



UNIVERSIDAD VILLA RICA

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**“COMPARACIÓN ENTRE LA SALUD
BUCAL DE NIÑOS PREESCOLARES DE
CUATRO AÑOS DE EDAD Y
EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
DE LOS PADRES SOBRE
SU HIGIENE BUCAL”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ALFREDO VILLA ZÁRATE

Asesor de Tesis:

COP. MARÍA DEL PILAR LEDESMA VELÁZQUEZ

Revisor de Tesis:

CD. ALONSO ENRIQUE MAGAÑA PONCE

BOCA DEL RÍO, VER.

FEBRERO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

Dios: Gracias por darme vida y darme unos padres maravillosos, que con tanto esfuerzo pudieron darme una vida de enseñanza y llevarme por el buen camino.

Padre: Gracias a ti papa por siempre apoyarme, siempre estar atrás de mí y aun cuando estaba en mis tiempos libres diciéndome “ponte a estudiar”, todos esos consejos de todos los días te agradezco infinitamente, un papa ejemplar.

Madre: Mama te agradezco todo tu apoyo incondicional, que mejor que el amor de una madre que te apoya en todo, infinidad de recomendaciones y siempre estar pendiente de mí. Me haces el hijo más feliz, como tu ninguna otra.

Hermana: Lili te quiero mucho y gracias por estar a mi lado, como los hermanos que somos apoyándonos en todo, te quiero mucho.

Sobrina: Mi princesa, a ti porque siempre que llegaba de la universidad me recibías con un abrazo y siempre con un grito “tiiiiooo”.

Abuelos: Siempre muy presentes en mi, gracias por todo su apoyo y estar muy pendiente de mí, sus consejos muy valiosos para triunfar en la vida.

Novia: Mi colega, mi amiga y una persona con gran dedicación a su profesión, agradeceré siempre tu apoyo incondicional a nuestro trabajo y apoyarme en todos los momentos.

Cuñado: Como un hermano para mi, te agradezco todos los años de amistad y ahora ya formando parte de la familia, un abrazo enorme.

Asesor de Tesis: Dra. Pilar muy agradecido de todo su apoyo, en mi trabajo de presentación para titularme y en la universidad por sus consejos por aprender y superarme cada día más y más.

Catedráticos: Me siento muy agradecido de haber tenido a unos maestros y unos grandes amigos que me hayan impartido su conocimiento muy ético y profesional.

Amigos: Gracias por brindarme su apoyo, sus consejos, la amistad que los 5 años que estuvimos estudiando han sido muy valiosas para mí.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I	
METODOLOGIA	
1.1 Planteamiento del problema	8
1.2 Justificación	11
1.3 Objetivos	13
Objetivo General	13
Objetivos específicos	13
1.4 Hipótesis	13
1.5 Variables	14
1.6 Definición de variables	15
1.7 Tipo de estudio	28
1.8 Diseño	28
1.9 Población y muestra	29
1.10 Instrumentos de medición	29
1.11 Recopilación de datos	30
1.12 Proceso	31
1.13 Procedimiento	31
1.14 Análisis de datos	31
1.15 Importancia del estudio	32
1.16 Limitaciones del estudio	33
1.17 Recurso humano	33
1.18 Recurso material	33

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 La salud bucal en niños preescolares de 4 años de edad

Odontología preventiva y fomento de la salud	34
Conocimiento sobre la salud bucal	36
Tratamiento estomatológico durante el embarazo	39
Salud bucal en niños	40
Datos de la OMS (2011) sobre la lactancia materna	43
Introducción de nuevos alimentos	44
Influencia de hábitos bucales en el crecimiento facial	47
Dentición primaria	49
Funciones de los dientes temporales	50
Estética	51
Iniciación	52
Espacios en la dentición primaria	53
Relación oclusal de los segundos molares	53
Clasificación de los planos terminales	54
Tamaño del arco dental	54

2.2 Nivel de Conocimientos que deben tener los padres de familia sobre la higiene bucal

Aplicación de flúor en niños	56
Cuidado dental en niños y uso del cepillado dental	58
Primera visita al dentista	60

2.3 Algunas comparaciones entre salud bucal y conocimiento

2.4 Aspectos éticos

CAPITULO III RESULTADOS

3.1 Procesamiento	63
3.2 Interpretación de datos	63

CAPITULO IV CONCLUSIONES

4.1 CONCLUSIONES	87
4.2 SUGERENCIAS	88
BIBLIOGRAFIA	91
ABREVIATURAS	95

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario	96
Anexo 2. Índice ceod	100
Anexo 3. Índice de Placa de O'Leary	101
Anexo 4. Cartilla de salud	103
Anexo 5. Fotografías	105

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es el estado de completo bienestar y equilibrio en el aparato estomatognático - *sistema conocido también como Aparato Masticador o Sistema Gnático*- de un individuo, por lo cual la prevención se ha transformado en foco de atención para los educadores sobre la salud, entre ellos, los profesionales del equipo de salud estomatológica.

En Odontología se ha avanzado en cuanto a medidas preventivas. Se ha ido ampliando el enfoque en métodos preventivos capacitando a los profesionales, y se realizan campañas institucionales de información sobre la salud bucal.

Citando la *Encuesta de Salud en Escolares 2008*, auspiciada por el gobierno federal a través de las Secretarías de Salud y Educación Pública, la ENSE, establece las bases para dirigir acciones generales para la prevención y promoción de la salud, fomentando el rendimiento escolar y la calidad de vida de la población escolarizada, y a pesar de que uno de sus principales hallazgos menciona que “alrededor del 50% de los escolares de primaria y el 35% de secundaria reportan piezas dentales con caries, y 35% del los alumnos de primaria nunca han acudido al dentista”, y que dentro de sus principales recomendaciones esta “fortalecer el programa de fluoración dental”; esto no ha sido suficiente.

Esta investigación tiene antecedentes relacionados con la salud bucal y su conocimiento. Y como caso de estudio se obtuvo una muestra de 40 madres y 60 niños menores de entre 3 y 4 años, alumnos del Jardín de Niños Oficial “Socorro Legorreta Palacios” dependiente de la Secretaría de Educación de Veracruz, ubicado en la ciudad de Xalapa-Enríquez, Ver.

El análisis estadístico de los datos implicó estadística descriptiva, e inferencial, que expone como resultado una analogía entre la salud de los niños

con edad de entre 3 y 4 años y el conocimiento sobre el tema que tienen sus madres.

Aquí es importante señalar que desde hace tres de cuatro décadas las Escuelas y Facultades de Odontología y su alumnado, han sido un importante auxiliar de los servicios de salud, aunque muchas veces no son tomadas en cuenta dentro de las estadísticas de los Sistemas de Salud, ya que por ejemplo, cuando hacemos un Servicio Social prestamos atención curativa y preventiva a proporciones importantes de población principalmente urbana y de escasos recursos.

La cuantificación de este impacto, la cantidad exacta de usuarios, y los resultados tangibles en servicios clínicos nunca han sido determinados en forma objetiva, ya que a pesar de haber buscado intensamente esta información en instituciones como Secretaría de Salud (S.S.), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) e Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), no hallé resultado alguno.

CAPÍTULO I

METODOLOGÍA

1.1 Planteamiento del problema

La falta de información entre los profesionales de la salud y la ciudadanía es alarmante. A partir de este trabajo, considero que no se ha dado la importancia necesaria a los cuidados bucales del niño desde su más temprana edad.

Considerando estos cuidados desde la formación, desarrollo y erupción de sus dientes, hasta la edad preescolar y primaria, que es donde la enfermedad de la caries es más susceptible. También es fundamental, abordar la enfermedad periodontal y la orientación en cuanto a los hábitos bucales, dieta e higiene.

La prevención comienza en esta etapa con la educación de los padres, pero sobre todo de las madres que son las que generalmente procuran atención de buenos hábitos que se reflejarán en la salud bucal de sus hijos.

Por lo que, a partir de este párrafo en adelante, la mención a *padres de familia*, se hará únicamente a las mamás o madres, sin que esto sea motivo de exclusión o segregación a varones; ya que a pesar de que en este estudio, el cien por ciento de los casos fue realizado a mamás, aún existen muchos

casos en que los papás son los únicos cabezas de hogar al faltar por diversas circunstancias la figura materna.

Este importante tema, es poco promovido a nivel particular, y aún más a nivel institucional. Siendo evidente, la necesidad de generar campañas dirigidas a este grupo de edad. Son las instituciones educativas y de salud, donde constantemente acude la mayoría de la población y donde se podría abordar de manera masiva esta cuestión.

Además, también es posible brindar información a toda la población sobre los cuidados bucales necesarios en este grupo de edad –*preescolares*-. Es decir, quitar la idea a la mayoría de las madres principalmente, de que los dientes temporales no importan porque pronto se van a caer, o que si su hijo no tiene dientes, no es necesario asear su boca, etc., por mencionar algunos argumentos que imposibilitan su salud bucal.

Las actividades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en materia de salud bucodental, se han integrado en un marco general de prevención cuyos objetivos estratégicos son sensibilizar acerca de la epidemia mundial de enfermedades crónicas; y crear ambientes saludables especialmente para las poblaciones pobres y desfavorecidas, señalando que del 60 al 90 %, de los escolares de todo el mundo tienen caries dental, y esto es preocupante pues las enfermedades periodontales pueden desembocar en pérdidas de dientes y otras enfermedades crónicas.

En México datos de estudios epidemiológicos realizados en los últimos años, principalmente sobre caries preescolares indican un perfil de evolución donde las enfermedades bucodentales son de alta incidencia constituyendo un problema de salud pública.

Por lo tanto una de las principales tareas de los planeadores en salud pública, es encontrar estrategias de prevención buscando disminuir la

experiencia de caries dental, las periodontopatías y el cáncer bucal, para lo cual se han diseñado diversos componentes de políticas públicas como son: el educativo preventivo en escolares, el educativo asistencial y el de la fluoruración de la sal.

En nuestro país, “la Secretaría de Salud es la responsable directa de los servicios de salud y de la educación en salud en todas sus áreas, sin embargo, se observa que hay varios factores que quedan fuera de su alcance; como ejemplo tenemos las decisiones a nivel individual.” (Rev. Biomed 2006; 17:269-289).

Alarma que las enfermedades con los índices mundiales más altos, se pueden prevenir en la actualidad con cambios conductuales y de hábitos, y que por la falta de seguimiento a políticas públicas implementadas esto no se cumpla.

En cuanto a los costos del tratamiento, las enfermedades bucodentales se sitúan en cuarto lugar. De estas enfermedades, la caries afecta al 90% de la población mundial. Esto hace evidente la necesidad de generar un cambio de conducta en las madres, que aunque no necesariamente, en nuestro país por razones culturales, son principalmente, las encargadas de la salud bucal de sus hijos.

Por ello, es indispensable definir el nivel de conocimiento que tienen las madres acerca de los cuidados e higiene bucal en la edad temprana de sus hijos. Éste cambio de conducta debe fundamentarse en la mejora de hábitos alimentarios, mejor nutrición y mayor higiene previniendo la transmisión de microorganismos; haciendo posible que en un futuro, se disminuyan los altos índices de enfermedades bucales.

En el Jardín de Niños Oficial “Socorro Legorreta Palacios” Clave 30DJN0494B dependiente de la Secretaría de Educación de Veracruz, ubicado en calle Jorullo s/n en la Colonia Aguacatal en Xalapa-Enríquez, Ver., se

encuentran inscritos 60 niños menores de 4 años, en dos grupos. A este grupo de edad se le puede considerar de alto riesgo, debido a que, cuando los niños llegan al Jardín, entre 3 y 4 años, ya vienen con alteraciones bucales, por lo que, es necesario detectar el problema y encontrar una solución temprana.

Por tanto surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre la salud bucal del niño de entre 3 y 4 años de edad y el nivel de conocimiento de su madre acerca de este tema?

1.2. Justificación

Se llevo a cabo esta investigación con el propósito de conocer porque es importante la salud bucal de los niños preescolares para la preservación de sus órganos dentarios y con el fin de orientar a los padres la importancia en su educación en una edad temprana, ya que son los encargados de cuidar a sus hijos.

Es importante tener el conocimiento de los factores que afectan la salud del órgano dentario como es la caries dental, y más cuando se presentan sobre todo en niños cuyos sus padres no tienen el conocimiento necesario para la formación de una buena educación bucal.

Por lo que se hace imprescindible conocer e intervenir desde la institución pública o de la clínica privada con estrategias de prevención y de cultura sobre la higiene oral para una adecuada conservación de la dentición primaria.

La salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. Aparte de las consecuencias sobre el estado nutricional, una mala salud dental también puede afectar de manera negativa a la capacidad de comunicación y a la autoestima. Hoy en día, las enfermedades dentales provocan problemas económicos y sociales debido a que algunos tratamientos son costosos y que el dolor de dientes causa bajas en la escuela como en el trabajo.

Una buena salud dental es responsabilidad tanto de los individuos como de los gobiernos. Por ejemplo, en algunos países la fluorización del agua aún no se acepta en el ámbito público y por eso la responsabilidad de la prevención de caries depende de los individuos.

Los dentistas jugamos un importante papel en el control de la salud dental y el tratamiento o prevención de enfermedades. Por lo que continuamente debemos motivar a un buen cuidado dental, incluyendo revisiones periódicas.

Con esta investigación se podrá verificar que en nuestra entidad veracruzana, y muy específicamente en la capital, existen muchas familias, especialmente las de grupos socioeconómicos frágiles, cuyo acceso a los dentistas es muy limitado. Estos grupos deberían ser los objetivos más importantes de los programas de educación de salud dental. Por lo que las escuelas – *iniciales, preescolares y primarias* – principalmente, tienen un importante papel en la educación bucal e higiene de los niños en esa edad fundamental.

1.3 Objetivos

Objetivo General:

- Determinar la correlación entre la salud bucal del niño de entre 3 y 4 años de edad y el conocimiento sobre salud bucal que tiene su madre.

Objetivos específicos:

- Correlacionar el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre la salud bucal del niño entre 3 y 4 años de edad, mediante la aplicación de una encuesta.

- Conocer el estado de la salud bucal del niño menor de entre 3 y 4 años de edad mediante la obtención de índices de higiene bucal y de ceod.
- Identificar la relación entre la salud bucal del niño y el conocimiento sobre salud bucal que tienen las madres y sus características epidemiológicas.

1.4 Hipótesis

De trabajo

La salud bucal de niños con edades de entre 3 y 4 años, inscritos en el DJN0494B de la ciudad de Xalapa-Enríquez, atendidos por el pasante de la licenciatura de Odontología Alfredo Villa Zárate, durante los meses de noviembre-diciembre de 2011 y enero-febrero de 2012, estará influenciada por el nivel de conocimiento que tienen sus madres sobre salud bucal en niños de esta edad.

Nula

La salud bucal de niños con edades de entre 3 y 4 años, inscritos en el DJN0494B de la ciudad de Xalapa-Enríquez, atendidos por el pasante de la licenciatura de Odontología Alfredo Villa Zárate, durante los meses de noviembre-diciembre de 2011 y enero-febrero de 2012, no estará influenciada por el nivel de conocimiento que tienen sus madres sobre la salud bucal en niños de esta edad.

Alternativa

El nivel de conocimiento que tienen los padres sobre la salud bucal influirá en la salud bucal de niños con edades de entre 3 y 4 años, inscritos en el DJN0494B de la ciudad de Xalapa-Enríquez, atendidos por el pasante de la

licenciatura de Odontología Alfredo Villa Zárate, durante los meses de noviembre-diciembre de 2011 y enero-febrero de 2012.

1.5 Variables

Variable independiente

- La salud bucal en niños preescolares de cuatro años de edad

Variable dependiente

- Nivel de conocimiento que tienen los padres sobre la higiene bucal

1.6 Definición de variables

En la tabla 1 se listan y describen las variables bajo estudio en esta investigación, tanto de los niños estudiados como de sus madres.

Tabla 1. Descripción, valores y escala de medición.

VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de conocimiento*.	Medición en calidad y cantidad del conocimiento de	Se midió mediante la ampliación de un cuestionario	Alto: 100%- 80% de respuestas correctas	Ordinal

Variable Dependiente	una persona acerca de un tema específico	de 20 preguntas abiertas y cerradas	Medio: 79% a 60% Bajo: <60%	
Tipo: Cualitativa	Fuente Directa: (Villa Zárate , 2012)			

VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad del niño. Variable Independiente Tipo: Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual (3-4 años de edad).	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual. (3-4 años de edad). La cual se evaluó mediante el No. de		Ordinal

	Fuente Directa: (Villa Zárate , 2012)	alumnos inscritos en el ciclo escolar 2011-2012 en el 30DJN0494B		
--	--	--	--	--

VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
Ocupación. Variable Independiente	Trabajo que una persona realiza a cambio de efectivo o especie, y de manera más o menos continuada. (Real Academia Española. 2001. "Diccionario de la Real Academia Española". 22ª edición.)	La cual se obtuvo mediante una pregunta en la encuesta	Ama de casa Empleada Estudiante Profesionista Otro	

--	--	--	--	--

VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Salud bucal.</p> <p>Variable Independiente</p> <p>Tipo: Cualitativa</p>	<p>Estado de completo bienestar y equilibrio en el aparato estomatognático de un individuo.</p> <p><i>(Higashida, H; Bertha. 2004. "Manual de Ciencias de la Salud, Prácticas de laboratorio y campo". México: Mc Graw Hill.)</i></p>	<p>Estado de completo bienestar y equilibrio en el aparato estomatognático de un individuo. Se midió con el índice ceod. (Anexo 1)</p>		

VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Escolaridad.</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Tipo: Cuantitativa</p>	<p>Es el nivel máximo hasta el cual estudió un individuo.</p> <p>(Sandoval F. Etelvina, 2008. "La trama de la escuela secundaria: institución, relaciones y saberes". SEP. México).</p>	<p>Es el nivel máximo hasta el cual estudio un individuo, se determinó mediante una pregunta cerrada en el cuestionario</p>	<p>Ninguna</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Preparatoria</p> <p>Profesionista</p>	<p>Ordinal</p>

VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Ceod.</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Tipo: Cualitativa</p>	<p>Es un índice usado en Odontología para registrar los dientes con caries, extraídos y obturados, en dientes temporales.</p> <p>Luis Estrada Figueroa, Rodrigo Sumonte Hernández, 2011. <i>“Prevalencia de caries dental e índices ceod en niños y niñas de 2 y 4 años de edad: Centro Comunitario de</i></p>	<p>Se registro en un odontograma después de haber explorado en la cavidad oral el estado de cada o.d.</p>	<p>c: cariadados e: extraídos o: obturados</p>	

	Salud Familiar ⁸ de Mayo", Chile, 2011)			
--	--	--	--	--

* El conocimiento sobre la salud bucal que se registró de las madres entrevistadas, se determinó como un porcentaje para obtener nivel de conocimiento.

VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Índice de higiene oral de O'Leary.</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Tipo: Cualitativa</p>	<p>Es un índice usado en Odontología para determinar la presencia de placa dentobacteriana por superficies.</p> <p>(Barrancos Julio Mooney y Patricio Barrancos, "Operatoria Dental: integración clínica". Buenos Aires 2006).</p>	<p>Se registró en una hoja el resultado después de haber explorado, tanto de tejidos blandos como duros</p> <p>(Anexo 2)</p>	<p>Tejidos Duros</p> <p>Tejidos Blandos</p>	

VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Conocimiento sobre flúor.</p> <p>Variable Independiente</p> <p>Tipo: Cualitativa</p>	<p>Solución de fluoruro de sodio, la cual aplicada en los o.d. sirve para evitar la desmineralización de éstos y así evitar la presencia de caries.</p> <p>(Real Academia Española. 2001. "Diccionario de la Real Academia Española". 22ª edición.)</p>	<p>El nivel de conocimiento de la madre sobre aplicación de flúor se midió a través de una pregunta cerrada en el cuestionario.</p>	<p>Si sabe</p> <p>No sabe</p>	

VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Conocimiento sobre requerimientos nutritivos.</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Tipo: Cualitativa</p>	<p>Necesidades de alimentación del organismo para su correcto funcionamiento, va a depender de varios factores como edad, padecimiento, etc.</p> <p>(José Miguel Soriano Del Castillo, 2006. "Nutrición básica humana": Universidad de Valencia. España)</p>	<p>El cual se midió mediante una pregunta cerrada en el cuestionario</p>	<p>Si sabe</p> <p>No sabe</p>	

VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Alimentación por seno materno.</p> <p>Variable Independiente</p> <p>Tipo: Cualitativa</p>	<p>Primer tipo de alimentación del ser humano, la leche es producida por las glándulas mamarias, ésta leche es succionada de sus senos por el bebe.</p> <p>(Fuente Directa: Villa Zárate Alfredo 2012)</p>			

VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Higiene bucal.</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Tipo: Cualitativa</p>	<p>Conjunto de técnicas empleadas en la cavidad bucal con el fin de mantenerla limpia.</p> <p>(Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, SEPA. <i>“Manual de Higiene Bucal”</i> .Abril 2009)</p>	<p>Se midió mediante la aplicación del índice de higiene oral de O’Leary (tejidos duros)</p> <p>(Anexo 2)</p>	<p>Tejidos duros</p> <p>Tejidos blandos</p>	

VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Hábito bucal.</p> <p><i>Chupón</i></p> <p>Variable Independiente</p> <p>Tipo: Cualitativa</p>	<p>Modo de proceder adquirido por la repetición de actos iguales, en este caso de succión de uno o varios dedos.</p> <p>(Bordoni, Escobar Rojas, Castillo Mercado 2010, <i>“Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual”</i>. Buenos Aires)</p>	<p>A la madre, se le hizo una pregunta cerrada, ¿si sabe o supo, los problemas que ocasiona este hábito?</p>	<p>Si sabe</p> <p>No sabe</p>	

--	--	--	--	--

VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Hábito bucal.</p> <p><i>Biberón</i></p> <p>Variable Independiente</p> <p>Tipo:</p> <p>Cualitativa</p>	<p>Modo especial de proceder adquirida por la repetición de actos iguales o semejantes, en este caso la succión del biberón.</p> <p>(Bordoni, Escobar Rojas, Castillo Mercado 2010. "Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual". Buenos Aires)</p>	<p>A la madre, se le hizo una pregunta cerrada, ¿si sabe o supo, los problemas que ocasiona este hábito en niños menores de entre 3 y 4 años?</p>	<p>Si sabe</p> <p>No sabe</p>	

1.7 Tipo de estudio

Observacional, descriptivo y transversal, ya que se dio a conocerla correlación entre la salud bucal del niño de entre 3 y 4 años de edad y el conocimiento sobre salud bucal que tiene su madre por medio de encuestas.

1.8 Diseño

De campo.

Se realizó el estudio en el Jardín de Niños Oficial “Socorro Legorreta Palacios” Clave 30DJN0494B, en el cuál se muestra un total de 40 madres y 60 niños.

Descriptivo.

Describe la comparación entre la salud bucal de niños de 4 años de edad y el nivel de conocimiento de sus padres sobre u higiene bucal.

Transversal.

Se estudio del 1 de Noviembre de 2011 al 30 de Marzo del 2012.

1.9 Población y muestra del estudio

El estudio se realizo en niños preescolares de entre 3 y 4 años de edad y sus mamás por medio de encuestas. Madres de familia y alumnos inscritos

en el Jardín de Niños Oficial "Socorro Legorreta Palacios" Clave 30DJN0494B, dependiente de la Secretaría de Educación de Veracruz, Ciclo Escolar 2011-2012.

Periodo de estudio:

1 de Noviembre de 2011 al 29 Febrero del 2012.

Periodo de recolección de datos:

1 de Enero del 2012 al 30 de Marzo del 2012.

1.10 Instrumentos de medición

Criterios de Selección:

Inclusión:

Madres de familia y niños preescolares, que si aceptaron la invitación a participar en el estudio.

Exclusión:

En este caso no hubo exclusión. Sin embargo, se tuvo como crédito presente excluir a los niños que no cooperaran con la exploración bucal, y algunos que tuvieron inasistencias por motivos de salud.

Tamaño de muestra:

El tamaño de muestra que se obtuvo en el periodo fue de 40 madres y 60 niños.

Grupos: 2

Niños por grupo: 30

1.11 Recopilación de datos

Análisis estadístico

Se capturaron en la hoja de cálculo Excel y se exportaron al *Software Estadística Versión 7 (2007)*, para su tratamiento estadístico. En el análisis estadístico de los datos se aplicó *Estadística Descriptiva*, como frecuencias, porcentajes, tablas de contingencia (cruce de variables), tablas de respuesta múltiple y gráficos de pastel y de barra para obtener resultados generales tanto de la encuesta aplicada a madres de familia del 30DJN0494B, como de los índices obtenidos con la exploración de sus hijos con edades de entre 3 y 4 años.

1.12 Proceso

De acuerdo al estudio realizado en el Jardín de Niños “Socorro Legorreta Palacios” Clave30DJN0494B Turno Vespertino, el estudio se comenzó aplicando cuestionarios con un total de 20 preguntas a 40 madres, de los cuales obtuvimos información de 60 niños, haciendo un análisis estadístico se capturo dicha información en graficas en Excel y se represento su porcentaje.

1.13 Procedimiento

Se solicitó oficialmente autorización al Jardín de Niños “Socorro Legorreta Palacios” Clave30DJN0494B Turno Vespertino y posteriormente, con apoyo de las educadoras de cada grupo, se logró reunir a las madres de familia de la mayoría de los niños en dos salones del jardín, se comentaron los motivos y se les solicito contestaran un cuestionario de 20 preguntas, llenando los espacios con las respuestas que ellas consideraran apropiadas.

Este procedimiento se llevó a cabo en varias sesiones, pues por diversas razones la asistencia de las madres de familia no siempre fue continua, y hubo varias que no supieron cómo llenarlo, por razones diversas y se les tuvo que apoyar adecuadamente.

1.14 Análisis de datos

El instrumento que utilicé en esta investigación para la recolección de datos fue un cuestionario de opción múltiple con 20 reactivos, que integré con un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir en los sujetos entrevistados, su contenido fue variado (*preguntas cerradas y abiertas*) y en ocasiones me bastó sólo una pregunta para recolectar la información necesaria sobre la variable a medir.

Por lo que una vez terminada la aplicación, tuve que analizar el contenido de todas las respuestas de los cuestionarios, y hacer inferencias validas y confiables de los datos que cada madre de familia me facilito, reflejando en sus respuestas, educación, actitudes personales, valores, cultura, etc. El análisis lo tuve que codificar, subrayando todas las respuestas con características semejantes y relevantes, lo cual me permitió describir con precisión las realidades del tema de estudio y que a continuación expongo.

1.15 Importancia del estudio

La investigación se efectuó del 1º de Noviembre del 2011 al 29 de Febrero de 2011; se realizó un estudio observacional, descriptivo y de correlación en madres de niños menores de entre 3 y 4 años de edad inscritos en el Jardín de Niños “Socorro Legorreta Palacios” Clave30DJN0494B Turno Vespertino, dependiente de la S.E.V.

Todos los niños inscritos en este ciclo escolar (2011-2012) fueron atendidos, la madre debía traer consigo a su pequeño al momento de la entrevista, para realizarle exploración bucal.

Se aplicó a las madres un cuestionario de opción múltiple con 20 reactivos (*Anexo 1*) y después de eso, se realizó una exploración bucal al niño con la ayuda de instrumentos (1x4) espejo del N° 3, pinzas de exploración, algodón y unidad dental con jeringa triple. Se registro el estado de salud de los dientes que se encontraron utilizando el Índice ceod (*Anexo 2*).

Así como, el estado de higiene bucal haciendo pigmentación con pastillas reveladoras marca GUN aplicadas con algodón en toda la superficie de la boca y registrando los resultados mediante el Índice de O’Leary en una hoja especificando zonas (*Anexo 3*). Se realizó una prueba piloto al 25% de los niños.

1.16 Limitaciones del estudio

Afortunadamente en este trabajo de investigación no encontré obstáculos para su realización puesto que en todos los ámbitos de competencia que fueron necesarios para su desarrollo hallé facilidades y recomendaciones pertinentes que traté de aplicar en los temas que correspondía.

1.17 Recurso humano

Un pasante de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Veracruz, Villa Rica: Alfredo *Villa Zárate*, y una auxiliar pasante de la

Facultad de Odontología Universidad Veracruzana: *Megumi Mirei Narave Almeida.*

Los encuestados.

1.18 Recurso material

Hojas de registro:

1.- Cuestionario para madres.

2.- Ceod.

3.- Registro de higiene oral.

Lápiz, Lapicero Bicolor

Tabla

Sustancia reveladora dentobacteriana marca GUN

Espejo bucal No. 3, Pinzas de curación

Algodón

Guantes desechables, Cubrebocas, Batas

Unidad y jeringa triple

Laptop, Impresora

Hojas de papel

Memoria USB

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 La salud bucal en niños preescolares de cuatro años de edad

Odontología preventiva y fomento a la salud.

El propósito de la odontología actual es ayudar a las personas a alcanzar y conservar al máximo su salud oral durante toda la vida. La odontología preventiva, se basa en prevenir o evitar la aparición de diferentes enfermedades, o a lo sumo, disminuir el grado de malignidad o destrucción de las estructuras bucodentales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) destaca la conveniencia de conservar la salud, definiéndola como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”.

La definición clásica, de promoción a la salud es entendida como el “proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. (PAHO, 1986).¹⁸

¹⁸PAHO, *Carta de Ottawa para la promoción de la salud 1986*. Acceso en <http://paho.org/spanish/Hpp/Ottawa.CharterSp.Pdf>. 2008.

Harris y García (2001) desglosan a la odontología preventiva en tres niveles:

1.- La prevención primaria, utiliza técnicas y agentes para impedir el inicio de la enfermedad, cambiar en sentido opuesto el progreso de ésta, o para detenerla antes de que se requiera tratamiento.

2.- La prevención secundaria, emplea métodos de tratamiento para acabar con un proceso patológico y restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad.

3.- La prevención terciaria, utiliza las medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes hasta el punto en que las capacidades físicas, las actividades mentales, o ambas, estén lo más cerca posible de la normalidad de la falla en la prevención secundaria.

Además, determinan que conforme se pasa de la prevención primaria a la terciaria, el costo de la atención de la salud se incrementa de manera exponencial y la satisfacción del paciente disminuye en la misma proporción.

Al abordar el tema de la prevención en la salud, es necesario definir primero algunos términos. De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, la prevención, es la disposición que se hace anticipadamente para evitar el riesgo. Mientras que la educación para la salud, es una actividad importante, tanto para quienes la ejecutan como para los que la reciben.

Según la Organización Mundial de la Salud, cuyo objetivo es la trasmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a conservar la salud individual y colectiva, los procesos educativos en el campo de la salud son considerados intervenciones para transferir conocimientos, donde es posible circular la esencia de la promoción de la salud (Contreras et al. 2004.).

La OMS (2004) publicó un informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales donde menciona, “Los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. Se estima que el tratamiento representa entre el 5 y 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo”.

Actualmente, las decisiones relacionadas con la salud de las personas son determinadas por su ambiente y la posición socioeconómica que ocupen. Como consecuencia de esto, las personas tienen una capacidad individual limitada para elegir libremente respecto a su salud y que conductas adoptar (Fuentes, 2008).

Conocimiento sobre la salud bucal.

De acuerdo con el Diccionario de la RAE (2001), la definición de hábito es, “el modo especial de proceder o conducirse adquirido por la repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias distintivas”.

La OMS (1987) insiste: “El cuidado de la salud debe ser un hecho universalmente accesible a los individuos, la familia y la comunidad. Es responsabilidad de los profesionales de la odontología enseñar y motivar a las

comunidades para que estas pongan en obra las rutinas diarias de prevención dental”.

Ruiz et al. (2000) Realizaron una investigación en el servicio de estomatología de una Clínica de Consulta Externa del ISSSTE, con el fin de explorar la relación entre la prevalencia de caries dental y gestación; según este tratado fueron investigadas 103 pacientes embarazadas, en las cuales se estudiaron variables como; edad, semana de gestación, número de dientes cariados, perdidos, obturados y sanos.

Dentro de los resultados se encontró lo siguiente; la edad promedio de las pacientes encuestadas fue de 26.7 años, el tiempo de gestación en promedio fue de 23.8 semanas y en el examen clínico se encontraron en promedio 7.1 lesiones cariosas por paciente, 2.4 OD perdidos y 4.3 OD obturados, una sola paciente estuvo libre de afección, lo que significa que el 99% de esas mujeres embarazadas y que se atendieron en la clínica señalada, habían padecido caries dental. ²²

Nahás et al. (2004) en su guía sobre “salud bucal del bebé al adolescente”, determina lo siguiente: durante el embarazo es muy importante que sean desarrollados hábitos saludables, para que éstos sean transmitidos al niño. La salud bucal del bebé depende de las conductas de higiene y dieta adoptadas por la madre. ¹⁴

²²RUIZ, L.G.; Gómez, G.R.; Rodríguez, G.R. Relación entre prevalencia de caries dental y embarazo, Revista ADM, Vol. 59, Núm. 1, p 5.9.2002.

¹⁴NAHÁS, P.C.M.S.; Schmitt, D.R.M. y Kim, W.S.Y. Salud bucal del bebe al adolescente. Centro de estudios de posgrados en odontología México. 2004.

Una alimentación sana traerá beneficios sobre la salud bucal tanto de la madre como del bebé. El control de la ingesta de carbohidratos, refrescos y dulces además de minimizar la formación de placa bacteriana, ayudan a una mejor calidad de la alimentación, para una buena formación del niño en desarrollo, la gestante debe cubrir todas las exigencias nutricionales.

Para una mujer embarazada es de extrema importancia que la alimentación cubra las necesidades de su propio cuerpo y las del bebé en formación. Cuando hay un desequilibrio o irregularidades en la dieta de la embarazada, faltan ciertas vitaminas y minerales, lo que podría comprometer a la buena formación del feto.

Estos nutrientes son fundamentales para oxigenar y nutrir al feto a través de la placenta, y también son importantes en la formación de huesos, dientes y todas las células del bebé. Una dieta adecuada ayuda inclusive en la evolución del embarazo y en el trabajo del parto.

El calcio de la madre para a los futuros dientes del bebé durante la gestación, proviene de la alimentación y, cuando es inadecuada, vendrá de las reservas óseas de la madre. Los dientes y las encías están interrelacionadas directamente con todo el organismo a través de la corriente sanguínea.

Por lo tanto, es necesario se preocupe por su salud bucal durante el embarazo, para que su hijo desarrolle una dentición saludable.

En el embarazo la madre modifica su dieta, aumentando la ingestión de calorías diarias e ingeridas mayores cantidades de alimentos entre comidas, muchas veces para disminuir la ansiedad o minimizar las náuseas. Es común preferir alimentos ácidos, lo que acaba por desequilibrar el pH de la saliva, acelerando la aparición de caries.

Tratamiento estomatológico durante el embarazo

Las respuestas para las dudas que surgen a lo largo del embarazo deben ser aclaradas desde el periodo inicial. La gestante puede y debe recibir

tratamiento dentario en cualquier época del embarazo, deben ser aclaradas desde el periodo inicial, la gestante puede y debe recibir tratamiento dentario en cualquier época del embarazo, pues el estrés del dolor es más perjudicial que la ansiedad durante el tratamiento. Los focos infecciosos deben ser eliminados, las consultas estomatológicas de la gestante deben ser rápidas, y de ser posible, por la mañana, pues los malestares pueden ser frecuentes.

Petrovic (2004), evaluó un programa educativo sobre hábitos, actitudes y comportamientos respecto a la salud del niño en cuatro aspectos: nutrición, higiene bucal, prevención primaria y control estomatológico.

Se encontró que la implementación del programa podía proveer una mejor salud bucal tanto en las mujeres embarazadas como en sus hijos. Dicho programa demostró resultados estadísticamente significativos. Después de la capacitación, las pacientes cambiaron su conducta, hábitos y actitudes en relación a nutrición, higiene oral, prevención de caries y visitas al odontólogo.

Giraldo et al. (2005) realizó un estudio cuyo propósito fue evaluar el conocimiento adquirido y en la salud bucal de 178 pacientes que asisten al SIPI (Programa de Salud para la Infancia) durante el primer año de vida en un instituto en Medellín, Colombia por medio de una encuesta de percepción que constó de 10 preguntas de información personal y acerca del programa y 10 preguntas sobre conocimiento de salud oral, dentro de los resultados se encontró a la charla como el método didáctico más utilizado para impartir conocimientos en salud bucal (77%).

Barceló (2007) considera el deber de generar el hábito del cuidado de la salud bucal antes de la concepción del bebe. Sustenta que es preciso capacitar a los padres, al personal que cuida de los bebes (como son enfermeras, médicos, cirujanos dentistas y quienes laboran en guarderías), a los familiares que frecuentemente son quienes están al cuidado del pequeño. Así como también, a las instituciones educativas y de salud.

El cometido principal sería hacerlos participar en una estrategia institucional de prevención, a fin generar buenos hábitos de higiene bucodental

y, de esta manera, prevenir y detectar en el momento oportuno cualquier anomalía, enfermedad o situación que se presente en boca, incluyendo el periodo en el que empiezan a brotar los dientes.

Salud bucal en niños.

A pesar de la preocupación de algunos autores, sobre los cuidados estomatológicos en niños menores de 36 meses, los mismos no fueron divulgados en este siglo, sino más recientemente estos cuidados comenzaron a recibir mayor atención por parte de los cirujanos dentistas en Brasil y en otras partes del mundo.⁴

Con el advenimiento de nuevos conceptos, el comportamiento de los Cirujanos Dentistas comenzó a tener modificaciones y Novak (1918) describe que históricamente un niño debería inicialmente ir al dentista entre los 3 a 5 años de edad. No obstante, señala que, nuestros estomatólogos, tienen conciencia de que los programas de prevención de enfermedades deben ser iniciados o promover su realización lo más cercano a la época de inicio de la erupción de los dientes.

