

**CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL QUE TRANSMITE EL
PEDIATRA DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA A LOS
PADRES DE FAMILIA**

Tesis presentada por:

SANDRA VERONICA MENCOS OVANDO DE POPOL

**Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la
Universidad de San Carlos de Guatemala, que practicó el
Examen General Público, previo a optar al título de:**

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DEL 2003

DL
09
T(1744)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Ricardo Hernández Gaitán
Vocal Quinto:	Br. Roberto Wehncke Azurdia
Secretario:	Dr. Otto Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXÁMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez
Vocal segundo:	Dr. Mario Taracena Enríquez
Vocal Tercero:	Dr. Víctor Hugo Lima Sagastume
Secretario:	Dr. Otto Torres Bolaños

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Gracias señor por guiar mi vida, por permitirme llegar a este momento tan importante, y por las múltiples bendiciones recibidas día con día. Ayúdame a ser mejor en mi profesión y con las personas que me rodean.

A MI MADRE

Blanca Estela Ovando Luna, por ser el ejemplo a seguir, pues dándome su amor, apoyo, sacrificios y sabiduría hizo de su niña una mujer de bien. Espero con este triunfo estar recompensando todo el amor y comprensión que me brinda. ¡ LA QUIERO MUCHO!

A MI ESPOSO

Axel Popol Oliva por ser el compañero ideal en mi vida. Gracias por tu amor, apoyo y confianza. Te agradezco por compartir mis sueños y metas, en especial por darme una familia unida, con mucho amor. ¡TE AMO!

A MIS HIJOS

Axel Daniel y José Alberto, hijos los quiero mucho. Ustedes son mi inspiración para seguir realizando mis metas junto a su padre, para poder ofrecerles y darles lo mejor del mundo.

A MI HERMANO

Jorge Alberto Mencos Ovando por el cariño, apoyo y amistad. Y por ser un ejemplo más que podrán tener mis hijos.

A MI CUÑADA

Luisa Calderón por su amistad y cariño.

A MI CUÑADO

Leonel Popol y esposa por el cariño y preocupación demostrados hacia mi familia, en los momentos más importantes.

A MIS SOBRINAS

María Pamela, Natalia, al Bebé, Gabriela y Samanta, para que este sea un ejemplo a seguir en sus vidas, con esfuerzo y dedicación.

A MIS ABUELOS

Víctor Ovando Leiva y Conchita Luna de Ovando por el cariño y sabios consejos recibidos.

A MI TÍA

Ana Ovando Luna y familia, con cariño.

CON CARÍÑO

Dr. Francisco Rojas y Doña Norita, por motivarme a terminar el EPS, dándome cariño, consejos y hacerme sentir en familia. ¡nunca los olvidaré!

A MIS PADRINOS

Dr. Axel Popol , Ing. Jorge Mencos y Dra. Blanca Rosa de Zamora por ser un ejemplo a seguir para toda persona, por su éxito, nobleza y sencillez que tienen como seres humanos y profesionales.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS

Gracias por su compañía, cariño y gratos momentos compartidos durante la carrera.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

En especial a cada una de las personas que ayudaron en mi formación profesional.

TESIS QUE DEDICO

A: DIOS

A: MI MADRE

A: MI ESPOSO E HIJOS

A: MI HERMANO Y FAMILIA

A: MIS ABUELITOS

A: GUATEMALA

A: LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A: LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A: MIS PADRINOS

**A TODAS LAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON PARA HACER POSIBLE
LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS:**

Dr. Axel Popol Oliva

Ing. Jorge Alberto Mencos Ovando

Dr. Mario Taracena Enríquez

Dr. Rodrigo Larrave San Juan

Dr. Víctor Hugo Lima Sagastume

Dra. María Eugenia Castillo Escobar

A los Pediatras que participaron en el estudio.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado:
“CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL QUE TRANSMITE EL
PEDIATRA DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA A LOS
PADRES DE FAMILIA”, conforme lo demandan los Estatutos de la
Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala,
previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Quiero agradecer a todas aquellas personas que colaboraron y
apoyaron la realización de este trabajo de investigación, a vosotros
distinguidos miembros del HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR,
aceptad las muestras de mi más alta consideración y respeto.

INDICE

	Página
SUMARIO	01
INTRODUCCIÓN	05
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	07
JUSTIFICACIÓN	10
REVISIÓN DE LITERATURA	13
OBJETIVOS	50
METODOLOGÍA	52
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	56
ANÁLISIS DE RESULTADOS	83
CONCLUSIONES	95
RECOMENDACIONES	101
LIMITACIONES	102
ANEXOS	104
BIBLIOGRAFÍA	111

SUMARIO

Esta investigación tiene como objetivo principal, establecer cuáles son los conocimientos en salud bucal que transmiten los pediatras a los padres de familia.

En general, los resultados obtenidos mostraron que los pediatras sí transmiten diferentes conocimientos en salud bucal, algunos de ellos correctos y otros no tanto; uno de los objetivos del estudio fue que en base a los resultados obtenidos, existiera retroalimentación a los pediatras sobre los hallazgos encontrados y facilitar de esta forma la mejor comunicación entre ellos y los odontólogos.

Por las preguntas respondidas, es evidente que el pediatra entra a la cavidad bucal a examinar no sólo amígdalas sino también otras estructuras; la mayoría se consideró suficientemente capaz de conocer la cavidad bucal.

Se analizaron diversos aspectos como la edad a la que sugiere la primera visita al dentista, cuya respuesta en su mayoría fue entre

los 1 y 2 años de edad, o la frecuencia con que realizan una referencia al odontólogo u odontopediatra.

Debido a que una de las preocupaciones más frecuentes que tiene el dentista es no mantener productos azucarados en la boca por su ya conocido efecto cariogénico, se cuestionó sobre el conocimiento de azúcares alternativos en los antibióticos que prescriben, si permiten que se traten diversas condiciones con miel pura o "Karo" o si premian, al niño con un dulce luego de una vacuna.

Posiblemente uno de los temas que más preocupan a los odontólogos es el uso indiscriminado de los fluoruros y ya que los pediatras son conocidos por administrarlos, se formularon diversas preguntas para conocer su utilización y forma en que se realizan. En general, todos los pediatras los recomiendan y expresaron conocer dosificaciones, pero lamentablemente en este segmento de conocimiento fue en donde entraron en contradicción con mayor frecuencia, pues las preguntas iban dirigidas a profundizar un poco más sobre estos tópicos. La conclusión final que se obtuvo, fue que es muy importante que los pediatras colaboren con el uso de los fluoruros

pero que se refuerce el aspecto de dosificaciones y un conocimiento más amplio sobre su modo de funcionamiento para evitar efectos indeseables y obtener mayores reducciones de caries dental.

También se analizaron otros aspectos como el establecimiento de hábitos positivos; entre los cuales estuvo la recomendación de cuando sugieren el inicio del cepillado y sus respuestas (la mayoría) se centraron en la salida de los primeros dientes; la mitad de ellos recomiendan enjuagues bucales, algo que es muy cuestionable. Casi el 60% no da ninguna recomendación sobre el uso de los dentífricos fluorados, sobre todo no mencionaban nada sobre su cantidad y la mayoría se inclina por el uso de dentífricos para niños, aunque lamentablemente no era objetivo de este estudio conocer que sabían sobre estos últimos productos; también se conoció su recomendación sobre el número de veces que se aconseja la limpieza dental al día.

Otros temas fueron los relacionados con erupción dentaria; la mayoría conocía el período en que salen a la cavidad bucal y qué diente es el primero en aparecer; también se hizo preguntas sobre dientes neonatales y la conducta a seguir con ellos. Se les preguntó si

la erupción dentaria produce diarrea o mayor salivación, así como si prescriben anestésicos tópicos para aliviar las molestias de la erupción dentaria. Finalmente se les hizo preguntas sobre quistes o nódulos de Bohn.

De acuerdo a los resultados, es evidente que los pediatras tienen que tomar algunas decisiones sobre la salud bucal y por lo tanto es menester que estén preparados lo mejor posible.

El objetivo de esta investigación se cumplió, pues se obtuvieron los resultados esperados, como lo era saber qué conocimientos transmiten los pediatras a los padres de familia.

Se sugiere como una recomendación importante continuar con investigaciones similares que profundicen en diferentes temas para conocer y establecer los conocimientos que poseen los pediatras y a la vez poder informarles adecuadamente de los últimos hallazgos de la odontología actual para beneficio de sus pacientes.

INTRODUCCIÓN

Con esta investigación se pretende establecer los conocimientos que poseen los pediatras acerca de la salud dental y como lo abordan para comunicárselo a los padres de familia, si es que lo hacen. No pretende medir el nivel de conocimiento sino solamente saber qué transmiten en sus consultas profesionales.

Se inició con consultas a los asesores sobre las situaciones odontológicas más frecuentes en las que se podría involucrar un pediatra; un asesor es médico pediatra y el otro, odontólogo general con experiencia en niños; a partir de esto se enfocó el marco teórico a los aspectos sugeridos por ambos profesionales.

Luego de esto fue importante establecer los objetivos, tanto el general como los específicos; a partir de que ya se tenía la dirección hacia donde se quería dirigir la investigación se diseñó la metodología y se estableció la muestra a estudiar que consistió en una muestra por conveniencia, es decir debido a la dificultad de tener la posibilidad de contactar a todos los pediatras por sus ocupaciones profesionales, se

determinó que un número aceptable sería de 30 pediatras; se elaboró el cuestionario de pregunta cerrada y se dispuso por temas para su mejor comprensión y tabulación de datos.

Posteriormente y luego de haber sido aprobado el protocolo de investigación se comenzó con el trabajo de campo, siendo la mayor dificultad el acceso a los pediatras, pues se tuvo que esperar muchas horas para poder ser atendida a pesar que el cuestionario tomaba no más de 10 minutos. En el trabajo de campo, se buscaron a más de 40 pediatras, pero algunos de ellos nunca contestaron los cuestionarios o no les interesó colaborar con el estudio.

Finalmente se obtuvieron 31 cuestionarios respondidos sobre los cuales se sacaron los respectivos resultados, se hizo análisis de resultados, conclusiones del estudio, se establecieron las limitaciones del mismo y se sacaron recomendaciones que podrán ser de utilidad para futuras investigaciones. Estos resultados tienen como objetivo averiguar qué es lo que conocen los pediatras sobre algunos aspectos odontológicos y se espera que ellos sirvan para estudios ulteriores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La odontología actual se ha ido modificando a tal punto que hoy en día el énfasis en los niños es pensar en salud y no tanto en enfermedad, pues el conocimiento científico que permite establecer estas condiciones óptimas respalda a la primera. Diversos países han alcanzado metas como la de "Salud Oral para todos en el año 2000" de la Organización Mundial de la Salud, OMS (20) que sugirió que los países miembros para ese año debían alcanzar un índice de caries CPO no mayor de 3; numerosos estados alcanzaron la meta, pero en el caso de Guatemala, no sólo no se alcanzó sino que sus índices de caries no se han modificado prácticamente y continúan altos (CPO de 8.1) (3). Hace unos 50 años el número de odontólogos en Guatemala era muy bajo y en general se considera que la caries dental no se encontraba en niveles tan altos, pero en el año 2003 los odontólogos han aumentado a más de 2000 y paradójicamente, los niveles de caries en vez de haber disminuido, se han mantenido en el rango de "muy alto" según los parámetros de la OMS (21). La diferencia fundamental entre obtener salud o enfermedad radica en la mentalidad de los que dirigen y trabajan en el sistema de salud en el país; de esto

se deduce que los profesionales no hacen un impacto grande en el tema de salud bucal debido a que su enfoque se encuentra en tratar las enfermedades y no en preservar la salud y los resultados se obtienen de acuerdo a los esfuerzos que se hagan en una u otra dirección. Es bien sabido que mientras más temprano se comienza a prevenir una enfermedad, más éxito se espera alcanzar en su control o erradicación, pero desafortunadamente no todos los odontólogos guatemaltecos perciben el potencial que existe en la prevención, limitándose a esperar hasta que el niño se pueda controlar psicológicamente o, en su defecto, cuando la condición bucal sea tan mala que se deba de actuar; de igual manera, los padres de familia han recibido el mensaje equivocado pues buscan al dentista sólo si existe una mancha o dolor en los dientes de sus hijos y no porque estén gozando de buena salud y deseen preservarla; nuevamente, el mensaje es incorrecto pues se resume que tanto los profesionales como la población que sirven, se basan en que lo que se debe tratar es la “enfermedad” y no la “salud”.

Es por ello que los pediatras se han convertido en la primera línea en el examen del proceso salud-enfermedad de los bebés e

infantes, y eso incluye a la región bucal; por lo tanto, esta investigación pretende identificar primariamente *cuáles son los conocimientos y no cuánto saben de salud bucal*, así como realizar un sondeo inicial para conocer qué es lo que transmiten algunos pediatras a los padres de sus pacientes y determinar el grado de conocimientos básicos entre otros, sobre anatomía de la cavidad bucal, identificación de lesiones de diagnóstico inmediato o expedito, conocimiento sobre patrones de erupción dentaria, dosificaciones de fluoruros sistémicos y tópicos, pertinencia sobre el momento de referir al odontólogo y otros.

JUSTIFICACIÓN

La tendencia actual de la primera visita de los niños al odontólogo se refleja en las asociaciones dentales de mayor prestigio en el mundo, como la Organización Mundial de la Salud OMS (WHO por sus siglas en inglés), la Federación Dental Internacional (FDI), la Asociación Dental Americana (ADA), la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), la Asociación Dental Británica (BDA), etc., que recomiendan que los niños deben ser vistos por un odontopediatra o un odontólogo familiarizado con niños después de los 6 meses de edad y no más allá del año de edad, pues esta época es ideal para establecer hábitos positivos en los padres y establecer patrones de conducta preventivos que más tarde redundarán en salud bucal. A pesar de lo anteriormente expuesto, la mayoría de odontólogos guatemaltecos raramente ven niños tan pequeños debido a que no existe la cultura de prevención, así como tampoco los padres ven la necesidad de buscarlos por ideas preconcebidas, por lo que los únicos profesionales de la salud que examinan a estos pequeños son usualmente los pediatras; sin embargo muchos odontólogos perciben

posteriormente que algunos de los consejos en salud bucal o las dosificaciones de fluoruros prescritas (por citar algunos ejemplos) no fueron los más acertados, por lo que se eleva la pregunta de la *pertinencia de estos consejos en especialistas cuyo campo no es la salud bucal*. Así mismo, se ha encontrado con alguna frecuencia a pacientes que teniendo entidades de diagnóstico inmediato, se les ha diagnosticado incorrectamente y se les ha dado tratamientos innecesarios, como por ejemplo lenguas geográficas que son diagnosticadas como una infección bacteriana o micótica y se les ha prescrito antibióticos o antimicóticos sin ningún resultado y terminan en un consultorio dental percatándose de lo inadecuado que fue el tratamiento anterior.

Por lo tanto considero importante realizar la presente investigación que determine:

1. si el pediatra da o no consejos en salud bucal
2. si posee los conocimientos básicos de anatomía clínica de la cavidad bucal, que le permitan establecer diferencias claras entre tejidos sanos y enfermos.

3. patrones de erupción dentaria que le permitan detectar anomalías sistémicas.
4. consejos sobre el momento más adecuado y la correcta administración de fluoruros previa historia de éstos, ya que los pediatras son los que manejan los fluoruros sistémicos en recién nacidos e infantes en Guatemala (las casas farmacéuticas sólo dan muestras de gotas fluoradas a los pediatras y médicos, pero no a los odontólogos)
5. si aconseja a los padres que busquen al odontólogo antes de cumplir el niño el año de edad.

REVISIÓN DE LITERATURA

REVISIÓN DE LITERATURA

Existen muchos conceptos que son desconocidos por los médicos pediatras y sin embargo se enfrentan todos los días con entidades bucales que presentan sus pequeños pacientes. Entidades que los padres esperan que ellos conozcan y de ser posible que les den una solución. En ocasiones, la entidad es conocida por el profesional ya sea por que le fue enseñado o por iniciativa propia al haber aprendido en libros o por experiencia. Es por ello que a continuación se describen diversos conceptos que respaldan la metodología posteriormente empleada en esta investigación.

PREVENCIÓN

Es evidente que lo que desea preservar cualquier profesional de la salud o persona individual es la salud, la cual es definida como un "Completo estado físico, mental y de bienestar social, y no solamente la ausencia de enfermedad"; en el caso de la prevención bucal, la palabra prevención se ha dividido en tres diferentes niveles (7):

1. *Prevención Primaria:* emplea técnicas o agentes para evitar la instalación de la enfermedad, para revertir el progreso de la enfermedad o para detener el proceso de la enfermedad antes que se convierta el tratamiento en algo necesario.
2. *Prevención Secundaria:* emplea métodos de tratamiento de rutina para terminar el proceso de la enfermedad y restaurar los tejidos a lo más normal posible.
3. *Prevención Terciaria:* utiliza medidas necesarias para reemplazar tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes a un punto en que las capacidades físicas y/o actitudes mentales están lo más cercanas posibles de lo normal, después que haya fallado la prevención secundaria.

ANATOMÍA CLÍNICA DE LA CAVIDAD BUCAL

La cavidad bucal es una parte del cuerpo que contiene no sólo dientes sino todas las estructuras que los sostienen y rodean; conocer a fondo cuales son estas estructuras y sus variantes en estado de

salud, permite al odontólogo conocer en qué momento aparece una entidad patológica que no debería estar en la cavidad bucal y por lo tanto, hacer la respectiva referencia a un patólogo.

La importancia de la boca radica en que es la primera fuente de información adentro del cuerpo humano y saber interpretar signos y síntomas tempranos permite en ocasiones conocer algunas enfermedades sistémicas incluso antes de que se detecten en otras partes del cuerpo.

Frecuentemente se dice del pediatra o del médico que lo único que saben de la cavidad bucal es que existe lengua, paladar y sobre todo garganta con amígdalas. Sin embargo, el odontólogo sabe que existen muchísimas estructuras más y conocerlas bien permite diferenciar entre lo sano y lo patológico. Adicionalmente, cada estructura posee variantes de la normalidad conocidas como lesiones de diagnóstico inmediato o expedito, entidades que por su frecuencia de aparición ya se conoce qué son sin hacer estudios histopatológicos.

Existen tres tipos de mucosa: la Mucosa Masticatoria, la Mucosa de Revestimiento y la Mucosa Especializada.

Los tejidos blandos de la cavidad bucal del niño poseen una coloración que varía entre rosado pálido a rojo; esto depende del grado de vascularización, grosor del epitelio y grado de inserción (13); tejidos insertados a periostio son de una coloración rosado a rojo claro, pero su principal característica es que a la palpación son resistentes y duros, por lo que resisten a las fuerzas de masticación ya que están adaptados para esta función.

Otros tejidos que no están insertados a hueso o que no se consideran mucosa masticatoria se denominan mucosa de revestimiento, son más delgados como los del piso de la boca que tienen una coloración roja intensa e incluso se observan los vasos sanguíneos subyacentes, todo ello debido a que esta mucosa se considera de revestimiento y por lo tanto es delgada; existe por ejemplo en los carrillos, paladar blando, mucosa labial, piso de boca, vientre de lengua.

Finalmente, el tercer tipo de mucosa es la especializada que se encuentra en el dorso de la lengua y debe su nombre a que está preparada para el sentido del gusto, percibiendo en parte los sabores de los alimentos, pero también puede percibir algunas otras características como por ejemplo la temperatura de los alimentos.

LESIONES DE DIAGNÓSTICO INMEDIATO MÁS FRECUENTES

Se denominan lesiones de Diagnóstico Inmediato o expedito a las variantes de los tejidos bucales normales y sanos y son entidades que por su frecuencia de aparición ya se conocen sin hacer estudios histopatológicos (6). Por ejemplo, la lengua es un tejido normal de la cavidad bucal, pero no todas las lenguas son iguales y si no se conociera la frecuencia de algunas de sus variantes se deduciría que habría que realizar estudios patológicos para conocer en cada oportunidad si tiene o no una entidad patológica. Es por ello que el estudio de la frecuencia de ciertas variantes ha hecho que los odontólogos ahorren mucho tiempo al conocer que puede ser saludable y que no. Los pediatras no siempre conocen algunas de estas entidades por lo que a requerimiento de sus pacientes cuando

les preguntan acerca de lo que tiene su hijo en la boca, diagnostican y medican frecuentemente y algunas veces lo hacen equivocadamente, por lo que los odontólogos reciben posteriormente consultas en las que indican que tienen alguna entidad en la boca, que consultaron con el médico y les dieron tratamiento, pero la entidad continúa en la boca. Afortunadamente, en muchas ocasiones el paciente no tiene por qué preocuparse pues la entidad era una lesión de diagnóstico inmediato sin ninguna repercusión, por lo que no fue correcto que se le diera un medicamento ya que no lo necesitaba. Para evitar estos diagnósticos inadecuados, a continuación se describen las entidades o lesiones de diagnóstico inmediato más frecuentes (8).

