

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSTGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



Tesis De Grado

**Higiene Bucal, Conocimientos y Costumbres en Salud Bucal de la Madre
como Determinantes en la Salud Bucal del Binomio Madre-hijo, Entre los
Pacientes Atendidos en el Servicio de Odontopediatría, Facultad de
Odontología UNAH, Septiembre - Diciembre 2013**

PRESENTADO POR

Dra. Regina Patricia Galo San Martin

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE

MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESOR

Dr., M.S.PRicardo Fernández

TEGUCIGALPA, M.D.C.

Marzo, 2014HONDURAS, C.A.

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH**

**RECTORA
Licda. JULIETA CASTELLANOS RUIZ**

**VICE RECTORA ACADEMICA
Dra. RUTILIA CALDERON PADILLA**

**VICE RECTOR DE ORIENTACION Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
Lic. AYAX IRIAS COELLO**

**VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES
Dr. JULIO RAUDALES a.i**

**SECRETARIA GENERAL
Licda. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Dra. LETICIA SALOMON**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. MARCO TULIO MEDINA**

**SECRETARIO ACADEMICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Lic. JORGE ALBERTO VALLE**

**COORDINADORA POSTGRADOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Dra. ELSA PALOU**

**COORDINADOR GENERAL DEL POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA
Dr. HÉCTOR ESCALANTE VALLADARES**

DEDICATORIA

Con todo mi cariño a:

Mis padres: Hernan Galo y Ondina San Martin de Galo, pues sé que se alegran por esta meta alcanzada

Mi Hijo: Hernan Alfonso Molina Galo, por convertirse en mejor apoyo en la culminación de este trabajo

Mi esposo: Armando Molina, pues siempre está a mi lado con su apoyo incondicional.

Mi familia: Daniel Armando Molina, Lía Patricia Molina, Ricardo José Molina, Gabriel Alejandro Molina, Heidi de Molina, Mario Burgos, por su comprensión.

Mis Nietos Queridos: Daniel Andrés Molina, Diego Alejandro Molina, José Mario Burgos, pues son mi alegría

Pues todos ellos son mi inspiración

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme permitido la dicha de haber llegado a este momento.

A mi asesor de tesis el Dr. MSP Ricardo Fernández, por animarme a retomar un trabajo que ya sentía perdido.

Agradezco al cuerpo docente de la maestría de Salud Pública de la quinta promoción, los presentes y los que ya han partido, pues fueron para mí una gran inspiración al compartir sus conocimientos y su tiempo.

Agradezco a las autoridades de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras por darme la oportunidad de ingresar a este postgrado y escogerme como becaria.

A las autoridades de mi querida Facultad de Odontología, pues siempre me apoyaron en el desarrollo de este proyecto, dando ánimos para culminarlo.

Agradezco la cooperación de los alumnos de paidodoncia II del tercer periodo del 2013, pues cooperaron conmigo en el desarrollo de la investigación, mi cariño especial para ellos.

A la Dra. Sandi Orellana, mi alumna y amiga.

A todos ellos mi más sincero y profundo agradecimiento

INDICE

I. INTRODUCCION	8
II. OBJETIVOS	13
A. OBJETIVO GENERAL	13
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
III. MARCO TEORICO	14
A. DEFINICIÓN DE SALUD	14
A.1 DETERMINANTES DE LA SALUD	15
A.2 QUE ES EL BINOMIO MADRE-HIJO	16
A.3 SALUD DEL BINOMIO MADRE-HIJO A NIVEL MUNDIAL, REGIONAL Y NACIONAL	19
A.4 SERVICIO DE SALUD DEL BINOMIO MADRE-HIJO	23
B. SALUD BUCAL	25
B.1 CONTRIBUCIÓN DE LA SALUD BUCAL A LA SALUD INTEGRAL DEL INDIVIDUO	27
B.2 CARIES DENTAL COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA	30
B.3 SALUD BUCAL DEL BINOMIO MADRE-HIJO EN HONDURAS.	36
B.4 PROGRAMA DE SALUD BUCAL QUE DAN COBERTURA AL BINOMIO MADRE-HIJO	39
C. TRASMISIÓN MICROBIANA	46
D. HIGIENE BUCAL EN EL BINOMIO MADRE-HIJO	50
D.1 HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL	51
D.2 MEDIDAS PREVENTIVAS EN ODONTOLOGÍA	55

E.	CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE LA MADRE	60
E.1	COSTUMBRES Y HÁBITOS	62
E.2	IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN CURRICULAR SOBRE LA SALUD BUCAL DEL BINOMIO MADRE-HIJO, PARA ODONTOLOGÍA	65
IV.	SUPUESTO HIPOTETICO	68
V.	DISEÑO METODOLÓGICO	68
VI.	RESULTADOS	76
A.	CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD Y ESCOLARIDAD	76
B.	CONOCIMIENTO, COSTUMBRES Y HÁBITOS EN RELACIÓN A LA SALUD BUCAL ENCUESTA INICIAL	79
C.	CARACTERIZACIÓN DE LA HIGIENE BUCAL DE LOS BINOMIOS A TRAVÉS DEL ÍNDICE O'LEARY INICIAL Y FINAL	84
D.	CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD BUCAL ENTRE LOS BINOMIOS A TRAVÉS DEL ÍNDICE CPO-D Y CEO-D	88
E.	CONOCIMIENTO, COSTUMBRES Y HÁBITOS EN RELACIÓN A LA SALUD BUCAL ENCUESTA FINAL	91
F.	CARACTERIZACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN DEL ESTUDIANTE A LA SALUD BUCAL DEL BINOMIO MADRE-HIJO	93
G.	REVISIÓN DOCUMENTAL SOBRE CONTENIDOS RELACIONADOS CON EL BINOMIO MADRE-HIJO EN EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA	96
VII.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	97
VIII.	CONCLUSIONES	102
IX.	RECOMENDACIONES	104

X. BIBLIOGRAFIA	106
------------------------	------------

XI. ANEXOS	112
-------------------	------------

I. INTRODUCCION

La cumbre internacional sobre la promoción de la salud celebrada en Ottawa, Canadá en 1986, manifestó la importancia de las oportunidades de vida para la salud de las poblaciones y señaló además los factores que contribuyen a que esta sea deficiente. Actualmente se sabe que esas oportunidades deben conseguirse para toda la población, para lograr una verdadera oportunidad de vida con equidad. (Restrepo, 2001)

El Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-Moon en la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los niños tiene como punto de partida el reconocimiento de que la salud de las mujeres y los niños es un derecho humano fundamental reconocido en: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Convención sobre la eliminación de todas las Formas de Discriminación la Convención sobre los Derechos del Niño y Objetivos del Milenio, entre otras.

De igual manera asegura que invertir en la salud de las mujeres y los niños tiene sentido, puede ellas desempeñan un papel decisivo en el desarrollo, ayuda a lograr sociedades estables, pacíficas y productivas.

Proporcionando los siguientes beneficios:

- Reduce la pobreza
- Estimula la productividad y el crecimiento económico

- Evita incapacidades y discapacidad ahorrando recursos económicos que se pueden invertir en otros rubros.
 - Ayuda a mujeres y niños a realizar sus derechos humanos fundamentales.
- (Ki-moon, 2010)

Las enfermedades orales, por su mayor prevalencia a lo largo de la historia de la humanidad, se han convertido en un problema de salud pública; aunque están descritas desde tiempos muy remotos su caracterización como enfermedad de distribución mundial es reciente, coincidiendo con los inicios de la Odontología como profesión. (Sala & García, 2005)

En los países desarrollados la caries dental ha disminuido en las últimas décadas, la población infantil libre de caries ha pasado de 10% al 50% , sin embargo continua afectando casi el 100% de la población infantil de los países no desarrollados, los cambios en la afectación son: mejora en el nivel de vida, mayor atención a la salud oral con la implementación de programas preventivos comunitarios, uso general de pastas dentales fluoradas y atención odontológica con diagnóstico y tratamiento más precoz y menos agresivo. (Jaramillo, 2009)

La mayoría de los programas de prevención en odontología inician en la edad preescolar (5 a 6 años de edad), niños que ya presenta la enfermedad, tanto caries dental como gingivitis marginal por mala higiene bucal, si el ataque puede suceder inmediatamente que las piezas emergen a la cavidad bucal, entonces la prevención tiene que iniciar con el niño sano. Los programas de prevención son diseñadas para

el individuo, la familia y la comunidad, si estos programas tienen coincidencia de metas, serán un éxito.(Jaramillo, 2009)

Consideramos que la odontología se ha dedicado a controlar los efectos de las enfermedades bucales más prevalentes, sin embargo para resolver el problema masivo de las enfermedades bucales, hay que controlar los factores de riesgo haciendo énfasis en las prácticas preventivas de los grupos más vulnerables dentro de los cuales están las madres y sus hijos.

La educación sanitaria es entonces importantísima para que la población comprenda, la necesidad de los programas preventivos y no solo la atención curativa, que participe en la toma de decisiones, y modifique sus comportamientos insanos para conservar la salud.

En el estudio epidemiológico de salud oral de 1998 realizado en escolares de todo el país, el índice ceo-d (promedio de dientes cariados, extraídos y obturados) para dentición decidua de un resultado de 40.4% de la población tiene un índice mayor de 6. Para dentición permanente el índice CPO-D (promedio de dientes cariados perdidos y obturados) resulta un promedio de 6.3% en edades entre 7 y 8 años estos resultados son precarios pues las expectativas de la OMS para el año 2000 era un índice menor de 3 a la edad de 12 años y disminuir la caries en un 50% en niños menores de 6 años. (Gomez, Díaz, Montoya, & Chinchilla, 1998)

Honduras se consideró años atrás como un modelo en cuanto a la aplicación de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), actualmente existen grandes

inequidades en la atención; la Secretaria de Salud ejecuta varios programas como ser: el Programa Nacional de Salud Oral, haciendo hincapié en el componente educativo, desarrollando campañas nacionales de aplicación de flúor, selladores de fosetas y fisuras y control odontológico en escolares y mujeres embarazadas. (Salud en las Americas, 2012)

La caries de infancia temprana tiene mucha relación con la escases de conocimientos de los padres sobre la salud oral y tiene como factor determinante la dieta criogénica, leche materna, leche en formula con cereal incorporado que son administrados todo el día, sin realizar la remoción del biofilm que ya se forma en las estructuras bucales, tanto en encías, como en piezas dentarias recién erupcionadas. (Sala & García, 2005)

Según estos mismos autores la colonización precoz del estreptococo del grupo mutans, cuyo reservorio es la madre es un factor microbiológico coadyuvante para la aparición temprana de la enfermedad de la caries dental, la prevención y el control de la caries precoz de la infancia debe ir encaminado al binomio madre-hijo y la importancia de la educación sanitaria de los padres.

En la Facultad de Odontología, de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, funciona la clínica de Odontopediatría, en la que los estudiantes de Paidodoncia II realizan tratamientos de odontología integral en forma ambulatoria, tratando aproximadamente 300 pacientes pediátricos por periodo académico, observándose un alto porcentaje de caries dental presente en la totalidad de la población atendida.

Se identificó la relación que existe entre la instalación temprana de la caries dental y las deficiencias en la práctica de higiene oral de la madre en el núcleo familiar motivado por el déficit en el nivel educativo en salud bucal de la madre, que también potencia la falta de control en la transmisión microbiana, de la madre al hijo.

Con esta investigación tuvimos la oportunidad de explicar los fenómenos de la enfermedad de la caries dental que afectan al binomio madre-hijo en nuestro contexto cultural y contribuir con el fortalecimiento de los programas de salud bucal, educación preventiva y asistencia que promueve los cambios de patrones que influyen desfavorablemente en la salud bucal y general de los binomios que asisten a la consulta de Odontopediatría de la UNAH y al mismo tiempo contribuir con base científica a la inclusión de los temas referentes al estudio en los contenidos de las asignaturas en el plan de estudio de la carrera.

II. OBJETIVOS

A. Objetivo General

Establecer la influencia de la higiene bucal, conocimientos y costumbres en salud bucal de la madre como factores predisponentes para la salud bucal del binomio madre-hijo, entre los pacientes que asisten al servicio de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras

B. Objetivos Específicos

- Determinar como la falta de higiene bucal de la madre contribuye a la presentación de las enfermedades bucales en el binomio madre-hijo.
- Determinar si conocimiento en salud bucal de la madre está asociada a la presentación de la enfermedad bucal del niño.
- Determinar qué nivel de conocimiento en salud bucal han captado las madres de los pacientes durante el tratamiento de sus hijos en el servicio de Odontopediatría de la UNAH.
- Establecer la contribución del estudiante de Odontología que cursa la asignatura de Paidodoncia II en relación a la salud de los binomios que asisten a las clínicas de Odontopediatría de la UNAH
- Caracterizar el contenido Curricular de la enseñanza sobre los temas relacionados con el Binomio madre-hijo.

III. MARCO TEORICO

A. Definición de Salud

Como profesionales de la salud siempre tendremos que considerar conceptos y definiciones, relacionadas con nuestro quehacer y fundamentalmente proporcionar los medios para lograr la salud de las personas.

La definición de salud que es el punto uno de la Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), difundida en el año 1947 propuesta por Stampor que reza “La salud es el estado de completo Bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez”. Desde los años cincuenta se critican algunos aspectos de esta definición ya que equipara bienestar a salud, lo que es utópico, pues rara vez o nunca se alcanza el completo bienestar físico, mental y social, es una definición estática y subjetiva.

Milton Terris citado por Piedrola, sugirió que la salud tenía dos polos uno subjetivo (la sensación de bienestar) y otro objetivo (capacidad de funcionamiento) de manera que conceptualiza la salud como: el estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no solo la ausencia de enfermedad o invalidez en cualquier grado. Pasando así de un concepto estático a uno dinámico en el que la salud y la enfermedad forman un continuo en el que la enfermedad es el polo negativo extremo la muerte, y la salud ocupa el polo positivo cuyo extremo es el estado óptimo de la salud. (Piedrola, 2008)

Esta definición de salud nos ayuda a ubicarnos bien en el contexto de nuestra realidad, para tomar en consideración todos los factores de la enfermedad y así lograr minimizar tanto su presencia como las secuelas que ella ocasiona en la población.

A.1 Determinantes de la Salud

Para comprender mejor el fenómeno salud-enfermedad tenemos que citar la obra importante de Johan Peter Frank padre de la Salud Pública, que describe una serie de determinantes que llevan a la conservación o pérdida de la salud.

La asamblea de la OMS en 1969 oficialmente señala que “la incultura y la pobreza son las principales causas de enfermedad” y posteriormente el ministro de sanidad de Canadá en 1974 presento el documento “Nuevas Perspectivas de la Salud de los Canadienses”, en el cual el nivel de salud de una comunidad estaría influido por cuatro determinantes:

1. Biología humana- Constitución, carga genética, crecimiento y desarrollo y envejecimiento.
2. Medio Ambiente- Contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural.
3. Estilo de vida y conducta en salud – Drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, violencia, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios socio sanitarios.

4. Sistema de asistencia sanitaria – Intervención preventiva y terapéutica, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, burocratización de la asistencia.

Actualmente todos los determinantes de la salud son modificables, los relacionados con el medio ambiente y estilo de vida saludable según este autor son muy difíciles de separar van siempre ligados. (Piedrola, 2008)

Particularmente en nuestro estudio se trató de buscar la relación existente entre la educación en salud bucal de la madre e higiene bucal con la presentación de la enfermedad entre los binomios del estudio y el nivel de importancia que tiene la instrucción en salud bucal que realiza el estudiante durante la asistencia de ellos en la Facultad de Odontología; así mismo la presencia de esta interacción en los programas de las asignaturas relacionadas con la asistencia en odontopediatría ya que todo esto formo parte de los determinantes de salud de la población de estudio.

A.2 Que es el Binomio Madre-hijo

Partiendo de la relación conyugal que posteriormente asume nuevas funciones, por binomio madre-hijo entendemos la relación estrecha que se desarrolla entre ellos desde la concepción, pasando por el evento tan importante en la vida como es el nacimiento que convierte a la mujer en madre y al hombre en padre, iniciándose así una nueva relación entre padres e hijos, misma que se fortalecerá a través de toda la vida, mediante el acompañamiento en el crecimiento y desarrollo del niño.

El vínculo de una madre con su hijo es más importante de lo que pensamos, se cree que apresurar a los niños a “sentirse mayores, hacerse fuertes y no llorar” puede perjudicar a los niños en su adultez; sin embargo mantener un vínculo estable y cercano desde la niñez hasta cuando son adultos, puede realmente beneficiar en muchos aspectos y marcar la diferencia. Cuando la madre se preocupa por la inteligencia emocional de su hijo y la cultiva le está ayudando a mejorar sus habilidades en la escritura, y la lectura, así como desarrollar un mayor autocontrol en la escuela y en la vida. (Stone, 2012) Cada individuo se relaciona en sociedad de diferente manera y condiciones: la riqueza y hermosura de esta relación es por la que podemos asegurar que la vida es maravillosa.

