



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Odontopediatría

“INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES DEL USO DE BIBERÓN E HIGIENE ORAL EN
LOS NIÑOS LACTANTES Y PRE-ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DE
FEBRERO-OCTUBRE 2005”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de la
Especialidad en Odontopediatría

Presenta:

C.D. Perla Paola Arellano Nabor

Dirigido por:

C.D.E.O Mónica Clarisa Ortiz Villagómez

SINODALES

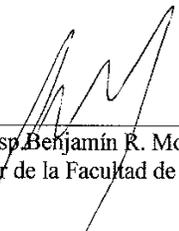
C.D.E.O Mónica Clarisa Ortiz Villagómez
Presidente

C.D.E.O. Iriam Venice Becerril García
Secretario

C.D.E.O. Myriam Pérez Torres
Vocal

M.C. Guadalupe del Rocío Guerrero Lara
Suplente

M.C. Minerva Escartín Chavez
Suplente


Med. Esp. Benjamín R. Moreno Pérez
Director de la Facultad de Medicina


Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Agosto, 2007
MÉXICO

RESUMEN

La lactancia materna medio de alimentación usado por las madres, recomendado por los médicos, esta leche es rica en nutrientes para el niño, dicha acción a nivel odontológico va a favorecer el fortalecimiento del sistema estomatognático; se recomienda llevarlo a cabo los seis primeros meses de vida y retirarse máximo al año de edad. La lactancia por medio de biberón, se recomienda retirarlo como máximo al 1.6 años de edad. El comienzo de la higiene oral debe ser desde el nacimiento, para fomentarla tanto en las madres e hijos el hábito de esta. El objetivo de esta investigación fue conocer el conocimiento de las madres sobre uso de biberón e higiene oral en lactantes y pre-escolares. Es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal realizado en la Clínica de Posgrado de Odontopediatría, de la Universidad Autónoma de Querétaro, en el período de Febrero-October 2005. Se revisaron 147 encuestas aplicadas a madres que acudieron a consulta con hijos lactantes y pre-escolares que usaron biberón. Los datos se analizaron de manera estadística descriptiva, se encontró que el 43% de las madres sabe hasta cuando dar lactancia materna, el 33% de ellas reporta que la lactancia con biberón se debe retirar como límite hasta el 1.6 años de edad, mientras que un 35% desconocen dicha información. Un 52% de las madres reportan que daban el biberón a sus hijos cada vez que estos lo deseaban y el contenido del biberón fue: solo leche en un 57% y un 31% leche con chocolate, aunado a que el 80% de las madres después del biberón solo lo retiraban sin llevar a cabo higiene. Las madres en un 34% consideraron iniciar la higiene oral cuando ya tienen todos los dientes temporales y la frecuencia con que llegaron a realizarla fue de dos veces al día. La causa frecuente de asistencia a consulta dental fue: 59% cuando las madres observaron presencia de caries y el 22% porque su hijo presentó dolor. Es importante, incrementar el conocimiento de las madres sobre la atención oral de sus hijos desde temprana edad para lograr fomentar en ellos la salud oral.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna, uso de biberón, higiene oral, lactantes, preescolares.

SUMMARY

Nursing, a feeding method used by mothers and recommended by physicians, provides the child with milk that is rich in nutrients. On the dentistry level, it strengthens the stomatognathic system. Nursing is recommended for the first six months of the child's life, with a maximum period of one year. Bottle feeding should be stopped by the age of one and a half. Oral hygiene should begin from birth in order to promote it as a habit among mothers and children. The objective of this research was to determine the knowledge mothers have about the use of bottles and oral hygiene in bottle-fed and pre-school children. The study is descriptive and transversal, and was carried out in the Postgraduate Clinic of Pediatric Dentistry of the Autonomous University of Queretaro from February to October, 2005. 147 surveys given mothers who used bottle feeding and who took their bottle-fed and pre-school children to the clinic were reviewed. Data was analyzed in a descriptive statistical manner. We found that 43% of mothers know how long to nurse and 33% of them say that bottle-feeding should stop at the age of one and a half, at the latest; 35% are unaware of this information. 52% of mothers said they bottle-fed their children every time they wanted the bottle, and the contents of the bottle were: plain milk in 57% of the cases and chocolate milk in 31% of the cases. 80% of the mothers took the bottle away without carrying out any hygienic methods. 34% of the mothers considered that oral hygiene should begin when all baby teeth are present; this hygiene was carried out twice a day. Frequency of visits to the dentist were: 59% when mothers noticed cavities and 22% because the child was in pain. It is important to make mothers more aware of oral attention for the children from the time they are very young, in order to promote oral health.

(KEY WORDS: Nursing, bottle-feeding, oral hygiene, nursing or bottle-feeding children, pre-schoolers).

DEDICATORIAS

A DIOS:

Que cuando más cansada y agobiada me encontraba, sonrió y me alentó a seguir adelante.

Porque cuando más oscuro y sin fin parecía el camino,
Encendió la luz del sendero y me guió.

A MIS PADRES con amor,

Por su comprensión, paciencia y apoyo, pero sobretodo por la fuerza y confianza que han inculcado en mí para nunca dejarme vencer y luchar por lo que deseo.

A MI FAMILIA:

Por creer y confiar en mí, por su apoyo incondicional, pero sobretodo a mis hermanas y sobrinos, por ser parte aliciente en mi vida personal y profesional.

A MIS MAESTROS:

Que han sido mensajeros del conocimiento que he adquirido durante mis estudios en la Universidad y me han impulsado a estudiar cada día más.

A MIS PACIENTES:

A sus padres por la confianza depositada en mí para su atención.

A los pequeños por enseñarme lo grandioso que es vivir cuando vemos la vida con los ojos de un niño.

AGRADECIMIENTOS

- A la C.D.E.O Mónica Ortiz Villagómez por haber depositado en mí la confianza para la realización de esta investigación.
- A mis compañeros de Generación 2004-2005; por haber participado para la recolección de los datos obtenidos, para la investigación.
- A la Dra. Miriam Pérez Torres. Coordinadora del Posgrado de Odontopediatría, que además de ser nuestra profesora, nos ha brindado su Amistad.
- A cada una de las mamás que participaron en las encuestas realizadas y muy especialmente a sus hijos, ya que sin estos como pacientes no se hubiese logrado el fin de este estudio.
- A mis amigos que me han apoyado en cada una de las metas que me he propuesto alcanzar, muy especialmente a Mony, Mitzi, Angie, Gil, Francisco, Pedro, Bere, Jessy, Hugo, Mar, Kary, Jesús, Erendira, Miguel, Clau, Julio, Vanesa, Mario.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN.....	i
SUMMARY.....	ii
DEDICATORIAS.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE.....	v
ÍNDICE DE CUADROS.....	vi
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	3
Alimentación y amamantamiento.....	4
Higiene del lactante.....	5
Caries tipo biberón.....	5
Limpieza y cepillado.....	7
Placa dental.....	8
Caries dental.....	9
Características generales de la dieta en la infancia.....	11
Uso de biberón y la caries.....	12
Potencial cariogénico de la leche.....	12
Dieta y microflora bucal.....	14
III. METODOLOGÍA.....	16
IV. RESULTADOS.....	17
V. DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS.....	37

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
1. Escolaridad de las madres.....	20
2. Ocupación de las madres.....	21
3. Lugar de procedencia.....	22
4. Tiempo de lactancia	23
5. Alimentación por medio de biberón.....	24
6. Contenido del biberón.....	25
7. Uso de biberón.....	26
8. Después del uso de biberón.....	27
9. Comienzo de higiene oral en lactantes y pre-escolares por sus madres...	28
10. Frecuencia de higiene oral.....	29
11. Aditamentos usados para la higiene oral.....	30
12. Principales motivos de primera cita odontológica.....	31

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica	Página
1. Escolaridad de las madres.....	20
2. Ocupación de las madres.....	21
3. Lugar de procedencia.....	22
4. Tiempo de lactancia.....	23
5. Alimentación por medio de biberón.....	24
6. Contenido del biberón.....	25
7. Uso de biberón.....	26
8. Después del uso de biberón.....	27
9. Comienzo de higiene oral en lactantes y pre-escolares por sus madres....	28
10. Frecuencia de higiene oral.....	29
11. Aditamentos usados para la higiene oral.....	30
12. Principales motivos de primera cita odontológica.....	31

ÍNDICE FIGURAS

Figura	Página
1. Interacción de factores básicos.	9
2. Cuadro de riesgo de la caries.....	10

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad en la clínica del Posgrado de Odontopediatría la prevalencia de pacientes que acuden a consulta por motivos de dolor ocasionado, en la mayoría de los casos por caries, ha ido en aumento; donde la mayoría de los pacientes son lactantes y pre-escolares.

Al no existir un estudio como antecedente que nos permita evaluar el grado de información con que cuentan las madres de niños lactantes y pre-escolares; por lo que al ver la demanda de atención de estos pacientes se decide llevar a cabo esta investigación.

La inadecuada información con la que cuentan las madres de estos niños sobre el uso de biberón; su contenido, frecuencia, y hábitos de higiene oral, posterior al uso de este, han sido considerados importantes factores de riesgo para la presencia de caries y otras alteraciones ocasionadas por la presencia de esta.

Por lo que se ha considerado importante y oportuno realizar un estudio para conocer la información con que cuentan las madres; y llevar a cabo posteriormente programas de información preventiva, así como asesoramiento para atender a sus hijos y conservar su salud oral; ya que durante estas etapas es cuando se puede obtener una mejor recepción de la información por parte de las madres, logrando así un aumento en la práctica de los hábitos de higiene oral, consecuentemente, una disminución de presencia de caries y dolor en el paciente pediátrico.

En este estudio los objetivos específicos fueron los siguientes.

1. Conocer la edad de las madres encuestadas.
2. Conocer la escolaridad de las madres.
3. Conocer la ocupación de las madres.
4. Identificar el lugar de procedencia de las madres encuestadas.
5. Conocer el contenido del biberón durante el uso de este.
6. Conocer el tiempo por el cual fueron alimentados por seno materno exclusivamente.

