



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
BUCODENTAL EN UNA MUESTRA DE
PREESCOLARES.S.S. ATENCO, EDO. DE MÉXICO.

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:

ESTEBAN AYALA MARTÍNEZ

TUTORA: C.D. MARTHA CONCEPCIÓN CHIMAL SÁNCHEZ

ASESORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERON

MÉXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A MI PAPÁ

Por apoyarme en mi largo trayecto, por ser mi guía, por creer en mí cuando muchos no creían en mí, por enseñarme a valorar los pequeños detalles que hacen grandes a las personas, por quitarse el pan de la boca para dejarme estudiar, por sentirse orgulloso de mí aunque todos te contaran lo contrario y decirlo a todo el mundo lo orgulloso que se sentía, por darme todo lo que necesitaba sin preguntar y creer ciegamente en mí, gracias papá.

A MI MAMÁ

Por su apoyo incondicional, por sus desvelos, sus lágrimas, por su cariño incondicional, al igual por creer que yo podía terminar la carrera y avanzar a mi lado, por enseñarme esa tranquilidad y humildad que siempre ha mostrado.

A MIS HERMANOS

Por estar conmigo en todos los momentos, por darme valor, por el saber que se sienten orgullosos de mí y enseñarme con su alegría lo mejor de esta vida.

A MI ESPOSA

Te doy las gracias por esa paciencia que has tenido a lo largo de este camino, por ser la persona que guarda mis secretos y me levanta cuando ya creí no poder seguir en este camino, por estar conmigo en los momentos más críticos de mi vida y crecer a mi lado todos estos años.

A MI HIJO ALDO ISAI

Por ser ese motivo para seguir caminando, por ser la esperanza de seguir adelante, por saber que te sientes orgulloso de mí, gracias por darme esa alegría y esas ganas de seguir luchando.

A MI HIJO DIEGO

Gracias por ser mi otro impulso más en mi vida, por motivarme a seguir adelante y ser mejor cada día.

DRA. MARTHA

Por su paciencia, su alegría y su ayuda en realizar esta tesina, sin olvidar su gran humildad, le doy las gracias.

DRA. CONCEPCIÓN

Por su gran ayuda en mi trabajo, su orientación y su gran sentido del humor.

DRA. ARCELIA

Por su ayuda en mis dudas y su alegría que tiene.

A MI UNIVERSIDAD

Que acepto y me guió en este largo camino donde me formó como un profesionalista preparado para competir en este mundo y ser uno de los mejores.

A MI FACULTAD

Le doy las gracias a mi facultad que me cobijo, me guió de la mano y por brindarme los conocimientos y armas para triunfar en la vida.

A MIS AMIGOS

A todos mis amigos que conocí durante estos años que me apoyaron incondicionalmente.

Sin duda alguna y sin ellos no puedo terminar esta carrera a todos mis pacientes que se prestaron para que yo aprendiera con ellos que tuvieron confianza en mí y dejaron en mis manos su salud.

Le doy las gracias a los niños del jardín de niños Rafael Ramírez de la comunidad de Zapotlán que me brindaron su apoyo para realizar este trabajo, al igual a los padres de familia que me brindaron su apoyo y paciencia, sin olvidar a las maestras y directora de la institución.

Doy gracias a todos, si faltó alguien discúlpeme, estoy agradecido con todos amigos familiares, compañeros de trabajo, doctores, pacientes, gracias de corazón.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.	6
2. ANTECEDENTES.	8
2.1 Deberes y derechos. Aspectos legales de la salud del niño y Adolescente.	12
2.2 Placa dentobacteriana.	13
2.3 Caries dental.	14
2.4 La odontología preventiva y sus tres niveles.	17
2.5 Dentición temporal y primer molar permanente.	20
2.5.1 Dentición temporal.	20
2.5.2 Primer molar permanente.	20
2.6 Medidas preventivas en odontología.	21
2.6.1 Enseñar Técnica de cepillado.	21
2.6.2 Visitar al dentista con regularidad.	22
2.6.3 Aplicación de fluoruro.	23
2.6.4 Selladores de fosetas y fisuras	24
2.6.5 Técnica de cepillado	27
2.6.6 La higiene bucal del lactante.	29
2.6.7 Hilo dental.	30
2.6.8 Alimentación.	30
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
4. JUSTIFICACIÓN.	33
5. OBJETIVOS.	34
5.1 General.	30
5.2 Específicos.	30
6. METODOLOGÍA.	35
6.1 Material y método.	34
6.2 Tipo de estudio.	34
6.3 Población de estudio.	34
6.4 Criterios de inclusión.	34

6.5 Criterios de exclusión.	34
6.6 Variables de estudio.	35
6.7 Variable independiente y variable dependiente.	35
6.8 Método y recolección de datos.	36
7. Resultados.	38
8. Conclusiones.	49
9. Bibliografía.	51
10. Anexos	56

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la caries dental se sustenta como el principal problema de salud bucodental en México, se presenta desde los primeros años de vida tanto en países industrializados y no industrializados, es una enfermedad que alcanza grados variables de severidad, con consecuencias negativas para la salud.

Actualmente muchos niños padecen problemas bucales como caries, gingivitis y maloclusiones, su prevalencia puede seguir aumentando si no se controla la frecuencia de la dieta cariogénica y no se implementan medidas preventivas como hábitos de salud bucal y aplicaciones de fluoruro.

El componente bucal, como parte de la salud general, es importante también para el adecuado crecimiento de la población infantil, por ese motivo es necesario atender oportunamente el proceso salud enfermedad que lo afecta. En los países en desarrollo, la salud bucodental es un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud, debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.

Para lograr el objetivo de impactar la toma de decisiones, los aprendizajes y los comportamientos de los infantes, es necesario tomar en cuenta que ellos no tienen aún la capacidad de decisión, autonomía, destreza, ni conocimiento suficiente para decidir que es mejor para su salud bucal, por lo tanto, las intervenciones educativas deberán tener en cuenta los espacios de referencia del niño como la familia, escuela y comunidad.

La familia es la unidad básica de la sociedad y el primer espacio de socialización de los niños(as), así como el entorno primario de los infantes, las condiciones materiales y espirituales de vida que le pueda ofrecer al niño.

La escuela, es un espacio propicio para el fortalecimiento de las potencialidades y habilidades de los niños, para el aprendizaje de nuevas formas de sentir, actuar y expresarse frente a la vida.

En la comunidad debería darse la intervención dirigida a promover la salud y prevenir la enfermedad.

2. ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud es un componente fundamental del proceso de desarrollo humano, se concibe como un proceso y un producto social dirigido a la creación de condiciones de bienestar para todos y por todos.

La infancia constituye dentro del desarrollo del ser humano la etapa más importante, pues en ella comienza a formarse la personalidad del niño, de lo que se infiere el papel determinante que tienen la atención y educación temprana.¹²

La atención temprana odontológica es el conjunto de intervenciones en el área bucal y complejo orofacial, dirigida a los bebés y niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlo con necesidades permanentes o transitorias entre 0 a 6 años, a la familia y al entorno.

Hoy en día existen muchos factores de riesgos que inciden en la aparición de caries dental. El hombre, que vive en un ambiente sociocultural artificial creado y desarrollado históricamente por él mismo, tiene por razones ecológicas y sociales una enorme diversidad de riesgos y una oportunidad también mayor de enfrentarse a ellos.

El concepto de riesgo se torna más útil al generar nociones correlacionadas como factor o grupo de riesgo, por lo que los factores son aquellas características y variables que se presentan asociadas diversamente con la enfermedad o el evento estudiado; ellos no son necesariamente la etiología, sólo sucede que están asociadas con el evento.⁶

Los estudios sobre caries dental a nivel mundial han mostrado una tendencia a la disminución en la prevalencia y severidad de la enfermedad en niños. Ésta tendencia favorable ha demostrado estar relacionada con el desarrollo económico, pues se observa mayor reducción de los índices de la enfermedad en los países desarrollados, mientras que en los países en desarrollo esta disminución es menos pronunciada.

La atención dental a niños y adolescentes se empezó a desarrollar en Cuba en la década de los 60's, se contaba con muy pocos recursos por lo cual no se abarcaba a toda la población.

Por la década 70's comenzó la aplicación de fluoruro tópico al 0.2% a niños entre 5 - 14 años cada 15 días.

En el año 1988 se orientó la creación de servicios de higiene bucal o áreas de control de placa dentobacteriana en todas las instituciones del sistema de salud con atención dental.

En el 1992 se estableció el programa de Atención Estomatológica Integral a la Población, con lo cual se amplió la cobertura a la población de 15 – 18 años de edad.¹

En 1978 en México ya se había aplicado fluoruro tópico por medio de colutorios y gel en la población escolar.

Los estudios epidemiológicos llevados a lo largo de treinta años en el mundo, han reportado la disminución en la prevalencia de caries en dentición temporal y permanente.⁷

En México se realizó una encuesta 1998 – 2000 a niños de 6 – 12 años de edad en la que se reporta una prevalencia de que varía de un 27.5% a 82.9%, ubicándose el Estado de México entre los más altos.

Los programas educativos preventivos en la ciudad de Toluca se inician en la década de los setenta.

