

165
Zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

INFLUENCIA DE LOS HABITOS ALIMENTARIOS
PARA QUE SE PRESENTE EL SINDROME DE
BIBERON.

T E S I S

Que para obtener el Título de
GIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

MA. DEL ROSARIO JAIMES ARROYO



México, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

El motivo que me condujo a investigar acerca de lo que es el síndrome de biberón es por que la gran mayoría de nuestra población lo padece.

Consideré al elegir éste tema el que soy mujer y futura madre, considero que de nosotros depende el que nuestros hijos no padezcan éste síndrome. Con un poco de dedicación y cuidados podremos evitarlo.

Es doloroso ver cuantos infantes tienen problemas que ocasionan sufrimiento, tristeza, rechazo por los compañeros de grupo debido a que su aspecto físico no es aceptado. Estos pequeños presentan problemas psicológicos además de los malos hábitos de higiene bucal y alimentaria.

Espero que al igual que yo puedan algún día ayudar a evitar la presencia de éste síndrome utilizando el método más económico, el cual es la prevención en que se basa principalmente el presente escrito.

INDICE

CAPITULO I

La nutrición y su importancia en la salud.....	1
Nutrición y salud dental	5
Diferentes nutrientes y su relación con la caries dental....	7
Importancia de la alimentación durante el embarazo.....	10
Importancia de la alimentación en el lactante.....	12
La alimentación ideal.....	14
Hábitos alimentarios.....	17

CAPITULO II

¿ Qué es el síndrome de biberón?.....	19
Efectos adicionales del síndrome de biberón.....	20
¿Por qué se presenta el síndrome de biberón?.....	21
¿Qué se puede hacer para evitar el síndrome?.....	22
¿Qué debe hacerse cuando el síndrome ya esta establecido....	22

CAPITULO III

Prevención primaria

Educación para la madre.....	24
Habitos de higiene bucal.....	26
Dispositivos que ayudan a tener una buena higiene bucal.....	27
Otros medios de prevención.....	29

CAPITULO IV

Prevención secundaria.

Técnicas restaurativas.....	38
exodoncia.....	49

CAPITULO V

Prevención terciaria.....	52
Encuesta y conclusiones.....	57
Formato que se utilizo para la encuesta.....	59
Indice.....	60

LA NUTRICION Y

SU IMPORTANCIA EN LA SALUD.

De todas las facetas de nuestro ambiente físico, probablemente lo más importante es el alimento que obtenemos de él. Si bien la nutrición óptima no garantiza automáticamente -- que estaremos libres de infecciones y enfermedades degenerativas asegura que nuestros cuerpos estaran mejor preparados para soportar los rigores de nuestro medio ambiente y de enfermedades a que estamos sometidos. Nuestros hábitos alimentarios como adultos han sido determinados en gran medida por influencia que recibimos desde pequeños, preferencias y rechazos alimentarios familiares, elecciones étnicas, prohibiciones religiosas -- hábitos alimentarios inadecuados debido a la ocupación de la madre y todo esto repercute en la salud general.

Las necesidades nutricionales de una persona dependen en última instancia de la responsabilidad y requerimientos de las células que componen su cuerpo. Nuestra células individuales son máquinas increíblemente complejas y eficientes, capaces de liberar energía química almacenada para trabajar dentro de ellas mismas, dentro del cuerpo o en el medio ambiente que las rodea. El trabajo varía de un tipo de células a otras y cubre una multitud de transformaciones energeticas. El trabajo puede ser mecánico como en la contracción muscular para caminar, hablar o bombear sangre; de transporte o concentrador como en -- el establecimiento y mantenimiento de concentraciones elevadas de potasio intracelular y de sodio extracelular y en la elaboración de concentraciones de ion hidrógeno del jugo gástrico; -- electrico como la transmisión de impulsos neurales; o puede -- ser químico como la síntesis de macromoléculas para la función

La dieta ideal para un individuo determinado le proporcionara una cantidad adecuada de nutrientes y lo hará dentro de alimentos que sean apetitosos y atractivos. La abundancia y variedad de alimentos y la diversidad de patrones alimentarios que de ellos se derivan ayudan a establecer el clima de aceptación de las recomendaciones dietéticas cuando se necesitan cambios.

La combinación adecuada en cantidad y calidad de los grupos alimentarios (grupo lácteo, grupo cárneo, grupo vegetales-fruta, grupo pan-cereal), daran como resultado una buena nutrición.

GRUPO LACTEO.— El grupo lácteo esta compuesto por varios alimentos como son leche en sus diversas presentaciones, queso, manteca, crema y helado, el uso moderado de estos alimentos proporcionará un porcentaje adecuado de los requerimientos diarios de calcio y una buena contribución a los requerimientos diarios de proteína de alta calidad, riboflavina y vitamina A. La mayor parte de las leches son actualmente enriquecidas con vitamina D, la leche descremada en polvo es enriquecida con vitamina A para reemplazar la perdida cuando se elimina la nata.

El queso o el helado pueden reemplazar la leche, si bien la leche total se usa habitualmente para las edades menores, la leche desnatada puede usarse en su lugar para cualquier edad.

GRUPO CARNEO.— El grupo cárneo consiste en carne de vaca, ternera, cerdo, carnero, pollo, pescado y huevos, como los representantes principales en la mayoría de las dietas. Las alternativas son habas secas, legumbres y nueces, estos alimentos proveen el mayor aporte de proteínas de alto valor biológico, hie-

ro, tiamina, niacina y algunos otros miembros del complejo vitamínico B y minerales.

Dos o más porciones del grupo cárneo son muy convenientes para obtener los nutrientes necesarios, una porción de hígado una vez a la semana es un suplemento muy deseable del complejo vitamínico B. Cuando no se usa carne como en las dietas vegetarianas las dos porciones deben incluir huevos y legumbres, probablemente el consumo del grupo lácteo deba ser aumentado más allá de los niveles sugeridos, como una provisión mayor para recibir adecuadas proteínas de alto valor biológico.

GRUPO VEGETALES-FRUTA.- El grupovegetales-fruta incluye todos los vegetales de hojas verdes y amarillas, papas y cítricos, y todas las frutas, este grupo provee importantes cantidades de minerales y vitaminas A y C.

Deben consumirse dos porciones diarias de este grupo incluyendo una porción de una fruta cítrica para proporcionar adecuada vitamina C, tres o más proporciones de otros vegetales y frutas incluyendo papas, deben agregarse de acuerdo a las preferencias individuales y demandas calóricas.

Cuando las necesidades calóricas deben reducirse es deseable el reemplazo de papas y otros vegetales amiláceos con ensaladas y vegetales de hoja. Estos últimos son bajos en calorías, satisfactorios y buenas fuentes de diversas vitaminas y minerales.

GRUPO PAN-CEREAL.- El grupo pan-cereal incluye alimentos hechos de granos de cereal de trigo, centeno, cebada, maíz y arroz. Muchos estados y otras subdivisiones gubernamentales requieren que los productos de cereales principalmente consumidos en sus áreas sean enriquecidos para proporcionar cantidades adecuadas-

de nutriente cuyas concentraciones han sido reducidas en los -- diversos procesos de preparación alimentaria. Los cereales proporcionan cantidades generosas de tiamina, niacina, hierro y también algunas proteínas aunque la calidad sea inferior que la de los alimentos en el grupo cárneo.

La sugerencia del uso de estos cuatro grupos de alimentación proporciona las raciones dietéticas diarias manteniendo una nutrición adecuada. El uso de las cantidades adecuadas de alimentos recomendados en los cuatro grupos dan cantidades esenciales de proteínas, vitaminas, minerales y ácidos grasos no saturados.

La evaluación de las dietas típicas revela muchos artículos que no encajan en ninguna de estas cuatro categorías de alimentos mencionados. Artículos como: caramelos, refrescos, masas fritas y bebidas alcohólicas, aportan grandes cantidades de calorías pero sin ninguna contribución nutricional.

NUTRICION Y SALUD DENTAL.

Las estructuras bucales son susceptibles de procesos -- destructibles únicos que pueden ser influidos localmente por -- las características físicas y bioquímicas de la dieta y por el sistema defensivo natural del cuerpo, en parte determinado por la dieta, además de los efectos locales bien conocidos de los -- hidratos de carbono referidos sobre el proceso de la caries dental, la dieta afecta los dientes y sus estructuras de soporte -- durante el desarrollo, mantenimiento y cambio.

RELACIONES NUTRICIONALES CON LA CAVIDAD BUCAL.

TEJIDOS BLANDOS.-- Los tejidos blandos reflejan el estado meta-

bólico del cuerpo, a menudo en formas más rápidas y espectaculares que los tejidos comparables ubicados en otras partes del cuerpo. Parte de estas respuestas pueden resultar del hecho que los tejidos bucales están sometidos a varias situaciones traumáticas por su posición y función, tensiones como las altas variaciones de temperatura, tamaño y dureza de las partículas, concentración de ión hidrógeno, capacidad deshidratante y gradientes osmóticos de los alimentos y bebidas consumidas, pueden ser influencias ambientales suficientemente exigentes como para requerir la renovación más frecuente de los tejidos blandos. La temperatura, humedad y alimento asequible a la boca, también promueven el crecimiento prolífico de tipos ampliamente variados de microorganismos, con varias secuelas.

TEJIDOS MINERALIZADOS.-

INFLUENCIAS NUTRICIONALES DURANTE EL DESARROLLO DENTARIO.- El ambiente sistémico del diente en desarrollo controla la estructura histológica del diente, su composición química y y hasta su tamaño, el ambiente sistémico es controlado por la composición genética, la salud y bienestar del individuo y la disponibilidad de nutrientes requeridos para el crecimiento adecuado, desarrollo y mineralización del diente. Las deficiencias de vitamina A, vitamina C y vitamina D, al igual que deficiencias y proporciones desequilibradas de calcio y fósforo, producen malformaciones características en la estructura histológica del diente en desarrollo, la vitamina A es necesaria para la diferenciación normal y función de los ameloblastos.

Cantidades inadecuadas de vitamina D, de calcio o de fósforo, o proporciones desequilibradas de fósforo y calcio producen calcificaciones imperfectas de la matriz del esmalte o -

de la matriz de la dentina en el proceso de mineralización. Se cree que la deficiencia de vitamina D da como resultado una mayor susceptibilidad a la caries.