7. Determinar si el biberón fue usado en los niños como medio de alimentación o tranquilizador.
8. Determinar el tipo de higiene utilizada después del uso del biberón.
9. Identificar la edad en la cual las madres consideran adecuado iniciar la higiene oral en sus hijos.
10. Conocer la frecuencia con la que se realiza el aseo oral en el niño.
11. Identificar los tipos de aditamentos usados para la higiene posterior al uso del biberón.
12. Conocer la edad a la cual las madres llevaron por vez primera al odontólogo a su hijo.
13. Conocer la causa por la que asistió por vez primera a consulta dental.

I. REVISIÓN DE LA LITERATURA

De los problemas dentales, las caries, son los trastornos de salud oral que más afectan a los niños; el pediatra, el médico general, el odontólogo y todo el personal de la salud que maneja niños, puede ayudar a prevenir las consecuencias físicas, psicosociales y económicas que ocasionan las caries, con una evaluación adecuada de la cavidad oral, educación y la continua recomendación de asistir a la consulta odontológica, para que el niño reciba a tiempo los cuidados que requiere (*Molina, 2002*).

El Dr. Figueredo Walter, menciona en su libro que de 14 millones de niños, dos tercios de ellos con hasta 24 meses de edad estarán, sin duda alguna, excluidos de atención odontológica siendo que actualmente se puede recibir beneficios de la atención precoz. Sin embargo, surge una gran interrogante ¿cómo abarcar esta población? La respuesta se encuentra en la educación de los padres y, algunos autores, recomiendan que la educación debe comenzar con las madres en gestación y pediatras, conforme relatan Elvey; Hewie (1982).

Así la educación Odontológica será objeto de la Odontología para Bebés y, en la población, independientemente de cuando, la mujer, por ser aquella que tiene más contacto con el niño, la escogida para ser el agente vectorial de la transmisión de la educación dentro del siguiente esquema.

Se han realizado estudios en los que se ha evaluado el nivel de conocimiento de las madres acerca de la salud oral, los cuales han reflejado un nivel deficiente y se ve reflejado en la condición oral del niño. Por lo tanto, una mujer en cualquier época de su vida, pero en especial en la etapa prenatal debe ser concientizada, llevando a cabo un refuerzo educativo y motivación, para que se logren estos resultados es necesario trabajar en conjunto con médicos, odontólogos, ginecólogos y pediatras (*Bravo, 1995; Figueredo, 2000; Rodríguez, 2002*).

Las madres transmitirán a sus hijos los conocimientos recibidos, así después de una generación, el ciclo de educación estará completado independientemente de cuando ella comenzó o en que período ocurre.

Para que la educación sea eficiente, es necesario cambiar el comportamiento de la población en relación con lo que es la Odontología para Bebés.

De acuerdo a investigaciones realizadas, se han obtenido varias interrogantes, ¿A quién debemos orientar primero: a la población o a los profesionales del área de la salud?, retomando nuevamente los trabajos realizados por el Dr. Figuereido Walter, nos refiere que debe de ser primero a los profesionales, pues al estar ellos convencidos de del valor del método, su divulgación y la aceptación por el público será una consecuencia.

Dentro de los aspectos más importantes que el profesional debe conocer encontramos los siguientes:

- * Alimentación y amamantamiento
- * Caries tipo de biberón
- * Limpieza de boca y dientes
 - Alteraciones de desarrollo (pápulas de Epstein)
 - Erupción (Cuándo y cómo)
 - Chupones y hábitos
 - Flúor

De los cuales sólo los tres primeros son de interés para nuestro estudio.

Alimentación y amamantamiento

No existe ninguna restricción sobre la alimentación materna y el amamantamiento nocturno cuando el bebé es menor de seis meses (desdentado), pues el amamantamiento materno es importante para el desarrollo físico como para el emocional del niño, en esta edad. Por lo tanto, el amamantamiento debe ser sin restricción y usado en libre demanda.

La lactancia materna aporta factores inmunológicos, células antiinflamatorias, factores de crecimiento, enzimas y hormonas, que complementan la capacidad de desarrollo del niño, también favorece la salud de la mujer, fortalece el vínculo madre-hijo y además,

durante el amamantamiento se produce la excitación de la musculatura bucal y se movilizan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido, lo cual influye en su crecimiento y desarrollo.

Con el uso del biberón el niño no realiza el cierre de los labios con tanta fuerza, la acción de la lengua se ve afectada para regular el flujo excesivo de leche y todo esto trae como consecuencia una menor excitación a nivel de la musculatura bucal y no favorecerá el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático y además favorecería la adquisición de hábitos de succión no nutritiva como son: la succión de otros objetos, la presencia de algunos de estos hábitos pueden alterar la oclusión en etapas posteriores del desarrollo del niño (*Carhuahuanca, 2003; Castro 2003*).

Un niño que mama pecho hasta los 6 meses de edad tiene la posibilidad menor de adquirir hábitos de succión no nutritivos, como la succión de dedo y de chupón, que aquellos que son amamantados por biberón.

Después de la aparición de los primeros dientes, el amamantamiento nocturno debe ser controlado para que el final del amamantamiento ocurra al año de edad o 12 meses, donde los incisivos ya están erupcionados y el niño inicia su fase de masticación (*Figuereido, 2000; Barbería, 2001*).

Higiene del lactante

Se debe enseñar a la madre cómo a realizar la limpieza, permitiendo así que ella esté motivada. La limpieza se puede llevar a cabo con agua oxigenada de 10 vol. diluida (una parte de H₂O₂ y tres de agua hervida fría, guardándose en un frasco de color), se limpia la cavidad bucal con una gasa. Realizar limpieza de los rebordes alveolares, mucosa bucal. Lengua después de cada lactada. También se aconseja el uso de hisopos, gasa húmeda o dedil con cepillo suave (*Rodríguez, 2002*).

Caries tipo biberón

Caries tipo biberón, caries de biberón, caries de alimentación, son denominaciones diferentes para una misma alteración que afecta a niños hasta el primer año de vida.

Para su aparición es necesaria la presencia de sustrato de residuos de la leche materna, bovina, artificial o proveniente de algunos hábitos como el de endulzar el chupón con miel o azúcar para que el niño se calme y adormezca (Robinson; Naylor 1963), y por tanto; en la boca hay menor autoclisis. Otro factor que puede determinar la aparición de caries de biberón es la alimentación sin restricción durante el día (*Figueredo, 2000; Barbería, 2001*).

Todos los factores que se han mencionado tienen como coadyuvante, la ausencia de la limpieza o cepillado adecuado.

Mc Donald, (1977) informó que, en la noche, existe una disminución de la salivación y también del reflejo de la deglución que favorece la retención de alimentos junto con el diente.

De esta manera, la alimentación nocturna reúne los cuatro factores etiológicos de la caries dentaria:

- Huésped: Contacto con los dientes
- Microflora: campo ideal para el desarrollo
- Sustrato: cariogénico
- Tiempo: larga permanencia (*Figueredo, 2000*).

La caries de biberón se caracteriza por:

- La disposición de las lesiones refleja los lugares donde los hidratos de carbono quedan depositados bañando y lesionando superficies dentarias poco propensas, como son las caras palatinas de los incisivos superiores.
- Se presenta en niños pequeños.
- Afecta especialmente a molares.
- Afecta generalmente superficies libres de caries.
- Son lesiones extensas y de avance rápido.
- Los incisivos inferiores libres de caries debido a la acción protectora del labio inferior, la lengua y la acción de la saliva.

El diagnóstico es sencillo aunque frecuentemente se encuentra con el rechazo inicial de los padres a reconocer la existencia del factor desencadenante por considerar que un alimento como la leche no puede ser tan nocivo (*Barbería, 2001*).

Limpieza y cepillado

Existe una gran interrogante ¿Cuándo comenzar a limpiar la boca y los dientes? Ya en 1929, Pereira recomendaba iniciar la limpieza de la boca antes de la erupción de los primeros dientes y recomendaba pasar sobre los rodetes una gasa esterilizada, embebida de una solución de bicarbonato de sodio.

De acuerdo a las normas de la Asociación Dental Americana (ADA 1981), la limpieza puede comenzar antes de la erupción, para hacer el campo más limpio, así como acostumbrar al niño a la manipulación de su boca.

En la práctica, la limpieza comienza con la erupción de los primeros dientes, principalmente en la noche después de la última succión mamaria, y esa limpieza deberá seguir hasta los 18 meses de edad y cuando se complete la erupción de los primeros molares deciduos, donde el cepillado deberá iniciarse, principalmente para limpiar las superficies oclusales de esos dientes (primeros molares deciduos) (*Figueredo, 2000*).

Es importante retomar que los padres deben encargarse de la higiene oral al menos hasta la edad escolar, para asegurar una higiene oral aceptable. Así como es importante repetir en forma constante la información y motivar al niño y a sus padres.

El método de “barrido” que implica movimiento horizontal del cepillo a lo largo de las caras externa e interna de los arcos dentarios, ha demostrado buenos efectos al ser realizado por el niño o por sus padres (*Koch, 1994*).

Con el fin de no olvidar ninguna superficie, los padres deben cepillar primero y después los niños. Cuando van creciendo deben ser acostumbrados a:

1. Comenzar el cepillado siempre por la misma arcada y mismo lado.
2. Limpiar todas las superficies vestibulares de una arcada y después todas las linguales.
3. Terminar con las superficies oclusales.
4. Cepillar la lengua.
5. Utilizar la seda dental.
6. Enjuagar y eliminar restos.

La edad del niño hace variar totalmente la responsabilidad sobre el cepillado. En el niño menor de tres años, los padres deben de realizar la totalidad del trabajo desde que los primeros dientes temporales hacen su aparición.

1. POSICIÓN DEL NIÑO: La forma más cómoda para tener buen acceso es colocar al niño sobre una superficie plana y con la cabeza en el regazo del adulto.
2. APERTURA DE LA BOCA: Al principio, el niño puede llorar, esta es una excelente forma para abrir la boca, sin embargo conforme pasa el tiempo va a ir participando favorablemente hasta que ya no se de el llanto.

También se puede conseguir que abra la boca al deslizar el dedo índice de la mano izquierda a lo largo del vestíbulo inferior presionando al final de éste.