En Brasil en 1929, Pereira en su texto “Educación Dental Del Niño”, divulgaba que “es necesario una promoción sin límite en el seno de la familia, pues la profilaxis debe comenzar desde que el niño está en el vientre materno, con la formación de los órganos dentarios sanos y bien calcificados”. Afirmaba, que una profilaxis de caries dental debe caminar junto con una higiene postnatal, hecho éste que evidencia la necesidad de colaboración entre pediatras y odontopediatras.

⁴FIGUEREDO, W.L.R. Odontología para el Bebé. Primera Edición, Brasil, Amolca.2007.

En Inglaterra en 1963, Robinson y Naylor afirmaron que lo referente a métodos preventivos de edad escolar estaba bien documentado, pocos eran los que destacaban el control de hábitos alimenticios como medio de prevención en caries de bebés, es decir, se daba mucho énfasis al daño causado por el uso indiscriminado de carbohidratos en niños de edad escolar y poco en bebés.

Person y Col. (1985) relataron que en Suecia los programas preventivos de caries dental son organizados por el Servicio Público de Salud Dental donde las orientaciones son transmitidas a los países, como procedimiento principal cuando el niño tiene 6 meses de edad y repetido al año y medio de edad.

Goppferd (1989) informo que, basados en una serie de hechos entre esos la presencia de caries de biberón en bebés en la Universidad de Iowa se estableció durante 18 meses entre 1984-1986 un programa designado a diagnosticar, interceptar y modificar prácticas caseras que podrían ser potencialmente dañinas para la salud bucal de los niños. Basados en los resultados obtenidos se indicó que la primera visita del niño al dentista debe ser alrededor de los 6 meses de edad, época en la que se consigue mayor eficacia en atención primaria y control de dental.

Esta tendencia mundial de atención estomatológica en niños menores de 36 meses de edad con establecimiento de programas de atención primaria y tratamientos de curativos específicos, también encontró seguidores en Brasil, como la clínica de bebés de la Universidad Estatal de Londrina, Paraná.

¹³MOURA, L.F.A.D.; Rebelo, M.C.C.B.L.; Moura, M. D.; Leao, V.L.A. *Avaliação da Eficácia de Métodos de Higiene Bucal em Bebês*. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria&Odontologia do Bebe*, Vol. 3, Núm. 12, p. 141-146.2000.

Moura et al. (2000) en la Universidad Federal de Piauí de Brasil, realizaron una “*Evaluación de la eficacia de métodos de higiene bucal en bebés*”. Como parte de un programa preventivo para niños. Buscando, observar la reacción de bebés frente a técnicas destinadas para concientizar a los padres sobre la necesidad de iniciar precozmente la salud bucal de sus hijos.¹³

Se estudiaron 43 niños todos con los 8 incisivos erupcionados y como requisito, no haber recibido orientación profesional sobre el tema previamente, fueron aplicadas 3 técnicas de higiene, siendo el nº 1 considerada de control. Técnica 1.- Gasa 10cm x 10cm envolviendo el dedo índice y empapado con agua hervida. Técnica 2 Cepillo y pasta dental infantil. Técnica 3 Gasa 10 cm x 10 cm envolviendo el dedo índice y empapado en una solución de agua oxigenada y agua hervida 1:3.

La placa bacteriana fue coloreada con solución verde malaquita al 10 % y removida mediante las 3 técnicas, además de esto los padres fueron concientizados, motivados y entrenados para realizar la remoción de placa de acuerdo a la técnica seleccionada, el tiempo de estudio fue de seis meses y examinados trimestralmente, dentro de los resultados se encontró que la técnica de mayor efectividad fue la nº 2 mostrando un 0.00% de superficies coloreadas en la última revisión.

La leche materna. No existe nada más natural, ni un compuesto más completo que pueda sustituir a la leche materna. Éste es el alimento más importante para el desarrollo saludable del bebé. El número de mujeres que no pueden producir leche es mínimo. Por eso es importante que se insista a la madre en alimentación natural. Está aprobado que los niños que fueron amamantados resisten mejor a las infecciones desarrollando una dentición más saludable y siendo más seguros emocionalmente.

Datos de la OMS (2011) sobre la lactancia materna

La Organización Mundial de la Salud que es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas, recomienda vivamente la lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años.

Además, debe comenzar en la primera hora de vida, debe hacerse "a demanda", es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche, y deben evitarse los biberones y chupetes.

Dentro de los beneficios para la salud del lactante considera que la leche materna es ideal para los recién nacidos y lactantes, pues les aporta todos los nutrientes que necesitan para un desarrollo sano.

Además es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a proteger al lactante de enfermedades frecuentes como la diarrea y la neumonía, que son las dos causas principales de mortalidad infantil en todo el mundo.

Asimismo aporta beneficios a largo plazo, pues contribuye a mantener una buena salud durante toda la vida. Los adultos que de pequeños tuvieron lactancia materna suelen tener una tensión arterial más baja, menos colesterol y menores tasas de sobrepeso, obesidad y diabetes. También hay datos que indican que las personas que tuvieron lactancia materna obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia.

Introducción de nuevos alimentos

Para cubrir las necesidades crecientes de los niños a partir de los seis meses se deben introducir nuevos alimentos sin interrumpir la lactancia materna. Los alimentos para los niños pequeños pueden ser preparados especialmente para ellos o basarse en la alimentación familiar con algunas modificaciones.

La OMS destaca que la lactancia materna no debe reducirse al comenzar a introducir alimentos complementarios; los alimentos complementarios deben administrarse con cuchara o taza, y no con biberón; los alimentos deben ser inocuos y es necesario bastante tiempo para que los niños pequeños aprendan a comer alimentos sólidos, es aquí cuando inician las primeras dificultades bucales, si no se cuenta con una cultura de prevención por parte de los padres.

La caries como uno de los principales problemas de salud bucal, es un procedimiento patológico infeccioso iniciado por la transmisión de streptococo mutans, de los progenitores a sus hijos y la mayor posibilidad de esta transmisión se da en el primer año de vida una vez que erupcionan los dientes.

Los factores biológicos, dieta, diente y microorganismos son determinantes de esta enfermedad, los mismos que a su vez están siempre condicionados a factores conductuales, culturales y sociales (Harris y García, 2001).

La presencia de tal enfermedad en los primeros años de vida es un asunto muy preocupante en virtud de la alta prevalencia y de las series y repercusiones médicas, emocionales y financieras derivadas de la destrucción dental.

La “caries de biberón” o “caries de establecimiento precoz” es la que presentan los infantes lactantes cuyas causas son; intensa exposición a dieta cariogénica, hábitos nocturnos que involucran la alimentación con biberón o seno materno y factores biológicos.

La causa de esta enfermedad requiere de un abordaje conductual para elaborar las razones que llevan a las madres a ofrecer biberón y a extender el hábito de lactancia (pecho o biberón) (Gongalves y Lucio, 2003).⁸

Juárez et al. (2003) realizaron un estudio en la Unidad de Medicina Familiar N°1 del IMSS de Puebla, cuyo objetivo era determinar la asociación entre caries y alimentación con sucedáneos de la leche materna en biberón. Se estudiaron niños de 1 a 4 años de edad sin caries y con caries por alimentación con biberón, el Departamento de Estomatología recibió a 180 niños para la muestra.

Dentro de los resultados se identificaron 62 casos con caries de biberón con edad de 2 a 4 años: 75.8% recibieron alimentación con biberón y 24.2% del seno materno; hubo 118 registros de niños sin caries de los cuales 50% recibieron alimentación con biberón y 50% con seno materno. De los 106 niños de la muestra total que fueron alimentados con biberón 44.3% presentaron caries y de los 74 alimentados con seno materno solo 20% tuvieron caries.

Melchaca et al. (2004) realizaron un estudio en el Departamento de Estomatología del Hospital para el Niño Poblano, sobre los factores de riesgo en pacientes con caries temprana en la infancia.

La investigación corresponde a una encuesta a los padres de 66 pacientes con caries temprana de la infancia que acuden al Departamento de Estomatología del Hospital para analizar las variables de higiene, alimentación y nivel socioeconómico, en los resultados de éste se encontró destacando con mayor frecuencia de caries a los niños de 3 años de edad con un 34.64 % y el menor número de niños detectados fue al año de edad. El 68% del grupo de estudio comen refrigerios entre comidas.

⁸ GONCALVES, V.B.C. y Lúcio, S. E. *Caries de Establecimiento Precoz: Relación entre el aspecto Biológico y el Psicosocial*. *Revista Iberoamericana de Odontopediatría*, Vol. 6, Núm. 34, p. 533-540. 2003.

La frecuencia en la ingesta de estos al día en los niños que lo hacen fue de 27.27% dos veces al día. 50% toman bebidas azucaradas. 92.42% de los niños cepillan actualmente sus dientes. 58% solo se cepillan una vez al día.

Dentro de las conclusiones de este estudio se encontró que la población estudiada es de nivel socioeconómico bajo, tienen una ingesta alta de azúcares y sus hábitos de higiene oral fueron insuficientes.

Nahás et al. (2004) expone que en la ejercitación de la musculatura a través de la succión, es importante entender como ocurre el esfuerzo para extraer la leche materna durante la amamantación. La boca del bebe se posiciona de forma en que la parte anterior (encía superior) se apoya en la parte superior del pezón y parte del seno.

Mientras que la mandíbula hace el movimiento de ordeña hacia el frente y hacia atrás y la lengua trabaja como una válvula hermética. Cuando el bebe succiona en el seno ocurre un perfecto sellado en la boca, provocando que la respiración sea solamente nasal, haciendo un esfuerzo mayor para sacar la leche.

Este esfuerzo físico de ordeña se hace más intenso, moviendo la mandíbula para el frente y para atrás de forma sincronizada con la deglución. Al usar el biberón la exigencia de los músculos es menos intensa.

Influencia de hábitos bucales en el crecimiento facial

Los hábitos bucales influyen en el crecimiento facial, y la región bucal es muy importante en los niños para el mantenimiento de una buena estética, función masticatoria y habla. Después de la succión que es un impulso natural el niño va a adquirir y desarrollar otras funciones bucales como la masticación, deglución y fonación.

Si estas funciones son realizadas adecuadamente dirigirán y estimularán el crecimiento facial. Por lo tanto, el adecuado crecimiento craneofacial depende directamente del equilibrio muscular y funcional de las estructuras faciales involucradas en el aparato respiratorio y masticatorio.

Existen hábitos bucales nocivos que pueden alterar el patrón normal de crecimiento craneofacial. Por eso es importante evitar su instalación, más si no fuese posible, minimizar al máximo sus efectos indeseables.¹²

Los hábitos nocivos más comunes que alteran el patrón normal de crecimiento dentofacial son los disturbios de succión nutritiva (dedo, biberón, chupón) y los disturbios funcionales (masticación, respiración, deglución):

1. Succión de dedos o chupón
2. Respiración bucal
3. Deglución atípica-interposición lingual
4. Postura inadecuada de la lengua
5. Bruxismo-rechinar los dientes
6. Onicofagia-morder las uñas

Figueredo (2007) identifica como factores de riesgo para el desarrollo de la caries en el bebe, los siguientes:

De bajo riesgo:

Bajo consumo de azúcar (una vez al día)

Higiene nocturna por madres

Ausencia de amamantamiento nocturno

De alto riesgo:

¹² MILTON, J. S. y Toscos, J. O. Estadística para biología y ciencias de la salud. Interamericana McGRaw-Hill Madrid. 2001.

Salud alterada
Alto consumo de azúcar
Madres que no realizan limpieza
Presencia de amamantación nocturna
Defectos de estructura

Dentición primaria

La *dentición decidua*, conocida también como dentición de leche, dentición infantil o dentición primaria, es el primer juego de dientes que aparecen durante la ontogenia de humanos y como en las de otros mamíferos. Se desarrollan durante el periodo embrionario y se hacen visibles (erupción dentaria) en la boca durante la infancia. Son generalmente sustituidos, tras su caída, por dientes permanentes, aunque, en ausencia de ésta, pueden conservarse y mantener su función algunos años.

Cronología de la dentición primaria

La aparición de los primeros dientes suele ser a los 6 meses y se prolonga aproximadamente hasta los 30 meses, aunque hay bebés que tienen el primer diente a los tres meses o retrasan la salida hasta cumplir el año.

La cronología aproximada de aparición es la siguiente: ¹

- 6 a 7 meses: incisivos centrales inferiores,
- 7 meses: incisivos centrales superiores,

¹BARCELÓ, C.B. *Odontología para el Bebé: Estrategia de Prevención*. México. Trillas. 2008

- 8 meses: incisivos laterales superiores,
- 7 a 8 meses: incisivos laterales inferiores,
- 16 a 20 meses: caninos inferiores y superiores,
- 12 a 16 meses: primeros molares inferiores y superiores (mal llamados "molares" debido a que evolutivamente corresponden al Premolar 3, ya que durante la evolución hacia la dentición humana se han perdido el 1er y 2do premolar) y,
- 21 a 30 meses: segundos molares inferiores y superiores (también mal llamados "molares" debido a que evolutivamente corresponden al Premolar 4).

Primera dentición del bebé

Síntomas. El proceso de dentición es sintomático y en muchas ocasiones es doloroso y molesto. Se pueden presentar los siguientes síntomas, aunque no todos tienen que aparecer:

- Dedos y puños a la boca con mucha frecuencia, con un deseo irrefrenable de morder para presionar las encías.
- Babeo más abundante de lo habitual, producido por la estimulación de saliva que produce la dentición.
- Irritabilidad inusual debido al dolor de las encías.
- Disminución del apetito por el aumento del dolor que produce la succión.
- Fiebre baja a causa de la inflamación.

Alivio de los síntomas en el bebé.

Existen distintas medidas para aliviar el malestar del bebé durante la aparición de los dientes enumero las siguientes;

Mordedores: juguetes con un líquido dentro que se mete al refrigerador, cuando el niño los muerde siente mucho alivio.

Frotar la encía suavemente con un dedo previamente metido en agua fría.

Alimentos y líquidos fríos.

Analgésicos y antiinflamatorios.

Gel frío de encías.

Acompañamiento; el cariño conforta al bebé.

Funciones de los dientes temporales

Las funciones de los dientes temporales, las resumo en forma breve:

Preparar el alimento para su digestión y asimilación en etapas en las que el niño está en máximo crecimiento.

Sirven de guía de erupción pues mantienen el espacio para la dentición permanente.

Estimulan el crecimiento de los maxilares con la masticación.

Fonación: los dientes anteriores intervienen en la creación de ciertos sonidos.

Estética.

Aquí es importante destacar que los dientes temporales son más pequeños, más redondeados y más blancos que los dientes definitivos (es una de los motivos más frecuentes de consulta de padres preocupados).

Estos, no sólo cumplen una función masticatoria, sino también estética (influye en el desarrollo correcto de la autoestima del niño) y fonética (la correcta pronunciación de algunos fonemas puede alterarse en caso de alteración de dientes temporales).

Debemos tener en cuenta que la caries infantil puede ser causa de aparición de dolor en el niño, a la par puede dar lugar a posibles procesos infecciosos de larga evolución en uno o varios dientes temporales que pueden llegar a afectar el germen del diente definitivo. Por eso es importante la corrección de los malos hábitos a esta edad como la *succión del pulgar*, tan

recuente en el lactante y una de las principales causas de mal oclusión tributaria de tratamiento ortodóntico unos años más tarde. ¹⁰

Igualmente, el uso del chupón también debería erradicarse al finalizar el primer año de vida. Es importante enfatizar que impregnar el chupón en miel, azúcar o leche condensada para tranquilizar al lactante es otro de los hábitos más nocivos y de peores consecuencias cariogénicas a esa edad.

Iniciación

El germen del diente primario ocurre durante las primeras semanas de vida intrauterina. La erupción del primer diente primario comienza cerca de los 6 meses después del nacimiento, todos los dientes primarios erupcionan generalmente entre los 2 ½ años de edad, cuando los segundos molares primarios usualmente no están completos.

Por lo tanto, el establecimiento de la dentición primaria se considera, cerca de los primeros 3 años de vida.

Desde los 3 años a los 4 años de edad, el arco dental es relativamente estable y los cambios son ligeros. De los 5 a los 6 años de edad, el tamaño del arco dental comienza a cambiar debido a la fuerza eruptiva del primer molar permanente. Durante este periodo, los padres y el odontólogo deben observar cuidadosamente los cambios en la dentición primaria, debido a que esos cambios son indicativos de cuál puede ser el prototipo de la futura dentición permanente.

Espacios en la dentición primaria.

¹⁰ JUÁREZ, R.E.P.; Arizona, N. A. y Delgado, M. R. *Caries asociada a la alimentación con sucedáneos de la leche materna en biberón.* *Revista med IMSS Puebla.* Vol. 41, Núm. 5, p. 379-382. 2003.

Es muy común encontrar espacios fisiológicos en la dentición primaria, siendo el más prevalente el mesial al canino primario en el maxilar superior y el distal el canino primario en el maxilar inferior. Estos espacios llamados *espacios primarios* son característicos de la dentición primaria.

Otros espacios de la dentición primaria son los llamados *espacios de desarrollo*, se denominan también “*espacios fisiológicos*” y juegan un papel muy importante en el desarrollo normal de la dentición permanente.

De los 3 a los 4 años de edad, lo cual corresponde a la primera mitad del periodo de dentición primaria, la cantidad de espacio disponible generalmente no cambia.

Relación oclusal de los segundos molares primarios

La dentición primaria se completa después de la erupción de los segundos molares primarios. Esto significa que la localización para la erupción de los dientes permanentes en el futuro ya se ha determinado en este periodo. La circunferencia del arco dental que conecta la superficie más distal del segundo molar primario derecho e izquierdo, debe preservarse para la dentición permanente después del cambio de dentición, y el espacio detrás de los molares permanentes, incluyendo el primer molar permanente.

La relación de la superficie distal de los segundos molares primarios superiores e inferiores es, por lo tanto, uno de los factores más importantes que influyen en la futura oclusión de la dentición permanente. La relación mesiodistal entre la superficie distal del segundo molar primario superior e inferior se llama *el plano terminal*, cuando los dientes primarios contactan en la relación céntrica.

Clasificación del plano terminal en tres tipos:

Los especialistas clasifican el plano terminal en tres tipos:

- *Nivelado o plano tipo vertical:* La superficie distal de los dientes superiores e inferiores está nivelada y, por lo tanto, situada en el mismo plano vertical.
- *Tipo escalón mesial:* La superficie distal del molar inferior es más mesial que el superior.
- *Tipo escalón distal:* La superficie distal de los molares inferiores es más distal que los superiores.

Tamaño del arco dental.

El tamaño del arco dental primario puede medirse con el ancho del arco dental, entre los caninos primarios y entre los segundos molares primarios; y el ancho del arco dental se puede medir desde la superficie más labial del incisivo central primario al canino y al segundo premolar primario. El ancho del arco dental aumenta poco durante el periodo de la dentición primaria, especialmente entre los molares primarios.

