

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN- LEON
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PREVALENCIA DE CARIES POR BIBERON EN
NIÑOS(AS) DE EDAD PRE-ESCOLAR Y CENTROS
DE DESARROLLO INFANTIL, I SEMESTRE
LEON 2000

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

AUTORES

MARIA LUISA LOPEZ MEDINA

JORGE BENITO CHAVARRIA SOMARRIBA

TUTOR

DR. JORGE CERRATO

LEON, JULIO DEL 2000



174.614

C-1

w
43
L8648
2000

DEDICATORIA

A:

Nuestros padres que con mucho esfuerzo, dedicación y entrega incondicional nos enseñaron desde un principio, ser personas integrales, fruto que hoy están palpando en este momento en que finalizamos nuestra carrera.

Dr. Jorge Cerrato quien nos brindó desde un inicio todo su talento y apoyo como tutor, inyectándonos mucho entusiasmo para así poder lograr el estudio que hoy culminamos.

Mi compañero de estudios, amigo y esposo el cual con su amor y entusiasmo me brindó su apoyo.

María Luis López Medina


Mi compañera de estudios, amiga y esposa la cual con su amor y entusiasmo me brindó todo su apoyo

Jorge Benito Chavarría Somarriba



INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	28
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	32
BIBLIOGRAFÍA.....	33
ANEXOS.....	34



INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN

En nuestro país a la salud bucal el Ministerio de Salud no le presta mucha importancia a lo cual se le suma la falta de conocimiento de la población debido a la poca dedicación que le dan los servicios de salud. Actualmente los problemas de Salud Bucal siguen siendo causa de mortalidad y morbilidad dental, debido a que los servicios odontológicos del MINSA se concentran en la exodoncia y restauración dentaria sin tomar en cuenta que la prevención de las enfermedades bucales es de suma importancia universal.

La caries dental ha constituido uno de los principales problemas en la salud bucal del individuo. A través del tiempo la ciencia ha tratado de demostrar las causas que provocan esta enfermedad surgiendo diversas teorías.

Las caries dental es una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de la sustancia orgánica del diente.

En base a diversos estudios realizados sobre esta enfermedad se han encontrado diferentes tipos de caries dental incluyendo la caries de **biberón**.

La caries de **biberón** es un tipo de caries de progresión rápida con

destrucción severa de las piezas dentales afectadas que incluso causa su pérdida.

Este tipo de caries se presenta en infantes y niños pequeños que succionan biberón para su alimentación conteniendo soluciones azucaradas (jugos, leches, etc.) durante períodos prolongados y frecuentes por el día o la noche.

Este tipo de caries trae consecuencias graves que pueden ser: mal oclusión, pérdida de espacio para la erupción de los dientes permanentes y otros hábitos, que pueden ser causas de romper la integridad estructural, funcional y estética del diente.

Se ha demostrado a través de estudios que este tipo de caries ataca una gran cantidad de niños en edad infantil en nuestro país, razón por la cual es necesario conocer la prevalencia de Caries de Biberón en las en niños de 3 a 5 años de CDI y Pre-escolar de la ciudad de León.2000 y de esta manera tener una visión más amplia del estado en que se encuentran estas piezas dentarias catalogadas como “Llaves de la oclusión”.

La caries de biberón ha sido objeto de numerosos estudios para determinar su prevalencia.

En 1989 en Guatemala en la Universidad Marroquín estudios realizados en el cual el investigador tomó una muestra de 400 niños en un centro de servicio social y obtuvo una prevalencia de caries de biberón de 20.66%.

A nivel Nacional, estudios realizados en años anteriores en diferentes regiones del país se encontraron los siguientes resultados.

Estudios realizados en Chinandega en 1994 se reclinó un examen clínico a 629 niños donde se obtuvo una prevalencia del 19.55% de caries de biberón. En Escuelas Públicas la prevalencia encontrada fue de 24% y en Escuelas Privadas fue de 16.%, existiendo un promedio de 8 dientes afectados por niños.

Estudios realizados en León en 1994 tomando una muestra de 466 niños a través de examen clínico, se obtuvo una prevalencia de 11.37%, existiendo un promedio de 9.8 dientes afectados por niño, siendo los molares inferiores y los incisivos superiores los más frecuentes.