LENGUA GEOGRÁFICA: lesión que ocurre en el dorso de la lengua y en ocasiones en sus bordes, y se caracteriza por áreas depapiladas, redondas o irregulares de desqueratinización o descamación de las papilas filiformes, con bordes más claros y gruesos que el centro eritematoso; la lesión cambia de lugar constantemente (también se le conoce como *glositis migratoria benigna o eritema migrante*) y se presenta normalmente en períodos de estrés o disminución de las defensas inmunológicas, usualmente múltiples y normalmente es una

lesión asintomática aunque en algunos casos las lesiones son sensibles a los alimentos salados, ácidos o picantes; no se conoce cura a esta entidad y su etiología es desconocida. Afecta más a mujeres que a hombres y la pueden presentar niños. Existe una correlación entre esta entidad y la lengua fisurada cuando los síntomas son más frecuentes que si se presentara sola.

LENGUA FISURADA: lesión que se presenta en el dorso de la lengua como grietas que pueden variar de amplias a muy leves, asintomática, aunque puede serlo cuando se coloniza con *Cándida albicans* en la base de las fisuras; es usual verla con la lengua geográfica, por lo que se recomienda que cuando se vea una lengua con fisuras múltiples y amplias se observe bien si existe lengua geográfica.

TORUS PALATINO: es una excrecencia ósea o exostosis; es una masa ósea sésil, nodular que se presenta como un aumento localizado en la sutura media de los huesos palatinos y huesos maxilares, de consistencia dura con tamaños que varían desde un aumento muy leve hasta lesiones muy grandes; aparece durante la 2º o 3º década de la vida por lo que prácticamente no se presenta en niños y es

infrecuente a esta edad. Es simétrica en el centro del paladar y puede ser nodular, fusiforme, lobular o plana. Se presenta más en mujeres que en hombres.

TORI MANDIBULAR: al igual que el Torus palatino, el Tori Mandibular es una excrecencia ósea o exostosis ósea que se presenta en la región lingual de la mandíbula por arriba del borde milohiideo; casi siempre son bilaterales y en la región de premolares, asintomáticas de crecimiento lento que aparecen en la 2º o 3º décadas de la vida. No muestra predilección por sexo.

Tanto el Torus Palatino como el Tori Mandibular son histológicamente hueso hiperplásico; su tratamiento se considera innecesario ya que son lesiones totalmente benignas y sólo se remueven si se lastiman con frecuencia o si interfieren al colocar un aparato protésico para rehabilitar al paciente.

GRÁNULOS DE FORDYCE: son glándulas sebáceas ectópicas (tejido normal en una localización anormal). Se piensa que su origen sea de desarrollo. Son múltiples en mucosa de revestimiento con predilección

a bermellones y carrillos. Aparecen en la etapa post-puberal entre los 20 y 30 años, asintomáticas y se observa casi en el 80 % de las personas; son totalmente benignas.

LÍNEA ALBA BUCAL PROMINENTE: se presenta como una línea blanca en los carrillos que coincide con las zonas de oclusión de los dientes y que sobresale en la parte posterior de la región de molares a caninos; se debe simplemente a una paraqueratinización del epitelio de esta zona antes descrita por el roce constante de las piezas dentarias con el carrillo y que se manifiesta clínicamente como una elevación linear por lo que es asintomática excepto en casos de mordidas severas.

CALÍCULOS ANGULARIS: al igual que la entidad anterior, ésta es una hiperqueratinización por la oclusión dentaria en el carrillo, pero en la región posterior de las comisuras labiales. Es muy usual en niños.

HERPES LABIAL RECURRENTE: esta entidad es una infección recurrente del virus del Herpes Simple (VHS) Tipo I que puede ocurrir en el sitio primario de inoculación o en las áreas adyacentes del

epitelio de superficie dado por el ganglio involucrado. El sitio más común de recurrencia para el VHS-1 es el borde del bermellón y la piel adyacente a los labios. Esto es conocido como Herpes Labial Recurrente o como "Fuego" en el medio guatemalteco. En Estados Unidos se considera que entre el 15 al 45 % de la población ha tenido historia de Herpes labial; la luz ultravioleta o el trauma pueden disparar las recurrencias. De 6 a 24 horas antes que las lesiones se desarrollen, aparecen signos prodrómicos y síntomas, como dolor, quemazón, prurito, piquetazos, una sensación de tibieza en el área o eritema. Luego se desarrollan pápulas eritematosas pequeñas y múltiples y forman grupos de vesículas con fluido. Estas vesículas se rompen y hacen costra en el término de dos días. Las lesiones sanan en el término de 7 a 10 días. La ruptura mecánica de las vesículas intactas y la liberación del fluido lleno de virus puede resultar en la diseminación de la lesión a los labios previamente fisurados por el sol. Las recurrencias son menos frecuentes en la piel de la nariz, mentón o mejillas. Los pacientes deben ser instruidos a restringir el contacto de las lesiones activas para prevenir la diseminación a otros sitios y personas. El lavado tópico con una solución preparada de dyclonina hidroclorídica a una concentración entre el 0.5 al 1%, disminuye

dramática pero temporalmente la molestia de la mucosa. La lidocaína debe ser evitada en pacientes pediátricos por los antecedentes de convulsiones por lidocaína en niños. Los anti-inflamatorios no esteroideos como el ibuprofen también ayudan a aliviar las molestias, así como el Acyclovir.

MANCHAS INTRÍNSECAS Y EXTRÍNSECAS: el esmalte es comúnmente liso y brillante cuando se observa microscópicamente; sin embargo se pueden dar casos en los cuales aparecen manchas o defectos que aparecen en las superficies dentarias y que llaman la atención puesto que no pueden ser removidas con una profilaxis o limpieza dental. El color normal de los dientes varía y depende de su translucidez, tono y grosor del esmalte; el esmalte translúcido es blanco-azulado mientras que el esmalte opaco es gris-blanco; por lo tanto los dientes con esmalte blanco-azulado poseen un color amarillento en el tercio cervical y blanco-azulado en el borde incisal; los dientes con tonalidad de esmalte opaco son más uniformemente gris-blanco. Las coloraciones anormales pueden ser “extrínsecas” (formadas por la acumulación de pigmentos externos) e “Intrínsecas” (secundarias a factores endógenos que resultan en la decoloración de

la dentina subyacente). Entre las manchas intrínsecas documentadas se encuentran la amelogénesis y dentinogénesis imperfecta, Fluorosis dental, porfiria eritropoyética congénita, hiperbilirubinemia, ruptura localizada de células rojas sanguíneas y medicaciones.

Las manchas extrínsecas se deben usualmente a manchas bacterianas, tabaco, alimentos y bebidas, hemorragia gingival, materiales restaurativos y medicaciones.

FLUOROSIS: esta alteración consiste en una hipomaduración permanente del esmalte en la cual existe un incremento de la porosidad de la superficie y subsuperficie del esmalte. Las alteraciones del esmalte inducidas por el fluoruro ocurren durante la fase de maduración del desarrollo dentario; la mayoría de problemas asociados con fluorosis dental son estéticos, sobre todo el de los dientes anteriores por la estética que conllevan. Por lo tanto, el período crítico de importancia de la fluorosis dental es durante el 2º y 3º año de vida, cuando los dientes anteriores permanentes se están formando y si los niveles de ión flúor son mayores de 1 ppm diaria por largos períodos de tiempo. En los inicios de los estudios de fluorosis dentaria en 1930 y 1940, los casos se debían al contenido alto de flúor

ALTERACIONES DE DESARROLLO DE LOS DIENTES

En los dientes pueden existir numerosas alteraciones de desarrollo; la siguiente tabla describe las alteraciones más frecuentemente reportadas:

ALTERACIONES DE NÚMERO:

- a. hipodoncia (anodoncia)
- b. hiperodoncia (supernumerarios)

ALTERACIONES DE TAMAÑO:

- a. microdoncia
- b. macrodoncia

ALTERACIONES DE FORMA:

- a. geminación
- b. fusión
- c. concrescencia
- c. cúspides accesorias
- d. dens in Dent

en agua natural; sin embargo, hoy en día la prevalencia de fluorosis dentaria ha aumentado debido a que existen numerosas fuentes de este ión que inducen a una acumulación del flúor; se considera que hoy en día, los dentífricos fluorados y los suplementos fluorados son los responsables de la mayoría de casos reportados, aunque no los únicos; antes de decidirse dar suplementación de flúor, deben considerarse todas las fuentes posibles.

La severidad de la fluorosis es dependiente de la dosis ingerida asociada al período crítico de desarrollo antes expuesto; los dientes afectados son usualmente resistentes a la caries, y la estructura alterada presenta áreas opacas blancas en el esmalte, que pueden tener zonas de decoloración de amarillo a café oscuro; debido a que pueden existir diversas condiciones de daño del esmalte, se debe de observar que los defectos de la fluorosis son bilaterales y con distribución simétrica, con una historia de ingesta de fluoruros durante la niñez.

- e. esmalte ectópico
- f. taurodontismo
- g. hipercementosis
- h. raíces accesorias
- i. dilaceración

ALTERACIONES DE ESTRUCTURA:

- a. amelogénesis Imperfecta
- b. dentinogénesis Imperfecta
- c. displasia Dentinaria Tipo I y II
- d. odontodisplasia Regional

DIENTES NATALES: entre las anomalías de interés para un pediatra se encuentran por su frecuencia los dientes natales y los neo-natales, que son un caso de hiperodoncia; los primeros se designan cuando el bebé nace con ellos y los segundos cuando salen a la cavidad bucal en los primeros 30 días de nacidos. Esta es una distinción artificial y parece más apropiado llamarlos en general “dientes natales”. Algunos autores han sugerido que estos dientes pueden representar dientes

supernumerarios predeciduos, aunque la mayoría de estos dientes representan porciones prematuramente eruptadas de la dentición decidua y no dientes supernumerarios; aproximadamente el 85% de las dientes natales son incisivos mandibulares, 11% incisivos maxilares y 4% son dientes posteriores.

Los dientes natales pueden ser abordados individualmente con un juicio clínico sano que dirija una terapia apropiada; los dientes eruptados representan en la mayoría de los casos la dentición decidua y su remoción no debe ser realizada de rutina; si los dientes son móviles y en riesgo de aspiración, la remoción si está indicada; si la movilidad no es problema y el diente(s) se encuentra estable, debe de conservarse. Pueden ocurrir ulceraciones traumáticas de los tejidos suaves adyacentes (Enfermedad de Riga-Fede) durante el amamantamiento del bebé, las cuales pueden ser resueltas con medidas apropiadas.

ENFERMEDAD DE RIGA-FEDE: esta condición de úlceras traumáticas se presenta típicamente entre una semana y un año de edad; la condición se desarrolla a menudo en asociación con dientes

natales; la superficie ventral anterior de la lengua es el sitio más común involucrado, aunque la parte dorsal de la lengua puede también ser afectada; las lesiones de la parte ventral hacen contacto con los dientes natales inferiores; las lesiones en el dorso ocurren por el contacto con los dientes natales superiores. Aunque la extracción de los dientes no es deseable en todos los casos, si resuelve el problema; los dientes deben ser mantenidos en su posición si se encuentran estables; la construcción de una superficie protectora o la eliminación del pecho materno es usualmente suficiente para permitir su resolución.

QUISTES PALATALES DEL RECIÉN NACIDO. PERLAS DE ESMALTE Y NÓDULOS DE BOHN: los quistes pequeños de desarrollo son hallazgos comunes en el paladar de los recién nacidos. Se ha teorizado que estas "inclusiones" quísticas pueden aparecer por una de dos razones; la primera es que los procesos palatales se unen y fusionan en la parte media durante la vida embrionaria para formar el paladar secundario; pequeñas islas de epitelio pueden quedar atrapadas debajo de la superficie a lo largo del rafé medio palatal y formar quistes. La segunda es que estos quistes pueden salir de

remanentes epiteliales derivados del desarrollo de glándulas salivales menores en el paladar.

Como se describió originalmente, las “perlas de Epstein” ocurren a lo largo del rafé medio palatal y presumiblemente salen del epitelio atrapado a lo largo de la línea de fusión; los “Nódulos de Bohn” están diseminados en el paladar duro, a menudo cerca de la unión con el paladar blando y se considera que son derivados de glándulas salivales menores. Sin embargo, estos dos términos han sido utilizados indistintamente en la literatura y han sido a menudo usados para describir a los quistes gingivales del recién nacido, que tienen lesiones similares de origen de la lámina dental. Por lo tanto, el término “quistes palatales del recién nacido” puede ser un término más adecuado para ayudar a distinguirlos de los quistes gingivales del recién nacido. Además, como los quistes son más comunes cerca de la línea media en la unión de los paladares duro y blando, es usualmente difícil estar completamente seguros clínicamente si estos provienen del epitelio atrapado por fusión del paladar o provenientes del desarrollo de las glándulas salivales menores.

Las características clínicas de los quistes del paladar del recién nacido son muy comunes y han sido reportados en el 65-85% de los neonatos. Los quistes son pequeños, entre 1-3 mm, pápulas blancas o blanco-amarillentas que aparecen más a menudo a lo largo de la línea media cerca de la unión de ambos paladares. Ocasionalmente pueden ocurrir en una localización más anterior a lo largo del rafé o en el paladar posterior lateral a la línea media; frecuentemente un grupo entre 2 a 6 quistes son observados aunque las lesiones pueden ocurrir solas. Debido a que son lesiones inocuas no se requiere tratamiento, curan solas y raramente observados después de varias semanas del nacimiento; presumiblemente el epitelio degenera o los quistes se rompen en la superficie mucosa y eliminan su contenido de queratina.

ERUPCIÓN DENTARIA

Los patrones de erupción dentaria se han establecido en rangos aceptables con tiempos más o menos de hasta un año; normalmente se considera que los primeros dientes salen a la cavidad bucal a los 6 meses de edad, aunque unos pocos bebés los tienen ya al momento

de nacer. La siguiente Tabla da una idea aproximada de los períodos de tiempo con sus desviaciones estándar más aceptados:

En general, los dientes primarios, deciduos, caducos o de leche eruptan entre los 6 y 24 meses después del nacimiento (5).

Los *dientes primarios* salen en la siguiente secuencia:

- Incisivos centrales inferiores (6 meses)
- Incisivos centrales superiores (7 ½ meses)
- Incisivos laterales inferiores (7 meses)
- Incisivos laterales superiores (9 meses)
- Primeras molares inferiores (12 meses)
- Primeras molares superiores (14 meses)
- Caninos inferiores (16 meses)
- Caninos superiores (18 meses)
- Segundas molares inferiores (20 meses)
- Segundas molares superiores (24 meses)

Los *dientes permanentes* salen en la siguiente secuencia y edad:

- Incisivos centrales inferiores (6-7 años)

- Primeras molares inferiores (6-7 años)
- Primeras molares superiores (6-7 años)
- Incisivos laterales inferiores (7-8 años)
- Incisivos centrales superiores (7-8 años)
- Incisivos laterales superiores (8-9 años)
- Caninos inferiores (9-10 años)
- Primeras premolares superiores (10-11 años)
- Primeras premolares Inferiores (10-12 años)
- Caninos superiores (11-12 años)
- Segundas premolares superiores e inferiores (10-12 años)
- Segundas molares superiores (12-13 años)
- Segundas molares inferiores (11-13 años)

FLUORUROS

Existen diversas maneras para prevenir la caries dental sobre todo evitando y/o atacando el problema desde una perspectiva integral como lo es la multifactorialidad de la caries dental; esto se logra por ejemplo, modificando la dieta cariogénica, removiendo la placa dentobacteriana o reforzando el huésped (dientes y su medio

ambiente bucal); los anteriores, unidos a la utilización del flúor que es un elemento de los que más colaboran no solo con la prevención de caries dental, sino con su tratamiento; desde el Siglo XIX se detectó que las personas que tenían los dientes “moteados” (término que más tarde se conoció como fluorosis dentaria), también tenían menos caries, pero se desconocía el mecanismo por medio del cual se daba este fenómeno. A medida que fue avanzando el conocimiento de la ciencia, se fueron separando los diversos aspectos acerca de la mecánica del funcionamiento del fluoruro.

El ión flúor es el elemento más electronegativo que existe en la naturaleza y por lo tanto no puede existir sólo sino únicamente combinado con otros elementos, como por ejemplo el fluoruro de sodio (NaF) o el fluoruro estañoso (SnF_2). La historia revela que el agua fluorada fue el medio por el cual se descubrió que el flúor disminuía la caries dental, pues se sospechaba desde un principio que había un elemento en el agua que hacía que las personas tuvieran menos caries dental, pero se desconocía exactamente cómo sucedía esto; poco a poco fueron investigando hasta dar con el rango actual de fluoruros que debe consumir diariamente una persona, el cuál se

encuentra entre 0.6 – 1.2 ppm (partes por millón) dependiendo de la temperatura promedio anual del lugar. El agua fluorada es hoy en día el vehículo más utilizado y más exitoso para llevar el ión flúor a millones de personas alrededor de todo el mundo, lo que ha resultado en disminuciones de caries dental en los países que han utilizado el agua como vehículo; sin embargo, en Guatemala, a pesar de grandes esfuerzos de algunos dentistas nacionales, el agua fluorada no funcionó como se esperaba y estaba limitada a la ciudad capital. En 1989 se determinó que era mejor dejar de fluorar el agua en la ciudad capital (14) para dar paso a un programa que llegara a todos los guatemaltecos y gracias a sus características se optó por el método de la sal fluorada, un vehículo más idóneo (16); luego de años de planeación e intentos infructuosos, la sal fluorada puede ser obtenida en la ciudad capital y en algunos departamentos, en una misma cadena de tiendas, aunque se desconoce el alcance de esta medida, ya que este programa tiene la inconveniencia de ser unilateral, pues los productores de sal son los únicos que se encuentran conscientes de lo que sucede; debido a que no se le ha dado propaganda ni de parte del estado ni del sector económico, los dentistas desconocen que ya se inició esta medida.

Esto no sería problema si mientras más flúor ingresara al cuerpo, mejor fuera para la salud, pero lamentablemente esto no es así; la OMS ha sugerido que *solamente puede existir un método de entrega de fluoruro sistémico a la vez, aunque pueden existir varios métodos de entrega tópicos* (22); esto quiere decir que se debe conocer qué método es sistémico y cuál es tópico, pues conociendo esto se evitarán casos de fluorosis, entidad que se desarrolla en los dientes en formación y su severidad depende del total de flúor ingerido de las diversas fuentes a las que pueda tener acceso la persona.

Debido a que en Guatemala la mayoría de los dentistas desconocen que existe sal fluorada de fácil acceso para un segmento de la población guatemalteca y que adicionalmente se venden suplementos fluorados (ambos son métodos de entrega sistémicos), podría existir una duplicación de la dosis recomendada por las diversas asociaciones dentales en el mundo que indican que después de los 4 años, la persona debe estar consumiendo no más de 1 ppm; el segmento de población más vulnerable a los efectos del ión flúor

son los recién nacidos e infantes por lo que existen dosificaciones menores para ellos.

Es evidente que si ya se está vendiendo sal fluorada y a la vez se están dando suplementos fluorados, tiene que existir una duplicación de fluoruros por lo que es de esperar que dentro de unos años, sino se corrige este problema, muchos niños puedan padecer fluorosis dentaria. Debido a que los profesionales que utilizan los suplementos fluorados más tempranamente son pediatras y no odontólogos, es pertinente darles a conocer los daños a los tejidos dentarios que pueden ocasionar si no realizan una historia de fluoruros antes de dosificarlos. Un aspecto importante en esta historia es conocer cuál es el dentífrico que utilizan los padres de familia para cepillar los dientes de los niños, sobre todo si son fluorados que es la norma en Guatemala, haciéndole ver a los padres la importancia de que conozcan su dentífrico fluorado y explicarles que supervisen el cepillado de su niño y apliquen una cantidad del tamaño de una gota en el cepillo introduciéndolo adentro de las cerdas para minimizar la cantidad de dentífrico que se traga.

