



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**FACTORES ALIMENTICIOS A CONSIDERAR PARA  
CONTROLAR EL RIESGO A CARIES EN LA PRIMERA  
INFANCIA.**

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE  
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A:

**ABNER LÓPEZ RÍOS**

TUTOR: Mtro. JUAN ENRIQUE CASTRO OGARRIO

ASESOR: Esp. CESAR DARÍO GONZÁLEZ NÚÑEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

## INDICE

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN.....                                    | 1  |
| OBJETIVOS:   |    |
| GENERAL.....   | 2  |
| ESPECIFICO.....                                      | 2  |
| MARCO TEORICO.....                                   | 3  |
| MUESTRA.....   | 24 |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....                          | 24 |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....                          | 25 |
| CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....                        | 25 |
| METODOLOGÍA.....                                     | 26 |
| ANALISIS ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS.....          | 30 |
| RESULTADOS.....                                      | 31 |
| CONCLUSIONES.....                                    | 35 |
| REFERENCIAS.....                                     | 36 |
| ANEXOS (31) entrevistas realizadas a los padres..... | 39 |

**FACTORES ALIMENTICIOS A CONSIDERAR PARA CONTROLAR  
EL RIESGO A CARIES EN LA PRIMERA INFANCIA.**



## INTRODUCCIÓN

Una de las enfermedades de mayor trascendencia a nivel mundial es la caries dental, los altos índices presentados en México según la encuesta nacional de caries en el 2000 es lo que me motivo para iniciar este proyecto y así conocer cuáles son los factores de riesgo en la alimentación de los niños en la primer infancia.

Todas las características y hábitos en la alimentación influyen de una manera significativa así como el entorno cultural en el que los niños se van a desarrollar para que estos presenten un alto índice a caries dental.

La familia, en especial la madre, es un pieza muy importante para que los niños de 0 a 3 años tengan la alimentación adecuada, ya que los pequeños se habituaran al tipo de alimentos que los mayores consuman, sin importar la cantidad de carbohidratos que estos contengan.

La economía, el trabajo, otros hijos y el estilo de vida acelerado son factores que intensifican el riesgo a caries. La falta de conocimiento acerca de la adecuada alimentación e higiene es lo que hace que desde edades muy tempranas se presenten lesiones de caries no solo en México sino en el mundo entero.



## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

- Conocer el porcentaje de madres y padres que no conocen la dieta adecuada para sus hijos en la primera infancia.

### **ESPECIFICOS**

- Conocer el nivel de riesgo a caries en los niños que asisten a atención dental en la Facultad de Odontología.
- Lograr que los padres que asisten para la atención dental de sus hijos en la primera infancia a la clínica de Odontopediatría en la Facultad de Odontología de la Universidad nacional Autónoma de México se sensibilicen en la alimentación y los factores de riesgo a caries.



## MARCO TEORICO

La caries dental es una enfermedad existente en todo el mundo, su prevalencia se encuentra entre el 60 y 90% de la población escolar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), esperan que la incidencia de esta enfermedad aumente en muchos países en vías de desarrollo especialmente asociado al aumento del consumo de azúcares, a la falta de exposición a los fluoruros, la excesiva ingesta de carbohidratos y a la higiene bucal deficiente que es considerada un importante factor de riesgo para la misma.

La caries dental es una enfermedad considerada infecciosa, su presencia y progresión genera importantes consecuencias en la salud de los niños tales como: desnutrición, que evita el adecuado desarrollo físico y mental de la población, problemas estéticos que pueden afectar la autoestima, problemas funcionales que afectan el lenguaje y fonación, así como ausentismo escolar y con ello pérdida de la salud integral.

Tras el período inicial de vida posnatal en el que todos los niños del mundo son alimentados con leche, el lactante inicia la diversificación alimentaria. Se entiende como “alimentación complementaria” cualquier alimento que sustituye a la leche materna y disminuye la cantidad ingerida de ésta. Esta aceptación de alimentos que están profundamente influidos por la cultura y los hábitos familiares y no tantos por otros factores como la edad o la situación socioeconómica en el momento de ser madres.

Los siguientes factores tienen un efecto importante en la salud dental:

La predisposición a las caries varía entre los individuos y entre los diferentes dientes dentro de una misma boca. La forma de la mandíbula y de la cavidad bucal, la estructura de los dientes y la cantidad y calidad de la saliva son importantes para determinar por qué algunos dientes tienen una mayor predisposición que otros. Por



ejemplo, algunos dientes pueden tener cavidades, pequeñas grietas o fisuras que permiten la infiltración de ácidos y bacterias más fácilmente. En algunos casos, la estructura de la mandíbula o de la dentición hace que la limpieza de los dientes o el uso de hilo dental sean más difíciles.

La cantidad y la calidad de la saliva determinan los índices de remineralización de los dientes. Por ejemplo, se suelen encontrar relativamente pocas caries en la parte anterior e inferior de la boca, donde los dientes están más expuestos a la saliva.

El tipo y la cantidad de las bacterias que generan caries presentes en la boca son también relevantes. Todas las bacterias pueden convertir los carbohidratos en ácidos, pero algunas familias de bacterias como las *Streptococci* y *Lactobacilli* producen ácidos en mayor cantidad. La presencia de este tipo de bacterias en la biopelícula aumentan el riesgo de caries. Algunas personas tienen niveles más altos de bacterias que causan caries que otras debido a una higiene bucal inadecuada o insuficiente.

En los últimos años ha comenzado una reducción en la incidencia de caries en la mayoría de los países europeos. Un aumento de la higiene bucal, incluyendo un cepillado diario y el uso del hilo dental para quitar la biopelícula, así como el uso de pasta de dientes con flúor, combinado con revisiones dentales periódicas, parecen ser los responsables de dicha mejora.

El flúor inhibe la desmineralización, fomenta la remineralización y aumenta la dureza del esmalte de los dientes, haciéndolos menos solubles a los ácidos. Una cantidad apropiada de flúor ayuda a prevenir y controlar la caries dental. El flúor se puede suministrar de forma sistemática mediante el agua de consumo público que es fluorada, otras bebidas con flúor o suplementos. Asimismo, se puede aportar de manera tópica, directamente en la superficie de los dientes mediante pasta de dientes, enjuagues bucales, geles y esmaltes.





En algunos países la sal, la leche u otras bebidas tienen flúor añadido y disponen también de suplementos de flúor en forma de comprimidos o líquida. Se debe tener en cuenta el nivel de flúor en el agua potable y en la comida cuando se evalúa la necesidad de tomar suplementos de flúor. Esto es especialmente importante en los niños menores de 6 años cuyos dientes aún se están desarrollando. Un exceso de consumo de flúor puede llegar a causar manchas en los dientes, lo que se conoce como "fluorosis".

El cepillado utilizando una pasta de dientes con flúor parece ser el factor más importante en el descenso de caries observado en muchos países. El cepillado y el uso del hilo dental ayudan de forma concomitante a la aplicación de flúor para eliminar bacterias de la boca y reducir el riesgo de caries y de enfermedades periodontales.

La aplicación regular de esmaltes fluorados que realizan los Cirujanos Dentistas, es una medida de prevención de formación de caries establecida en muchos países. Esta práctica es especialmente recomendada en niños con un alto riesgo de caries.

Las revisiones dentales regulares pueden ayudar a detectar y controlar problemas potenciales. Controlar y eliminar regularmente la biopelícula puede ayudar a disminuir la incidencia de caries. Si hay poca biopelícula, la cantidad de ácidos formados será insignificante y no se producirá la caries.

