



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANUAL DIRIGIDO A LOS PADRES COMO
UNA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN PARA LA
SALUD BUCODENTAL DESDE EDADES
TEMPRANAS

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A N :

WENDY FLORES SIMANCAS
ELIZABETH XOCHITL GARCÍA CRUZ

DIRECTORA: C.D. DORA LIZ VERA SERNA
ASESORA: C.D. BLANCA ESTELA HERNÁNDEZ RAMÍREZ

MÉXICO, D. F.

2002



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No Bo
[Signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

PAGINACIÓN

DISCONTINUA

A la Universidad Autónoma de México que me abrió sus puertas para hacerme una profesionalista útil a la sociedad

A la Facultad de Odontología que se empeña en hacer a los alumnos, profesionistas con calidad en el campo de mi profesión.

A mi directora de Tesina C. D. Dora Liz Vera Serna y a mi asesora **C. D. Blanca E. Hernández Ramírez** que de forma tan atinada me condujeron hasta llegar a la culminación de este trabajo.

A mis padres:

Arturo Flores A. y

Ma. Graciela Simancas O.

Por su dedicación constante,
preocupación viva y creciente,
por su cariño y apoyo para lograr
uno de mis propósitos en la vida

A mi mejor amiga:

Lilibeth

Por el amor y apoyo que me ha
brindado. Por compartir los
momentos especiales de
nuestras vidas. Eres la mejor

A mis abuelitos:

Por darme unos papás
maravillosos, por apoyarme y
estar siempre pendiente de mi.

A los **Drs. Enrique Grajeda Cantú y Nuñez** por todo su apoyo, enseñanzas y comprensión para conseguir este logro.

A mis grandes amigos:

Dulce, Alejandra y Fabián: Que han estado conmigo en todo momento, por el apoyo que recibí y por su motivación para seguir adelante.

A mis amigos:

Kari, Sol, Ale, Xochitl, Chio, Norma, Mauricio, Carlos y David. Por compartir este logro y brindarme su amistad incondicional.

Dedicó este primer escalón de mi logro profesional a:

Mis papás **Isabel Ana y Simón**, que sembraron en mi la semilla de la superación, por creer siempre en mi y por todo el cariño que me brindan siempre.

A mis hermanos **Adrián y Marco**, por compartir conmigo su existencia, y apoyarme con todo su amor.

A mis mejores amigas: **Marisol, Karina, Alejandra, Norma y Wendy** por brindarme su amistad y por su apoyo incondicional.

ELIZABETH XOCHITL GARCÍA CRUZ

**A mi Universidad y Facultad por
la oportunidad de superarme y
adquirir una formación profesional.**

**Y a todos aquellos que me apoyaron
en algún momento de mi carrera, les
agradezco infinitamente.**

ELIZABETH XOCHITL GARCÍA CRUZ

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
I ANTECEDENTES HISTÓRICOS	1
II ORIENTACIÓN AL ODCONTÓLOGO	7
2.1 Educación para la salud	7
2.1.1 Educación	8
2.2 Educación odontológica en edades tempranas	10
2.2.1 Factor de riesgo cariogénico en el infante	11
A. Control del ambiente que rodea a los niños en los primeros años de vida	13
2.3 Orientación Profesional	14
2.3.1 Amamantamiento	14
2.3.2 Alimentación suplementaria y dieta	19
A. Suplementos de leche materna o fórmulas infantiles	19
a) Tipos de suplemento de leche materna	19
B. Dieta y salud oral	20
a) Ablactación	21
b) Métodos de evaluación dietética para la primera infancia	24
c) Higiene	29
2.3.3 Caries por alimentación infantil.....	32
2.3.4 Erupción	34
2.3.5 Alteraciones de la erupción dentaria y su tratamiento	36
A. Alteraciones periodontales que acompañan a la erupción..	36
a) Nódulos de Bohn	37
b) Pápulas de Epstein	38
c) Manchas azules	39

d) Quiste de la erupción	39
e) Hematoma de la erupción	40
f) Opérculo	40
g) Secuestro de erupción	41
h) Foliculitis	41
B. Alteraciones cronológicas de la erupción	42
a) Dentición precoz	42
b) Dentición tardía	43
c) Hipodoncia y anodoncia	44
d) Hiperodoncia	44
C. Anomalías de tamaño	44
a) Microdoncia	44
b) Macrodoncia	45
c) Fusión y geminación	45
D. Anomalías de forma	46
2.3.6 Fluoruros	47
a) Fluoruro de sodio	48
b) Fluoruro de estaño	49
c) Fluoruro de fosfato acidulado	49
III ELABORACIÓN EL MANUAL	52
3.1 Manual	52
3.1.1 Definición.....	52
3.1.2 Tipos de manual.....	53
3.2 Planeación del material escrito	53
3.2.1 Título.....	53
3.2.2 Objetivos.....	54
A. Objetivos comunes.....	54
B. Objetivos individuales.....	54

3.2.3 Público.....	55
a) Lenguaje y conceptos.....	55
3.2.4 Profundidad.	56
3.2.5 Extensión.	56
3.2.6 Ilustraciones.....	57
a) Tipos.....	57
b) Cantidad	58
c) Contenido de las figuras.	58
CONCLUSIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	62

ANEXO:

"Manual de prevención para la salud bucodental de sus hijos de 0 a 3 años"

INTRODUCCIÓN

El periodo de vida del ser humano, que inicia desde la concepción hasta los 3 años de edad, es el más dramático con respecto al crecimiento y desarrollo. Desde el punto de vista médico, estos años son importantes; el obstetra vigila el desarrollo fetal y el bienestar de la madre, así como es responsable del neonato durante el nacimiento. El pediatra o médico familiar atiende al recién nacido, al lactante, al preescolar y al adolescente, creando un equilibrio ambiental, nutricional y revisando las alteraciones patológicas presentes, dando como resultado el bienestar de la salud. Como vemos esta etapa desde 0 hasta tres años es importante en otras áreas, ¿por qué no es así en el área odontológica, si en esta etapa se adquieren y desarrollan malos hábitos alimenticios (amamantamiento y biberón), mala higiene, alteraciones en la erupción dentaria, anomalías dentarias, etc.?

En México hay un alto índice de caries en niños de uno y medio a cuatro años, que es cuando acuden por primera vez al odontopediatra para que los rehabilite, dando pocas alternativas de tratamiento, ya que en muchas de las ocasiones es demasiado tarde y se tienen que extraer los dientes y eso considerando que en ciertos niveles sociales saben que son importantes los dientes temporales. Aún, no nos hemos dado cuenta de la importancia que es prevenir antes de rehabilitar al niño, para evitar inseguridad y una baja autoestima, ya que esto influye en la apariencia con los amigos, problemas en la pronunciación al hablar, el no poder masticar bien los alimentos, etc.

Por eso, he aquí la propuesta de difundir la prevención bucodental en niños de 0 a 3 años, a través de un ***"Manual dirigido a los padres como una estrategia de educación para la salud bucodental desde edades***

tempranas". Por lo tanto, se debe considerar la instrucción en primer termino al cirujano dentista y odontopediatra ya que existe poco conocimiento y manejo de los programas preventivos en esta etapa. De esta manera el Manual ayudará a la transmisión y aplicación de algunos conceptos preventivos hacia los padres para una mejor comprensión de la importancia del tema.

- Por consiguiente, el objetivo del Manual es informar de forma clara y sencilla a los padres los riesgos que se desarrollan desde el momento de la erupción del primer diente, pasando por la higiene bucal a seguir aún en ausencia de los órganos dentales, la influencia de la dieta, del amamantamiento hasta la correcta utilización del biberón en niños desde 0 hasta 3 años.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En el surgimiento de una nueva filosofía de la odontología basada más en la prevención que en la restauración y el reemplazo ha sido uno de los avances más significativos en la historia de la odontología; ya que a mediados del decenio de 1950 se decía que en algunos consultorios de Estados Unidos mostraban a los pacientes nuevos, un letrado que decía: "En este consultorio no se admiten niños menores de 13 años de edad para tratamiento"¹ Afortunadamente en la actualidad, estas actitudes y advertencias ya no se presentan. Además, gracias a las guías educacionales de odontopediatría y de otros organismos e individuos preocupados por la salud bucal infantil; el concepto atrasado de "no tiene caso llevar a los niños al dentista porque de todos modos se le van a caer los dientes" desapareció en gran medida, excepto en la población con menor información de esta problemática.

En 1980, en Estados Unidos se afirmó que parecía que la odontología estaba al margen de recomendar consultas y exámenes dentales sistemáticos para niños menores de tres años de edad. En la actualidad, la American Academy of Pediatric Dentistry y la American Society of Dentistry for Children, recomiendan que el niño se someta a un examen dental antes del primer año de vida.² Sin lugar a dudas, la pertinencia de recomendar un cuidado dental temprano se debe a la calidad de la información sobre la prevención bucodental, el tratamiento y las técnicas disponibles. Esta recomendación coincide con el cambio de criterio en la profesión dental en cuanto a la edad que debe considerarse óptima para que el niño ingrese a la supervisión profesional. Cuando la odontología era orientada al tratamiento; la edad era una consideración importante por razones de conducta y por la incapacidad del clínico y del paciente niño para comunicarse. Por esta

¹ J.R. Pinkham, B.S., D.D.S., M.S., Odontología Pediátrica 2ª edición. Editorial Interamericana, Mc Graw Hill. México 1996, pag. 2

² Ib. 1, pag. 3

razón, la edad que se acostumbraba para la primera cita dental era después del tercer año de vida. Sin embargo, con la nueva filosofía dental en el área de la odontología infantil preventiva, esta edad se alargó al año y medio en tiempo para iniciar los métodos preventivos adecuados.³

1. AVANCES DE LA ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ

1929. En Brasil, Pereira en el libro "Educación Dental del niño" enfatizaba que "es necesario una divulgación sin límites en el seno de la familia, pues la prevención debe comenzar desde que el niño está en el vientre materno con la formación de los órganos dentarios sanos y bien calcificados."⁴

1939. Costa, habla que la interferencia odontopediátrica debería abarcar desde los 2 años hasta los 12 años de edad y que sólo en casos raros de erupción dentaria precoz, debería de haber interferencia.⁵

1960. Braurer y col. dicen que el momento ideal para comenzar los exámenes dentales periódicos de los niños y el tratamiento es de 2 años en adelante de acuerdo con Kantorowicz (1949) de la Escuela Odontológica Alemana.⁶

1963. En Inglaterra Robinson y Naylor afirmaron que lo referente a métodos preventivos en niños de edad escolar estaba bien documentado. Sin embargo, pocos eran los que destacaban el control de hábitos alimenticios como medida de prevención de caries en bebés.⁷

1974. El internacional Workshop on Fluorides and Dental Caries Reductions recomienda empezar lo antes posible después del nacimiento una

³ Pinkham. Op. Cit. Pag. 3

⁴ Luis Reynaldo Figueiredo Walter, Odontología para el bebé, 1º edición. Editorial AMOLCA, C.A. México 2000.

⁵ Ib. 4, pag.3

⁶ Ib. 4, pag 3

⁷ Walter. Op.cit., Pág. 3

complementación de fluoruro adecuada (después, las autoridades modificaron esta recomendación para empezar a los seis meses de edad).⁸

1978. Novak describe que históricamente, un niño debería ir, inicialmente, al dentista a la edad de 3 a 5 años. No obstante se tiene conciencia que nuestros programas de prevención de enfermedades deben ser iniciados o promover más su realización lo más cercano a la época de inicio de la erupción de dientes.⁹

1980. Blinkhorn destacó la necesidad de cambio en el comportamiento de los cirujanos dentistas, una educación para la salud, estableciendo rutinas que podrían prevenir o controlar las afecciones más frecuentes en la cavidad bucal en los bebés. Efectuando a través de programas destinados tanto a madres en gestación, como a los lactantes, la información de la influencia del azúcar en la caries dental y un conjunto de medidas de higiene bucal para enfermedades periodontales.¹⁰

1982. En Japón Morinushi y col, afirmaron que un camino seguro para el mantenimiento de la salud bucal fue la incorporación de una guía de salud bucal junto al servicio de examen médico, esta orientación fue transmitida a las madres de los niños de 4 meses de edad y los resultados fueron evaluados después de 12 meses; se concluyó que debe hacerse un refuerzo de las instrucciones de cuidado diarios en las madres, a intervalos de 3 a 4 meses donde el control de alimentación con alto contenido de azúcar es muy importante.¹¹

1982. En Estados Unidos Elvey y Hewie, describieron que muchos problemas podrían ser evitados si el médico conociera mejor los aspectos odontológicos, particularmente sobre la fluoroterapia; hábitos bucales y sus consecuencias; desarrollo de la dentición y métodos de prevención.¹²

⁸ Pinkham. Op.cit., Pág. 4

⁹ Ib. 7, Pág. 3

¹⁰ Ib. 7, Pág. 4

¹¹ Walter. Op. Cit. Pág. 3

¹² Ib. 11, Pág. 3

1983/1984. En la Universidad Estatal de Londrina, se reunieron los profesores de Odontopediatría en un proyecto pionero, revisando y atendiendo las necesidades odontológicas en una población de 0 a 30 meses (que no estaba abarcada dentro de la Odontología convencional. Carta consulta enviada a FINEP. En 1985 Aprueba en proyecto la FINEP-proyecto n° 43.85.0053.00. ¹³

1985. Persson y col, relataron que en Suecia los programas preventivos de caries dental son organizados por el servicio público de salud dental donde las orientaciones son transmitidas a los países, como procedimiento principal, cuando el niño tiene 6 meses de edad y repetido a los 18 meses; pretendiendo que los niños de 3 años estarían libres de caries, objetivo que no fue alcanzado plenamente.¹⁴

1986. Es la inauguración oficial de la Clínica del bebé (Bebé-Clínica) con el objeto de modificar el concepto de la época a través de la concientización de la población para la atención precoz, proceso que resultó en el concepto de atención precoz y mantenimiento de la salud bucal.¹⁵

1987. Información de la Clínica de Bebé y renovación del proyecto con el título: "Clínica Odontológica para Bebés", en la Universidad Estatal de Londrina proyecto n°42.87.0827.00- FINEP.¹⁶

1988. En Inglaterra, Cushing y Gelbier, informaron que, en 1977, fue introducido en Londres un programa de cuidados dentales en el Departamento de Servicio Social. En este programa se enseñaban fundamentos de educación odontológica y un cuidado profesional de control mensual y bianual era realizado como limpieza dental (profilaxis), con crema dental fluorada, dirigido básicamente a reducir las necesidades de tratamiento y estabilizar la salud dental.¹⁷

¹³ Ib.11, Pág. 5

¹⁴ Ib.11, Pág. 3

¹⁵ Ib.11, Pág. 5

¹⁶ Walter, Op. Cit., Pág. 5

¹⁷ Ib. 16, Pág. 3

1989. Goepferd, informó que, basados en una serie de hechos entre esos la presencia de caries de biberón en bebés, en la Universidad de Iowa se estableció durante 18 meses (de 1984 a 1986) un programa destinado a diagnosticar, interceptar y modificar prácticas caseras que podrían ser dañinas a la salud bucal de los niños.¹⁸

1990. Inicio de la institucionalización de Clínica para Bebé, en diciembre.¹⁹

1995. Creación del Núcleo de odontología para Bebés y transferencia de las instalaciones para la Ciudad de Niños, a través del convenio de cooperación entre las Universidades Estatales de Londrina y Prefectura del Municipio.²⁰

Estos antecedentes, describen los cambios hacia la educación de los padres en la prevención bucodental de los hijos, antes que la restauración de las caries en niños desde 0 hasta 3 años. Así como, el conocimiento de los programas preventivos de odontología para los mismos han sido incluidos en diferentes sociedades en los últimos años, debido al aumento de caries por malos hábitos de alimentación e higiene bucal que se tenían. Así mismo, la comunicación con los padres se ha dificultado debido a que la información esta enfocada exclusivamente a los profesionistas en el área odontológica.