Se considera que los casos de fluorosis leve que existen en el mundo desarrollado hoy en día se deben básicamente a la ingesta de productos dentales y de éstos el mayor responsable se considera que es el dentífrico fluorado, por lo que se debe prestar atención a este aspecto (18, 22). Además, existen en el mercado enjuagues fluorados que se venden con la etiqueta "Enjuague Infantil" lo que confunde incluso a los odontólogos; nuevamente se debe considerar la norma establecida por la OMS (22) que indica que no se deben administrar enjuagues fluorados a niños menores de 6 años ya que éstos no tienen bien desarrollado el reflejo de tragar por lo que a pesar de ser éste un método tópico diseñado para que se quede en los dientes, es tragado y por lo tanto ejerce un "efecto Sistémico", aumentando así la posibilidad de una fluorosis dentaria si el niño está en el período de formación de dientes, y a la vez tomando más importancia si es en los dientes llamados "Sociales" (los centrales y laterales superiores que son los que muestran más las personas cuando sonríen) y cuyo período crítico para ser afectados por el exceso de flúor es entre los 2 y 4 años de edad, que es la fase secretoria del ameloblasto cuando éste coloca la matriz orgánica calcificada y se van depositando poco a poco iones de calcio, fosfatos e hidroxilos y flúor (10).

La ingesta de dentífrico fluorado va en la misma dirección; esto quiere decir que antes de dar el paso de dosificar al paciente con un suplemento fluorado, se debe realizar la ya mencionada “Historia de ingesta de fluoruros” que en el caso particular de Guatemala debería incluir preguntas sobre consumos de sal fluorada, uso de dentífrico fluorado y uso de enjuagues bucales, sobre todo en niños menores de 6 años y en base a los resultados tomar la decisión de cual es la dosis recomendable de suplemento fluorado que debe ingerir el niño.

La tabla de dosificación actual (recomendaciones para el 2003) de fluoruros es la siguiente:

TABLA DE LA AAPD, ADA, AAP, CDC 2001

EDAD DEL NIÑO	CONCENTRACIÓN DE FLUORURO EN AGUA DE BEBIDA (en ppm o mg de fluor/día)		
	< 0.3	0.3 – 0.6	> 0.6
Nacimiento - 6 meses	0	0	0
6 meses – 3 años	0.25	0	0
3 años – 6 años	0.5	0.25	0
6 años – 16 años	1.0	0.5	0

Fuente: 1, 2, 4.

Las tablas internacionales siempre indican que antes de dosificar suplementos fluorados se conozca el nivel del ión flúor en el agua de bebida, cosa que nunca se realizó en Guatemala por la dificultad que tenían los dentistas para que alguien les tomara una muestra de agua y la analizaran así como el costo que esto representaba, por lo que como resultado nunca se hizo; debido a que se conoce que no existe el ión flúor en agua desde 1989 (14), lo que se debe adaptar en el país es la sal fluorada, lo cual ha demostrado que funciona tan bien como el primer método mencionado; la pregunta correcta sería: los profesionales que dan suplementos fluorados hacen una historia de fluoruros antes de dosificarlos?

Evidentemente esto no está sucediendo en el país pues los que conocen del ión flúor, o sea los dentistas, no lo están aplicando y los pediatras que dosifican a los recién nacidos e infantes desconocen cualquier tipo de problema al respecto porque nunca fueron entrenados para conocer este ión; datos preliminares indican que los pediatras únicamente consideran a éste como un “mineral esencial” y aunque no están alejados de la verdad, su conocimiento es definitivamente incompleto por lo que la sugerencia debería ir encaminada a restringir el

uso de suplementos fluorados a los profesionales que sí conozcan sus mecanismos de acción y sus limitantes no importando si son médicos u odontólogos.

MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS FLUORUROS

Existen varias teorías sobre el o los mecanismos por los cuales los fluoruros pueden afectar el proceso de caries dental. Hay diferentes formas de ver el problema, pues estos mecanismos se pueden subdividir en los efectos prenatales o postnatales, pre-eruptiva o post-eruptivamente y/o los efectos sistémicos o tópicos.

En esencia, el flúor controla la caries dental efectivamente porque actúa en diferentes formas: básicamente, las teorías describen los efectos directos o indirectos de los fluoruros sobre dos estructuras: los dientes y/o la placa dentobacteriana (PDB). A su vez, estos efectos se pueden subdividir en los que reducen la disolución (desmineralización) de los dientes y/o aceleran la remineralización de las lesiones cariosas, lo que evita que dicha placa produzca cualquier cantidad de ácido suficiente como para desmineralizar la superficie del

diente (9). Cuando el fluoruro se encuentra presente en la PDB y la saliva, acelera la remineralización de lesiones de esmalte incipiente, un proceso de cicatrización antes de que se formen cavidades establecidas. El flúor también interfiere en la “glicólisis”, proceso por medio del cual las bacterias metabolizan los azúcares fermentables para producir ácido; en concentraciones altas tiene una acción bactericida sobre las bacterias cariogénicas y otras presentes en boca, lo que ocurre cuando se hacen aplicaciones de fosfato de Flúor acidulado al 1.23 %.

Existen diversas teorías acerca del mecanismo por el cual actúa el fluoruro para disminuir la caries dental y mucho se ha debatido sobre esto, pero en esencia las teorías tratan sobre dos formas:

- a. cuando se están formando los dientes, llamado esto el “efecto Sistémico”; y,
- b. cuando ya se encuentran los dientes en la cavidad bucal, llamado “Efecto Tópico”.

Según la OMS, varios estudios sugieren que cuando el fluoruro es ingerido durante el período de desarrollo del diente, hace que el esmalte sea más resistente a los ataques de ácido posteriores (aunque esto aumenta el riesgo de desarrollar fluorosis más tarde). Sin embargo este conocimiento es constantemente enfrentado, porque la investigación se ha volcado en los últimos años a reafirmar el hecho de que el verdadero efecto es tópico, y muy poco sistémico. Varios estudios recientes sugieren que la evidencia científica es escasa para demostrar un efecto preeruptivo, comparada con la evidencia posteruptiva, que se encuentra en pleno crecimiento y más apoyada por la ciencia actual. Sin embargo, casi ningún autor descarta con absoluta certeza de que no exista un efecto pre-eruptivo; cuidadosos análisis de la epidemiología de la caries dental de acuerdo a sus períodos de erupción comparándola con la introducción del agua fluorada, han revelado efectos benéficos pre- y post- eruptivamente (17, 18). Sin embargo, hasta hoy en día, las asociaciones dentales de mayor renombre aún sostienen que la evidencia del efecto pre-eruptivo es escasa y pueden conducir a un aumento en el riesgo de adquirir fluorosis leve, por lo que la importancia del efecto post-eruptivo o efecto tópico se sostiene por su amplia evidencia científica.

Como resultado de estos estudios, ahora los fluoruros se consideran como un tratamiento activo (agentes terapéuticos) y no sólo como una simple medida preventiva. Esto se refiere a que cuando existan lesiones activas de caries correctamente diagnosticadas, las restauraciones no son la única alternativa como método de tratamiento, sino que la utilización correcta de los fluoruros constituyen en muchas ocasiones, la forma de tratamiento. Por supuesto que esto no se puede aplicar a todos los casos, sino es el odontólogo especializado el que debe decidir cuándo y cómo se puede realizar esto.

Los fluoruros tienen la capacidad de interferir en el proceso continuo de mineralización, independientemente del grado de desarrollo de la lesión y del diente, disminuyendo la desmineralización y aumentando la remineralización. Su acción se podría describir como de reducción de la velocidad del progreso de la lesión, hasta el punto de detener su crecimiento en la mayoría de los casos. Los iones de fluoruros son más activos en el lugar donde se desarrolla una lesión de caries (incluso más que en el esmalte sano por el aumento de los tamaños de los cristales que de esta manera captan más fluoruro que el esmalte normal). Por lo tanto, es el efecto tópico más que el sistémico,

el que produce en gran medida la reducción de caries, y no cuánto adquirió de concentración de fluoruro en el período de desarrollo del diente. Tanto los clínicos como el personal de salud pública que tomen en cuenta estos descubrimientos, buscarán un método que use bajas concentraciones de fluoruros, para aumentar el margen de seguridad sin reducir la eficacia y una alta frecuencia de las aplicaciones a largo plazo para aumentar el potencial de remineralización en cada desafío cariogénico. La información indica que en Guatemala, la ingesta de fluoruro es muy baja en la dieta del guatemalteco, considerada como deficiente, estando en el rango de 0.351-0.445 mg/l (15).

La selección del método de entrega de fluoruros debe hacerse en base a los hallazgos mencionados anteriormente. No obstante, hay otros criterios que deben incluirse en el momento de la selección. No se puede recomendar solamente un método de entrega (hablando de la combinación de fluoruros sistémicos y tópicos). Es necesario incluir otros parámetros tales como:

- la prevalencia e incidencia de caries en una población
- recursos económicos

- recursos del personal odontológico
- aceptabilidad social
- uso actual de suplementos fluorados
- disponibilidad de un vehículo de administración adecuado al país, etc.

El objetivo de cualquier forma de administración de fluoruro es obtener el máximo efecto preventivo contra la caries con el mínimo riesgo de producir fluorosis.

El objetivo directo del ión flúor es la incorporación de este en la molécula de hidroxapatita y conseguir un endurecimiento del esmalte.

Un objetivo indirecto sería el de disminuir el CPO y el CEO en muestras epidemiológicas poblacionales (disminuir el sufrimiento de lesiones de caries).

Es importante recordar que:

***DEBE DE EXISTIR UN SOLO METODO "SISTEMICO", PERO
PUEDEN HABER VARIOS TOPICOS***

Si esto se desea aplicar a Guatemala, y sabiendo que ya se comenzó a aplicar flúor en la sal de consumo humano en el país, esto haría que se limitara la venta de tabletas o gotas fluoradas a casos muy especiales, pero como se podrá observar a continuación, no existe por el momento nada que permita seguir la norma antes mencionada.

La OMS establece que (22):

***"TODO FLUORURO QUE INGRESE AL INDIVIDUO ANTES DE LOS
DOS AÑOS SUGIERE SU POTENCIAL PARA DESARROLLAR
FLUOROSIS; TODO FLUORURO QUE INGRESE DESPUES DE LOS
2 AÑOS SUGIERE EL POTENCIAL PARA PREVENIR CARIES
DENTAL".***

Debido a un incremento en los casos de fluorosis leve en Europa, los expertos europeos han recomendado aumentar a 3 años el inicio de la prescripción de tabletas o gotas fluoradas, excepto que por condiciones específicas del paciente, un odontólogo capacitado decida lo contrario. Sin embargo, es conveniente recordar que las condiciones guatemaltecas son diferentes y por lo tanto es posible iniciar la suplementación de flúor a la edad recomendada de 6 meses, y disminuir el riesgo de caries antes de esta edad por medio de otros métodos (por ejemplo, la disminución de azúcares extrínsecos no lácteos y cepillado con pasta fluorada al existir los primeros dientes, lo cual es una medida excelente a esa edad e igual de efectiva).

A pesar de todas estas recomendaciones, siempre se prefiere “arriesgar” a tener una fluorosis leve en los dientes (ligeras manchas blancas cuya única repercusión es la estética), que sufrir los daños muy bien conocidos de la caries dental, por lo que con el conocimiento actual disponible, es mejor iniciar los suplementos fluorados a los 6 meses de edad o cuando aparezcan los primeros dientes en la boca del infante, siempre y cuando el nivel del ión flúor sea subóptimo en agua o en sal.

OBJETIVOS.

GENERAL:

1. Determinar los conocimientos, que en salud bucal, transmite el pediatra a los padres de familia.

ESPECÍFICOS:

Establecer dentro de la muestra de pediatras:

1. Si dan o no consejos que incluyan la salud bucal.
2. Determinar el conocimiento que tienen sobre Anatomía Clínica de la cavidad bucal y sus variaciones normales.
3. Determinar el conocimiento que tienen sobre los patrones de erupción dentaria y su relación con enfermedades sistémicas.
4. Determinar si dosifican algún tipo de fluoruro sistémico, a qué concentración y edad y si hacen una historia de consumo de otros fluoruros previamente.

5. Determinar si aconsejan la higiene dental desde temprana edad, de qué forma lo hace y si es pertinente el uso de un dentífrico fluorado.
6. Determinar si aconseja o no la visita a un odontólogo antes del año de edad, después del año o si no refiere en absoluto.
7. Colaborar a establecer la interconsulta entre los pediatras y odontólogos.
8. Determinar factores para establecer dosis.
9. Retroalimentar la información recolectada.

METODOLOGÍA

PROCEDIMIENTO

Para poder efectuar esta investigación se realizaron los siguientes pasos:

1. Se obtuvo el listado de Médicos Pediatras que laboran en la ciudad de Guatemala.
2. Se elaboró una muestra por conveniencia
3. Se diseñó el cuestionario
4. Se realizó el trabajo de campo
5. Se tabularon los resultados
6. Se obtuvieron conclusiones
7. Se hicieron recomendaciones
8. Se enumeraron las limitaciones del estudio

1. LISTADO DE MÉDICOS PEDIATRAS: se obtuvo un listado de los Médicos Pediatras activos que ejercen en la Ciudad Capital con la

ayuda del Dr. Rodrigo Larrave asesor de esta investigación; éste fue obtenido en la Asociación de Pediatras de Guatemala.

2. ELABORACIÓN DE LA MUESTRA POR CONVENIENCIA: debido a que esta es la 1º vez que se realizó una investigación de este tipo, después de haber obtenido el listado, se les solicitó a los pediatras previamente por escrito, si deseaban formar parte de la investigación (consentimiento informado), estableciéndoles claramente los objetivos del estudio (VER ANEXO 1); esto fue debido a que se esperaba que no todos los pediatras estuvieran interesados en colaborar por lo que fue más fácil determinar previamente quienes deseaban participar. Se realizó el estudio en 31 pediatras, ya que fue el número que se pudo manejar para darle significancia al estudio.

3. CUESTIONARIO

Se diseñó un cuestionario numerado para facilitar la tabulación de los datos y con un diseño de pregunta directa con respuestas dirigidas (VER ANEXO 2) que estableció lo requerido en los objetivos específicos; esto se realizó conjuntamente con el pediatra Dr. Rodrigo

Larrave y el Dr. Mario Taracena, odontólogo, asesores de esta investigación, para guiar el cuestionario a las preguntas más frecuentemente realizadas por los padres de familia.

Una vez revisado y aprobado el contenido del cuestionario por los asesores y por los revisores de la comisión de tesis, se procedió a pasarlo a la muestra de pediatras que aceptaron colaborar con el estudio.

4. Se recolectó la información: debido a que cada pregunta se encontraba numerada, se realizaron cuadros para poder tabular los datos obtenidos.

5. Con esta información se analizaron los resultados por porcentajes, se realizaron cuadros y gráficas para un mejor entendimiento de los resultados.

6. Se realizaron las respectivas conclusiones de acuerdo a los datos obtenidos. Se analizaron las variables y se obtuvieron los porcentajes de las mismas. Se realizó una discusión del tema, con los

hallazgos más relevantes del estudio, exponiendo las limitantes de este y sus bondades.

7. Se hicieron las respectivas recomendaciones para ampliar esta línea de investigación para que otros estudiantes puedan aprovechar de mejor forma lo ya realizado.

8. Finalmente se dieron a conocer las limitaciones del estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

a. Se tomaron en cuenta sólo aquellos pediatras que expresaron por escrito su consentimiento de participar en el estudio.

b. No se tomaron en cuenta aquellos pediatras que no deseaban participar en el estudio al haberseles pedido por escrito su consentimiento.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El total de médicos pediatras que respondieron a la encuesta fue de 31 finalmente, por lo que las conclusiones que se obtuvieron son basadas en ese total. De estos datos se obtuvieron tablas y gráficas para poder visualizar mejor las respuestas.

A continuación se muestran los resultados obtenidos de acuerdo a cómo se presentan en las gráficas y sus respectivas tablas.

PREGUNTA No. 1

Examina usted algo en la boca de sus pacientes?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	30	96.8 %
NO	1	3.2%

PREGUNTA No. 2

Ve algo más que las amígdalas?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	29	93.5%
NO	2	6.45%

PREGUNTA No. 3

Considera que conoce suficiente de la cavidad bucal?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	16	52%
NO	14	45%
SIN CONTESTAR	1	3.2%

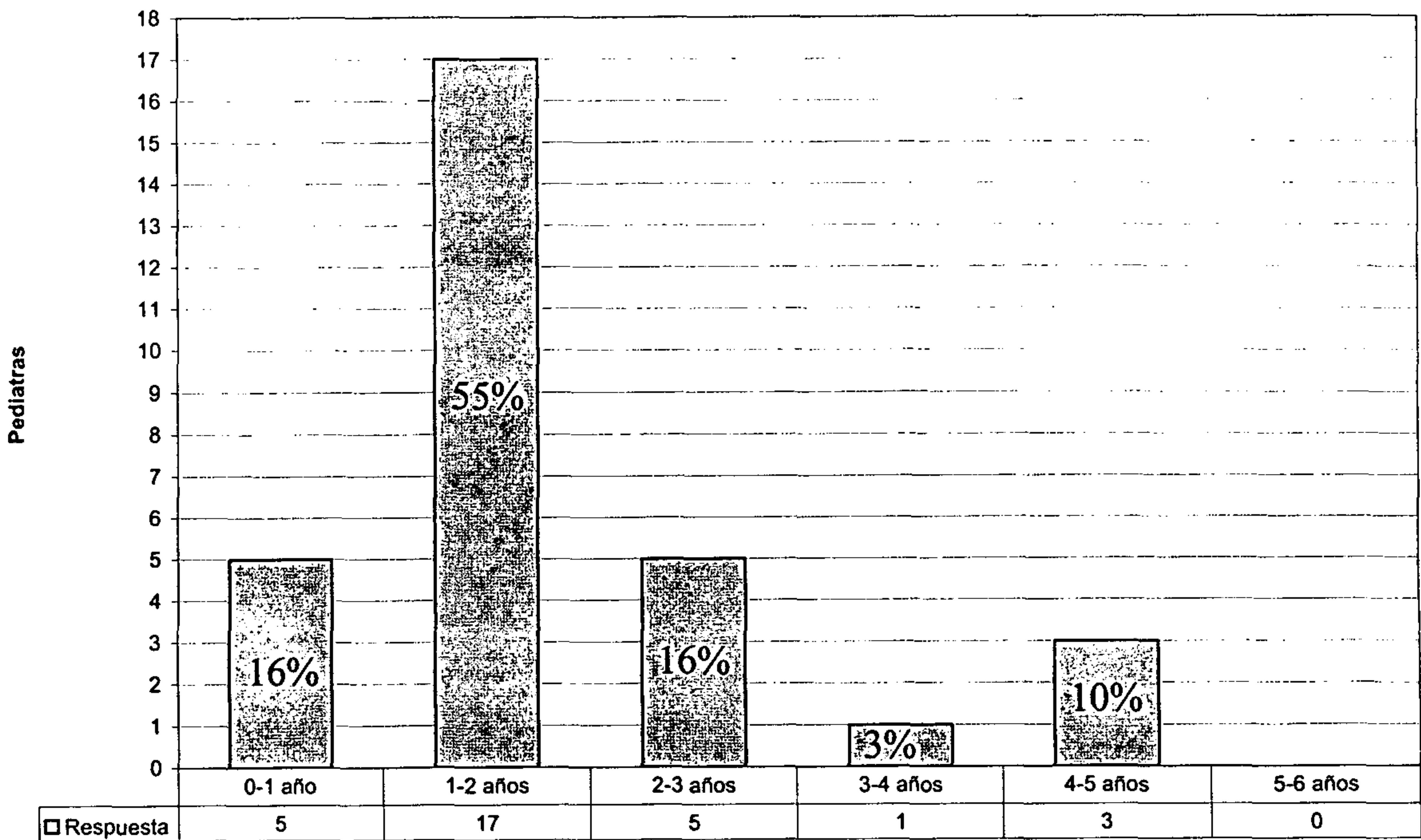
PREGUNTA No. 4

A qué edad considera que el niño debe ir al dentista por primera vez?

EDAD	RESPUESTAS	PORCENTAJE	EDAD	RESPUESTAS	PORCENTAJE
0-1 año	5	16%	1-2 años	17	55 %
2-3 años	5	16%	3-4 años	1	3 %
4-5 años	3	10 %	5-6 años	0	0%

GRÁFICA No. 1

Pregunta 4
¿A qué edad considera que el niño debe ir al dentista por 1ª vez?



