

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

**PROYECTO PARA LA INCORPORACIÓN DE LA CLINICA DEL BEBE
EN LA MATERNIDAD DEL SUR DR. ARMANDO ARCAY SOLA.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO
POR LA PROFESORA INGRID HOFFMANN CON
LA FINALIDAD DE ASCENDER A LA CATEGORÍA
DE PROFESOR ASOCIADO**

ÍNDICE

RESUMEN	3
CAPÍTULO I	6
EL PROBLEMA	6
PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
Objetivos	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
	9
CAPÍTULO II	12
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	12
Prevención de la caries	15
Prevención Primaria	16
	20
Orientación Postnatal	21
FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS Y EDUCATIVOS	24
Educación a los padres	25
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	33
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	35
DISEÑO DE ESTUDIO	35
FASES DEL ESTUDIO	36
Primera Fase- Estudio Diagnóstico	37
Características de la Población	36
Instrumentos	37
Validez	38
Confiablez	38
TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS	40
Segunda Fase- Estudio de la Factibilidad	56
Tercera Fase-Diseño de la Propuesta	57
Objetivos de la Propuesta	58
CAPÍTULO IV	60

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**PROYECTO PARA LA INCORPORACIÓN DE LA CLÍNICA DEL BEBÉ
EN LA MATERNIDAD DEL SUR DR. ARMANDO ARCAY SOLÁ**

RESUMEN

AUTOR: INGRID HOFFMANN

El objetivo de este estudio, es proponer un proyecto de atención odontológica del bebè en los servicios materno infantiles, para la prevención de las enfermedades bucodentales en niños menores de tres años. La metodología utilizada en dicho estudio, corresponde a la modalidad de Proyecto Factible, la cual se basa en una investigación documental y en una investigación de campo. Los datos obtenidos se recogieron mediante la observación de las historias clínicas de 30 niños que presentaban Caries de Biberón, los cuales acudieron a la consulta pediátrica de la Maternidad del Sur, y por medio de una encuesta aplicada tanto a los padres de estos niños, como a los pediatras de ese mismo hospital, para determinar el conocimiento que tenían sobre la caries. Los resultados obtenidos se analizan mediante la estadística descriptiva y la interpretación de los resultados demuestra que los niños llegan a la consulta odontológica en una etapa avanzada de la enfermedad y que además existe desconocimiento tanto de los padres como de los pediatras sobre su etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento, por lo que existe la necesidad de impartir estos conocimientos para lograr así su prevención. El estudio de la factibilidad del proyecto arrojó resultados positivos, por lo que se elaboran programas educativos dirigidos a los padres, a los pediatras y los estudiantes de medicina de la Maternidad del Sur.

INTRODUCCION

El propósito de este trabajo de investigación, es la incorporación de la atención odontología del bebé en los servicios materno infantiles.

Es importante destacar las ventajas de la alimentación materna, pero también el riesgo de caries del lactante por no tomar en cuentas sugerencias preventivas para evitarlas. Por ello es necesario que el odontopediatra se integre al equipo de salud en los servicios materno infantiles para así orientar, implementar y asesorar a los padres, pediatras y obstetras sobre los hábitos alimenticios y en esta forma facilitar las opciones saludables para esos pequeños niños.

Nuestro país está necesitado de programas bien estructurados y dinámicos, que preparen los recursos humanos que se necesitan, sin la adopción de programas de otras latitudes.

La formación de los alumnos de pre-grado de la U.C. contribuye en parte con la solución de los problemas más prevalentes de Salud oral de nuestra población infantil, sin embargo, no contamos con un programa integrado por un equipo multidisciplinario, que nos permita actuar en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales desde muy temprana edad

Es por ello que la estructura curricular debe orientarse más hacia campos de la Pediatría y los trastornos del sistema estomatognático. El país necesita una mayor orientación en su realidad y de ahí que la Universidad debe responder con la pronta preparación de Recursos Humanos encaminados a ellos.

La metodología a seguir para la realización de este trabajo será la de un Proyecto Factible, el cual comprende tres fases: diagnóstico, estudio de la factibilidad y diseño del proyecto.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“Proyecto para la incorporación de la Clínica del Bebé en la Maternidad del Sur Dr. Armando Arcay “

La higiene bucal debe comenzar en los bebés desde el momento del nacimiento, con la limpieza de la cavidad bucal después de la alimentación. La prevención debe comenzar antes del nacimiento y nunca termina, con la finalidad de mantener una boca sana, con dentadura completa, soportada por una encía y huesos sanos, además de una oclusión equilibrada y estable que permita cumplir adecuadamente con sus funciones, para ello se hace necesario también, que una vez erupcionados los primeros dientes, se mantenga un control con el Odontopediatra.

Cuando los niños son muy pequeños los profesionales que están en contacto con los bebés son los pediatras, los cuales deberían estar capacitados para el diagnóstico, prevención de las caries, así como para impartir programas de educación sobre el cuidado de la higiene bucal y hábitos alimenticios. Lamentablemente no es así, y por ello es que acuden al odontólogo cuando el problema está instaurado, y en la mayoría de los casos en una etapa avanzada (Henríquez, 1.999) donde los procedimientos son más complicados, y en niños temerosos o muy pequeños, el tratamiento odontológico se torna difícil debido a la falta de cooperación de estos. Mientras más pequeños son, se dificultan más las

preparaciones cavitarias y restauraciones perfectas, por ello muchas veces se ha tenido que recurrir a la sedación o a la anestesia general en quirófanos para poder ser atendidos.

Siendo la madre la encargada de educar a su hijo y crear hábitos de salud bucal y general, se hace necesario en primer lugar, modificar en ella los malos hábitos ya presentes y reforzar los hábitos positivos, es decir preparar adecuadamente a la madre para que pueda transmitir a su hijo buenos hábitos y que además pueda percatarse de la presencia de algún problema bucal. Por otro lado quienes más cerca están de ella antes y después del nacimiento del niño son el obstetra y el pediatra, siendo ellos quienes mejor pudieran actuar en la formación de la madre para lograr el objetivo propuesto.

Por todo lo expuesto se hace necesario crear un programa integrado por la Madre, el Pediatra, el Obstetra y el Odontólogo con el fin de establecer un plan de acción tanto preventivo como restaurativo y así llegar a un control de las enfermedades buco dentales.

Con este trabajo se pretende diseñar un proyecto de solidaridad de la Facultad de Odontología de la UC y del estado con la comunidad y así implementar un programa de atención primaria en salud a través de la clínica del bebé.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1. OBJETIVO GENERAL.

“Desarrollar un Proyecto para la incorporación de la Clínica del Bebé en la Maternidad del Sur “Dr. Armando Arcay”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a) Diagnosticar la necesidad del Programa en la Maternidad del Sur “Dr. Armando Arcay”.
- b) Estudiar la factibilidad de aplicación del proyecto.
- c) Diseñar el Proyecto de incorporación de la Clínica del Bebé.

JUSTIFICACIÓN:

Las enfermedades bucales especialmente la caries y las maloclusiones contribuyen un problema de alta morbilidad en la población infantil, desde temprana edad.

El problema y la solución a los elementos que la afectan, tiene una significación que va más allá de la enfermedad y sus actuales consecuencias. Su prevención efectiva se hace necesaria y para ello se requiere del conocimiento integral de todos los individuos que tienen relación con la salud e influyen en la conducta del individuo. Los padres, el Pediatra y el Odontopediatra son los responsables en el mismo orden, de la prevención de las enfermedades dentales.

Los padres, por su responsabilidad natural están obligados a mantener la salud de sus hijos, por ello deben, educar a sus hijos para la prevención de las enfermedades, impartiendo conocimientos sobre hábitos alimenticios y de higiene oral, además, controlar periódicamente a sus niños con el pediatra y el odontopediatra, a fin de prevenir enfermedades que puedan ocasionarles un desequilibrio en la salud.

El pediatra, por su deber en mantener sano al niño y prevenir las enfermedades, advirtiéndolo cualquier síntoma que le permita evitar que la enfermedad se instale o en su defecto que avance, realizando una revisión odontológica. El pediatra además de prevenir o detectar a tiempo la enfermedades bucales, puede también identificar precozmente otras posibles patologías y, por otra parte, ayuda a preparar psicológicamente al niño para el tratamiento

odontológico, habituándolo para que asista al odontólogo sin mayores traumas, a partir de la erupción de los primeros dientes temporarios.

El odontólogo, último en la cadena cronológica de las responsabilidades de atención, prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías bucales, por ser generalmente el que más tarde entra en contacto con el niño, y quien obviamente, el que debería soportar toda la responsabilidad, siempre y cuando se le permita conocer a tiempo, el estado de salud bucal de los niños.

Actuando tempranamente sobre los factores etiológicos, control de la placa bacteriana, colonización temprana en los pliegues de la boca y luego, en los dientes una vez que emergen en la cavidad bucal, controlando la ingesta de azúcares, exponiendo al bebé y al lactante al consumo de mínimo de los mismos, se pueden instaurar hábitos positivos, para disminuir potencialmente la morbilidad de la caries dental, las maloclusiones y las enfermedades Periodontales .

Por otra parte, en Venezuela, en las últimas décadas ha aumentado la preocupación por la salud bucal de los niños, y es así como en el año 1977, conjuntamente con los gobiernos de otros países, en una asamblea auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se aprueba una resolución denominada "Meta salud para todos en el año 2000", posteriormente, la Organización de Naciones Unidas (ONU), establece como meta mínima, que el 50% de los niños en edades comprendidas entre 5 y 6 años, deben estar libre de caries, y por ello, conjuntamente con la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), prepara un plan de acción para este fin, el cual consiste en prevenir, identificar y solucionar los problemas de salud bucal.

Según estudios realizados por la División de Higiene Oral Escolar del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), la caries es considerada una de las primera dolencias del niño, y ha ocasionado en algunos casos ausentismo y bajo rendimiento escolar, por ello, y para lograr la propuesta realizada por la OMS, y unirse al plan de acción de la OPS, se hace necesario prevenir las enfermedades bucales desde temprana edad, es decir, desde su nacimiento.