2.2 Nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene bucal.

La higiene es una de las principales formas de preservar nuestra salud. Dentro de la higiene diaria no debemos olvidar el cuidado de nuestra boca, ya

que la falta de esta podría acarrear múltiples enfermedades, pues la boca interviene en múltiples funciones en el ser humano: ¹⁴

De supervivencia: colabora en la respiración y constituye el primer paso en la alimentación.

De relación: hablar, reír, gritar, etc. Permite expresar de diferentes formas nuestros deseos y sentimientos.

De exploración: los bebés descubren con ella su entorno; el hombre prehistórico se fiaba del sabor para rechazar alimentos posiblemente deteriorados o tóxicos.

De subsistencia: ha sido la herramienta cortante más antigua de la humanidad, aunque esta es una función nada recomendable si queremos conservar el esmalte de nuestros dientes.

La cavidad oral presenta un ecosistema altamente diverso, se estima que tiene hasta 600 especies microbianas diferentes, colonizando los diferentes hábitats. La placa dental es una compleja y organizada comunidad de microorganismos que pueden cooperar entre sí y que conducen a la creación de condiciones propicias para la supervivencia de las especies bacterianas más exigentes.

Estas bacterias que se encuentran en la placa conocida como *biofilm oral*, son responsables o causa de las dos principales enfermedades orales, *caries* y *periodontitis*. Detallo algunos *buenos hábitos* en salud bucodental.

- Limpiar los dientes a diario: utilizar una correcta técnica de cepillado.

¹⁴NAHÁS, P.C.M.S.; Schmitt, D.R.M. y Kim, W.S.Y. Salud bucal del bebe al adolescente. Centro de estudios de posgrados en odontología México. 2004.

- Es necesario usar un cepillo adecuado para garantizar su eficacia y asegurar la limpieza de los espacios entre dientes usando la seda/cinta dental o los cepillos interproximales.

El dentífrico complementa la acción del cepillado.

- Realizar la limpieza lingual.
- Utilizar reveladores de placa.
- Utilizar irrigadores bucales.
- Realizar enjuagues bucales (de uso diario o específicos según las necesidades).
- Controlar el consumo de alimentos azucarados: lo ideal es evitar comerlos pero, si se consumen, es importante lavarse después los dientes.
- Acudir regularmente al dentista, por lo menos 1-2 veces al año.

Aplicación de flúor en niños

Aparte de la limpieza de los dientes, el flúor es una de las mejores maneras para ayudar a prevenir el deterioro y el desgaste de los dientes, por tener agentes antibacterianos. El flúor es un *mineral nutritivo*, que sirve para mejorar la calidad del esmalte dental, consiguiendo que los dientes sean más resistentes a las caries.

El efecto protector del flúor deriva de un elemento natural, presente en alimentos como el pescado azul, en algunas verduras como la col y las espinacas, en cereales como el trigo y el arroz, en frutas como las uvas y algunos téis. Este elemento, cumple funciones tan importantes como el fortalecimiento de los dientes y de los huesos. También se encuentra en la mayoría de los dentífricos comerciales y en el agua potable de muchas ciudades.

Algunos estudios indican que los niños que beben agua fluorada desde el nacimiento tienen un 65 por ciento menos de caries, ya que se protege la dentadura, por lo que se les debe recomendar elegir una pasta de dientes que

contenga flúor. Se ha comprobado, que el uso de pasta dental y enjuague bucal con flúor es muy eficaz.

A los niños, se les puede dar flúor a través de agua potable, de sal comestible, o de dentífricos, comprimidos y soluciones de flúor. En muchas comunidades y en casi todas las ciudades, el agua utilizada es fluorada, además, algunas marcas comerciales de agua mineral contienen una gran cantidad de flúor, sobre todo las bicarbonatadas.

Aparte del agua, hay marcas de sal que aportan más flúor y yodo del habitual. Los comprimidos de flúor también son muy consumidos, principalmente por los niños más pequeños, que todavía no mastican. Se trata de un compuesto único de flúor que, a veces, incluye vitaminas.

Los niños también usan flúor a través del dentífrico, y de enjuagues que contienen flúor. Pero los enjuagues de flúor, que pueden ser de uso diario o semanal, no deben ser usados antes de los 6 años de edad por el peligro de ingestión.

Las cantidades diarias recomendadas de flúor no deben superar los 3 mg/día. Como la mayoría de los casos, los excesos no son beneficiosos y se podría sufrir una *fluorosis*, anomalía que provoca dientes amarillos, más oscuros o con manchas. Un buen consejo para proteger los dientes es cuando el desarrollo dental empieza en el primer mes de embarazo.

Como ya se ha mencionado, es muy importante que la futura mamá incluya en su dieta las cantidades necesarias de flúor, aparte de otras vitaminas y minerales.

Para que los dientes del niño estén bien fluorados, es recomendable elegir un dentífrico con flúor y enseñarlo a cepillarse los dientes por lo menos 3 veces al día, después de un buen cepillado, enseñarlo a enjuagarse correctamente la boca (a partir de los 6 años) de preferencia con líquidos que contengan flúor.

Se recomienda no administrar medicamentos con flúor sin prescripción médica y vigilar que se cepille los dientes después del consumo de caramelos u otros alimentos que tengan un alto contenido de azúcar, sin olvidar que la prevención puede ahorrar muchos problemas dentales.

Cuidado dental en niños y uso del cepillado dental.

Los dientes y encías saludables son esenciales para la buena salud en general del niño, dientes lesionados, enfermos o con desarrollo deficiente pueden ocasionar una nutrición insuficiente, infecciones y problemas con el desarrollo del lenguaje y de autoestima.

Aunque los recién nacidos y los bebés no tienen dientes, es importante el cuidado de la boca y las encías. Enumero aquí algunas recomendaciones para un cuidado efectivo:

Uso de un paño húmedo para limpiar las encías del bebé después de cada comida, no llevar al niño a la cama con el biberón de leche, jugo o agua azucarada, utilizar solamente agua para los biberones que el niño se toma a la hora de acostarse, fomentar el cepillado dental en esta etapa con cepillo pequeño y suave, no es imprescindible el uso de pasta dental, resulta muy importante la introducción de este hábito una vez al día, preferiblemente por la noche.

Comenzar a usar un cepillo de dientes suave en lugar del paño para la limpieza de los dientes del niño tan pronto como aparezca el primer diente (generalmente entre los 5 y 8 meses de edad) y consultar con su pediatra si el niño requiere fluoruro.

Es recomendable que la primera visita del niño al odontólogo sea entre el momento en que aparece el primer diente (5 a 8 meses) y el momento en que todos sus dientes primarios son visibles (antes de los 2 años y medio). Debemos recomendar una visita de prueba para exponer al niño a las vistas, sonidos, olores y sensaciones del consultorio antes del examen real. Los niños

que han sido acostumbrados a la limpieza de sus encías y al cepillado de sus dientes todos los días estarán más cómodos en las visitas al odontólogo.

El niño debe cepillarse los dientes y encías por lo menos dos veces al día y en especial antes de ir a la cama, recomendar a padres de familia, llevar al niño al odontólogo cuando menos, cada 6 meses y estar al tanto si el niño acostumbra chuparse el pulgar o respirar comúnmente a través de la boca. *30

Enseñarle al niño la forma segura de jugar y qué hacer si un diente se rompe o se cae, cuando al niño le salgan los dientes permanentes, debe aprender y comenzar a usar la seda dental cada noche antes de ir a la cama, cuando llega a la adolescencia, se pueden necesitar aparatos ortopédicos o extracciones para prevenir problemas a largo plazo y si el niño pierde un diente adulto (permanente) durante una caída u otra lesión como una fractura, se recomienda que su odontólogo lo revise de inmediato, ya que si se actúa pronto, a menudo se puede salvar el diente.

Primera visita al dentista

Conforme crecen los hijos, van surgiendo muchas dudas respecto a cómo criarlos, educarlos y en qué momento debemos hacer o no algo. Los padres de familia, deben tener la intuición de guiar a los hijos en cuanto a su higiene bucal, pues en edades de entre dos y tres años, deben formarse hábitos de lavarse los dientes en los diferentes tiempos de comida.

La primera cita al dentista debe realizarse alrededor de los 3 años y se debe mantener un control de visitar cada 6 meses al dentista. A los 5 años inicia el cambio de dientes de leche a los permanentes, esta etapa finaliza a los 13 años. El objetivo principal de esa visita al dentista es determinar si hay alguna caries y solucionar el problema. Como odontólogos debemos conocer

que una primera cita es primordial, debemos tratar que sea una buena experiencia; es decir, intentar que el niño se habituó a ver esta cita como algo rutinario, haciéndole saber que es bueno para su salud.

Si la primera visita del niño se debe a dolor dental, esa sensación de dolor permanecerá siempre y este tipo de visitas las asociara con desagrado. Por lo tanto, hay que evitarles malas experiencias y tratarlos prematuramente, con sus primeros dientes, para que la primera visite al dentista sea un *paseo agradable*.

2.3 Algunas comparaciones entre salud bucal y conocimiento

Prudencio et al. (2003) realizaron un estudio en Itajaí, Brasil acerca de la prevalencia de caries en niños de 19 a 31 meses de edad en 10 guarderías públicas (67 niños) y 4 guarderías privadas (27 niños). ²⁰

Los datos referentes al grado de estudio de los padres fueron obtenidos a través de una entrevista y la prevalencia de caries fue encontrada mediante

²⁰PRUDENCIO, S.A.C. y Kleine, B. A. *Prevalencia de Caries en niños de 19 a 31 meses de edad, inscritas en guarderías públicas y privadas en Itajaí, SC.* Journal de Odontopediatria, Volume 6 Number 32, p. 311-315. 2003.

la exploración bucal. Dentro de los resultados se encontró que en guarderías públicas el 16.4% tuvo caries y en las particulares 14.8%.

Los grupos estudiados se compararon y las diferencias no fueron significativas en los niños con caries cuyos padres recibían salarios mayores y con un nivel de estudio superior (17.72%) y los que al contrario acudían a guarderías públicas y cuyos padres percibían salarios menores y tenían un nivel de estudio más bajo (11.31%).

Folayan et al. (2007) realizaron una investigación dental en dos Clínicas de Salud Dental Infantil en el suroeste de Nigeria con el objetivo de comprender la relación en aspectos socioeconómicos, indicadores conductuales y la presencia de caries dental en niños nigerianos.

El estudio consistió en una encuesta a los padres, registrando como datos: aspectos demográficos, prácticas alimenticias, hábitos dietéticos, uso de medicamentos, frecuencia diaria de cepillado dental, así como la exploración bucal para determinar la presencia de caries.

En total se estudiaron 269 niños divididos en 3 grupos de edad, en 1-5 años, de 6-10 años y 11-16 años; el nivel socioeconómico fue determinado por el nivel de educación de la madre y la ocupación del padre en una clasificación del I al V.

Dentro de los resultados relevantes, se obtuvo que de la población estudiada: el 44.8% presento caries; el 61% no usa biberón mientras que el resto si lo utiliza; el 62% de las madres de niños del grupo de 1-5 años señala amamantar al niño solo por las noches; el 40.82% fueron de nivel socioeconómico bajo, mientras que solo el 6% fue de nivel socioeconómico alto; el 54% consume azúcar más de tres veces al día; y solo el 21.29% utilizaba medicamentos por tiempo prolongado.

Esto muestra la interacción de los factores biológicos, (edad y género) con las variables conductuales (frecuencia en el consumo de azúcar), la cual aumenta el riesgo de caries en los niños nigerianos.

2.4 Aspectos éticos

El presente estudio se apega a las condiciones contempladas en el reglamento materia de investigación: Ley General de Salud vigente, norma nacional consultada en el diario oficial de la federación cuya última reforma es del 5 de marzo del 2012. Y a la norma NOM-013-SSA2-2006 de nuestro país. Se considera de riesgo mínimo.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1 RESULTADOS

Características epidemiológicas y conocimiento de salud bucal

El tamaño de la muestra final de 40 madres y de 60 niños. En la figura 1 se aprecia que de los niños bajo estudio el 68% tienen 4 años cumplidos el 18% tienen de entre 3 años 8 meses y el resto de los niños corresponde al menor porcentaje de edad entre 3 años y 4 meses con un 14%.

Figura 1. Edad del niño

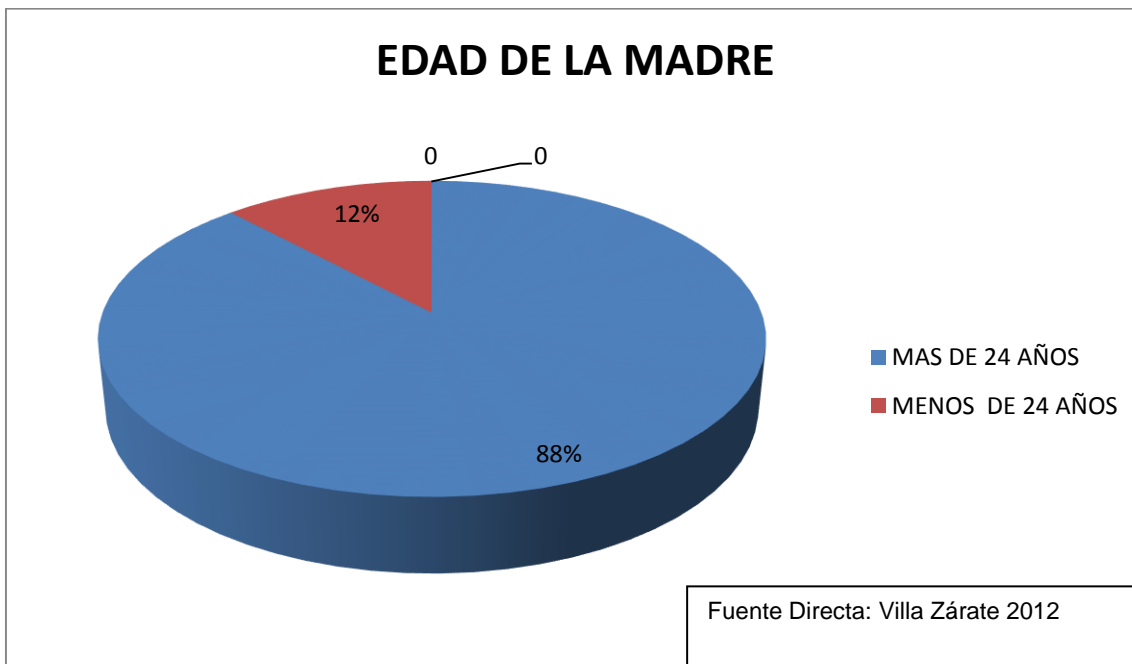
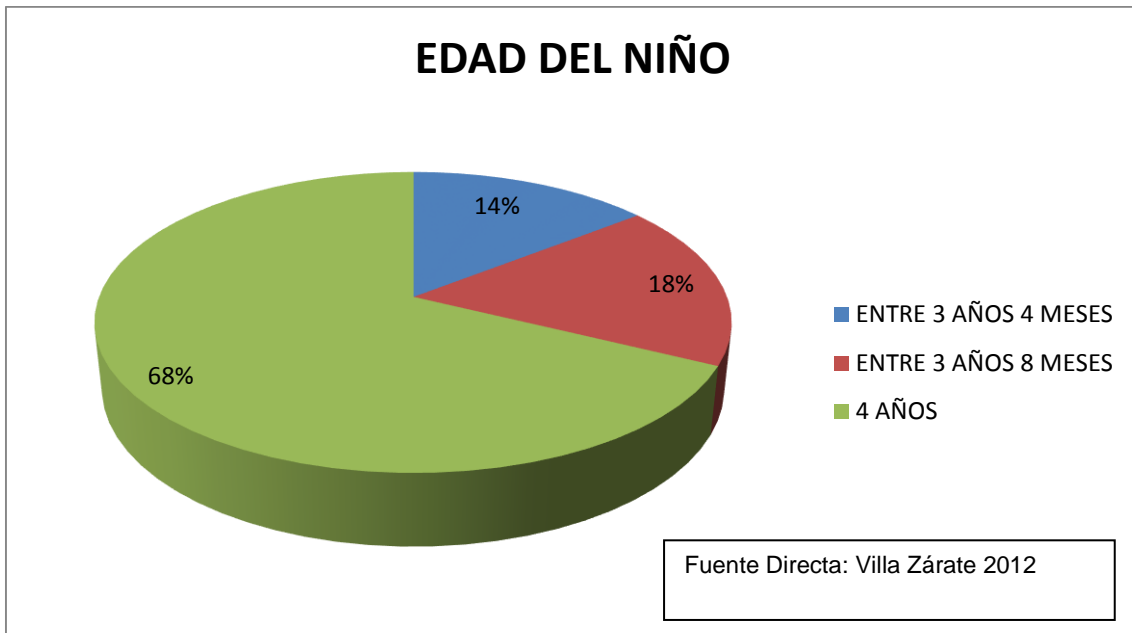
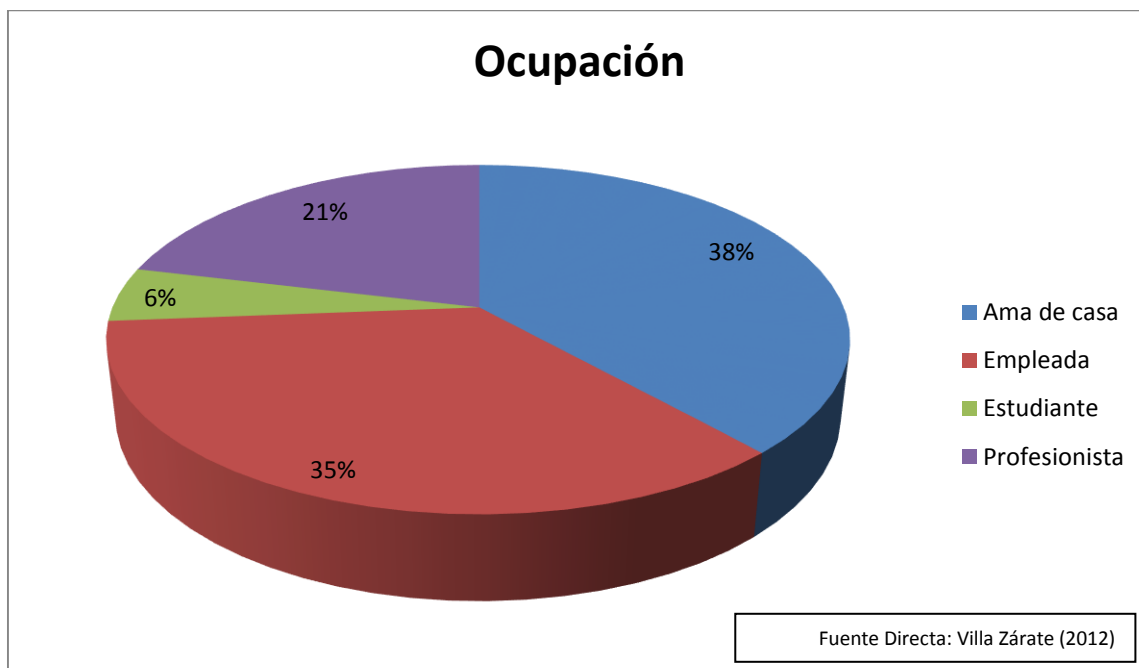


