



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES
DENTAL QUE TIENE UNA MUESTRA DE ESCOLARES
DE SEXTO AÑO DE PRIMARIA DE LA DELEGACIÓN
TLAHUAC. 2018.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ÁLVARO SAID GONZÁLEZ SERVÍN

TUTORA: Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO



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.

A mis padres Álvaro González Olea y Susana Servín Rodríguez

Quienes me regalaron una vida, donde me inculcaron que el camino de la superación comienza por los estudios, me enseñaron valores los cuales dicen que todo en esta vida cuesta trabajo, especialmente las cosas que más se anhelan y desean.

Quienes siempre me mostraron su amor e incondicionalmente me han guiado toda mi vida, los verdaderos autores de este logro, quienes sin ellos nada de esto hubiera sido posible, a ellos para quienes espero poder llenar de orgullo el día de hoy.

¡Los amo papás!

A mi tutora la Maestra Miriam Ortega Maldonado quien día a día dedica gran parte de su vida a sus alumnos, en especial a aquellos que tenemos mayores tiempos difíciles, y nos dice: ¡No caigas, ten fuerza para levantarte! Que, por personas como ella, que muestran una completa entrega a la formación de las nuevas generaciones, los alumnos se encuentran mejorando cada día más, A usted ¡Mil gracias!

A la memoria de mi abuela Asunción Olea Barrios quien en vida fue una de las personas más importantes y que más marcaron la mía, que vio muchísimo por mí durante gran parte de mi vida académica, siempre con una sonrisa y una invitación a comer obligatoria; ¡Nunca la voy a olvidar!

A mi mejor amigo Hugo Alberto Pérez Acevedo quien ha estado apoyándome desde que éramos solo unos niños de primaria, que ha compartido gran parte de su persona, humor y humanidad, hasta la fecha y quien es el hermano que se perdió después de que nacimos y apareció unos meses después en la tierra ¡Muchas gracias Hugo!

A mi amigo Alejandro Ozuna Miranda quien ha estado conmigo en los momentos más difíciles, brindando gran parte de su tiempo, ayuda y sus grandes palabras de ánimo, ¡Gracias Alex!

A mis hermanas Jocelyn, Ailed y mi sobrino Raziel quienes, desde ser mis pacientes, hasta ser regalos que me han dado en vida sin poder merecerlos.

A toda mi familia, tíos, primos, de ambas familias, mi abuelita Rosa quienes siempre me han recibido en sus hogares y adoptado incluso por temporadas completas.

A mis amigas de la carrera Claudia, Casandra con quienes compartí momentos inolvidables desde que iniciamos el primer año, miles de alegrías, adquisición de conocimiento, y que, pasamos penas y glorias juntos.

A mis amigos más recientes Christian, Ricardo, Brian, Emir, David quienes me hicieron llevar una carrera muy divertida alegre y en la cual el tiempo se nos fue bastante rápido.

Y el agradecimiento más especial va para un símbolo de amor por México, que da prosperidad día con día a la gente que busca soñar, que buscan la verdad y el progreso, que busca abandonar la pobreza, que buscan cambiar al país; la grandiosa, la número 1, por siempre:

La Universidad Nacional Autónoma de México, que nos ha regalado la dicha de aprender, de vivir, de sentir, de madurar, de realizar todo aquello que nos hace felices. ¡Por mi raza hablará el espíritu!

A la facultad de Odontología que ha sido mi casa y me ha regalado los mejores momentos de mi vida y una cantidad infinita de risas y alegrías, así como el conocimiento para actuar por el bien de los pacientes y que por ella día con día puedo llevar un pan a mi boca.

Gracias a todos los facultativos, directivos, universitarios, cuerpo técnico, que hacen que esto sea posible todos los días.

Y también gracias a todos los pacientes que están con nosotros desde que somos unos odontoblastos y depositan su confianza en nosotros como futuros Cirujanos Dentistas. ¡Gracias!

INDICE	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	7
2. ANTECEDENTES	8
2.1 Caries dental	8
2.2 Prevención de caries	11
a. Control de placa bacteriana	12
b. Fluoruro (tópico o sistémico)	14
c. Dieta baja en carbohidratos	19
d. Sellador de fosetas y fisuras	22
2.3 Conocimiento sobre prevención de caries	23
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
4. JUSTIFICACIÓN	27
5. OBJETIVO	28
5.1 Objetivos generales	28
5.2 Objetivos específicos	28
6. METODOLOGÍA	29
6.1 Tipo de estudio	29
6.2 Población	29
6.3 Selección y tamaño de la muestra	29
6.4 Variables	30
6.5 Procedimiento operativo	30
6.6 Recursos	30
6.7 Análisis estadístico	31
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
8. RESULTADOS	33
9. CONCLUSIONES	45
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXO 1	49
ANEXO 2	50

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, para la decisión de tratamiento y manejo de las enfermedades bucales, no sólo es importante conocer los indicadores clínicos bucales de los individuos antes de realizar cualquier tipo de intervención, sino también saber los niveles de conocimientos que los pacientes o sus responsables tienen sobre la etiología y prevención, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma.

La utilización de todos aquellos recursos preventivos en la higiene bucal permitirá conservar una óptima salud dental que perdure durante toda su vida, por ello es necesario el esfuerzo, la motivación y la participación de los padres considerando el conocimiento que tienen sobre prevención para que sean ellos los principales promotores de la salud de los escolares. Lo cual, a su vez repercutirá en el costo – beneficio de la atención dental en un futuro de los menores.

Razón por la cual, el presente trabajo de investigación retoma el cuestionario validado por Cupé-Araujo sobre “Conocimiento sobre salud bucal” con la finalidad de evaluar el nivel de conocimiento de una muestra de padres de familia de una escuela primaria en la delegación Tláhuac.

2. ANTECEDENTES

La salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad funcional que permiten los factores sociales en los cuales vive inmerso el hombre y la colectividad. La salud bucal es parte integrante de la salud en general, por lo tanto, un individuo con presencia activa de enfermedad no puede considerarse completamente sano. ¹



Figura 1. Efectos de la caries sobre la población ²

2.1 Caries dental

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM-013-SSA2-2015) se define a la caries como una enfermedad infecciosa, bacteriana, transmisible, multifactorial que provoca destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir del metabolismo de los carbohidratos.³ Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO por sus siglas en

inglés) la define como proceso multifactorial, localizado que va a generar reblandecimiento del tejido duro del diente posterior a la erupción de estos, evolucionando hasta generar una cavidad.⁴ Sin embargo, el concepto más actual, indica que son procesos generados a partir del desequilibrio fisiológico entre los minerales del diente y los fluidos de la placa bacteriana, cuando la reducción a un pH ácido provoca pérdida mineral de los dientes, apuntando que aparte de ser un proceso multifactorial también es dinámico.⁵ De este modo vamos a tener factores constantes que van a interactuar entre sí para generar la lesión cariosa, tales como tiempo, superficie dental susceptible, bacterias e hidratos de carbono.⁶



Figura 2. Modelo de Keyes modificado por Newbrun, 1978.⁶

Núñez a través de los trabajos de Fejerskov, añade que la lesión cariosa se encuentra en una constante dinámica de desmineralización y remineralización donde el metabolismo microbiano sobre la superficie dentaria susceptible puede resultar en la pérdida neta del mineral. Este proceso destructivo resulta de la generación de ácidos a partir de las bacterias y su metabolismo, que cuando el pH de la saliva es bajo por consumo alto de azúcares principalmente, favorece el medio ambiente bucal para el desarrollo de las bacterias cariogénicas y la disminución de saliva.^{7, 8}

La OMS estima que en el mundo alrededor de un 60-90% de los niños en etapa escolar padecen de caries, la cual si no se atiende oportunamente puede generar dolor, molestias y dificultades para masticar y comer.⁸

Cuadro 1. Impacto de la caries en la salud general y bucal de niños.⁹

Físico
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor y malestar debido a la infección y formación de abscesos.
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento dental invasivo con riesgo de dolor durante el proceso. • Trastornos del desarrollo en dientes permanentes • Impacto negativo en la futura salud bucal.
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del desarrollo oclusal con riesgo de futuros problemas ortodónticos • Crecimiento retardado debido a la pérdida del apetito y reducido consumo de alimentos
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño • Problemas especiales en niños con condiciones de Salud crónicas.
Psicológico y Emocional
<ul style="list-style-type: none"> • Miedo Dental y Ansiedad • Estética reducida con baja autoestima
<ul style="list-style-type: none"> • Ser la burla de otros niños debido a la estética o dificultades del habla
Conducta
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de manejo del comportamiento • Carencia de atención regular al cuidado dental
Social
<ul style="list-style-type: none"> • Interrupción de la función diaria • Vergüenza mientras come y habla delante de otros

2.2 Prevención de caries

La prevención puede considerarse como una flecha que apunta en dirección opuesta de la enfermedad y consiste utilizar todos los esfuerzos para poner barrera al avance de la enfermedad en todos y cada uno de sus estadios.