El ion fluoruro juega el papel más importante durante el desarrollo dentario. En cuanto al desarrollo de mineralización dentaria, el ion fluoruro es el componente vital de los cristales de hidroxapatita depositados en la matriz orgánica— como lo son el calcio, fósforo, magnesio y otros. El fluoruro contribuye evidentemente con su efecto benéfico a la formación de cristales más perfectos de tamaño poco mayor y de menor solubilidad a los ácidos.

INFLUENCIAS NUTRICIONALES DURANTE LA MADURACION DENTARIA.— La mineralización de los dientes continua produciéndose immediatamente después de la erupción, si la dieta que se administra en este período no es cariogénica, esas zonas se van a mineralizar y serán más resistentes a las caries. El aumento continuo de fluoruro en el esmalte de los dientes superficialmente, tanto en áreas con fluoruro en cantidades óptimas así como en zonas bajas en fluoruro durante la década que sigue a la erupción del diente, puede ser también indicadora de un proceso de maduración y está relacionado indudablemente con la mayor resistencia a la caries cuanto más prolongada sea la exposición a los líquidos de la cavidad bucal.

DIFERENTES NUTRIENTE Y SU RELACION CON

LA CARIES DENTAL .

HIDRATOS DE CARBONO.— Son los nutrientes más cariogénicos y el principal es la sacarosa (hidrato de carbono disacárido), la sacarosa puede penetrar en la placa dentobacteriana y allí fermentarse por medio de las diferentes bacterias y formar comple

jos ácidos que destruyen al diente.

Los hidratos de carbono actúan como sustratos para -- los estreptococos mutans, sanguis, mitis, salivarius ect., sintetizándose intra y extracelularmente polisacáridos, los cuales son conservados en el interior de la placa y usados por -- los microorganismos cuando su metabolismo lo requiere, la sacarosa estimula la formación y adhesión de la placa así como la implantación de los microorganismos en las superficies lisas -- de los dientes.

PROTEINAS.-- Las proteínas aumentan la urea en sangre y saliva. Algunos estudios han demostrado que la urea es el principal -- componente de la placa dentobacteriana, un ligero aumento en -- el área salival podría retener o reducir el proceso de la caries dental. Una dieta alta en proteínas tiende a hacer baja en hidratos de carbono y es una dieta cariostática, la caseína, -- fosfoproteína de la leche puede reducir la solubilidad del esmalte.

LIPIDOS.-- Son generalmente considerados cariostáticos por su capacidad para producir una película aceitosa protectora sobre la superficie de los dientes y prevenir una rápida penetración de ácidos hacia el esmalte. Tienen también acción antibacteriana, cuando las grasas son mezcladas con los hidratos de carbono reducen su potencial cariogénico.

VITAMINA D.-- La deficiencia de vitamina D produce una inadecuada mineralización de la dentina y el esmalte.

VITAMINA B.-- La piridoxina como complemento en la alimentación puede inhibir el proceso de caries dental. Su mecanismo se debe a su capacidad de cambiar la flora bucal.

FOSFATOS.-- Cuando los fosfatos son adicionados como complementos

to a los cereales, el pan o la goma de mascar tiene un efecto cariostático, este efecto es menor que el obtenido por el fluor. El efecto de los fosfatos podría ser a nivel local por isoiónico entre el fosfato de la placa dentobacteriana y los de la apatita del diente, previniendo así una desmineralización de la apatita del diente.

FLUOR.- Este nutriente es a la vez inhibidor de caries dental y tiene una acción cariostática si se ingiere en cantidades óptimas durante la formación del diente, esto puede producir en el diente cualidades que previenen la caries desde que se inicia y le confiere un grado excepcional de resistencia para toda la vida.

Su acción se debe a la formación de cristales de apatita estable que reduce la solubilidad del esmalte. La acción local del flúor es la de producir un precipitado de fluorapatita más resistente que la hidroxapatita, ayudando así a madurar más rápidamente la superficie del esmalte.

CALCIO.- El calcio administrado por vía oral, aún con preparados absorbibles, sólo logra que se deposite en los dientes cuando estos están en formación.

Hay una diferencia muy importante entre el hueso y el diente, el hueso sobre todo en los periodos de crecimiento y desarrollo, se encuentra en constante actividad al formarse nuevos incrementos de hueso y al absorberse los antiguos incrementos calcificados. El diente en cambio en sus tejidos calcificados que son el esmalte y el cemento se calcifican solamente durante la etapa de formación del órgano dentario y esta calcificación se conserva en forma permanente, es decir que una vez que el diente se ha formado ya no toma más calcio.

IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO.

El embarazo entraña aumento en las necesidades nutricionales de la madre que incluirán las del feto, se a demostrado que el estado nutricional de la madre antes del embarazo y durante el mismo participa de modo importante en su salud y la del feto.

Para cubrir las necesidades nutricionales de la madre y del feto en crecimiento se debe aumentar de modo proporcional el aporte de los nutrientes esenciales. Una mujer desnutrida puede procrear un hijo sano pero la madre puede tener complicaciones como anemia, toxemia y parto prematuro.

Las madres con una alimentación pobre son principalmente aquellas madres jóvenes que con frecuencia se alimentan con refrescos, papas, cacahuates, dulces, caramelos y estos alimentos no tienen los nutrientes esenciales ni suficientes para una buena nutrición.

La alimentación de cada mujer gestante es diferente dependiendo del peso, edad, actividad física y estado de salud pero en forma general durante el embarazo deben tomarse en cuenta todos los grupos alimentarios.

La ingestión de proteínas debe aumentar en el embarazo por la contribución específica que hacen estos elementos al crecimiento y por que como existe una dieta pobre en proteínas es deficiente respecto a otros nutrientes, en consecuencia se recomienda una ración adicional de 20 gr para aportar lo necesario para el feto y los tejidos accesorios.

El aumento de proteínas en la dieta puede ser cubierta por leche, carne, huevos y leche descremada.

Conviene que se ingiera calcio y fósforo en cantidades suficientes para cubrir la formación ósea del feto, así como el desarrollo de los dientes, en este periodo se recomienda que se reciba 0.5 mg adicionales.

El aporte de hierro tiene tanta importancia como el calcio, la ración para el primero y segundo trimestre aumenta 5mg, los alimentos ricos en hierro son, el hígado de res, de cerdo y conviene incluirlos en la dieta por lo menos una vez a la semana, otras fuentes de hierro son el corazón, la lengua, pollo, -- huevos, hojas y renuevos verdes, papas, pan, frutas secas y chicharos.

El yodo también es muy importante en la dieta, la deficiencia de este elemento puede originar bocio en la madre o en el niño, se sugiere el uso del sal yodada para las personas que viven en áreas en que el suelo y el agua potable son deficientes en yodo.

Las vitaminas son esenciales para el metabolismo de los tejidos vivos y se duplica su necesidad en el crecimiento. La disminución de riboflavina puede producir anomalías óseas importantes como fusión de costillas, sindactilia y paladar hendido, es recomendable que se administre la cantidad necesaria de riboflavina desde el momento de la concepción o de ser posible desde antes que acontezca.

Los alimentos ricos en vitamina son: Leche y productos lácteos, carnes de pescado, aves de corral, hígado, verduras y frutas cítricas, tomates, coles y papas.

La utilización satisfactoria de calcio y fósforo dependen de la inclusión de la cantidad dada de vitamina D en la dieta, practicamente un litro diario de leche proporciona la -

cantidad necesaria de vitamina D.

Es necesario el aumento de tiamina, riovoflavina, niacina, ácido ascórbico y piridoxina; la piridoxina adicional corrige el metabolismo alterado del triptófano que se observa en el embarazo, además de proteger contra la caries.

La buena nutrición esta basada en el consumo diario de la gran variedad de nutrientes, la combinación de los grupos alimentarios nos dan una dieta equilibrada necesaria para el crecimiento, desarrollo y funcionamiento correcto de todos los órganos y sistemas corporales.

La malnutrición durante la gestación y la lactancia puede afectar seriamente el peso, mortalidad, morbilidad, crecimiento y desarrollo cerebral del producto y de la descendencia. Los dientes y los tejidos de la cavidad oral están sujetos a los mismos cambios de desarrollo que los otros tejidos y órganos, por lo tanto las deficiencias nutricias pueden afectar la cavidad bucal. Las deficiencias o los excesos de nutrientes pueden resultar en dientes no calcificados, hipoplasia del esmalte y caries en la dentición primaria, patrones de crecimientos óseos inadecuados con el concomitante de malalineamiento y maloclusión y en algunas ocasiones labio y/o paladar hendido.

IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACION EN EL LACTANTE.

El sentir, pensar y actuar de un niño es reflejo de su nutrición. Esta afecta su conducta física y mental. Es esencial la nutrición óptima para alcanzar los niveles máximos de desempeño físico y mental.

Los lactantes deben ser alimentados regularmente cada 3 horas ó 4, pero no necesariamente debe imponerse un horario,

debe alimentarse cuando sienta necesidad y no para entretenerlo o callarlo.

Un problema que se presenta con mayor frecuencia es el índice tan elevado de caries en niños muy pequeños, ese desmoronamiento de la dentadura, a menudo antes de que hayan erupcionado los 20 dientes primarios, ha sido vinculado en forma bastante concluyente al uso prolongado de biberón, se presenta con un aspecto clínico bastante clásico. El biberón usado como chupete, es llenado con leche, agua azucarada, bebida edulcorada, o jugo de frutas y llevado con frecuencia a la cama para las siestas o por las noches para que el niño pueda continuar succionando aunque este dormido, brindando un constante baño para la flora normal.

Al lactar la lengua del infante protuye por debajo de la tetina y sobre los dientes anteriores inferiores por tal motivo los dientes anteriores inferiores no son afectados. La cantidad de niños entre 2 y 3 años que usan biberón es muy grande, después de esta época el biberón no se usa para las comidas, sino como chupete cuando el niño está cansado o antes de ir a la cama. La supresión temprana del biberón es una medida preventiva muy importante. Todos los niños deben ser destetados entre los 9 meses y un año de edad.

La alimentación del lactante desde el momento del nacimiento es a base de leche, la leche materna tiene menor cantidad de calcio pero es una de las formas más fáciles para que el bebé lo absorba pues los bebés amamantados parecen obtener suficiente.