Según la Autora L.G Baños, en cuanto al vínculo madre-hijo, el apego que ella experimenta por su hijo probablemente sea el vínculo más sólido del ser humano. Particularmente consideramos que inicia antes de nacer cuando se experimenta los diferentes cambios corporales que en ella se desarrolla u luego durante el nacimiento pues es una faena en la que se comparte dolor, incertidumbre, stress y al mismo tiempo alegría pues se asegura también la supervivencia en un periodo en el que el niño depende enteramente de la madre.

Baños menciona las funciones de la madre y del padre en forma separada, las de la madre incluyen: dar seguridad afectiva, ternura, calidad y cantidad de amor y afecto necesario, proporcionando todo tipo de cuidados, ayudar al niño a percibir el mundo que le rodea constituyendo una base sólida para formar su personalidad, proporcionando confianza y comunicación con su entorno y las funciones del padre;

servir de modelo de identificación sexual del niño y diferenciación sexual de la niña, esquema de valores, normas de conducta, orientación para integrarse a la sociedad, con seguridad, autonomía, disciplina y valores éticos, orienta a los hijos para integrarse en sociedad.(Baños, 2007)

La relación madre-hijo es distinta de cualquier otra en el mundo porque en un primer momento la madre y él bebe estuvieron unidos en un mismo cuerpo, después del parto, la madre debe renunciar al sentimiento de que el niño y ella son la misma cosa. El engendrar al bebe, los dolores de parto y la crianza del niño, le provocan sacrificios y alegrías; todos estos factores podrían ser negativos o positivos para el niño de acuerdo a la personalidad de la madre. La madre ejerce una influencia sobre el desarrollo de la personalidad del niño (proceso de amoldamiento) ya que hay intercambio entre los dos; el cuidado materno es indispensable en el comienzo de la vida, sin él, el pequeño no podría existir y crecer sanamente, de esta forma la madre va ejerciendo su influencia en el desarrollo de la personalidad del niño por medio del contacto cotidiano.

Estudiando la educación en salud bucal de la madre, sus hábitos, costumbres en el cuidado de su propia salud y la forma como las madres del estudio conciben los cuidados que deben realizarse entre ellas mismas y su familia, podemos ahondar en el conocimiento de la salud del Binomio madre-hijo que es una de las finalidades del estudio.

A.3 Salud del Binomio Madre-hijo a Nivel Mundial, Regional y Nacional

A partir del establecimiento de la estrategia de atención primaria que se gestó desde el año de 1977 en Alma Atta. se han producido muchos avances como el nuevo paradigma medico apoyado en prevención y promoción, superando el “asistencialismo dominante”, permitiendo asegurar que un modelo preventivo de atención sea el de elección, ya que reduce los costos, disminuyendo la necesidad de tratamiento, asimismo identifica grupos de riesgo como estrategia operacional, buscando la equidad, eficiencia y eficacia de los sistemas de salud. (Lopez & Lledios, 2003)

La importancia de todo lo mencionado anteriormente es el hecho de que las estrategias planteadas a alto nivel pueden obtener resultados favorables para toda la población con énfasis en los grupos más vulnerables como ser los integrantes del Binomio madre-hijo de todas las sociedades alrededor del mundo.

En estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños, el secretario general de la Organización de las Naciones unidas (ONU) hace una reflexión que resume los más grandes retos que enfrenta la sociedad a nivel mundial en la actualidad:

“Cada año, millones de mujeres y niños mueren por causas evitables. No se trata de meras estadísticas, son personas con nombre y rostros cuyo sufrimiento es inadmisibles en pleno siglo XXI. Por lo tanto tenemos que hacer más en favor de los recién nacidos que sucumben a una infección; en favor de los niños que nunca alcanzaran todo su potencial por causa de la desnutrición. Tenemos que hacer más por la adolescente que se enfrenta con un embarazo indeseado; por la mujer casada

que acaba de descubrir que está infectada con el VIH; y por la madre que padece complicaciones durante el parto.”(Ki-moon, 2010)

La Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños establece áreas fundamentales donde se requieren medidas urgentes para mejorar la financiación, fortalecer las políticas y mejorar las prestaciones de servicios y son:

- Apoyo a los planes de salud dirigidos por los países y apoyados por la inversión externa
- Integración de la prestación de servicios e intervenciones en prevención, tratamiento y asistencia cuando se necesite.
- Fortalecimiento de los sistemas de salud con personal bien preparado
- Planteamientos innovadores en la financiación
- Mejora del monitoreo y evaluación para lograr resultados.

Según Van Ki-Moon el éxito de esta estrategia llegara cuando centremos nuestra atención y recursos en las personas y no en sus enfermedades, en la salud y no en la enfermedad, con las políticas correctas, financiación suficiente y distribución equitativa.

En septiembre del año 2000, Honduras fue uno de los 189 países miembros que firmo la declaración del milenio en la sede de las ONU en Nueva York, comprometiéndose al logro de los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio (ODM) al 2015.(Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010, Tercer Informe del Pais, 2010)

Varios de estos objetivos planteados por todos los países, están directa o indirectamente relacionados con la salud, componente fundamental para lograr el desarrollo de todos los seres humanos. Particularmente el objetivo número tres “Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer”, el objetivo número cuatro “reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años” y el objetivo número 5 “mejorar la salud materna” están internamente relacionados con la salud del binomio madre-hijo. Ya que la igualdad de género e instrucción de la madre traerá como resultado que ellos obtengan mejor educación y al mismo tiempo busquen la atención integral de sus hijos a todo nivel general y bucal repercutiendo en la calidad de vida mejorando la salud de la madre.

En la obra “Salud en las Américas”, publicada por la OPS se menciona varios logros alcanzados en el quinquenio (2006-2010) que contribuyen al mejoramiento de la salud materno-infantil, tales como la actualización del marco normativo y protocolo para la atención de la madre y el recién nacido introducción de la vacuna rotavirus en el esquema nacional de vacunación, y elaboración del plan nacional de lactancia materna 2009-2013.

Sigue describiendo la OPS en su informe Salud en las Américas, la tendencia en salud y narra que la tasa global de fecundidad en las mujeres de 15 a 49 años descendió de 4.4 hijos en 1998 a 3.3 en 2006, en este mismo año el 65% de las mujeres tienen acceso a métodos de planificación familiar y el segmento poblacional entre 30 a 44 años tienen educación. La atención prenatal aumento de 83% en 2001 a 92% en 2006 y es atención prestada por médicos 71% y enfermeras 21% la

situación de salud de la mujer mejora, pues el 93% de las mujeres en áreas urbanas y 90% en áreas rurales y 98% de las mujeres con mayor riqueza reciben atención prenatal.

Entre 1995 y 2006 se experimenta una reducción de la mortalidad infantil. En 2006 la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años fue de 30 por cada 1000 nacidos vivos y muestra una tendencia en descenso, en 1991 y 2006 por la reducción de las muertes por diarrea de 21% al 13% y las infecciones respiratorias agudas de 24% a 17%. De mantenerse así estaríamos cercanos a los objetivos de desarrollo del milenio que es 16 por cada 1000 nacidos vivos; además coberturas de vacunación de un 95% en menores de 2 años y el embarazo en adolescentes considerado un problema del sector salud es hoy de gran prioridad en el Plan de Nación 2010-2022. La mortalidad materna descendió de 108 por 100000 nacidos vivos en el 2007 hasta 74 por 100000 nacidos vivos en el 2010. (Salud en las Americas, 2012)

La Secretaria de Salud enmarca sus acciones en diferentes programas que realizan diversas tareas concernientes a las diferentes aristas de la salud. El Programa Nacional de Promoción de la Salud es la instancia técnica que a través de la Dirección General de Promoción de Salud, proporciona apoyo a los diferentes programas de esta secretaria extensivo a las 20 regiones de salud.

Otro programa con que cuenta la Secretaria para atender la salud es el Programa de Atención integral de la Niñez (PAIN), que tiene la misión el diseño de políticas, normas, procedimientos, planes y programas de salud para la atención de los niños

y niñas menores de 5 años, estandarización, seguimiento y evaluación de los mismos, con los organismos públicos y privados, estableciendo alianzas con instituciones gubernamentales y no gubernamentales, también para la formulación, diseño, control y seguimiento de políticas y normas de salud.

El programa Nacional de Atención Integral a la Mujer, dirigido a la población femenina de edades hasta 49 años, tiene como objetivo fundamental la reducción la morbilidad y mortalidad de las mujeres en edad reproductiva. (Programas de la Secretaria de Salud, 2010)

A.4 Servicio de Salud del Binomio Madre-hijo

En los últimos años, en los países de América Latina están ocurriendo modificaciones en los servicios de salud, dedicándosele al sector mayor atención en los aspectos estructurales humanos y financieros. (Lopez & Lledios, 2003)

Hace 30 años, la declaración de Alma-Ata definió Atención Primaria de Salud (APS) como “un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud”. APS parece cada vez más una manera inteligente de enderezar el desarrollo sanitario. (Chan, 2008)

Los componentes de esta estrategia son:

- Integración de equipos de salud para mejorar la calidad de atención.
- Coordinación intersectorial
- Tecnología apropiada
- Recursos humanos adecuados

En odontología se han logrado avances en este campo como ser:

- Se han ampliado los programas de salud bucal en todo el mundo
- El niño sano y cero caries ya no es una utopía
- Incremento de programas de lactancia materna para el control del crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático
- El rol activo del paciente y padres para fomentar el autocuidado. (Lopez & Lledios, 2003)

Nuestro país hace muchos esfuerzos por remontar las dificultades en cuanto a la adopción de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) que tan buenos resultados han significado para otros países latinoamericanos.

Según Silvana Fortí en “la APS como ordenadora del sistema de salud”, Honduras forma parte del grupo de país con problemas en la cobertura, seguimiento y fragmentación de los servicios de salud. La Secretaria de Salud cuenta con diferentes programas mediante los cuales se abordan las diferentes situaciones de salud-enfermedad en toda la población. (Fortí, 2009)

En la experiencia nacional de los programas que de alguna manera dan atención a la madre y al niño podemos mencionar:

- El Programa Nacional de Promoción de la Salud
- Programa de Atención Integral a la Niñez (PAIN)
- Departamento de Salud Oral
- Programa Nacional de Atención Integral al Adolescente (PAIA)
- Programa Nacional de Atención Integral a la Mujer

Todos estos programas encuentran su fundamento en el Plan de Nación 2021, ya que en él se menciona que todos los miembros de la comunidad deberían tener acceso a la APS y todos deberían participar en ella. Además del sector sanitario, deben estar implicados también otros relacionados con la salud. (Plan de Nación 2021, 2005)

B. Salud Bucal

Cuando hablamos de salud bucal, queremos interrelacionar varios factores difíciles de reunir en una corta definición, podemos mencionar funcionamientos eficaces de estructuras bucales, permanencia dentaria, estética, consumo de alimentos, expresión oral, interrelación social, nutrición, en general vamos a darnos cuenta que la salud bucal es una connotación directa de salud general; de allí su importancia.

Según Higashidala salud bucal es la resultante de la interacción de todos los factores económicos, sociales, biológicos y culturales que propician una

permanencia más prolongada de los órganos dentales en el individuo y que además se sustente en una actitud de prevención, nutrición, higiene y armonía fisiológica que permita la mejor función con los órganos involucrados en la digestión.(Higashida, 2009)

Ya en el informe de la Secretaria de Salud de los Estados Unidos, denominado Salud Oral en América del año 2000 se hace mención muy acertada sobre como las enfermedades bucales y sus secuelas, ejercen un impacto importante sobre la salud general de los pacientes y también sobre la calidad de vida de ellos, como actúan en sociedad y sus desenvolvimiento en sus ámbitos de trabajo, la felicidad con que ellos desarrollen sus actividades diarias y como disfrutan de gozar de una buena salud.(La Salud Oral en los Estado Unidos: informe del Cirujano General-Resumen Ejecutivo, 2000)

Tomando en cuenta lo anterior no podemos entender la salud oral y salud general como conceptos aislados, ya Katz con la filosofía preventiva nos enseña que uno de sus componentes es no considerar al individuo como un juego de dientes. De igual manera no podremos considerar una persona sana sin comprobar la salud oral.(Katz, Mc Donald, & Stookey, 1990)

Podemos concluir entonces que salud oral es un término mucho más amplio que tener únicamente unos dientes sanos, es más bien que todos los tejidos y órganos del complejo sistema estomatognático funcionen en una armonía total que nos pueda permitir hablar, sonreír, susurrar, besar, oler, degustar, tocar, masticar y tragar y mostrar nuestros sentimientos a través de la expresión oral y facial, además

nos ofrece protección frente a las infecciones microbianas y agresiones ambientales. (La Salud Oral en los Estado Unidos: informe del Cirujano General-Resumen Ejecutivo, 2000)

B.1 Contribución de la Salud Bucal a la Salud Integral del Individuo

En cuanto a esta contribución hay mucho que tratar pues cada día los últimos avances en la ciencia confirman el vínculo tan estrecho que existe entre las enfermedades bucales como la presencia de enfermedades sistémicas. Como es el caso de la enfermedad periodontal y las enfermedades cardíacas, la diabetes y las periodontopatías, la caries dental y los abscesos dentarios con la endocarditis, bacteriana y algunas valvulopatias cardíacas, situaciones que el odontólogo tiene que conocer para tratar conjuntamente con los médicos tratantes de cada patología.

Por consiguiente la salud de todos los tejidos y estructuras de la cavidad bucal contribuyen indiscutiblemente a la salud general.

Según Emili Cuenca, cuarenta años desde la definición de salud de la OMS surge el concepto de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) que las exigencias sociales no se limitan a aumentar los años de vida sino que demanda que sean de calidad.(Sala & García, 2005)

A. Rahman Zamani del California Child Care Health Program resume las cinco consideraciones del porque es importante la salud bucal con la salud general en la hoja informativa para las familias y son:

- En la boca viven bacterias implicadas en la formación de la caries y la enfermedad periodontal, que con una buena higiene están bajo control, si esto no sucediera estas bacterias pueden migrar a otras zonas del organismo por el torrente sanguíneo en las lesiones que se presentan en la boca
- La boca refleja indicios y síntomas de salud o de enfermedad, infecciones generales y carencia alimenticias.
 - Hay enfermedades que pueden verse afectadas por la falta de salud bucal.
 - Hay relación entre enfermedades de encías y diabetes y cardiopatías
 - La boca puede ser depósito directo para la contaminación bacteriana de los pulmones con posterior desarrollo de neumonía bacteriana.
 - La mujeres embarazadas con enfermedades en las encías están en riesgo de partos prematuros o dar a luz bebés de bajo peso.
 - Las infecciones en boca pueden interrumpir los niveles de azúcar en sangre y hacer que la diabetes sea más difícil de controlar

- Las enfermedades pueden afectar la salud bucal
 - Las personas con sistemas inmunológicos débiles tienen más probabilidad de tener infecciones micóticas y virales
 - Algunas enfermedades como el reflujo gastroesofágico puede afectar la cavidad bucal.
 - Los medicamentos que se toman para las enfermedades alteran el flujo salival exponiendo la cavidad bucal a mayor incidencia de caries
 - La carencia de vitaminas puede afectar la cavidad bucal y los dientes
 - El consumo de tabaco y malos hábitos alimenticios afectan la cavidad bucal y la cara
- La buena salud comienza por la boca la promoción de la salud bucal es un paso importante para la salud general. (Zamani, 2000)

Cada día, en el contexto internacional, se reconoce con mayor fuerza que el componente bucal de la salud es parte integral de la salud general y un factor determinante en la calidad de vida de las colectividades. A pesar de esto, en los últimos reportes mundiales sobre salud bucal la OMS observa que varios problemas ampliamente identificados y estudiados, persisten, particularmente en los grupos menos privilegiados, tanto de países desarrollados como en desarrollo. De allí que la OMS en el Reporte Mundial de la Salud Oral, 2003, afirma que, por su extensión, las enfermedades bucales siguen siendo un problema prioritario en Salud Pública

con consecuencias sobre la calidad de vida y el bienestar de las personas.(Petersen, 2003)

Por otra parte, las metas globales en salud bucal que propone la OMS para el año 2020 se resumen en:

“minimizar el impacto de las manifestaciones orales y cráneo faciales de las enfermedades sistémicas en los individuos y usar estas manifestaciones para el diagnóstico temprano, la prevención y el manejo efectivo de las enfermedades sistémicas,” (Estrategia para el Mejoramiento de la Salud General en las Américas a través de Avances Criticos en la Salud Oral, 2005)

B.2 Caries Dental como Problema de Salud Publica

La caries dental es una enfermedad de alta prevalencia en todo el mundo y actualmente se define como una patología transmisible, en cuyo contagio juega un rol fundamental el *Streptococcus mutans*. Muchos estudios indican que la colonización temprana de la boca del niño por dicha bacteria es a través de la saliva de los adultos, especialmente de las madres. (Palomer L. , 2006)

La caries dental es un proceso dinámico de desmineralización de los tejidos dentales duros a cargo de los productos del metabolismo bacteriano, alternando con periodos de desmineralización, este proceso patológico tienen lugar de manera continua y cualquier lesión puede variar desde cambios a nivel molecular hasta destrucción tisular y formación de cavidades macroscópicas.(Harris & Garcia-Godoy, 2001)

La importancia como problema de salud pública radica en que es una enfermedad crónica que más afecta a la humanidad. Su tratamiento es costoso y provoca pérdida de tiempo, provoca mucho dolor, interferencia en la normal masticación, altera la fonación y por consiguiente la comunicación entre las personas, provocando agravamiento de problemas sistémicos en las personas.