La prevención, así como la enfermedad, puede dividirse en distintos períodos que son: la prevención primaria, o prevención en términos absolutos la cual actúa durante el estadio prepatogénico de la enfermedad; la prevención secundaria durante el estadio clínico de la enfermedad y la prevención terciaria durante el estadio final.

En el trabajo nos enfocaremos en la prevención primaria, la cual comprende dos niveles:¹⁰

a. Primer nivel: Promoción de la salud

El primer nivel “*promoción de la salud*”, no está dirigido hacia la prevención de alguna enfermedad en específico, pero incluye todas las medidas que tienen por objeto mejorar la salud general del individuo, tales como la educación en general, una nutrición balanceada, higiene en el hogar etc.

b. Segundo nivel: Protección específica

En el segundo nivel se consideran los cuatro factores involucrados en el proceso carioso: 1) riesgo de la estructura dental, 2) placa bacteriana, 3) carbohidratos fermentables y 4) el tiempo.

Y a partir de ellas se definen las estrategias principales para su prevención:¹⁰

a. Control de placa bacteriana; b. Tratamiento sistémico de fluoruro; c. Aplicación tópica de fluoruro; d. Dieta baja en carbohidratos y e. Sellado de fosetas y fisuras.

La aplicación de fluoruro es la que ha tenido el mayor impacto, la

combinación de éste con la aplicación de selladores ha sido lo más efectivo, pero el uso de selladores sigue siendo complicado. El cambio de la dieta tiene un bajo impacto en la reducción de caries en una escala global, y el control de placa es el método más practicado por la mayoría de las personas.¹¹

a. Control de placa bacteriana

La placa bacteriana es reconocida universalmente como el agente causal, tanto de la caries dental como de las enfermedades periodontales. La causa directa de esta enfermedad no es simplemente su presencia sino la producción dentro de ella de varios metabolitos dañinos por parte de su flora, en el caso de la caries dental son ácidos orgánicos producidos como subproductos de distintas vías utilizadas por las bacterias para metabolizar sus fuentes de energía carbohidratadas, de ahí la importancia de su control.¹⁰

El cúmulo de placa bacteriana por una higiene insuficiente, englobado en los determinantes del estilo de vida, es un factor de riesgo para caries dental como ya se ha mencionado.¹⁰

A pesar de que un alto porcentaje de la población declara cepillarse los dientes dos veces al día, la realidad es que la venta de productos dentales no siempre cuadra con estas declaraciones. Además, el tiempo dedicado a la higiene bucal se encuentra habitualmente por debajo de los 60 segundos, cuando el tiempo recomendado para una higiene pormenorizada se sitúa entre dos y tres minutos, y la técnica utilizada no es siempre la más adecuada. Por tanto, el control real de la placa por parte de la población es bastante imperfecto, de acuerdo con las estadísticas disponibles sobre hábitos de higiene bucal. Cabe recordar que una técnica de higiene oral debería: ¹²

- Ser efectiva en la limpieza.
- Ser segura y no dañar.
- Ser fácil de enseñar, aprender y utilizar.
- Ser aplicada en la zona indicada.

Imagen 1. Auxiliares para el control de la placa bacteriana



Los métodos mecánicos de control de placa utilizados de forma rutinaria han sido considerados desde siempre como la mejor manera para que los pacientes eliminen la placa, aunque existan bacterias residuales sin eliminar. Además, el cepillado con una pasta dental con principios activos puede aportar un efecto anticaries, antihipersensibilidad o antiséptico. La utilización inadecuada del cepillo y del hilo dental, incluso en pacientes bien entrenados, en áreas de difícil acceso y en sectores posteriores, comporta la necesidad de utilizar otros mecanismos para conseguir esta meta. Los métodos mecánicos para la eliminación de la placa requieren tiempo, motivación y destreza manual. Además, la motivación y el cumplimiento a menudo desaparecen con el tiempo. Por tanto, las técnicas mecánicas de

higiene bucal parecen no ser suficientes para controlar la placa y la gingivitis.¹²

De acuerdo con la evidencia disponible en la actualidad, el control de placa (mecánico y químico) acompañado del uso de fluoruros tópicos se ha establecido como la base del mantenimiento de una dentadura sana. De hecho, la edad no es una variable importante en el estado periodontal cuando se mantiene una buena higiene bucal durante toda la vida. Con base en esta evidencia, la Federación Dental Internacional (FDI) estableció el cepillado dental con una pasta dental fluorada dos veces por día como el patrón básico de cuidado dental personal, pudiendo ser mejorado con el uso de elementos adicionales de higiene interproximal (como la seda dental o los cepillos interproximales, desarrollados para eliminar la placa dental de las zonas interdetales de tamaño aumentado en pacientes que han sufrido periodontitis) o de colutorios (antisépticos o fluorados).¹²

Para prevenir la caries dental es importante recomendar al paciente que no se enjuague con agua después del cepillado o la haga mínimamente a fin de conseguir un efecto más prolongado del flúor, a menos que se enjuague posteriormente con un enjuague fluorado ya que el objetivo final es obtener una concentración de flúor elevada durante el mayor tiempo posible.¹²

b. Fluoruro (tópico o sistémico)

Las bacterias cariógenas residen en la placa dental, una matriz orgánica adhesiva, formada por bacterias, y restos de esmalte dental. Dichas bacterias producen polisacáridos que aumentan la adherencia de la placa al esmalte. Un paso inicial en la formación de la lesión consiste en el metabolismo de sustratos de la dieta, como los azúcares y otros hidratos de carbono fermentables. Los ácidos producidos por ese metabolismo desmineralizan el esmalte subyacente.¹³

Los fluoruros presentes en la boca también son retenidos y concentrados en la placa dental y contribuyen de varias formas a controlar las lesiones iniciales de la caries dental. Los fluoruros concentrados en la placa dental y en la saliva inhiben la desmineralización del esmalte sano y estimulan su remineralización. A medida que las bacterias cariógenas metabolizan los hidratos de carbono y producen ácidos, la reducción del pH induce la liberación de fluoruros de la placa dental, los cuales, junto con los fluoruros de la saliva son captados con el calcio y el fosfato por el esmalte desmineralizado para mejorar su estructura y hacerlo más resistente a los ácidos. Los ciclos de desmineralización y remineralización continúan a lo largo de toda la vida de los dientes. Los fluoruros de la placa dental también inhiben el proceso mediante el cual las bacterias cariógenas metabolizan los hidratos de carbono para producir ácidos y alteran la producción bacteriana de polisacáridos adhesivos.¹³

La concentración de fluoruros en la saliva ductal es tan baja —0,006 a 0,016 partes por millón (ppm), según se trate de zonas sin o con fluoración del agua potable— que probablemente no altere la actividad cariógena. Sin embargo, el consumo de agua fluorada, el uso de dentífricos fluorados y el uso de otros productos dentales fluorados puede multiplicar por 100 o 1 000 la concentración de fluoruros en la saliva bucal. Dichas concentraciones vuelven a sus valores anteriores en una o dos horas, pero durante este tiempo la saliva sirve como importante fuente de fluoruros que se concentran en la placa y remineralizan los dientes. Inicialmente se pensó que los fluoruros solo beneficiaban a los niños, pues su acción se limitaría a los dientes pre eruptivos, pero en la actualidad se sabe que también son beneficiosos para los adultos.¹³

El agua potable fluorada y los dentífricos fluorados son las principales fuentes de fluoruros. Las personas con alto riesgo de caries dental pueden necesitar una mayor exposición a los fluoruros y beneficiarse de otras formas

de administración, como los colutorios, los suplementos dietéticos o los geles, espumas y barnices tópicos.¹³

Imagen 2. Fluoruro tópico



a. Aplicación con cucharillas

b. Aplicación con pincel

- Riesgo de fluorosis en esmalte

La fluorosis del esmalte solo ocurre en menores de 8 años que ingieren cantidades excesivas de fluoruros durante períodos críticos del desarrollo de los dientes. La mayor susceptibilidad corresponde a las fases de transición y maduración temprana, que ocurren en diferentes momentos según el tipo de dientes (incisivos, caninos, etc.). Una vez completada la maduración preeruptiva, el esmalte deja de ser susceptible a la fluorosis. En los menores de 8 años, las fuentes de fluoruros son el agua potable, las bebidas y comidas procesadas, los dentífricos fluorados, los suplementos dietéticos que contienen fluoruros y otros productos dentarios. La fluorosis del esmalte después de los seis años se presente por lo general en dientes posteriores por ser más susceptibles.¹³

Imagen 3. Fluorosis dental



Algunas recomendaciones: ¹³

- Continuar y ampliar la fluoración del agua potable municipal. La fluoración del agua municipal es una forma segura, eficaz y barata de evitar la caries dental que beneficia a las personas de todos los grupos de edad y de todos los niveles socioeconómicos. Además, es la forma de prevenir la caries dental que proporciona la mejor relación costo-efectividad en comunidades con suministro municipal de aguas. En cambio, la utilidad de la fluoración de sistemas aislados de suministro de agua en las escuelas es más limitada, y la decisión de iniciar o continuar estos programas debería basarse en la valoración del riesgo de caries dental en cada escuela, en la disponibilidad de medidas preventivas alternativas y en la evaluación periódica de la eficacia del programa.
- Aconsejar a los padres y a los cuidadores sobre el uso de dentífricos fluorados por los niños pequeños, y en particular por los menores de 2 años. El uso de dentífricos fluorados es una forma de reducir la prevalencia de la caries dental que posee una buena relación costo-efectividad. Sin embargo, en los menores de seis años, y en particular en los menores de dos años, hay un riesgo considerable de fluorosis

del esmalte que se puede reducir realizando dos o menos cepillados al día, aplicando una pequeña cantidad de pasta de dientes (0,25 g), supervisando el cepillado e instruyendo al niño para que escupa la pasta. En niños menores de dos años, al sopesar los riesgos y beneficios del uso de dentífricos fluorados, el dentista y demás profesionales sanitarios deberían considerar la concentración de fluoruros en el agua potable municipal, otras fuentes de fluoruros y otros factores que puedan afectar a la susceptibilidad a la caries dental.