Con el presente estudio se pretende medir el comportamiento de la

caries de biberón en las piezas primarias de niños de 3 a 5 años de edad de CDI y Pre-escolares para tener conocimientos actuales sobre el estado en que se encuentran estas piezas, se pretende determinar la intensidad de la lesión cariosa para recomendar medidas que den respuestas a este problema y de esta manera despertar interés tanto en Odontólogos, padres de familia y sociedad en general a que tomen medidas que ayuden a la prevención de la caries de biberón.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de caries por biberón en niños pre-escolares y Centros de Desarrollo Infantil, Primer Semestre León 2000

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar la prevalencia de caries por biberón en niños de Pre-escolares públicos y Privados y Centro de desarrollo Infantil, según edad.
2. Identificar las piezas primarias más afectados con caries por biberón.
3. Identificar las superficies dentarias más afectadas con caries por biberón

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

La caries dental es un problema primordial en Odontología que debería recibir una atención importante en la práctica cotidiana no sólo desde el punto de vista restaurativo sino haciendo énfasis en los procedimientos preventivos.

La caries dental es una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de la sustancia orgánica del diente. (2)

ETIOLOGÍA

Existen varias teorías aceptables actualmente sobre la etiología de la caries dental, de las cuales dos han evolucionado a través de los años de investigación y observación: la teoría acidógena (teoría-químico-parasitaria de Miller) y la teoría proteolítica. (2)

La caries dental es una enfermedad que se caracteriza por una serie de reacciones químicas y microbiológicas que trae como resultado la destrucción final del diente. Esta es el resultado de ácidos producidos por bacterias en el medio ambiente inmediato del diente.

Clínicamente, la caries dental se caracteriza por cambio de color, pérdida de translucidez y descalcificación de los tejidos afectados (1).

El ácido que afecta a esta descalcificación primaria se deriva de la fermentación de los alimentos y de los azúcares que se almacenan en los centros retentivos de los dientes (2).

La caries dental se produce por la acción recíproca de cuatro factores:

1. Microorganismo patológico
2. Carbohidratos
3. Huésped susceptible
4. Tiempo de exposición

Microorganismo Patológico

Los principales formadores de ácidos son los Estreptococos, que son también los más numerosos habitantes de la placa bacteriana. Se sabe que otros tipos de bacterias, tales como lactobacilos, Enterococos, Levaduras, Estafilococos y Neisserias son acidógenas. Además de formar ácidos estas bacterias son capaces de crecer y reproducirse en medios ácidos, es decir también son acidúricas.

Los principales agentes de la producción de caries son los Estreptococos, tales como el S. Mutans, S. Sanguis y S. Salivaris.

Las superficies radiculares, en virtud de estar cubiertas por cemento, que es menos resistente a la disolución ácida que el esmalte, pueden ser atacadas por formadores de ácido débil, como los Difteroides (Actinomyces). Para esto tiene que ser también capaz de colonizar sobre la superficie dentaria (1).

Carbohidratos:

El factor ambiental más importante de la caries dental es la presencia de hidratos de carbonos fermentables en la dieta. Estos pueden resumirse de la siguiente manera:

1. Los hidratos de carbonos ingeridos son convertidos por las bacterias a polisacáridos extracelulares adhesivos; que llevan a la adhesión de colonias bacterianas entre si y a la superficie dentaria (formación de placa).
2. Las bacterias de la placa usan los hidratos de carbono de la dieta como fuente de energía. El resultado de ácidos orgánicos, que disuelven a los minerales del diente.
3. Los hidratos de carbono de la dieta pueden también ser convertidos a



polisacáridos de almacenamiento extracelular los cuales pueden ser usados como fuente de energía dando como resultado de este almacenamiento, se incrementa el período durante el cual los ácidos son producidos por los microorganismos.

4. El hidrato de carbono de la dieta puede ser también metabolizado en polisacáridos de almacenamiento extracelular (dextranos, levano, etc., de bajo peso molecular). Estos polisacáridos pueden ser utilizados por los microorganismos durante los períodos de ayuno y aumentar el tiempo durante el cual se forman ácidos en la placa. (1)

Huésped Susceptible

Una vez que se han formado ácidos dentro de la placa dental, o más precisamente, una vez que existen ácidos en la interfase placa-esmalte, estos desmineralizarán a los dientes susceptibles.