En 1988 se inicia el programa de fluorización de la sal de mesa en el Estado de México y hasta el año 1992 se consolida como programa nacional.⁷

Otro antecedente relata que se realizó el programa de fluorización de la sal de mesa en el año de 1991, de ésta forma se aplicaba de forma sistémica el fluoruro, pero debido a que los dientes temporales no son beneficiados de manera directa sobre la estructura química de su esmalte, se siguió aplicando fluoruro tópico.⁶

Los cambios en la prevalencia de caries dental en los países desarrollados se han atribuido a factores, como programas de fluorización de la sal y el agua, uso de dentífricos con fluoruro, cambios en los criterios de diagnóstico, patrones en el consumo de azúcar, uso de antimicrobianos, mejoras en los hábitos de higiene bucal, a una variación natural y cíclica, factores económicos y sociales, también el estilo de vida.⁷

De acuerdo con Ruíz Santella el grado de motivación de las madres en cuanto a la salud bucal, al producir una gran inquietud del por qué no llevan a consulta dental a sus niños

La investigación se realizó en el servicio de hospitalización pediátrica.

En la investigación se recopiló información amplia la cual se organizó en:

- Grado de instrucción de la madre
- Ocupación de los padres
- Servicios dentales
- Importancia de los dientes temporales
- Tipo de alimentación
- Hábitos de higiene bucal
- Origen de información educativa en salud bucal.

Se quería conocer el grado de motivación en salud bucal que poseen las madres que están ubicadas en el área de Hospitalización Pediátrica Hospital General Victorino Santaella Ruiz. Periodo Julio-Agosto 2004.

La investigación fue diseñada para realizar un estudio de tipo epidemiológico, transversal, no experimental y descriptivo de prevalencia, siendo la técnica de observación directa.

Fue realizado en 50 madres, los instrumentos de estudio fue:

- Recolección del índice CPOD/ceo
- Realización de una encuesta a las madres.

La palabra motivación viene del latín “moveré” que significa mueve.²

En el mismo artículo se ve la motivación en las madres.

Nos menciona diferentes teorías de la motivación entre ellas una es la:

Jerarquía de las necesidades del Maslow. El psicólogo judío neoyorquino Abraham Maslow (1908-1970) desarrolló una teoría sobre la jerarquía de la motivación, conocida como la 'Pirámide de Maslow'

Este presenta cinco categorías que simplifican los deseos humanos.

El punto ideal de esta teoría, está basado en que el hombre se sienta 'autorealizado' siendo esto algo no palpable, ya que los hombres, siempre están en una eterna realización.

Las necesidades:

- Fisiológicas
- Seguridad
- Sociales
- Reconocimiento
- Auto superación

2.1 DEBERES Y DERECHOS. ASPECTOS LEGALES DE LA SALUD DEL NIÑO Y ADOLESCENTE.

La convención sobre los derechos de los niños aprobada por la asamblea general de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1989.

Permite aproximarnos a la definición de la protección integral a los niños, niñas y adolescentes, la protección integral tiene su fundamento en los principios universales de dignidad, equidad y justicia social, y con los principios particulares de no-discriminación, prioridad absoluta, interés superior del niño, solidaridad y participación.

Los pequeños de 0 a 6 años se van formando como seres sociales identificados con la familia y la comunidad sustentando su alcance en el protagonismo de los hijos y su participación social, que garantiza la igualdad de oportunidades en el orden educativo, y en consecuencia se establecen las bases de una educación para la vida.

2.2 PLACA DENTOBACTERIANA (biopelícula).

La cavidad oral es un ambiente húmedo con una temperatura con un pH un tanto neutro, permitiendo un crecimiento de una variedad de bacterias, contiene una de las más concentradas y variadas poblaciones microbianas del organismo.²²

La placa dentobacteriana es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas en la superficie de los dientes, la encía, la lengua y otras superficies bucales. Es translúcida y poco visible a menos que haya depósitos de minerales o hemoglobina procedente de la ruptura de capilares gingivales, si es delgada se visualiza por medio de un colorante que la pigmente y se podrá eliminar con un buen cepillado.



Fig. 1 Biopelícula teñida con un revelador de placa.³⁸

Se origina por la formación de una biopelícula que se adhiere a las piezas dentales, 24 horas después toma un aspecto de pasta blanquecina, las bacterias comienzan a producir ácidos que desmineralizan el órgano dental y aparecen manchas en el esmalte que después evolucionaran a caries dental, de igual manera dañan las fibras periodontales que soportan el diente, tiempo después los dientes comienzan a tener movilidad.

La cantidad de placa dentobacteriana puede ser observada con el examen clínico, generalmente se utilizan soluciones o colorantes reveladores de placa, utilizadas para pigmentar la placa y así poder observarla, los agentes utilizados para este fin son la eritrosina, fucsina básica verde estable o fluorescina.

No se acumula muy rápido en las zonas dentales protegidas de las fuerzas mecánicas como la masticación, movimiento de la lengua, labios carrillos y los hábitos de higiene bucal.

Se acumula más placa en las zonas interproximales, en los fosetas y fisuras de los molares, las superficies linguales molares inferiores y las bucales de los molares superiores tienden a tener los depósitos más densos de placa dentobacteriana (biopelícula).

La adopción de comportamientos saludables tiene que tener en cuenta que las personas necesitan la información sobre qué hacer y cómo hacerlo. La información científica hace falta para fomentar la aparición de nuevas creencias que la incluyan, así como para mezclarse con las tradiciones culturales de los grupos humanos. La promoción de salud incluye la información, comunicación y educación para la salud. ¹²

2.3 CARIES DENTAL

La caries dentales una enfermedad bacteriana multifactorial que para su instalación necesita la interacción de tres factores básicos: el huésped, la microflora y el substrato a los cuales Newbrun, agregó el cuarto factor: tiempo.

Es sobre la estructura dura de los dientes que la dolencia se manifiesta y, para que esto ocurra, es necesario que el esmalte se torne susceptible de ser destruido, por los ácidos.



Fig. 1 Paciente infantil con gran destrucción dental.⁴²

Los dientes deciduos sanos son menos mineralizados que los permanentes, por esa razón son más susceptibles, debido a que la resistencia del esmalte es menor a un pH más alto.

La desmineralización inicial puede ser vista como una lesión de mancha blanca, que es el primer signo clínico de caries dental.

Una vez que la lesión involucra la dentina, morfológicamente se presenta con las siguientes zonas características:

Zona necrótica: es la más superficial y presenta placa y residuos alimenticios, la zona infectada: es una zona cuya profundidad varía de acuerdo con la característica de lesión cariosa: entre más aguda sea la lesión más profunda será y entre más crónica sea menor será la profundidad.

El uso de técnicas preventivas como selladores dentales y aplicaciones tópicas de fluoruro, previenen la aparición de caries dental. Es atraumática y de bajo costo.

El propósito de la Odontología es ayudar a las personas a alcanzar y conservar al máximo su salud bucodental durante toda la vida, la disminución de caries y por ende en la drástica disminución de la pérdida de dientes.

La implementación de estrategias para la promoción de la salud debe considerar el desarrollo de las aptitudes personales, la creación de ambientes favorables, la reorientación de los servicios sanitarios, el reforzamiento de la acción comunitaria y la elaboración de una política pública sana. ⁸

En materia odontológica, la falta de prevención ocasiona un mayor número de restauraciones, tratamientos periodontales, extracciones y prótesis para muchas personas.

El cambio de énfasis en la prioridad del tratamiento hacia la prevención requerirá de un liderazgo activo y de promoción de la salud por parte de los profesionales, defensores de los consumidores, educadores en Salud Pública y de quienes planean la política sanitaria.

Si el paciente inicia los programas preventivos en una etapa temprana, es posible alcanzar el período de vida libre de enfermedades por placa; una buena inversión de costo-beneficio.

Los dientes se necesitan durante toda la vida para comer, hablar y sonreír (una grata sonrisa mejora mucho la expresión de personalidad).

2.4 LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y EN TRES NIVELES

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.

Prevención secundaria: emplea métodos de tratamiento estandarizado para acabar con un proceso patológico y para restaurar los tejidos en lo más cercano a la normalidad.

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

Los objetivos a cumplir son:

- Si el paciente está sano, mantenerlo sano.
- Si el paciente está enfermo, devolverle lo más rápidamente la salud y mantenerla.
- Proveer los conocimientos necesarios para mantener su propia salud y la de toda su familia.

La educación para el paciente en cuestión de salud bucal nos permite que el individuo adquiera una responsabilidad sostenida y compartida en la identificación y solución de los principales problemas de salud.

La principal preocupación de la odontología preventiva es el individuo como un ser total. La consideración de la enfermedad o del órgano afectado debe representar un papel secundario.

La educación sobre prevención y salud bucal se dirige con más frecuencia a los niños en edad escolares. El refuerzo regular es sin duda importante y se obtendrán mayores resultados y beneficios si se pudiera incluir a los padres, generalmente no es posible.

El autor Texeira de Abreu, en su trabajo e intervención educativa en adolescentes plantea que la educación sobre higiene bucal debe ser “continuada” en las escuelas para que sea efectiva y es necesario elaborar nuevas propuestas de trabajo.

El profesional debe establecer una comunicación bidireccional con el paciente y ganarse su confianza. Es aquí donde se puede iniciar la estrategia de educar. Cuando el paciente tenga duda, el odontólogo debe aclarárselas y proporcionarle estímulos positivos. Por insignificante que parezca, el éxito siempre alienta y origina emociones positivas.¹⁵

La odontología se debería basar generalmente en la prevención. El odontólogo tiene responsabilidad para consigo mismo, puesto que no debe dar por terminado su aprendizaje, sus habilidades y conocimiento deben seguir ascendiendo.¹⁵

Es función del cirujano dentista, desarrollar métodos efectivos educativos y preventivos, dirigidos a los primeros 6 meses de vida del niño, aunque la posibilidad de involucrar a los padres de familia en la orientación de métodos de higiene es mayor.