A medida que la edad avanza del bebé poco a poco se le darán alimentos raspados, cocidos y picados, estos alimen---

tos deberán ser preparados en casa, este tipo de comidas ayudará a que el bebé no tenga preferencia por el biberón. Es importante que los alimentos y la forma de alimentar al bebé permitan su manejo e ingestión fácil, además de que los utensilios ocupados para su alimentación sean de tamaño pequeño para que el bebé pueda sostenerlos sin problemas. Desde el momento en que el bebé toma sus alimentos en taza y con cuchara ya no debe dársele biberón aunque el comer sin éste haga que el bebé se ensucie o derrame los alimentos, debe estimularse y motivarse al bebé para que no tome en biberón.

LA ALIMENTACION NORMAL .

Los patrones dietéticos son los que determinan como se desarrolla y funciona el cuerpo, el no consumir cantidades adecuadas de los nutrientes básicos puede dar como resultado fatiga general, trastornos y enfermedad.

Las necesidades nutricionales para un crecimiento óptimo varían con el tamaño, índice metabólico basal, cantidad de actividad, eficiencia de la conversión de la comida en tejidos y energía y rapidez de crecimiento en el niño.

Todos los alimentos se dividen en cuatro grupos básicos según su contribución de nutrientes, este plan alimentario diario ofrece una amplia variedad de selección de comidas, para lograr la propiedad nutricional se distribuye de la manera siguiente y tomarlo como base para una alimentación ideal.

Grupo lácteo.-

Niños menores de 9 años.

2 a 3 tazas.

Niños de 9 a 12 años.

3 o mas tazas.

Adolescentes

4 o más tazas.

El queso puede reemplazar parte de la leche, una taza equivale a 250 gr.

Grupo de carnes.-

Dos o más porciones, incluyendo carnes vacunas, porcinas, aves, pescados y huevos, esto puede sustituirse con nueces, lentejas, garbanzos y algunos granos.

Una porción equivale a 60 ó 90 gramos de carne cocida y sin hueso, ave o pescado o dos huevos, o bien una taza de lentejas.

Grupo de vegetales y frutas.-

Cuatro o más porciones que incluyan un vegetal verde y un amarillo por lo menos al día y un cítrico.

Una porción equivale a media taza de vegetales o fruta.

Grupo pan-cereal.-

Cuatro o más porciones de grano entero enriquecido o restaurado. Una porción equivale a una rebanada de pan, media o tres cuartos de taza de cereal cocido.

Para una buena nutrición se debe poner especial cuidado en las fuentes alimentarias de hierro para los pequeños, — adolescente y embarazadas, y estos alimentos son el hígado, carne, huevos, legumbres, frutas secas, vegetales de hojas verdes, pan de grano y cereal. Para los bebés y los niños que reciben poca luz solar se debiera incluir un agregado de vitamina D, este agregado lo podemos encontrar en la leche enriquecida con vitamina D o aceite de hígado de pescado.

El consumo de menús variados proveerán aportes adecuados de todos los nutrientes para la buena salud.

El consumir cantidades excesivas o insuficientes de los nutrientes puede aumentar la predisposición del organismo a enfermedades en el sistema general y específicamente a las enfermedades orales y tal es el caso de la caries dental que es ejemplo importante de afecciones basadas principalmente en hábitos dietéticos nocivos.

Al mencionar a la caries dental como una enfermedad nutricional, se hace aún más evidente que la nutrición puede ejercer un efecto directo sobre la salud dental. La cavidad oral se ha descrito como el barómetro de la salud general, esto es particularmente cierto en relación con los problemas nutricionales del cuerpo, las mucosas bucales pueden presentar un aspecto muy pálido o muy rojo, la textura de los tejidos puede indicar edema o fragilidad, las fisuras o grietas en las comisuras de la boca o lengua saburral, pueden ser signos de que la salud del individuo no es ideal.

La presencia de gran número de lesiones cariosas proporciona datos de gran consumo de carbohidratos fermentables.

En la alimentación no deben incluirse carbohidratos fermentables ya que estos son indispensables en el crecimiento y desarrollo de la placa dental, un ejemplo de estos alimentos son los carbohidratos retentivos como caramelos, dulces, paletas y que como resultado final producen la caries dental y las enfermedades parodontales.

En una buena nutrición debe tomarse en cuenta la consistencia de los alimentos.

Los alimentos de consistencia firme tienen efectos positivos, un ejemplo es la estimulación de la circulación gival, lo que hace que exista el intercambio de nutrientes

entre la sangre y los tejidos y como resultado de la fricción de los tejidos se promueve la queratinización del epitelio, -- esto da una barrera protectora contra irritantes químicos y -- bacterianos.

HABITOS ALIMENTARIOS.

Lo más deseable es que todos únicamente nos habituáramos a comer tres veces al día, sin comer bocadillos entre comidas.

La experiencia ha demostrado que es más eficaz y preferible una distribución bastante equitativa de los alimentos -- entre las tres comidas, sobre todo para proporcionar la suplementación óptima de proteínas.

Los hábitos de alimentación siguen un orden determinado cuando el lactante tiene madurez emocional y física, el medio cultural en que se desarrolle influye en ellos.

Los bebés deben ser alimentados con leche materna o -- con alguna fórmula comercial hasta los 5 meses, de los 6 meses en adelante debe alimentarse el bebé con cereales, debe estimularse al bebé para que se coma todo y debe darsele comidas -- diferentes.

Debe estimularse a los padres para que no endulcen -- los líquidos o sólidos con sacarosa u otros endulzantes, la -- practica por acaramelar carnes y vegetales, más las frutas endulzantes y budines pueden crear un gusto que más tarde dificulta la represión o suspensión.

Debe evitarse el uso de bizcochos y comidas con alta proporción de sacarosa, se recomienda el uso de vegetales, bizcochos y galletitas con sacarosa. Esto nos ayudara para que al

crecer el niño la selección de las comidas sea más fácil.

Debe evitarse el uso de chupones y biberones especialmente cuando contengan miel, jugos de frutas o cualquier otro-carbohidratos.

Es importante que desde pequeños se enseñe al bebé— que no coma entre comidas, a medida que crezca se ira habituando a tener sus tres horas de comida y de grande no comera fuera de su horario. Es importante también que no tenga adicción— por las cosas muy dulces, debe enseñarsele la importancia de — los grupos alimentarios para que seleccione sus alimentos de— acuerdo al valor nutritivo de cada uno de ellos.

¿QUE ES EL SINDROME DE BIBERON?.

El síndrome de biberón es un problema que esta representado por la gran destrucción de los dientes temporales aún cuando no han erupcionado totalmente, esto se debe al constante baño de líquidos que contienen carbohidratos fermentables. es una consecuencia en los niños en los que su unico medio de alimentación es el biberón.

Los primeros dientes afectados son los incisivos superiores, seguidos por los primeros molares superiores e inferiores, los caninos superiores pueden estar afectados pero en menor grado que los incisivos, generalmente los incisivos inferiores no presentan ningún problema, debido a que al lactar la lengua del infante protuye debajo de la tetina y sobre los dientes anteriores inferiores, además de la posición más cómoda para tomar el biberón y descansar contra el biberón y descansarlos contra el paladar.

La lengua en combinación con los carrillos permite una succión vigorosa, la secreción continua y rítmica del flujo, es intensa en el inicio de la deglución, en el curso de la acción la lengua se extiende hacia afuera, y entra en contacto con los labios, cubriendo los incisivos inferiores, cuando el niño se adormece el proceso se hace lento, la salivación disminuye y la leche se estanca alrededor de los dientes en especial los incisivos superiores.

La presencia del síndrome de biberón es un problema que se presenta como consecuencia cultural, es decir un síndrome que se puede evitar ya que el biberón no se da a los niños por motivos nutricionales sino para inducirlos a dormir cuando

es conveniente para los padres, ya que estos descubren que los niños se duermen más rápidamente cuando están llenos, y así --- cuando la madre está cansada y quiere que se duerma quíeralo - el niño o no, lo primero que hace es ponerle el biberón en la boca no importa que el pequeño tenga 2-3-4 o más años y no tenga necesidad de succionar.

La consecuencia principal de la caries por biberón es la presencia en la boca, por períodos prolongados, de biberones con leche u otros líquidos que contengan hidratos de carbono.- El factor más importante en el proceso es el estancamiento de líquido cuando la fisiología bucal está a su mínimo nivel.

La adición de miel u otros carbohidratos fermentables con el objeto de aumentar la aceptación de los niños incrementa el potencial cariogénico del contenido del biberón. Además de la presencia del biberón con carbohidratos fermentables la caries es resultado de la interacción de este factor principal microorganismos, flujo salival que es reducido durante el dormir y el fracaso en abandonar el biberón.

El proceso suele comenzar poco después de que los dientes erupcionan, si no se controla, el proceso de caries puede extenderse alrededor de toda la corona y más tarde producir la fractura de la corona.

EFECTOS ADICIONALES DEL SINDROME DE BIBERON .

- 1.- Problemas estéticos, es un aspecto muy importante, si un niño es afectado por el síndrome, su aspecto es diferente con respecto a los demás niños, este niño puede crecer con complejos, será un niño tímido, retraído hasta llegar tal vez a no adaptarse socialmente.
- 2.- Formación de abscesos dentarios que pueden causar problemas en los dientes permanentes que están en desarrollo.

3.- La salud general puede ser afectada por la formación de estos abscesos.

4.- Problemas ortodónticos resultantes de la pérdida prematura de dientes, así como el retardo de los dientes permanentes, debido a la fibrosis que se presenta en la encía por no encontrarse los dientes temporales que motivan la erupción por medio de las fuerzas de la masticación.

5.- Problemas de dicción si se pierden dientes.

6.- Problemas fónicos como es el delecteo, que muchas veces causa de burla e influencia para el aspecto psicológico que dara como resultado un niño completamente inadaptado socialmente.

7.- Estos pequeños, posteriormente presentarán hábitos dietéticos no recomendables, serán consumidores habituales casi continuos de alimentos que contengan gran cantidad de hidratos de carbono, (dulces, chocolates, refrescos, etc.), y estos alimentos no se encuentran en ningún grupo de los aconsejables.