Por todo lo expuesto, se hace necesario, que exista un programa de Atención del bebé para la prevención de este tipo de caries, mediante el cual se les enseñe a las personas encargadas del cuidado de los niños, las medidas que deben tomarse para mantener la salud bucal de los mismos, y a la vez, hacerles comprender la importancia que tiene la atención del odontopediatra, una vez que los dientes temporarios han hecho erupción, ya que desde ese momento son susceptibles a la caries dental.

Este estudio tiene como finalidad proponer un programa de prevención y atención para las enfermedades buco-dentales del bebé, que de aplicarse contribuiría a solucionar un problema social de salud pública, donde los beneficios en primer lugar, serían los niños, además podría aportar conocimientos acerca de otros posibles factores que contribuyen con la presencia de esta enfermedad y ser un aporte para otras investigaciones sobre el tema.

En consecuencia, este estudio tiene relevancia social, ya que diagnostica un problema y delinea una estrategia programática dirigida hacia su solución en la población infantil.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

Para la ejecución de este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica en investigaciones realizadas sobre la clínica de atención al bebé y un análisis de las teorías disponibles, que constituyeran un aporte para la ejecución del mismo.

Se revisan las investigaciones realizadas sobre programas de prevención para la atención del lactante datos éstos importantes para la elaboración del programa que se pretende llevar a cabo,, ya que permitirá conocer éxitos o fracasos en los mismos, metodología utilizada y a quién fueron dirigidos. Además se revisan investigaciones sobre necesidades de implantar el programa.

A pesar de la preocupación de algunos autores, en cuanto a los cuidados odontológicos en niños de corta edad (bebes), los mismos han comenzado a recibir la atención adecuada recientemente.

Pereira (1929) en su libro "Educación Dental del Niño", enfatizaba que la profilaxis para la salud bucal debía comenzar desde antes del nacimiento, con la formación de órganos dentales sanos y bien calcificados , la limpieza de la cavidad bucal debía comenzar desde que aparecen los dientes con una gasa húmeda , que no debían dormirse sin limpiar los dientes y que debía divulgarse sin límites en el

seno familiar, Sin embargo Costa (1939), toma una posición contraria a Pereira, afirmando que la intervención odontopediátrica debe comenzar a partir de los 2 años con excepción de aquellos casos

Johnsen D.C. (1991) Investigó sobre el papel del pediatra en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental, en este estudio se refiere al papel que debe jugar el pediatra en la prevención de las caries en lactantes, creando conciencia en los padres sobre la alimentación de sus hijos e identificando a los niños de alto riesgo.

Houde, Gahnon y Saint German (1.991), realizaron una investigación en la cual se establece la incidencia de caries en el bebe en una población indígena de Kativic, en Norteamérica, y la relación existente entre la salud oral y el estrato social de esa población, encontrándose que un 72% de los niños de esta población presentaban esta enfermedad y que muy pocos conocimientos se tenían acerca de su etiología.

Crow D.R., (1.992) presentó un estudio sobre un programa preventivo basado en la educación a los padres, el cual fue aplicado en un hospital de Texas, éste consistía en educar a las madres en hábitos alimenticios y de higiene bucal mediante charlas y folletos demostrativos. Los resultados arrojados fueron positivos.

Schulte, Druyan y Hagen (1992), realizaron una investigación donde se recalca la importancia que tiene el pediatra en la prevención de la caries, ya que él puede ofrecer a los padres las medidas que deben tomar con sus hijos para evitar esta enfermedad, además de remitir el paciente al odontólogo.

Castaño H. y Sicorsky M.,(1.993) investigaron sobre las causas que producen caries en bebés y la necesidad de educación de los padres, por otra parte Bernard B. Pelletier H. Turgeon J. Allard y Petit N. (1993) observaron la influencia que tienen la educación y el grupo étnico de los padres en la formación de las mismas, además de la importancia de la intervención del médico en su prevención.

Benítez, O'Sullivan y Tinanoff (1994), realizaron un programa de prevención de la caries, en la cual se pedía a los padres cuyos hijos presentaban esta enfermedad en su etapa inicial, aplicar flúor en los dientes dos veces al día, después de haberlos cepillado, y modificar los hábitos alimenticios de sus niños, de 17 niños sólo 2 cumplieron el programa, y en estos encontraron que había una detención de la caries y una disminución de los estreptococos mutans, concluyeron también que no es suficiente involucrar a las madres, sobre todo si éstas pertenecen a un estrato social bajo

Lee Ch. Rezaiaimira, Jeffcott, Oberg, Domoto y Weinsten (1994), pusieron en práctica un programa preventivo el cual consistió, en dar instrucciones a los padres mediante videos, donde se les mostraba como debían examinar la cavidad bucal de sus hijos y como detectar las caries en su etapa inicial. El resultado fue positivo.

Hoffman I, (1996), dictó una conferencia sobre la Caries de Biberón a un grupo de pediatras en el Centro Médico Guerra Méndez y en el Policlínico La Viña de Valencia, estado Carabobo, con la finalidad de interesar a los pediatras en la prevención de la misma.

Henriquez (1999) presentó un programa educativo para la prevención de la caries de biberón donde se incorpora al Pediatra y a los padres. En este estudio realizó un diagnóstico de la necesidad de implantar dicho programa, encontrando que era necesario educar a las madres y preparar a los pediatras para que se integren en la prevención de dicha enfermedad.

Prevención de la Caries

La mejor manera de combatir una enfermedad, es mediante su prevención, y para ello es necesario conocer su etiología y la forma como se manifiesta (signos y síntomas), esto se logra educando a la población con programas orientados hacia este fin, los cuales pueden ser impartidos por medio de charlas y conferencias dictadas por personas capacitadas, o con folletos, afiches, carteleras, radio y televisión.

Según Katz, Mc Donald y Stookey. (1982) quienes citan a Leavel y Clark (1976) La prevención es una flecha que apunta en dirección opuesta a la enfermedad, y consiste en todos los esfuerzos para poner barrera al avance de la enfermedad en todos y cada uno de sus estadios.

La prevención se divide en tres períodos: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria y estos a su vez se subdividen en niveles de la manera siguiente:

Prevención primaria:

Primer nivel. Promoción de la Salud: Este nivel no es específico para ninguna enfermedad e incluye todas las medidas que tienen por objeto mejorar la salud general del individuo, por ejemplo, nutrición balanceada, educación, hábitos de higiene.

Segundo nivel. Protección Específica: Este nivel consta de medidas para prevenir la aparición o recurrencia de enfermedades específicas. ejemplo: aplicaciones tópicas de flúor, fluoración de las aguas.

Prevención secundaria:

Tercer nivel. Diagnóstico y Tratamiento Tempranos: son ejemplo de ello, el diagnóstico de las caries en etapa inicial y las restauraciones de las mismas.

Prevención terciaria:

Cuarto nivel. Limitación del Daño: este nivel incluye medidas que tienen por objeto limitar el grave daño producido por la enfermedad. Los recubrimientos pulpares y las extracciones de dientes infectados son ejemplos de este nivel.

Quinto nivel. Rehabilitación: (tanto física como psicológica y social). ejemplo: prótesis dentales, mantenedores de espacio.

Según Katz (1982), Para establecer programas de prevención odontológica se deben tomar en cuenta los siguientes elementos:

a.- La filosofía de la odontología preventiva:

Esta se refiere a la manera de cómo el odontólogo enfoca la forma de

mantener a sus pacientes con una salud bucal excelente, y sus componentes son:

- Considerar al paciente como una unidad y no como un juego de dientes con enfermedad.
- Si el paciente tiene una boca sana, tratar de mantenerlo libre de enfermedad durante tanto tiempo como sea posible.
- Si existen signos de enfermedad dental activa, tratar de restaurar la salud tan rápido como sea posible.
- Proveer al paciente la educación y la motivación necesaria para mantener su propia salud, la de su familia y la de su comunidad.

b.- Las condiciones necesarias para que la prevención sea posible en el mundo real o en el mundo socio económico actual, estas condiciones son:

- Debe existir la necesidad de la prevención.
- La prevención debe ser aceptada por el público.

Es necesario diagnosticar la necesidad de un programa de prevención para que este pueda ser efectivo realmente y por otra parte, los programas de prevención deben ser aceptados por el público. Esta última condición, se hace difícil, ya que las personas tienden a ver la prevención en el consultorio odontológico, como un no hacer nada por parte del odontólogo, ya que ésta no es tangible, y por lo tanto lo considera un gasto innecesario. Por su parte, el odontólogo, no quiere prestar el servicio si no es remunerado, estableciéndose así un círculo vicioso, el cual debe romperse, por lo que se hace necesario educar y concientizar a la población para recibir tratamiento preventivo.

c.- Los requisitos que deben cumplir las personas que imparten los conocimientos

de la odontología preventiva para que esta tenga éxito. Entre estos están:

- Creencia en la filosofía preventiva y en la práctica diaria de lo que está enseñando, para que sea capaz de convencer al público.
- Conocimientos y habilidad para enseñar.
- Calor humano, capacidad para comunicarse con las personas y un sincero y profundo deseo de ayudar.

d.- Entrenamiento del equipo dental preventivo:

El equipo que trabaja en un programa preventivo, debe tener suficientes conocimientos sobre el tema, estar convencido de la necesidad del programa y sentir gusto de aplicarlo, este entrenamiento debe ser llevado a cabo por un odontólogo, fiel creyente de la filosofía de la odontología preventiva y que pueda transmitirle al equipo, entusiasmo y confianza en el programa, de manera que todos tengan el mismo objetivo.

Las reuniones con el equipo se hacen necesarias, incluso después de haber comenzado el programa, con el fin de comunicarse las experiencias tanto positivas como negativas, que puedan ayudar al desarrollo efectivo del programa, además de estimular al personal.

e.- Motivación y educación del paciente:

El éxito de un programa no está asegurado por la sola adquisición del conocimiento teórico sobre las medidas preventivas, sino por un cambio de conducta que involucra la adquisición y práctica sostenida de hábitos que llevan al

mejoramiento y mantenimiento de una buena salud bucal. Realizar un cambio de conducta no es un objetivo fácil, para ello las personas deben sentir la necesidad de hacerlo, y de esta forma estar motivadas.

Las fuerzas internas que llevan a una persona a la acción se denominan necesidades y la motivación puede considerarse como el acto de animarse para ejecutar esa acción, por ello, los programas de prevención deben demostrar a las personas que lo que harán va a satisfacerles una necesidad, y cuanto más básica y poderosa sea esta, más duradera y fuerte será la motivación. En muchos casos la necesidad no es fácilmente evidente, por lo que se debe tratar de presentar el problema de manera que la misma sea manifiesta.

