



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



Subdirección del Área de Estudios de Posgrado
Maestría en Ciencias Odontológicas con Especialidad en Odontopediatría

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Título

“Nivel de atención de los padres hacia la salud bucal de sus hijos en edad preescolar según cronología familiar, identificando los factores que la determinan”

Director de Tesis

Ph. D. ROSALVA GONZÁLEZ MELÉNDEZ

Codirector de Tesis

Ph. D. JAIME ADRIÁN MENDOZA TIJERINA

Asesor

En Metodología Estadística

MSP. GUSTAVO ISRAEL MARTÍNEZ GONZALEZ

Investigador

Alumno Residente de Odontopediatría

CD. DANIEL ALBERTO JAIK REYES

Presenta

Para la Obtención del
GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

Monterrey, Nuevo León, Marzo de 2012

INDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. ANTECEDENTES

Capítulo 1.- La familia en nuestros días.

Capítulo 2.- Prevención odontopediátrica, cuidados en higiene oral y su relación con el nivel socioeconómico, uso de índices epidemiológicos y preparación del profesional.

Capítulo 3.- Cariología y padecimientos orales en niños.

Capítulo 4.- Expectativas de los padres a la salud bucal y al tratamiento odontopediátrico.

Capítulo 5.- Prevalencia de caries de niños en edad preescolar, necesidad de cultura en prevención.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IV. JUSTIFICACIÓN

V. OBJETIVOS

VI. HIPÓTESIS

VII. DISEÑO DEL ESTUDIO

VIII. MATERIALES Y MÉTODOS

- ✚ Universo del Estudio
- ✚ Tamaño de la Muestra
- ✚ Criterios de Inclusión
- ✚ Criterios de Exclusión
- ✚ Definición de Variables
 - Variables Dependientes
 - Variables Independientes
- ✚ Descripción de Procedimientos
- ✚ Captura de Datos
- ✚ Calendario
- ✚ Recursos
 - Humanos
 - Físicos y Materiales
 - Financiamiento

IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS

X. REFERENCIAS

XI. ANEXOS

I.- INTRODUCCIÓN

En el México actual y la sociedad en que vivimos inmersa en un mundo globalizado donde cada vez son más las exigencias en todo ámbito, no siendo la excepción el área de la salud, y en éste caso la odontológica; no existe evidencia alguna de la diferencia en el interés que prestan los padres hacia la salud bucal de sus hijos según el orden de nacimiento, lo que es relevante para la comunidad odontológica para diseñar y aplicar idóneamente los programas odontopediátricos clínicos y preventivos; de igual manera es importante para la sociedad saber si éste interés es mayor hacia el primer hijo y si basado en ésta vivencia, el interés hacia la salud bucal de su siguiente hijo, aumentó o disminuyó; por lo anterior se inició el presente proyecto de investigación cuyo objetivo es:

Medir el nivel de atención que prestan los padres hacia la salud bucal de sus hijos según cronología familiar (orden de nacimiento) Identificando los factores de riesgo que lo determinan. Junto con este objetivo se pretende medir la atención de los padres en cuanto a hábitos de higiene que fomentan en sus hijos, los factores de riesgo inmersos en la familia para desarrollar enfermedades bucales y el motivo de consulta por el cual llevaron por primera vez a cada uno de sus hijos.

Este estudio se llevó a cabo en la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y se enfocó en los primeros dos hijos de cada familia, observando el estado oral por medio de los índices c.e.o. e I.H.O.S., con una sola toma de registro en la primera cita, que permitió determinar las diferencias en los cuidados y la atención que prestaron los padres a cada hijo y al final del estudio identificaron si existieron o no diferencias significativas entre cada hijo, pudiendo así determinar si la población de padres necesita nuevas estrategias para ser concientizados ante la prevención para el correcto cuidado integral de sus hijos.

II.- ANTECEDENTES

CAPÍTULO I: La familia en nuestros días.

Familias Nucleares:

Gutiérrez.¹, La familia como institución natural, no puede considerarse como un producto estático, pues ha recibido a lo largo del tiempo un legado histórico considerable y como producto de su tiempo, ha sufrido muchas transformaciones, positivas y negativas.

El modelo nuclear de la familia (padre, madre e hijos) está ya arraigado en la sociedad occidental donde nos desenvolvemos.

Al evolucionar la sociedad y en los tiempos actuales, las familias han dejado de ser de miembros numerosos y se han reducido a 2 hijos promedio en nuestro país, además de que ahora las mujeres ya no solo se dedican al hogar, sino que también se han involucrado en el papel de proveedoras y cada día hay más desarrollándose en el terreno laboral, por lo que los niños muchas veces son llevados a guarderías o con cuidadores especializados, los cuales pueden ser considerados como educadores adjuntos desde las primeras etapas de desarrollo en la familia.

La familia y su papel en la promoción y prevención de la salud bucal:

Alemán, González, Delgado, Acosta², La familia constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana y en este sentido, es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala micro social. Cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo.

Resulta importante destacar el papel que desempeña la mujer en el seno de la familia en el correcto mantenimiento de la salud, tanto general como bucal, pues es precisamente ella la encargada de crear en el seno de la familia desde edades tempranas, conductas, hábitos y costumbres favorecedoras de salud, las cuales van a ser acatadas por los integrantes del grupo familiar y van a ser integradas a su sistema

de conocimientos sobre qué hacer para conservar la salud, aunque este trabajo no es exclusivo de la madre, en la sociedad actual, tanto padre como madre cumplen labores iguales, ya sea de trabajo para ganar sustento, como cuidado del hogar y de los hijos, por lo que no podemos achacarle completamente esta responsabilidad a la mujer, pero si en la mayoría de los casos es la que toma la batuta en el cuidado de la salud de sus hijos.

La prevención significa aplicar medidas para evitar enfermedades, mientras que la promoción se refiere a mejorar las condiciones de salud e incluye la prevención. Por lo tanto, la promoción es más general que la prevención, porque abarca no solo educación para la salud, sino que incluye además, modificación de costumbres, hábitos y precisa de un movimiento profundo de la comunidad.

Los odontopediatras debemos conocer la situación de salud de las familias en su comunidad, sus peculiaridades, sistema de valores, costumbres, tradiciones, situaciones por las que atraviesa. Esto les permitirá medir el nivel de funcionamiento de estas, con el objetivo de orientar su trabajo sobre la base de las dificultades encontradas.

Es importante que dentro de la familia, los individuos que la componen adquieran estilos de vida saludables como el hábito del correcto cepillado dentario, hábitos dietéticos saludables con el control de la dieta cariogénica, evitar la producción de hábitos bucales deformantes y tratando de que el niño adquiera hábitos adecuados que contribuyan a su buen desarrollo bucal y sistémico.

Todo lo que se repite se convierte en un hábito, bueno o malo, si practicamos todos los días algunos de los buenos hábitos, llegará a formar parte de nuestra personalidad y de nuestra cultura.

Es necesario continuar perfeccionando la actividad de la familia, formar en ella una determinada cultura para mejorar la salud bucal, porque a medida que su papel

sea más eficiente, se alcanzarán mejores resultados en la prevención de enfermedades, objetivo fundamental de nuestra sociedad para mejorar así el estilo de y la calidad de vida en nuestro entorno.

La familia en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar:

Restrepo, Maya³, Se ha considerado en la actualidad una tendencia de los padres a no controlar la nutrición de sus hijos y descuidar el monitoreo de que es lo que sus hijos consumen en el día, lo que se relaciona con el descuido de la higiene oral y enfermedades bucales, que, en teoría es algo fácil de monitorear, no quita mucho tiempo y es tan necesario como bañarse a diario, pero que en la práctica muchos padres, ya sea por ignorancia o por estar atareados en otras cosas no le dan la suficiente importancia y ya para cuando se dan cuenta, el niño ha desarrollado problemas dentales que si hubieran tenido atención oportuna y la correcta información de prevención, hubieran sido totalmente evitables y el tratamiento, económicamente hablando, hubiera sido mucho más barato y no invasivo.

Familias con hijos adoptivos:

Palacios, Sánchez⁴, La investigación sobre familias adoptivas ha profundizado muy poco en las relaciones padres-hijos que se dan en el interior de esas familias, de forma que es muy poco lo aportado por la literatura en torno a las características de su dinámica familiar.

Dentro de la investigación llevada a cabo sobre 393 familias adoptivas en Andalucía, España, se profundizó en estas cuestiones, analizando los patrones educativos familiares de familias adoptivas en términos de las dimensiones afecto-comunicación y exigencias-control, y tomando también en consideración las conductas de los hijos en términos de implicación afectiva, resistencia al control y obediencia.

Los resultados mostraron la existencia de una diversidad de patrones en el interior de las familias adoptivas, diversidad no siempre coincidente con la encontrada por los investigadores que han analizado la dinámica de las relaciones familiares en familias no adoptivas.

Esa diversidad no impide que la gran mayoría de las familias analizadas presente valores muy altos de comunicación y afecto, así como que valoren mucho la existencia de normas, habiendo una mayor disparidad de criterios respecto a las técnicas de disciplina y control defendidas por los padres para asegurarse del cumplimiento de esas normas.

Trasportando ese estudio a normas dentales, podemos concluir que no es una diferencia significativa el control que tienen unos padres con hijos adoptivos a padres que tienen hijos biológicos, aun teniendo diversidades en el trato, los cuidados y atenciones respecto a la salud general y dental continúan iguales, y lo que si se puede presentar es que en familias con un hijo adoptivo y un hijo biológico o dos hijos adoptivos de diferente procedencia paterna exista un cambio en condiciones genéticas muy marcado que hace difícil su comparación, aun teniendo factores iguales como alimentación y prevención.

Familias con algún miembro discapacitado:

Nuñez⁵, Este estudio se desarrolló con una población de alrededor de 600 familias llegadas a la consulta por algún tipo de trastorno psíquico a nivel vincular o de algún miembro de la familia.

Sabemos que la familia que tiene un hijo con discapacidad afronta una crisis movilizadora a partir del momento de la sospecha y posterior confirmación del diagnóstico. Cada familia es única y singular, por ello, procesará esta crisis de diferentes modos. En relación a cómo se elabore la crisis del diagnóstico, puede

acontecer un crecimiento y enriquecimiento familiar o, por el contrario, se pueden desencadenar trastornos de distinta intensidad.

Se concluye que las familias que tienen un hijo con discapacidad constituyen una población en riesgo, es decir, el hijo discapacitado tendrá necesidades muy diferentes al resto de su familia, y muchas veces los padres dan prioridad a otros problemas de salud de estos niños y van dejando olvidado el hecho de que la prevención de enfermedades bucales en su hijo es igual de importante y los odontopediatras jugaremos un papel determinante en controlar la salud de estos niños.

Es necesario que el pediatra y los demás profesionales intervinientes, entre ellos los odontopediatras, puedan sostenerlas y acompañarlas desde el momento del diagnóstico y en otras situaciones de crisis que atraviesen a lo largo de su ciclo vital.

Esta situación en donde encontramos a uno de los hijos con algún tipo de discapacidad mental o física sesgaría el estudio, por lo que es importante mencionar que las necesidades así como el desarrollo y aprendizaje de estos niños son totalmente especiales y diferentes.

Familias en Globalización:

Harper, D'Alessandro⁶, Varios autores han notado que la forma de llevar la paternidad ha venido cambiando y que esto tiene un impacto directo en el comportamiento de los hijos, estos cambios se atribuyen a factores como el internet, los medios de comunicación, padres solteros o trabajadores y la globalización, entre otras cosas que han modificado las técnicas disciplinarias hacia los niños.

Los cambios contemporáneos han evolucionado a tal velocidad que vienen en conjunto con grandes sentimientos de estrés, el cual afecta directamente la relación entre padres e hijos, haciendo a estos últimos poco manejables y de difícil trato.

Los odontopediatras, se han convertido en personas aptas en el trato de pacientes de este tipo, así como en educadores de los padres, al saber manejar sus nuevas y más exigentes expectativas y a saberlas encaminar para el bien de los hijos de estas familias modernas e inexpertas.

Familias de padres solteros:

Plutzer⁷, Hay muy pocos autores que hablen de familias de madres solteras y su relación con la caries temprana del infante, tema que es realmente relevante, ya que se demostró que los hijos de madres solteras tienen el doble de probabilidades de desarrollar caries temprana del infante que uno de matrimonio estable.

Al llegar a la consulta una madre soltera, el odontólogo le debe de dar educación, incluso información escrita de cuidados y alimentación para su hijo, haciendo esto se baja significativamente el factor de riesgo para su hijo y para hijos de otras madres solteras que tengan contacto con esta familia.

La familia y su relación con la caries dental:

Díaz, Costa, Flórez, Puerta⁸, Como ya sabemos la caries dental en niños preescolares es una enfermedad multifactorial, en donde no solo influyen los factores principales que son la dieta, el tiempo, las bacterias y la higiene, a partir de cada uno de ellos se desglosan otros subfactores que intervienen en la aparición o no aparición de esta enfermedad en un niño.

