

DIENTE A DIENTE: DISEÑO Y PUESTA EN PRÁCTICA DE UN PROYECTO DE EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCODENTAL PARA FAMILIAS.

Gema Antúnez Mejías, Higienista bucodental en Clínica Dental Herrera Briones, Málaga

Miriam Vivas Lois, Higienista bucodental en Clínica Dr. Pablo Murillo, Zaragoza

gema@dienteadiante.es

RESUMEN

La caries dental constituye una de las enfermedades no transmisibles más prevalentes a nivel mundial llegando a afectar, según el último manual de la OMS (1), a más de 530 millones de niños en dentición temporal, a pesar de que la evidencia indica que esta es una enfermedad potencialmente prevenible y controlable (2). Es por ello que las estrategias para combatirla deben ir enfocadas hacia una odontología preventiva, con pautas basadas en el riesgo individual de caries e incluyendo educación y visitas precoces (3).

Objetivo: Hacer llegar a las familias el concepto de *HOGAR DENTAL*, poniendo a su alcance toda la información necesaria y haciéndolas partícipes de la importancia de la prevención en familia.

Material y métodos: Una muestra aleatoria de 150 familias con niños de 0 a 14 años repartidas por diferentes ciudades del territorio español recibió una encuesta con preguntas sobre hábitos de higiene oral, rutina de visitas al dentista y tratamientos realizados.

Resultados: Los datos recogidos nos muestran un nivel de higiene insuficiente fundamentalmente en lo que respecta a la higiene interproximal, además de una introducción tardía de la rutina de revisiones por parte de un odontopediatra en las franjas de edad más tempranas.

Conclusiones: Es necesario la realización de campañas de educación a las familias para la correcta prevención de las patologías bucales de todos los miembros, ya sea a nivel poblacional o particular, además de la implementación por parte de la clínica y del equipo de odontólogos e higienistas de unos protocolos personalizados de prevención para aplicar a cada familia según sus necesidades.

ABSTRACT

According to the latest WHO manual (1), dental caries constitutes one of the most prevalent non-communicable diseases worldwide, affecting more than 530 million children in primary dentition, despite that the evidence indicates that this is a potentially preventable and controllable disease (2). That is why the strategies should be focused on preventive dentistry, with guidelines based on the individual risk of caries and including education and early visits (3).

Objective: To make the concept of *DENTAL HOME* reach the family members, making all the necessary information available to them and making them share in the importance of family prevention. Material and methods: A random sample of 150 families with children from 0 to 14 years old distributed by different cities of the Spanish territory received a survey with questions about hygiene habits, routine visits to the dentist and treatments performed. Results: The data collected show us an insufficient level of hygiene, fundamentally in interproximal hygiene, in addition to a late introduction of the routine of check-ups by a pediatric dentist in the earliest age ranges. Conclusions: It is necessary to carry out educational campaigns for families for the correct prevention of oral pathologies of all members, either at the population or individual level, in addition to the implementation by the clinic and the team of dentists and hygienists of personalized prevention protocols to apply to each family according to their needs.

INTRODUCCIÓN

Aunque no es hasta los 6 meses de vida, aproximadamente, cuando comienza la erupción del primer diente temporal, la formación del germen tiene lugar alrededor de la 6ª semana de gestación, sin embargo la asistencia bucodental y las actividades dedicadas a la promoción de la salud en el núcleo familiar parecen insuficientes. Según el punto 9.3 del RD 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (4), las gestantes tienen derecho a: *“Exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas: Incluye instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental, y aplicación de flúor tópico de acuerdo a las necesidades individuales de*

cada mujer embarazada”, aunque no en todas las CCAA reciben las mismas prestaciones aun contando con recursos específicos (5). En Andalucía, donde el higienista no forma parte del equipo de salud oral, esta prestación se reduce a una sola visita, fundamentalmente en el primer trimestre, donde la gestante no recibe asesoramiento personalizado sobre hábitos de higiene oral y alimentación para ella ni para su futuro hijo. En contraposición la Comunidad Autónoma de Extremadura posee un programa riguroso de salud bucodental en el que se realizan sistemáticamente 4 revisiones, tres de ellas antes del parto haciendo especial hincapié en el control de placa y la educación para la salud y la última dos meses después de dar a luz donde se incluye asesoramiento sobre la higiene dental del bebé (6,7).

