fumar dentro de la casa? (marcar sólo una)	1. No 2. Sí, en ocasiones (fiestas, visitas) 3. Sí, algunas personas pueden fumar 4. Sí, está permitido para todas las personas		(15)
¿Cuándo acudiste por última vez al dentista?	1. Último mes 2. Últimos 6 meses 3. Último año 4. No he acudido nunca al dentista 5. No lo recuerdo		(16)
¿Cuál fue el motivo de la consulta?	1. Dolor 2. Recibir tratamiento 3. Por extracción 4. Control de salud bucal 5. Otra razón 6. Nunca ha ido al dentista o no recuerda motivo		(17)
¿Crees que la caries puede pegarse?	1. Sí 2. No 3. No sé		(18)

¿Es necesario ir al dentista aunque no tenga caries?, ¿Porque?	1. Sí 2. No 3. No sé Es necesario porque: _____ _____ _____		(19)
¿Quién te enseñó a lavarte los dientes?	1. Dentista 2. Médico 3. Profesores 4. Familia, mama o papa. 5. Amigos 6. Otros 7. Nadie		(20)

ANEXO 2.

CUESTIONARIO DE ACCESO A GES ODONTOLÓGICO PARA PADRES Y/O APODERADOS DE ALUMNOS ENTRE 6 Y 7 AÑOS DEL COLEGIO JOSE TORIBIO MEDINA.

NOMBRE ALUMNO: _____

FECHA DE NACIMIENTO (DIA/MES/AÑO): _____

Lea cuidadosamente cada pregunta del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad, cada pregunta deberá escoger **sólo una respuesta que usted considere más adecuada**. Sea totalmente sincera(o).

1.- Última vez que su hijo asistió al odontólogo:	☐ Último mes ☐ Últimos 6 meses ☐ Ultimo año ☐ No he acudido nunca al dentista ☐ No lo recuerdo ☐ Más de un año
2.- Se recuerda cual fue el motivo?	☐ Dolor o urgencia ☐ Tratamiento dental ☐ Control ☐ No recuerdo ☐ Otro motivo ☐ Nunca ha ido
3.- Qué tipo de sistema de salud presenta Ud.:	☐ FONASA ☐ ISAPRE ☐ CAPREDENA o FFAA ☐ PRAIS ☐ Otro. ☐ No tengo seguro de salud.
4.- ¿Conoce los beneficios de la Garantías Explicitas de Salud (GES) para el niño de 6 años en odontología?	☐ Sí ☐ No
5.- ¿Su hijo ha sido atendido por un dentista en sistema público o privado cubierto por GES?	☐ Sí ☐ No
6.- ¿Su hijo recibió tratamiento dental en sistema público o privado cubierto por GES Odontológico?	☐ Sí ☐ No
7- Si es NO, podría decir por qué no la utilizó.	

ANEXO 3.

**Estudio de conocimientos de Salud Bucal y Acceso a GES
Odontológico en el Colegio José Toribio Medina.**

Estimado Apoderado:

Dentro del establecimiento de realizará una encuesta a alumnos, padres y/o apoderados. Recolectaremos datos para un estudio, cuyos resultados servirán de base para la elaboración de nuestra tesis, para optar al grado de cirujano dentista en la Universidad Finis Terrae.

Este cuestionario permite evaluar el conocimiento en general sobre salud oral, utilización y acceso a GES Odontológico en niños entre 6 y 7 años del Colegio José Toribio Medina y sus resultados utilizados con fines académicos, de absoluta confidencialidad, no conlleva ningún costo y tampoco ningún riesgo para su salud. Responder el cuestionario le tomará no más de 5 minutos. La decisión de que su hijo(a) participe es absolutamente voluntaria.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo.....RUT..... En pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos manifiesto que:

1.- Me ha informado por escrito y verbalmente, en forma clara y comprensible acerca del estudio en que va a participar mi hijo y me han explicado los beneficios y obligaciones que conlleva.

2.- He realizado las preguntas que he estimado necesarias y han sido contestadas con respuestas que considero suficientes.

3.- Estando entonces plenamente informado, doy mi consentimiento a la participación de mi hijo(a)..... dentro de este estudio.

.....

Firma del apoderado.

Santiago,.... de..... de 2014

ANEXO 4.

Carta Autorización Comité de Ética.

01 de septiembre, de 2014

Señores(as)

Comité de ética UFT

Presente.-

Junto con saludar, nos dirigimos a Uds. con el fin de solicitar su aprobación para realizar una investigación acerca de “Nivel de conocimientos de salud oral y su relación con el acceso y la utilización de GES odontológico en alumnos entre 6 y 7 años del Colegio José Toribio Medina, comuna de Ñuñoa, en el año 2014”.

Esta investigación pertenece a la línea social de la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae, dirigida por el Dr. Juan Carlos Caro y desarrollada por alumnas de pregrado María Fernanda Jorquera Campe y Mariela Mascaró Huerta, bajo la tutoría de la docente Dra. Patricia Moya.

El objetivo de la investigación es conocer el nivel de conocimientos de salud oral y su relación con el acceso y utilización de GES odontológico en alumnos de primero básico del Colegio José Toribio Medina ubicado en la comuna de Ñuñoa, en el año 2014. Los instrumentos a utilizar corresponden a encuestas dirigidas a los alumnos y padres y/o apoderados.

Se solicitará consentimiento informado a los padres explicando el objetivo del estudio y que la participación es voluntaria, no conlleva ningún costo ni presenta riesgos para la salud de su hijo. Se asegurará la confidencialidad de los datos obtenidos, que serán utilizados para fines científicos y exclusivos del estudio.

Esperamos su respuesta,

ATTE.

María Fernanda Jorquera.

Mariela Mascaró