Los subfactores que influyen en este proceso surgen a medida de que ningún niño nace con los conocimientos ni aptitudes necesarias para cuidar de su propia higiene y salud bucal, así que depende de su entorno para que éste cuide de él.

Estos subfactores son el tipo de vivienda de la familia, familias con numerosos hijos, familias con algún hijo con discapacidad, el estrato socioeconómico bajo, la edad

de los hijos y de los padres, baja escolaridad de los padres, si los dos padres trabajan, si los hijos acuden a guardería, la autoridad de los padres sobre sus hijos, padres separados y padres que nunca han asistido a consulta dental.

Todos estos forman parte de factores de riesgo alto para el desarrollo de caries y enfermedades bucodentales, por lo mismo, la misión del odontólogo se ve en aprietos al no poder abarcar todos los factores y atacarlos de raíz, por ello destaca la importancia de formar campañas masivas de salud dental con las instituciones gubernamentales.

CAPÍTULO II: Prevención odontopediátrica, cuidados en higiene oral y su relación con el nivel socioeconómico, uso de índices epidemiológicos y preparación del profesional.

Villalobos-Rodelo y col.⁹, La caries dental en niños y sus consecuencias son problemas de salud pública en México debido a su alta prevalencia en poblaciones con desventaja socioeconómica. La promoción del autocuidado dental es la estrategia preventiva más usada para evitar este problema y fomentar la salud primaria dental.

Entre las acciones más importantes para conservar la salud bucal está la eliminación mecánica de la placa dentobacteriana mediante el cepillado que por muchos años ha sido el principal mensaje dirigido, tanto a niños como adolescentes y adultos; basado en el supuesto que ayuda al eliminar la placa dental y facilitará el contacto íntimo del fluoruro que contiene la pasta con los dientes.

Hay información acerca de la eficacia de los mensajes dirigidos a fomentar el empleo de cepillado dental principalmente de países europeos, donde los escandinavos, por ejemplo, hacen énfasis en este procedimiento en la prevención de caries y otras enfermedades relacionadas con los tejidos anexos. Sin embargo, en México no hay información acerca de la ventaja que representa la limpieza bucal diaria en la prevención de enfermedades bucales, por ello, se realizó un estudio donde se consideraron las variables socioeconómicas, sociodemográficas, la salud bucal en su relación con la frecuencia del cepillado dental.

De las variables de estudio, en el siguiente orden descendente, la frecuencia de cepillado estuvo asociada a:

- Mayor edad de la madre.
- La edad del niño.
- El sexo femenino.
- Asistir a consulta dental preventiva.
- Inicio temprano de cepillado dental.
- Estar inscrito en una escuela particular.
- Tener seguridad social o seguro privado.
- Nivel socioeconómico alto.

Con esto se concluyó que diversas variables sociodemográficas, socioeconómicas y de salud bucal se encuentran asociadas a la frecuencia de cepillado dental y que es necesario que los programas de salud bucal se encaminen a fomentar la práctica del cepillado dental, especialmente en los niños de familias con desventaja social.

Macintosh, Schroth, Edwards, Harms, Mellon, Moffatt.¹⁰, Se organizaron talleres educacionales especiales en donde odontólogos reunieron a personas relacionadas con el trabajo con niños y adolescentes como cuidadores, profesores de escuela, encargados de guardería, etc. Con los cuales se trabajó en sesiones donde se impartieron cátedras de prevención y manejo de situaciones dentales y de comportamiento con los niños, se les repartió material didáctico y escrito explicando técnicas de cepillado, uso de hilo, que hacer en caso de traumatismos, a qué edad llevar por primera vez a los niños al dentista, como reconocer los inicios de lesiones cariosas o periodontales, etc. Estos talleres mostraron gran utilidad para mejorar la salud dental de los niños de las comunidades donde se impartieron, dando como resultado el ir creando una cultura de prevención que a la larga llevará a una mejoría en salud dental de toda la población.

Huebner, Riedy.¹¹, En este estudio se identifica el valor de la motivación en la imposición de un hábito de higiene oral diario de los padres hacia los hijos con la sencilla pero importante tarea de cepillarle los dientes a sus hijos, es decir, predicar con el ejemplo, para cuando lleguen a una edad en la que el cepillado lo puedan realizar solos, la costumbre y necesidad de realizarlo ya esté plantada en su rutina y que lo realicen con gusto y con una técnica correcta. Aparte de esto, los niños van desde pequeños acostumbándose a que la boca necesita mantenimiento, y esto facilita su entendimiento del porqué tienen que acudir periódicamente al dentista, lo que les generará menos ansiedad ante su consulta, haciéndoselo más digerible rutinario.

González, Sierra, Morales.¹², Para que una intervención y fomento de la prevención por parte de los profesionales de la salud bucal tenga éxito, es requisito

conocer previamente las necesidades reales del grupo poblacional al cual va dirigida dicha intervención, tratando de enfocarse en los aspectos que influyen en la naturaleza misma de la enfermedad, los cuales pueden ser analizados desde la perspectiva de los padres y cuidadores para que estos sirvan de guía a los profesionales y tenerlos en cuenta para preservar la salud bucal y las necesidades reales en sus niños.

Con una simple entrevista o un cuestionario dirigido a los padres y cuidadores de los niños, el profesional se puede dar cuenta de cuáles son los espacios vacíos que tienen los padres en cuanto a la cultura del cuidado dental en general, y así poder idear una serie de programas y proyectos enfocados a difundir los cuidados preventivos y así reducir el riesgo de sus hijos a padecer enfermedades bucales.

Medina-Solís y col.¹³, Las enfermedades crónico-destructivas más comunes en la salud pública, en cuanto a la cavidad oral se refiere, son la caries y la periodontitis, las cuales son atribuidas en gran parte a la formación de placa dentobacteriana y tártaro en las superficies de los dientes, provocados principalmente por una pobre higiene dental.

La promoción del autocuidado es una estrategia importantísima en la salud primaria dental, en donde entrarán rutinas diarias como el cepillado dental con pastas fluoradas, una alimentación baja en azúcares fermentables y, por supuesto, visitas periódicas al dentista. Para promover eficazmente este autocuidado es necesario entender los factores asociados con esta práctica, en donde ciertos factores, como los socioeconómicos y sociodemográficos, han sido asociados a la higiene o nivel de limpieza bucal, y éstas a su vez han sido relacionadas con el estado de salud bucal.

En diferentes estudios se ha observado que los niños en familias de pocos recursos económicos reciben significativamente menos instrucciones de higiene bucal por parte del dentista que sus contrapartes más prósperas y además tienen, por lo general, más problemas y mayores necesidades insatisfechas de salud bucal.

Un factor importante para entender la asociación de la posición socioeconómica y la salud oral es el hecho que hay un constructo teórico multidimensional que cubre amplia variedad de circunstancias financieras y sociales, así como educacionales y culturales.

Dentro de los resultados importantes y relevantes que arrojó este estudio se llegó a la conclusión de que los niños con más alto nivel socioeconómico tuvieron mejores niveles de higiene bucal, a diferencia de los niños más pobres que presentaron peor higiene y salud bucal. La frecuencia de cepillado dental tiene un marcado efecto sobre la limpieza bucal, la gente que cepilla constantemente sus dientes tiene menos placa que los que realizan esta actividad con menor frecuencia o los que lo hacen ocasionalmente.

Timiș, Dănilă.¹⁴, El estudio del campo de los factores sociales determinantes para la salud general y dental quizá sea uno de los más complejos y desafiantes ya que maneja aspectos claves como el entorno de vivienda, trabajo, educación, cultura, costumbres, raíces, política y estilos de vida, que al combinarse pueden resultar muchas variaciones que, si bien no nos dejará generalizar, nos dará una visión muy cercana de lo que experimentará la salud bucal de un niño al desarrollarse en alguno de los diferentes niveles socioeconómicos y así poder atacar desde la raíz los problemas que cada círculo social genere.

Existe evidencia contundente para poder afirmar que las personas con una posición socioeconómica menos acomodada desarrollarán un peor estado de salud bucal que sus contrapartes con mejor posición económica. Las razones de esta disparidad son complejas, hay desde diferencias en factores biológicos como la edad y discapacidades físicas, hasta factores como falta de trabajo, abandono de estudios por falta de dinero o sencillamente estar en alguna comunidad rural con pocos o nulos servicios de salud, entre otros factores que limitan fuertemente el acceso a los servicios dentales.

Lamentablemente se ha observado que las diferencias en el estado de salud dental de individuos con alto o bajo estrato socioeconómico han aumentado ampliamente, en donde encontraremos indicadores que nos permiten medir y dar una clara explicación a esto, como la tasa de desempleo, ingresos familiares y nivel de educación.

Los padres de las familias de un estrato bajo se ven siempre más preocupados por otros aspectos del diario vivir, y dejan de lado la prevención de la salud, es decir, si no es una emergencia en donde la enfermedad ya esté presente y tenga sintomatología, no buscarán los servicios dentales, lo que pone en evidencia la falta de educación y conocimiento, puesto que está demostrado que la prevención es más barata que la corrección y si lo supieran manejar se ahorrarían mucho dinero en medicinas o tratamientos tan solo con corregir aspectos tan rutinarios como el cepillado dental diario y el consumo de alimentos mas balanceados.

Maupomé y col.¹⁵, Individuos en un nivel socioeconómico alto disfrutan de mejor salud, este hecho es conocido como el "gradiente social en salud", el cual se refiere a que las desigualdades en la distribución del estado de salud de la población están relacionadas con las desigualdades en el estatus social.

Las desigualdades en salud asociadas con el nivel socioeconómico son grandes y según diversos autores van en aumento. La mayoría de las teorías que explican estas desigualdades utilizan indicadores de nivel socioeconómico tales como: ingreso, escolaridad, ocupación y raza, a través de los cuales la salud se distribuye de manera desigual.

Existen varias formas de expresar el estado de salud bucal en los individuos, en cuanto a la prevalencia o severidad de caries dental; los índices mundialmente utilizados son el c.e.o. para la dentición temporal y CPOD para la dentición permanente.

En nuestro país existe relativamente poca información actualizada sobre la salud bucal, y menos aún sobre las desigualdades en su distribución pero a partir de estudios internacionales se puede deducir que en México también está fuertemente relacionada la salud bucal con el nivel socioeconómico.

Bordoni, Doño, Miraschi.¹⁶, El índice CEOD es la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados. Respecto a su empleo, hay que tomar en cuenta que:

- No se consideran en este índice los dientes ausentes.
- La extracción indicada es la que procede ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado.
- La restauración por medio de una corona se considera diente obturado.
- Cuando el mismo diente esta obturado y cariado, se consigna el diagnóstico más grave.
- La presencia de selladores no se cuantifica.

Registro de datos:

1. Cariados.
2. Perdidos.
3. Obturados.
4. Extraídos.

Motohashi y col.¹⁷, El fin de este estudio fue examinar la importancia del índice CEOD para predecir la incidencia de caries en dientes permanentes en niñas japonesas.

Hubo gran correlación entre el CEOD en las niñas de primer año de primaria y el CPOD en las niñas de sexto grado de primaria.

Los resultados indicaron que el índice CEOD es útil para predecir la incidencia de caries futura para las piezas permanentes.

Hoefl, Masterson, Barker.¹⁸, La Asociación Dental Americana, hablando del régimen de higiene oral en casa, recomienda a los padres que desde recién nacidos limpien las encías de sus hijos con una gasa húmeda después de cada alimento, iniciar el cepillado dental con un cepillo de dientes para bebés en cuanto erupciona el primer diente, alimentar a sus hijos con una dieta baja en azúcares, no dejarlos que duerman con el biberón y que programen la primer visita al dentista al cumplir un año de edad con sus revisiones semestrales continuas a partir de ese momento.

Todas estas recomendaciones de la ADA, en un contexto general, lograrían dar una reducción significativa en los promedios de piezas cariadas en la población infantil, por lo que se quiso registrar en una población de madres México-Americanas si se ponen en práctica realmente estas recomendaciones, y de no ser así, saber que costumbres tienen para infundir en sus hijos la práctica de la higiene oral en sus hogares.

Las madres, las cuales fueron entrevistadas en este estudio, expresaron diferentes motivos por los cuales iniciaron tarde el cepillado de sus hijos, que van desde la madurez del niño (empezaron su cepillado hasta que el niño pudiera hacerlo solo), pasando por la edad en la que ellos creían que debía comenzar la limpieza dental, hasta hubo madres mal informadas que consideraban que las piezas deciduas no importaban ya que pronto exfoliarían y darían paso a las piezas permanentes.

El resto de las madres que si iniciaron el régimen bajo las recomendaciones de la ADA, son porque visitaron pertinentemente y a temprana edad de sus hijos a consulta con un profesional de la salud dental, quien los educó a seguir paso a paso sus recomendaciones.

Un importante mensaje para los profesionales y las áreas encargadas de la difusión de la salud, es el de realizar campañas informando y educando a los padres a poner más atención y cuidados en la higiene oral de sus hijos, dándoles a conocer la

importancia de comenzar desde recién nacidos con un régimen de limpieza que permita a sus pequeños permanecer sin caries y enfermedades bucales.