Figura 1.1

En la figura 1.1 se muestra que en el caso de la edad de la madre el 88% tienen 24 o más años de edad

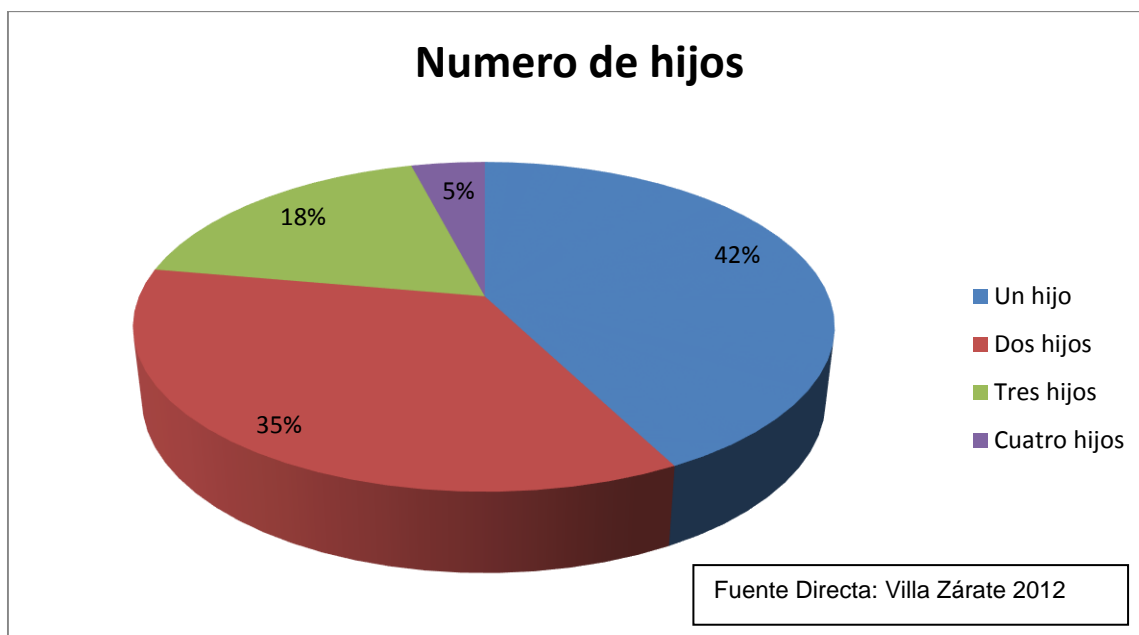
En la Figura 2 se refiere a la ocupación de las madres, el 38% son amas de casa y el 35% son empleadas, un 21% son profesionistas y solo el 6 % son estudiantes.

Figura 2. Ocupación, número de hijos y escolaridad de la madre



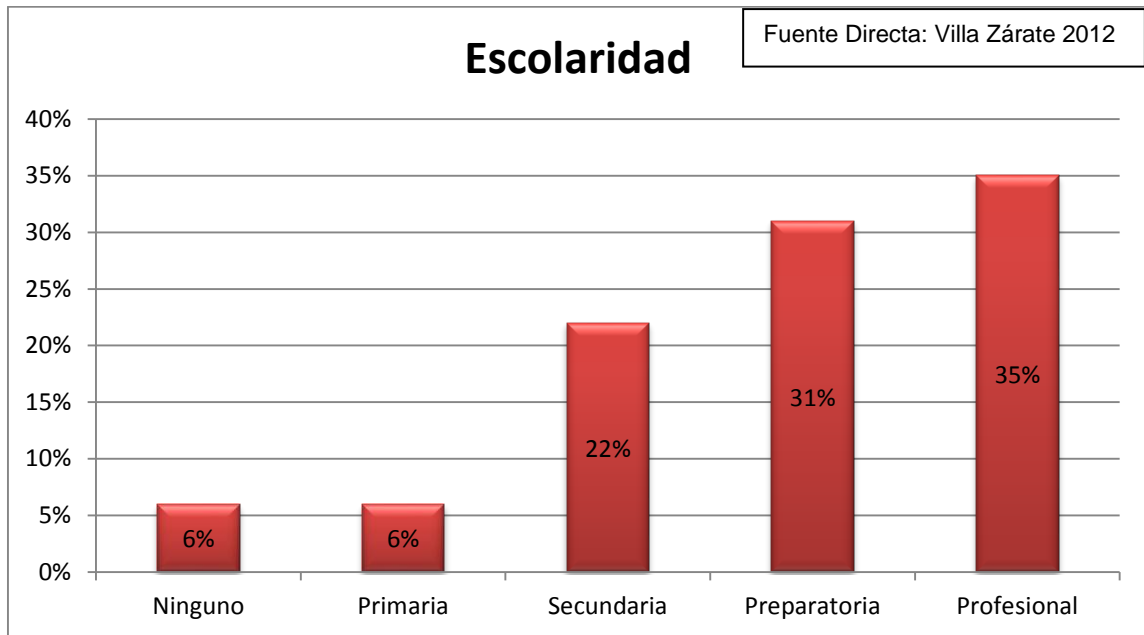
En la Figura 2.1 se refiere al número de hijos, el 42% tiene un hijo, el 35% tiene dos hijos, el 18% tiene tres hijos y sólo el 5% tienen cuatro hijos.

FIGURA 2.1



En la figura 2.2 el 35% estudiaron alguna profesión, el 31% preparatoria, el 22% secundaria, el 6% estudió sólo primaria y otro 6% no tiene ningún estudio.

FIGURA 2.2



En la Figura 3 se observa que el 18% de las madres respondieron no saber si las embarazadas pueden ir al dentista, el 74% respondió que sí pueden ir al dentista y un 8% respondieron que no pueden ir al dentista y un 18% no saben si pueden ir al dentista, de las cuales el 45% opinan que le hace daño a la madre y el 55% opinan que le hace daño al bebé. Fig. 3.1

Figura 3. ¿Las embarazadas pueden ir al dentista?

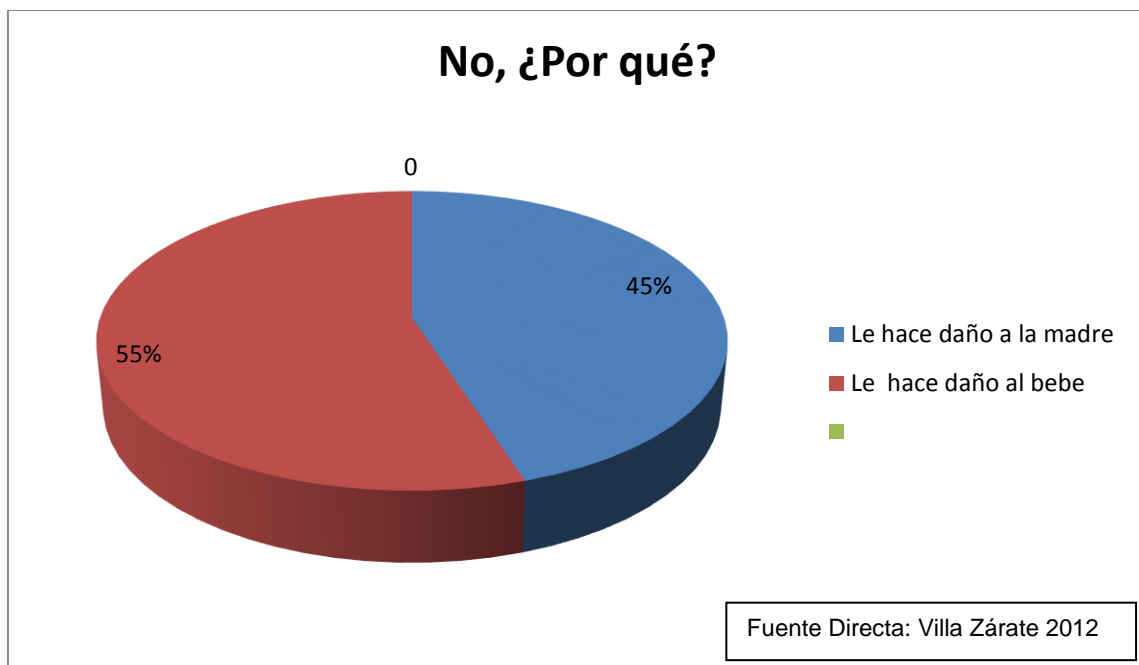


FIGURA 3.1 No, ¿Por qué?

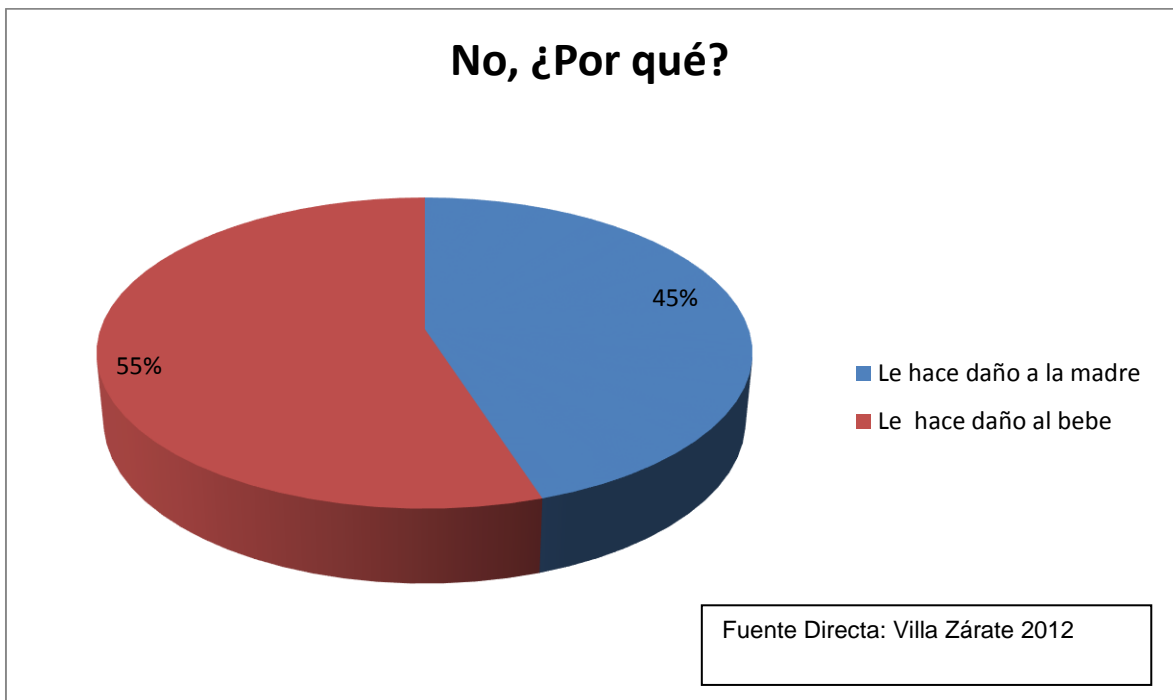
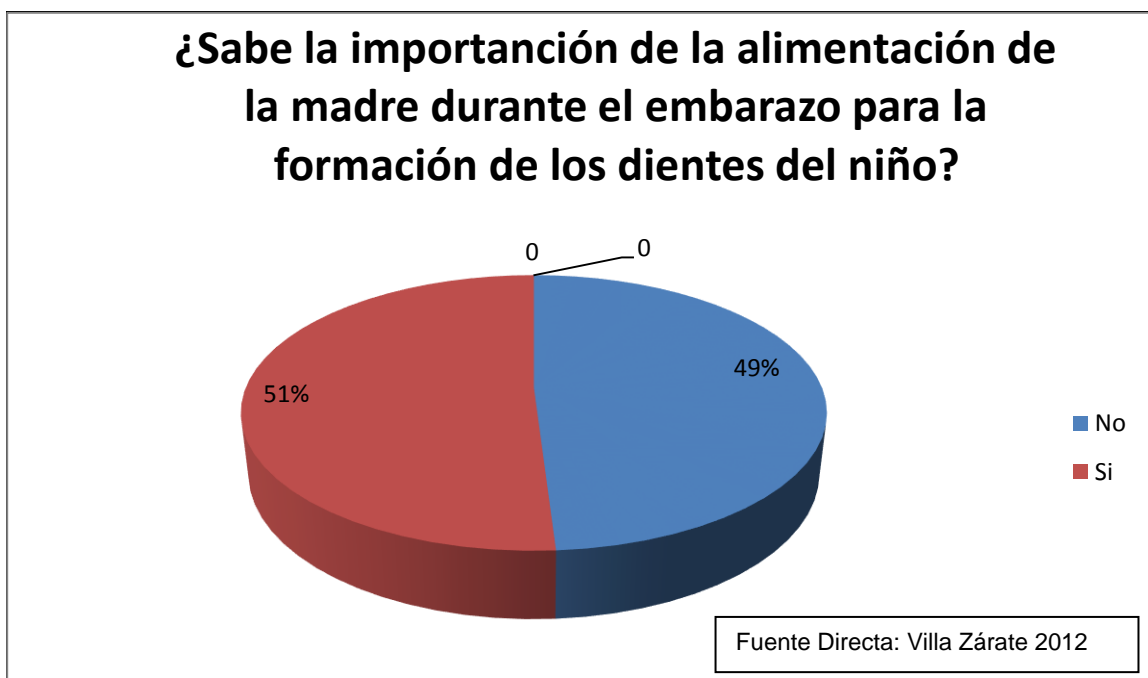


Figura. 4 Embarazo, alimentación y tratamiento dental

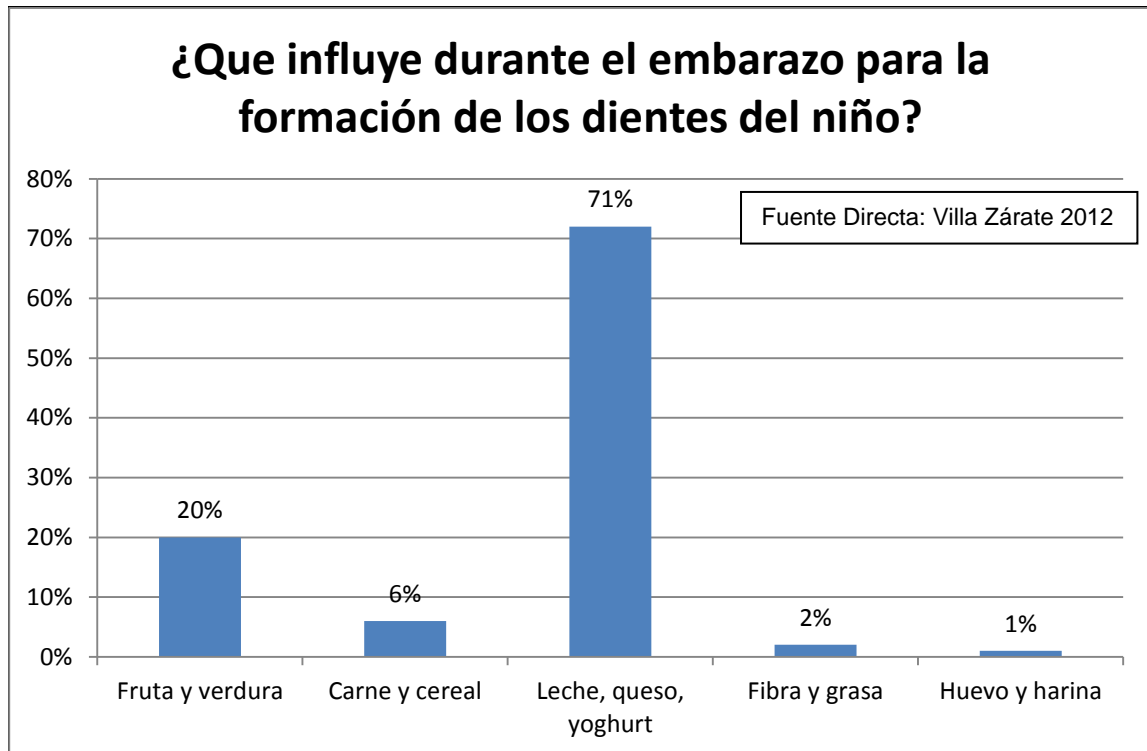
La Figura 4 ilustra que el 49% de las madres dijeron no saber la importancia de la alimentación de la madre durante el embarazo para la formación de los dientes del niño y el 51% si sabe la importancia de la alimentación de la madre durante el embarazo para la formación de los dientes del niño.

Figura 4



En la pregunta ¿Qué influye durante el embarazo para la formación de los dientes del niño?

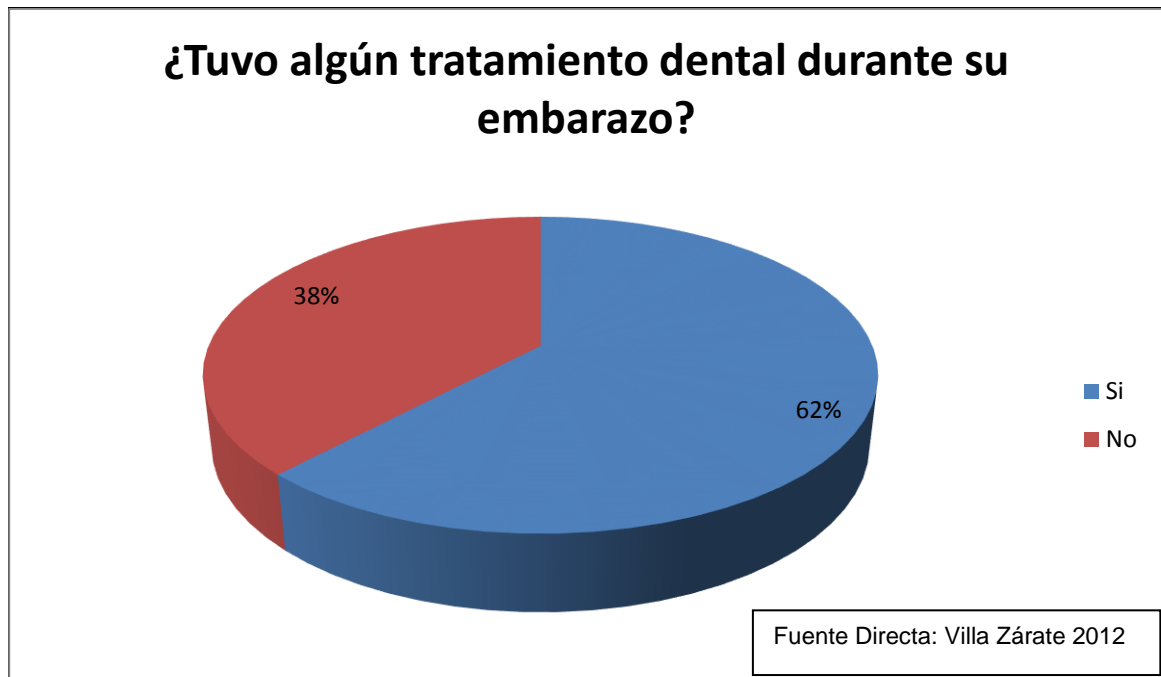
Figura 4.1



En la grafica se puede mostrar que el 71% las madres dijeron que lo que influye durante el embarazo para la formación de los dientes del niño es leche, queso y yogurth, mientras que el 20% opinaron que las frutas y verduras son los que ayudan a la formación de los dientes, 6% dijeron que la carne y el cereal, 2% fibra y grasa y un 1% consideraron que el huevo y la harina.