3. CONTROL DE LOS MOVIMIENTOS: Con los dedos y la mano izquierda podemos retirar los labios y las mejillas y controlar los movimientos de la cabeza.
4. SEDA DENTAL: Generalmente en estas edades no se han cerrado los espacios interproximales y no es necesaria su utilización.
5. DENTÍFRICO: No debe utilizarse, ya que dificulta la visión de los dientes y estimula la secreción de la saliva. Su uso crea desasosiego y puede ser ingerida (*Barbería, 2001*)

Por tanto, la primera acción preventiva será la formación de los padres en aquellos aspectos necesarios para la participación activamente en la obtención y el mantenimiento de la salud bucal de sus hijos. Así mismo, los papás deben asumir la responsabilidad de la higiene oral hasta que los niños tengan una suficiente destreza motora para realizar una técnica de cepillado sencilla en forma correcta (6-7 años). La infancia es la edad ideal para su aprendizaje, para el niño debe ser parte del aseo diario (*Barbería, 200; Rodríguez, 2002*).

Placa dental

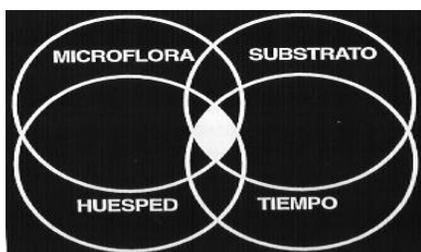
La eliminación debe ser una actividad rutinaria en la vida de la persona, en edades tempranas, los padres son los encargados de su eliminación y son éstos los primeros en desarrollar un hábito, la limpieza de los dientes de sus hijos, que más tarde le transmitirán.

La placa va a eliminarse mecánicamente con los mismos medios que en el adulto, el cepillo y la seda dental.

1. El cepillo debe adaptarse a las características del usuario, ejemplo un niño en crecimiento general y dentario.
2. La técnica se modifica desde un cepillado realizado íntegramente por los padres hasta un cepillado progresivamente realizado por un niño.
3. La actitud del niño con frecuencia es de rechazo inicial, ya que no comprende la necesidad de dicha acción.

Caries dental

La caries dental es una enfermedad bacteriana, infecciosa, multifactorial, caracterizada por la destrucción de los tejidos duros dentarios y provocada por la acción de los ácidos producidos por los microorganismos que integran la placa dental, que para instalarse necesita la interacción de tres factores básicos, (Keyes, 1972): el huésped, la microflora, el substrato, a los cuales Newbrun (1988) agregó el cuarto factor: tiempo (Figueredo, 2000; Barbería, 2002).



Interacción de factores básicos: Huésped, microflora, substrato (Keyes), Tiempo (Newbrun)

Estos factores, cuando se integran, generan la enfermedad, a través de un síntoma (señal) clínico que es la lesión cariosa o simplemente caries.

Al riesgo, Krase (1986) la define como una posibilidad mayor o menor de una persona de adquirir la enfermedad debido a factores ambientales o congénitos. Esto define que el riesgo sólo existe antes de la dolencia. Los métodos de determinación de riesgo se basan en la procura de *factores ambientales* o pruebas de susceptibilidad a caries o métodos microbiológicos.

Así *factores ambientales y no ambientales* que determinan el mayor o menor riesgo de un bebé en adquirir la caries dental, pueden ser resumidos en seis factores, dos no ambientales y cuatro ambientales o culturales.

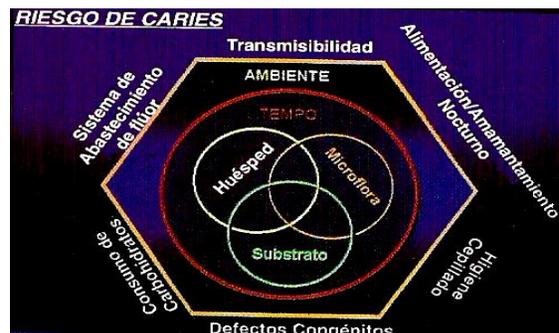
No ambientales:

- a) Presencia, en boca, de dientes susceptibles o defectos congénitos;

Ambientales:

- c) la ausencia del hábito precoz de higiene y cepillado dental,
- d) presencia de hábitos alimenticios inadecuados relacionados con el amamantamiento, principalmente el nocturno;
- e) el alto consumo de carbohidratos
- f) contaminación de la boca del niño
- g) presencia/ausencia de flúor en sistema de abastecimiento.

La eliminación de los factores de riesgo ambientales son fáciles y llevan a una reducción de caries dentaria en cerca del 60%, principalmente cuando aparecen otros procedimientos destinados a aumentar la resistencia de los dientes (*Figuereido, 2000*).



Cuadro de riesgo de la caries

Los principios originales para la prevención de la caries son: higiene mecánica (cepillado dental) y modificación de la dieta (reducción del consumo de sacarosa)(*Koch, 1994*).

En la primera dentición, la mayor frecuencia de caries se encuentra en los primeros y segundos molares seguidos de los caninos e incisivos superiores. Los incisivos inferiores rara vez presentan caries, ya que relación con la lengua y los circuitos de distribución de la saliva favorece la defensa natural.

Inicialmente la caries puede verse como una zona opaca blanquecina, pero con la superficie íntegra. Son las llamadas “manchas blancas” que corresponden a un proceso de desmineralización sin cavitación macroscópica. La progresión de la caries en el niño es, generalmente, más rápida que en el adulto (*Barbería, 2002*).

Características generales de la dieta en la primera infancia

El asesoramiento dietético es parte importante de la prevención de la caries. Porque el alto consumo de azúcar es uno de los factores causales en la etiología de las caries y porque los hábitos alimentarios cariogénos también llevan a la obesidad, situación precursora de enfermedades sistémicas más graves como la diabetes y coronopatías (*Koch 1994*.)

Es necesario conocer algunas características generales de alimentación a partir del nacimiento.

- En los primeros meses de vida la alimentación es básicamente líquida y el bebé presenta gran frecuencia de ingestión.
- Hasta los seis meses la alimentación materna exclusiva es suficiente para proveer al niño de todos los nutrientes necesarios para su pleno desarrollo además de constituir la mejor manera de obtener anticuerpos en el recién nacido (*García; Schaefer 1991*) (*Koch, 1994; Figuereido, 2000*).
- La alimentación materna, exclusiva hasta los 6 meses, permitiendo un desarrollo facial armónico, y disminuye la posibilidad de ingestión de alimentos con azúcar en su contenido.
- Alrededor de los 6 meses de vida el niño, consigue sentarse sin apoyo (*Lefevre; Diament 1980*), lo que facilita la introducción de alimentos semi-sólidos.

- Los hábitos alimenticios del niño se modifican, ya que existe el llamado período de acomodación de la dieta familiar, después de los alimentos propios de la primera infancia el niño comienza a experimentar otros productos. Normalmente le ofrecen alimentos dulces, los cuales, culturalmente, significan afecto y amor, por lo que de esta manera aumenta la ingesta de azúcar drásticamente.

Inoue y col. (1981) al realizar estudios en niños de 1 año y medio en Tokio, encontraron que la actividad de caries estaba asociada con una ingestión irregular y frecuente de bebidas que contienen azúcar y con el consumo de meriendas entre comidas.

- Cuando el niño comienza a relacionarse con otras personas externas al núcleo familiar. En esta fase, gradualmente, el niño pasa a dominar el lenguaje y se acentúan procesos de socialización. En este proceso aumentan las preferencias del niño pasan a tener importancia más significativa y la ingestión de dulces y golosinas aumenta (*Figuereido, 2000*).
- Cualquier alimento que contenga sacarosa, glucosa, fructosa, lactosa y maltosa) o elementos que puedan ser desdoblados a estos serán capaces de formar ácidos cuando los microorganismos de la placa estén presentes. Cuando se consume un alimento que contiene alguno de los mencionados azúcares, se inicia la formación de ácidos y desciende al pH (*Barbería, 2001*).

Uso de biberón y la caries

En nuestra sociedad el uso de biberón es ampliamente utilizado para la alimentación de los niños. El biberón no presenta restricciones sociales, tiene buena aceptación por los niños, ya que su contenido es generalmente endulzado, es de fácil manipulación por el niño y puede ser utilizado a cualquier hora y es suministrado por la madre o cualquier otra persona. La frecuencia diaria de contactos con el biberón y la duración del hábito tiene una significativa asociación con las lesiones de caries (Winter y col 1971, Marino y col 1989). El uso del biberón parece estar asociado con un comportamiento y un estilo de vida que presenta diversos factores capaces de contribuir para la determinación de un perfil de alto riesgo de caries.

Potencial cariogénico de la leche

Diversas observaciones clínicas correlacionan el consumo de leche por los bebés al desarrollo de caries y estudios epidemiológicos asocian la alimentación materna prolongada a la presencia de caries o la prevalencia de *Streptococos Mutans* en niños de doce meses de edad. Es necesario entender que la leche es un alimento complejo, que tiene en su composición factores cariogénicos y anticariogénicos.

Dentro de los factores de protección de la leche contra la caries se destaca la caseína. La caseína se une fuertemente a la hidroxiapatita (Vacca-Smith; Bowen 1993) reduciendo su solubilidad (Weiss, Bivy 1996) y dificultando la adhesión de *S. mutans* a la superficie del esmalte a través de la inhibición de la absorción de glicósiltransferasa a la superficie de hidroxiapatita (Vacca-Smith y col. 1993; 1994). La caseína y otras proteínas del suero tienen una acción importante sobre el pH ácido de la placa. Las bacterias de microbiota bucal por acción de las proteasas, metabolizan la caseína produciendo aminoácidos y péptidos que elevan el pH de la placa (Reynold 1987). La mayoría de los trabajos que describen lesiones de caries asociadas a la alimentación materna, resaltan que el patrón de consumo de la leche es atípico involucrando gran demanda, muchas veces al día durante varios años (llegando algunas veces a más de tres años), y principalmente con lactancia durante la noche toda la noche.

En experiencia clínica, se observa que los niños con este tipo de lesión frecuentemente duermen en la misma cama que la madre y son amamantados cuando quieren, siendo que este hábito se prolonga durante años. Por tanto, no es un modelo común y los niños que realizan alimentación materna dentro de un patrón de normalidad no poseen este tipo de lesión.

La composición química de la leche de bovino y el humano presenta diferencias importantes, la leche materna posee mayor concentración de lactosa, alto contenido mineral y proteico menor, estas características sugieren mayor cariogenicidad de la leche materna cuando se compara con la de bovino, conviene destacar que normalmente la leche de bovino es suministrada al niño con adición de sacarosa lo que la hace cariogénica.