Debe tener énfasis en la prevención, lo que requiere no solo del conocimiento de técnicas preventivas, sino también el conocimiento científico de sus funciones.

Antes de que el bebé nazca los padres deberían ser asesorados por algún odontólogo.

La carta de Ottawa define ampliamente la promoción de la salud como un proceso que consiste en brindar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud ejercer un mayor control sobre éstas.¹⁵

Plan de Tratamiento, al que preferimos denominar Proyecto de Salud, se elabora individualmente para cada paciente, de acuerdo a las necesidades y siguiendo un orden sistemático:

- Motivación y Educación para la Salud.

- Piezas permanentes sanas.

- Piezas permanentes enfermas.

- Piezas temporarias enfermas

Para prevenir debemos tener en cuenta:

- Educación y Promoción de la Salud Odontológica, es decir motivar y enseñar una técnica correcta para la eliminación de la placa bacteriana.
- Modificar la dieta.
- Uso de Fluoruros como refuerzo del huésped (hospedero).
- Aplicación de selladores de fosetas y fisuras para generar modificación en los nichos ecológicos. La técnica para su realización es sencilla, económica y no dolorosa.

El examen bucal es un método sencillo e imprescindible para conocer la afectación por caries en los pacientes y puede ser también una técnica simple para predecir la posterior actividad cariogénica.⁴

Iniciar la eliminación de un factor de riesgo muy importante como la placa dental a temprana edad facilitaría la creación de un hábito de cuidado en la cavidad oral muy importante durante toda su vida.

2.5 DENTICIÓN TEMPORAL Y PRIMER MOLAR PERMANENTE.

2.5.1 DENTICIÓN TEMPORAL.

La dentición decidua, dentición infantil o dentición primaria, es el primer juego de dientes que aparecen durante la vida de la persona. 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.

Funciones de los dientes temporales:

1. Digestión
2. Guía de erupción: mantienen el espacio para la dentición permanente.
3. Estimulan el crecimiento de los maxilares con la masticación.
4. Fonación.
5. Estética.

2.5.2 PRIMER MOLAR PERMANENTE

- Son las primeras piezas dentarias permanentes en aparecer en la boca de los niños, a los 6 años.
- Erupcionan en posición retromolar con respecto a los temporales.
- No se cae ningún diente temporal para dar lugar al permanente, motivo por el cual los padres generalmente desconocen su aparición.
- Es de difícil acceso para la destreza en el cepillado de los chicos de esa edad.²

En edad escolar el diente permanente más afectado por caries es el primer molar y la prevalencia de caries en estos dientes se ha asociado con la actividad futura de caries y su destrucción parcial o total repercute de manera importante en el desarrollo y crecimiento maxilofacial y, por lo tanto, en la función masticatoria. Por otra parte, su rehabilitación se dificulta y requiere de tratamientos más especializados y de mayor costo cuando la destrucción del tejido por caries es mayor.

Cardoso L. ha realizado una comparación de tres métodos distintos de evaluación de la actividad de caries en la comunidad.

Se analizaron los 2 siguientes factores: posible reproducción de la inclusión de criterios de actividad de caries y la presencia de placa dentobacteriana.

Los tres grupos fueron los que presentaron placa, los que eliminaron la placa con cepillo dental bajo la supervisión del odontólogo y después de una profilaxis.

Este estudio se llevó con 1 semana de diferencia cada uno.³

Recordemos que la caries es una enfermedad con alta prevalencia que siempre ha afectado al hombre.

Hay una disminución en la prevalencia, incidencia y progresión de la caries dental en los países desarrollados.³

En la actualidad, el conocimiento científico permite comprender los nuevos paradigmas de la práctica dental, que se basan en la compleja etiología de la caries.³

2.6 MEDIDAS PREVENTIVAS EN ODONTOLOGÍA.

2.6.1 ENSEÑAR TÉCNICA DE CEPILLADO.

¿Cuándo hay que empezar a limpiar los dientes de un niño?, se podría decir que desde el momento en que sale el primer diente. Para ello se puede usar una gasa y agua. Cuando ya tiene 1 año debemos iniciarlo en el hábito del cepillado.

Es más fácil que el niño se cepille sus dientes si ve que sus padres o las personas que están a su alrededor también lo hacen. Se debe cuidar que se laven todos los dientes y lo hagan de la manera adecuada, llegando a todas las superficies. Hay que supervisarles el cepillado hasta los 7 años.

Para el cepillado utilizaremos un cepillo de cabeza pequeña, mango recto y cerda de nylon de dureza media o suave y una pasta de dientes con fluoruro.

Para que el cepillado sea efectivo, el cepillo tiene que estar en condiciones adecuadas por lo que habrá que cambiarlo con regularidad, cuando notemos que las cerdas se aplastan. La seda o hilo dental es una técnica de apoyo al cepillado para limpiar los espacios entre los dientes, los niños pueden ir practicándola a medida que vayan adquiriendo la destreza manual suficiente.

2.6.2 VISITAR AL DENTISTA CON REGULARIDAD.

El dentista no es un profesional al que tenemos que acudir sólo cuando tenemos un dolor dental. Es el encargado de cuidar la salud de los dientes y de la boca.

Los selladores de fisuras son un material plástico que se introduce y adhiere en la fosetas y fisuras que pueden tener los molares en la superficie oclusal. La mayoría de las caries comienzan en estas fosetas y fisuras donde se retienen restos de comida que es más difícil de eliminar con el cepillado. Los selladores evitan que se depositen en ella.

2.6.3 APLICACIÓN DE FLUORURO.

La utilización de fluoruro como tratamiento preventivo ha sido la piedra angular sobre la cual se apoya la odontología preventiva y conservadora.⁵

El paciente debe ser evaluado en su totalidad pues se somete a interferencias que modifican el equilibrio en la boca.³

El proceso de remineralización es un proceso dinámico, se debe tomar en cuenta que aunque es un proceso fisiológico es cambiante y sometido a constantes modificaciones.³

La remineralización de los tejidos duros del diente mediante el uso de fluoruros tópicos se considera un tratamiento médico conservador y alternativo de la caries dental.⁵

El fluoruro actúa entrando en contacto físico y químico con la estructura dental, interactúa con los grupos OH de la hidroxiapatita transformándolo en fluorapatita.⁵



Fig. 2 Paciente aplicándole fluoruro con cucharillas⁴¹

La influencia principal del fluoruro sobre la placa dental, interfiriendo el proceso de glicólisis anaerobia y depositándose como fluoruro cálcico en la placa dental liberándose paulatinamente.⁵

Pero el efecto más importante es la disminución de la solubilidad de la estructura dental ante el ataque cariogénico.

Las indicaciones para pensar en un tratamiento de remineralización será en el control de la caries, lesiones cariosas incipientes, lesiones no cavitadas y que solo afecten exclusivamente al esmalte dental.⁵

Se debe recordar que el uso de fluoruro dental puede ser tratamiento para prevenir caries en los pacientes, además de ser indoloro, seguro, efectivo y de bajo costo.⁵

El uso de fluoruros sistémicos (sal fluorada) y tópicos brinda poca protección a las caras oclusales.

La aplicación simultánea de estas medidas podría resultar una prevención extra

2.6.4 SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS

Los selladores de fosetas y fisuras han son eficaces contra la aparición de caries, uno de los problemas de los selladores es que pueden ser colocados en lesiones de caries incipientes dejando por debajo que la caries siga avanzando y no darnos cuenta.

Hay un entendimiento de la caries dental como un proceso de enfermedad que se inicia desde la aparición de microporosidades, como un resultado de la desmineralización, hasta la ocurrencia de la cavitación.

Los selladores benefician a los dientes porque actúan como una barrera protectora en las fosetas y fisuras 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 ayudan 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.



Fig. 3 Molar con sellador. ⁴⁰

Tienen 3 efectos preventivos fundamentales:

- 1) Obturan mecánicamente las fosetas y fisuras con una resina resistente a los ácidos.
- 2) Al obturar las fosetas y fisuras suprimen el hábitat de los *Streptococcus mutans* y otros microorganismos.
- 3) Facilita la limpieza de las fosetas y fisuras mediante métodos físicos como el cepillado dental y la masticación.

Indicaciones:

- Molares temporales, molares permanentes con fosetas y fisuras profundas, premolares retentivas donde el explorador se traba o se retiene.
- Fosetas y fisuras profundas pigmentadas con una apariencia mínima de descalcificación u opacidad.
- Caries incipiente en fosetas y fisuras o restauraciones de estas en otros molares primarios o permanentes.
- Ningún signo radiográfico de caries interproximal con necesidades de restauración en los órganos dentarios por sellar.
- Posibilidad de aislamiento adecuado de contaminación salival.
- Susceptibilidad de caries al momento del examen bucal.
- Dientes incisivos con cingulo profundo.⁸

Contraindicaciones

- Fosetas y fisuras bien cerradas y con adecuada autolimpieza.
- Evidencia radiográfica o clínica de caries interproximales con necesidad de restauración.
- Presencia de múltiples lesiones interproximales o restauraciones y ningún tratamiento preventivo para inhibir la caries interproximales.
- Órganos dentales en erupción parcial y sin posibilidad de aislamiento adecuado.
- Superficies de fosetas y fisuras que hayan permanecido libre de caries por uno o más años y que no tenga indicios clínicos de aplicación de selladores.⁸

Teniendo en cuenta que la aplicación de fluoruro no brinda suficiente protección a los molares en la parte oclusal, es bueno tomar en cuenta la aplicación de selladores de fosetas y fisuras, es una de las mejores medidas de prevención para evitar caries dental, es una buena opción porque su aplicación es sencilla y económica.

