



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
ESPECIALIZACION EN ESTOMATOLOGIA DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA MEJORAR EL
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE
CUIDADOS ORALES EN NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

PRESENTA:

BEATRIZ TORRES DIAZ

DIRECTOR: C.D. Esp. Citlali Gárate Espinosa

ASESOR: Dra. Martha Asunción Sánchez Rodríguez



MÉXICO, D.F.

FEBRERO, 2016



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.

INDICE

| | |
|---|----|
| I. RESUMEN /ABSTRACT | 5 |
| II. INTRODUCCIÓN | 7 |
| III. MARCO TEÓRICO | 8 |
| III.1 Odontología Preventiva | 8 |
| III.1.2 Educación para la Salud | 9 |
| III.1.3 Programas Educativos | 13 |
| III.1.3.1 Lactancia materna | 17 |
| III.1.3.2 Lactancia con biberón | 19 |
| III.1.3.3 Caries de Infancia Temprana | 21 |
| III.1.3.4 Alimentación cariogénica | 25 |
| III.1.3.5 Limpieza de boca y dientes | 26 |
| III.1.3.6 Pasta dental | 31 |
| III.1.3.7 Chupones | 32 |
| III.1.3.8 Flúor | 36 |
| III.1.3.9 Primera visita al odontopediatra | 38 |
| III.2 Cuadro de revisión sistemática | 40 |
| IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 46 |
| V. HIPÓTESIS | 47 |
| VI. OBJETIVO | 48 |
| VII. MATERIAL Y MÉTODOS | 49 |
| VII.1 Tipo de estudio | 49 |
| VII.2 Población | 49 |
| VII.3 Criterios de inclusión | 49 |
| VII.4 Criterios de exclusión | 49 |
| VII.5 Criterios de eliminación | 49 |
| VII.6 Variables | 50 |
| VII.7 Operacionalización de variables | 51 |
| VII.8 Técnicas | 53 |

| | | |
|-------|----------------------|----|
| VIII. | ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 59 |
| IX. | RESULTADOS | 60 |
| X. | DISCUSIÓN | 65 |
| XI. | CONCLUSIONES | 69 |
| XII. | PERSPECTIVAS | 70 |
| XIII. | REFERENCIAS | 71 |
| XIII. | ANEXOS | 80 |

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM, en especial a la FES Zaragoza, mi segunda casa

Al C.D. Luis Enrique Salgado Valdés, por su apoyo y tutoría en este proyecto.

A todos los profesores de la Especialidad por compartir sus conocimientos y experiencias profesionales conmigo; en especial a la Dra. Citlali Garate y la Dra. Martha Sánchez por el tiempo que me brindaron para concluir este proyecto.

I. RESUMEN

Antecedentes: La caries de infancia temprana (CIT) es en la actualidad una enfermedad infecciosa común que se manifiesta poco tiempo después de la erupción dental, tal vez por el desconocimiento de las madres en cómo deben de cuidar la boca de su bebé. Ésta y otras enfermedades orales pueden prevenirse si se educa a la madre mediante un programa de cuidados orales.

Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa para mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años.

Métodos: Se incluyeron 74 madres con hijos de 0 a 3 años de edad del Edo. de México, conformando un solo grupo experimental, el cual se evaluó en 2 momentos. El estudio se realizó en 3 etapas: a) diagnóstico del nivel de conocimiento de las madres mediante un cuestionario de 24 ítems sobre salud bucal y cuidados orales (pretest), b) implementación del programa de cuidados orales en dos sesiones de una hora cada una y un reforzamiento del conocimiento mediante la proyección de videos, c) aplicación nuevamente del cuestionario (post test) para evaluar la efectividad del programa.

Resultados: Para establecer la calificación del conocimiento en bueno, regular y malo de las madres se obtuvieron los cuartiles como puntos de corte. El 51% de las madres tenían un conocimiento regular antes de la intervención el cual fue modificado hasta el 77% de buenos conocimientos después de la implementación del programa, con mayor impacto en las jóvenes (19-23 años) y en las madres con escolaridad de secundaria. Se observó una mejora en el promedio de calificación en todos los niveles de conocimiento después de la intervención.

Conclusiones: El programa educativo implementado es eficaz ya que se observó un cambio en el nivel de conocimiento sobre los cuidados orales que se deben realizar en niños de 0 a 3 años de regular a bueno, con un incremento de hasta el 77% después de la aplicación del programa.

I. SUMMARY

Background: Early childhood caries (CIT) is now a common infectious disease which occurs soon after tooth eruption, perhaps by ignorance of mothers in how to take care of your baby's mouth. This and other oral diseases can be prevented if the mother is educated through a program of oral care

Objective: To evaluate the effectiveness of a program in oral care in children 0-3 years.

Methods: We included 74 mothers with children aged 0-3 years old of Mexico State, forming a single experimental group. The study was conducted in 3 stages: a) diagnosis of the level of knowledge of mothers using a questionnaire of 24 items on oral health and oral care (pretest), b) implementation of oral care program in two sessions of one hour each and a strengthening of knowledge through video projection, c) application again questionnaire (post test) to evaluate the effectiveness of the program.

Results: To establish the qualification of knowledge in good, fair and poor mothers as quartiles cut points were obtained. 51% of mothers had a regular knowledge before the intervention which was modified to 77% good knowledge after program implementation, with greater impact on young people (19-23 years) and mothers with schooling secondary. An improvement was observed in the grade point average at all levels of knowledge after intervention.

Conclusions: The educational program is effectively implemented and that a change was observed in the level of knowledge about oral care that must be performed in children 0-3 years of fair to good, with an increase of up to 77% after implementation of the program.

II. INTRODUCCIÓN

Las prácticas o conductas son cualquier comportamiento o actividad que forma parte de la vida cotidiana de una persona y estas influyen ya sea positiva o negativamente sobre su estado de salud. El sendero para obtener una salud oral óptima comienza en la infancia, razón por la cual la prevención y educación en cuidados orales debe comenzar en etapas tempranas de la vida. Los responsables de promover la salud bucal en los niños, son los padres, por tal motivo es importante que los conocimientos, prácticas, y hábitos en niños de 0 a 3 años de edad sean positivos, favoreciendo así la presencia de generaciones con hábitos de higiene oral correctos y por qué no tal vez hablar de niños libres de caries.

La caries durante la niñez tiene implicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños y es una tarea de primer orden de la odontología pediátrica, evitarla a través de la educación oportuna, suficiente y adecuada a los padres, en particular de las madres; pues generalmente son ellas quienes pasan mayor tiempo con el niño y son las encargadas de transmitir los conocimientos y experiencias a los niños.

Es necesario establecer programas que aborden la educación de las madres en cuanto a cuidados orales de sus bebés, con el objetivo de crear una visión que impacte en su salud adoptando cuidados y prácticas orales benéficas para sus hijos.

El propósito del presente estudio fue evaluar la efectividad de un programa para mejorar el nivel de conocimientos de las madres sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años.

III. MARCO TEÓRICO

III.1 ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

La odontología preventiva es un modelo de la práctica odontológica que se encarga de la promoción de la salud oral, la cual se basa en la aplicación de medidas preventivas y hace hincapié en la educación de la población¹. La principal preocupación de la odontología preventiva es, el individuo como un ser total; cambiando su forma de actuar y enseñándole a conseguir y proteger el máximo grado de salud posible. Para lograr cambiar la forma de actuar o la actitud de un individuo, es necesario que este se encuentre motivado; pues la motivación es uno de los factores que intervienen en la regulación de la conducta humana.²

La Odontología Preventiva se clasifica en 3 niveles diferentes:³

1.- Prevención Primaria: Utiliza estrategias y agentes para impedir el inicio de la enfermedad.

2.- Prevención Secundaria: Emplea métodos de tratamiento para detener el proceso patológico y restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad.

3.- Prevención Terciaria: Utiliza las medidas para sustituir los tejidos perdidos y rehabilita a los pacientes lo más cerca posible de la normalidad.

Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones, comienzan desde edades muy tempranas y son evitables con correctos hábitos de higiene, alimentación, conductas y actitudes que deben aprenderse desde los primeros momentos de la vida; los niños aprenden de sus padres lo que deben y lo que no deben hacer. Por ello son ellos los mejores aliados del odontólogo para poder educar al niño en los cuidados preventivos de salud bucal.⁴

III.1.2 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

“Educar previniendo prevenir educando”. Lema de Clínica para el bebé (Brasil).

La educación para la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos que tienden a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad.⁵

La educación para la salud, debe reorientarse para transmitir información que responsabilice al individuo con su comportamiento y las enfermedades que de esté se derivan⁶; también, debe facilitar y ayudar a comprender la cadena causal que ocasiona su conducta apoyando a la transformación de la realidad social que induce, viabiliza y promueve estilos de vida perjudiciales para la salud.

La educación para la salud, cobra un significado importante en los niveles de prevención, pues es la encargada a través de sus diferentes técnicas, de modificar conductas, establecer formas de vida sana, crear modos o estilos de vida favorables para que las personas puedan disfrutar de una vida saludable. La educación para la salud no es un fin, sino un medio de aprendizaje, donde el individuo y la colectividad incorporan una serie de conocimientos para posteriormente establecer cambios de conducta.⁷

En la educación sobre salud bucal en bebés, para Elias Podesta,⁸ el educando no es solo un individuo, sino hace referencia a la díada madre-bebé. Pues los métodos y técnicas son dirigidas a las madres (o responsables) de menores de 36 meses, teniendo como objetivo el mantenimiento o recuperación, así como el adiestramiento necesario para lograr la salud bucodental del bebé e indirectamente de la madre.

Esta educación, por tanto, se caracteriza por el empleo de técnicas para su aplicación, que serán seleccionadas de acuerdo con la temática que sea de interés tratar y las características del auditorio. Los objetivos de la educación para la salud son estudiar y desarrollar procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendientes a crear en los individuos conductas favorables para

su salud. En técnicas de educación para la salud figuran: entrevista, charla educativa, demostración, panel y mesa redonda, entre otras.⁷

Para llevar a cabo la Educación para la Salud Bucal del Bebé, se deben realizar dos técnicas: técnica informativa educativa (EI) y educativo-demostrativo (ED).

En la técnica EI se transmite la información mediante charlas; en la técnica ED se busca lograr destrezas manuales directamente aplicadas en el bebé. Sin embargo en caso de estar en presencia de un gran número de personas, solo se aplicara la EI, pues las destrezas no serán bien atendidas por los receptores. Aunque lo ideal es dar el paquete educativo completo: “charlas e instrucción”.⁸

Fig. 1

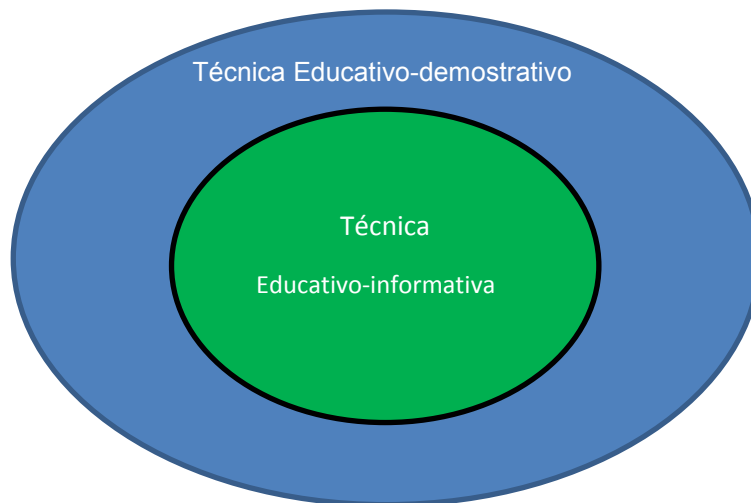


Fig. 1 Esquema educativo de la Filosofía Educativa de la Odontología Preventiva. (Tomada de Podestá, 2013).⁸

A pesar de la preocupación de algunos autores, en los cuidados orales de niños a corta edad, todavía nos encontramos con madres que consideran innecesarias las medidas preventivas en cuanto a los cuidados orales en niños de 0-3 años⁹, pues ellas consideran que esos dientes serán reemplazados en un

corto tiempo. Las preguntas a este problema serían ¿Cómo cambiar esta idea? ¿Cómo abarcar a esta población?, ¿Cuáles serían los aspectos a considerar para modificar esta forma de pensar?