La tendencia a endulzar la leche, puede estar asociada al patrón del gusto de la madre, ya que la lactosa presenta una dulzura relativa muy inferior a la lactosa. Por tanto, es fundamental reafirmar que la alimentación materna disminuye la posibilidad de contacto con la sacarosa a través del biberón (*Figueredo, 2000*).

Otro factor importante que preocupa es la edad en la que el niño comienza a consumir azúcar, ya que la presencia de sacarosa en la dieta del bebé facilita la implantación de una microbiota cariogénica, en especial de la colonización de la superficie dental por estreptococos del grupo mutans. La implantación de este ocurre a partir de la erupción de los dientes y depende del número de dientes presentes (*Figueredo, 2000*).

Gordon; Reddy 1985, encontraron que la introducción de alimentos con contenido de azúcar ocurre, en la mayoría de los niños, en los primeros 6 meses de edad y ya a los 12 meses todos los niños habían consumido productos que contenían azúcar.

Dieta y microflora bucal

A través de diversos estudios se encontró que la distribución de estreptococos del grupo mutans en las superficies dentales es semejante en los niños que presentan caries de biberón y en aquellos que presentan lesiones asociadas a la alimentación materna prolongada y frecuente.

Caufield y col (1993), sugieren que los estreptococos del grupo mutans colonizan la boca de los bebés solamente en el período de erupción de los dientes, y que los niños que escapan de este primer período de colonización permanecen libres de estreptococos del grupo mutans hasta los seis años de edad que irrumpen los molares permanentes (*Figueredo, 2000*).

Existen diversos métodos para conocer los hábitos alimenticios en un bebé, estos son los siguientes:

- Método recordatorio de las últimas 24 horas.
- La historia dietética.
- Cuestionario de frecuencia alimenticia y registro alimenticio.

Cuestionario de frecuencia alimenticia

Método que ayuda a conocer un patrón alimenticio general. La lista de alimentos es dirigida al objetivo de evaluación dietética y debe ser basada en los alimentos de uso común de la población para la cual será utilizada.

Este método aporta una visión general, en donde los tópicos específicos pueden ser profundizados en una entrevista posterior.

Entrevista dietética

Permite conocer los hábitos dietéticos en el niño. La entrevista dietética debe investigar, cuáles son los alimentos con potencial cariogénico consumidos, como estos alimentos son consumidos (biberón, vaso, cuchara), el horario de consumo (durante el sueño, al acostarse, entre comidas, en las comidas), y la frecuencia de consumo.

De acuerdo a lo anterior es importante conocer que se pueden tener errores, por la falta de motivación de los padres, llevándonos al fracaso. En estos casos difícilmente las respuestas son correctas y completas, pudiendo haber omisión con propósito de informaciones. *(Koch, 1994; Figueredo, 2000; Dogan, M., 2006).*

III. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, se llevó a cabo en la Clínica del Posgrado de Odontopediatría en Universidad Autónoma de Querétaro.

El universo fue constituido por las encuestas aplicadas a las madres de niños lactantes y pre-escolares que son pacientes de la clínica de Posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro que asistieron en el período comprendido de febrero-octubre del 2005, teniendo un total de 147 encuestas en estudio.

Se excluyeron de este estudio:

- Madres que no hayan deseado participar
- Madres que no saben leer y escribir;

Eliminándose también:

- Cuestionarios que no hallan sido completados en su totalidad.

Se llevó a cabo la revisión de cada uno de los cuestionarios aplicados (anexo 1) y se registraron los datos en estudio; posteriormente se capturaron mencionados datos en una hoja de EXCEL para ser procesados y evaluados a través de un análisis estadístico descriptivo.

Los datos fueron presentados en gráficas y cuadros correspondientes a la información obtenida durante la investigación, facilitando de esta manera un análisis estadístico completo.

IV. RESULTADOS

En el presente estudio se analizó la información con que cuentan las madres de niños lactantes y pre-escolares sobre el uso de biberón e higiene oral, en 147 madres encuestadas en la Clínica de Posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro de Febrero – Octubre 2005.

De las encuestas examinadas se puede destacar que la edad de las madres, que acuden a solicitar servicio para sus hijos, va de un rango de 19 a 44 años, con una media de 27.85 ± 5.06 .

Con respecto a la escolaridad de las madres se obtuvo que 31 de las participantes (21%) tenían primaria, 56 de ellas (38%) estudios de secundaria, 35 de ellas (24%) estudios de bachillerato, 12 de las madres (8%) poseían una carrera técnica y sólo 13 de ellas (9%) contaban con licenciatura. (*Cuadro, gráfica 1*)

De acuerdo a la ocupación de las madres, 101 de las madres participantes (68%) eran amas de casa; 16 de las madres (11%) eran obreras, 11 de las participantes (8%) se dedicaban al comercio, 19 de las madres participantes (13%) eran profesionistas. (*Cuadro, gráfica 2*)

Al evaluar el lugar de procedencia de las madres encuestadas se identificó que 107 de las madres (73%) provenían de una población urbana y sólo 40 de ellas (27%) provenían de una población rural. (*Cuadro, gráfica 3*)

Del total de las madres participantes se determinó que la edad de sus hijos estaba comprendida de 1 a 60 meses, con una media de edad de 37.60 ± 17.06 meses.

Con respecto a la lactancia materna exclusiva, 64 niños es (43%) la recibió de 0-6 meses; 41 niños (28%) tuvieron lactancia mixta de 7-12 meses, 13 niños (9%) lactancia mixta, más de 12 meses y 29 de las madres (20 %) no recordaban cuanto tiempo habían amamantado a sus hijos. (*Cuadro, gráfica 4*)

El tiempo de lactancia de biberón en los niños de las madres participantes fue de: 1 de los niños (1%) utilizó el biberón durante 4 meses, 2 de los niños(1%) durante 6 meses, 3 de ellos (2%) durante 9 meses, 41 de los niños (28%) durante 1 año, 48 de los niños (33%) por un año y medio, y 52 (35%) de las madres no recordaban durante que tiempo habían usado este tipo de lactancia en sus hijos. Es importante mencionar que estos niños recibieron alimentación mixta es decir, lactancia materna y por medio de biberón. (**Cuadro, gráfica 5**)

En cuanto al contenido del biberón, en número el 57% de las madres ofrecían sólo leche en el biberón a sus hijos, 13 de ellas (9%) le daban leche endulzada con azúcar o miel, 45 de las mamás (31%) le daban leche con chocolate, 3 de las madres (2%) ofrecían en el biberón jugo, refrescos, y sólo 1 de ellas (1%) le ofrecían agua. (**Cuadro, gráfica 6**)

El tipo de uso que las madres le dieron al biberón fue: 115 de las madres (78%) utilizaban el biberón en sus hijos como un medio de alimentación, y 32 de ellas (22%) lo utilizaban mas como un medio tranquilizador. (**Cuadro, gráfica 7**)

Después del uso del biberón encontramos lo siguiente: 3 de las madres (2%) deja el biberón dentro de la boca del niño, 117 de las madres (80%) sólo retira el biberón de boca del niño, 27 de las madres (18%) retiran el biberón y limpian los restos de la leche. (**Cuadro, gráfica 8**)

Respecto a cuando las madres consideran adecuado iniciar la higiene oral en sus hijos 14 de las madres (10%) opinaron que debía de iniciar desde recién nacido, 7 de ellas (5%) mencionó que debía comenzar a los tres meses, 50 de las madres (34%) dijo que no sabía cuando debía comenzar, 25 madres (17%) opinaron que la higiene debía comenzar a la aparición del primer diente, y 51 (34%) madres opinaron que debía comenzar cuando ya tiene todos los dientes temporales. (**Cuadro, gráfica 9**)

La frecuencia con que realizan higiene a sus pequeños las madres contestaron lo siguiente: 18 madres (12%) la realiza una sola vez al día, 52 (36%) dos veces al día, 12 de las madres (8%) tres veces al día, 49 de las mamás (33%) mencionaron que nunca realizaban la limpieza oral de sus niños, y 16 de ellas (11%) lo realizaban después de cada alimento. **(Cuadro, gráfica 10)**

Los aditamentos que utilizaban para la higiene, 10 de las madres (7%) sólo utilizaban agua para la limpieza, 13 de las madres (9%) utilizaban una gasa o manta húmeda, 89 madres (60%) realizaban la limpieza con cepillo y pasta dental, 11 de las madres (8%) sólo usaban cepillo dental, 1 de las madres (1%) utilizaban cepillo, pasta e hilo dental, y 23 de las madres (15%) participantes no utilizaban nada. **(Cuadro, gráfica 11)**

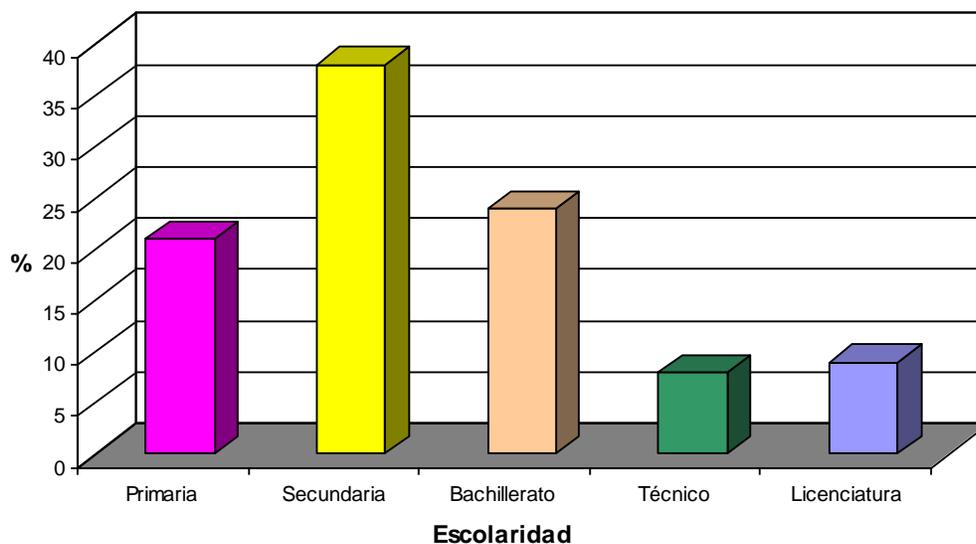
Con respecto a la causa por la que asistió por primera vez a consulta dental, las madres opinaron que: 6 de ellas (4%) acudieron a la 1ª consulta dental cuando apareció el primer diente de sus hijos, 9 de las mamás participantes (6%) acudió una vez que ya tuvo todos sus dientes, 87 de las participantes (59%) acudieron cuando observaron que presentaba caries, 32 de las madres (22%) acudió al odontólogo cuando a su hijo le dolió un diente, y 13 de las madres (9%) acudió porque su hijo sufrió un accidente. **(Cuadro, gráfica 12)**. Con respecto a la edad en la cual las madres llevaron a sus hijos a la primera revisión dental va de un intervalo de 6 a 60 meses con una media de 34.69 ± 17.34 .