Esto se relaciona más con la capacidad de la placa para acumularse sobre ese diente o sobre esa cara que con cualquier factor inherente al diente o la superficie dentaria. A su vez, la posibilidad de la acumulación de placa está relacionada con factores tales como la alineación de los dientes en el arco, proximidad a los conductos salivales, textura superficial, anatomía de la superficie. (1)

Tiempo

Constituye un factor en el desarrollo de la caries lo que significa que para que se produzca una caries, los parámetros anteriores deben estar en funcionamiento al mismo tiempo. Así, los microorganismos cariogénicos deben actuar sobre un sustrato cariogénico para crear un ambiente que llegue a la caries, que se extienda durante un período en el que el diente susceptible será atacado. (1)

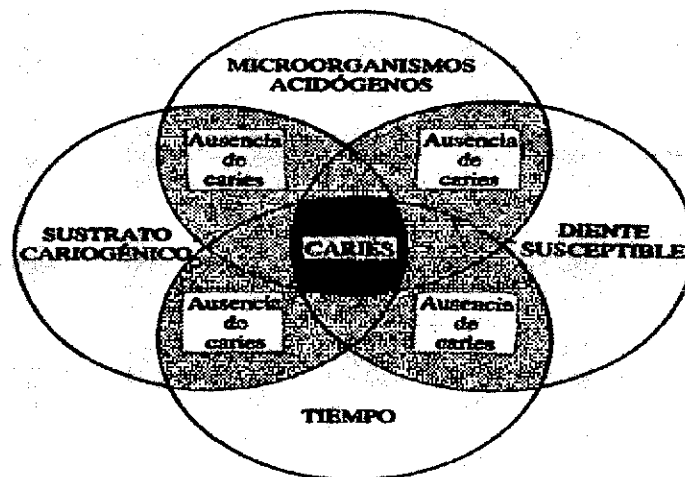


Fig. 7-2. Los cuatro círculos representan en forma esquemática los parámetros involucrados en el proceso cariioso. Todos deben actuar en forma concurrente (superposición de los círculos) para que se produzcan las caries.

ASPECTOS CLÍNICOS

Se ha clasificado a la caries dental en distintas formas, dependiendo de los aspectos clínicos que caracteriza a la lesión en particular.

Se puede clasificar de acuerdo: al lugar donde se encuentra en el diente individual.

Si la lesión es nueva y ataca a una superficie previamente intacta.

A la rapidez del proceso como: Caries dental crónica y caries dental aguda.

Dentro de la caries dental aguda existen casos especiales como son la caries rampante, la caries por radiación, la caries radicular y la caries por biberón (1). Todas estas formas de caries siguen un curso clínico rápido y queda como resultado participación pulpar temprana del proceso carioso (2).

La caries por biberón, también llamada caries de enfermería y síndrome del biberón, es una forma interesante y desafortunada de caries excesiva que afecta a la dentición decidua.

Se ha atribuido al uso prolongado de:

1. Biberón que contiene una forma láctea o leche, jugo de fruta o agua azucarada.
2. Lactancia
3. Pacificantes endulzados con azúcar o miel.

Casi siempre existe el antecedente de cualquiera de los datos señalados, después del año de edad, por lo regular como una ayuda para que el niño pueda dormir su siesta o durante toda la noche. (2)

El estado, que se asemeja a la caries rampante, ataca particularmente a los:

- a) Cuatro incisivos primarios superiores
- b) Los primeros molares primarios superiores e inferiores.
- c) Caninos primarios inferiores. (1)

Se ha hecho hincapié que es la ausencia de caries en los incisivos mandibulares lo que distingue a esta enfermedad de la caries ordinaria. El proceso carioso en los dientes afectados puede ser tan grave que sólo permanecen los muñones o las raíces. (2)

Estos dientes típicamente desarrollan lesiones que van entre graves en los dientes anterosuperiores a leves en los caninos inferiores. Contrariamente a lo que ocurre en los casos de caries rampante, los incisivos inferiores primarios pueden no estar afectados o tener sólo pequeñas caries.

Cuanto mayor es el niño, más grave parecen ser las lesiones (1).