La respuesta la podríamos encontrar en la educación a los padres, en especial a la madre; pues la mujer tiene más contacto con el niño y es la indicada para transmitir la educación.⁹ (Fig. 2)

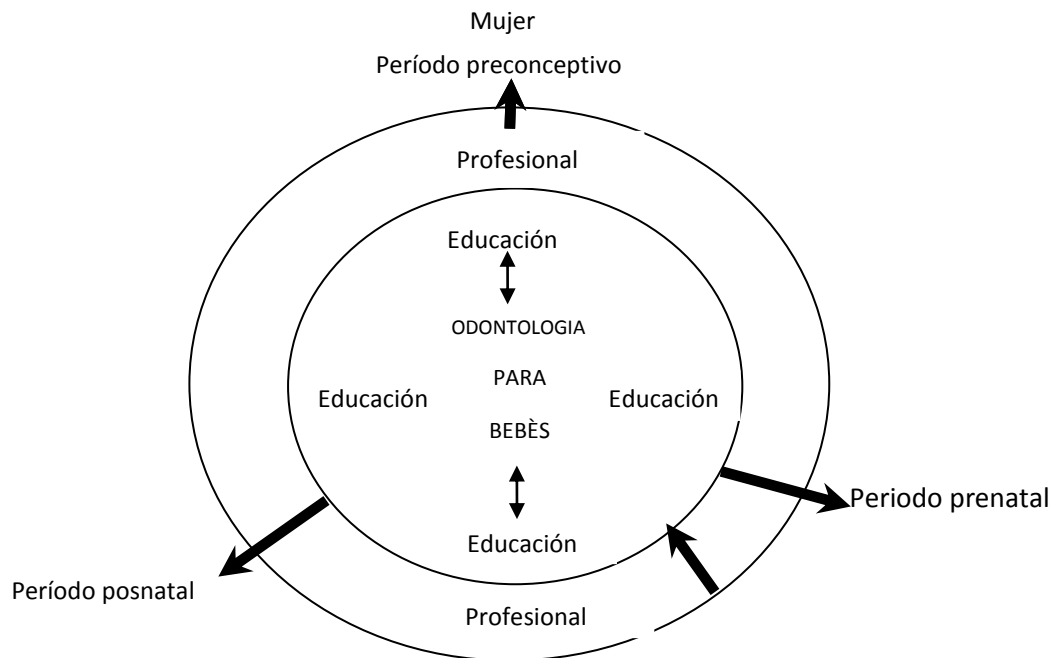


Fig. 2 Esquema para la educación en el cuidado bucal.
(Tomada de Biondi, 2010).⁹

Se considera que la madre adquiere gran relevancia y puede constituirse en un factor de riesgo del estado de salud de su hijo conllevando esto a un problema familiar, social, económico y educacional. Los padres de familia son los responsables de la Educación para la salud bucal en los hogares, pero no todos están preparados para realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos conceptos y hábitos perjudiciales. El desconocimiento es el principal factor de riesgo en la salud bucal, y la Educación para la Salud asegura la preservación de salud integral del niño asegurando una mejor calidad de vida.¹⁰

Figuereido, señala que en Brasil, en el libro de Pereira “Educación Dental del Niño”, se enfatiza que “es necesario una divulgación sin límites en el seno familiar, pues la profilaxis debe comenzar desde que el niño está en el vientre materno con la formación de los órganos dentarios sanos y bien calcificados (1929)”.¹¹

En Japón, Morunushi y col. (1982), incorporaron una guía de salud bucal junto al servicio de examen médico de madres con hijos con cuatro meses de edad, los cuales incluían instrucciones de cuidados diarios y control de alimentación con alto contenido de azúcar. En la década de los 80, en Brasil ya existían manuales donde se ofrecía orientación para atender a la madre en gestación y al niño, explicando la forma de limpiar los primeros dientes haciendo uso del cepillo dental, del hilo y además se hablaba de amamantar el mayor tiempo posible.⁹

Entonces, consideraremos a la madre como el eje en el que se establecerá la salud bucal de su hijo, ya sea para beneficiar o perjudicar la salud bucal de este. Y digamos que el conocimiento o desconocimiento de los cuidados orales en edades tempranas es el principal factor de riesgo en el estado de salud oral.⁹ De esta manera, educar sobre el cuidado bucal del nacimiento a los 36 meses de vida y consecuentemente antes de la enfermedad, se vuelve una prioridad en la Odontología durante la Primera Infancia.¹² Se considera importante brindar educación para lograr que la comunidad tenga una “Cultura de Salud” temprana, oportuna y permanente dirigida a la madre en aspectos de cuidados de salud bucal para sus hijos.¹⁰

Se ha observado en diferentes países, que la herramienta clave para disminuir la prevalencia de la caries en los niños es la educación de la población, que debe empezar precozmente. Mediante la implementación de programas educativos dirigidos a la población.

III.1.3 PROGRAMAS EDUCATIVOS

El efecto de las intervenciones en salud puede evaluarse a través de eficacia o de efectividad.¹³ La **eficacia** se da cuando las acciones que realizamos sobre los pacientes nos permiten obtener los resultados esperados o deseados es decir; es el efecto de una acción. La **efectividad** es la medida del impacto de un procedimiento, contempla el nivel con que las pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios son proporcionados y al grado en que la atención para el paciente es coordinada entre los médicos, instituciones y en el tiempo, es un atributo que solo puede evaluarse en la práctica real de la medicina.¹⁴ La **eficiencia** relaciona los beneficios de la intervención con los costos que supone obtener, esto es lograr los objetivos con el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. En la eficiencia se consideran los gastos y costos relacionados con la eficacia o efectividad alcanzadas. En este contexto se trata de tres conceptos interrelacionados y que solo pueden alcanzarse de forma escalonada. No se concibe eficiencia sin efectividad y ésta pierde sentido sin eficacia.¹⁴

Los programas educativos han evidenciado mayor impacto pues se basan en el concepto de que mientras más precoz sea la intervención, más efectivo será el resultado¹⁵. Para realizar una educación como parte importante en la promoción para la salud, se debe mantener la idea de que las conductas están determinadas por factores y acciones multidisciplinarias, las cuales son fundamentales para lograr un cambio conductual voluntario.¹⁶ En diferentes programas educacionales, se intenta sensibilizar a los participantes, para comprender, motivar y desarrollar habilidades las cuales ayudaran a resolver o disminuir sus problemas de salud lo que conlleva a una mejor calidad de vida.¹⁷ Los programas educacionales deben llevarse mediante un proceso de continuidad para determinar un patrón de comportamiento vital en cada individuo, por lo que la infancia es el mejor momento para implementar programas que conlleven a hábitos saludables¹¹; sin olvidar que la cooperación de la madre o cuidador es necesaria para asegurar que se cumpla con lo esperado para lograr “salud bucal”. Así pues diversos investigadores

concluyen que los programas de salud bucal que dan mejor resultado son aquellos que se dan en los primeros meses de vida¹².

Algunos estudios realizados en Brasil, en la clínica del Bebé de la Universidad Estatal de Londrina, destacan la importancia de la educación continua para lograr una disminución de la prevalencia de Caries de la Primera Infancia, pues se observa la relación directa en el desarrollo de caries dental y hábitos dietéticos inadecuados.¹⁸

En un estudio realizado en la ciudad de Medellín por Ángela María Franco y cols,¹⁹ se encontró caries dental desde el primer año de edad. El promedio de superficies afectada por caries es de 3.4 y 6.6 para el estrato MA (medio alto) y B (bajo) respectivamente. Se encontró una diferencia significativa en el nivel de escolaridad de las madres. El 42% de las madres del MA y el 50% del B afirman no haber recibido información sobre el cuidado bucal de sus hijos. En el momento del estudio se encontró que el 18% de los niños presentaban hábito prolongado del biberón y el 50% de las madres tenían la costumbre de dejar dormir al niño con el tetero. Los hallazgos de este estudio sugieren que la caries dental sigue siendo un problema frecuente en los menores de seis años en Medellín; por lo tanto es indispensable asumir con continuidad la educación de las madres y cuidadores para la verdadera promoción de la salud bucal, con temáticas específicas que trasciendan la acción educativa, transmisión de información a prácticas de instrucción y adiestramiento para el desarrollo de destrezas. En estudios realizados por Navas Rita,²⁰ Benavente Lipa¹⁰ y Hanna²¹, determinan que las madres, los pediatras, enfermeras y médicos poseen un nivel de conocimientos de no aceptable a regular, por lo cual es preciso implementar intervenciones educativas a los pediatras, enfermeras y médicos sin olvidar a las madres.

En el estudio de González Martínez y col²² se da a conocer que las necesidades en el diseño del programa de intervención, debe ser acorde con la necesidad del individuo, esto garantizaría un impacto positivo entre los conocimientos, actitudes y practicas orales adecuadas. Además se considera a los padres, y a toda persona encargada del cuidado como una fuente primaria en

educación.^{10,11,17,23} Teixeira González y Cols.²⁴, nos refiere que el conocimiento de las madres sobre los cuidados buco dentales de sus niños de 0 a 3 años es bajo, por lo que se hace necesario impartir educación acerca de los mismos, tanto a las madres como a los profesionales de salud.

Según Suyo y Col.,²⁵ es necesario conocer el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la relación que existe con la higiene bucal del niño menor de 3 años para de esta forma obtener un resultado real y tener una línea de base para así proponer un plan preventivo eficaz y viable en el futuro sobre la higiene bucal en infantes. Por tal razón, se requiere de una estrategia lúdica para permitir crear un clima de confianza que brinde información y motive a las madres a mejorar los hábitos de la salud bucal de sus hijos por ello diversos investigadores^{26,27,28,29,30} nos hablan de evaluaciones de programas y de intervenciones educativas dirigidas a madres de niños menores de 3 años, las cuales después de ser llevadas a cabo nos muestran mejora tanto en los conocimientos de las madres como en las conductas relacionadas a las prácticas de higiene oral logrando mejores condiciones en la salud bucal de sus hijos.

Sin embargo existen algunos **factores que pueden intervenir** en el conocimiento de las madres sobre los cuidados orales que deben realizar a sus hijos, estos pueden ser nivel académico, edad de la madre, estado civil entre otros. Teixiera²⁴ menciona que las madres que tienen un conocimiento aceptable en cuanto a salud oral de sus niños son las que han concluido el bachillerato, así también las madres que son mayores de 25 años, que trabajan fuera de casa y que además cuentan con la compañía de su pareja presentan un nivel bueno de conocimientos.

La educación para la salud significa algo más que comunicar la realidad a las madres, padres o niños; implica la ayuda para que comprenda y controle los aspectos de su vida que pueden prevenirse para alcanzar un potencial óptimo de salud.²³

Palma y cols.³¹ proponen una guía integral para la salud bucal en los primeros años de vida con el fin de unificar criterios y orientaciones a padres. Los

temas abordados en esta guía y en el programa de Farfan²³, llevado a cabo en Pamplona, España en una población de padres y madres con niños de 0 a 6 años de edad son los siguientes, los cuales fueron tomados como referencia para llevar a cabo las acciones educativas dentro de nuestro programa.

Los aspectos básicos importantes y relevantes para la salud bucal infantil son:

1. Lactancia materna
2. Lactancia con biberón y uso del chupón
3. Transmisión bacteriana
4. Caries de Infancia Temprana
5. Higiene bucal
6. Uso del flúor
7. Primera visita al Odontopediatra.

III.1.3.1 LACTANCIA MATERNA.

El amamantamiento materno Fig. 3, es importante tanto para el desarrollo físico como el emocional desde la concepción a los 6 meses, un niño que mama pecho hasta los 6 meses tiene menor posibilidad de adquirir hábitos de succión no nutritivos (succión digital y de chupón). Se sabe que para el recién nacido, la leche materna es el alimento más recomendado por sus características nutricionales, por poseer anticuerpos para la protección inmunológica del bebé, además de favorecer la seguridad emocional y afectiva de madre al bebé a través del contacto físico; el amamantamiento natural constituye el cuidado más completo que se puede dar al bebé.^{11,31,32.}



Fig. 3 Alimentación materna. Tomada de Figueredo, 2000.¹¹

Mamar no solo satisface la necesidad de nutrición (el sentirse alimentado o “lleno”), además satisface la necesidad de succión, logrando un equilibrio emocional, psicológico y orgánico con lo cual logra una satisfacción de succión y, por el esfuerzo realizado, el bebé se cansa y duerme.^{8,11} La posición para amamantar es la denominada “casi ortostática” en esta posición el lactante se encuentra en una posición entre horizontal y vertical; además se debe cuidar el no presionar el rostro del bebé durante el amamantamiento, el posicionamiento del lactante es importante pues se evitara traumatismos en el pezón³³.

La lactancia materna además de su papel nutritivo, desde el punto de vista odontológico favorece el crecimiento y el avance de la mandíbula, estabiliza la

relación entre las bases óseas, auxilia en el proceso de erupción dentaria, ejercita el movimiento de la ATM, previene la respiración bucal, además de representar la primera etapa para el desarrollo del proceso masticatorio.^{11,32,34}

Al llevar acabo la lactancia materna, se realiza un excelente ejercicio muscular y respiratorio esto cuando el niño lleva a cabo la sincronización de la respiración con la actividad muscular. Para ser amamantado, el bebé acopla sus labios en la areola de la mama, evitando así el paso del aire.^{31,32} Podríamos decir que un bebé está bien agarrado al pecho de su madre sí: su barbilla toca al pecho, su boca está abierta ampliamente, su labio inferior está invertido y se ve más areola por encima que por debajo de la boca⁸.

Como una recomendación de salud pública, un niño deberá ser alimentado exclusivamente con leche materna hasta los primeros 6 meses de vida, momento en el que se precisa la introducción de alimentación complementaria³⁵ hasta los 2 años de edad o más^{35,36}. La lactancia materna debe realizarse de manera exclusiva hasta los 6 meses sin té, agua ni cualquier otro alimento. Sobre este tema están de acuerdo todas las sociedades pediátricas y organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Española de Pediatría y la Academia Americana de Pediatría.

Por otro lado, la caries de infancia precoz (CIP) se puede presentar en niños alimentados con lactancia materna a libre demanda después de la erupción del primer diente primario, sobre todo si no existe una higiene oral adecuada y si los factores protectores de la saliva se encuentran reducidos, como ocurre durante el sueño. Por esta razón, a partir de la erupción de los primeros dientes, no es recomendable que el bebé ingiera leche durante el sueño ya que está demostrado que es un factor de riesgo de CIP. En caso de que un niño se quede dormido mientras es alimentado, es de gran importancia limpiarle los dientes antes de acostarlo.^{9,31,37}

La alimentación materna prolongada se asocia a la presencia de caries, por ejemplo, en Brasil niños de 3 a 4 años, alimentados con seno materno por más de 12 meses presentaban un mayor índice de caries dental.^{11,12} Fig. 4

El destete debe comenzar después del 4° mes de vida hasta alrededor del año de edad con el retiro de todo amamantamiento nocturno.⁹ En cuanto a la duración de la lactancia materna, está recomendado por pediatras y otros profesionales de la salud, que debe durar todo el tiempo que lo solicite el niño y lo desee la madre. Sin embargo, una lactancia materna prolongada y sin restricciones representa un factor de riesgo para la aparición de caries tempranas.¹⁹



Fig. 4. Paciente con 3 años de edad con caries temprana por lactancia materna mantenida y a libre demanda. Tomada de Cardoso SC. 2011.³⁸

III.1.3.2 LACTANCIA CON BIBERON.