Maslow (1970), clasificó las necesidades de acuerdo con su importancia para el individuo, su fuerza motivacional y la prioridad establecida según su satisfacción. De acuerdo a esto, las necesidades pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Necesidades fisiológicas o de supervivencia: es decir aquellas que son vitales para el individuo o la especie, estas son las más poderosas de todas las necesidades y deben ser satisfechas para que el individuo pueda funcionar a un nivel más alto.
- Necesidades de seguridad: estas incluyen la protección contra la inestabilidad o la imprevisibilidad tanto física como económica.
- Necesidades sociales: se refiere a la necesidad de pertenecer a un grupo, ser apreciado y aceptado por otros, ser reconocido.

- Necesidades de estima: este nivel de necesidad se descompone en dos categorías, la necesidad de autoestima, que genera un sentimiento de valor personal, competencia, dignidad, independencia etc. y la estima hacia los otros, que crea impulsos de mejoramiento, tales como, aprendizaje, desempeño, adquisición de niveles, habilidades etc.
- Necesidades de autorrealización: son las que lleven al individuo a alcanzar la cima en su campo de desempeño.

Maslow (1970), también ha establecido ciertas reglas básicas que controlan la expresión de las necesidades, entre ellas:

- Los niveles más altos de necesidades no pueden expresarse, o no son operativos, hasta que los niveles inferiores no estén satisfechos.
- Una necesidad satisfecha no motiva.
- En el campo de la odontología, se hace necesario mantener la motivación del paciente para que continúe con los programas de prevención una vez satisfecha su necesidad básica, la cual podría ser la salud bucal, ya que la mayoría de los programas de prevención odontológica fracasan por esta razón.

Existen una serie de recomendaciones y medidas que deben tomarse en cuenta, para la prevención de la Caries de Biberón, entre ellas se encuentran las siguientes:

a) Orientación Prenatal.

Según Pinkham (1.991) Desde comienzos de siglo XX, se ha resaltado la

importancia de la orientación y cuidados prenatales en la futura madre, lo cual permite disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad infantil. Dentro de ésta premisa, la actividad odontológica, debe ser incluida en programas que se pongan en práctica, en todas las comunidades, centros de salud pública y consultas privadas.

El modelo del programa de orientación prenatal, debe dirigirse al conocimiento del desarrollo dental, al conocimiento de las enfermedades dentales y a como realizar su prevención, de manera de enseñar a las futuras madres como conservar la salud bucal de sus hijos.

Dentro del programa preventivo prenatal, puede incluirse la prescripción de complementos fluorados por vía sistémica, durante el embarazo, en aquellas comunidades donde el agua tiene bajo contenido de éstas sustancias, a pesar de que recientemente, ésta medida ha sido muy discutida, no por su indudable penetración a través de la placenta, sino porque se ha comprobado que éste llega en forma parcial al feto.

b) Orientación Postnatal.

El programa de prevención de la caries dental debe comenzar desde que el niño nace, y la responsabilidad en la ejecución de éste, corresponde a los padres y las personas encargadas del cuidado del niño, basándose en la información y orientación que les proporcionen el pediatra y el odontopediatra.

Este programa preventivo comprende:

(1) Eliminación de Placa Bacteriana y Masajes a las Encías: Las bacterias causales

de las enfermedades dentales están presentes al momento de la erupción de la primera dentición, esto, aunado a la dieta del lactante, facilita la formación de la placa bacteriana y la producción de ácidos, que son los causantes de la caries dental. La eliminación diaria de la placa bacteriana y el masaje en las encías, permite conservar sano el esmalte dental y las encías. Estas medidas deben iniciarse en edades tempranas, facilitando la creación de un hábito de cuidado bucal, que dure toda la vida; lo que se traducirá en ausencia de enfermedades dentales.

Una vez que se informa a los padres de como surgen las enfermedades dentales y se les responsabiliza del cuidado bucal de sus hijos, es necesario, seleccionar el sitio donde deben realizarse dichas tareas. La higiene bucal del lactante debe hacerse en el sitio donde se acostumbra cambiarle los pañales, con buena iluminación y que el niño esté a una altura adecuada

Después de haber erupcionado los primeros dientes temporarios, debe comenzarse el uso del cepillo dental, tarea que iniciará la madre, colocando al niño en una posición cómoda para ambos, ésta pudiera ser con la cabeza del pequeño sostenida entre las piernas, para así tener las manos libres y poder controlar mejor el cepillado, el cuál deberá hacerse mediante un procedimiento sistematizado y completo al haber erupcionado todos los dientes temporarios, de ésta forma se tendrá la certeza de haber limpiado todos los dientes, en especial el borde libre de las encías.

A medida que el niño crece y avanza en el desarrollo, cuando se establece el

contacto interdentario, es necesario la inclusión del uso del hilo dental. Por último, se recomienda que el niño sea visto por el odontopediatra, poco después de la erupción del primer diente; es decir, de seis a nueve meses, y no como se creía antes, entre los 2 y 3 años de edad.

(Pinkhan, 1.991)

(2) Planificación y Orientación Dietética: No debe subestimarse la importancia de la dieta y la nutrición en la prevención de la enfermedad dental, ya que la dieta representa un papel fundamental, en los períodos del desarrollo oral. La nutrición tiene efectos sistémicos y locales sobre la salud y el desarrollo de los dientes, a su vez, la salud dental y los malos hábitos alimenticios pueden contribuir a la aparición de problemas en el estado general y en el desarrollo del niño.

En este orden de ideas, la aparición de la caries dental se relaciona con la ingesta de azúcares refinados entre las comidas, como lo demostraron los estudios realizados por: Gustafsson & Cols en 1954 y Weiss & Trithart en 1960

En vista de que los malos hábitos alimenticios, representan un factor determinante en la producción de la caries dental, la primera consideración para su control debe ser la determinación de estos hábitos, mediante el registro de 3, 5 o 7 días de todos los alimentos ingeridos en las comidas principales y entre comidas, con la finalidad de determinar la adecuación de la dieta y la cantidad de azúcares refinados, productores de caries dental. Es importante que el odontólogo, cree conciencia en los padres sobre lo importante que es tener una dieta básica balanceada, esencial para la salud.

(3) **Administración de Fluoruros:** La exposición frecuente a los fluoruros es necesaria para la máxima prevención y control de las caries dental. Numerosas investigaciones han demostrado fehacientemente, las propiedades de estos compuestos, cuando son administrados en diferentes formas, y se ha demostrado que el flúor se convierte en el nutriente de mayor importancia para el desarrollo de la dentición sana, después de erupcionar los dientes.

El agua fluorada y los suplementos con flúor, producen efectos tanto sistémicos como locales, que previenen la caries dental, por lo que las aplicaciones tópicas de flúor periódicamente en forma de gel, barniz, enjuagues y dentífricos, han demostrado una significativa reducción de caries tanto en niños como en adultos, por otro lado, se ha demostrado también, que en los casos donde se ha producido ya una descalcificación del esmalte, sin que se haya formado una cavidad, éste vuelve a mineralizarse, si se le realiza un tratamiento basado en aplicaciones de flúor en forma periódica y agresiva. De esto se deduce que, la administración de fluoruros debe ser un procedimiento rutinario sobre todo en niños y adolescentes, tanto en el hogar como en el consultorio dental.

FUNDAMENTOS SICOLÓGICOS Y EDUCATIVOS

Se centran en el educando y se refieren, tanto a sus procesos evolutivos como a las diversas teorías del aprendizaje, factores que determinan la adecuación de los programas educativos.

Una forma de entender el significado sicológico del aprendizaje es tomando

en cuenta que: a) el aprendizaje es constante y ocurre no solo en el salón de clases, b) puede realizarse en forma conciente o inconsciente, c) no siempre implica conocimientos o habilidades, además no siempre se aprende lo que es “correcto” (Woolfolk 1.990)

Según Hilgard (1987), el aprendizaje es el proceso en virtud del cual una actividad se origina o se cambia a través de la reacción a una situación encontrada, con tal que las características del cambio registrado en la actividad no puedan explicarse con fundamento en las tendencias innatas de respuesta, la maduración o estados transitorios del organismo (Ej. fatiga, drogas etc). Son ejemplo de aprendizaje: adquirir vocabulario, aprender a manejar, memorizar una lección, aprender a cepillarse los dientes etc.

Educación a los Padres:

La necesidad de educar a los padres surge primeramente de la lucha contra la mortalidad infantil y la mala salud de la infancia y cuando en el siglo XIX en Europa se torna obligatoria y universal la instrucción y se dan cuenta que los niños de las escuelas estaban frecuentemente desnutridos y no podían recibir adecuadamente los beneficios de la educación, las investigaciones realizadas al respecto determinaron que las madres embarazadas y las que criaban, debían recibir preparación, ya que no era suficiente el instinto maternal y es así como comienzan a surgir las primeras escuelas para madres. La declinación de la

mortalidad infantil y la mejora general de la salud del niño, no pueden atribuirse únicamente a las medidas educativas, pero no hay dudas de que desempeñan un papel considerable en la mejora (Stern 1.967)

El conjunto de experiencias propias del proceso enseñanza aprendizaje, requieren ser canalizados en función del grado de evolución característico del grupo al cual va dirigida la práctica educativa, de tal forma que el programa de educación preventiva necesita ser presentado en el momento más beneficioso.

Método de Estratificación Social.

El método Graffar, empleado en este estudio, fue propuesto por el Profesor Maurice Graffar de Bélgica y es utilizado en el Centro Internacional de la Infancia en Inglaterra, Alemania, Francia y otros países.

Para ser aplicado en Venezuela fue adaptado, con algunas modificaciones, por Hernán Méndez Castellano, (1985) y utilizado por el Consejo Nacional de Universidades siendo adoptado permanentemente.

A continuación, se resume, esquemáticamente, el método utilizado:

- **Profesión del Jefe de familia:** según las siguientes clasificaciones:

Ponderación

1.- Profesión Universitaria, alto comerciante con posiciones gerenciales, Oficial de las Fuerzas Armadas Nacionales.