Por tanto, los Cirujanos Dentistas y Odontopediatras debemos informar de forma clara y sencilla a los padres en: los riesgos que se desarrollan desde el momento de la erupción del primer diente, la higiene bucal a seguir aun en ausencia de los órganos dentales, la influencia de la dieta, del amamantamiento y la utilización del biberón en niños desde 0 hasta 3 años.

Otra dificultad que se presenta, es el poco conocimiento y manejo por el odontólogo de los conceptos mencionados. Por lo tanto, se debe considerar la instrucción en primer termino al profesional para que este coadyuvé en la

¹⁸ Ib. 16, Pág. 4

¹⁹ Ib. 16, Pág. 5

²⁰ Ib. 16, Pág. 5

transmisión y aplicación de estos conceptos hacia los padres. A esto se le definirá como educación para la salud bucodental.

II

ORIENTACIÓN AL ODONTÓLOGO**2.1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Es un proceso que sirve de puente entre la información de la salud y las prácticas de salud.

La educación para la salud es el conjunto de acciones que se realizan para influir favorablemente en los conocimientos actitudes y hábitos de las personas en relación a la salud y para impulsar su participación activa en la prevención y curación oportuna de las enfermedades y principalmente en el fomento de sus condiciones de salud.

a) Importancia:

- ❖ La educación para la salud siempre a formado parte de los programas y actividades que se realizan para fomentar preservar y restaurar la salud y la capacidad del individuo.

b) Objetivos:

- ❖ Ayudar al individuo a mantenerse sano bucodentalmente mediante su propio comportamiento y esfuerzo.
- ❖ Despertar el interés de personas para mejorar la salud bucodental individual y colectiva.
- ❖ Lograr la participación activa de las personas en las acciones encaminadas a preservar y restaurar la salud bucodental.
- ❖ Incrementar la eficacia de las acciones y programas de prevención bucodental.

c) Diversos autores describen la Educación para la Salud como:

- ❖ Medio para mejorar la salud.
- ❖ Un desarrollo de un sentido de responsabilidad del individuo hacia su propia salud.
- ❖ Una fase de los programas institucionales de salud pública y hospitalaria como medio para mejorar la salud individual y colectiva.
- ❖ La educación se basa en la relación que existe entre la conducta humana y la salud.

d) Como profesión se enfoca a:

Utilizar los procesos educacionales para efectuar cambios o reforzar las prácticas de la salud bucodental de los individuos, familias, grupos, organizaciones, comunidades y sistemas sociales.

En la educación para la salud que está íntimamente relacionada con la conducta y el estilo de vida de las personas con el ambiente y con la salud pública y los cuidados médicos.

2.1.1 EDUCACIÓN

Proceso dinámico permanente e inacabado, de experiencias de aprendizaje intencionados entre el individuo y su entorno biosicosocial, que ejercen influencia en su manera de pensar, actuar y sentir, y los convierte en un proyecto de su cultura con la capacidad de reproducir o transformar el ambiente que lo rodea.

Existen dos tipos de educación:

- a. ***Educación informal:*** Proceso que dura toda la vida por el cual cada persona adquiere y acumula conocimientos, actitudes, experiencias y creencias a través de las experiencias diarias y del contacto con su medio, el principal promotor es la familia.
- b. ***Educación formal:*** Es toda actividad educativa organizada y sistematizada para impartir ciertos tipos de aprendizaje a ciertos subgrupos de la población y puede o no ser escolarizada.

¿A qué tipo de educación pertenece la educación para la salud?

Como hecho social la educación para la salud se adquiere en todos los ámbitos, como son:

- ❖ ***Familia:*** Hábitos
- ❖ ***Costumbre:*** Tipo de alimentación, gusto por la comida.
- ❖ ***Escuela :*** Educación formal escolarizada; la educación para la salud ayuda y da la explicación científica de las convivencias a ciertos hábitos adquiridos en el seno familiar
- ❖ ***Institucional:*** A nivel institucional atiende problemas específicos y prioritarios de salud en el país, factible de ser resueltos o disminuidos a través de estas.

2.2. EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA EN EDADES TEMPRANAS

La educación es una de las armas más importantes en el desarrollo de un país. Podemos decir que las sociedades con el paso del tiempo, han sufrido cambios importantes, pero en los últimos años hemos procesado un cambio significativo, hemos pasado de la manufactura a la mente-factura.

¿A qué viene todo esto?, ¿De qué estamos hablando?, ¿A dónde queremos llegar?

Es muy simple, queremos ver la importancia que tiene el conocimiento, y como debe ser orientada la educación. No somos unos educadores natos, pero somos unos profesionales de la salud, y por lo tanto tenemos la responsabilidad de educar en salud a la gente, a nuestros pacientes, a nuestro entorno, dándoles conceptos actuales valederos, que tengan valor de uso para que los puedan aplicarlos en su vida, y que además de salud, la calidad de vida se una a su capacidad competitiva que el mundo exige hoy en día. Parecía tal vez que nuestra responsabilidad no era tan grande y que no era trascendente, pues sí lo es, debemos generar cambios con la educación para la salud bucal.

Esto va dirigido a todas las personas no solo aquellas que aparentemente tienen riesgo de enfermar, sino a todas las que a veces parecen tenerlo todo o no necesitar de nada, esto puede ser aparente ya que no siempre tienen estilos de vida saludables, por ejemplo el gran empresario que tiene una vida sedentaria, muchas preocupaciones, fuma todo el día, toma café y reniega, ¿no esta él en riesgo? y ¿no necesita él educación?, concientización para cambiar sus hábitos y bajar su estrés. Lógicamente sus necesidades son distintas a la de una madre cuya principal preocupación es la alimentación de sus hijos, probablemente necesite ella, educación para nutrir adecuadamente a sus hijos, tener cuidado y precaución de contaminar la comida de sus pequeños, tendremos que educarla para que tanto ella como su hijo puedan tener una mejor calidad de vida, y así habrá muchas necesidades, y también estará nuestra responsabilidad como agentes de cambio, como educadores en lo que respecta a la salud, al

bienestar de las personas, este es un rol que pocos lo asumimos, existen en el ambiente muchas cosas que nos distraen, y nos hacen andar aprisa y no ver nuestro compromiso en este apostolado de la salud.

Los problemas de salud bucodental son directamente proporcionales al nivel de educación que son manejados en clínicas y centros especializados. La educación requiere por lo tanto, ser dirigida a ambas partes que involucran el problema, esto es a los padres y al profesional. La madre juega un papel importante, tiene que tener claros los conceptos que debe manejar, así como la educación debe ser concientizada, para que en ella transmita los conocimientos recibidos a sus hijos; por lo tanto la orientación que debe recibir del profesional tendrá que ser precisa, para llevar a los padres a un convencimiento, por ello el profesional en salud bucodental debe ser igualmente educado para que transmita una educación de calidad y se logren los resultados deseados.

La educación para la salud es el primer y el más fuerte pilar de la prevención y llevarlo a la práctica, en el niño corresponde a los padres y profesionales sanitarios. Debemos tener muy en cuenta que el éxito de la educación para la salud no reside en el conocimiento de las pautas de salud, sino en la adopción de hábitos saludables y su mantenimiento.

2.2.1 FACTOR DE RIESGO CARIOGÉNICO EN EL INFANTE

La promoción temprana de la salud bucal del infante es una medida de gran importancia para la prevención de futuras enfermedades bucodentales en los niños. Se debe tener especial interés en la transmisión de microorganismos, pues estos, son un factor definido en la aparición temprana de caries dental.

La caries dental es una enfermedad multifactorial, infecto contagiosa, endógena, que esta muy relacionada al comportamiento, a los hábitos y estilos de vida de las personas. La presencia de microorganismos odontopatogénicos, en especial los estreptococos mutans (*s.mutans*) son los primeros relacionados con

el inicio de la caries. Los niños pequeños no tienen *s.mutans* al nacer, ya que estos microorganismos requieren superficies duras para su colonización.

La adquisición inicial de los estreptococos del grupo de los *mutans* por los niños pequeños (bebés) ocurre en un periodo de edad bien definido, el que fue determinado por Caufield et al. (1993) como "la ventana de infección". Estos autores analizaron a los niños y sus madres en un estudio longitudinal, del nacimiento hasta los 5 años de edad, y encontraron que la edad promedio de adquisición inicial de *s.mutans*, fue después de los 26 meses de edad. Se detectaron en el 25% de niños, después de los 19 meses y el 75% de los niños, después de los 31 meses. Cabe resaltar que esto ocurrió después de la erupción de los molares deciduos, lo que representa un rápido aumento del número de superficies retentivas (fosas y fisuras de los molares temporales), este periodo también es caracterizado por el aumento en el consumo de azúcar según ROSSOW et al.(1990).

Berkowits (1980), manifiesta que la contaminación de la boca del infante ocurre con mayor efectividad después de los 12 meses de edad, y Caufield et al. (1993) informan que esto ocurre en mayor medida a partir de los 17 meses de edad, demostrando también que la transmisión es un factor de riesgo y que de acuerdo con los hábitos, costumbres y grado de contaminación cariogénica de la familia, el riesgo será mayor o menor.

Caufield et al (1993), sugiere que los bebés son infectados solamente en el periodo de erupción de los dientes y que los niños que escapan este primer periodo de colonización, permanecen libres de *s.mutans* hasta después de los 6 años de edad, cuando los molares permanentes erupcionan.

Cameron (1998), hace referencia de que las bacterias cariogénicas se adquieren de los padres y/o madres. Por otro lado Planlls del Pozo (1998) mencionan que los medios y métodos de contaminación más frecuentes son: intercambio de cubiertos, hábito de probar la comida de los niños (Fig. 1), los chupones, besos en la boca, entre otros. Por ello, se concluye que la transmisión

de *s.mutans*, se efectúa de manera directamente por la saliva de las personas que rodean al niño, e indirectamente, mediante objetos contaminados que el niño lleva a la boca.²¹



TESIS CON
ALLA DE ORIGEN

Fig. 1 La madre prueba la comida antes que el bebé

A. Control del ambiente que rodea a los niños en los primeros años de vida

Si la madre o algunas de las personas que rodean al niño poseen alta cantidad de microorganismos, el niño estará expuesto a adquirir el microorganismo poco después de la erupción de los primeros dientes. Esta adquisición precoz del *s.mutans*, antes de la erupción de los molares temporales, conduce a que este microorganismo se instalen rápidamente en las fosas y fisuras de los molares cuando estos erupcionen y que lleguen inclusive a ser el elemento predominante de ese micro-ecosistema y como consecuencia, comenzara poco después la actividad cariogénica en dichos sitios, que llegara a la habitación en cierto periodo de tiempo.

En cambio, si los molares temporales erupcionan y el niño no ha adquirido aún el *s.mutans*, o bien lo ha adquirido, pero lo posee en cantidades insignificantes, otros microorganismos colonizan primero las fosas y fisuras y

²¹ Mather R, et al. Prevalence of mutans streptococci and dental caries in Pakistani children. *JPMA J Park Assoc.* 1992; 42:213-5.

serán posteriormente los predominantes. Por tanto, no ocurrirá la actividad cariogénica, lo que nos indica que es perfectamente posible controlar el ambiente que rodea al niño en sus dos primeros años de vida, para evitar la temprana infección por el *s.mutans*. Para que esto ocurra, es importante persuadir a los padres con una educación también temprana, que les permitan estar ellos sanos, vale decir sin actividad de caries y no realizar acciones negativas para los niños, tales como utilizar los mismos cubiertos, soplar la comida para enfriarla o probarla.²²

2.3 ORIENTACIÓN PROFESIONAL

Es muy importante, que el profesional sea capacitado para llevar a cabo un programa de orientación en su consulta privada, así como en las escuelas de odontología para poder satisfacer las necesidades que exigen el cuidado de la salud bucodental desde edades tempranas,

Los siguientes puntos son la base para guiar a los padres que acuden al servicio dental, estos incluyen información que va dirigida al profesional así como los métodos para la prevención, resolución y mantenimiento de lo procesos cariosos, no únicamente lo relativo a la higiene, sino además todos los factores que alternan con este problema como son la dieta y nutrición infantil, al finalizar este capítulo se contará con los conocimientos necesarios para llevar a cabo una asesoría adecuada a los padres.

2.3.1. AMAMANTAMIENTO.

La correcta alimentación durante la niñez es factor que garantiza la salud, durante este periodo existe un rápido crecimiento en el cual la leche humana es un

²²Bratthall-D. Mutans streptococci-dental, oral and global aspects.J-Indian Soc-Pedod-Prev-Dent. 1991;9: 4-12.

alimento único y el de primera elección. Tiene características especiales que están diseñadas para llenar sus necesidades y limitaciones fisiológicas.

La leche humana no es un compuesto homogéneo, sino una mezcla de más de doscientos compuestos con propiedades nutricionales. Este importante líquido tiene 13% de sólidos 87%, de agua, pH 7, contiene las siguientes cantidades promedio de constituyentes químicos por cada 100ml; sólidos totales 11.3g; grasa, 3.0 g; proteínas 0.9 g; nitrógeno de las proteínas del suero, 76 mg; nitrógeno de la caseína; 42 mg; alfa-lacto albúminas, 150 mg y lisozima, 50 mg. La leche humana es relativamente deficiente en vitamina D y E, y contiene poca o ninguna beta- lacto albúmina.²³

La producción láctea progresa en tres fases distintas caracterizadas por la secreción de calostro, leche transicional (temprana) y leche madura.²⁴

El calostro define a los productos lácteos detectados justo antes del nacimiento durante 3-4 días de lactancia, consiste en un líquido espeso amarillo, con un valor energético medio de más de 66 kcal/dl y con altas concentraciones de inmunoglobulinas, proteína, grasa y vitaminas liposolubles y ceniza.²⁵

La leche transicional se observa generalmente entre el 5° y 14° día de la lactancia.

La leche madura se observa del decimoquinto día en adelante, la concentración de muchos componentes nutricionales disminuye conforme la producción de leche aumenta y progresa hacia la síntesis de leche madura. El contenido de vitaminas liposolubles y proteínas disminuye conforme aumenta el contenido de agua de la leche, sin embargo, los niveles de lactosa, grasa,

²³ Dr. Escobar Picasso Emilio, Dr. Espinosa Huierta Enrique, Dr. Moreira Rios Noro Mauro. EL NIÑO SANO. 1ª edición, editorial El manual Moderno. México 2001. pg.378

²⁴ Dr. Games Eternod Juan, Dr. Palacios L. Jaime, INTRODUCCIÓN A LA PEDIATRÍA, 6ª edición , editorial Méndez editores, S.A. de C.V., México 1997 pafg.111

²⁵ Id. Pag. 378

vitaminas hidrosolubles y contenido calórico total aumenta conforme la lactancia madura.

La lactosa es el principal hidrato de carbono, su concentración en la leche humana es mayor entre todas las leches de los mamíferos, la lactosa aumenta la absorción de calcio, magnesio y manganeso. Al transformarse en ácido láctico, la acidez favorece el crecimiento de *Lactobacillus bifidus* que caracteriza la flora intestinal del niño amamantado. Los oligosacáridos presentes en la leche humana son parte de la actividad bífida, se adhieren en la luz a los antígenos bacterianos impidiendo que se adhieren a la pared intestinal.²⁶

Los lípidos principales triglicéridos, proveen más del 50% del contenido calórico de la leche, son vehículo de vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales, como el linoleico y araquidónico necesario para la mielinización del sistema nervioso, también contiene concentraciones de colesterol superiores a las observadas en la leche de vaca o en las fórmulas comerciales.