### **Factores de la dieta**

A pesar de que la reducción de las caries en muchos países ha estado relacionada en gran medida con el uso del flúor y la mejora de la higiene dental, los hábitos alimentarios juegan también un papel en el desarrollo de la caries.



Carbohidratos fermentables: durante muchos años el mensaje para evitar caries era “no comer demasiada azúcar ni alimentos azucarados”. En las últimas décadas el consumo de azúcar en muchos países se ha mantenido constante mientras que los niveles de caries han disminuido. Esto sugiere que cuando se practica una higiene bucal adecuada (p. ej. cepillado regular usando pasta de dientes con flúor) se manifiesta menos el papel del azúcar en la formación de caries.

Los carbohidratos de absorción rápida: comúnmente presentes en la dieta, son estimuladores de lesiones de caries y ejercen su efecto cariogénico local en la superficie del diente.

Las propiedades de los alimentos que modifican su potencial cariogénico son múltiples: textura, consistencia, propiedades acidogénicas, efecto protector de ciertos componentes, efecto sobre la colonización bacteriana, además de la cantidad y composición glucídicas.

El azúcar es una forma de hidrato de carbono fermentable, iniciándose su digestión en la cavidad bucal a través de la amilasa. Puede ser de tipo intracelular, integrado en la estructura celular de alimentos como las frutas y los vegetales, y de tipo extracelular, que se caracteriza por poseer calorías que promueven energía desprovista de cualquier valor nutritivo.

Está presente en varios alimentos industrializados por ser un excelente conservante y tener un sabor dulce. Los principales azúcares de la dieta son: sacarosa, presente en las golosinas, pasteles, frutos secos, catsup y bebidas gaseosas; glucosa y fructosa, encontradas en la miel y en las frutas; lactosa, presente en la leche y maltosa derivada de la hidrólisis de los almidones.



Una alta frecuencia de exposición del diente a los azúcares aumenta el riesgo de caries. Sin embargo, un gran número de hidratos de carbono fermentables, como el azúcar y el almidón, pueden ser fermentados por microorganismos bucales. La sacarosa tiene una importancia especial en el proceso de desarrollo de caries, cuando se compara con la glucosa, fructosa, maltosa y todos los otros hidratos de carbono fermentables. Muchos estudios señalan que no hay diferencia en la cariogenicidad entre el azúcar extracelular y intracelular, consumidos en una dieta equilibrada.

Las frutas consumidas en una dieta equilibrada no van a influir en la actividad de caries; éstas sólo tienen potencial cariogénico si son consumidas frecuentemente. Con relación a los frutos secos, todos los estudios indican que tienen un alto potencial cariogénico.

El grado de cariogenicidad de los almidones depende de varios factores. Los alimentos que contienen almidón, tales como el arroz, patatas y pan, tienen un bajo potencial cariogénico. Sin embargo, estos alimentos cuando son cocidos e ingeridos con gran frecuencia pueden favorecer al desarrollo de caries dental. La adición de azúcar a estos alimentos aumenta su cariogenicidad, volviéndose semejantes a los alimentos que únicamente contienen sacarosa.

La gelatinización de los almidones por varios grados de calefacción aumenta la habilidad de la amilasa salival para deshacer los almidones y estimular la disminución del pH. El contenido inicial de azúcar no es el culpable; el tipo de almidón y el tiempo de retención en la cavidad bucal, son los factores que van a determinar el riesgo cariogénico de los alimentos.

La dieta también puede ayudar en el proceso de remineralización cuando los alimentos tienen mucho calcio, fosfato y proteínas. Diferentes alimentos presentan



efecto anticariogénico. Los mecanismos propuestos para explicar los efectos anticariogénicos del queso son: el aumento del flujo salival, la inhibición de la biopelícula, y la disminución de la desmineralización y aumento de la remineralización debido a la presencia de calcio, fosfato y caseína. Los alimentos duros y fibrosos también poseen un efecto protector frente a la caries dental, debido a la estimulación de la secreción salival.

El consejo de reemplazar el azúcar por alimentos ricos en fécula (almidón) para evitar caries tiene un valor cuestionable. Actualmente se conoce que cualquier alimento que contiene carbohidratos fermentables (que estos sean azúcar o fécula) puede contribuir a la aparición de caries. Esto significa que, al igual que los dulces y golosinas, la pasta, el arroz, las patatas fritas, las frutas e incluso el pan pueden iniciar el proceso de desmineralización.

El uso de flúor, una óptima higiene oral y el control del consumo de azúcar (con la total o parcial sustitución de la sacarosa en la dieta por edulcorantes), forman una buena estrategia en la prevención de la caries dental. El sinergismo entre el xilitol y el flúor favorece la inhibición del metabolismo de la glucosa por los *S. mutans*. Aparentemente tienen un efecto inhibitorio en la adhesión de las bacterias y en su crecimiento o en la acumulación de biopelícula. Diversos estudios, han demostrado que el uso continuado de goma de mascar con xilitol reduce la biopelícula, así como aumenta el flujo salival y reduce la transmisión de la bacteria cariogénica de las madres a los niños. Igualmente, una reducción significativa de la actividad de caries se verificó en pacientes con elevado riesgo, que consumían regularmente goma de mascar con sorbitol.



El sorbitol, se utiliza bastante en la producción de chocolates y gomas de mascar. Este sustituto del azúcar es considerado como no cariogénico, aunque en solución pueda ser fermentado lentamente por los *S. mutans*. Se ha demostrado que el sorbitol tiene un poder anticariogénico con un uso prolongado y en pacientes que presentan xerostomia.

La presencia de bacterias y carbohidratos fermentables no son los únicos factores que intervienen en la aparición de la caries. Otros factores que también pueden intervenir son la predisposición de la superficie de los dientes, la frecuencia de las comidas, las propiedades intrínsecas de los alimentos que afectan a su eliminación, las prácticas de higiene bucodental, la disponibilidad de flúor, factores genéticos y la cantidad y composición de la saliva.

La saliva contiene minerales protectores (calcio) y selladores que ayudan en la remineralización del esmalte de los dientes y la neutralización del medio ácido. Contiene asimismo una reserva de flúor que ejerce sus efectos protectores reduciendo la eficacia de las bacterias acidógenas o la susceptibilidad del esmalte a la disolución ácida. En circunstancias normales, la desmineralización que se produce tras cualquier comida que incluya carbohidratos fermentables se repara por medio de la sustitución del material perdido con los minerales presentes en la saliva.

Sin embargo, si se rompe el equilibrio entre la desmineralización y la reparación a favor de la primera, como resultado de un consumo frecuente de carbohidratos por estas bacterias acidógenas, puede aparecer un área focal donde la estructura del esmalte se vuelve porosa. Esta área se denomina “mancha blanca” o “lesión incipiente” y se puede reparar de forma espontánea. Si persiste el ataque ácido, sin que el proceso natural de reparación pueda compensar la desmineralización, se producirá una pérdida mayor de la estructura de la superficie del diente, sobreviniendo la invasión bacteriana de la cavidad resultante.



En esta etapa ya es poco probable la reparación espontánea y para evitar danos mayores será necesario que se trate la cavidad.

La relevancia de la influencia del azúcar en el proceso de la caries dental ha sido objeto de investigación y debate durante más de 100 años.

Características de los alimentos: las características físicas de un alimento, especialmente cuánto se pega a los dientes, también afectan al proceso de formación de caries. Los alimentos que se pegan a los dientes aumentan el riesgo de caries, en comparación con los alimentos que desaparecen de la boca rápidamente. Por ejemplo las patatas fritas y las galletas se pegan a los dientes durante más tiempo que otros alimentos, como los caramelos y las golosinas. Esto se puede deber a que los caramelos y las golosinas contienen azúcares solubles que desaparecen más rápidamente gracias a la saliva.