Se consideran dentro de este grupo las personas egresadas con título de Universidad, o bien propietarios de empresas, industrias o comerciantes altamente productivos o que pertenezcan a Cadenas, como por ejemplo, CADA, Central Madeirense, Macro. Pueden ser también personas que ocupen posiciones de alta dirección o gerencia e instituciones públicas o privadas, muy bien remuneradas. Así como, personas egresadas de Institutos Pedagógicos o de Politécnicos Universitarios.

2.- Profesiones Técnicas o medianos comerciantes o productores.

Se consideran dentro de este grupo a las personas egresadas con título de Escuelas Técnicas Industriales o Técnicas de las Fuerzas Armadas o Institutos Universitarios, así como también los peritos egresados de esas Instituciones, a los artistas de teatro, pintores y afines, según los cursos realizados. También se consideran a los medianos comerciantes o productores, o sea dueños de negocios de cierta importancia.

3.- Empleados sin profesión universitaria o técnica definida, pequeños comerciantes o productores.

Se consideran en este grupo a los empleados de institutos privados o públicos que no tengan profesión universitaria o técnica. Ejemplos: peritos de cursos cortos, secretarias, mecanógrafas, etc. (p. 135). También se consideran los pequeños comerciantes o productores, o sea propietarios de negocios pequeños, ejemplo: propietarios de bodegas, abastos, zapaterías.

4.- Obreros especializados:

Se consideran en este grupo a todos aquellos obreros clasificados o especializados.

Ejemplo: tractoristas, chofer, pintor, agricultor especializado, etc.

5.- Obreros no especializados:

Se consideran en este grupo a todos aquellos obreros no clasificados o especializados: Ejemplo: jornaleros, pisatarios, vendedores ambulantes, etc. Se considera también al servicio doméstico dentro de este grupo.

NOTA IMPORTANTE: Esta pregunta se refiere a la profesión del jefe de familia y no a la ocupación, por lo tanto, si el jefe de familia está desocupado o desempleado -interesa conocer cuál es la profesión u ocupación habitual.

En caso de que el jefe de familia sea la madre, se debe tomar en cuenta en esta pregunta cuál es la profesión de ella.

- **Nivel de Instrucción de la madre:** Atendiendo a las siguientes clasificaciones:

Ponderación

1.- Enseñanza Universitaria o su equivalente.

Egresadas con títulos de Universidades, Politécnicos y Pedagógicos..

2.- Enseñanza Secundaria completa o Técnica Superior completa. Egresadas de bachillerato con título. Egresadas de Escuelas Normales o Institutos de Formación Docente, con títulos. (p. 136)

3.- Enseñanza Secundaria incompleta o Técnica inferior.

Se considera como secundaria incompleta a aquellos casos en que se ha

cursado al menos hasta 2 años de Educación Media Normal. Las que hayan cursado sólo 1º ó 2º incompleto se clasificarán en primaria. Se considera técnica inferior completa en aquellos casos en que se han realizado cursos técnicos en institutos tales como INCE, Academias Comerciales Privadas, etc.

4.- Educación primaria o Alfabeta.

Personas que han estudiado algún grado de educación primaria o que saben leer y escribir. Se consideran también las que sólo hayan cursado 1º ó 2º años incompleto de educación media.

5.- Analfabetas.

Personas que no saben leer ni escribir.

- **Principales Fuentes de Ingreso de la Familia:** Se considera como principal fuente de ingresos de la Familia aquella que sea la base de la economía familiar.

Se clasifica atendiendo a las siguientes definiciones:

Ponderación

1.- Fortuna heredada o adquirida:

Suficiente cantidad de dinero heredado o adquirido que le permita vivir de sus rentas. Ejemplo: grandes negocios que en poco tiempo producen fortuna o ganancias fuertes obtenidas en juego de azar (loterías, caballos)

2.-Ganancias, beneficios, honorarios profesionales:

La fuente principal de ingresos es aquella formada por ingresos o beneficios

provenientes de las utilidades de una empresa o negocio, o bien por honorarios profesionales correspondientes a los percibidos por personas que ejercen profesiones liberales que no dependen de un sueldo, ejemplo: médicos, abogados, etc.

3.- Remuneración Mensual:

Cuando la fuente principal se debe a la remuneración sobre una base mensual o anual pero generalmente pagada mensualmente. Todos los empleados perciben Remuneración Mensual.

4.-Remuneración Semanal

Por día o por tareas a destajo o ganancias o beneficios pequeños, provenientes de negocios pequeños. Remuneración devengada por semana, por día o por tarea o destajo. Se incluyen en este grupo a personas que ejecutan trabajos ocasionales y los obreros.

5.- Donaciones de origen público o privado:

Son ayudas, subsidios otorgados por organismos públicos o privados y limosnas.

NOTA: Las indemnizaciones de seguridad social no son consideradas donaciones. Las personas que en el momento de la encuesta vivan de indemnizaciones, por ejemplo, enfermos, cesantes, jubilados o pensionados, serán clasificados según la categoría a la cual pertenecían en el momento que todavía trabajaban.

- **Condiciones de Alojamiento:** Es muy importante ser lo más objetivo posible en esta clasificación, siguiendo las siguientes definiciones.

Ponderación

1.- Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente de lujo.

Viviendas ubicadas en urbanizaciones residenciales elegantes, donde el valor del terreno y la vivienda es elevado y donde necesitan disponer de transporte propio para movilizarse. Se refiere a quintas muy lujosas con grandes jardines muy bien mantenidos, interiores y exteriores, amplios espacios y construcción con materiales de lujo. Se incluyen apartamentos tipos penthouse muy lujosos, con espacios de terrazas, doble recibo etc. Hay que tomar en cuenta el concepto de baño por habitación.

2.- Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambiente sin lujo pero espacioso.

Viviendas con áreas bien diferenciadas y espaciosas, incluidos apartamentos y dotados de los servicios y bienes necesarios para el confort, ubicadas en urbanizaciones residenciales bien mantenidas. Se refiere a casas o quintas con áreas bien diferenciadas y espaciosas, con jardines bien mantenidos y condiciones sanitarias óptimas sin ambiente de lujo. Se incluyen apartamentos espaciosos con áreas bien definidas y terrazas. Hay que tomar en cuenta, el concepto de condiciones sanitarias óptimas. (p. 138)

3.- Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos. Viviendas con áreas reducidas bien definidas o no y con buenas condiciones sanitarias, ubicadas en zonas residenciales, comerciales o industriales. Se refiere a casas o quintas pequeñas con buenas condiciones sanitarias así como a los apartamentos

en general.

4.- Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos, con deficiencias en algunas condiciones sanitarias: número de baños, agua, electricidad, etc. Ubicados en urbanizaciones o barrios de viviendas tipo interés social o barrios o similares, en zonas comerciales o industriales.

5.- Rancho o vivienda con una o más habitaciones y condiciones sanitarias inadecuadas.

Se refiere al tipo de vivienda improvisada. (ranchos, barracas casas de vecindad) o viviendas de construcción estable pero en abandono- situadas en barrios marginales y con condiciones sanitarias inadecuadas

Estratificación Social

Se coloca el valor de la ponderación de cada uno de las escalas anteriores, en el espacio reservado para ello y luego se debe sumar. El valor obtenido, es el que determina a cuál estrato socioeconómico pertenece la familia según la siguiente clasificación:

Puntaje	Estrato
4 – 6	I
7 – 9	II
10 – 12	III
3 – 16	IV
17 – 20	V

DESCRIPCION DEL SERVICIO.

El servicio tendrá una disposición por módulos circulares de 3 unidades. Cada uno con su módulo central, con unidades simplificadas, se trabajaría a 4 manos, con asistentes dentales o estudiantes de Pre-grado entrenados para ello.

El recurso humano será integrado por Profesores y Personal Auxiliar de la Facultad de Odontología de la U.C así como también de estudiantes de pregrado y postgrado.

El espacio físico será aportado por INSALUD, el cual estará ubicada en la Maternidad del Sur.

En los casos más difíciles se utilizarán la posición Rodilla a Rodilla. (Donde se colocan la madre de frente al odontólogo y coloca al niño en sus piernas). Se proveerán espacios para la acción educativa indirecta (afiches, mensajes de Salud bucal), que serán provistos por la entidad filantrópica (la Colgate en nuestro caso).

El Programa de la Clínica del Bebe tendrá una estructura administrativa y operativa.

- I) COORDINACION GENERAL: Constituido por cada uno de las entidades participantes. (Insalud, U.C., Colgate y un miembro de la comunidad. Esta coordinación tendrá las siguientes funciones:
 - a) Verificar desarrollo del Programa.
 - b) Recibir y evaluar los informes periódicos de la Clínica del Bebe.
 - c) Dar seguimiento a la evaluación del programa.

d) Conseguir donaciones o apoyos económicos para la expansión del programa.

II.- COORDINADOR DE CLINICAS: quien realizará las siguientes funciones:

a) Llevar un control de las Madres embarazadas.

b) Asistir al parto y levantar la asignada ficha del recién nacido.

c) Hacer seguimiento a los niños del programa (Control de citas).

d) Participar activamente en el Programa de Medicina Familiar.

III. PERSONAL AUXILIAR. (entrenamiento al manejo del bebe).

IV. ESTUDIANTES DE PRE-GRADO Y POST-GRADO.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

DISEÑO DE ESTUDIO.

El presente estudio, corresponde a la modalidad de un proyecto factible, ya que consiste en un proponer un proyecto para la incorporación de la Clínica del Bebé en la Maternidad del Sur, Dr. Armando Arcay , el cual, será presentado al Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Dicha propuesta, se apoya en una investigación documental y en una investigación de campo, mediante las cuales se realiza un diagnóstico que se sustenta en una revisión bibliográfica sobre la atención del bebé y en las necesidades reales de la población que asiste a la Maternidad del Sur.

Para la realización de esta propuesta, se seguirán las fases de estudio del proyecto factible: diagnóstico de la necesidad de implantar el programa, estudio de la factibilidad y diseño del proyecto. Los datos se analizan mediante la estadística descriptiva (análisis porcentual) y los resultados permitirán obtener información referente a la etiología, diagnóstico, tratamiento y técnicas de prevención de alteraciones buco dentales que se presentan en niños menores de 3 años, que puedan servir de base para el diseño del programa.