Se indica el uso de fórmulas adaptadas (FA) sólo en los casos en que la lactancia materna (LM) no sea efectiva, cuando el niño presente una enfermedad de base que obligue a introducir FA o cuando la madre consuma fármacos desaconsejados durante el amamantamiento. La ingesta de FA se realiza habitualmente por medio de biberón, y éste sólo debe utilizarse como vehículo para la FA. Otros líquidos, como los zumos y el agua, deben ofrecerse en tacitas^{32,39,40}. La lactancia artificial no debe ser más sencilla que la lactancia materna. El biberón debe ser corto, anatómico no muy blando, de caucho o de silicona con textura semejante al pezón materno y con un orificio orientado hacia arriba⁴¹ que deje pasar de 20 a 30 gotas por minuto, estando el biberón lleno de

leche y girado hacia abajo. Si el biberón es largo con flujo grande, no permite una succión adecuada; el bebé mama más rápido y para no atragantarse coloca la lengua hacia atrás, traga aire y como no hay un ejercicio adecuado, la necesidad de succión permanece.^{21,41}

La posición que se debe mantener al alimentar al niño con biberón es semi-sentado, colocando la cabeza en un plano superior al resto del cuerpo, esta posición hace que el niño succione más rápido y tenga menos frecuencia de hambre; sí el niño succiona en posición recostada el líquido queda retenido en la boca principalmente en la región anteroposterior, quedando en contacto con los dientes y da posibilidad al desarrollo de caries en los dientes superiores anteriores.⁴¹

No se recomienda la adición de azúcares ni edulcorantes a los líquidos que se oferten en el biberón por ser un claro factor de riesgo de caries, de igual forma no se recomienda ofrecer otros líquidos en el biberón, se debe evitar que el niño tenga acceso libre al biberón.^{39,41}

Así mismo, a partir de la erupción del primer diente, no es recomendable que el bebé se quede dormido mientras toma el biberón, para evitar la aparición de Caries de Infancia Temprana (Fig. 5).

En caso de que un niño se quede dormido ò comience a adormilarse mientras es alimentado, se le deben limpiar los dientes antes de acostarlo.^{9,39,41}



Fig. 5. Lesiones de Caries de Infancia Temprana por no limpiar los dientes antes de acostar al niño. (Tomada de Cardoso 2011).³

A los 12 meses de edad se debe discontinuar el uso de biberón e introducir el cambio a taza de transición para que el niño comience a realizar una succión de adulto.^{39,42,43}

Es importante saber que el uso de biberón prolongado puede desarrollar la presencia de maloclusiones tales como mordida profunda, y además podría incrementar la instalación de hábitos de succión no nutritivos, aumentando la posibilidad de mordida abierta o un sobresalto excesivo horizontal.³⁵

III.1.3.3 CARIES DE INFANCIA TEMPRANA.

La caries dental es un padecimiento infeccioso que ocupa el primer lugar de las enfermedades estomatológicas más prevalentes, afectando a la niñez aproximadamente en un 90%.^{24,44} Se caracteriza por una serie de reacciones químicas y microbiológicas complejas Jacobi en 1862 describió a las lesiones cariosas que aparecen de forma temprana con el nombre de “caries de biberón”, pues esta se presentaba en niños que llevaban a cabo un consumo exagerado de leche azucarada en biberones. En una convención de Atlanta, el Centro para Control y Prevención de Enfermedades, determinaron que el uso prolongado de biberón especialmente al dormir, está asociado al riesgo de tener lesiones cariosas sin embargo este no es el único factor para desarrollar la enfermedad, pues otro factor de riesgo es la ausencia de limpieza o cepillado¹¹.

La caries de la infancia temprana se define como la presencia de una o más lesiones cariosas (cavitadas, no cavitadas), dientes ausentes por caries u obturaciones en cualquier diente temporal en niños menores de 71 meses^{8,44}. Actualmente se considera como un problema mundial de salud pública. Su prevalencia difiere en todos los países y se han realizado estudios en donde informan factores de riesgo asociados entre los que resaltan: Hábitos del biberón¹¹, hábitos de higiene bucal⁹, la temprana colonización del *Streptococo mutans*; otros como la cantidad y calidad de la saliva del niño que por la noche disminuye al igual que el reflejo de deglución (favoreciendo la retención de

alimentos en la boca)¹¹, el patrón de erupción de los dientes, las alteraciones estructurales de los tejidos duros del diente, si se encuentra flúor en el medio oral, tipo de ingesta, pacientes con discapacidad física y mental, nivel socioeconómico, nivel educativo, padres o personal a cargo del niño que no han recibido educación sobre cuidados en higiene oral⁴⁴.Fig. 6.



Fig. 6. Paciente con Caries de Infancia Temprana. Fuente directa.

De ahí la importancia de informar a los padres en relación al desarrollo y proceso de CIT es que es una enfermedad infecciosa y transmitible¹². La transmisión bacteriana comienza en el binomio madre-niño, favoreciendo la aparición de caries dental debido a factores como soplar en los alimentos, compartir cubiertos,⁴⁵ se debe evitar besar en la boca al bebé, limpiar el chupón con la saliva de la madre, etc.³⁹ La madre debe saber que los *Streptococcus Mutans* son las bacterias causantes de la caries dental y que estas aparecen en la boca del niño provenientes de la saliva de la madre⁴⁶ tras la erupción del primer diente⁴⁷ o tal vez antes⁴⁸; y que el riesgo de transmisión vertical es elevado si ella tiene un nivel alto de caries activas, higiene bucal deficiente y un alto consumo de azúcares en su dieta.⁴⁹ Si la madre presenta caries dental, sus hijos tendrán mayor posibilidad de desarrollar caries y si ella reduce la cantidad de *Streptococcus Mutans* (SM) por medio de una buena higiene oral, usando chicles

con xilitol o enjuagues con clorhexidina, minimizaran la colonización^{50,51,52} Por todo ello, se sugiere disminuir al SM de la madre (lo ideal sería en un periodo prenatal) para la reducción de la transmisión bacterina.³¹

La caries de la infancia temprana se relaciona a varios factores dietéticos tales como:^{9,31}

- Uso del biberón después de los 12 meses.
- Uso nocturno del biberón.
- Biberón con líquidos azucarados.
- Taza de entrenamiento con jugos de fruta.
- Lactancia materna a libre demanda
- Chupones con miel u otros azúcares.
- Consumo de azúcares entre comidas 3 a 4 veces al día.

También se liga a factores sociales tales como:⁵³

- Nivel educativo o desconocimiento sobre cuidados en higiene oral de padres o cuidadores
- Nivel socioeconómico

La alimentación nocturna puede generar este tipo de caries, ya que por la noche disminuye la salivación así como también el reflejo de deglución favoreciendo la retención de alimentos junto al diente. De esta manera la alimentación nocturna reúne los 4 factores etiológicos de la caries dental. En los años setenta, Keyes identificó tres: el huésped, los microorganismos y el sustrato, a los cuales Newbrum en los años ochenta, agregó el cuarto factor; tiempo.⁹ (Fig. 7).

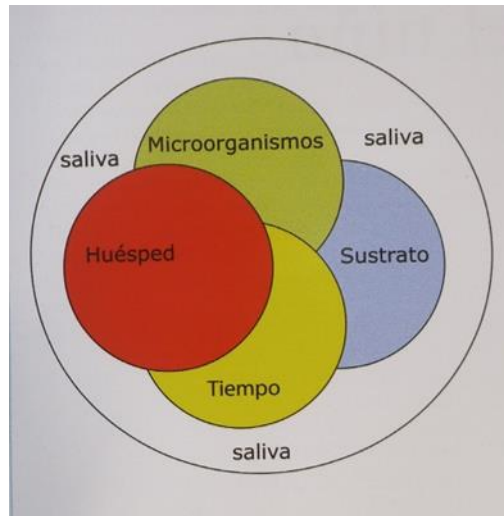


Fig. 7 Triada de Keyes modificada por Newbrum que muestra los factores predisponentes a caries dental. (Tomada de Biondi, 2010)⁹

La falta de atención oportuna a la Caries de Infancia Temprana ocasiona: infecciones, problemas estéticos, dificultades para alimentarse, alteración en el lenguaje, maloclusiones además de repercusiones emocionales y financieras. Se considera también como un factor de riesgo para desarrollo de caries en dentición permanente.⁵³ Así, podemos enfatizar como puntos importantes para la prevención de caries dental los siguientes:

Prevención de la caries dental:^{12,38}

- Evitar transferencia de saliva entre madre-hijo
- Desaconsejar uso de chupón con miel u otro edulcorante y no dejar dormir al niño con el biberón de leche o jugos a fin de evitar la caries de infancia temprana.
- Iniciar el cepillado dental realizado por los padres cuando comiencen a erupcionar los dientes. Especialmente antes de dormir.
- Evitar cualquier tipo de alimentación nocturna cuando erupcionen los primeros dientes.

- Alimentar saludablemente y retrasar al máximo la introducción de azúcares. A los 2 años de edad mínimo.
- Visitar al odontopediatra antes del primer año de vida

Debe enseñarse a la madre a realizar un examen regular, a través la posición rodilla-rodilla (Fig. 8) “levantando el labio” para detectar cambios de coloración del esmalte en los incisivos anterosuperiores, en particular la **mancha blanca**, que es el primer signo clínico característico de la caries.⁵⁴



FIGURA 8. Posición rodilla-rodilla. Para realizar examen oral (Tomada Nahás Pires2009)⁴⁶

III.1.3.4 ALIMENTACION CARIOGENICA

Los alimentos que presentan un mayor potencial cariogénico son aquellos que contienen azúcares refinados y sobre todo consistencia pegajosos, se debe tener en cuenta que la frecuencia de ingestión es más importante que la cantidad que se consume.⁵⁵

El azúcar, la miel y los demás alimentos que contiene azúcares ocultos tales como galletas, jugos industriales, papas fritas embolsadas o bebidas

gaseosas deben evitarse especialmente durante los 2 primeros años de vida, que es cuando el niño es más susceptible a establecer procesos de caries.³¹

III.1.3.5. LIMPIEZA DE BOCA Y DIENTES.

¿Cuándo comenzar la higiene buco-dental?

Los padres deben ser informados de cuando y como iniciar la higiene bucal y además se les debe insistir en que la limpieza oral es responsabilidad de ellos, al menos hasta que el niño adquiera la habilidad motora para efectuar estos procedimientos, nunca antes de los 5 años de edad, algunos autores recomiendan hasta los 7 u 8 años de edad.^{56,57} El conocimiento adecuado de la higiene bucal es el pilar fundamental para evitar enfermedades buco-dentales en los niños. Esto depende, entre otros aspectos, de la educación transmitida de padres a hijos desde que son pequeños, así como de las actividades de prevención y promoción de salud que efectúa el personal que brinda atención estomatológica integral en círculos infantiles, escuelas y en la comunidad.⁵⁸ Es un error común iniciar la limpieza bucal en niños cuando los dientes han terminado de erupcionar, propiciando así la aparición de lesiones cariosas.²⁴

En 1929, Pereira recomendó iniciar la limpieza de la boca antes de la erupción de los primeros dientes, pasando sobre los rodetes una gasa esterilizada, embebida de una solución de bicarbonato de sodio.¹¹

La ADA, en 1981 recomendó de igual forma comenzar con la higiene antes de la erupción, para hacer el campo más limpio y así acostumbrar al niño a la manipulación de su boca e instaurar un hábito precoz.^{31,56,59}

Higiene bucal del nacimiento a los 6 meses

Se debe iniciar la limpieza de encías antes de que erupcionen los dientes usando una gasa, un dedal o cepillo de silicón o un paño humedecido, solo 1 vez al día.³¹ Entre más precozmente se inicie la higiene bucal, se tendrá una menor posibilidad de desarrollar caries.⁶⁰

La limpieza se efectuara con agua oxigenada de 10 vol. diluida (una parte de H_2O_2 y 3 de agua hervida fría) esta se debe guardar en un frasco de color ámbar. Se debe realizar la limpieza de los rebordes alveolares, la mucosa bucal y la lengua.^{11,61} También se recomienda limpiar los rebordes gingivales con una gasa estéril embebida de una solución con infusión de manzanilla, pues presenta una acción antiséptica, refrescante, sabor agradable y que ayuda a la remoción mecánica de los residuos de leche. La infusión de manzanilla se prepara con dos cucharas soperas de flores en medio litro de agua, no se recomienda guardarla por más de un día. La limpieza debe hacerse una vez al día⁶¹. Para esta etapa se pueden utilizar dedales de silicona o una gasa humedecida en agua³¹. (Fig. 9) Se recomienda la limpieza a la hora de acostarse, casi siempre es la hora en que se baña al pequeño y esta puede ir seguida de la limpieza bucal.⁵³



Fig. 9. Limpieza de los rodetes gingivales en una niña de 3 meses usando una gasa embebida en agua. (Fuente propia)

Higiene bucal de los 7 a los 18 meses

Después de que erupcionen los primeros dientes, se debe comenzar con la limpieza bucodental 2 veces al día. En esta etapa se pueden utilizar dedales de silicón o cepillo dental infantil.³¹

La higiene de la noche es la más importante,^{47,54} la selección del momento adecuado para la higiene bucal es de relevancia pues, se pueden idear juegos o

utilizar música y canto para crear una experiencia positiva. La forma más cómoda para tener un buen acceso es con el niño acostado en una superficie plana y con la cabeza sobre el regazo de la madre⁵⁶ con esta posición se tendrá una mayor visibilidad de la boca del niño además de un mejor control sobre la cabeza⁶².

Higiene después de los 18 meses.