- Utilizar los colutorios fluorados únicamente en personas y grupos con alto riesgo de caries dental. Los niños menores de seis años no deben usar colutorios fluorados sin consultar a un dentista o a otro profesional sanitario debido al riesgo de fluorosis del esmalte en caso de deglución repetida del colutorio.
- Prescribir suplementos de fluoruros de forma juiciosa. Estos suplementos se les pueden prescribir a los niños con alto riesgo de caries dental que consumen agua potable con bajas concentraciones de fluoruros, teniendo siempre en cuenta el riesgo de fluorosis del esmalte. La prescripción se puede hacer de forma individual o como parte de programas escolares dirigidos a todo un grupo.
- Aplicar productos con gran concentración de fluoruros a personas con alto riesgo de caries dental. Los productos con gran concentración de fluoruros pueden desempeñar un importante papel en la prevención y control de la caries dental en personas y grupos con alto riesgo de padecer la enfermedad. Al determinar la intensidad del tratamiento, los dentistas y otros profesionales sanitarios deben considerar la magnitud del riesgo y la edad del paciente. El uso rutinario de espumas o geles aplicados por profesionales proporcionan escasos beneficios en personas sin gran riesgo de caries dental,

especialmente si consumen agua fluorada y usan dentífricos fluorados.

c. Dieta baja en carbohidratos.

Una buena nutrición no es sólo necesaria para tener una buena salud general; también juega un papel importante en el desarrollo y la protección de la salud bucal. Una buena nutrición permite tener, no sólo, dientes sanos y fuertes, resistentes al ataque de bacterias, sino tener también encías y boca saludables, sin dolencias y en buen estado de funcionamiento y, por otra parte, una dentadura en buen estado permite masticar bien los alimentos, siendo el primer paso de nuestra digestión.¹⁴

Está demostrado que la alimentación influye sobre la aparición de la caries, pero esto no sólo depende del tipo de alimento, sino de la frecuencia y del momento en el que estos se tomen. Una buena educación nutricional contribuye en gran medida al control de la caries dental. Los aportes adecuados de calcio y fosfatos son determinantes a la hora de formación de los dientes, y ello contribuirá en su futura resistencia frente a la caries. Por otro lado, si se ingieren hidratos de carbono y no se realiza una adecuada higiene oral, los azúcares fermentarán, produciéndose la caries como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana.¹⁴

Numerosos estudios han demostrado que la formación de caries no sólo depende de la colonización de los dientes por bacterias y de su susceptibilidad, sino también del tipo de comida, frecuencia y momento en que se ingiera. Así son más cariogénicos: dentro de los azúcares, los simples (la sacarosa forma unos compuestos llamados glucanos a los que las bacterias se adhieren firmemente); alimentos retenidos más tiempo en la boca (chocolates, alimentos pegajosos, caramelos masticables, etc.), y

también aquéllos que se ingieren entre las comidas o poco antes de irse a dormir sin realizarse la higiene bucal.¹⁴

Algunos alimentos ayudan a protegerse contra las caries, como, por ejemplo, los quesos curados, ya que aumentan el flujo de saliva. El queso también contiene calcio, fosfatos y caseína, proteína láctea que protege contra la desmineralización. Acabar una comida con un trozo de queso ayuda a contrarrestar la acción de los ácidos producidos por los alimentos ricos en carbohidratos consumidos en la misma comida.¹⁴

Nutrientes importantes para tener una buena salud dental ¹⁴

- Las proteínas son imprescindibles para la formación de los dientes. La desnutrición proteica causa un retraso significativo en la erupción de los dientes de leche y hay estudios que sugieren que la desnutrición temprana y la aparición de caries (los dientes poco desarrollados y bajos en calcio son más vulnerables a las caries) están relacionadas.
- El calcio, la vitamina D y el flúor son necesarios para la formación de dientes fuertes durante el proceso llamado calcificación dental. Una falta de vitamina D durante la infancia causa retrasos en la aparición de los dientes de leche y de dientes permanentes, modifica el orden en el que erupcionan los dientes. El flúor disminuye la posibilidad de padecer de caries al remineralizar el esmalte de los dientes, reducir la capacidad de la bacteria para producir ácido y fomentar la reposición mineral.
- Las vitaminas C y K son importantes porque mantienen las encías saludables. La vitamina C mantiene fuerte el tejido de las encías y la vitamina K controla la pérdida de sangre. La falta de vitamina C afecta las encías y el tejido blando que sujeta los dientes.
- La falta de vitamina A durante la formación de los dientes interfiere

con la calcificación dental y como resultado el esmalte de los dientes no se desarrolla completamente o se desarrolla mal.

- La falta de riboflavina produce la inflamación de la lengua y la inflamación y el desarrollo de grietas en los labios.

Una nutrición correcta, balanceada, provee a nuestros dientes y encías de los minerales y vitaminas necesarios para su salud. Los lácteos son fundamentales para ello, pues permiten una ingesta adecuada de calcio. En el caso de susceptibilidad o alergia a la lactosa y/o proteínas de la leche podría ser sustituido por leche de soja y sus derivados, ya que su contenido cálcico es prácticamente igual. Los alimentos ricos en grasas mono-poliinsaturadas también son necesarios, pues permiten a nuestro cuerpo absorber el calcio de los alimentos. Entre ellos podríamos nombrar a las nueces, avellanas, almendras y quesos, que nos aseguran una correcta asimilación del calcio. Por último, es necesario limitar el consumo de alimentos que contengan demasiada sacarosa o carbohidratos fermentables, para así prevenir la fermentación de los azúcares a ácidos por la placa bacteriana, que genera la desmineralización dental.¹⁴

Imagen 4. Nutrición balanceada



a. Alimentos no cariogénicos

b. Alimentos cariogénicos

d. Sellador de fosetas y fisuras

Para la época de G. V. Black, no había métodos efectivos para la prevención de las lesiones cariosas tempranas. La prevención era, en naturaleza, mecánica; donde se incluían fosas y fisuras cariadas y sanas llevándolas a zonas llamadas de autolimpieza o inmunidad relativa, porque se creía que en esas zonas era menos factible la acumulación bacteriana y de esta manera se realizaba un sacrificio injustificado de estructura dental sana; hoy en día, la prevención y el tratamiento de la caries dental debe estar basado en la detección apropiada de la caries en sus etapas más tempranas, es decir, no sólo detectar cavidades sino también signos tempranos de desmineralización y actividad de la enfermedad.¹⁵

Desde la década de 1920, Lowe, Hyatt, Prime y otros autores describieron tratamientos preventivos de la caries consistente, básicamente, en la obturación de los surcos y fisuras, con una modificación leve de la anatomía dentaria o sin ella, para reducir la incidencia de caries en esas zonas del diente, estos métodos también eliminaban tejido sano.¹⁵

Los selladores son beneficiosos porque actúan como una barrera protectora en las fosas y hendiduras naturales del esmalte, las cuales están fuera del alcance de las cerdas del cepillo dental, contra los microorganismos y sus productos que pueden atacar a los dientes y causar la caries; también son beneficiosos cuando se utilizan algunos medicamentos los cuales por sus efectos colaterales aumentan el riesgo de caries como por ejemplo en la xerostomía, motivado a que una boca seca es mucho más susceptible a la caries porque no tiene la acción amortiguadora de la saliva.¹⁵

Aunque se ha escrito mucho sobre la eficacia, seguridad y costo beneficio de los selladores, sólo en los últimos años han ganado popularidad como procedimiento de prevención de la caries, siempre y cuando se apliquen con

diligencia y en el caso adecuado. Los selladores deben colocarse en aquellos pacientes que se encuentran con alto riesgo a la caries dental, sin importar la edad.¹⁵