¿POR QUE SE PRESENTA EL SINDROME DE BIBERON.

Hemos hablado de la combinación de los factores predisponentes de este síndrome, como respuesta a la succión del biberón que contiene carbohidratos fermentables, el flujo salival y las bacterias daran como resultado la placa dental. La destrucción en el síndrome es muy rapido debido al constante factor irritante que es el biberón el cual siempre contiene líquidos cariogénicos.

Las bacterias que se encuentran en la cavidad oral pueden convertir a los carbohidratos en ácidos orgánicos. Es—

tos ácidos son capaces de desmineralizar el esmalte dentario-- el progreso de este proceso sigue por el esmalte hasta llegar a la dentina y el diente es destruido de manera progresiva.

¿QUE SE PUEDE HACER PARA EVITAR EL SINDROME?

La prevención es el método más económico para evitar que el síndrome se presente, a éste tipo de prevención le llamaremos prevención primaria y se tomara en cuenta los siguientes factores para una buena nutrición:

Educación para la madre, indicándole cuales son los buenos hábitos alimentarios que debe tener el niño.

Cuales son los hábitos de higiene bucal: Técnicas de cepillado, hilo dental.

Otros métodos de prevención: Selladores oclusales y aplicaciones de flúor.

Dentro de esta prevención primaria tomaremos en cuenta los programas de prevención a nivel pre-escolar, escolar y público.

¿QUE DEBE HACERSE CUANDO EL SINDROME YA ESTA ESTABLECIDO?.-

A esta etapa de prevención llamaremos prevención secundaria y terciaria.

Al hablar de prevención secundaria se realizarán tratamientos pulpares, amalgamas, resinas, coronas y cuando ninguno de estos tratamientos sea el indicado se tendrá que hacer la extracción.

La prevención terciaria es cuando se han realizado extracciones y hay que mantener el espacio, en este tipo de prevención se utiliza todo tipo de aparatos para cuidar al máximo

de que no existan modificaciones en el alineamiento de los ~~de~~
dientes permanentes ni retraso en la erupción de estos.

PREVENCION PRIMARIA.
EDUCACION PARA LA MADRE.

Habitos alimentarios que debe tener un niño desde el momento del nacimiento.

Como una gran medida preventiva ante este problema es quitar el biberón cuando muy tarde al año de edad.

El líquido que contenga el biberón debe tener el mínimo de carbohidratos fermentables y de ser posible que el líquido no los contenga.

Que la alimentación del bebé sea de lo más variado,-- para que no falte ninguno de los nutrientes esenciales. La alimentación debe de ser de una consistencia dura para que exista una auto limpieza, ya que estos alimentos no se adhieren a la superficie del diente como los alimentos suaves o blandos los cuales ayudan a la formación cariosa.

Se recomienda pedirles a los padres que reduzcan o regulen la ingesta de azúcares, que además de alentar una alimentación adecuada, ayuda a quitar a las bacterias del sustrato-- con el cual forman ácido láctico, reduciendo así el índice de caries.

La alimentación de los bebés debe ser a base de leche materna o algunas formulas comerciales fortificadas con hierro desde el nacimiento hasta los 5 meses, además los alimentados con leche materna deben recibir un suplemento con vitamina D,-- 7-10 mg, de hierro y 0.25 mg de flúor diarios.

Es importante que los alimentos contengan la mínima-- cantidad de azúcar, además de evitar el comer entre comidas y el uso para la alimentación de bizcochos, caramelos, helados,--

panquecitos y comidas con alta proporción de sacarosa, ya que estos son los principales irritantes para el problema de la caries, evitando esto, los niños cuando crezcan no tendrán gran afecto por los alimentos muy azucarados.

Es importante que a partir de los 6 meses la comida del bebé no sea solamente con leche, ya que a partir de esta edad hasta los 12 meses solamente el 30% de las calorías provienen de la leche y el resto que es un 70% es derivado de las comidas que se le den al pequeño, los cuales deben ser frutas coladas, carnes cocidas y molidas de preferencias preparadas en casa.

La madre debe de enseñar al pequeño a alimentarse por medio de una cuchara, tomar la leche en una tasa y esto mismo ayudara a que el pequeño no tenga preferencias por el biberón al principio el pequeño se manchara todo, tirara la comida, pero como madres se debe motivar a los pequeños para que a los 6 7 meses ellos puedan sostener los aditamentos para su alimentación, estos aditamentos deben ser pequeños, que no pesen para el mejor manejo del pequeño y que sean lo más atractivo en forma y color para que al niño le gusten.

Para que las madres obtengan buenos hábitos alimentarios deben tener en mente además;

- Un intento de dietas balanceadas consistentes en la combinación de los cuatro grupos alimentarios.
- Una reducción gradual de volumen y frecuencia de los bocados consumidos entre comidas que debe ser reforzada con comidas bien planificadas y balanceadas.
- Una eliminación total con comidas con sacarosa ya que estas sólo a frustraciones e infelicidad. Los bocados que deben utili

zarse son: vegetales frescos, nueces, queso, leche y jugo de --- frutas naturales.

- Deben ser limitados los alimentos con sacarosa, además de --- que estos no permanescan mucho tiempo en boca, un ejemplo son los chupetes de miel, o bien que estos alimentos no sean pegajosos como los caramelos. Si se llegan a ingerir deben ser seguidos por un enjuague con agua que ayudara a eliminar los restos de alimentos que quedan en los dientes.

- Que se haga una selección más detallada de los alimentos, fijandose en el valor nutritivo y no en la propaganda que hace el comerciante a través de los medios de difusión para mayor desplazamiento del producto.

HABITOS DE HIGIENE BUCAL.

Desde el momento del nacimiento el pequeño debe tener su boquita siempre limpia, sólo basta envolver el dedo índice con una gasa o servilleta y pasar el dedo por todas las estructuras de la boca, al principio la gasa debe estar seca y después humedecida con agua. Tan pronto erupcionen los dientes --- primarios la madre debe habituarse a limpiar las estructuras dentarias, debe hacerlo con la gasa envuelta en el dedo, poco a poco a medida que va creciendo el bebé y tiene curiosidad --- por las cosas que lo consiernen puede introducirse el cepillo previamente adaptado, ya que los cepillos que se encuentran en los comercios son muy grandes y lo unico que ocasionan es lastimar al pequeño y puede llegar al grado de no querer seguir una tecnica de cepillado. A la edad de dos años el niño debe lavarse perfectamente bien la boca, la lengua y el paladar, --- además de tener el habito de hacerlo tres veces al día, si se-

logra esto en el pequeño, los hábitos de higiene bucal siempre serán positivos, ayudando así a la eliminación de los procesos cariosos.

DISPOSITIVOS QUE AYUDAN A TENER UNA BUENA HIGIENE BUCAL .

CEPILLO.- El cepillo es un aditamento que consiste en un mango de plástico con cerdas de nylon blando, cuyas puntas han sido redondeadas para reducir la abrasión.

Es recomendable que sea un cepillo chico el que use el niño, debe de ser del tamaño del espacio que existe entre los laterales inferiores, si no se logra conseguir un cepillo de este tamaño sólo basta quitar las cerdas necesarias apartir del mango para que el cepillo sea del tamaño adecuado.

Es recomendable que los pequeños no usen dentífricos al principio ya que se produce en ellos una reacción negativa a causa de la espuma y el sabor los niños comen y degluten la pasta lo cual les produce náuseas. El dentífrico se usará sólo después de haber cepillado bien los dientes y de preferencia que sea un dentífrico fluorado.

Al aparecer los dientes en la boquita debe empezarse a usar el cepillo dental, los padres podrán realizar el cepillado y a medida que pase el tiempo enseñar al pequeño el hábito de una buena higiene bucal, con el cepillado dental debe realizarse un barrido de los dientes y las encías, debe hacerse el cepillado de una manera ordenada empezando de un lado hasta llegar al lado opuesto, primero en el maxilar superior y después en el maxilar inferior, se tendrá presente que el cepillo limpiara de tres en tres caras de los dientes, después de haber limpiado las caras vestibulares de los dientes se debere--

pasar a las caras linguales y por ultimo las caras oclusales.- Debe habituarse al pequeño al cepillado de la lengua para que posteriormente no le produzca rechazo al cepillado dental, en un principio al cepillarse la lengua provocara nauseas, pero poco a poco se acostumbrara y sera algo normal.

HILO DENTAL.- El hilo dental es un aditamento que ayuda para una buena higiene bucal, eliminando los restos de comida que el cepillo no pudiera eliminarlos, el uso del hilo dental es el mejor metodo para eliminar restos, pero se necesita de un adiestramiento para no lastimar las papilas para que este mecanismo no sea contraproducente, sólo se permitirá que el niño lo utilice cuando este capacitado para ello, entre los 5 y 6 años de edad, mientras esto se logra seran los padres quienes ayudarán y enseñarán el uso del hilo dental.

Para que sea eficaz el hilo debe ser pasado por cada espacio interproximal y movido apical y oclusalmente contra cada superficie. El uso del hilo dental sólo estara indicada cuando se a comprendido totalmente la tecnica de cepillado.

Es importante que el hilo no sólo pase por la hendiduras interproximales, sino que sea movido de arriba hacia abajo ida y vuelta en cada superficie, al llevarlo hacia apical se pondrá cuidado para no traumatizar las papilas interdentarias.

Debe hacerse mucho incapie para que al pequeño se le estimule al hábito de la limpieza bucal, insistiendo principalmente en el cepillado por la noche, no debe permitirse que el niño se acueste sin lavarse los dientes por más cansado que este.

Una forma de motivar a que los niños se cepillen es que los padres cepillen sus dientes delante de ellos, esto hara

que el niño tenga una conducta positiva la cual debe estimularse con algun premio, pero si el pequeño tiene una conducta negativa ante esta situación el padre debe contrarrestarla con la eliminación de privilegios especiales, ayudando así a que el niño tenga buenos hábitos de higiene bucal.

OTROS METODOS DE PREVENCION.

TERAPIA CON FLUORUROS.

Los compuestos fluorados constituyen uno de los medios más efectivos para disminuir las caries, existe evidencia en que hay una relación inversa entre el contenido adecuado de flúor y la incidencia de caries. En base a estas observaciones como un medio de prevención, por medio de diferentes técnicas de aplicación masivas se puede disminuir el proceso carioso.