Erickson, Thomas.¹⁹, En cuanto a la preparación del profesional, la AAPD ha sostenido que la prevención, instituida durante el primer año de vida, da como resultado a largo plazo, el realce de la salud oral del individuo. 72.6% de los miembros de la academia están de acuerdo con esta política, aunque sólo un 46.6% pone en práctica la primera evaluación oral del niño antes o a sus 12 meses de vida.

Dentro del gremio de odontopediatras, los más jóvenes ya tienen una cultura mayor para seguir los lineamientos de la academia y los métodos de procedimiento de la misma, esperando a que se brinden más estudios y procedimientos para desarrollar una correcta evaluación de pacientes pequeños.

Cerca del 20% de los odontopediatras reportaron que no llevan a cabo evaluaciones en niños menores de 12 meses, principalmente por cuestiones ajenas a la edad como que los padres no saben o no ven la importancia de evaluar a estos pacientes, por ende los participantes piden que la academia brinde más informes de cómo hacerle ver a los padres esta práctica tan importante y como hacer correctamente estas evaluaciones, las sugerencias recibidas fueron:

1. Educar a los pediatras y médicos generales acerca del valor de la evaluación dental temprana.
2. Ofrecer guías de procedimiento o un protocolo para la incorporación de evaluaciones en infantes a la clínica diaria.
3. Preparar materiales o folletos de educación para padres.
4. Organizar en sitios públicos demostraciones de la importancia de las evaluaciones tempranas.

CAPÍTULO III: Cariología y padecimientos orales en niños.

Boj, Espasa²⁰, En este libro se define a la caries dental en el niño como: Una enfermedad infecciosa de origen microbiano, localizada en los tejidos duros dentarios, que se inicia con una desmineralización del esmalte por ácidos orgánicos producidos por bacterias orales específicas que metabolizan a los hidratos de carbono de la dieta.

Por etiología, la caries se considera una enfermedad multifactorial, en la que interaccionan factores dependientes del huésped, la dieta y la placa dental. Keyes lo representa en forma de círculos sobrepuestos, en los cuales cada círculo incluye las variables que propician esta enfermedad al coincidir todas en un mismo punto, las variables son: dieta, huésped, microorganismo y tiempo.

En cuanto a la caries precoz en el niño pequeño, nos referimos a la aparición de una lesión de caries en cualquier superficie dentaria durante los primeros 3 años de vida, cuyos factores de riesgo son los dientes que se exponen primero a un ambiente cariogénico, serán los primeros en mostrar signos de caries, presencia de placa visible en los incisivos superiores, niños con bajo peso al nacer, asociado a hipoplasia del esmalte, nivel socioeconómico bajo y niveles de S. Mutans del niño.

La odontopediatría preventiva se llevará a cabo mediante estrategias que se orientan hacia la intercepción de cada uno de los factores implicados en la etiología de la caries. Por lo tanto, la actuación del odontólogo se basa en aconsejar modificaciones en la dieta, aplicar estrategias orientadas a aumentar la resistencia del diente, como la administración de flúor y la colocación de selladores de fisuras y por último, actuar contra la placa dental, bien sea mecánica como en la enseñanza del cepillado, o química con la utilización de clorhexidina. Los estudios epidemiológicos actuales indican un sesgo en cuanto a la distribución de caries en la población, concentrándose una alta incidencia de caries en determinados individuos y comunidades.

El odontólogo debe aplicar una estrategia preventiva individualizada, adaptada a las características de riesgo de caries de cada niño, la prevención de la caries precoz

en el niño pequeño, consta de un examen antes de los 3 años para la identificación de las lesiones incipientes de caries en superficies lisas, estas visitas dan la oportunidad para revisar los hábitos alimentarios, las practicas de higiene oral y la aplicación de un programa de flúor.

Los padres deben recibir información sobre el cepillado y el uso de dentífricos flúorados, siempre será importante hacer entender a los padres que la salud dental va en un 50% como producto de las acciones tomadas en casa y un 50% de las acciones realizadas en el consultorio, si alguno de los dos falla, la contraparte por si sola no podrá llevar a cabo un trabajo satisfactorio para el paciente.

Zero²¹, Define a la caries como una enfermedad crónica que envuelve la destrucción dentaria, la cual conduce a pérdida de función masticatoria y una apariencia no estética del diente afectado, y es el resultado de un proceso en el cual los constituyentes minerales del diente, principalmente calcio y fosfato, son desmineralizados por ácidos orgánicos producidos por la bacteria que habita en el biofilm adherido a la superficie del diente.

Ferro, Quiñones, Tan, Valdés.²² Los gemelos tienen un lugar especial en Genética Humana. Esto se debe a que ciertas enfermedades provocadas parcial o completamente por factores genéticos poseen una tasa de concordancia mayor o menor en gemelos monocigotos (MC) que en dicigotos (DC).

En Cuba, a mediados del 2004, se realizó el registro nacional de gemelos, con los objetivos de determinar la cigocidad de la población gemelar cubana, conocer las características epidemiológicas de ese grupo poblacional y estudiar los factores genéticos y ambientales que puedan predisponer a padecer de determinadas afecciones.

Basándose en este estudio, previa clasificación por especialistas en genética médica se examinaron 30 parejas de gemelos de población infantil en hogares,

instituciones infantiles y escuelas. El objetivo trazado fue identificar la posible concordancia de las siguientes afecciones bucales:

- Caries.
- Maloclusiones.
- Gingivitis.

Se obtuvo como resultado una concordancia en la aparición de caries dental en parejas MC de 83.3% y, en parejas DC, de 61.1%. Las maloclusiones concordaron en 50% en parejas MC y en 38.8% en las DC. La gingivitis mostró una concordancia en parejas MC de 50% y 44.4% en parejas DC. Para estas afecciones, realmente influenciadas por patrones genéticos, también se impone el análisis de los factores ambientales en su aparición.

Es evidente la influencia del componente genético; sin embargo, existen factores externos que pueden afectar el equilibrio en el cual se encuentran las estructuras dentales y esqueléticas. Estos factores son, fundamentalmente, hábitos como los alimentarios, deglución atípica, succión digital, labial, uso prolongado del biberón y respiración bucal. Expresado de otro modo: el genotipo más los factores ambientales producen el fenotipo.

Franco, Santamaría, Kurzer, Castro, Giraldo²³, El objetivo de este estudio fue el de identificar la frecuencia de la caries dental en niños y niñas menores de seis años residentes en la ciudad de Medellín y describir los conocimientos y las prácticas de cuidado bucal de sus madres, para lo cual se realizó un examen clínico bucal a niños de los estratos socioeconómicos medio-alto (MA) y bajo (B) y se entrevistaron con base en una encuesta estructurada a sus madres.

La prevalencia de caries en el estrato MA fue del 48.4% y en el B del 58.3%. Se encontró caries dental desde el primer año de edad, en ambos estratos. 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 biberón.

Los hallazgos de este estudio sugieren que la caries dental sigue siendo un problema frecuente en los menores de seis años; 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 de la transmisión de información a prácticas de instrucción y adiestramiento para el desarrollo de destrezas.

Gudiño-Fernández.²⁴, La caries de la temprana infancia (CTI) es una forma particularmente virulenta de caries que afecta a los niños más pequeños, y que puede causar grandes estragos en la dentición de los infantes en un período de tiempo particularmente corto.

Esta enfermedad puede seguir patrones característicos y a los pocos meses después de su erupción, los primeros dientes afectados son los incisivos maxilares. Las lesiones cariosas pueden extenderse rápidamente a otros dientes primarios.

Se ha determinado una clara relación entre los hábitos alimenticios inadecuados y la salud oral. Esta enfermedad representa un importante problema de salud pública en muchos países del mundo, ya que su prevalencia ha alcanzado proporciones epidémicas entre niños pertenecientes a los países en vías de desarrollo, en los que las condiciones de desnutrición son comunes, pero también en las poblaciones de bajos recursos económicos en los países desarrollados. Los niños de alto riesgo se ven en la necesidad de ser sometidos a costosos y complejos tratamientos invasivos muy temprano en la vida, sin que los servicios de salud pública, de muchos de los países, puedan brindar los tratamientos requeridos en forma satisfactoria.

Entre los factores relacionados con el patrón de caries temprana del infante, se ha mencionado la cronología de erupción de la dentición primaria, malos hábitos alimenticios, el patrón de succión infantil, así como la producción salival y el papel protector de la lengua para los incisivos inferiores.

Las mayores prevalencias se advierten en los países en vías de desarrollo, en los que las condiciones de desnutrición son comunes. Pero también las comunidades pertenecientes a las clases sociales menos favorecidas de los países desarrollados se ven afectadas por la enfermedad.

Las lesiones iniciales son de “mancha blanca” en uno o más de los dientes en riesgo y la desmineralización inicial puede avanzar a cavidades abiertas en un período particularmente corto de 6 a 12 meses.

En sus estadios más avanzados, la enfermedad presenta signos y síntomas tales como:

- Caries rampante y/o severa.
- Mal nutrición.
- Deglución atípica.
- Trastornos en el crecimiento y desarrollo de los maxilares.
- Problemas de estética, fonética y articulación de las palabras.
- Desórdenes gastrointestinales.
- Infecciones bacterianas que pueden conducir a bacteriemias.
- Alteraciones psicológicas.

Debido a esto, la CTI afecta negativamente la calidad de vida de los infantes, ya que además se presenta con frecuencia dolor agudo o crónico, problemas masticatorios, limitación en la cantidad de alimentos ingeridos y problemas para conciliar el sueño, tanto antes como después de los tratamientos dentales.

Resulta entonces evidente, que la salud oral de los niños está sujeta, en gran medida, a la influencia de los conocimientos de sus padres sobre salud oral, los valores y la aplicación de las prácticas preventivas recomendadas para mantener la cavidad oral sana.

En términos generales podría afirmarse que el diagnóstico de caries en los niños preescolares, generalmente se realiza en forma tardía, cuando ya las lesiones están cavitadas cuando ya entonces es muy tarde para intentar realizar tratamientos no invasivos que permitan detener, arrestar o remineralizar las lesiones, antes de que éstas se tornen irreversibles.

Conocer y difundir la información sobre los propios factores de riesgo de nuestras poblaciones, es una tarea impostergable para los odontólogos, especialmente para los especializados en la salud infantil.

Rie, Kenji, Yoko, Milanita, Mizuho, Masato.²⁵, Una definición rápida de la caries nos diría que es una enfermedad infecciosa que consta de factores como una dieta alta en carbohidratos, presencia de microorganismos como el *S. mutans* y por la frecuencia de la higiene dental, lamentablemente la caries no es solo eso, sino un conjunto de factores etiológicos complejos, que a pesar de los avances tan grandes para su comprensión y manejo, sigue siendo una de las enfermedades infantiles con mas prevalencia en el mundo.

Entre los factores de riesgo asociados con la caries temprana del infante se encuentran las condiciones económicas, la ingesta de bebidas azucaradas o jarabes para la tos, población rural, frecuencia de visitas al dentista, etnia, biberón nocturno, el comportamiento de los niños y los hijos de madres con bajos ingresos y educación.

La edad del cuidador (Padre, Madre o Tutor) juega un rol muy importante, por ejemplo, en países desarrollados, las mujeres dan prioridad a terminar sus estudios y alcanzar una mejor educación, haciendo que la edad de comienzo de la maternidad

sea mucho más elevada. En este estudio se demuestra que las madres que dan a luz a su primer hijo en edades menores a los 23 años son un factor de riesgo directo para desarrollar caries temprana del infante, esto se puede deber a que las madres jóvenes son inexpertas en el cuidado infantil o en su manejo, puesto que los padres aun no se sienten cómodos al forzar a niños desobedientes al cepillado dental, así también, los padres que no tienen hábitos de limpieza dental no suelen generar este hábito en sus hijos, además de que las madres muy jóvenes suelen tener poca cultura y conocimiento de higiene oral, además de pocos estudios, los cuales no pasan de completar la secundaria o la preparatoria.

Douglass, Li, Tinanoff.²⁶, Como ya se ha comprobado en muchos artículos científicos, el primer contacto que tiene un nuevo ser recién nacido con la bacteria encargada principalmente de la caries, el estreptococo Mutans, en la mayoría de los casos es por conducto directo de su propia madre, en un contagio o colonización vertical. Es importante mencionar que al estar hablando del hijo primogénito es casi seguro que esta colonización vertical ocurrirá, aunque hay muchos otros factores en el entorno del pequeño que pueden causar una colonización horizontal, que no venga directo de la madre sino venga por parte del padre en segundo lugar o personas que sirven de cuidadores para este niño, ahora que si estamos hablando del segundo hijo o hijos subsecuentes, la colonización vertical sigue siendo el principal medio para el primer contacto con esta bacteria, eso permanece constante, pero los factores horizontales, como los padres y ahora también la diaria convivencia con sus hermanos aumentan el riesgo de colonización prematura, aumentando en si las posibilidades del segundo hijo a tener una primera colonización en menor tiempo.