Imagen 5. Sellador de fosetas y fisuras



2.3 Conocimiento sobre prevención de caries

Reportes con diversos enfoques han señalado que la experiencia de caries dental en México es alta. Sin embargo, ésta se encuentra documentada en forma parcial y con tendencias diversas lo que no permite que la información sea objetiva sobre los niveles de caries en las diferentes etapas de la vida.¹⁶

Por la frecuencia con la que se presenta en la población, la caries dental es el reto más importante. El estilo de vida de la población se acentúa hacia lo urbano y la alimentación se hace más industrializada lo que propicia el riesgo a caries. Algunas estrategias para la disminución del problema de caries dental se centran en la administración sistémica de fluoruros, fluoruro administrado profesionalmente, uso de enjuagues de fluoruro, selladores de fisuras, prácticas de higiene bucal, costumbres de alimentación, identificación de grupos de alto riesgo, y tratamiento y diagnóstico tempranos.¹⁶

Al respecto Maupomé y cols, en 2007 citan las recomendaciones sobre prevención en salud bucodental de la *Task Force on Preventive Health Care*

(CTFPHC) y señalan que los beneficios potenciales de estas medidas a largo plazo son: menor incidencia de caries dental, mejor supervivencia y prevención de fluorosis. El ahorro en costos puede ser considerable para los pacientes y aseguradoras. Sin embargo, la aplicación de algunas recomendaciones puede ser difícil, puesto que las prácticas preventivas de los dentistas no cambian fácilmente.¹⁶

Actualmente, para la decisión de tratamiento y manejo de las enfermedades bucales, no sólo es importante conocer los indicadores clínicos bucales de los individuos antes de realizar cualquier tipo de intervención, sino también saber los niveles de conocimientos que los pacientes o sus responsables tienen sobre la etiología y prevención, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma. Los padres desempeñan un papel crucial en el soporte emocional, necesidad de adaptación comportamental frente a enfermedades o tratamientos y en el financiamiento de los costos en la salud de los niños.¹⁷ Para que haya entonces salud bucal, los padres deben ser educados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal. Las acciones para proteger la salud bucal de los niños se basan en una constante participación de los padres o tutores, en programas del área materno infantil y al trabajo de pediatría de una manera general. Sin embargo, existe una gran dificultad para conseguir la colaboración de los padres, para la atención o realización de maniobras preventivas en el ámbito doméstico.¹⁷

La adquisición de información y desarrollo de habilidades es parte de la educación en salud, para estimular el cambio de comportamiento y actitud del individuo, beneficiando la salud de manera general¹⁷. Actualmente la literatura sugiere que la educación en salud bucal sea lo más precoz posible, ya que durante el periodo gestacional la mujer se encuentra más susceptible a adquirir conocimientos sobre cuidados para con su bebé, y

consecuentemente también receptiva a entender el valor de la buena salud bucal, así la prevención iniciada precozmente se torna más efectiva y fácil de realizar.¹⁷ Por ese motivo es importante que el núcleo familiar sea un punto clave en la prevención de enfermedades, como conductor de hábitos alimenticios de la familia y formadora de conceptos sobre salud. Desde el inicio del siglo, algunos profesionales del área odontológica han demostrado preocupación en desmitificar la creencia popular.¹⁷

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries dental precoz es un grave problema de salud pública, ya que los niños que presentan caries en la primera infancia tienen mayor probabilidad de desarrollar caries tanto en dentición decidua como en permanente, como también dolor al momento de comer. Otras consecuencias de caries dental en la vida de los niños incluyen visitas de emergencia, aumento en los costos del tratamiento, riesgo de atraso del crecimiento físico y aumento de peso, e impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud bucal.

Los datos de salud bucal en el mundo indican que la caries dental presenta una prevalencia disminuida en la mayoría de los países; lo cual no se presenta de forma homogénea en todos los países, ya que aún existe un gran número de personas pertenecientes a grupos minoritarios, socialmente desprotegidos, con mayor vulnerabilidad a las enfermedades bucales, por ser más susceptibles o estar más expuestos a factores de riesgo.

Por lo que, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el conocimiento sobre prevención de caries dental de padres con hijos en edad escolar (sexto grado de primaria) de la Delegación Tláhuac?

4. JUSTIFICACIÓN

Los padres de familia no siempre consideran la prevención de las enfermedades bucales de sus hijos como una prioridad. El uso de productos para la higiene oral, disponibles en el comercio, es una forma simple de prevenir enfermedades bucales, principalmente la caries dental; y se ha observado de forma empírica que mucho de esos problemas pudieron haber sido evitados con el simple uso de productos comerciales que están a la venta.

La falta de cultura y educación odontológica impide en los individuos acercarse a esos auxiliares de limpieza que les permitirían evitar enfermedades bucales en sus hijos. Es por ello que en éste trabajo se dio a la tarea de investigar acerca del conocimiento de los padres de familia sobre prevención de caries dental para estructurar las estrategias de acuerdo a las necesidades de la comunidad escolar a fin de que las acciones implementadas en un futuro tengan el impacto esperado.

5. OBJETIVO

5.1 Objetivos generales

Determinar el conocimiento sobre prevención de caries dental de padres con hijos en edad escolar (sexto grado de primaria) de la Delegación Tláhuac a partir de un instrumento validado para medir los conocimientos sobre salud bucal.

5.2 Objetivos específicos

1. Identificar el porcentaje de respuesta de los padres respecto al cuestionario de conocimiento sobre prevención de caries.
2. Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención de caries a partir del puntaje de las respuestas proporcionadas por los padres de los escolares.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

El diseño de la investigación fue de tipo transversal.

6.2 Población

Escolares de sexto grado de primaria de la Delegación de Tláhuac con su respectivo padre y/o tutores de los escolares.

6.3 Selección y tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue por conveniencia, considerando 43 padres o tutores de escolares de sexto grado de primaria de una escuela de la Delegación Tláhuac, que desearon participar y firmaron el consentimiento previamente.

- *Criterios de selección*

Se consideraron a los estudiantes de sexto grado de una escuela primaria de la Delegación Tláhuac que aceptaron participar y cuyos padres o tutores dieron su consentimiento por escrito.

Los cuestionarios incompletos, no legibles o sucios se eliminaron para los resultados del estudio.

6.4 Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Edad	Se determinó en años cumplidos. A partir de la información proporcionada por el padre o tutor.
Sexo	Se identificó como hombre y mujer a partir de la información del cuestionario. 0= Hombre 1= Mujer
Prevención	Definición de caries dental
Nivel de conocimiento	A partir del puntaje otorgado a las respuestas del cuestionario (0 a 20), se consideraron las siguientes escalas: Deficiente (0 a 10) Regular (11 a 14) Bueno (15 a 17) Muy bueno (18 a 20)

6.5 Procedimiento operativo

El estudio consistió en dos fases, en la primera se solicitó una junta informativa con las autoridades para platicar los objetivos del trabajo y obtener su autorización. Posteriormente, se solicitó una junta informativa con los padres o tutores para informar la logística y el objetivo del trabajo; así como el consentimiento por escrito.

La segunda fase consistió en solicitar a la profesora 20 minutos al término de su clase para entregar los cuestionarios para su llenado.

El cuestionario no llevó más de 30 minutos y al término del mismo, se llevó a cabo una plática sobre el cuidado y mantenimiento de la salud bucal.

6.6 Recursos

- Humanos:
 - Tutora: Mtra. Miriam Ortega Maldonado
 - Alumno: González Servín Álvaro Said
- Materiales: 42 cuestionario, lápices y gomas
- Financieros: Los cuales corrieron por parte del tesista.

6.7 Análisis estadístico

Para la presentación de la información, se obtuvieron porcentajes y frecuencias. Así como los resultados del cuestionario, cuyo número de respuestas correctas otorgó los puntajes del nivel de conocimiento (muy bueno, bueno, regular y deficiente) descrito en el punto referente a la operacionalización de las variables.

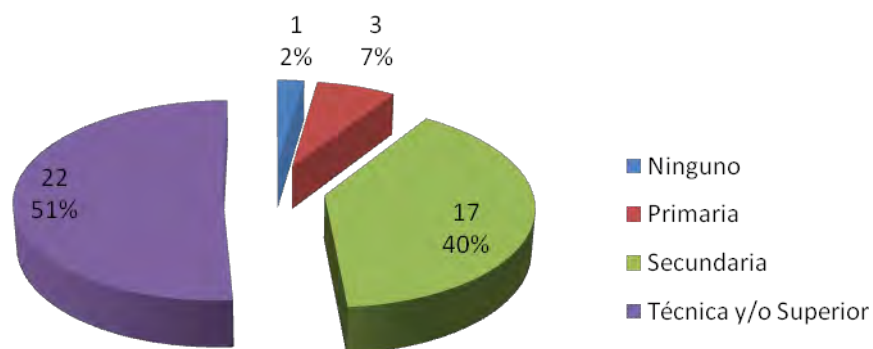
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no implica la realización de ninguna intervención, sin embargo, de acuerdo a la Ley General de Salud, artículo 17, esta investigación se considera con riesgo mínimo debido a que se harán exploraciones bucales. Por lo que consideramos necesaria la solicitud de consentimiento informado asegurando la confidencialidad de la información proporcionada.