Si hablamos de la etapa infantil, las prestaciones asistenciales en materia de salud bucal comienzan en la mayoría de CCAA a los 6 años dejando un intervalo demasiado largo sin medidas preventivas y de educación para la salud. A esto debemos añadir la falta de cultura preventiva que existe en nuestro país en el que el porcentaje de uso del sistema PADI (Programa de Atención Dental Infantil) en las comunidades que lo poseen es bastante bajo y con tendencia decreciente (8).

La Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) definió ya en 2006 el concepto de hogar dental como *“la relación continua entre el dentista y el paciente, que incluye todos los aspectos de la atención de la salud bucal que se brindan de manera integral, continuamente accesible, coordinada y centrada en la familia”* (9). Un hogar dental pretende una completa interacción entre paciente, padres, cuidadores, dentistas, higienistas y profesionales no odontológicos que formen parte de la salud del bebé para establecer los protocolos preventivos adecuados para cada familia a fin de minimizar el riesgo de patología oral y su alto coste biológico y económico. Para el establecimiento adecuado de dicho *hogar dental* se hace necesaria la derivación por parte por parte del pediatra de atención primaria alrededor de los 6 meses de edad y no más tarde de los 12 con el fin de establecer de manera temprana el riesgo de caries del niño y ofrecer a los padres y cuidadores la información en materia de higiene, alimentación y prevención adecuada.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

La finalidad del proyecto “Diente a Diente” es la de transmitir a las familias una información actualizada y basada en la evidencia, fácil de entender y de implementar en la rutina diaria de su hogar, no solo de higiene dental, si no también de alimentación y buenos hábitos, con la finalidad de reducir el índice de caries y otras patologías orales así cómo de educar en prevención siguiendo la corriente de la odontología preventiva y de mínima intervención.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Realización de un programa de educación y promoción de la salud oral individualizado que tenga repercusión a nivel poblacional mediante el uso de redes sociales.

Objetivos específicos:

- Obtener una muestra de la población para establecer el nivel de conocimiento de los padres en cuanto a prevención en salud bucodental de sus hijos.
- Elaboración junto al odontólogo de protocolos de prevención individualizados atendiendo a las necesidades específicas de cada familia.
- Implementar el concepto de *hogar dental* como medio de prevención de la salud oral infantil a través de la salud oral de los padres o cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio transversal aleatorizado, sobre una muestra de 167 familias para conocer las prácticas diarias en materia de higiene oral infantil. Los criterios de inclusión fueron familias con hijos menores de 14 años y residentes en territorio nacional. No se tuvieron en cuenta variables como el nivel educativo de los padres ni el número de progenitores presentes en el núcleo familiar. El único criterios de exclusión fue las familias sin hijos quedando una muestra final de 150 familias con niños en edades comprendidas entre los 0 y los 14 años.

En todos los casos la participación fue voluntaria y anónima garantizando la confidencialidad en todo momento.

La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario realizado con Google Forms®, distribuido a través de la plataforma WhatsApp®

El cuestionario constaba de 5 ítems formulados a distintos rangos de edad entre las que cabían respuestas simples (sí o no), respuestas múltiples o libre respuesta (Tabla 1). Los subgrupos encuestados corresponden a las edades de 0-2, 3-6, 7-11 y 12-14.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron que el 83,3% de los niños en edades de 0 a 2 años no han visitado nunca al dentista, porcentaje que va decreciendo a medida que ascendemos en el rango de edad. En el intervalo de 3 a 6 años un 48,4% de los niños ha acudido al dentista en alguna ocasión y aunque el 80,6% fue para revisión, un 16,1% de los pacientes requirieron tratamiento restaurador. La incidencia de visitas al dentista por caries aumenta con la edad, siendo del 36,9% en los sujetos de 7 a 11 años, disminuyendo en el siguiente intervalo de edad donde el principal motivo de consulta son las revisiones con un 54,1% seguido de los tratamiento ortodónticos con un 27,7%. En este último grupo de estudio que comprende las edades entre 12 y 14 años un 97,5% de los encuestados había acudido al dentista alguna vez en su vida.