PREGUNTA No. 5

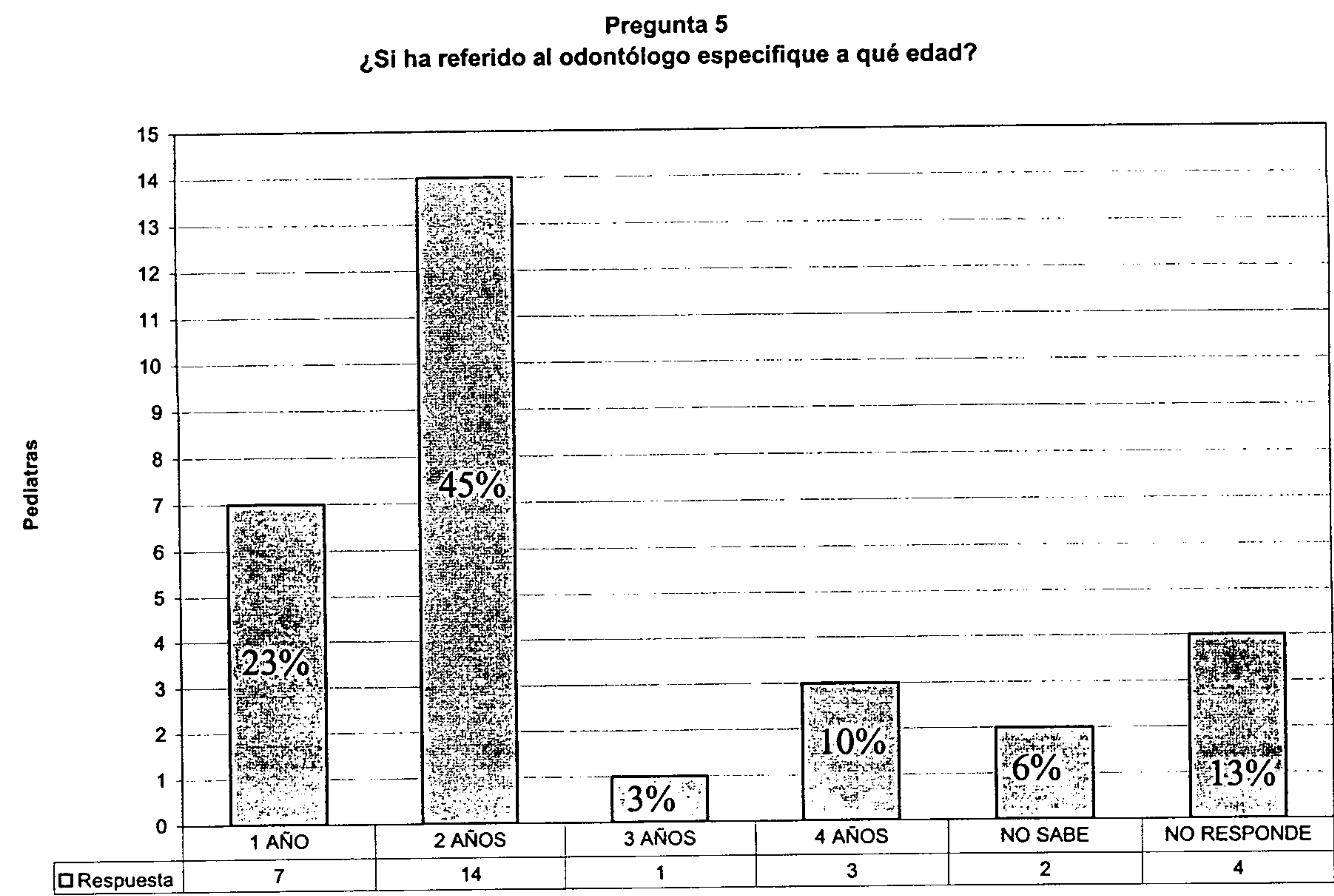
Ha referido usted con regularidad al odontólogo?

Resposta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	26	84 %
NO	5	16 %

PREGUNTA No. 5.1

Si ha referido al odontólogo especifique a qué edad?

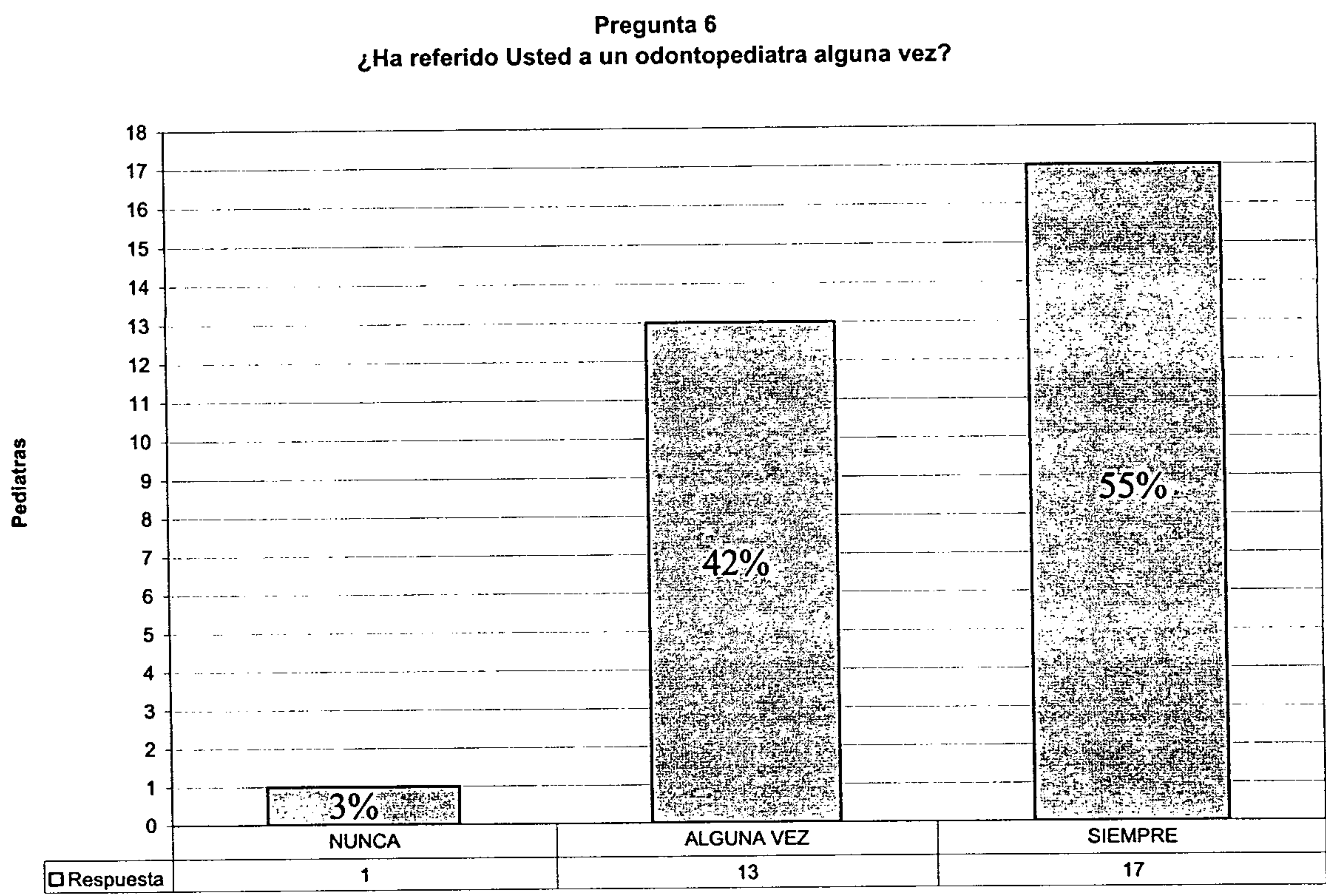
GRÁFICA No. 2



PREGUNTA No. 6

Ha referido Usted a un Odontopediatra alguna vez?

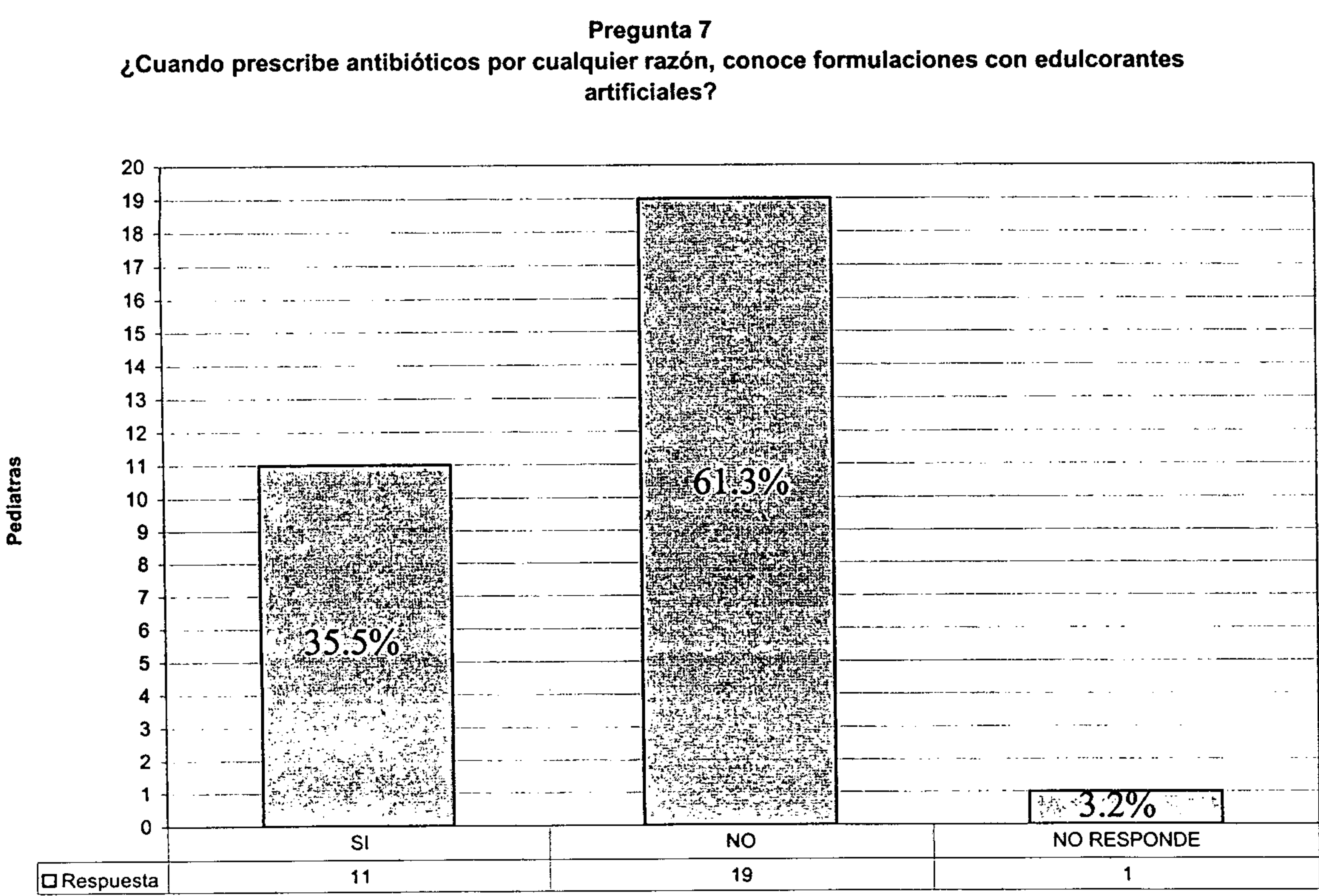
GRÁFICA No. 3



PREGUNTA No. 7

¿Cuando prescribe antibióticos por cualquier razón, conoce formulaciones con edulcorantes artificiales?

GRÁFICA No. 4



PREGUNTA No. 8

Si el niño esta estreñado o enfermo de la garganta le recomienda algún procedimiento con miel pura, Karo u otra?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	5	16%
NO	26	84%

PREGUNTA No. 9

Luego de una vacuna le obsequia algún dulce al niño como recompensa?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	23	74.2%
NO	6	19.4%
ALGUNA VEZ	2	6.4

PREGUNTA No. 10

Prescribe suplementos fluorados?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	30	97%
NO	1	3.2%

PREGUNTA No. 11

Se guía por la tabla de dosificación que le presentan los laboratorios farmacéuticos?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	12	49%
NO	19	61%

PREGUNTA No. 12

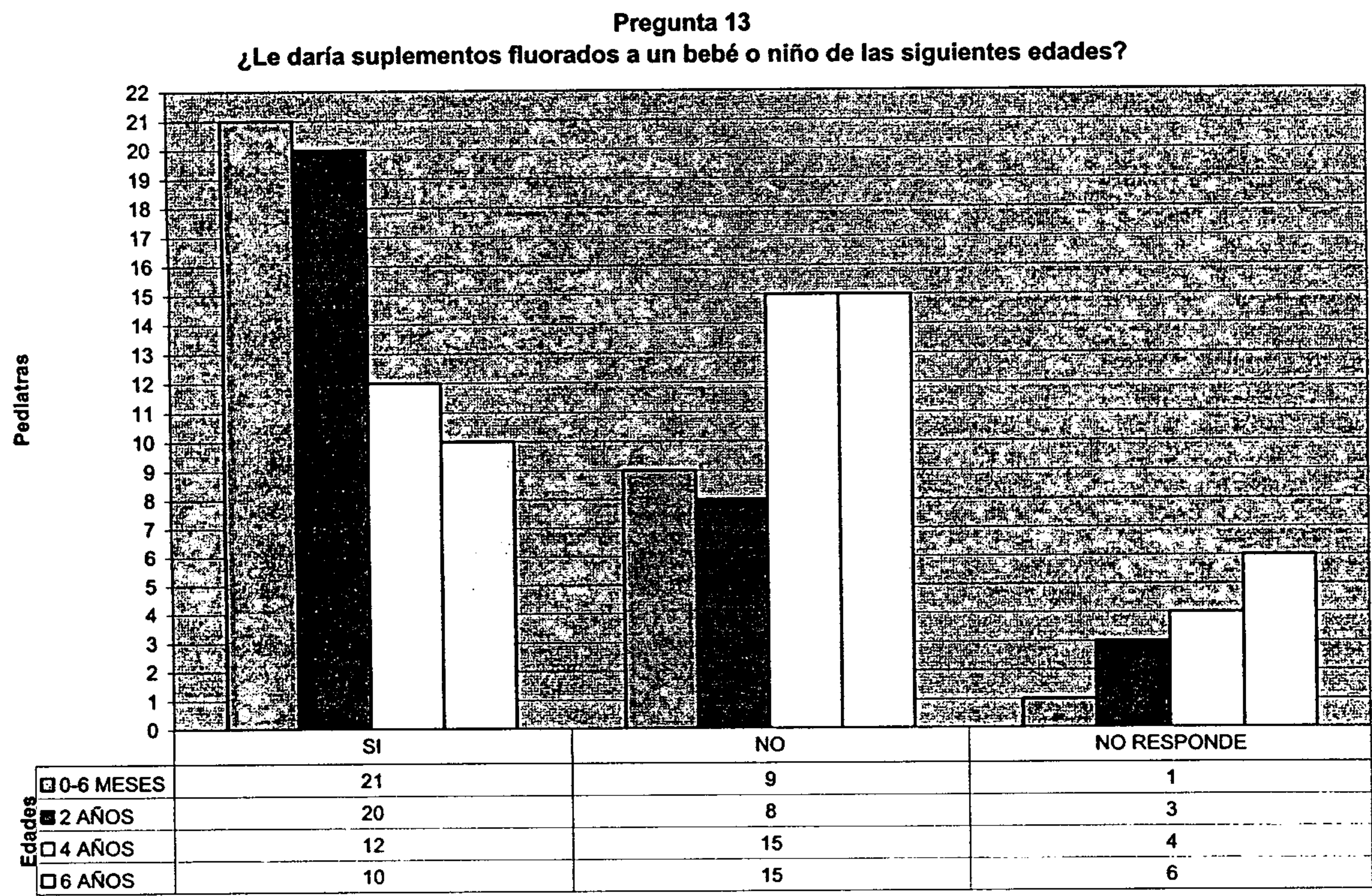
Considera que conoce las dosificaciones correctas?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	22	71%
NO	8	25.8%
NO CONTESTÓ	1	3.2%

PREGUNTA No. 13

Le daría suplementos fluorados a un bebe o niño de las siguientes edades (tabla de edades)?

GRÁFICA No. 5



PREGUNTA No. 14

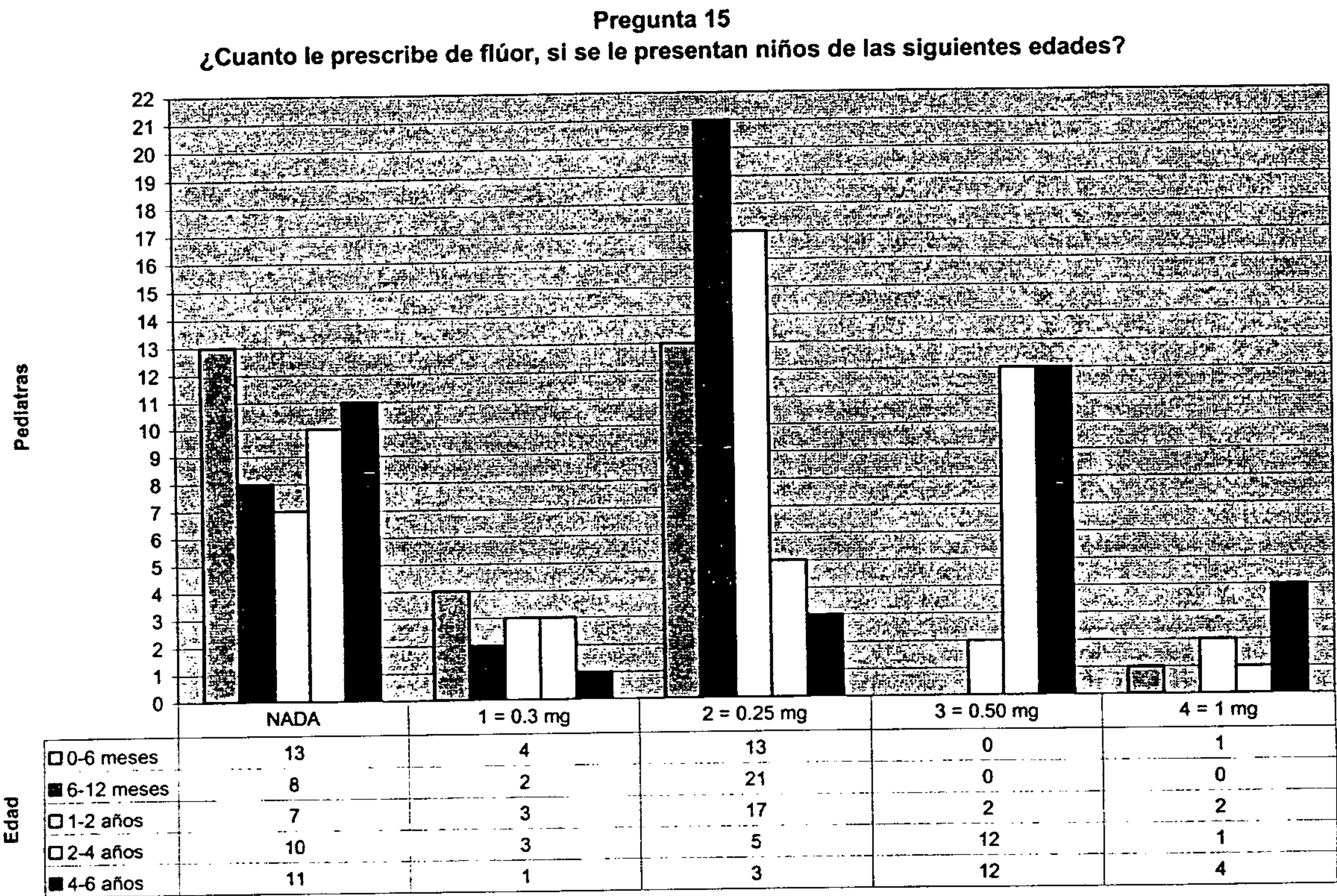
Sabría como realizar una historia de Fluoruros?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	2	6.45%
NO	28	90.32%
NO CONTESTÓ	1	3.2%

PREGUNTA No. 15

Cuánto le prescribe de fluor (si lo hace) si se le presentan niños de las siguientes edades (tabla de edades)?