8. RESULTADOS

Después de la plática con las autoridades correspondientes, se entregaron 147 cuestionarios a los padres y/o tutores de escolares de sexto grado de primaria de una escuela ubicada en la Delegación Tláhuac, sin embargo, sólo regresaron 43 sin tachaduras y completos. De los cuales 51% (22) de los padres cuenta con estudios de educación técnica y/o superior; 40% (17) con estudios de secundaria y sólo 2% (1) no cuenta con estudios (GRÁFICA 1).

Gráfica 1. Grado escolar de los padres y/o tutores de escolares de sexto grado de primaria.

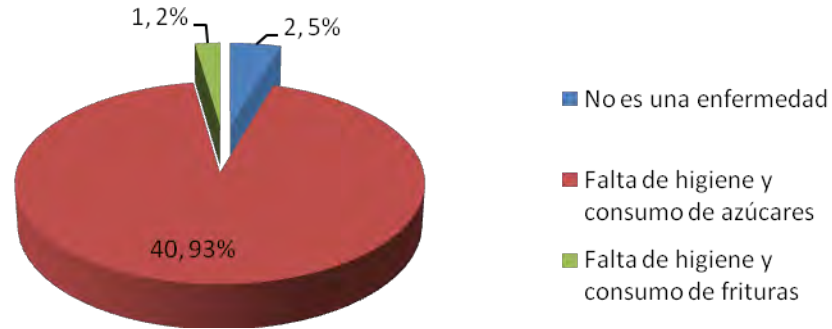


Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

El cuestionario se dividió en cuatro secciones de acuerdo al contenido de las preguntas: 1) caries dental; 2) prevención; 3) dieta y 4) higiene bucal. Por cada sección el cuestionario incluyó cinco preguntas, las cuales se describen a continuación.

Dentro de la primera sección se incluye la pregunta relacionada con la definición de caries dental, a lo que la mayoría de los padres respondió que la caries dental es una enfermedad causada por falta de higiene dental y consumo de azúcares; lo que llama la atención es que aún existen padres que consideran que la caries dental no es una enfermedad (GRÁFICA 2).

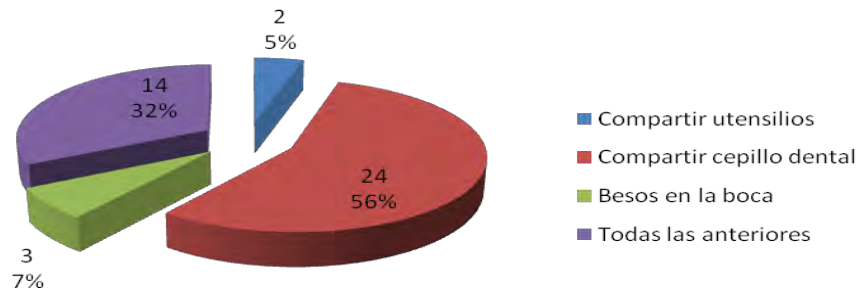
Gráfica 2. Respuesta a la pregunta, ¿Qué es la caries dental?



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

Respecto a la pregunta relacionada con la transmisión de los microorganismos de la caries dental, 56% (24) de los padres respondió que la caries se puede transmitir por compartir el cepillo dental, 7% (3) respondió que se puede transmitir por besar a alguien en la boca y sólo 32% (14) consideró todas las opciones como medios de transmisión de la caries (GRÁFICA 3).

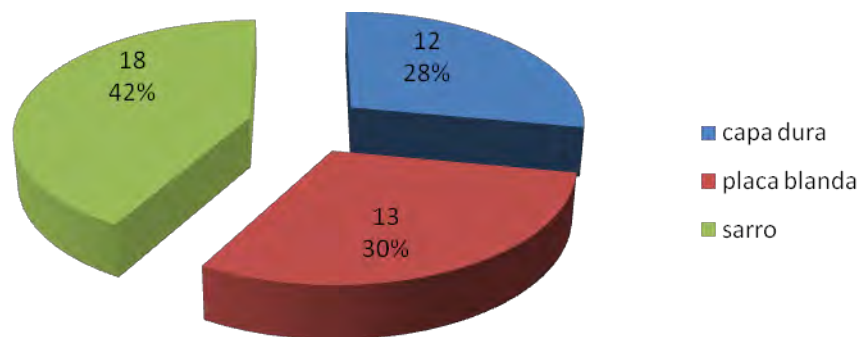
Gráfica 3. Vías de transmisión de la caries dental.



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

Con relación a la pregunta sobre ¿qué es la placa dental?, 42% (18) respondió que es el sarro que se forma en los dientes; 30% (13) que es una placa blanda y 28% (12) que es una capa dura (GRÁFICA 4).

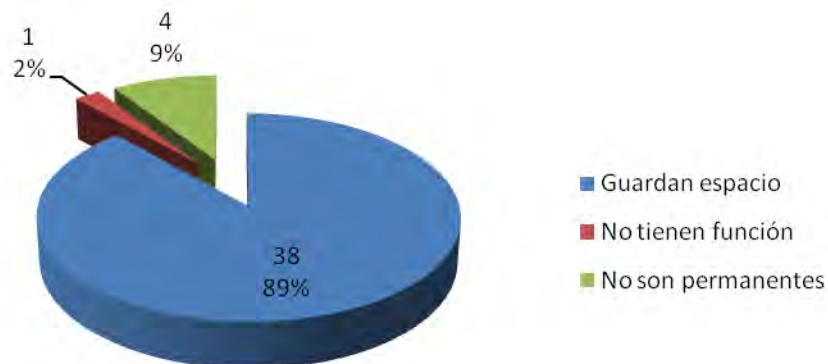
Gráfica 4. Respuesta a la pregunta, ¿Qué es la placa dental?



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

En la pregunta que cuestiona acerca de la importancia de los dientes primarios, 89% (38) respondió que son los que guardan el espacio para los dientes permanentes; 9% (4) que no tienen importancia por no ser permanentes y solo un 2% (1) añadió que no tienen función (GRÁFICA 5).

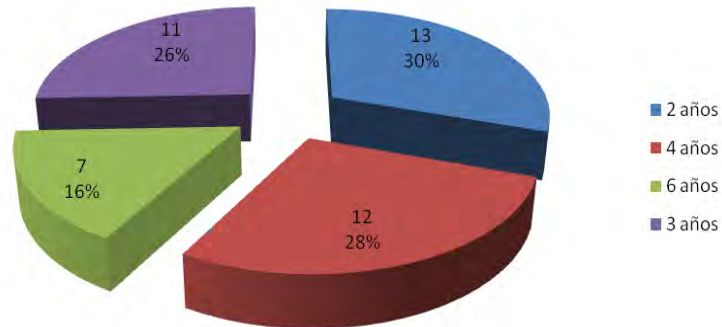
Gráfica 5. Importancia de los dientes primarios.



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

Sobre la edad en la que la erupción primaria debería haberse realizado por completo solo 26% (11) contestó que debería ser a los tres años; 30% (13) a los dos años; 28% (12) a los cuatro y 16%(7) respondió que los seis años es la edad indicada (GRÁFICA 6).

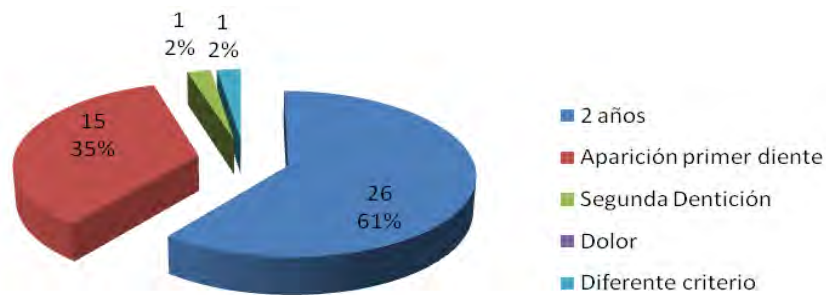
Gráfica 6. Erupción primaria completa.



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

En el apartado de prevención, 61% (26) de los padres contestaron que la primera visita odontológica debe ser a partir de que se cumplen los dos años, 35% (15) cuando aparece el primer diente; 2% (1) a partir de que se cuenta con piezas de la segunda dentición y solo un padre de familia consideró otra como la razón de una primer visita odontológica 2% (GRÁFICA 7).