Tiberia y col.²⁷, El propósito de este estudio fue el determinar las características de la familia, sus creencias y sus hábitos, los cuales contribuyen a caries temprana y severa en niños canadienses.

La información que arrojó este estudio relaciona la caries con factores de riesgo como el nivel socioeconómico y sociodemográfico, orden en el nacimiento de los hijos

(Teniendo al primero con mayor numero de lesiones), educación de los padres, alimentación y amamantamiento de los hijos, ausencia de terapia de flúor, hábitos alimenticios, higiene, comportamiento y uso de medicamentos.

La presencia de caries severa fue relacionada en mayor medida a dejar dormir al niño con el biberón aun en boca, lo cual causa mantenimiento prolongado de líquidos cariogénicos en la cavidad oral y a tener problemas en el cepillado de los dientes del niño y con esto llegaron a la conclusión que estos factores fueron los de mayor riesgo para desencadenar caries.

Alaki, Burt, Garetz.²⁸, Mediante un seguimiento de niños menores de un año que acudieron a consulta, se formaron dos grupos en los cuales se separaron niños que no habían consumido nunca antibióticos sistémicos y niños que, por alguna infección (de cualquier índole) los habían consumido para determinar si el consumo de antibióticos lograba evitar o aumentaba el riesgo de la Caries Temprana del Infante.

Tomando en cuenta que el principal agente causar de la caries es una bacteria, se podría sospechar que antibióticos sistémicos podrían ayudar a evitar el desarrollo de lesiones cariosas a temprana edad, por el contrario el consumo de éstos medicamentos aumenta significativamente el riesgo a desarrollar caries temprana de la infancia.

Es importante que los pediatras que recetan estos antibióticos platicuen con los padres de los riesgos de salud oral a los cuales se enfrentan sus hijos y sugerirles que lleven a consulta a su hijo con el odontopediatra para que les dé indicaciones de higiene y cuidados en casa para conservar intacta la salud bucal durante su tratamiento sistémico.

Juárez-López, Villa-Ramos.²⁹, Dentro de los datos alarmantes que arrojó este estudio es que el problema de caries en la población preescolar en México no solo radica en la cantidad de carbohidratos que ingieren, sino también en la frecuencia con la que se consumen y el tiempo que permanecen en boca, dejando siempre un pH

crítico del alrededor de 5.2 al no dejar neutralizarlo al dejar pasar mínimo media hora entre ingestas de alimentos, además de la poca o nula higiene dental después de consumir alimentos y antes de dormir.

En la ciudad de México se observó que 64% de los niños entre 4 y 5 años de edad presentaron lesiones cariosas, aumentando a un 88% al observarlos a los 6 años de edad. Además se muestra que la prevalencia de caries que observamos fue mayor a lo reportado en niños con sobrepeso y obesidad de otros países como Estados Unidos (36%) y Alemania (70%) y estas diferencias se deben a las desigualdades en los hábitos higiénicos y alimenticios, así como en las condiciones socioeconómicas que explican la prevalencia menor de caries en niños de países desarrollados.

Alsheneifi, Hughes.³⁰, El propósito de este estudio fue investigar la principal razón para la extracción de dientes primarios y cual diente es más frecuentemente extraído en niños de 3-13 años.

Las razones para la extracción de piezas primarias consideradas en este estudio fueron:

- Caries: Primaria o secundaria, considerando también sus secuelas como abscesos periapicales y pulpotomías fallidas.
- Razones ortodónticas.
- Traumatismos.
- Por movilidad ante un inminente recambio dental.
- Enfermedad periodontal: Pérdida de función, dolor o absceso.
- Razones médicas generales: Extracción profiláctica.
- Razones económicas: El diente se podía salvar pero el paciente encontraba el tratamiento muy caro.
- Sobre retención.
- Por petición del paciente: El diente se pudo haber reparado, pero el padre o el paciente insistió en su extracción.
- Otras razones.

Los resultados dejaron al primer molar infantil como el diente más comúnmente extraído, comprendiendo el 30% de la totalidad, después de este se ubican los incisivos centrales infantiles con un 25%, no hubo diferencia en el género de los niños pero si vistosas diferencias de acuerdo a la edad, casi la mitad de los dientes extraídos en niños de entre 3 y 5 años fueron incisivos, y en los pacientes de 6 a 9 años fue más común el primer molar infantil, para los pacientes de entre 10 a 13 años los más comunes en general fueron molares.

Este estudio concluyó que a pesar de las dramáticas mejorías en la salud oral pediátrica durante las últimas décadas, caries y su resultante patología pulpar, siguen siendo la razón más común para la extracción de piezas primarias.

CAPÍTULO IV: Expectativas de los padres a la salud bucal y al tratamiento odontopediátrico.

Hoef, Barker, Masterson.³¹, Es necesario para un odontopediatra saber cuál es la motivación de los padres para llevar a sus hijos a nuestra consulta, el saber que fue lo que los movió a darles atención dental, ya sea por prevención o por algún tratamiento correctivo, y podemos ver que la motivación viene por factores intrínsecos de cada padre o por factores extrínsecos por situaciones que se presentan.

Los factores intrínsecos de los padres son de acuerdo a sus intereses espontáneos por la salud dental de sus hijos y por esto, se pueden catalogar en dos grupos los proactivos y los reactivos:

- **Padres Proactivos:** Son aquellos que sin necesidad de observar ninguna alteración en la salud bucal de sus hijos, los llevan a consulta para asegurarse que todo esté bien y poder prevenir cualquier tipo de enfermedad.
- **Padres Reactivos:** Son aquellos que deciden llevar a sus hijos a consulta dental profesional hasta después de observar alguna lesión, ya sea cariosa o periodontal, o hasta que su hijo se queja de dolor dental.

Los factores extrínsecos por los cuales los padres deciden llevar a sus hijos a consulta dental suelen ser los siguientes:

- Por recomendación del pediatra del niño.
- Por requerimiento de la escuela a la que van a entrar.
- Por otras fuentes como por ejemplo recomendación de algún familiar o amigo.

Lamentablemente para cuando algún factor extrínseco es el motivador principal para llevar a los hijos a consulta suele ser muy tarde, en promedio después de los 3 años de edad del niño (Mucho tiempo después de lo recomendado por la ADA que es al año de edad) y el tratamiento suele ser correctivo ya en lugar de ser preventivo.

Levy, Warren, Broffitt, Nielsen.³², El propósito de este estudio fue presentar resultados que conciernen a los padres hacia la satisfacción en la aparición de los dientes de su hijo y factores relacionados a insatisfacción, comparando sujetos con y sin flúorosis y marcadas opacidades.

El 31% de los padres estaban muy satisfechos, 51% satisfechos, 16% algo insatisfechos y el 3% muy insatisfechos con la aparición de los dientes. Los padres de los niños sin flúorosis eran los que se encontraban más satisfechos (46%) que los padres de niños con flúorosis cuestionable (31%) o con flúorosis definitiva (22%).

50% de los que tenían flúorosis contra el 40% sin flúorosis se preocupaban por el color, 60% de ambos grupos se preocupaban por la alineación, 44% y 51% respectivamente, se preocupaban por el apiñamiento, y 44% y 9% respectivamente, se preocupaban por las manchas.

La flúorosis era relacionada con la insatisfacción aumentada de los padres sobre todas las demás variables, color y manchas de los dientes de sus hijos.

Filstrup, Briskie, da Fonseca, Lawrence, Wandera, Rohr.³³, El propósito de este estudio fue el de investigar los efectos de la caries temprana de la infancia en la calidad de vida relacionada con la higiene oral del niño antes y 4 semanas después de su tratamiento, valorado propiamente por los niños y por sus papás.

Los resultados mostraron que los niños con caries temprana del infante tienen significativamente menos salud dental relacionada a su calidad de vida que los niños sin esta enfermedad, valorado por padres y por los propios niños y las conclusiones fueron que la caries temprana de la infancia y su tratamiento afectan la calidad de vida relacionada con su higiene dental en forma significativa y se demostró que esto puede ser medido con total validez directamente de reportes propios del niño mayor de 36 meses de edad, como también de parte de los padres acerca de sus percepciones de la calidad de vida y salud de su hijo.

Ash.³⁴, Existe una creencia difundida de que los dientes deciduos no deben de tomarse muy en serio, ya que se pierden a edad temprana para hacer lugar a los dientes permanentes. Este es un punto de vista erróneo, que puede tener lamentables consecuencias en el desarrollo dental en los niños.

Estos dientes están en uso desde los 2 a los 7 años, 5 años en total. En su función contribuyen a la salud y bienestar del individuo, durante los primeros años de desarrollo físico y mental.

Más o menos un año después de que han erupcionado totalmente los dientes y han tomado sus respectivos lugares en los arcos, el rápido desarrollo de los maxilares basta para que se originen pequeños espacios, o diastemas, entre algunos dientes.

Cuando el crecimiento maxilar normal dio como resultado una separación considerable, la oclusión recibe una ayuda y mayor eficacia por el brote y oclusión de los primeros molares permanentes, en este hecho como muchos más, radica la importancia del cuidado correcto de las piezas deciduas.

Zimmerman, Feigal, Till, Hodges.³⁵, La elección de la variedad de tratamientos que tiene un odontopediatra para resolver un mismo problema de salud muchas de las veces es influenciado en gran parte por la perspectiva o la preocupación que tienen los padres acerca del mismo, esto lleva al profesional a plantearle a los padres toda la gama de posibilidades en donde se puedan cumplir, tanto la resolución y correcto tratamiento del padecimiento, como las necesidades y demandas que puedan tener los padres hacia el tratamiento dental de su hijo y los materiales que se utilizarán para ello.

Dentro de las preocupaciones que los padres suelen tener acerca del tratamiento que se va a llevar a cabo en su hijo están (en orden de preferencia):

- Que lo que se vaya a hacer sea estético.
- Que el costo no sea muy elevado.

- Que el material que se utilice no sea tóxico o pueda tener efectos secundarios para la salud de su hijo.
- Que los materiales que se utilicen sean durables.

Cabe mencionar que a menor estrato socioeconómico, la preocupación por estética muchas veces queda de lado y los padres buscan la opción más económica y funcional.

Un dato muy interesante que arroja este estudio que se hizo sobre 500 miembros de la Academia Americana de Odontología Pediátrica es que el 43% de los profesionales siguen las preferencias de los Padres, aunque esto los lleve a hacer un tratamiento contrario al que habían tenido en su diagnóstico inicial.

Wang, Briskie, Hu, Majeswski, Inglehart.³⁶, Está comprobado que al dar una clase o una explicación de algún tema o procedimiento, la captación cerebral, el entendimiento e incluso la tranquilidad ante el procedimiento mejora notablemente. De la misma manera el odontólogo que se basa en ilustraciones o imágenes digitales para explicar paso por paso los procedimientos que se le realizarán a su hijo, o para explicarle los procedimientos de higiene bucal como el correcto cepillado, el uso de la pasta flúorada y del hilo dental, tienen un mejor pronóstico de que los padres y sus pacientes entenderán las indicaciones, se quedarán más tranquilos y conformes con lo que se hará y el nivel de estrés bajará notoriamente, aumentando así el vínculo de confianza entre operador/padres/paciente.

CAPÍTULO V: Prevalencia de caries de niños en edad preescolar, necesidad de cultura en prevención.

Mendes, Caricote.³⁷, Es interesante en esta investigación como es que logran, mediante índices epidemiológicos y estadísticos, relacionar ampliamente la influencia del estado socioeconómico y cultural de los padres con la incidencia de caries en sus hijos, prevención y educación dental que les inculcan.

Tristemente hay una relación directa del estrato socioeconómico bajo con un deficiente nivel educativo, una mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en azúcares fermentables entre las comidas y bajos o ausentes hábitos de higiene.

Aún a pesar de que existen tecnologías preventivas fácilmente comprensibles y económicas, tristemente la odontología en Latinoamérica continúa usando tecnología curativa, costosa, compleja e ineficiente, siendo el principal problema la falta de difusión y educación hacia la prevención.

Esta investigación tuvo por objetivo general determinar la prevalencia de caries dental en los escolares de 6 a 12 años de edad en 3 escuelas de educación básica. Así como también, conocer el nivel de información sobre algunos aspectos de la salud bucal que tienen los padres y representantes de estas escuelas.

Los resultados que obtuvieron presentaron similitud a otros estudios nacionales y regionales que tomaron como referencia, en cuanto a la prevalencia de caries dental según la variable edad, debido al comportamiento de los índices CPOD y ceo los cuales aumentan proporcionalmente con la edad del niño. Este incremento no fue homogéneo en los diferentes grupos de edad, se acentúa entre los niños de 6 y 7 años; por lo tanto afirmaron que en ese período existe un rápido desarrollo del proceso carioso, y las piezas obturadas no aumentan al mismo ritmo que las piezas cariadas, teniendo un punto crítico a la edad de entre 11 y 12 años.