Las técnicas pueden resumirse en tres categorías básicas:

- 1.- Fluoración del agua potable.
- 2.- Adición de flúor en la sal para cocinar.
- 3.- La aplicación directa de flúor sobre las superficies de los dientes a través de dentífricos, soluciones orales u -- otros tipos de limpiadores bucales.

FLUORACION DEL AGUA.- Con la fluoración del agua la incidencia de caries disminuye de un 50 a 60 % además de ser un suplemento muy económico.

Además de los efectos sistémicos durante el proceso de calcificación, el fluoruro del agua que se bebe ejerce una acción tóxica significativa sobre los dientes erupcionados. --- Las diferentes caras de los dientes son protegidas en medidas variables por la fluoración del agua, las superficies buco-lin

guales y gingivales son protegidas en un 86%, las caras interproximales en un 76% y las superficies oclusales en un 37%. Como el fluoruro imparte mayores beneficios en las superficies lisas, la cantidad de obturaciones compuestas como las restauraciones clase II y clase III son muy reducidas.

Cuando en una comunidad se desconoce la concentración de flúor, se debe extraer una muestra de agua y hacerla analizar en un laboratorio y de los resultados obtenidos se recetaran suplementos en forma de gotas, pastillas o tabletas.

Todas las aguas tienen cantidades de flúor, tal vez no lo suficiente para prevenir la caries, el contenido o concentración óptima de flúor en las aguas de consumo esta determinado por el clima de la comunidad y va de 0.7 a 1.2 partes por millón (ppm) de ión fluoruro. Cuanto más cálido es el clima de una comunidad es más baja la concentración de fluoruro, la mayoría de las comunidades deben ser fluoradas con 1ppm de flúor lo cual equivale a .1 mg por litro.

los beneficios obtenidos por la fluoración del agua son:

- Un aumento séxtuple en la cantidad de niños libres de caries.
- Una disminución del 75% en la pérdida del primer molar permanente.
- Una disminución del tamaño y complejidad de nuevas lesiones de caries.
- Mejor aspecto de los dientes.
- Beneficios dentales continuados en la edad adulta.

Además de los beneficios odontológicos hay evidencia de beneficios de salud adicionales;

- Una menor proporción de osteoporosis en mujeres ancianas.
- Menor proporción de muertes por caídas de mujeres ancianas.
- Menor pérdida de audición por osteoesclerosis.

Esto se a observado en comunidades con concentraciones muy altas de flúor.

Para los niños de aquellas comunidades en donde existen bajas concentraciones de fluoruro estan preescritos otros metodos de fluoración, si estos metodos se usan continuamente durante años la reducción de caries incipientes puede llegar de un 50-80% en dientes temporales y de un 20-40% en dientes permanentes.

FLUORACION POR TOPICACION.- Los fluoruros por topicación son soluciones o geles de alta concentración conteniendo de 1.5 a 2.5 de fluoruro, deben ser aplicados una o varias veces al año. Los usados más comúnmente son: Una solución de fluoruro estañoso al 10% o una solución o gel de flúor-fosfato acidulado (APF).
FLUORURO ESTAÑOSO.-

Una aplicación de este fluoruro semi-anual al 8 ó 10% puede reducir hasta un 40-50% de caries, en personas de comunidades en que el agua no está fluorada.

Al hacer la aplicación de esté fluor los dientes deben estar limpios, bien aislados y secos, los dientes se mantienen humedecidos con esta solución durante cuátro minutos.

Muchas veces no se obtienen los resultados convenidos debido a que la aplicación fue anual y además:

- Esté tipo de flúor es inestable en solución acuosa y debe ser preparado en el consultorio diario o semanalmente.

- Su pH bajo le da un sabor metálico, astringente lo cual hace que no sea aceptado por los niños.

- Produce pigmentación alrededor de las lesiones cariosas.-

- Causa irritación gingival, blanqueamiento y úlceras que ocasionan enfermedad gingival.

FLUOR-FOSFATO ACIDULADO.- (APF)

Es el tipo de flúor más utilizado, su contenido es de 1.23% de ión flúor con 0.1 de ácido ortofosfórico aun pH de aproximadamente 3.2 a 4.5, teóricamente cuando más bajo es el pH mayor es la captación del fluoruro.

Para la aplicación del (APF) los dientes deben estar libres de placa y pulidos, después de que los dientes han sido aislados y secados la solución se aplica a los dientes con un isopo de algodón, manteniendolo por 4 minutos, los pacientes no deben comer, beber, ni enjuagarse por lo menos durante 30 minutos para favorecer la penetración y retención del fluoruro. Para lograr que la caries disminuya de un 40-50% en zonas de agua no fluoradas las aplicaciones deben ser dos veces por año. La aplicación de estos fluoruros puede hacerse con rollos de algodón o bien con algún aplicador de flúor comercial.

PASTAS PROFILACTICAS CON FLUORUROS.

Para que las aplicaciones topicas con flúor den mejores resultados debe haber una eliminación de placa y pigmentaciones de las superficies adamantinas por medio de una pasta profiláctica conteniendo fluoruro. Estas pastas son básicamente de tres tipos: fluoruro estañoso, flúor-fostato acidulado o pastas con fluoruro de sodio.

El fluoruro estañoso ha sido combinado con piedra pomez o con silicato de zirconio en una cantidad de fórmulas compatibles.

La pasta profiláctica de flúor-fosfato acidulado contiene dióxido de silicón o un metafosfato sódico insoluble o silicato de circonia como material abrasivo, tiene mejor sabor que el fluoruro estañoso.

La selección de estas pastas se basa en la capacidad de pulido. La limpieza de los dientes de los niños no debe ser excesiva, ya que un exceso puede eliminar de 3 a 6 micras de la capa superficial del esmalte, debe usarse en niños en que virtualmente no exista pigmentación.

APLICACION DE FLUORUROS POR TOPICACION EN EL HOGAR.

Para niños o adultos con caries irrestricta, se debe indicar inmediatamente una intensiva aplicación múltiple de flúor por topicación. Los geles que se usan son el APF, habitualmente conteniendo 0.5 % de ión fluoruro. Esta indicada la concentración más baja para minimizar la ingestión sistémica y reducir el riesgo de toxicidad, en caso de ingerirlo accidentalmente. El gel con fluoruro puede aplicarse con aditamentos especiales que se encuentran en el comercio, o también aplicarse con un cepillo para dientes.

Este tratamiento debe comenzar inmediatamente después de un diagnóstico de caries irrestricta y previamente a los tratamientos restauradores, la terapia intensiva con fluoruros puede combinarse a otro agente con menor concentración de fluoruro, pero más frecuente como las tabletas o enjuagatorios.

ENJUAGATORIOS FLUORADOS.

Los enjuagues fluorados están especialmente recomendados en programas de prevención escolar. El uso de enjuagatorios está contraindicado en niños pre-escolares por que los complejos de deglución no están completamente desarrollados y-

se puede ingerir una cantidad excesiva de enjuagatorio y producir alguna intoxicación.

La concentración más recomendada para un programa de prevención con enjuagatorios es de 0.05% de fluoruro de sodio-neutro, los enjuagatorios pueden modificarse con el agregado de elementos que cambien la tensión superficial, mejorandoles el sabor y ocasionalmente poniendo una pequeña cantidad de alcohol.

DENTRIFICOS CON FLUORURO.

No se tienen estudios exactos de los resultados obtenidos de los dentífricos fluorados, el uso constante de estos disminuye el porcentaje de la caries de un 15-38%.

Existen dentífricos con fluoruro de sodio, poliacrilatos o pirofosfato de calcio estos últimos como abrasivos. Otros dentífricos con fluoruro estañoso en combinación con la aplicación tópica periódica de este compuesto.

TABLETAS MASTICABLES CON FLUORURO.

La suplementación de fluoruro no debe terminar a los 6 años, el adolescente es el más susceptible a la caries, además los dientes recién erupcionados reciben mayores beneficios del fluoruro aplicado tópicamente. Para mayores beneficios una tableta no debe ser tragada sino masticable o chupada lentamente para retardar el contacto fluoruro-esmalte.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR.

Uno de los puntos más importantes que debemos tomar a este nivel para un buen programa de prevención es la limitación de las golosinas en las escuelas y para ello se recomienda lo siguiente:

-Limitar la cantidad y tipos con azúcar refinada preparados

para los niños, por ejemplo: pasteles, ensaladas, dulces, fruta preparada con miel, ect.

-Prohibir la venta dentro y a la salida de las escuelas de dulces, golosinas, refrescos y alimentos que contengan azúcar.

Sustituir con alimentos y bebidas no cariogénicas los postres, chocolates, ect. Por ejemplo con frutas fresca, galletas sin azúcar, jugos de frutas no azucarados, leche y quesos.

Enseñar a los niños el valor de la dieta equilibrada de los cuatro grupos de alimentos básicos: Leche, carnes, frutas, vegetales y pan.

Enseñar a los niños el valor de evitar alimentos y bocadillos que contengan azúcar y produzcan caries, como parte de los hábitos alimentarios cotidianos para una mejor salud.

FLUORACION ESCOLAR

La fluoración escolar es el ajuste del contenido de fluoruro de un aporte de agua de una escuela hasta el nivel óptimo para la prevención de la caries.

Se ha demostrado que la fluoración del agua previene la caries en un 40%, su eficacia se debe principalmente a la acción sistémica, pero también hay un beneficio tópico. Este tipo de prevención es un medio de salud práctico para las comunidades que no tengan aguas fluoradas.

También pueden usarse otros medios de fluoración como los enjuagatorios fluorados en las escuelas, esto disminuye el proceso carioso en un 20 a 50%, se recomienda para enjuagues semanales el fluoruro de sodio neutro en solución diluida al 0.2% y para enjuagues diarios una solución al 0.05%.

SELLADORES OCLUSALES.

La prevención de caries en las fisuras oclusales ha sido de importancia práctica, ya que las fosa y fisuras son más susceptibles a las caries que cualquier otra zona. Estas grietas aisladas angostas son más susceptibles a la caries ya que en ellas albergan restos de alimentos y microorganismos, esto revela que más del 45% de la caries en la dentición primaria se encuentra en las caras oclusales.