La persistencia de la caries como problema de salud pública se relacionan directamente con sus determinantes y la intervenciones se deben dirigir al contexto social, su control y prevención se debe enfocar a partir de los conocimientos de su etiología y patogenia, que van a condicionar el diagnóstico, entendiendo este como la toma de las mejores decisiones y estrategias de tratamiento preventivo y restaurador, tanto individuales como colectivos a fin de controlar la progresión de la enfermedad. (Sala & García, 2005)

En cuanto al ataque de la caries dental a la población infantil, podemos mencionar que en nuestro medio adquiere proporciones inquietantes pues se observa con frecuencia la caries de infancia temprana.

La caries de la niñez temprana como también se le denomina está relacionada con el uso indiscriminado del biberón. Generalmente las madres adicionan a la leche o a la fórmula azúcar, miel o cualquier otro aditivo rico en carbohidratos y permite que el niño duerma con el biberón en su boca. Además muchos de los jarabes para controlar la tos y otras afecciones gripales, contienen hasta un 70% de sacarosa, se abusa de ellos en la noche pues el antihistamínico induce el sueño facilitando el descanso de toda la familia. (Jaramillo, 2009)

La presencia de los hidratos de carbono mientras el niño duerme, favorece la aparición de las lesiones, debido al menor flujo salival nocturno, y a la menor autoclisis por reducción del reflejo de la salivación.

Estas consideraciones nos obligan a pensar que el periodo de alimentación nocturna del niño debe ser poco a poco espaciado y finalmente eliminado cuando emergen a la cavidad bucal la totalidad de los dientes deciduos para lograr así evitar el riesgo de presentación de caries de infancia temprana.

La caries de aparición temprana es un término que engloba todos los tipos de caries que ocurren en la dentición decidua de los niños hasta los 71 meses de edad; es por ello que los padres al ver la gravedad del estado bucal de sus hijos acuden a una ayuda profesional ya que si se deja pasar el tiempo la enfermedad avanza y empeora.

El niño al crecer y al entrar en interacción con otros niños de su misma edad pueden ocasionarles problemas psicológicos como: autoestima. De ahí la importancia de la promoción de salud y tratar a las madres antes del parto o durante el tiempo que transcurre desde el parto hasta que el niño tiene el primer diente aproximadamente a los 6 meses de edad, en lo cual influyen además factores ambientales como el flúor en la prevención de esta enfermedad. (Neira, 2008)

La Academia Americana de Odontología Pediátrica, sugiere que los padres acostumbren a realizar limpieza de las encías y los dientes de los bebés luego del

amamantamiento. La Academia Americana de Pediatría, recomienda que la lactancia materna debe ser exclusiva durante los primeros seis meses de vida y debe continuar, con la introducción de alimentos complementarios adecuados, por lo menos a la edad de 12 meses. (Salone, Vann, & Dee, 2014)

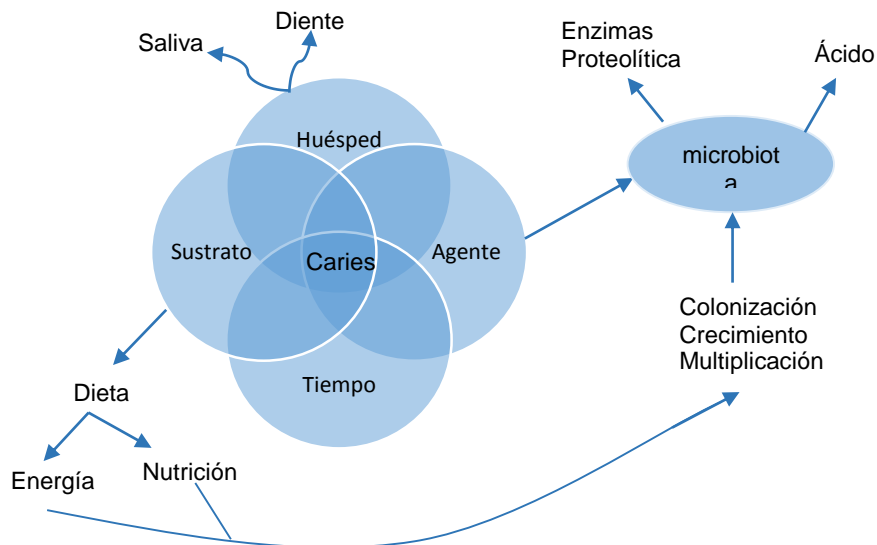
La OMS afirma: “La leche materna es el alimento idóneo para el crecimiento y el desarrollo sano del bebé; además, la lactancia materna forma parte del proceso reproductivo, y tiene importantes repercusiones para la salud de las madres. La OMS recomienda que a los seis meses (180 días) se empiece a dar a los lactantes alimentos complementarios, además de leche materna: 2-3 veces al día entre los 6 y 8 meses de edad, y 3 veces al día más un refrigerio nutritivo de los 9 a los 11 meses. Entre los 12 y los 24 meses, deben dárseles tres comidas y pueden ofrecérsele otros dos refrigerios nutritivos, si lo desean.”(Organización Mundial de la Salud, 2013)

La caries dental en el seno de la familia se advierte como una enfermedad silenciosa crónica, con episodios de exacerbación, que puede estar afectando a varios miembros de la familia, entre los niños por lo general la población le resta importancia a la conservación de los dientes deciduos y no se le otorgan mayores cuidados, lo cual ocasiona la destrucción de ellos y por consiguiente la pérdida del espacio para los dientes permanentes.

La población dentro de sus mitos y creencias piensan que las caries son inevitables o esperan resignadamente que el niño o niña herede la mala dentadura de sus progenitores.

Etiología de la caries dental

La caries dental se considera una enfermedad multifactorial en la que interaccionan factores dependientes del huésped, la dieta y la placa dental (biofilm) Keyes lo representa en forma de círculos sobrelapados. (Boj, Catalá, García-Ballesta, & Mendoza, 2005)



Fuente: Esquema de Keyes Modificado, (Higashida, 2009)

La teoría de la caries dental más aceptada en el presente se basa en la quimioparasitaria de Miller. La caries dental es causada por los ácidos que producen los microorganismos acidógenos al degradar los alimentos en especial hidratos de carbono, haciendo que disminuya el pH de la placa dentobacteriana lo que aumenta la proliferación de microorganismos y la actividad acidógenos que promueve la descalcificación de la molécula del esmalte formando las cavidades.

En este proceso hay dos etapas:

- Descalcificación de los tejidos
- Disolución del residuo descalcificado

Los microorganismos de la boca que pueden estimular fermentación acida toman parte en la primera etapa, en cambio los de acción digestiva sobre sustancias albuminosas intervienen en la segunda etapa, esto se fundamenta en 3 aspectos:

- El PH es ácido en la superficie del esmalte durante el inicio de la caries
- Hay un complejo de bacterias en el sitio donde inicia la caries
- Hay relación directa entre la caries y las dietas ricas en hidratos de carbono, principalmente el azúcar que se desintegra con facilidad.

(Higashida, 2009)

Por la importancia de la enfermedad entre la población infantil que es objeto de nuestro estudio, debemos considerar los factores que afectan al huésped.

El órgano dentario ofrece puntos débiles:

- Anatomía; zonas de los dientes que favorecen la retención de placa o que el acceso a la saliva está limitado (fosas, fisuras, superficies interproximales).
- Disposición de los dientes en la arcada (apiñamiento)
- Constitución del esmalte, deficiencias congénitas en la formación de la matriz o en la mineralización (hipoplasia) puede favorecer la caries

- Edad posteruptiva del diente, la susceptibilidad a la caries es mayor inmediatamente después de la erupción y disminuye con la edad.(Boj, Catalá, García-Ballesta, & Mendoza, 2005)

Epidemiología, riesgo de caries y enfermedad periodontal

En la mayoría de los países en vías de desarrollo, la alta prevalencia de caries se ha mantenido en incremento, por la introducción progresiva de patrones dietéticos perjudiciales que provienen de modelos existentes en países desarrollados y aquí no existen programas de prevención y promoción que se integran a la clínica la cual está orientada a lo curativo y no preventivo por ello definimos riesgo. “Medida de una probabilidad estadística de un resultado adverso que tiene como consecuencia la presencia de una adversidad o amenaza”.

El riesgo de enfermedades como la caries dental y gingivitis en escolares se ve condicionado por múltiples factores de estas enfermedades que provocan el daño en la salud general de los niños y niñas

La OMS define factores de riesgo como “cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.”(Murcia, 2005)

B.3 Salud Bucal del Binomio Madre-hijo en Honduras.

El departamento de Salud Bucal de la Secretaria de Salud Pública de nuestro país es el responsable de planificar, dirigir, coordinar, supervisar, monitorear,

diseñar planes estratégicos, proyectos, evaluar el programa odontológico nacional, ejercer abogacía a nivel de políticas de la Secretaría de Salud para el abordaje de la problemática de salud bucal, apoyando las políticas sociales para mejorar la salud bucal de la población hondureña.

Depende de la Dirección General de la Promoción de la Salud, el fortalecimiento, la equidad, calidad en la oferta y demanda de la atención odontológica en la red de servicios de salud, brindando asistencia normativa, desarrollando la vigilancia epidemiológica bucal, capacitando y actualizando a su personal y regulando el servicio de odontología.

En Honduras constituye un verdadero problema de Salud Pública, que se agudiza en la población infantil que presenta altos índices de caries dental siendo el grupo más vulnerable el conformado por los niños (as) de 5 a 14 años. Numerosos factores relacionados con el estilo de vida, biológicos, ambientales, socioeconómicos, de acceso, educativos entre otros, se agrupan alrededor de nuestra realidad presentando a las enfermedades buco dentales como algo común entre la población, por lo cual para su abordaje se requiere de una amplia revisión de elementos que permitan presentar un panorama general de la salud oral del hondureño. (Murcia, 2005)

De acuerdo a la investigación llevada a cabo en 1987 en Honduras donde se estudiaron 4,800 escolares a nivel nacional se encontró que solo un 2.1% de los escolares sujeto de estudio presentaban dientes sin caries mientras que un 98% presentaban la enfermedad, el índice (CPO-D) encontrado fue de 5.7 dientes

afectados. Un estudio posterior realizado en el Centro Odontopediátrico (CODOPA) en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras en el año 1994 con el propósito de analizar la salud bucal de los escolares que asistieron a consulta dental y su relación con factores socio económicos y nutricionales como condicionantes, revela que el índice (CPO-D) encontrado fue de 9 dientes afectados. (Rivera, 1994)

Un estudio posterior nos muestra que para el año de 1998 se realizó un estudio epidemiológico de salud bucal en escolares menores de 15 años de escuelas públicas de Honduras, dentro de sus principales hallazgos tenemos que el CPO-D a los 6 años fue de 6.49 y de 4.51 a los 12 años, mientras que a los 15 años aumentaba a 5.67, este dato nos muestra que ha medida avanza la edad hubieron muchos factores como la dieta, hábitos de higiene bucal inadecuados entre otros que condicionaron este incremento. (Gomez, Díaz, Montoya, & Chinchilla, 1998)

Otro hallazgo importante es que la caries dental presentaba índices más altos en aquellos escolares con un nivel socioeconómico bajo y una de las características encontradas, fue que estos niños tenían una alimentación inadecuada siendo este índice muy similar al de la encuesta nacional de salud bucal 1987 lo cual demuestra que se vuelve necesaria la adopción de medidas de promoción y prevención que deberán ser tomadas por los organismos encargados de preservar la salud oral del pueblo hondureño. (Murcia, 2005)

Siendo que la caries dental es una de las principales enfermedades que afectan la salud general de la población, en América Latina los estudios han demostrado una alta prevalencia de caries dental de 91% en Chile hasta 97.9% en Honduras,

considerando este último como uno de los más altos del hemisferios. (Arévalo, Rivera , Rivera, & Sánchez, 2005)

B.4 Programa de Salud Bucal que dan Cobertura al Binomio Madre-hijo

A nivel internacional existen muchas experiencias en programas y proyectos que tienen como misión proporcionar educación en salud bucal y prevención, de las más frecuentes patologías y atención odontológica dirigida al binomio madre-hijo, tal es el programa odontológico preventivo materno-infantil (POMI) de la dirección de sanidad de la Armada de Chile.

Este programa nació por la necesidad de educar y motivar a la madre embarazada y mediante un plan preventivo, clínico y educativo, que busca reducir la infección bucal en las madres y así controlar la transmisibilidad de bacterias cariogénicas a sus hijos para mantenerlos libres de experiencia de caries, después de 10 años de seguimiento se ha podido demostrar la excelente experiencia que ha proporcionado a las familias. Lo que incluye:

- Examen clínico a la embarazada y posteriormente a su bebe en niño sano
- Componente educativo desde embarazo y posterior de el
- Tratamiento clínico

Este programa se aplica simultáneamente al control de embarazo programa gineco-obstetrico programa médico pediátrico (niño sano) y el binomio se da de alta hasta los 6 años de edad del niño, observándose excelentes resultados. (Programa Preventivo Odontologico Materno-infantil (POMI), 2006)

Otra experiencia es el programa de salud bucal materno-infantil del C.A.P.nº3 Fuerza Armada de Uruguay, cuyo objetivo principal es mejorar la salud bucal de la población infantil perteneciente al C.A.P.n3 a través de medidas educativas, preventivas y asistenciales dirigidas a las embarazadas y al binomio madre-hijo estableciendo coordinaciones con otros programas medico sanitario valorando la salud integral.(Lopez & Lledios, 2003)

También en este sentido el equipo materno-infantil de la asociación argentina de odontología para niños preconiza la primera visita durante el embarazo de la madre.(Sanches, 2006)

Hemos descrito anteriormente la relación del binomio madre-hijo y desde que etapa se establece, es así que al pasar del tiempo cuando suceden las etapas de crecimiento y desarrollo del niño van surgiendo los requerimientos de atención de servicios de salud. En cada uno de los programas de la Secretaria se toma en cuenta el componente de salud bucal, dado que se cuenta con servicios de odontología en todos los hospitales tanto de referencia nacional como ser:

Hospital Escuela Universitario y Materno Infantil

Donde funciona el servicio de Odontología y Maxilo Facial en el que se atienden consulta tanto de pacientes hospitalizados como ambulatorios y se recibe interconsulta de todas las áreas de consulta externa de ambos complejos hospitalarios dándosele prioridad a la madre embarazada y a los pacientes

pediátricos, pues este servicio cuenta con profesionales formados en áreas como Salud Pública, Odontopediatría, Patología Oral y Odontología Maxilo facial.

Hospital General San Felipe

Que cuenta con un servicio de odontología que atiende, prioritariamente a gestantes y niños de todas las edades

Existen además otros programas que ofrecen atención odontológica a madres y niños como ser:

El Programa de Escuela Saludable (PES)

El 27 de julio de 1998 a iniciativa de la primera dama de la nación doña Mery Flakes de Flores, representantes de las distintas secretarías de Estado, entes descentralizados y organismos internacionales que trabajan con la niñez, se comprometieron a poner en marcha un programa cuyo principal objetivo fuese mejorar la calidad de vida de la niñez en edad escolar y preescolar creándose el programa de escuela saludable.

El PES es oficializado por decreto ejecutivo número PCM-001-2000 el 18 de enero del año 2000, es una dependencia de la Presidencia de la República, está adscrita a la Secretaría de Desarrollo Social, y lo coordina la primera dama de la nación. Una escuela saludable es un centro educativo en el cual los alumnos logran un armonioso desarrollo biológico, emocional y social, en un ambiente de bienestar institucional y comunal, desarrollando estilos de vida saludable, todo lo cual es

compartido con el componente de sus familias, maestros, personal de la escuela y la comunidad.