Los resultados que obtuvieron servirán a las instituciones prestadoras de salud de ese país como una referencia importante para planificar programas y estrategias de

atención odontológica eficaces, en donde se ponga énfasis importante en la educación a los padres para que desde edades tempranas se inculque prevención e higiene en las nuevas generaciones, y en esto radica la importancia de este estudio.

Irigoyen, Zepeda, Sánchez.³⁸ En nuestro país, para ser más específico, en la ciudad de México D.F. se llevó a cabo un estudio similar al de Mendes y Caricote, en donde se comparó la incidencia y prevalencia de caries dental y hábitos de higiene oral en la población escolar utilizando IHOS y CPOD en un periodo de 20 meses de seguimiento de 1996 a 1998 con los índices antes registrados en 1989.

Los resultados dieron que en el grupo de 10 a 12 años de edad el CPOD fue de 2.75 y la incidencia acumulada fue de 1.79 dientes, en donde en más de un tercio de los niños (estudiados 114) refirieron cepillarse los dientes solo una o dos veces al día.

Al comparar estos resultados con los obtenidos en 1989 se encontró una reducción significativa en el índice CPOD de un 30%, aunque faltan estudios para saber el porqué de esta reducción, es decir, que factores influyeron para la modificación de los índices de caries de la población del D.F.

Maupomé-Cervantes G. y col.³⁹, Uno de los elementos principales que se considera para determinar las necesidades de atención de una enfermedad es su morbilidad. Una vez que se dispone de datos confiables acerca de la prevalencia, la incidencia y la historia natural de la enfermedad, es posible establecer una estrategia de atención para la salud con la cual hacer frente al problema. Esto es relevante por la realidad actual de México, con su disparidad característica en los tratamientos ofrecidos y preferidos en la práctica los cuales están condicionados por la clase social de la zona de ubicación del consultorio o por el estatus socioeconómico de los usuarios.

Al realizar este estudio, basado en historias clínicas e índices epidemiológicos, se establecieron ciertas características bucodentales en pacientes localizados en zonas

rurales y peri-urbanas marginadas, en donde se encontró que lamentablemente este sector de la población cuenta con poca o nula educación en prevención, servicios dentales muy limitados y altos niveles de piezas perdidas por causa de caries y enfermedad periodontal.

Córdova y col.⁴⁰, El actual significado, más amplio de la salud bucal, no disminuye la importancia de las dos enfermedades bucales principales, caries dental y enfermedad periodontal, en donde ambas se pueden prevenir y controlar con eficacia con una combinación de acciones entre la comunidad, el profesional y la acción individual, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud espera que la caries dental vaya en asenso debido al aumento de azúcares en la dieta de comunidades en vías de desarrollo como el caso de nuestro país, la secretaría de salud ha desarrollado estrategias (tales como la fluoración de la sal y procedimientos como el Tratamiento Restaurativo Atraumático para comunidades marginadas) que han ayudado a disminuir estos riesgos, tanto así que ya se presentó evidencia donde se demuestra que los escolares de 12 años de edad presentan un índice CPOD para el 2008 menor a 3, siendo que para 1989 se tenía un índice de 4.4.

Al incluir el esquema básico de prevención en salud bucal en el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, podemos notar el esfuerzo de la Secretaría de Salud de nuestro país para promover la prevención y los cuidados necesarios que deben tener los padres de familia, no obstante la falta de educación y bajos recursos de la mayoría de la población mexicana hace que estos esfuerzos muchas veces sean en vano.

En este documento se muestra la distribución del índice de CPOD-12 por entidad federativa y nos permite establecer que los estados con los índices más altos se concentran en la región centro del país, con un rango moderado que va de 2.1 a 3.0, dejando para nuestra región noreste un índice muy bajo que va de 0 a 1.2.

Williamson, Oueis, Casamassimo, Thikkurissy.⁴¹, Tomando en cuenta que la mitad de los niños que están en edad de ingreso a la escuela han experimentado caries

temprana del infante, se realizó este estudio con el fin de ver si el comportamiento de los niños con caries era el mismo comportamiento de los niños libres de esta enfermedad, utilizando escalas de medición del comportamiento en el consultorio y por medio de cuestionarios a los padres, se determinó que los niños con caries activas, comparados con los libres de caries, experimentaban más problemas de ansiedad y depresión, así como problemas para conciliar el sueño y dormir, comportamiento más agresivo, mayor déficit de atención y problemas de hiperactividad.

Aquí radica uno de los puntos más importantes para fomentar la educación en la prevención de enfermedades dentales hacia los padres, porque queda demostrado que los problemas dentales, tales como la caries, no solo afectan la salud física y sistémica de sus hijos, sino también su descanso, la forma de desenvolverse en la sociedad, su seguridad e incluso su desempeño educativo.

Hernández, Espeso, Reyes, Landrian.⁴², Como ya lo han discutido diversos autores, antes de implementar cualquier técnica afectivo-participativa para fomentar la cultura de la prevención sobre los padres para que ellos ejerzan sobre sus hijos, es necesario establecer las necesidades y factores de riesgo de la comunidad en la cual el profesional se está desarrollando, dentro de los puntos más débiles en donde hay que trabajar tenemos la higiene bucal deficiente y la dieta cariogénica, por ende son los puntos clave a tratar con los padres, en donde una correcta intervención desencadenará una reducción importantísima de los factores de riesgo para enfermedades bucales en la población.

Al ya tener localizados los focos rojos de riesgo, el profesional puede enfocarse en atacar el problema educacional de raíz y fomentar en los padres, mediante técnicas afectivo-participativas, esos conocimientos básicos y tan necesarios de prevención que en casa puedan desarrollar y volverlos parte de su rutina, haciéndoles entender que la prevención mantendrá la salud bucal de sus hijos, además de que les ahorrará muchas citas dentales, muchos tratamientos correctivos y por ende mucho dinero.

Caudillo, Adriano.⁴³, Está demostrado que los odontólogos al intervenir en una comunidad, implementar programas de protección específica y difundir sus conocimientos en prevención de enfermedades bucodentales, logran controlar y reducir los problemas de caries y enfermedad periodontal de los niños en forma muy significativa. Lamentablemente la cultura de prevención de enfermedades bucodentales es algo complicado de instituir en una sociedad que experimenta problemas socioeconómicos como la nuestra, ya que las instancias de salud pública de nuestro país no están al 100% capacitadas para satisfacer la demanda de necesidades de atención oportuna, por lo mismo les cuesta mucho trabajo implementar programas que reduzcan el riesgo de que los niños adquieran enfermedades bucodentales, y así se forma un círculo vicioso en el cual no se promueve la prevención, por ende hay enfermedades y las instituciones se enfocan solo a la atención de enfermedades y urgencias dentales y no a la prevención de las mismas.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe diferencia significativa en la atención que prestan los padres hacia la salud bucal de sus hijos según su orden de nacimiento?

III.- JUSTIFICACIÓN

En la actualidad es relevante para la comunidad odontológica medir si existe diferencia significativa en la atención que prestan los padres hacia la salud bucal de sus hijos según su orden de nacimiento, para diseñar y aplicar idóneamente los programas odontopediátricos clínicos y preventivos; de igual manera es importante para la sociedad en general, el saber el interés que prestan los padres respecto a la salud bucal de sus hijos. Si éste interés es mayor hacia el primer hijo y si basado en ésta vivencia, el interés hacia la salud bucal de su siguiente hijo, aumentó o disminuyó; Sumado a lo anterior es relevante también saber lo que los padres conocen y practican en relación a la salud bucal de sus hijos, el determinar también ¿en qué momento empezaron a llevar a sus hijos a la consulta odontológica? y ¿cuál fue el motivo principal por el que lo hicieron?

Por otra parte, es importante conocer el nivel de conocimiento que tienen los padres acerca de la educación, prevención y protección específica en boca manifestado en el estado de salud bucal de sus hijos, lo cual nos llevaría a detener y/o evitar lo que en mayor o menor grado conocemos como negligencia dental, que en la actualidad, a pesar de los tiempos de difusión de programas de salud, es una de las desatenciones paternas más importantes y con la cual nuestras leyes no cuentan aún con programas (que ya sea por recomendación, compromiso u obligatoriedad) conlleven a los padres a mantener sanos bucalmente a sus hijos y así puedan ellos explotar completamente todo su potencial de desarrollo, tanto físico como mental.

IV.- OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Medir el nivel de atención que prestan los padres hacia la salud bucal de sus hijos según cronología familiar (orden de nacimiento), identificando los factores de riesgo que lo determinan.

2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar el estado de salud bucal de los hermanos para determinar cuál de los dos presenta una mejor atención.
2. Identificar el cuidado odontológico que muestran los padres hacia los hijos según hábitos de higiene dental.
3. Determinar las diferencias en el grado de atención puesta por parte de los padres hacia la salud dental de los hijos según factores de riesgo.
4. Especificar el motivo de consulta por el cual los padres de familia llevaron a sus hijos al posgrado.

V.- HIPÓTESIS

Existen diferencias significativas en la atención que prestan los padres respecto a la salud oral entre sus hijos, dependiendo de su orden de nacimiento en la familia.

VI.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Abierto

Observacional

Transversal

Descriptivo

VII.- MATERIALES Y MÉTODOS

✚ Universo del Estudio

Los padres y los pacientes (sus hijos) que acudan a consulta al Posgrado de Odontología Infantil de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

✚ Tamaño de la Muestra

Se calculó la muestra utilizando el Programa STATS, Considerando la asistencia de 8 pacientes diarios por residente, de acuerdo a 17 residentes, por 20 días del mes, por los 12 meses del año, se citan 32,640 pacientes al año.

Se calculará un tamaño de muestra de 70 familias para evaluar la atención de los padres en cuanto a la salud bucal de sus hijos mediante encuestas a los padres e índices epidemiológicos a sus hijos, con una precisión de 95% una potencia de prueba de un 80% lo que nos permitirá establecer diferencias en las proporciones mayor al 5%.

$$N = \frac{\sqrt{\alpha p \cdot q}}{d}$$

✚ Estadística

Todos los datos se colectaran en una base de datos de Microsoft Excel y luego se analizaran con la ayuda del programa SPSS versión 10.0.

Las variables cualitativas se describirán como proporciones y las cuantitativas como promedios y desviaciones estándar.

El análisis cruzado se realizara con el estadístico Chi cuadrada, en donde se considerará significativo un valor de p menor a 0.05

✚ Criterios de selección

➤ Criterios de Inclusión

Hermanos que sean de género indistinto y presentarse en un rango de edad de entre 2 y 8 años.

➤ Criterios de Exclusión

Niños mayores de 8 años, si alguno de los hijos presenta capacidades especiales diferentes, o alguno que esté utilizando aparatología ortodóncica, o no quiera participar en el protocolo.

✚ Definición de variables

Variables Independientes		Variables Dependientes.	
Variable	Escala (nominal, intervalo, de razón)	Variable	Escala (nominal)
Relación con el niño:	Cualitativa Nominal: 1. Padre 2. Madre	Atención de los padres hacia los hijos.	Cuestionario (Anexo 1)
Genero del niño:	Cualitativa Nominal: 1. Masculino 2. Femenino		
Edad de los padres:	Cuantitativa		
Escolaridad de los padres:	Cualitativa		
Ocupación de los padres:	Cualitativa		
Edad del niño:	Cuantitativa		
Edad del padre:	Cuantitativa		
Edad de la madre:	Cuantitativa		
No. de hijos en la familia:	Cuantitativa		
Ingresos al mes:	Cuantitativa		
Edad de primera visita al dentista:	Cuantitativa		
Motivo de consulta 1°/2° hijo	Cualitativa		
Frecuencia de visita 1°/2° hijo	Cuantitativa		
Uso de cepillo y pasta por el hijo 1°/2° hijo:	Cualitativa		
Edad de inicio del cepillado dental 1°/2° hijo:	Cuantitativa		
Persona responsable del cepillado:	Cualitativa Nominal: 1. Los padres 2. El niño		
	No. Cariados		
	No. Extracción indicada		

c.e.o.	No. Obturadas Total de piezas presentes Promedio c.e.o.		
I.H.O.S.	Buena: 0-1.2 Regular: 1.3-3.0 Mala: 3.1-6		

Metodología :

- En este estudio se aplicará una encuesta, mediante entrevista al padre y/o madre y/o tutor que se presente a consulta con los hijos que incluirán preguntas que nos darán los siguientes datos:
 - Género del niño.
 - Edad del niño.
 - Edad de los padres.
 - Escolaridad de los padres.
 - Ocupación de los padres.
 - Ingresos familiares.
 - Motivo de la primera consulta de los hijos al dentista.
 - Número de hijos en la familia.
 - Uso de auxiliares de prevención en casa con el cepillado dental.
 - Intervalos de las visitas al dentista de cada hijo, sabiendo así si van con una frecuencia de menos de 6 meses, cada 6 meses, cada año o solo cuando se presentan urgencias (dolor de alguna pieza dental, inflamación y molestias de algún tipo, etc.).