Cuanto más tiempo se queden los alimentos que contienen carbohidratos alrededor de los dientes, más tiempo tienen las bacterias para producir ácido y mayor es la posibilidad de desmineralización.

### **Nacimiento-1 año de edad**

Una nutrición adecuada es muy importante en este periodo del desarrollo dentario. Una malnutrición en el primer año de vida puede producir hipoplasias en el esmalte, aumentándose el riesgo de caries.

La lactancia materna se recomienda por sus beneficios sobre la salud en general. Al mismo tiempo se sugiere la utilización de suplementos vitamínicos en la dieta infantil, ya que estos pueden reducir la prevalencia de hipoplasia del esmalte. En el primer año de vida hay un cambio en la alimentación; de una dieta basada



exclusivamente en lactancia hacia una variedad de alimentos. En este momento se puede influir positivamente en la adquisición de hábitos dietéticos saludables.

Con un año de edad, las madres deben motivar al niño para sustituir el biberón por un vaso entrenador. No obstante, una frecuente exposición a bebidas azucaradas con el vaso entrenador aumenta el riesgo de caries; estas bebidas azucaradas deben ser limitadas.

La presencia en boca de hidratos de carbono mientras el niño duerme, favorece la aparición de lesiones, debido al menor flujo salival en este momento y a la menor autoclisis, por reducción del reflejo de la salivación. Estas lesiones se denominan síndrome de caries del biberón; actualmente se prefiere incluir en un cuadro más amplio denominado “Caries de la infancia temprana”, porque otros factores pueden influir en la aparición de caries en esta edad. Los hábitos alimentarios no son la causa primaria, sino un factor favorecedor de la caries de primera infancia.

### **Alimentación de 4 a 6 meses**

Inicio de la alimentación complementaria. Pueden introducirse el zumo de naranja o mandarina, la papilla de fruta (manzana, pera, plátano) y los cereales sin gluten; dejando pasar al menos 2 semanas entre la introducción de uno y otro para comprobar su tolerancia. Complementar la alimentación con una toma de pecho o biberón.



### **Alimentación a los 6 meses**

Cambio de la leche de inicio o tipo 1 por la leche de continuación o tipo 2. Introducir las verduras (patata, judías verdes, zanahoria, calabacín, puerro); una semana después introducir el pollo. A partir de los 6 meses de edad, hay que garantizar un aporte mínimo de leche de medio litro diario.

### **Alimentación a los 7 meses**

Introducir la ternera, añadida al puré de verduras, alternando cada día con el pollo. También se puede introducir el yogur natural adaptado. Toma de leche materna o de continuación.

### **Alimentación a los 8 meses**

Introducir el gluten en la dieta del niño. Cambiar los cereales sin gluten por los cereales con gluten, elaborando la papilla de igual forma con leche de continuación. Introducir de forma progresiva nuevas verduras y frutas de temporada.

### **Alimentación a los 9-10 meses**

Introducir el pescado blanco (rape, merluza, lenguado, pescadilla), fresco o congelado. Añadir al puré de verduras, de manera que sea alternado cada día el puré con: pollo, ternera o pescado blanco; se recomienda 1 a 2 veces por semana.





### **Alimentación a los 10-12 meses**

Introducir en la dieta la yema de huevo cocida de forma progresiva para comprobar su tolerancia (la clara de huevo es potencialmente más alergénica y por eso, sólo debe introducirse pasado el año de edad). Se añade a la papilla de verduras, máximo 2 veces por semana alternando con carne y pescado.

### **De 1 a 2 años de edad**

Entre los 12 y 24 meses de edad son introducidos una variedad de alimentos nuevos (pescado azul, cacao, postres lácteos, miel), por lo que los padres deben considerar la variedad, moderación y atención de los distintos alimentos. Un alto consumo de azúcar constituye un problema para la salud oral y general, porque los alimentos con alto contenido de azúcar tienen pocos nutrientes y no pueden sustituir comidas con mayor contenido nutricional.

Un ejemplo de este problema es el elevado consumo de zumos, especialmente los que tienen mucha frutosa y sorbitol, que muchas veces causa diarreas. Los zumos de fruta que debe tomar el niño serán naturales. Los niños deben llevar a cabo una buena dieta, aunque es esencial dejar que ellos tomen la decisión de cuándo y cuánto comer. Es decir, no forzar la alimentación.

Frecuencia de consumo: existen debates acerca de la importancia relativa de la frecuencia del consumo de carbohidratos y su relación con las caries. Como en el caso de la relación entre dieta y caries, este vínculo parece debilitarse con la adopción de una buena higiene bucal y flúor.

Cada vez que se muerde un alimento o se sorbe una bebida que contiene carbohidratos, cualquier bacteria causante de caries que se halle presente en los dientes comienza a producir ácidos, iniciando la desmineralización. Este proceso continúa durante 20 o 30 minutos después de comer o beber, o más tiempo si hay



restos de comida atrapados localmente o que permanecen en la boca. En los períodos entre las distintas ingestas (de comida y/o bebida) la saliva actúa para neutralizar los ácidos y ayudar en el proceso de remineralización.

Si se come o se bebe frecuentemente, no tiene tiempo el esmalte de los dientes para remineralizarse completamente y las caries comienzan a producirse. Por eso comer o beber continuamente durante todo el día no es aconsejable. El mejor consejo es limitar el número de ingestas (consumo de comida y/o bebidas) con carbohidratos a no más de 6 veces al día y asegurarse de que los dientes se cepillen usando una pasta de dientes con flúor dos veces al día.

La caries del biberón o caries de la lactancia es una patología en la que los dientes de los niños se dañan debido a una exposición frecuente y prolongada a bebidas con azúcares, normalmente por medio del biberón. En particular, los problemas aumentan cuando se acuesta a los niños con biberones de leche de fórmula o zumo. El flujo de saliva se reduce mucho durante el sueño y los líquidos dulces permanecen alrededor de los dientes durante largos períodos de tiempo. Esto crea el entorno perfecto para que se desarrolle la caries dental.

Recomendaciones dietéticas generales para una mejor salud bucal y general:

- La alimentación debe ser siempre variada y equilibrada, consumiendo cada día lácteos (aporte mínimo diario de medio litro de leche), verduras, hortalizas, pan, cereales, pasta, arroz y frutas. De 3 a 4 veces por semana carne; lo mismo para el pescado; 2 veces por semana huevo. Y de 2 a 3 veces por semana legumbres a partir de los 2 años de edad.
- Establecer una combinación de comidas para reducir el riesgo de caries y erosión. Ingerir diariamente carbohidratos fermentables y otros azúcares,



pero siempre en las comidas y evitarlos entre las mismas. Añadir vegetales y frutas en las comidas para aumentar el flujo salivar.

- La preparación de los alimentos debe evitar el exceso de sal y de otros condimentos fuertes. Su presentación debe tener textura adecuada a la capacidad de masticación del niño en cada etapa.
- La alimentación se va convirtiendo progresivamente en una alimentación muy próxima a la del adulto, hasta igualarla.
- Reducir el consumo de sacarosa por debajo de 50 g/día.
- Reducir la frecuencia de consumo de azúcar y productos azucarados, preconizando la utilización de edulcorantes no cariogénicos.
- Evitar comer o “picar” entre comidas.
- Disminuir el consumo de alimentos pegajosos o viscosos, ya que se adhieren más a la estructura dental.
- Promocionar el uso de xilitol en gomas de mascar y golosinas durante el periodo perieruptivo.