Las resinas de tipo bisfenol A glicidil metacrilato son los materiales más promisoros para sellar fosetas y fisuras y además como barrera física son potencialmente eficaces. Estos materiales son resinas claras, con viscosidad relativamente baja que humedecen y penetran las superficies adamantinas y llenan los intersticios microscópicos creados por la solución ácida colocada previamente.

Los candidatos principales para este tipo de tratamiento son los pequeños con dentición primaria o permanente en donde el proceso de caries apenas empieza.

El método de aplicación básico para los diversos sistemas sellantes es similar. Los dientes elegidos para tratamientos son limpiados con una pasta profiláctica no fluorada, el diente debe estar libre de aceite, lavado, secado y aislado. Es importante cuidar la humedad ya que el efecto reductor de las caries de los sellantes de fisuras se basa en la firmeza de la unión durante el gravado ácido del diente y la aplicación del material. El aislado con dique de hule es la máxima garantía ya que si se contamina con saliva es más es más conveniente posponer el sellado hasta que el esmalte endurezca para

que está contaminación no sea causa de un fracaso.

Después de que los dientes son aislados deben ser secados con jeringa de aire y humedecidos oclusalmente con una solución ácida, el ácido se mantiene en contacto con la superficie oclusal durante 60 segundos, los dientes son lavados con agua y secados con aire durante 15 segundos, si la superficie ha sido perfectamente gravada tendrá un color opaco, satinado, mate y como escarchado. Si esto falta la superficie debe ser gravada durante otros 60 segundos y otra vez lavar y secar. - El sellante se deja fluir con un cincel o un aplicador de plástico, es importante evitar que se formen burbujas de aire cuando el sellante se coloca con pincel, los sellantes de fosas y fisuras endurecen por reacción química aproximadamente en 1 ó 2 minutos, o por polimerización con luz ultravioleta aproximadamente en un periodo de 30 a 60 segundos.

Este tratamiento debe ser revisado cada 6 meses para preparar defectos o deficiencias.

SINDROME YA ESTABLECIDO.PREVENCION SECUNDARIA

La prevención secundaria se refiere a las técnicas — restaurativas cuando el síndrome ya está presente: amalgamas, — resinas, coronas, tratamientos pulpares, así como también se — refiere a las extracciones para eliminar dolor cuando ningún — tratamiento restaurativo es funcional.

TECNICAS RESTAURATIVAS.

Para cualquier tipo de restauración en un paciente — paidodontico es importante aislar el diente o dientes a tratar. La forma más fácil es por medio del dique de hule, el aisla — miento por medio de este metodo nos da las siguientes ventajas:

-El dique protege al niño de aspirar un cuerpo extraño como una corona de acero inoxidable, protege también a los tejidos — blandos de erosiones con la fresa de alta velocidad o de quema — duras con compuestos químicos como el formocresol o ácido fos — fórico.

-El dique ayuda al niño a mantener la boca abierta, la len — gua y los musculos de las mejillas retraídos y un campo seco — para una mejor visibilidad, así como una buena tecnica restaura — tiva y una buena terapia pulpar.

-Los niños sienten más confianza con el dique ya que se — sienten protegidos, al colocarlo muchos niños se relajarán y — se dormirán.

-Se mejora la educación del paciente ya que se tiene mejor — visibilidad y se puede ilustrar más claramente al padre el tra — tamiento a realizar.

La técnica para la colocación del dique es la siguiente: Materiales.- Goma de dique de 13 x 13 cm.

Se perfora haciendo un orificio más grande para la grapa, y más perforaciones una cerca de la otra 2mm entre los bordes de los orificios.

Grapas, portagrapas, perforadora.

Para el aislamiento de la boca del paciente sólo se debe incluir los dientes que deben ser tratados, generalmente el segundo molar primario es el mejor diente para recibir la grapa debido a su configuración.

La grapa se coloca sobre la goma y la goma sobre el arco antes de insertarlos en la boca. Se fija el dique sobre el arco ejerciendo tensión en sentido vertical para permitir una máxima flexibilidad en dirección horizontal.

Se emplea hilo dental para bajar el dique, se coloca al rededor de las encías de los dientes y se liga donde sea necesario.

Previamente a la colocación del dique de hule el paciente debe ser anestesiado, topicamente antes de introducir la aguja y usando la técnica y anestésico más adecuado.

A los pacientes pediátricos se les debe trabajar rápido para evitar que sean anestesiados muchas veces y sea esto causa de rechazo hacia el dentista.

RESTAURACIONES CON AMALGAMA.

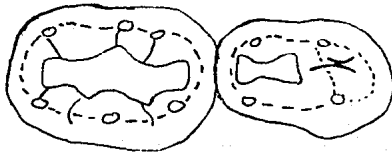
Materiales.- Espejo bucal, pinza para algodón, fresas redondas, fresas de fisura, explorador, cucharilla, portaamalgamas, recortadores de amalgama, fresas en forma de pera.

Preparación de la cavidad.- Se utiliza una fresa de -

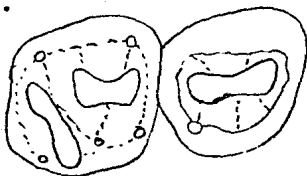
pera para penetrar en el diente en el área central de las fosetas hasta una profundidad de aproximadamente 1.5 mm, después— la fresa se mueve lateralmente hacia las fosetas o fisuras que ya esten en degradación o en sitios potencialmente para ello.— deberá tomarse en cuenta mantener la preparación lo mas angosta posible, se elimina toda la caries remanente y se limpia la preparación quedando lista para obturarla.

La protección pulpar es proporcionada por el uso de— varias capas de barniz cuando la cavidad es muy pequeña, si la cavidad es más grande se coloca una base y posteriormente una— capa de barniz. Después de proteger la pulpa se coloca la a— amalgama se pule tratando de que la anatomía siempre sea lisa.

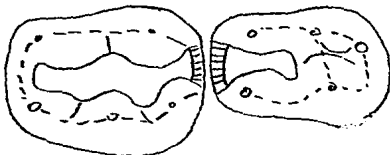
Primero y segundo molares inferiores primarios con el contorno sugerido para la preparación cavitaria en amalgamas— de primera clase.



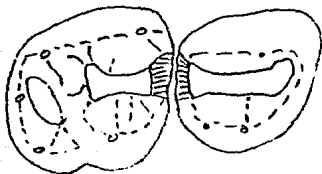
Primero y segundo molares superiores primarios con el contorno sugerido para la preparación cavitaria, para amalgamas primera clase.



Primero y segundo molares inferiores con el contorno sugerido para la preparación cavitaria, para amalgamas segunda clase.



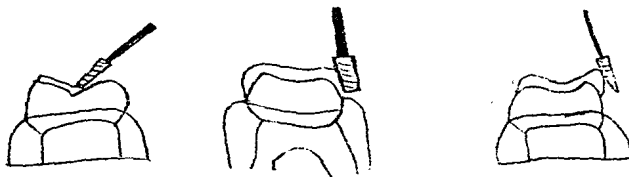
Primero y segundo molares superiores primarios, con el contorno sugerido para la preparación de cavidades segunda -- clase.



RESTAURACIONES CON CORONAS ACERO-CROMO.

Las coronas acero-cromo se utilizan en aquellos dientes que están demasiado degradados o con una fractura muy baja en donde la amalgama no podría ser retenida.

La preparación para la corona de acero se inicia desgastando oclusalmente de 1 a 1.5 mm, utilizando una fresa de fisura de carburo y siguiendo siempre la anatomía de la pieza, después son reducidas las superficies proximales, redondeándose los vértices que se formen junto con las superficies bucal y lingual, no debe quedar ningún escalón en la parte cervical, se elimina la caries y si es necesario se coloca una base.



A)

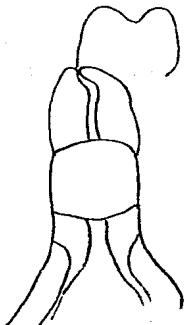
B)

C)

A).- Desgaste oclusal. B).- Reducción proximal. C).- Reducción buco-lingual.

Después de que la preparación queda lista, se selecciona una corona que se aproxime al ancho masio-distal del diente, la superficie bucal se contornea con una pinza de manera que quede acentada dentro del surco gingival bucal y no se extienda sobre la encía marginal. Si al colocar la corona hay iscuemia en la encía quiere decir que la corona quedó larga se saca y se recorta un milímetro se vuelve a contornear y-

se coloca para verificar que quedo bien.



Pinzas para contornear.

Al adaptar la corona se cementa cuidando que no quede el paciente con una mordida abierta, o que no exista contacto-oclusal. Se elimina el exceso de cemento.

RESTAURACIONES DE CORONAS EN DIENTES ANTERIORES.

En los dientes anteriores se puede utilizar coronas-- de acero inoxidable. Para que estas coronas no seas antiesteti- cas se recorta la parte vestibular hasta hacer una corona de - tipo 3/4.

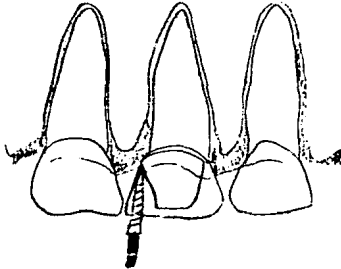
Se selecciona la corona antes de hacer los cortes uti- lizando el ancho mesio-distal como guía. La preparación se i- nicia con una fresa de fisura de diamante, desgastando las su- perficies mesio-distal tratando de que las paredes queden para- lelas para facilitar la retención y se les termina con un cha- flen de 0.5mm abajo de la cresta gingival, se reduce 0.5mm la- superficie bucal y lingual, los contornos superficiales prepa- rados deben seguir la superficie del diente natural. El esmal-

te incisal se reduce de 1 a 1.5 mm, se reduce el singulo 0.5mm. La caries remanente se retira hasta despues de haber ajustado la corona..

Se adapta la corona seleccionada , se recorta hasta - que quede una corona estética, se coloca cemento en la parte-- cervical y se cementa, en la parte vestibular se coloca resina cubriendo toda la parte que se desgasto.

Para las coronas de policarbonato son los mismos cor-- tes, se selecciona la corona, se rebasa con acrilico, se recor-- ta y se cementa.