En cuanto a hábitos de higiene en edades de 0 a 2 años el porcentaje de niños que no cepillan a diario sus dientes es del 45,2%, y de los que sí cepillan a diario el 23,8% lo hace con una pasta con flúor, el 19% con un dentífrico no florado y el 11,9% con el cepillo mojado en agua. El cepillado corre a cargo de los padres en el 16% de los casos. En el grupo de 3 a 6 años el uso de flúor en el cepillado diario se da en el 59,7% con una tendencia creciente alcanzando el 73,7% en el grupo de 12 a 14 años. La misma orientación presenta el uso de hilo dental o flosser con porcentajes del 6,3%, 16,2% y 21,1% en los grupos de 3 a 6, 7 a 11 y 12 a 14 respectivamente. La supervisión del cepillado muestra niveles decrecientes con un 58,3% en edades más tempranas y un 11,1% en adolescentes.

DISCUSIÓN: PROYECTO DE PREVENCIÓN DIENTE A DIENTE

A tenor de los resultados obtenidos de la encuesta es obvio que las políticas existentes en materia de salud bucodental en niños son insuficientes puesto que comienzan tarde y no consiguen la repercusión necesaria en la sociedad.

La odontopediatría está evolucionando hacia una práctica mínimamente invasiva donde la evaluación de riesgo, el diagnóstico temprano y la prevención juegan un papel fundamental (3). Al hilo de esta tendencia, los higienistas dentales tienen un amplio campo de trabajo a nivel educativo y de promoción de la salud, formando parte activa del equipo multidisciplinar que se encarga de la salud bucodental del núcleo familiar (10)

Si ponemos como objetivo el establecimiento de un *hogar dental* la prevención debe comenzar en el embarazo dado que es una etapa en la que la madre se muestra más receptiva a la adquisición de hábitos saludables para ella y el bebé, además existe evidencia de una reducción de la incidencia de caries de primera infancia (ECC) en niños cuyas madres recibieron atención de salud bucal prenatal(12). Aunque hoy en día sabemos que la caries no es una enfermedad infecciosa y transmisible como se creyó durante muchos años si no que es una enfermedad dinámica, mediada por la biopelícula, impulsada por azúcares, multifactorial, que resulta de un desequilibrio en la desmineralización y remineralización de los tejidos duros (13), no podemos olvidar que existe una transmisión bacteriana donde la madre es la principal donante (transmisión vertical) aunque no la única jugando un papel importante en esta transmisión los cuidadores y círculo más próximo al niño (transmisión horizontal) (14). Pero además de esto y basándonos en el modelo conceptual de Fisher-Owens (Anexo 1) debemos tener también en cuenta la influencia de los factores familiares y comunitarios en la aparición ECC, de ahí la enorme importancia de las actividades de promoción de la salud en el ámbito familiar.

Teniendo en cuenta las carencias educacionales y de hábitos en materia de salud bucodental que presenta la población (15) y la escasez de programas comunitarios eficaces, se elaboró un proyecto de prevención y educación dirigido a padres y cuidadores ya que son ellos los responsables de la salud bucal de sus hijos. En este sentido la evidencia más reciente nos indica

que el cepillado diario es más efectivo si está supervisado por un adulto y que la concentración de flúor en el dentífrico no debe ser menor de 1000 ppm para una correcta prevención contra la caries (16). Se ha visto además una relación entre el asesoramiento de la dieta y alimentación infantil a mujeres embarazadas y cuidadores de niños hasta un año y una reducción en el riesgo de aparición caries en la infancia temprana (17).

Por todo ello el proyecto “ Diente a Diente” comienza con charlas formativas en un ambiente cómodo y distendido para mujeres embarazadas, padres , cuidadores y niños donde poder captar su atención de una forma relajada, asegurando el correcto entendimiento de las pautas enseñadas. En estas primeras tomas de contacto se observa que los padres se muestran colaboradores y contentos por todo lo aprendido.