2.6.5 TÉCNICA DE CEPILLADO.

El cepillo dental es muy importante en la prevención de caries, debido a que el agente causal son las bacterias que están en la placa dentobacteriana, las personas generalmente se cepillan de forma desordenada en la boca, este hábito es uno que debemos enseñarle a los niños.

Se debe enseñar técnica de cepillado a todos los pacientes que llegan a un consultorio debido a que es la mejor arma para la prevención de caries.

Una de las técnicas más utilizada es, técnica de Stillman Modificado, los movimientos son vibratorios con deslizamiento en sentido axial y masaje gingival, de 20 a 25 veces cada grupo dental. En la región palatina y lingual de los dientes anteriores el cepillado es en forma vertical.

Técnica de cepillado técnica fones.

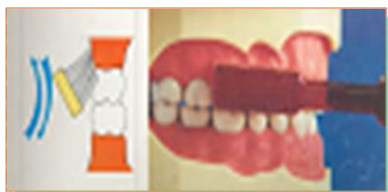


Fig. 5 Técnica de cepillado stillman³⁹

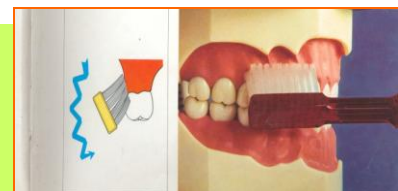


Fig. 4 Stillman modificado³⁹

Con esta técnica se contrarresta la técnica horizontal, que unida a la fuerza innecesaria a la dureza de las cerdas, ya que provoca abrasiones dentarias en los cuellos sextantarios y retracción gingival.

Es la técnica recomendada en niños más pequeños, dada la menor destreza a la hora de realizar el cepillado dental la técnica fones, consiste en movimientos circulares amplios con la boca del niño cerrada, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior. Con ella se consigue remoción de la placa y al mismo tiempo se masajean las encías.



Fig. 6 Técnica de cepillado Fones.

Estudios han demostrado que un buen cepillado elimina la placa dentobacteriana en un lapso de 48 horas, pero la mayoría de las personas no realiza un buen cepillado.

El cepillado se debe enseñar en los primeros años del niño, pero es conveniente que los padres tengan el conocimiento para efectuarlo.

Y la parte oclusal se utiliza para la zona oclusal, se puede limpiar en forma circular en la cara oclusal.

Existen evidencias de que el cepillado dental con dentífrico, inmediatamente después de la comida, es un medio eficaz para limitar la caries dental, no así si se realiza después de los 10 minutos. Cepillarlos después de la ingesta de comida reduce la destrucción del diente del 50% al 100% aproximadamente. Los niños no tienen la suficiente coordinación motora para realizar una buena técnica de cepillado por eso nosotros debemos ayudarles.

Estudios han demostrado que un buen cepillado elimina la placa dentobacteriana en un lapso de 48 horas, pero la mayoría de las personas no realiza un buen cepillado.

2.6.6 LA HIGIENE BUCAL EN EL LACTANTE

La limpieza se efectúa con agua oxigenada de 10 vol. Diluida (1 parte de H_2O_2 y 3 de agua hervida fría, guardándose en un frasco ámbar o de color debido a que se descompone el peróxido) o agua simple, se limpia la cavidad bucal con una gasa enredada en los dedos medio e índice, se realiza la limpieza en el reborde alveolar, los carrillos paladar y lengua, esto se realiza después de dar de comer al bebé, servirá para controlar el pH de la boca también se puede utilizar solo agua hervida para esta limpieza.

Se puede utilizar de igual forma un cepillo dental de látex especial para bebés que se adapta al dedo de la mamá que en una parte tiene unas cerdas de caucho y en la otra parte lisa, los dientes que ya han erupcionado se limpian con las cerdas, la encía, mucosa se masajean con la parte lisa.

Realizar este procedimiento en los infantes le servirá para que se acostumbre a la higiene bucal.



Fig. 7 Cepillo de caucho⁴⁴



Fig. 6 Limpieza con gasa⁴⁵

2.6.7 HILO DENTAL

El hilo dental permite quitar la placa de las superficies dentales proximales inaccesibles al cepillado, se debe acompañar del cepillado como parte de la práctica normal en la higiene de la cavidad bucal, **ésta contraindicada en niños menores de 7 años de edad.**



Fig. 8 Modo de usar hilo dental ⁴³

2.6.8 ALIMENTACIÓN

El tipo de alimentación también un tema que se debe abordar debido a que es un factor muy importante entre la dieta y salud dental es la frecuencia de consumo de alimentos con carbohidratos refinados.

Después de ingerir unos alimentos que contenga carbohidratos se produce ácido en la placa dental. Puede haber desmineralización del esmalte cuando el ácido deprima el pH por debajo de 5.5 y esto por lo general se acepta como la primera fase en el inicio de caries.

La edad también influye en los hábitos y comportamientos, así la mayoría de los datos indican que la toma frecuente es el factor más importante en los niños. Los alimentos que comúnmente consumen los niños contienen sacarosa con un alto potencial cariogénico como los caramelos, dulces confitados, bombones, chocolates, refrescos, leches saborizadas, jugos, etc.

Se debería recomendar sustituir estos alimentos por comidas no tan cariogénicas, como frutas, zanahorias, quesos, cacahuates, etc.

El momento ideal para llevar al niño por primera vez al dentista, Ferreira, Guedes-Pinto (2000) estiman que la visita debe realizarse alrededor de los 6 a 7 meses cuando la mayoría de los niños se inicia la erupción de los primeros dientes deciduos o Figueredo nos recomienda que sea desde el nacimiento

Dicha visita es importante, no solo para evaluar la cavidad bucal del niño, sino principalmente, para que la madre reciba instrucciones acerca de la prevención, lo cual conduce a la promoción de salud cual de su hijo.¹⁶

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Algunos padres de familia no le dan la importancia requerida al cuidado de la cavidad bucal así como a las visitas al consultorio dental, y mucho menos a la dentición temporal.

Durante mucho tiempo se ha tenido la idea en la sociedad que los dientes temporales no sirven debido a que hay un recambio dental, al igual que se desconoce que el primer molar erupciona a la edad de 6 años y por eso muchas veces se pierde.

Los padres juegan un papel importante en este cambio de ideas debido a que son el modelo más cercano que tiene el niño y son un ejemplo que les brindan los conocimientos básicos del cuidado bucal.

De allí la importancia de brindar la información necesaria por parte del odontólogo hacia los padres sobre los métodos preventivos que existen actualmente con relación a los hábitos de higiene bucal, dieta, hábitos nocivos y la edad en que debe ser llevado al dentista, ya que generalmente el niño solo es llevado al dentista cuando ya hay una lesión de caries o traumatismo dental.

4. JUSTIFICACIÓN

Es importante evaluar los conocimientos que tienen los padres sobre la higiene bucodental en el jardín de niños “Rafael Ramírez” de la comunidad de Zapotlán, San Salvador Atenco, Edo. de México.

Debido a la importancia que tiene la prevención de enfermedades bucodentales en los niños se busco una escuela que tenga la asistencia de menores de 0 a 5 y sean beneficiados con nuestras enseñanzas.

Se realizó una encuesta a los padres de los niños que están inscritos en el jardín de niños Rafael Ramírez, estas encuestas fueron hechas con la escala de Likert donde se les dió opciones múltiples y el padre respondió lo que él consideró conveniente, después se les brindó una exposición donde se les dió las herramientas necesarias preventivas para tener una buena higiene bucodental, al final se les realizo de nuevo el mismo cuestionario para ver el impacto en su conocimiento de los padres.

El resultado de esta actividad sirvió para verificar el grado de conocimiento antes y después de la exposición, de este modo el odontólogo puede desechar ideas falsas al respecto, de esta manera puede a su vez ser educado el paciente en cuanto a buscar atención no únicamente cuando lleva problema presente como el dolor por caries o enfermedad periodontal y asista para realizar tratamientos preventivos.

El crear programas donde se refuercen los hábitos de prevención dental a nivel masivo como a nivel privado o público, dará como resultado un ahorro de gastos en los padres de familia

5. OBJETIVOS

Programa de promoción de la salud bucodental en una muestra de preescolares para tener una buena higiene bucal y determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucodental de los padres y madres de familia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud dental de los padres de familia.
- Verificar el impacto en los padres de familia después de orientarlos sobre la salud bucodental.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó un cuestionario dirigido hacia los padres, que se les aplicó antes y después de una exposición.

Una laptop

Un cañón

TIPO DE ESTUDIO

- Transversal

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

150 niños del jardín de niños Rafael Ramírez de la población de Zapotlán, Estado de México.

38 padres de familia en el año 2011.

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Los padres de familia de los niños del jardín de niños Rafael Ramírez de la población de Zapotlán, Edo. de México durante el año 2011 que quieran participar.

6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Padres de familia que no quieran participar.

6.5 VARIABLES

6.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Programa de la plática.

6.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Aprendizaje de prevención

6.6 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previa autorización y aprobación del protocolo de investigación se aplicó un cuestionario a los padres de familia de los niños del jardín de niños “Rafael Ramírez” ubicado en la población de Zapotlán, Atenco, Edo de México, el cuestionario se les aplico previo a la exposición con la finalidad de saber el grado de conocimiento referente al cuidado bucodental, y después de la exposición para ver el impacto que tuvo la plática en los padres.