El PES brinda una atención integral en el marco de la entrega del paquete básico de salud a los niños y niñas escolares, proporciona:

- Desparasitaciones
- Aplicaciones de vitaminas
- Evolución del estado nutricional
- Atención odontológica
- Atención oftalmológica
- Atención alimentaria (meriando escolar)
- Huertos escolares
- Promoción de la salud

El paquete básico de salud son actividades que se coordinan con otros sectores de salud, educación y otras instituciones en beneficio de la población infantil escolar y preescolar con participación de padres y madres de familia de la comunidad. (Introducción a la Estrategia de Escuela Saludable, 2010)

Como podemos observar este programa está muy bien diseñado para proporcionar salud bucal en un contexto de salud integral tomando en consideración todos los determinantes de la salud. Mediante las escuelas saludables se logra concretizar las acciones encaminadas a proporcionar la salud en el binomio madre-

hijo, pues son las madres por lo general las que rodean a sus hijos en el ambiente escolar.

Centro Odontopediátrico y Detección de otras patológicas (CODOPA)

Es un centro de la Secretaría de Salud que surge como una alternativa para minimizar de la problemática de salud bucal que presenta la niñez en la edad preescolar y escolar. Su objetivo es proporcionar educación, prevención y restauración integral de la salud bucal de los escolares complementándose con la atención médica y psicológica. La modalidad de trabajo es que se hace llegar a todo un curso de una escuela, previamente determinada, junto con su maestra, son transportados al centro durante una semana hasta que se termina la rehabilitación integral de todos los niños. El centro cuenta con:

- Unidad de educación prevención y promoción de la salud
- Módulo de alta productividad odontológica
- Atención medica
- Atención psicológica
- Sección administrativa
- Dirección

El Centro Odontopediátrico dentro de su misión y visión enfatiza la asistencia sanitaria con responsabilidad y profesionalismo buscando mejorar la condición de salud bucal de los escolares, mediante una atención integral de alta calidad. Busca ser una institución líder en la promoción, prevención, capacitación e investigación

en salud bucal para impulsar el modelo de atención integral en escolares. (Ortega, 2013)

En este centro también se importen charlas educativas para padres, madres y encargados que asisten con sus niños en la modalidad de atención ambulatoria; ofreciendo los servicios de:

- Odontopediatría
- Ortodoncia
- Endodoncia
- Atención medica
- Atención psicológica

Esta modalidad de atención ha proporcionado servicios de salud integral de alta calidad únicos en el país a nivel del estado, a la población de escasos recursos de nuestro país y realmente este centro tendría que replicarse en todas las regiones sanitarias porque proporcionaría una excelente solución a los problemas de salud bucal de la población escolar y preescolar de nuestro país, haciendo honor a la gran verdad que puede leerse en la placa de inauguración del centro:

“En verdad te digo le digo Sancho amigo... que la boca sin muelas es como un molino sin piedra y en mucho mas se ha de estimar un diente que un diamante.”
(Cervantes, 1605)

Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAH

El departamento de Odontología Preventiva y Social coordina e imparte un gran número de asignaturas contenidas en el plan de estudio de la carrera, las asignaturas Paidodoncia I y Paidodoncia II se imparten en el noveno bloque de materias profesionalizantes del último año de estudios, se cuenta con un área formada por 3 zonas, dos de ellas clínicas que cuentan con unidades dentales en óptimas condiciones, área de esterilización, arsenal de materiales dentales, una aula especial para realizar educación dental, que cuenta con lavamanos, espejos, bancos, pantalla y televisor; data shows; el área es exclusiva para la atención del paciente pediátrico en un ambiente especial, decorada con motivos alusivos a la niñez para poder contrarrestar los miedos característicos que generan la atención odontológica.

En nuestras clínicas de odontopediatría se atienden integralmente aproximadamente una cantidad de 300 a 400 pacientes por cada periodo educativo, brindando la atención integral de los pacientes,

Iniciando el periodo académico se realizan labores de recolección de datos, índices, conformación de historia clínica, instrucción de higiene oral que se realiza a los padres y acompañantes o tutores de los niños que se atienden en todo el periodo, ofreciendo servicio de odontopediatría de alta calidad revisando los procesos de fijación de conceptos teóricos con la práctica clínica supervisada por sus docentes.

A lo largo de todo el periodo académico que tiene una duración aproximada de 14 semanas se establecen las citas odontológicas fijadas con los diferentes pacientes captados en el servicio; durante este tiempo se realizan diferentes tratamientos como ser: operatoria dental, pulpotomias, pulpectomias, aplicaciones de flúor, aplicación de sellantes de fisuras, confección de mantenedores de espacio, endodoncias en piezas permanentes jóvenes, interconsultas con los docentes de ortodoncia, cirugía bucal

Dichos tratamientos forman parte de los requisitos que cada alumno tiene que realizar para la aprobación de su asignatura. Todo esto en el marco de la atención integral del paciente pediátrico, llevando a cabo los tratamientos en un ambiente propicio para el buen desarrollo de los planes de tratamiento de los pacientitos, con el acompañamiento constante de sus docentes asignados.

C. Trasmisión Microbiana

¿Por qué referirnos a la trasmisión microbiana? Porque estamos estudiando el binomio madre-hijo y todo lo que se relacione con su salud.

La boca alberga innumerables microorganismos en un ecosistema muy complejo, anteriormente se consideraba como un hábitat simple para los microorganismos, pero actualmente se conoce que los dientes, surco gingival, lengua, superficies mucosas y la saliva forman hábitats diferentes donde los microorganismos se multiplican, la flora bucal es una entidad dinámica afectada por numerosos cambios durante la vida del huésped.(Ross & Holbrook, 1987)

Ya hemos mencionado a la estrecha relación que se desarrolla entre la madre y su hijo desde la concepción y más aún cuando este viene al mundo los cuidados de la madre son los que él bebe más necesita; pero debemos considerar que ella es adulta y como tal su flora bacteriana es mucho más compleja y según P.W Ross la mayoría de los estudios de la flora bucal del adulto muestra que hay variaciones considerables entre cada individuo en el número de bacterias según cuando se tomen las muestras y según la cantidad de placa bacteriana, enfermedad periodontal o lesiones cariosas que tenga individuo.

La boca del feto a término es estéril, aunque al nacer puede adquirir, microorganismos transitorios en el tracto vaginal. La boca del bebe adquiere microorganismos con rapidez, de la madre y también del ambiente, pueden aislarse especies de estreptococo y estafilococo, coliformes, *lactobacilos neisseria* y levaduras; pero lo más común de encontrar en la boca del bebe son el *Streptococcus salivarius*.(Ross & Holbrook, 1987)

La transmisión de microorganismos desde la saliva de la madre al niño fue sugerida por primera vez en 1975 por Berkowitz y Jordan, quienes usaron el método de tipificación de mutacina para demostrar que los microorganismos de las muestras tomadas desde la boca de los niños, eran idénticos a los encontrados en la boca de su madre. En 1985 Berkowitz y colaboradores trabajaron comparando la producción de bacteriocina por *Streptococcus mutans*, aislando de la boca de 20 pares de madre e hijos y concluyeron que la correspondencia de microorganismos era estadísticamente significativa. (Martinez & Rodriguez, 2009)

El enfoque microbiológico demuestra que una colonización temprana de *Streptococcus mutans*, antes del periodo de ventana (19-31 meses) favorece la aparición de caries en niños pequeños, el reservorio suele ser la madre por contacto directo (transmisión vertical), altos niveles de bacterias en la boca de la madre favorece una colonización más precoz en el niño, así como contactos frecuentes con la saliva de la madre. La prevención y el control de la caries precoz en la infancia se enfoca como situación de alto riesgo y se debe dirigir al binomio madre-hijo, educación de la madre y control de la infección. (Sala & García, 2005)

El mecanismo de contagio entre madre e hijo, se produce cuando esta comparte los cubiertos con su hijo, usa el mismo cepillo dental, lo besa en la boca o prueba la temperatura de la mamadera con su boca, de esta manera la madre transmite las bacterias cariogénicas a su hijo. Por tanto se puede deducir que una mujer que tiene hábitos deficientes de cuidado dental, repetirá estos patrones en sus hijos y se crearan condiciones ideales para el desarrollo de la caries dental.(Palomer, 2006)

Apoyándonos en los resultados y opiniones anteriormente citados, podemos asegurar como la trasmisión microbiana es un factor de riesgo importante en el estudio de la salud bucal del binomio madre-hijo.

En 1983 se publicó un trabajo científico en un programa ejecutado por investigadores de la Universidad de Gotemburgo Suecia, la Dra. Brignita KoHler concluyo que la madre es la principal fuente de infección del niño pequeño en cuanto al S. Mutans, reconocido como causante del desarrollo inicial de la caries y el control de la infección por *Streptococcus Mutans* se logra incluyendo en un programa

educativo-preventivo-asistencia. En este estudio a la mitad de la madres se les incorporo a un programa que incluía

- Consejo dietético
- Profilaxis profesional
- Higiene oral
- Terapia de flúor
- Tratamiento en lesiones activas
- Tratamiento con clorehexidina

De los resultados se destaca

- 28 madres tratadas exitosamente hasta que sus hijos cumplieron 23 meses y solo 3 de ello (11%) mostraran niveles de infección de SM comparado con el grupo control de 17 de 38 niños (45%).
- A los treinta y seis meses de edad solo el 19% de los niños de madres tratadas mostraron niveles de infección de SM, comparado con 63% de los niños del grupo control.
- Se realizaron controles a los niños tratados, 15 años después y se encontraron los siguientes resultados.
 - 12 pacientes libres de caries en niños colonizados por *Streptococcus mutansa* los 3 años de edad
 - 46 pacientes libres de caries en niños que no presentaban niveles de colonización a los 3 años.(Lopez & Lledios, 2003)

D. Higiene Bucal en el Binomio Madre-hijo

El propósito fundamental de la higiene bucal consiste en evitar la enfermedad dental mediante la disminución y eliminación de la acumulación de placa, detritos alimenticios y sustancias dañinas en la cavidad bucal que mediante los procesos de fermentación de los azúcares provee un ambiente ácido en ella, siendo esta una condición que favorece al crecimiento de la flora bacteriana cariogénica.

El compromiso de la odontología en la actualidad se basa primero en un diagnóstico de salud y en la atención con énfasis en la filosofía preventiva, que considere la salud de binomio madre-hijo desde los inicios de esta relación, o sea durante la gestación; por consiguiente la higiene bucal de la gestante debe estar como un eje en toda atención odontológica, de manera que se logre fijar hábitos que se dirijan a fundamentar conductas saludables desde los primeros estadios en los que los dientes deciduos se empiezan formar. Igual tiene mucha importancia la actitud hacia la higiene personal, patrones de buena alimentación ya que la caries dental y las enfermedades periodontales que se presentan en la madre y el niño está directamente relacionada con el estilo de vida de las personas.

En la etapa posterior al nacimiento del bebé deben observarse los mismos hábitos de higiene oral en la madre y es importante la educación en salud oral de ella pues es cuando, dedica su tiempo al cuidado del bebé; cobra mucha importancia la transmisión microbiana que puede llevarse a cabo de la madre al niño, siendo esta más perjudicial cuando más temprano se realiza en la vida del bebé.

Si la madre no tiene buenos hábitos de higiene oral puede transmitir los microorganismos de su flora bacteriana a su bebe. Caufield y colaboradores publican un estudio científico demostrando que existen periodos claves en la vida del niño que representan momentos de mayor susceptibilidad para la adquisición del *Streptococcus mutans* denominadas ventanas de infectividad, la primera entre 16 y 29 meses (promedio 24 meses) relacionada con la erupción del primer molar deciduo. Estos autores consideran que si no se identifica niveles de colonización de SM a los 2 años, existen pocas posibilidades de que la misma se produzca hasta los 6 años de vida, edad aproximada en que se produce la erupción del primer molar permanente correspondiente con la segunda ventana de infectividad (6 años). (Lopez & Lledios, 2003)

Estos avances científicos, promovieron a nivel mundial el desarrollo de programas materno infantiles de atención de servicios de odontología.

D.1 Hábitos de Higiene Bucal

Higiene viene del griego Hygies= sano “parte de la medicina que tiene como objeto la conservación de la salud, y los medios para prevenir la enfermedad”

Muchos antes de la era cristiana la higiene bucal se practicaba como parte de los rituales religiosos y sus enseñanzas estaban enfocados a limpiar las manchas y restos alimenticios adheridos a los dientes.(Jaramillo, 2009)

La caries dental y la enfermedad periodontal se origina por la actividad que se realiza en el acumulo de biomasa bacterianas en ciertos sitios de la cavidad bucal

con ciertas condiciones como ser sitios alejados de las zonas de auto limpieza ejemplo: surco gingival, tercio gingival de las superficies lisas, fosas y fisuras y contactos interproximales donde se inician estas lesiones.(Jaramillo, 2009)

La mayoría de los problemas de salud bucal y sus secuelas pueden ser evitadas, si existiera un conocimiento por parte de la población, de las medidas preventivas y el manejo adecuado de la salud oral durante todas las etapas de la vida, incluso desde la vida intrauterina, nacimiento y crecimiento, y además el conocimiento de los tratamientos que pone a nuestro alcance la odontología moderna.

La higiene bucal es uno de los componentes más importantes en cualquier programa de prevención y su meta, utilizando métodos mecánicos, flúor y el control químico de la placa, debe ser no permitir que se aloje la placa bacteriana para que no se organice y logre provocar el ambiente ácido altamente cariogénico.

Unas buenas pautas de hábitos de higiene oral entre los más pequeños, debería iniciarse con la erupción de los primeros dientes (6-8 meses) los que deberían ser limpiados diariamente con una gaza o cepillito humedecido con enjuague fluorado de concentración diaria para iniciar el aporte de fluoruro tópico posterior a la erupción. El cepillado debe hacerse diariamente, sin pasta, aproximadamente al año de edad empapado con un colutorio fluorado y debe ser realizado por un adulto, introduciendo el uso de pasta fluorada (500ppm de flúor) una vez al día, a partir de 2-3 años en función del riesgo de caries.(Peidró, 2005)

Las ciencias odontológicas al igual que las médicas, han evolucionado al paso de la tecnología, de manera que mediante las especialidades, puede proporcionar las respuestas a muchas de las interrogantes de salud bucal planteadas por la sociedad, y al mismo tiempo dar las soluciones a los problemas de salud que se presentan a diario.

Cabe también mencionar que todas las áreas de la salud han remontado el paradigma puramente curativo para dar mayor énfasis y prioridad a la medicina preventiva, promoción de la salud y adopción de comportamientos saludables, reingeniería de los sistemas de salud, todo esto formando parte de un enfoque participativo de la sociedad en general.

En cuanto a los hábitos de higiene para el binomio madre-hijo reiteramos que la información odontológica debe brindarse a la mujer desde el inicio de su embarazo, por lo tanto el equipo de salud (medico, enfermera, odontólogo, higienista) tiene que estar preparado en lo que a su área tenga la competencia, para ofrecer toda esa información y tratamientos que la situación requiera.

El primer trimestre del embarazo es un periodo crucial, durante este periodo se forman los sistemas de órganos, los dientes inician su formación de la cuarta a la quinta semana de gestación y la mineralización de huesos y dientes ocurre de la novena a duodécima semana. El stress excesivo sobre el feto en cualquier momento del desarrollo, puede ocasionar detención temporal irreparable del crecimiento celular. Es importante la nutrición durante el embarazo, la dieta debe estar compuesta por los cuatro grupos básicos de alimentos. Los huesos y el sistema

materno son una gran reserva mineral para ser utilizada por el niño en desarrollo. Los obstetras deben desarrollar un sistemas de referencia para asegurar que la madre embarazada entre en un programa odontológico preventivo para asegurar su salud, dental y la buena formación de su bebe. (Harris & Garcia-Godoy, 2001)

Hay tres razones importantes para hacer énfasis en la salud oral de la madre

- Evitar la progresión de lesiones cariosas en enfermedad periodontal
- El tratamiento de la madre y la asesoría odontológica de ella, redundara en el mejor cuidado del bebe
- Para disminuir la cantidad de microorganismos cariogenicos en la boca de la madre, mismos que podría transmitir a su hijo cuando este nazca y se presenta la ventana de infectividad

Es ideal que la mujer embarazada sea remitida inmediatamente por su ginecólogo tratante, al servicio de odontología, donde se le debe ofrecer comenzar en un programa preventivo que consista en poner en marcha las medidas preventivas de la odontología moderna como ser:

- Diagnóstico de la situación de salud de la madre con los estudios correspondientes
- Consulta Odontológica periódicas para realizar profilaxis frecuentemente que mantengan la salud de los tejidos dentarios y bucales, sin olvidar potenciar el control de placa.
- Recuentos bacterianos de microorganismos cariogenicos

Es ideal que puedan realizarse pruebas microbiológicas rápidas de *Streptococcus mutans* y lactobacilos pues con un excelente control de placa tanto personal como profesional permitirá a que la madre pueda disminuir la carga microbiana para evitar al mínimo el potencial de transmisión bacteriana de la madre al niño.