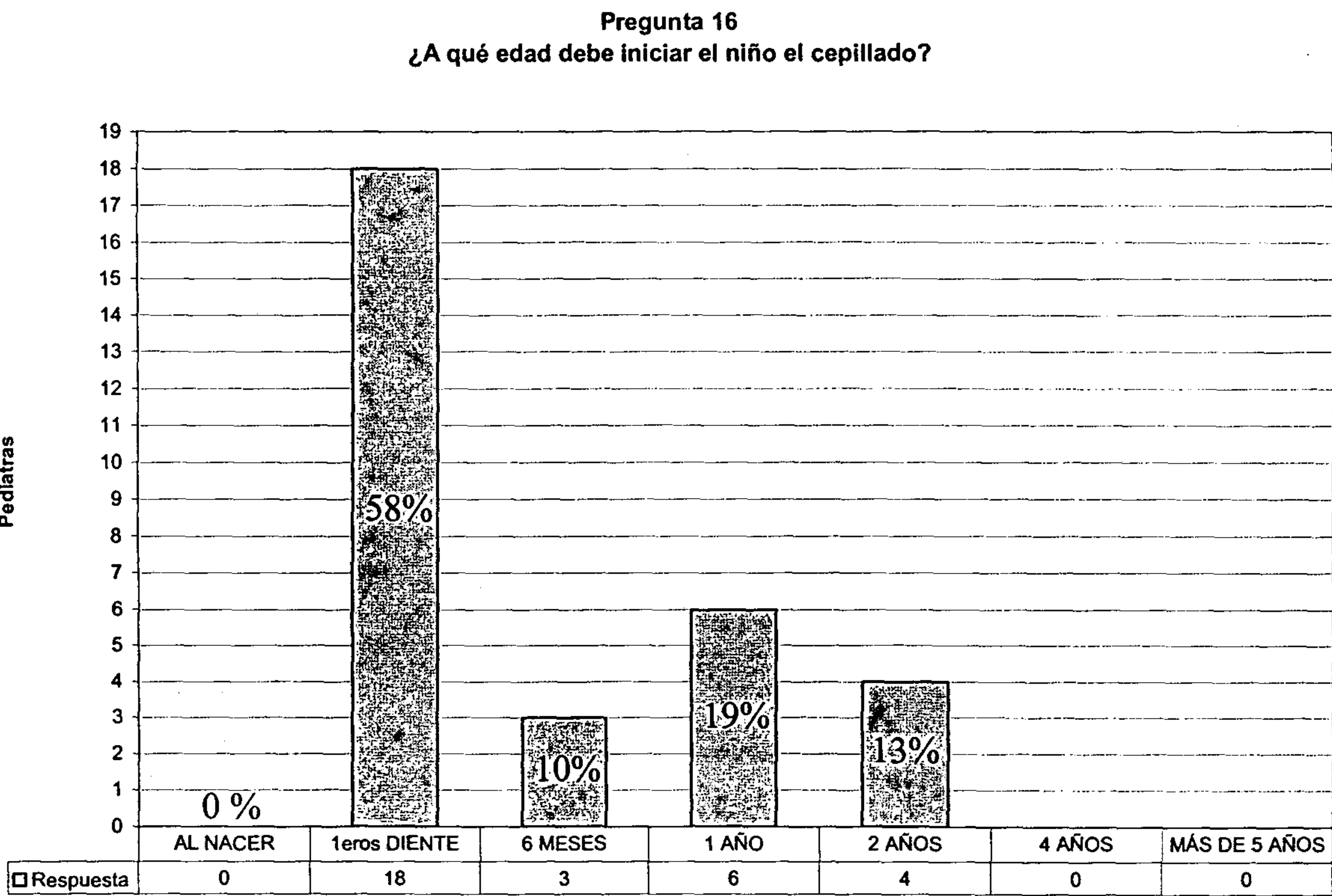
GRÁFICA No. 6



PREGUNTA No. 16

A qué edad debe iniciar el niño el cepillado?

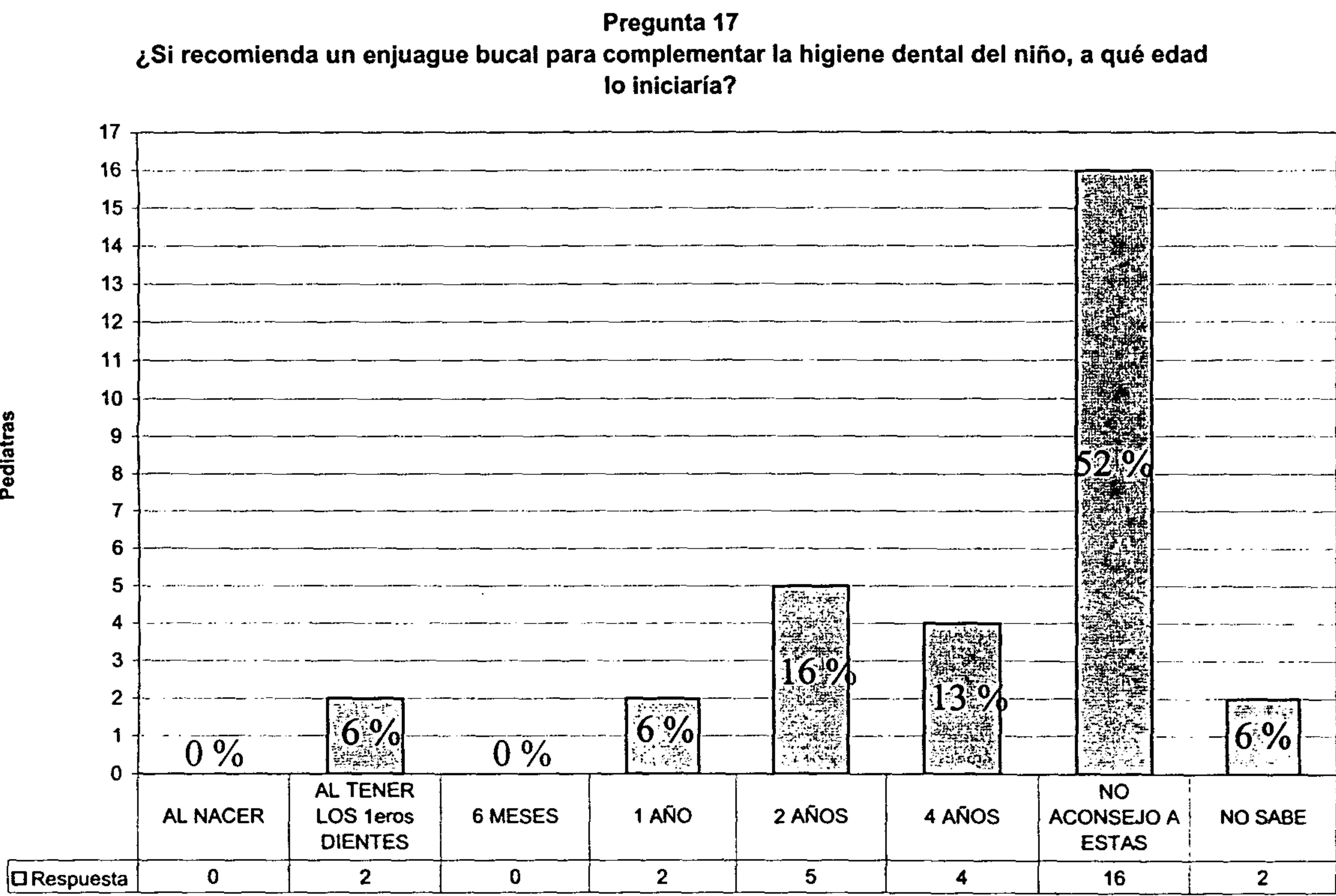
GRÁFICA No. 7



PREGUNTA No. 17

Si recomienda un enjuague bucal para complementar la higiene dental del niño, a qué edad lo iniciaría?

GRÁFICA No. 8



Acerca de los dentríficos Fluorados:

PREGUNTA No. 18.A

Da alguna recomendación sobre el dentrífrico fluorado?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	13	42%
NO	15	48.38%
NO CONTESTÓ	3	10%

PREGUNTA No. 18.B

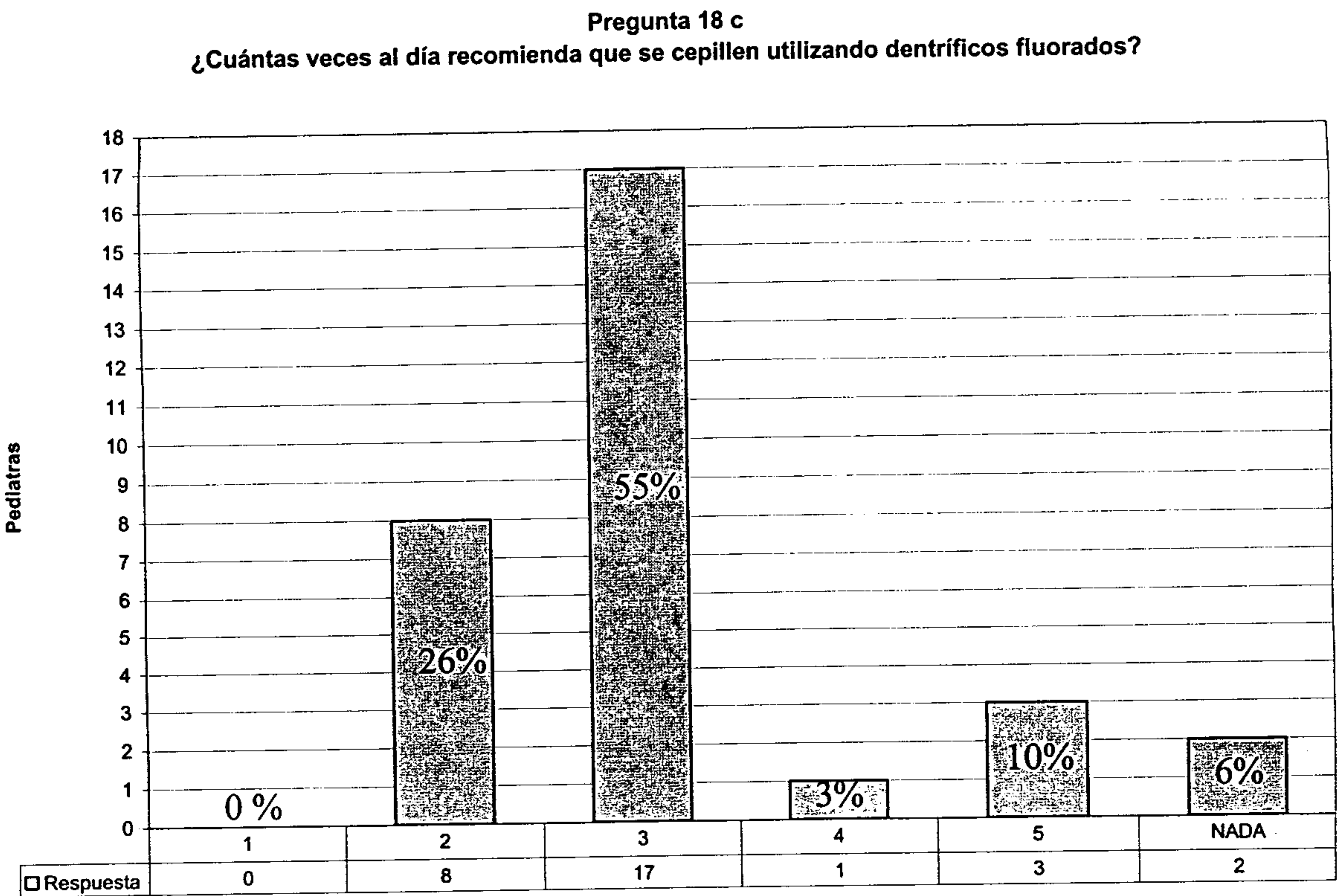
Esta recomendación es sobre la cantidad?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	9	29%
NO	17	55%
NO SABE	5	16%

PREGUNTA No. 18.C

Cuántas veces al día recomienda que se cepillen utilizando dentríficos fluorados?

GRÁFICA No. 9



PREGUNTA No. 18.D

Qué tipo de dentífrico recomienda?

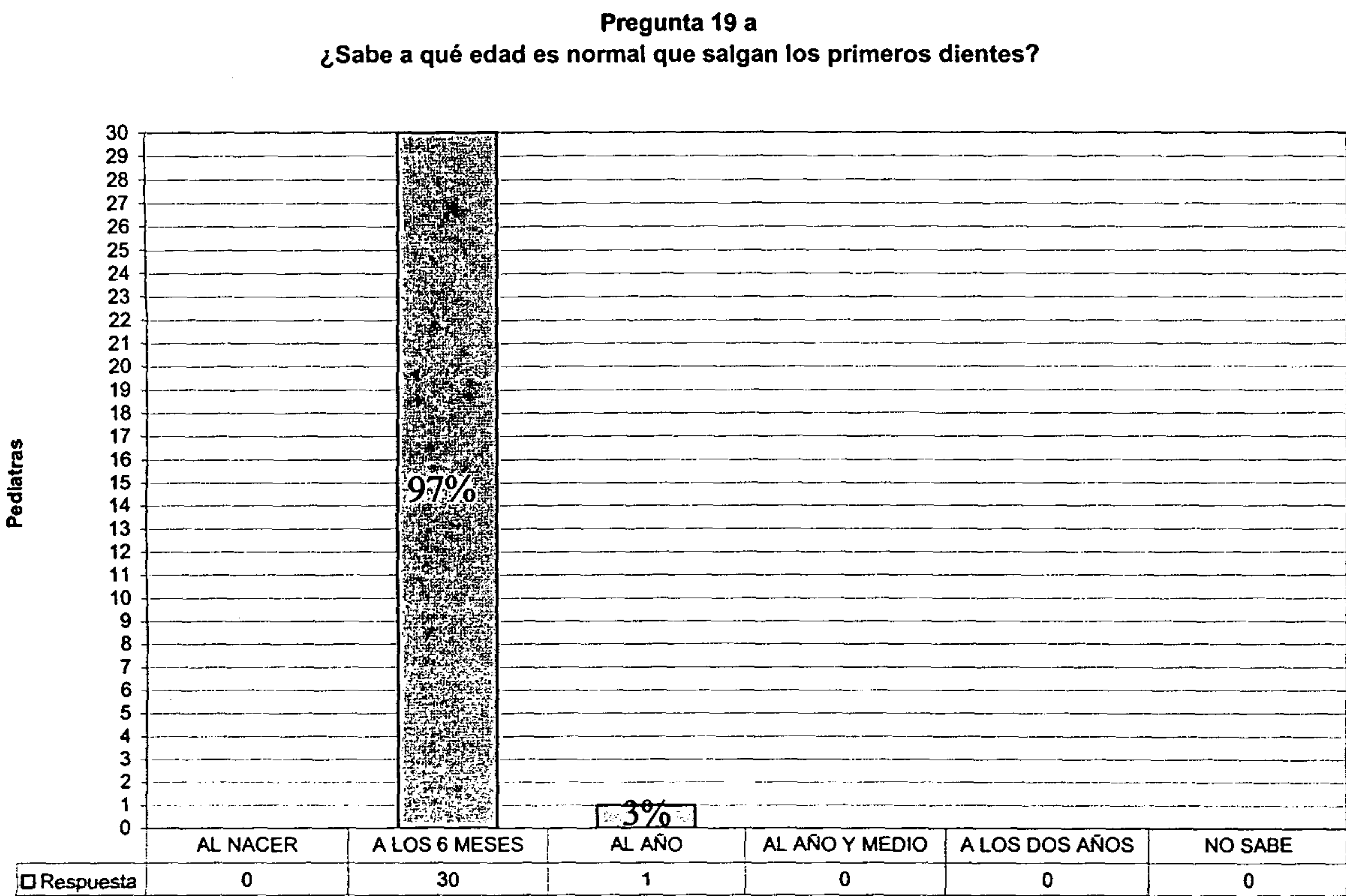
Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
Para niños	28	90.3%
Para adultos	1	3.2%
NO SABE	2	6.5%

Respecto a Erupción dentaria:

PREGUNTA No. 19.A

Sabe a qué edad es normal que salgan los primeros dientes?

GRÁFICA No. 10



PREGUNTA No. 19.B

Puede un niño traer dientes al nacer?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	31	100%
NO	0	0%

PREGUNTA No. 19.C

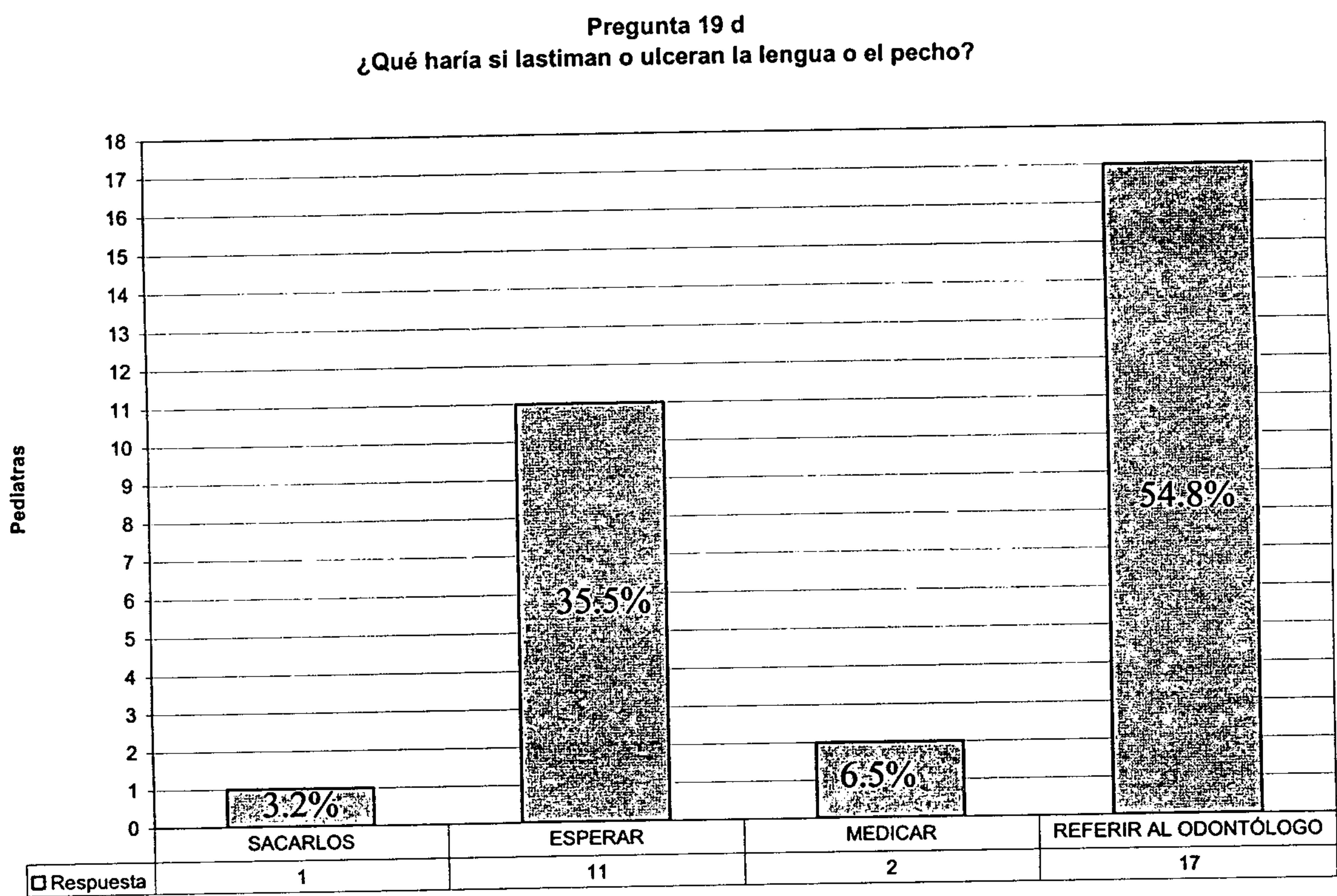
Se los sacaría de rutina?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	5	16.1%
NO	24	77.4%
NO CONTESTO	2	6.5%

PREGUNTA No. 19.D

Qué haría si lastiman o ulceran la lengua o el pecho materno?