Las proteínas de la leche materna incluyen: caseína, albúmina, alfa-lacto albúmina, inmunoglobulina y glucoproteínas; el contenido promedio de aminoácidos en la leche humana es como sigue: fenilalanina, 46mg; tirosina, 53 mg, metionina, 21 mg y cisteína 19 mg. En cuanto al papel que desempeñan las proteínas funcionan como nutrimentos, como anticuerpos específicos y como mensajeros,

Los minerales que deben destacarse son el calcio y fósforo que son importantes para la rápida formación ósea, el hierro, cinc, cobre y manganeso parecen tener importantes funciones homeostáticas en el recién nacido.²⁷

La leche humana fresca contiene abundantes componentes que proveen defensas tanto específicas como no específicas contra infecciones y

²⁶ Gómez, Op cit. Pág. 111

²⁷ Escobar, Op. Cit., Pág. 112.

macromoléculas ambientales. Estos incluyen células como linfocitos T y B leucocitos polimorfo nucleares y macrófagos; productos solubles especialmente inmunoglobulinas; IgA secretoria, componentes de sistema de complemento; varias proteínas transportadoras; enzimas y cierto número de hormonas endocrinas o sustancias que actúan como hormonas.

También se han identificado factores solubles que son activos contra *S. aureus*, y *oncovirus*.

Entre los beneficios atribuidos a la leche materna se incluyen desarrollo de la homeostasis gastrointestinal, prevención de gastroenteritis, prevención de septicemia neonatal, prevención de la sensibilización a antígenos exógenos.²⁸

Las desventajas reales son particularmente escasas y entre ellas se ha vinculado con el desarrollo de caries dental. 4.

Una investigación demostró que la leche humana sin ningún aditivo es incapaz de causar descalcificación del esmalte in Vitro, sin embargo, demostraron que la leche humana no tiene capacidad buffer cuando se le adiciona ácidos además de ser adicionada con azúcar, los experimentos in Vitro desarrollaron caries más rápidamente que con azúcar sola, este estudio concluyó cinco puntos:

1. La leche humana no causa un cambio significativo en el pH de la placa.
2. La leche humana es un sustrato moderado para el crecimiento bacterial.
3. El calcio y fósforo sé continúan depositando en el esmalte después de la incubación con leche humana.
4. La leche humana tiene una capacidad buffer muy pobre.

²⁸Gomez, Op. Cit., Pág. 113

5. La leche humana no es cariogénica *in vitro*, amenos que se le adicione algún otro carbohidrato que favorezca la fermentación bacteriana.²⁹

El riesgo de provocar lesiones cariosas aumenta con la presencia de los primeros órganos dentales aproximadamente a los seis meses de edad, especialmente cuando se amamanta durante la noche, por lo que es recomendable que se suspenda el amamantamiento nocturno a partir de esta edad. El tiempo medio de amamantamiento es estimado desde cuatro a seis meses y no hasta los 3 años como en la Fig.2.



Fig.2 Madre amamantando después de la edad ideal del destete

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²⁹Formulas Infants, Pediatric dentistry 21:2 1999

2.3.2 ALIMENTACION SUPLEMENTARIA Y DIETA

A. Suplementos de la leche materna o fórmulas infantiles

La industria alimentaria produce a partir de leche bovina, numerosos productos cuya composición en nutrimentos se asemejen a la leche humana y se les conoce en la comunidad médica como fórmulas infantiles.⁴ Este término se empezó a emplear a partir de la clasificación de la fórmulas de seguimiento, este término explicaba su fin; el de tener mayor semejanza a la leche humana, con un mayor contenido de suero de la proteína, menor contenido en caseína, aporte de los principales electrólitos séricos como la suplementación de vitamínicos y minerales.³⁰

a) Tipos de suplementos de leche materna.

Para niños prematuros o recién nacidos. Sus principales características son que copian la composición de la leche humana prematura; a la concentración que se recomienda por cada decilitro tienen 80 kcal; de proteínas entre 2 y 4 mg, en las que la proporción es de 60% de proteínas del suero de leche bovina y 40% de caseínas, de los hidratos de carbono aproximadamente la mitad son lactosa y el resto oligosacáridos.

Para niños de término.- son niños menores de un año de edad, tienen como característico, que por cada decilitro de leche preparada a la concentración que el fabricante recomienda, su densidad calórica es muy semejante al de la leche humana 67 Kcal, en todas el hidrato de carbono es lactosa.

Para niños mayores de 6 meses.- en la perspectiva láctea, menor en proteínas, adicionado con electrólitos y oligoelementos proporcionales a la fórmula de inicio.³¹

³⁰ Gomez. Op. Cit., Pag.261

³¹ Escobar. Op. Cit., Pág 386

Las conclusiones de un estudio realizado en fórmulas del infante fueron las siguientes:

- ❖ pH de la placa aumenta cuando son expuestas a sustancias lácteas artificiales.
- ❖ Algunas fórmulas infantiles proporcionan un ambiente propicio para el desarrollo bacteriano.
- ❖ Los minerales del esmalte son más susceptibles a disolución con formulas infantiles, en ausencia de fermentación bacteriana.
- ❖ Las pruebas de laboratorio demostraron una relación directa entre el desarrollo de caries con la ingestión de fórmulas infantiles.

B.- Dieta y salud oral.

Durante el segundo año de vida la velocidad de crecimiento disminuye el niño aumenta de peso de 2.5 a 5 Kg y crece 7.5 cm por año.

Bases fisiológicas para la alimentación.

El desarrollo oral y neuromuscular determinan la conducta alimenticia del niño en las primeras etapas de la vida. Al nacimiento el bebé logra succionar, y al año de edad sostiene sólo su botella, alcanza los alimentos con sus manos, los empuja y trata de sostener una cuchara. Desde los 12 hasta los 36 meses logra muchas destrezas en su alimentación:

12 meses: Mastica alimentos sólidos y puede sostener una taza.

18 meses: Utiliza una cuchara, aun tirando parte de contenido, se lleva a la boca y sostiene un vaso con ambas manos.

24 meses: Mejora estas acciones y sostiene el vaso con una mano.

36 meses: Es capaz de alimentarse solo, empieza a utilizar cuchillo y tenedor para ayudarse al comer alimentos duros y es capaz de servirse agua de una jarra.

a) Ablactación.

La ablactación debe entenderse como un proceso que se inicia con la introducción de alimentos diferentes a la leche y culmina con la integración del lactante a la dieta familiar, lo cual sucede entre los 12 y 24 meses de edad.

Secuencia para la introducción de los alimentos:

CEREALES.- Los cereales son en general, el primer alimento que se recomienda. el cereal de arroz.

FRUTAS.- Las de uso más frecuente es nuestro medio son el plátano, la manzana, la pera, el durazno, la papaya y la guayaba. Los jugos en etapas tempranas de la ablactación, son poco recomendados por la necesidad de utilizar biberones creando un alto riesgo de desarrollar caries por alimentación infantil. Se recomiendan los jugos cuando el niño es capaz de utilizar la taza o un vaso.

VEGETALES.- Los vegetales constituyen el siguiente grupo de alimentos a administrar, durante el primer año se recomienda que se ofrezcan cocidos. A los de mayor consumo en nuestro medio son: zanahoria, calabaza, chayote, chícharo, ejote, papa, betabel, durante el primer año de vida no se recomienda que se introduzcan vegetales.

CARNES.- Las proteínas de origen animal deben incluirse después de los seis meses de vida, el tipo de carne más utilizada es la carne y el hígado de pollo, con posterioridad pueden introducirse en forma progresiva carne de res, ternera y jamón.

LEGUMBRES.- Las legumbres después del octavo mes de vida. Las de mayor consumo son el fríjol, lenteja y garbanzo, se recomienda cocerlas, molerlas y colarlas.

HUEVO.- Es introducirlo después de los nueve meses, para la yema y después del año para el huevo completo, nunca debe ofrecerse crudo, ya que se ha comprobado que puede contener bacterias del tipo de salmonella.

PAN Y PASTAS.- El trigo es un alimento potencialmente alérgico, por lo que su consumo debe retrasarse hasta después de los ocho meses de edad.

QUESOS, YOGHURT Y DERIVADOS LACTEOS.- Se recomiendan después de los diez meses.

Nutrición preventiva

Dentro de los factores que se han considerado de riesgo desde la infancia temprana está el consumo de cantidades elevadas de colesterol con el fin de prevenir aterosclerosis en etapas posteriores de la vida, es conveniente restringir desde la etapa del preescolar la ingestión de colesterol y grasas saturadas.

Prevención de caries dental.- Muchos estudios han sido identificados en la frecuencia de ingestión de carbohidratos y el prolongado contacto de estas sustancias como un riesgo dental y el desarrollo de lesiones cariosas.

La posibilidad del contacto con azúcar en niños de poca edad se dice que puede influir en sus hábitos alimenticios, la caracterización de la dieta de los primeros años de vida es un paso importante en la determinación de medidas educativas y preventivas eficaces, el potencial cariogénico de un determinado producto también está asociada a su tiempo de remoción total de la boca, así como su composición física de los alimentos su adhesividad, los movimientos musculares, función lingual el flujo salival etc.

Otros aspectos que deben ser considerados en la determinación del potencial cariogénico de un alimento en la primera infancia: El método de ingestión y el momento de uso.

El tiempo en los que se encuentran los residuos en la boca va a variar, cuando el mismo alimento es ingerido a través de un vaso y de un biberón va a

presentar tiempos de ingestión diferente, ya que el uso del biberón presentará tiempos de exposición mayor al alimento por lo tanto el potencial cariogénico del alimento aumenta.

En cuanto al momento de consumo, es común dar el biberón durante la siesta, lo que provoca un tiempo mayor de las sustancias cariogénicas en contacto con los dientes.

Por otro lado el potencial cariogénico de los alimentos se debe sobre todo a la adición de azúcares a los mismos. Sin embargo en el caso de la leche materna que contiene lactosa, la cual se conoce su poder cariogénico sobre todo cuando el amamantamiento es excesivamente frecuente, principalmente con lactancias nocturnas.

En lo referente a las leches suplementarias o también conocidas como fórmulas que contienen lactosa, dextrina y sacarosa como principal carbohidrato. Además la madre agrega azúcar a su gusto lo que potencializa su actividad cariogénica, esto es ingerido por el infante varias veces al día y por la noche, reduciendo el pH de la saliva promoviendo el desarrollo de caries.

La introducción de dulces a la dieta del infante de manera precoz es otro factor del cual se debe informar a la madre, no sólo por el alto riesgo de desarrollar caries, sino por el poco valor nutricional que estos aportan.

Es interesante observar que una dieta líquida con la consecuente reducción en los reflejos masticatorios, parece determinar una atrofia de las glándulas salivales. Esta alteración glandular tiene como resultado una disminución del flujo salival, principalmente en la cantidad de proteínas totales y en los niveles de amilasis.^{32*} Los cuales influyen en la velocidad de flujo salival y en la concentración de azúcar en las diferentes superficies dentales, esto no contribuye a la determinación del patrón de lesiones de caries encontrados en la primera infancia.

³² Walter, Op. Cit, Pág., 117

La utilización frecuente de medicamentos que contienen azúcar ha sido asociada a caries rampante en niños, por su alto contenido de sacarosa. Además debe ser administrado por un tiempo demasiado largo y en una frecuencia que nos aumenta el riesgo de desarrollar caries. También es de consideración los remedios caseros como son los jarabes para la tos, donde el principal elemento es miel o azúcar.

b) Métodos de evaluación dietética para la primera infancia

1. *Método recordatorio de las últimas 24 hrs.*- Se basa principalmente en un análisis de los alimentos consumidos por el niño en las últimas 24 hrs. Este recordatorio es detallado por los padres al entrevistador, sin embargo entre sus desventajas se haya la tendencia de los padres a relatar solamente las comidas principales, el día seleccionado no fue significativo en la dieta del niño. Además el grado de conocimiento que los padres tienen sobre la dieta de sus hijos.

2. *Cuestionario de frecuencia alimenticia.*- Consiste en una relación de alimentos donde cada artículo se le atribuye una frecuencia de ingestión. La lista de alimentos se dirige al objetivo de evaluación dietética y debe ser basada en los alimentos de uso común. Este formulario debe ser llenado por los padres para posteriormente ser evaluado y profundizado por el profesional.

3. *Registros de alimentos.*- En este método los padres deben registrar todos los alimentos consumidos por el niño, el horario y forma de consumo, marca del producto y las adiciones de azúcar que realizaron. Los registros pueden ser de 3 a 7 días, incluyendo los fines de semana. También se debe incluir los remedios caseros. La principal desventaja es las características familiares, esto se refiere a la capacidad de los padres para llevar a cabo esta tarea.

4. *Entrevista dietética.*- Se obtiene a través de una entrevista que el profesional conduce con preguntas claras y objetivas evitando la inducción de respuestas verificando los hábitos dietéticos del niño actualmente, incluyendo hábitos pasados. Un buen comienzo es conocer la impresión general de la madre

sobre la alimentación del niño También la entrevista dietética también debe investigar cuales son los alimentos con alto potencial cariogénico consumidos también la forma, horario y frecuencia en que son ingeridos dichos alimentos.

La principal desventaja de este método es la omisión de información por parte de los padres, o la falta de conocimiento de los hábitos del niño debido a la ausencia de sus padres. Además el entrevistador no experimentado puede omitir preguntas, anticipando respuestas, anotando incorrectamente las observaciones y transmitiendo falta de interés a los padres, de ahí la importancia que el profesional cuente con el conocimiento adecuado para poder ofrecer una orientación satisfactoria a los padres debido a la necesidad de concordancia entre las recomendaciones para la prevención de caries y la nutrición adecuada para el pleno desarrollo y crecimiento del niño.

La modificación de los hábitos dietéticos y la introducción de métodos preventivos nos llevará a obtener un mejoramiento progresivo en la salud bucodental de los bebés.

NECESIDADES Y RECOMENDACIONES DE NUTRIMENTOS

Tabla 1. Recomendaciones energéticas del NRC, 1989

(años)	peso (Kg)	talla(cm)	energía	
			kcal/kg	kcal/día
0.0 - 0.5	6	60	108	650
0.5- 1.0	9	71	98	850
1-3	13	90	102	1300
4-6	20	112	90	1800

National Research Council: Recommended dietary allowances. Washington: National Academy Press, 10a. de., 1989.

Tabla 2 Recomendaciones proteicas de la FAO, 1987

EDAD	PROTEÍNAS	
	G/kg.	g/día
3- 6 meses	1.85	13.0
6 - 9 meses	1.65	14.0
9-12 meses	1.50	14.0
1- 2 años	1.20	13.5
2-3 años	1.15	15.5
3-5 años	1.10	17.5

FAO,OMS,ONU: Necesidades de energía y de proteínas. Ginebra: OMS, 1987.

Tabla 3 Recomendaciones de hidratos de carbono y lípidos

Hidratos de carbono	Lípidos
10 y 14 g / Kg de peso	no deberán excederse del 30% del valor calórico:
	Ácidos grasos saturados: menos 10%
	Ácido graso linoléico: 1 al 2%
	colesterol: menos de 300 mg al día
	:

Tabla 4 Recomendaciones de vitaminas del INNZ, 1986

Edad (meses)	Peso (Kg)	Tiamina (mg)	Riboflavina (mg)	Niacina (mg.eq)	Vitamina C (mg)	Retinol (Mg eq)
0-3 meses	---	0.06 /kg.	0.07 /kg	1.1 /kg	40	500
4-11 meses	---	0.05 /kg.	0.06 /kg	1.0 /kg	40	500
12-23 meses	10.6	0.6	0.8	11.0	40	500
24 y 36 meses	13.9	0.6	0.8	11.0	40	500
36 y 60 meses	18.2	0.8	0.9	13.5	40	500

H: Bourges, A. Chávez y P. Arrollo: Recomendaciones de nutrimentos para la población mexicana, pub. L-27. México: INNSZ, 1986

Tabla 5 Recomendaciones de vitaminas liposolubles del NRC, 1989.