Cuando la leche u otras formas de carbohidratos se limpian rápidamente de la boca no son altamente cariógenas. Sin embargo, si se guardan en la boca cuando el bebé duerme, el acto repetitivo pronto conduce a una caries intensa. Los incisivos mandibulares por lo regular escapan debido a que están cubiertos y protegidos por la lengua. Es esencial que se advierta a los padres de esta situación. (2)

Los incisivos superiores primarios son los dientes más extensamente comprometidos, evidenciándose las profundas lesiones cariosas en sus caras vestibular y palatina. Las caras mesial y distal pueden o no tener caries; cuando las presentan, el proceso de caries rodea toda la superficie del diente.

Si la capa externa del tejido cariado es removida con una cucharilla, se revela una estructura dentaria resblandecida, y generalmente es muy poco el remanente original y sin caries de la corona dentaria.

Los primeros molares primarios son los que siguen en cuanto a la gravedad del compromiso revelando caries oclusales profunda, un daño vestibular menos marcado y lesiones leves en la superficie de la cara lingual.

Los caninos primarios son los dientes menos afectados. Por lo general

tienen lesiones en las caras vestibular y lingual.

Los segundo molares primarios, si están presente por lo general no están afectados

Se han descripto casos, sin embargo, de segundo molares primarios con grave compromiso pulpar. (1)

PATRÓN MUSCULAR DE SUCCIÓN

Durante la succión la tetina se apoya contra el paladar, mientras que la lengua, en combinación con los carrillos, fuerza el contenido hacia la cavidad bucal.

Durante el curso de esta acción la lengua se extiende casi hasta salir de la boca, en contacto con los labios, al mismo tiempo que cubre los incisivos centrales y laterales inferiores primarios.

Al principio, la fuerza o la succión de la tetina es grande, aumenta la secreción y el flujo salival y se mantiene la deglución, pero a medida que el niño se adormece y finalmente se duerme la velocidad de la deglución disminuye, también lo hace la secreción y el flujo salival y la leche en la boca

forma una colección estancada que baña a los dientes, la lengua se mantiene en contacto con los labios extendida y cubriendo los dientes antero inferiores, impidiendo que la leche se acumule alrededor de ellos. Aunque la leche tiene un contenido relativamente bajo de hidratos de carbono, el ritmo de degluciones notablemente disminuye durante el sueño, más el reducido flujo salival, permite que los hidratos de carbono se mantengan en contacto con los dientes en presencia de micro-organismos acidógenos durante periodos de tiempo notablemente aumentados (estancamiento).

Hay una dilución disminuida y un menor efecto buffer de la saliva, y no se elimina prácticamente el líquido de la cavidad bucal. En muchos casos, la mamadera permanece en la boca del niño durante la mayor parte del tiempo que se duerme, y la leche sigue pasando a su boca. Durante este período aparentemente se forman ácidos continuamente, con la consiguiente formación de lesiones cariosas cuando el procedimiento se repite frecuentemente durante cierto tiempo.

Así, la causa principal de este tipo de lesión es la presencia en la boca, durante periodos de tiempo prolongados, de un biberón que contiene leche, u otro líquido con hidratos de carbono. El factor más importante a considerar es el estancamiento en condiciones de fisiología bucal muy disminuida. En estas circunstancias, la leche en sí parece ser capaz de producir la llamada caries por biberón; sin embargo, el agregado de miel y otros hidratos de

carbohidratos fermentables a la leche con el objeto de promover su aceptación por parte del niño aumenta notablemente su potencial cariogénico.

La caries por biberón trae consecuencias severas que pueden ser: Mala oclusión, pérdida del espacio para el principio de los dientes permanentes, etc.(1)

DISEÑO DE LA
INVESTIGACIÓN

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

Área de Estudio: Pre-escolar públicos y privados, CDI; situados en el área urbana de la ciudad de León ubicada geográficamente al Occidente del país a 90 Kms. de la ciudad capital. En estos centros se realizan actividades de intercambios educativos y recreativos. Normalmente en los pre-escolares públicos no se cobra arancel, en algunos casos se ha establecido una ayuda económica para mejorar las condiciones del centro.

Universo de Estudio: Estuvo constituido por niños(as) entre 3 a 5 años de edad matriculados en el año académico 2000 que corresponden a 2722 estudiantes.