La implementación en clínica fue progresiva y ciñéndonos a los protocolos que nos indica la Sociedad Española de Odontología Pediátrica (18) en cuanto a prevención de caries de primera infancia y las recomendaciones del Consejo General de Dentistas en su campaña de 2019 para la prevención y tratamiento durante el embarazo. Para llevarlo a cabo trabajamos mano a mano un odontólogo y una higienista.

El protocolo para niños sigue la siguiente secuencia:

1. Abordaje en clínica a las pacientes embarazadas o pacientes con hijos haciéndoles ver la importancia de las revisiones tempranas y la instrucción en medidas de higiene dental así como el control de azúcares y asesoramiento dietético (1).
2. Primera visita del niño: El doctor realiza la recogida de datos de la historia clínica, riesgo de caries, cuestionario de respiración (19) y alimentación (ANEXOS 2-4). Posteriormente realiza la exploración al niño donde se revisan dientes, estructuras blandas de boca y orofaringe para descartar obstrucciones respiratorias y narinas con el mismo fin. Se elabora un diagnóstico y un protocolo preventivo en función del riesgo de caries y se entrega un diario dietético si fuera necesario para estudiar el patrón alimentario del niño.
3. En caso de necesidad el doctor elabora un informe de derivación a otro profesional sanitario con el que trabajaremos conjuntamente. En atención temprana se hacen necesarios los equipo multidisciplinares para atajar los problemas desde la raíz y dar una solución de

continuidad. Estos profesionales con los que colaboramos estrechamente son pediatras, logopedas, ortodonciastas, neumólogos, otorrinos, alergólogos, fisioterapeutas y osteópatas

4. Las citas de prevención las realiza la higienista y se dividen en 2 partes: una de educación y otra de intervención. En cada una de ellas se hace hincapié en la motivación tanto del paciente como de sus padres, se realiza control de placa con revelador tricolor, se dan nuevamente instrucciones de higiene personalizadas haciendo un cepillado in situ con cepillo manual o eléctrico usando el programa Test and Drive de ORAL-B®, se recogen datos sobre alimentación y se hacen las modificaciones necesarias para reducir el riesgo de caries. A continuación se realiza la pauta que ha indicado el doctor con selladores o fluoraciones. Para terminar se entrega al niño un cuadro con unas recomendaciones personalizadas según la edad y un cuadrante de puntos para fomentar el aprendizaje desde el refuerzo positivo (Anexo 5).
5. Revisiones periódicas cada 3 o 6 meses según el riesgo de caries en las cuales repetiremos el paso 5 hasta la completa adquisición del hábito.

La implementación de este proyectos nos ha brindado la oportunidad hacer una odontología preventiva con bebés de 12 meses que han acudido a su primera visita odontológica derivados por su pediatra de atención primaria o siendo hijos de pacientes a los que hemos introducido en el modelo preventivo familiar que nos ofrece el hogar dental. Además hemos podido hacer diagnósticos tempranos de patologías incipientes y reversibles en infantes menores de 2 años que gracias a la implementación del programa se ha podido evitar un tratamiento más invasivo con el consecuente ahorro económico y de estrés del niño.

A nivel poblacional las redes sociales nos han abierto un amplio abanico de herramientas de difusión muy útiles para la educación colectiva, tanto de la ciudadanía como del personal sanitario no dental relacionado con el niño desde su nacimiento. Gracias a estas plataformas ya no es extraño encontrar a matronas, pediatras y nutricionistas cada vez más implicados en la salud bucal como parte esencial de la salud general. Esta implicación a menudo consiste en derivaciones a la clínica dental donde conseguimos actuaciones cada vez más tempranas.

CONCLUSIONES

Los programas de divulgación, promoción y prevención de la salud bucal en familia deberían estar implementados tanto a nivel público como privado en cada clínica dental. Para ello todo el equipo de profesionales dentales debemos estar bien formados y actualizados en los últimos protocolos preventivos para dar asesoramiento individualizado a nuestros pacientes independientemente de la edad de estos. Además debemos formar parte de un equipo multidisciplinar de profesionales que aporte soluciones definitivas a los pacientes ante cualquier patología con repercusión en su salud bucal.