Edad	Peso (kg.)	Vitamina A (mg re)	Vitamina D (mg)	Vitamina E (mg te)	Vitamina K (g)
0-0.5 meses	6	375	7.5	3	5
0.5-1 año	9	375	10.0	4	10
1-3 años	400	10.0	6.	15	---
4-6 años	500	10.0	7	20	30

National Research Council: Recommended dietary allowances: Washington: National Academy Press, 10a. De, 1989.

Tabla 6 Recomendaciones de nutrimentos inorgánicos del INNSZ, 1987.

Edad	Peso (Kg)	Calcio (g)	Hierro (g)
0-3 meses	--	600	10
4-11 meses	--	600	15
12-23 meses	10.6	600	15
2-3 años	13.9	500	15
4- 6 años	18.2	500	10

H.Bourges, A. Chávez y P. Arroyo: Recomendaciones de nutrimentos para la población mexicana, publ. L-27. México: INNSZ, 1986.

Tabla 7 Recomendaciones de nutrimentos inorgánicos del NCR, 1989.

Edad (años)	0.0 - 0.5	0.5-1.0	1-3	4-6
Peso (Kg)	6	9	13	20
Calcio (mg)	400	600	800	800
Fósforo(mg)	300	500	800	800
Magnesio (mg)	40	60	80	120
Hierro (mg)	6	10	10	10
Cinc (mg)	5	5	10	10
Yodo (mg)	40	50	70	90
Selenio (mg)	10	15	20	20
Cobre (mg)	0.4-0.6	0.6-0.7	0.7-1.0	1.0-1.5
Manganeso (mg)	0.3-0.6	0.6-1.0	1.0-1.5	1.5-2.0
Flúor (mg)	0.1-0.5	0.2-1.0	0.5-1.5	1.0-2.5
Cromo (mg)	10-40	20-60	20-80	30-120
Molibdeno (mg)	15-30	20-40	25-50	30-75

c) Higiene

Desde que el niño nace la madre sabe que es necesario bañarle y alimentarle, pero sin embargo la creencia de un aseo dental desde el nacimiento es por demás infrecuente.

El Dr. Walter hace referencia en su libro "Odontología para bebés" una higiene enfocada en tres niveles:³³

Nivel 1- Bajo Riesgo: son aquellos bebés que tienen buena salud, por tener un bajo consumo de azúcar y ausencia de alimentación nocturna, no poseen defectos congénitos en su boca, habitan en lugares en donde el agua es fluorada y de hogares en que la salud bucal de los familiares puede ser considerada como buena y los padres realizan la limpieza y/o cepillado dental en los hijos.

Este tipo de pacientes en el hogar se le indica a la madre que realice una limpieza diaria con agua oxigenada (10 volúmenes) diluida en agua en proporción de ¼ y/o agua limpia (Fig.3), seguida de la aplicación de fluoruro de sodio (tópico sistémico), diariamente, por 1 minuto, cada arco dentario en una dilución de 0.02%. Esta limpieza deberá ser hecha hasta la edad aproximada de 18 meses, donde los primeros molares deciduos ya deben estar completamente erupcionados, a partir de esta edad es importante el inicio del cepillado por los padres.

³³ Walter. Op.cit. Pág. 120



Fig.3 Limpieza en niño desdentado 6 meses

El clínico (profesional): control bimestral con limpieza, profilaxia y fluoruro de sodio al 0.2%. La limpieza profesional es inicialmente hecha con

el uso de una gasa y posteriormente con la erupción de los primeros molares deciduos con un cepillo dental de cerdas suaves.

Nivel 2. Riesgo Medio: son aquellos que no limpian o cepillan los dientes, consumen azúcar más de seis veces al día y no duermen lactando o lactan para dormir, provienen de hogares con salud bucal razonable, y el lugar donde viven posee o no agua fluorada.

Las medidas de requeridas para estos niños son de higiene y cepillado, así como controlar la ingestión de azúcar a unas 5 veces al día, remover los efectos estructurales etc. para adecuar el medio bucal de los bebés.

Las medidas caseras son principalmente para mantener al niño en bajo riesgo. Esto significa hacer que los factores detectados sean eliminados y/o controlados. Limpiar los dientes antes de dormir, 30 segundos para cada arco, la solución de flúor tópico (fluoruro de sodio al 0.02%).

El profesional debe llevar un control bimestral en la clínica con énfasis en la limpieza, aplicación de fluoruro de sodio 0.2% y refuerzo en la educación.

A partir de la erupción de los primeros molares deciduos se debe hacer la profilaxis con pasta profiláctica y cepillo Robinson.³⁴

Nivel 3. Alto Riesgo: es determinado por cuatro situaciones:

- ❖ Aquellos niños que duermen lactando y lactan durante la noche, y que nunca limpian los dientes.
- ❖ Aquellos que maman para dormir y no limpian los dientes.
- ❖ Alto consumo de carbohidratos (> 6 veces / día).
- ❖ Poseen todos los factores negativos identificados.

Para la reversión de los riesgos, es necesario recurrir a los hábitos de limpieza y control de azúcar, principalmente de los hábitos de alimentación nocturna. El mantenimiento casero es dirigido a la limpieza, flúor diario y eliminación y/o control de los factores de riesgos.

El clínico debe controlar la caries, através de la limpieza con FNa, 0.02% y safloride al 30% en los molares en erupción, así como la profilaxis profesional.

Tratamiento de choque

El tratamiento de choque se dirige a los niños con alto riesgo de caries medio y alto y está destinado a aumentar la resistencia del diente como también interferir en el mecanismo generador de caries a nivel de microbiota e higiene bucal.

Este tratamiento es realizado por la aplicación semanal, durante 4 semanas de safloride (fluoruro de diamino plata al 30%) por un minuto para cada arco.

Para la aplicación de fluoruro de diamino plata, seguimos los siguientes pasos:

³⁴ Walter, Op. Cit., Pág.120 y 121

- ❖ Limpieza y profilaxis de los dientes.
- ❖ Protección de los labios y mucosa bucal con vaselina.
- ❖ Aplicación de fluorato de sodio en todos los dientes (FNa 0.02%);
- ❖ Aislamiento relativo.
- ❖ Aplicación de diamino con bolas de algodón aseguradas firmemente en una pinza mosquito. Friccionar los dientes por 30 segundos a 1 minuto.

Observaciones. Se debe utilizar el eyector para retirar el exceso de saliva y de fluoruro de plata.

El tratamiento de mantenimiento está dirigido a todos los niños con el objetivo de mantenerlos en bajo riesgo, aquellos que anteriormente eran medio y/o alto, solamente entrarán en mantenimiento, después de que su riesgo sea revertido.

El tratamiento casero consigue vía control alimenticio e interposición de hábitos de limpieza, el control clínico es realizado para la revisión periódica, refuerzo de la limpieza, aplicación de fluoruro y control alimenticio.

Los tratamientos de bebés se realizan en dos niveles: el casero y los de clínica privada, los caseros son eminentemente educativos y preventivos, realizados por los padres, bajo la orientación profesional.³⁵

2.3.3 CARIES POR ALIMENTACIÓN INFANTIL

La incidencia de caries en niños muy pequeños a menudo antes que hayan erupcionado los primeros dientes, ha sido vinculada en forma bastante concluyente a la utilización prolongada del biberón, anteriormente se utilizaban los términos *síndrome de biberón*, *caries por biberón*, *caries del bebé* y como término más aceptado *caries por alimentación infantil*. El niño se presenta con una historia

³⁵Walter, Op. Cit., Pág. 120

y aspecto clínico bastante clásicos, el biberón, utilizado como chupete es llenado con leche, agua azucarada, bebida endulzada o jugo de fruta y llevado para las siestas o por la noche, cuando el niño puede continuar succionando mientras se encuentra dormido brindando un baño constante de nutrientes para la flora bucal normal. Al lactar, la lengua del infante protuye debajo de del chupón y sobre los dientes anteriores inferiores, lo que explica la complicación de toda la dentadura, excepto los dientes anteriores inferiores. Casi todos los niños deben ser destetados y pasar a la taza entre los 9 meses y un año de edad

Afecta a todos los dientes sin embargo comienza en las superficies vestibulares de los incisivos superiores, afecta a los niños hasta el 1º año de vida.

Esta caries tiene características propias de una caries incontrolable "rampante" donde varios aspectos como son:

1º. Afecta al niño muy joven, antes del 1º año de vida, donde ya puede ser observada:

2º. Tiene evolución rápida.

3º Muchos dientes están involucrados, generalmente más de tres incisivos;

4º Afecta básicamente y primeramente los incisivos superiores en sus superficies vestibulares, así como los primeros molares superiores e inferiores;

5º. Tiene siempre un componente socio-cultural relacionado con alimentación nocturna y ausencia de limpieza.

6º En los casos más graves también los incisivos inferiores

7º Las lesiones más graves están relacionadas con consumo abusivo de carbohidratos, amamantamiento nocturno y falta de limpieza.³⁶

³⁶Walter . Op. Cit., Pág 123

Ejemplos de caries por alimentación infantil:



Fig. 4 Caries por alimentación infantil en niño de 3 años



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig. 5 Caries por alimentación infantil en niño de 3 años y medio

El mejor control de caries tipo biberón es la educación odontológica, en cuanto al uso de agentes terapéuticos impregnados en la prevención de caries dental en la infancia, con el advenimiento de fluoruros de plata y, principalmente, del fluorurato de diamino de plata con doble acción: prevención y cariostática. Sin embargo el mejor control se basa en integrar todos estos a la educación familiar, con lo que vamos obtener un índice cada vez más bajo en este tipo de caries.

2..3.4 ERUPCIÓN

La erupción de las piezas dentales ocurre, como sabemos, a lo largo de los primeros años de vida iniciándose con los dientes temporales los cuales se van sustituyendo gradualmente por los permanentes.

No existe un patrón fijo de aparición de los primeros dientes temporales o comúnmente llamados dientes de leche, pero se habla de que a los seis meses de edad aparecen los incisivos centrales inferiores, en algunos casos aparecen a los cuatro meses y medio o cinco. También, pueden ser más tardío entre los siete y ocho meses, continuando así con los incisivos centrales superiores a los siete u ocho meses. Posteriormente erupcionan los laterales superiores seguido de los inferiores, aproximadamente sobre los once o doce meses salen los primeros molares, a los catorce o quince meses vienen los caninos superiores e inferiores y después de los dieciocho meses salen los segundos molares, completando así su primera dentición temporal a los dos años siendo esta de veinte piezas.

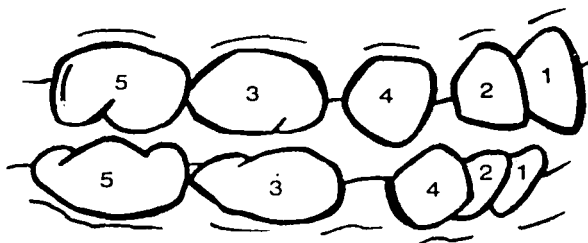


Fig. 6 Secuencia de erupción en dentición temporal

Tabla 8.- Erupción de dientes temporales y permanentes

	DIENTES CADUCOS		DIENTES PERMANENTES	
	Maxilar Inferior	Maxilar Superior	Maxilar Inferior	Maxilar Superior
INCISIVOS CENTRALES	5-7 meses	6-8 meses	6-7 años	7-8 años
INCISIVOS LATERALES	7-10 meses	8-11 meses	7-8 años	8-9 años
CANINOS	16-20 meses	16-20 meses	9-11 años	11-12 años
PRIMFR	10-16 meses	10-16 meses	10-12 años	10-11

PREMOLAR				años
SEGUNDO PREMOLAR	20-30 meses	20-30 meses	11-13 años	10-12 años
PRIMER MOLAR	-	-	6-7 años	6-7 años
SEGUNDO MOLAR	-	-	12-13 años	12-13 años
TERCER MOLAR	-	-	17-22 años	17-22 años

Nota: Es usual que las niñas precedan en la aparición y cambio de dientes a los niños.

2.3.5 ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN DENTARIA Y SU TRATAMIENTO

La erupción dentaria esta sujeta a múltiples desviaciones de la normalidad, de cuyo diagnóstico precoz depende de gran medida la eficacia del tratamiento. De hecho, un buen número de alteraciones eruptivas, detectadas a tiempo, puede tratarse con procedimientos simples y sin costo del tratamiento mientras que dejadas a su evolución natural, exigirían tratamientos complejos. He aquí la gran importancia de que conozcan las múltiples alteraciones los padres, así ellos nos ayudaran a detectarlas y a dar un buen diagnóstico y tratamiento a tiempo, evitando llegar a tratamientos mayores.

A. ALTERACIONES PERIODONTALES QUE ACOMPAÑAN A LA ERUPCIÓN.

En la mayoría de los lactantes los dientes suelen erupcionar sin provocar síntomas significativos, es frecuente que días antes de que el diente perfora la encía, está aparezca algo hinchada y enrojecida. En la zona que se va producir la perforación se observa una línea blanquecina que corresponde al epitelio queratinizado comprimido. Fig. 6.1

Esos fenómenos son absolutamente normales y van acompañados por una cierta tendencia al frotamiento de la encía con la mano o algún objeto lo que produce salivación excesivo e irritación de la piel peribucal. Sin embargo, en casos excepcionales sobre todo cuando existe falta de higiene y malnutrición, esta irritación gingival fisiológica puede adquirir el carácter de **gingivitis necrotizante** e incluso de auténtica **estomatitis necrotizante**, e incluso de auténtica **estomatitis necrotizante generalizada**.³⁷

Tatamiento: Estas irritaciones gingivales pueden provocar un estado doloroso temporal que remite en pocos días. La eliminación quirúrgica del tejido que recubre el diente para facilitar la erupción no está indicada. Si el niño tuviese extrema dificultad en la erupción , la aplicación de un anestésico tópico no irritante puede aliviarlo temporalmente. La madre podrá aplicarlo tres o cuatro veces al día.

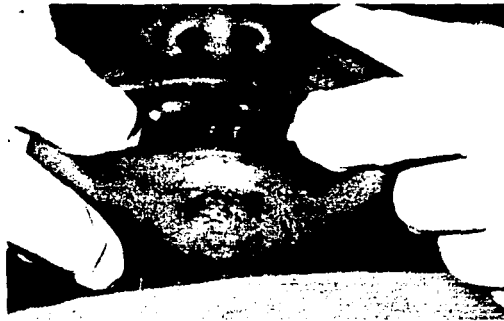


Fig.6.1 Dientes a punto de erupcionar mostrando zona blanquesina

Otras anomalías periodontales frecuentes son:

a) Nódulos de Bohn.- Se localizan en los rodetes gingivales. Su origen está relacionado con la inclusión de tejido originario de glándulas mucosas, estas se

³⁷ Margarita Varela Morales, Problemas Bucodentales en Pediatría, 1° edición. Editorial ERGON. 1999

confunden con dientes debido a su forma, color, localización y momento de erupción (3° ó 4° mes de vida).³⁸ Fig 7 y 8

Tratamiento: Observación y masaje digital suave



Fig 7. Nódulo de Bohn tardío



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig 8. Nódulo de Bohn localizado

b) Pápulas de Epstein.- Se localizan a lo largo del rafe palatino medio y son remanentes del epitelio del paladar.³⁹

Tratamiento: Observación y seguimiento.

³⁸ Walter, Op.cit. Pág. 51

³⁹ Walter, Op.cit. Pág. 51

c) Manchas azules.- Son manchas azules que se localizan en la zona que erupciona el diente temporal, carecen de significación patológica. Contienen líquido normal, ligeramente hemático, que proviene de la acumulación de líquido por debajo de la mucosa que contiene la cripta del diente que va erupcionar y que se transparenta a través de una mucosa muy adelgazada ante su inminente perforación.⁴⁰ Fig. 9



Fig.9 Manchas Azules

d) Quiste de la erupción.- Se localiza en la cresta alveolar del reborde gingival, tienen un color blanquecino y su contenido es el remanente de la lámina dentaria primitiva. Puede retrasar la salida del diente e incluso desviar su línea eruptiva normal. Fig. 10

Tratamiento: Seguimiento del desarrollo, que es involutivo, y aconsejar masaje suave. Desaparece en algunas semanas, sin embargo cuando su volumen es exagerado se recomienda su marsupialización.⁴¹

⁴⁰ Dra Barbería Leache, *Odontopediatría*, 2º edición. Editorial MASSON, 2001

⁴¹ Dra Varela, Op. cit. Pág. 26



Fig. 10 Quiste de la erupción en el reborde gingival correspondiente al central

e) Hematoma de la erupción

En ocasiones se forma una zona elevada de tejido color azul o púrpura, unas semanas antes de la erupción de una diente temporal. Su contenido es hématico, se observa con mayor frecuencia en las regiones del segundo molar temporal o del primer molar permanente.