FASES DEL ESTUDIO

Primera Fase-Estudio Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico, se parte de una revisión de las historias clínicas de pacientes , en las cuales se observan los datos personales del paciente, el estadio en el cual se encuentra la enfermedad y la evolución de la misma. Por otra parte, se realizan encuestas tanto a los padres como a los pediatras, con el objetivo de obtener información acerca de los conocimientos que tienen sobre su etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento, además de las razones por las cuales se han demorado los padres en llevar a los niños a la consulta odontológica.

Estos datos permiten diagnosticar la necesidad de la investigación y sirven de base para la elaboración de la propuesta, cuyo propósito es prevenir las enfermedades bucodentales a temprana edad, mediante un programa educativo.

Características de la Población

La población seleccionada para esta investigación es de 30 niños que presentan caries de biberón y que han sido atendidos en el servicio de pediatría de la Maternidad del Sur, sus respectivos padres o representantes y 40 pediatras, de los cuales 10 trabajan en el área de pediatría de dicho hospital y 30 en el área de pediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr Enrique Tejera, (CHET).

Instrumentos:

Descripción de los Instrumentos

La encuesta aplicada a los pediatras consta de dos partes:

I.- Identificación

II.- Diagnóstico

I.- Identificación:

Esta parte está constituida por cuatro preguntas destinadas a identificar la encuesta e indicar algunos datos importantes del entrevistado

II.- Diagnóstico:

Esta parte consta de 17 preguntas categorizadas, entre las cuales, algunas se extienden con una pregunta abierta y está diseñada para evaluar el conocimiento que tienen los pediatras sobre Prevención en Odontopediatría. Las respuestas serán marcadas con una X, y donde existan preguntas abiertas, se escribió la opinión del entrevistado.

La encuesta aplicada al representante consta de siete partes: I. Identificación, II. Estratificación, III. Etapa de la enfermedad, IV. Evolución de la Enfermedad, V. Hábitos de Higiene Oral, VI. Hábitos y Costumbres Alimenticias, VII. Probables Causas del Retardo en el Tratamiento.

Se aplicó mediante entrevistas con excepción de las partes III y IV, donde la información fue obtenida de las historias clínicas que se le realizaron a los pacientes en el área de pediatría de dicha institución.

Las preguntas son categorizadas, con excepción de la parte de identificación y algunas se complementan con una respuesta abierta. Las respuestas serán marcadas con una X, y donde existan preguntas abiertas, se escribió la opinión del entrevistado.

Validación de los Instrumentos

Estos instrumentos, fueron validados en su contenido mediante el Juicio de Expertos, para lo cual un grupo de personas con conocimientos y experiencia en la materia realizaron una evaluación de los mismos, anotando sus observaciones y recomendaciones en una hoja que se les facilitó para tal fin.

Confiabilidad de los Instrumentos

La confiabilidad de los instrumentos, se determinó en estos cuestionarios, luego de aplicar la prueba piloto, a las historias clínicas de 10 niños con caries de biberón, que fueron atendidos en el área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UC, que se encuentra ubicada en la misma Facultad, a sus padres o representantes y a 10 pediatras del Policlínico Valencia. Ésta fue determinada mediante el cálculo del Coeficiente alfa de Cronbach, cuyos valores oscilan entre 0 y 1, donde un coeficiente 0 significa nula confiabilidad y un

coeficiente 1 representa el máximo de la confiabilidad, es decir 100% confiable.

El Cálculo del Coeficiente alfa de Cronbach se realizó mediante la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum s^2 S}{\sum s^2 T} \right)$$

Donde:

α = Coeficiente alfa de Cronbach

n = número de ítems.

S² = varianza de los Item

P = Valor total de cada Item

T = Valor total de los Item

El coeficiente alfa en el cuestionario de los pediatras, se aplica en dos partes debido a que hay dos tipos de preguntas, la primera parte comprende los Items del 1 al 9, la segunda comprende del 10 al 17. Obteniendo los siguientes resultados: 0.92 y 0.93 respectivamente, estos valores son aceptables por su proximidad a uno, lo cual indica que el instrumento es confiable.

El coeficiente de confiabilidad en el cuestionario de los representantes se calcula solamente para los Items de la parte IV, V, VI y 1;3 de la parte VII, ya que los otros ítems tienen diferentes categorías y como son muy pocos, no se justifica aplicarles la confiabilidad. Con respecto a la parte II y III, estas no necesitan ser sometidas a confiabilidad, ya que la estratificación social se rige por el Método

Graffar y la Etapa de la Enfermedad no corresponde a esta variable, fue incluida en el cuestionario, para facilitar la recolección de datos y el análisis estadístico. El resultado del coeficiente Alfa de Cronbach para este cuestionario fue de 0,93 con lo cual se pudo concluir que el instrumento era confiable, por lo que se procedió a aplicar el instrumento definitivo.

TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

En este estudio, la tabulación se lleva a cabo en cuadros estadísticos que indican el número de frecuencia de las respuestas obtenidas en los cuestionarios aplicados, y su distribución porcentual, para su posterior análisis e interpretación, lo cual permite sustentar la propuesta

Los resultados obtenidos en el cuestionario aplicado a los pediatras, se presentan en los siguientes cuadros estadísticos:

CUADRO N° 1

DIAGNÓSTICO DE LA CARIES POR PARTE DE LOS PEDIATRAS

ITEMS	Frecuencia	%
1.- En que ocasión examina los dientes de sus pacientes		
a.- Siempre	31	77,50
b.- Sólo cuando los síntomas lo justifican	7	17,50
c.- Algunas veces, no es importante	1	2,50
d.- Sólo cuando el paciente lo solicita	1	2,50
e.- Nunca los examina	0	0
TOTAL	40	100
2.- Porcentaje aproximado de pacientes con caries		
a.- De 80 a 100%	22	55,00
b.- De 60 a 79%	9	22,50
c.- De 40 a 59%	6	15,00
d.- De 20 a 39%	2	5,00
e.- De 0 a 19%	1	2,50
TOTAL	40	100%
3.- Porcentaje aproximado de pacientes con CB		
a.- Más del 60%	10	25,00
b.- De 41 a 60%	10	25,00
c.- De 21 a 40%	7	17,50
d.- De 1 a 20%	6	15,00
e.- 0% o no recuerda	7	17,50
TOTAL	40	100
4.- Si se le presentó algún caso de CB en etapa inicial como lo		
a.- Por presentar manchas en incisivos superiores	15	37,50
b.- Presentar cavidades en incisivos	10	25,00
c.- Presentar cavidades en incisivos y otras piezas dentarias	7	17,50
d.- Otras manifestaciones clínicas	0	0
e.- No recuerda o no se le presentaron	8	20,00
TOTAL	40	100
5.- En las CB cómo ha observado a los incisivos inferior.		
a.- Siempre sanos	16	40,00
b.- Casi siempre sanos	7	17,50
c.- Cariados	5	12,50
d.- Muy cariados	2	5,00
e.- No recuerda	10	25,00
TOTAL	40	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los pediatras

En el cuadro N° 1, se agrupan las respuestas referentes al conocimiento que tienen los pediatras para poder diagnosticar la Caries de Biberón (CB). El Item N° 1 se refiere a las ocasiones en que el pediatra examina los dientes de los niños, lo cual es

indispensable para poder diagnosticar una caries dental. Las respuestas obtenidas indican que el 77,50% de los pediatras, siempre examina los dientes de sus pacientes, el 17,50% lo hace sólo cuando los síntomas lo justifican, un 2,50% lo hace algunas veces, no lo considera muy importante y un 2,50% lo hace solamente cuando el paciente lo solicita. Es decir, que a un 22,50% de los pediatras, se les pasan desapercibidas las caries en sus pacientes por lo que no son referidos al odontólogo.

Los Items 2 y 3, se refieren a la proporción de niños con caries (Normal y de Biberón) que les llegan a la consulta, según las respuestas obtenidas, el 55% de los pediatras refiere, que del 80 al 100% de sus pacientes presentan caries, el 22,50% dice que entre el 60 y 79% de sus pacientes presenta caries, un 15% refiere haber observado caries solo entre el 40 y 59% de sus pacientes, un 5% de los entrevistados ha observado caries solo en el 20 al 39% de sus pacientes y un 2,50% observó caries en menos del 20% de los pacientes. De los niños que presentaban caries, el 25% de los pediatras observó CB en más del 60% de los niños, otro 25% entre el 41 y 60% de los niños, un 17,50% observó entre el 21 y 40% de los niños, un 15% entre el 1 y 20% y un 17,50% de los pediatras no observó CB o no recuerda haberla observado.

El Item N° 4 corresponde al diagnóstico de la caries de biberón en su etapa inicial. En el cuadro puede observarse que solo el 37,50% de los pediatras reconoce la CB en su etapa inicial donde se observan solo pequeñas manchas en los incisivos superiores, un 25% la reconoce en una etapa intermedia, el resto la reconoce en etapa avanzada.

El Item N° 5 permite conocer la veracidad en el diagnóstico de CB , de los resultados obtenidos se observa que un 57% de los pediatras sabe diferenciar la CB de otro tipo de caries, al responder que los incisivos inferiores se encuentran siempre o casi siempre sanos, ya que esta, es una de sus características diferenciales, un 17,50% confunde la CB con otras anomalías, y un 25% refiere no recordar.

En este cuadro se interpreta que la mayoría de los pediatras refieren examinar los dientes de sus pacientes y observan caries, pero pocos las diagnostican en su etapa inicial (37,50%), lo que constituye uno de los factores por los que el niño llega a la consulta en una etapa avanzada de la enfermedad.

El cuadro N° 2, recoge las respuestas de los pediatras referente a la prevención de la CB. En el Item N° 6 se puede observar que el 60% de los pediatras coincide en que la edad recomendada para dejar de amamantar a los niños es entre los 6 meses y 1 año, un 20% recomienda entre 1 y 2 años , un 15% después de los 2 años y un 5% no da recomendaciones al respecto. En el Item N° 7 que se refiere a la edad recomendada para dejar el biberón , el 20% opina que esta debe ser entre 0 y 6 meses, un 35% recomienda entre 6 meses y un año, un 20% recomienda que debe ser entre 1 y 2 años, un 15% opina que mejor es después de los 2 años y un 10% no da recomendaciones al respecto.