Fig. 9 Fuente directa



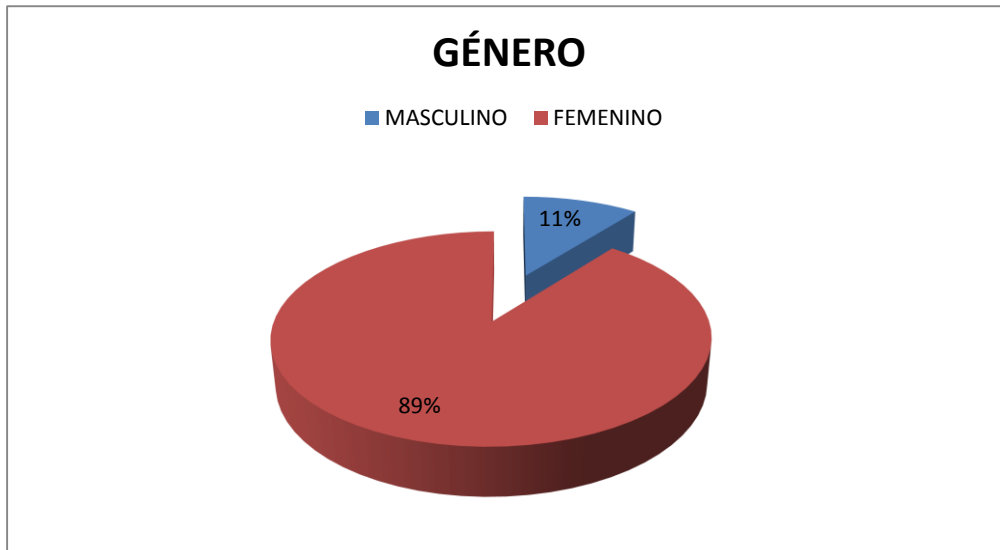
Fig. 10 Fuente directa



Fig. 11 Fuente directa

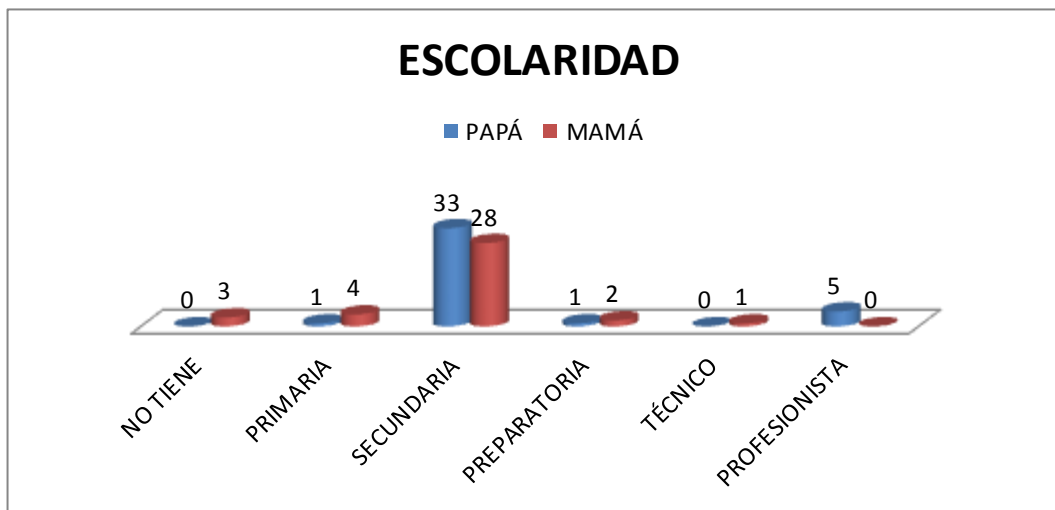
6.7 RESULTADOS

Se entregó el cuestionario a 38 padres de familia previa a la exposición la edad promedio de los padres fue de 27.9 años. Con respecto al género el 89% pertenece al femenino y 11% al masculino.



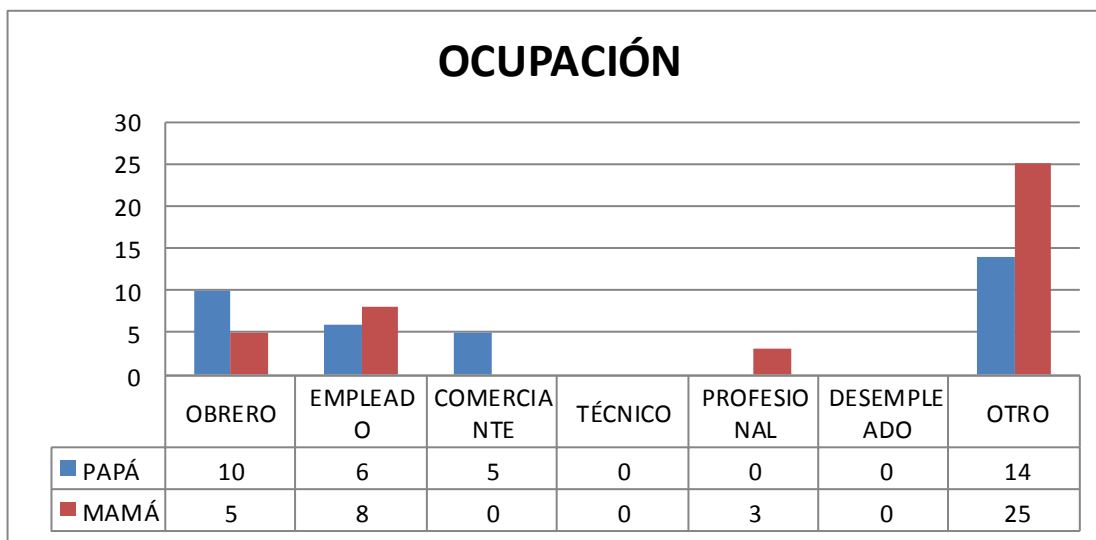
Gráfica 1 Género (fuente directa).

Con respecto al grado de estudios el 86.84% de los padres y el 73.68% de las madres estudiaron hasta la secundaria.



Gráfica 2 Escolaridad (fuente directa).

En relación con la ocupación de los padres se observó que la mayoría de las madres se dedican al hogar y los padres al campo.



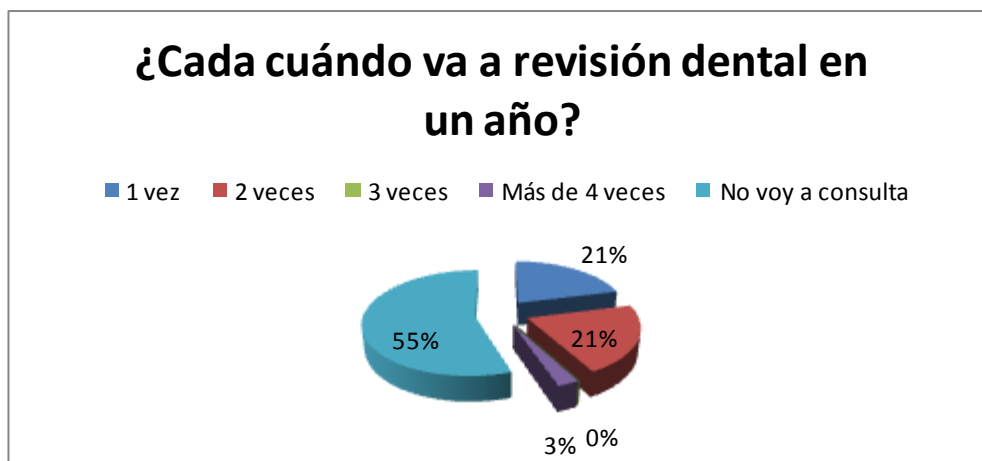
Gráfica 3 Escolaridad (fuente directa)

Con relación a la última visita al dentista, el 74% de los padres responde que tiene más de 6 meses que no asiste a consulta dental.



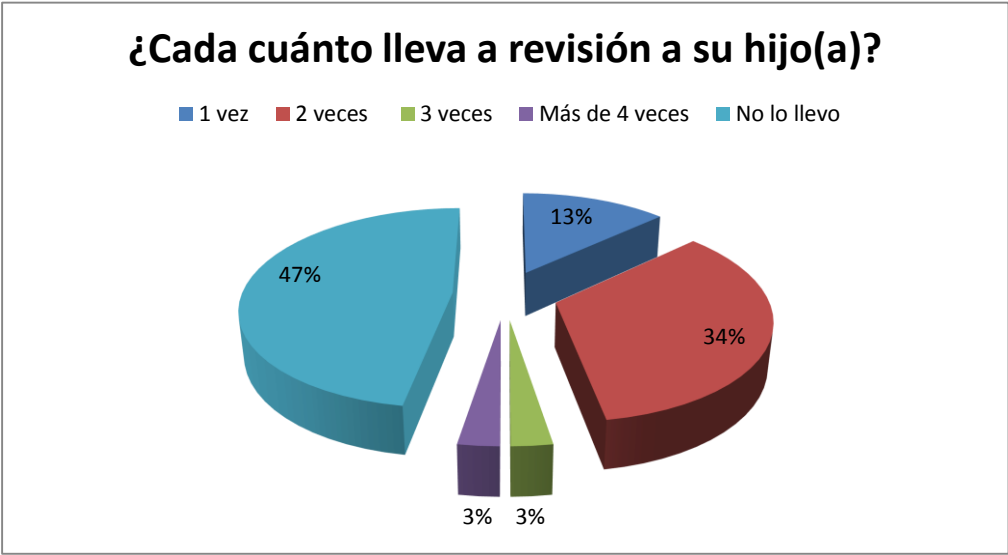
Gráfica 4 Fuente directa.