Después de que erupcionen los primeros molares primarios, alrededor de los 18 meses, se debe optar por el uso del cepillo dental³¹. El cepillo debe presentar un mango recto, largo entre 10 y 13 cm, pues esto va a permitir limpiar las zonas dentales más distantes de los dientes posteriores; el asta debe ser recta, ya que esto permitirá un contacto regular de las cerdas con todas las superficies dentarias y una cabeza pequeña, que debe medir de 1 a 1.5cm (Fig. 10), las cerdas deben ser suaves, flexibles y con las puntas redondeadas y un tamaño compatible a la boca del niño²¹, en promedio deben tener de seis a ocho hileras en sentido vertical y de dos a tres en sentido horizontal.^{62,63}

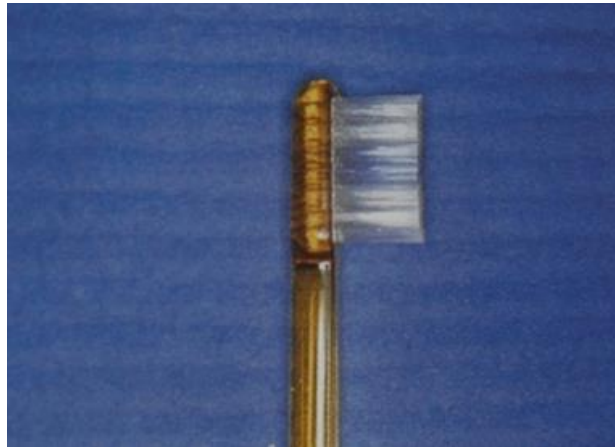


Fig. 10. Cepillo ideal para dentición decidua. (Tomada de Nahás Pires2009)⁶²

La técnica debe ser sencilla para los padres. La mejor técnica de cepillado resulta ser a la que el paciente mejor se adapte. Existen diversas técnicas de cepillado entre ellas podemos mencionar: técnica de Bass, técnica de Starkey y técnica de Fones siendo esta última la más recomendada para bebés. Se recomienda limpiar las superficies dentales laterales (linguales y vestibulares) con movimientos circulares y las superficies masticatorias con movimientos anteroposteriores. La posición del adulto debe permitir una buena visibilidad de la boca, manteniendo la cabeza del niño en una posición estable^{31,62}.

El adulto puede ponerse en diversas (Fig. 11) posiciones para lograr tal efecto; la posición rodilla con rodilla, necesita de dos adultos sentados frente a frente con las rodillas apoyadas entre sí, el niño va a permanecer acostado de espalda con la cabeza del lado del adulto que llevara a cabo el cepillado y con las piernas en la cintura del otro adulto, el cuál ayudara a controlar los movimientos del niño. Otra posición que puede llevar acabo la madre, es recostar al niño y colocar su cabeza en sus piernas. O bien podría ser la posición de Starkey en la que el adulto se encuentra sentado, y el niño de pie y de espaldas⁶². Si se requiere de controlar movimientos de resistencia en el niño entonces, las piernas del adulto deben estar cruzadas al frente del niño y la cabeza debe ser apoyada en el estómago de adulto.

A partir de los tres años de edad suele haber un rechazo a la posición tumbada para el cepillado y debe pasarse a una posición erecta. Es mejor que primero realicen el cepillado los padres y después el niño, porque si primero lo hace el niño luego estará cansado para que le repasen sus padres⁵⁶. Se considera que, entre los 7 y los 9 años de edad, la responsabilidad en la higiene bucal se reparte entre los padres y el niño al 50% y a partir de la adolescencia, los padres dejan de participar de forma activa.



11 a



11 b



11b



11b



11a

FIGURA 11. Diversas posiciones de la madre para realizar la higiene dental del niño.

(11a Fuente propia. 11bTomada de Nahás Pires 2009)⁶²

III.1.3. 6 PASTA DENTAL

No se recomienda el uso de pasta dental fluorada en niños menores de 2 con bajo riesgo de caries, hasta que aprendan a escupir debido a la ingesta de flúor y la aparición de fluorosis dental en la dentición permanente.³¹ Solo en niños con un alto riesgo de caries se valorara el uso de pasta dental fluorada. En niños de 2 a 3 años de edad se puede utilizar una pasta con una concentración de flúor de 500 ppm^{54,64}

Los padres tienen que comprender que los preparados tópicos a base de fluoruro son medicamentos y deben ser manejados como tales siendo ellos responsables de que no ocurran accidentes por mal uso⁶⁵. Así, los padres deben ser instruidos para cepillar los dientes de sus hijos usando solamente una cantidad pequeña de pasta dental fluorurada. La cantidad de pasta dental a utilizar varía desde el tamaño de un “frijol”, o la técnica transversal (fig. 12). También se recomienda solo “untar” pasta dental fluorada para niños con alto riesgo de caries menores de 2 años de edad (fig. 13).⁶²



Fig. 12. Cantidad de pasta fluorurada a utilizar. (Tomada Nahás Pires2009)⁶²

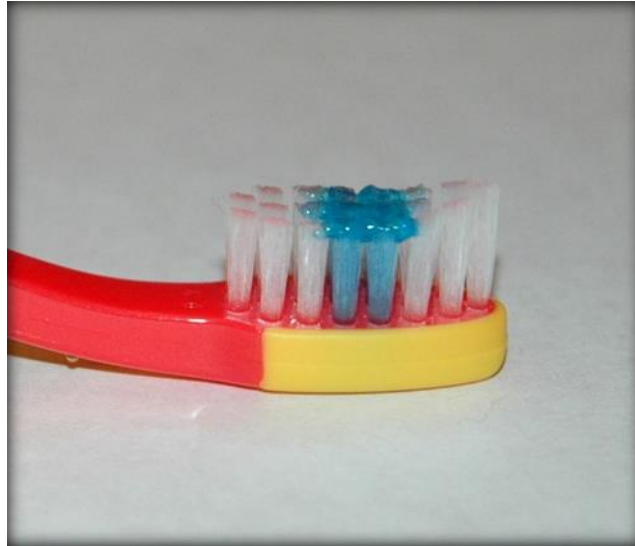


Fig. 13. Cantidad de pasta a usar en niños menores de 2 años con alto riesgo de caries. Tomada de Guido, 2012¹²

Todos los niños mayores de 2 años deben utilizar una pasta fluorada (1000-1450ppm) en cantidad equivalente a un guisante 2 veces al día.⁶⁶

Las pastas dentales de utilización más frecuente presentan una concentración de fluoruro de 500, 1000 o 1500 ppm (0,5; 1,0 y 1,5 mg F/g de dentífrico). Su empleo regular es sumamente eficaz para prevenir la caries. Se recomienda combinarlo con otros métodos.

III.1.3.7 CHUPONES.

El uso del chupón se considera normal en las sociedades occidentales y se asocia generalmente al impulso para satisfacer las necesidades de seguridad y contacto así como también un consuelo o una forma de distracción del bebé.^{62,68}. Sin embargo, en términos de salud el chupón se relaciona con una necesidad fisiológica de succión, formando parte de un desarrollo saludable y esencial de la cavidad oral⁶⁹ sí no es saciada, surgen las ganas de llorar del bebé por lo cual el chupón en estos casos puede ser usado como un aparato para ejercicios de

“succión”⁶². El chupón se coloca en la boca lentamente y con toques leves se estimula el reflejo de succión; este debe ser llevado hacia atrás entre 8 y 10 veces estimulando el trabajo y cansancio muscular (fig. 14), logrando así un bebé satisfecho, él cual va a soltar el chupón y dormir con la boca cerrada⁶².



Fig. 14. Ejercicio de succión con el chupón. (Tomada Nahás Pires 2009)

No se recomienda el uso del chupón durante la lactancia materna, ya que ésta suple todas las necesidades de la fase oral. Sin embargo, si se utiliza, durante esta etapa; no debe ser antes de los 15 días de nacido, se debe restringir después de los 8 meses, éste debe ser anatómico y su uso debe limitarse hasta los 12-18 meses de edad^{62,69}, tratando de no sobrepasar los 2 años.⁶²

Esta necesidad de succión es importante durante los primeros 6 meses de vida; pasando esa edad, el chupón tiende a ser un hábito que brinda seguridad al bebé.⁷⁰ Si el chupón instala como un hábito y se queda durante mucho tiempo en boca habrá consecuencias en el desarrollo de las arcadas dentarias pues puede propiciar maloclusiones óseas (desvíos en el crecimiento de los huesos maxilares) y dentarias, lo cual se traduciría en mordida abierta desde la fase de rodetes gingivales, ausencia de un sellado labial y respiración bucal.^{62,69,70} Fig. 15 y 15a. Para que el chupón tenga un efecto nocivo en la maxila, este debe estar presente por lo menos 3 años.⁷¹



Fig. 15a Mordida abierta

Fig. 15b ausencia de sellado labial

Fotos tomas de (Nahás Pires2009)⁶²

Sin embargo, el Dr Eduardo de la Teja (2011) concluye que el uso correcto del chupón tiene más ventajas que desventajas y nos refiere algunas indicaciones y contraindicaciones:³⁴

Indicaciones:

1. Inicio del chupón a partir del mes de edad
2. No ofrecer el chupón a menos que el niño lo pida
3. No dar el chupón al niño para dormir (como inductor del sueño).
4. Retirarlo al año de edad (máximo)
5. Debe ser sin miel
6. Ayuda a controlar el dolor en procedimientos menores (agregándole sacarosa) como:
 - a) Diagnóstico de retinopatía del prematuro
 - b) Punciones
 - c) Circuncisión
7. Recomendar un chupón ortopédico, de silicón (por la fácil limpieza) y esterilizable

8. Es preferible el chupón a que el niño se chupe un dedo (es más fácil retirar el chupón que el hábito de succión digital)
9. No amarrarlo al cuello del niño ni usarlo como mordedera

Contraindicaciones:

1. El uso posterior al año de edad es un hábito nocivo
2. El chupón es un factor predisponente a la maloclusión dentaria cuando es utilizado más allá del año de edad puede ser causa de:
 - a) Arcadas angostas y mordida cruzada posterior
 - b) Protrusión dental
 - c) Mordida abierta anterior
 - d) Hábito de respirador bucal
 - e) Hábito de lengua (protrusión lingual o deglución atípica)
3. Puede contaminarse fácilmente con *Candida albicans*, principalmente si es de látex.
4. Probablemente sea motivo de reducción del periodo de amamantamiento (el chupón debe evitarse hasta que se establezca la alimentación al pecho y de preferencia cuatro semanas después del nacimiento).

Es importante conocer los tipos de chupones que se encuentran disponibles en el mercado, y es esencial usar diferentes tamaños de chupetes para poder ir a la par con el rápido crecimiento de la cavidad bucal y la mandíbula, especialmente en el primer año de vida. No todos los chupones son adecuados, dado que su forma puede afectar el desarrollo de la mandíbula y la cavidad bucal. Existen chupetes planos, redondos y ortodóncicos.⁷²

El uso de chupón redondo puede inhibir el desarrollo anatómico y fisiológico de la boca, o puede empujar la lengua hacia una dirección no deseada. El uso de este se ha asociado con distancias intercaninas e intermolares disminuidas en maxilar superior y una incompetencia labial⁷³. Un chupón plano ofrece un movimiento fisiológico de la lengua que puede promover el cierre completo de los labios⁷².

Los doctores W. Balters y A. Müller desarrollaron el chupón ortodóncico con una forma adaptada a la mandíbula, indicado para un desarrollo adecuado mandibular.⁶⁹ Es una medida profiláctica y de apoyo para el desarrollo fisiológico de la mandíbula y la cavidad bucal. Los chupones para niños de 0 a 4 meses de edad tienen forma similar a la del pezón de la madre, factor que hace que el bebé sienta satisfacción emocional cuando está con este chupón. Para la edad de 4 a 5 meses los chupones están diseñados con una base delgada que sirve para que los bebés puedan cerrar los labios de manera natural y estimular la respiración nasal. Para niños con más de 8 meses la base del chupón es delgada, pero tiene una superficie irregular que estimula el movimiento de la lengua, colaborando en el desarrollo del lenguaje.⁷²

La Academia Americana de Pediatría recomienda el retiro del chupón al año de edad para evitar los efectos adversos que este ocasiona. Así mismo la Asociación Pediatría Canadiense ante la evidencia que el chupón disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante, señala no desaconsejarlos, e indica que un uso precoz dificulta la lactancia.⁷⁴

De esta forma, los chupones son de apoyo importante para el desarrollo y necesidad fisiológica de succión sin embargo, si persiste con un hábito de succión no nutritiva (chupón o dedo) más allá de los 3 años debe ser derivado a un profesional. Es labor de los profesionales dar información a los padres sobre las ventajas y desventajas del uso del chupón, para ayudar a los padres a tomar la mejor decisión, pues son ellos los responsables del uso adecuado de estos.

III.1.3.8 FLUOR

El flúor es una herramienta segura y eficaz en la reducción de caries y en la reversión de desmineralizaciones del esmalte dentario en cualquier época de la vida.⁷⁵⁻⁷⁶⁻⁷⁷ Los efectos del flúor se clasifican en sistémicos o locales. Los efectos sistémicos se logran ingiriendo alimentos que contiene flúor de forma natural como son: pescados marinos, agua que contiene flúor de forma natural o que se le agregó, y de forma local se le da la importancia debido a la interfase diente-saliva

fomentando así la utilización de fluoruros tópicos que pueden ser dentífricos fluorados o bien concentrados para aplicación tópica administradas por el profesional.⁵⁶ Según la edad y el nivel de riesgo de cada paciente así como la concentración de flúor en el agua de consumo diario, el pediatra decidirá las dosis de flúor sistémico, según las últimas actualizaciones⁷⁸. El pediatra y odontopediatra deben decidir respecto a la administración de flúor tópico, la cual se debe basar en el riesgo individual de caries; y debe analizar y decidir el tipo de administración de flúor y la frecuencia de su aplicación^{31,79}.