En la figura 4.2 ¿Tuvo algún tratamiento dental durante el embarazo? El 62% respondió que sí y el 38% ningún tratamiento dental durante el embarazo.

Figura 4.2



En la Figura 5 se muestra que el 62% de las madres dijeron si saber para qué sirve la aplicación del flúor en los dientes de los niños, de las cuales un 38% respondió que no sabe.

Figura 5. ¿Sabe para qué sirve la aplicación de flúor en los dientes de los niños?

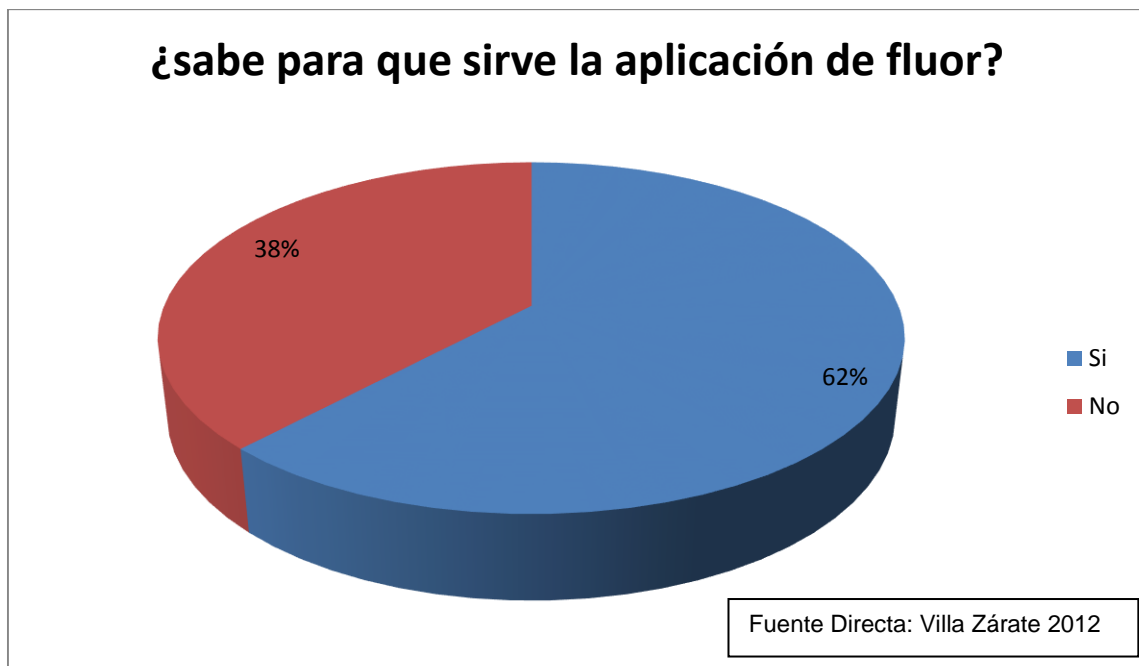
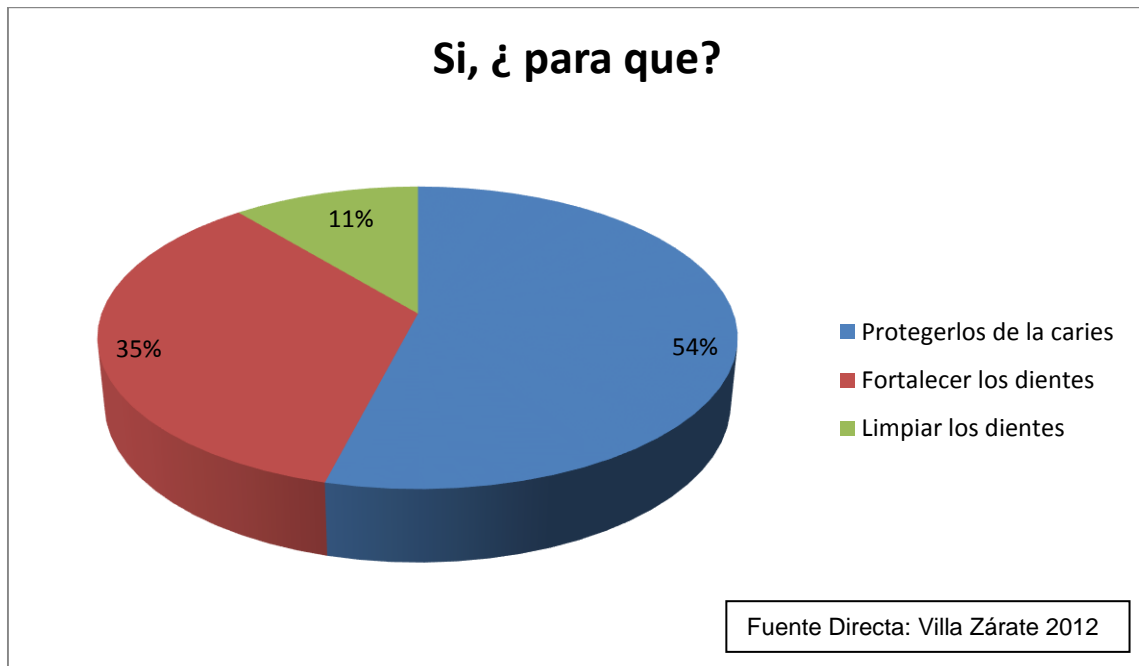


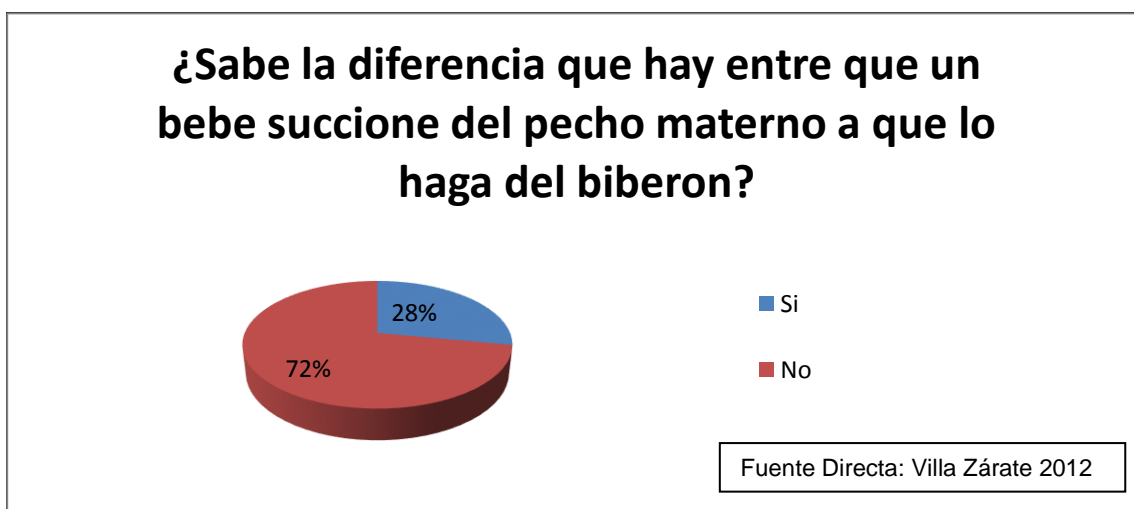
FIGURA 5.1



En la figura 5.1 el 54% de las madres respondieron que el flúor sirve para protegerlos de la caries, el 35% opino que fortalecía los dientes, mientras que el 11% considero que el flúor limpiaba los dientes.

La Figura 6 ilustra que el 72% de las madres no saben la diferencia entre que un bebé haya succionado del pecho materno a que lo hubiere hecho del biberón, mientras que el 28% respondieron si saber pero sus respuestas fueron incorrectas.

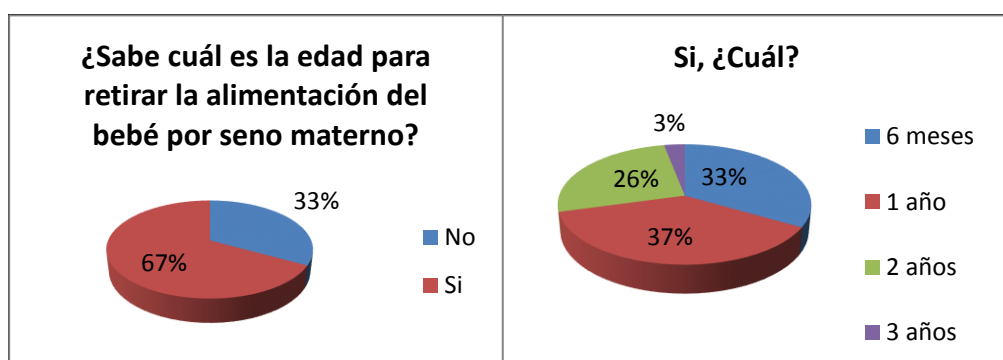
Figura 6. ¿Sabe la diferencia que hay entre que un niño haya succionado del pecho materno a que lo hubiere hecho del biberón?



Respuesta	Frecuencia
1. Es más natural el pecho	9
2. El biberón enchueca los dientes	9
3. El biberón causa caries	8
4. Es más fácil dar biberón	4

La Figura 7 ilustra que sólo dos terceras partes de las madres dijeron si saber a qué edad se debe retirar el seno materno al niño, de las cuales sólo el 37% respondieron correctamente que al año, mientras que el 33% a los 6 meses, el 26% a los 2 años y el 3% a los 3 años.

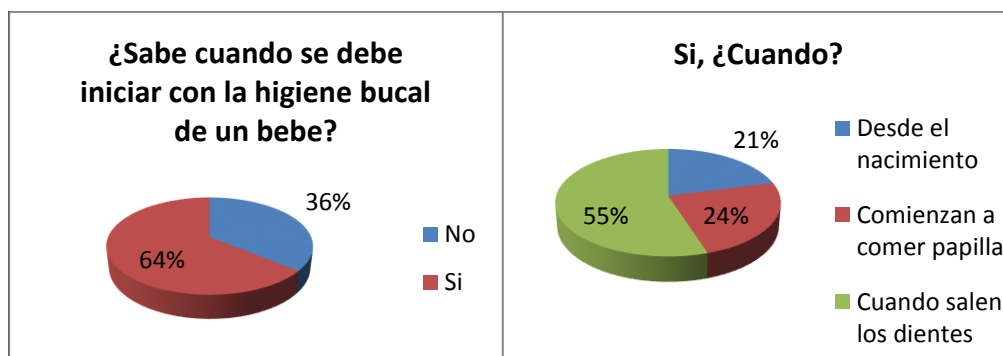
Figura 7 ¿Sabe cuál es la edad para retirar la alimentación al niño del seno materno?



Fuente Directa: Villa Zárate 2012

En la Figura 8 se observa que el 64% de las madres si saben cuándo debe de iniciar la higiene bucal de un infante, de las cuales sólo el 21% dijo correctamente que desde el nacimiento.

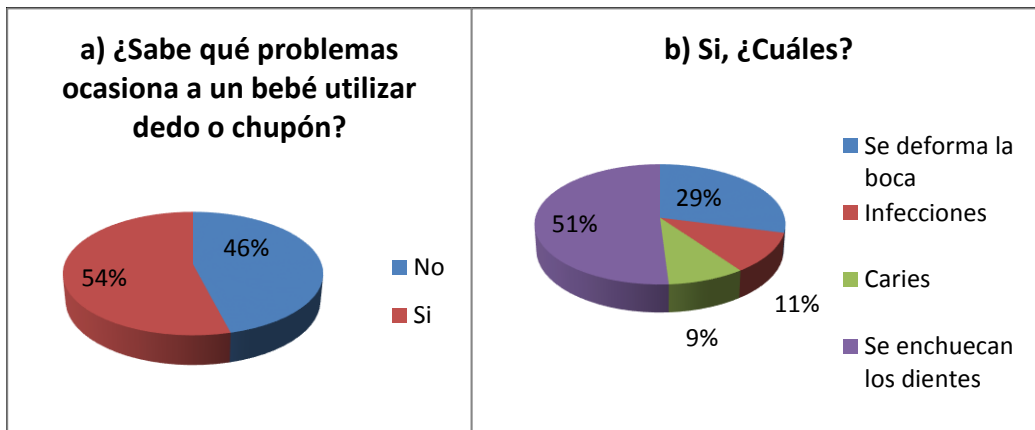
Figura 8 ¿Sabe cuándo se debe iniciar con la higiene bucal de una infante?



Fuente Directa: Villa Zárate 2012

En la Figura 9 se observa que sólo el 54% de las madres respondió si saber los problemas que ocasiona u ocasionaría a un niño la utilización del dedo o chupón, de las cuales el 83% refirió de manera correcta que se deforma la boca o que se enchuecan los dientes.

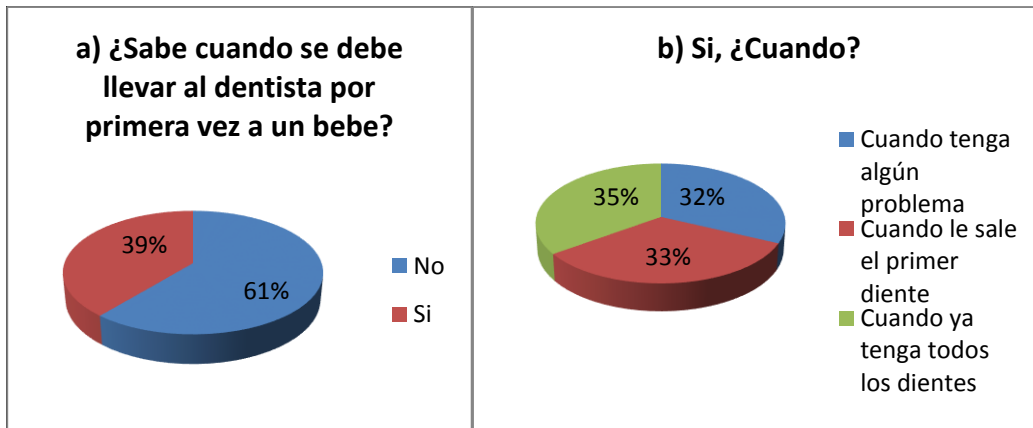
Figura 9 ¿Sabe(n) que problemas ocasiona u ocasionaría a un niño la utilización del dedo o de chupón?



Fuente Directa: Villa Zárate 2012

En la figura 10 se aprecia que sólo el 39% de las madres saben cuándo deben llevar por primera vez a un niño con el dentista, de las cuales solo el 33% respondieron que cuando le sale el primer diente, mientras que el 67% respondió incorrectamente.

Figura 10 ¿Sabe (n) cuándo se debe llevar al dentista por primera vez a un niño?



Fuente Directa: Villa Zárate 2012

La Figura 11 ilustra que el 53% de las madres dijeron que ni su médico familiar ni la enfermera materna infantil les ha hablado sobre la higiene de la boca del niño. El 60% de las madres acostumbró dormir a su hijo con pecho o biberón. Respecto a si usan el biberón o seno materno para calmar a su hijo, el 35% respondió que si lo utiliza.

Figura 11 Higiene

¿Su médico familiar o enfermera materno infantil alguna vez, le (s) habló sobre la higiene de la boca de su niño?

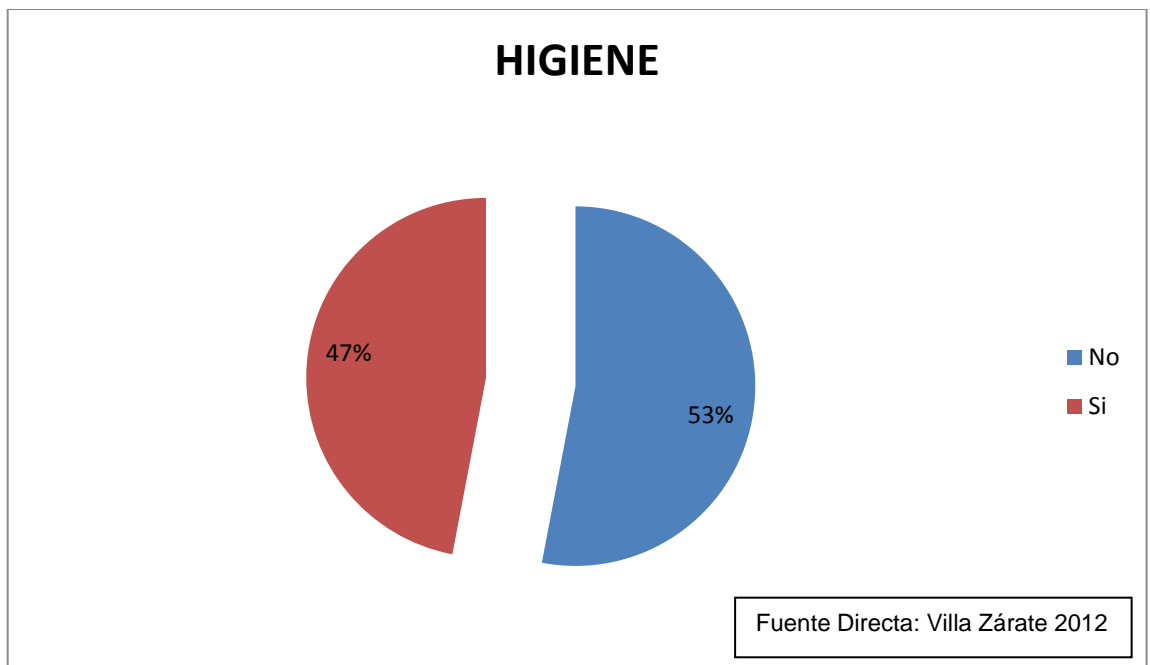
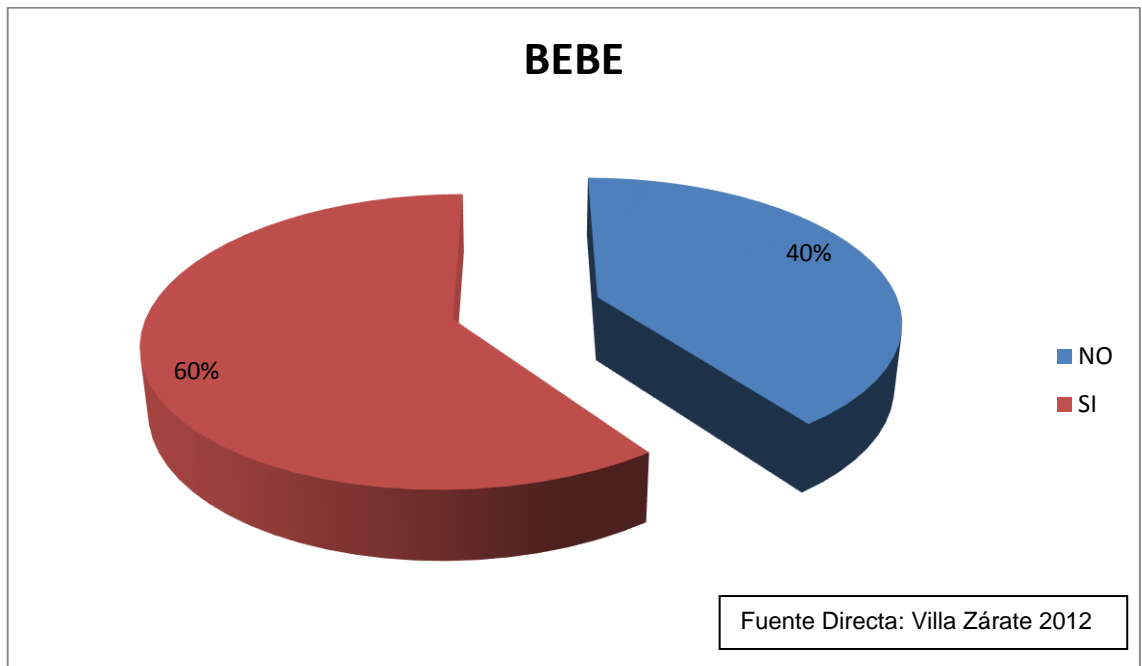