D.2 Medidas Preventivas en Odontología

El control de placa es la eliminación de la placa microbiana y la prevención de su acumulación sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes, también retarda la formación del cálculo. La eliminación de la placa microbiana lleva a la resolución de la inflamación gingival durante sus etapas iniciales, es entonces un medio eficaz de tratar y prevenir la gingivitis y una parte crítica de todos los procesos de prevención de enfermedad periodontal. Los pasos del control de placa son:

- Motivación
- Educación
- Instrucción (Carranza, Newman, Takei, & Klokkevold, 2010)

El control de la placa bacteriana o biopelícula está íntimamente relacionada a la salud de las estructuras bucales. La placa bacteriana es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas en la superficie de los dientes, encías, lengua y otras superficies bucales incluso protolisis, se forma cuando existe condiciones adecuadas para las bacterias, como estancamiento de alimentos, disponibilidad de nutrientes y falta de higiene bucal. Es importante en la etiología de la caries dental y enfermedad periodontal.(Higashida, 2009)

Cepillado dental

Es la medida preventiva más efectiva para lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y sus objetivos son:

- Eliminar y evitar la formación de la placa bacteriana
- Limpiar los detritos alimenticios de las estructuras dentales.
- Estimular los tejidos gingivales
- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de las pastas dentales

Hay diferentes técnicas de cepillado que normalmente toman el nombre de su creador y son:

Técnica circular o rotacional; las cerdas del cepillo se colocan en dirección apical con sus costados apoyados contra la encía, el cepillo se gira con lentitud como si se barrera con una escoba de manera que las cerdas pasen de la encía a la corona del diente y las superficies oclusales se cepillan con movimientos vaivén o con golpeteo.

Técnica de Bass; técnica de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival, las cerdas del cepillo se colocan sobre el surco gingival en ángulo de 45° en relación al eje longitudinal del diente y se hacen movimientos vibratorios abarcando dos o tres piezas dentarias. Esta técnica se indica a personas adultas.

Técnica de Charter; Esta técnica es especial para limpiar áreas interproximales se coloca el cepillo en ángulo de 45° con las cerdas hacia oclusal y se hacen movimientos vibratorios introduciendo las cerdas en zonas interproximales

Técnica Stillman; el cepillo se coloca en posición de angulación de 45° con las cerdas hacia el ápice del diente, pero sobre la encía haciendo movimientos vibratorios con cuidado de no dañar la encía.

Técnica horizontal; las cerdas se colocan en forma perpendicular a la corona de los dientes se hacen movimientos de adelante hacia atrás. Es conveniente para niños pues ellos no tienen mucho motor fino desarrollado. (Higashida, 2009)

Para el cepillado de los niños pequeños se comienza a utilizar la posición de Starkey que consiste en ponerse frente al espejo y la madre se coloca atrás del niño asegurando su cabeza en su pecho de manera que el niño se sienta apoyado por su madre.

Hilo Dental

Es un hilo resistente formado por varios filamentos los cuales se separan al entrar en contacto con los dientes para limpiar las zonas interproximales que no se puede limpiar el cepillo dental. Los hilos pueden tener cera, sabor, con flúor o sin flúor. La limpieza dentaria no está completa si no se pasa el hilo dental por todas las superficies interproximales. (Harris & Garcia-Godoy, 2001)

Para enseñar a los niños se hace una circunferencia de manera que sea más fácil para el niño manipular el hilo sin tener que enredándolo en sus dedos como lo tienen que hacer el adulto. El hilo dental tiene que introducirse suavemente en el surco gingival de manera que barra la placa bacteriana alojada en el surco gingival.

Las pastas o dentífricos

Son sustancias que se utilizan en el cepillo dental para realizar la limpieza de la corona de los dientes. El cepillo tiene la función de eliminar la placa dentobacteriana pero el dentífrico contribuye a ello con sustancias tenso-activas, espumigeros, bactericidas y abrasivos, dando sensación de limpieza por las sustancias saponíferas como menta, eucalipto y agentes antibacteriano como triclosan.(Higashida, 2009)

Control químico de la placa bacteriana

Considerando la naturaleza microbiana de la placa, los agentes químicos se caracterizan por ser efectivos en el control de la placa bacteriana por su capacidad de reducir o retardar su formación. Puesto que la formación de la placa es un proceso dinámico y ordenado, sobre la superficie dentaria limpia se establece primero los formadores de la placa primaria, miembros de especies de estreptocócica. Su presencia parece ser esencial para la adhesión de otras especies bacterianas. Las colonias siguientes aportan entonces los medios y la creación de un ambiente adecuado para la adhesión y proliferación de otros microorganismos. Así, en la formación de la placa hay dos procesos

- Adherencia microbiana
- Proliferación o división bacteriana

El principio de limpieza mecánica consiste en eliminar regularmente los microorganismos y limitar las masas microbianas y por ende su complejidad. (Platt, Tosta, & Machado)

Flúor

Está demostrado que el consumo de fluor en “cantidades óptimas” logra aumentar la mineralización dental y la densidad ósea, reducir el riesgo y prevalencia de caries dental y ayuda a la remineralización del esmalte en todas las épocas de la vida.

En la década de 50's se aceptaba que el flúor incorporado al esmalte dental durante el desarrollo ejercía su máximo efecto preventivo, se indicaban suplementos orales de flúor (SOF) tanto a la embarazada como al recién nacido.

Para la prevención de la caries dental se indicaban dosis mayores que las indicadas actualmente. Hace 20 años se aceptó un cambio radical en los mecanismos de acción del flúor, en la prevención de la caries; en primer lugar el efecto preventivo fundamental se debería a la acción tópica del flúor y no la sistémica, en segundo lugar la caries sería un proceso reversible en sus fases iniciales, ósea el flúor es capaz de la remineralización de lesione iniciales desmineralizadas; actualmente se sabe que el flúor sistémico pre eruptivo no logra una prevención relevante, sino que es responsable de fluorosis dental. (Miñana, 2012)

De manera que siempre realizaremos la fluorización tópica tanto a la madre como al niño para lograr el ambiente bucal cariostático que necesitamos para contribuir a la salud bucal del binomio, aceptando ser prudentes en su uso en la etapa de gestación y en terapia sistémica.

E. Conocimientos en Salud Bucal de la Madre

La causa más frecuente que contribuye al deterioro de la salud bucal de los niños en la infancia temprana es el hecho que los padres o los cuidadores desconocen conceptos importantes en relación a la salud bucal y las medidas de prevención que deben adaptarse con los niños.

Además se conoce que las madres con pobre salud bucal, poseen altos índices de caries dental y altos niveles de bacterias patógenas aumentando el riesgo a caries en sus niños cuando son mayores. (Miguel de Priego & Cevallos, 2012)

La mayoría de publicaciones científicas sobre promoción de la salud oral, coinciden en que idealmente la educación debe empezar durante el embarazo por una serie de razones:

- Porque la mayoría de los embarazadas desconoce las pautas preventivas de salud oral, a pesar de tener una motivación especial hacia el aprendizaje sobre el cuidado de su propia salud y la del bebé.
- Porque la educación prenatal ayuda a disipar los mitos sobre el embarazo y la pérdida dental, así como sabe el embarazo y las visitas al dentista.

- Porque es más fácil adoptar buenos hábitos precozmente que intentar cambiar hábitos nocivos.
- Porque el tratamiento periodontal durante el embarazo, reduce los partos prematuros y la prevalencia de bebés con bajo peso al nacer en mujeres con enfermedad periodontal.
- Porque la reducción de niveles de *Streptococcus mutans* en la madre reduce el riesgo de transmisión bacteriana vertical.
- Los padres y especialmente la madre son modelos a imitar.
- Las conductas de salud aprendidas en la niñez se interiorizan tanto que son difícil de olvidar. (Miguel de Priego & Cevallos, 2012)

La educación para la salud es cualquier combinación de actividades de información y educación que llevan a una situación en la que las personas sepan cómo alcanzar la salud y buscar ayuda cuando la necesiten.

La educación para la salud en la actualidad capacita mediante sus acciones a los individuos para convertirlos en protagonistas de su propia salud facilitándoles la adopción de comportamientos saludables, actuando en la promoción y restauración de la salud. (Chamosa & Gonzalez, 2005)

Se torna entonces de importancia prioritaria capacitar, informar y orientar a las madres, tutores y familiares sobre la salud bucal y todos los tópicos referentes a ella para que esto se convierta en un efecto multiplicador en la sociedad.

El componente de la educación en salud de la madre que es uno de los objetivos de esta investigación también está contenida tanto en los programas de la Secretaria de Salud como en el Plan de País, pues dice:

“Una de las actividades que necesariamente debe incluir la Atención Primaria de Salud (APS) es la Educación para la Salud de los individuos y del conjunto de la población. Esta educación debe alcanzarlas dimensiones y la naturaleza de los programas de salud prevalentes en esta población e indicar los métodos para prevenir y controlar estos problemas”.(Plan de Nacion 2021, 2005)

También se consideran actividades esenciales de APS, promover la disponibilidad de suministros alimenticios, nutrición apropiada, abastecimiento de agua, saneamiento básico, atención de salud materno infantil, vacunación y tratamiento contra para las enfermedades y entonces está estrechamente vinculada con la promoción de la salud y prevención de enfermedades. (Plan de Nacion 2021, 2005)

E.1 Costumbres y Hábitos

Los mitos y creencias se relacionan con la gestión como: perder un diente por cada embarazo, no recibir tratamiento odontológico hasta después del parto o solo atender a la gestante cuando sea una emergencia. En la actualidad todo esto ha sido rebatido por la evidencia científica y los odontólogos se han informado y se sienten seguros de brindar con cuidado atención de calidad a la madre durante la gestión y en el post-parto. (Miguel de Priego & Cevallos, 2012)

Normalmente la gestante piensa equivocadamente que el tratamiento odontológico puede afectar al niño en formación y muchos odontólogos no atienden gestantes por temor a que algún procedimiento afecte al bebe en formación, estas situaciones son una limitante para el cuidado odontológico de la gestante.

Si se pospone el tratamiento puede suceder lo siguiente:

- Automedicación de la gestante
- Lesiones de caries no tratadas se incrementan
- Infecciones de lesiones avanzadas pueden convertirse en problemas sistémicos en el embarazo.

Con frecuencia la embarazada está en riesgo de caries, los dientes no pierden calcio como se cree, el riesgo está en los cambios de hábitos alimenticios por ejemplo comer caramelo o antojos para disminuir los episodio de nauseas, que se sufren a principio de la gestación. Esto incrementa el potencial cariogenico de la placa, además las náuseas matutinas o vomito frecuente puede producir erosión y desmineralización de las superficies linguales de los dientes, hasta el cepillo y la pasta dental ocasiona el reflejo de nausea. (Harris & Garcia-Godoy, 2001)

Muy a menudo las pacientes gestantes nos refieren que para controlar los reflejos de nauseas, tienen que consumir porciones pequeñas de alimentos y si estos son de los que contienen azúcares. La situación se empeora pues se mantiene el nivel de acidez y las bacterias cariogenicas se pueden adherir más fácilmente a la placa

bacteriana para producir la desmineralización de los tejidos dentarios más rápidamente.

También hay que considerar que la caries dental es una enfermedad infecciosa iniciada por la transmisión del estreptococo mutans de las progenitoras a sus hijos esto debe saberlo muy bien la madre para que ella pueda cambiar costumbres no saludables en ella que puedan dañar a su bebe, como ser

- Besos en la boca
- Besos en las manitos del bebe
- Probar los alimentos del niño
- Soplar los alimentos cuando están calientes
- Dar de comer con los dedos
- Compartir los alimentos del plato servido a los adultos
- Los niños siempre piden de los alimentos que están consumiendo los adultos, no deben compartirse
- Los utensilios de los niños no deben ser comunes con los adultos
- No administrar alimentos ácidos a los niños en biberón y por la noche

Cuando hemos mencionado anteriormente una práctica lógica consiste en intervenir lo antes posible en lugar que esperar y tratar los efectos de la enfermedad, todo lo relacionado con hábitos y costumbres saludables que se practiquen en el seno familiar son importantes para la salud bucal de las madres y sus hijos, ellas deben estar bien instruidas por el personal de salud y el odontólogo sobre los

tiempos cronológicos de cambios de la dentición decidua por la permanente, ya que pueden tomarse decisiones equivocadas en cuanto a realizarse extracciones cuando no es el tiempo de hacerlas, por la idea errónea de pensar que las piezas deciduas siempre se van a perder. Hay que tener en cuenta que hay un tiempo específico en el desarrollo del niño en que deben reemplazarse los dientes deciduos por los permanentes.

Algo muy importante de mencionar y valido para la instrucción de las madres, es el hecho de que ella es quien prepara la lonchera escolar de manera que la instrucción sobre nutrición adecuada, alimentos que tienen que ser incluidos en ella son, contenido calórico, vitaminas, minerales y alimentos no cariogénicos, tienen que ser conocida ampliamente por la madre,

El personal de salud juega un papel muy importante a este respecto pues se deben elaborar instructivos educativos sobre estos diferentes tópicos para que los padres puedan ayudar a sus hijos para preservar la salud.

E.2 Importancia de la Formación Curricular sobre la Salud bucal del Binomio Madre-hijo, para Odontología

Ya hemos expuesto reiteradamente cuán importante es abordar la salud bucal a todo nivel. La educación para la salud será una tarea de todos los profesionales relacionados con ella, con mucha más razón la educación y formación académica de los profesionales de odontología cobra una importancia valiosa para formar un equipo que pueda abordar los diferentes tópicos importantes en salud.

Las bases de la salud bucal de las personas están cimentadas en el comienzo de la vida (embarazo), los contenidos curriculares en los programas de las asignaturas de las carreras van conformando poco a poco el vasto conocimiento científico con que se forma un profesional de la odontología, para afrontar los retos que implican luchar a favor de la salud bucal de la población de un país que se ve abatida por los altos índices de las enfermedades bucales.

Este abordaje requiere entonces una formación académica sólida en cuanto a temas tan importantes como:

- Cuidados de salud bucal en el embarazo
- Nutrición requerida para el buen desarrollo de las estructuras dentarias
- Transmisión microbiana de madre a hijo
- Salud bucal del binomio madre-hijo
- Relación afectiva de apego entre el binomio madre-hijo
- Educación para la salud bucal de la madre
- La salud como un bien común para toda la familia
- Caries dental en infancia temprana
- Entornos y costumbres saludables
- Hábitos de higiene bucal en infancia temprana
- Importancia de la lactancia materna para la inmunidad bucal del recién nacido y el desarrollo de las estructuras bucales

Incorporando estos temas al pensum académico de la carrera, el profesional formado en las Ciencias Odontológicas, estará mejor preparado para afrontar los retos que representan el abordaje de la salud bucal en todos los niveles de prevención que la población hondureña requiere.

IV. SUPUESTO HIPOTETICO

La higiene bucal, conocimientos y costumbres en salud bucal de la madre inciden en la salud bucal del binomio madre-hijo.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó una investigación del tipo descriptivo transversal, describiendo las variables: higiene bucal, conocimiento y costumbres en salud bucal de la madre con la salud Bucal del binomio. Al mismo tiempo se analizó mediante la revisión documental del plan de estudios de la carrera, la formación que el estudiante recibe en temas relacionados con el binomio madre-hijo y el aporte que realiza el estudiante a favor de incrementar los conocimientos en salud bucal entre las madres que participaron en el estudio.

Las variables del estudio son:

Independientes: Higiene bucal del binomio y el conocimiento en salud bucal de la madre.

Dependiente: Salud bucal del Binomio.

El área de estudio fue el servicio de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAH, los estudiantes de la asignatura de Paidodoncia II de la jornada de la mañana (8am a 12m) y las madres con sus hijos que asistieron buscando tratamiento odontológico, durante el tercer periodo académico de estudios en el año 2013.

El universo de estudio se ubica en los binomios madre-hijo que asistieron a la consulta de la jornada de la mañana en Odontopediatría. El total de pacientes atendidos en la jornada matutina fue de 120 pacientes.

La muestra se seleccionó utilizando la técnica de muestreo estratificado. Tomado en consideración solamente a los binomios atendidos en la jornada de la mañana y aplicándosele los siguientes criterios:

Inclusión

- Todos los niños que fueron atendidos en la jornada de la mañana y contaron con el consentimiento informado de las madres.
- Todos los binomios formados por madres que viven y han vivido siempre con sus hijos.

Exclusión

- Pacientes de asistieron acompañados con otros familiares diferentes a la madre
- Todos los pacientes atendidos en la jornada de la tarde
- Todos los pacientes que no hayan vivido permanentemente con sus madres.
- Pacientes que no aceptaron participar en la investigación

Después de aplicar estos criterios de exclusión e inclusión, pudimos contar con 44 binomios.