- Después de la entrevista al padre se pasaron a los hijos a la unidad dental para realizarles las pruebas epidemiológicas:
 - c.e.o.
 - I.H.O.S.

- Se compararon los resultados.

Calendario

1. Revisión bibliográfica: 12 meses.
2. Elaboración del protocolo: 15 meses.
3. Obtención de la información: 3 meses.
4. Procesamiento y análisis de los datos: 3 meses.
5. Elaboración del informe técnico final: 3 meses.
6. Divulgación de los resultados: 2 meses.

MES	Revisión Bibliográfica	Elaboración del Protocolo	Obtención de la Información	Procesamiento y Análisis de los datos	Elaboración del Informe Final	Divulgación de los resultados
AGOSTO '10	✓	✓				
SEPTIEMBRE '10	✓	✓				
OCTUBRE '10	✓	✓				
NOVIEMBRE '10	✓	✓				
DICIEMBRE '10	✓	✓				
ENERO '11	✓	✓				
FEBRERO '11	✓	✓				
MARZO '11	✓	✓				
ABRIL '11	✓	✓				
MAYO '11	✓	✓				
JUNIO '11	✓	✓				
JULIO '11	✓	✓				
AGOSTO '11	✓	✓				
SEPTIEMBRE '11		✓				
OCTUBRE '11		✓				
NOVIEMBRE '11			✓			

DICIEMBRE '11			✓			
ENERO '12			✓	✓	✓	✓
FEBRERO '12				✓	✓	✓

Fecha de inicio: AGOSTO 2010. Fecha de terminación: FEBRERO 2012

Recursos:

1. Recursos Humanos:

- Alumno Investigador: CD. Daniel Alberto Jaik Reyes.
 - Actividad Autor.
 - Número de horas por semana: 15.
- Investigador: Dra. en C. Rosalva González Meléndez.
 - Actividad Director de Tesis.
 - Número de horas por semana: 2.
- Investigador: Dr. en C. Jaime Mendoza Tijerina.
 - Actividad Asesor.
 - Número de horas por semana: 1
- Investigador: MSP. Gustavo Israel Martínez González.
 - Actividad Asesor Estadístico.
 - Número de horas por semana: 1

2. Recursos materiales:

- Los recursos que se requiere adquirir son:
 - Lap Top HP \$ 15,000
 - Paquete de hojas facia bond \$ 150.
 - Líquido revelador de placa dental \$ 45.
 - 2 Espejos dental “Hu-Friedy” \$ 232.
 - 2 Explorador dental “Hu-Friedy” \$ 250.
 - TOTAL \$ 16,160.²⁰

3. Recursos financieros:

- Número de horas a la semana que dedica al protocolo: 15
- Número de semanas que durará el protocolo: 76.
- Los recursos se obtendrán de: Recursos personales.

VALIDACIÓN DE DATOS:

- Medidas de tendencia central y dispersión.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

- Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, requiere consentimiento informado.

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS:

Tabla 1

Comparación de las edades entre hermanos que acuden a la consulta odontopediátrica, Posgrado de Odontopediátrica, Febrero de 2011

	Niño 1		Niño 2		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
2 Años	0	0	13	18.6	13	9.3
3 Años	6	8.6	24	34.3	30	21.4
4 Años	15	21.4	18	25.7	33	23.6
5 Años	13	18.6	11	15.7	24	17.1
6 Años	19	27.1	2	2.9	21	15.0
7 Años	9	12.9	2	2.9	11	7.9
8 Años	8	11.4	0	0	8	5.7
Total	70	100	70	100	140	100

Al momento de la consulta de los hijos en la clínica del posgrado de odontopediátrica de la U.A.N.L., el grupo de edad del hijo mayor que más se presentó

fue el de 6 años (27.1%), el del hijo menor fue de 3 años (34.3%) y tomando en cuenta la totalidad de niños, la mayor frecuencia fue de 4 años (23.6%).

Tabla 2

Comparación del género entre el primer hijo y el segundo hijo, que acuden a la consulta odontopediátrica, Posgrado de Odontopediatría, Febrero de 2011

	Niño 1		Niño 2		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Masculino	41	58.6	35	50	76	54.3
Femenino	29	41.4	35	50	64	45.7
Total	70	100	70	100	140	100

Cuando acudieron los hermanos a la consulta diaria en la clínica del posgrado de odontopediatría de la U.A.N.L., el género del hijo mayor que con mayor frecuencia se presentó fue el Masculino (58.6%), en cuanto al hijo menor no hubo una diferencia entre masculino o femenino (50%) y tomando en cuenta la totalidad de niños, la mayor frecuencia fue del género masculino (54.3%).

Tabla 3

Escolaridad de padres y madres que acuden a la consulta odontopediátrica de sus hijos, Posgrado de Odontopediatría, Febrero de 2011

	Madres		Padres		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Sin Estudios	0	0	1	1.4	1	1
Finado	0	0	1	1.4	1	0.71
No Especificado	0	0	1	1.4	1	1
Primaria	6	8.6	0	0	6	4.29
Secundaria	23	32.9	18	25.7	41	29
Preparatoria	28	40	28	40	56	40
Licenciatura	13	18.6	21	30	34	24
Total	70	100	70	100	140	100

El grado de estudios máximo que la mayoría de las madres y los padres alcanzaron fue la preparatoria (40%) considerando que todas las madres por lo menos terminaron la primaria. En cuanto a los padres, sólo se presentó uno sin estudios (1.4%).

Tabla 4

Ocupación de padres y madres que acuden a la consulta odontopediátrica de sus hijos, Posgrado de Odontopediatría, Febrero de 2011

	Madres		Padres		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Comerciante	1	1.4	6	8.6	7	5.0
Empleado	15	21.4	41	58.6	56	40.0
Profesionista	2	2.9	16	22.9	18	12.9
Hogar	50	71.4	0	0	50	35.7
Policia	2	2.9	0	0	2	1.4
Guardia	0	0	2	2.9	2	1.4
Optometrista	0	0	1	1.4	1	0.7
No Especificado	0	0	1	1.4	1	0.7
Desempleado	0	0	2	2.9	2	1.4
Finado	0	0	1	1.4	1	0.7
Total	70	100	70	100	140	100

La ocupación que la mayoría de madres ejercen fue la del hogar (71.4%), la que los padres ejercen fue la de ser empleado laboral (58.6%) y se presentaron 2 padres desempleados (2.9%).

Tabla 5

Edad de padres y madres que acuden a la consulta odontopediátrica de sus hijos, Posgrado de Odontopediatria, Febrero de 2011

	Madres		Padres		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
No Especificado	0	0	1	1.4	1	0.7
Finado	0	0	1	1.4	1	0.7
20-25 años	14	20	5	7.1	19	13.6
26-30 años	20	28.6	12	17.1	32	22.9
31-35 años	27	38.6	33	47.1	60	42.9
36 o más años	9	12.9	18	25.7	27	19.3
Total	70	100	70	100	140	100

Al momento que se realizó la encuesta a los padres en la clínica del posgrado de odontopediatria, el rango de edad que con más frecuencia se presentó, tanto en las madres (38.6%) como en los padres (47.1%) fue el de 31 a 35 años (42.9% en total).

Tabla 6

Ingresos mensuales de las familias que acuden a la consulta odontopediátrica de sus hijos, Posgrado de Odontopediatria, Febrero de 2011

	Total	
	Frec	%
Sin Ingresos	0	0
Hasta \$3,000	14	20
Hasta \$5,000	24	34.3
Hasta \$7,000	8	11.4
Más de \$7,000	24	34.3
Total	70	100

Las mayores frecuencias en cuanto al ingreso mensual promedio de las familias del estudio que acudieron a consulta a la clínica del posgrado de odontopediatría de la U.A.N.L. es de hasta \$5,000.⁰⁰ MXP y la de más de \$7,000.⁰⁰ MXP, las dos con un 34.3%.

Tabla 7

Número total de hijos de los matrimonios que acuden a la consulta odontopediátrica de sus hijos, Posgrado de Odontopediatría, Febrero de 2011

	Total	
	Frec	%
2 Hijos	34	48.6
3 Hijos	29	41.4
4 Hijos	6	8.6
5 Hijos	1	1.4
Total	70	100

El número de hijos promedio de las familias objeto de éste estudio, que acudieron a consulta a la clínica del posgrado de odontopediatría de la U.A.N.L. es de 2 hijos (48.6%) seguido muy de cerca por las familias con 3 hijos (41.4%) y presentándose solo una familia con 5 hijos (1.4%).

Tabla 8

Comparación entre hermanos de la edad a la cual acuden por primera vez a la consulta odontopediátrica, Posgrado de Odontopediatría, Febrero de 2011

	Niño 1		Niño 2		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
1 Año	13	18.57	9	12.86	22	15.71
2 Años	15	21.43	26	37.14	41	29.29
3 Años	2	2.86	17	24.29	19	13.57
4 Años	9	12.86	11	15.71	20	14.29
5 Años	17	24.29	5	7.14	22	15.71
6 Años	6	8.57	0	0.00	6	4.29
7 Años	8	11.43	2	2.86	10	7.14
Total	70	100	70	100	140	100

Cuando acudieron hermanos a consulta diaria en la clínica del posgrado de odontopediatría de la U.A.N.L., la mayor frecuencia de la edad en la que por primera vez acudió al dentista el hijo mayor fue a la de 5 años (24.2%), en cuanto a la primer consulta del hijo menor la mayor frecuencia fue ubicada a los 2 años (37.1%), y tomando en cuenta la totalidad de niños, la mayor frecuencia de edad a la que acudieron por primera vez al dentista fue a los 2 años (29.2%).

Tabla 9

Comparación entre hermanos del motivo de consulta por el cual acuden por primera vez a la atención odontopediátrica, Posgrado de Odontopediatría, Febrero de 2011

	Niño 1		Niño 2		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Dolor	15	21.43	20	28.57	35	25
Revisión/Profiláctico	55	78.57	50	71.43	105	75
Total	70	100	70	100	140	100

El motivo de la consulta más frecuente por el cual los padres llevaron por primera vez a sus hijos, fue el de solicitar una revisión o realizar un profiláctico (75%) y en cuanto a los que se presentaron a causa de dolor fue sólo un 25%.

Tabla 10

Comparación entre hermanos de la frecuencia de visita a la consulta odontopediátrica, Posgrado de Odontopediatría, Febrero de 2011

	Niño 1		Niño 2		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Menos 6 meses	57	81.43	62	88.57	119	85.00
Cada 6 meses	5	7.14	6	8.57	11	7.86
Cada año	3	4.29	1	1.43	4	2.86
Más del año	5	7.14	1	1.43	6	4.29
Total	70	100	70	100	140	100

p>0.05

La visita periódica al dentista por parte del hijo mayor que tuvo un porcentaje más alto fue en el periodo menor a 6 meses con 81.4%, así mismo la del hijo menor

con 88.5% y de la totalidad de los niños el 85% refirieron también que entre cada visita al consultorio no hay un periodo mayor a 6 meses.

Tabla 11

Comparación de la frecuencia del cepillado dental diario entre hermanos que acuden a la consulta odontopediátrica, Posgrado de Odontopediatria, Febrero de 2011

	Niño 1		Niño 2		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Nunca	4	5.7	4	5.7	8	5.71
Ocasionalmente	0	0	1	1.4	1	0.71
1 vez al día	26	37.1	22	31.4	48	34.29
Más de 2 veces al día	40	57.1	43	61.4	83	59.29
Total	70	100	70	100	140	100

p>0.05

Se encontró que el porcentaje mayor de cepillado es de 2 veces al día en ambos grupos de niños y sólo se encontró un 5.7% que no se cepillan los dientes.

Tabla 12

Comparación entre hermanos de la edad a la cual inician el cepillado dental diario, Posgrado de Odontopediatria, Febrero de 2011

	Niño 1		Niño 2		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
No ha iniciado	1	1.4	1	1.4	2	1.4
1 Año	32	45.7	31	44.3	63	45.0
2 Años	21	30	27	38.6	48	34.3
3 Años	4	5.7	6	8.6	10	7.1
4 Años	10	14.3	5	7.1	15	10.7
5 Años	2	2.9	0	0	2	1.4
Total	70	100	70	100	140	100

p>0.05

El porcentaje mayor de iniciación en el cepillado dental es al año de edad, indistintamente en ambos grupos y sólo se encontró 2 niños que no habían iniciado su cepillado, así mismo, 2 niños que no iniciaron hasta los 5 años.

Tabla 13

Comparación entre hermanos de sobre quién es el responsable de su cepillado dental diario, Posgrado de Odontopediatría, Febrero de 2011

	Niño 1		Niño 2		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Los padres	25	35.7	43	61.4	68	48.6
El niño	43	61.4	25	35.7	68	48.6
Nadie	2	2.9	2	2.9	4	2.9
Total	70	100	70	100	140	100

P<0.05

En nuestro estudio se encontró que el porcentaje más alto de la responsabilidad del cepillado dental del primer hijo recae sobre él mismo y en el segundo recae la responsabilidad sobre los padres.