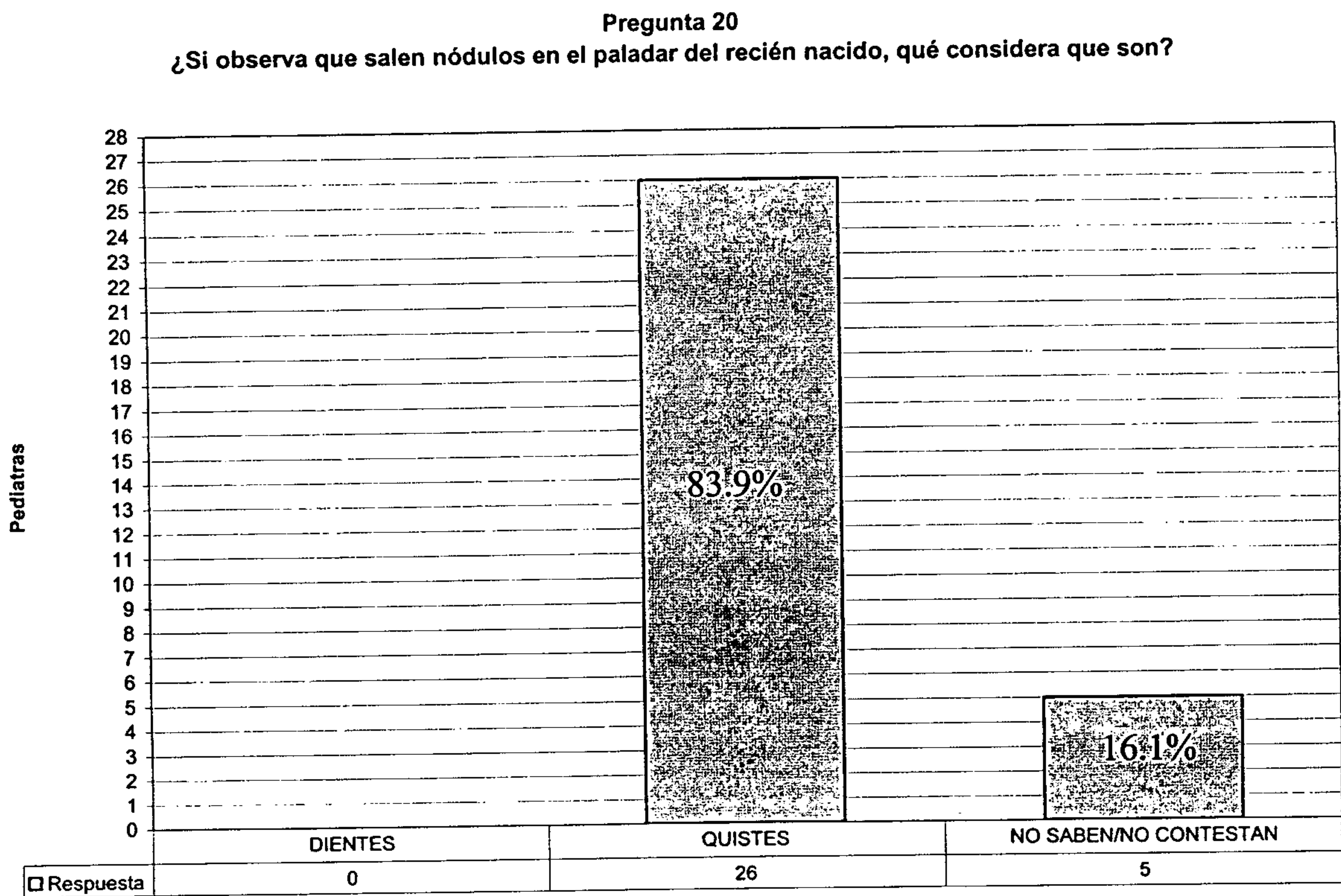
GRÁFICA No. 11



PREGUNTA No. 20

Si observa que salen nódulos en el paladar del recién nacido, qué considera que son?

GRÁFICA No. 12

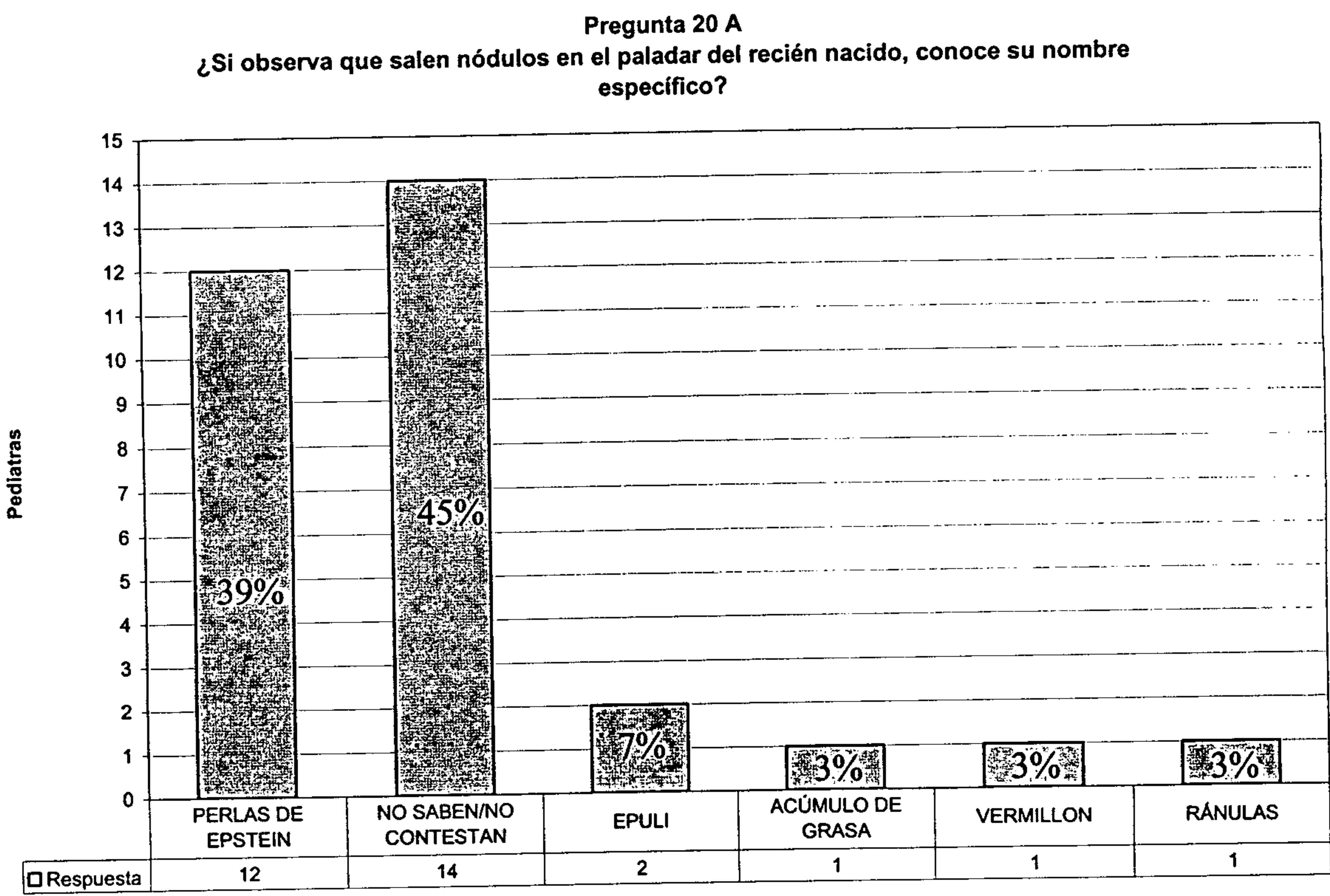


PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

PREGUNTA No. 20.A

Si observa que salen nódulos en el paladar del recién nacido, conoce su nombre específico?

GRÁFICA No. 13

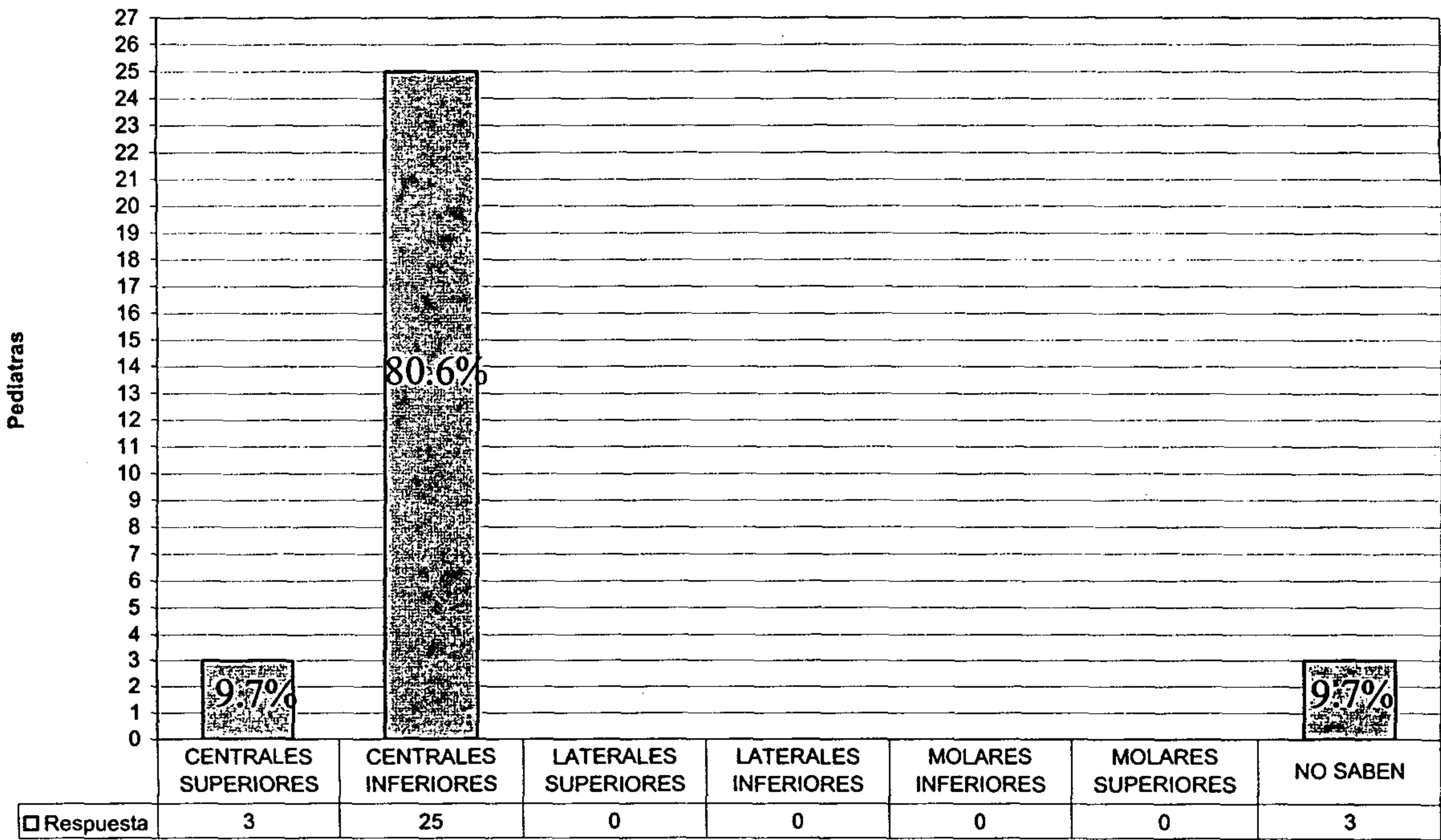


PREGUNTA No. 21

Qué dientes salen primero?

GRÁFICA No. 14

Pregunta 21
¿Qué dientes salen primero?



PREGUNTA No. 22

Es normal que los niños tengan diarrea por la salida de los dientes?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	11	35.48%
NO	18	58%
NO SABE	2	6.45%

PREGUNTA No. 23

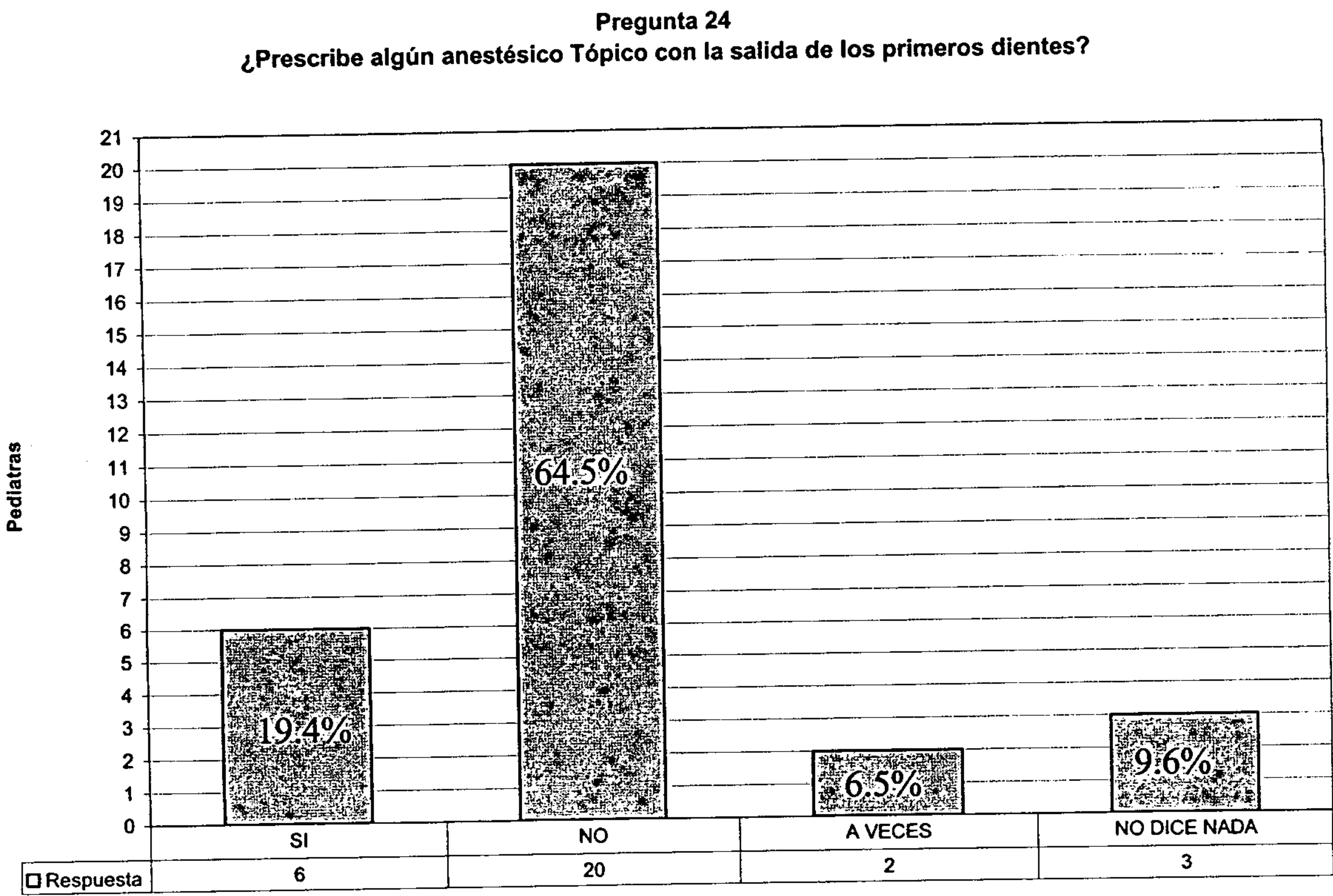
Es normal que los niños saliven más por la salida de los dientes?

Respuesta	Número de Pediatras	Porcentaje
SI	21	67.75%
NO	8	25.81%
NO SABE	2	6.45%

PREGUNTA No. 24

*Prescribe algún anestésico tópico con la salida de los primeros
dientes?*

GRÁFICA No. 15



ANÁLISIS DE RESULTADOS

El pediatra aunque no está especializado específicamente en las estructuras bucales, casi siempre efectúa un examen de las estructuras propias de la cavidad bucal, lo que sugiere, en cierta medida, que conoce otras estructuras. Aunque al analizar la pregunta N°3, el 45% de los pediatras entrevistados consideran que no conocen lo suficiente la cavidad bucal; esto lleva a cuestionar aspectos importantes como: si examinan otras estructuras diferentes a las amígdalas ¿saben realmente lo que examinan o lo que buscan? Debido a que el estudio no midió el nivel de conocimiento sobre la cavidad bucal sino solamente el conocimiento que transmiten a los padres de familia de sus pacientes, no es posible saber si el 52% de pediatras entrevistados que reportaron que sí conocían suficiente es real o no. Un ejemplo del cuestionamiento se tiene en la pregunta N°20 en la que se les pedía reconocer una estructura muy frecuente de los neonatos y muy consultada por los padres de familia a los pediatras; aunque la mayoría (81%) respondió correctamente que eran quistes, del mismo 81% solamente un 39% sabían que su nombre es nódulos de Bohn o quistes palatales del recién nacido.

Se observa que solamente el 16% de los pediatras entrevistados recomiendan a los padres de familia de sus pacientes, la primera visita al dentista durante el primer año de edad que es lo sugerido por las normas actuales de cuidado preventivo a nivel mundial. Mientras que un 84% de los pediatras entrevistados refieren con regularidad al odontólogo, sin permitir que la modalidad de odontología preventiva y anticipatoria funcione a su máximo, haciéndolo medianamente tarde. En la pregunta referente a qué edad habían referido a sus pacientes a un odontólogo general, aunque se esperaba que estas respuestas concordaran con un 84% que fue lo expuesto anteriormente, no hubo una concordancia total pues el número de referencias durante el primer año de edad aumentó ligeramente respecto a esa pregunta, mientras que en el período de los dos años bajó hasta en un 10%. Esto podría implicar que consideren como correcto mandar al odontólogo en una edad, pero al llevarlo a la práctica se realice de manera distinta.

Según los pediatras entrevistados no es una norma de ellos referir siempre como se sugiere a un odontopediatra u odontólogo familiarizado con niños; es importante reforzar los conceptos de

referencia temprana para que actúe verdaderamente la odontología preventiva y limitar daños bucodentales en los niños.

Debido a que los pediatras usualmente recetan antibióticos por diversas causas sistémicas y ya que estas formulaciones contienen altas cantidades de sacarosa en jarabes, por ser una forma pediátrica adecuada para que lo tomen los niños y así enmascarar el sabor amargo de los medicamentos; se les preguntó si conocían formulaciones con algún tipo de edulcorante, un 61.29 % no conocían formulaciones que pudieran contribuir a la salud bucal, lo cuál se considera importante reforzar de parte de las casas farmacéuticas a los pediatras para desestimularlos a utilizar medicamentos endulzados con sacarosa y que tomen en cuenta antes de recetar medicamentos una buena alternativa como lo son las formulaciones con algún tipo de edulcorante artificial que además de hacerlos más aceptables para contrarrestar la enfermedad sistémica que presente el niño, también contribuye a preservar la salud dental, pues como es sabido al utilizar los jarabes medicinales con sacarosa se ha demostrado daño al esmalte dentario en muy poco tiempo, por su alta concentración de sacarosa y la forma "pegajosa" en que se presenta,

lo que prolonga el contacto del azúcar con las superficies dentarias y en especial, si se da el medicamento por mucho tiempo.

La mayoría de pediatras (74.19%) obsequian un dulce al niño como recompensa luego de una vacuna; de por sí no es incorrecto, siempre y cuando se mande el mensaje a los padres de familia de que se debe reducir el consumo y frecuencia en la que se les permite a los niños comer alimentos y bebidas azucaradas.

La mayoría de los pediatras entrevistados prescriben suplementos fluorados, prácticamente todos lo hacen con la excepción de uno; esto hace que el 97% de los encuestados utilicen el flúor constantemente en niños, sobre todo en infantes; sin embargo, la forma en que lo hacen no es la más adecuada; este aspecto es de importancia ya que si los pediatras no están enterados completamente de los pros y contras del uso de los suplementos fluorados, podrían tener casos de odontofluorosis en sus pacientes niños, en el momento que se están formando sus dientes permanentes, lo que se puede minimizar bastante con una historia adecuada de fluoruros y su posterior utilización.

En las tablas de dosificación que presentan las casas y laboratorios farmacéuticos a los pediatras y odontólogos, surgen cuestionamientos interesantes que tienen relación con lo anterior; se parte del hecho de que las tablas proporcionadas por los laboratorios están basadas en lo que sugieren asociaciones dentales de prestigio y la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo que cabe preguntarse si el 61% de los pediatras entrevistados que reportaron no tomar como referencia estas recomendaciones, en qué basan sus dosificaciones de suplementos fluorados? El 90.32% expresó que no saben como realizar una historia de fluoruros (ver gráfica No. 15). Tampoco estas respuestas tienen concordancia con las edades ni con las dosificaciones que reportaron (gráficas No. 14 y 16) y finalmente el 71% consideró que conoce las dosificaciones correctas (ver gráfica No. 13) a pesar de que las otras preguntas relativas a fluoruros desmienten esto, por lo que es en estos aspectos en los que es más valiosa la retroalimentación a los pediatras; es evidente que ellos seguirán manejando un producto que tiene básicamente efectos sobre las estructuras dentales y por lo tanto es mejor hacer esfuerzos para que los fluoruros se dosifiquen adecuadamente con la finalidad de que

prevengan caries y colaboren con la remineralización de lesiones incipientes y estructuras dentarias en vez de aumentar las posibilidades de fluorosis que solo se observa años después.