- Las gomas de mascar deben contener flúor, aumentando su concentración en boca particularmente en el lado que son masticados. Largos períodos consumiendo goma de mascar, resultan en un mejor restablecimiento del pH de la placa después de una bajada causada por una ingesta de azúcar.
- Evitar el biberón con leche, zumo, u otra bebida azucarada cuando los niños van a dormir.
- Sustituir los carbohidratos fermentables en el biberón nocturno de los niños por pequeñas cantidades de edulcorantes cariostáticos como el xilitol y sorbitol.

Alimentos protectores: algunos alimentos ayudan a protegerse contra las caries. Por ejemplo, los quesos curados aumentan el flujo de saliva. El queso también contiene calcio, fosfatos y caseína, una proteína láctea que protege contra la desmineralización.

Terminar una comida con un trozo de queso ayuda a contrarrestar la acción de los ácidos producidos por los alimentos ricos en carbohidratos consumidos en la misma comida. La leche también contiene calcio, fosfato y caseína, y el azúcar de la leche, la lactosa, es menos cariogénico (causante de caries) que otros azúcares. Sin embargo se han encontrado caries en niños a los que se les alimenta por seno materno y que lo piden con frecuencia.

Es muy difícil retirar el azúcar de la dieta cuando éste es un ingrediente adicional para conferir sabor a muchos alimentos procesados. Sin embargo, reducir la cantidad de azúcar y la exposición al mismo en la dieta humana, especialmente en los niños, es una consideración importante en la prevención de la caries. Los



edulcorantes no cariogénicos, constituyen una alternativa a los azúcares si son usados con moderación. Todos los edulcorantes pretenden ser menos cariogénicos que la sacarosa y pueden ser clasificados en edulcorantes calóricos y no calóricos.

### **Edulcolorantes no calóricos**

Poseen un fuerte sabor, no contienen ningún componente energético y no son transformados en ácidos por las bacterias. Se debe evitar su utilización en niños, a excepción del aspartamo que puede ser utilizado en el control del peso y en pacientes diabéticos. Entre ellos podemos destacar: ciclamato, sacarina, aspartamo, acesulfame K.

### **Edulcolorantes calóricos**

Los alcoholes del azúcar son los más comunes. Éstos no bajan el pH de la biopelícula. Todos los alcoholes tienen un efecto osmótico en el intestino. Destacamos entre ellos: xilitol, sorbitol, manitol, lactitol, Maltitol, esteoviosídeo.

Otros azúcares sustitutos de la sacarosa son utilizados ampliamente, tal como el jarabe de maíz con alto contenido en glucosa, muy usado en Estados Unidos, y el azúcar invertido, compuesto por 50 por ciento de fructosa más 50 por ciento de glucosa, usado normalmente como edulcorante para comida del bebé.

El gusto por el dulce es humano y universal; cuanto mayor es la exposición a los productos dulces, mayor es la preferencia por el dulce, y consecuentemente mayor es el consumo de azúcar.



Los productos buenos para los dientes se producen usando ingredientes para endulzar que no pueden ser fermentados por las bacterias de la boca. En esta categoría entran edulcorantes intensos como sacarina, ciclamato, acesulfamo-K y aspartamo, y los sustitutos del azúcar como isomalt, sorbitol y xylitol. Las gomas de mascar sin azúcar usan estos endulzantes.

El sabor dulce y la masticación estimulan el flujo de saliva, lo que contribuye a la prevención de caries. Estas gomas de mascar pueden contener minerales como calcio, fosfato y flúor, para mejorar el proceso de reparación. Algunos estudios han informado de que las gomas de mascar sin azúcar consumidos tras una comida aceleran la limpieza de los restos de alimentos y reducen la tasa de desarrollo de caries en los niños. Los productos “amigos” de los dientes tienen que superar pruebas específicas para obtener la aprobación de “seguros para los dientes”.

Por lo general los padres intentan seguir las recomendaciones de los expertos o de las organizaciones científicas durante el primer año de vida del niño, sin embargo, a medida que el lactante progresa en el uso de alimentos de mesa, la dieta de la familia va adquiriendo una influencia mayor. Las preferencias de las madres tienen una profunda influencia en las de los niños, y se mantienen, al menos, hasta los ocho años de edad, por tanto se necesita informar y capacitar a los padres acerca de la alimentación de los lactantes y niños pequeños.

Tres conceptos muy importantes que comprende la educación en alimentación y que son diferentes pero están íntimamente relacionados son: alimentación, nutrición y dietética.

### **Alimentación**

Proceso voluntario y consciente en el que se eligen, se preparan y se ingieren los alimentos. En este proceso intervienen diversos factores culturales, económicos,



sociales, psicológicos y educativos que influyen en las costumbres alimentarias de las personas.

### **Nutrición**

Conjunto de procesos inconscientes e involuntarios que convierten a los alimentos en sustancias químicas más simples para que puedan ser absorbidas en el intestino y conducidas por la sangre, llegando a los tejidos y constituyendo reservas de energía. Tiene varias etapas: deglución, digestión, absorción, transporte metabolismo y almacenamiento.

### **Dietética**

Ciencia que se ocupa del cálculo y la determinación de las raciones alimenticias según el trabajo, la etapa de desarrollo, el estado de salud de una persona y situaciones especiales, como embarazo, lactancia y/o deporte.

La leche materna es el alimento óptimo para el lactante y su composición es la ideal para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 4 a 6 meses de vida.

La OMS/UNICEF ha publicado unas recomendaciones para las maternidades con el fin de aumentar las posibilidades de una lactancia materna con éxito.

En síntesis, la lactancia materna ha de ser:

- Precoz (inmediatamente después del parto, si la madre está en condiciones).
- Exclusiva (sin agua, suplementos o chupones).
- A libre demanda (con horario y duración de las tomas flexibles, permaneciendo el niño en la habitación con la madre).



El saber médico actual reconoce la importancia del contexto cultural en las prácticas de alimentación infantil de diversas maneras, entre ellas, cuando considera que lo cultural tiene un peso relativo muy superior al que pueda tener en otras edades de la vida y que “higiene” y “alimentación” son los factores culturales más reconocidos por los pediatras aunque generalmente los describen como “falta de” cultura.

El estado nutricional está determinado por factores económicos, sociales y culturales, y por la disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos. Estudios realizados en América Latina y en los países en desarrollo coinciden en que el bajo poder adquisitivo, el limitado nivel educativo y las malas condiciones de higiene de los alimentos se relacionan con las altas tasas de desnutrición, además de la interacción entre la desnutrición y las infecciones, que se agravan mutuamente.

En la infancia se imitan algunas preferencias alimentarias de familiares, amigos y de personas que ellos consideren modelo para la alimentación, con variados efectos en el patrón de alimentación que pueden contribuir a riesgos para la nutrición y a un compromiso del estado de salud. La influencia de la madre es bastante fuerte en esa etapa, porque es ella quien decide los alimentos que compra y prepara de acuerdo con su capacidad económica, la disponibilidad de tiempo y los conocimientos y preferencias que tenga para la selección de alimentos.

Las interacciones del niño con su medio ambiente, y en especial con el encargado de su cuidado, cobran particular importancia en los primeros años de vida. Las características de este vínculo afectivo pueden favorecer o afectar negativamente en la formación de gustos y rechazos.





## Los gustos y preferencias alimentarias

En este proceso de aprendizaje de hábitos alimentarios es muy importante el rol materno en la forma como el niño comienza a generar la aceptación a un alimento o el rechazo, si bien es cierto que en la elección alimentaria existen determinantes biológicos o predisposiciones genéticas como la preferencia innata por los sabores dulces y la aversión por los sabores amargos; como quiera que sea, la gran mayoría de las preferencias y rechazos son aprendidos en el proceso de crianza.