El Item N° 8, se refiere a la edad recomendada para comenzar la higiene bucal en los niños, a lo cual los pediatras respondieron de la siguiente forma: un 20% recomienda que la higiene bucal debe comenzar antes de los 6 meses, un 55%

opina que debe ser entre los 6 meses y un año, el 22,50% recomienda que entre 1 y 2 años, y un 2,50% opina que esta debe comenzar después de los 2 años de edad.

En cuanto a la edad recomendada para visitar al odontólogo (ítem N° 9), el 2,50% de los pediatras opina que la 1ª visita al odontólogo debe ser antes de los 6 meses, el 10% la recomienda entre 6 meses y un año, el 50% recomienda que esta sea entre 1 y 2 años, un 27,50% después de los 2 años y un 10% no da recomendaciones al respecto.

En este cuadro se interpreta que aproximadamente el 40% de los pediatras no previenen las C. B. desde la edad recomendada. Vale la pena recordar que los dientes temporarios comienzan a erupcionar a los 6 meses de edad y desde este momento debe comenzar la prevención.

CUADRO N° 2
LOS PEDIATRAS Y LA PREVENCIÓN DE LA CARIES

ITEMS	FRECUENCIA	%
6.- Edad recomendada para dejar de amamantar a los niños		
a.- De 0 a 6 meses	0	0
b.- Más de 6 meses hasta cumplir 1 año	24	60
c.- Más de 1 año hasta cumplir 2 años	8	20
d.- A partir de los 2 años	2	5
e.- No da recomendaciones al respecto.	6	15
7.- Edad recomendada para que el niño deje el biberón		
a.- De 0 a 6 meses	8	20
b.- Más de 6 meses hasta cumplir 1 año	14	35
c.- Más de 1 año hasta cumplir 2 años	8	20
d.- A partir de los 2 años	6	15
e.- No da recomendaciones al respecto.	4	10
8.- Edad recomendada para comenzar la higiene bucal en los niños		
a.- De 0 a 6 meses	8	20
b.- Más de 6 meses hasta cumplir 1 año	22	55
c.- Más de 1 año hasta cumplir 2 años	9	22,50
d.- A partir de los 2 años	1	2,50
e.- No da recomendaciones al respecto.	0	0
9.- Edad recomendada para visitar al odontólogo		
a.- De 0 a 6 meses	1	2,50
b.- Más de 6 meses hasta cumplir 1 año	4	10
c.- Más de 1 año hasta cumplir 2 años	20	50
d.- A partir de los 2 años	11	27,50
e.- No da recomendaciones al respecto.	4	10

Fuente: cuestionario aplicado a los pediatras

CUADRO N° 3
CONSIDERACIONES DE LOS PEDIATRAS SOBRE LA ETIOLOGÍA
DE LA CARIES DE BIBERÓN

ITEMS	SI	%	NO	%	AI	%
10.- Considera Perjudicial. para la salud oral del niño que se Con tetero en boca	36	90	3	7,50	1	2,50
11.- Y si se queda dormido amamantándose	0	0	34	85	6	15
12.- Recomienda dar agua después del biberón	25	62,5	13	32,5	2	5
13.- Y Después del pecho	0	0	36	90	4	10
14.- Recomienda añadir azúcar a biberón	3	7,50	37	92,5	0	0
15.- Considera la leche materna como una sustancia	4	10	38	90	0	0

Fuente: Cuestionario aplicado a los pediatras

En cuanto a los conocimientos de los pediatras sobre la etiología de la caries de biberón, se puede observar que la mayoría de los pediatras, reconocen que el biberón puede producir caries dental y toman las medidas preventivas para las mismas, sin embargo el 90% de los pediatras entrevistados, no considera a la leche materna como una sustancia criogénica, por lo que no toman medidas preventivas con ella, como lo indica el cuadro N° 3

CUADRO N° 4

DISPOSICIÓN DE LOS PEDIATRAS ANTE LA CARIES DE BIBERÓN

ITEMS	SI	%	NO	%	Algunas	%
16.- Da recomendaciones a las madres cuando niño	29	72.5	2	5	9	22.5
17.- Considera la caries en niños perjudicial para la	24	60	4	10	12	30

Fuente: Cuestionario aplicado a los pediatras

La conducta que siguen los pediatras ante la presencia de un niño con CB, puede observarse en el cuadro N° 4. En el Item N° 16, el 72,50% de los pediatras da recomendaciones valederas de acuerdo a lo expresado por ellos en el cuestionario, el 5% expresó claramente que no da recomendaciones y un 22,50% lo hace sólo algunas veces, y con respecto al Item N° 17 el 60% de los pediatras juzga que la caries dental puede ser dañina para la salud general del niño, un 10% no la considera perjudicial y un 30% la considera solo algunas veces.

Analizando las respuestas de los pediatras, en términos generales, se puede sintetizar, que la mayoría reconoce una caries normal y aproximadamente el 57% identifica la CB pero no en su etapa inicial, más del 50% de los pediatras dan recomendaciones sobre hábitos alimenticios y de higiene oral para prevenir la CB u otro tipo de caries, pero la mayoría no conoce bien su etiología, ya que solamente un 10% de los pediatras saben que la leche materna puede producir caries dental

Los resultados obtenidos en el cuestionario aplicado a los padres se presentan a continuación:

CUADRO N° 5
DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS POR SEXO Y ESTRATIFICACIÓN SOCIAL
(GRAFFAR)

ESTRATIFICACIÓN SOCIAL																						
SEXO MASCULINO							SEXO FEMENINO															
I %	II %	III %	IV %	V %	ST %	I %	II %	III %	IV %	V %	ST %	I %	II %	III %	IV %	V %	ST %					
0	0	0	3	10	6	20	9	30	18	60	0	0	0	0	1	3,3	5	16,6	6	20	12	40

Fuente: Cuestionario aplicado a los padres

En este cuadro se percibe que de un total de 30 niños estudiados, el 60% pertenece al sexo masculino y un 40% al sexo femenino, al parecer existe una prevalencia de esta enfermedad en el sexo masculino, aunque hasta el momento no hay estudios que indiquen esta situación. En cuanto a la estratificación social no hubo pacientes pertenecientes a los estratos I y II, y el 50% de los pacientes pertenece al estrato V, el resto se distribuye entre los estratos IV y III. Esto resulta comprensible ya que el estudio se realiza en un hospital público.

CUADRO N° 6
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS POR EDAD

EDAD	FRECUENCIA	%
0 a 1 año	0	0%
+ de 1 - de 2	1	3.33%
+ de 2 - de 3	2	6.66%
+ de 3 - de 4	6	20.00%
+ de 4 - de 5	12	40.00%
+ de 5 - de 6	9	30.00%
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los padres

La distribución porcentual de los niños de acuerdo a la edad como se observa en este cuadro, señala que el mayor porcentaje de los niños estudiados, se encuentra en edad comprendida entre los 4 y 5 años (40%), le siguen los niños entre 5 y 6 años (30%), luego los mayores de 3 y menores de 4 años (20%), mayores de 2 y menores de 3 (6,66%), y por último los que están entre 1 y dos años (3,33%), no se estudió ningún niño menor de 1 año, esto indica que la mayoría de los niños que acuden a la consulta lo hacen en una edad tardía.

El cuadro N° 7 muestra información referente a las manifestaciones clínicas de la enfermedad presentes al momento del niño asistir a la consulta odontológica, en que etapa se encontraba la enfermedad y el tiempo de evolución de la misma, pudiéndose observar, que el 70% de los pacientes, presentaba alguna manifestación clínica, diferente a caries, siendo la más frecuente de ellas, el dolor. La mayoría de los niños presentaba la enfermedad en una etapa avanzada, ocupando esta el 46,66%, siguiéndole la etapa intermedia con un 26,66%, luego la muy avanzada con un 20% y finalmente la etapa inicial con tan solo un 6,66%, y con respecto al tiempo de evolución puede observarse que el mayor porcentaje está entre 2 y 3 años de evolución y el menor porcentaje los niños que tenían la enfermedad con menos de 1 año de evolución, por lo que se interpreta el mayor porcentaje de los niños esperó a tener manifestaciones clínicas graves para ir a la consulta.

CUADRO N° 7
DISTRIBUCIÓN DE LA CARIES DE BIBERÓN, DE
ACUERDO A SU ETAPA Y EVOLUCION

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	Frecuencia	%
a) Dolor	11	36,66%
b) Inflamación	4	13,33%
c) fístula	3	10,00%
d) 2 o más manifestaciones	3	10,00%
e) Ninguna	9	30,00%
Total	30	100,00%
2.- ETAPAS DE LA ENFERMEDAD		
a) Inicial	2	6,66%
b) Intermedia	8	26,66%
c) Avanzada	14	46,66%
d) Muy Avanzada	6	20,00%
Total	30	100,00%
3.- EVOLUCIÓN DE LA ENFERMED.		
a) 0-1 año	3	10,00%
b) + de 1 - de 2 años	7	23,33%
c) + de 2 - de 3 años	11	36,66%
d) + de 3 - de 4 años	5	16,66%
e) + de 4 años	4	13,33%
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los representantes

En el cuadro N° 8 se interpreta que la mayoría de los niños estudiados, presentan hábitos de higiene oral aceptables en cuanto al número de veces que cepillan sus dientes y a los materiales utilizados, ya que al menos cepillan los dientes 2 veces diarias, sin embargo, el 43,33% se cepillan ellos mismos y a esa edad no tienen la destreza adecuada para ejecutar una buena técnica de cepillado, por lo que se recomienda que sean supervisados por un adulto esto pudo observarse solo a un 13,33% de ellos. Por otra parte pudo observarse que ninguno utiliza enjuague bucal o hilo dental, lo cual es un complemento para la higiene bucal.