Este tipo de coronas es estético pero no es recomen-- dado en pacientes con bruxismo o una mordida que se apoye pro-- fundamente sobre los dientes inferiores.



Cortes de la preparación para coronas en dientes ante-- riores.

En el síndrome de biberón las coronas son el trata-- miento más adecuado, debido a la gran destrucción que existe-- principalmente en dientes anteriores superiores, pero cuando-- el síndrome no ha hecho muchos estragos se puede preparar una-- cavidad y colocar una resina.

Por lo general en el síndrome de biberón es tanta la-

destrucción que al tratar de eliminar caries se hace la comunicación pulpar, siempre que pase esto debe realizarse la pulpotomía.

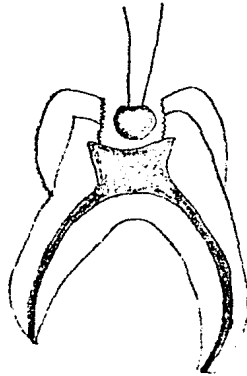
TRATAMIENTOS PULPARES.

PULPOTOMIA.

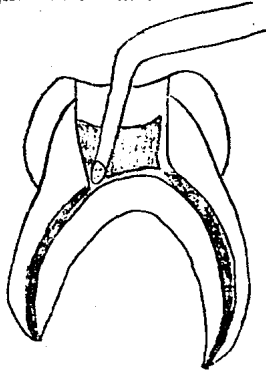
La pulpotomía es la remoción parcial de la pulpa (cámara pulpar) y se complementa con la aplicación de fármacos -- que van a proteger y a estimular la pulpa residual y se favorezca la cicatrización y la formación de una barrera calcificada de neodentina, permitiendo la conservación de la vitalidad pulpar.

Materiales: Fresas de bola, cucharilla, explorador, -- pinzas para algodón, formocresol y torundas de algodón estériles.

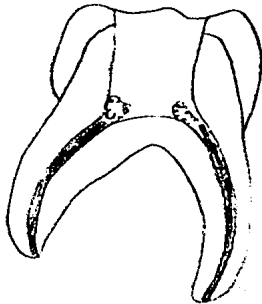
Una vez anestesiado el paciente, se coloca el dique -- y se elimina el techo de la cavidad pulpar con una fresa de -- bola.



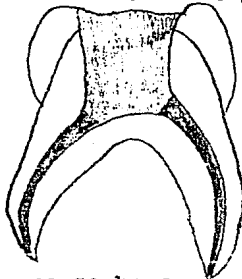
Se emplea una cucharilla para eliminar la cámara ----
pulpar y se lava con agua esteril.



Se detiene la hemorragia con torundas de algodón se-
cas, la hemorragia debe detenerse antes de colocar las torun-
das de formocresol a los muñones.



Se colocan las torundas de algodón con formocresol--- bien esprimidas, sobre los muñones durante 5 minutos, si la -- hemorragia se a detenido se coloca una base de óxido de zinc - y eugenol y se procede a colocar la corona. Si la hemorragia-- no sedio se hace la pulpotomía de segunda intención dejando--- las torundas de formocresol cubiertas con óxido de zinc y euge nol durante 5 ó 7 días, después de este periodo se retiran las- torundas se coloca óxido de zinc y eugenol y ahora se coloca - la corona.

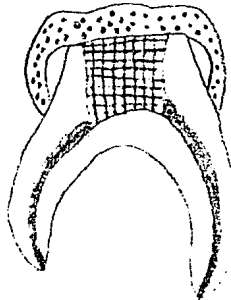


Siempre que se hace una pulpotomía se debe colocar co rona, ya que el diente ha perdido vitalidad y se vuelve un--- diente debil, deshidratado.

Corona de acero. (M)

Cemento de fosfato de zinc. [X]

Oxido de zinc y eugeno. [H]



ENDODONCIA.

La endodoncia en los dientes primarios es un tratamiento que en muy pocas ocasiones se utiliza, ya que debe ser un diente sin absorción dentaria ni de hueso, con un diagnóstico radiográfico preciso.

Materiales.-

Limas hedstron de 21mm del 15 al 80

Topes de hule

Oxido de zinc F.A.

Eugenol

Solución para lavar(hipoclorito de sodio, agua oxigenada).

Después de haber anestesiado al paciente y colocado el dique se hace un acceso con una fresa de bola.

Se determina la longitud de la raíz por medio de una radiografía preoperatoria. Se realiza irrigación después de la instrumentación inicial, se realiza el limado con limas hedstron, para agrandar los conductos, cuando existe una fistula generalmente se requiere de dos visitas, después de haber limado y agrandado los conductos de deja una torunda de formocresol sobre el orificio de cada conducto y se sella temporalmente.-- La obturación del conducto radicular es una mezcla blanda de óxido de zinc F.A. y eugenol, se puede colocar en los conductos por medio de condensación, lentulos, jeringas de presión, o colocando el óxido de zinc con portaamalgamas y colocando sobre la mezcla una torunda de algodón grande sosteniendola -- con una pinza y ejerciendo presión sobre el material para empujarlo dentro de los conductos.

Debe tomarse una radiografía cada 6 meses como una medida de control. El uso de antibioticos rara vez es necesario.

Cuando ninguno de estos tratamientos es el adecuado para guardar la estabilidad funcional y estetica del paciente, por que el diente no se encuentra en condiciones de permanecer en boca se procede a realizar la extracción.

EXODONCIA.

Las extracciones se realizan después de analizar el diente tanto clinicamente como radiograficamente y el diagnostico sea extracción dentaria.

Debe hacerse siempre la extracción previamente anestesiado el paciente y en la posición correcta con movimientos lentos y suaves para no traumatizar al paciente.

Para realizar extracciones de dientes con una raíz deben realizarse los siguientes movimientos:

A).- Se aplican las pinzas al cuello anatómico; B).- Se hace el primer movimiento hacia el lado palatino o lingual en caso de dientes inferiores; C).-Se hace un movimiento hacia el lado vestibular;D).-Movimiento rotatorio de vestibular hacia distal y después a la inversa de distal a vestibular en dientes superiores. En dientes inferiores los movimientos son de mesial hacia vestibular y después a la inversa; E).- En dientes superiores el ultimo movimiento es hacia abajo en línea con la posición original del diente. En dientes inferiores este movimiento es hacia arriba en línea con la posición original del diente.

DIENTES SUPERIORES.

A).-



B).-



C).-



D).-



E).-



DIENTES INFERIORES.

A).-



B).-



C).-



D).-



E).-



en dientes posteriores (primero y segundo molar), los movimientos son los siguientes:

A).- Movimiento hacia el lado vestibular; B).- Movimiento hacia el lado palatino en dientes superiores y hacia el lado lingual en dientes inferiores; C).- Movimientos hacia abajo en línea con la posición original del diente. En dientes inferiores es el mismo movimiento sólo que es hacia arriba.

DIENTES SUPERIORES INFERIORES.-

A).-



B).-



C).-



DIENTES INFERIORES POSTERIORES.-

A).-



B).-



C).-



PREVENCION TERCIARIA.

Quando se han extraído los dientes queda un espacio, este espacio es muy importante cuidarlo para que no se desviera la dentición permanente, es importante también colocar aparatos que además de guardar el espacio nos ayuden a que la encía no se haga fibrosa y retenga la erupción de los dientes permanentes, además de que si se puede estos aparatos ayuden a la función masticatoria y estética.

Los dientes que se pierden con más facilidad en el síndrome de biberón son los incisivos superiores.

En este caso se hace una placa colocando los dientes faltantes, dando una retención con ganchos en posteriores y por medio del paladar de acrílico, este tipo de aparato ayuda a cumplir la función estética, a no crear hábitos orales (lengua, dedo) y además ayudara a que no haya problemas de fonética.

Este aparato debe ponerse cuando la pérdida de estos dientes es muy temprano 3-4 años, ya que cuando la pérdida es cercana a la fecha de exfoliación, no es importante considerar su restitución.

Quando se coloca este tipo de aparato es importante educar al paciente y a los padres ya que puede romperse con facilidad y se puede caer en frustraciones o fracasos, es importante que este aparato lo traiga el niño en la boca y sólo se lo quite para asearlo y en las noches la mucosa sin el constante contacto con el acrílico.

Los dientes que son afectados en segundo lugar son los primeros molares inferiores y superiores, cuando ninguna técnica restaurativa sirve para que ese diente permanezca en

boca y la única solución para eliminar el dolor, los problemas padodontales y problemas cariosos en dientes permanentes es la extracción, ésta debe realizarse pero pensando siempre en un -mantenedor de espacio.

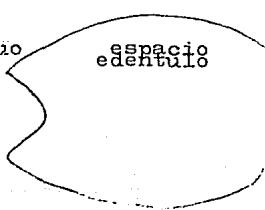
Los mantenedores de espacio deben colocarse en donde se hayan perdido los molares deciduos en forma prematura.

Cuando la pérdida es unilateral se coloca un aparato llamado banda-ansa, o corona-ansa.

Para colocar una banda-ansa debe utilizarse una banda bien ajustada, ésta debe colocarse en el diente adyacente al espacio en este caso sera en el segundo molar deciduo, con un alambre bastante grueso 0.750 a 0.875 mm, se hace un dispositivo que abarque el espacio edéntulo para alcanzar el diente adyacente por debajo del punto de contacto dental, el alambre se perfila para descanzar en los tejidos de ambos lados de las crestas con una abertura superficialmente ancha para permitir la erupción de las cuspides del diente permanente subyacente.

Para colocar una corona-ansa debe seleccionarse la corona, y realizar lo mismo que si fuera una banda. Puede realizarse la extracción del primer molar deciduo cuando vaya a colocarse el aparato. Para realizar el aparato se toma la impresión colocando la banda o la corona, al retirar la impresión la corona o banda se deben colocar en ésta, al hacer el positivo del modelo se debe de tratar de que no se mueva la corona- o banda para que no se modifique el modelo.

Canino deciduo



espacio edéntulo

Soldar a la corona que estara colocada en el segundo molar deciduo.

Después de colocado este mantenedor de espacio debe revisarse periodicamente tanto clínicamente como radiográficamente ya que si no se quita a tiempo puede ocasionar varios transtornos como: Desviarse la corona del diente subyacente debido a que el espacio vestibulo-lingual no fue lo suficientemente grande para que al empezar la erupción entrara, pero como esto no sucedio la corona se desvió y no pudo seguir erupcionando.