Los primeros años de la vida resultan cruciales para el desarrollo humano, constituyen un lapso de vital importancia en el que confluyen desde cuestiones alimentarias, de instituciones y servicios de salud, de roles sociales y de prácticas socioculturales de crianza hasta la dinámica de los mercados de alimentos infantiles, incluyendo las regulaciones estatales y el complejo mercadotécnico que subyace en la publicidad de estos productos.

En este sentido, todos los procesos referidos a la alimentación y la nutrición infantil, son bioculturales, es decir, tienen una base biológica como sustrato para los procesos metabólicos, pero son moldeados por la cultura.

Las influencias precoces en la alimentación del lactante y el niño pequeño condicionan a las preferencias futuras por determinados alimentos. Existe una tendencia natural en el recién nacido a aceptar los sabores dulces y rechazar los amargos, lo que constituye una ventaja para la especie. Los niños que reciben lactancia materna tienen preferencia por los sabores que experimentan a través de la leche que, en general, constituyen los hábitos tradicionales de su cultura. A medida que el niño crece, otros factores entran en juego que diluyen en partes esos factores condicionantes iniciales. Los sabores a los que el niño se ve expuesto en los primeros meses de la vida se aceptan mejor que si la exposición se produce más tarde en la niñez.



El riesgo puede ser definido como la probabilidad de que los miembros de una población definida desarrollen una enfermedad en un período. Por definición, se nota la convergencia de tres dimensiones siempre relacionadas con el concepto de riesgo: ocurrencia de la enfermedad, denominador de base poblacional y tiempo.

Junto al concepto de riesgo se emplean los términos indicadores y factores de riesgo. Los indicadores de riesgo (IR) son las variables asociadas con una enfermedad. Son determinados con estudios de casos y controles o de corte transversal, por lo que no pueden determinar si el factor estuvo presente antes del ataque de la enfermedad. Pueden ser útiles para reconocer y señalar grupos de alto riesgo. En cambio, el factor de riesgo (FR) es un factor asociado con una probabilidad aumentada de que un individuo desarrolle una enfermedad particular (implica causalidad).

Para determinarlos se deben emplear estudios prospectivos (que identifican un factor de riesgo potencial antes que la enfermedad desarrolle). En contraste, muchos estudios emplean la expresión predictor de riesgo para referirse tanto a los factores como a los indicadores de riesgo empleados para predecir la incidencia de caries dental en estudios longitudinales.

La evaluación del riesgo de caries dental es de mucha importancia dentro de la profesión por las siguientes razones :

### **Vigilar la salud dental**

Identificar pacientes que necesitan servicios preventivos agresivos. La detección temprana de los individuos en alto riesgo de caries dental, es de suma importancia. La ganancia puede ser expresada tanto en términos de salud oral y economía. Esto



subraya la importancia de hallar métodos predictivos precisos que con razonable certeza pueda identificar un individuo con alto riesgo de caries dental lo que permitiría aplicar selectivamente las medidas preventivas, ayudando así a bajar el costo por estas actividades y mejorar su eficiencia.

## **Cuidado**

Al identificar exitosamente el grupo de alto riesgo, el grupo bajo riesgo de caries dental también será definido. Así como el cuidado más intensivo para el grupo de alto riesgo, el cuidado preventivo para el grupo de bajo riesgo puede ser reducido a un nivel proporcional con el menor patrón de enfermedad esperado.

Para seleccionar apropiadamente los intervalos de control odontológico al paciente y su plan de tratamiento o manejo de la caries dental. Identificar pacientes que requieren medidas de control de caries dental y valora el impacto de estas medidas. Cuando un curso de tratamiento dental es completado, el Cirujano Dentista y el paciente decidirán cuando sería sabio examinar que todo está aun bien. Este intervalo de control odontológico estará basado en parte en una evaluación del riesgo de una progresión de la enfermedad adicional. Por ello, la evaluación y reevaluación debería volverse una parte integral del trabajo de cada paciente y los pacientes con riesgo alto de caries dental necesitarán tener los factores de riesgo controlados antes de iniciar un tratamiento muy costoso o complejo.



## **MUESTRA**

### **UNIVERSO DE ESTUDIO**

Pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México registrados en admisión.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Pacientes del Diplomado de Odontología para el bebé de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México registrados en admisión.

### **MUESTRA**

Aleatoria por conveniencia

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Niños entre 0 y 36 meses de edad

Padres de pacientes que acepten una entrevista con el Cirujano Dentista

Padres de pacientes que acepten su revisión oral

Padres de pacientes que firmen consentimiento informado



## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Niños mayores de 36 meses de edad

Padres de pacientes que no acepten una entrevista con el Cirujano Dentista

Padres de pacientes que no acepten su revisión oral

Padres de pacientes que no firmen consentimiento informado

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Padres que no contesten certeramente durante la entrevista



## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal que se llevó a cabo con una muestra aleatoria de padres que sus niños asistieron a la Clínica del Bebé de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México durante el periodo de Agosto a Diciembre del 2010.

Una vez que se les plantea a los padres, que se realizará un estudio para conocer el riesgo a caries y la información con la que cuentan ellos sobre la higiene de sus hijos en la primera infancia.

Para la determinación del nivel de riesgo:

Existe una adaptación de las tablas existentes propuestas por la Profa. Ángeles Mondragón y el Mtro. Juan Castro, con el fin de agilizar el diagnóstico presuntivo y determinar el factor de riesgo a caries en la plática con los padres.

| <b>RIESGO BAJO</b>                           | <b>RIESGO MEDIO</b>                             | <b>RIESGO ALTO</b>                             |
|--|---|--|
| No refiere alimentación nocturna             | Alimentación nocturna ocasional                 | Alimentación nocturna habitual                 |
| Higiene bucal regular                        | Higiene bucal irregular                         | Higiene bucal ausente                          |
| Ingesta de carbohidratos 0 a 3 dosis diarias | Ingesta de carbohidratos de 3 a 6 dosis diarias | Ingesta de carbohidratos 6 o mas dosis diarias |
| Esmalte sano                                 | Zonas hipocalcificadas                          | Caries presentes                               |
| Salivación abundante                         | Salivación aceptable                            | Salivación escasa                              |

Fuente directa



La tabla establecida por el Mtro. Juan Castro y la Profa. Ángeles Mondragón tiene la siguiente interpretación una vez entrevistado a cada uno de los padres.

## **Riesgo bajo**

Se determina al seleccionar 3 ò más caracteres en la primera fila.

## **Riesgo medio-bajo**

Se determina si se completan 2 caracteres en la 1ª fila y 2 en la 2da.

## **Riesgo medio**

Se determina si la mayoría de los caracteres de la fila media son seleccionados.

## **Riesgo medio-alto**

Se determina si la mayoría de los caracteres se ubican entre las 2 columnas respectivas.

## **Riesgo alto**

Se determina si 3 ò más caracteres de la tercer fila son seleccionados.



La entrevista fue muy sencilla, se le hicieron preguntas indirectas a los padres para que ellos nos orientan a los consumos de azúcares de sus hijos. De todos los padres que asistieron con sus hijos, 31 decidieron participar en el estudio y 5 se negaron a participar.

En base a la tabla que nos proporcionó el Mtro. Juan Castro, se realizó el siguiente esquema que contiene imágenes de los alimentos más cotidianos que los padres dan a sus hijos, encima de las imágenes hay un cuadro donde se anotó la cantidad de veces que el niño ingería dicho alimento, la sección superior para la alimentación durante el día y la sección inferior para la alimentación durante la noche, también se anexo un cuadro donde se anotó la cantidad de veces que los padres realizaban un tipo de higiene durante el día y la noche.