FIGURA 11.1

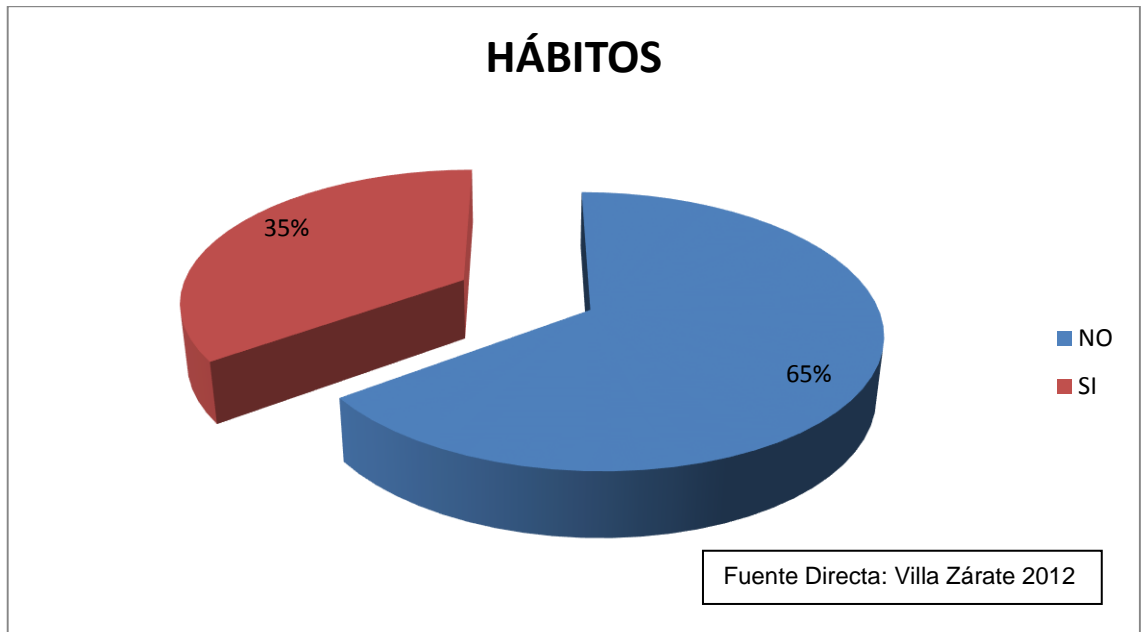
¿Acostumbró dormir a su niño con el pecho o biberón?



En la gráfica se puede observar que más de la mitad de las madres acostumbra a dormir a su niño con el pecho, por lo consecuente se generaran mal hábitos con el bebe.

FIGURA 11.2 HÁBITOS

¿Utilizó usted el biberón o seno materno frecuentemente, además de, para alimentar, para calmar a su hijo?

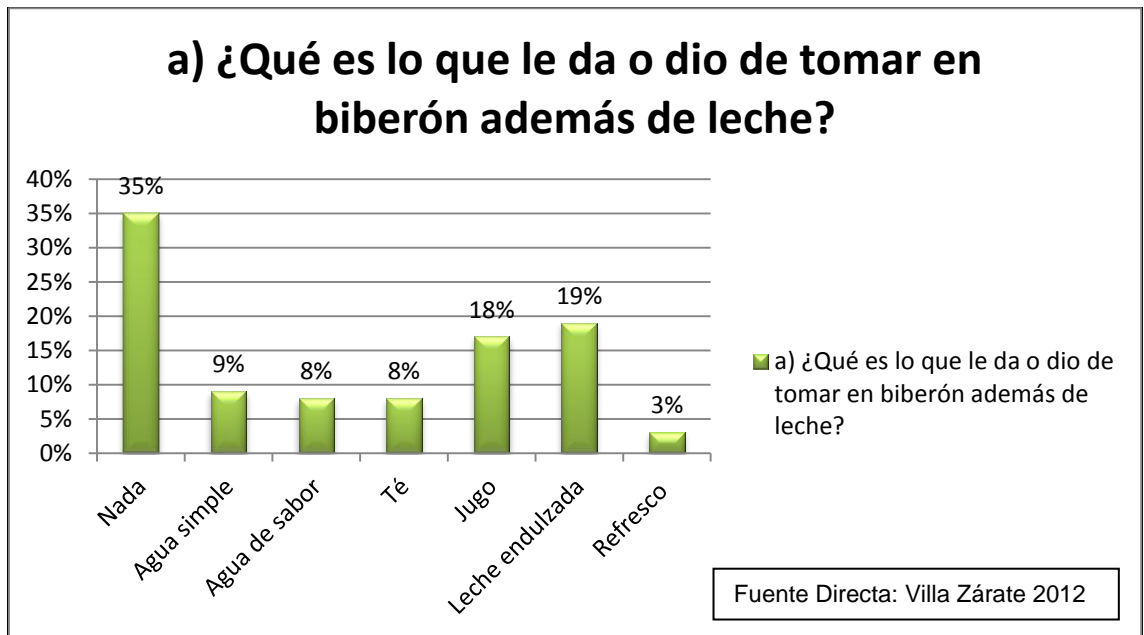


Menos de la mitad de las madres dicen no haber utilizado el biberón o seno materno para calmar a su hijo.

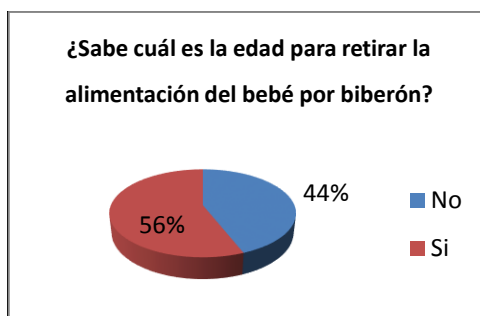
La Figura 12 muestra que el 65% de las madres respondió darle otras bebidas en biberón a su hijo de más pequeño además de leche. El 56% de las madres refirió si saber la edad para retirar la alimentación del niño por biberón, de las cuales el 50% contestaron incorrectamente que se retira entre los 2 y 3 años.

Figura 12 Alimentación, biberón y edad

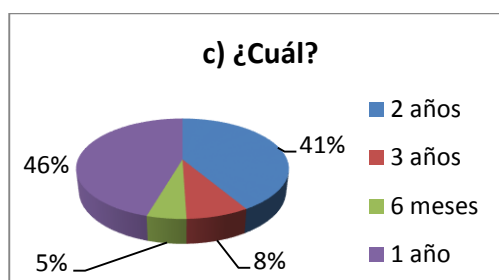
a) ¿Qué es lo que le dio, a su niño de más pequeño para tomar en biberón, además de leche?



b) ¿Sabe cuál es la edad ideal para retirar la alimentación del niño por biberón?



c) ¿Cuál?



Fuente Directa: Villa Zárate 2012

En la Figura 13 se ilustra que el 78% de las madres no sabe que se le debe realizar higiene bucal al niño después de administrarle algún medicamento como jarabe o suspensión.

Figura 13 ¿Se debe realizar higiene bucal al niño después de administrarle medicamentos como jarabes o suspensiones?

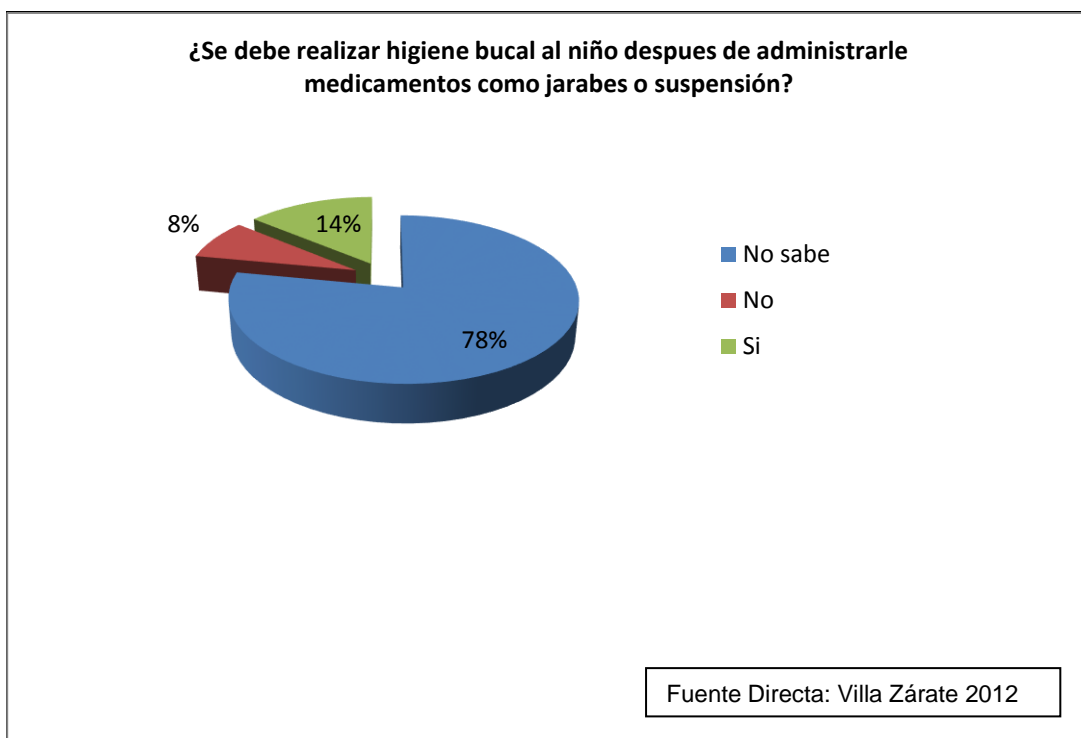
a) No ¿Por qué?

Las 6 madres que respondieron No, opinaron que quita el efecto del medicamento

b) Sí ¿Por qué?

Las 18 madres que respondieron Sí, opinaron que por el azúcar

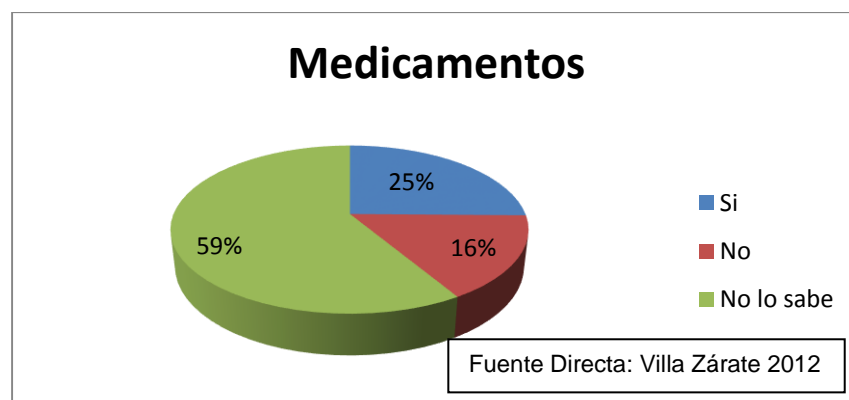
c) No saben



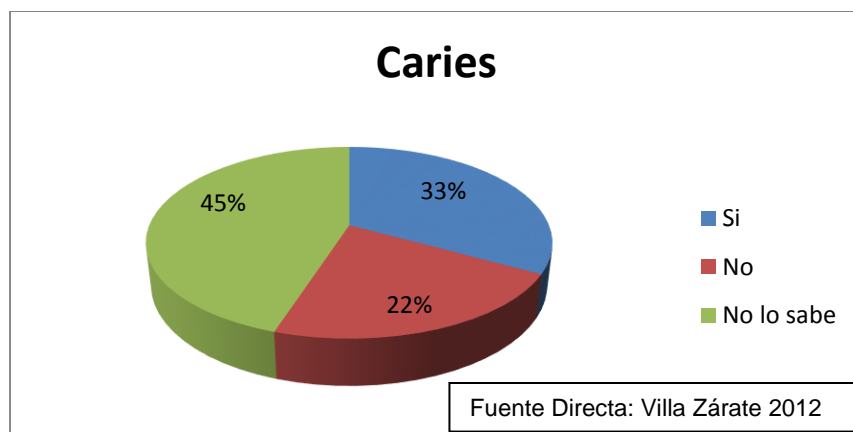
En la Figura 14 se muestra que el 59% de las madres refirieron no saber si el uso frecuente de medicamentos puede causar caries; y sólo el 33% de las madres saben que la caries es una enfermedad contagiosa.

Figura 14 Medicamentos y caries

- a) **El uso frecuente de medicamentos (jarabes-suspensiones) ¿puede ser causa de caries en los dientes de un niño pequeño?**



- b) **¿La caries es una enfermedad contagiosa?**



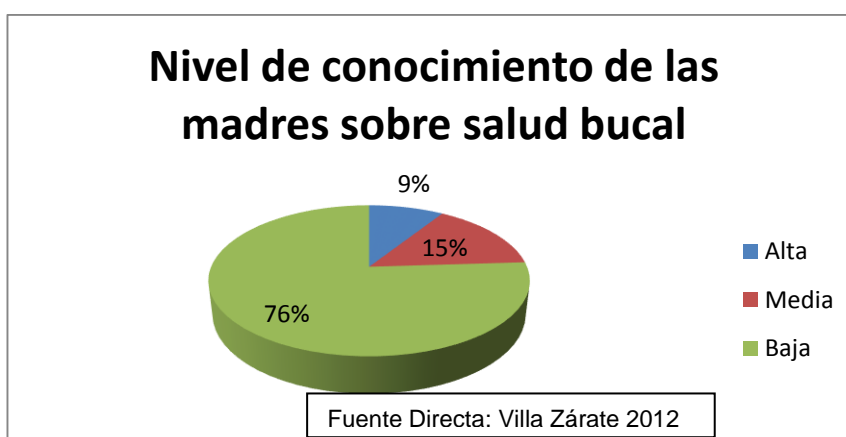
La tabla 2 contiene el índice ceod, en la cual se observa que el 17.88% corresponde a dientes cariados, el 43.64% a dientes obturados y sólo el 0.72% a dientes extraídos.

Tabla 2. Índice ceod

Dientes valorados	Frecuencias	Porcentaje
Dientes cariados	147	17.88%
Dientes extraídos	6	0.72%
Dientes obturados	30	3.64%
Dientes sanos	639	77.73%
Total	822	100%

En la Figura 15 se aprecia que la mayoría de las madres presentan un nivel bajo de conocimiento sobre salud bucal del niño de entre 3 y 4 años con un 76% y solo un 9% de madres presentan un nivel alto de conocimiento, porcentaje que corresponde a 12 madres de 40 bajo estudio.

Figura 15



CAPITULO IV CONCLUSIONES

4.1 CONCLUSIONES

El conocimiento sobre salud bucal y la odontología preventiva deben tratarse como partes sustanciales en la promoción de la salud. Lo anterior implica comprensión de la salud bucal, planteada como una instrucción que conlleve cambios de conducta en padres y madres de familia responsables de niños en edad temprana, igualmente deberá repercutir en políticas de salud bucal, con la propuesta de *programas de prevención* para lograr mejores prácticas de salud y la reducción en los costos de atención, tanto a nivel institucional como a nivel privado; esta prevención se entendería como *“cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una enfermedad o bien interrumpir o aminorar su progresión”* (Leavell y Clark 1958).

En general, los resultados de este trabajo apoyan la hipótesis planteada en este caso de estudio, y podrían servir como punto de partida para reformar las actuales cartillas institucionales de salud (Secretaría de Salud, I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., etc.).

Las que actualmente indican que la edad para la primera revisión bucal del paciente deberá hacerse a partir de los 3 años de edad tanto para aplicación de flúor como para atención bucal. Esta sugerencia nace, debido a que se encontró a niños preescolares con presencia de dientes cariados por falta de higiene en sus primeros años.

Finalmente, no atribuir solo a los padres *-mamás y papás-*, la responsabilidad del problema de la salud bucal de sus hijos, sino mas bien enfocar los esfuerzos hacia una preparación profesional de estos temas, primeramente a personal de salud pública y posteriormente al sector educativo,

mismos que serían los encargados de transmitir estos conocimientos a la población en general.

Se sugiere al mismo tiempo que el personal de salud estomatológica tenga nociones básicas y adecuadas, estableciendo políticas públicas para la atención institucional de menores, en las que se incluyan técnicas de higiene y pláticas informativas a los padres, lo cual evitaría tratamientos restaurativos en pacientes de temprana edad, mismos que aumentan costos para instituciones y para un segmento muy importante de la sociedad.

Por lo que se concluye, que en nuestro país, es posible considerar como incipiente (*inicial o muy baja*) la promoción a la salud bucal en niños preescolares y menores, al menos institucionalmente, según se prueba con las Cartillas de Salud que se anexan.

4.2 SUGERENCIAS

Los hábitos de higiene, actitudes y comportamientos de las madres presentan muchos de los factores considerados de alto riesgo para la salud de los niños, ya que en el estudio 64% de las madres respondieron si saber el momento para comenzar con la higiene bucal de un niño, mientras que es alarmante que solo el 21% respondieron que desde el nacimiento, lo cual es correcto.