**“INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES DEL USO DE BIBERÓN E HIGIENE ORAL
EN LOS NIÑOS LACTANTES Y PRE-ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DE
FEBRERO-OCTUBRE 2005”**

Cuadro 1. ESCOLARIDAD DE LAS MADRES

Escolaridad	No. madres	Porcentaje
Primaria	31	21%
Secundaria	56	38%
Bachillerato	35	24%
Técnico	12	8%
Licenciatura	13	9%
Total	147	100%

Gráfica 1. ESCOLARIDAD DE LAS MADRES



n= 147 Madres

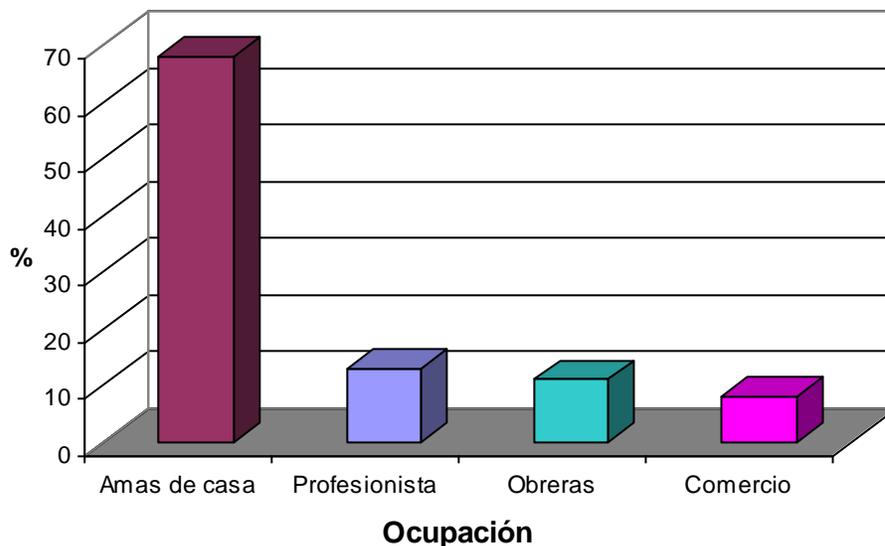
Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños lactantes y pre-escolares que hicieron uso de biberón.

**“INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES DEL USO DE BIBERÓN E HIGIENE ORAL
EN LOS NIÑOS LACTANTES Y PRE-ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DE
FEBRERO-OCTUBRE 2005”**

Cuadro 2. OCUPACIÓN DE LAS MADRES

Ocupación	No. madres	Porcentaje
Amas de casa	101	68%
Profesionista	19	13%
Obreras	16	11%
Comercio	11	8%
Total	147	100%

Gráfica 2. OCUPACIÓN DE LAS MADRES



n= 147 Madres

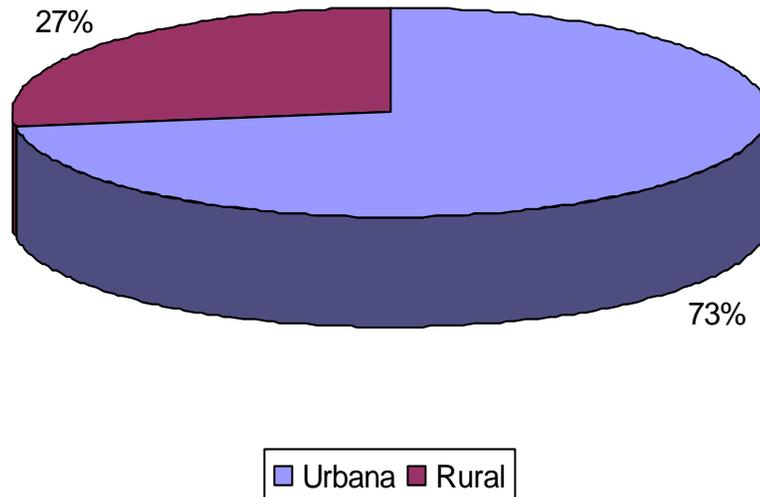
Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños lactantes y pre-escolares que hicieron uso de biberón.

“INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES DEL USO DE BIBERÓN E HIGIENE ORAL EN LOS NIÑOS LACTANTES Y PRE-ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DE FEBRERO-OCTUBRE 2005”

Cuadro 3. LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MADRES

Procedencia	No. madres	Porcentaje
Urbana	107	73%
Rural	40	27%
Total	147	100%

Gráfica 3. LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MADRES



n= 147 Madres

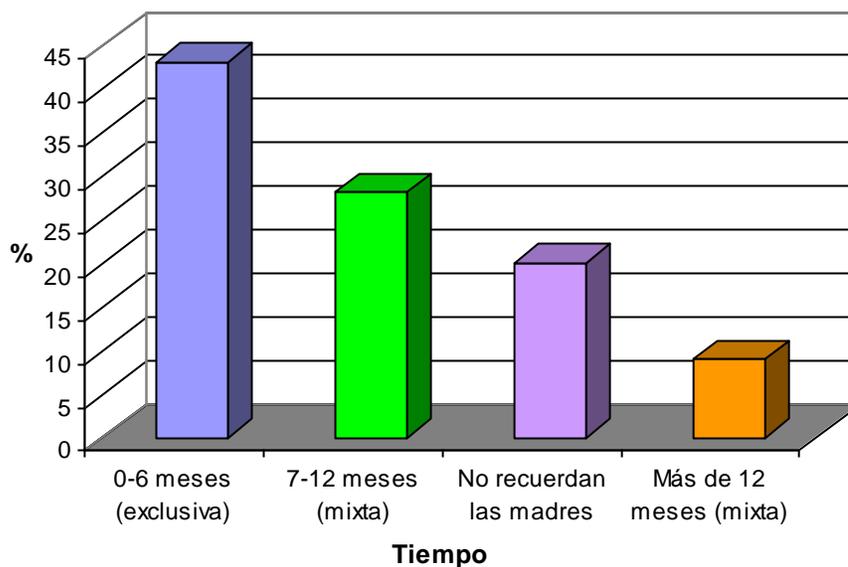
Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños lactantes y pre-escolares que hicieron uso de biberón.

**“INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES DEL USO DE BIBERÓN E HIGIENE ORAL
EN LOS NIÑOS LACTANTES Y PRE-ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DE
FEBRERO-OCTUBRE 2005”**

Cuadro 4. TIEMPO DE LACTANCIA

Tiempo	No. madres	Porcentaje
0-6 Meses (exclusiva)	64	43%
7-12 meses (mixta)	41	28%
No recuerdan las madres	29	20%
Más de 12 meses (mixta)	13	9%
Total	147	100%

Gráfica 4. TIEMPO DE LACTANCIA



n= 147 Madres

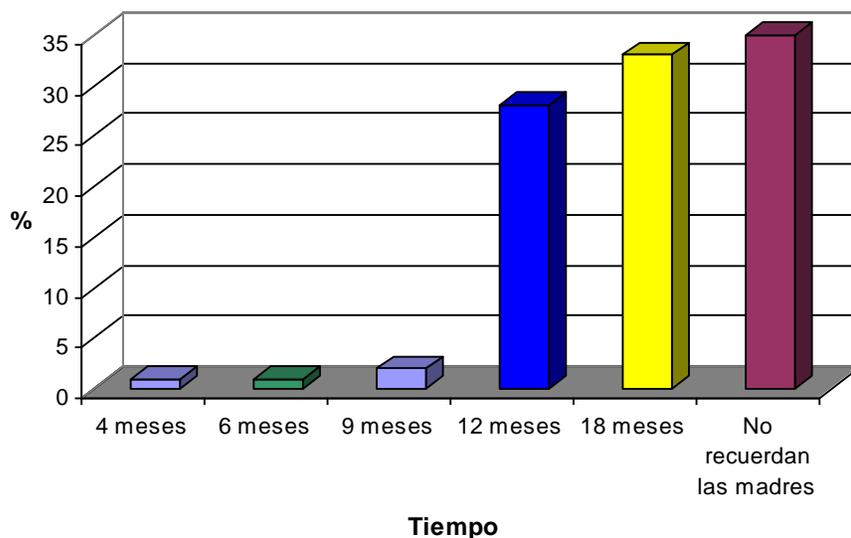
Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños lactantes y pre-escolares que hicieron uso de biberón.