Quando se pregunto si en el último año ha acudido a consulta dental el 55% de los padres negó haberlo hecho.



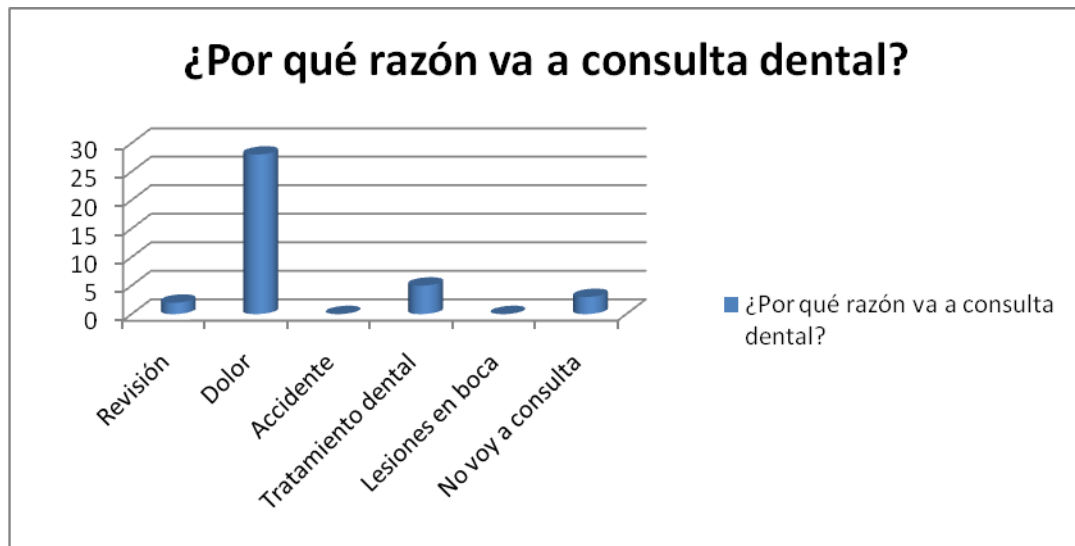
Gráfica 5 Fuente directa.

En la pregunta referente ¿cada cuánto lleva a revisión a su hijo en un año?, el 47% no ha llevado a su hijo al dentista.

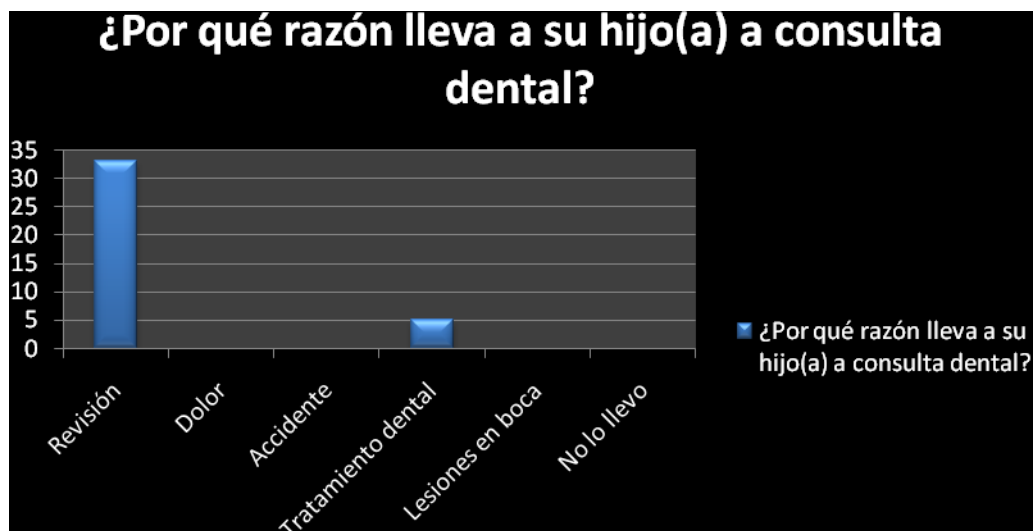


Gráfica 6 Fuente directa.

En las siguientes gráficas se presentaron diferencias de respuestas antes y después de la exposición y donde se les menciona la importancia de asistir a consulta dental para manejar medidas preventivas en la primera gráfica podemos notar que la razón predominante de ir al dentista es por dolor.

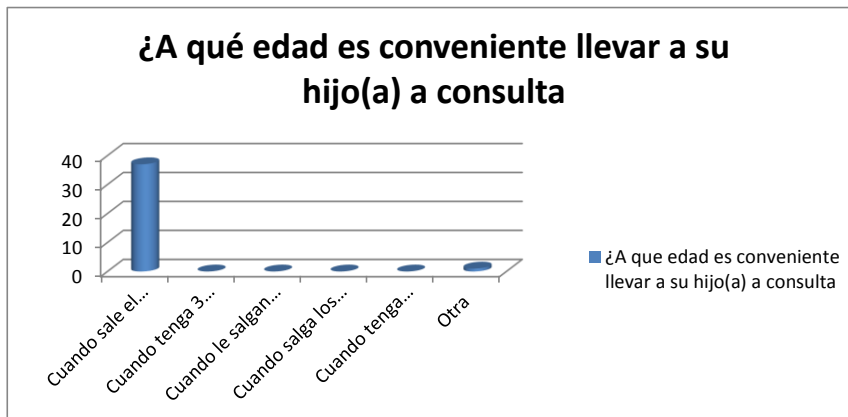


Gráfica 7 Fuente directa.

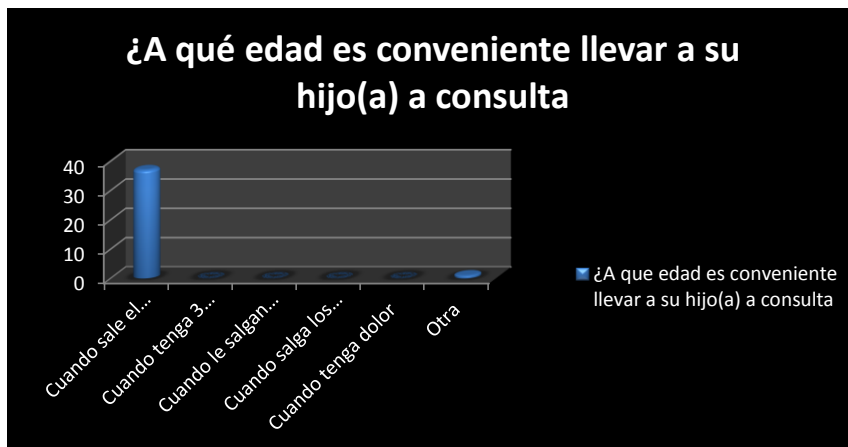


Gráfica 8 Fuente directa.

Con respecto a la edad conveniente para llevar a su hijo al dentista la mayoría de los padres tienen la idea de llevarlo hasta los tres años por qué así les oriento su dentista, después de la exposición se observó un cambio de idea de los padres donde ahora predomina la respuesta “cuando salga el primer diente”.

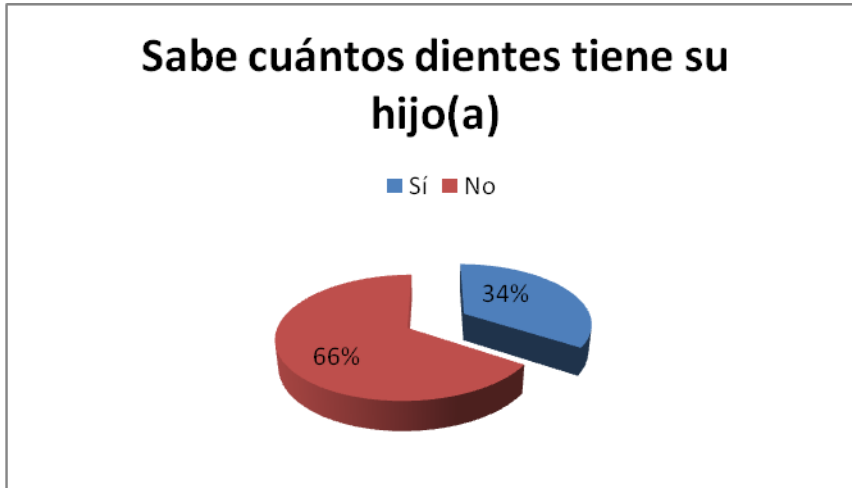


Gráfica 9 Fuente directa.

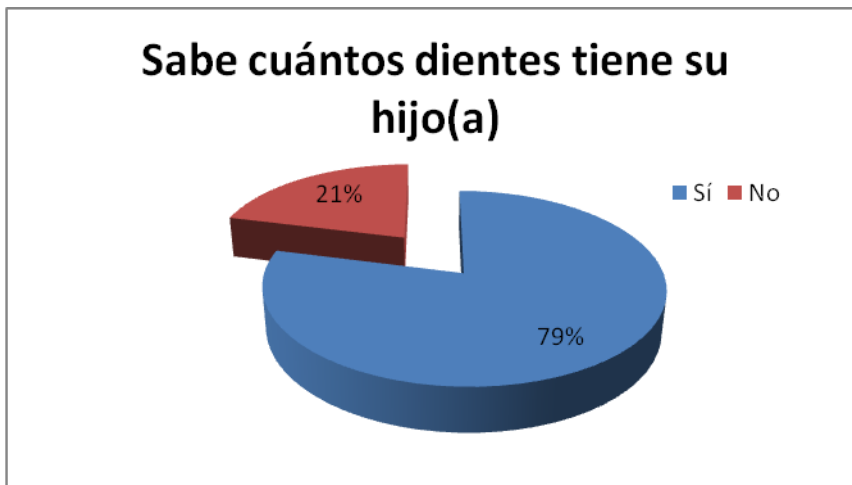


Gráfica 10 Fuente directa.