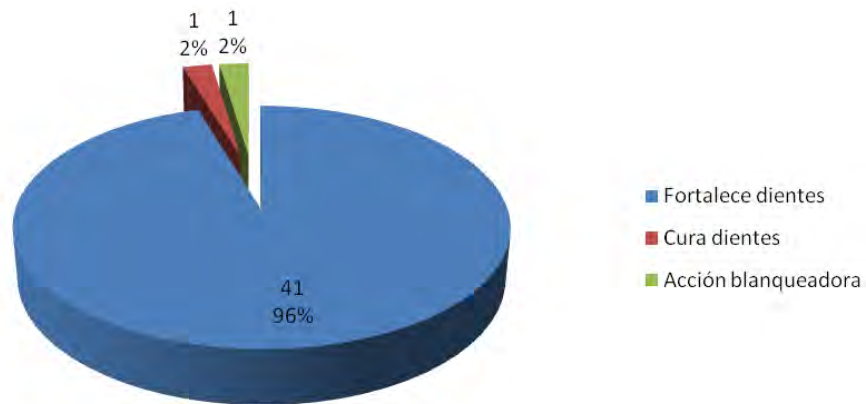
Gráfica 7. Primera visita odontológica.



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

Acerca de los beneficios que confiere el flúor, los padres en su gran mayoría 96%(41) contestaron que fortalece los dientes y previene la caries; un padre respondió que cura los dientes y previene las extracciones dentales y otro que tiene una acción blanqueadora (GRÁFICA 8).

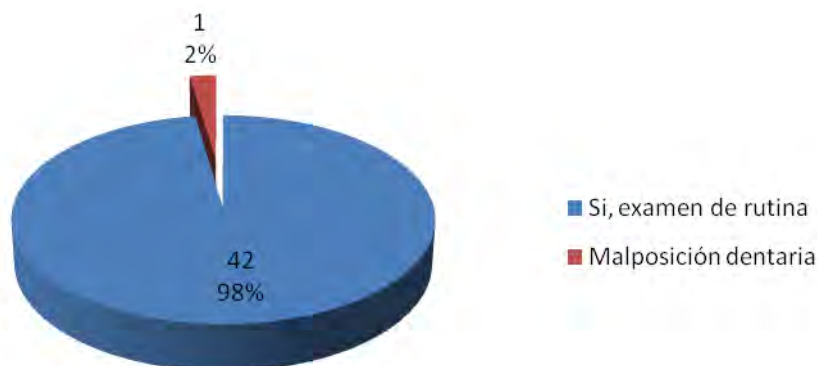
Gráfica 8. Beneficios del Flúor.



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

El tema de realizar una visita odontológica si se cuenta con dientes sanos, la gran mayoría de padres (98%) concordó en que se deben realizar visitas odontológicas para exámenes rutinarios, aún cuando haya dientes aparentemente sanos; y sólo un padre de familia, 2% (1) consideró la visita únicamente si existe malposición dentaria en el paciente sano (GRÁFICA 9).

Gráfica 9. Visita Odontológica con dientes sanos.



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

Acerca de perder dientes primarios prematuramente por caries y su relación con la malposición dental en dientes secundarios, 77% (33) consideró que existe relación; 21% (9) consideró lo contrario y sólo una persona respondió que los dientes primarios carecen de importancia (GRÁFICA 10).

Gráfica 10. Relación entre pérdida prematura de dientes primarios por caries y malposición dentaria en dientes secundarios.

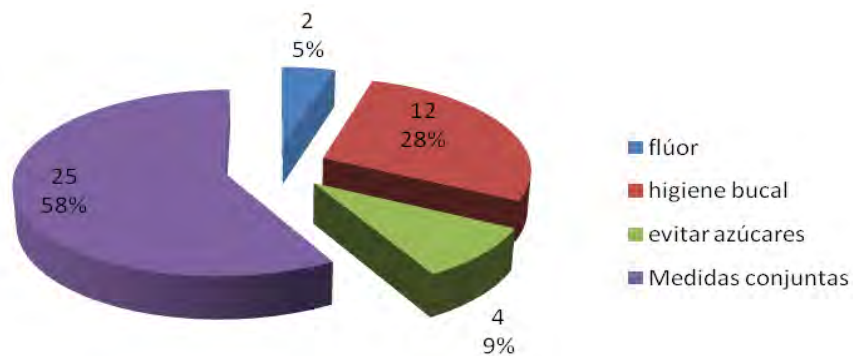


Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

En cuanto a las medidas para combatir la caries dental y prevenir la aparición de ésta los padres consideraron las opciones por orden de frecuencia fueron:

medidas conjuntas (58%); higiene bucal (28%); evitar azúcares (9%) y aplicación de flúor (5%) (GRÁFICA 11).

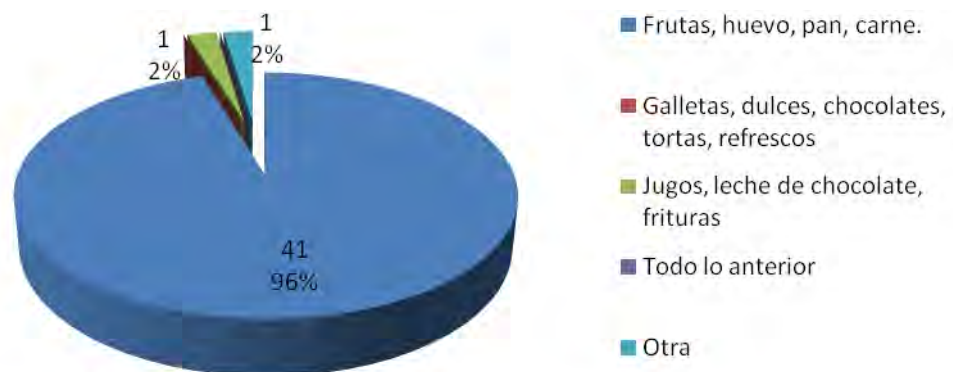
Gráfica 11. Medidas para prevención de caries.



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

Respecto al tema de dieta el 100% (43) de los padres concluyó que el grupo de alimentos mas saludables para los dientes son las frutas y los vegetales. Asimismo, respecto a las recomendaciones de lunch, 96% respondió que lo más saludable es que éste contenga frutas, huevo, pan y carne (GRÁFICA 12).

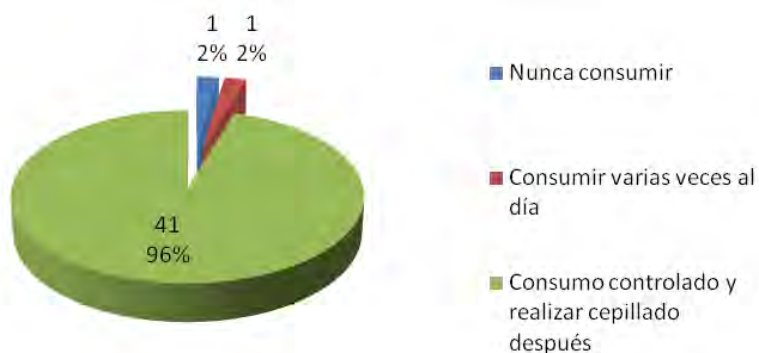
Gráfica 12. Alimentos que debe llevar un lunch saludable.



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

Respecto al consumo de azúcares la mayoría 96% respondió el consumo debe ser controlado por horarios e inmediatamente después realizar el cepillado dental; lo interesante es que existieron los extremos, un padre respondió que nunca se debe consumir azúcares y otro que se podía consumir azúcares varias veces al día (GRÁFICA 13).

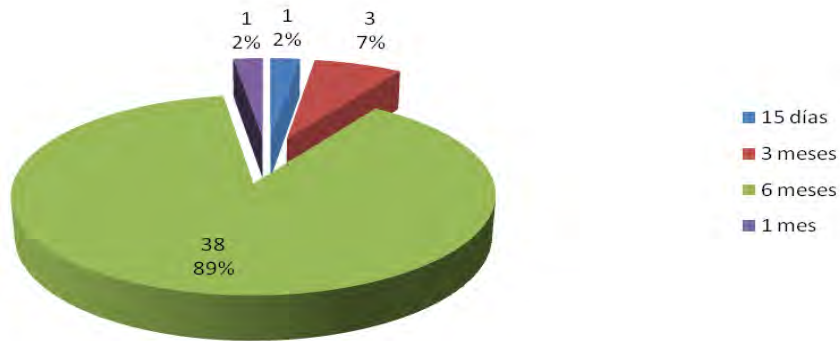
Gráfica 13. Consumo saludable de azúcares.



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

La pregunta con relación a la edad máxima recomendada de lactancia; 89% respondió que los seis meses es el máximo recomendado mientras que 7% asegura que es a los tres meses; 2% respondió que sólo debe durar un mes y otro padre piensa que debe durar sólo 15 días (GRÁFICA 14).

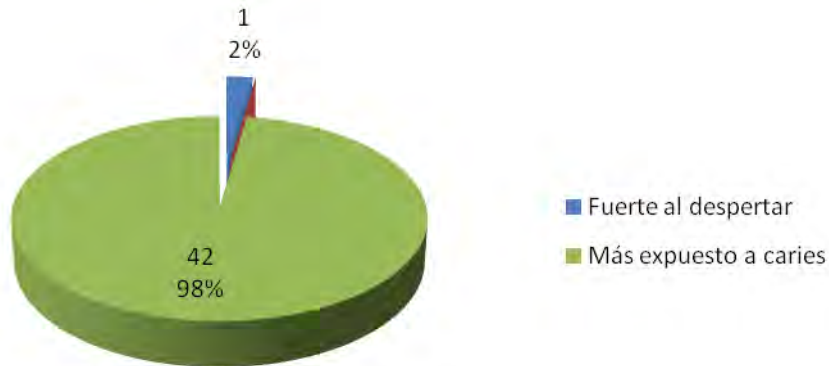
Gráfica 14. Edad máxima recomendada de lactancia.