Tratamiento: Seguimiento del desarrollo, que es involutivo, y aconsejar masaje suave, desaparece en algunas semanas. Sin embargo cuando su volumen es exagerado se recomienda su marsupialización.⁴²

f) Opérculo

Cuando el diente perfora la encía, sobre todo en el caso de los últimos molares de los cuadrantes inferiores, se forma por la parte distal un lóbulo de tejido gingival que recorre parcialmente la superficie oclusal del molar. Estos opérculos tienden a inflamarse por acúmulo de placa dentobacteriana y por el traumatismo continuo de la masticación. Fig. 11

Tratamiento: En caso de inflamación y dolor se administra un antiinflamatorio que se asociará con un antibiótico cuando existan signos de

⁴² McDonald Ralph E., Odontología Pediátrica y del adolescente, 5ª edición. Editorial Medica Pamericana, Buenos Aires 1990

infección. Una vez controlada la fase aguda, si el opérculo persiste, puede extirparse tras la administración de una pequeña cantidad de anestésico local.⁴³



Fig.11 Opérculo gingival sobre el molar en erupción

g) Secuestro de erupción

Se le denomina así a un pequeño fragmento de hueso avascular que no se ha reabsorbido, queda por delante de un molar en erupción. Se manifiestan como una zona irritada en la encía que recubre el molar que va erupcionar y por lo general desaparecen sin secuelas.

Tratamiento: Algunos de estos se resuelven en forma espontánea sin síntomas evidentes. Sin embargo, cuando se ha superficializado a través de la mucosa, puede ser retirado con facilidad, si causa irritación local se coloca anestesia tópica o unos puntos locales de anestésico para impedir molestias.⁴⁴

h) Folliculitis

Dicha patología se produce cuando la infección radicular de un diente temporal se extiende al folículo del diente sucesor. Cuando la zona infectada es

⁴³ Dra Varela, Op. cit. Pág 26

⁴⁴ McDonald, Op. cit. Pág. 174

muy grande, a veces condiciona un desplazamiento evidente del germe del diente permanente sucesor y adyacentes.

Tratamiento: Se procede a la extracción del diente infectado y de la lesión quística junto con los temporales próximos implicados, con lo que es posible obtener la resolución espontánea del problema. Si no es así, hay que realizar la exposición quirúrgica de los dientes desviados y su tracción ortodóntica a la arcada.⁴⁵

B. ALTERACIONES CRONOLÓGICAS DE LA ERUPCIÓN

La cronología de la erupción esta sujeta a márgenes de la normalidad relativamente amplios, que se ven influidos por factores genéticos y ambientales. En algunas familias los niños suelen crecer muy rápidamente o relativamente lento. Sin embargo, existen situaciones en las que la erupción se adelanta o se retrasa de forma patológica como expresión de problemas de carácter general o local que deben considerarse en el diagnóstico diferencial.

a) *Dentición precoz*

Dientes natales, se conoce a aquéllos que ya se encuentran erupcionados en el momento del nacimiento y los **Neonatales** erupcionan durante los primeros 30 días de vida. Suelen ser únicos e independientes de futura dentición temporal. Por lo general se trata de incisivos centrales inferiores, con una estructura normal o ligeramente hipoplásica que muestran cierta movilidad debido a la ausencia total de raíz. Esta movilidad provoca ligeras molestias en la succión e implica riesgos de aspiración del diente si éste se exfolia inadvertidamente. Fig. 12

Tratamiento: Bedi y Yan (1990) informan que las extracciones indiscriminadas no deben ser permitidas y todos los esfuerzos deberán estar dirigidos a la conservación de estos dientes. La extracción de los dientes

⁴⁵ Dra Varela, Op. cit. Pág. 26

inmaduros en la implantación y supernumerarios: después de la 1° semana de vida, debido a las deficiencias de coagulación, resultantes de la síntesis insuficiente de vitamina K, que ocurre en los primeros días de vida. Dientes normales y maduros; preservación, pulido suave y constante conforme a la necesidad y terapia de flúor casero y diaria (fluoruro de sodio al 0.02%).⁴⁶



Fig. 12 Diente Natal

b) Dentición tardía

El retraso eruptivo en la dentición temporal suelen responder más bien a factores generales. Por el contrario, cuando afectan sólo a la dentición definitiva las causas son locales. La erupción retardada de toda la dentición temporal se presenta en los prematuros pero, una vez que el niño equilibra su crecimiento y desarrollo, el recambio dentario suele tener lugar con normalidad.⁴⁷ Fig. 13



Fig. 13 Retardo en la erupción en el incisivo lateral inferior

⁴⁶ McDonald, Op. cit. Pág. 194

⁴⁷ Dra Varela, Op. cit. Pág. 31

c) Hipodoncia y Anodoncia

Ausencia congénita de dientes que puede ser parcial (*hipodoncia*) o total (*anodoncia*). La ausencia de dientes deciduos es rara y poco frecuente, cuando ocurre el más común es el incisivo lateral deciduo. En la mayoría de los casos no esta asociada con otra anormalidades y parece tener tendencia familiar la ausencia. La radioterapia en bajas dosis puede causar la destrucción del brote dental y causar *hipodoncia*.

Tratamiento y pronóstico: Mantenimiento del espacio, tratamiento ortodóntico y rehabilitación protésica del diente ausente.

d) Hiperodoncia

Presencia de un numero mayor de dientes lo denominamos hiperodoncia o dientes supernumerarios. En la dentición temporal es un fenómeno raro, cuya frecuencia varía según los diversos autores, entre 0.2 y el 6 %. Hay un predominio absoluto de presentación a nivel maxilar y en la zona incisiva. Suelen tener una morfología similar a la de los dientes adyacentes, de aspecto prácticamente normal: son dientes suplementarios.

Tratamiento y pronóstico: Rara vez plantean problemas debido al espaciamiento normal en dentición temporal por lo que no suelen requerir tratamiento; salvo que provoquen alguna alteración (mordida cruzada, anomalías en la erupción) requieren extracción.⁴⁸

C. ANOMALÍAS DE TAMAÑO

a) Microdoncia

El tamaño del diente se encuentra por debajo de los límites que se consideran normales. Esta condición frecuentemente afecta un único diente o

⁴⁸ Dra Varela, Op. cit. Pág. 45

pocos dientes y raramente esta condición es generalizada y afecta a los incisivos laterales (Fig. 14) y 3° molares.

Tratamiento y pronóstico: Puede causar alteraciones dimensionales comprimiendo el arco. Procedimientos restauradores estarán indicados para preservar la estética y oclusión.



Fig.14 Microdoncia

b) Macrodoncia

El tamaño del diente se encuentra por encima de los límites que se consideran normales. Puede afectar uno o todos los dientes de forma simétrica. Puede ser total o parcial, afectando solamente una de ellas. Es menos común que la microdoncia.

Tratamiento y pronóstico: Tratamiento ortodóntico puede ser necesario debido a las discrepancias en la compresión del arco y de los maxilares.⁴⁹

c) Fusión y geminación

Las piezas dentarias están individualizadas, pero existe muchas veces, la unión entre ellas. Cuando dos piezas están unidas por el esmalte o cemento se llama **fusión dentaria** (Fig. 15), que es la unión embriológica de dos gérmenes con dos cámaras pulpares. En la cara vestibular (externa) podemos ver el surco

⁴⁹ Pinkham, Op. cit. Pág. 51

de fusión entre las dos piezas dentarias. **Geminación** consiste en la división incompleta de un solo germe dentario, dando como resultado una corona bifida y una sola cámara pulpar. La fusión y geminación es más común en dientes deciduos (laterales y caninos) que en permanentes.⁵⁰



Fig. 15 Fusión (incisivo central y lateral)

D. ANOMALÍAS DE FORMA

A nivel de la corona dentaria, lo más frecuente es el **diente conoide**, muy frecuente en los laterales superiores y en el mesiodens (supernumerario a nivel de los incisivos centrales superiores).

Podemos encontrar formas anómalas en otras piezas dentarias. Desde formas anómalas de las coronas de incisivos y molares, a la presencia de un tubérculo en la cara palatina del primer molar permanente superior, es el llamado **tubérculo de Carabelli**.

A nivel radicular (raíz), podemos encontrar diferentes anomalías, algunas de ellas con fuerte incidencia clínica como veremos más adelante.

En general y de forma muy resumida diremos que los incisivos, caninos y premolares suelen presentar siempre una sola raíz (excepto los primeros premolares superiores que presentan dos raíces), por eso las piezas de una raíz

⁵⁰ McDonald, Op. cit. Pág. 123

se denominan *uniradiculares* y las otras *multiradiculares*. Los molares superiores suelen tener tres raíces y los inferiores dos raíces.⁵¹

2.3.6 FLUORUROS

El flúor es muy importante para el desarrollo de los dientes y la dosis terapéutica de flúor es de 0.05 mg / kg de peso corporal. El flúor remineraliza el diente, pero también contribuye a la acción del calcio y del fósforo en la reparación de esmalte.

El mecanismo de acción del fluoruro actúa de varias maneras para prevenir la caries; convierte el componente del esmalte hidroxiapatita en fluorapatita que resiste más la desmineralización. El flúor también es antibacteriano y en concentraciones altas puede inhibir el crecimiento de *S.mutans*. Así como también inhibir la formación de ácido puesto que libera gradualmente al esmalte de placa potencialmente dañina. Además, de prevenir la formación de película salival o la adherencia de bacteria a los dientes. Fig. 16

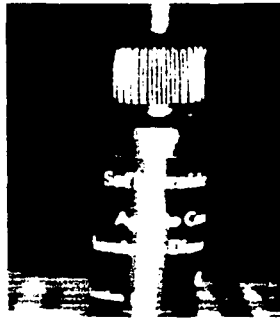


Fig. 16 Ejemplo de Fluoruro

⁵¹ Barbería, Op. cit. Pág. 76

Basándose en la necesidad y medida del peso, la A.D.A. preconiza diferentes dosis diarias de flúor en diferentes grupos etarios. Para eso, ella utilizó dos parámetros:

- ❖ Media del peso en el grupo etario.
- ❖ La cantidad de flúor existente en los abastecimientos de agua potable, según tabla 9

Tabla 9 Cantidad de flúor en el agua potable

EDAD	FLÚOR EXISTENTE EN EL SISTEMA DE ABASTECIMIENTO		
	<0.3ppm	0.03-0.6ppm	>0.6ppm
0 - 6 meses	NADA	NADA	NADA
7 - 36 meses	0.25 mg/día	NADA	NADA
3 - 6 años	0.50 mg/día	0.25 mg/día	NADA
7 - 16 años	1.0 mg/día	0.50 mg/día	NADA

*1 ppm = 1mg/litro

**2.2 mgFNa = 1mg F lón

Las diferentes presentaciones de fluoruros utilizadas en odontología son las siguientes:

a) **FLUORURO DE SODIO (FNa)**.- Fue una de las primeras formas de fluoruros que se aplicó tópicamente en los dientes, Se encuentra a varias concentraciones pero para uso tópico lo tenemos al 2 % y es aplicado sobre las superficies dentales durante 4 minutos, es químicamente estable y tiene un sabor aceptable, no irrita y no produce cambios de color, mantiene un pH neutro, el método más recomendable para su aplicación comprende series de 3 o 4

aplicaciones durante 2 o 3 semanas con serie de aplicaciones efectuadas a los 3, 7, 11 y 13 años de edad.

Lo encontramos como ingrediente activo en la mayoría de los colutorios orales fluorados de venta libre a una concentración de 0.05% y 0.025%, el primero de uso diario y el segundo para usar dos veces al día. Forma parte de algunas pastas dentales como *Crest* a una concentración de 1450 ppm, *Colgate* al 0.33%.
Fig. 17



Fig. 17 Ejemplo de pastas comerciales para niños y adultos

b) FLUORURO DE ESTAÑO (SnF_2). Se aplica tópicamente sobre la superficie de los dientes al 0.8% durante 4 minutos, tiempo durante el que los dientes se pintan con esta solución; entre sus desventajas se encuentra su mal sabor, inestable en solución, pigmenta las lesiones incipientes con un color marrón, amarillento.

c) FLUORURO DE FOSFATO ACIDULADO (APF). Contiene ión flúor al 1.23% derivado del fluoruro sódico y del fluoruro de hidrógeno en 2 moles de ácido ortofosfórico a un pH de 3, su presentación es en gel, disponible en diferentes sabores, entre sus ventajas esta el no manchar, ni pigmentar los dientes, puede ser aplicado simultáneamente en ambas arcadas completas. Desventaja más notoria es su ingestión excesiva puede ser potencialmente nociva. Su aplicación

es sencilla, puede utilizarse un isopo humedeciendo todos los dientes o con cubetas individuales durante 4 minutos.

Esta breve reseña de los tipos de fluoruros es para hacer consciente al profesional de las diferentes opciones con las que cuenta para su uso. Sin embargo hacemos la aclaración que actualmente en la clínica de bebés de Brasil, el uso se limita al fluoruro de sodio al 0.2% en la aplicación profesional cada 2 meses. Así como, el uso de fluoruro de diamino plata al 30 % mejor conocido como *saflluoride*, aplicado sobre la superficie de los molares en erupción, este fluoruro fue desarrollado en 1972 por Yamaga y col, tiene propiedades cariostáticos por la acción de la plata y preventivos por la acción del ión fluoruro.

Así como, la promoción de un fluoruro tópico sistémico al 0.02% como mantenimiento casero proporcionado a las madres en frascos de 30 ml, usando 8 gotas al día por 70 días coincidentes, a la cita siguiente que es 2 en 2 meses, según la siguiente preparación:

Fluoruro de sodio	200 mg
Nipagin	0.3 g
Agua desionizada q.s.p.	1000 ml ⁵²

Debe ponerse especial atención al aplicar el fluoruro tópico a los niños para minimizar la cantidad de flúor que pueda ser ingerido inadvertidamente por la posibilidad de fluorosis en los dientes permanentes. Así como, de prevenir náuseas y vómitos.

Finalmente para concluir nuestro capítulo estos son los puntos más importantes con los que debe contar el odontólogo general para poder educar a los padres de sus pacientes infantiles que aún no han acudido al servicio dental por falta de información. Esto nos hace evidente que la población en México esta

⁵² Walter. Op. Cit., Pág. 100

pobremente informada acerca de la atención bucodental desde edades tempranas.

Nuestro propósito es elaborar un material escrito por medio del cual los padres se informen y progresivamente puedan llegar a transmisores de esta información y a largo plazo lleguemos a cubrir este espacio que existe entre la salud bucodental de los niños a partir de los 3 años y poder reducir las enfermedades dentales en niños pequeños reduciendo así los tratamientos invasivos, minimizando un buen desarrollo físico y psicológico.

III

ELABORACIÓN DEL MANUAL

La elaboración de un material que nos ayude a reforzar los conceptos transmitidos a los padres que son a los que estamos educando acerca de la atención bucodental de sus hijos a temprana edad por el profesional de salud ,es de gran importancia para el mejoramiento de hábitos de manera progresiva.

Este material debe ser de consulta, fácilmente legible y con conceptos claros, para poder ser consultado de manera inmediata, el requisito de ser un material informativo. Esto no quiere decir que sea aburrido, sino por el contrario debe motivar al lector que desea variedad, estética, color y claridad; de ordinario no capta con facilidad lo más importante de un escrito.