Muestra: Fue obtenida usando una fórmula estadística que es válida para estimar proporciones la cual es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 P q}{d^2}$$

Donde:

$$Z = 1.96$$

$$p = 0.05$$

$$q = 0.95$$

$$d = 0.02$$

De la cual se extrajo una muestra de 456, pero como observamos que era pequeña entonces la ampliamos a 753 viendo que existía tal posibilidad de ampliación esta es equivalente a un 27.5% del universo de estudiantes los cuales fueron escogidos al azar, teniendo su margen de confiabilidad de un 95%.

Previo al levantamiento de los datos se realizó entre los investigadores una unificación de criterios para evitar sesgos.

Con una carta del tutor acudimos a cada pre-escolar y CDI para explicarles a los directores los objetivos del estudio y así obtener el permiso correspondiente.

Concedido el permiso nos presentamos a cada aulas de clase donde les explicamos a profesores(as) y niños(as) lo que se les realizaría.

Tomando como matriz el listado oficial de cada Pre-escolar y CDI, se

les asignó un número a cada niño(a) y posteriormente en una cajita se introdujo igual cantidad realizándose el sorteo luego se llamó a uno por uno, hasta completar la cantidad correspondiente a cada aula de clase.

A cada niño(a) se le realizó un examen clínico bucal a la luz natural sentados en un pupitre, dicho examen se hizo de la siguiente manera; por Arcadas: Arcada Superior y Arcada Inferior.-

La secuencia fue:

- a) Incisivos y caninos superiores
- b) Primeras y segundas molares superiores
- c) Caninos Inferiores
- d) Primeras y Segundas molares inferiores

Anotando los datos obtenidos en las fichas elaboradas para tal fin las que se observan en los anexos.

El examen de cada pieza se hizo con el explorador aplicando una presión similar a la que se hace la escribir, revisando todas las superficies completamente para así no confiar solamente en el examen visual.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Los criterios para diagnosticar que un niño(a) está afectado(a) por caries por biberón son:

1. Que estén afectados más de 2 incisivos primarios superiores y primeras molares primarias superiores.
2. Que no estén afectados los incisivos primarios inferiores.

PREVALENCIA DE CARIES POR BIBERÓN

Esta se obtuvo de la siguiente manera:

Prevalencia de niños con caries por biberón	$\frac{\text{Total de niños afectados}}{\text{Total de niños examinados}} \times 100$
---	---

OPERACIÓN DE VARIABLES

<u>VARIABLES</u>	<u>CONCEPTO</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>VALOR</u>
Prevalencia de caries por Biberón	Tasa que muestra el número de casos registrados de la enfermedad en un período de tiempo determinado y en un grupo específico de la población.	Através del examen clínico y expresado en tasa de prevalencia	Baja < 5% Alta > 5%
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha examen clínico	Através del expediente escolar y expresado en porcentaje.	- % 3 años % 4 años % 5 años
Tipo de Pre-escolar	Estatus establecido a centros públicos y privados.	- A través del expediente escolar	- % Públicos % Privados
Tipo de Diente afectado	Es la nomenclatura que en Anatomía Dental se le da a cada una de las piezas dentales primarias.	- A través del examen clínico y expresado en porcentaje	- % ICS - % ILS - % CS - % IMS - % CI - % I M I
Tipo de Superficie afectada	Es la Nomenclatura que en Anatomía Dental se le da a cada una de las superficies dentarias	- A través del examen Clínico	- % CM - % CD - % CO - % CV - % SP/L

MATERIALES UTILIZADOS

1. Espejo Bucal
2. Explorador
3. Guantes
4. Nasobuco
5. Cazo
6. Solución de Benzal
7. Ficha
8. Lápiz Bicolor

VALORACIÓN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez obtenidos los datos se procedió al cruce de variables; según los objetivos planteados que se reflejan en los cuadros estadísticos, con su posterior análisis y discusión de resultados.

TABLA NO. 1

PREVALENCIA DE NIÑOS(A)S CON "CARIES POR BIBERÓN" EN
PRE-ESCOLARES Y CDI, PRIMER SEMESTRE DE LA CIUDAD
DE LEÓN, 2000

Prevalencia por caries por biberón	Total de Niños(as) Examinados(a)	Total de niños(as) afectados(as) con caries por Biberón	Prevalencia
TOTAL	753	139	18.45

Fuente Primaria.