Las unidades de análisis del estudio fueron los binomios atendidos en la consulta de Odontopediatría en la jornada de la mañana del tercer periodo académico en el año 2013 en la Facultad de Odontología de la U.N.A.H.

Previo al desarrollo de la investigación se realizaron las consultas necesarias con las autoridades de la Facultad de Odontología, posteriormente se planteó la investigación a los estudiantes y docentes de la asignatura Paidodoncia II de la jornada de la mañana contando con su aprobación.

En última instancia se obtuvo el consentimiento informado de las madres de familia que acudieron a la consulta.

Se diseñaron y aplicaron un total de 7 instrumentos: una encuesta sobre los conocimientos de salud bucal y hábitos dietéticos aplicados a las madres antes de iniciar el tratamiento a sus hijos. Se realizó levantamientos del índice CPO-D, para las madres del estudio, y el ceo-d para los niños, para identificar historia pasada y presente de la caries dental. Se evaluó el nivel de higiene bucal del binomio al inicio y al final del estudio, mediante el cálculo del índice O'Leary.

Para verificar el conocimiento que las madres captaron durante todo el periodo en que se realizó el tratamiento a sus hijos, se aplicó una encuesta. Aplicando también un instrumento de verificación de conocimientos que los alumnos proporcionaron a las madres durante este tratamiento, considerando también las barreras que se presentaron durante el tratamiento.

Por último se realizó una revisión documental mediante una lista de verificación del currículo del plan de estudio de la Carrera de Odontología, para identificar si este contiene los temas relacionados con la salud bucal del binomio madre-hijo.

Se realizó el pilotaje y validación de los cuestionarios aplicándolos a las madres que asisten al centro CODOPA, por la similitud en la población de estudio; y la validación de los instrumentos de levantamiento de índices CPO-D, ceo-d y O'Leary se realizó en la Facultad de Odontología por estudiantes de la asignatura de sanitaria II y aplicada a sus pacientes.

Descripción de instrumentos

Encuestas

Las encuestas realizadas a las madres al inicio y final de los tratamientos son del tipo cuestionario con preguntas cerradas, con los tópicos relacionados a la investigación; conocimientos, costumbres y hábitos en salud bucal, higiene bucal y dieta alimenticia.

La encuesta realizada a los alumnos participantes en el estudio fue del tipo cuestionario con preguntas tanto abiertas como cerradas, para evaluar el impacto de su intervención a los binomios madre-hijo.

Lista de Chequeo

La lista de chequeo del curriculum de la Carrera de Odontología, consistía en un listado de temas relacionados con salud bucal del binomio madre-hijo y su existencia en las diferentes asignaturas del plan de estudio de la carrera.

Índice de CPO-D

Creado por Klein y Palmer en 1938, este índice resulta de la sumatoria de los dientes cariados (C), perdidos (P) y obturados (O) con extracción indicada (Ei), el CPO de una persona es denominado CPO individual y si todos los valores de un grupo se suman y se dividen entre el número de personas entonces sacamos el CPO-D grupal.(Chaves, 1962)

Los rangos de severidad del índice C.P.O para caracterizar la caries dental son:

Rangos	Severidad
1- 1.1	Muy Bajo
1.2-2.6	Bajo
2.7-4.4	Moderado
4.5-6.5	Alto
6.6 a mas	Muy Alto

*Fuente: Banco mundial de datos
Salud bucodental O.M.S*

Índice de ceo-d

El índice *ceo-d*, es una adaptación del índice C.P.O –D se utiliza para conocer la salud dental en niños con dentición temporal y significa: **c**, numero de dientes temporales cariados, **e**, numero de dientes temporales indicados para extraer, y **o**,

numero de dientes temporales obturados; la media se calcula por separado por edades y sexo, los resultados proporcionan información acerca de : número de dientes con caries dental, cantidades de dientes que necesitan tratamiento operatorio, proporción de dientes ya tratados y dientes próximos a ser sustituidos por los dientes permanentes

El levantamiento de los índices C.P.O-D y ceo-d ,se realizó mediante un instrumento unificado para recolectar los datos de las madres y sus hijos ambos índices como ya hemos mencionado miden historia pasada y presente de carias dental tanto individual como colectiva ,por lo que se agruparon los datos de madres y de sus hijos aparte para calcular C.P.O grupal de las madres y ceo grupal de los niños ,sus promedios y porcentajes de los diferentes rubros de los índices.

Índice de O'Leary

Para calcular el índice O'Leary, los dientes se tiñen de una sustancia reveladora, las superficies teñidas se cuentan considerando la cara donde está depositada placa bacteriana (mesial, distal, vestibular y palatina o lingual) la cifra obtenida se divide entre el número de caras presentes en la boca y se multiplica por 100.

El índice tiene los siguientes parámetros:

Parámetros	Aceptación
0% - 12.9%	Aceptable
12% - 23.9%	Cuestionable
24% - 100%	Deficiente

Este es un índice que nos ayuda no solo a identificar la biopelícula, sino que a concientizar al paciente que un buen control de placa bacteriana es necesario para conservar saludable las estructuras bucales, eliminando muy bien este factor de riesgo para las enfermedades bucales.

Al finalizar el tratamiento se procedió a realizar una nueva encuesta a las madres y la verificación de la higiene bucal de ellas y sus hijos, mediante un nuevo cálculo del índice O'Leary, al dar de alta a sus pacientes. También se verificó los conocimientos que el alumno proporcionó a las madres durante todo el tratamiento.

Durante el periodo académico, se realizó el análisis de los temas contenidos en las asignaturas que están relacionadas con la salud bucal del binomio.

Una vez recolectada la información, se procedió a formar una base de datos con los programas estadísticos SPSS 2010 y Excel 2013, elaborando el análisis estadístico de la información obtenida utilizando media, porcentajes, frecuencias, tablas de distribución por edades.

Posteriormente se procedió a realizar el plan de análisis de los datos recolectados de la siguiente manera:

1. Distribución de frecuencias y porcentajes de escolaridad y edades de las madres, edades y grados de los niños; para la caracterización de la población de estudio
2. Tablas de frecuencia y porcentajes de cada una de las preguntas del cuestionario inicial de las madres del estudio, para identificar conocimientos

costumbres y hábitos en relación a la salud bucal de ellas y sus hijos al inicio del tratamiento

3. Tablas que muestran los rangos de interpretación de índices O'Leary inicial de las madres y la de sus hijos.
4. Tablas que muestran los rangos de interpretación del índice O'Leary final o de alta de las madres y la de sus hijos.
5. Tablas de frecuencias y porcentajes de cada una de las preguntas del cuestionario sobre conocimientos, prácticas y costumbres en reacción a la salud bucal que se distribuye al final del tratamiento de los niños del estudio.
6. Cuestionario del estudiante para determinar la contribución de él con la salud de los binomios
7. Análisis del CPO y ceo grupales para caracterizar la salud bucal de los binomios porcentajes y promedios
8. Tablas sobre contenidos de diferentes temas relacionados con la salud bucal del binomio madre-hijo en las asignaturas del plan de estudio de la carrera de odontología.

VI. RESULTADOS

A. Caracterización de la población de estudio según edad y escolaridad

Tabla n° 1: Según edad de madres que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

Edades	Frecuencia	Porcentaje (%)
21	1	2.3
22	1	2.3
24	1	2.3
26	4	9.1
27	6	13.6
28	2	4.5
29	4	9.1
30	1	2.3
31	4	9.1
32	1	2.3
33	5	11.4
34	4	9.1
36	2	4.5
37	1	2.3
38	1	2.3
39	1	2.3
40	2	4.5
41	2	4.5
42	1	2.3
Total	44	100

Se entrevistaron un total de 44 madres, de las que el 13.6% tenían 27 años siendo esta la edad más representativa. La edad promedio de madres del estudio fue de 31.41 años, con una desviación típica de 5.27. Siendo la edad menor 21 años y la edad mayor 42 años.

Tabla n°2: Según edades de los niños que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

Edades	Frecuencia	Porcentaje (%)
4	3	6.8
5	12	27.3
6	5	11.4
7	6	13.6
8	8	18.2
9	7	15.9
10	1	2.3
11	1	2.3
12	1	2.3
Total	44	100

De los 44 pacientes atendidos que fueron tomadas en cuenta en el estudio, 27.3%, equivalente a 12 pacientes, tenían 5 años de edad, siendo esta la edad más representativa. Las edades oscilan entre 4 años a 12 años.

Tabla 3:Escolaridad de las madres del estudio que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguna	1	2.3
Primaria	13	29.5
Secundaria	21	47.7
Superior	9	20.5
Total	44	100

Del total de madres un 47.7% tienen una escolaridad secundaria, las madres con estudios universitarios fueron las menos frecuente con un 20.5%, las madres con estudios universitarios; no obstante existe una madre que no cuenta con ningún tipo de escolaridad, que corresponde al 2.3% del total de madres.

Tabla n° 4: Grado de los niños de estudio que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

Grado	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primero	23	52.3
Segundo	7	15.9
Tercero	7	15.9
Cuarto	5	11.4
Quinto	2	4.5
Total	44	100

De todos los niños del estudio, se encontró que la mayoría de ellos, un 52.3%, cursaban el primer grado, seguidos por segundo y tercer grado con 15.9% cada uno, cuarto con 11.4% y quinto con la menor afluencia de 4.5%.

B. Conocimiento, costumbres y hábitos en relación a la salud bucal

encuesta inicial

Tabla n° 5: Conocimiento y costumbres sobre la de transmisibilidad de la caries dental entre las madres del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Transmisibilidad de la caries dental		
Si	20	45.5
No	24	54.5
Total	44	100
Transmisibilidad de la caries dental, por compartir alimentos		
Si	18	40.9
No	26	59.1
Total	44	100
Transmisibilidad de la caries dental, por soplar los alimentos		
Si	26	59.1
No	18	40.9
Total	44	100
Transmisibilidad de la caries dental, por besos en la boca		
Si	19	43.2
No	25	56.8
Total	44	100

Respecto al conocimiento sobre la transmisibilidad de la caries dental, 24 madres que corresponde al 55% creen que la caries dental no se transmite de persona a persona. Cuando se indago sobre algunas costumbres relacionadas con el consumo del alimento, 26 madres que es el 59.1%, no comparten su ración alimenticia con su hijo, pero en la misma proporción si soplan la comida de sus hijos. Sobre costumbres afectivas un total 25 madres que es el 56.8%, no tienen la costumbre de dar besos en la boca a sus hijos.

Tabla n° 6: Conocimiento y prácticas sobre higiene bucal entre las madres del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Frecuencia de cepillado de la madre		
No lo hago a Diario	2	4.5
Una vez al día	8	18.2
Tres veces al día	34	77.3
Total	44	100
Frecuencia de cepillado del hijo		
No lo hace a diario	3	6.8
Una vez al día	20	45.5
Tres veces al día	21	47.7
Total	44	100
Tipo de pasta que consume el hijo		
Pasta Adulto	34	77.3
Pasta Niño	10	22.7
Total	44	100
Visitas al odontólogo por la madre		
Cuando tengo dolor	29	65.9
Una vez al año	11	25
Dos veces al año	4	9.1
Total	44	100
Primera visita del hijo al odontólogo		
Cuando salieron los dientes	4	9.1
Cuando le dolió un diente	34	77.3
En la Escuela	6	13.6
Total	44	100
Importancia de la dentición decidua		
Si	40	90.9
No	4	9.1
Total	44	100

Esta tabla muestra que las madres en un 77.3% (34/44) se cepillan los dientes tres veces al día, mientras que solo un 47.7% (21/44) de sus hijos se cepillan los dientes tres veces al día.

tres veces al día. En esta misma tabla se observa que el dentífrico utilizado con más frecuencia, en los niños, es la de adulto con un 77.3% que es equivalente a 34 niños.

En cuanto a la primera visita al odontólogo un 65.9% (29 madres), respondieron que asisten cuando tienen dolor y solo 4 madres (9.1%) asisten al odontólogo 2 veces al año. Mientras que 77.3% que equivale (34 madres) llevaron sus hijos al odontólogo cuando les dolió un diente.

El 90.9% (40 madres) creen que la dentición decidua es importante para la salud de sus hijos.

Tabla n° 7:Practicas y Costumbres relacionadas con la alimentación de los niños, entre las madres del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Costumbre de alimentación nocturna con biberón		
Si	20	45.5
No	24	54.5
Total	44	100
Costumbre de alimentación fuera de horario por niño		
Si	34	77.3
No	10	22.7
Total	44	100
Dieta cariogénicas		
Si	36	81.8
No	8	18.2
Total	44	100
Dieta alimenticia matutina		
Alimentos sin azúcar	28	63.6
Alimentos con dulce	16	36.4
Total	44	100
Frecuencia de consumo de dulce		
Nunca	4	9.1
Una vez al día	25	56.8
Dos o mas	15	34.1
Total	44	100
Formas de lactancias		
Leche	24	54.5
Pecho	6	13.6
Mixta	14	31.8
Total	44	100
Periodo de lactancia		
Nunca	6	13.6
Medio Año	4	9.1
Un año	7	15.9
Dos años o más	27	61.4
Total	44	100
lactancia y suplementos		
Leche simple	17	38.6
Leche con Azúcar	4	9.1
Leche con Cereal y Azúcar	23	52.3
Total	44	100

Con respecto a las prácticas y costumbres relacionadas con la alimentación de los niños, 54.5% (24 madres), no acostumbraron dormir a sus hijos con el biberón. Mientras 34 madres que es el 77.3% de ellas, permiten el consumo de chucherías entre comidas por parte de sus hijos.

La costumbre de consumo de dieta cariogénica es del 81.8%, mientras que el desayuno familiar constituido por alimentos si azúcar es del 63.6%. El consumo de dulces en la familia reporta mayor frecuencia una vez al día correspondiendo al 56.8% de total.

En cuanto a la forma de lactancia solamente 13.6% (6 madres) alimentaron a sus hijos con lactancia materna y 54.5% (24 madres) lo hicieron con biberón.

En cuanto a la lactancia, un 54.5% de las madres alimentaron a su niño con leche formula, y 52.3% de ellas utilizo cereal y azúcar, extendiendo el periodo de lactancia con biberón a más de dos años en un 61.4%.

C. Caracterización de la higiene bucal de los binomios a través del índice

O'Leary inicial y final

Tabla n° 8: Rangos estadísticos de índice O'Leary inicial entre los binomios del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

Índice	Rango	Mínimo	Máximo	Media
Índice O'Leary Madre inicial	87	9	96	38.86
Índice O'Leary Hijo Inicial	89	6	95	45.32

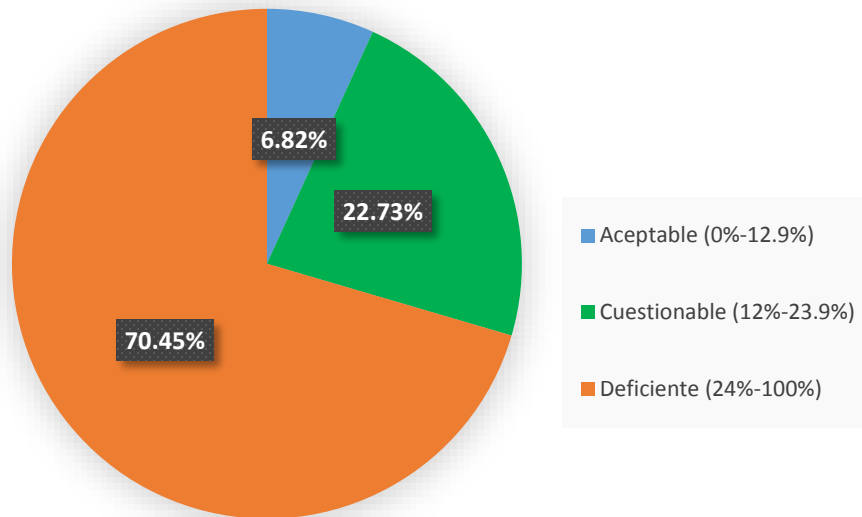
El índice O'Leary inicial de las madres del estudio oscila entre 9% a 96%, con una media de 38.86%, por su parte los índices de los niños oscilan entre 6% a 95%, con una media de 45.32%

Tabla n°9: Frecuencia de índices O'Leary inicial entre los binomios del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Madres		
Aceptable (0%-12.9%)	3	6.8
Cuestionable (12%-23.9%)	10	22.7
Deficiente (24%-100%)	31	70.5
Total	44	100
Hijos		
Aceptable (0%-12.9%)	2	4.5
Cuestionable (12%-23.9%)	5	11.4
Deficiente (24%-100%)	37	84.1
Total	44	100

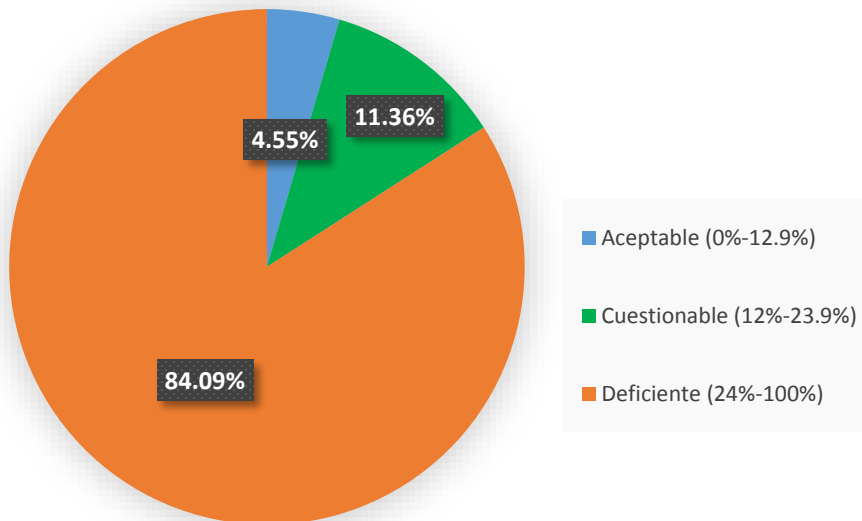
En la tabla se representa los porcentajes de índice O'Leary inicial tanto para las madres como para los hijos, 70.5% equivalente a 31 madres tienen un rango deficiente, por su parte 37 niños un 84.1% presentan también un rango deficiente.