3.1 MANUAL.

El manual pertenece a la clasificación dentro de un escrito recapitulativo, y se define como "aquel que resulta de estudiar y comprender la información disponible en torno de un tema que se redacta con palabras propias, un estudio recapitulativo es el que expresa un conocimiento cuyo diseño orden o exposición es propiedad de quien lo redacta".⁵³

3.1.1 DEFINICIÓN

Algunos sinónimos de manual son los siguientes: guía, compendio, breviario, instructivo y vademécum.

⁵³ Lugo Peña Enrique, PREPARACIÓN DE ORIGINALES PARA PUBLICAR, 1ª edición, editorial Trillas, S.A. de C.V., México, Pág. 38, 1992.

3.1.2 TIPOS.

El manual, cuyo contenido puede ser de orden teórico o práctico;

Teórico.- Es un compendio que va a contener lo más relevante de una materia o tema, es decir; sirve como guía que contiene conceptos mínimos de uso cotidiano y que se puede consultar de manera inmediata.

Práctico.- Es aquel que sirve como guía para procedimientos y técnicas usuales, de uso continuo. Otro manual práctico es aquel que nos describe el funcionamiento de una dependencia o corporación con todos los detalles operativos.

3.2 PLANEACIÓN DEL MANUAL.

El material escrito permite tratar cualquier tema o contenido, la elaboración del mismo debe llevar una planeación, este debe ser el primer paso en la preparación de un escrito, esta parte una vez realizada el resto del trabajo fluye de manera relativamente sencilla, de ello se desprende el diseño y el contenido: título, objetivos, extensión, publico, profundidad e ilustraciones.

3.2.1 TÍTULO

Redactar el título entraña el marcar un objetivo y circunscribir los límites de la obra,⁵⁴ este debe llevar una correcta redacción, en un escrito recapitulativo debe capturar la atención del lector, un título encabeza a cualquier obra de ahí la importancia del contenido del escrito, aún aquel dirigido para los padres, que debe cumplir con este requisito. El título de este tipo de documentos tiene una extensión promedio de cinco palabras con redacción lógica.

⁵⁴ Lugo. Op. Cit., Pág. 51

3.2.2 OBJETIVO.

En la programación de una enseñanza, se deben formular objetivos, esto es expresar, de manera concisa los fines concretos y experimentales (si existen) que se quieren alcanzar con una determinada actividad educativa, se pueden expresar los conocimientos que deben ser adquiridos y las capacidades y aptitudes que deben ser desarrolladas.

Esto influye en la información que debe incluir nuestro escrito para poder cubrir lo anterior descrito. La conveniencia de los conocimientos que deben ser adquiridos viene dada fundamentalmente por la relación o la incidencia que tengan en la vida personal de cada sujeto. Un objetivo común es el satisfacer una necesidad sea pública, grupal o personal.⁵⁵

A. Objetivos comunes.

Son aquellos que deben ser alcanzados por todos las personas, estos son comunes porque son para todos y cada uno de los miembros del grupo al que nos dirigimos. Son obligatorios y exigidos a todo el núcleo para los que los formulamos y mínimos para que todos los sujetos con menor capacidad puedan cumplir dicho objetivo. La ventaja de un objetivo común es que hace posible una comunicación eficaz entre los miembros del grupo, nos da la posibilidad de comparar los resultados, el riesgo de estos objetivos es ser general, reduciendo la capacidad de análisis individual y la debilitación del aprendizaje, mermando así la educación auténtica.

B. Objetivos particulares.

Es dirigido a las características propias de un sólo sujeto. Sin embargo, otros tiene la opción de escogerlo, estos objetivos se toman ilimitados ya que

⁵⁵ García Hoz Víctor, PRINCIPIOS DE PEDAGOGÍA SISTEMÁTICA, 13ª edición, editorial, Rialp, S.A. Pág. 261, España 1990.

deben ser elegidos en mayor o menor cantidad, son libres y optativos. Es decir unos y otros pueden coincidir, pueden elegir cualquiera de ellos.

Debe incluirse ambos tipos de objetivos para ordenar las múltiples tareas de la educación, es decir para ampliar todas las posibilidades de elección y análisis, no enfocar la información de manera corriente en su totalidad, incluir conceptos bien definidos y enfocados a una sola clase de personas satisfaciendo las exigencias de los diferentes grupos sociales al que nos dirigimos.

3.2.3 PÚBLICO

Se refiere al tipo de personas a la que esta orientada la información, este influye directamente al tipo de lenguaje empleado, que se vera reflejado al entendimiento y aprendizaje del contenido del escrito.

a) Lenguaje y comprensión de conceptos.

Lo que se refiere a la importancia que tiene la lengua para lograr primero entender los conceptos y luego utilizarlos. Se encuentran relaciones entre el vocabulario y el dominio de conceptos indicando la manera en como se relacionan las palabras y los conceptos de los individuos. Un ejemplo a esto son los individuos que viven dentro del mismo ambiente físico comparten experiencias similares con ejemplos de conceptos particulares, obteniendo información semejante y aprendiendo el mismo lenguaje, al tener e mismo lenguaje se da igual nombre a una clase particular de cosas o conceptos y también se hace posible la difusión de la información sobre la cual se basan los conceptos.⁵⁶

Esto nos indica que se debe manejar información con un lenguaje común a las personas a quién nos dirigimos, conceptos que maneje ese grupo de personas mediante el cual la comprensión del conocimiento se lleva a un nivel más completo en el entendimiento individual. Además, pueda ser compartido a otras personas bajo el mismo interés, a su vez debatiendo sus puntos de vista y

⁵⁶ García Ib. 35 Pág. 262.

en algún momento llegar a ser transmisores de esta información, mostrando los buenos resultados obtenidos mediante la adquisición del nuevo conocimiento.

3.2.4 PROFUNDIDAD

Es básicamente el nivel de complejidad del contenido, guiado por el objetivo que perseguimos con esa información, tomando en cuenta que es un manual de tipo teórico mediante el cual requerimos de información precisa y fácilmente aplicable sí como manejar conceptos sean entendidos y pueda ser complementados con la orientación que se le da en el consultorio y en las clínicas odontopediátricas.

Por lo tanto la profundidad del manual será sencilla, más no por ello superficial otorgándole la importancia que merece ser entendido, tratando a su vez ser atractivo y útil, para no ser un material que cause poco interés, nula asimilación y que finalmente sea desechada.

3.2.5 EXTENSIÓN.

Se refiere a la cantidad de cuartillas que comprende el escrito.⁵⁷ Se debe tener cuidado en no extenderse más allá del tiempo e interés que unos padres tengan, es decir, debemos tomar en cuenta que están desarrollados en una sociedad en la cual cada uno mantienen un rol como padres, no sólo están enfocados al cuidado de un sólo miembro de la familia, sino esta complementada con los deberes del hogar, a la educación escolar de sus demás hijos, el sustento económico de la familia, y de actividades complementarias que ocupan a los padres.

Esto aunado a la falta del fomento a la lectura en nuestro país, no podemos arriesgarnos a realizar un excesivo número de cuartillas que en un porcentaje alto nos llevaría al fracaso, por lo que debemos tomar en cuenta todos estos antecedentes, la información debe ser plasmada en el menor número de

⁵⁷Lugo. Op. Cit., Pág.53

cuartillas escritas, para augurar un éxito a un mediano y largo plazo. Esta establecido un número de 5 a 15 cuartillas para la divulgación de información.

3.2.6 ILUSTRACIONES

El empleo de material pictográfico nos proporciona una mejor asimilación de los conceptos explicados en el texto, tanto la forma como se presenta la información como su contenido, más eficazmente para emitir un concepto.

En la elección del material ilustrativo debemos tomar en cuenta lo que queremos transmitir, así podrán utilizar estructuras fijas, dibujos, gráficas etc.

Las ilustraciones nos sirven como apoyo al texto de una publicación, además de hacer interesante y motivadora.

Como definición tenemos que una ilustración "es toda figura impresa a una publicación a partir de un original que pueda ser un dibujo o una fotografía, cumple con dos finalidades: ayudar a comprender mejor el texto y proporcionar goce estético."⁵⁸

a) Tipos

Las principales clases de figuras que podemos integrar son dos: tonos y figuras de línea.

Tonos.- son aquellas imágenes dibujadas, pintadas o grabadas cuyo trazo es bien definido, sin tonalidad, ejemplo claro son las fotografías en blanco y negro o en color, son imágenes impresas en las cuales no hay trama, es decir, no es posible distinguir a simple vista entre un punto y otros del tono.

Línea.- Quedan comprendidas aquellas modalidades como esquemas diagramas y gráficas. Es decir, toda imagen que contenga líneas, cuando son sencillas y trama cuando son complejas.

⁵⁸ Lugo. Op. Cit., Pág.132

b) Cantidad.

Esto varía en función del objetivo que queremos obtener a través del escrito, además de ayudarnos a complementar el texto y no repetirlo, ser muy interesantes y absolutamente indispensables.

c) Contenido de las figuras.

Una figura contiene lo siguiente: 1) la figura misma, 2) las leyendas, 3) pie o texto de figura.

Las *figuras de línea* cumplirán con ser trazos nítidos y contener los rasgos necesarios, en caso de necesitar señalar algo específico se harán con líneas y flechas que deberán resaltar sobre la figura misma.

En el caso de gráficas deberán ser de trazo suficientemente grueso, así como las leyendas en la figura, no tienen límite sin embargo cuando son extensas restan interés. Cualquier sigla o abreviatura se colocará al pie de la ilustración, además de colocar el título de esta y la explicación de dicho título.

Las *figuras de tono* o fotografías han de contener lo que no se pueda representar por otro medio, además su cantidad será lo menor posible y su calidad la mejor, bien contrastadas y enfocadas al objetivo que desea mostrar.

Las ilustraciones como mencionaremos deben complementar texto más no repetirlo, no sirve para representar lo que es difícil de explicar de ahí su importancia del lugar en que sea necesario colocarlas, así también es importante el diseño por dos razones básicas: Contornos y legibilidad de leyendas; por ello se piden dimensiones de 12.3 x 17.3 cm sin rebasar 20.3 x 25.4 cm, este requisito es para toda clase de figuras. Lo más importante es saber que toda ilustración debe representar con claridad el mensaje, ser rápidamente informativo y de buena calidad.

Al saber todo esto referente, de la salud bucodental del bebé y tomando en cuenta cada una de las recomendaciones daremos paso a la realización de un material escrito (Manual) de gran calidad que ayude a fomentar la educación de los padres en lo referente a la salud bucodental del bebé. Dicho Manual forma parte de la presente Tesina como un Anexo a la misma.

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

La niñez en nuestro país sufre todo tipo de carencias, entre las cuales los problemas bucodentales ocupan un lugar importante. La causa principal de este problema involucra a padres y profesionales en salud dental. La prevención en nuestro medio es muy pobre, los padres acuden al odontólogo cuando hay dolor o tienen problemas para alimentar a sus hijos; el especialista restaura devolviendo la "salud bucodental" al niño, sin embargo no hace conciencia en los padres para prevenir futuras recaídas de caries o algún otro problema dental.

Al documentarnos acerca del programa preventivo que se ha llevado a cabo en la "Bebé-Clínica" de Brasil, nos damos cuenta de los excelentes resultados que se han obtenido en la disminución de caries en niños que acuden al servicio dental desde edades tempranas, donde su arma principal es una educación a los padres sobre todo en lo referente a la boca de su bebé y hemos visto que los niños en edades preescolares que han sido parte de este programa han mantenido una dentición en condiciones favorables.

El primer paso para iniciar un programa preventivo desde edades tempranas, debe ser orientando a los alumnos de las clínicas odontopediátricas de nuestro país, para que ellos eduquen a los padres que acuden al servicio dental con sus hijos, aún cuando ellos no tengan niños menores de 3 años, sin embargo, nos servirán de transmisores para difundirlo en su entorno social, sembrando la inquietud de los padres a presentarse en nuestras clínicas llevando a sus bebés, donde nosotros tendremos una oportunidad de prevenir a ese niño de problemas dentales en su desarrollo. Además de proporcionarle hábitos de higiene y alimentación favorables para sus dientes, que mantendrá durante toda su vida, y será un padre o una madre que acudirá al odontopediatra desde que su hijo nazca, agregando un eslabón más a una cadena que apenas comienza a formarse: entre el profesional – paciente (niño) – padres.

Otra alternativa para favorecer su difusión es a través de un manual dirigido a los padres que puede ser proporcionado en los hospitales infantiles, guarderías, y centros, donde se concentra la atención a los infantes de 0 a 3 años, que es la edad en la que este programa funciona básicamente.

Creemos que esto nos conducirá a una cultura preventiva más que restaurativa en nuestro niños, que veremos reflejada en una sonrisa llena de salud.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

- Escobar Picasso Emilio, Espinosa Huerta Enrique, Moreira Rios Nono Mauro, EL NIÑO SAÑO, 19ª edición. Editorial El Manual Moderno, México 2001.
- Bisqueira Alzina Rafael, MODELOS DE ORIENTACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA. Editorial, Praxis S.A. Barcelona 1998.
- C.H. Patterson, TEORÍA DE LA ENSEÑANZA PSICOLÓGICA DE LA EDUCACIÓN. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C. V., México 1982.
- Dr. Games Eternod Juan, Dr. Palacios L. Jaime, INTRODUCCIÓN A LA PEDIATRÍA, 6ª edición. Editorial Méndez editores, S.A. de C. V., México 1997.
- García Hoz Víctor, PRINCIPIOS DE PEDAGOGÍA SISTEMÁTICA, 13ª edición. Editorial, Rialp, S.A., España 1990.
- Lugo Peña Enrique, PREPARACIÓN DE ORIGINALES PARA PUBLICAR, 1ª edición. Editorial Trillas, S.A. de C. V., México 1992.
- De Figueiredo Walter Luis Reynaldo, Ferelli Antonio, Issao Myaki, ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ, 1ª edición. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; C. A. Brasil año 2000
- J.R. Pinkham, B.S., D.D.S.,M.S., ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA,2ª edición. Editorial Interamericana S.A. de C. V., McGraw-Hill, México 1996.
- Varela Morales Margarita, PROBLEMAS BUCODENTALES EN PEDIATRÍA, 1º EDICIÓN, Editorial ERGON, S.A.. España 1999

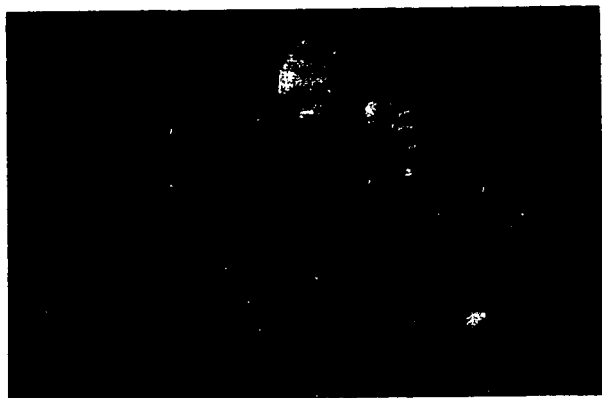
- Barbería Leache Elena, Boj Quesada Juan Ramón, Catalá Pizarro Monserrat, ODONTOPEDIATRÍA, 2º edición. Editorial MASSON, S.A., España 2001.
- McDonald Ralph E., Avery David R., ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DEL ADOLESCENTE, 5º edición. Editorial Médica Panamericana, Argentina 1990.
- Woodall Irene, Dafoe R. Bonnie, Young Stutsman Nancy, TRATADO DE HIGIENE DENTAL TOMO II, 3ª edición. Editorial Salvat editores, S.A., Barcelona 1992.