DIA



Nombre del bebé:

Edad:



NOCHE



|          |
|----------|
| LIMPIEZA |
| 1        |
| 2        |
| 3        |



|       |  |
|-------|--|
| LECHE |  |
| AGUA  |  |

Fuente directa



## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS**

El plan de análisis de los resultados en la investigación realizada se llevó a cabo con el programa Excel.

Una vez obtenidos los resultados de las encuestas se procede a realizar las tablas con los porcentajes obtenidos.

Los resultados obtenidos se graficaron en forma circular con medidas de tendencia central y considerando la desviación estándar.



## RESULTADOS



Según los datos obtenidos durante las encuestas realizadas a los padres, la tabla 1 muestra que el 57% de los niños que asistieron a consulta presentan un nivel de riesgo alto, el 33% de la muestra fueron niños que presentaron un nivel de riesgo medio alto, el 9% de la muestra se encontró que presentaron un nivel de riesgo medio y el 2% de la muestra fueron pacientes que presentaban un nivel de riesgo medio bajo, sin que se presentara ningún paciente con nivel de riesgo bajo, estos datos obtenidos bajo nuestro estudio son muy importantes para conocer el riesgo en México a pesar de que la muestra es muy pequeña los datos revelan el resultado que la Universidad Nacional Autónoma de México debe incluir para conocer el riesgo de toda su población.



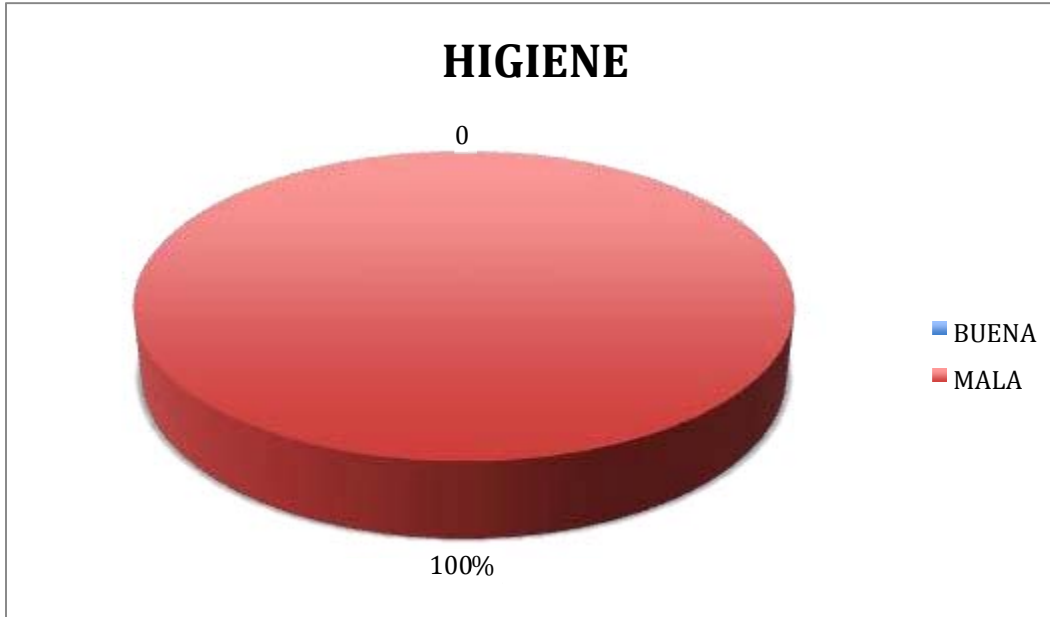
## CONOCIMIENTO DE LOS PADRES ACERCA DE LA DIETA DE SUS HIJOS



En cuanto al conocimiento de la dieta e higiene de sus hijos, en la primer consulta 4 padres respondieron conocer esta información, que corresponde al 13% mientras que los 27 restantes desconocen a detalle la información solicitada, que corresponde al 87% restante.



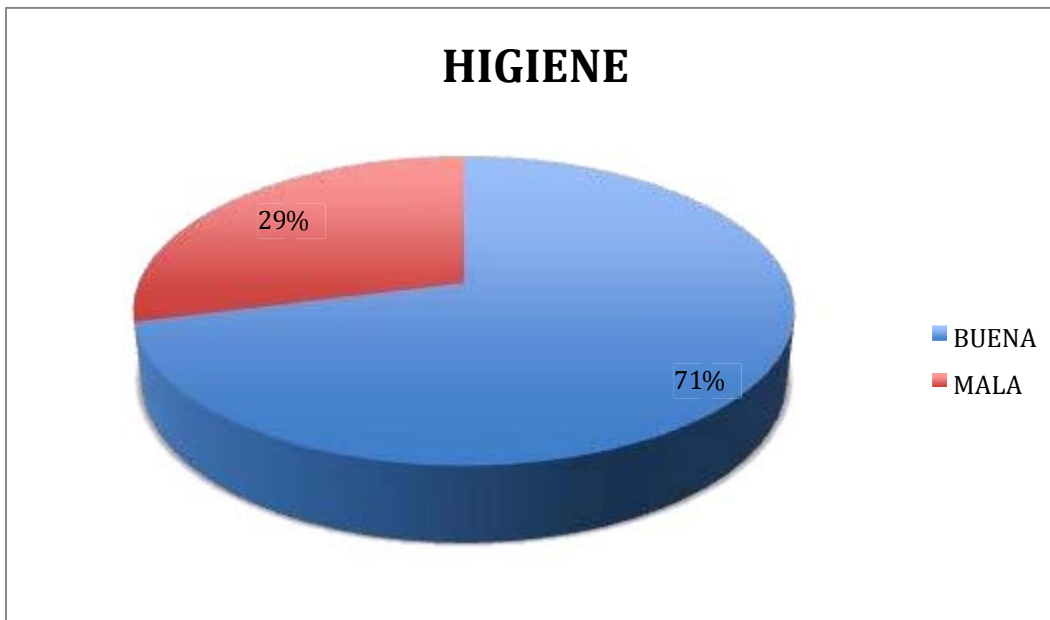
## CONOCIMIENTO DE LOS PADRES ACERCA DE LA HIGIENE DE SUS HIJOS



Durante el estudio realizado al interrogar a los padres acerca de la higiene de la boca de sus hijos el 100% no conoce como realizarlo adecuadamente, así como el desconocimiento total de que desde la primera infancia deben realizar higiene.



## SEGUIMIENTO



22 niños que sus padres los llevaron a atención odontológica después de 15 días con las medidas de higiene de prevención para disminuir el riesgo a caries presentaron mejoría y su cavidad oral con limpieza donde realmente se observaron cambios significativos.

9 niños que sus padres los llevaron a atención odontológica después de 15 días con las medidas de higiene de prevención para disminuir el riesgo a caries no presentaron mejoría y se presentaron higiene deficiente igual que en la primer consulta.



## CONCLUSIONES

- La población mexicana representada en nuestra muestra revela que cerca del 60% de la población presenta un nivel de riesgo a caries considerado como alto.
- Del 90 al 100% de la población desconoce que la higiene bucodental comienza desde la primera infancia.
- Más del 50% de la muestra presento cambios desde la primer cita de seguimiento por lo que los profesionales de la salud debemos de tomar tiempo para sensibilizar a la población sobre las medidas de higiene y prevención para disminuir el riesgo a caries.
- Los datos revelados en nuestro estudio se dejan abiertos para futuras investigaciones, siendo esta, una base muy importante.