Grafica n°1: Distribución de índice O'Leary inicial de las madres del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013



Fuente: Tabla n° 9

Grafica n°2: Distribución de índice O'Leary inicial de los niños del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013



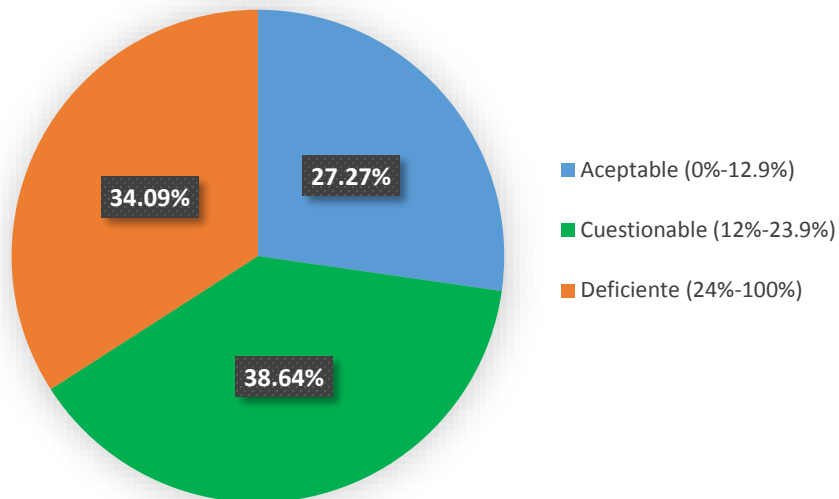
Fuente: Tabla n° 9

Tabla n°10: Frecuencia de índices O'Leary final entre los binomios del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Madres		
Aceptable (0%-12.9%)	12	27.3
Cuestionable (12%-23.9%)	17	38.6
Deficiente (24%-100%)	15	34.1
Total	44	100
Hijos		
Aceptable (0%-12.9%)	15	34.1
Cuestionable (12%-23.9%)	9	20.5
Deficiente (24%-100%)	20	45.5
Total	44	100

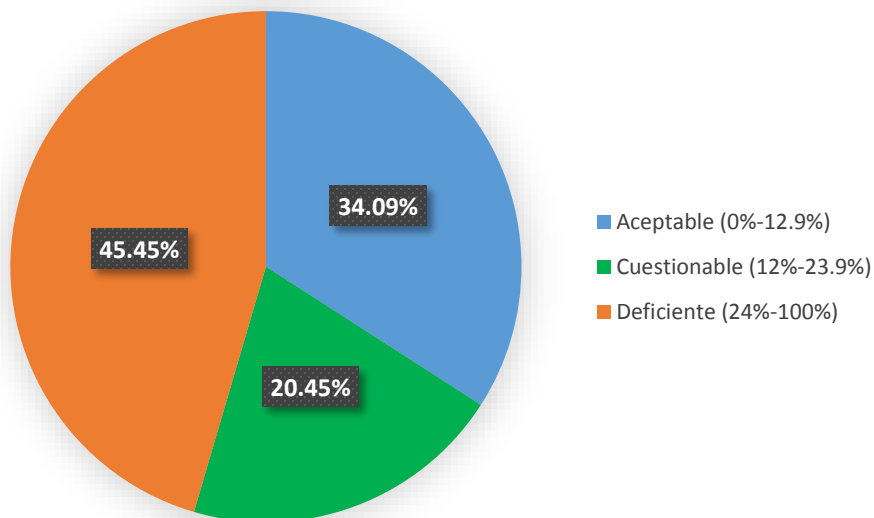
En la tabla n°10, se presentan los índices O'Leary final tanto de las madres como de los niños. Un total de 17 madres que representa un 38.6% tienen un rango cuestionable, mientras que 20 niños equivalentes al 45.5% aun presentan un rango deficiente de índice O'Leary.

Grafica n°3: Distribución de índice O'Leary final de las madres del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013



Fuente: Tabla n° 10

Grafica n°4: Distribución de índice O'Leary final de los niños del estudio, que asistieron a la clínica de Odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013



Fuente: Tabla n° 10

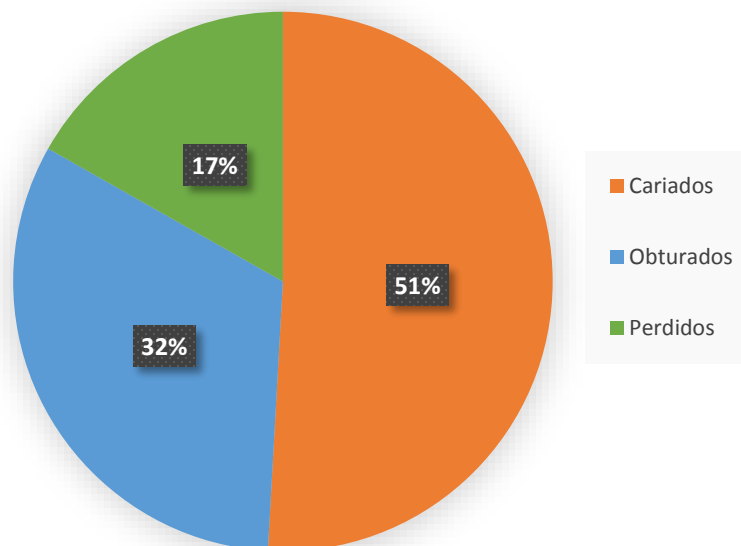
D. Caracterización de la salud bucal entre los binomios a través del índice CPO-D y ceo-d

Tabla n°11: Índice CPO-D en madres del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

	C	O	P+Ei	CPO Grupal
Total	315	200	104	619
Promedio	7.2	4.5	2.4	14.1
porcentaje	51%	32%	17%	100%

Se muestra los rubros del índice CPO-D de las madres de los binomios en estudio, el CPO-D grupal es de 14.1, que está conformado por 51% equivalente al 7.2 de dientes cariados, 32% que es 4.5 de obturados y el 17% que es 2.4 en promedio de dientes perdidos y con extracción indicada.

Grafica n°5: Porcentajes de dientes cariados, obturados y perdidos de madres del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013



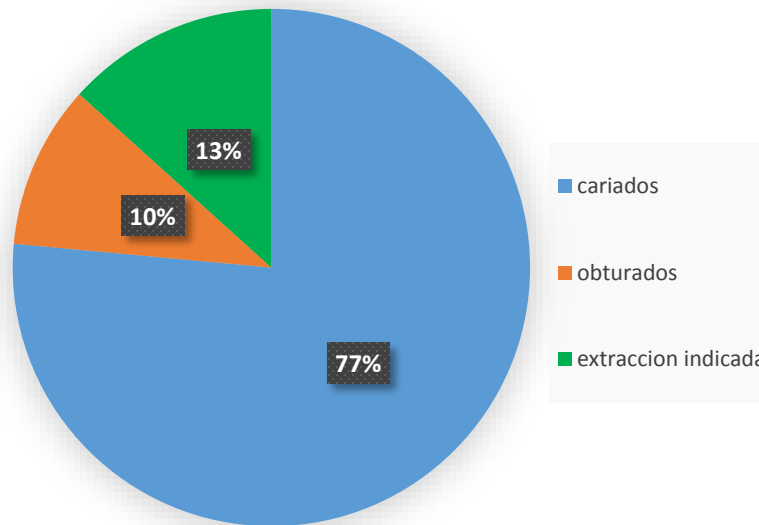
Fuente: Tabla n° 11

Tabla n°12: Índice ceo-d en niños del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

Nombre	c	o	e	ceo
Total	247	33	43	323
Promedia	5.6	0.8	1.0	7.3
Porcentaje	77%	10%	13%	100%

En la tabla se presenta la distribución de los diferentes rubros correspondientes al ceo, siendo la caries con un 77% el rubro mayor, el índice ceo-d grupal es de 7.2 con una severidad muy alta.

Grafica n°6: Porcentajes de dientes carriados, obturados y extracción indicada de los niños del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013



Fuente: Tabla n° 13

Tabla n°13: Valoración de la dentición permanente de las madres del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

	Madres Afectadas	Porcentaje %
Cariados	37	84%
Perdidos	24	55%
Extracción indicada	3	7%
Obturados	30	68%

En la tabla se presenta el estado de la dentición permanente de las madres del estudio; hay una prevalencia de la caries dental del 84% esto significa que 37 madres están afectadas por la caries, 24 de las mismas poseen piezas dentales perdidas. Solo 7% de las madres que equivale a 3 de ellas, presentan piezas dentales con indicación para extracción. Referente a historia clínica pasada, lo que corresponde a piezas obturadas, 30 madres alguna vez fueron sometidas a algún tratamiento odontológico.

Tabla n°14: Valoración de dentición decidua en niños del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

	Niños Afectados	Porcentaje %
Cariados	43	98%
Obturados	8	18%
Extracción indicada	22	50%

La prevalencia de la caries dental en los niños del estudio fue de 98% esto implica que 43 de los 44 niños examinados presentan caries dental.

E. Conocimiento, Costumbres y Hábitos en Relación a la Salud Bucal

Encuesta Final

Tabla n°15: Conocimiento adquirido sobre higiene bucal entre las madres del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

Preguntas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Transmisibilidad de la caries dental		
Si	21	47.7
No	23	52.3
Total	44	100
Frecuencia de cepillado dental		
Dos veces al día	4	9.1
Tres veces al día	40	90.9
Total	44	100
Diferencia entre pasta dental adulto y niño		
Si	17	38.6
No	27	61.4
Total	44	100
Frecuencia de visitas al odontólogo		
Una vez al año	10	22.7
Dos veces al año	34	77.3
Total	44	100
Mayor daño a los dientes		
Dormir sin lavarse los dientes	24	54.5
Consumir mucho dulce	20	45.5
Total	44	100
Importancia de auxiliares de limpieza		
Si	42	95.5
No	2	4.5
Total	44	100
Cariogenicidad de alimentos		
Azúcares y Harinas	42	95.5
Frutas y Verduras	1	2.3
Carnes y Lácteos	1	2.3
Total	44	100

En la tabla n°15, 23 madres que son el 52.3% siguen creyendo que la caries dental es una enfermedad que no se transmite; el 90.9% de las madres consideran que debe realizarse el cepillado dental tres veces al día. 27 de las 44 madres establecen que no existe diferencia entre la pasta de adulto con la de niño.

Con respecto a las visitas al odontólogo 77.3% que son 34 madres reconocen que se debe visitar al odontólogo por lo menos dos veces al año y consideran en un 54.4% que dormirse sin lavarse los dientes representa mayor daño para los dientes.

En cuanto a los auxiliares de limpieza (hilo y enjuague bucal), el 95.5% que son 42 madres consideran la importancia del uso. De la misma manera 42 madres con igual porcentaje, consideran que los azúcares y harinas son los alimentos más cariogénicos.

F. Caracterización de la Contribución del Estudiante a la Salud Bucal del

Binomio Madre-hijo

Tabla n°16: Tópicos desarrollados en charla de higiene bucal, por los estudiantes a las madres del estudio, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tópicos de charla de odontopediatría		
Crecimiento y desarrollo	1	0.8
Medidas preventivas	126	95.5
Patologías bucales en niños	5	3.8

Los temas de instrucción de higiene bucal que se abordaron en las charlas de educación dental a las madres del estudio, se agruparon en tres tópicos: crecimiento y desarrollo, medidas preventivas y patologías bucales en niños, debido que son abordados en preguntas abiertas.

Se le preguntó a cada estudiante que mencionara los tres tópicos que desarrollo en la charla de educación dental que impartió a las madre y a los hijos durante el inicio del tratamiento, el tópico más desarrollado por parte de los estudiante durante la instrucción de higiene bucal, fue con 95.5% el tópico relacionado a medidas preventivas en salud bucal.

Tabla n°17: Interrogantes formuladas por las madres a los estudiantes durante el tratamiento de sus hijos que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Interrogantes de madres		
tratamientos Odontopediatrico	40	30.3
crecimiento y desarrollo de los dientes	30	22.7
patología bucales en niños	30	22.7
medidas preventivas para niños	32	24.2

Las preguntas hechas por las madres a los estudiantes se agruparon en cuatro tópicos principales: tratamiento Odontopediátrico, crecimiento y desarrollo de los dientes, patología bucal y medidas preventivas para niños, debido a que son abordados con preguntas abiertas para obtener la opinión de las madres.

Las preguntas que con más frecuencia realizaron las madres a los estudiantes, eran aquellas relacionadas con los tratamientos que se les realizarían a sus hijos, con un 30.3%

Tabla n° 18: Contribución del alumno a favor de la salud bucal de los binomios, que asistieron a la clínica de odontopediatría, jornada matutina, Facultad de Odontología UNAH tercer periodo del 2013

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Retroalimentación sobre higiene oral durante el tratamiento		
Si	31	70.5
No	13	29.5
Total	44	100
Problemas económicos por parte de la madre		
Si	31	70.5
No	13	29.5
Total	44	100
Tratamientos odontológico previo		
Si	15	34.1
No	29	65.9
Total	44	100
Seguimiento de instrucciones de la madre		
Si	41	93.2
No	3	6.8
Total	44	100
Interés de adoptar técnicas de higiene oral para su hijo		
Si	39	88.6
No	5	11.4
Total	44	100
Agradecimiento del binomio por el tratamiento		
Si	41	93.2
No	3	6.8
Total	44	100
Interés de la madre por su salud bucal		
Si	37	84.1
No	7	15.9
Total	44	100

Se observa la contribución que el alumno brinda al binomio durante el tratamiento. Al 70.5% de los binomios se les tuvo que retroalimentar sobre los tópicos de instrucción de higiene oral y medidas preventivas. Un total de 31 madres que corresponde al 70.5% aducen tener problemas económicos para realizar el

tratamiento a sus hijos. El 65.9% de los pacientes atendidos no contaban con tratamientos odontológicos previos.

Con respecto a el seguimiento de instrucciones 93.2% de las madres si siguieron las instrucciones brindadas por el estudiante y un 88.6% de ellas mostraron interés por adoptar las técnicas de higiene oral para sus hijos.

Un total de 41 madres se mostraron agradecidas por el tratamiento efectuado a sus hijos y un 84.1% de ellas expresaron interés en mejorar su salud bucal.

G. Revisión Documental sobre Contenidos Relacionados con el Binomio Madre-hijo en el Plan de Estudios de la Carrera de Odontología

Haciendo una revisión documental del plan de estudio de la carrera de odontología se pudo constatar que un total de 2 de las 64 asignaturas abordan temas relacionados con el binomio madre-hijo. Solamente periodoncia I y Paidodoncia I, poseen temas relacionados con la salud bucal del binomio madre-hijo, en su curriculum oculto.

VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A lo largo de este estudio hemos expuesto ampliamente la importancia de la salud bucal para lograr la salud integral del individuo; los profesionales de la odontología tenemos el compromiso de enmarcar nuestra práctica profesional centrada en un buen diagnóstico, atención con énfasis en la prevención y mantenimiento de la salud bucal.

La mayor parte de los estudios científicos establecen que la salud bucal del binomio madre hijo inicia en el embarazo, continuando en la primera infancia y edad escolar, edades en las que es notorio el cuidado materno.