Se observa que el 66% de los padres no sabe cuántos dientes tiene su hijo, al preguntarles directamente si alguna vez le había visto o contado los dientes la mayoría contestó que no lo habían hecho, después de explicarles cuantos dientes de la dentición temporal tienen sus niños el 79% de los padres en el segundo cuestionario respondió conocer ya la cantidad de dientes



Gráfica 11 Fuente directa.



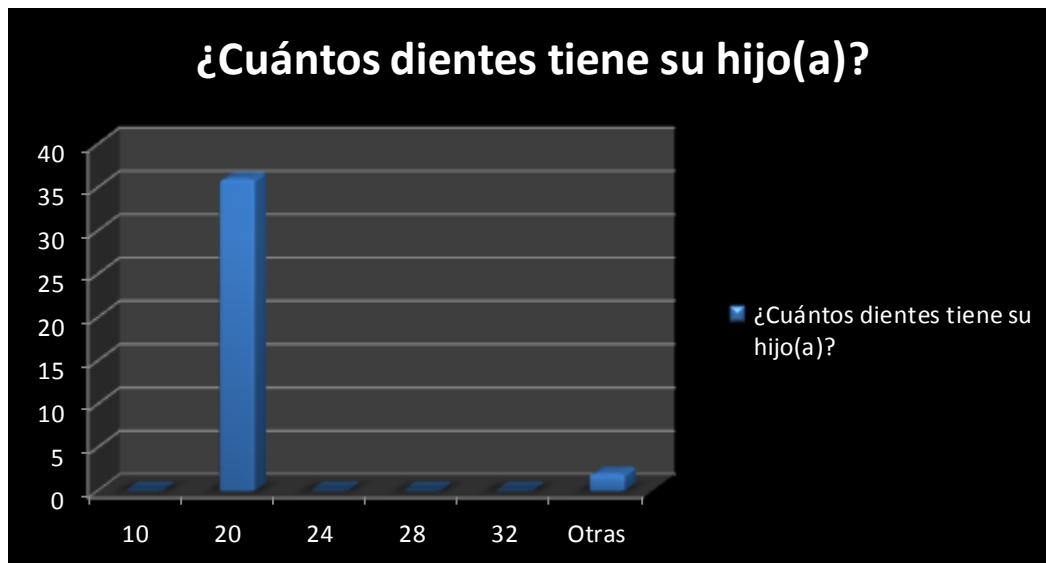
Gráfica 12 Fuente directa.

Cuando se les pregunto el número de dientes que tiene su hijo ellos respondieron, que no sabían, en la respuesta de otra se dejo una opción donde los padres podían escribir la razón, la mayoría anoto no saber y otros relataron que en el momento contaron sus dientes.



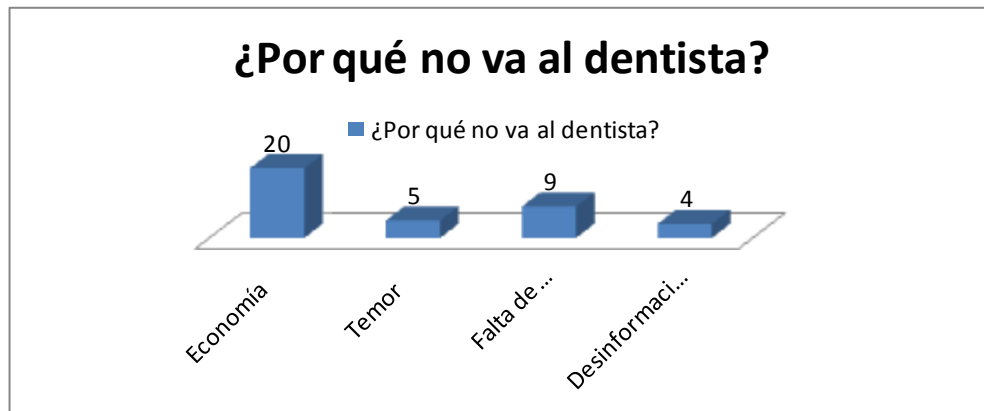
Gráfica 13 Fuente directa.

Cuando se les explico la importancia y cantidad de dientes de la dentición temporal la mayoría respondió 20 dientes en boca.



Gráfica 14 Fuente directa.

Se observa que 52.63% de los padres respondió que no va al dentista por falta de dinero, el 13.15% no va por temor, el 23.68% por falta de tiempo y el resto por desinformación.



Gráfica 15 Fuente directa.

Respecto a las veces que se cepilla los dientes la respuesta de 1 vez y 2 veces al día tienen el 39.47% c/u.



Gráfica 16 Fuente directa.

En la encuesta previa a la exposición en donde los padres debían contestar solamente sí o no, se puede observar que el 73.68% le dan importancia al cepillado pero la mayoría de las respuestas los padres hacen notar la falta de información sobre higiene bucodental.

Cuadro 1 Fuente directa.

	SÍ		NO	
	#	%	#	%
¿Qué importancia le da al cepillado dental?	28	73.68%	10	26.31%
Usa hilo dental su hijo(a)	5	13.15%	5	86.84%
Usa hilo dental usted	10	26.31%	28	73.68%
Es importante cuidar los dientes temporales o de leche	3	7.89%	35	92.10%
Sabe que es caries	10	26.31%	28	73.68%
Conoce como seleccionar usted su cepillo	10	26.31%	24	73.68%
Conoce como seleccionar el cepillo dental de su hijo	3	7.89%	35	92.10%
Conoce la técnica de cepillado para utilizar con su hijo	14	36.84%	24	63.15%
Conoce la técnica de cepillado para utilizar con usted	10	26.31%	28	73.68%
Conoce la técnica de usar el hilo dental para usted	5	13.15%	33	86.84%
Sabe como elegir la pasta dental de su niño(a)	15	39.47%	23	60.52%
Sabe que problemas produce la caries	10	26.31%	28	73.68%
Conoce que es la gingivitis	3	7.89%	35	92.10%
Conoce métodos preventivos en su casa para no tener caries	10	26.31%	28	73.68%
Conoce métodos preventivos contra la caries realizados por el odontólogo	15	39.47%	23	60.52%

Ya en el segundo cuestionario que se les aplico después de la exposición se puede notar el impacto que esta causo en los padres ya que en esta ocasión el 94.73% dan importancia al cepillado y del 7% subió al 100% cuando se preguntó sobre la importancia de la dentición temporal.

	SÍ		NO	
	#	%	#	%
¿Qué importancia le da al cepillado dental?	38	100%	28	0
Usa hilo dental su hijo(a)	33	86.84%	5	13.15
Usa hilo dental usted	10	26.31%	28	73.68%
Es importante cuidar los dientes temporales o de leche	38	100%	0	0%
Sabe que es caries	36	94.73%	2	5.26%
Conoce como seleccionar usted su cepillo	38	100%	0	0
Conoce como seleccionar el cepillo dental de su hijo	38	100%	0	0
Conoce la técnica de cepillado para utilizar con su hijo	38	100%	0	0
Conoce la técnica de cepillado para utilizar con usted	38	100%	0	0
Conoce la técnica de usar el hilo dental para usted	3	7.89%	35	92.10%
Sabe como elegir la pasta dental de su niño(a)	38	100%	0	0
Sabe que problemas produce la caries	36	94.73%	2	5.26%
Conoce que es la gingivitis	36	94.73%	2	5.26%
Conoce métodos preventivos en su casa para no tener caries	38	100%	0	0%
Conoce métodos preventivos contra la caries realizados por el odontólogo	33	86.84%	5	13.15%

Cuadro 2 Fuente directa.

7. CONCLUSIÓN.

Después de analizar los resultados el mayor porcentaje de los padres que asiste a este tipo de exposiciones es el de las madres, ya que la relación es de 8 a 1. El promedio de estudios de los padres es secundaria con el 87% y de las madres al 73.63%, ambos desconocen que existen métodos preventivos para evitar enfermedades como caries dental y gingivitis, y por lo tanto no asisten a consulta ni llevan a sus hijos, por lo que poseen muy poca información de la higiene bucodental, ni conoce el número de dientes que existen en la dentición temporal de sus hijos.

Es importante hacer notar que después de que realice la exposición audiovisual los padres obtuvieron una participación mayor y se puede asegurar que hubo un impacto positivo en la actitud de los padres.

Es de vital importancia que el odontólogo tenga una mayor participación con los pacientes así como explicar detenidamente la existencia de métodos preventivos porque en la mayoría de las ocasiones los pacientes carecen de conocimiento de todo lo que a odontología se refiere.

La odontología preventiva debería ser prioritaria en el consultorio pero al ser menos remunerada por los demás, aún no recibe la importancia necesaria sin embargo es mucho más fácil dar prevención a un universo mayor en menor costo, y al hacer

conciencia preventiva en los padres se estará logrando bocas sanas a los niños(a).