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

En cuanto al tópico de lo que podría ocasionar el uso del biberón endulzado durante la noche; 98% respondió que crea una mayor exposición a caries en los infantes y 2% (1) que está dará fortaleza a la hora de despertar (GRÁFICA 15).

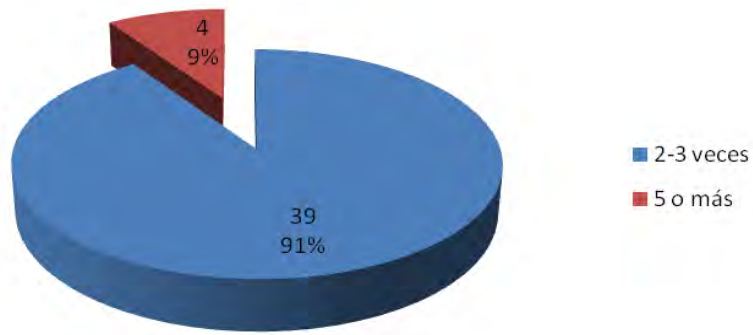
Gráfica 15. Biberón Nocturno endulzado, ¿Qué ocasiona en infantes?



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

En la parte de higiene bucal, 91% asegura que el cepillado dental debe realizarse de dos a tres veces al día; mientras que 9% refiere que lo correcto es cinco veces o más al día (GRÁFICA 16).

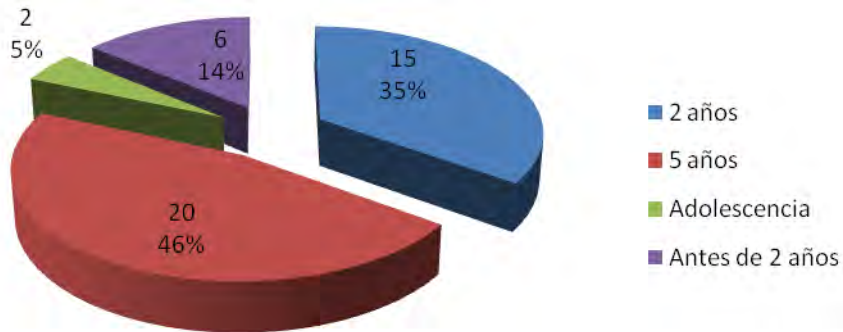
Gráfica 16. Número de veces que debe realizarse el cepillado dental.



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

Con base a la respuesta sobre la edad indicada para el uso de pasta dental, 46% afirma que la edad recomendada debe ser a partir de los cinco años; 35% que el uso indicado debe ser desde los dos años de edad; por su parte 14% considera que debe usarse pasta antes de los dos años y sólo 5% respondió que a partir de la adolescencia se debe utilizar pasta dental (GRÁFICA 17).

Gráfica 17. Edad indicada para uso de pasta dental.

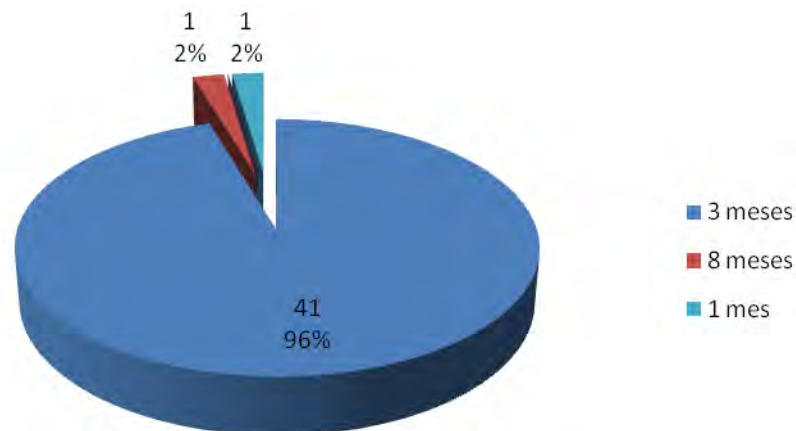


Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

No obstante, ante la cuestión de realizar el cepillado dental después de cada comida 100% respondió que el cepillado dental es necesario. Por otro lado,

respecto al cambio del cepillo dental 96% aseguraron que el cepillo debe cambiarse cada tres meses; 2% que conviene cambiarlo cada ocho meses; y otro 2% opina que el cepillo debería cambiarse por lo menos cada mes (GRÁFICA 18).

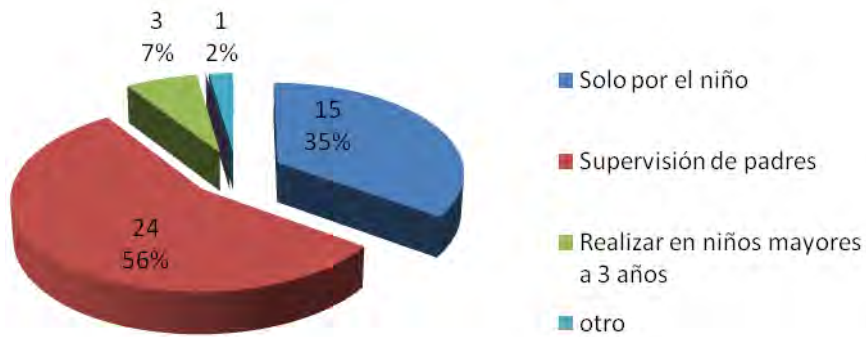
Gráfica 18. Cada cuando se debe cambiar el cepillo dental.



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

La pregunta sobre quien debe realizar el cepillado de los escolares, 56% opina que el niño debe realizar el cepillado bajo la supervisión de los padres; 35% creen que el niño es capaz de realizar un cepillado exitoso; 7% asegura que los padres deberían realizar el cepillado en niños mayores a tres años; y solo una persona (2%) considera otra opción para el cepillado en los niños (GRÁFICA 19).

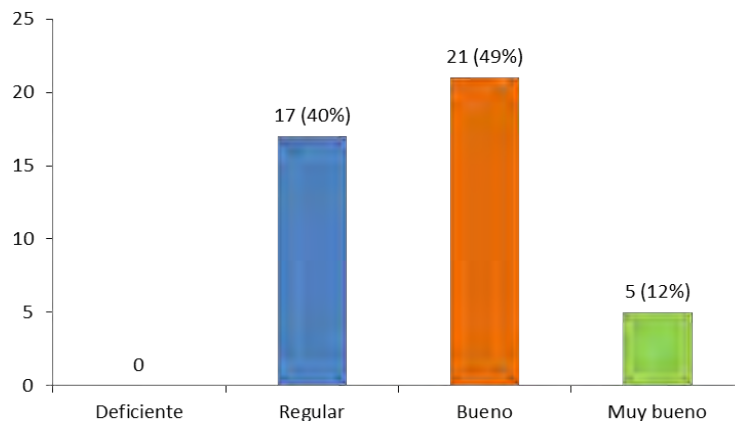
Gráfica 19. Cepillado dental.



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

Por último, considerando el número de respuestas correctas del cuestionario se clasificó el nivel de conocimiento sobre prevención de caries dental como muy bueno en el cual 12% de los padres cayeron en esta categoría; bueno (49%) puntaje que concentró a la mayoría de los padres y regular donde 40% de las respuestas de los padres fueron correctas. Por lo que el nivel de conocimiento de los padres se encuentra entre los niveles de bueno y regular (de 11 a 17 respuestas correctas). Cabe mencionar que no hubo un solo padre que tuviera las 20 preguntas correctas y a la inversa no hubo padres con menos de 10 respuestas correctas (GRÁFICA 20).

Gráfica 20. Nivel de conocimiento sobre prevención de caries dental.