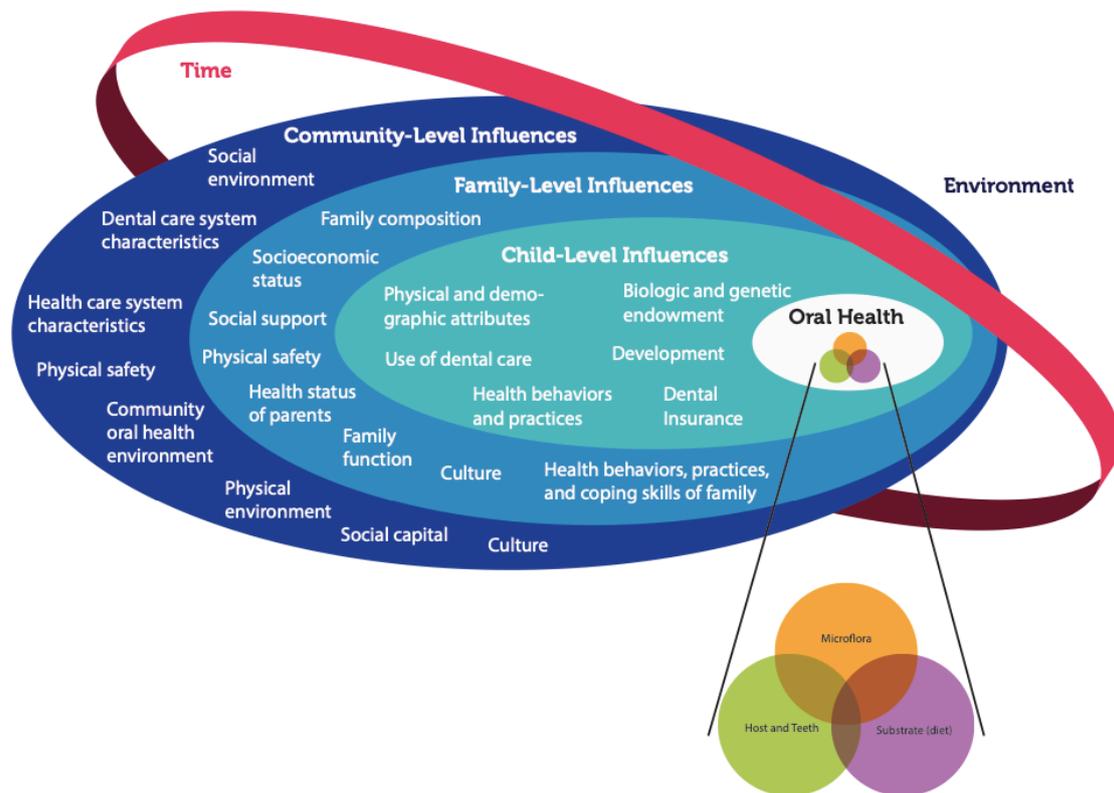
BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. Geneva: World Health Organization; 2019. License: CC BY-NC-SA 3.0IGO. 1-2
- (2) Fejerskov O. Changing Paradisms in Concepts on Dental Caries: Consequences for Oral Health Care. Caries Res 2004;38:182-91
- (3) Palma Portaro C., Ramos Gómez F.J. Asesoría del riesgo de caries y protocolo de manejo en preescolares: Actualización. Odontol. Pediátr. (Madrid)2011;19, N° 2,128-41
- (4) Ministerio de Sanidad y Consumo; BOE-A-2006-16212
- (5) Llena Puy C. Y cols. La atención bucodental en comunidades autónomas con modelos público o mixto en España, 2018. RCOE 2018; 23 n° 1
- (6) Servicio andaluz de salud. Consejería de salud y familias. 2014. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/carera-de-servicios/atencion-primaria/iv-otros-servicios/2-otros-servicios-prestados-en-dispositivos-de-apoyo/21-salud-bucodental/213-actividades-dirigidas-las-embarazadas>
- (7) Extremadura Salud. Salud bucodental en el embarazo 2018. <https://saludextremadura.ses.es/ventanafamilia/contenido?content=salud-bucodental-embarazo>
- (8) Cortés Martinicorena FJ. El sistema PADI. Estudio de las comunidades autónomas que proveen atención dental con este modelo en España, 2016. RCOE 2016;21 n° 4
- (9) AAPD. The Reference Manual of Pediatric Dentistry 2019-2020/P. 15

- (10) Simmer-Beck M, Wellever A, Kelly P. Using registered dental hygienists to promote a school-based approach to dental public health. 2017. American Journal of Public Health 107, S56-60
- (11) Llodra Calvo, JC. Guía práctica salud oral y embarazo. Consejo de Dentistas, campaña 2014
- (12) Xiao J et al. Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Preventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. Caries Res 2018
- (13) Pitts, N, Baez, R, Diaz-Guallory, C, et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok declaration. Int J Paediatr Dent 2019;29:384-386
- (14) Rojas S, Echeverría S. Caries temprana de la infancia ¿Enfermedad infecciosa?. Rev. Med. Clin. Las Condes, 2014;25(3) 581-587.
- (15) Manau Carolina, Zabalegui Ión, Noguerol Blas, Llodra Juan C., Rebelo Helena, Echeverría José J. et al . Control de placa e higiene bucodental: Resumen de los resultados del 1er Workshop Ibérico. RCOE. 2004; 9(2): 215-223..
- (16) Toumba KJ, Twetman S, Splieth C, Parnell C, Van Loveren C, Lygidakis NA. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document . European Archives of Paediatric Dentistry 2019; 20:507–16
- (17) Riggs E, Kilpatrick N, Slack-Smith L, Chadwick B, Yelland J, Muthu MS, Gomersall JC. Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019; Issue 11. Art. No.: CD012155.
- (18) SEOP. Prevención de la caries de primera infancia. 2019. <https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2019/08/Prevención-de-la-caries-de-la-primera-infancia-rev-082019-marca-agua.pdf>
- (19) Chervin, R D, et al. Pediatric Sleep Questionnaire: Prediction of Sleep Apnea and Outcomes; Archives of Otolaryngology--Head & Neck Surgery., U.S. National Library of Medicine, 2007.

ANEXOS:

Anexo 1



Source: adapted from Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, SoobaderMJ, Bramlett MD, Newacheck PW. Influence on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*. 2007; 120:e510-20

Anexo 2

CUESTIONARIO CAMBRA MODIFICADO PARA EDADES DE 0 A 5 AÑOS							
NOMBRE:							
EDAD:	FECHA: ___/___/___	SÍ	NO	NOTAS			
1A ¿HA TENIDO LA MADRE O CUIDADOR PRINCIPAL CARIES EN EL ÚLTIMO AÑO?							
1B ¿SE LE HA REALIZADO AL NIÑO ALGUNA OBTURACIÓN RECIENTEMENTE?							
1C ¿TIENE LA MADRE O CUIDADOR PRINCIPAL NIVEL SOCIOECONÓMICO O CULTURAL BAJO?							
1D ¿TIENE PROBLEMAS DE DESARROLLO?							
1E ¿NO REALIZA VISITAS AL DENTISTA DE FORMA PERIÓDICA?							
2A ¿TOMA SNACKS O BEBIDAS AZUCARADOS ENTRE HORAS MÁS DE TRES VECES DIARIAS?							
2B ¿TIENE REDUCCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE SALIVA POR MEDICACIÓN U OTRAS CAUSAS?							
2C ¿BEBE HABITUALMENTE EN BOTELLA O BIBERÓN BEBIDAS QUE NO SEAN AGUA?							
2D ¿DUERME CON BIBERÓN O TOMA PECHO A DEMANDA MIENTRAS DUERME?							
3A LA MADRE O CUIDADOR NO HA TENIDO CARIES EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS							
3B REALIZA REVISIONES Y CONTROLES PERIÓDICOS CON UN DENTISTA							
4A VIVE EN UNA ÁREA CON AGUA FLUORADA O DESHACE EN BOCA COMPRIMIDOS FLUORADOS							
4B SE CEPILLA CON PASTA FLUORADA DIARIAMENTE (TAMAÑO LENTEJA O GUISANTE)							
4C LA MADRE UTILIZA CHICLES O PASTILLAS CON XYLITOL 2-4 VECES AL DÍA							
5A EL NIÑO PRESENTA LESIONES BLANCAS, DESCALCIFICACIONES O CARIES							
5B SE HAN REALIZADO OBTURACIONES AL NIÑO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS							
5C ¿PRESENTA PLACA DE FORMA CLARA Y/O LAS ENCÍAS SANGRAN FÁCILMENTE?							
5D ¿EL NIÑO ES PORTADOR DE ORTODONCIA?							
5E ¿SE OBSERVA VISUALMENTE UN FLUJO SALIVAL DEFICIENTE?							
PUNTUACIÓN TOTAL DEL RIESGO DE CARIES (2 PUNTOS POR CASILLA ROJA, 1 PUNTO POR RESTO DE CASILLAS)		A=	B=	TOTAL (A-B): PUNTOS			
SI EN UNA CASILLA (1A, 1B, 5A, 5B) O DOS CASILLAS DEL SECTOR 1, 2, Ó 5 SE MARCA "SÍ" VALORAR REALIZACIÓN DE CULTIVOS BACTERIANOS							
ESTREPTOCOCOS	ALTO	MEDIO	BAJO	LACTOBACILOS	ALTO	MEDIO	BAJO
¿SE HAN DADO RECOMENDACIONES ESCRITAS?		SÍ	NO	PRÓXIMO CONTROL: ___/___/___			
OBJETIVOS DE AUTOCUIDADO: 1. _____ 2. _____							
BAJO RIESGO (-5 A 5 PUNTOS)			ALTO RIESGO (6 A 18 PUNTOS)				