Los padres deben comprender que los preparados tópicos a base de fluoruro tales como los dentífricos son medicamentos y deben ser manejados como tales, siendo ellos responsables de que no ocurran accidentes por mal uso; para esto, los fabricantes deben modificar sus estrategias comerciales así como evitar envases con contenido excesivo.⁸⁰

El flúor tópico es principalmente transportado por saliva, el nivel de fluoruros en saliva es aproximadamente 0,016 ppm en zonas con agua fluorada y de 0,0006 en zonas donde el agua no es fluorada,⁸¹ sin embargo, la pasta dental o los geles logran una concentración en la boca de 100 a 1000 veces superior⁸²

Actualmente los dentífricos usan sales fluoradas tales como el fluoruro sódico y el monofluorofosfato sódico. La eficacia de cada una de ellas ha sido muy estudiada y desde el punto de vista clínico no parece haber mucha diferencia en el comportamiento de una y otra formulación⁸⁰.

La aplicación tópica de geles y barnices debe ser adaptada por el odontopediatra en función al riesgo de caries del paciente. La Academia Americana de Pediatría estableció junto con la Asociación Dental Americana el empleo de suplementos de fluoruro de sodio (FNa) a partir de los 6 meses de vida hasta los 16 años en función al flúoruro del agua de consumo.⁸³

Los geles se aplican usando cubetas en las arcadas dentales, se utiliza FNa al 2% con una concentración de 9040 ppm de F o geles de fluorofosfato acidulado al 1.2% a una concentración de 1200 ppm de flúor. Estos se aplican una vez al año en pacientes con alto riesgo de caries y pueden reducir un 21% el índice de

caries. Los barnices de flúor pueden contener 5% de FNa dando una concentración de ion F del 2,26%.⁸⁴

La pasta dental con flúor es esencial en la disminución de Caries de Infancia Temprana⁷⁶ pero la edad en la cual debe iniciarse el cepillado con pasta fluorada y la concentración de esta es debatida debido a sus beneficios anticaries y al riesgo de fluorosis dental en dentición permanente.⁸⁵⁻⁸⁶ Tal vez podríamos generalizarlo de la siguiente manera:

- Niños menores de 2 años con bajo riesgo de caries no utilizarían pasta dental, hasta que aprendan a escupir.³¹
- Niños con alto riesgo de caries se deben cepillar con pasta dental fluorada (500 a 1000 ppm) solo “untar” dentífrico sobre el cepillo 2 veces al día.⁸⁷⁻⁸⁸
- Niños mayores de 2 años deben usar pasta con fluorada (500-1450ppm) en cantidad equivalente a un “chicharo” 2 veces al día^{65,66}
- Las aplicaciones de barnices de flúor son muy efectivas, pero estas deben basarse en el riesgo individual de caries y ser administradas por un profesional⁸⁷⁻⁸⁹⁻⁹⁰

III.1.3.9 PRIMER VISITA AL ODONTOPEDIATRA

Se ha establecido como la edad ideal para realizar la primer consulta con el especialista entre los 6 y 12 meses⁹¹ o en su defecto tras la erupción de los primeros dientes.³¹⁻⁹² Fig. 17

Se debe comenzar a instaurar un “hogar dental”, pues mientras más precozmente se establezca, menor será el riesgo de que el niño desarrolle caries dental.⁹³ El hogar dental se basa en una relación entre odontopediatra-bebé y familia, incluyendo aspectos de salud oral y además permite al especialista instaurar un programa preventivo de acuerdo al riesgo de caries.⁹⁴

Los padres deben saber que entre más tempranamente visiten al odontopediatra y establezcan un “hogar dental” se lograra un enfoque preventivo y no curativo en sus hijos.



Fig. 17. Niña de 9 meses en su primer visita al Odontopediatra.
(Fuente Propia)

En México existen pocos estudios, que aborden información sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años, debido a que de los programas preventivos se han concentrado en la población escolar. En el caso de los países en vías de desarrollo, en donde los limitados recursos deben ser invertidos en aquellas actividades que generan mejor “costo/ beneficio”, la salud bucal de los niños y niñas menores de 3 años no ha sido priorizada, incluso en muchos casos todavía con el argumento de que es “más rentable invertir en la dentición permanente que en la dentición primaria”²³, generando de esta forma el inicio de caries a edades tempranas. Es necesario establecer programas que aborden la educación de las madres en cuanto a cuidados orales de sus bebés, con el objetivo de crear una visión que impacte en su salud adoptando cuidados y prácticas orales benéficas para sus hijos y disminuir o evitar la tendencia de caries dental en niños pequeños. En este sentido, los programas de salud bucal brindan una base educativa orientada al fomento de hábitos saludables desde los primeros años de vida de los niños.

III.2 CUADRO DE REVISION SISTEMÁTICA

| Autor y año | Universo de estudio. | Objetivo | Resultados/Hallazgos | Relación estadística. |
|------------------------------------|---|--|--|--|
| Menguez y cols.(2009) ⁴ | 40 madres con hijos (as) de edad preescolar | Demostrar la efectividad de un programa educativo dirigido a elevar los conocimientos sobre salud bucal en madres con niños en edad preescolar | <p>Sólo el 35% de ellas orientaba correctamente a sus hijos en el cepillado después de las comidas y antes de dormir, después de la intervención el 100% lo hacía.</p> <p>Antes de la intervención el sólo el 32.5 sugirió a sus hijos cepillarse después de ingerir alimentos azucarados.</p> | Significancia $p < 0,0001$ con respecto al cepillado después de las comidas y antes de dormir. |

Efectividad de un programa para mejorar el nivel de conocimientos de las madres sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años.

| Autor y año | Universo de estudio. | Objetivo | Resultados Hallazgos | Relación estadística. |
|---|--|--|---|--|
| Benavente, Lourdes (2012) ¹⁰ | 143 madres con niños menores de 5 años de edad. | Determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del menor de 5 años. | El 68.5% de las madres posee un nivel de conocimientos regular sobre salud bucal. | Respecto al nivel de conocimiento de las madres, no existe asociación significativa en relación a la higiene bucal de sus hijos. |
| Franco María Ángela. (2003) ¹⁹ | 243 madres o personas adultas responsables de niños menores de 6 años. | Identificar los conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de 6 años. | El 98% de las madres considera importante cuidar los dientes primarios | Relevancia estadística p<0.001 |

| Autor y año | Universo de estudio. | Objetivo | Resultados/hallazgos | Relación estadística. |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--|---|
| Navas P. Rita (2012) ²⁰ | 132 niños entre 3 y 6 años de edad. | Determinar las condiciones de salud bucal en niños en edad preescolar y su relación con las actitudes y nivel educativo de sus padres hacia la higiene bucal | Se pudo observar que del total de padres con actitud favorable, el 30,6% tenía nivel universitario, seguido de 32,3% con secundaria completa y un 22,6% con grado de Técnico Superior. Los casos con actitudes desfavorables se ubicaron solo en secundaria incompleta | Mostraron asociación Significativa (P <0,05). |
| Hanna-Nogueira (2007) ²¹ | Se evaluaron 42 gestantes | Determinar la percepción sobre atención odontológica de las gestantes en sus bebés. | Se evidenció que un 88% de las gestantes tienen un nivel de conocimientos no aceptable y un 63% no conoce el momento ideal de inicio de higiene dental en los bebés. | No hay significancia estadística |

| Autor y año | Universo de estudio. | Objetivo | Resultados/hallazgos | Relación estadística. |
|--|---|--|---|--|
| González Martínez F. (2011) ²² | 333 padres y 8 cuidadores | Describir conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y cuidadores. | En los padres se observaron buenos niveles de conocimientos y actitudes favorables. | Significancia estadística en los niveles de conocimiento de $p=0.05$ |
| Teixeira González, P. (2011) ²⁴ | 102 madres de bebés de 0 a 3 años que acudieron al Hospital Materno Infantil de San Pablo | Describir el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. | La mayoría de las madres (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. | Se encontró que el nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo. |

| Autor y año | Universo de estudio. | Objetivo | Resultados/hallazgo | Relación estadística. |
|---|---|--|---|--|
| Suyo y Col. (2013) ²⁵ | 58 padres con niños menores de 3 años | Determinar el efecto que tiene la enseñanza sobre el conocimiento de higiene bucal a padres de niños menores de tres años. | Se ha observado un incremento muy significativo en el conocimiento después del taller educativo en Técnicas de higiene bucal (86%) y en elementos e higiene bucal (20%) | No tiene significancia estadística |
| González C y cols. (2005) ²⁶ | 93 niños de 2 y 5 años | Demostrar la eficacia de una intervención educativa en salud bucal dirigida a madres. | Después de la intervención se observó una disminución en la lesión cariosa inicial y un aumento en la lesión cariosa inactiva. | Significancia estadística p<0.05 |
| González C y cols. (2007) ²⁷ | Se evaluaron 802 escolares entre 3 y 6 años | Reforzar el conocimiento de salud bucal de personas que están a cargo de niños a nivel de instituciones educativas. | Se aumentó el nivel de conocimiento en un 36.6% después de la capacitación. | Reducción de un 62.5% de la mancha blanca. |

| Autor y año | Universo de estudio. | Objetivo | Resultados/hallazgos | Relación estadística. |
|---|---|--|--|---|
| Giraldo M. y Cols. (2007) ²⁸ | 178 acudientes al programa SIPI (Salud Integral para la Infancia) | Brindar una base educativa en áreas de salud desde los primeros años de vida. | La charla educativa se consideró en un 77% como un método didáctico para impartir conocimientos de salud bucal. | La charla educativa se consideró 77% didáctica para impartir conocimiento |
| Cuartas y cols. (2002) ²⁹ | 132 niños y 132 padres | Evaluar la relación entre los hábitos higiénicos de los padres y la presencia de caries de la niñez temprana en los hijos. | Mayor percepción positiva de los padres de niños con bocas sin caries de la niñez temprana a los niños con bocas enfermas (82%). | Significancia estadística para los hábitos higiénicos p=0.04 |
| Contreras N. y Cols. (2008) ³⁰ | Se evaluaron 189 profesionales de la salud | Determinar el nivel de conocimientos y prácticas preventivas en el infante. | Se encontró una correlación alta entre el conocimiento y la práctica en enfermeras. | Se encontró un 65% de conocimiento bueno en pediatras. |

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La práctica de los cuidados orales a temprana edad es fundamental para mantener una buena salud oral en los niños, y es aquí donde la madre juega un papel fundamental para implementar estos cuidados.

La percepción social y en particular cultural sobre los cuidados orales en niños menores de 3 años (recién nacidos a 3 años), se encuentra influenciada por la falta de conocimiento de la familia, en particular de las madres generando ideas inadecuadas sobre los cuidados orales que las madres deben tener hacia sus hijos, influyendo de esta forma en hábitos y estilos de vida no saludables, los cuales favorecen al desarrollo de enfermedades bucales tales como caries, pérdida temprana de órganos dentales temporales, maloclusiones, etc.

En este sentido, es importante la implementación de programas sobre los cuidados orales en niños menores de 3 años, los cuales fomenten la participación de la madre en la higiene bucal que deben realizar a sus hijos desde el momento de nacer.

Actualmente, en México son escasos los programas de educación a madres con hijos de 0 a 3 años, de ahí la relevancia del presente estudio, para el cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la efectividad de un programa educativo para mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años?

V. HIPÓTESIS

Tomando en cuenta lo reportado en la literatura donde se demuestra que las madres presentan un nivel de conocimientos regular 60% en Latinoamérica para el cuidado oral en niños de 0 a 3 años, suponemos que sí se realiza un programa dirigido a las madres sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años se mejorará el nivel de conocimiento aumentándolo a más de 70%.

VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la efectividad de un programa para mejorar el nivel de conocimientos de las madres sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Evaluar el conocimiento de las madres sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años antes y después de la aplicación de programa.

Evaluar cómo se relaciona el conocimiento sobre los cuidados orales que deben realizar las madres a sus hijos con los factores sociales tales como: edad de la madre, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil y número de hijos.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS.

VII.1. TIPO DE ESTUDIO.

Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental

VII. 2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se estudiaron 74 madres con hijos de 0 a 3 años de edad, en el Edo. de México, las cuales acuden a consulta médica a un Centro de Salud aledaño a San Salvador Atenco, Edo. de México (Centro de Salud de San Francisco Acuexcomac) durante el periodo de noviembre del 2014 a diciembre de 2015.

VII. 3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Madres que tengan hijos de 0 a 3 años.

Madre con hijos sanos (Sin antecedentes sistémicos)

VII. 4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Madres que no quieran participar

Madres con niños con algún tipo de enfermedad sistémica

VII.5 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Madres que no acudan a todas las sesiones del programa

Madres que no respondan el post test

Madres que no hayan firmado el consentimiento informado

VII. 6 VARIABLES.

INDEPENDIENTE: Efectividad de un programa.

DEPENDIENTE: Nivel de conocimientos de las madres

INTERVINIENTES: Edad de la madre
Nivel de escolaridad
Estado civil
Ocupación
Número de hijos

VII. 7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

| Variables | Definición | Nivel de medición | Categorías. |
|---|---|--------------------------|--------------------------------------|
| Efectividad del programa | | Cualitativa nominal | Antes y Después del programa |
| Conocimientos sobre cuidados orales (importancia de lactancia materna, cepillado dental, administración de alimentos azucarados, hábitos perjudiciales para la dentición, importancia de visitar al estomatólogo) | Poseer información sobre salud oral. | Cualitativa ordinal | Malo 25% Regular 50% Bueno 75% |
| Edad de la madre | Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento al momento de estudio. | Cuantitativa discreta | Años cumplidos |

Efectividad de un programa para mejorar el nivel de conocimientos de las madres sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años.

| Variables | Definición | Nivel de medición | Categorías |
|----------------------|---|--------------------------|---|
| Nivel de escolaridad | Grado máximo de estudios de la madre | Cualitativa nominal | Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura. |
| Edo. civil | Situación legal de una persona con respecto a otra. | Cualitativa nominal | Madre soltera Casada Unión libre |
| Ocupación | Actividad o trabajo que desempeña una persona. | Cualitativa nominal | Ama de casa Empleada Estudiante |
| Número de hijos | Cantidad de hijos que tiene al momento de la intervención | Cuantitativa discreta | Número de hijos |

VII.8 TÉCNICAS.