Es importante saber si el pediatra maneja aspectos de teorías sistémicas y tópicos de fluoruros, así como dosificaciones según edad; ya que los casos de fluorosis dentaria han aumentado en muchos lugares del mundo (las últimas investigaciones sugieren que es debido a la combinación de suplementos fluorados y dentífricos también fluorados), las recomendaciones actuales sugieren no dar ningún suplemento con flúor en los primeros 6 meses de edad y cuidar mucho la ingesta y cantidad de dentífrico fluorado que se coloca en el cepillo del niño, aunque lamentablemente ningún pediatra reportó comenzar el cepillado al nacer cuando debió ser el 100 % (ver resultados de la pregunta No. 16).

Por el contrario, a medida que iba avanzando la edad los pediatras dan cada vez menos suplementos fluorados lo cual no debería de ser así; por ejemplo, a los 6 años de edad el 67.75% de los pediatras dejan de dar suplementos fluorados cuando las

recomendaciones sugieren darlos por lo menos hasta los 16 años de edad.

Sobre si el pediatra entrevistado sabría como realizar una historia de fluoruros, (93.5%) contestaron que no sabrían como hacerla; actualmente se considera que no son solo las tablas de dosificación las que se deben tomar en cuenta, sino la combinación de éstas con los hábitos del niño (si se come la pasta, la cantidad que se dispensa sobre el cepillo, el número de veces que se cepilla con dentífrico fluorado, el tipo de dentífrico y las partes por millón que contiene de flúor) así como si consume para el caso guatemalteco sal fluorada de venta en diversos supermercados del país.

El pediatra tiende a dar desde que nacen los niños, suplementos fluorados y conforme va aumentando la edad, ya no los recetan tanto; adicionalmente en la mayoría de los casos, las dosificaciones dadas por los pediatras entrevistados no siempre entraron en concordancia con las tablas sugeridas por organizaciones mundiales.

Se encontraron incongruencias; ejemplo de ellas es que algunos pediatras que contestaron afirmativamente que conocían las dosificaciones correctas, expresaron posteriormente con sus respuestas en la pregunta 15 que no las conocían.

La pregunta 16 iba dirigida a conocer a qué edad creían los pediatras que debía iniciar el niño su cepillado. Se ha establecido que desde el momento que nace un niño y toma leche del pecho materno o de un biberón se quedan restos de este alimento en la boca del pequeño y por lo tanto las bacterias que se han comenzado a desarrollar en este medio ambiente bucal tienen el potencial de descomponer los alimentos que quedan; a medida que el infante crece, los alimentos se van haciendo cada vez más complejos y de igual manera las bacterias hacen lo mismo; las enfermedades bucales más frecuentes están asociadas a la placa dentobacteriana formada por complejas asociaciones de bacterias; de esto se deduce que mientras más limpia se mantenga una boca sin importar su edad, menos problemas enfrentará y esto también es aplicable a los niños desde el nacimiento. Es por esto que la sugerencia de cuando comenzar un cepillado es desde el nacimiento pero ningún pediatra

logró enfocar este aspecto tan importante según lo muestran los resultados.

El enjuague bucal para complementar la higiene dental del niño, debe de desestimularse debido a que usualmente el que se recomienda es fluorado, y podría aumentar la posibilidad de fluorosis dentaria ya que los niños menores de 6 años no saben controlar el reflejo de tragar.

En la pregunta 18 y las siguientes preguntas se trataban de conocer diversos aspectos acerca de los dentífricos fluorados. El cuestionamiento de la N°18 fue que si al usar un dentífrico fluorado daba alguna recomendación; la mayoría reportó que no la hacía. Es importante resaltar que el uso de un dentífrico fluorado es importante en la prevención y disminución de la caries dental y ello se ha probado extensamente. También se ha comprobado que el excesivo uso de este procedimiento al mismo tiempo puede conducir a casos de fluorosis leve y que para disminuir esto al máximo se requiere que se den consejos mínimos a los padres de familia en cuanto dentífricos Fluorados.

La mayoría de pediatras no recomiendan nada sobre la cantidad a usar de dentífrico sobre el cepillo; además la mayoría considera que 3 veces es la cantidad correcta a cepillarse cada día y casi todos se inclinan por el uso de un dentífrico para niños.

Al interrogar sobre la edad en la que salen los primeros dientes casi todos los pediatras coinciden en que es a los 6 meses de edad. También todos reportaron conocer que los neonatos pueden traer dientes al nacer; debido a que es una condición que se puede presentar cuando nacen los niños y es el pediatra el que los atiende, es evidente que muchos o casi todos han tenido esta experiencia. Hubo diversas respuestas sobre si se deben extraer los dientes neonatales o no. En general, se considera que los dientes que se encuentran presentes al nacer deben de dejarse en su lugar con la excepción de si están provocando molestias muy grandes que impidan una adecuada alimentación del recién nacido por largo tiempo, si están malformados o si están muy móviles los cuales corren el riesgo de aspirarse. Si se observaba que lastimaban, las respuestas obtenidas en su mayoría reflejan mucha prudencia en este tema pues

once (35.48%) prefieren esperar y 17 (55 %) refieren al odontólogo, en tanto que dos medicarían y solamente uno los extraería.

En la pregunta 20 se cuestionó el conocimiento al observar nódulos en el paladar del recién nacido. La mayoría de pediatras sí conocen esta condición, pero al preguntarles sobre su nombre específico en la siguiente pregunta, muy pocos conocieron su verdadero nombre y algunos los llamaron incorrectamente.

La mayoría de pediatras conocen que los incisivos centrales inferiores salen de primero y la menor parte señaló otros dientes y muy pocos no contestaron o no sabían la respuesta. Más de la mitad de los pediatras consideran que la salida de los dientes no tiene que ver con casos de diarrea, aunque un tercio de ellos consideran que sí; la literatura, en general, reporta que no tiene relación este evento con la salida de los dientes. Así mismo, se les preguntó sobre el aumento de la salivación y la salida de los dientes. Se considera que los niños tienen diferentes patrones en cuanto a la erupción dentaria, mientras que el desarrollo de la glándulas salivales sigue más o menos un patrón regular; por lo tanto es muy frecuente y deseable que en el

tiempo que están saliendo los primeros dientes exista una mayor salivación para protegerlos de los ataques cariogénicos, pero éstos pueden existir independientemente unos de otros.

Finalmente, se cuestionó sobre el uso de anestésicos tópicos para las molestias de la salida de los dientes. La erupción dentaria es un fenómeno natural que por supuesto no está exento de molestias para el niño, pero se debe de evitar al máximo el uso de medicamentos innecesarios y solo en casos muy especiales hacer uso de los anestésicos tópicos, tal y como reflejaron las respuestas de los pediatras.

CONCLUSIONES

1. Los pediatras entrevistados conocen ciertos aspectos de la salud bucal, pero en algunas situaciones demuestran deficiencia en sus conocimientos, como por ejemplo el manejo de fluoruros o medidas preventivas.
2. Es evidente que los pediatras sí examinan la cavidad bucal y observan algo más que amígdalas, pero sólo la mitad está segura del conocimiento de las estructuras bucodentales; debido a que este estudio no midió el grado de conocimiento es difícil determinar si los que se sintieron seguros de este conocimiento realmente lo poseen o no.
3. En lo que se refiere a la edad en la que los pediatras creen que es bueno referir a un odontólogo; lamentablemente la mayoría de profesionales esperan hasta después de uno o dos años para referir, lo que conduce a que no se aprovechen las primeras etapas en las cuales los padres pueden aprender hábitos positivos que redunden en

una mejor salud bucodental; sin embargo y a pesar del factor edad, los pediatras dicen referir en un buen número a los odontólogos, pero esto no es tan cierto cuando se les pregunta si ya han referido, disminuyéndose estos números ligeramente; además estos profesionales han referido con mayor frecuencia a odontopediatras, la mayoría dice hacerlo siempre y otros algunas veces.

4. Respecto a antibióticos con edulcorantes artificiales, pocos pediatras dicen usarlos, pero más del 60% no conocían formulaciones que pudieran colaborar con la salud dental; así mismo, la mayoría de estos profesionales no utilizan miel pura o miel Karo en diversas afecciones, aunque si hay algunos que las usan pero son pocos, afortunadamente.

5. Los pediatras sí obsequian dulces luego de una vacuna; posiblemente algunos esperaban que por ser de odontología la investigación, la tendencia sea prohibir estrictamente los dulces lo cual está alejado de la realidad. Es razonable que se den dulces siempre y cuando no se abuse de la cantidad ni de la frecuencia con la que se consumen.

6. Los pediatras se contradijeron en el tema de fluoruros pues sus respuestas no mostraron congruencia con lo que sugieren las instituciones conocedoras de estos temas; es importante por lo tanto reconocer que el ión flúor es un micronutriente esencial en la dieta de toda persona y sobre todo de los niños por obtener mayores beneficios de este, pero también se debe conocer que si no se dosifica adecuadamente, aumenta la posibilidad de producir fluorosis dental; adicionalmente, se debe transmitir el mensaje de que los fluoruros deben ser prescritos por largo tiempo para obtener el máximo de beneficio, algo que tampoco pudieron expresar los pediatras.

7. Se requiere que los pediatras reciban información específica en el tema de fluoruros, pues por el momento son ellos quienes ven a los niños más pequeños; mientras el odontólogo no cambie de mentalidad y visualice la oportunidad que tiene al utilizar la prevención, los pediatras seguirán siendo los únicos profesionales que manejen a la salud bucodental a pesar de sus deficiencias antes descritas.

8. El pediatra no aprovecha el tiempo valioso que le da la prevención pues, él podría estimular la higiene bucal desde los primeros días de nacido su paciente, algo que debe motivarse por los efectos benéficos que conlleva tanto para el niño como para los padres, pues se están fijando en sus mentes hábitos positivos; es por ello que debe retroalimentarse a los pediatras con información sustentada científicamente la cual puedan utilizar para beneficio de sus pacientes y de su misma práctica profesional.

9. Se debe tener cuidado con algunas ayudas de higiene bucal como lo son los enjuagues bucales pues casi la mitad los aconsejarían debajo de los 4 años; es importante resaltar que esto está estrictamente prohibido y las regulaciones sugieren no dar ninguno de estos antes de los 6 años de edad. Nuevamente se requiere retroalimentar a los pediatras en estos aspectos importantes de la salud bucal.

10. Los pediatras en general no dan mayores recomendaciones sobre dentífricos fluorados, aunque si estimulan su uso; una de las preguntas que se les hicieron fue acerca del tipo de dentífrico que

recomendaban y casi todos se inclinaron por el de niños; lamentablemente la pregunta no enfocó en su totalidad la problemática de los dentífricos fluorados ya que a mayor cantidad de partes por millón de flúor, mayor posibilidad de fluorosis dentaria. La mayoría de pediatras estimulan el cepillado unas 3 veces al día en promedio lo que concuerda con las regulaciones.

11. Casi todos los pediatras conocen el período de erupción de los primeros dientes y cuales son, posiblemente por que es de importancia para los padres y en general un gran acontecimiento en casa. También conocen muy bien la condición de los dientes neonatales y afortunadamente la mayoría no los extraería de rutina, los refiere al odontólogo o espera a pesar de que pueda estar lastimando la lengua del bebé. Algunos consideran que la salida de los primeros dientes pueden dar diarrea o un aumento en la salivación lo cual no es del todo cierto; es más probable que sean condiciones que se dan coyunturalmente al mismo tiempo y por razones distintas e incluso fisiológicas según la literatura.

12. Los pediatras saben reconocer los nódulos en el paladar aunque la mayor parte de ellos desconoce su nombre, aunque saben que pueden ser quistes; lo que no refirieron fue el hecho que podría ser otra condición llamada nódulos de Bohn.

13. Los pediatras no recetan anestésicos tópicos con la salida de los primeros dientes, algo que se considera correcto pues no se deben de medicar situaciones que no ameritan normalmente excepto en casos muy necesarios en los que se observa demasiado malestar en el niño.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere que los pediatras reciban algunas charlas sobre odontología pediátrica para complementar sus conocimientos, especialmente en las áreas que se encontraron vulnerables en este estudio, como parte de un programa de formación continua.
2. Se propone que existan otras investigaciones en el futuro sobre temas más específicos, como por ejemplo, estructuras bucales normales, lesiones de diagnóstico inmediato o expedito, lesiones bucales más frecuentes que se presentan en las clínicas pediátricas, manejo correcto de fluoruros, transmisión de hábitos positivos a los padres de familia en salud bucodental, etc.
3. Se recomienda de manera especial reforzar los conceptos actuales sobre fluoruros para que lo continúen haciendo en base a la evidencia científica reciente.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

1. Uno de los obstáculos más grandes fue la larga espera en que se incurrió con cada pediatra para responder la encuesta; a pesar de que esta no tomaba más de 10 minutos en contestarla, una buena proporción de estos profesionales se tomó desde unos cuantos días hasta dos o tres semanas para poder responderla. Incluso hubo pediatras que a pesar de afirmar que iban a contestar la encuesta, nunca la respondieron por lo que hubo necesidad de incluir a otros pediatras que afortunadamente contestaron en el mismo momento, habiendo recuperado el tiempo perdido.

2. Hubo pediatras que mostraron cierto recelo o temor de contestar ya sea la encuesta o la boleta de consentimiento; además, a cada pediatra se le solicitó colocar su sello profesional y su firma en la boleta de consentimiento para que la investigadora pudiera probar que realmente sí visitó a los médicos, pero existió algo de desconfianza para concretar este paso con algunos de ellos.

3. Otras limitaciones del estudio consistieron en que algunas preguntas no fueron formuladas específicamente para un solo tema de la odontología, sino que debido al objetivo principal, solo se pretendía conocer que era lo que transmitían los pediatras a los padres de sus pequeños pacientes. Al responder a algunos de los cuestionamientos fue evidente que se necesitaba profundizar más en el tema pero debido a la naturaleza del estudio esto no se pudo realizar quedando algunas lagunas en las respuestas de la investigación.

ANEXOS

INVITACIÓN A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Guatemala, de Agosto del 2003.

Dr. _____

Presente.

Estimado Doctor(a):

Después de saludarlo es un gusto poder presentarme como estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala y poder invitarle a participar en la investigación de Tesis de pre-grado titulada: ***"CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL QUE TRANSMITE EL PEDIATRA DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA A LOS PADRES DE FAMILIA"***.

Debido a que los primeros profesionales de la salud que interactúan con recién nacidos e infantes son los pediatras, los padres normalmente les harán cuestionamientos de toda índole respecto a la salud de sus niños y esto incluye a la salud bucal.

Esta investigación tiene como objetivo determinar cuales son los conocimientos en salud bucal más frecuentes que usted transmite a los padres de sus pacientes, ya sea que le sean requeridos por ellos o porque usted los considere convenientes. No se evaluará la calidad del conocimiento sino lo que usted sabe de salud bucal sin importar si es o no correcto.

El cuestionario se diseñó con el fin de que sea rápido y sencillo de llenar, por lo que se espera que no le tome más de 10 minutos en terminarlo.

Los resultados de esta investigación servirán en primera instancia para facilitar la interconsulta entre pediatras y odontólogos y colaborar en hacer mejores profesionales; así mismo, con los resultados obtenidos se espera retroalimentar a los pediatras con sus resultados y guiarlos para que estos conocimientos que transmiten sean los más adecuados.

Para conocer si usted confirma su participación en el estudio, sírvase llenar la hoja adjunta de aceptación en la que confirma su participación, en el entendido de que solamente se le solicita que llene el cuestionario y con la seguridad de que sus respuestas serán tomadas con toda confidencialidad.

Agradeciendo de antemano su colaboración, se despide de usted atentamente,

Sandra V. Mencos Ovando
Odontóloga Practicante.

Vo.Bo.

Dr. Rodrigo Larrave
Pediatra Asesor de Tesis

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dr. _____ Médico Pediatra
acepto participar en el estudio de investigación de tesis titulado ***“CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL QUE TRANSMITE EL PEDIATRA DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA A LOS PADRES DE FAMILIA”***, con la única responsabilidad de contestar verazmente y a mi buen entendimiento a las preguntas que me sean formuladas en el cuestionario diseñado para este fin.

La odontóloga practicante se compromete a utilizar esta información recabada única y exclusivamente para fines de recolección de datos en la investigación de esta tesis y con el entendido que no será utilizado mi nombre ni mis resultados individuales de una forma pública ni en la tesis publicada. Sé que no se me evaluará mi grado de conocimiento sobre salud bucal sino que únicamente lo que yo le trasmito a mis pacientes sobre salud bucal.

Lo único que acepto es que mis respuestas puedan ser tabuladas para que en conjunto con las demás respuestas de mis colegas podamos contribuir a mejorar la salud bucal de los niños de este país en conjunto con colegas odontólogos.

Firma de consentimiento del Pediatra: _____

Firma de Investigadora: _____

CUESTIONARIO

Estimado Doctor:

A continuación se le hacen algunas preguntas relacionadas con la salud bucal de niños pequeños; según diversos pediatras consultados, estas son algunas de las preguntas más frecuentes que le hacen los padres al doctor; se espera que usted responda de acuerdo a sus conocimientos y experiencia; si no tiene evidencia de lo que se le pregunta, déjela en blanco.

Recuerde que no se le está midiendo cuánto sabe, sino que el cuestionario pretende conocer qué es lo que sabe y cómo lo transmite.

1. Examina usted algo en la boca de sus pacientes? Si ☐ No ☐
2. Ve algo más que las amígdalas? Si ☐ No ☐
3. Considera que conoce suficiente de la cavidad bucal?
Si ☐ No ☐
4. A qué edad considera que el niño debe ir al dentista por 1ª vez?

0-1 año	☐	1-2 años	☐
2-3 años	☐	3-4 años	☐
4-5 años	☐	5-6 años	☐

5. Ha referido usted con regularidad al odontólogo y si lo hace especifique a qué edad? Si ☐ No ☐ Edad _____
6. Ha referido usted a un odontopediatra alguna vez?
Nunca ☐ Alguna vez ☐ Siempre ☐
7. Cuando prescribe antibióticos por cualquier razón, conoce formulaciones con edulcorantes artificiales? Si ☐ No ☐

8. Si el niño está estreñado o enfermo de la garganta, le recomienda algún procedimiento con miel pura, "Karo" u otra? Si ☐ No ☐
9. Luego de una vacuna, le obsequia un dulce al niño como recompensa? Si ☐ No ☐
10. Prescribe suplementos Fluorados? Si ☐ No ☐
11. Se guía por las tablas de dosificación que le presentan los laboratorios farmacéuticos? Si ☐ No ☐
12. Considera que conoce las dosificaciones correctas?
Si ☐ No ☐
13. Le daría suplementos fluorados a un bebé o niño de: (marque con un cheque si es afirmativo o una "X" si es negativo)

0-6 meses	☐	2 años	☐
4 años	☐	6 años	☐

14. Sabría usted como realizar una historia de fluoruros?
Si ☐ No ☐

15. Cuanto le prescribe de flúor (si lo hace) si se le presentan niños de las siguientes edades? *Utilice los siguientes numerales para responder: (N = nada, 1 = 0.3 mg, 2 = 0.25 mg, 3 = 0.50mg, 4 = 1 mg)*

0-6 meses		6-12 meses	
1-2 años		2-4 años	
4-6 años		No Sabe	

16. A qué edad debe iniciar el niño el cepillado?

- | | | | |
|---------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Al Nacer | ☐ | Al tener los primeros dientes | ☐ |
| 6 meses | ☐ | 1 año | ☐ |
| 2 años | ☐ | 4 años | ☐ |
| Mas de 5 años | ☐ | | |

17. Si recomienda un enjuague bucal para complementar la higiene dental del niño, a qué edad lo iniciaría?

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Al Nacer | ☐ | Al tener los primeros dientes | ☐ |
| 6 meses | ☐ | 1 año | ☐ |
| 2 años | ☐ | 4 años | ☐ |
| No aconsejo a estas edades | ☐ | | |

18. Acerca de los Dentífricos Fluorados:

Da alguna recomendación sobre el dentífrico fluorado? Si ☐ No ☐

Esta recomendación incluye algo sobre la cantidad: Si ☐ No ☐

Nº de cepillados al día? 1 2 3 4 5

Tipo de Dentífrico? para niños ☐ para adultos ☐

19. Respecto a erupción dentaria:

a. Sabe a qué edad es normal que salgan los primeros dientes?

- | | | | |
|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|
| Al nacer | ☐ | A los 6 meses | ☐ |
| Al año | ☐ | Al año y medio | ☐ |
| A los dos años | ☐ | | |

b. Puede un niño traer dientes al nacer? Si ☐ No ☐

c. Se los mandaría a extraer de rutina? Si ☐ No ☐

d. Qué haría si lastiman o ulceran la lengua o el pecho materno?