Anexo 3

CUESTIONARIO PEDIÁTRICO PARA DIAGNOSTICAR PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y DEL SUEÑO

	SI	NO
1. ¿Tiene su hijo problemas para acostarse o quedarse dormido?		
2. ¿Se despierta durante la noche y tiene problemas para volver a dormir?		
3. ¿Tiende él / ella a respirar por la boca durante el día o durante el sueño?		
4. ¿Tiene boca seca o mal aliento al despertarse por la mañana?		
¿Ha notado algo de lo siguiente mientras su hijo está durmiendo?		
5. ¿Roncar, respiración pesada o fuerte?		
6. ¿Tiene paradas o pausas en la respiración?		
7. ¿Tiene jadeos, o dificultad para respirar, se ahoga o lucha durante respiración?		
8. ¿Sueño inquieto o agitado?		
9. ¿Rechinar los dientes?		
10. Postura anormal de la cabeza (hiperextensión, etc.)		
11. ¿Sudoración excesiva?		
12. ¿Moja la cama?		
13. ¿Has notado algo de lo siguiente durante el día?		
14. ¿Dificultad en despertarse?		
15. ¿Se despierta con dolores de cabeza?		
16. ¿Mareado, cansado o “fuera de sí”?		
17. ¿Hiperactivo?		
18. ¿Los maestros lo comentan?		
19. El niño a menudo, ¿no parece escuchar cuándo se le habla directamente?		
20. ¿Tiene dificultad para organizar tareas?		
21. ¿Fácilmente distraído por estímulos extraños?		
22. ¿Se mueve nerviosamente con las manos o los pies o se retuerce en el asiento?		
23. ¿Interrumpe o inmiscuye a los demás?		
24. ¿Su hijo está frecuentemente enfermo, tiene un historial seguro de infecciones de garganta, oído, sinusitis o alergias?		
25. ¿Deja de crecer a un ritmo normal en cualquier momento desde el nacimiento? ¿Exceso de peso?		
26. Hábitos como: chupete / chuparse el dedo / morderse los labios / otros?		

Anexo 4

CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN

	PARA BEBER	PARA COMER	FRUTA	CEREALES	GOLOSINAS
DESAYUNO					
MEDIA MAÑANA					
ALMUERZO					
MERIENDA					
CENA					
SNACKS ENTRE HORAS					

	SI	NO
LACTANCIA MATERNA NOCTURNA		
BIBERÓN NOCTURNO		

MARCAR EN ROJO LOS ALIMENTOS O PAUTAS A MODIFICAR

Tabla de recogida de hábitos dietéticos. Elaboración propia

Anexo 5



Higiene Dental para pequeñajos de 3-5 años

Pega una foto lavándote los
dientes... Solo o en familia,
pero que se vea tu sonrisa



EL CEPILLADO

- Cepilla 3 veces al día después de cada comida durante 2 min.
- La cara por la que masticas se limpia con movimientos hacia delante y hacia atrás
- La cara externa y la interna siempre desde la encía hacia el borde del diente y alternando con movimientos circulares.
- Cuando acabes escupe la pasta pero no te enjuagues con agua.
- No olvides limpiar la lengua, desde atrás hacia delante.