Tabla 14

Comparación entre hermanos del índice Ceo al momento de su revisión en consulta, Posgrado de Odontopediatría, Febrero de 2011

	Niño 1		Niño 2		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Alto	2	2.9	2	2.9	4	2.85
Muy Alto	5	7.1	3	4.3	8	5.71
Moderado	17	24.3	15	21.4	32	22.85
Muy Bajo	20	28.6	18	25.7	38	27.14
Bajo	15	21.4	15	21.4	30	21.42
Sano	11	15.7	17	24.3	28	20.00
Total	70	100	70	100	140	100

Del total de estudiados (140) se encontró que sólo el 20% se encontraba con un Ceo de 0 (libres de caries) y un 80% con caries, el porcentaje más alto se presentó en un Ceo de 4 y de 8 piezas afectadas, cubriendo un 12.9% respectivamente.

Tabla 15

Comparación entre hermanos del índice I.H.O.S. al momento de su revisión en consulta, Posgrado de Odontopediatria, Febrero de 2011

	Niño 1		Niño 2		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Excelente	11	15.7	23	32.9	34	24.28
Buena	22	31.4	15	21.4	37	26.42
Regular	37	52.9	31	44.3	68	48.57
Mala	0	0.00	1	1.4	1	00.71
Total	70	100	70	100	140	100

Del total de estudiados (140) se encontró que sólo el 24.3% se encontraba con una boca libre de placa y un 73.7% con presencia de placa.

Tabla 16

Prueba t student de diferencia de medias para las variables, Posgrado de Odontopediatria, Febrero de 2011

Variable	n	Media	D.E.	Min	Max	IC	Valor p
Edad (1)	70	5.45	1.47	3	8	5.14 5.83	---
Edad (2)	70	3.58	1.2	2	7	3.3 3.86	
Edad Primera Visita (1)	70	3.74	2.04	1	7	3.26 4.22	0.01
Edad Primera Visita (2)	70	2.78	1.32	1	7	2.74 4.09	
Edad inicio de Cepillado (1)	70	1.97	1.19	1	5	1.69 2.24	0.004
Edad inicio de Cepillado (2)	70	1.78	0.90	1	4	1.56 1.99	
CEO (1)	70	5.44	4.27	0	16	4.44 6.44	0.24

CEO (2)	70	5.00	3.98	0	14	4.06	5.93	
IHOS (1)	70	1.45	0.98	0	3	1.22	1.68	
IHOS (2)	70	1.12	1.05	0	3	0.88	1.37	0.008

El promedio de edad de los niños fue de 5.45 años para el hermano mayor (D.E.: 1.47) y de 3.58 años para el hermano menor (D.E.:1.2) comprendidos en un rango de 2 hasta 8 años de edad.

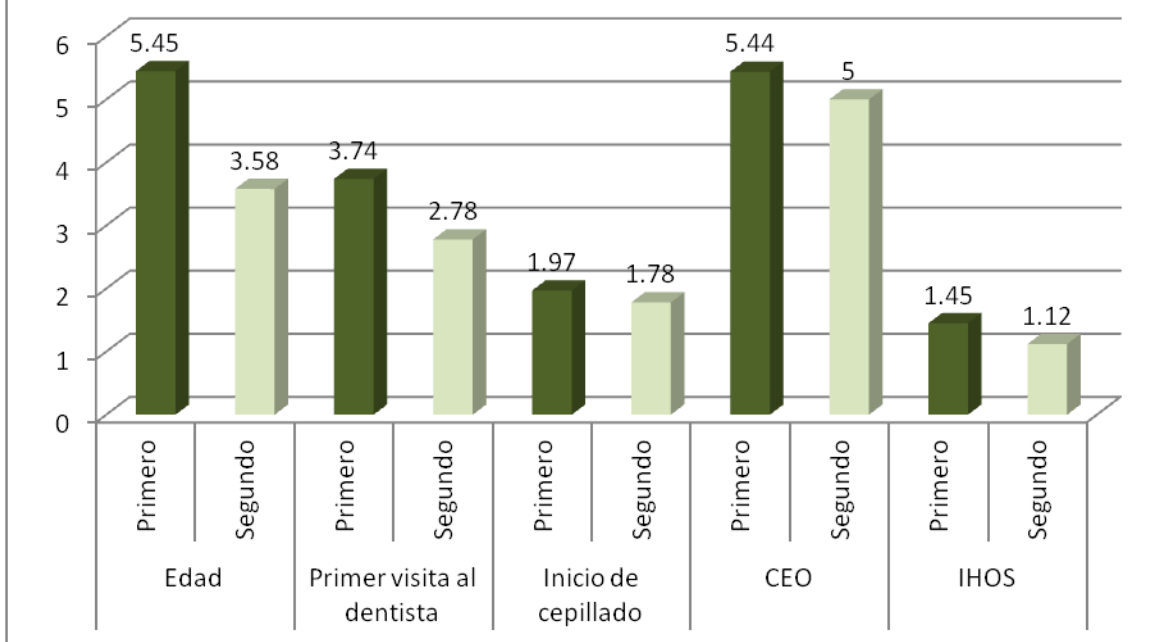
Al analizar la edad de la primera visita al dentista se observó una diferencia significativa entre hermanos ($p=0.01$) ya que al primer hijo lo llevaron en promedio a los 3.74 años (I.C._{1- $\alpha=0.95$} :3.26-4.22) y al segundo hijo lo llevaron en su primer visita al dentista a los 2.78 años (I.C._{1- $\alpha=0.95$} :2.74-4.09)

Otra de las diferencias observadas fue posible verificarla al describir la edad promedio de inicio del cepillado donde, al primer hijo lo inician a los 1.97 años (I.C._{1- $\alpha=0.95$} :1.69-2.24) mientras que el segundo presentó una edad promedio, significativamente menor, de inicio de cepillado de 1.78 años (I.C._{1- $\alpha=0.95$} :1.56-1.99). A este respecto es posible determinar que el segundo hijo presenta una edad significativamente menor de inicio del cepillado que su hermano mayor ($p=0.004$)

El CEO reflejó un promedio de 5.44 (I.C._{1- $\alpha=0.95$} :4.44-6.44) para el hermano mayor y de 5.00 (I.C._{1- $\alpha=0.95$} :4.06-5.93) para el hermano menor, no observándose diferencias estadísticamente significativas entre éstos valores ($p=0.24$).

El IHOS es otro de los indicadores que presentó diferencia estadísticamente significativa ($p=0.008$) al momento de describir las variables. A este respecto se observó que el hijo menor presenta valores significativamente menores que su hermano mayor debido a que el promedio ubicados entre 1.45 (I.C._{1- $\alpha=0.95$} :1.22-1.68) y 1.12 (I.C._{1- $\alpha=0.95$} :0.88-1.37) para el hermano mayor y menor respectivamente así lo reflejan.

Gráfico 1
Promedios de las variables evaluadas, distribución entre hermanos, Posgrado de Odontopediatría, Febrero de 2011



DISCUSIÓN:

- En niños canadienses, Tiberia y col. Encontraron que, según el orden cronológico y basados en el c.e.o., el primer hijo presentaba mayor número de lesiones cariosas en boca comparado con el segundo, nuestro estudio arrojó que la diferencia de lesiones entre el primer hijo y el segundo no son estadísticamente considerables.
- En el estudio de Romo-Pinales y col. en la comunidad de Nezahualcóyotl de estrato socioeconómico medio-bajo y bajo, así como el de Díaz, Costa, Flórez y Puerta hecho en Colombia bajo las mismas características de la población, dan como resultado que las madres que trabajan y son empleadas elevan el factor de riesgo de aparición de lesiones cariosas, nuestro estudio demuestra lo

contrario, ya que los hijos de las madres que son empleadas presentaron un mejor estado de salud bucal comparado con las madres que se dedican solo al hogar.

- En Colombia el cepillado dental de niños en edades preescolares y escolares es mayormente llevado a cabo por los padres de los niños (en un 69.6% según el estudio de González, Sierra y Morales), quienes monitorean la frecuencia, la técnica de cepillado y la cantidad de pasta administrada, en nuestro estudio vemos que solo el 48.6% de los padres se comprometen a esta labor.

CONCLUSIONES:

- Los Factores de riesgo que determinan el nivel de atención de los padres puesto hacia la salud dental de sus hijos son:
 - La edad en la cual llevan por primera vez a cada uno de sus hijos a consulta dental con un profesional.
 - El motivo por el cuál decidieron llevar al niño a consulta.
 - La frecuencia con la que llevan a sus hijos al dentista.
 - La edad de inicio del cepillado dental.
 - El cepillado dental diario con pasta flúorada, su frecuencia y quién sea el responsable de supervisarlo, ya sean los padres o el niño por sí solo.
 - La edad de los padres, su grado de educación profesional, su estrato socioeconómico y su ocupación laboral.
- El segundo hijo en orden cronológico recibe más y mejor atención a su salud dental por parte de los padres, teniendo una cavidad oral más limpia, más sana y con una edad de inicio de la prevención más temprana.
- Los padres se preocupan más por los hábitos de higiene dental de su segundo hijo en orden cronológico.

- Se comprobó que las experiencias previas y las enseñanzas (ya sean aciertos o errores por parte de los padres) que van dejando sobre la marcha la educación del primer hijo, orientan a los padres a tener un mejor cuidado en cuanto a cuidados y atención dental en su segundo hijo.
- Los padres llevan a sus hijos a la consulta dental principalmente porque algo les “incomoda” (cambio de coloración de alguna pieza dental, caries perceptible a simple vista, fracturas dentales, erupciones ectópicas o cualquier alteración estética dental) en la cavidad oral de sus hijos, y en segundo lugar por dolores o molestias manifestadas directamente por los hijos.
- La hipótesis de este estudio es aceptada, al comprobar que los padres se enfocan más en reducir los riesgos de enfermedades bucales después de adquirir mayor experiencia con su primer hijo, en el cual aprendieron de las fallas o deficiencias de atención que tuvieron y gracias a eso, aprenden, corrigen sus errores y aplican los nuevos conocimientos directamente sobre los cuidados de su segundo hijo, haciéndolo un individuo de menor riesgo a adquirir estas enfermedades.

REFERENCIAS

1. Gutiérrez Julissa, **La familia nuclear, ¿herencia de la revolución industrial?**, Instituto de Ciencias para la Familia de la U. de Piura, Sept. 2006.
2. Alemán Pedro C., González Damaris, Delgado Yaíma, Acosta Estela, **La familia y su papel en los problemas de promoción y prevención de la salud bucal**, Rev. Cubana Estomatol v.44 n.1, La Habana, Ene./Mar. 2007
3. Restrepo Sandra L., Maya Maryori, **La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad**, Boletín de Antropología, Vol. 19 No. 36. 2005. Universidad de Antioquia, pp. 127-148.
4. Palacios Jesús, Sánchez Yolanda, **Relaciones padres-hijos en familias adoptivas**, Anuario de Psicología, No. 71, pp. 87-105, 1996.
5. Nuñez Blanca, **La familia con un hijo con discapacidad: Sus conflictos vinculares**, Arch. Argent. Pediatr., pp. 101-133, 2003.
6. Harper Dennis C., D'Alessandro Donna M., **The child's voice: Understanding the contexts of children and families today**, Conference paper of the AAPD, Pediatric Dentistry-26:2, 2004.
7. Plutzer Kamila, **The influence of single parenthood on an early childhood oral health promotion campaign against early childhood caries**, Pediatric Dentistry, Volume 32, Number 5, September / October 2010 , pp. 385-385.
8. Díaz Shyrley, Costa Maira, Flórez Luis, Puerta Felipe, **Prevalencia de caries dental y caracterización familiar de pacientes pediátricos**, Revista Colombiana de investigación en odontología, 2011; 2(5): pp.47-55.

9. Villalobos-Rodelo Juan José y col., **Factores asociados a la práctica de cepillado dental entre escolares**, Revista Mexicana de Pediatría, Vol. 73, Núm. 4, Jul.-Ago. 2006, pp. 167-171.
10. Macintosh Andrea, Schroth Robert, Edwards Jeanette, Harms Lavonne, Mellon Bernadette, Moffatt Michael, **The impact of community workshops on improving early childhood oral health knowledge**, Pediatric Dentistry, Volume 32, Number 2, March / April 2010 , pp. 110-117.
11. Huebner Colleen, Riedy Christine A., **Behavioral Determinants of Brushing Young Children's Teeth: Implications for Anticipatory Guidance**, Pediatric Dentistry, Volume 32, Number 1, January / February 2010 , pp. 48-55.
12. González Farith, Sierra Carmen C., Morales Luz E., **Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia**, Salud pública de México, Vol. 53, No. 3, Cuernavaca, mayo/junio de 2011, pp. 247-257.
13. Medina-Solís Carlo E. y col., **Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche**, Gac. Méd. Méx. Vol. 142 No. 5, 363-368, 2006.
14. Timiș Teodora, Dănilă I, **Socioeconomic status and oral health**, The Journal of Preventive Medicine, Vol. 13, No.1-2, 116-121, 2005.
15. Maupomé Gerardo y col., **Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: Caries dental en niños de 6 a 12 años de edad**, Rev. invest. clín. v.58 n.4 México jul/ago. 2006.