Debe tomarse muy en cuenta el diente que sirve de soporte para el mantenedor, ya que muchas veces ese diente fue exfoliado y el ansa queda volando motivo por el cual el molar empieza a mesializarse o bien el ansa desvia la erupción del diente permanente.

Cuando la pérdida es bilateral se puede colocar un aparato fijo o removible.

El aparato fijo se denomina arco lingual para la arcada inferior y arco palatino para la arcada superior, este aditamento puede realizarse con coronas o bandas, se utiliza la banda en aquellos casos en donde no exista ningun proceso carioso o la caries sea muy pequeña y se pueda reconstruir con amalgama. El uso de la corona está indicado en aquellos dientes en los que hubo necesidad de hacer pulpotomía o que el proceso carioso fuera muy extenso.

El matenedor de espacio debe revisarse periodicamente para evitar la erupción de los incisivos permanentes por lingual del alambre, si esto comenzara a ocurrir, hay que retirar el mantenedor de espacio hasta que los incisivos permanentes asuman una posición más hacia vestibular, luego se vuelve a insertar el arco lingual, debere vigilarse constantemente pa-

ra que no interfiera en la erupción de los premolares.

Para realizar el aparato superior se toma una impresión con las bandas o coronas colocadas, al tener el modelo se coloca un alambre que vaya de un lado a otro y que descansa sobre las arrugas palatinas y en esta parte se coloca un botón de acrílico para ayudar a la estabilidad e impedir que el alambre traumatice la mucosa palatina.

Aunque los segundos molares inferiores se afectan en menor grado es importante mantener el espacio cuando se hacen extracciones, para que el molar permanente no se mesialize, ya que el segundo molar deciduo sirve de apoyo y de guía para el principio de la erupción de los dientes permanentes.

Uno de los aparatos para mantener el espacio del segundo molar deciduo es la zapatilla distal, éste es un aparato unilateral, debe colocarse en el momento en que se haga la extracción del segundo molar deciduo, antes de que erupciona el primer molar permanente.

Cuando la pérdida de los segundos molares es bilateral y ya han erupcionado los primeros molares permanentes, se realiza un aparato bilateral ya sea fijo o removible.

El aparato fijo es un arco lingual que va sostenido de los molares permanentes por medio de bandas y se realiza igualmente un arco lingual para mantener el espacio de los primeros molares deciduos, esto es en dientes inferiores. Para dientes superiores se llama arco transpalatino, y va sostenido de los molares permanentes pero el arco atravieza el paladar a la altura de los molares.

Los aparatos fijos como mantenedores de espacio tienen unas ventajas, no los pueden sacar de la boca y andarlos jugando.

do y sea motivo de pérdida. Además este tipo de aparatos el niño los mantiene todo el tiempo en la boca lo cual indica que los efectos son mayores.

Una de las desventajas de este tipo de aparatos es que no ayudan a la función masticatoria.

Los aparatos removibles como mantenedores de espacio son más fáciles de perder, de romperse y de que el niño los tenga menos tiempo en boca y los resultados no sean del todo positivos. Una de las ventajas de este aparato es que ayudan a la masticación.

Para realizar un aparato removible se toma una impresión y se realiza el aparato con acrílico, ganchos y dientes prefabricados.

Con este tipo de aparatos y algunos aditamentos como resortes, se puede ejercer presión sobre algunos dientes y corregir su alineación durante la erupción. También es posible agregar acrílico para ajustar la oclusión. El acrílico puede ser contorneado para permitir las situaciones cambiantes de las zonas edéntulas cuando los premolares tienen que hacer erupción.

Al colocarse cualquier tipo de aparato debe considerarse de mucho más importancia el aspecto de la higiene bucal, ya que cualquier dispositivo tiende a aumentar la actividad cariiosa.

ENCUESTA Y CONCLUSION

Para concluir este trabajo se realizó una pequeña investigación y así poder verificar que el síndrome de biberón se presenta en aquellos pequeños en que su alimentación se basa en el biberón.

En esta encuesta se considero los hábitos alimentarios y los hábitos de higiene bucal.

En los hábitos alimentarios se tomo en cuenta el tipo de alimentación y la forma de ser alimentado. En el tipo de alimentación se clasifico en tres:

MALO.- En aquellos niños en que su alimentación se basa en alimentos que no se pueden clasificar dentro de los cuatro grupos básicos de alimentación, además en estos niños la alimentación no es variada y es a todas horas.

REGULAR.- En este tipo de alimentación se toman en cuenta los 4 grupos pero la cantidad y calidad no es suficiente ya que son combinados con alimentos que no tienen ningún valor nutritivo.

BUENO.- En este tipo de alimentación se toman en cuenta los cuatro grupos de alimentación y la cantidad y calidad son suficientes para una buena nutrición. Los alimentos no nutritivos se utilizan muy poco.

Lo que se considero en la forma de ser alimentado fue: el tiempo y frecuencia con que toma biberón y si ya no toma cuando dejo de tomarlo.

En los hábitos de higiene bucal se considero el aseo de la cavidad bucal y sus visitas al dentista.

Se reviso la boca de estos niños para saber si el síndrome de biberón se ha presentado.

El grupo consta de 25 niños en total, 11 niñas y 14 niños todos entre una edad de 3 años 6 meses y 4 años.

El porcentaje del tipo de alimentación fue:

MALA: 20% de los niños
 BUENA: 80% de los niños
 REGULAR: 0% de los niños.

El porcentaje de la edad en que los niños dejaron de tomar biberón es el siguiente:

1 año.	56 %
2 años	20 %
3 años	20 %
4 años	4 %

En los hábitos de higiene bucal no hubo un solo niño que tubiera un aseo constante de su boca y ningún niño a visitado al dentista.

Con los resultados de esta encuesta nos damos cuenta de que el problema de la caries por biberón se debe a que no se suprime el biberón al año de edad, que es la edad ideal para hacerlo.

Existen otros factores: La mala alimentación (alimentos que no se pueden incluir en los 4 grupos). La mala alimentación se basa principalmente en que no hay el tiempo ni la dedicación suficiente para preparar los alimentos por parte de las madres ya que en la encuesta el 80 % de los niños con síndrome de biberón son niños de una posesión desahogada, pero sus padres son personas ocupadas que no están al cuidado de los pequeños.

Es importante el aseo bucal y en estos niños es nulo.

ENCUESTA REALIZADA PARA VERIFICAR LA CAUSA DE LA
PRESENCIA DE LA CARIES POR BIBERÓN.
HISTORIA CLÍNICA.

NOMBRE DEL PACIENTE. _____

EDAD. _____ SEXO. _____ LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA. _____

Ocupación del padre. _____ de la madre. _____

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES. _____ NÚMERO DE HIJOS. _____

PERSONA ENCARGADA DE CUIDAR AL NIÑO. _____

HISTORIA MÉDICA.

TIPO DE ALIMENTACIÓN.

DESAYUNO. _____

COMIDA. _____

CENA. _____

HÁBITOS ALIMENTARIOS.

¿TOMAS BIBERÓN? _____ ¿CUÁNTAS VECES? _____ ¿DUERMES CON ÉL? _____

¿QUÉ CONTIENE EL BIBERÓN? _____ ¿CON QUÉ LO ENDULZAN? _____

¿CUÁNDO DEJASTE DE TOMAR EL BIBERÓN? _____

¿QUÉ MEDIO UTILIZAN PARA TRANQUILIZARTE CUANDO LLORAS? _____

¿CUÁNTAS VECES COMES AL DÍA? _____

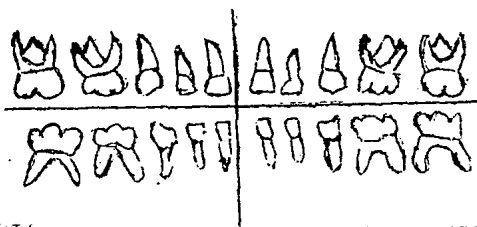
¿QUÉ COMES A LA HORA DEL RECREO? _____

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL.

¿CUÁNTAS VECES TE LAVAS LA BOCA? _____ ¿CÓMO? _____

¿CON QUÉ? _____ ¿TE HAN LLEVADO AL DENTISTA? _____

O D O N T O G R A M A .



AUSENCIA DENTARIA.
(0)

GRADO DE CARIES. C-1, C-2,
C-3, C-4.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Abraham E Nizel. Nutrition in preventive dentistry- Science and practice. Copyright. pp 454-473.
- 2.- Barber Thomas K. Odontología pediátrica. Manual moderno.
- 3.-Braham Morris. Odontología preventiva. Argentina 1984. --- pp 593-614,536-559, 615-643.
- 4.-Cimon Katz. Odontología preventiva en acción. Panamericana, Argentina.1975 pp 64-85.
- 5.- Cooper. Nutrición y dieta,interamericana decimo quinta edición 1968.pp 340-398.
- 6.- Dental abstracts. Noviembre 1981.
- 7.- Dental abstracts. Septiembre 1983.
- 8.- Dental science. 605-609.
- 9.- Holloway Swallon. Salud dental infantil. Editorial Mundi-Argentina 1977.pp 64-76.
- 10.- Practica odontologica. Mayo 1986.-pp 18-32.
- 11.- Practica odontologica. Enero 1987.-pp 6-14.
- 12.- P Krause Hunscher. Nutrición y dieta en clínica. Interamericana quinta edición 1983. pp 278-298.
- 13.- Paola Dominick. Odontología preventiva. Editorial mundi, Argentina 1981. pp 103- 110.
- 14.- Kruger, Cirugia buco-maxilo-facial. Panamericana, pp 58-78.
- 15.- Robert E. Hodges. Nutrición y medicina clínica. Interamericana, primera edición. pp 180-198.
- 16.- Rudol P Hotz. Odontopediatria. Panamericana, Argentina-1977. pp 87- 165.

- 17.- Samuel Leyt. Odontología pediátrica. Editorial Mundi,--
Argentina 1980.- pp 39-45.
- 18.- Sue Rodwell Williams. Copyright.1969. pp 368- 420.
- 19.- Revista ADM / Septiembre-Octubre 1975.