**CUADRO N° 8
HÁBITOS DE HIGIENE ORAL**

INDICADORES	FRECUENCIA	%
1.- DIENTES CEPILLADOS POR		
a) Representante	4	13,33%
b) Representante y niño	11	36,66%
c) Niño	13	43,33%
d) Otra persona mayor	1	3,33%
e) No se los cepilla	1	3,33%
2.- CUANDO SON CEPILLADOS		
a) Lev. Acost. Y después de c/comida	5	16,66%
b) Después de cada comida	10	33,33%
c) Al levantarse y Acostarse	10	33,33%
d) Solo al levantarse o al acostarse	4	13,33%
e) Otra	1	3,33%
3.- CUANTAS VECES		
a) 4 veces o más	5	16,66%
b) 3 veces	10	33,33%
c) 2 veces	10	33,33%
d) 1 vez	4	13,33%
e) No se los cepilla	1	3,33%
4.- QUE UTILIZA EN HIGIEN. BUC.		
a) Cepillo, pasta y enjuague o hilo	0	0%
b) Cepillo y pasta	22	73,33%
c) Cepillo sin pasta	7	23,33%
d) Otros	0	0%
e) Nada	1	3,33%

Fuente: cuestionario aplicado a los padres

La información obtenida en el cuadro N° 9, referente a hábitos alimenticios, indica que estos niños han tenido o tienen malos hábitos, en primer lugar, por que el 46,66% de ellos aún están tomando pecho o tetero, sobretodo teniendo en cuenta que el menor de ellos tiene dos años de edad, edad esta suficiente para haber dejado ese hábito y tomar su leche en un vaso normal, además, la mayoría lo hace con una frecuencia de 3 o 4 veces diarias, por otra parte el 26,66% de los niños no tomaban agua después del tetero o pecho, lo cual debe hacerse para eliminar residuos que puedan quedar y producir caries, un 60% lo hacían solo algunas veces, el 56,66% de los niños que tomaban o toman tetero, lo acompañaban con otra sustancia productora de caries y el 30% generalmente le añade azúcar.

CUADRO N° 9
HABITOS Y COSTUMBRES ALIMENTICIAS

ITEMS	FRECUENCIA	%
1A.- LE DABA PECHO ANTES		
1.- Una vez al día	0	0%
2.- Dos veces al día	0	0%
3.- Tres veces al día	0	0%
4.- Cuatro veces al día	2	6.66%
5.- Cinco veces o más	0	0%
1B.- LE DÁ PECHO AHORA		
1.- Una vez al día	0	0%
2.- Dos veces al día	1	3.33%
3.- Tres veces al día	1	3.33%
4.- Cuatro veces al día	3	10%
5.- Cinco veces o más	0	0%
1C.- LE DABA TETERO		
1.- Una vez al día	1	3.33%
2.- Dos veces al día	1	3.33%
3.- Tres veces al día	5	16.66%
4.- Cuatro veces al día	2	6.66%
5.- Cinco veces o más	0	0%
1D.- LE DÁ TETERO		
1.- Una vez al día	2	6.66%
2.- Dos veces al día	0	0%
3.- Tres veces al día	3	10%
4.- Cuatro veces al día	2	6.66%
5.- Cinco veces o más	0	0%
1E.- LE DABA PECHO Y TETERO		
1.- Una vez al día	0	0%
2.- Dos veces al día	2	6.66%
3.- Tres veces al día	1	3.33%
4.- Cuatro veces al día	2	6.66%
5.- Cinco veces o más	0	0%
1F.- LE DÁ PECHO Y TETERO		
1.- Una vez al día	0	0%
2.- Dos veces al día	0	0%
3.- Tres veces al día	2	6.66%
4.- Cuatro veces al día	0	0%
5.- Cinco veces o más	0	0%
1G.- CUANDO LE DÁ AGUA		
a.- Siempre después de mamar v	0	0%
b.- Casi siempre. después de	4	13.33%
c.- A veces	12	60%
d.- Después del ultimo en la noche	0	0%
e.- No le da agua. se queda	8	26.66%
2.- CONTENIDO DEL TETERO		
a.- Iugo	0	0%
b.- Leche solamente	6	20%
c.- Cereal o achocolatado solamente	0	0%
d.- Leche v cereal	10	33.33%
e.- Leche con achocolatado	7	23.33%
3.- AÑADE AZÚCAR AL TETERO		
a.- Nunca	3	26.66%
b.- Muy raras veces	5	16.66%
c.- Algunas veces	1	3.33%
d.- Casi siempre	6	20%
e.- Siempre	3	10%

Fuente: cuestionario aplicado a los padres

Con respecto al tiempo que tardaron las madres en llevar a sus hijos a la consulta odontológica para recibir tratamiento, las respuestas obtenidas como puede notarse en el N° 10, indican que el 66,66% de los niños tenían lesiones desde hace más de 12 meses y el 69,99% acudió por presentar molestias en boca, como, inflamación, dolor, absceso. El 60% de los niños fueron llevados por decisión de sus padres y sólo un 23,33% fue remitido por pediatras, sin embargo 24 de los 30 niños estudiados han sido atendidos en el servicio de pediatría de la CHET, y 16 están en control con pediatras fuera del hospital, lo cual indica que los pediatras aparentemente le dan poca importancia a las caries de sus pacientes.

CUADRO N° 10
RETARDO EN EL TRATAMIENTO, CAUSAS

ITEMS	EFFECTIVIDAD	%
1 - MOTIVO DE CONSULTA		
a) Para control	1	3.33
b) Manchas en los dientes	1	3.33
c) Caries en los dientes	7	23.33
d) inflamación	7	23.33
e) Absceso, dolor, otro	14	46.66
2.- TIEMPO DE LAS LESIONES		
a) Menos de 3 meses	0	0
b) Más de 3: menos de 6	2	6.66
c) Más de 6: menos de 12	2	6.66
d) Más de 12, menos de 18	10	33.33
e) Más de 18	16	53.33
3.- DECISIÓN DE CONSULTA		
a) El representante	18	60.00
b) El pediatra o un médico	9	30.00
c) Otro familiar	1	3.33
d) La maestra	1	3.33
e) Otro	1	3.33
4.- ATENDIDOS EN LA CHET		
a) Cantidad de niños atendidos	25	83.33
b) Les examinaron la boca	25	83.33
c) Diagnosticaron caries	6	24.00
d) Remitidos a odontólogo	6	24.00
5.-CONTROL CON PEDIÁTRA		
a) Cantidad de niños	16	53.33
b) Les examinan la boca	16	53.33
c) Diagnostican caries	3	18.61
d) Lo remitió al odontólogo	3	18.61
6.- RAZONES DE TARDANZA		
a) Ignorancia	22	73.33
b) Negligencia	5	16.66
c) Sobreproducción	1	3.33
d) Falta de recursos	1	3.33
e) Otras	1	3.33

Fuente: Cuestionario aplicado a los representantes

Al analizar las respuestas de los representantes de por que acudieron tarde a la consulta odontológica con los niños, se observa que el 73,33% lo hizo por ignorancia, el 16,66% lo hizo por negligencia, el resto por negligencia, sobreprotección u otras razones equitativamente De los niños que fueron remitidos por los pediatras el 3,33% demoró menos de 3 meses en acudir a la consulta odontológica el 44,44% demoró entre 3 y 6 meses, y el 22,22% demoró de 6 a 12 meses, interpretándose así que existe un desconocimiento de los padres acerca de

la importancia de tratar esta enfermedad a tiempo, esto puede observarse en el cuadro N° 11

CUADRO N° 11
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE DIAGNÓSTICO POR EL
PEDIÁTRA Y CONSULTA

INDICADORES	FRECUENCIA	%
a) Menos de 3 meses	3	33,33
b) Más de 3; menos de 6 meses	4	44,44
c) Más de 6; menos de 12 meses	2	22,22
d) Más de 12; menos de 18 meses	0	0
e) Más de 18 meses	0	0
TOTAL	9	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los representantes

CONCLUSIONES:

Se determina que existe la necesidad de impartir conocimientos acerca de la etiología, manifestaciones clínicas, prevención, consecuencias y tratamiento de las C. B., tanto a los padres como a los pediatras para poder prevenir o atacar a tiempo esta enfermedad, y sobre todo demostrarle a los pediatras que son ellos quienes más pueden ayudar a lograr este objetivo, por lo que se hace necesario elaborar un programa educativo con este fin, donde se integre el Odontopediatra, el pediatra y los padres.

Segunda Fase. Estudio de Factibilidad:

La factibilidad de esta propuesta se basa, en un estudio de mercado y en un estudio técnico.

Estudio de Mercado:

Actualmente, se observa mediante el análisis de los resultados que el 46,66% de los niños estudiados presentaban la enfermedad en un estado avanzado, y que había desconocimiento tanto de los padres como de los pediatras sobre la etiología, diagnóstico y prevención de la misma. Con este proyecto se espera que a mediano plazo se aporten los conocimientos necesarios para que puedan aplicarse las medidas preventivas con la consecuente disminución del índice de morbilidad.

La propuesta está dividida en tres programas: el primero, dirigido a los pediatras de la Maternidad del Sur que es donde se espera poner en práctica el programa para que posteriormente pueda ser aplicado al resto de los pediatras de Valencia, además de que son ellos quienes se encargarán posteriormente de mantener la educación continua en las madres para la prevención de la Caries de Biberón el segundo a los estudiantes de medicina y el tercero a los padres que acudan a la Maternidad del Sur durante la vigencia del programa, para ello se utilizarán diferentes medios de información.

La necesidad de impartir educación a la población para evitar que se produzca la Caries y así ayudar en la salud integral del niño, además del hecho de poder contribuir con la OMS para lograr la meta que se ha propuesto, son indicadores de la existencia de una demanda para la propuesta del programa en

referencia.

Estudio Técnico

La puesta en práctica del programa propuesto, es factible, Ya que se dispone de los recursos humanos, materiales, financieros e institucionales necesarios para su ejecución.

Recursos Institucionales: Universidad de Carabobo, específicamente la Facultad de Odontología

Recursos Humanos:

Personal docente y auxiliar de Odontopediatría y Pediatría de la UC, estudiantes cursantes del 5º año de pregrado de Odontología y del post-grado de Odontopediatría de la misma universidad

Recursos Materiales: Diapositivas para el programa dirigido a los pediatras y estudiantes de medicina, folletos y afiches que serán distribuidos en la Maternidad del Sur para el programa de prevención que va a ser dirigido a la comunidad tras.

Recursos Financieros

Se utilizarán: 500 afiches los cuales tendrán un costo de Bs 385.000,00.

3000 Dípticos a un costo de Bs.325.000,00

Los precios aquí descritos estarán sujetos a cambios, dependiendo de la fecha en que se ponga en práctica el programa.

Conclusiones:

En vista de que existe una demanda por parte de la población infantil y de que se cuenta con los recursos necesarios para impartir los programas educativos, se hace factible la presentación de la propuesta.