## REFERENCIAS

- 1.-Gallegos Ramírez Sandra. La alimentación infantil. Revista digital innovación y experiencias educativas. Numero 35 octubre de 2010.pp 1-9.
- 2.-Moreno Villares José Manuel, Galiano Segovia MJ. El desarrollo de los hábitos alimentarios en el lactante y el niño pequeño. Sentido y sensibilidad. Revista pediátrica de atención primaria Vol. VIII, suplemento 1, 2006,pp. 11-25.
- 3.-Cuèllar-González Maria De los Ángeles, Hernández-Gallardo Irma, MondragónMojica Marina, Martínez-Herrera Eva, Rodríguez-López Amalia. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de estancias infantiles. Gac Méd. Méx. Vol.136 N\* 4,2000. pp. 391-397.
- 4.-Vera Hermosillo Heriberto, Valero Princet María Guadalupe Yolanda, Reyes Nájera Alicia, Luengas Quintero Elisa. Niñas y niños libres de caries en México. Revista ADM. Vol. LXVIII. Número 5. pp. 217-22.
- 5.-Peraza Roque Georgina J. Lactancia materna y desarrollo psicomotor. Rev. cubana Med gen integr 200;402-5.
- 6.-Mattos Vela Manuel Antonio, Melgar Hermoza Rosa A. Riesgo de Caries Dental. Rev. Estomatologica Herediana 2004: 101-106.





7.-Flores Huerta Samuel, Martínez Andrade Gloria, Toussaint Georgina, Adell-Gras Amapola, Copto-García Alfonso. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases técnicas. Medigraphic Artemisa en línea. Vol. 63, marzoabril 2006. pp. 129-143.

8.-García-Ramos Estarriol L., González Díaz J.P, Duque Hernández J., Hábitos alimentarios e ingesta dietética en el primer año de vida. Anales Españoles de Pediatría. Vol. 52, N° 6, 2000. pp. 523-529.

9.-Cazares Moreal Lilibeth Celina, Ramos Peña Esteban G., Tijerina González Liliana Z. Incremento del riesgo de padecer caries dental por consumo hidratos de carbono con alto potencial cariogenico. Medigraphic Artemisa en línea. Vol. 10 N° 3. JulioSeptiembre 2009.

10.-Tello Meléndez Percy Gustavo. Estudio epidemiológico de la prevalencia de caries y su relación con los hábitos alimentarios y de higiene bucal en los niños de 6 a 36 meses de edad. Facultad de Estomatología de la UIGV. 2000.

11.-Montero Canseco Delia, López Morales Patricia, Castrejón Pérez Roberto Carlos. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Revista odontológica mexicana. Vol. 15, Núm. 2. Abril-junio 2011. pp. 96-102.

12.- Navas P. Rita, Julia Álvarez Carmen, Rojas- morales Thais, Zambrano Olga. Metodología estratégica para la participación de los padres en los cuidados de la salud bucal de niños preescolares. Instituto de investigaciones, Facultad de Odontología, universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.



13.- Restrepo M. Sandra Lucía, Maya Gallego Maryori. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. Boletín de antropología Universidad de Antioquia, Medellín. Vol. 19 N\* 36. pp. 127-148.

14.-Molina Frechero Nelly M., Castañeda Castaneyra Raül Enrique., Gaona Enrique, Mendoza Roaf Patricia., González Montemayor Tomás. Consumo de productos azucarados y caries dental en escolares. Revista mexicana de pediatría. Vol. 71. Enero-feb. 2004. pp. 14-16.

15.-Caudillo Joya Tomás. Adriano Anaya Ma. Del Pilar. Caries dental y hábitos bucales en la población preescolar. Revista ADM. Vol. LXV. N\* 4 Julio-Agosto 2009. pp. 46-54.

16.-Zelocuatecatl Aguilar Alberto, Ortega Maldonado Miriam, De la Fuente Hernández Javier. Asociación entre el índice de masa corporal y las condiciones bucales en escolares. Revista Odontológica Mexicana. Vol. 9, N\* 4 diciembre 2005. pp. 185-190.

17.-Hernández Franco Daniel, Barberena Rioseco Cristina, Camacho Prudente José Ángel, Vera Llamas Hadid. Desnutrición infantil y pobreza en México. N\* 12 de Cuadernos de Desarrollo Humano. 2003. pp. 9-25.



ANEXOS

**DÍA**  
21/Agosto

**NOCHE**

|       |                                     |          |                          |
|-------|-------------------------------------|----------|--------------------------|
| LECHE | <input type="checkbox"/>            | LIMPIEZA | <input type="checkbox"/> |
| AGUA  | <input checked="" type="checkbox"/> | 1        | <input type="checkbox"/> |
| OTRO  | <input type="checkbox"/>            | 3        | <input type="checkbox"/> |

**DÍA**  
29/Agosto

**NOCHE**

|       |                          |          |                                     |
|-------|--------------------------|----------|-------------------------------------|
| LECHE | <input type="checkbox"/> | LIMPIEZA | <input checked="" type="checkbox"/> |
| AGUA  | <input type="checkbox"/> | 1        | <input type="checkbox"/>            |
| OTRO  | <input type="checkbox"/> | 3        | <input type="checkbox"/>            |

**DÍA**  
17/Agosto

**NOCHE**

|       |                                     |          |                          |
|-------|-------------------------------------|----------|--------------------------|
| LECHE | <input checked="" type="checkbox"/> | LIMPIEZA | <input type="checkbox"/> |
| AGUA  | <input type="checkbox"/>            | 1        | <input type="checkbox"/> |
| OTRO  | <input type="checkbox"/>            | 3        | <input type="checkbox"/> |

**DÍA**  
17/Agosto

**NOCHE**

|       |                          |          |                                     |
|-------|--------------------------|----------|-------------------------------------|
| LECHE | <input type="checkbox"/> | LIMPIEZA | <input checked="" type="checkbox"/> |
| AGUA  | <input type="checkbox"/> | 1        | <input type="checkbox"/>            |
| OTRO  | <input type="checkbox"/> | 3        | <input type="checkbox"/>            |



FACTORES ALIMENTICIOS A CONSIDERAR PARA CONTROLAR EL RIESGO A CARIES EN LA PRIMERA INFANCIA.



Alimentación Pecho

|       |  |
|-------|--|
| LECHE |  |
| AGUA  |  |
| OTRO  |  |

|          |  |
|----------|--|
| LIMPIEZA |  |
| 1        |  |
| 2        |  |
| 3        |  |

Alimentación Pecho

|       |  |
|-------|--|
| LECHE |  |
| AGUA  |  |
| OTRO  |  |

|          |  |
|----------|--|
| LIMPIEZA |  |
| 1        |  |
| 2        |  |
| 3        |  |

Alimentación Pecho

|       |   |
|-------|---|
| LECHE | 1 |
| AGUA  | 0 |
| OTRO  |   |

|          |  |
|----------|--|
| LIMPIEZA |  |
| 1        |  |
| 2        |  |
| 3        |  |

Alimentación Pecho

|       |  |
|-------|--|
| LECHE |  |
| AGUA  |  |
| OTRO  |  |

|          |  |
|----------|--|
| LIMPIEZA |  |
| 1        |  |
| 2        |  |
| 3        |  |



# FACTORES ALIMENTICIOS A CONSIDERAR PARA CONTROLAR EL RIESGO A CARIES EN LA PRIMERA INFANCIA.



LECHE

AGUA

OTRO

LIMPIEZA

1

2

3

LECHE

AGUA

OTRO

LIMPIEZA

1

2

3

Alimentación pecho

LECHE

AGUA

OTRO

LIMPIEZA

1

2

3

LECHE

AGUA

OTRO

LIMPIEZA

1

2

3



# FACTORES ALIMENTICIOS A CONSIDERAR PARA CONTROLAR EL RIESGO A CARIES EN LA PRIMERA INFANCIA.



Photograph of a dental clinic display board. The board features various food items including a baby bottle, a bowl of cereal, a carton of Adoro milk, a box of cereal, a bar of soap, a toothbrush, and a round object. Below the items are two checklists:

|       |                          |
|-------|--------------------------|
| LECHE | <input type="checkbox"/> |
| AGUA  | <input type="checkbox"/> |
| OTRO  | <input type="checkbox"/> |

|          |                          |
|----------|--------------------------|
| LIMPIEZA | <input type="checkbox"/> |
| 1        | <input type="checkbox"/> |
| 2        | <input type="checkbox"/> |
| 3        | <input type="checkbox"/> |