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Rodríguez Calzadilla A, Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes, revista cubana, 2003, vol. 40 No.1, .
2. Sosa Lacruz L M, Motivación en salud bucal de las madres en el área de hospitalización pediátrica(en línea), año 2004, URL disponible en http://www.odontologia-online.com/verarticulo/Motivacion_en_salud_bucal_de_las_madres_en_el_area_de_hospitalizacion_pediatrica_Hospital_General_Victorino_Santaell
3. Cardoso L, Análisis comparativo de tres diferentes métodos de diagnóstico para evaluar la actividad de caries en la base de la comunidad, J.Appl.Oral Sci., 2005, vol.13 No 2.
4. Rivero López A, Relación de la experiencia anterior de caries con la posterior actividad cariogénica en escolares de 7 a 14 años, añ, revista cubana estomatológica, 2000, vol. 37, No. 3.
5. Abreu Rodriguez R.J. Uso de complejos fluorados como tratamiento de la enfermedad de la caries.año 2005(en línea), URL http://www.odontologia-online.com/verarticulo/Uso_de_complejos_fluorados_como_tratamiento_de_la_enfermedad_de_la_caries_dental.html.
6. De la Cruz Cardoso D, Análisis de la prevalencia y riesgo de caries dental en dientes temporales de escolares sujetos al régimen de fluoruro sistémico y tópico, revista ADM, 2006, Vol. LXIV No. 5, pp 192 – 196.
7. Rodríguez Vilchis LE, Revalencia de caries y conocimiento sobre salud enfermedad bucal de niños(3 a 12 años) en el estado de México, revista ADM, 2006, Vol LXIII, No. 5, 170-175.

8. Selladores de fasetas y fisuras, revista sistema nacional de vigilancia epidemiológica, 2003, vol. 20, No 43.
9. S.C.L.CHANG. Feeding and oral Hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers' dental knowledge and attitudes, international Journal of paediatric dentistry. 2002, vol. 5, No. 12, 322-331.
10. Di Nasso P, Integración de la odontología en los programas de Atención temprana, 2011, (en línea) http://www.infomed.es/sespo/congreso2011/documentos/Integracion_de_la_Odontologia_en_los_programas_de_atencion_temprana.pdf
11. Harris Norman, odontología preventiva primaria, 2 ed, editorial Franklin García, manual moderno.
12. Martínez Abreu Judit, importancia de la educación en salud bucal infantil para la mujer, revista medica electrónica, año 2011
13. Di Nasso Patricia, Odontología en bebés y niños vulnerables. Revista Mexicana de Odontología clínica.
14. Franco Angela María, El menor de seis años: situación de caries y conocimiento y prácticas de cuidado bucal de sus madres.
15. Cortés Juan, Guía para padres: La salud bucal de los niños. Internet
16. Tilli Politano Gabriel, Evaluación de la información de las madres acerca de los cuidados Bucales en el bebé., trabajo de investigación, JBP-Rev Ibero-am Odontopediatr _Odontol Bebé 2004.
17. Cuidado de su bebé, preguntas frecuentes de un niño, internet
18. Saldarriaga Alexandra, El médico general y el pediatra en la promoción de la salud oral y la prevención de la enfermedad del niño menor de cinco años y la mujer en período de gestación, revista CES odontología Vol.15 – No. 2, 2002.
19. Lewis Charlotte, The role of the Pediatrician in the oral Health of Children: A Nacional Survey. Pediatrics Vol 106 No. 6, 2000.

20. Navas Rita, Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres.
21. Zelada López Lily Diana, Variación comportamental durante la consulta estomatológica de bebés.
22. Guillen Borda Celso, Odontología para el bebé: modelos de atención en salud pública - Perú (Parte 1), odontología Sanmarquina vol. 8 No. 2, 2004.
23. Belloso Nelsy, Efectividad de los programas de educación para la salud bucal en niños en edad escolar. Ensayo experimental, acta científica Venezolana, 50: 42-47, 1999.
24. Fernández Torres Celis María, Resultados del control de factores de riesgo de anomalías dentofaciales, clínica estomatológica.
25. Pérez Navarro Norailys, El mural de mami y papi, revista cuaban de estomatología v. 4 n.1 2003.
26. Rodríguez Calzadilla Amado, estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. Revista cubana, v.40 No.1, 2003.
27. Guillen Celso, Responsabilidad del odontopediatra, odontología Sanmarquina vol. 1 No 5, 2000.
28. Medina Solis Carlos Eduardo, Utilización de servicios odontológicos de salud por niños menores de cinco años con seguridad social, Revista mexicana de Pediatría, vol. 71, No. 5, 2004.
29. Rodríguez Peel Johana C., Influencia del consumo de azúcar, uso de medicamentos e higiene oral en la prevalencia de caries de bebé, acta odontológica Venezolana, Vol. 46 No 2, 2008.
30. Meléndez Tello, Estudio epidemiológico de la prevalencia de caries y su relación con los hábitos alimentarios y de higiene bucal en los niños de 6 a 36 meses de edad.
http://www.ceo.com.pe/005_revista_art01.htm.

31. Peterson-Sweeney Kathleen, Optimizing the health of Infants and children: Their Oral Health Counts; Journal of pediatric Nursing, 2010.
32. Palma C., Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida, acta pediatri esp. 2010.
33. M. Kranz Ashley, Oral health content of Education and child care regulations and standards, journal of public health dentistry.2010.
34. P.L.Davidson, Reforming dental workforce education and practice in the USA, European journal of dental education, 2011.
35. Soria-Hernández Ma. Alejandra, Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre frecuencia de caries dental, Acta pediátrica de México vol. 29 Num 1, 2008.
36. E.Kagihara Lynette, Assessment, Management, and prevention of early childhood caries, journal of the American Academy of nurse practitioners, 2009.
37. De figuereido Walter Luiz Reynaldo, odontología para el bebe, primera edición editorial artes medicas, año
38. Seif R. Tomás cariología prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental, primera edición 1997 médico odontológicas latinoamericanas,C.a. año1997.
39. <http://clicasincident.blogspot.com/2011/04/tecnicas-de-cepillado-dental-ver-video.html>
40. <http://odontologiasalud.blogspot.com/2009/01/qu-son-los-selladores-de-fosas-y.html>
41. <http://icctprevencionleidy.blogspot.com/2009/11/aplicacion-de-fluor.html>
42. <http://cliniqmuelitas.blogspot.com/2011/04/tipos-de-caries-en-ninos.html>
43. <http://www.hacemosvidasana.com/pasos-para-tener-una-boca-sana/>
44. <http://cuidadoinfantil.net/la-higiene-bucal-de-los-bebes.html>

45. <http://www.centroodontologicomfr.com/pacientes/comfrarticulo07.htm>¹

Padre Madre Edad

Ocupación

- A) Obrero B) Empleado C) Comerciante D) Técnico E) Profesional F) Empleado
G) Desempleado J) Otro especifique_____

Padre
Madre

Escolaridad

- a) No tiene B) Primaria C) Secundaria D) Preparatoria E) Técnico F) Profesionista

Padre
Madre

¿Cuándo fue la última vez que fue al dentista?

- a) Una Semana D) Un Mes E) 6 Meses f) Más de 6 meses

¿Cada cuánto va a revisión dental en un año?

- a) 1 Vez B) 2 Veces C) 3 Veces E) Más de 4 veces f) No voy a consulta

¿Cada cuánto lleva a revisión a su hijo(a)?

- a) 1 Vez B) 2 Veces C) 3 Veces e) Más de 4 veces f) No lo llevo

¿Por qué razón va a consulta dental?

- a) Revisión B) Dolor C) Accidente D) Tratamiento dental e) Lesiones en boca f) No voy a consulta

¿Por qué razón lleva a su hijo(a) a consulta dental?

- a) Revisión B) Dolor C) Accidente D) Tratamiento dental e) Lesiones en boca f) No lo llevo

¿A qué edad es conveniente llevar a su hijo(a) a consulta dental?

- a) Cuando sale el primer diente b) Cuando tenga 3 años de edad c) Cuando le salgan todos los dientes
d) Cuando salgan los dientes permanentes e) Cuando tenga dolor f) Otra
especifique_____

Sabe cuántos dientes tiene su hijo:

sí no

Cuántos dientes tiene su hijo: a) 10 b) 20 c) 24 d) 28 e) 32

especifique_____

¿Por qué no va al dentista?

- a) Economía b) Temor c) Falta de tiempo d) Desinformación

¿Cuántas veces se cepilla usted dientes?

- a) 1 b) 2 c) 3 d) Más de 3 veces

	Sí	No
¿Qué importancia le da al cepillado dental?		
Usa hilo dental su hijo(a)		
Usa hilo dental usted		
Es importante cuidar los dientes temporales o de leche		
Sabe que es caries		

Sí	No		
		Conoce como seleccionar usted su cepillo	
		Conoce como seleccionar el cepillo dental de su hijo	
		Conoce la técnica de cepillado para utilizar con su hijo	
		Conoce la técnica de cepillado para utilizar con usted	
		Conoce la técnica de usar el hilo dental para usted	
		Sabe como elegir la pasta dental de su niño(a)	
		Sabe que problemas produce la caries	
		Conoce que es la gingivitis	
		Conoce métodos preventivos en su casa para no tener caries	
		Conoce métodos preventivos contra la caries realizados por el odontólogo	

Preguntas	De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
Es importante llevar a revisión dental a los niños.			
La caries es una enfermedad que destruye los dientes			
La caries es una enfermedad que produce infecciones			
Se puede prevenir la caries			
La gingivitis es una enfermedad de las encías donde hay sangrado			
La prevención de caries es más económica que los tratamientos			
La aplicación de fluoruro fortalece los dientes			
La aplicación de fluoruro ayuda a prevenir caries			
La colocación de selladores de fosetas y fisuras es prevención			
Tiene la culpa el odontólogo que usted desconozca esta información			
Tienen la culpa los padres por no informarse			
Deben trabajar en equipo los padres y el odontólogo			