Tercera Fase. Diseño de la Propuesta

El diseño de esta propuesta se realiza con la finalidad de planificar la forma de llevar a cabo el programa de orientación para la prevención de la Caries en los bebès su objetivo general es orientar a las personas responsables de la salud de los niños en la prevención de las enfermedades bucodentales.

Esta propuesta constituye una contribución para la solución de un problema de salud pública, es un programa que hasta ahora no se había realizado, por lo cual es original. Capacitar a los involucrados en la salud de los niños es una necesidad. Lograrlo, requiere de un esfuerzo colectivo que modifique la conducta de los venezolanos, para alcanzar esa meta se requiere de un programa que mejore el conocimiento de todos los individuos relacionados con la salud del niño y que influyen en sus hábitos.

La finalidad de la propuesta es dotar a los padres de conocimientos elementales sobre las caries de biberón, con un programa de capacitación fácil de comprender, que les ayude a modificar la conducta en cuanto a hábitos alimenticios y de higiene bucal y decidir cuando deben recurrir al control del Odontopediatra para un diagnóstico temprano que evite que la enfermedad lleve

al niño a la pérdida temprana de su dentadura y sus consecuencias.

En cuanto a los pediatras, obstetras y los estudiantes de medicina, su finalidad es ampliar los conocimientos que tienen sobre las enfermedades bucales, con el fin de que colaboren en la prevención de las mismas.

Objetivos de la Propuesta

Objetivo General

- Orientar a las personas responsables de la salud de los niños en la prevención de las enfermedades bucodentales.

Objetivos específicos

- Instruir a los pediatras u obstetras sobre la etiología, Diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades bucodentales
- Educar a los padres para la prevención
- Formar estudiantes de medicina capaces de prevenir estas enfermedades
-

El modelo a utilizar en la planificación y desarrollo del programa es el de Kaufman, en el que se adopta el modelo normativo para elaborar programas de Ramos W. y García H. (1984), como una alternativa de solución.

El modelo sistémico de Roger Kaufman, permite encontrar soluciones prácticas en el ámbito de la educación, éste se ubica en la necesidad de profundizar sobre la planificación de los sistemas educativos contribuyendo a una toma de

decisiones que garantizan resultados más satisfactorios, mediante un instrumento de planificación asociado a cierta lógica, que exige la identificación de las necesidades y problemas afines, antes de que se establezcan y seleccionen soluciones. Este modelo prevé seis fases o etapas:

Primera Etapa: Identificación del problema a partir de una evaluación de necesidades

Segunda Etapa: Determinación de los requisitos y alternativas de solución.

Tercera Etapa: Selección de la estrategia de solución.

Cuarta Etapa: Implementación de la estrategia o sistema planificado o modelado.

Quinta Etapa: Determinación de la eficiencia de la ejecución.

Sexta Etapa: Revisión del sistema cuando sea necesario.

El modelo 3P6E de Ramos W. y García H., cuyas siglas se refieren en primer lugar a la relación que debe existir entre el Perfil del Egresado, Plan de Estudio y Programa de Asignatura (3P) y en segundo lugar a los seis elementos esenciales que conforman el programa de asignatura (6E), los cuales son: Fundamentación, Objetivos, Contenido, Estrategia Metodológica, Evaluación y Bibliografía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUERO, L; COLINA, L; INDRIAGO, S Y LEÓN, A. (1990). **Uso del Biberón Nocturno y su Influencia en la Aparición de Caries Temprana en el Niño.** Arch. Venez. Puericultura y Pediatría, 53(3) : 188-91.
- BENITEZ, C; O'SULLIMAN, D Y TINANOFF, U. (1994). **Effect of a Preventive Approach for the Treatment of Nursing Bottle Caries,** American Society of Dentistry for Children, 61(1): 46-9
- BERNARD - BONNIN, C; PELLETIER, H; TURGEON, J; ALLARD - DANCERAU; CHABOT, G; MASSON, P Y PETTI, N. (1993). **Cariogenic Feeding Habits an Fluoride Supplement During Infants.** Can-J-Public-Health 84(2) : 90-3
- BARNES, G. P; PARKER, W. A; LYON, T.C; COLLEMAN Y DRUM, M.A. (1992) **Ethniccity, Location, Age and Fluoridation Factors in BBTD and Prevention Caries of Head Start Children.** Public. Health Rep. 107(2) : 167-73.
- CASTAÑO, H Y SICORSKY, M. (1993). **Caries de Biberón,** Rev. Asoc. Odontológica Argentina 81(1) : 28-30
- CONNELL, C. M. (1994). **Effect of a Preventive Approach for the Treatment of Baby Bottle Tooch Decay.** American Society of Dentistry for Children. Jan-Feb. p:46-49
- CROW, D.R. (1992). **Baby Bottle Tooch Decay, Prevention a New Program for the Texas Departament of Health.** Texas Dentistry Journal. 109(8) : 141.
- DOMOTO, P; KODAY, M; WEINSTEIN, P Y LEROUX, B. (1994). **Results of a Promising Open Trial to Preven BBTD a Fluoride Varnish Study,** American Society of Dentistry for Children. 61(5-6) : 338-41
- FINOL DE NAVARRO, Teresita y Hortencia Nava de Villalobos (1993). **Procesos y Productos de la Investigación Documental,** Maracaibo, Editorial de La Universidad del Zulia.
- HENRÍQUEZ H. María E. y HOFFMAN I. Ingrid. (1995) **Síndrome de Caries de Biberón.** (Presentación de 6 Casos Clínicos), Trabajo de ascenso no publicado. Universidad de Carabobo, Facultad de Odontología. Valencia
- HERMAN, N.G. (1995). **An Idea that Works NYU Harris Infant Dental Education Area.** Division of Growth and Developmental Sciences. College of Dentistry, USA61(2) : 26-9
- HERNÁNDEZ S, Roberto; FERNANDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. (1992) **Metodología de la Investigación,** México, McGraw-Hill.

- HILGARD E. Y GORDON B; (1.987). **"Teorías del Aprendizaje"** Editorial Trillas. México
- HOTZ, Rudolf. (1987). **Odontopediatría**. Buenos Aires, Panamericana
- HOUDE, G; GAGNON, P.F. Y ST.GERMAIN, M. (1991). **A Descriptive Study of Early Caries and Oral Health Habits**. Artic. Med. Res. Suppl: 683-4 .Canadá
- IMIDEO N. (1.989) **"Metodología de la Enseñanza"**.Editorial Kapelusz. México
- JOHNSEN, D.C. (1991). **The Role of the Pediatrician in Identifying and Trating Dental Caries**. Pediatric-Clinic of North American. 38(5) 1173-81
- KATZ, C.: (1982) **Odontología Preventiva en Acción**. Editorial Panamericana, Tercera Edición. México.
- KAUFMAN, R. (1.991). **Planificación de Sistemas Educativos**. Editorial Trillas. México.
- LEE, CH; REZAIAMIRA, N; JEFFCOTT, E; OBERG,D; DOMOTO, P. Y WEINSTEIN, P. (1994). **Teaching Parents at WIC Clinics to Examine Their High Caries-risk Babies**, American Society of Dentistry for Children, 61 (5-6) : 347-349.
- MANGASKAN, K (1991). **Baby Bottle Tooch Decay a Problem Afecting Young Children in North Dakota**. North West Dent 70(6) : 25
- MASLOW A. H. (1.970) **"Motivation and Personality"**. Editorial Harper and Row, New York
- MC DONALS, A Y AVERY. (1990). **Odontopediatría para el Niño y el Adolescente**. (5ª edición) México, Editorial Panamericana
- MENDEZ CASTELLANO, Hernán. (1985). **El Crecimiento del Niño Venezolano Nutrición un Desafío Nacional**, p.129, Ediciones Fundación Cavendes.
- MIJARES Gil y COL Alejandro, (1993). **Realidad Epidemiológica de la Salud Oral en Venezuela, Metas Propuestas por la OMS para el año 2.000**. Proyecto Venezuela, FUNDACRESA, Caracas
- OFICINA CENTRAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. (1993). **El Censo 90 en Venezuela**, Caracas, OCEI.
- PINKHAM, J.R. (1991). **Odontología Pediátrica**, México, Editorial Interamericana.
- RUGG Robert; (1.996) **Baby Bottle Tooch Decay American Society of Dentistry for Childrem**, 69(3) : 100-102

- RAMOS W., GARCÍA H; (1.984) **El Modelo 3P6E. ¿Cómo Elaborar Programas de Asignatura?**. Área de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela
- SCHULTE, JR ; DRUYAN, M.I Y HAGEN, J.C. (1992). **Early Childhood Tooth Decay Pediatric Intervention**. *Clinic-Pediatric of Philadelphia*, 31(12) : 727-30
- SIERRA BRAVO, Restituto (1996), **Tesis Doctorales y Trabajos de Investigación Científica**, (4a edición), Madrid, Editorial Paraninfo.
- SILVA, Claudia y Ana Nicola (1997) **Epidemiología de la Caries de Biberón en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera**, (tesis de Grado no publicada), Valencia, Universidad de Carabobo.
- STERN H. H.(1.967); **"Educación a los Padres"**. Editorial Kapelusz S.A . Buenos Aires
- TSUBOUCHI, J ; TSUBOUCHI, M ; MAYNARD, R ; DOMOTO, P Y WEINSTEIN, P (1995). **A Study of Dental Caries and Risk Factors Among Native American Infants**, *American Society of Dentistry for Children*, 62(4) : 283-287
- UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR (1990) **Manual de Trabajos de Grado de Maestría y Tesis Doctorales**, Caracas, autor
- VENEZUELA, MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1970) **Estudio de Planificación integral Odontológica**. Caracas
- WEINSTEIN, P ; DOMOTO, P ; WOHLERS, K Y KODAY, M. (1992). **Mexican-American Parents with Children at Risk for Baby Bottle Tooth Decay: Pilot Study at a Migrant Farmworkers Clinics**, *American Society of Dentistry Children*, 59(5) : 376-83
- WOOLLFOLK A. (1.990) **"Psicología Educativa"**, Editorial Prentice-Hall Hispanoamérica S.A., 3ª edición, México.
- (1.991) **Enciclopedia Médica Océano**, (Tomo I) Madrid, Editorial Vergara