Así también, se tiene que al preguntarles ¿cuál es la edad para llevar por primera vez a su hijo con un dentista?, solo alrededor del 13% respondió correctamente que desde que erupciona su primer diente, y observando también respuestas preocupantes, al decir que hasta que tengan algún problema.

Luiz (2000), Salete (2004) y Barceló (2007), destacan que en lactantes es dañina la permanencia de leche en la boca por largos periodos, aspecto que en este caso se evidencia como grave al encontrar que el 60% de las madres

acostumbraron dormir a su hijo con biberón o seno materno en edades tempranas.

El conocimiento sobre salud bucal depende entre otros factores, el de la edad de la madre. Es decir, el grupo de madres que tuvo un nivel de conocimiento alto, fue el de las madres de mayor edad (41.67%), lo cual indica que con el paso de los años es que las madres van adquiriendo conocimientos y experiencia sobre el tema.

Una importante recomendación sería que autoridades gubernamentales, consideraran la conveniencia de implementar un programa nacional de salud bucal dirigido a toda la población pues hasta ahora, solo se implementa una semana nacional por parte de la Secretaria de Salud Federal, acción que no repercute en la población más necesitada.

Este programa estaría dirigido primordialmente a madres o a quienes estén al cuidado de niños preescolares y menores. Se buscaría que dicho programa se convirtiera en una actividad interinstitucional que realmente impactara en este problema de salud pública.

De la misma manera que se consideran otros grandes problemas como la diabetes, obesidad, hipertensión, entre otros, y que al mismo tiempo se refleje en la disminución de costos en atención para tratamiento de problemas bucales.

De llevarse a cabo esta medida se reflejaría en cambios conductuales de hábitos y actitudes con respecto a la propia salud bucal tanto de padres de familia como de sus hijos (Petrovic, 2007).

En este sentido se ha constatado que a nivel institucional, ambas perspectivas se han promovido solo parcialmente. En otros estudios ya se encontraron deficiencias sobre estos temas a pesar de tratarse de pacientes con escolaridad y nivel social altos, donde se ha planteado la necesidad de implementar programas de promoción y prevención (Contreras et al, 2004).

Esto coincide con el resultado de este estudio realizado en el 30DJN0494B de Xalapa, Veracruz. Donde se encontró que el 76% de las madres entrevistadas presentan un bajo nivel de conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos preescolares, lo que es preocupante en virtud de las repercusiones que tiene el descuidar la boca de un niño en edad preescolar.

Sin duda, el resultado más significativo que se obtuvo en esta investigación, es la relación directa existente entre el bajo nivel de conocimiento de la madre, con la higiene deficiente tanto en tejidos duros como blandos de la cavidad oral de sus hijos, demostrándose así, el papel tan importante que juega la prevención en la condición bucal de cualquier individuo y en cualquier edad.

BIBLIOGRAFIA

1. BARCELÓ, C.B. Odontología para el Bebé: Estrategia de Prevención. México. Trillas. 2008
2. CONTRERAS, P. J.; Miositis, S.L.M.; Toledo, P.B y Salmerón, R.E. La Educación para la Salud Bucodental en el Politécnico de la Salud. Julio Trigo López. Santa Clara, CUBA. 2004.
3. DAY, R.A. Como escribir y publicar trabajos científicos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. 2005
4. FIGUEREDO, W.L.R. Odontología para el Bebé. Primera Edición, Brasil, Amolca.2007.
5. FOLAYAN, M.; Sowole, A. y Kola, J.A. Risk Factors for caries in Children from South-Western Nigeria. The journal of Clinical Pédiatric Dentistry Volume 32 Number 2.p. 171-175. 2007.
6. FUENTES, G A. Aporte de la Psicología y sociología a la promoción de la salud en Chile. Revista de la Unidad Pública INTA, vol. 48, Núm. 2.p. 118-124. 2007.
7. GIRALDO, M. C.; Milena, C. A.; Gutiérrez, G.E. e Hincapié, J.L. Evaluación de Conocimientos en salud bucal de los acudientes del programa "SIPI", en una IPS de Medellín. Revista CES Odontológica, Vol. 20, Núm. 1, p. 33-38. 2005.
8. GONCALVES, V.B.C. y Lúcio, S. E. Caries de Establecimiento Precoz: Relación entre el aspecto Biológico y el Psicosocial. Revista Iberoamericana de Odontopediatría, Vol. 6, Núm. 34, p. 533-540. 2003.
9. HAIR, J.; Anderson, R.; Tatham, R. y Black, W. Análisis Multivariante. Prentice-Hall. 1999.

10. JUÁREZ, R.E.P.; Arizona, N. A. y Delgado, M. R. Caries asociada a la alimentación con sucedáneos de la leche materna en biberón. *Revista med IMSS Puebla*. Vol. 41, Núm. 5, p. 379-382. 2003.
11. MENCHACA, M. G. y Gil, O. C. Factores de Riesgo en Pacientes con caries temprana de la infancia del departamento de Estomatología del Hospital para el niño Poblano. *Revista Oral Puebla*. Año 5 Vol. 16, p. 536-540. 2004.
12. MILTON, J. S. y Toscos, J. O. Estadística para biología y ciencias de la salud. Interamericana McGRaw-Hill Madrid. 2001.
13. MOURA, L.F.A.D; Rebelo, M.C.C.B.L.; Moura, M. D.; Leao, V.L.A. Avaliacao da Eficacia de Métodos de Higiene Bucal em Bebés. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebe*, Vol. 3, Núm. 12, p. 141-146.2000.
14. NAHÁS, P.C.M.S.; Schmitt, D.R.M. y Kim, W.S.Y. Salud bucal del bebe al adolescente. Centro de estudios de posgrados en odontología México. 2004.
15. NORMAN, O. H. y García G.F. Odontología Preventiva Primaria. Primera Edición, Editorial El Manual Moderno. México D.F. 2001.
16. OMS. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Ginebra. 2004.
17. OMS. Datos que la OMS recomienda sobre la lactancia materna.2007
18. PAHO, Carta de Ottawa para la promoción de la salud 1986. Acceso en <http://paho.org/spanish/Hpp/Ottawa.CharterSp.Pdf>. 2008.
19. PETROVIC, P.M Evaluación del programa de Educación para la Salud en el tratamiento estomatológico de mujeres embarazadas de Niss Serbia. *Revista ADM Vol. 64, Núm. 5, p. 197-200*.2004.

20. PRUDENCIO, S.A.C. y Kleine, B. A. Prevalencia de Caries en niños de 19 a 31 meses de edad, inscritas en guarderías públicas y privadas en Itajaí, SC. Journal de Odontopediatría, Volume 6 Number 32, p. 311-315. 2003.
21. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la Real Academia Española. 22ª edición. 2001.
22. RUIZ, L.G.; Gómez, G.R.; Rodríguez, G.R. Relación entre prevalencia de caries dental y embarazo, Revista ADM, Vol. 59, Núm. 1, p 5.9.2002.
23. AZERRAT Carlos Heredia, Odontología preventiva en el niño y en el adolescente (manual de procedimientos clínicos). Lima, Perú.
24. SANDOVAL F. Etelvina La trama de la escuela secundaria: Institución, relaciones y saberes. SEP. México. 2008.
25. HIGASHIDA, H; Bertha. “Manual de Ciencias de la Salud, Prácticas de laboratorio y campo”. México: Mc Graw Hill. 2004.
26. MEDINA-SOLIS Carlo E. y col. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción, Revista Biomédica U.117/No.4 Campeche, Campeche, México.; 17; 269-286. Octubre-Diciembre 2006.
27. [ESTRADA FIGUEROA](#) Luis, [Sumonte Hernández](#) Rodrigo, Prevalencia de caries dental e índices ceod en niños y niñas de 2 y 4 años de edad: Centro Comunitario de Salud Familiar"8 de Mayo", Chile 2011.
28. BARRANCOS Julio Mooney y Barrancos Patricio, Operatoria Dental: integración clínica. Buenos Aires, 2006.
29. Soriano Del Castillo José Miguel, Nutrición básica humana Universidad de Valencia. 2006

30. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración SEPA Manual de Higiene Bucal Abril2009.

31. BORDONI, Escobar Rojas, Castillo Mercado, Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires. 2010.

ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
Ceod	Dientes cariados, extraídos y obturados.
ENSE	Encuesta de Salud en Escolares.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.

ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
NOM	Norma Oficial Mexicana.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PAHO	Organización Panamericana de la Salud
RAE	Real Academia Española
SEP	Secretaría de Educación Pública
SEPA	Sociedad Española de Periodoncia y Odontointegración.
SS	Seguro Social.
SSA	Secretaria de Salud.
SIPI	Sistema Informático de Proyectos de Investigación
USB	Universal Serial Bus

30DJN30=Entidad.

DJN=Dirección Jardín Niños

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario

Cuestionario

Para conocimiento del niño en edad preescolar.

Folio: _____

Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____

Nombre de la madre: _____ Edad: _____

Nombre del padre: _____ Edad: _____

Ocupación actual: _____ Número de hijos: _____

1. Grado de escolaridad de los padres:
 - a) Ninguno () b) Primaria incompleta () c) Primaria Completa ()
 - d) Secundaria Incompleta e) Secundaria completa f) Preparatoria incompleta () g) Preparatoria completa h) Profesionista ()

2. ¿Las mujeres embarazadas pueden acudir al Dentista?
 - a) Sí () b) No () c) No sabe ()

3. Si la respuesta fue No, explique (n) ¿porqué?
 - a) Le hace daño al niño ()
 - b) Le hace daño a la madre ()
 - c) Otro motivo: _____

4. ¿Sabe(n) sobre la importancia de la alimentación de la madre durante el embarazo para la formación de los dientes del niño?
a) Sí ()
b) No ()
5. ¿Qué alimentos influyeron durante su embarazo para la formación de los dientes del infante?
a) Frutas y verduras () b) Carnes y cereales () c) Leche, queso y yogurt () d) Fibra y grasas () e) Huevos y harinas ()
6. ¿Tuvo algún tratamiento dental durante su embarazo?
a) Sí () b) No ()
7. ¿Sabe (n) para qué sirve la aplicación de flúor en los dientes de los niños preescolares?
a) Sí () ¿Para qué? _____ b) No ()
8. ¿Sabe (n) la diferencia que hay entre que un niño haya succionado del pecho materno, a que lo hubiere hecho con biberón?
a) Sí () ¿Cuál? _____ b) No ()
9. ¿Sabe (n) cuál es la edad para retirar la alimentación al niño del seno materno?
a) Sí () ¿Cuál? _____ b) No ()
10. ¿Sabe (n) cuándo se debe iniciar con la higiene bucal de un infante?
a) Sí () ¿Cuándo? _____ b) No ()
11. ¿Sabe(n) que problemas ocasiona u ocasionaría a un niño la utilización del dedo o de chupón?
a) Sí () ¿Cuáles? _____ b) No ()

12. ¿Sabe (n) cuándo se debe llevar al dentista por primera vez a un niño?

a) Sí () ¿Cuándo? _____ b) No ()

13. ¿Su médico familiar alguna vez, le (s) habló sobre la higiene de la boca de su niño?

a) Sí () b) No ()

14. ¿Acostumbró dormir a su niño con el pecho o biberón?

a) Sí () b) No ()

15. ¿Utilizó usted el biberón o seno materno frecuentemente, además de, para alimentar, para calmar a su hijo?

a) Sí () b) No ()

CONTESTE LO SIGUIENTE, SÓLO EN CASO DE HABER ALIMENTADO A SU NIÑO CON BIBERÓN.

16. ¿Qué es lo que le dio, a su niño de más pequeño para tomar en biberón, además de leche? _____

17. ¿Conocieron cuál es la edad ideal para retirar la alimentación del niño por biberón? _____

18. ¿Supieron si se debía realizar higiene bucal al niño de pequeño, después de administrarle medicamentos como jarabes o suspensiones?

a) Sí () ¿Porqué? _____

b) No () ¿Porqué? _____

c) No saben ()

19. El uso frecuente de medicamentos (jarabes-suspensiones) ¿puede ser causa de caries en los dientes de un niño pequeño?

- a)** Sí () **b)** No () **c)** No sabe ()

20. ¿La caries es una enfermedad contagiosa?

- a)** Sí () **b)** No () **c)** No sabe ()

Anexo 2.

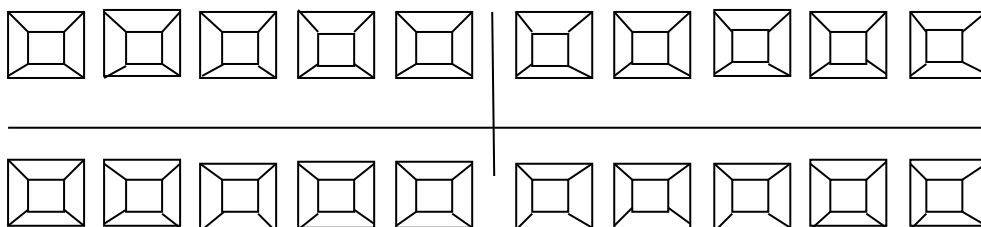
Índice ceod

Como en cualquier otro dominio de Salud Pública es necesario registrar datos epidemiológicos que nos permitan tener una idea precisa de la información que nos interesa obtener, por lo tanto desde hace varios años, y con el fin de facilitar esta tarea, se han creado índices que nos permiten registrar datos de manera ordenada y objetiva, entre ellos, los índices utilizados en odontología los cuales son diversos dependiendo las necesidades del profesional.

El índice ceod es una sumatoria utilizada en odontología para registrar los dientes temporales cariados, extraídos y obturados.

El odontograma se llena de la siguiente manera: se rellena de azul la superficie del diente obturada, de rojo la superficie cariada y con una cruz de color rojo, los órganos dentarios extraídos.

Se utilizó este índice pero solo se aplicó en los niños que ya tenían erupcionados estos dientes, sin importar cuantos eran, se aplicó en niños que tenían desde un solo diente erupcionado, hasta los que tenían la dentición temporal completa.

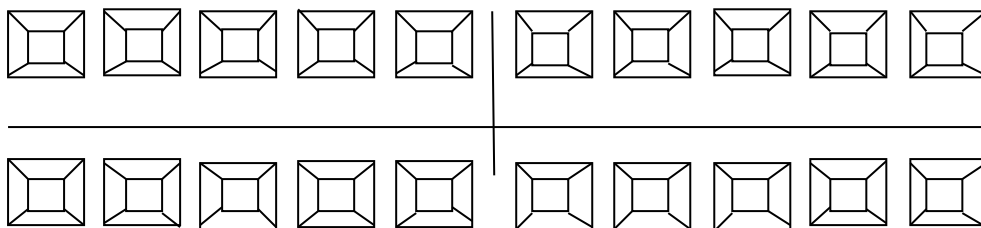


Anexo 3. Índice de Placa de O' Leary

Existen diversos índices de higiene oral, los cuales se utilizan para determinar presencia de placa dentobacteriana, materia alba y cálculo supra e infragingival, por las necesidades de este estudio se utilizó el índice de O'Leary el cual valora la presencia o ausencia de placa en las cuatro superficies del diente (todas menos la oclusal en dientes posteriores).

En las superficies proximales se examina la presencia de placa principalmente a nivel gingivodental en las zonas mesiodental y distodental, mesio y distovestibular, mesio y distopalatina o lingual. Se determina sumando los sectores con placa, multiplicando por el número de sectores presentes (número de dientes multiplicado por cuatro) y multiplicado por 100. No se consideraron los dientes ausentes en el denominador.

El procedimiento mediante el cual se hace el revelado de placa es por la aplicación de algodón en tejidos blandos y duros con una pastilla reveladora de placa bacteriana marca GUN, las superficies coloreadas se consideran con presencia de placa, y las superficies sin colorear se consideran con ausencia de placa.



Registro de higiene por zonas

Zona	Presencia de placa	Ausencia de placa
Lengua		
Paladar blando		
Carillos		
Encía de arcada superior		
Encía de arcada inferior		

Anexo 4

Cartilla de Salud actual.

En Junio de 2009, la Secretaría de Educación Pública (SEP), anunció el inicio de la distribución de la nueva Cartilla Nacional de Salud a más de 25 millones de alumnos de preescolar, primaria y secundaria, en la que a diferencia de la Cartilla Nacional de Vacunación, verifica la masa corporal, **la salud bucal**, agudeza visual, parásitos y otros males; y promoverá acciones como la donación de órganos.

Portada.



Interior

Anteriormente las acciones de atención a los niños respecto de su salud bucal iniciaban a partir de los tres años de edad. Hoy tal y como se muestra en cartilla ya se contempla una política de orientación en la técnica del cepillado desde el primer año de edad. Desafortunadamente solo a la población que cuenta con estos esquemas de salud.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES		
ACCIÓN	FRECUENCIA	FECHA
ATENCIÓN PREVENTIVA AL RECIÉN NACIDO (Profilaxis oftálmica y ministración de vitamina K)	EN EL MOMENTO DE NACER, POR EL MÉDICO O ENFERMERA QUE RECIBE AL NIÑO	
QUIMIOPROFILAXIS PARA TUBERCULOSIS PULMONAR	CUANDO EL MENOR TIENE CONTACTO COTIDIANO CON PERSONAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA	Inicio de tratamiento
		Fin de tratamiento

SALUD BUCAL		
CADA SEIS MESES O AL MENOS UNA VEZ AL AÑO, A PARTIR DE LOS TRES AÑOS DE EDAD PARA PREVENIR CARIES DENTAL Y ENFERMEDADES DE LA ENCÍA (EN LOS PRIMEROS 12 MESES DE EDAD EL PERSONAL DE SALUD ORIENTARÁ AL RESPONSABLE DEL MENOR SOBRE LA TÉCNICA DE HIGIENE BUCAL)		
ACCIÓN	FECHA	
DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA	1 ^{er} semestre	
	2 ^o semestre	
INSTRUCCIÓN EN TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL (desde el primer año de edad)	1 ^{er} semestre	
	2 ^o semestre	
INSTRUCCIÓN DE USO DEL HILO DENTAL (a partir de los 8 años de edad)	1 ^{er} semestre	
	2 ^o semestre	
APLICACIÓN DE FLÚOR (al menos una vez al año)	1 ^{er} semestre	
	2 ^o semestre	

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES			
DETECCIONES REALIZADAS POR MÉDICOS Y ENFERMERAS		EDAD RECOMENDADA	FECHA
TAMIZ NEONATAL	HIPOTIROIDISMO	AL NACIMIENTO O ANTES DE LOS CINCO DÍAS	
	HIPERPLASIA ADRENAL, FENILCETONURIA (Def. biotinidasa)	ENTRE EL 3 ^o Y EL 5 ^o DÍA DE VIDA	
EXPLORACIÓN DE INTEGRIDAD VISUAL (Sólo por el médico)		ANTES DE LOS 28 DÍAS	
EXPLORACIÓN DE LA FUNCIÓN VISUAL (Sólo por el médico)		DE SEIS A OCHO MESES	
AGUDEZA VISUAL		ENTRE LOS CUATRO Y SEIS AÑOS	
OTRAS DETECCIONES			

Anexo 5

FOTOGRAFÍAS