Photograph of a dental clinic display board. The board features various food items including a baby bottle, a bowl of cereal, a carton of Adoro milk, a box of cereal, a bar of soap, a toothbrush, and a round object. Below the items are two checklists:

|       |                          |
|-------|--------------------------|
| LECHE | <input type="checkbox"/> |
| AGUA  | <input type="checkbox"/> |
| OTRO  | <input type="checkbox"/> |

|          |                          |
|----------|--------------------------|
| LIMPIEZA | <input type="checkbox"/> |
| 1        | <input type="checkbox"/> |
| 2        | <input type="checkbox"/> |
| 3        | <input type="checkbox"/> |

Photograph of a dental clinic display board. The board features various food items including a baby bottle, a bowl of cereal, a carton of Adoro milk, a box of cereal, a bar of soap, a toothbrush, and a round object. Below the items are two checklists:

Alimentación Pedia

|       |                          |
|-------|--------------------------|
| LECHE | <input type="checkbox"/> |
| AGUA  | <input type="checkbox"/> |
| OTRO  | <input type="checkbox"/> |

|          |                                     |
|----------|-------------------------------------|
| LIMPIEZA | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1        | <input type="checkbox"/>            |
| 2        | <input type="checkbox"/>            |
| 3        | <input type="checkbox"/>            |

Photograph of a dental clinic display board. The board features various food items including a baby bottle, a bowl of cereal, a carton of Adoro milk, a box of cereal, a bar of soap, a toothbrush, and a round object. Below the items are two checklists:

Alimentación Pedia

|       |                          |
|-------|--------------------------|
| LECHE | <input type="checkbox"/> |
| AGUA  | <input type="checkbox"/> |
| OTRO  | <input type="checkbox"/> |

|          |                                     |
|----------|-------------------------------------|
| LIMPIEZA | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1        | <input type="checkbox"/>            |
| 2        | <input type="checkbox"/>            |
| 3        | <input type="checkbox"/>            |



# FACTORES ALIMENTICIOS A CONSIDERAR PARA CONTROLAR EL RIESGO A CARIES EN LA PRIMERA INFANCIA.



|       |  |
|-------|--|
| LECHE |  |
| AGUA  |  |
| OTRO  |  |

|          |  |
|----------|--|
| LIMPIEZA |  |
| 1        |  |
| 2        |  |
| 3        |  |

Alimentación infantil

|       |                                     |
|-------|-------------------------------------|
| LECHE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| AGUA  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| OTRO  |                                     |

|          |                                     |
|----------|-------------------------------------|
| LIMPIEZA |                                     |
| 1        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3        |                                     |

|       |  |
|-------|--|
| LECHE |  |
| AGUA  |  |
| OTRO  |  |

|          |                                     |
|----------|-------------------------------------|
| LIMPIEZA |                                     |
| 1        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3        |                                     |

Alimentación infantil

|       |  |
|-------|--|
| LECHE |  |
| AGUA  |  |
| OTRO  |  |

|          |                                     |
|----------|-------------------------------------|
| LIMPIEZA |                                     |
| 1        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3        |                                     |







FACTORES ALIMENTICIOS A CONSIDERAR PARA CONTROLAR EL RIESGO A CARIES EN LA PRIMERA INFANCIA.



Slide 1: A collection of food items including a baby bottle, a bowl of cereal, a carton of Adoro milk, a box of cereal, a can of condensed milk, a jar of jam, a slice of watermelon, a round of cheese, and a set of baby teeth. Below the items are two tables. The first table is for 'LECHE' (Milk) with columns for 'AGUA' (Water) and 'OTRO' (Other). The second table is for 'LIMPIEZA' (Cleaning) with columns for '1', '2', and '3'. A handwritten note at the bottom reads 'Alimentación leche'.

|       |  |  |
|-------|--|--|
| LECHE |  |  |
| AGUA  |  |  |
| OTRO  |  |  |

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| LIMPIEZA |  |  |  |
| 1        |  |  |  |
| 2        |  |  |  |
| 3        |  |  |  |

Alimentación leche

Slide 2: A collection of food items including a baby bottle, a bowl of cereal, a carton of Adoro milk, a box of cereal, a can of condensed milk, a jar of jam, a slice of watermelon, a round of cheese, and a set of baby teeth. Below the items are two tables. The first table is for 'LECHE' (Milk) with columns for 'AGUA' (Water) and 'OTRO' (Other). The second table is for 'LIMPIEZA' (Cleaning) with columns for '1', '2', and '3'. A handwritten checkmark is visible in the top right cell of the 'LECHE' table.

|       |  |  |
|-------|--|--|
| LECHE |  |  |
| AGUA  |  |  |
| OTRO  |  |  |

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| LIMPIEZA |  |  |  |
| 1        |  |  |  |
| 2        |  |  |  |
| 3        |  |  |  |

Slide 3: A collection of food items including a baby bottle, a bowl of cereal, a carton of Adoro milk, a box of cereal, a can of condensed milk, a jar of jam, a slice of watermelon, a round of cheese, and a set of baby teeth. Below the items are two tables. The first table is for 'LECHE' (Milk) with columns for 'AGUA' (Water) and 'OTRO' (Other). The second table is for 'LIMPIEZA' (Cleaning) with columns for '1', '2', and '3'. A handwritten checkmark is visible in the top right cell of the 'LIMPIEZA' table. A handwritten note at the bottom reads 'Alimentación leche'.

|       |  |  |
|-------|--|--|
| LECHE |  |  |
| AGUA  |  |  |
| OTRO  |  |  |

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| LIMPIEZA |  |  |  |
| 1        |  |  |  |
| 2        |  |  |  |
| 3        |  |  |  |

Alimentación leche

Slide 4: A collection of food items including a baby bottle, a bowl of cereal, a carton of Adoro milk, a box of cereal, a can of condensed milk, a jar of jam, a slice of watermelon, a round of cheese, and a set of baby teeth. Below the items are two tables. The first table is for 'LECHE' (Milk) with columns for 'AGUA' (Water) and 'OTRO' (Other). The second table is for 'LIMPIEZA' (Cleaning) with columns for '1', '2', and '3'. A handwritten checkmark is visible in the top right cell of the 'LECHE' table.

|       |  |  |
|-------|--|--|
| LECHE |  |  |
| AGUA  |  |  |
| OTRO  |  |  |

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| LIMPIEZA |  |  |  |
| 1        |  |  |  |
| 2        |  |  |  |
| 3        |  |  |  |



# FACTORES ALIMENTICIOS A CONSIDERAR PARA CONTROLAR EL RIESGO A CARIES EN LA PRIMERA INFANCIA.