A N E X O



MANUAL DE

PREVENCIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL DE SUS HIJOS DE 0 A 3 AÑOS



OBJETIVOS

Los padres :

1. Adquirirán conocimientos acerca de la salud dental del niño desde que nace hasta los 3 años.
2. Adquirirán una nueva actitud en la educación preventiva de la boca de sus hijos, antes de que presenten caries.
3. Conocerán las diferentes medidas de higiene en la boca del bebé, aplicando la técnica adecuada conforme el bebé se desarrolla.
4. Conocerán los beneficios de una alimentación adecuada en sus hijos y sus beneficios en la salud dental, así como las repercusiones de los alimentos con alto contenido en azúcares.
5. Aprenderán los beneficios del amamantamiento en la salud dental y sus repercusiones en el desarrollo de lesiones cariosas.
6. Conocerán el tiempo y correcta utilización del biberón, así como la relación del biberón y la caries dental.
7. Aprenderán la importancia de llevar a sus hijos desde edades tempranas a la visita con el odontopediatra, para adquirir hábitos dentales adecuados.
8. Conocerán la importancia de los hábitos más comunes en los niños y sus repercusiones dentro de la cavidad oral.

9. Conocerán acerca del beneficios de los fluoruros para el control de la caries dental y los riesgos de una ingestión inadecuada.
10. Conocerán el tiempo en el que los dientes salen en la boca y sus cuidados.



INTRODUCCIÓN

Los bebés necesitan un buen cuidado dental, tanto por parte de los padres como el que pueden proporcionar los odontopediatras. Mientras más precozmente se inicie esta atención, más pronto usted ayudará que los primeros dientes de su bebé sean saludables y crezcan en forma correcta. Esto es importante porque los primeros dientes temporales, (popularmente llamados de "leche" sirven para masticar, sonreír, hablar y para mantener el espacio que necesitarán los dientes permanentes, cuando un diente de leche se pierde muy pronto o presenta una caries avanzada, los dientes vecinos pueden desplazarse y ocupar el espacio vacío, por lo que los nuevos dientes (permanentes) pueden salir fuera de su posición normal; esta pérdida dental prematura puede afectar el habla y algunos aspectos psicológicos de su hijo, como la percepción de su imagen corporal y autoestima.

La odontología moderna está enfocada más a la prevención que al tratamiento. Al año de edad podemos determinar los dentistas de niños (odontopediatras) el riesgo que tienen para desarrollar enfermedades infecciosas en sus bocas. Sabemos que al aumentar el número de dientes que erupcionan en la boca y al volverse más sofisticados los hábitos

alimenticios, aumenta también el número de bacterias que hay en la boca de los pequeños.

Las enfermedades infecciosas en boca causadas por bacterias se desarrollan gracias a los alimentos que causan caries y que son tan populares en los países industrializados (dulces, paletas, refrescos, pasteles y otros). Por eso es de suma importancia que se utilice un material que ayude a los padres a conocer información de algunos métodos preventivos acerca de la boca desde el recién nacido hasta los 3 años, esto nos permitirá tener un mejor control en la prevención de caries y del desarrollo de alguna anomalía que se presente en la boca de su pequeño.





La primera visita al odontopediatra

En nuestro país la primera visita al odontopediatra ocurre demasiado tarde (después de los dos años), cuando ya se han iniciado ciertos hábitos en el niño que contribuyen a un desarrollo dental desfavorable. Una temprana prevención y revisión cuidarán la sonrisa del niño protegiéndola ahora y en el futuro.

La primera visita al odontopediatra debería ocurrir antes de los 6 meses, el pediatra puede ayudar a orientar a los padres introduciéndolos en las primeras nociones de higiene dental para prevenir el desarrollo de la caries.

En la primera consulta el odontopediatra utilizará ciertas técnicas de adaptación para que su hijo se sienta cómodo. A veces en niños poco colaboradores o con temores, es necesario adaptar al niño durante varias citas antes de proceder a examinarlo. Cuando el niño se encuentre recostado en el sillón dental, el odontólogo examinará con cuidado sus dientes y encías tomando radiografías para poder observar el desarrollo de los dientes y demás estructuras de la cara además, podrá descartar con ellas la presencia de caries ocultas que no sean observables a primera vista.

También revisará con los padres los procedimientos de higiene bucal y cepillado, definirá la dosis de flúor, y ayudará a establecer con los padres una conducta de alimentación apropiada. Si fuese necesario en la misma visita se limpiarán los dientes y se aplicará flúor en forma de gel. En caso

contrario, se planificará otra cita para estos procedimientos; asimismo, discutirá con los padres la conducta respecto a chupones, succión de dedos y biberón, cuanto antes ocurra la primer consulta, mejor.

Además, los padres serán instruidos acerca del cuidado adecuado y medidas preventivas por aplicar en la boca de su niño para que sus dientes se mantengan sanos y resistentes.



Instrucción del Odontopediatra a la Mamá

¿A qué edad debo llevarlo por primera vez al odontólogo?

Lo ideal, es llevarlo al momento en que erupcionan los primeros dientes (a los 6 meses de edad) . Mientras más pronto lo haga, mayor oportunidad habrá para prevenir cualquier problema. Su odontólogo además de descartar la presencia de caries, le instruirá acerca de la adecuada higiene bucal de su hijo y evaluará cualquier hábito adverso como lo son chuparse el dedo, empujar los dientes con la lengua y otros además, identificará las necesidades de utilización de flúor y otras terapias preventivas para cada caso en particular.

Comenzar las visitas al odontólogo desde tempranas edades, ayudará mucho a que su niño tenga hábitos dentales adecuados y dientes sanos de por vida

¿Cuál es el odontólogo ideal para mi bebé?

Debido a que las diferentes áreas de la odontología se han hecho complejas y altamente técnicas, estos profesionales se encuentran entrenados para ejecutar técnicas avanzadas brindando resultados altamente predecibles y muchas veces sorprendentes a los pacientes.

Un buen odontólogo general reconoce sus limitaciones y refiere los casos complejos a los especialistas. El odontopediatra u odontólogo pediátrico se especializa en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades bucales de niños y adolescentes. Este especialista tiene entrenamiento específico en técnicas de manejo psicológico de niños y utiliza equipos y procedimientos especiales para tratar a estos pacientes. Si usted tiene acceso a un odontopediatra, le recomiendo visitarlo como primera opción.

Es importante recordar que un verdadero especialista debe haber cursado estudios de cuarto nivel o post-grado en alguna Universidad nacional o extranjera reconocida, y haber recibido el título correspondiente. Esto requiere de estudios adicionales de varios años dependiendo de la especialidad.

¿Con qué frecuencia debo llevar a mi niño al odontólogo?

Aunque no existe regla fija, se recomienda que la visita al odontólogo se haga cada 3 meses para niños menores de 3 años y cada 6

Comenzar las visitas al odontólogo desde tempranas edades, ayudará mucho a que su niño tenga hábitos dentales adecuados y dientes sanos de por vida

¿Cuál es el odontólogo ideal para mi bebé?

Debido a que las diferentes áreas de la odontología se han hecho complejas y altamente técnicas, estos profesionales se encuentran entrenados para ejecutar técnicas avanzadas brindando resultados altamente predecibles y muchas veces sorprendentes a los pacientes.

Un buen odontólogo general reconoce sus limitaciones y refiere los casos complejos a los especialistas. El odontopediatra u odontólogo pediátrico se especializa en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades bucales de niños y adolescentes. Este especialista tiene entrenamiento específico en técnicas de manejo psicológico de niños y utiliza equipos y procedimientos especiales para tratar a estos pacientes. Si usted tiene acceso a un odontopediatra, le recomiendo visitarlo como primera opción.

Es importante recordar que un verdadero especialista debe haber cursado estudios de cuarto nivel o post-grado en alguna Universidad nacional o extranjera reconocida, y haber recibido el título correspondiente. Esto requiere de estudios adicionales de varios años dependiendo de la especialidad.

¿Con qué frecuencia debo llevar a mi niño al odontólogo?

Aunque no existe regla fija, se recomienda que la visita al odontólogo se haga cada 3 meses para niños menores de 3 años y cada 6

meses para niños de tres años en adelante. Debido a que las necesidades de cada niño son distintas, su odontólogo sugerirá la frecuencia para estas visitas, dicha frecuencia dependerá entre otras cosas de los hábitos de higiene bucal de su niño, de su dieta y de su utilización de fluoruros.

La visita regular de su niño al odontólogo puede prevenir gran cantidad de problemas dentales. Las terapias preventivas como la aplicación de flúor y los selladores dentales son menos costosas y traumáticas, que la necesidad de hacer restauraciones, coronas u otros tratamientos más complejos en caso de que los dientes ya han sufrido algún daño irreparable. Las visitas regulares al odontólogo pueden ahorrarle emergencias, tiempo, dinero, etc. además ayudan a mantener la salud bucal de su hijo.



Periódicamente lleve a su bebé a revisión

¿Qué debo decirle a mi niño con respecto a las primeras visitas al odontólogo?

Dígale que el odontólogo es un doctor amigable que quiere ayudar a que sus dientes se mantengan sanos y fuertes, hable de la visita de una manera positiva y clara tal como le explicaría cualquier nueva experiencia que fuese a conocer. La visita al odontólogo puede convertirse en una aventura muy placentera para su niño.



La visita fue un éxito

ALGUNOS CONSEJOS:

- * **NO** amenace a su niño con ir al dentista.
- * **NO** use la visita al odontólogo como un castigo
- * **NO** permita que su niño perciba ansiedad en usted al visitar al odontólogo
- * **NO** deje que nadie le cuente historias de "terror" acerca del odontólogo
- * Trate de que la visita al odontólogo sea placentera para su niño.
- * Permita que el niño entre solo al consultorio, si es lo que el odontólogo prefiere.
- * Converse con su niño acerca de la experiencia positiva con el odontólogo.

* Dé un buen ejemplo cepillándose y utilizando el hilo dental todos los días frente a su hijo.

* Dé un buen ejemplo visitando regularmente al odontólogo.

Su odontólogo y los otros miembros del equipo dental pueden hacer mucho para proteger a su niño de las enfermedades bucales. Comenzar las visitas al odontólogo desde tempranas edades ayudará mucho a que su niño tenga hábitos dentales adecuados y dientes sanos de por vida. Por favor recuerde que es muy importante que supervise personalmente los hábitos de dieta y la higiene bucal de su hijo en el hogar para mantener su salud bucal.



AMAMANTAMIENTO

El tipo de leche ideal para el recién nacido es la leche materna, que proporciona los requerimientos nutricionales al bebé como : grasas, proteínas, anticuerpos, azúcares, vitaminas y minerales (como hierro y zinc).

El contenido de la leche materna varía conforme avanza el amamantamiento: el calostro; se presenta durante los primeros 4 y 5 días del amamantamiento durante el cual, el niño succiona grandes cantidades de anticuerpos y proteínas, la siguiente fase; la transicional se observa durante el 4° y 5° día de lactancia, finalmente la leche madura que se presenta del 5° día en adelante, los contenidos de proteínas y minerales disminuyen conforme la lactancia avanza, las grasas, los azúcares y las vitaminas D y E aumentan.

El amamantamiento además de alimentar al niño establece una relación entre el bebé y la madre, que contribuye a la seguridad y desarrollo psicológico adecuado durante su crecimiento.



Contacto que se establece entre hijo y mamá

Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental

A continuación se mencionarán algunas ventajas que se obtienen cuando el bebé es amamantado.

- Disminuye las bacterias causantes de la caries dental, por la presencia de anticuerpos, esto no quiere decir que con amamantarlo el niño no va a tener caries porque también se requiere de una buena higiene de la boca.
- Incrementa la resistencia del diente, por la mejor asimilación del calcio y fluoruro, gracias al contenido de grasa en la leche materna.
- Aumenta la salivación, gracias a que el nivel de acidez disminuye en la boca del niño, lo que contribuye a disminuir la aparición de caries, siempre y cuando haya una higiene adecuada durante la lactancia.
- La seguridad del niño que es proporcionada por la lactancia natural disminuye la aparición de hábitos bucales incorrectos que provocan dientes en mal posición lo que afecta la apariencia del niño.

- Los anticuerpos, adquiridos durante la lactancia evitan estados alérgicos e infecciones respiratorias que generalmente provocan respiración bucal y anomalías dentales.
- El niño desarrolla una posición y función de la lengua adecuada, lo que facilita un desarrollo dental óptimo.
- La función de los músculos del rostro durante la lactancia favorece un mejor desarrollo de los huesos de la cara incluyendo los que forman la boca (maxilares) y facilita la posición correcta de los dientes al momento de su erupción.

¿Es importante la lactancia materna? ¿Qué diferencia hay entre la lactancia materna y a través del biberón?

Cuando usted amamanta a su bebé, él coordina los movimientos de los músculos de la boca, la lengua, el paladar y la faringe. Este ejercicio muscular que realiza el bebé es tan importante para su crecimiento como el alimento en sí. Al nacer el bebé se encuentra con la mandíbula más pequeña y al realizar los movimientos para tomar el pezón y tragar, va dando forma a la boca, adelantando la mandíbula para su correcta posición.

Cuando el bebé es alimentado a través del biberón, debe realizar movimientos adicionales con la lengua para controlar la cantidad de leche que ingiere y evitar ahogarse. La falta de estimulación por medio del amamantamiento disminuye un correcto crecimiento y forma de su boca, que se verá reflejado en una posición inadecuada de los dientes.

Otra diferencia que las separa es el valor inmunológico que la leche materna posee, es por eso que siempre se aconseja amamantar al niño con pecho si es posible durante los 2 primeros meses de vida como mínimo, pero si por alguna situación no es posible hacerlo, se puede recurrir a las leches

de fórmula. A continuación le mostramos una tabla con la cual puede comparar los nutrientes de la leche de vaca común con los de la leche materna.



Aquí vemos las diferentes fuerzas que realiza el bebé para alimentarse

Nutrientes por 100 cm	Leche de vaca	Leche materna
Hidratos de carbono	5 gr.	7 gr.
Proteínas	3 gr.	3 gr.
Grasas	3 gr.	4 gr.
Calorías	59 CAL.	78 CAL.

¿Cuánto tiempo se debe prolongar el tiempo de lactancia?

Lo ideal sería alimentarlo durante cuatro o seis meses, debido a que la leche materna va disminuyendo su contenido nutricional conforme la lactancia aumenta y no logra satisfacer las necesidades alimenticias del niño, a partir de esta edad es cuando se introducen los primeros alimentos al

bebé. Aproximadamente a los seis meses de edad al niño le sale su primer diente en boca y aumenta el riesgo de producir caries por la leche materna y la ausencia de higiene contribuye a este rápido antecedente de caries a temprana edad.



Mamá amamantando a su hijo fuera de tiempo

¿Cuándo debemos suspender el uso del biberón?

El biberón sirve para alimentar y calmar la sed. Pero algunos bebés la usan como si fuera un chupón, cuanto más tiempo se ignore esta costumbre, más difícil será que la abandonen. No debemos recurrir al biberón para apaciguar el llanto o la intranquilidad del bebé, porque de este modo abandonaría su función de alimentación, para transformarse en un objeto de consuelo que es difícil de eliminar. Si tenemos en cuenta esto desde que el niño es pequeño, no será difícil lograr que la deje de usar en forma progresiva. Cuando el niño ya tiene bien incorporada la alimentación sólida (a partir del año) debemos sustituir el biberón, primero por un recipiente con boquilla (llamado vaso entrenador) y luego por tazas y vasos comunes.



DIETA Y SALUD ORAL

Una buena salud oral depende de muchos factores, una nutrición preventiva se refiere a aquellos alimentos que se deben consumir pocas cantidades como grasas, sal y alimentos azucarados, esto nos evitará problemas de salud en general.