**“INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES DEL USO DE BIBERÓN E HIGIENE ORAL
EN LOS NIÑOS LACTANTES Y PRE-ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DE
FEBRERO-OCTUBRE 2005”**

Cuadro 5. ALIMENTACIÓN POR MEDIO DE BIBERÓN

Tiempo	Núm de niños	Porcentaje
4 meses	1	1%
6 meses	2	1%
9 meses	3	2%
1 año	41	28%
1.6 años	48	33%
No recuerdan	52	35%
Total	147	100%

Gráfica 5. ALIMENTACIÓN POR MEDIO DE BIBERÓN



n= 147 Madres

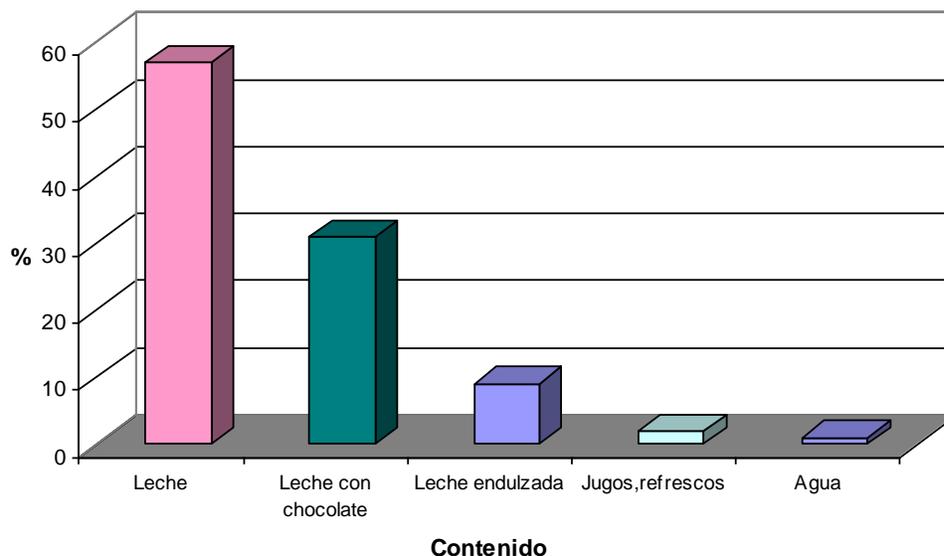
Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños lactantes y pre-escolares que hicieron uso de biberón.

**“INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES DEL USO DE BIBERÓN E HIGIENE ORAL
EN LOS NIÑOS LACTANTES Y PRE-ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DE
FEBRERO-OCTUBRE 2005”**

Cuadro 6. CONTENIDO DEL BIBERÓN

Contenido	No. madres	Porcentaje
Leche	85	57%
Leche con chocolate	45	31%
Leche endulzada	13	9%
Jugos, refrescos	3	2%
Agua	1	1%
Total	147	99%

Gráfica 6. CONTENIDO DEL BIBERÓN



n= 147 Madres

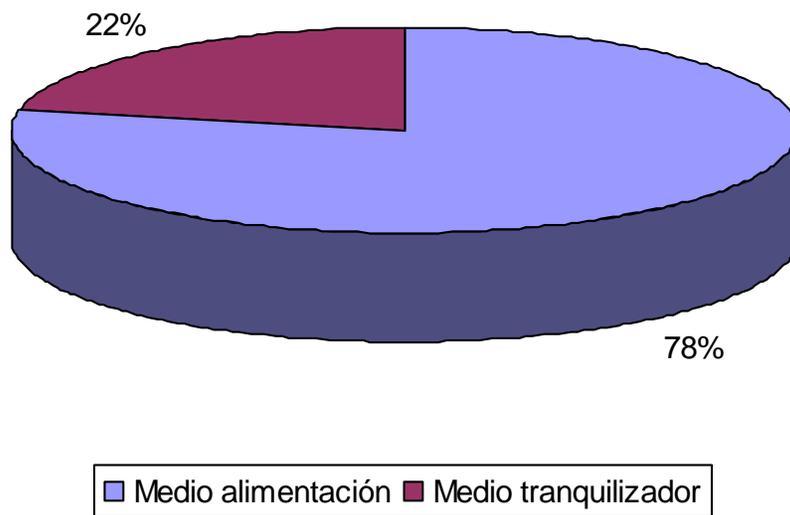
Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños lactantes y pre-escolares que hicieron uso de biberón.

**“INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES DEL USO DE BIBERÓN E HIGIENE ORAL
EN LOS NIÑOS LACTANTES Y PRE-ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DE
FEBRERO-OCTUBRE 2005”**

Cuadro 7. USO DE BIBERÓN

Uso de biberón	No. madres	Porcentaje
Medio alimentación	115	78%
Medio tranquilizador	32	22%
Total	147	100%

Gráfica 7. USO DE BIBERÓN



n= 147 Madres

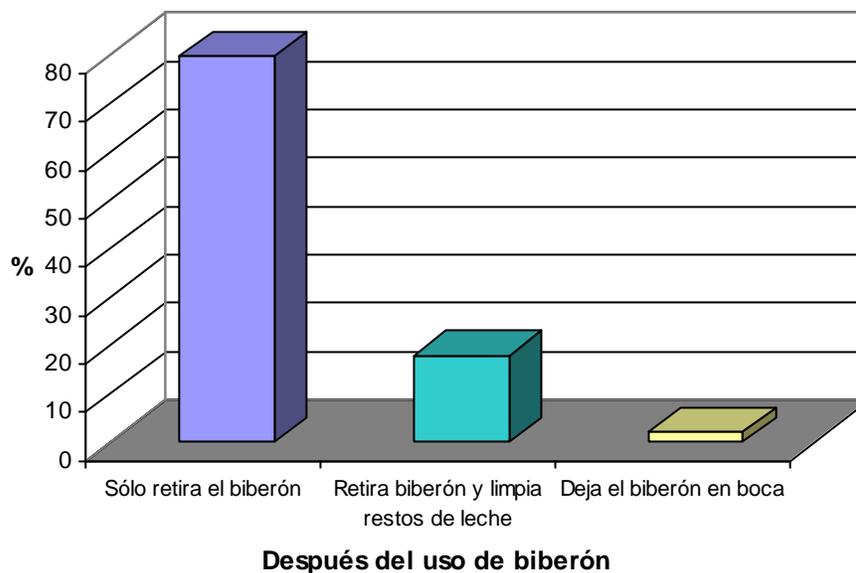
Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños lactantes y pre-escolares que hicieron uso de biberón.

**“INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES DEL USO DE BIBERÓN E HIGIENE ORAL
EN LOS NIÑOS LACTANTES Y PRE-ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DE
FEBRERO-OCTUBRE 2005”**

Cuadro 8. DESPUÉS DEL USO DE BIBERÓN

DESPUÉS DE LA ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN LAS MADRES:	No. MADRES	PORCENTAJE
Sólo retira el biberón	117	80%
Se retira el biberón y limpia restos de leche	27	18%
Deja el biberón y limpia restos de leche	3	2%
Total	147	100%

Gráfica 8. DESPUÉS DEL USO DE BIBERÓN



n= 147 Madres

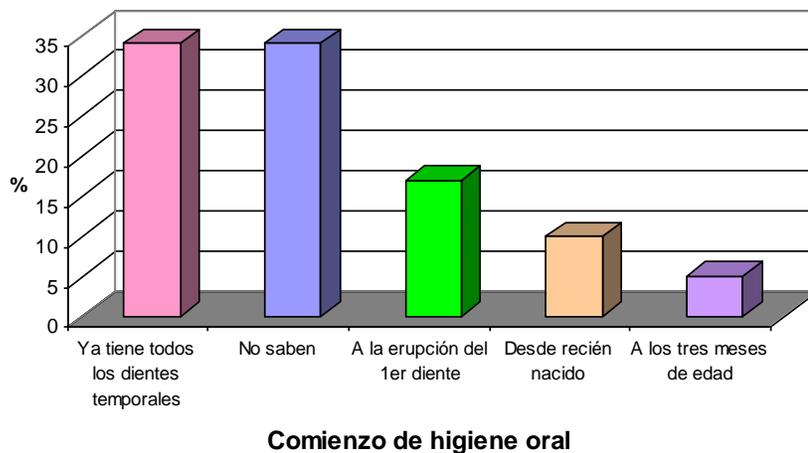
Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños lactantes y pre-escolares que hicieron uso de biberón.

“INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES DEL USO DE BIBERÓN E HIGIENE ORAL EN LOS NIÑOS LACTANTES Y PRE-ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DE FEBRERO-OCTUBRE 2005”

Cuadro 9. COMIENZO DE HIGIENE ORAL EN LACTANTES Y PRE-ESCOLARES POR SUS MADRES

Las mamás	Núm de mamás	Porcentaje
Cuando ya tiene todos los dientes	51	34%
No saben cuando iniciar	50	34%
A la aparición del 1er diente	25	17%
Desde recién nacido	14	10%
A los tres meses de edad	7	5%
Total	147	100%

Gráfica 9. COMIENZO DE HIGIENE ORAL EN LACTANTES Y PRE-ESCOLARES POR SUS MADRES



n=147 Madres

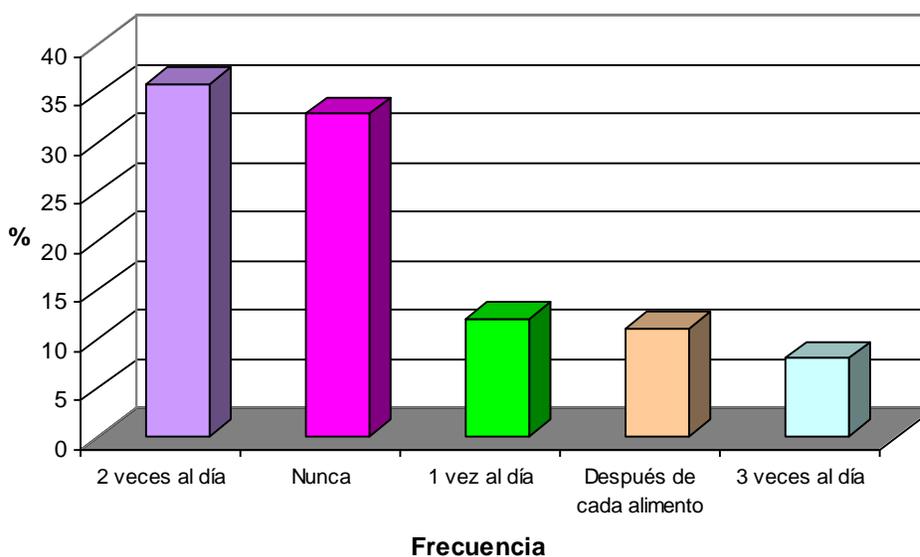
Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños lactantes y pre-escolares que hicieron uso de biberón.