- | | | | |
|----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sacarlos | ☐ | Esperar | ☐ |
| Medicar | ☐ | Referir al odontólogo | ☐ |

20. Si observa que salen nódulos en el paladar del recién nacido, qué considera que son?

Dientes ☐ Quistes ☐

a. Conoce su nombre específico? Si ☐ No ☐

Cuál? _____

21. Qué dientes salen primero?

Centrales Superiores ☐ Centrales Inferiores ☐

Laterales Superiores ☐ Laterales Inferiores ☐

Molares Inferiores ☐ Molares Superiores ☐

22. Es normal que los niños tengan diarrea por la salida de los dientes? Si ☐ No ☐

23. Es normal que los niños saliven más por la salida de los dientes? Si ☐ No ☐

24. Prescribe algún anestésico Tópico con la salida de los primeros dientes? Si ☐ No ☐

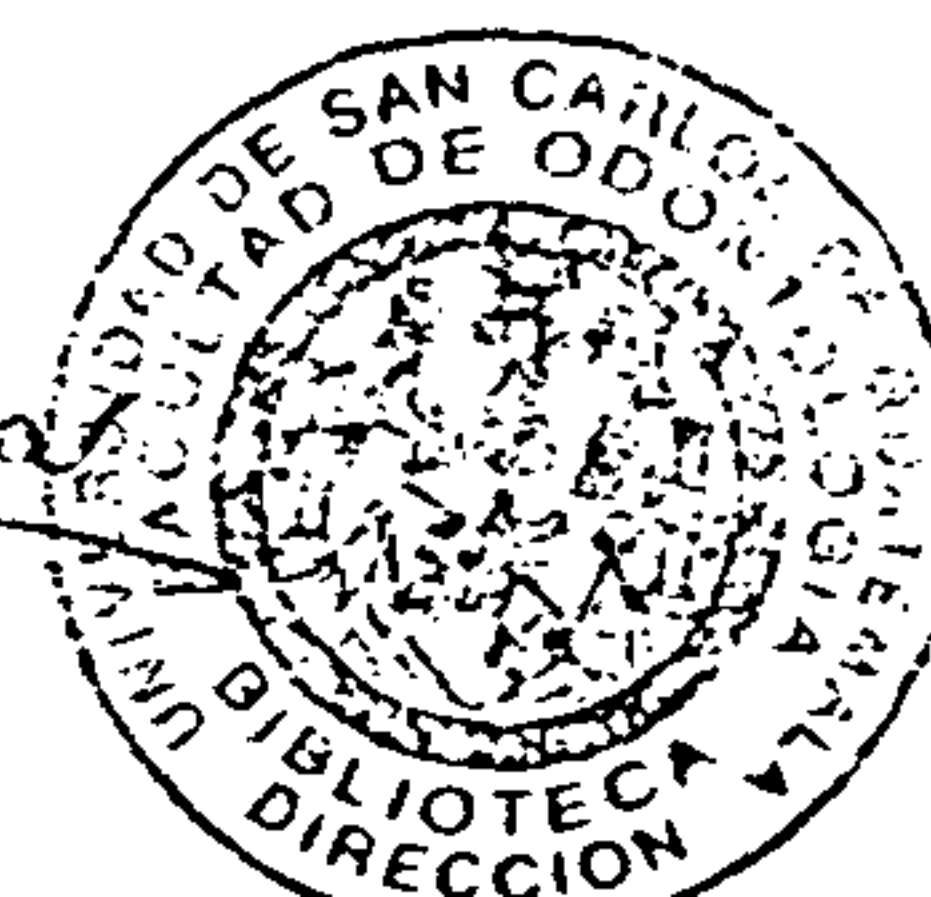
O.P. Sandra Verónica Mencos Ovando

FUENTES BIBLIOGRAFICAS CONSULTADAS

1. American Academy of Pediatric Dentistry.— Guidelines for fluoride therapy. En: Internet. www.aapd.org. 15 de Mayo del 2003.
2. American Dental Association.— Fluoridations facts. En Internet: www.ada.org 4 de mayo del 2003.
3. Beltran-Aguilar, Ed... [et al.].— Analysis of prevalence and trends of dental caries in the Americas between the 1970s and 1990s. Int Dent J 1999;49:322-329.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. MMWR Recomm Rep 2001;50(RR-14):1-42.
5. Clinical pedodontics / Sydney B. Finn...[et al.].—Philadelphia : Saunders, 1967.— pp. 43.
6. Franco, Cándida, Rodolfo Cáceres.— Lesiones de diagnóstico inmediato.— Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnóstico, Guatemala, 2001.— 8p.
7. Harris, Norman.— Introduction to primary preventive dentistry.— pp.1-18.— En: Primary Preventive Dentistry.— Stanford, Connecticut, Appleton & Lange, 1999.—
8. Oral & maxillofacial pathology / B. W. Neville... [et al.].— Philadelphia : Saunders, 1995.—pp. 48-156.
9. Popol, Axel.— Caries y fluoruros.— Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnóstico, Guatemala, 2003.— 22p.
10. ——— Embriología dentaria.— Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnóstico, Guatemala, 2003.— 24p.

Vo. Bc.
[Handwritten signature]

09 JUN 2003



11. _____ Métodos de entrega de fluoruros: fluoruros sistémicos.-- Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnóstico, Guatemala, 2003.-- 32p.
12. _____ Métodos de entrega de fluoruros: fluoruros tópicos .-- Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnóstico, Guatemala, 2003.-- 24p.
13. Ruiz, Alejandro.-- Anatomía clínica de la cavidad oral.-- Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnóstico, Guatemala, 2002.-- 16p.
14. Sánchez, Ricardo. Antecedentes de la fluoración de la sal en Guatemala. Revista Guatemalteca de Estomatología. 2001-1. 2001.
15. _____ ... [et al.]. Concentración y excreción urinaria de fluoruro en niños, adolescentes, adultos y embarazadas. Revista Guatemalteca de Estomatología Edición Especial 2000.
16. _____ Por qué la alternativa de fortificar la sal con fluoruro? Revista Guatemalteca de Estomatología. 2001-1. 2001.
17. Singh, K. A... [et al.]. Pre- and post-eruption fluoride exposure and caries by surface type. J.Dent Res. 79 (Spec Issue Abst 121):159, 2000.
18. Tissue preservation in caries treatment. / T. Albrektsson... [et al.].— En: Part I. Caries: aspects on minimal intervention.— Great Britain : Quintessence Books, 2001.—pp 19-69.
19. World Health Organization.— Appropriate use of fluorides for human health.— Murray. J. J.. ed.— Geneva : World Health Organization, 1986.
20. _____ Country profiles. En Internet: www.whocollab.od.mah.se/ 30 de mayo del 2003.
21. _____ DMFT levels at 12 years. 1995. Oral health programme.— Geneva : World Health Organization, 1995.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
BIBLIOTECA GENERAL

09 JUN 2003

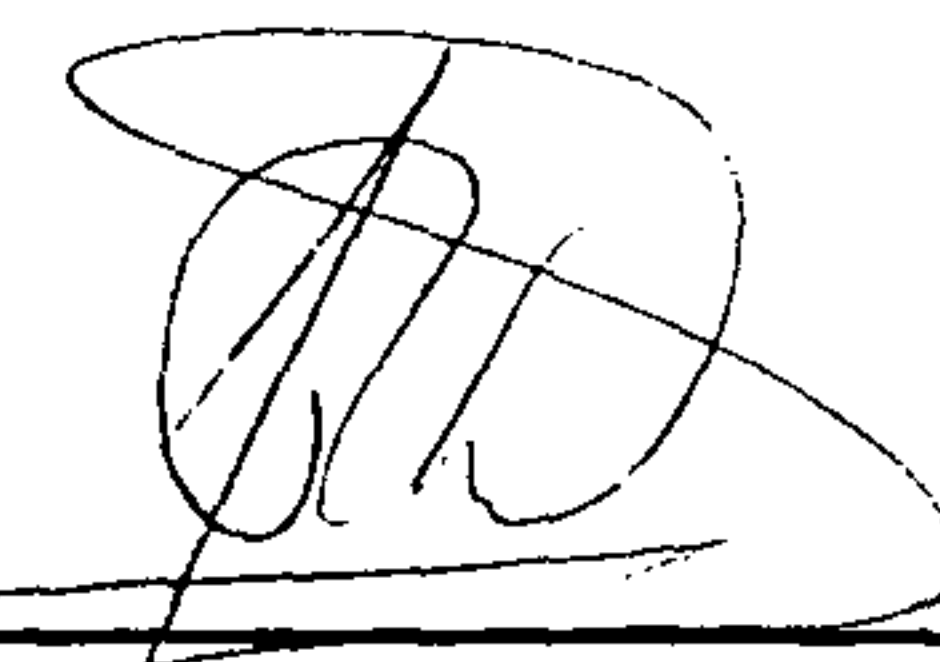


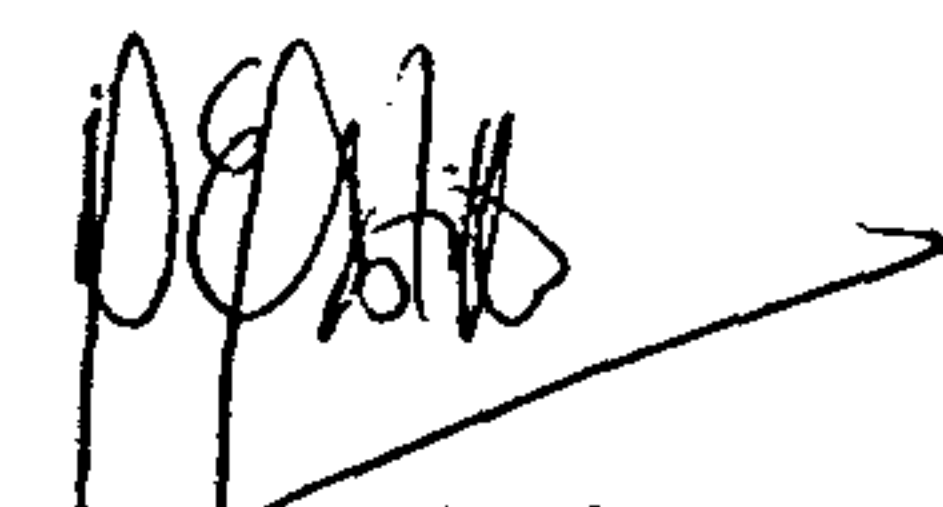
22. _____ Fluorides and human health. Report of a WHO Expert Committee on oral health status and fluoride use. WHO technical report series N° 846.— Geneva : WHO, 1994.—pp 1-37.



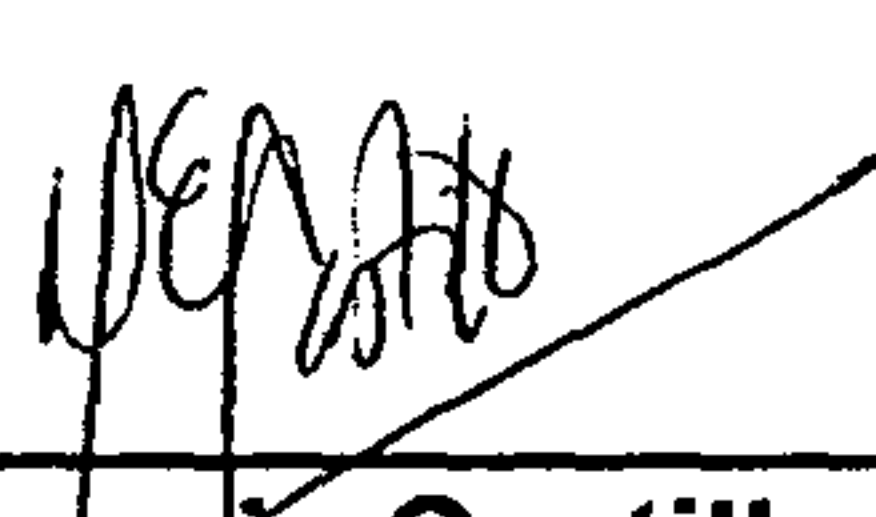

Sandra Verónica Mencos Ovando
Sustentante


Dr. Mario Enrique Taracena
Asesor N°1

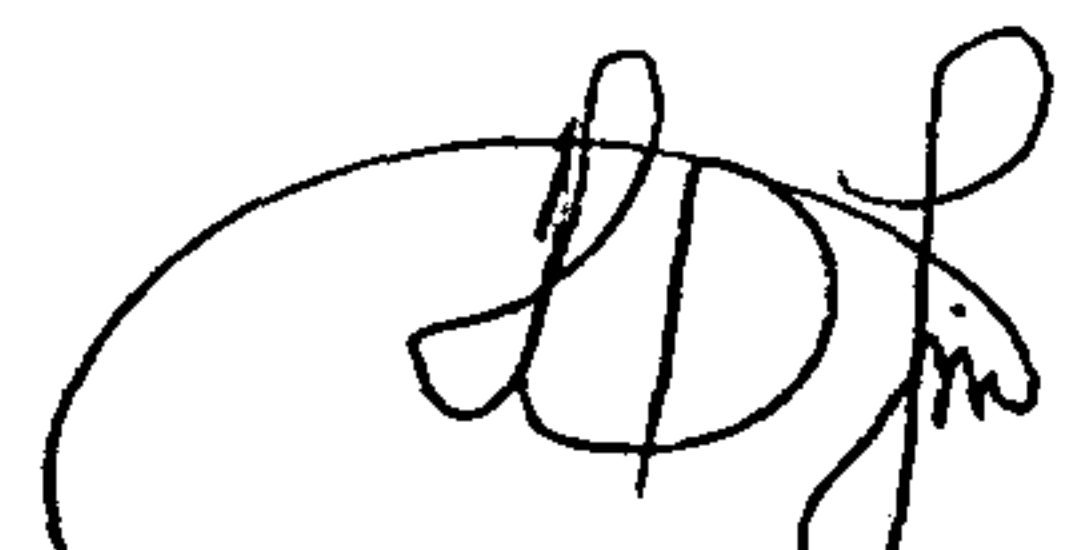

Dr. Rodrigo Larrave
Asesor N°2

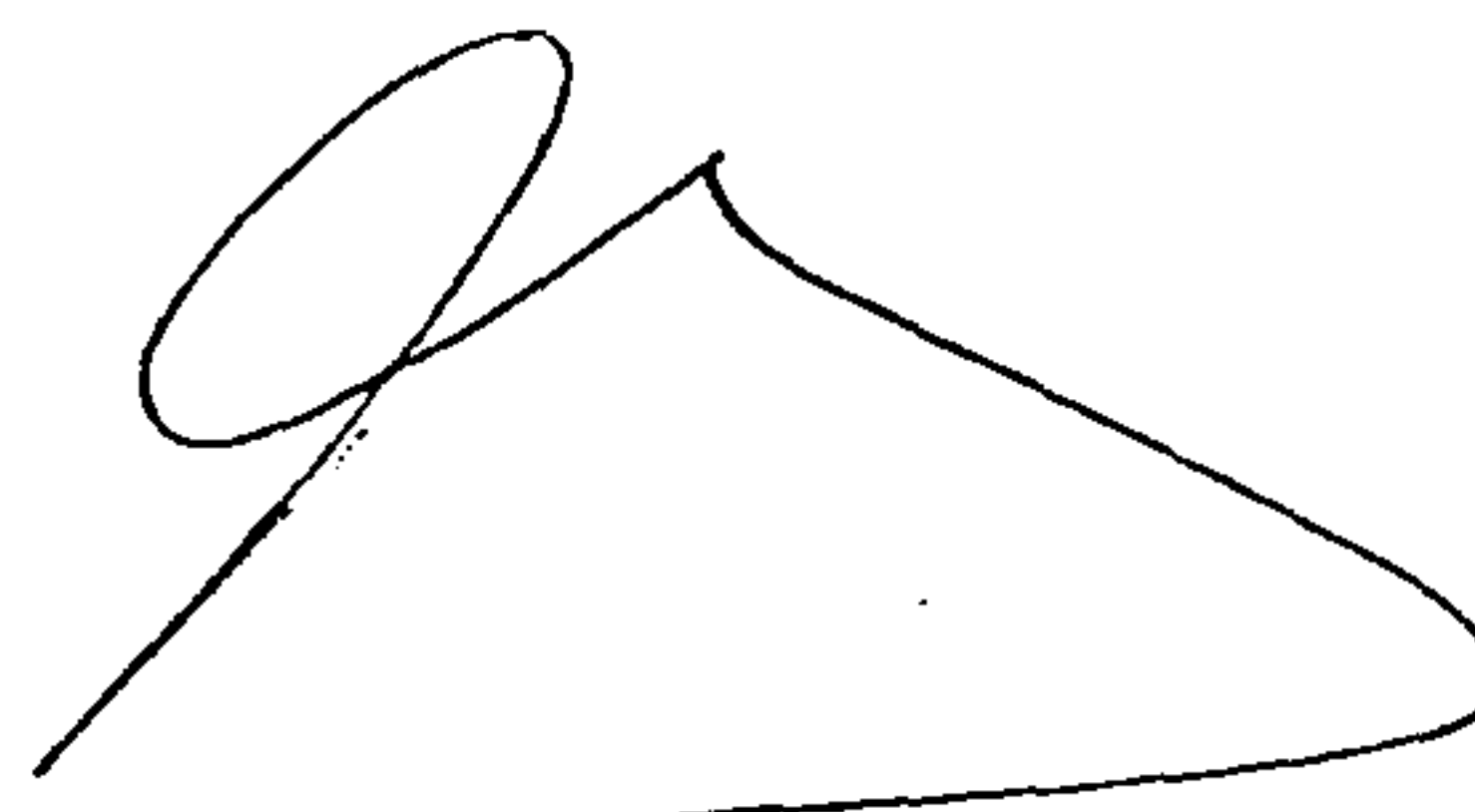

Dra. María Eugenia Castillo Escobar
Revisora de Protocolo


Dr. Víctor Hugo Lima
Revisor de Protocolo


Dra. María Eugenia Castillo Escobar
Revisora de Informe Final

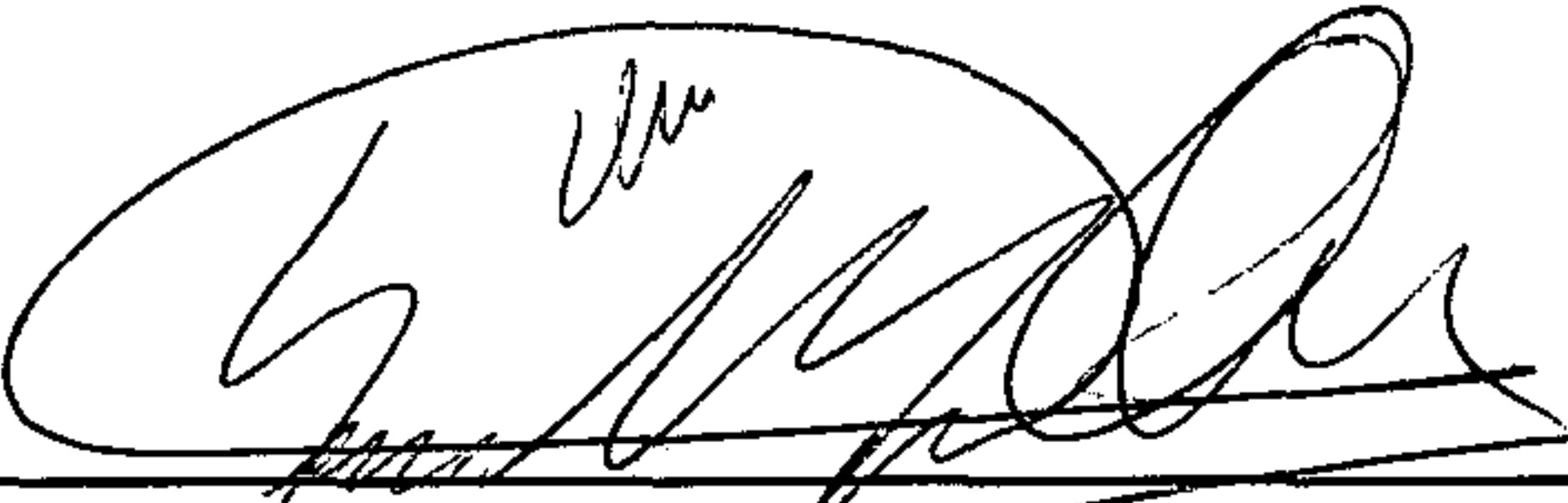



Dr. Víctor Hugo Lima
Revisor de Informe Final


Dr. Otto Raúl Torres Bolaños
Secretario General



EL CONTENIDO DE ESTA TESIS ES ÚNICA Y EXCLUSIVA
RESPONSABILIDAD DEL AUTOR



SANDRA VERÓNICA MENCOS OVANDO