El servicio de Odontopediatría de la Facultad de Odontología brinda servicios de atención odontológica a niños en edades comprendidas entre 4 a 12 años. Es esta una gran oportunidad para abordar la salud del binomio ya que educando a la madre, fijamos hábitos saludables e intervenimos la enfermedad a través de los tratamientos realizados a los niños.

Las madres del estudio son relativamente jóvenes con predominio de formación académica secundaria y sus hijos están en su mayoría en los primeros años de edad escolar.

La salud bucal del individuo guarda una estrecha relación con sus conocimientos, costumbres y hábitos, las madres son las encargadas de velar por el establecimiento de hábitos saludables en sus hijos; al no contar con los conocimientos adecuados sobre salud bucal tienen dificultad para establecerlos en

sus hijos, es el caso de la transmisibilidad de los agentes bacterianos que inician el proceso de la caries dental, La mayoría de las madres no saben que estos agentes bacterianos son transmitidos de persona a persona.

La higiene bucal son todos los procedimientos que se realizan para mantener el control de los factores que intervienen en la presentación de las enfermedades bucales. El deficiente conocimiento de las madres sobre higiene bucal en temas como frecuencia de cepillado, tipo de dentífrico que debe utilizar su hijo y la importancia tanto de la primera visita al odontólogo como las posteriores, no contribuye a que sus hijos tengan buena higiene bucal.

El escaso conocimiento en salud bucal, prácticas y costumbres relacionadas con la alimentación de los niño como consumo de dieta cariogénicas, lactancia con biberón de manera prolongada administrada por la noche y además con suplementos azucarados que se practican en general en las familias de la población del estudio, contribuye a que los niños y sus madres presenten rangos muy altos de severidad de la caries dental.

En cuanto a la lactancia de los niños se comprobó que la mayor parte de las madres, por factores de comodidad, utilizaron lactancia con biberón y muy pocas de ellas amamantaron a sus hijos. Además la mayoría de ellas administro leche con cereal y azúcar a sus hijos, práctica que es un factor de riesgo para la producción de la caries dental.

Al hacer la valoración de la higiene bucal inicial tanto de las madres como de sus hijos, el estudio comprobó que ambos presentan rangos deficientes, pero al final del tratamiento se observó que ambos mejoraron su higiene bucal, las madres pasaron de ser en su mayoría índices deficientes a índices cuestionables, los hijos por su parte aunque se mantienen con predominio de índices deficientes, aumentaron en cantidad aquellos niños con índices aceptables y cuestionables.

Se comprobó que existe una relación directa entre la higiene bucal de la madre y el hijo, esto implica que si la madre posee un índice O'Leary alto su hijo también presenta un índice alto.

La historia pasada y presente de la caries dental, se valora por medio de los índices CPO-D para dentición permanente y ceo-d para dentición decidua. A través del estudio se demostró que las madres y sus hijos poseen índice en el rango muy alto. Siendo los dientes afectados por caries los de mayor predominio. Esta es la razón fundamental que motiva a las madres a solicitar los servicios odontológicos a la Facultad de Odontología.

Cuando se relaciona la higiene bucal mediante el índice O'Leary y la salud bucal a través de los índices CPO-D y ceo-d, se comprobó que existe una relación directa, esto significa que al tener un O'Leary alto también se presenta un índice CPO-D y ceo-d alto. Hay que tomar en consideración que existen otros factores que intervienen en la formación de la caries dental, ya que es una enfermedad multifactorial.

Antes de iniciar el tratamiento odontológico a los niños que se presentan a la clínica de Odontopediatría, los estudiantes tienen que realizar un abordaje de educación en salud bucal. Esta instrucción incluye tres temas fundamentales: crecimiento y desarrollo, medidas preventivas y patologías bucales en niños.

Se comprobó que los niveles de higiene bucal mejoraron, pero el conocimiento adquirido por la madre solamente fue práctico, este resultado está motivado porque el estudiante solo hace énfasis en la instrucción de medidas preventivas, sin profundizar en temas relacionados con el crecimiento y desarrollo y patologías bucales. También se encontró que las madres estaban más interesadas el tratamiento curativo de sus hijos.

Uno de los problemas que se identificó, convirtiéndose en una barrera para realizar el tratamiento fue el factor económico. Pero superando dicha barrera tanto las madres como los niños, se sintieron satisfechos por la atención brindada por los estudiantes y la mayoría se mostraron interesadas a mejorar su salud bucal y la de su familia.

Hemos establecido ampliamente que la salud integral del ser humano inicia desde el periodo de gestación, siendo la madre un actor fundamental en el establecimiento de la salud bucal de su hijo. Es importante que el estudiante de Odontología domine los temas relacionados con la salud del binomio, para aplicarlos en el ejercicio profesional en bienestar de la población.

En nuestra investigación pudimos constatar que en el plan de estudio no se contemplan contenidos relacionados con la salud bucal del binomio madre-hijo, exceptuando Periodoncia I y Paidodoncia I, en las que se desarrollan subtemas relacionados con el binomio madre-hijo, aunque no estén descritos en el silabus de la asignatura.

VIII. CONCLUSIONES

1. Los niños del estudio no tienen hábitos de higiene saludables, razón por la cual presentan tanto higiene bucal deficiente como índice de caries dental muy alto.
2. La prevalencia de caries dental entre las madres es 84% y la de los niños es de 98% siendo ambas coincidentes en cuanto al valor de la severidad muy alta.
3. El índice CPO-D de las madres es de 14.1 y el de ceo-d es de 7.3, siendo ambos índices de severidad muy alto, según la OMS (severidad muy alta = a 6.6 o más)
4. El rubro de mayor valor en el CPO-D Y ceo-d fue el de los dientes cariados, esto era de esperar ya que los pacientes del estudio estaban acudiendo en busca de los servicios de odontología.
5. La higiene bucal de la madre está relacionada directamente con la higiene bucal del niño, siendo en ambos casos deficiente.
6. Se puede concluir que durante el tratamiento realizado a los niños del estudio, hubo una mejoría con respecto a la higiene bucal de las madres, aunque ellas no fueron atendidas.
7. Existen costumbres y hábitos dietéticos arraigados en la población del estudio que promueven el deterioro de la salud bucal del binomio.

8. Independientemente de la escolaridad de las madres ellas evidencian no poseer la educación en salud bucal que influya favorablemente en el bienestar de su familia.
9. El estudiante no brindan una adecuada y oportuna instrucción de salud bucal al binomio madre hijo, ya que el programa de estudio de la carrera de Odontología de la UNAH, no cuenta con temas relacionados con la salud bucal del binomio madre hijo.

IX. RECOMENDACIONES

1. Consideramos que es fundamental que la Secretaria de Salud, establezca programas de salud bucal integral dirigidos al binomio madre-hijo, para garantizar que además de rehabilitación de las estructuras bucales se fomente la educación en salud bucal familiar.
2. Se vuelve trascendental por parte de la Secretaria de Salud, la revisión de los protocolos de atención de la población gestante, para incluir remisiones inmediatas y obligatorias de las gestantes a programas de salud bucal integral del binomio madre- hijo.
3. Es imprescindible establecer acuerdos interinstitucionales entre la Secretaria de Salud y el Ministerio de Educación Pública, para integrar la salud bucal como un tema en el cuadro nacional básico de la educación del país para mejorar las condiciones de salud bucal de la población infantil
4. Creación de protocolos de atención para los pacientes que asisten a la Facultad de Odontología, en los que se establezcan claramente los temas que los estudiantes tienen que abordar en la educación en salud bucal de los pacientes y sus padres, particularmente en asignaturas como Paidodoncia II, Ortodoncia II, Periodoncia II y Odontología Sanitaria II.
5. Incluir en el programa de asignatura de Paidodoncia II la instrucción de salud bucal de la madre o tutor del niño atendido, para lograr afianzar los hábitos saludables en el núcleo familiar.

6. Incluir en el rediseño del plan de estudio de la carrera de odontología de la UNAH, los temas relacionados con el binomio madre hijo en las asignatura que correspondan, sugiriendo los temas:
 - a. Educación bucal en el embarazo
 - b. Educación para la salud de la madre y el hijo
 - c. Relación del apego en el binomio madre-hijo y su importancia para la salud
 - d. Nutrición para el desarrollo de las estructuras bucales
 - e. Salud como una bien común para la familia
 - f. Entorno y conducta saludable
 - g. Importancia de la lactancia materna en la inmunidad bucal del bebe, y crecimiento y desarrollo de las estructuras bucales
 - h. Transmisión microbiana y caries dental en la infancia temprana
7. Es imperativo que la Facultad de Odontología de la UNAH, agilice la formación de la especialidad en Odontopediatría para dar respuesta a las necesidades de atención especializada a este grupo poblacional tan vulnerable como son los niños.
8. Implementar en el servicio de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAH, la utilización de los diferentes instrumentos elaborados para contar con una base de datos actualizada que permita dar seguimiento al presente estudio y además generar información oportuna, relevante y de mucho valor a través de la cual nuestra Facultad contribuirá al fortalecimiento de las políticas de salud del binomio.

X. BIBLIOGRAFIA

- Arévalo, S. J., Rivera , M. F., Rivera, I. c., & Sánchez, F. (2005). Situacion de la Salud Bucal de la Poblacion Universitaria Hondureña. *Revista Medica Hondureña*, 73(4).
- Baños, L. G. (2007). Relacion Madre Hijo y Estilos de Afrontamiento de Madres con Hijos Diabeticos y No Diabeticos. *Revista Cientifica Universidad de las Americas de Puebla Mexico*.
- Boj, J. R., Catalá, M., García-Ballesta, C., & Mendoza, A. (2005). *Odontopediatria*. Barcelona: Masson, S.A.
- Carranza, F. A., Newman, M. G., Takei, H. H., & Klokkevold, P. R. (2010). *Periodontologia Clinca*. Mexico DF: Mc Graw Hill.
- Cervantes, M. S. (1605). *Don Quijote de la Mancha*. España: Imprenta de Juan de la Cuesta.
- Chamosa, E. S., & Gonzalez, C. F. (2005). Educacion para la Salud. Principios, Metodos y Aplicaciones enSalud Oral. En E. C. Sala, & P. B. Garcia, *Odontologia Preventiva y Comunitaria* (págs. 451-452). Barcelona: Masson.
- Chan, M. (2008). Regreso a Alma-Ata. *The Lancet*.
- Chaves, M. M. (1962). *Odontologia Sanitaria*. Washington DC: OPS.
- (2005). *Estratregia para el Mejoramiento de la Salud General en las Américas a través de Avances Criticos en la Salud Oral*. Washigton DC: OPS.

- Fortí, S. (2009). *La APS como Ordenadora del Sistema de Salud: Ventajas y desventajas de una Puerta Preferencial*.
- Gomez, S., Díaz, D. E., Montoya, M., & Chinchilla, D. (1998). *Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares Menores de 15 años de Escuelas Públicas de Honduras*. Secretaria de Salud de Honduras, Salud Oral. Tegucigalpa MDC: Secretaria de Salud y OPS.
- Harris, N. O., & Garcia-Godoy, F. (2001). *Odontología Preventiva*. Mexico DF: Manual moderno.
- Higashida, B. (2009). *Odontología Preventiva*. Mexico DF: Mc GrawHill.
- Introducción a la Estrategia de Escuela Saludable*. (2010). Tegucigalpa MDC: Facultad de Medicina UNAH.
- Jaramillo, D. C. (2009). *Odontología Pediátrica*. Bogota: Editorial CIB.
- Katz, S., Mc Donald, J. L., & Stookey, G. K. (1990). *Odontología preventiva en acción*. Buenos Aires: Edición panamericana.
- Ki-moon, B. (2010). *Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños*. Nueva York: ONU.
- (2000). *La Salud Oral en los Estado Unidos: informe del Cirujano General- Resumen Ejecutivo*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Instituto Nacional de Investigacion Dental y Craneofacial,

Instituto Nacionales de la Salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Rockville.

Lopez, M., & Lledios, A. (Septiembre de 2003). Programa de Salud Bucal Materno-Infantil del C.A.P N°3. *Salud Militar*, 25(1).

Martinez, M., & Rodriguez, A. (2009). Estudio de las Cepas de *Streptococcus* del Grupo Mutans presente en el binomio madre hijo. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 21(2), 177-185.

Miguel de Priego, G. P., & Cevallos, J. C. (2012). Inportancia de la Salud Bucal Materno Infantil. *Revista Ripano*, 24, 86-95.

Miñana, V. (2012). El Fluor Oral para la Prevencion de Caries, ¿Como, Cuando y a Quien? *Formacion Activa en Pediatria de Atencion Primaria*, 5(2).

Murcia, L. R. (2005). *Salud Bucal en escolares del centro experimental de la UNAH*. Tegucigalpa: Direccion de Postgrado UNAH.

Neira, R. B. (2008). *Caries de Aparición temprana*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

(2010). *Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010, Tercer Informe del Pais*. Sistema de Naciones Unidas y Gobierno de Honduras, Tegucigalpa.

Organización Mundial de la Salud. (Julio de 2013). Obtenido de Sitio web OMS: <http://www.who.int/features/qa/21/es/>

- Ortega, A. (2013). *Induccion 2012-2013, Centro Odontopediatrico y Deteccion de Otras Patologias*. Tegucigalpa.
- Palomer, L. (2006). Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. *Revista chilena de pediatría*, 77(1).
- Palomer, R. L. (2006). Caries Dental en el Niño: Una Enfermedad Contagiosa. *Revista Chilena Pediatrica*, 77(1), 56-60.
- Peidró, E. C. (2005). Hábitos de Higiene Oral en la Poblacion Escolar y Adulta Española. *RCOE*, 10(4), 389-401.
- Petersen. (2003). *The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme*.Geneva.
- Piedrola, G. (2008). *Medicina Preventiva y Salud Publica* (11 ed.). Barcelona: Editorial Elsevier Masson.
- (2005). *Plan de Nacion 2021*. Gobierno de la Republica, Secretaria de Salud, Tegucigalpa.
- Platt, C., Tosta, G., & Machado, M. (s.f.). Uso de los Diferentes Agentes Quimicos para el Control de la Placa Bacteriana como Coadyuvantes en la Prevencion de las Enfermedades Gingivales. *Revista Cientifica ODOUS*.
- (2006). *Programa Preventivo Odontologico Materno-infantil (POMI)*. Armada de Chile, Direccion de Sanidad de la Armada, Santiago de Chile.

Programas de la Secretaria de Salud. (16 de Noviembre de 2010). Obtenido de Secretaria de Salud de Honduras:
secretariadesaludhn.wordpress.com/programas-de-la-secretaria-de-salud/

Restrepo, H. (2001). *Promosion de la Salud, Como Construir Vida Saludable*. Bogota, colombia: Editorial Panamericana, OPS, OMS.

Rivera, M. F. (1994). Diagnostico de Salud y Nutricion en Niños Escolares de Primer Grado de Escuelas Publicas de Tegicigalpa Honduras.

Ross, P. W., & Holbrook, W. P. (1987). *Microbiologia Bucal y Clinica*. Mexico DF: Editorial Cientifica, S.A de CV.

Sala, E. C., & García, P. B. (2005). *Odontologia Preventiva y Comunitaria Principios, Metodos y Aplicaciones*. Barcelona: 2005.

Salone, L. R., Vann, W. F., & Dee, D. L. (2014). Breastfeeding: An overview of oral and general health benefits. *The Journal of the American Dental Assiciation*.

(2012). *Salud en las Americas*.Organizacion Panamericana de la Salud, Washigton DC.

Sanches, G. (Junio de 2006). Estudio Sobre Habitros de Succion no Nutritiva, Higiene Bucal y Tiempo de Primera Consulta Odontologica en niños 0-3 años. *Boletin de la Asociacion Argentina de Odontologia para niños*, 35(2), 20-25.

Stone, K. L. (2012). *The Mama's Boy Myth: Why Keeping Our Sons Close Makes Them Stronger*. New York: Avery/Penguin grupo USA.

Zamani, R. (Octubre de 2000). La Salud Bucal Puede Afectar la Salud General.

XI. ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento informado de la madre

Anexo 2. Cuestionario de verificación de conocimiento, hábito y costumbre de las madres, al iniciar el tratamiento de sus hijos

Anexo 3. Ficha de levantamiento de índice O'Leary inicial y final de la madre y su hijo

Anexo 4. Ficha de levantamiento de índice CPO-D y ceo-d del binomio madre hijo

Anexo 5. Cuestionario de verificación de conocimientos en salud bucal adquiridos por las madres al finalizar el tratamiento de sus hijos

Anexo 6. Cuestionario de contribución del estudiante a la salud bucal del binomio madre-hijo

Anexo 7. Cuestionario para la revisión documental sobre contenidos relacionados a salud bucal del binomio madre-hijo en el plan de estudio de la carrera de Odontología de la UNAH.