**“INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES DEL USO DE BIBERÓN E HIGIENE ORAL
EN LOS NIÑOS LACTANTES Y PRE-ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DE
FEBRERO-OCTUBRE 2005”**

Cuadro 10. FRECUENCIA DE HIGIENE ORAL

Frecuencia	Núm de madres	PORCENTAJE
2 veces al día	52	36%
Nunca	49	33%
1 vez al día	18	12%
Después de cada alimento	16	11%
3 veces al día	12	8%
Total	147	100%

Gráfica 10. FRECUENCIA DE HIGIENE ORAL



n= 147 Madres

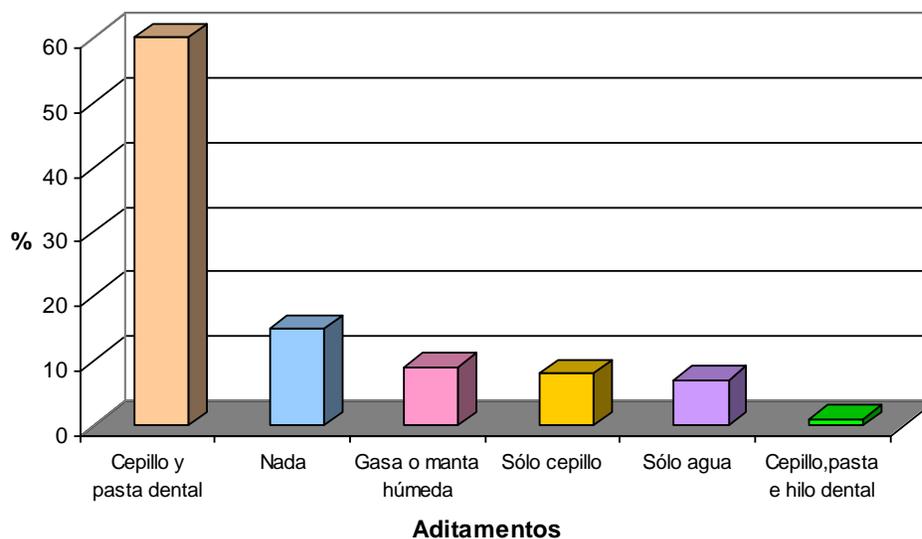
Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños lactantes y pre-escolares que hicieron uso de biberón.

**“INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES DEL USO DE BIBERÓN E HIGIENE ORAL
EN LOS NIÑOS LACTANTES Y PRE-ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DE
FEBRERO-OCTUBRE 2005”**

Cuadro 11. ADITAMENTOS USADOS PARA HIGIENE ORAL

Aditamentos	No. madres	Porcentaje
Cepillo y pasta dental	89	60%
Nada	23	15%
Gasa o manta húmeda	13	9%
Sólo cepillo dental	11	8%
Sólo agua	10	7%
Cepillo, pasta e hilo dental	1	1%
Total	147	100%

Gráfica 11. ADITAMENTOS USADOS PARA HIGIENE ORAL



n= 147 Madres

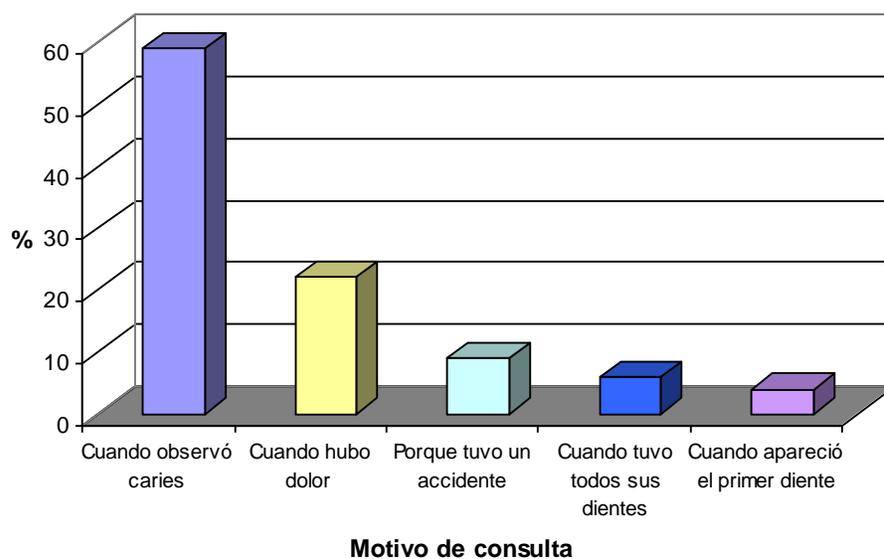
Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños lactantes y pre-escolares que hicieron uso de biberón.

**“INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES DEL USO DE BIBERÓN E HIGIENE ORAL
EN LOS NIÑOS LACTANTES Y PRE-ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DE
FEBRERO-OCTUBRE 2005”**

Cuadro 12. PRINCIPALES MOTIVOS DE PRIMERA CITA ODONTOLÓGICA

Causa	Núm de madres	Porcentaje
Cuando observó caries	87	59%
Cuando hubo dolor	32	22%
Porque tuvo un accidente	13	9%
Cuando tuvo todos sus dientes	9	6%
Cuando apareció 1er diente	6	4%
Total	147	100%

Gráfica 12. PRINCIPALES MOTIVOS DE PRIMERA CITA ODONTOLÓGICA



n= 147 Madres

Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños lactantes y pre-escolares que hicieron uso de biberón.

V. DISCUSIÓN

Esta investigación es para conocer la información con la cual cuentan las madres de niños lactantes y pre-escolares sobre el uso de biberón e higiene oral en sus hijos, por lo que se aplicaron encuestas encaminadas a conocer mencionados datos.

Respecto a la información proporcionada por el estudio encontramos: que la procedencia de los pacientes que asisten a consulta dental a la clínica de Posgrado de Odontopediatría, es de la zona urbana en un 73% que la rural en un 27%, lo cual coincide con los datos reportados en el estudio realizado por Helderman y col. 2006 donde un 56% de los pacientes que asisten a atención son de la zona urbana y un 44% de la rural.

Figueiredo (2000), Barbería (2001), Castro (2003), Cortez (2003), Helderman (2006), coinciden en que el amamantamiento al nacer debe ser a libre demanda del lactante, hasta los 6 meses de edad y la edad promedio límite para ser retirado este tipo de alimentación es al año de edad, comparando con nuestro estudio coincide en el tiempo en que debe durar el amamantamiento un 43.5% de las madres reportó esta información, un 28% extendió la lactancia materna hasta el año de edad, sin embargo el 20% de las madres no recordaba cuanto tiempo se amamantó a sus hijos.

Referente a la lactancia por medio de biberón, en la literatura se reporta que la edad promedio para retirar ésta es aproximadamente al año seis meses, sin embargo en el estudio se determinó que hubo madres (35%) que extendieron uso de este en hijos. Aunado a que la frecuencia se presentó en un 52% daban el biberón cada vez que su hijo lo deseaba, y el 40% de las madres lo daba a sus hijos siempre antes de dormir, si a esto sumamos que el contenido del biberón en un 58% era leche y en un 31% era leche con chocolate y que después de este, la actitud de la madre, era en un 80% solo retirar el biberón de la boca de su hijo, y solo el 18% llegó a retirarlo y limpiar los restos de leche, podemos llegar a coincidir con los autores que estos son factores que favorecen la aparición de lesiones por caries en la primera dentición (Figueiredo 2000, Barbería 2001, Robson y col 2000)

De acuerdo a lo anterior y al evaluar a las madres a través de las encuestas, encontramos que sólo el 10% de ellas tuvo la información oportuna para realizar la higiene oral desde recién nacidos en sus hijos, mientras que un 34% reportó que no sabían la edad en la que la higiene debiera comenzar, mientras que el 35% de ellas indicó que esta se debe realizar una vez que ya han erupcionado todos los dientes temporales. La frecuencia con que realizaban la higiene el 11% lo hacía después de cada comida, el 35% dos veces al día mientras que el 33% nunca lo llevaba a cabo, lo descrito nos lleva a coincidir con los autores en que existe una deficiencia en el manejo de la información de algunos profesionales sobre higiene oral desde temprana edad (Bravo, 1995; Figueredo, 2000; Rodríguez 2002).

Si a todo lo anteriormente descrito adicionamos que el motivo por el cual más frecuentemente asistieron estos pacientes, lactantes y pre-escolares, a atención odontológica fue cuando sus madres en un 59%, observaron caries; y el 22% de ellas, los llevaron cuando sus hijos presentaron dolor, se deduce que las madres no cuentan con la adecuada información de tipo preventivo en cuanto a la salud oral.

VI. CONCLUSIONES

Con los resultados encontrados en la investigación, donde se puede observar claramente la falta de información, con la cual cuentan las madres, relacionada con el uso de biberón y salud oral, podemos considerar que es un factor importante a presencia de caries en la primera dentición, así como de otras alteraciones como: dolor, presencia de abscesos, pérdida de espacio interproximal, hábitos, maloclusiones, entre otras. Por lo que es importante considerar la difusión de la correcta información a las madres principalmente, ya que son ellas las que tienen mayor contacto con los hijos.

Finalmente, se debe tomar en cuenta que la salud oral de los niños va a estar influenciada por la actitud de las madres, principalmente en edades tempranas, es decir desde el nacimiento hasta los 10 años de edad aproximadamente.

PROPUESTA

Esta información se puede transmitir a la madre desde la etapa prenatal, en clínicas, consultorios, revistas, etc.; así como los profesionales de la salud como ginecólogos, enfermeras, odontólogos, higienistas, etc.; para prevenir problemas futuros en la cavidad oral y lograr un equilibrio funcional y armónico.

Se debe enseñar a la madre cómo a realizar la limpieza, permitiendo así que ella esté motivada:

- La limpieza se puede llevar a cabo con agua oxigenada de 10 vol. diluida (una parte de H₂O₂ y tres de agua hervida fría, guardándose en un frasco de color).
- Se limpia la cavidad bucal con una gasa humedecida en la solución.
- Realizar limpieza de los rebordes alveolares, mucosa bucal, lengua después de cada lactada.
- Se aconseja el uso de hisopos, gasa húmeda o dedil con cepillo suave.

Una vez que han erupcionado los dientes se debe llevar a cabo:

- El cepillado por medio de la técnica de barrido, con movimiento horizontal a lo largo de las caras del diente, tanto interna como externa.
- Cepillar las caras oclusales.
- Cepillar la lengua.
- Usar el hilo dental.
- Enjuagar.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Barbería E. 2002. Caries Dental: Prevención. En Odontopediatría. 2ª Edición. Editorial Masson; pp. 173-187.