LAPASTA

Entre 1000 y 1450 ppm de Flúor
Debes poner una cantidad similar a un guisantito y **NO** mojar el cepillo con agua



El cepillado de antes de dormir es el más importante de todos. Debes poner mucho cuidado en todos los dientes y no comer nada después



LA SEDADENTAL

- Un adulto debe pasar el hilo dental todas las noches antes del cepillado por los dientes que tengas juntitos, así podrás sacar los restos que se quedan entre ellos.
- Tienen que entrar con cuidado haciendo un movimiento de sierra para no hacerte daño en la encía.
- Luego abrazar cada diente hacia delante y hacia detrás, fácil, ¿verdad?



CÓMO HACERLO BIEN



Un adulto deben reparar siempre el cepillado para asegurarnos de que todo haya quedado limpio.
Para ello tiene que levantar el labio superior y limpiar los dientes viendolos en su totalidad. Igual hará con los dientitos de abajo.
Para las muelitas basta con que habras la boca muy muy grande.


@dienteadiente

Cuadro de recomendaciones para niños de 3 a 5 años. Elaboración propia

LA TABLA DE LOS BUENOS HÁBITOS

Tacha un dienteadiente cada vez que te cepilles. Si consigues marcarlos todos conseguirás el Poder del Buen Hábito

	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA
LUNES			
MARTES			
MIÉRCOLES			
JUEVES			
VIERNES			
SÁBADO			
DOMINGO			

Cuadrante de puntos para crear hábito mediante refuerzo positivo. Elaboración propia

Tabla 1

Conteste a cada pregunta diferenciando la edad de cada uno de sus hijos:

Sus hijos menores de 14 años, ¿ han acudido alguna vez al dentista?

Si la respuesta es afirmativa indique el motivo.

¿Cepillan sus hijos los dientes a diario?

¿Lo hacen solos o con ayuda o supervisión?

¿Utilizan seda dental, flosser u otro utensilio de higiene interdental?

Tabla 2

¿Han acudido alguna vez al dentista?	SI	NO
De 0 a 2 años	16,7 %	83,3 %
De 3 a 6 años	48,4 %	51,6 %
De 7 a 11 años	84 %	16 %
De 12 a 14 años	97,4 %	2,6 %

Tabla 3

¿Cuál fue el motivo?	Revisión	Traumatismo	Caries	Ortodoncia
De 0 a 2 años	89,9 %	-	11,1 %	-
De 3 a 6 años	80,6 %	3,2 %	16,1 %	-
De 7 a 11 años	41,5 %	3,1 %	36,9 %	18,5 %
De 12 a 14 años	54,1 %	-	16,2 %	27,7 %

Tabla 4

¿Cepilla los dientes a diario?	No	Con agua	Con pasta fluorada	Con pasta sin fluor
De 0 a 2 años	45,2 %	11,9 %	23,8 %	19 %
De 3 a 6 años	-	4,8 %	59,7 %	35,5 %
De 7 a 11 años	8,5 %	-	71,1 %	15,5 %
De 12 a 14 años	5,3 %	-	73,7 %	21,1 %

Tabla 5

¿Lo hace sólo o con ayuda?	Sólo	Cepilla un adulto	Cepilla el niño con supervisión
De 0 a 2 años	25 %	16,7 %	58,3 %
De 3 a 6 años	34,4 %	6,6 %	59 %
De 7 a 11 años	75 %	-	25 %
De 12 a 14 años	89,9 %	-	11,1 %

Tabla 6

¿Utiliza seda dental, flosser o similar?	SI	NO
De 0 a 2 años	-	-
De 3 a 6 años	6,3 %	93,7 %
De 7 a 11 años	16,2 %	83,8 %
De 12 a 14 años	21,1 %	78,9 %