En este estudio se implementó un programa de conocimientos en las madres sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años, para llevarlo a cabo, se confirmó solo un grupo experimental, el cual se sometió al programa de educación para mejorar sus conocimiento en cuidados orales, los cuales fueron evaluados al término de un mes para ver la efectividad del programa.

La investigación se realizó en tres etapas:

PRIMERA ETAPA

Se aplicó un pre test a las madres que consta de 24 items semiestructurado enfocadas sobre el conocimiento y prácticas de cuidados orales realizados en sus hijos.

En esta etapa se diagnosticó el nivel de conocimiento sobre cuidados orales que las madres poseen. (ANEXO 2)

SEGUNDA ETAPA

Se llevaron a cabo 2 sesiones educativas (1 cada 8 días), de 1hr. cada una; en donde las madres recibieron información de los temas seleccionados sobre cuidados orales.

El programa se llevó a cabo durante los meses de noviembre y diciembre del año 2014. Para facilitar los aprendizajes y propiciar la participación activa de las madres, se llevó a cabo de forma grupal. La forma en que se realizó fue la siguiente:

FASE DE SENSIBILIZACIÓN.

Se realizó una invitación a las madres que acuden a consulta médica al Centro de Salud aledaño a San Salvador Atenco, Edo. de México (Centro de Salud de Acuexcomac).

La invitación se realizó de la siguiente forma:



La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la U.N.A.M. hace una cordial invitación a la plática de:

“Cuidados orales en niños de 0 meses a tres años de edad”

Que llevara a cabo en día 8 de Noviembre de 2014 a las 10 de mañana en el Centro de Salud de Acuexcomac .

“Por qué cuidar es amar”

Ven y participa.

Informes:

C.D. Beatriz Torres Díaz

Cel: 5524194371

C.D. Enrique Díaz Altamirano

Cel: 5523152599



FASES DEL PROGRAMA

| OBJETIVO: | RESPONSABLE: | CONTENIDO: | TÉCNICA : |
|--|---|--|---|
| <p>SESION 1</p> <p>Proporcionar información a las madres para mejorar sus conocimientos y prácticas en cuidados orales en niños de 0 a 3 años.</p> | <p>Cirujano Dentista</p> <p>Beatriz Torres Díaz</p> | <p>Sesión educativa con duración de 1 hora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMPORTANCIA DE LA DENTICION PRIMARIA • CARIES DENTAL <p>-Fases de la caries.</p> <p>-Identificación de lesión inicial de la caries</p> <p>-Como les afecta la caries a los niños en su vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • TRANSMISION BACTERIANA <p>-Desaconsejar hábitos como: compartir cucharas, soplar sobre la comida o besar en la boca a sus bebés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • LACTANCIA MATERNA <p>-Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta el 6°mes.</p> <p>-Ventajas de la lactancia materna</p> <p>-Desventajas de la lactancia materna nocturna después de la erupción del primer diente.</p> <p>-Azucres ocultos</p> | <p>Sesión Grupal.</p> <p>Se dará información mediante diapositivas, videos y folletos. Y al terminar la sesión se resolverán dudas.</p> |

Efectividad de un programa para mejorar el nivel de conocimientos de las madres sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años.

| OBJETIVO: | RESPONSABLE: | CONTENIDO: | TÉCNICA: |
|---|--|---|---|
| <p>SESION 1</p> <p>Proporcionar información a las madres para mejorar sus conocimientos y prácticas en cuidados orales en niños de 0 a 3 años</p> | <p>Cirujano Dentista Beatriz Torres Díaz</p> | <ul style="list-style-type: none"> • USO ADECUADO DE BIBERON Y CHUPON. <p>-Cuando y como utilizar el biberón</p> <p>-Cuando abandonar definitivamente el biberón</p> <p>-Cuando se debe utilizar chupón.</p> <p>- Como utilizar el chupón.</p> <p>-Cuál es el chupón ideal.</p> <p>-Hasta cuándo se debe utilizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ALIMENTACION CARIOGENICA <p>-Cuando introducir azucares refinados a la dieta del bebé.</p> <p>-Azucares ocultos</p> <p>-Alternativas de alimentos sanos</p> | <p>Sesión Grupal.</p> <p>Se dará información mediante diapositivas, videos y folletos. Y al terminar la sesión se resolverán dudas.</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>SESION 2</p> <p>Proporcionar información a las madres para mejorar sus conocimientos en cuidados orales en niños de 0 a 3 años.</p> | <p>Cirujano Dentista</p> <p>Beatriz Torres Díaz</p> | <p>Sesión educativa con duración de 1 hora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CARIES DE INFANCIA TEMPRANA • HIGIENE BUCAL. <p>-Quien debe realizarla y hasta cuándo.</p> <p>-Cuando iniciar la higiene bucal y con qué frecuencia de acuerdo a la edad del bebé.</p> <p>-Como debe ser el cepillo dental de acuerdo a su edad.</p> <p>-Cuando iniciar el uso de pasta dental y sus indicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • USO DE FLUOR. El odontopediatra debe decidir el tipo de administración de flúor tópico y la frecuencia de acuerdo al riesgo de caries de cada paciente. <p>PRIMERA VISITA AL ODONTOPEDIATRA</p> | <p>Sesión Grupal.</p> <p>Se dará información mediante diapositivas y folletos. Y al terminar la sesión se resolverán dudas.</p> |
|--|---|---|---|

Al finalizar las sesiones, se les proporcionaron a las mamás cepillos dentales o dedales para que realicen las prácticas de cuidados orales de su hijo en casa.

La información se dio por medio de diapositivas y folletos, con información concreta que servirá de recordatorio en casa.

Para llevar a cabo el **reforzamiento** de los temas, se les proyectaran 2 videos (1 a la semana de terminados los temas acordados y otro a los 15 días) que concuerdan con la información dada:

- CSOMI Y LA SALUD ORAL DEL INFANTE
<http://www.youtube.com/watch?v=v371wA527Uk>
- UNA BOCA SALUDABLE PARA TU BEBE
<http://www.youtube.com/watch?tbb>

Después de esto al cumplir el mes de la primera intervención, se les realizó el post test de esta forma se evaluó la efectividad del programa para mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años.

VIII. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La información obtenida fue recopilada y organizada a través de una base de datos en Excel 2007, luego se analizó e interpretó en el programa estadístico SPSS V 17.0.

El instrumento utilizado se calificó sumando los puntos codificados de las respuestas y se calcularon los cuartiles para establecer los puntos de corte que separaran el conocimiento de las madres.

Se obtuvieron medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas, así como frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

Como pruebas de comparación se utilizó la ANOVA de medidas repetidas y para las proporciones la prueba de Mc Nemar.

Se consideró un valor de $p \leq 0.05$ como estadísticamente significativo.

IX. RESULTADOS

Se evaluó la efectividad de un programa de cuidados orales en niños de 0 a 3 años, en 74 madres de los niños que acuden a consulta en el Centro de Salud de San Francisco Acuexcomac. Las 74 madres encuestadas tenían de 17 a 35 años de edad. Encontrando un 35% de madres evaluadas entre 24 y 29 años y un 43% se encuentra en unión libre; así también se observó que un 81% son amas de casa y que el 52% de las madres tienen estudios de secundaria.(Cuadro 1).

Cuadro 1. Caracterización de las madres participantes

| Variable | Frecuencias | % |
|-----------------------------|-------------|------|
| Edad de las madres | | |
| ≤18 años | 8 | (11) |
| 19-23 años | 14 | (19) |
| 24-28años | 26 | (35) |
| ≥29 años | 26 | (35) |
| Estado civil | | |
| Unión libre | 32 | (43) |
| Casadas | 28 | (38) |
| Madres solteras | 14 | (18) |
| Ocupación | | |
| Ama de casa | 60 | (81) |
| Empleadas | 11 | (15) |
| Estudiantes | 3 | (4) |
| Nivel de escolaridad | | |
| Primaria | 5 | (7) |
| Secundaria | 39 | (52) |
| Preparatoria | 19 | (26) |
| Licenciatura | 11 | (14) |

Los niños de las madres que participaron tenían entre 0 a 1 año de edad un 58%.

Se realizó la calificación del instrumento para evaluar el conocimiento de las madres en el pretest sumando los puntos codificados de las respuestas y se calcularon los cuartiles para establecer los puntos de corte que separaron el conocimiento de las madres en bueno, regular y malo a través de percentiles. (Cuadro 2).

Cuadro 2. Evaluación del conocimiento de cuidados orales en niños de 0 a 3 años.

| Nivel de conocimiento | Media \pm DE | Num de reactivo |
|-----------------------|------------------|-----------------|
| Bueno | 5.76 \pm 1.59 | ≤ 7 |
| Regular | 9.16 \pm .82 | 8 – 10 |
| Malo | 11.72 \pm 1.20 | > 11 |

* Establecidos a través de cuartiles

En la cuadro 3 se verifica que la mayoría de las madres presentan un conocimiento regular antes de la intervención el cual es modificado después de que se implementa el programa, con mayor impacto en las jóvenes (menores de 18 y las que se encuentran entre 19-23 años). En el cuadro 4 se encontró que las madres con nivel de escolaridad de primaria y secundaria, presenta un nivel de conocimiento regular el cual se incrementado después de la intervención, en comparación con las madres de estudios de licenciatura. Las variables tales como: ocupación, número de hijos, estado civil; no mostraron diferencia alguna pues no existe una variación entre ellas.

Cuadro 3. Distribución de la población de estudio por nivel de conocimiento según variable sociodemográfica (edad).

| Nivel de conocimiento | Variable Sociodemográfica | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----|-----|
| | Edad (años) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ≤18 | | 19-23 | | | | 24-28 | | | | ≥29 | | | | | |
| | Pre-test | Pos-test | Pre-test | Pos-test | Pre-test | Pos-test | Pre-test | Pos-test | Pre-test | Pos-test | Pre-test | Pos-test | Pre-test | Pos-test | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Bueno | 3 | 38 | 8 | 100 | 5 | 36 | 12 | 86 | 6 | 23 | 20 | 77 | 10 | 39 | 17 | 65 |
| Regular | 3 | 37 | | | 7 | 50 | 2 | 14 | 11 | 42 | 6 | 23 | 8 | 31 | 7 | 27 |
| Malo | 2 | 25 | | | 2 | 14 | | | 9 | 35 | | | 8 | 29 | 2 | 28 |
| | 8 | 100 | 8 | 100 | 14 | 100 | 14 | 100 | 26 | 100 | 26 | 100 | 26 | 100 | 26 | 100 |

Cuadro 4. Distribución de la población de estudio por nivel de conocimiento según variable sociodemográfica (escolaridad).

| Nivel de conocimiento | Variable Sociodemográfica | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------|----------|------------|----------|----------|----------|--------------|----------|----------|----------|--------------|----------|----|-----|----|-----|
| | Escolaridad | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Primaria | | Secundaria | | | | Preparatoria | | | | Licenciatura | | | | | |
| | Pre-test | Pos-test | Pre-test | Pos-test | Pre-test | Pos-test | Pre-test | Pos-test | Pre-test | Pos-test | Pre-test | Pos-test | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | | | |
| Bueno | 1 | 20 | 5 | 100 | 11 | 28 | 29 | 74 | 6 | 32 | 16 | 84 | 6 | 55 | 7 | 64 |
| Regular | 1 | 20 | 0 | | 18 | 46 | 8 | 21 | 9 | 47 | 3 | 16 | 1 | 9 | 4 | 36 |
| Malo | 3 | 60 | 0 | | 10 | 26 | 2 | 5 | 4 | 21 | | | 4 | 36 | | |
| | 5 | 100 | 5 | 100 | 39 | 100 | 39 | 100 | 19 | 100 | 19 | 100 | 11 | 100 | 11 | 100 |

En el cuadro 5 se observan los cambios que obtuvieron las madres en la calificación, el cual se mejoró después de realiza la implementación del programa de cuidados orales en niños de 0 a 3 años.