16. Bordoni Noemí, Doño Raquel, Miraschi Clara, **Índices epidemiológicos para realizar diagnóstico de situación dental**, Organización Panamericana de la Salud, 1992.
17. Motohashi Masafumi y col., **Employing dmft score as a risk predictor for caries development in the permanent teeth in Japanese primary school girls**, Journal of Oral Science, Vol. 48, No.4, 233-237, 2006.
18. Hoeft Kristin S., Masterson Erin E., Barker Judith C., **Mexican American mothers' initiation and understanding of home oral hygiene for young children**, Pediatric Dentistry, Volume 31, Number 5, Sep / Oct 2009 , pp. 395-404.
19. Erickson Pamela R., Thomas Huw F., **A survey of the American Academy of Pediatric Dentistry membership: Infant oral health care**, Scientific article of the AAPD, Pediatric Dentistry-19:1, 1997.
20. Boj J.R., Espasa-Suárez E., **Odontopediatría**, Capítulo 11 pág. 125-132, Capítulo 12 pág. 133-140, 1ª edición, Ed. Masson.
21. Zero Domenick T., **Dental caries process**, Dental clinics of North America, vol 43, number 4, October 1999.
22. Ferro Pedro P., Quiñones María E., Tan Nuvia, Valdés María A., **Concordancia de caries dental, maloclusiones y gingivitis en una población gemelar infantil**, Revista Habanera de Ciencias Médicas, Vol. 4, Núm. 5, Dic. 2005.
23. Franco Ángela M., Santamaría Adriana, Kurzer Erika, Castro Linda, Giraldo Marisol, **El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres**, CES Odontología, Vol. 17, No. 1, PP 19-29, 2004.

24. Gudiño-Fernández Sylvia, **Caries de la Temprana Infancia: Denominación, definición de caso y prevalencia en algunos países del mundo**, Publicación Científica Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, No. 8, 2006.
25. Rie Niji, Kenji Arita, Yoko Abe, Milanita E. Lucas, Mizuho Nishino, Masato Mitome, **Maternal age at birth and other risk factors in Early Childhood Caries**, Scientific article of the AAPD, Pediatric Dentistry, Volume 32, Number 7, pp. 493-498, November/December 2010.
26. Douglass Joanna M., Li Yihong, Tinanoff Norman, **Association of Mutans Streptococci between caregivers and their children**, Pediatric Dentistry, Volume 30, Number 5, pp. 375-387, Sep/Oct 2010.
27. Tiberia y col., **Risk factor for early childhood caries in Canadian preschool children seeking care**, Scientific article of the AAPD, Pediatric Dentistry, V. 29/No. 3, junio 2007.
28. Alaki Sumer M., Burt Brian A., Garetz Susan L., **The association between antibiotics usage in early childhood and early childhood caries**, Scientific article of the AAPD, Pediatric Dentistry, Volume 31, Number 1, pp. 31-37, Jan/Feb 2009.
29. Juárez-López María L., Villa-Ramos Adriana, **Prevalencia de caries en preescolares con sobrepeso y obesidad**, Revista de Investigación Clínica, Vol. 62, Núm. 2, Marzo-Abril 2010, pp. 115-120.
30. Alsheneifi Tariq, Hughes Christopher V., **Reasons for dental extractions in children**, scientific article of the AAPD, Pediatric Dentistry-23:2, 2001.
31. Hoeft Kristin S., Barker Judith C., Masterson Erin E., **Maternal beliefs and motivations for first dental visit by low-income Mexican American children in**

California, Scientific article of the AAPD, Pediatric Dentistry, Volume 33, Number 5, Sep / Oct 2011 , pp. 392-398.

32. Levy Steven M., Warren John J., Broffitt Barbara, Nielsen Bethany, **Factors Associated With Parents' Esthetic Perceptions of Children's Mixed Dentition Fluorosis and Demarcated Opacities**, *Volume 27, Issue 6 2005*

33. Filstrup Sara L., Briskie Dan, da Fonseca Marcio, Lawrence Leslie, Wandera Angela, Inglenhart Marita R., **Early childhood caries and quality of life: Child and parent perspectives**, Scientific article of the AAPD, Pediatric Dentistry-25:5, 2003.

34. Ash M.M., **Anatomía, Fisiología y Oclusión de Wheeler**, editorial Interamericana, 6ª edición 1986.

35. Zimmerman J.A., Feigal R.J., Till M.J., Hodges J.S., **Parental attitudes on restorative materials as factors influencing current use in pediatric dentistry**, Clinical Article, Pediatric Dentistry, Volume 31, Number 1, Jan / Feb 2009, pp. 63-70.

36. Wang Susan J., Briskie Daniel, Hu Jan Ching Chun, Majewski Robert, Inglehart Marita Rohr, **Illustrated information for parent education: Parent and patient responses**, Pediatric Dentistry, Volume 32, Number 4, July / August 2010 , pp. 295-303.

37. Mendes, D. Caricote, N. **Prevalencia de Caries Dental en Escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela**. 2003 Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws" edición electrónica Diciembre 2003

38. Irigoyen M.; Zepeda A.; Sánchez Leonor. **Prevalencia e Incidencia de Caries Dental y Hábitos de Higiene Bucal en un Grupo de escolares del Sur de la Ciudad de México.** Investigación Revista ADM.53(3):98-104, 2001.
39. Maupomé-Cervantes G. y col. **Prevalencia de caries en zonas rurales y peri-urbanas marginadas.** Salud Pública Mex 35:357-367, 1993.
40. Córdova José Ángel y col., **Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud bucal.** Secretaría de Salud de México, ISBN: 978-607-460-047-6, Primera edición, Agosto 2008
41. Williamson Robert, Oueis Hassan, Casamassimo Paul S., Thikkurissy Sarat, **Association between Early Childhood Caries and behavior as measured by the child behavior Checklist.** Scientific Article, Pediatric Dentistry, Volume 30, Number 6, Nov / Dec 2008, pp. 505-509.
42. Hernández Alicia M., Espeso Nelia, Reyes Fidela, Landrian Clara, **Promoción de salud para la prevención de caries en niños de 5 a 12 años,** Rev. Panam. Salud Pública, 2003; 1 (7): pp. 27-34.
43. Caudillo Tomás, Adriano María del Pilar, **Prevención de la salud bucal para el control de la caries dental en población escolar.** Vertientes revista especializada en ciencias de la salud, 13(1-2):36-41, 2010.
44. Romo-Pinales Ma. Rebeca y col., **Caries dental y algunos factores sociales en escolares de C. Nezahualcóyotl.** Bol. Med. Hosp. Infant. Méx., Vol. 62 pp. 124-135, Marzo-abril 2005.

45. Díaz Shyrley, Costa Maira, Flórez Luis A., Puerta Felipe., **Prevalencia de caries dental y caracterización familiar de pacientes pediátricos.** Revista Colombiana de Investigación en Odontología 2011; 2 (5): 47 - 55.

ANEXOS



Encuesta No. _____

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Subdirección del Área de Estudios Superiores
Clínica del Posgrado de Odontopediatría

El siguiente cuestionario es con el fin de realizar una investigación acerca del nivel de atención que prestan los padres hacia la salud bucal de sus hijos según orden de nacimiento, por lo que pedimos que responda a las preguntas con la mayor veracidad posible.

Datos Familiares:

1. Género:

- Del primer niño ____ Masculino ____ Femenino
- Del segundo niño ____ Masculino ____ Femenino

2. Edad de los hijos:

- Del primer niño en años cumplidos:
____ 3 años ____ 4 años ____ 5 años ____ 6 años
- Del segundo niño en años cumplidos:
____ 3 años ____ 4 años ____ 5 años ____ 6 años

3. Escolaridad:

- De la madre:
____ Sin Estudios ____ Hasta Primaria ____ Hasta Secundaria ____ Hasta Preparatoria ____
Universitarios
- Del padre:
____ Sin Estudios ____ Hasta primaria ____ Hasta Secundaria ____ Hasta Preparatoria ____
Universitarios

4. Ocupación:

- De la madre:
____ Hogar ____ Profesionista ____ Empleada ____ Comerciante Otro _____
- Del padre:
____ Sin Trabajo ____ profesionista ____ Empleado ____ Comerciante Otro _____

5. Edad de los padres:

- De la madre:
____ Menos de 20 años ____ 20 25 años ____ 26 a 30 años ____ 31 a 36 años ____ más de 36
- Del padre:
____ Menos de 20 años ____ 20 25 años ____ 26 a 30 años ____ 31 a 36 años ____ más de 36

6. Ingresos familiares al mes:

____ Sin Ingresos ____ Hasta \$ 3,000 ____ Hasta \$5,000 ____ Hasta \$7,000 ____ Más de \$7,000

7. Número de hijos totales en su familia: ____ Dos ____ de 2 a 3 ____ 4 y más

Factores de Educación e Higiénicos

1. ¿A qué edad en años llevó a su hijo por primera vez al dentista?

____ Al Primer Hijo ____ Al segundo Hijo

2. Motivo de consulta:

a. Del primero:

____ Por dolor ____ Revisión y Limpieza

b. Del segundo:

____ Por dolor ____ Revisión y Limpieza

3. Frecuencia de la visita al dentista:

• Del primero:

____ Menos de 6 meses ____ cada 6 meses ____ cada año ____ más del año

• Del segundo:

____ Menos de 6 meses ____ cada 6 meses ____ cada año ____ más del año

4. ¿Fomenta el uso del Cepillo y pasta dental por el niño?

• Del primero:

____ Nunca ____ Ocasionalmente ____ 1 vez al día ____ más de 2 veces/día ____ No tiene Cepillo

• Del segundo:

____ Nunca ____ Ocasionalmente ____ 1 vez al día ____ más de 2 veces/día ____ No tiene Cepillo

5. ¿A qué edad inició el cepillado dental?

• Su primer hijo:

____ No ha iniciado ____ 2 años ____ 3 años ____ 4 años ____ más de 5 años

• Su segundo hijo:

____ No ha iniciado ____ 2 años ____ 3 años ____ 4 años ____ más de 5 años

6. ¿Quién es el responsable del cepillado?

• En su primer hijo:

____ Los padres ____ el niño

• En su segundo hijo:

____ Los padres ____ el niño

**INDICES DE CARIES CEO Y DE HIGIENE ORAL IHOS DEL PRIMER HIJO:
NOMBRE Y EDAD DEL NIÑO:** _____

a) c.e.o.

Pieza	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
c.e.o.										
Pieza	8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
c.e.o.										

b) I.H.O.S.

	5.5	5.1	6.5	Total de lesiones	TOTAL DE PIEZAS EXAMINADAS	
Materia alba						Suma
calculo						
	7.5	7.1	8.5			
Materia alba						
calculo						
					TOTAL	

Código CPOD

0	Espacio vacío (Causas ajenas a caries)
1	Diente permanente cariado
2	Diente permanente obturado
3	Diente permanente extraído
4	Diente permanente con extracción indicada
5	Diente permanente sano
6	Diente infantil cariado
7	Diente infantil obturado
8	Diente infantil con extracción indicada
9	Diente infantil normal

Código IHOS

0	Ausencia de materia alba	0	Ausencia de Cálculo
1	Residuos menos de 1/3 del diente	1	Cálculo supragingival menos de 1/3 del diente
2	Residuos menos de 2/3 del diente	2	Cálculo supragingival menos de 2/3 del diente
3	Residuos más de 2/3 del diente	3	Cálculo supragingival más de 2/3 del diente

**INDICES DE CARIES CEO Y DE HIGIENE ORAL IHOS DEL SEGUNDO HIJO:
NOMBRE Y EDAD DEL NIÑO:** _____

a) c.e.o.

Pieza	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
c.e.o.										
Pieza	8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
c.e.o.										

b) I.H.O.S.

	5.5	5.1	6.5	Total de lesiones	TOTAL DE PIEZAS EXAMINADAS	
Materia alba						Suma
calculo						
	7.5	7.1	8.5			
Materia alba						
calculo						
					TOTAL	

Código CPOD

0	Espacio vacío (Causas ajenas a caries)
1	Diente permanente cariado
2	Diente permanente obturado
3	Diente permanente extraído
4	Diente permanente con extracción indicada
5	Diente permanente sano
6	Diente infantil cariado
7	Diente infantil obturado
8	Diente infantil con extracción indicada
9	Diente infantil normal

Código IHOS

0	Ausencia de materia alba	0	Ausencia de Cálculo
1	Residuos menos de 1/3 del diente	1	Cálculo supragingival menos de 1/3 del diente
2	Residuos menos de 2/3 del diente	2	Cálculo supragingival menos de 2/3 del diente
3	Residuos más de 2/3 del diente	3	Cálculo supragingival más de 2/3 del diente

Firma de consentimiento del padre madre o tutor