TABLA NO.2
 PREVALENCIA EN NIÑOS(AS) DE "CARIES POR
 BIBERÓN" EN PREESCOLARES Y CDI
 PRIMER SEMESTRE SEGÚN EDAD

Caries por Biberón	Total de Niños(as) Examinados(as)	Total de Niños(as) afectados(as) con caries de Biberón	Prevalencia
Edad			
3 años	184	29	15.76
4 años	237	40	16.87
5 años	332	70	21.08

Fuente: Primaria

TABLA NO. 3

PREVALENCIA EN NIÑOS(A)S CON "CARIES POR BIBERÓN
EN PRE-ESCOLAR Y CDI, PRIMER SEMESTRE
SEGÚN TIPO DE PRE-ESCOLAR

Caries por Biberón Tipo de Pre-escolar	Total de Niños(as) Examinados(as)	Total de Niños(as) Afectados(as) con caries por Biberón	PREVALENCIA
Estatad	440	102	23. 18
Privado	313	37	11. 82

Fuente: Primaria.



TABLA NO. 4
PREVALENCIA DE PIEZAS PRIMARIAS AFECTADAS CON
"CARIES POR BIBERÓN" EN NIÑOS(AS) DE PRE-ESCOLAR
Y CDI PRIMER SEMESTRE 2000

Piezas Primarias	Caries por Biberón	Total de piezas primarias examinadas	Total de piezas Afectadas con caries por Biberón	Prevalencia
	51	735	136	18.50
	52	747	122	16.33
	53	752	23	3.05
	54	750	73	9.73
	55	750	74	9.86
	61	736	134	18.20
	62	748	124	16.57
	63	752	32	4.25
	64	748	70	9.35
	65	748	75	10.02
	73	752	6	0.79
	74	750	103	13.73
	75	749	94	12.55
	83	753	7	0.92
	84	750	105	14.0
	85	748	100	13.36

Fuente: Primaria.

TABLA NO.5

SUPERFICIES DENTARIOS PRIMARIOS AFECTADAS CON CARIES
 POR BIBERÓN EN NIÑOS(A)S PRE-ESCOLARES Y CDI
 PRIMER SEMESTRE 2000

Superficie dentaria	Caries por Biberón	Total de Superficies Examinadas	Total de Superficies dentarias afectadas con caries por Biberón	PORCENTAJE
OCLUSAL		5. 993	528	8, 81 %
MESIAL		11. 968	469	3. 91 %
DISTAL		11. 968	405	3. 38 %
PALATINA/ LINGUAL		11. 968	345	2. 88 %
VESTIBULAR		11. 968	250	2. 08 %

Fuente: Primaria

DISCUSIÓN DE
RESULTADOS

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio se encontró que la prevalencia de caries por Biberón fue del 18.45% de cada cien niños(as), por tanto puede considerarse alta, ya que en términos generales según Sidney Finn, este tipo de prevalencia oscila entre el 2% y el 5% coincidente con otros estudios, en nuestro medio los estudios revelaron un 11.35% y un 18.3% de prevalencia. Este alto porcentaje se debe hasta el momento a frecuentes exposiciones así como tiempos prolongados con el biberón conteniendo jugos, líquidos azucarados, leches y mucha ingesta de carbohidratos quedando impunemente expuesta la dentición temporal desde muy temprana edad.

También encontramos que la prevalencia de caries por biberón aumenta rápidamente con la edad revelando que en niños(as) de 3 años tiene un valor del 15.76% el cual va aumentando gradualmente a 16.87% a los 4 años y ya a los 5 años presenta un valor de 21.08% lo que demuestra que la caries es

altamente destructiva.

Comparativamente se encontró bastante diferencia en cuanto a pre-escolares públicos y privados mostrando que la prevalencia de caries por biberón en pre-escolares públicos fue del 23.18% y en pre-escolares privados fue del 11.82% similar a otros estudios locales en relación a esta condición.