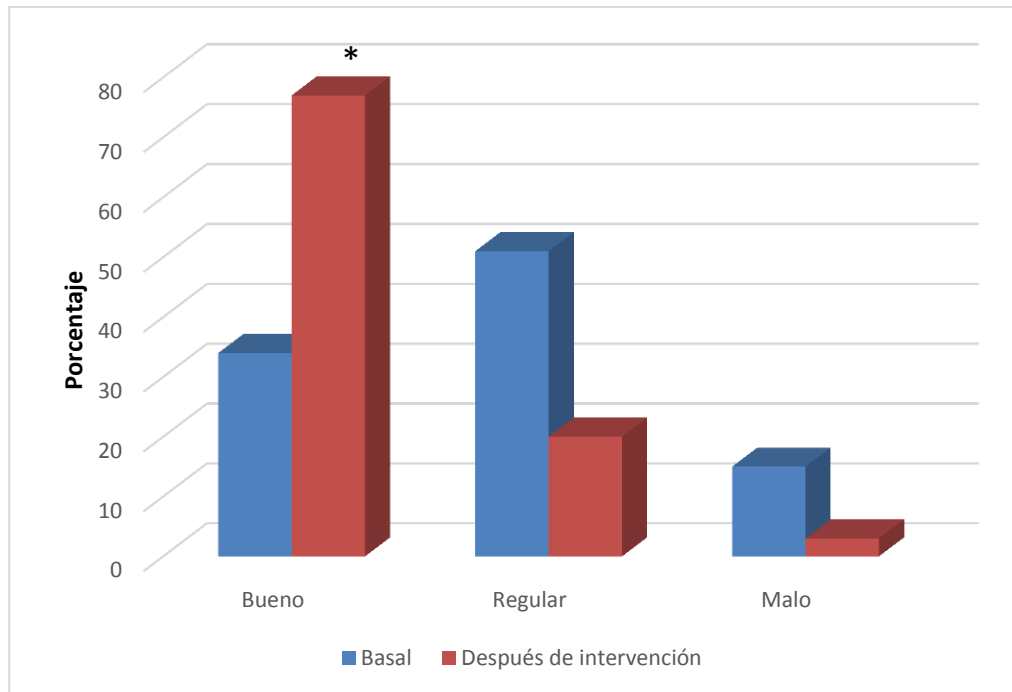
Cuadro 5. Cambios en la calificación después de la intervención estratificados por nivel de conocimientos inicial. Se muestra media y desviación estándar.

| Nivel de conocimiento | Basal | Después de intervención |
|-----------------------|--------------|-------------------------|
| Bueno | 5.76 ± 1.59 | 5.48 ± 1.59 |
| Regular | 9.16 ± .82 | 5.84 ± 1.84 |
| Malo | 11.72 ± 1.20 | 7.18 ± 2.9 |

ANOVA de medidas repetidas ($p < 0.0001$)

Se encontró que la mayoría de las madres encuestadas denotan niveles regulares de conocimiento sobre salud bucal de sus hijos antes de la intervención (51%) y sólo el 34% con conocimientos buenos; después de implementar el programa, se encontró un cambio favorable en su nivel de conocimientos, observándose un mayor efecto en las de conocimiento regular e impactando en las de conocimiento malo con un incremento al 77% de conocimientos buenos. (Figura 16).

Figura 16. Efectividad del Programa para mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre Cuidados Orales en niños de 0 a 3 años después de la intervención.



Prueba de Mc Nemar ($p < 0.01$).

X.- DISCUSIÓN

Actualmente la odontología se encamina a la prevención de la caries dental, siendo los niños el sector más vulnerable a ella. Por lo cual la supervisión de los padres, en especial de la madre es muy importante, pues es ella la que instaura los hábitos en el niño durante su crecimiento, de tal forma que de ella dependen las percepciones y hábitos de cuidados orales en sus hijos; pues aunque la madre se vincule en un ámbito laboral, ocupa el lugar de educadora en la estructura familiar.^{27,59}

Pereira, en su libro “Educación Dental del Niño” enfatizaba que es necesario realizar una divulgación sin límites en el seno familiar.¹¹ Lo cual coincide con diversos autores^{4,10,23,27} y con nuestra investigación pues se reafirma la importancia de la madre para llevar a cabo el cuidado oral de su hijo. Diversos estudios^{4,23,25,28} evidencian una gran aceptabilidad de las madres en estos programas, su disposición para mejorar o cuidar el estado de salud oral de sus hijos proporcionando interés a los conocimientos que son transmitidos por profesionales de la salud, fomentando la salud oral en sus hijos.

Así también encontramos autores como Palma,³¹ que considera a la educación como una herramienta clave para la disminución de la prevalencia de caries en los niños, en su guía trata temas de importancia para la salud bucal tales como: influencia de lactancia materna, uso de biberón y chupete, transmisión bacteriana, alimentos con potencial cariogénico, higiene bucal, uso de flúor y primera visita al dentista; lo cual coincide con nuestro trabajo.

Pero para llevar a cabo la educación debemos instaurar programas educativos o de prevención los cuales son fundamentales para que las personas adopten conductas adecuadas frente a alguna patología.²⁶

En este estudio se reportan los hallazgos en cuanto a la efectividad de un programa de cuidados orales en niños de 0 a 3 años; en el cual se observa que

antes de implementar el programa las madres participantes se encontraban en un nivel de conocimiento regular (51%), el cual fue mejorado a un 77% después de llevar a cabo ésta.

Los resultados obtenidos en el proceso de pretest, coincide con el observado por Benavente y cols.¹⁰ quienes entrevistaron a 143 madres de niños menores de 5 años, de las cuales el 68% de ellas poseían un conocimiento regular sobre salud bucal, sin embargo los autores citados mencionan que dicho comportamiento no era reflejo del estado de salud oral de los niños, no obstante, se debe aclarar que en ese estudio no se realizó ninguna intervención para mejorar el conocimiento de los cuidados orales en los niños.

Así también, los resultados de nuestro trabajo coinciden con otro efectuado por Suyo y cols.²⁵ en el cual, después de realizar una intervención mediante la aplicación de un taller educativo de técnicas de higiene bucal en 58 padres con niños menores de 3 años, se observa un incremento del 86% en el conocimiento.

González y cols.²⁶ demostraron que después de realizar una intervención educativa en salud bucal dirigida a madres de 93 niños en edades de 2 y 5 años hubo un cambio significativo en el conocimiento y prácticas de ellas en cuidados orales; lo cual es comparable con nuestro estudio en cuanto a que también los conocimientos de las madres mejoraron. Sin embargo, en la investigación realizada por Teixeira y cols.²⁴ en una población de 102 madres entrevistadas, del 85-87% denotaron niveles no aceptables en conocimiento sobre salud bucal en niños de 0 a 3 años; además mostró que las madres mayores de 25 años son las que presentan un mejor conocimiento, lo cual resulta contrario a nuestra investigación pues en ella las de mejor conocimiento son las que se encuentran en las menores de 23 años.

Así mismo, Teixeira pudo constatar que el 81% de ellas no habían recibido información sobre cómo y cuándo realizar higiene bucal en su bebé. Esto coincide con una de las preguntas que se realizó en nuestro cuestionario pues más el 90%

de las madres participantes contestó que no sabía cuál era el momento para iniciar la higiene bucal de sus hijos. Del mismo modo Hanna y cols.²¹ con la finalidad de obtener información acerca del conocimiento materno en relación a los cuidados orales del recién nacido y del bebé, evaluó a 42 gestantes encontrando que el 88% de las gestantes tienen un nivel de conocimiento no aceptable y un 63% no conocía el momento para iniciar la higiene dental en niños de sus bebés.

En nuestro estudio se observó que las variables sociodemográficas de edad y de escolaridad son relevantes, pues las madres más jóvenes (menores de 23 años) tienden a mejorar sus conocimientos en cuidados orales en sus hijos de 0 a 3 años, los cuales se incrementaron más 80% después de realizar la intervención. Y en cuanto a los niveles de estudio encontramos que las madres que cuentan con estudios de primaria y secundaria incrementan sus conocimientos más de 74 %; sin embargo algunos autores afirman que el nivel de educación de los padres está asociado con el desarrollo de hábitos que fomenten una buena salud oral.

Por otro lado, Guiraldo y cols,²⁸ evaluaron el nivel de conocimiento de 178 madres que participaron en un programa (SIPi) durante el primer año de vida del niño; en el cual destacaron preguntas sobre higiene bucal y uso prolongado del chupón; así el 71% de las participantes con bebés de 10 a 12 meses de edad obtuvieron un buen nivel de conocimientos, demostrando que las pláticas educativas son el método más utilizado para impartir conocimientos en salud bucal, elevando un 77% el nivel de conocimientos. Con nuestro estudio se reafirma lo anterior pues el programa para mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años mostró ser un método eficaz y certero para incrementarlo o bien para adquirir conocimientos nuevos.

Por último, los resultados de nuestro trabajo encaminan a recomendar el desarrollo de programas educativos en cuidados orales en niños de 0 a 3 años los cuáles contenga información capaz de originar cambios en los hábitos y conductas de cada individuo a fin de proporcionar métodos de

prevención en salud bucal para retrasar o eliminar la aparición de caries a edades tempranas; pues al realizar una intervención educativa notamos que las madres terminan con un nivel de conocimiento bueno en cuanto a los cuidados orales en sus hijos; sin embargo se aconseja, dar seguimiento a este estudio mediante un pre experimental para corroborar si existe correspondencia entre el conocimiento de la madre y realización de lo aprendido llevándolo a la práctica en los cuidados orales de sus hijos.

Así también, se debe indagar sobre los conocimientos que poseen en estos temas tanto pediatras como enfermeras, pues son ellos los que tiene el primer contacto con la madre; pues ellos deben cumplir con la promoción de la salud, evitando que se instalen problemas en la salud bucal de niños menores de 3 años.

XI. CONCLUSIONES

Hipótesis

Tomando en cuenta lo reportado en la literatura donde se demuestra que las madres presentan un nivel de conocimientos regular 60% en Latinoamérica para el cuidado oral en niños de 0 a 3 años, suponemos que sí se realiza un programa dirigido a las madres sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años se mejorará el nivel de conocimiento aumentándolo a más de 70%.

En la población existe un nivel de conocimiento regular sobre los cuidados orales que se deben realizar en niños de 0 a 3 años, que se incrementa hasta el 77% de buenos conocimientos después de la aplicación del programa educativo.

Por lo cual, es recomendable instaurar programas educativos de cuidados orales antes de la aparición de los dientes y preferentemente antes de instaurada la enfermedad, lo que se convierte en un mayor objetivo la práctica odontológica en niños de 0 a 3 años.

XII. PERSPECTIVAS

Seguimiento del estudio mediante un estudio mediante una intervención comparada para evaluar si existe correspondencia entre el conocimiento de la madre y el cambio de hábitos sobre cuidados orales en niños menores de 3 años.

XIII. REFERENCIAS

- 1.- Mastrantonio SDS, Garcia PP. Programas educativos em saúde bucal: revisão da literatura / Oral health education programs: literature review. J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebe;5(25):215-22, maio-jun. 2002.
- 2.-Crespo Marfràn MI, Cosme YC, Lobaina Y, Torres NP. Promoción de la salud bucal en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediatricas. MEDISAN 2009;13(1). [revista en la Internet]. http://bvs.sld.cu/revista/san/vol13_109/san14109.htm
- 3.- Harris NO, García GF. Odontología preventiva primaria. El Manual Moderno. 2^a ed. México, 2005. pp 3-8
- 4.-Menguez BT, Sexto DN, Gonzalez BY. Programa educativo sobre salud bucal para madres con niños en edad preescolar. MediSur, 2009;7(1). Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Cienfuegos, Cuba. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve>.
- 5.- Choque Larrauri R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
- 6.- La práctica de la vigilancia en salud pública. Un nuevo enfoque en la República de Cuba. Disponible en: <http://www.sld.cu/vigilancia/documento.html>
- 7.- Cisneros DG, Hernández BY. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Oct; 15(10): 1445-1458. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es
- 8.-Podesta EM, Arellano SC. Odontología para bebés. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico.Madrid:Ripano; 2013.p.128
- 9.-Figueiredo LR. Odontología para bebés. En: Biondi M. Ana, Cortese G. Silvina. (editores) Fundamentos prácticos para la atención integral personalizada. Buenos Aires, Argentina: Ed. Alfaomega, 2010. p.294-300.

- 10.-Benavente LL. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niños menor de cinco años de edad. *Odontología Santamarquina* 2012;15(1):14-18.
- 11.-Figueiredo LR. *Odontología para el bebé. Subtítulo Odontología pediátrica desde el nacimiento hasta los 3 años.* Brasil. 2000.
- 12.-Guido PM, Castillo CJ. *Manejo odontológico materno infantil basado en evidencia científica.* Madrid: Ripano; 2012.
- 13.-Seguro Social, C. C. *Plan de atención a la salud de las personas (PASP).* San José, Costa Rica: (2001). Editorial Corporación Litográfica Internacional.
- 14.- Ramos M, Pratts MF, González MD, Bernal, LC, Jiménez, EV, Flores, GL, Gutiérrez, R. C. *Calidad de la atención de salud.* La Habana: (2004). Editorial de Ciencias Médicas.
- 15.- Dávila, ME, Mujica GM. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. *Acta Odontologica Venezuela* 2015 [volumen 46 nº 3 / 2008](#) >
- 16.-Green L, Frankish C. Health promotion, health education and disease prevention. En: Koop CE, Pearson MR, editors. *Critical issues in global health.* San Francisco: Jossey-Bass; 2001. p. 321-330
- 17.-Organización Panamericana de la Salud (OPS). En la iniciativa de la comunicación. Washington D.C. (2005). Disponible en: <http://publictions.paho.org>.
- 18.- Fraiz FC, Walter LR. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental care. *Pesqui Odontol Bras.* 2001 jul/sep;15 (3): 201-207.
- 19.-Franco AM, Santamarina A. Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de seis años. *Revista CES Odontología* 2004; 16(1): 27-33.
- 20.-Navas PR. Salud bucal en prescolares: su relación con la actitud y nivel educativo de los padres. *Interciencia.* 2002;27(11):631-34. Disponible en: http://www.interciencia.org/v27_11/navas.pdf?origin=publication_detail

- 21.-Hanna LM, Noguera AJ, Honda VY. Percepcao das gestantes sobre atencao odontológica precoce nos bebes. RGO. 2007; 55(3):271-4
- 22.-Gozález MF, Sierra BC, Morales SL. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud Pública de México 2011 mayo-junio; 53(3):247-257
- 23.-Farfan Barios C. Programa de educación para la salud bucodental infantil en madres y padres de niños entre 0 y 6 años de edad en Pamplona y Comarca – Navarra, España. Tesis para obtener el título de Master de salud publica. España: Universidad Pública de Navarra; 2013.
- 24.-Teixeira GP, Vázquez CC, Domínguez SV, Portaluppi EV, Alfonzo CL, Mao BC. Nivel de Conocimientos de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo Paraguay. Rev. Salud Pública Parag. 2011; 1 (1): 3-12.
- 25.-Suyo TI, Iannacone. Influencia de la enseñanza sobre el conocimiento de higiene bucal a padres de niños menores de 3 años. En el Centro de Salud de Mala Perú. The Biologist (Lima). 2013 jul-dic; 11 (2): 307-319
- 26.-González C, Navarro JC, López PA. Cambio de indicadores de placa dentobacteriana, gingivitis y caries dental en niños entre 2 y 5 años de edad a partir de una intervención educativa dirigida a madres de preescolar Medellín. 2003-2005. Rev. CES Odontología. 2006; 19(1): 9-17
- 27.-González S, Giraldo MC, Torres M, Tamayo C, Arias M. Evaluación del programa de capacitación a docentes líderes en el mejoramiento de la salud bucal de la población preescolar de Sabaneta-Antioquia, 2006. Rev. CES Odontología. 2007; 20(2): 9-15
- 28.-Giraldo MC, Milenia CA. Evaluación de conocimientos en salud bucal de los acudientes al programa “SIPI”, en una IPS de Medellín, 2005. Rev. CES Odontología. 2007; 20(1): 33-38
- 29.-Cuartas JC, Alvar AM, Maya AM, Cárdenas JM, Arias MI, Jaramillo A. Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de

higiene oral, con la historia de caries dental de sus hijos, entre 3 y 5 años de edad. Rev. CES Odontología. 2002; 15(1): 14-18

30.-Contreras VN, Valdivieso-Vargas MM. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. Rev. Estomatol. Herediana. 2008; 18(1): 29-34

31.-Palma C, et. al. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. Acta Pediatr Esp. 2010; 68(7): 351-357

32.-Avanto AJ, Patrones de lactancia en bebés su primer contacto con el azúcar y el dentista. Acta odontológica Venezolana. 2010; 48(2). Disponible en: www.actaodontologica.com.