Estos últimos alimentos son los principales en el desarrollo de caries, cuando son administrados a edades tempranas se dice que puede influir en sus hábitos alimenticios. La caries que produce un alimento está determinada por su consistencia; ejemplo de ello podemos mencionar una manzana que por ser un alimento fibroso nos ayuda a la auto limpieza dental y al desarrollo de los huesos de la boca, al igual que otros alimentos que por ser duros y secos nos ayudan a mantener una salud dental óptima. Por el contrario los alimentos blandos como las papillas comerciales, pastelitos, etc, no beneficia de ninguna manera a los dientes, pero sí proporciona un alimento adecuado para las bacterias responsables de la caries, además su consistencia dificulta más su eliminación, y el valor nutricional que proporciona cada uno de ellos es inferior a los proporcionados por los alimentos naturales.

Las alteraciones que se pueden observar en los tejidos duros son:

- Formas y colores irregulares en los dientes.
- Caries dental

¿Qué vitaminas consumir para prevenir problemas dentales?

Vitamina A: La falta de ésta, puede alterar el desarrollo de la dentina, tejido que se encuentra inmediatamente debajo del esmalte y que le da color al diente.

Vitamina D: Es muy necesaria para la calcificación de los dientes, su deficiencia produce retardo en la salida de los dientes permanentes, así como defectos en la superficie del esmalte lo cual amerita restauraciones porque son áreas muy susceptibles al ataque de las caries.

Calcio y fósforo: Son parte fundamental en la estructura de huesos y dientes, proporcionándoles resistencia.

Flúor: Cuando es administrado efectivamente y en dosis adecuadas, tiene la propiedad de aumentar la dureza del diente, al ser usada excesivamente, produce una alteración en el proceso de calcificación de los dientes llamada fluorosis dental, que se manifiesta con la presencia de manchas blancas o cafés que le dan características de "moteado" al diente o en dosis muy excesivas puede causar envenenamiento. La mejor recomendación será realizada por el especialista, él indicará la forma en que deberá ser aplicado el fluoruro a sus hijos.

Una dieta balanceada es aquella que naturalmente proporcione todos los nutrientes que el niño necesita para crecer, ésta debe incluir los

siguientes tipos de alimentos diariamente: frutas y verduras, harinas y cereales, leche y sus derivados, carne, pescado y huevos. Igualmente una dieta que incluya gran cantidad de azúcares puede aumentar el riesgo de desarrollar caries dental.

La elección de una buena dieta desde los primeros años de vida es un paso importante en la determinación de medidas educativas y preventivas eficaces.



Ejemplo de algunos alimentos



CARIES POR ALIMENTACIÓN INFANTIL

La caries causada por el uso del biberón, es uno de los problemas más frecuentes en los niños de menos de tres años de edad. El problema ocurre cuando los dientes del niño son expuestos por mucho tiempo a líquidos azucarados. Casi todos los líquidos que su niño toma, a excepción del agua, contienen azúcar, esto incluye la leche, los jugos de frutas y otras bebidas azucaradas como los refrescos. Otra causa para el desarrollo de este tipo de caries es el amamantamiento nocturno, debido a que la leche se mantiene por más tiempo en la boca y el nivel de saliva disminuye, además

la higiene dental es nula por la noche, lo que contribuye al acumulamiento de residuos en la boca del bebé, proporcionando alimento a bacterias que producen caries.

Cuando el niño está despierto, el fluir de la saliva ayuda a limpiar el azúcar y los ácidos de la boca que causan las caries dentales. Además de contar con medidas de higiene.

El bebé que se acuesta con el biberón no puede tragar el líquido rápidamente, en cambio el líquido gotea lentamente en la boca del niño, a veces por horas. El líquido azucarado se acumula entre los dientes superiores del niño, donde puede afectar al esmalte del diente y producir caries.

Este tipo de caries avanza rápidamente y afecta principalmente a los cuatro dientes de enfrente y a las primeras muelas superiores en casos leves, y en casos más graves pueda afectar los dientes inferiores. Los daños que esto ocasiona se ven reflejados en una atención precoz del niño con tratamientos restaurativos extensos, y muchas de las veces terminan por sacarle los dientes por lesiones cariosas importante, lo que influye en una falta de desarrollo del niño en su entorno social debido a la ausencia de los dientes anteriores; en el caso de los molares, tienen la función de mantener el espacio para que los dientes permanentes salgan en buena posición.

El tratamiento dental para los bebés puede ser una tarea sumamente delicada que a veces requiere anestesia general.



Ejemplo de niños presentan caries por alimentación infantil

¿Cómo prevenir el daño causado por el biberón?

Cuando no se trata a tiempo, la caries de los dientes de leche puede afectar los dientes permanentes. Sin embargo, usted puede prevenir fácilmente este deterioro dental provocado por el biberón, limpiándole las encías y pequeños dientes después de cada biberón y haciendo que su bebé duerma con un chupón limpio o un biberón que solo contenga agua. Tomando como precaución:

- a - No agregar más azúcar a los líquidos contenidos en el biberón.
- b- No administrar bebidas gaseosas ni jugos naturales o artificiales en el biberón.
- c- En niños más grandes, evitar las golosinas. Cuando ocasionalmente reciban golosinas, deben cepillarse al terminar de ingerirlo.
- d. Procurar que el niño beba de un vaso entrenador a partir del primer año.
- e. Evite que el niño permanezca con el biberón durante la siesta y evite amamantarlo durante la noche.

- f. La etapa ideal para retirar el biberón es de 12 a 14 meses de edad, después de esta edad su uso puede irse limitando y satisfaciendo su hambre con alimentos sólidos.
- g. Limpiar su boca y sus dientes con gasa o cepillo dental.

HIGIENE BUCAL

La higiene bucal desde una edad temprana tiene, además de la acción preventiva de las caries, acostumbrar al niño y los padres al hábito del cepillado, ya que es frecuente ver que cuando se intenta comenzar en edades mayores, el niño suele resistirse.

El cuidado bucal comienza apenas nace su niño; usted debe limpiar suavemente las encías de su bebé después de amamantar o proporcionando líquidos endulzados en el biberón, para esto utilizará un paño húmedo o una gasa pequeña.

A partir de los 5 meses se deben estimular las encías, de manera que favorezca el desarrollo de los huesos de la boca y la salida de los dientes, esto se logra dejando que el niño muerda cosas un poco más duras, si son frías mejor, pues alivia el dolor o molestia que ocasiona el nuevo diente.

Cuando broten los primeros dientes se les debe comenzar a limpiar con un cepillo infantil suave sin crema dental; se recomienda colocar pasta dental con flúor a partir de los 2 años; sólo se debe colocar la cantidad de un

tamaño de una lenteja, pues el niño tiende a tragarse la pasta. Cuando los dientes comienzan a salir es recomendable cepillarlos después de cada alimento, los dientes de leche al igual que los permanentes son susceptibles a ser atacados por los ácidos de la boca y causar caries. Es importante supervisar al niño mientras se cepilla, pues no es si no hasta los 8 años cuando el niño adquiere la destreza manual para cepillarse correctamente.

¿Cómo limpiar la boca del bebé?

Puede comenzar desde el primer día de nacido justo al terminar de amamantar o darle el biberón a su bebé. Proceda de la siguiente manera:



Asistiendo desde los 4 meses

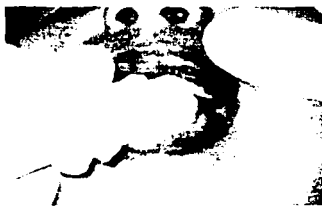
Desde el nacimiento hasta los 6 meses

Limpie la boca de su hijo, con una gasa después de la comida y antes de acostarlo.

a - Ponga al bebé mirando hacia arriba, apoyado en sus piernas o contra la cama.

b - Para lograr que el niño abra la boca, introduzca suavemente su dedo índice en la boca y desplácelo hasta llegar a la parte posterior de la encía.

c - Envuelva su dedo índice en una gasa de 5 x 5 centímetros, mójela ligeramente con agua oxigenada (10 volúmenes) diluida con agua hervida a una proporción de 1-4 pásela suavemente por ambas caras de los dientes que apenas comiencen a aparecer y por la encía durante 3 a 5 segundos de arriba hacia abajo. Como alternativa a la gasa puede utilizar un cepillito dental de siliconas para bebés (cuando ya erupcionaron sus dientes). Aplique presión suave, sólo para remover la pequeña película que recubre el diente.



Ejemplo de cómo limpiar la boca al bebé

Pregunte a su pediatra o a su odontopediatra acerca de los suplementos de fluoruro.

- Regule los hábitos alimenticios.

De los 6 meses a los 12 meses

- El primer diente aparece y debe continuar con las visitas al odontopediatra.

- Comience a cepillarle los dientes a su hijo después de cada comida y antes de acostarlo, usando un cepillo pequeño de cerdas blandas y suaves.



Ejemplo de cepillo para bebé

- El bebé empieza a caminar; esté alerta a posibles caídas y daños en su boca / dientes.
- Deje de amamantarlo a la edad de 6 meses y suspenda el biberón cuando cumpla un año.

De los 12 meses a los 24 meses

- Siga el plan de visitas y limpiezas regulares recomendadas por su odontopediatra.
- Comience a usar porciones pequeñas de pasta dental con fluoruro cuando su hijo sea capaz de enjuagarse y escupir después de los 2 años de edad.
- Casi todos los dientes de leche han aparecido.



ERUPCIÓN

El orden habitual de aparición de los dientes de leche, es aproximadamente entre los 6 meses y los 2 ½ años. La aparición del primer diente es alrededor del sexto o séptimo mes, no debe preocuparse si a esta edad no le ha salido ningún diente, el ritmo de la erupción de los dientes

varía de unos niños a otros. Sin embargo si a los 14 meses no le ha aparecido ningún diente, consulte con su odontopediatra.

En el siguiente esquema podrá ver los diferentes dientes, cada una con número, a continuación se explican a qué diente corresponden y a qué edades deben salir.

Número 1 6 a 12 meses (incisivos centrales inferiores)

Número 2. 8 a 12 meses (incisivos centrales superiores)

Número 3 8 a 12 meses (incisivos superiores laterales)

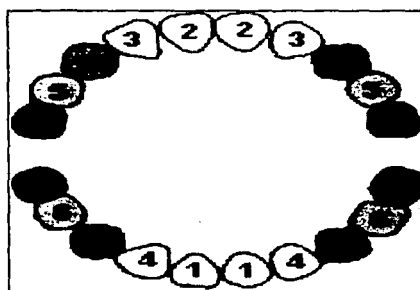
Número 4 8 a 12 meses (incisivos inferiores laterales)

Número 5 y 6 12 a 18 meses (premolares inferiores y superiores)

Número 7 y 8 18 a 24 meses (colmillos inferiores y superiores)

Número 9 y 10 24 a 30 meses (molares inferiores y superiores)

SUPERIOR



INFERIOR

Es difícil establecer los márgenes de normalidad en las erupción dentaria, para los dientes de leche o temporales o de "leche" es de dos meses y para los permanentes un año, o sea que el diente de "leche" que

tiene que erupcionar a los 6 meses, se considera normal que lo haga incluso a los ocho meses.

La erupción de los dientes puede causar molestias en el niño pequeño, con abundante sialorrea (aumento de la salivación), pérdida del apetito, intranquilidad, dolor y el niño tiene la necesidad de morder todo lo que encuentra, el apretar algo sobre las encías le produce una sensación de bienestar. Otras veces, aunque menos frecuente se produce una infección alrededor de la corona (pericoronitis purulenta), con fiebre y diarrea. A partir de los cinco meses se deberán estimular las encías, de manera de favorecer el desarrollo de los maxilares y la erupción dentaria. Esto se logra permitiendo al niño morder objetos duros y fríos, lo que alivia el dolor y las molestias ocasionadas por la erupción de un nuevo diente.



Dientes apunto de erupcionar en zona blanquecina

ALTERACIONES DENTALES EN BEBÉS

Al salir los primeros dientes temporales ó "dientes de leche" en el bebé, pueden observarse diferentes alteraciones, en su forma, tamaño y número; si se observa que el bebé presenta dientes al momento del

nacimiento, estos deben ser examinados por el odontopediatra ya que pueden presentar movilidad que al momento de amamantarse o llorar se puede desprender y lo puede tragar, con esto provocar un ahogamiento. O puede pertenecer a la dentición normal del niño en forma irregular.



De dientes que se presentan al nacer

Un tamaño del diente más grande de lo normal se llama macrodoncia. Pueden causar problemas de apiñamiento por falta de espacio en la boca. Un tamaño de los dientes más pequeños se llama microdoncia. Pueden causar problemas espacio entre los dientes de una arcada.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De dientes pequeños (microdoncia)

Las piezas dentarias están individualizadas, pero existe muchas veces, la unión entre ellas. Cuando dos piezas están unidas se llama FUSIÓN DENTARIA. Cuando la unión es entre un diente y un supernumerario (diente de más), o bien entre dos supernumerarios, se llama

GEMINACIÓN. Las visitas frecuentes con el odontopediatra podrán ayudar a detectar cualquiera de estas anomalías y proporcionar un tratamiento adecuado.



de dientes unidos (fusionados)

FLUOR

El flúor es muy importante para el desarrollo de los dientes. La cantidad de flúor producida por la leche materna es mínima. Por eso el odontólogo recomienda que los dientes de los niños estén en contacto con flúor, de la manera en que se lo indique.

¿Cómo administrar el flúor?

Existen dos tipos de administración del fluoruro: éste se coloca directamente sobre los dientes o bien se ingiere por vía oral. El primero es manejado por el dentista en el consultorio durante las visitas periódicas, se aplica en forma de gel o en barniz en la superficie de los dientes; puede ser colocado cada 3 ó 6 meses dependiendo del estado bucal del niño.

El que es ingerido por vía oral, es administrado por los padres al niño en el hogar, y donde la presentación del flúor es en forma de tabletas masticables o gotas; el odontólogo indicará la frecuencia de la dosis. El manejo excesivo de fluoruro puede llegar a provocar alteraciones en el color de los dientes permanentes, o en dosis más elevadas ocasionar náuseas, vómitos y malestar general, lo cual indicará una intoxicación por fluoruro.

Existen en el comercio pastas dentífricas con flúor, para no excederse en la cantidad de flúor que el niño recibe, se aconseja utilizar una muy pequeña cantidad en la punta del cepillo y solicitar que el niño no la trague (aunque debemos aceptar que lograr esto último es difícil). Por ello las pastas dentales con fluoruro se recomiendan después de los 2 años de edad.



Pasta dental para niño (izq.) y para adulto (der.)



HÁBITOS

El chuparse el los dedos es completamente normal para los bebés, ya que proporciona seguridad a los niños, Los hábitos de succión en el bebé

tienen relación directa con el amamantamiento o en biberón, ésta es una forma de aprender acerca del mundo, la mayoría deja de hacerlo hacia los dos años de edad. Si su hijo no lo deja, trate de convencerlo de no hacerlo después de la edad de cuatro años. El chuparse el pulgar durante un período prolongado puede resultar en mal posición dental, dientes torcidos, o problemas al morder. Su odontopediatra le sugerirá maneras de poner fin al hábito prolongado de chuparse el dedo.



Ejemplo de hábito de dedo

La Información que se le proporciona en este Manual le ayudará a saber más acerca de la importancia de la salud bucodental de su hijo, esto le dará la oportunidad de prevenir enfermedades dentales, principalmente la caries; proporcionando salud integral del niño. Además de servir para instruir hábitos de limpieza y alimentación a otros niños que convivan con usted, finalmente el odontopediatra y usted, integrarán sus fuerzas para crear una cultura dental desde edades tempranas.

BIBLIOGRAFÍA

- De Figueiredo Walter Luis Reynaldo, Ferelli Antonio, Issao Myaki, ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ, 1ª edición. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; C.A. Brasil año 2000
- J.R. Pinkham, B.S., D.D.S.,M.S., ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA, 2ª edición. Editorial Interamericana S.A. de C.V., McGraw-Hill, México 1996.
- Varela Morales Margarita, PROBLEMAS BUCODENTALES EN PEDIATRÍA, 1º EDICIÓN, Editorial ERGON, S.A.. España 1999