Bravo C. 1995. Participación del pediatra en la salud dental infantil. Revista ADM. 5 (52): 239-242. Revisada en el 2005. www.imbiomed.com.mx/ADM/Odv52n5/espanol/wod55-02html

Castro A. y col. 2003. La protección de leche materna a los recién nacidos. Una visión actualiza. Revista Mexicana de Pediatría. 1 (70): 27-31

Carhuahuanca C. Tesis publicada. Hábitos de succión no nutritiva y la relación oclusal según el tipo de lactancia en niños con dentición decidua completa, revisada en septiembre 2005. <http://www.ceo.com.pe/005-revista-art02.htm>

Cunha RF y col. 2000. Dentistry for babies: a preventive protocol. Journal of dentistry for children. 2: 89-92.

De Figueredo W. 2000. Educación Odontológica: Necesidades educativas, Caries dental, Dieta y caries en la Primera Infancia. En: Odontología para el Bebé. Primera Edición. Editorial Amolca. Sao Paulo Brasil; pp75-122.

Diccionario enciclopédico ilustrado. 1992. Océano Uno. Grupo editorial Océano. Barcelona España.

Dogan M. 2006. The oral health status of street children in Adana, Turkey. International Dental Journal. 2(56): 92-96

Harn, S. 1996. Using a children's dental health carnival as a primary vehicle to educate children about oral health. Journal of dentistry for children. July-August:281-284.

Helderman P.V. 2006. Risk Factors of Early Childhood Caries in a Southeast asian population.1(85): 85-88.

Katz S. 1993. Placa y caries dental. En: Odontología Preventiva en Acción. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana; pp93-100

Katz S. 1993. Dieta y caries Dental. En: Odontología Preventiva en Acción. 3ª Edición. Editorial Medica Panamericana; pp 281-290

Koch. 1994. Caries Dental: Prevención. En: Odontopediatría Enfoque Clínico. Editorial Panamericana Buenos Aires; pp 81-99.

Maupomé G. 1997. La educación dental en un momento crítico. Consideraciones generales en el entorno profesional de América del Norte. Revista Salud Pública de México; 6(39):554-564

Mc Donald R.1990. Caries Dental en el niño y el adolescente; En: Odontopediatría. 5ª edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires Argentina; pp 210-248

Mc Donald R.1990. Higiene bucal en el hogar para el niño y el adolescente. En: Odontopediatría. 5ª edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires Argentina; pp 251-270

Mc Donald R.1990. Consideraciones nutricionales para el paciente Odontopediátrica. En: Odontopediatría. 5ª edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires Argentina; pp 272-280

Molina FN. 2002. Caries dental en escolares de distinto nivel socioeconómico. Revista Mexicana de Pediatría; 2(69):53-56

Pinkham JR. 2001. Prevención de la enfermedad dental. Examen del lactante y del niño de menos de tres años. Prevención de las enfermedades Dentales. En: Odontología Pediátrica. 3ª edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana; pp195-225.

Podadera Z. 2004. Evaluación del impacto del taller sobre lactancia materna y su rol preventivo en las anomalías dentomaxilofaciales. Revista Cubana de Estomatología Vol (1). Revisado en octubre 2005. www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41-01-04/est05104.htm

Rodríguez M. 2002. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. Tesis Digitales UNMSM(Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Lima Perú. Revisada en octubre 2005. [Sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesia/salud Rodríguez-V-M/cap4](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesia/salud/Rodríguez-V-M/cap4)

Tello M. 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. Revisado en octubre 2005. <http://www.ceo.com.pe/005-revista-artt01.htm>

Toney S. 1997. Lactancia materna, destete y aglactación: una encuesta en comunidades rurales de México. Revista Salud Pública de México. 5(39):412-419.

Van Waes H. 2002. Patología dental en los niños. En: Atlas de Odontología Pediátrica. Editorial Masson. Barcelona España; pp:86,87

Van Waes H. 2002. Profilaxis comunitaria, semicomunitaria e individual en niños y jóvenes. En: Atlas de Odontología Pediátrica. Editorial Masson. Barcelona España; pp:133-141.

ANEXO 1

CUESTIONARIO

Nombre de la madre: _____ Edad de la madre: _____

Escolaridad:

- a) Primaria b) Secundaria c) Bachillerato
d) Técnico e) Licenciatura o Universitario

Ocupación:

- a) Ama de casa b) Obrera c) Comerciante d) Profesionista

Procedencia:

- a) Urbana b) Rural

Nombre de su hijo: _____ Edad del niño: _____

Qué número de miembro de la familia es: _____

1. La lactancia materna exclusiva debe extenderse hasta:

- a) 1 mes de edad b) 4 meses c) 6 meses d) 1 año e) Más del año f) No sé

2. La lactancia por medio de biberón debe retirarse hasta:

- a) 4 meses b) 6 meses c) 9 meses d) 1 año
e) 1 año ½ f) No sé g) hasta los 4 años

3. El niño recibe su biberón cada:

- a) 1 hora b) 2 horas c) 3 horas d) Cada vez que la desee e) Siempre antes de dormir

4. Cuál es el contenido del biberón:

- a) Solo leche b) Leche con azúcar o miel c) Leche con chocolate
d) Jugos, refrescos d) Agua

5. Usaba el biberón en su hijo como:

- a) Un medio de alimentación b) Tranquilizador

6. Después de alimentar a su hijo por medio del biberón usted:

- a) Deja el biberón dentro de la boca del niño b) Sólo retira el biberón de la boca niño
c) Retira el biberón y limpia los restos de leche

7. A que edad debe comenzar la higiene oral:

- a) Al mes de edad b) Desde recién nacido c) A los tres meses d) No sé
e) A la aparición del primer diente f) Cuando ya tiene todos los dientes temporales

8. Cuantas veces al día realiza el aseo oral de su hijo:

- a) Sólo una vez al día b) 2 veces al día c) Tres veces al día
d) Nunca, el niño lo hace solo e) Después de cada alimento

9. Con qué realiza el aseo oral de su hijo:

- a) Solo con agua b) Con una gasa o manta húmeda c) Con cepillo y pasta dental
d) Solo usa el cepillo e) Con cepillo, pasta e hilo dental f) Con nada

10. Por qué llevó por primera vez a atención odontológica a su hijo:

- a) Cuando apareció el primer diente b) Una vez que ya tuvo todos sus dientes
c) Cuando observó que presentaba caries en los dientes d) Cuando le dolió un diente
e) Por qué sufrió un accidente (caída)

11. A que edad llevó a su hijo por vez primera al dentista: _____

ANEXO 2**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS****EDAD DE LA MADRE**

A) PRIMARIA	
B) SECUNDARIA	
C) BACHILLERATO	
D) TÉCNICO	
E) LICENCIATURA	

OCUPACIÓN

A) AMA DE CASA	
B) OBRERA	
C) COMERCIANTE	
D) PROFESIONISTA	

PROCEDENCIA

A) URBANA	
B) RURAL	

EDAD DEL NIÑO

0 – 12 MESES	
1 AÑO	
2 AÑOS	
3 AÑOS	
4 AÑOS	
5 AÑOS	

LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DEBE EXTENDERSE HASTA

A) 1 MES DE EDAD	
B) 4 MESES	
C) 6 MESES	
D) 1 AÑO	
E) MÁS DEL AÑO	
F) NO SÉ	

LA LACTANCIA POR MEDIO DE BIBERÓN DEBE RETIRARSE HASTA

A) 4 MESES	
B) 6 MESES	
C) 9 MESES	
D) 1 AÑO	
E) MÁS DEL AÑO	
F) NO SÉ	
G) HASTA 4 LOS AÑOS	

EL NIÑO RECIBE SU BIBERÓN CADA

A) 1 HORA	
B) 2 HORAS	
C) 3 HORAS	
D) CADA VEZ QUE LA DESEE	
E) SIEMPRE ANTES DE DORMIR	

CUÁL ES EL CONTENIDO DEL BIBERÓN

A) SOLO LECHE	
B) LECHE CON AZÚCAR O MIEL	
C) LECHE CON CHOCOLATE	
D) JUGOS, REFRESCOS	
E) AGUA	

USABA EL BIBERÓN EN SU HIJO COMO

A) MEDIO DE ALIMENTACIÓN	
B) TRANQUILIZADOR	

DESPUÉS DE ALIMENTAR A SU HIJO POR MEDIO DE BIBERÓN USTED

A) DEJA EL BIBERÓN DENTRO DE LA BOCA	
B) RETIRA EL BIBERÓN DE LA BOCA	
C) RETIRA EL BIBERÓN Y LIMPIA LOS RESTOS	

A QUE EDAD DEBE COMENZAR LA HIGIENE ORAL

A) AL MES DE EDAD	
B) DESDE RECIEN NACIDO	
C) A LOS TRES MESES	
D) NO SÉ	
E) A LA APARICIÓN DEL PRIMER DIENTE	
F) CUANDO TIENE TODOS LOS DIENTES TEMPORALES	

CUANTAS VECES AL DÍA REALIZA EL ASEO ORAL DE SU HIJO

A) SOLO POR LA NOCHE	
B) 2 VECES AL DÍA	
C) TRES VECES AL DÍA	
D) NUNCA, EL NIÑO LO HACE SOLO	
E) DESPUÉS DE CADA ALIMENTO	

CON QUÉ REALIZA EL ASEO ORAL DE SU HIJO

A) SOLO CON AGUA	
B) CON UNA GASA O MANTA HÚMEDA	
C) CON CEPILLO Y PASTA DENTAL	
D) SOLO USA EL CEPILLO	
E) CON CEPILLO, PASTA E HILO DENTAL	
F) CON NADA	

POR QUÉ LLEVÓ POR PRIMERA VEZ A ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A SU HIJO

A) CUANDO APARECIÓ 1ER DIENTE	
B) UNA VEZ QUE YA TUVO TODOS SUS DIENTES	
C) CUANDO OBSERVÓ CARIES	
D) CUANDO LE DOLIÓ UN DIENTE	
E) SUFRIÓ UN ACCIDENTE (CAIDA)	

A QUE EDAD LLEVÓ A SU HIJO POR VEZ PRIMERA AL DENTISTA

0 – 12 MESES	
1 AÑO	
2 AÑOS	
3 AÑOS	
4 AÑOS	
5 AÑOS	