33.-Nobre TM, Bonecker SM, Carvalho DG. Amamantamiento Natural. En Nahás Pires Correa MS, editores. Odontopediatría en la Primera Infancia. Brasil: Livraria Santos; 2009, p.37-52.

34.-De la Teja AE, y cols. Chupón y lactancia materna. Acta Pediátrica de México. 2011; 32(6):353-354.

35.-Carrasco LM, Villena SR, Pachas BF. Lactancia materna y hábitos de succión no nutritivos en niños de 0 a 71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. Rev. Estomatol. Herediana. 2009; 19(2): 83-89

36.-Rondón R, Zambrano G, Guerra ME. Relación de la lactancia materna y el desarrollo Dento-buco-maxilo-facial: Revisión de la literatura latinoamericana. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia. 2012. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art20.asp>

37.-Palma PC. Educación en salud oral en el infante. En: Guido PM, Castillo CJ, editores. Manejo odontológico materno infantil basado en evidencia científica. Madrid: Ripano; 2012. p. 33-48

38.-Cardoso SC. Protocolos preventivos pre y post natales. Gaceta dental, septiembre 2011.

39.-American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): clasifications, sequences, and preventive strategies. Pediatr Dent Reference

Manual 2009-2010; 31(6):40.43. Disponible en:
<http://www.aapd.org/media/policias.asp>

40.-Rayner J, Holt R, Blinkhorn F, Duncan K. A policy document on oral health care in preschool children. *Int J Paediatr Dent*. 2003;13(4):279-85

41.-Amar de Paula EM, Nahás CM. Lactancia artificial. En Nahás Pires Correa MS, editores. *Odontopediatría en la Primera Infancia*. Brasil: Livraria Santos; 2009,p.53-59.

42.-Mohan A, Morse DE, Sullivan DM. The relationship between bottle usage/content, age, and number of teeth with mutans streptococcolonization in 6-24-month-old children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998; 26(1):12-20.

43.-Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast feeding, bottle feeding, and non nutritive sucking, effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child*.2004;89(12):1121-23

44.-Arango CM. Caries de Infancia Temprana y factores de riesgo. Revisión de la literatura. *Revista Estomatología* 2004; 12(1).

45.-Castañeda MM, Maita VL, Romero VM, Alvarez PM. Factores de riesgo para caries dental en infantes de 6 a 36 meses atendidos en la Clínica del Niño, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2007. *Odontol. Sanmarquina*. 2011; 14(1):1-3.

46.-Li Caufield PW. The fidelity of initial acquisition of mutans streptococci by infants from their mothers. *J.Dent Res*. 1995; 74(2): 681-85

47.-Caufield PW. Dental Caries – a transmissible and infectious disease revisited: a position paper. *Pediatr Dent*. 1997;19(8):491-98

48.-Tankunnasombut S, Youcharoen K, Wisuttisak W, Vichayanrat S, Tiranathanagul S. Early colonization of mutans streptococci in 2 to 36 month-old Thai children. *Pediatr Dent*. 2009; 31(1):47-51

49.-Boggess KA, EdelsteinBL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J*. 2006;10(5Suppl):169-74

- 50.-Berkowitz RJ. Acquisition and transmission of mutans streptococci. J. Calif Dent Assoc. 2003; 31(2): 135-38
- 51.-Isokangas P, Soderling E, Pienihakkinen K, Alanen P. Occurrence of dental decay in children after maternal consumption of xylitol chewing gum, a follow-up from 0 to 5 years of age. J Dent Res 2000; 79(11):1885-89
- 52.-Soderling E, Isokangas P, Pienihakkinen K, Tenovuo J. Influence of maternal xylitol consumption on acquisition of mutans streptococci by infants. J Dent Res.2000; 79(3):882-87
- 53.-Villena SR, Pachas BF, Carrasco LM. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. Rev. Estomatol. Herediana. 2011; 21(2): 79-86
- 54.-Brickhouse TH, Family oral health education. En Berg JH, Slaton RI, editores. Early Childhood Oral Health. Iowa: Wiley-Blackwell;2009.p.198-222
- 55.-Victoria MI, Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y adolescencia. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011; 13(51):435-58
- 56.-E. Sol, E. Espasa, J.R. BojPrevenición y cuidados bucodentales en la infancia y adolescencia Pediatr Integral 2001;6(3):243-252.
- 57.-Unkel JH, Fenton SJ, Hobbs GJ, Frere CL. Thooth-brushing ability is related to age children. J. Dent Child. 1995;62(5):346-48
- 58.-Cisneros DG, Hernández BY. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. Medisan. 2011;15(10):1445-58
- 59.-Soria-Hernández Ma. Alejandra, Molina-F Nallely Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. Acta Pediatr Mex 2008;29(1):21-24
- 60.-Creedon MI, O'Mullane DM. Factors affecting caries levels amongst 5 year-old children in County Kerry, Ireland. Community Dent Healt.2011;18(2):72-78
- 61.-Rodriguez Vargas MC. Nivel de conocimientos en prevención bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Tesis para obtener el grado de Cirujano Dentista. Lima-Perú 2002.
- 62.-Nahás Pires Correa MS. Odontopediatría en la Primera Infancia. Brasil: Livraria Santos; 2009, p.106-112.

- 63.-Corrêa MS, Dissenha RM, Weffort SY, eds. Salud bucal del bebé al adolescente: guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores, Sao Paulo:Gen Santos Editora, 2009; 1-176.
- 64.-American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): clasifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent*. 2008-2009; Reference Manual 30: 40-43.
- 65.-Barbería E, Cárdenas D, Suárez M, Maroto M. Fluoruros tópicos: Revisión sobre su toxicidad. *Rev Estomatol Herediana* 2005;15(1): 86 – 92
- 66.-American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent Reference Manual* 2009-2010;31(6):95-99. Disponible en: www.aapd.org/media/policies.asp
- 67.-Cisneros DG, Hernández BY. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *Medisan*. 2011;15(10):1445-58
- 68.-Nahás Pires Correa MS. Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Brasil: Livraria Santos; 2009, p.77.
- 69.-Ocampo PA, Johnson GN, Lema AM. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte 1. *Rev. Nac. Odontol*. 20013;9:83-90
- 70.-Aliboni VG, Alfie JD. Uso del chupete: hallazgos preliminares. *Arch Argent Pediatr*.2002;2:114-119
- 71.-Larson E. Sucking, chewing, and feeding habits and development of crossbite: a logitudinal study of girls from birth to 3 years of age. *Angle Orthod*. 2001;71:116-9
- 72.-Heb C. Los chupones satisfacen la necesidad natural de succionar. Taller de expertos: “efectos de los chupones en la mandíbula y desarrollo bucal”. 2010. Disponible en: http://www.nukargentina.com.ar/userdata/Soothers_ES.pdf
- 73.-Gois EG, Ribeiro-Junior HC, Vale MP, Serra-Negra JM, Ramos-Jorge ML. Influence of nonnutritive sucking habits,breathing pattern and adenoid size on the development of malocclusion. *Angle Orthod*.2008;78:647-54

- 74.-Lozano MJ, Pallás AC, Hernández AM, Aguayo MJ, Arena AJ, Ares SS, Gómez PA, Díaz GM, Jiménez MA, Landa RL, Lasarte VJ, et al. Uso de chupete y lactancia materna. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 271:1-5
- 75.-American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the use of fluoride. *Pediatr Dent*. 2008-2009; Reference Manual 30: 34-35
- 76.-Twetman S. Caries prevention with fluoride tooth-paste in children: an update. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2009;10(3):162-167
- 77.-Victoria M I. El flúor y la prevención de caries en la infancia. Actualización 2002. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2002;5(15):463-494
- 78.-Victoria M I. El flúor y la prevención de caries en la infancia. Actualización 1. *Acta Pediatr Esp*. 2010;68:129-134
- 79.-American Academy of Pediatrics. Policy on the dental home. *Pediatr Dent*. 2008-2009. Reference Manual 30: 22-23:1387-1394. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/122/6/1387>
- 80.-Barbería E, Cárdenas D, Suárez M, Maroto M. Fluoruros tópicos: Revisión sobre su toxicidad. *Rev Estomatol Herediana* 2005;15(1): 86 – 92
- 81.-Oliveby A, Twetman S, Ekstrand J. Diurnal fluoride concentration in whole saliva in children living in a high-and a low –fluoride area. *Caries Res*. 1990; 24:44-7
- 82.-Merlo FO. Flúor: actualización para el pediatra. *Pediatr Py*. 2004;31(2):125-131
- 83.-Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents (Review). 2002;2:1-52
- 84.-Milgrom PM, Huebner CE. Fluoridated toothpaste and the prevention of early childhood caries: a failure to meet the needs of our young. *J Am. Dent Assoc*. 2009; 140(6): 628-631
- 85.-Tavener JA, Davies GM, Davies RM, Ellwood RP. The prevalence and severity of fluorosis and other developmental defects of enamel in children who received free fluoride toothpaste containing either 440 or 1450 ppm F from the age of 12 months. *Community Dent Health*. 2004; 21 (3):217-23

- 86.-American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent Reference Manual* 2009-2010; 31(6):128-31. Disponible en: <http://www.aapd.org/media/policies.asp>
- 87.-Rayner J, Holt R, Blinkhorn F, Duncan K. British Society of Pediatric Dentistry: a policy document on oral health care in preschool children. *Int J Paediatr Dent.* 2003; 13(4):279-285
- 88.-Carvalho DM, Salazar M, Oliveira BH, Coutinho ES. Fluoride varnishes and decrease in caries incidence in preschool children: a systemic review. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(1):139-49
- 89.-Davies GM, Bridman C, Hough D, Davies RM. The application of fluoride varnish in the prevention and control of dental caries. *Dent Update.* 2009;36(7):410-412
- 90.-Nahás Pires CF, Avanto AJ, Jotta MA, Pinto RK, Saads CT. Patrones de lactancia en bebés, su primer contacto con el azúcar y el dentista. *Acta Odontol Venezolana.* 2010;48(2):1-11
- 91.-Rayner JA. First dental visit: a UK viewpoint. *Int. J. Pediatr. Dent.* 2003;13:269
- 92.-Schroth RJ, Cheba V. Determining the prevalence and risk factors for early childhood caries in a community dental health clinic. *Pediatr Dent.* 2007; 29(5):387-396
- 93.-American Academic on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Policy on the dental home. *Pediatr Dent* 2008-2009;30 (7Suppl):22-23

XIV. ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**ESPECIALIDAD EN ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE**

INSTRUMENTO DE TRABAJO

**“Efectividad de un programa para mejorar el nivel de conocimiento de
las madres sobre cuidados orales en niños de 0 a 3 años”.**

**Dirigido a las madres que asisten a consulta en el Centro de Salud de
Acuexcomac:**

**Por medio de la presente se les informa a las madres que tengan
niños de 0 a 3 años, que acudirá a al Centro de Salud la CD. Beatriz Torres
Díaz, estudiante de la Especialidad en Estomatología del Niño y del
Adolescente con el fin de realizar una intervención mediante un programa
para mejorar sus conocimientos en cuanto a cuidados orales en sus hijos.**

Las madres que acepten formar parte del programa deben:

Asistir a todas a las sesiones

Tener hijos sanos sistémicamente

Firma de la madre.

Si acepto

17. Tomando como referencia un chícharo, ¿Cuánta pasta le pone al cepillo de su hijo(a)?

- a) Una porción b) Dos porciones c) Tres porciones

18. ¿La pasta que usa su hijo contiene flúor?

- a) SI b) NO c) No sé

19.- ¿Sabe la concentración de flúor en pastas dentales infantiles?

- a) SI b) NO

PRIMER VISITA AL DENTISTA – CARIES – FLUOR

20.- ¿Ya llevó a su hijo a su primera visita con el dentista?

- a) SI b) NO

21.- ¿Cuál fue la causa?

- a) Revisión b) Caries dental c) Dolor

22.- ¿Sabe qué es la caries dental?

- a) Enfermedad bacteriana b) Enfermedad producida por hongos
c) Enfermedad viral

23. ¿La caries dental es una enfermedad contagiosa?

- a) Si b) No c) No sé

24. ¿Sabe para qué sirve el flúor?

- a) Para mejorar la salud de dientes y huesos
b) Para eliminar bacterias
c) Para tener los dientes más blancos