Encontramos que el grupo dentario más afectado con “ caries por biberón” fueron los incisivos centrales superiores con un 18.35%, seguido de los incisivos laterales superiores con un valor de 16.45% y las primeras molares inferiores con un 13.86%, esto es teóricamente relacionado a la protección a que son expuestos los incisivos mandibulares al momento de succión de la lengua, por tanto quedando expuestos a la acción cariogénica de los ácidos los molares inferiores e incisivos superiores.

El promedio de superficies dentarias afectadas con “caries por Biberón” es alto, siendo la más afectada la cara oclusal, seguido de las caras interproximales, lo que demuestra una vez más que este tipo de lesión es de

carácter muy destructivo, ya que en muchos casos se observó que todas las superficies dentarias estaban destruidas totalmente.

Estos datos son un indicativo, del poco conocimiento que los padres y madres de familia tienen sobre el daño que causan a los dientes de sus hijos al dejarlos dormir con una pacha llena de sustancias azucaradas en su boca, ya que el grosor del esmalte de la dentición temporal es menor que el de la dentición permanente, además de ser un esmalte joven, razón por la cual son más susceptible al ataque de los ácidos, producto del metabolismo de los azúcares por parte de los microorganismos de la placa bacteriana.

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de niños(as) afectados con “caries por Biberón” en pre-escolares y CDI de la ciudad de León, es alta.
2. La prevalencia de niños(as) afectados con “caries por Biberón” aumenta rápidamente a medida que se incrementa la edad del pre-escolar.
3. La prevalencia de niños(as) afectados con “caries por Biberón” fue mayor en pre-escolares públicos que en pre-escolares privados.
4. Las piezas dentales primarias más afectadas con “caries por Biberón” son los incisivos centrales y laterales primarios superiores y primeras molares inferiores.
5. Las superficies dentarias más afectadas con “caries por Biberón” son” Oclusal, Mesial y Distal.

RECOMENDACIONES

1. Incentivar a Odontólogos a que tomen con mucha importancia la prevención de esta lesión, a través de métodos que den a entender a todos los padres de familia que la salud de los dientes primarios en los niños es primero.
2. Implementar actividades en colegios, CDI y demás instituciones ligadas a la niñez en cuanto al cuidado de su dentición y la importancia de esta en el futuro.
3. Que el MECD en coordinación con el MINSA, desarrollen programas de educación en salud bucal con los padres y madres de familia, enfocados en la prevención y tratamiento de la caries por biberón.

BIBLIOGRAFIA

1. Katz/Mc. Donald/Stookey
Odontología Preventiva en Acción 3ra. Ed. Edición Revolucionaria 1982 . Pág.
103-105
2. W.G. Shafer, B. M. Levy
Tratado de Patología Bucal. 4ta. Ed. Ilustrada Nueva Editorial Interamericana.
Pág. 415, 419, 445.
3. Wayne W. Daniel
Bioestadística, Bases para el análisis de las Ciencias de la Salud. 3ra. Ed.
Editorial Interamericana 1988. Pág. 432.
4. Sidney B. Finn
Odontología Pediátrica. 4ta. Ed. Pág. 398-399.

Otras literaturas consultadas:
5. Cisneros, Guevara, Lovo
Prevalencia de Caries de Biberón en niños pre-escolares de León, Tesis 1944.
6. Romano, Torrez, Velázquez
Prevalencia de Caries de Biberón en niños Pre-escolares de Chinandega. Tesis
1994.

FICHA No. _____

NOMBRES Y APELLIDOS _____

EDAD: _____

SEXO: M ___ F ___ PREESCOLAR: _____

E ___ P ___

EXAMINADOR[A] _____ FECHA _____

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Clave: Caries por Biberón: Rojo

Dientes Ausentes: Azul

PRE-ESCOLARES Y CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

VISITADOS

PRE-ESCOLARES PUBLICOS:

1. Tránsito Berrios
2. Hnos. Salzburgo
3. Nuestra Señora de Dolores
4. Modesto Armijo
5. Mariano Dubón
6. C.D.I. La Sonrisa
7. C.D.I. Sutiava



PRE-ESCOLARES PRIVADOS:

1. Mi Mundo
2. Divino Niño
3. Blanca Nieves
4. El Bambino
5. Rubén Darío
6. La Recolección
7. La Asunción
8. Inmaculada Concepción