Fuente: Padres de una escuela Pública, delegación Tláhuac

9. CONCLUSIONES

- Es importante realizar un cuestionario previo acerca del conocimiento sobre prevención de caries tanto en los escolares como en los padres o tutores responsables de los mismos, con la finalidad de estructurar las estrategias de educación y promoción de la salud enfocadas en las necesidades de la comunidad estudiantil.
- Como se observó en los padres que participaron en el presente estudio el nivel de conocimiento fue de regular a bueno, donde en su mayoría las respuestas fueron correctas, por lo que consideramos que sólo es necesario concentrarnos en los padres con las respuestas incorrectas respecto al conocimiento de prevención de la caries y con el resto de los padres realizar al menos una sesión para reafirmar los conocimientos.
- No es necesario implementar más estrategias con relación a los resultados observados.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz-Reissner CV, Pérez-Bejarano NM, Sanabria-Vázquez DA, Ferreira-Gaona MI, Cueto-González NC, Barreto DA, Arce-Mena MM, Ledesma-Amarilla LE. Nivel de conocimiento sobre prevención de caries dental en universitarios. Rev. CES Odont 2016; 29(1): 14-21.
2. Casals Peidró E, García Pereiro MA. Para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental. RCOE 2014;19(3):189-248
3. Secretaria de Salud. 2015. Norma Oficial Mexicana NOM013SSA22015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Diario Oficial de la Federación (DOF), 23/11/2016.
4. World Health Organization (1987): Oral health surveys. Basic Methods. 3rd. Geneve, Suiza, WHO.
5. Portilla RJ, Pinzón T, Huerta LE, Obregón P. Conceptos actuales e investigaciones futuras en el tratamiento de la caries dental y control de la placa bacteriana. Revista Odontológica Mexicana 2010; 14(4): 218-225.
6. Peñalver MA, González E, Ostos MJ. Caries del biberón: Posibilidades preventivas y terapéuticas. Archivos de odontoestomatología 1997; 13(3): pp. 152-159
7. Núñez DP, García BL. Bioquímica de la caries dental. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2010; 9(2): 156-166.
8. Molina Frechero N, Durán Merino D, Castañeda Castaneira E, Juárez López MLA. La caries y su relación con la higiene oral en preescolares mexicanos. Gac Med Mex. 2015;151:485-90
9. Poulsen S, Koch G. Pediatric Dentistry - A clinical approach. ed. Amolca, Venezuela. Segunda edición, 2011. pp 61-70
10. Katz y Col. "Odontología Preventiva en Acción" Editorial Panamericana. México, 1982
11. Clark D C., Hann H.J "Effects of Life Long Consumption of Fluoridat Water or use of Fluoradie Supplements on Dental Prevalence". Faculty of

Dentistry. University of British Columbia. Vancouver, Canadá. Community Dent Oral Epidemiol. 1995. Feb; 23(1):20-4.

12. Salud bucal y alimentación. Factores determinantes de la salud oral. Tema 1. Factores determinantes de la salud oral Elías Casals i Peidró. Fecha de consulta 29 de abril 2018. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Documentos-Publica/2012-MAQUETACION-MATERIAL-FORMATIVO-Salud-bucal-alimentacion-Tema-1.pdf>

13. Basado en el informe "Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States", elaborado por el Fluoride Recommendations Work Group a petición del Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América. El informe, publicado originalmente en el número del 17 de agosto de 2001 de la revista Mortality and Morbidity Weekly Reports (MMWR 2001;50(RR14):1-42), está disponible a texto completo, en inglés, en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5014a1.htm>. En: Recomendaciones sobre el uso de fluoruros para prevenir y controlar la caries dental en los Estados Unidos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2002;11(1): 59-66.

14. Salud bucal y alimentación. Factores determinantes de la salud oral. Tema 2. Papel de la nutrición en la salud bucodental. Dra. María Luisa López Díaz-Ufano. Fecha de consulta 29 de abril 2018. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Documentos-Publica/2012-MAQUETACION-MATERIAL-FORMATIVO-Salud-bucal-alimentacion-Tema-1.pdf>

15. Gil Padrón Ma. de los Ángeles, Sáenz Guzmán Mabel, Hernández Dayana, González Erika. Los Sellantes de Fosas y Fisuras: Una alternativa de tratamiento "Preventivo o Terapéutico" Revisión de la literatura. Acta odontol. venez [Internet]. 2002 Jun [citado 2018 Abr 30] ; 40(2): 193-200. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652002000200017&lng=es.

16. Gerardo Maupomé, CD, MSc, DDPH RCS(E), PhD,* Armando E Soto-Rojas, CD, MPH,* M Esther Irigoyen-Camacho, CD, MPH, DO,** E Ángeles Martínez-Mier, CD, MSD, PhD,* S Aída Borges-Yáñez, CD, MPH, DO. Prevención de la caries: Recomendaciones actualizadas y estatus del

conocimiento directamente aplicable al entorno mexicano. Revista ADM 2007;54(2):68-79

17. Cupé-Araujo AC, García-Rupaya CR. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Herediana. 2015;25(2):112-121.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
"Conocimiento sobre cuidado de la salud bucal"

El cuidado de la salud bucal es de vital importancia y es la principal herramienta para prevenir enfermedades de la boca, por ello consideramos de suma importancia aplicar un cuestionario tanto a padres y/o tutores como a escolares, para conocer los hábitos de higiene y el cuidado que tienen sobre sus dientes.

La finalidad del cuestionario es tener la base para el diseño y aplicación de un programa de salud bucal que sirva para fomentar la salud dental y promover estilos de vida saludable en los escolares.

Esto no llevará más de cinco minutos, sólo requerimos que usted responda el cuestionario con la seguridad que no será evaluado o criticado. La información será confidencial y sólo se utilizará para fines del diseño del programa de prevención bucal en un futuro.

Está en su derecho de cambiar de opinión respecto a la participación en cualquier momento sin que se vea afectado el escolar de alguna manera.

Por todo lo anterior:

Contando con la información suficiente y en plena facultad sobre mi decisión, acepto participar respondiendo el cuestionario y permitiendo que mi hijo (a) participe en el desarrollo del programa.

Nombre y firma del padre y/o tutor _____
Nombre del escolar _____ Grupo: _____

Responsable del proyecto de investigación:

Álvaro Said González Servín, celular: 55 4089 - 2713

Tutora del proyecto de investigación:

Mtra. Miriam Ortega Maldonado, celular: 55 8575 - 8016

CUESTIONARIO

Fecha:

Edad de su niño(a):

- a) 3 años
- b) 4 años
- c) 5 años

¿Quién responde al cuestionario?

- a) Padre
- b) Madre

Edad del informante: _____

Grado de instrucción del padre, madre o tutor:

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

CARIES DENTAL

1.- ¿Qué es la caries dental?

- a) Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos
- b) No es una enfermedad
- c) Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares
- d) Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras

2.- Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por:

- a) Compartir utensilios
- b) Compartir cepillos dentales
- c) Besos en la boca
- d) Todas las anteriores

3.- ¿Qué es la placa bacteriana dental?

- a) Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes
- b) Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes

- c) Es el sarro que se forma en los dientes
- d) Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos

4.- ¿Son importantes los dientes de leche?

- a) Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes
- b) No, porque no cumplen ninguna función
- c) No, porque al final se van a caer.
- d) No, porque no son los dientes permanentes

5.- ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes primarios(de leche)?

- a) 2 años
- b) 4 años
- c) 6 años
- d) 3 años

PREVENCIÓN

6.- La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:

- a) A partir de los 2 años
- b) Cuando aparece el primer diente de leche
- c) Cuando tenemos dientes de adulto
- d) Solo cuando existe dolor

7.- ¿Qué beneficios conoce del flúor?

- a) Fortalece los dientes y previene la caries
- b) Cura los dientes para prevenir las extracciones
- c) El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños
- d) Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte

8.- Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos:

- a) Si, para un examen clínico de rutina
- b) Solo si tiene dientes chuecos
- c) No, ya que como no tiene nada no es necesario
- d) Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca

9.- Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque esta con caries ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?

- a) Si
- b) Depende, solo si pierde las muelas de leche
- c) No

d) Los dientes de leche no son importantes

10.- ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?

- a) El flúor
- b) Una correcta higiene bucal
- c) Evitar consumo excesivo de azúcares
- d) Todas las anteriores

DIETA

11.- ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?

- a) Frutas y vegetales
- b) Gaseosas y frutas
- c) Frugos y galletas
- d) Todas las anteriores

12.- ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?

- a) Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne
- b) Galletas, dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja
- c) Frugos, leche chocolatada, chisitos
- e) Todas las anteriores

13.- Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto

- a) El niño nunca debe consumir azúcar
- b) El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día
- c) El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes
- d) Todas las anteriores

14.- ¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?

- a) Hasta los 15 días de nacido
- b) Hasta los 3 meses de edad
- c) Hasta los 6 meses de edad
- d) Hasta el primer mes de nacido

15.- Dejar que el niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿qué causaría?

- a) Va a estar más fuerte al despertar

- b) Estará más fuerte y sano
- c) Estará más expuesto a tener caries
- d) No pasa nada

HIGIENE BUCAL

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

- a) 1 vez
- b) De 2 a 3 veces
- c) De 5 a más veces
- d) Los niños no deben cepillarse los dientes

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

- a) A partir de los 2 años
- b) A partir de 5 años
- c) A partir de la adolescencia
- d) En niños menores de 2 años

18.- ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?

- a) No
- b) Solo antes de dormir
- c) Solo con usar un enjuagatorio basta
- d) Si

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

- a) Cada 3 meses
- b) Cada 8 meses
- c) Al año
- d) Nunca

20.- En cuanto al cepillado dental

- a) El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño
- b) Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad
- c) El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.
- d) En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta