



© 2001, DERECHOS RESERVADOS

Prohibida la reproducción total o parcial de este documento,  
sin la autorización escrita de la Universidad de El Salvador

SISTEMA BIBLIOTECARIO, UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

00-44750

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE ODONTOLÓGIA**  
**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA**  
**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**



**“FACTORES QUE INCIDEN EN EL APARECIMIENTO DEL SÍNDROME  
DEL BIBERÓN Y LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA QUE RECIBEN  
LOS NIÑOS DE 1 A 6 AÑOS, EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS  
BENJAMÍN BLOOM, DURANTE EL PERÍODO DEL 1 AL 30 DE  
OCTUBRE DE 1998”**

**TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORADO EN  
CIRUGÍA DENTAL**

**POR:**

**ERIKA MARGARITA AVELAR AGUILAR**  
**SORAYA IVANIA CORNEJO**  
**HILDA NOEMÍ PINTIN GONZALEZ**  
**CARMEN ELENA RECINOS**  
**SANDRA MARGARITA CERÓN RAUDA**



**CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR, DICIEMBRE DE 1999.**

## **AUTORIDADES VIGENTES**

**RECTORA**

**DR. MARÍA ISABEL RODRIGUEZ**

**DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**DRA. CARMEN ELIZABETH RODRIGUEZ DE RIVAS**

**DIRECTOR DE EDUCACION ODONTOLOGICA**

**DR. JOSE BENJAMÍN LÓPEZ GUILLÉN**

**COORDINACION DE INVESTIGACION**

**ESTOMATOLOGICA**

**LIC. JOSE ISRAEL VENTURA**

**TESIS APROBADA POR**

**ASESORES:**

**DRA ANA OTILIA MARROQUIN DE TRIGUEROS**

**LIC RENE CHACON**

**JURADO:**

**LIC HILDA ELIZABETH MIRANDA LUNA**

**DRA ANA MIRIAN RAMIREZ PAREDES**

**DRA DORA ELENA DE JOYA**

## **DEDICATORIA.**

EN PRIMER LUGAR A NUESTRO PADRE CELESTIAL POR ACOMPAÑARNOS E ILUMINARNOS DURANTE NUESTRA CARRERA PROFESIONAL Y HABERNOS PERMITIDO CULMINAR CON ÉXITO ESTA META.

A NUESTROS PADRES Y HERMANOS POR SU APOYO MORAL, ESPIRITUAL Y ECONÓMICO; POR SU COMPRENSIÓN DURANTE NUESTRA FORMACION PROFESIONAL.

A NUESTRAS COMPAÑERAS DE TESIS: POR PONER TODO SU ESMERO DEDICACIÓN Y SACRIFICIO EN LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO Y POR QUE DURANTE TODA LA CARRERA PROFESIONAL BRINDARON LAZOS ESTRECHOS DE AMISTAD.

Y A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE NOS BRINDARON AYUDA Y COLABORACION PARA LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

## AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos a **DIOS TODOPODEROSO** por habernos guiado durante nuestra vida y en el transcurso de nuestra carrera profesional.

A **NUESTROS PADRES** por brindarnos su amor; apoyo comprensión y motivación.

Especial agradecimiento al **DR. ARMANDO RAFAEL MARTINEZ** por su orientación profesional y humana en la realización de este trabajo.

A la **DRA. SONIA DE CASTRO** quien con su incondicional apoyo e instrucción. Contribuyo a concluir con éxito este trabajo.

A todas aquellas personas que nos brindaron su ayuda incondicional y colaboración para llevar este trabajo a feliz término.

**LAS AUTORAS.**

## INDICE

	PAGINA
- INTRODUCCION .....	viii
<b>CAPITULO I</b>	
<b>I DETERMINACIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL DIAGNOSTICO. ....</b>	<b>1</b>
1.1 Justificación. ....	1
1.2 Objetivo general. ....	3
1.3 Objetivos específicos. ....	3
1.4 Alcances y limitaciones. ....	5
1.4.1 Alcances. ....	5
1.4.2 Limitaciones. ....	6
1.5 Variables e indicadores. ....	7
1.6 Unidades de análisis del estudio. ....	9
1.7 Objeto de transformación. ....	10
1.8 Definición real de términos básicos. ....	10
<b>CAPITULO II</b>	
<b>2 MARCO DE REFERENCIA. ....</b>	<b>18</b>
2.1 Antecedentes del problema. ....	18
2.2 Discusión bibliográfica. ....	24
<b>CAPITULO III</b>	
<b>3 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN. ....</b>	<b>48</b>
3.1 Tipo de investigación. ....	48
3.2 Población. ....	48
3.3 Selección de los sujetos a quienes se les aplicaron los instrumentos	51
3.4 Técnicas e instrumentos. ....	52
3.4.1 Técnicas. ....	52
3.4.2 Instrumentos. ....	54
3.5 Descripción de los instrumentos. ....	55
3.6 Procedimiento de recolección de datos. ....	60
3.7 Problemas encontrados en la aplicación de los instrumentos. ....	63
3.8 Proceso de tabulación de datos.....	64
3.8.1 Revisión y preparación de los instrumentos. ....	64
3.8.2 Descripción de las hojas tabulares. ....	65
3.8.3 Proceso de vaciado de los datos: ....	65
3.7 Método de análisis de los datos. ....	66

## **CAPITULO IV**

<b>4</b>	<b>Resultados de la interpretación de los datos. ....</b>	<b>67</b>
<b>4.1</b>	<b>Cuadros estadísticos y descripción de los datos. ....</b>	<b>67</b>
4.1.1	Cuadros estadísticos de la cédula de entrevista N° 2 Aplicada a las madres o encargados de los niños con Síndrome del biberón. ....	67
4.1.2	Cuadros estadísticos de la lista de cotejo aplicada a Los infantes con síndrome del biberón y a odontólogos del Servicio del área odontológica del HNNBB. ....	99
4.1.3	Cuadros estadísticos de la cédula de entrevista N° 1 Aplicada a los odontólogos en servicio del área de odontología del HNNBB. ....	121
<b>4.2</b>	<b>Análisis general de la problemática estudiada en base a los resul- tados del diagnóstico . ....</b>	<b>128</b>
4.2.1	Análisis de los factores que inciden en el aparecimiento del Síndrome del biberón. ....	128
4.2.2	Análisis de la atención odontológica que se brinda y que se Realiza en el HNNBB. A los niños que padecen síndrome Del biberón. ....	139
<b>4.3</b>	<b>Conclusiones. ....</b>	<b>144</b>
4.3.1	Conclusiones específicas. ....	144
4.3.2	Conclusiones generales. ....	150
<b>4.4</b>	<b>Recomendaciones. ....</b>	<b>153</b>
a)	A los odontólogos del área de estomatología del HNNBB. ....	153
b)	A las instancias superiores del HNNBB.. ....	154
<b>4.5</b>	<b>Problemas encontrados en la aplicación de los instrumentos. ....</b>	<b>156</b>

## **BIBLIOGRAFIA.**

## **ANEXOS.**

## INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación es de tipo diagnóstica descriptiva realizada dentro del hospital nacional de niños Benjamin Bloom durante el período de octubre de 1998, el cual se basa en la necesidad que existe de conocer todos aquellos factores que conllevan a la población infantil de nuestro país a presentar un tipo de enfermedad dental tan destructiva como es el síndrome del biberón el cual tiene un alto índice de presencia en la consulta odontológica diaria del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, en donde asisten pacientes niños con este tipo de afección, todos ellos provenientes de diferentes lugares de la población salvadoreña.

Este trabajo plasma las diferentes causas que influyen en el apareamiento del síndrome del biberón en el país. Se vio la necesidad de desarrollar un tema como este debido a la poca información acerca de este síndrome ya que esto afecta directamente la dentición primaria de los infantes a una edad temprana, por el inadecuado uso de la pacha así como también por un amamantamiento prolongado

Además se menciona las diferentes características clínicas que en cada etapa de la enfermedad se manifiestan, así como el alto grado de destrucción dental que pueden llegar a presentar estos niños, llegando a causar daños en la



salud integral del niño como en su estado anímico pudiendo provocar un precario desarrollo en el niño

En este trabajo se incluyen las diferentes alternativas para poder resolver esta afección en sus diferentes etapas de desarrollo en el paciente niño así como también se agregan todas aquellas medidas preventivas y educativas para evitar el apareamiento de dicha enfermedad.

Con esta información sobre afección bucal, se pretende que el estudiante de odontología y el profesional odontólogo disponga cierta recopilación bibliográfica que ayude al adecuado manejo de este tipo de paciente y la resolución más eficaz y acertada en cuanto al tratamiento que deba elegir en las necesidades de cada paciente que padece el síndrome del biberón devolviéndole así las funciones en su aparato estomatognático necesarias para su buen desarrollo

# **CAPITULO I**

## **I. DETERMINACION DE LOS ELEMENTOS DEL DIAGNOSTICO**

### **1.1 JUSTIFICACION.**

La realidad de la problemática socioeconómica que actualmente atraviesa el país permite que la satisfacción de las necesidades básicas de vida del individuo constituyan la prioridad principal de las mayorías poblacionales de la sociedad salvadoreña por lo que la salud ha sido uno de los aspectos más descuidados socialmente, y especialmente los aspectos relacionados con salud bucal. Esta misma crisis genera desinterés por aquellas enfermedades como lo es el caso del "Síndrome del Biberón"

El síndrome del biberón es una caries dental que desafortunadamente se manifiesta en niños muy pequeños que han desarrollado el hábito de requerir una pacha con leche o líquidos azucarados cuando se acuestan a dormir. Esta enfermedad clínicamente puede llegar a presentar una destrucción extensa en los dientes primarios del infante.

Dentro del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom al igual que en diferentes centros de salud del país se ha observado una afluencia notable de niños que presentan el síndrome del biberón por lo que se considera necesario determinar cuales son las causas que están generando la aparición de esta enfermedad con tanta incidencia en el país, y no mantener el desinterés que hoy en día se observa de pasar inadvertidos todos aquellos factores que ayudan a que en el niño se desarrolle esta patología.

Con esta investigación se pretende determinar cuales son los factores o causas que tienen una influencia en el apareamiento del "Síndrome del Biberón" en los niños que asisten al hospital nacional de niños Benjamin Bloom. A la vez tener un conocimiento de los tratamientos odontológicos que el hospital nacional de niños brinda y poder determinar aquellos tratamientos que realmente se efectúan en esta institución hospitalaria en los niños que presentan el síndrome del biberón.

Con los resultados de esta investigación se espera que las autoridades o instituciones encargadas de velar por la salud bucal, puedan implementar programas encaminados a desaparecer o disminuir las causas que contribuyen al apareamiento del síndrome del biberón; como también se pretende dar a conocer tanto a odontólogos, pediatras y a estudiantes de

odontología una percepción real de cuales son los factores que contribuyen al desarrollo del síndrome del biberón en la población infantil salvadoreña

## **1.2 OBJETIVO GENERAL**

Conocer los factores que inciden en el apareamiento del síndrome del biberón y el tipo de tratamiento odontológico que reciben los infantes en el hospital nacional de niños "Benjamin Bloom" (H.N N.B.B.)

## **1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Establecer los conocimientos de la madre o encargado del niño sobre el síndrome del biberón, antes y durante el período de lactancia.
2. Determinar si la madre, inducía a dormir al infante, a través del uso de la pacha, la frecuencia con la que lo realizaba y las razones del porque lo hacía.
- 3 Indagar si la madre tuvo conocimientos, sobre técnicas de higiene oral, para su infante, durante la lactancia

4. Determinar si la madre ponía en práctica los conocimientos sobre técnicas de higiene oral en su hijo durante su alimentación
5. Establecer los diferentes líquidos que fueron suministrados en los biberones de los niños que presentan síndrome del biberón
6. Describir las características clínicas bucales que presentan los niños afectados por el síndrome del biberón.
7. Verificar cuales son los tratamientos odontológicos que brinda el hospital nacional de niños Benjamín Bloom a los infantes que presentan síndrome del biberón.
8. Verificar cuales son los tratamientos odontológicos que realiza el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom a los infantes que presentan síndrome del Biberón.
9. Verificar que tipo de tratamientos odontológicos preventivos, se brindan en dicho centro hospitalario.
10. Verificar que tipo de tratamientos odontológicos preventivos se realizan en el hospital nacional Benjamín Bloom.

## 1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES.

### 1.4.1 ALCANCES.

La presente investigación se realizó en el Hospital Nacional de Niños Benjamin Bloom, con la cual se pretende dar una cobertura a niños que padezcan síndrome del biberón de edades comprendidas entre los 1 a 6 años durante el período del 1° al 30 de octubre de 1998.

Con este estudio se estima llegar a conocer los factores que inciden en el apareamiento de esta enfermedad, las características clínicas que presentan los niños con este síndrome, así como también los diferentes tratamientos que dicha institución brinda para solucionar este problema y las limitantes o deficiencias que pueda presentar dicho centro hospitalario para brindar una adecuada atención en salud bucal a estos niños.

El presente estudio es de tipo descriptivo ya que en él se mencionan de una forma detallada las causas que generan esta problemática en los niños que visitan el hospital nacional de niños Benjamin Bloom y que pertenecen al sector de escasos recursos económicos de la población salvadoreña. Los resultados de la investigación podrán extrapolarse a los niños que presenten los factores que llevan al desarrollo del síndrome del biberón.

#### **1.4.2 LIMITACIONES.**

Uno de los factores que pueden llegar a incidir en dicha investigación, es la poca afluencia de pacientes con el Síndrome del Biberón en dicho hospital debido a factores económicos que se viven en nuestro país.

La escasez del material bibliográfico disponible en cuanto a los antecedentes del tema en estudio

## 1.5 VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	INDICADORES
1 Conocimiento de la madre sobre el síndrome del biberón antes y durante la lactancia.	1.1 Conocimiento de los efectos que produce el dormir al niño con la pacha. (antes y durante la lactancia)
2 Inducción de dormir al infante a través del uso de la pacha o pecho, la frecuencia, las razones y el tiempo de permanencia de la pacha en la boca el niño.	2 1 Dar la pacha o pecho para dormir 2 2 Motivo por el cual la madre inducía a dormir al infante a través de la pacha o pecho. 2 3 Frecuencia del uso de la pacha y el pecho para dormir al niño. 2 4 Tiempo de permanencia de la pacha o el pecho en la boca del niño
3. Conocimiento que tuvo la madre sobre técnicas de higiene oral para su infante, durante el período de lactancia	3 1 Conocimiento de técnicas de cepillado para el niño. 3 3 Conocimiento de métodos alternativos de higiene bucal.
4 Prácticas de la madre sobre técnicas de higiene bucal durante la lactancia	4.1 Práctica de higiene bucal 4 2 Práctica de otras técnicas de higiene bucal
5 Diferentes líquidos suministrados	5 1 Líquidos que suministraba



- en los biberones del niño
- 5.2 Otras sustancias suministradas con los líquidos
6. Características clínicas bucales que presentan los niños con Síndrome del Biberón
- 6.1 Tejidos blandos bucales
- 6.2 Tejidos duros bucales (dientes)
- 6.3 Piezas dentarias afectadas
7. Tratamientos odontológicos que brinda el hospital de niños Benjamín Bloom a pacientes con síndrome del biberón.
- 7.1 Tratamientos restaurativos que se brinda
- 7.2 Tratamientos endodónticos que se brinda
- 7.3 Tratamientos de cirugía que se brinda
- 7.4 Tratamientos de ortodoncia que se brinda
8. Tratamientos odontológicos que realiza el hospital de niños a los infantes con síndrome del biberón.
- 8.1 Tratamientos restaurativos que se realizan.
- 8.2 Tratamientos endodónticos que se realizan
- 8.3 Tratamientos de cirugía que se realizan
- 8.4 Tratamientos de ortodoncia que se realizan
9. Tratamiento odontológico
- 9.1 Aspectos de promoción de la salud

preventivo que brinda el hospital de niños a los infantes con síndrome del biberón	bucal que se brinda	9 2 Aspectos de protección específica bucal que se brinda.
10 Tratamientos odontológicos Preventivos que se realizan dentro del hospital a niños que presentan el síndrome del biberón	10 1 Aspectos de promoción de la salud bucal que se realizan	10 2 Aspectos de protección específica bucal que se realizan

#### **1.6. UNIDADES DE ANALISIS DEL ESTUDIO.**

Niños de 1 a 6 años que padecen el Síndrome del Biberón pacientes activos de consulta diaria de la zona anexa y torre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Madres de familia o encargados de pacientes con dicho síndrome

Odontólogos del servicio

## 1.7. OBJETO DE TRANSFORMACIÓN.

Factores que inciden en el apareamiento del síndrome del biberón y los diferentes tratamientos que brinda el Hospital Nacional de Niños Benjamin Bloom como alternativa para solucionar la problemática

## 1 8. DEFINICION REAL DE TERMINOS BASICOS

### - *Síndrome del biberón*

Caries excesiva que afecta la dentición decidua. Se ha atribuido al uso prolongado de un biberón como una ayuda para que el niño pueda dormir su siesta o durante la noche; conteniendo dentro de la pacha algún tipo de líquido carbohidrato que al fermentarse en la boca produce caries que puede llegar a alcanzar una destrucción extensa, siendo en algunas ocasiones tan grave que sólo permanezcan los muñones o raíces de las piezas dentarias

### - *Conocimiento que tuvo la madre sobre síndrome del biberón antes y durante la lactancia.*

Se refiere a sí la madre del niño que presenta el síndrome del biberón, tenía idea o entendía lo que es este síndrome, desde antes o en el período en el que

ella proporcionaba la pacha al niño, ya sea con leche u otro líquido con alto contenido de carbohidratos

- *Inducción de dormir al infante a través del uso de la pacha, la frecuencia y las razones:*

Se refiere a estimular a dormir al niño por medio de la succión del biberón de la pacha, así como también las veces que repetía esta forma de usar la pacha, y las razones del porque lo hacía.

- *Dar pacha para dormir.*

Se refiere a proporcionar al niño una pacha ya sea con leche u otro líquido que contenga algún tipo de carbohidratos, para que al succionar el biberón pueda producir cierta quietud en el niño, de manera que lo lleve a un estado de reposo.

- *Frecuencia del uso de la pacha:*

Es la repetición con la que se le proporciona una pacha al niño, conteniendo ésta leche o líquidos ricos en carbohidratos

- *Motivo por el cual la madre inducía a dormir al infante:*

Causa o razón que movió a la madre a estimular en su hijo el mantenerse en un estado de quietud o reposo.

- *Conocimiento de los efectos que produce el dormir al niño con la pacha antes y durante la lactancia*

Se refiere a la idea que tenía la madre (antes o durante el período en el que le proporcionó la pacha al infante) de lo que puede llegar a producir el dejar reposando al niño con una pacha dentro de la boca, ya sea con leche u otro líquido que contenga algún tipo de carbohidratos.

- *Conocimiento que tuvo la madre sobre diferentes métodos alternativos de higiene oral para su infante durante el período de lactancia:*

Se refiere a si la madre del infante (que padece el síndrome del biberón) tuvo conocimientos de los diferentes métodos con los que podía limpiar los dientes a su hijo, ya sea por medio del cepillado dental, o de otros métodos alternativos cuando todavía no se puede hacer uso del cepillado en el niño; por ejemplo usar una gasa, tira de tela o algodón mojado con agua para limpiar los dientes del niño después de haberle proporcionado la pacha.

- *Prácticas de la madre sobre técnicas de higiene oral para su hijo.*

Se refiere a si la madre realizó alguna práctica encaminada a mejorar la limpieza oral del niño, con ayuda de cualquier implemento durante la etapa de lactancia

- *Práctica de cepillado dental*

Se refiere a si la madre ha realizado la limpieza dental a su niño utilizando cepillo y pasta dental

- *Práctica de otros métodos de higiene oral.*

Se refiere a si la madre o encargado efectuó al infante cualquier tipo de método dirigido al aseo de la cavidad oral como por ejemplo limpieza con algodón o gasa y agua, enjuagatorio con agua o limpieza con algún aditamento para la higiene oral, etc

- *Diferentes líquidos suministrados en los biberones del niño.*

Es cualquier alimento en forma líquida y los componentes de este, cuando se le proporcionan al niño dentro de la pacha para su ingesta.

- *Líquidos suministrados.*

Se refiere a la diversidad de alimentos líquidos que las madres proporcionan al niño en la pacha.

-*Otras sustancias suministradas con los líquidos*

Se refiere si dentro de los líquidos que suministraba en la pacha a los niños incluía algún agregado de carbohidrato como es el azúcar

- *Características clínicas bucales que presentan los niños en estudio*

Son las diferentes manifestaciones clínicas bucales que presentan propiamente los pacientes con síndrome de la pacha y que asisten al área odontológica del HNNBB

- *Tejidos blandos bucales*

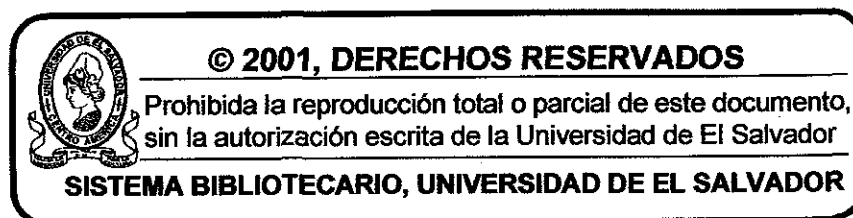
Se refiere a las diferentes características clínicas que presentan los tejidos blandos de la cavidad bucal

- *Tejidos duros bucales:*

Se refiere a las diferentes características clínicas que se presentan en los tejidos duros de la cavidad bucal específicamente en las piezas dentarias.

- *Piezas dentarias afectadas*

Son los dientes que presentan algún grado de lesión cariosa como característica del síndrome del biberón, los que presentan dichas lesiones comúnmente son los incisivos superiores, molares superiores e inferiores y caninos inferiores y superiores



- *Tratamientos odontológicos preventivos que brinda el Hospital Nacional de*

*Niños:*

Se refiere al manejo y cuidado que se brinda en el HNNBB al paciente para evitar la aparición o el desarrollo de la enfermedad en estudio (Síndrome del biberón)

- *Aspectos de promoción de la salud que se brindan*

Es un nivel de prevención primaria en salud, (el cual no está dirigido hacia la prevención de la enfermedad en estudio), que incluye todas las medidas que se brindan en el HNNBB que tienen por objeto mejorar la salud general del individuo Ej . charlas educativas sobre salud oral

- *Aspectos de protección específica bucal que se brinda*

Este nivel consta de todas aquellas medidas que se brindan en el área odontológica del HNNBB para prevenir la aparición o recurrencia del síndrome del biberón

- *Tratamientos odontológicos preventivos que realiza el HNNBB*

Se refiere al manejo y cuidado del paciente niño que se realiza en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, para evitar la aparición o el desarrollo de la enfermedad en estudio



- *Aspectos de Promoción de la salud que se realizan*

Es un nivel de prevención (el cual está dirigido hacia la prevención de la enfermedad en estudio) que incluye todas las medidas que se realizan en el HNNBB que tienen por objeto mejorar la salud general del paciente niño.

- *Aspectos de Protección específica bucal que se realiza*

Este nivel consta de todas aquellas medidas que se realizan en el área odontológica del HNNBB para prevenir la aparición o recurrencia del síndrome del biberón

- *Tratamientos odontológicos que realiza el HNNBB.*

Se define como asistencia y cuidado del paciente niño que presenta síndrome del biberón, los cuales son realizados por odontólogos del servicio del HNNBB, con la finalidad de combatir la enfermedad que se presentan a nivel de la cavidad oral, restableciendo así los tejidos defectuosos o faltantes, mediante métodos y técnicas terapéuticas, como por ejemplo obturaciones, coronas de acero cromado, pulpotomias, pulpectomias, mantenedores de espacio Etc

- *Tratamientos restaurativos*

Se refiere en este estudio a tratamientos restaurativos que se realizan a infantes en el área odontológica del HNNBB, que van desde obturaciones, hasta colocaciones de coronas de acero cromado, que conllevan a la

preservación y restauración de las funciones orales del paciente niño, eliminando las enfermedades y obteniendo resultados finales estéticos y funcionales

- *Tratamientos ortodónticos*

En el presente estudio los tratamientos ortodónticos en un paciente niño con síndrome del biberón, consisten en un mantenedor de espacio, el cual es un dispositivo usado en aquellos niños que han perdido 2 o más piezas dentarias, en los cuales falta mucho tiempo para la erupción de las piezas permanentes.

- *Tratamientos endodónticos*

En el proceso de estudio el tratamiento pulpar en el infante es pulpotomía y pulpectomía cuyo objetivo principal es conservar por más tiempo las piezas dentarias en la cavidad oral. En la cual se trata de eliminar por medios mecánicos y químicos restos de tejido pulpar infectado, es decir, de la estructura interna de los dientes del niño

- *Tratamientos de cirugía*

Se refiere al procedimiento quirúrgico que consiste en desalojar el diente de su alvéolo en piezas que no puedan ser restauradas endodónticamente.

## CAPITULO II.

### 2 MARCO TEORICO

#### 2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

El síndrome del biberón en la población infantil es un problema mundial. "Este síndrome fue observado por primera vez desde 1862, como el resultado de hábitos inapropiados de alimentación, incluyendo tanto el pecho materno como la pacha"<sup>1</sup>

En los últimos años se han realizado diferentes investigaciones relacionadas con el Síndrome del Biberón en varios países del mundo, entre los cuales se encuentran Estados Unidos, Africa y Francia. De acuerdo a las investigaciones en este último país, según Michelle Muller, los resultados de los estudios confirmaron que

Entre más bajo sea el nivel socioeconómico de la madre más larga y continua es la alimentación de pecho, siendo la pacha usada en el 92.09% de los casos. También los resultados no lograron establecer el tipo de líquido más cariogénico en las pachas debido a que las madres utilizaban para el niño más de dos diferentes líquidos incluyendo leche con edulcorantes como chocolate en polvo, jugos, agua azucarada, bebidas gaseosas, etc. Y además eran pecho amamantados. Se determinó que más de la mitad de los niños afectados nunca tuvieron limpieza de dientes o lo hicieron después del año de edad. Al igual que los suplementos fluorados, más de la mitad de la muestra nunca los tomó<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Michelle Muller "Nursing Bottle Syndrome Risk Factors" *Journal of Dentistry of Children*, vol 63 p 42

<sup>2</sup> Michelle Muller, *Op.cit* p 48

“En Norteamérica, existen datos que indican que un 15% aproximadamente de niños de zonas urbanas y rurales con mala asistencia médica y un 50% de algunos indígenas americanos padecen este síndrome ”<sup>3</sup>

En 1994 en el estado de California Karen Siner consideró necesario realizar un estudio sobre el abuso del biberón esto debido al mercadeo de pajas decoradas con sus respectivos logos con nombres de soda como Pepsi dietética y regular, Orange, bebidas suaves no carbonatadas e incluso jugos; esto aumento la preocupación entre muchos profesionales de la salud, causando temor que el reconocible logo animara a los padres de los niños a darles a estos soda y otras bebidas inapropiadas en pajas. Los profesionales de la salud reportaron que un aumento en el consumo de bebidas endulzadas podía aumentar la susceptibilidad de los niños a problemas nutricionales y dentales. Algunos dentistas se preocuparon por estas condiciones que podría llevar al apareamiento del síndrome llamado recientemente también como *caries de la edad temprana en la niñez*, considerándolo como un serio patrón de caries, de esta forma la fundación de la salud dental y el departamento de servicios de salud de California, designaron este estudio en 3 condados de California, para determinar si los niños pequeños bebían la soda o el refresco que venia en pajas. En el estudio se entrevistó a 314 mujeres que eran madres y se encontró, que un tercio de los correspondientes les dieron a los niños el refresco o soda en las pajas <sup>4</sup>

Cristina de Castellanos<sup>5</sup>, comentó que en la época de 1960 aún no se concebía el término síndrome del Biberón o de la paja (incluso dentro de la Universidad de El Salvador no se mencionaba como tal). De manera que éste era designado como *caries rampante*; que es otro tipo de caries dental fulminante aguda que avanza a tal velocidad que generalmente no hay tiempo para que la pulpa reaccione e induzca una calcificación secundaria de manera

<sup>3</sup> R E Behrman V C Vanghan Nelson Tratado de Pediatría. p 1132

<sup>4</sup> Karen Siner, et al “Early childhood caries, soft drink Logos on baby bottles do they influence what in fed to children”. Journal of dentist for children n° 55.

<sup>5</sup> Cristina de Castellanos, Odontóloga Pediatra, ex directora del área Odontológica del H N N.B B

que el hallazgo habitual es la afección de la pulpa. Sin embargo, hoy en día la caries rampante puede diferenciarse clínicamente con el Síndrome del Biberón de manera que, Simón Kats afirma que “en este último, los incisivos inferiores primarios pueden no estar afectados o tener caries, mientras que los dientes que se encuentran más afectados son los incisivos superiores y las primeras molares primarias”<sup>6</sup>

De acuerdo a su experiencia personal Cristina de Castellanos<sup>7</sup> expresó que antes de ir a realizar su postgrado de odontopediatría en el exterior, en El Salvador se desconocía esta patología con el nombre del Síndrome del Biberón, siendo ésta clasificada como caries rampante. Al regresar al país logró ingresar al Hospital Nacional de Niños Benjamin Bloom como odontóloga del servicio, conociendo de esta manera al primer director del área odontológica de la institución, Rodolfo Quel (quien ya falleció), manifestó que el doctor también clasificaba el síndrome como Caries Rampante. El tratamiento que antiguamente el doctor daba a los niños con dicho síndrome eran extracciones y la aplicación de nitrato de plata en las piezas cariadas, esto tornaba de color oscuro a todos los dientes de los niños. De esta manera se lograba detener el ataque carioso. Ya que en la institución no se disponía de recursos, durante muchos años se realizaban solo tratamientos de extracciones o a quemar los

---

<sup>6</sup> Simón Kats, odontología preventiva en acción p 103

<sup>7</sup> Cristina de Castellanos Op. cit.

dientes a través del nitrato de plata. También manifestó que a partir de 1970, a raíz de la construcción del nuevo hospital de niños se obtuvo un equipo moderno odontológico, con el que se brindó a los niños un mejor tratamiento odontológico para su rehabilitación oral. También agregó que la frecuencia de niños, con el Síndrome del Biberón dentro del hospital era grande en aquellos tiempos afirmando que se encontraba, en pacientes de clase baja como en pacientes de clase media y en su práctica privada encontró pacientes con el mismo síndrome en clase alta. A nivel preventivo expresó que en aquella época se realizaban charlas educativas a los padres o encargados de los niños, explicando también a los médicos pediatras en qué consistía este síndrome. También afirmó, que en cuanto a los tratamientos odontológicos que el hospital de niños brindaba, en algunos casos debido a la destrucción cariosa extensa, se realizaban obturaciones en molares y caninos, tratamiento pulpares y extracciones. No se colocaban mantenedores de espacio después de extracciones prematuras, por no contar con material para realizarlo. Los casos en los que se colocaba coronas de celuloide para refuerzos en los dientes, eran en extensas lesiones cariosas o alto grado de destrucción, siendo éstos escasos por falta de recursos económicos del país. La mayoría de los niños que acudían al área odontológica presentaban abscesos o ciertos grados de inflamación.

Cristina de Castellanos<sup>8</sup> manifestó que en los años setenta el hospital contó con flúor para ser suministrado a los niños por vía sistémica a través de pastillas, agregando que actualmente la incidencia del Síndrome del Biberón ha disminuido, gracias a los adelantos tecnológicos e investigaciones sobre el tema, aunque es necesario educar a toda la población salvadoreña

Amalia de Sosa<sup>9</sup> manifiesta que en los años ochenta, dentro del hospital Bloom aproximadamente un 60% de niños que asistían al área odontológica del edificio central de dicho hospital presentaron el Síndrome del Biberón, mientras que en la zona anexa, sin embargo Sonia de Castro<sup>10</sup> manifestó una mayor afluencia aproximadamente de un 80% de niños.

En el primer quinquenio de los años noventa, según lo manifestado por Amalia de Sosa<sup>11</sup>, los cambios presentados en la problemática del Síndrome del Biberón han sido mínimos, debido a la superpoblación infantil del país y además el nivel socioeconómico de los mismos es bajo, por lo cual considera que la cantidad de casos con Síndrome del Biberón que se presentan en el hospital Bloom ha aumentado por el crecimiento de la población infantil, aunque

---

<sup>8</sup> Cristina de Castellanos *Op cit.*

<sup>9</sup> Amalia de Sosa Directora del area odontológica del HNNBB

<sup>10</sup> Sonia de Castro *Op cit.*

<sup>11</sup> Amalia de Sosa Directora del área odontológica del HNNBB

no se pueden dar datos aproximados, ya que dentro del hospital no se lleva a cabo un registro específico de éste tipo de pacientes

Según lo manifestado por Sonia de Castro<sup>12</sup>, el Hospital Bloom cuenta actualmente con un equipo odontológico necesario para tratar adecuadamente a los pacientes que padecen del Síndrome del Biberón. Además, manifestó que el modelo de atención odontológica para estos pacientes es muy bueno. No obstante debido a la existencia de una gran demanda de esta afección, las citas para los tratamientos odontológicos de estos niños son muy tardadas, algunas veces con uno o dos meses de intervalo.

---

<sup>12</sup> Sonia de Castro Op.cit.



## 2.2 DISCUSIÓN BIBLIOGRAFICA

Los dientes humanos son las principales elementos para la transformación y masticación de los alimentos, los dientes primarios juegan un papel importante para llegar a obtener una adecuada dentición permanente

Al nacimiento, la cavidad bucal se contamina por primera vez con microorganismos, pero solo aquellos que encuentran condiciones favorables con la multiplicación son los que quedan ubicados en su sitio. La cavidad oral aloja grandes cantidades de diferentes tipos de microorganismos.

Willian A Nolte afirma que "la microflora de la cavidad bucal consiste en bacterias, levaduras, algunos hongos, microplasma y virus"<sup>13</sup>; mientras que Kats añade "que numerosas cepas bacterias tienen la capacidad de fermentar hidratos de carbono con la producción resultante de ácidos. Los principales formadores de ácidos son los estreptococos y otros tipos de bacterias tales como lactobacilos, estreptococos, levaduras, estafilococos y neiserias"<sup>14</sup> Armando Rafael Martinez<sup>15</sup> sustenta lo antes mencionado y afirma que los estreptococos no solo son los principales formadores de ácido, sino que también son los más numerosos de la placa dentobacteriana Estos

---

<sup>13</sup> W A Nolte Microbiología Odontológica. p 189

<sup>14</sup> Kats/Mac Donald/Stookey Odontología preventiva en acción. p 95

<sup>15</sup> Armando Rafael Martinez "Caries dental en la edad preescolar" Boletín científico informativo. vol 3 p 2

microorganismos no solo son acidógenos sino que también acidúricos, es decir, capaces de vivir y reproducirse en ambiente ácido

A J KenneI sustenta que "son los estreptococos las bacterias principales en la producción de la caries dental y éstos aparecen en la cavidad oral después de la erupción dental " <sup>16</sup>

W A Nolte "considera que la cavidad bucal es como una incubadora bacteriológica ideal. Tiene una temperatura entre 35 y 36 °C y abundante humedad además de un excelente aprovisionamiento de diferentes tipos de alimentos que provienen de la dieta del ser humano"<sup>17</sup>.

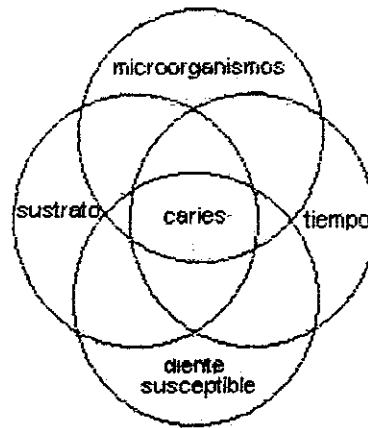
Simón Kats<sup>18</sup> afirma que los alimentos como los hidratos de carbono son los más nocivos dentro de la cavidad bucal, ya que éstos son convertidos por los microorganismos a polisacáridos extracelulares adhesivos. Estos polisacáridos llevan a la adhesión de las colonias bacterianas entre sí y a la superficie dentaria lo que se conoce como *formación de placa dentobacteriana*. Una vez formados los ácidos dentro de la placa dental, éstos desmineralizan a los dientes susceptibles llegando a los que se conoce como *caries dental*. Así mismo afirma que el desarrollo de la caries dental depende de interrelación que son decisivas entre las superficies de los dientes, los carbohidratos de la dieta, las bacterias específicas de la boca y el tiempo (Ver figura N° 1)

---

<sup>16</sup> A J KenneI, "Baby bottle tooth Decay/ early Childhood Caries" Documentos pediátricos. p 2

<sup>17</sup> W A Nolte Op cit. p 193

<sup>18</sup> Simón Kats Op cit. p 95



**figura 1. Desarrollo de la Caries.**

**Fuente: Odontología preventiva en Acción. Simón Kats**

“Los principales agentes de la producción de las caries según Kennel son los *estreptococos mutans*. Estos por si solos no se adhirieren a los dientes muy bien y requieren de otras bacterias de la placa para la colonización inicial”<sup>19</sup> Kats<sup>20</sup> sustenta lo antes mencionado y afirma que no solo los estreptococos mutans son los responsables de la producción de la caries dental sino también, los estreptococos sanguis y estreptococos salivarius.

Se puede observar que todos estos microorganismos ayudan a iniciar la caries de la superficie del esmalte y una vez que este se desmineraliza, las demás bacterias invaden a la dentina subyacente, así se va produciendo la destrucción de la estructura dentaria

<sup>19</sup> A J Kennel Op.cit. p 2

<sup>20</sup> Simón Kats Op. Cit p 96

Un segundo aspecto importante en la etiología de la caries dentaria tiene relación con el *sustrato*. De acuerdo con A J Kennel<sup>21</sup>, los sustratos cariogénicos se encuentran en los hidratos de carbono tipo sacarosa o azúcar común los cuales vienen de alimentos tales como la leche, jugos, alimentos líquidos para bebe u otros líquidos azucarados con carbohidratos fermentados. Ultimamente en esta lista se adiciona el jarabe vitamínico con miel u otro jarabe azucarado. Armando Rafael Martínez<sup>22</sup> en uno de sus artículos reafirma que los sustratos cariogénicos están compuestos esencialmente de hidratos de carbono tipo sacarosa o azúcar común.

Según el artículo Baby Tooth Decay<sup>23</sup>, un tercer aspecto importante es el tiempo o momento en el que se ingieren los hidratos de carbono fermentables, ya que las bacterias y el sustrato necesitan estar presentes en un tiempo prolongado para permitir la desmineralización y producir la caries. El tiempo más dañino del uso de la pacha es cuando el niño duerme. Armando Rafael Martínez<sup>24</sup> sostiene que, de acuerdo al tiempo en que se ingieren estos hidratos de carbono, la cariogenicidad es menor cuando los alimentos que contienen azúcares se consumen durante las comidas que cuando se hace entre éstas

---

<sup>21</sup> A J Kennel Op.cit p 2

<sup>22</sup> Armando Rafael Martínez Op.cit p 4

<sup>23</sup> A J Kennel, Op.cit. p 4

<sup>24</sup> Armando Rafael Martínez Op.cit p 5

Un cuarto aspecto importante en la aparición de la caries dental es el diente susceptible, Rafael Martínez<sup>25</sup> menciona que dentro de la cavidad bucal determinados dientes se carian y otros no, incluso en el mismo diente ciertas superficies son más susceptibles que otras y de acuerdo a los que se conoce es más probable que la resistencia de un diente o superficie dentaria determinada frente a la caries se deba más a la facilidad con que dichos dientes o superficies acumulan placa dentobacteriana. A su vez la facilidad con que la placa se acumula está ligada a factores como el alineamiento de los dientes en los arcos dentarios, la proximidad de la desembocadura de conductos salivales, la textura de las superficies dentarias expuestas, la anatomía de dichas superficies. Ciertos autores añaden que: "los dientes son especialmente susceptibles a la formación de caries durante los primeros años post erupción, debido a que la calcificación del esmalte es incompleta en el momento de la erupción de los dientes y se requiere un periodo adicional alrededor de dos años para que el proceso de calcificación se complete"<sup>26</sup>

Es necesario que se unan los cuatro factores antes mencionados para que se puedan llegar a producir la destrucción dental. Cada uno de estos factores tiene igual importancia, ya que al correlacionarse entre sí forman la caries dental.

---

<sup>25</sup> Armando Martínez ibid. p 3

<sup>26</sup> Karla Oviedo Et al Seminario de graduación. p 12

De acuerdo a Armando Rafael Martínez<sup>27</sup>, la unión de los cuatro círculos puede ocurrir en niños de corta edad o edades preescolares produciéndose así la denominada *caries por biberón* conocida también como síndrome del biberón. Según Kennel también es llamada "caries de maternidad, caries de enfermería, caries infantil o caries temprana de la infancia"<sup>28</sup>

Armando Rafael Martínez señala que "el desorden resulta de hábitos inapropiados de alimentación incluyendo tanto pecho como la pacha"<sup>29</sup> Autores de la revista Salud Pública<sup>30</sup> sustentan lo antes mencionado y añaden los jugos de frutas o el uso regular de la botella llena con líquidos conteniendo azúcar fermentable cuando los infantes se acuestan a dormir. Así también Willian Shaffer opina que

La enfermedad se presenta clínicamente como una destrucción cariosa externa de los dientes deciduos que con más frecuencia afecta a los cuatro incisivos superiores, seguido por los primeros molares primarios superiores e inferiores y los caninos primarios inferiores, los segundos molares primarios si están presentes por lo general no están afectados, sin embargo, se conoce casos en donde estas piezas revelan grave compromiso oclusal<sup>31</sup>

Se ha hecho hincapié en que la ausencia de caries en los deciduos mandibulares distingue esta enfermedad de la caries ordinaria a que están

---

<sup>27</sup> Armando Martínez *Op.cit* p 1

<sup>28</sup> A J Kennel *Op.cit* p 1

<sup>29</sup> Armando Rafael Martínez *Op.cit* p 6

<sup>30</sup> "Infantil Dental Decay" *Public Health*, June 95, p 1

<sup>31</sup> Willian Shaffer "Tratado de Patología Bucal", p 446

cubiertos y protegidos por la lengua. El proceso carioso en los dientes afectados puede ser tan grave que solo permanezcan los muñones y raíces

Todo lo antes mencionado ayuda a poder observar que este síndrome por lo general afecta a muchos dientes, avanza con rapidez y tiende a ubicarse en superficies dentarias que normalmente se consideran de alto riesgo cariogénico. Simón Katz opina que " las superficies más afectadas son las vestibulares, palatinas y las caras mesial y distal pueden o no tener caries " <sup>32</sup>

Karla Oviedo en su investigación menciona que existen 4 etapas de caries por biberón que pueden ser observadas por el odontólogo estas son "Etapa reversible, daño dental, lesiones profundas y etapa traumática." <sup>33</sup> (ver anexo 1)

Según lo manifestado por Sonia de Castro <sup>34</sup> estos niños pueden presentar fistulas como absceso y celulitis, además añade Nelson <sup>35</sup> que la infección periapical de un diente primario puede interrumpir el desarrollo normal del correspondiente diente permanente.

---

<sup>32</sup> Simón Katz Op cit. p. 104

<sup>33</sup> Karla Oviedo Et al. Op cit. p 31-34

<sup>34</sup> Sonia de Castro Op cit.

<sup>35</sup> Nelson, Op cit. p 1132

Prácticamente ésta es la etapa final del síndrome del biberón, en la cual se presenta un franco daño y destrucción dental y es de mucha importancia el pronto tratamiento para el niño, ya que en muchos casos estos presentan procesos infecciosos que pueden agravar el estado de salud del infante. Como anteriormente se mencionó, el síndrome del biberón es un tipo de caries dental que desafortunadamente se manifiesta en niños de edades preescolares, ya que es una de las primeras caries en aparecer en la dentición primaria, por lo tanto no se puede afirmar que sólo un factor es el que tiene influencia directa o indirecta en el apareamiento de ésta enfermedad, sino que se encuentra implícita en ella múltiples factores que pueden desarrollarla.

De acuerdo a esto Simón Kats<sup>36</sup> plantea que uno de los factores importantes a considerar y que está íntimamente relacionado con esta patología, es que la caries por biberón es un estado culturalmente inducido ya que el biberón no se da al niño con fines nutricionales sino para inducirlo a que se duerma cuando es conveniente para los padres; de igual manera Rafael Martínez<sup>37</sup> agrega que en vista al serio problema causado a los dientes por el uso prolongado de la pacha, esta práctica debe ser desaconsejada tanto por el odontólogo como por el pediatra, además es conveniente que los odontólogos aconsejen a los

---

<sup>36</sup> Simón Kats Op.cit. p 104

<sup>37</sup> Armando Rafael Martínez, Op.cit. p. 3



pediatras sobre los riesgos involucrados en el uso de los biberones de manera que puedan promover esta información a los padres.

Debido a lo anterior es necesario brindar una información adecuada por parte del odontólogo a las madres de familia para orientarlos en este tema y ayudar a solventar de alguna manera dicha problemática

Por otra parte Ton Van Everdinger señala que.

Generalmente se cree que las razones primarias por las que los padres dan a sus hijos la pacha relativamente a una edad mayor, es que el uso del biberón se convierte en un hábito, ya que en muchos de los casos a los niños les es permitido el uso prolongado de la pacha, estos niños pueden tener un consumo muy alto inapropiado en calorías o el consumo alto en líquidos puede causar al niño mantenerse alejado de otras comidas, las cuales conducen a un crecimiento nutricional muy pobre. Además al eliminar la pacha durante los dos años puede ser lucha extremadamente difícil, puesto que los padres de los niños tienen más problemas de romper con este hábito, quizá debido a la combinación de un niño muy demandante y un padre no muy persistente, lo que incrementa la oportunidad de desarrollar la caries por la lactancia del biberón. Además otras de las razones indican que los padres son forzados a continuar dando pacha por el comportamiento social del niño (ej. : regalos o berrinches), lo cual se relaciona con el hecho de que aunque los padres de los niños con caries tratan más a menudo de dejar de darles pacha, sus esfuerzos son menos exitosos que menos frecuentes. Se ha encontrado que este hábito es preferible por ser de bajo costo, fácil de preparar y efectivo para que el niño duerma su siesta o durante toda la noche.<sup>38</sup>

Con todo esto se puede afirmar que esta última razón es el principal problema, Simón Kats<sup>39</sup> manifiesta que la mayoría de los padres llegan

<sup>38</sup> Ton Van Everdinger "Nursing Caries" Journal of Dentistry for children. n° 4 p 233

<sup>39</sup> Simón Kats, Op.cit. p 104

cansados del trabajo con muchos problemas y los primero que hacen cuando escuchan llorar al niño es ponerle la pacha o el pecho en su boca cuando este se revela contra la necesidad de irse a dormir. De esta manera los padres de familia ignoran que al proporcionar de esta forma el biberón o el pecho al niño están causando daño en su dentición primaria creando las condiciones ideales para el desarrollo de este tipo de caries. "Sin embargo el síndrome del biberón parece ser un problema de sobreprotección más que una negligencia abusiva o falta de educación."<sup>40</sup>

Según la OPS<sup>41</sup>, otro de los factores a considerar para el apareamiento de esta enfermedad es el uso prolongado de biberones con líquidos azucarados como atoles, antes de dormir, menos el agua. Puede producir esta patología cualquier líquido mencionado anteriormente, incluida la leche materna, por degradación bacteriana del contenido de sacarosa y lactosa. De igual manera Simón Kats afirma este concepto y menciona que:

En efecto la causa principal de esta enfermedad es la presencia en la boca durante períodos de tiempo prolongado de un biberón que contiene leche u otro líquido con hidratos de carbono, la leche en sí parece ser capaz de producir el llamado síndrome del biberón y que el agregado de miel y otros hidratos de carbono fermentables a la leche, con el objeto de promover su aceptación por parte del niño aumenta notablemente su potencial cariogénico.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Michelle muller Op cit. p 47

<sup>41</sup> OPS, "La caries del biberón y sus factores de riesgo" Boletín de la oficina sanitaria panamericana. N° 11 p 257

<sup>42</sup> Simón Kats, Op cit. p 104

En 1994, Penny Murad<sup>43</sup> manifestó que la lactancia prolongada, sobre todo durante la noche, produce caries en los dientes primarios. Se considera que los beneficios, tanto emocionales como de salud de la alimentación con leche materna son mayores sobre productos artificiales. Además debido a la naturaleza controversial de este tema así como las diferentes formas que las madres de familia han luchado con el reto de balancear las necesidades nocturnas del niño y los beneficios de la lactancia con las preocupaciones en cuanto a la salud, se considera que los beneficios de la lactancia aún sobrepasan el riesgo.

En un estudio realizado en Francia se encontró, según Michelle Muller<sup>44</sup>, que la alimentación prolongada de pecho más allá de la edad normal constituye un factor de riesgo para la aparición del síndrome del biberón, además de la pacha. Los resultados de éste demostraron que entre un 39 y 57% de los niños afectados eran alimentados con pacha desde el nacimiento, otros eran alimentados por pecho, y esta alimentación se extendió a más de ocho meses en los niños. Además Ton Van Everdingen<sup>45</sup> opina que una de las razones por las que los padres de estos niños proporcionan la pacha a sus hijos fue que utilizan la pacha como sustituto de la lactancia materna o como extra alimentación. Además de esto el autor señala que en un estudio realizado en

---

<sup>43</sup> Penny Murad "La lactancia y la cáries dental" Revista New Beginning, n° 2 p 50

<sup>44</sup> Michelle Muller Op.cit. p 45

<sup>45</sup> Tom Van Everdingen Op.cit. p 272

Amsterdam se encontró que en un grupo de niños con síndrome del biberón más padres han dado pacha a sus hijos desde el nacimiento, y en contraste, menos padres han amamantado a sus hijos, lo cual sugiere que los niños con síndrome del biberón han sido expuestos mayormente a los efectos dañinos de la pacha.

La caries de la pacha es una infección dental muy dañina que causa dolor dental agudo en el niño, además puede crear problemas alimenticios y nutricionales al tener el niño dificultad en su alimentación adecuada por el dolor que presentan al ingerir los alimentos

Según la OPS "este trastorno puede llevar a las alteraciones de la formación, anomalías dentomaxilares, problemas estéticos (si el niño pierde algún diente) y a un aumento de infecciones respiratorias, se considera también que puede llegar a producir una pobre autoestima y una pérdida del apetito en el niño"<sup>46</sup>

En esta problemática se considera que otro factor que puede influir, según Amalia de Sosa<sup>47</sup>, es una deficiente educación en las madres respecto a lo que es el Síndrome del Biberón y las consecuencias a las que esta patología

---

<sup>46</sup> OPS, Op.cit. p 257

<sup>47</sup> Amalia de Sosa Op.cit.

conlleva. De igual manera la falta de conocimientos en los hábitos higiénicos de la cavidad oral en los infantes contribuye al apareamiento de ésta patología. En estudios realizados recientemente en Francia por Michelle Muller concluyó que.

otro de los factores de riesgo para el apareamiento de este tipo de caries, y que tiene menor incidencia en los casos de Síndrome del Biberón, es el uso de pacificadores o pepes cubiertos con miel o mermelada. En este caso la madre sustituye la pacha muchas veces por un pacificador cubierto con miel durante la siesta o por la noche <sup>48</sup>

Otro factor de menor incidencia según Karla Oviedo<sup>49</sup> es el uso regular de jarabes, esto se atribuye a la ingesta de medicamentos por largo periodo de tiempo por propósitos terapéuticos en enfermedades crónicas como asma, bronquitis, etc

"Según investigaciones las preparaciones farmacéuticas, especialmente la de los niños, contienen hasta dos tercios de su peso de azúcar, ya que ha sido demostrado que dichas preparaciones son responsables de un incremento de caries por biberón, por lo cual se considera específicamente como un factor agravante de la alimentación inapropiada por pacha" <sup>50</sup>

Debido a lo anterior se debería explicar que no es recomendable que un niño retenga sustancias dulces en la boca mientras duerme, especialmente después de la aparición del primer diente. Los pediatras deberían ser informados del daño que causan los jarabes especialmente si son tomados por la noche y, si

---

<sup>48</sup> Michelle Muller *Op cit* p 42 v 47

<sup>49</sup> Karla Oviedo *Op cit*.

<sup>50</sup> "Infantil Dental Decay" *Public Health*, June 95 p 3

su uso es inevitable, indicar una higiene dental combinada con enjuagues bucales que pueden ser recomendados al mismo tiempo

De acuerdo a Mac Donald<sup>51</sup>, ciertos investigadores comunicaron cuatro historias de casos en los que se observó el mismo patrón de caries y en cada niño la situación fue atribuida a un hábito de amamantamiento específico, lo cual sustenta la evidencia de que el contenido en lactosa de la leche humana al igual que el de la leche bovina puede ser cariogénico si se permite que la leche se estanque sobre los dientes. En cada caso la madre explicó que la leche humana era la fuente principal de nutrición. Sin embargo Penny Murad<sup>52</sup> menciona que de acuerdo a la Liga Internacional de la Leche se considera que la leche materna generalmente no se queda en los dientes del niño de la misma forma que el líquido de un biberón porque el pezón se toma más atrás en la boca del niño, a diferencia como la haría con un biberón, además la leche no fluye del pecho como fluye del biberón a menos que el bebé este activamente amamantado y tragando. Sin embargo Armando Matinez<sup>53</sup> afirma que este patrón de caries es producido por la leche materna, señalando también que de acuerdo a su experiencia, algunos de los pediatras no quieren admitir que la lactancia sea una causa principal de caries.

---

<sup>51</sup> Mac Donald Op.cit.

<sup>52</sup> Penny Murad Op.cit. p 58

<sup>53</sup> Armando Rafael Martinez Op.cit.

Por otra parte Penny Murad<sup>54</sup> menciona ciertas recomendaciones de cómo sostener al niño mientras se alimenta, por consiguiente el niño que duerme durante el amamantamiento debe ser despertado y recién después acostado en su cuna. Además es recomendable voltear al niño a un lado cuando acaba de mamar durante la noche ya que este movimiento lo hace tragar la última leche que le queda en la boca.

Además Pinkhan<sup>55</sup> manifiesta que debido a la composición, la leche materna puede fomentar la producción de ácidos y provocar la desmineralización del esmalte.

En lo que respecta a la edad en la que los niños pueden presentar el síndrome del biberón Shaffer<sup>56</sup> considera que este síndrome se presenta con mayor frecuencia entre las edades comprendidas de 2 a 4 años de edad; mientras que David C. Johnson<sup>57</sup> sostiene que la caries por biberón puede surgir a los 18 meses o a veces antes del año. Sin embargo Sonia de Castro,<sup>58</sup> de acuerdo a la práctica odontológica dentro del HNNBB, afirma que los niños que acuden a la consulta odontológica que presentan el síndrome del biberón oscilan entre las edades de 1 a 3 años frecuentemente.

---

<sup>54</sup> Penny Murad *Op.cit.* p. 60

<sup>55</sup> Pinkhan *Odontología Pediátrica* p. 203

<sup>56</sup> William Shafer, *Tratado de patología bucal*.

<sup>57</sup> David C. Johnson, *Nursing Caries Pediatría Dental* p. 268

<sup>58</sup> Sonia de Castro *Op.cit.*

Otro tipo de caries parecida a lo que es el síndrome del biberón según Simón Kats<sup>59</sup> es la *Caries Rampante* la cual es un tipo de caries dental fulminante y al igual que el síndrome del biberón extremadamente aguda. Se ha demostrado que los factores hereditarios desempeñan un papel importante en la génesis de caries rampante. Y en efecto, la evidencia clínica demuestra que los niños cuyos padres (y hermanos) tienen una alta prevalencia de caries, tienen más caries que aquellos cuyos padres están relativamente libres de esta afección. Es probable, sin embargo, que el factor principal en estos casos sea el ambiente familiar (dieta y hábitos alimenticios, prácticas de higiene bucal y grado de cuidado dental), más que un verdadero componente genético, mientras que en el síndrome del biberón la causa principal de este tipo de lesión es la presencia en la boca, durante períodos de tiempo prolongados, de un biberón que contiene leche u otros líquidos con hidratos de carbono. Por lo que 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 carbono fermentables a la leche con el objeto de promover su aceptación por parte del niño aumenta notablemente su potencial cariogénico.

---

<sup>59</sup> Simón Kats, *Op cit.* p 102



De acuerdo a lo que mencionan los diferentes autores existen las características clínicas necesarias para poder diferenciar lo que es una caries rampante y el síndrome del biberón. Por ejemplo, Mac Donald describe que en el síndrome del biberón los incisivos inferiores por lo general no están afectados<sup>60</sup> y Kats sostiene lo mencionado señalando que "la caries por biberón ataca particularmente a los cuatro incisivos primarios superiores, los primeros molares primarios superiores e inferiores y los caninos primarios inferiores, contrariamente a lo que ocurre en los casos de caries rampante en donde los incisivos inferiores pueden estar afectados o tienen sólo pequeñas caries "<sup>61</sup>

Aunque el síndrome del biberón en sus inicios sea difícil de discernir por las madres, su reconocimiento temprano es importante porque un tratamiento preventivo tiene máximo efecto, puesto que las lesiones de caries inicial pueden ser restauradas cuando sólo es afectada la superficie del esmalte, un esfuerzo restaurativo demasiado extenso podría ser considerado inútil por un soporte inadecuado.

En general el mejor tratamiento de lo que es el síndrome del biberón es la prevención. Ton Van Everdingen afirma que para prevenir el apareamiento del

---

<sup>60</sup> Mc Donald Op.cit. p 228

<sup>61</sup> Simón Kats Op.cit. p 102

síndrome del biberón lo primordial es una educación adecuada sobre éste, y considera importante recomendaciones tales como

- a A los infantes no se les puede poner a beber por la noche alimentos líquidos en pachas que no sea agua
- b Inculcar en el niño el hábito de tomar en tasa antes de los primeros años de vida, preferiblemente antes del primer año
- c Los niños pueden empezar el suplemento dietético de no líquidos de los 4 a 6 meses en adelante ya que, de 4 a 6 meses, el niño desarrolla el control de sus músculos para cerrar la boca. Puede ser ya alimentado con comida sólida y comenzar el uso de taza.
- d La leche líquida deben ser dados solamente en taza
- e La higiene oral que debe incluirse con la erupción del primer diente temporal
- f. El destete es recomendado entre 8 y 13 meses después de lo cual el niño debería empezar la misma comida como el resto de la familia.
- g Bajo un régimen de alimentación ni la pacha, ni el pecho producen caries
- h. El niño de alto riesgo usará pacha aún después de su primer año de vida, asegurando que si a los niños se les permite el uso prolongado de la pacha se convierte en un hábito y estos niños pueden tener un consumo alto inapropiado en calorías o el consumo alto en líquidos puede causar al niño mantenerse alejado de otras comidas, lo cual conducen a un crecimiento nutricional muy pobre.<sup>62</sup>

Generalmente las madres desconocen estas recomendaciones por lo que la insuficiente educación constituye un factor primordial para el apareamiento del síndrome del biberón.

Por lo cual Pinkhan<sup>63</sup> sostiene que la importancia de la prevención de este tipo de caries es que todos los patrones de caries tempranas aparecen en niños que tienen edad suficiente para cooperar. Así la salud dental, como el

<sup>62</sup> Ton Van Everdingen Op.Cit. p 274

<sup>63</sup> J R Pinkhan Op.cit. p 184-185

cepillado dental, alrededor de los dos años y medio es una función de la orientación temprana y el establecimiento de prácticas adecuadas de alimentación, en particular la interrupción del hábito de dar el biberón a la hora de dormir. Así mismo, este autor afirma que para planear la prevención es importante señalar que el niño con caries del biberón es más propenso a desarrollar caries subsecuente en las superficies lisas que el niño sin caries del biberón.

Este patrón de enfermedad puede requerir de un tratamiento extenso debido a la gravedad de destrucción que presentan las piezas dentarias, por lo que podría resultar difícil su realización, además la mayoría de los niños llegan al consultorio con dolor agudo, aflicción y miedo. Según Sonia de Castro<sup>64</sup> cuando el niño se presenta a una clínica dental con síndrome del biberón es poco colaborador durante la consulta odontológica, para esto algunas de las alternativas para el abordaje de la conducta de los niños son la restricción física, sedación o anestesia general. Así mismo, para Mac Donald<sup>65</sup>, la contención física constituye un medio útil y efectivo para solicitar la atención odontológica en pacientes extremadamente resistentes y malos candidatos para la anestesia general, para lo cual se utiliza la ayuda de una sábana

---

<sup>64</sup> Sonia de Castro Op.cit.

<sup>65</sup> Mac Donald Op.cit. 562-563

triangular y asistentes adicionales, además se valen de la ayuda de abrebocas para controlar al niño extremadamente resistentes

La visita dental ayuda a evaluar el riesgo de caries en niños, y el odontopediatra discutirá métodos preventivos de la enfermedad. De esto Pinkhan<sup>66</sup> recomienda que será a los tres años de edad, mientras que Mac Donald<sup>67</sup> sugiere que el niño tenga su primer visita al odontólogo alrededor de los nueve meses de vida cuando la caries por amamantamiento o por la pacha todavía no se han desarrollado, afirmando este autor que los padres deben ser advertidos acerca de los hábitos de amamantamiento prolongado y frecuente, lo mismo con el uso de pacha

También Pinkhan manifiesta que

Los componentes del fluoruro (gotas y tabletas) son eficaces para prevenir la caries dental, considerando que los menores cuyos dientes tienen efectos estructurales, que los ubica en el grupo de alto riesgo de caries o los que han sufrido caries por biberón, pueden recibir aplicaciones tópicas por medio del odontólogo o los padres en la forma de un preparado concentrado que podría ser un gel de fluoruro estañoso al 0.4% en la presentación de 30 ml. En un niño de tres años con antecedentes de caries de biberón y con acatamiento paterno deficiente de las instrucciones de higiene bucal, con las indicaciones de cepillar con un poco de gel todos los dientes a la hora de acostarse y hacer que el niño escupa el gel remanente después del cepillado, no permitido el enjuague después de la aplicación de la aplicación del gel y no permitir que coma o beba durante unos 30 minutos<sup>68</sup>

---

<sup>66</sup> Pinkhan *Op cit.* p 185

<sup>67</sup> Mc Donald *Op cit.* p 222

<sup>68</sup> Pinkhan, *Op cit.* p 207

Un factor importante de mencionar que lleva a la formación de caries por biberón es la ausencia de una adecuada higiene bucal. De esto Pinkhan<sup>69</sup> afirma que la leche humana y la bovina tienen la posibilidad de iniciar cuando se les proporciona de manera inadecuada a lactantes que no reciban aseo bucal diario; recomendando que por ninguna razón se debe callar a los lactantes inquietos dándoles un biberón que contenga leche u otras bebidas endulzadas durante el día, a la hora de la siesta diurna, ni al acostarlos por la noche. Los padres deben permanecer con ellos mientras se alimentan para después acostarlos sin biberón. Pinkhan<sup>70</sup> también aconseja que en el caso que necesiten succionar más, un pacificador o un ejercitador de encías son preferibles al biberón, señalando que cuando las progenitoras insisten en dar el biberón a sus hijos a la hora de acostarlos, el contenido debe limitarse a agua sola. También sostiene que los odontólogos deben aconsejar la limpieza bucal frecuente a las madres que amamantan demasiado a sus hijos.

Además, Pinkhan<sup>71</sup> sugiere ciertos cuidados dentales que la madre debe tener en el aseo del niño mostrándole productos para la eliminación de la placa, así como la posición adecuada para colocar al lactante, describir la técnica correcta y que en un principio, la higiene bucal del niño quizá se deba realizar siempre que le cambien los pañales. Una vez que erupcionan los

---

<sup>69</sup> Pinkhan *Ibid* p 208

<sup>70</sup> Pinkhan *Ibid* p 209

<sup>71</sup> Pinkhan *Ibid*.

diente, es posible utilizar para su limpieza un cepillo mojado de cerdas blandas. Cuando erupcionan un número determinado de ellos, se debe establecer una rutina más minuciosa y sistemática para asegurar que se limpien todas las superficies de los dientes superiores e inferiores, en especial el área cercana a la encía.

El mismo autor afirma que en ese momento el lactante se hace más fuerte e incluso pueda que se oponga a esta actividad, por lo que es necesario recomendar al padre que sea persistente; con el tiempo la actividad de la limpieza se hará tolerable y aceptada, el momento adecuado para la limpieza es importante, la combinación de un lactante cansado y unos padres exhaustos no ofrece un medio favorable, en donde también el lactante no está preparado para aceptar ni comprender la actividad de su higiene dental, para ello se puede idear juegos o utilizar música y canto. Los padres deben de crear una experiencia positiva, recomienda la limpieza completa a la hora de acostarse, además menciona que está demostrado que los lactantes no expectoran de manera eficaz, por lo tanto la cantidad de pasta dentífrica que se emplee debe ser mínima, además los cepillos con cerdas blandas redondeadas de nylon son los más recomendables.

La odontología preventiva debe comenzar tempranamente en la vida. En los niños que presentan el síndrome del biberón generalmente lo que se precede a

efectuar es un tratamiento más que todo restaurativo. Por otra parte Mac Donald<sup>72</sup> señala que la primera etapa es el tratamiento inicial de todas las caries, sugiriendo que un abordaje lógico es la excavación de cada caries, en donde la eliminación de la caries superficial y el relleno de la cavidad con un material con óxido de zinc-eugenol detendrá al menos temporariamente el proceso y evitará su rápida progresión hacia pulpa dentaria. Además señala que la obturación con óxido de zinc y eugenol no solo detiene el proceso de caries, sino que también ayuda a la esterilización del material remanente de la caries y tal vez reduce la inflamación de la pulpa que ha sido invadida por el proceso de caries y por los microorganismos. La eliminación del material carioso, la obturación temporaria y la eliminación de los restos alimenticios da por resultado una reducción en la cantidad de los microorganismos orales. El mismo autor sugiere que “los incisivos y caninos temporarios que tienen grandes lesiones proximales que comprenden la porción incisal del diente pueden ser restaurados con coronas de acero inoxidable.”<sup>73</sup> También señala que el proceso de diagnóstico de selección de los dientes que serán buenos candidatos para el tratamiento con pulpa vital tiene al menos dos dimensiones. La primera, el odontólogo debe decidir si la pieza tiene buenas posibilidades de responder al tratamiento pulpar indicado, en segundo lugar, la conveniencia de la realización del tratamiento pulpar y la restauración de la pieza deben ser

---

<sup>72</sup> Mac Donald *Op.cit.* p 222

<sup>73</sup> Mac Donald *Ibid.* p 417

comparados con la de la extracción de la pieza y el manejo del espacio resultante. Kennel<sup>74</sup> afirma que si la caries alcanza la pulpa, la terapia pulpar o la extensión de la caries necesitarán ser considerados, y señala que mantener el espacio es generalmente no necesario en dientes anteriores porque usualmente son espaciados, pero según Mac Donald<sup>75</sup> algunos profesionales creen que el cierre de espacio rara vez se produce en la parte anterior de la boca, pero él manifiesta no compartir ésta opinión, por lo que agrega que es importante considerar la oclusión y el grado de espaciamiento. Además sugiere que el tipo de mantenedor de espacio que se seleccionará depende de la edad del niño, el grado de cooperación, la higiene y el deseo del niño y de sus padres.

---

<sup>74</sup> A J Kennel Op.cit. p 4

<sup>75</sup> Mac Donald Op.cit. p 682



## **CAPITULO III.**

### **3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

La presente investigación fue de tipo diagnóstica y descriptiva ya que con ella se pretendió detallar de una forma exhaustiva la patología en estudio es decir el síndrome del biberón, estableciendo los factores que lo originan y que contribuyen al apareamiento de dicho síndrome y la manera en que son tratados preventiva y restaurativamente los niños que padecen el Síndrome del biberón en el Hospital Nacional de Niños Benjamin Bloom.

#### **3.2 POBLACIÓN**

La población en estudio estuvo constituida por las siguientes unidades de análisis:

La primera de las unidades de análisis la constituyeron 102 pacientes infantiles de la consulta externa del Hospital Nacional de niños Benjamín Bloom que fueron atendidos en el mes de octubre de 1998, con edades comprendidas de 1 a 6 años, y que padecen del Síndrome del Biberón.

Algunos de estos niños provienen del interior del país de áreas rurales (caseríos, cantones, pueblos etc) y la mayoría de estos corresponden a comunidades del área metropolitana de San Salvador, además se observó que de esta población infantil son escasos los niños que asisten a un centro educativo (escuelas o colegios) ya que se trata de niños con edades preescolares. La mayor parte de esta población en estudio presentan condiciones precarias de vida, algunas no cuentan con los servicios básicos para subsistir, como lo es agua potable, luz eléctrica y medios de transporte adecuados, lo que dificulta para ellos el acceso a los servicios de salud y limita grandemente sus condiciones de vida.

La segunda unidad de análisis la conforman 102 madres de familia o encargados de los niños con síndrome del biberón y que asisten a la consulta externa de dicho hospital, estos presentan características similares a las de sus hijos en lo que respecta el proceder de familias de escasos recursos económicos, vivir en zonas rurales y de poseer una escasa educación, la cantidad de esta unidad de análisis fue proporcional al número de niños que asistió a la consulta externa en el lapso de la investigación dentro del hospital.

La tercera unidad de análisis la constituyen cinco odontólogos del servicio de la consulta externa correspondiente al área odontológica del edificio

anexo y la torre (niños con especialidades) del hospital nacional de niños Benjamin Bloom

Estos odontólogos en estudio laboran dentro del edificio en horas determinadas para cada uno y acompañados de un asistente dental, uno de ellos es la Doctora de Sosa graduada de la Universidad de El Salvador en 1981, y en 1985 inició su trabajo en el hospital, quien actualmente desempeña el cargo de jefe del área estomatológica La doctora Olmy Vásquez graduada de la Universidad Evangélica de El Salvador en 1990, comenzó a prestar servicios en el área odontológica de la torre desde 1993. Entre los odontólogos del anexo se encuentran, La Dra. Sonia de Castro, Dra. de Linares y Dra de Fernández. Quienes se graduaron de la Universidad de El Salvador, Universidad San Carlos Guatemala y Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer (USAM) respectivamente La Dra. De Castro graduada en 1994 y su ingreso al hospital fue en 1995, la Dra. de Linares en 1985 ingresando al hospital en el año de 1986 y la doctora Hernandez graduada en 1995 y en 1996 comenzó a laborar en el Hospital Bloom Dichas odontólogas actualmente se encuentran recibiendo capacitación de odontopediatría en el Hospital Nacional de niños Benjamín Bloom, además de haber recibido, según expresaron cursos intensivos en odontopediatría infantil

### **3.3 SELECCIÓN DE LOS SUJETOS A QUIENES SE LES APLICARÁN LOS INSTRUMENTOS.**

Las unidades de análisis de esta investigación comprenden a todos los niños con edades entre 1 a 6 años que presentaron síndrome del biberón y que son pacientes activos de la consulta externa durante el mes de octubre de 1998, madres de familia o encargados del niño y cinco odontólogos del servicio de odontología del HNNBB.

Para seleccionar el número de pacientes niños se realizó el siguiente procedimiento

Los pacientes niños seleccionados a diario fueron todos aquellos que presentaron las características y cualidades clínicas propias del síndrome del biberón, los cuales se examinaron individualmente y dividieron por sexo y edad.

Para seleccionar a las madres de familia o encargados (de los niños en estudio) a quienes se les aplicaron los instrumentos fueron incluidas todas aquellas madres o encargados que acompañaron al niño que padece síndrome del biberón a la consulta externa del Hospital Bloom

Para la selección de los odontólogos como unidad de análisis se tomó como requisito el que brindaran sus servicios dentro del área odontológica del hospital

de niños Benjamín Bloom, estando constituida esta unidad de análisis por cinco odontólogos, a los cuales se les dio a conocer la importancia de esta investigación, y de estos solamente cuatro manifestaron su participación al grupo investigador para la ejecución de esta investigación

### **3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS.**

#### **3.4.1 TECNICAS**

Debido a que la investigación que se realizó fue de tipo diagnóstica descriptiva las técnicas utilizadas para obtener datos objetivos fueron las siguientes: La entrevista y la observación

##### **= TECNICA DE ENTREVISTA:**

La técnica de entrevista se realizó con el fin de fundamentar el estudio y de recopilar información valiosa y necesaria sobre los factores que más frecuentemente inciden en el apareamiento del Síndrome del biberón así como también los diferentes tratamientos que la institución brinda a los pacientes que presentan esta patología bucal

La técnica se seleccionó para ser aplicada a la madre o encargado del niño en estudio para obtener información que lleve a conocer cuales factores

influyen en el apareamiento de esta patología, de esta manera se logró explorar el conocimiento que tuvo la madre sobre lo que es el síndrome del biberón antes y durante la lactancia, las técnicas de higiene oral que tuvo la madre para su infante, las razones por las cuales la madre inducía a dormir al niño a través de la pacha o el amamantamiento, el tiempo y la frecuencia que se mantenía la pacha o el pecho en la boca del niño, así como también conocer las diferentes líquidos que fueron suministrados en los biberones de los niños (ver anexo N° 3). Además cabe mencionar que esta misma técnica fue indispensable aplicarla a odontólogos del servicio de odontología del hospital nacional de niños Benjamín Bloom para obtener la información necesaria en lo que se refiere a los tratamientos restaurativos endodónticos y preventivos que se brindan en el hospital Benjamín Bloom a los niños que presentan síndrome del biberón. (ver anexo 2)

#### - TÉCNICA DE OBSERVACIÓN DIRECTA:

Esta técnica se seleccionó ya que por medio de ella se obtendrá información más directa y objetiva acerca de las características clínicas bucales que manifiestan los niños en estudio, así como también determinar cuales son los tratamientos que se les realizan a los niños que presentan síndrome del biberón en el área odontológica del HNNBB (ver anexo N° 4).

Dicha técnica consistió en examinar directamente al niño que padece síndrome del biberón y anotar las características clínicas bucales que

presentan, además con esta técnica se observaron los tratamientos que los odontólogos del servicio de odontología del HNNBB realizan actualmente a los niños que padecen síndrome del biberón, que se presentan a esta institución para solicitar el restablecimiento de su salud bucal

### **3.4.2. INSTRUMENTOS**

Para realizar la recopilación de datos de esta investigación se utilizaron instrumentos los cuales consistieron en: dos cédulas de entrevista que fueron aplicadas tanto a las madres o encargados de los niños como a odontólogos del servicio de odontología del Hospital Nacional de niños, y un tercer instrumento que consistió en una lista de cotejo. Para ser aplicada a los niños que padecen síndrome del biberón y a los odontólogos del servicio.

Estos instrumentos fueron seleccionados debido a que la investigación fue de tipo diagnóstica descriptiva con la cual se pretendió detallar y establecer los factores que originan y constituyen el apareamiento del síndrome del biberón en los sujetos de estudio y la manera en que fueron tratados restaurativa y preventivamente estos niños, por lo cual se consideró de mucha ayuda la implementación de estos instrumentos para obtener datos objetivos y acordes a la realidad de las unidades de análisis, investigando de esta manera cada uno de los objetivos planteados por el grupo investigador los cuales se relacionan con las variables e indicadores del estudio.

### 3.5 DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS

#### *CEDULA DE ENTREVISTA N. 1*

Esta cédula de entrevista fue elaborada para ser contestada por los odontólogos del servicio (ver anexo N° 2) la cual tuvo como objetivo principal recabar información en lo que se refiere a los tratamientos odontológicos tanto restaurativos como preventivos que se brindan en el hospital de niños Benjamin Bloom.

En la portada del instrumento, su parte superior contiene las respectivas generalidades, luego se describe el número de código, seguido del objetivo que se persigue con la aplicación del mismo y sus respectivas indicaciones para lograr llenar en una forma similar todos los instrumentos (cédulas de entrevista N° 1)

Esta cédula de entrevista está compuesta por seis preguntas de tipo cerrado a las cuales se indicó contestar trasladando el número de la izquierda al rectángulo de la derecha. Al final del instrumento se encuentra el nombre del entrevistador que lo aplicó el lugar, la fecha, la hora en que se llenó el instrumento y la duración de éste.

Las preguntas N° 1 y 2 de esta cédula de entrevista N° 1 están relacionadas con la variable nueve que consiste en los tratamientos odontológicos preventivos que brinda el hospital nacional de niños a los infantes con síndrome del biberón y explorar los indicadores de aspectos de promoción de



salud que se brindan (Pregunta N° 1) y aspectos de protección específica que se brindan en dicho centro hospitalario (pregunta N° 2), (ver anexo N°5 , de relación de indicadores y variables con preguntas)

Las preguntas N°3, 4, 5 y 6 están relacionadas con la variable siete que consiste en tratamientos odontológicos que se brindan en el Hospital Bloom a pacientes con síndrome del biberón, y exploran los siguientes indicadores. ~~tratamientos restaurativos endodónticos, de cirugía y de ortodoncia~~ que se brindan (ver anexo N° 5 de relación de indicadores, variables con preguntas).

#### *CEDULA DE ENTREVISTA N 2*

Esta cédula de entrevista sirvió para recabar información acerca de los conocimientos que tenían las madres de familia o encargados del niño, en lo que se refiere al síndrome del Biberón para detectar cuales son los factores que predisponen al padecimiento de esta enfermedad (ver anexo N° 3)

Este instrumento está formado por la portada y su contenido. En la portada se describen las generalidades respectivas es decir el encabezado; el número de código, luego se estableció su objetivo principal y por último se detallan las indicaciones para llenar el instrumento. El contenido del instrumento estuvo formado por dos apartados, el primero describía el sexo y la edad del niño El segundo apartado consistió en una serie de preguntas directas a la madre, las

cuales consistieron en 26 preguntas de las que 3 eran de tipo abierto y 23 de tipo cerrado

La pregunta N° 1 está relacionada con la variable N° 1 de conocimiento que tuvo la madre sobre el síndrome del biberón antes y durante la lactancia y explora el indicador 1.1 de conocimiento de los efectos que produce el dormir al niño con la pacha (antes y durante la lactancia), (ver anexo N° 6)

Las preguntas N° 2, 3, 4, 5, 6, 6.1, 7, 10, 11, 12, 12.1 y 13 están relacionadas con la variable N° 2 que trata de la inducción de dormir al infante a través del uso de la pacha o el pecho, la frecuencia, las razones y el tiempo de permanencia de la pacha en la boca del niño y de esta manera exploran los indicadores N° 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4, (ver anexo N° 6)

Las preguntas N° 14, 15, 16 y 17 están relacionadas con la variable N° 3 acerca del conocimiento que tuvo la madre sobre la técnica de higiene bucal para su infante durante el período de lactancia y exploran los indicadores 3.1 de conocimiento de técnicas de cepillado dental para el niño y 3.2 sobre conocimiento de técnicas alternativas de higiene bucal

Las preguntas N° 18, 19, 19.1, 20 y 21 están relacionadas con la variable N° 4 sobre prácticas de la madre de técnicas de higiene bucal en el infante durante

la lactancia y exploran los siguientes indicadores 4 1 prácticas de higiene bucal y 4 2 prácticas de otras técnicas de higiene bucal

Finalmente las preguntas N° 22 y 23 están relacionadas con la variable N° 10 sobre los tratamientos odontológicos preventivos que se realizan a los infantes que presentan el síndrome del biberón y de igual manera exploran los indicadores de aspectos de promoción de salud bucal y aspectos de protección específica bucal que se realizan en el HNNBB (ver anexo N° 6)

Para contestar las preguntas cerradas que corresponden a esta entrevista se indicó trasladar el código de la respuesta obtenida al cuadro de la derecha, al final de la misma se encuentra el nombre de la persona que aplicó el instrumento, el lugar, la fecha en que se efectuó, así como la hora y duración de la entrevista

#### *LISTA DE COTEJO*

Este instrumento tuvo como principal objetivo recabar información acerca de los tratamientos odontológicos que se realizaron en el HNNBB a niños que padecen el Síndrome del Biberón durante el mes de octubre de 1998 y las características clínicas bucales propias de esta patología

Una de las finalidades de esta lista de cotejo fue que el observador captara aspectos específicos de esta patología tales como piezas y superficies

dentarias más afectadas por caries del biberón, grado de destrucción dental, cambios de color, presencia de abscesos, fístulas, celulitis, etc

(ver anexo N° 7).

El formato de este instrumento comprendió en primer lugar una portada en donde se describieron las generalidades del mismo tales como código, objetivo principal del instrumento e indicaciones necesarias para la aplicación de este. Dicho instrumento constaba de 3 aspectos generales los cuales fueron historia odontológica, tratamientos odontológicos preventivos, restaurativos, endodónticos, de cirugía y ortodoncia que realizan y examen clínico intraoral los cuales se subdividen en subaspectos específicos para cada uno de ellos. Para llenar cada uno de los subaspectos se procedió a trasladar el número de la izquierda al cuadro de la derecha. Finalmente se colocó el nombre del observador, la fecha de aplicación del instrumento, lugar, hora y duración de la misma.

El aspecto N° 1 está relacionado con la variable N° 10 acerca de los tratamientos odontológicos preventivos que se realizan a los infantes que presentan síndrome del biberón y exploran el indicador de aspectos de protección específica bucal que se realizan en el Hospital Benjamín Bloom (ver anexo N° 7).

El aspecto N° 2 se relaciona con la variable N° 8 acerca de los tratamientos odontológicos que se realizan en el hospital Bloom a los infantes con el

síndrome del biberón y exploran el indicador de los tratamientos odontológicos restaurativos que se realizan en el Hospital nacional de niños

El aspecto N° 3 esta relacionado con la variable N° 8 antes mencionada con la diferencia que explora el indicador de tratamientos que se realizan en dicho centro hospitalario

El aspecto N° 4 se relaciona con la variable N° 8 y explora el indicador de tratamientos de cirugía que se realizan en dicho hospital

El aspecto N° 5 se relaciona siempre con la variable N° 8 y exploran el indicador de tratamientos de ortodoncia que se realizan los aspectos 6, 7 y 8 están relacionados con variable N° 6 sobre las características clínicas bucales que presentan los niños con síndrome del biberón y exploran los indicadores siguientes: Tejidos blandos bucales, tejidos duros bucales y piezas dentarias afectadas respectivamente (ver anexo N° 7).

### **3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

En esta fase del proceso de investigación se explican los procedimientos y mecanismos que fueron empleados para la obtención de información necesaria para el desarrollo de ésta. El grupo investigador estuvo conformado por 5 personas, todas ellas realizando su último año en la facultad de odontología de la Universidad de El Salvador. El tiempo que se programó para la realización

de esta etapa de la investigación fue del 2 al 30 de octubre de 1998. El grupo investigador se dividió en dos subgrupos: un subgrupo formado por dos estudiantes y otro subgrupo de tres estudiantes, quienes se encargaron de recopilar la información en el área odontológica, un grupo en la torre del hospital y otro grupo en el anexo del hospital, en donde tanto a los odontólogos del servicio como a las madres o encargados de los niños que presentaban el síndrome del biberón fueron entrevistados en forma directa, oral y objetivamente, explicado de manera sencilla las preguntas, en los casos en los cuales en donde el encuestado no lograba comprenderla. También se aplicó una lista de cotejo en donde se observaron ciertos aspectos en el odontólogo así como también en el paciente infante cuando era atendido por el profesional odontólogo. Durante la investigación se observó la ausencia de pacientes que pudieran presentar el síndrome del biberón en la zona torre del hospital, ya que los niños que son atendidos en el área odontológica de esa zona del hospital se trata de niños internados dentro del hospital o infantes comprometidos sistémicamente por lo que se presentaron pacientes que formar parte de la investigación en la torre del hospital. Pero sí se contó con la presencia de una cantidad bastante grande de niños con dicho síndrome en la zona anexa del hospital. La recopilación de datos se efectuó en un horario matutino de 7:00 a 9:00 a.m. y de 10:00 a.m. a 12:00 m. meridiano en el área odontológica de la zona anexa del hospital Bloom, de lunes a viernes durante el mes de octubre.

Para la recopilación de los datos se utilizó la cédula de entrevista (número dos) en donde uno de los estudiantes de cada subgrupo se encargó de aplicarlas, estas cédulas fueron elaboradas para ser contestadas por las madres o encargados de los niños mientras esperaban en la sala de espera el momento de la consulta odontológica del niño, para realizar esto se contó con un tiempo de duración de quince minutos aproximadamente para cada cédula de entrevista

Uno de los estudiantes del sub grupo (anexo y torre) se encargó de entrevistar al odontólogo en servicio sobre los tratamientos odontológicos que se brindan a los pacientes con síndrome del biberón dentro del hospital, para ello se utilizó esta cédula de entrevista N° 1 la cual se aplicó al final de haber realizado el odontólogo los tratamientos al infante, esta entrevista tuvo un tiempo aproximado de duración de 20 minutos para cada odontólogo

Las cédulas de entrevista número uno que se aplicaron a los odontólogos del servicio dentro del hospital de niños fueron en total cuatro

En el momento en el que los niños que manifestaban el síndrome del biberón eran colocados en el sillón dental, uno de los estudiantes del sub grupo procedía a llenar la lista de cotejo, observando los tratamientos que se efectuaban a cada paciente y las manifestaciones clínicas bucales que

presentaban en el paciente niño, para esto se hizo uso de un espejo N° 5 y aditamentos especiales como abre bocas

### **3.7 PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.**

- En el área odontológica de la torre del HNNBB se encontró muy poca afluencia de niños que presentaban síndrome del biberón, lo cual obligó al grupo investigador trasladarse a la zona del anexo de dicho hospital para obtener la información requerida
- Otro de los problemas encontrados en el momento de recopilar los datos del presente estudio, fue la falta de apoyo por parte de dos odontólogas del servicio de odontología de la zona anexa del HNNBB quienes mostraron poca o ninguna colaboración en el proceso de la investigación, debido a esto disminuyó la población en estudio esperada y además algunos instrumentos de la investigación no fueron aplicados en las condiciones necesarias para ello
- Otra de las dificultades encontradas en el momento de recopilar la información fue algunas de las personas a quienes se les aplicó la cédula



de entrevista N° 2 no eran las madres, sino encargados de los niños con síndrome del biberón quienes tuvieron dificultad para proporcionar información adecuada de los infantes

- Se obtuvo poca colaboración por parte de algunos infantes con síndrome del biberón al momento de la observación clínica intrabucal, por lo que se realizó un mejor abordaje de estos niños durante el examen clínico para lograr de alguna manera su colaboración

### **3.8 PROCESO DE TABULACIÓN DE LOS DATOS.**

#### **3.8.1 REVISIÓN Y PREPARACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.**

Una vez que se obtuvo toda la información necesaria para realizar la investigación, se procedió a revisar todos y cada uno de los instrumentos utilizados para la recolección de ésta. Como primer paso se procedió a la revisión de todas las preguntas para constatar que estuvieran debidamente contestadas; luego se procedió a ordenar los instrumentos de acuerdo a un código previamente establecido, a cerrar las preguntas abiertas y a codificar las respuestas con el fin de agilizar el proceso de investigación

### **3.8.2 DESCRIPCIÓN DE LAS HOJAS TABULARES.**

La hoja tabular es en donde se concentran todos los datos obtenidos en la investigación por medio de los instrumentos con el objeto de ordenar y facilitar así al lector y al grupo el análisis de los instrumentos. En este caso debido a que se aplicaron 3 instrumentos diferentes se elaboraron 3 hojas tabulares

Esta hoja consiste en un cuadro en el que se detalló cada una de las respuestas obtenidas en los diferentes instrumentos. En la primera columna esta indicado el número de código correspondiente de cada instrumento y en la parte superior de ésta se presentan cada una de las preguntas con su correspondiente alternativa de respuesta numerada. (ver anexo N°9 )

### **3.8.3 PROCESO DE VACIADO DE LOS DATOS.**

Para el vaciado de los datos, dos de los investigadores que conforman el grupo revisaron y dictaron las respuestas de cada una de las preguntas, otro investigador se encargó de anotar la respuesta correspondiente en la hoja tabular. Los otros dos restantes, verificaron que la información que se anotaba en la hoja tabular fuera correcta de esta manera se logró corregir los errores que se encontraron

### **3.8 METODO DE ANALISIS DE LOS DATOS A UTILIZAR**

El análisis del presente trabajo tiene un carácter cuantitativo y cualitativo. Es cuantitativo, ya que en base a los resultados obtenidos mediante la recopilación de los instrumentos resultaron las cifras y porcentajes que se presentan en el apartado de cuadros estadísticos.

El carácter cualitativo se analizó en base a los resultados que se obtuvieron en el diagnóstico.

## CAPITULO IV.

### 4. RESULTADOS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.

#### 4.1 CUADROS ESTADISTICOS Y DESCRIPCION DE LOS DATOS.

##### 4.1.1 CUADROS ESTADÍSTICOS DE LA CÉDULA DE ENTREVISTA N° 2 APLICADA A LAS MADRES O ENCARGADOS DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DEL BIBERÓN.

###### CUADRO N° 1

VARIABLE: Conocimiento que tuvo la madre sobre el síndrome del biberón  
Antes y durante la lactancia.

INDICADOR: Conocimiento de los efectos que produce el dormir al niño con  
La pacha (antes y durante la lactancia).

PREGUNTA: ¿Conocía usted los efectos dañinos de dormir al niño con la  
Pacha?

ALTERNATIVAS	SÍ		NO		TOTAL
	F	%	F	%	
a Antes de la lactancia	17	16 66	85	83 33	102
b Durante la lactancia	22	21 56	80	78 43	102

En el cuadro N° 1 se observa que de 102 madres entrevistadas sobre si conocían los efectos dañinos de dormir al niño con la pacha, el 16.66% manifestó conocer los efectos dañinos de dormir al niño con la pacha, antes de la lactancia, mientras que el 83.33% manifestó que no los conocía, por otra parte un 21.56% dijo conocer los efectos dañinos de dormir al niño con la pacha durante la lactancia mientras que el 78.43% manifestó no conocerlos

## CUADRO N° 2

VARIABLE:: Inducción de dormir al infante a través del uso de la pacha, o el pecho, la frecuencia, las razones y el tiempo de permanencia de la pacha en la boca del niño.

INDICADOR: Dar pacha o pecho para dormir.

PREGUNTA: ¿Le daba pacha o amamantaba a su hijo para dormirlo?

ASPECTOS	SI		NO		TOTAL
	F	%	F	%	
a. Solo la pacha	38	37.25	64	62.74	102
b. Lo amamantaba	19	18.62	83	81.37	102
c. Ambas cosas	45	44.12	57	55.88	102

El cuadro N° 2 muestra que de 102 madres encuestadas sobre si le daba solo pacha para dormir al niño, respondieron afirmativamente un 37.25%, mientras que el 18.62% respondió que solamente lo amamantaba y un 44.12% le daban tanto pecho como pacha para dormirlo por lo que un 62.74 % no dio solo pacha, un 81.37 no solamente lo amamanto y un 55.88 % no dio a su hijo tanto la pacha como el amamantamiento para dormirlo.

CUADRO 2.1

PREGUNTA ¿Cuáles eran las razones por las que usted daba pacha a su hijo?

RAZONES	F	%
1. Para alimentarlo	19	18.63
2. Para que no llore	4	3.62
3. Por que la madre trabaja	28	27.45
4. Porque solo pacha quiere tomar	2	1.96
5. Por que no tuvo leche materna	9	8.82
6. Por que no se llenaba con el pecho	6	5.88
7. Por que la pedía	8	7.84
8. Estaba acostumbrado	2	1.96
9. Por que no tenía tiempo para darle pecho	1	0.98
10. Para mantenerlo ocupado	1	0.98
11. Para tranquilizarlo	3	2.94
12. Para quitarle el pecho	3	2.94
13. Por que llegaba cansada	1	0.98
14. No quiso leche materna	8	7.84
15. Para poder hacer los quehaceres del hogar	5	4.90
16. Le era más fácil	1	0.98
TOTAL	116 *	

\*los porcentajes fueron obtenidos en base a 83 sujetos los cuales respondieron más de una razón

El cuadro N° 21 muestra las razones por las cuales 102 madres entrevistadas daban pacha a su hijo en donde las más sobresalientes fueron un 27.45 % por que la madre trabajaba, el 18.63% manifestaban que daban pacha a su hijo para alimentarlo, un 14.71 para dormirlo, un 8.62% por que la madre no tuvo leche materna, un 7.84 por que el niño pedía la pacha y por que el niño no quiso leche materna en un 5.88% porque no se llenaba con el pecho, un 4.90 para poder hacer los quehaceres del hogar, un 3.62% para que no lllore y en menor porcentaje otras razones.



### CUADRO N° 3

VARIABLE · Inducción de dormir al infante través del uso de la pacha, y el pecho, la frecuencia, las razones y el tiempo de permanencia de la pacha o el pecho en la boca del niño

INDICADOR: Frecuencia del uso de la pacha y el pecho.

PREGUNTA ¿Cuántas pachas le daba usted al niño durante el día :

NUMERO DE PACHAS AL DÍA	F	%
1. Una pacha	4	4.82
2. Dos pachas	10	12.05
3. Tres pachas	14	16.87
4. Cuatro pachas	25	30.12
5. Cinco pachas o más	30	36.14
TOTAL	83	100

\*los porcentajes fueron obtenidos en base a 83 sujetos

En el cuadro N° 3 muestra que de 83 madres que proporcionaban pacha a sus hijos, un 36.14 % daban cinco o más pachas al niño durante el día, un 30.12 le daban cuatro pachas en el día y un 16.87% le daban tres pachas en el día al niño, un 12.05% dos pachas al día, y un 4.82% una pacha

**CUADRO N° 4**

**VARIABLE** Inducción de dormir al infante a través del uso de la pacha, ó pecho, la frecuencia, las razones y el tiempo de permanencia de la pacha o el pecho en la boca del niño

**INDICADOR** Tiempo que permanecía el pecho o la pacha en la boca del niño

**PREGUNTA** ¿Hasta que edad le dio pacha a su niño?

<b>EDADES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
1. Un año	6	7.23
2. Dos años	41	49.40
3. Tres años	25	30.12
4. Cuatro años	7	8.43
5. Cinco años	4	4.82
6. Mas de cinco	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

\*los porcentajes fueron obtenidos en base a 83 sujetos

Según los datos obtenidos en el cuadro N° 4 de 83 madres que daban pacha a sus hijos con Síndrome del biberón que consultaban al HNNBB, para atención odontológica, el 49.40% manifestó haberle dado pacha a sus hijos hasta la edad de dos años, un 30.12% hasta la edad de tres años un 8.43% hasta la

edad de 4 años ,un 7 23% hasta la edad de un año ,y un 4 82% hasta la edad de 5 años

### CUADRO N° 5

VARIABLE Inducción de dormir al infante a través del uso de la pacha o pecho, la frecuencia, las razones y el tiempo de permanencia de la pacha o el pecho en la boca del niño

INDICADOR: Tiempo de permanencia de la pacha o el pecho en la boca del niño.

PREGUNTA: ¿Al quedarse el niño dormido con la pacha?

ALTERNATIVAS	SI	
	F	%
a. Le quitaba la pacha	54	65 06
b. Le dejaba la pacha	29	34 93
TOTAL	83	100

Según los datos obtenidos en el cuadro N° 5 de las 83 madres entrevistadas el 65 06% de estas le quitaban la pacha al niño al quedarse dormido con la pacha, mientras que un 34 93% no se la quitaban

**CUADRO N° 5.1**

PREGUNTA Si le dejaba la pacha ¿Por cuanto tiempo?

TIEMPO	F	%
1 Menos de una hora	19	65.52
2 Una hora	8	27.59
3. Dos horas	1	3.45
4. Tres horas	0	0
5 Cuatro horas	0	0
6. Cinco horas o más	1	3.45
TOTAL	29	100

\*Los porcentajes fueron obtenidos en base a 29 madres

El cuadro N° 5.1 demuestra que de 29 madres de niños a los cuales se les dejaba la pacha en la boca, al quedarse dormido con la pacha el 65.52% le dejaba la pacha por un periodo de una hora un 27.59% le dejaba la pacha por un periodo de una hora y un 3.45% manifestó dejarle la pacha por un periodo de dos horas y otro 3.45% más de cinco horas

### CUADRO N° 6

**VARIABLE:** Inducción de dormir al infante a través del uso de la pacha, pecho, la frecuencia, las razones y el tiempo de permanencia de la pacha o el pecho en la boca del niño

**INDICADOR:** Tiempo que permanecía el pecho o la pacha en la boca del niño

**PREGUNTA:** ¿En que momento del día inducía a dormir al niño con la pacha?

MOMENTOS	F	%
1. En la madrugada	14	16.86
2. En la mañana	31	37.34
3. A medio día	10	12.05
4. Por la tarde	25	30.12
5. Por la noche	30	36.14
6. A cualquier hora	32	38.55
<b>TOTAL</b>	<b>142*</b>	<b>**</b>

\*Algunos de los entrevistados dieron mas de alguna respuesta

\*\*Los porcentajes fueron sacados en base a 83 sujetos (sujetos que fueron alimentados con pacha)

Según los datos obtenidos en el cuadro N° 6 de 83 madres entrevistadas que alimentaban a su hijo con pacha, se les interrogó sobre que momento del día inducían al niño al sueño con la pacha, un 38.55%, manifestó que inducían al niño a cualquier hora, el 37.34% manifestó inducirlo al sueño durante la mañana, un 36.14% inducían al sueño al niño por la noche, un 30.12% inducía

al niño al sueño por la tarde ,un 16.86% inducía al niño al sueño con la pacha por la madrugada y un 12 05% inducía al niño al sueño con la pacha al medio día

### CUADRO N° 7

**VARIABLE:** Diferentes líquidos suministrados en el biberón al niño

**INDICADOR:** Líquidos suministrados

**PREGUNTA** ¿Cuál es el contenido líquido que usualmente suministraba en la pacha a su hijo?

LIQUIDOS UTILIZADOS	F	%
1. Leche bovina	77	92.77
2 Atol	35	42.16
3. Café	3	3.61
4. Chocolate	7	8.43
5 Agua de arroz	36	43.37
6 Agua azucarada.	24	28.91
7. Gaseosa.	29	34.93
8 Jugos	34	40.96
9. Otros	7	8.43
<b>TOTAL</b>	<b>*496</b>	<b>*369.83</b>

\*Los sujetos en estudio dieron más de una respuesta

\*Los porcentajes fueron sacados en base a 83 sujetos (que fueron alimentados con pacha)

De acuerdo con los datos obtenidos en el cuadro N° 7, a las 83 madres que daban pacha se les preguntó sobre los diferentes líquidos que usualmente se les suministraban a los niños en ésta, el 92.77% de las madres aseguró colocar leche bobina, el 42.16% colocó diferentes atoles, un 43.37% colocaba agua de arroz, un 66.26% colocaban agua sin ningún tipo de agregado, la solución de agua con azúcar un 28.91%, un 34.93% colocaban gaseosa, un 40.96% agregaban jugos artificiales y naturales, mientras que un pequeño porcentaje agregó café, chocolate, y diferentes líquidos.

#### CUADRO N° 8

VARIABLE: Diferentes líquidos suministrados en el biberón del niño

INDICADOR: Que suministraba con los líquidos.

PREGUNTA: ¿qué tipo de endulzante utilizaba para cada pacha?

ENDULZANTES UTILIZADOS	F	%
1. Azúcar corriente,	75	90.36
2 No colocaron ningún enduzante.	8	9.63
TOTAL	83	100

\*los porcentajes fueron obtenidos en base a 83 madres que suministraban pacha a sus hijos.

Según los datos obtenidos en el cuadro N° 8, de las 83 madres que hicieron uso de la pacha, conteniendo diferentes líquidos, un 90.36% utilizaron como endulzante azúcar corriente, mientras que el 9.63% no utilizaron ningún endulzante dentro de las pachas de sus hijos.

### CUADRO N° 8.1

RESPUESTAS DADAS POR 75 MADRES SOBRE LA CANTIDAD DE AZUCAR COLOCADAS EN LAS PACHAS DE LOS NIÑOS QUE PADECEN EL SÍNDROME DEL BIBERÓN.

PORCIÓN UTILIZADA	F	%
1 Media cuacharadita	11	14.66
2 Una cuacharadita	31	41.33
3 Una y media cuacharadita	4	5.33
4. Dos cucharaditas	20	26.66
5. Tres cucharaditas	8	10.66
6. Cuatro cucharaditas	1	1.33
TOTAL	75	100

Según datos obtenidos en el cuadro N° 8.1 de las 75 madres que le colocaron azúcar dentro de la pacha, a sus hijos, un 14.66% utilizó solo media



cuacharadita, un 41 33% utilizó una cucharadita, un 5 33% utilizó una y media cucharadita, un 26.66% utilizó dos cucharaditas en cada pacha, un 10 66% colocó tres cucharaditas, y solo 1 33% colocó cuatro cucharaditas de azúcar en cada pacha

### CUADRO N° 9

**VARIABLE:** Inducción de dormir al infante a través del uso de la pacha, y el Pecho, la frecuencia, las razones y el tiempo de permanencia de La pacha o el pecho en la boca del niño.

**INDICADOR:** Frecuencia del uso de la pacha o el pecho.

**PREGUNTA:** ¿Cuántas veces al día amamantaba a su hijo para dormirlo?

N° DE VECES AL DIA	F	&
1. Una vez	7	10.93
2. Dos veces.	7	10.93
3. Tres veces	14	21.87
4. Cuatro veces.	12	18.75
5. Cinco veces	24	37.5
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

\*los porcentajes fueron obtenidos en base a 64 madres que amamantaban a sus hijos

En el cuadro N° 9, se puede observar que de los 64 niños en estudio que fueron amamantados, un 10 93% de los niños fueron amamantados una vez al día un 21 87% fueron amamantados tres veces al día, un 18 75% cuatro veces al día y 37 5% fueron amamantados cinco veces o más durante el día.

### CUADRO N° 10

**VARIABLE:** Inducción de dormir al infante a través del uso de la pacha, o pecho, la frecuencia las razones y el tiempo de permanencia de la pacha o el pecho en la boca del niño.

**INDICADOR:** Tiempo que permanecía el pecho o la pacha en la boca del niño.

**PREGUNTA:** ¿ Hasta que edad amamantó a su hijo?

EDADES	F	%
1. Menos de un año	14	21 87
2. Un año	18	28 12
3. Dos años	26	40.62
4. Tres años o más	6	9.37
TOTAL	64	100

\*los porcentajes fueron obtenidos en base a 64

Según los datos obtenidos en el cuadro N° 10 de 64 niños amamantados, indican que un 21 87% de los niños en estudio dejaron de ser amamantados en

menos de un año, un 28 12% dejaron de ser amamantados a la edad e un año, un 40 62% hasta la edad de dos años, y un 9 37% se les dejó de amamantar a la edad de tres años o más

### CUADRO N° 11

**VARIABLE:** Inducción de dormir al infante a través del uso de la pacha o pecho, la frecuencia, las razones y el tiempo de permanencia de la pacha o el pecho en la boca del niño.

**INDICADOR** tiempo que permanecía el pecho o la pacha en la boca del niño

**PREGUNTA** ¿Al dormirse el niño en el momento de ser amamantado, le quitaba o le dejaba el pecho en la boca?

ALTERNATIVA	F	%
1 Le dejaba el pecho en la boca	25	39 06
2. Le quitaba el pecho de la boca	39	60 93
TOTAL	64	100

Según los datos obtenidos en el cuadro N° 11 de las madres de los niños que fueron amamantados un 39 06% dejaban el pecho en la boca del niño, aun

después de dormirse éste, y un 60 93% le quitaban el pecho después que el niño se dormía

### CUADRO N° 11.1

**VARIABLE** Inducción de dormir al infante a través del uso de la pacha o pecho, la frecuencia, las razones y el tiempo de permanencia de la pacha o el pecho en la boca del niño.

**INDICADOR** Tiempo que permanecía el pecho o la pacha en la boca del niño.

**PREGUNTA** ¿Tiempo que las madres dejaban el pecho en la boca del niño después de dormirse éste?

TIEMPO	F	%
1. Menos de una hora	20	80
2. Una hora	4	16
3. Más de una hora	1	4
TOTAL	25	100

De los 25 niños que las madres no quitaban el pecho de la boca después de dormirse el infante, un 80% mantuvo menos de una hora el pecho en la boca del niño, un 16% mantuvo el pecho una hora después de dormir al niño, y un 4% mas de una hora

**CUADRO N° 12**

**VARIABLE** Inducción de dormir al infante a través del uso de la pacha o el pecho, la frecuencia, las razones y el tiempo de permanencia de la pacha o el pecho en la boca del niño

**INDICADOR** Tiempo que permanecía el pecho o la pacha en la boca del niño

**PREGUNTA** ¿En qué momento del día inducía al sueño al niño a través del pecho?

MOMENTOS	F	%
1. En la madrugada	23	35.93
2. En la mañana	30	46.87
3. A medio día	9	14.06
4. Por la tarde	23	35.93
5. Por la noche	39	60.93
6. A cualquier hora	18	28.13
TOTAL	*142	**

\* Algunos de los entrevistados dieron mas de una respuesta

\*\* Los porcentajes fueron sacados en base a 64 sujetos que fueron amamantados

Según los datos obtenidos en el cuadro N° 12 de 64 madres que amamantaban a sus hijos un 35.93% de niños fueron inducidos al sueño a través del pecho durante la madrugada, un 46.87% durante la mañana, un

14 06% al medio día, un 35 93% por la tarde, un 28 13% a cualquier hora y un 60 93% por la noche

### CUADRO N° 13

**VARIABLE** Conocimiento que tuvo sobre la técnica de higiene bucal para su infante durante el periodo de lactancia.

**INDICADOR.** Conocimiento de otras alternativas de higiene bucal.

**PREGUNTA** ¿Conocía usted como debía realizar la higiene bucal de su hijo cuando tenía menos de un año, después de haberle quitado la pacha o el pecho de la boca?

ALTERNATIVAS	F	%
1. Si	37	36.27
2. No	63	63.72
TOTAL	102	100

\*Los porcentajes fueron obtenidos en base a 102 madres

Según los datos obtenidos un 36.27% de las madres afirmo conocer como debía realizar la higiene bucal a su hijo cuando este tenía menos de un año después de quitarle el pecho o la pacha de la boca, mientras que un porcentaje de 63 72% aseguró desconocer como debía hacerlo

**CUADRO N° 14**

**VARIABLE.** Conocimiento que tuvo la madre sobre la técnica de higiene bucal para su infante durante el periodo de lactancia

**INDICADOR:** Conocimiento de técnicas del cepillo dental para el niño

**PREGUNTA** ¿Conocía usted como debía realizar la higiene bucal de su hijo cuando tenía mas de un año, después de haberle quitado la pacha o el pecho de la boca?

ALTERNATIVAS	F	%
1. Si	58	56.9
2. No	44	43.13
TOTAL	102	100

Según los datos obtenidos en el cuadro N 14 de 102 madres entrevistadas el 56.9% de las madres afirmo conocer como debía realizar la higiene bucal a su hijo cuando éste tenía mas de un año, después de quitarle el pecho o la pacha de la boca, mientras que un 43.1% manifestaron que no conocían como hacerlo.

**CUADRO N° 15**

**VARIABLE** Conocimiento que tuvo la madre sobre la técnica de higiene bucal para su infante durante el periodo de la lactancia

**INDICADOR** Conocimiento de técnicas de cepillado dental para el niño.

**PREGUNTA** ¿Le han explicado alguna vez como debe realizar el cepillado de su hijo?

ALTERNATIVAS	F	%
1. Si	55	54.9
2. No	47	46.1
TOTAL	102	100

Según los datos obtenidos en el cuadro n 15 el 54.9% de ellos manifestaron que les han explicado como debe realizar el cepillado dental del niño y el 46.1% manifestó que no le habían explicado como debe realizar el cepillado dental del infante.



**CUADRO N° 16**

**VARIABLE** Conocimiento que tubo la madre sobre la técnica de higiene bucal para su informe durante el periodo de lactancia

**INDICADOR.** Conocimiento de técnicas alternativas de higiene bucal

**PREGUNTA:** ¿Tuvo conocimiento usted de otros métodos de higiene bucal de su hijo que no sea la pasta y cepillo?.

ALTERNATIVAS	F	%
1. Si	30	29.41
2. No	72	70.59
TOTAL	102	100

Según los datos obtenidos en el Cuadro N° 16 de 102 madres entrevistadas el 71.59% de las madres no tuvieron conocimiento de otros métodos de higiene bucal para el infante que no fuera pasta y cepillo mientras que el 29.41% de estas madres manifiestan haber tenido otro método para la higiene bucal del infante que no fue pasta y cepillo dental, tales como agua, algodón, daiper, etc. (ver cuadro N° 20).

### CUADRO N°17

VARIABLE: Práctica de la madre sobre técnicas de higiene bucal en el infante durante la lactancia

INDICADOR: Práctica de higiene bucal.

PREGUNTA: ¿Cepillaba los dientes de su hijo después de quitarle la pacha o el pecho?

CATEGORIAS	F	%
a). Siempre	2	1.96
d). Casi siempre	6	5.88
c). Algunas veces	39	38.23
b). Nunca.	55	53.92
TOTAL	102	100

El cuadro N° 17 indica de 102 madres entrevistadas el 38.23% de ellas manifestó que algunas veces cepillaron los dientes del niño al quitarle la pacha o el pecho, el 5.88% que casi siempre cepillaban los dientes, y solamente el 1.96% de ellas manifestó que siempre cepillaban los dientes del infante después de quitarle la pacha o el pecho. Mientras que un 53.92% de ellas

manifestaron que nunca cepillaron los dientes del niño después de quitarle la pacha o el pecho

### CUADRO N° 17.1

Respuestas dadas por 47 madres o encargadas que cepillaban los dientes de los niños sobre la forma de cómo lo hacía

ALTERNATIVAS	F	%
a). Para arriba y para abajo	24	51.05
B). Hacia delante y hacia atrás	5	10.6
C). Movimientos circulares.	4	8.5
D). No supo explicarlo	20	42.5
TOTAL	53*	**

\*Los sujetos en estudio dieron más de una respuesta

\*\*Los porcentajes fueron sacados en base a 47 sujetos

Los datos obtenidos en el cuadro 17.1 indican que el 51.05% de estas madres cepillaba los dientes del niño para arriba y para abajo, el 42.5% de ellas manifestó que cepillaba los dientes del niño pero no sabía como explicarlo, mientras que un 10.6% de ellas cepillaron los dientes del niño hacia delante y

hacia atrás y un 8 5% de estas madres cepillaban los dientes del niño con movimientos circulares

### CUADRO N° 18

**VARIABLE:** Prácticas de la madre sobre técnicas de higiene bucal en el infante durante la lactancia.

**INDICADOR:** Práctica de higiene bucal.

**PREGUNTA:** ¿Cuántas veces al día realizaba la limpieza dental de su hijo?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Una vez al día	13	12 74
b). Dos veces al día	22	21 56
c). Tres veces al día	12	11 76
d). Más de tres veces	0	0
e) Nunca	55	53 92
TOTAL	102	100

En el cuadro N° 18 se observa que el 53 92% de las madres no realizaban en el día la limpieza dental del niño, el 21 56% de ellas manifestó que lo hacían

dos veces al día, un 12.74% lo hacían una vez al día mientras que el 11.76% lo hacían tres veces al día

### CUADRO N°18.1

Respuestas proporcionadas por 47 madres o encargadas que realizaban la limpieza dental del niño y el tiempo en que lo hizo más.

TIEMPO	F	%
a). Mañana	23	48.9
b). Tarde	15	31.9
c) Noche	24	51.0
TOTAL	62*	**

\*Los sujetos en estudio dieron más de una respuesta.

\*\*Los porcentajes fueron sacados en base a 47 sujetos

El cuadro N° 18.1 muestra que de 47 sujetos entrevistados el 51.0% de las madres realizaban la limpieza dental del niño sólo por la noche, mientras que el 48.9% realizaba la limpieza por la mañana y un 31.9% realizaba la limpieza dental por la tarde.

### CUADRO N° 19

VARIABLE Prácticas de la madre sobre técnicas de higiene bucal en el infante durante la lactancia

INDICADOR Prácticas de otras técnicas de higiene bucal

PREGUNTA: ¿Qué utilizaba Ud. Para realizar la limpieza bucal de su hijo cuando era menor de un año?

ALTERNATIVAS	F	%
a) Agua	12	26.66
b). Algodón	20	44.44
c). Daiper	3	6.66
d). Bicarbonato	10	22.22
e) Hisopo	1	2.22
f). Cepillo	4	8.88
g). Pasta	3	6.66
h). Miel rosada	3	6.66
i). Gasa	10	22.22
j). Trapito (tela)	4	8.88
TOTAL	127*	**

\*Los sujetos en estudio dieron más de una respuesta

\*\*Los porcentajes fueron sacados en base a 45 sujetos

Según los datos del cuadro N° 19 de los 45 sujetos entrevistados el 44.44% de las madres manifestó que utilizaron algodón para realizar la limpieza bucal del niño, el 22.22% de las madres manifestó que utilizaban bicarbonato y gasa para realizar la limpieza, el 8.88% de estas madres manifestó que utilizaban cepillo y trapito (tela), el 6.66% de las madres manifestaron que utilizaban daiper, pasta y miel rosada para la limpieza bucal y el 2.22% de las madres manifestó que utilizaron hisopos para la limpieza cuando era menor de un año

### CUADRO N° 20

VARIABLE: Prácticas de la madre sobre técnicas de higiene bucal en el infante durante la lactancia

INDICADOR: Prácticas de otras técnicas de higiene bucal

PREGUNTA: ¿Qué utilizaba para realizar la limpieza bucal de su hijo cuando no tenía pasta y cepillo dental, y mayor de un año de edad?

ALTERNATIVAS	F	%
a). Agua	16	35.5
b). Algodón	8	17.7
c). Daiper	0	0
d). Bicarbonato	17	37.7
e). Sal	3	6.66
f). Gasa	2	4.44
g). Trapito (tela)	1	2.22
TOTAL	47*	**

\*Los sujetos en estudio dieron más de una respuesta

\*\*Los porcentajes fueron sacados en base a 45 sujetos

Los datos obtenidos a través del cuadro N° 20 refleja que de 45 sujetos entrevistados el 37.7% de las madres utilizaron bicarbonato de sodio para realizar la limpieza bucal cuando no tenían pasta ni cepillo dental, el 17.7%



utilizaran algodón para realizar la limpieza bucal, el 66% utilizó sal mientras que un 22% utilizaron gasa y el 22% manifestó utilizar un trapito (tela) para efectuar la limpieza bucal del niño

### CUADRO N° 21

**VARIABLE:** Tratamientos odontológicos preventivos que se realizan a los infantes que presentan el síndrome del biberón.

**INDICADOR:** Aspectos de promoción de la salud que se realizan

**PREGUNTA:** Al traer a su hijo la consulta odontológica del hospital de niños le han dado charlas en salud bucal.

ALTERNATIVAS	F	%
1 SI	8	7.84
2 NO	94	92.15
TOTAL	102	100

Según los datos del cuadro N° 21 el 92.15% de las madres encuestadas manifestaron que no se les han brindado charlas sobre salud bucal en el Hospital Bloom, mientras que un 7.84% de ellas aseguró que si le han brindado charlas sobre salud bucal.

### CUADRO N° 21.1

Temas sobre los cuales recibieron charlas en salud bucal las madres entrevistadas dentro del Hospital de niños Benjamín Bloom

ALTERNATIVAS	F	%
a). Cepillado dental	8	100
b). Alimentos cariogénicos	2	25
TOTAL	10*	**

\*Los sujetos en estudio dijeron más de una alternativa

\*\*Los porcentajes fueron sacados en base a 8 sujetos

Según datos obtenidos en el cuadro N° 21.1 el 100% de las madres ha recibido charlas sobre cepillado dental y un 25% de ellas manifestó que ha recibido charlas sobre alimentos cariogénicos

### CUADRO N° 22

VARIABLE Tratamientos odontológicos preventivos que se realizan a los  
infantes que presentan el síndrome del biberón

INDICADOR: Aspectos de protección específica bucal que se realizan

PREGUNTA ¿Le han brindado alguna vez flúor a su hijo en el Hospital  
Benjamín Bloom?

ALTERNATIVAS	F	%
1) Si	21	20.58
2) No	81	79.42
TOTAL	102	100

En el cuadro N° 22 indica que el 79.42% manifestó que no le han brindado flúor en el Hospital Benjamín Bloom para el infante mientras que un 20.58% de ellas manifestó que si le han brindado flúor en el HNNBB

**4.1.2. CUADROS ESTADISTICOS DE LA LISTA DE COTEJO APLICADA A  
LOS INFANTES CON SÍNDROME DEL BIBERÓN Y A ODONTÓLOGOS EN  
SERVICIO DEL AREA ODONTOLÓGICA DEL HNNBB**

**CUADRO N° 23**

**VARIABLE** Tratamiento odontológico que se le realizan a los infantes que presentan el síndrome del biberón.

**INDICADOR.** Protección específica bucal que se realizan.

**ASPECTO OBSERVADO:** Tratamientos preventivos de protección específica bucal que realiza el odontólogo.

TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS QUE REALIZA EL ODONTÓLOGO.	SI		NO		TOTAL
	F	%	F	%	
1.1 Profilaxis	6	5.88	96	94.1	102
1.2 Aplicaciones tópicas de flúor	6	5.88	96	94.12	102
1.3 Uso de flúor sistémico	7	6.86	95	93.14	102
1.4 Colocación de sellantes de fosa y fisuras	1	0.98	101	99.02	102

El cuadro N° 23 muestra que al observar a 102 niños con síndrome de biberón acerca de los aspectos de protección específica que les realizan resultó

que la profilaxis se les realizaron al 5.88% dejando en 94.12% sin este tratamiento, la aplicación tópica de flúor obtuvo igual resultado, con respecto al flúor sistémico solo al 6.86% se les practicó y al 93.14% no se le practicó y la colocación de sellantes de fosas y fisuras obtuvo un 0.98% de realización de dicho tratamiento y 99.02% no.

#### CUADRO N° 24

**VARIABLE:** Tratamientos odontológicos que realiza el hospital de niños a los infantes con síndrome del biberón.

**INDICADOR:** Tratamientos restaurativos que se realizan.

**ASPECTO OBSERVADO:** Tratamientos restaurativos que realiza el odontólogo en el hospital de niños Benjamín Bloom.

TRATAMIENTO RESTAURATIVO	SI		NO		TOTAL
	F	%	F	%	
2.1 Obturaciones de amalgama	84	82.35	18	17.65	102
2.2 Obturaciones de resina	5	4.90	97	95.10	102
2.3 Corona de acero cromado	0	--	102	100	102
2.3 Otros	0	--	102	100	102

En el cuadro n° 35 muestra que de un total de 102 niños observados a la hora de realizar los tratamientos restaurativos, resultó que el 82.35% obtuvieron las restauraciones de amalgama y 17.65% el resultado de los que no se les realizó. Las obturaciones de resina se les realizó sólo a 4.90% dejando a un 95.10% sin este tratamiento, con respecto a las coronas de acero cromado y otros tratamientos no se les realizó a ningún niño.

### CUADRO N° 25

VARIABLE: Tratamientos odontológicos que realiza el hospital de niños a los infantes con síndrome del biberón.

INDICADOR: Tratamientos endodónticos que se realizan.

ASPECTO OBSERVADO: Tratamientos endodónticos que realiza el odontólogo

TRATAMIENTOS ENDODONTICOS	SI		NO		TOTAL
	F	%	F	%	
3.1 Pulpotomías	55	53.92	47	46.07	102
3.2 Pulpectomías	15	14.70	87	85.29	102

En el cuadro N° 25 se muestra los tratamientos endodónticos realizados a 102 niños, las pulpotomía se les practicaron al 53.92% y un 46.07% no se les realizó, y el tratamiento de pulpectomía se les practicó a un 14.70% de los niños y un 85.29% no recibieron dicho tratamiento

### CUADRO N° 26

VARIABLE: Tratamientos odontológicos que realiza el hospital de niños a los infantes con el síndrome del biberón.

INDICADOR: Tratamientos de cirugía que se realizan.

TRATAMIENTOS DE CIRUGIA	SI		NO		TOTAL
	F	%	F	%	
4.1 Exodoncias	57	55.88	45	44.12	102
4.2 Otros tratamientos de cirugía	2	1.96	100	98.03	102

Cuadro N° 27 referente a los tratamientos de cirugía efectuados a 102 niños resultó que el tratamiento de exodoncia se practicó al 55.88% y a un 44.12% no se les realizó dicho tratamiento, otros tratamientos de cirugía que se realizaron fueron los drenajes de abscesos los cuales solamente se practicaron al 1.96% de los niños.

**CUADRO N° 27**

**VARIABLE** Tratamientos odontológicos que se realizan en el hospital de niños a los infantes con síndrome del biberón

**INDICADOR** Tratamientos de ortodoncia que se realizan

**ASPECTO OBSERVADO** Tratamientos de ortodoncia que realiza el odontólogo

TRATAMIENTOS DE ORTODONCIA	SI		NO		TOTAL
	F	%	F	%	
5.1 Mantenedor de espacio	0	0	102	44.12	102
5.2 Otros tx de ortodoncia	0	0	102	98.03	102

El cuadro N° 26 indica que no se observó la realización de mantenedores de espacio ni ningún tipo de aparatos de ortodoncia a los niños que padecen del síndrome del biberón, aunque su utilización sea necesaria, por el índice de exodoncia de piezas temporales prematuramente.



**CUADRO N° 28**

**VARIABLE.** Características clínicas bucales que presentan los niños con  
síndrome del biberón

**INDICADOR.** Tejidos blandos bucales

**ASPECTO OBSERVADO** Características clínicas bucales

TEJIDOS BLANDOS BUCALES	SI		NO		TOTAL
	F	%	F	%	
6.2 Presencia de fistulas	37	36.27	65	63.72	102
6.3 Presencia de abscesos	20	19.61	82	80.39	102
6.4 Presencia de celulitis.	1	0.94	101	99.01	102

El cuadro N° 28 muestra el resultado de las observaciones a los tejidos blandos a 102 niños en estudio, el cual muestra que un 36.27% resulta con presencia de fistula y el 63.72% no la presentó. Presentaron absceso solamente el 19.61% y la celulitis solo la poseía un niño, obteniendo el 0.94% de porcentaje.

### CUADRO N° 29

VARIABLE. Características clínicas que presentaron los niños con síndrome del biberón.

INDICADOR Tejidos duros bucales (estructuras dentarias).

ASPECTO OBSERVADO Características clínicas de tejidos duros bucales

TEJIDOS DUROS BUCALES	SI		NO		TOTAL
	F	%	F	%	
7.1 Desmineralización dental	75	73.53	27	26.47	102
7.2 Cambio de color en dientes	95	93.14	7	6.86	102
7.3 Destrucción dental	81	79.41	21	20.59	102

El cuadro N° 29 muestra los resultados de las 102 observaciones de tejidos duros bucales (estructuras dentarias), el 73.53% de ellos presentó desmineralización dental y el 26.47% no se le observó desmineralización. El cambio de color en piezas dentarias resultó que la poseían 93.14% mientras que un solamente un 6.86% no la poseían, la destrucción dental obtuvo un 79.41, mientras que un 20.59% no la presentaron.

**CUADRO N° 30**

**VARIABLE** Características clínicas bucales que presentan los niños con  
síndrome del biberón

**INDICADOR:** Piezas dentarias afectadas

**ASPECTO OBSERVADO** Superficies cariadas de la arcada superior derecha

CARIES SUPERFICIES	5-1		5-2		5-3		5-4		5-5	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Mesial	51	50	67	65.6	12	11.8	26	24.5	13	12.7
Distal	46	45.1	56	54.9	12	11.8	20	19.6	13	12.7
Oclusal ó incisal	25	24.5	31	30.4	5	4.9	57	55.9	49	48.0
Bucal	44	43.1	55	53.9	24	23.5	17	16.7	10	9.8
Palatino ó Lingual	28	27.5	39	38.2	10	9.8	20	19.6	16	15.7
<b>TOTAL</b>	<b>194</b>	<b>38.0</b>	<b>248</b>	<b>48.6</b>	<b>63</b>	<b>12.3</b>	<b>140</b>	<b>27.4</b>	<b>101</b>	<b>19.8</b>

El cuadro N° 30 indica que en 102 niños examinados, se observó un alto porcentaje de caries en la superficie de la pieza 5-2 con un 65.6%, un 55.9% en la superficie oclusal de la pieza 5-4, seguidos con un 50% en la superficie mesial de la pieza 5-1, un 48.0% en la superficie oclusal de la pieza 5-5, y en la superficie bucal de la pieza 5-3 se observó que los dientes más afectados por caries del biberón son las piezas 5-2 con un 48.63% seguido de 5-1 con un 38.0% y un 12.35% en la pieza 5-3, la cual se observó menos afectada

**CUADRO N° 30.1**

ASPECTO OBSERVADO Superficies cariadas de la arcada superior izquierda

CARIES SUPERFICIES	6-1		6-2		6-3		6-4		6-5	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Mesial	52	51	65	63.7	14	13.7	21	20.6	13	12.7
Distal	47	46.1	57	55.9	14	13.7	20	19.6	10	9.8
Oclusal o Incisal	20	19.6	32	31.4	4	3.9	54	52.9	48	47.0
Bucal	43	42.2	56	54.9	24	23.5	16	15.7	9	8.8
Palatino o Lingual	24	43.1	38	37.2	11	10.8	19	18.6	15	14.7
TOTAL	186	36.4	248	48.6	67	13.1	130	25.5	95	18.6

El cuadro N° 30 1 indica que un 63 7% presentó lesiones cariosas a nivel de la superficie mesial de la piezas 6-2, seguidas de la pieza 6-4 con un 52 9%, un 51.0% presentó lesiones cariosas en mesial de la pieza 6-1, también se observan caries en la superficie oclusal de la pieza 6-5 con un porcentaje de

47.0% y un 23.5% corresponde a la superficie bucal de la pieza 6-3. Según los datos obtenidos se observó que las piezas dentarias que con mayor frecuencia son afectadas por síndrome del biberón son las piezas 6-2 con un porcentaje total de 48.6% y la pieza 6-1 con un 36.4%, con los resultados antes mencionados se observó que la mayoría de la población infantil en estudio presentó lesiones cariosas extensas en sus dientes deciduos, siendo los más afectados los incisivos centrales superiores y menos afectados los caninos superiores.

#### CUADRO N° 30.2

ASPECTO OBSERVADO: Superficies cariadas de la arcada inferior izquierda

CARIES SUPERFICIES	7-3		7-4		7-5	
	F	%	F	%	F	%
Mesial	2	1.9	11	10.7	10	9.8
Distal	3	2.9	11	10.7	11	10.7
Oclusal o incisal	3	2.9	42	41.2	47	46.1
Bucal	3	2.9	8	7.8	12	11.7
Palatino o lingual	2	1.9	8	7.8	8	7.8
TOTAL	13	2.54	80	15.8	88	17.2

\*Las piezas 7-1 y 7-2 no presentan caries.

El cuadro N° 30.2 indica que de 102 niños hay un 46.1% de ellos que presentan caries a nivel de la superficie oclusal de la pieza 7-5, encontrándose

que la superficie oclusal de la pieza 4-4 presentó un porcentaje de 41.2% y un 2.9% encontrado en la superficie distal, oclusal y bucal de la pieza 7-3. Se observó que a nivel del cuadrante izquierdo las piezas que más son atacadas por el síndrome del biberón son las piezas dentarias posteriores, si tenemos que la pieza 7-5 presentó un 17.2%, la pieza 7-4 un 15.8% y un 2.54% corresponde a la pieza 7-3 la cual se encontró menos afectada.

### CUADRO N° 30.3

ASPECTO OBSERVADO Superficies cariadas de la arcada inferior derecha.

CARIES SUPERFICIES	8-3		8-4		8-5	
	F	%	F	%	F	%
Mesial	3	2.9	14	13.7	13	12.7
Distal	3	2.9	14	13.7	12	11.7
Oclusal o incisal	2	1.9	42	41.1	47	46.1
Bucal	3	2.9	11	10.7	11	10.7
Palatino o lingual	2	1.9	10	9.8	9	8.8
TOTAL	13	2.54	91	17.8	92	18.0

\*Piezas 8-1, 8-2 no presentaron caries.

De este cuadro se puede deducir que un 46.1% presenta caries en la superficie oclusal de la pieza 8-5 encontrado en la población infantil en estudio,

en la superficie oclusal de la pieza 8-4 presenta un 41.1% y un 2.9% encontrado en la superficie mesial, distal y bucal de la pieza 5-3. De los niños examinados la pieza dentaria que presentó más lesiones cariosas del cuadrante inferior derecho es la pieza 8-5 con un 18.0%, seguidamente de la pieza 8-4 que presenta un 17.8% y la pieza dentaria que presentó menos lesiones cariosas es la pieza 8-3 con 2.54%.



### CUADRO N° 31

VARIABLE: Características clínicas bucales que presentan los niños con  
síndrome del biberón

INDICADOR: Piezas dentarias afectadas.

ASPECTO OBSERVADO. Piezas obturadas de la arcada superior derecha

Piezas Superficies	5-1		5-2		5-3		5-4		5-5	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Mesial	2	19	2	19	1	0.9	7	6.8	1	0.9
Distal	1	0.9	2	1.9	2	1.9	6	5.8	1	0.9
Oclusal o incisal	1	0.9	3	2.9	2	1.9	22	21.5	19	18.6
Bucal	1	0.9	3	2.9	2	1.9	4	3.9	1	0.9
Palatino o lingual	1	0.9	2	1.9	1	0.9	4	3.9	5	4.9
TOTAL	6	1.17	6	1.17	8	1.56	43	8.43	27	5.29

Con respecto a la población en estudio de 102 niños se observó que a un 21.5% presentaron obturaciones con mayor frecuencia en las superficies oclusal de las piezas 5-4, además se encontró que en la superficie oclusal de la pieza 5-5 presenta un 18.6%, mientras que la pieza 5-2 presenta un 2.9% en la superficie incisal y bucal, no así en la pieza 5-1 y 5-3 que presentan un porcentaje de 1.9% encontrado en la superficie mesial y distal. De la población infantil en estudio se encontró que un 8.43% presenta obturaciones en la pieza 5-4 en un 5.29% obturaciones en la pieza 5-5 y un 1.17% obturaciones en las piezas 5-1 y 5-2.

**CUADRO N° 31.1**

ASPECTO OBSERVADO. Piezas obturadas de la arcada superior izquierda.

Piezas Superficies	6-1		6-2		6-3		6-4		6-5	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Mesial	3	2.9	2	1.9	3	2.9	7	6.8	2	1.9
Distal	2	1.9	1	0.9	2	1.9	8	7.8	1	0.9
Oclusal o incisal	2	1.9	1	0.9	5	4.9	21	20.5	16	15.6
Bucal	2	1.9	2	1.9	3	2.9	4	3.9	1	0.9
Palatino o lingual	2	1.9	1	0.9	2	1.9	5	4.9	6	5.8
TOTAL	11	2.15	7	1.37	15	2.94	45	8.82	26	5.1

El cuadro N° 31.1 demuestra que de los niños en estudio un 20.5% presenta obturaciones en la superficie oclusal de la pieza 6-4, el 15.6% corresponde a la pieza 6-5 encontrado en la superficie oclusal, así también la pieza 6-3 con un 4.9% en la superficie incisal. Un 2.9% presenta la pieza 6-1 a

nivel de la superficie mesial y un 19% presenta la pieza 6-2 a nivel de la superficie mesial y vestibular. Es importante mencionar que la pieza que se encuentra con mayor frecuencia obturada es la pieza 6-4 con un 88.2%

### CUADRO N° 31.2

ASPECTO OBSERVADO. Piezas obturadas de la arcada inferior izquierda.

Piezas Superficies	7-4		7-5	
	F	%	F	%
Mesial	7	6.8	3	2.9
Distal	8	7.8	3	2.9
Oclusal	49	48.0	32	31.4
Vestibular	4	3.9	3	2.9
Lingual	3	2.9	1	0.9
TOTAL	71	13.9	42	8.23

\*Piezas 7-1, 7-2 y 7-3 no se encuentran obturadas

En el cuadro N° 31.2 se puede observar que a nivel del cuadrante inferior izquierdo un 48.0% presenta obturaciones en la superficie oclusal de la pieza 7-4 y un 31.4% presentó de obturaciones en la superficie oclusal de la pieza 7-5. Por los resultados encontrados se puede decir que la pieza dentaria del

cuadrante inferior izquierdo que más frecuentemente se encontró obturada en los niños en estudio fue la pieza 7-4 en un 13.9% y la pieza 7-5 con un 8.23%

**CUADRO N° 31.3**

**ASPECTO OBSERVADO: Piezas obturadas de la arcada inferior derecha.**

Piezas Superficies	8-3		8-4		8-5	
	F	%	F	%	F	%
Mesial	2	1.9	5	4.9	3	2.9
Distal	2	1.9	8	7.8	3	2.9
Oclusal	2	1.9	49	48	36	35.3
Vestibular	2	1.9	4	3.9	6	5.8
Lingual	1	0.9	4	3.9	2	1.9
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>1.76</b>	<b>70</b>	<b>13.7</b>	<b>50</b>	<b>9.8</b>

\*Las piezas 8-1 y 8-2 no se encuentran obturadas.

En el cuadro N° 31.3 muestra que la frecuencia de piezas obturadas en pacientes con síndrome del biberón encontrado en el cuadrante inferior derecho es de 48.0% en la superficie oclusal de la pieza 8-4 y un 35.3% en la superficie oclusal de la pieza 8-5. También se observa que un 1.9% presenta la pieza 8-

3 a nivel de la superficie mesial, distal, oclusal y bucal. La pieza del cuadrante inferior derecho que con mayor frecuencia se encuentra obturada es la pieza 8-4 con un 13.7% seguida de la pieza 8-5 con un 9.8%

### CUADRO N° 32

**VARIABLE:** Características bucales que presentan los niños con síndrome del biberón

**INDICADOR:** Piezas dentarias afectadas.

**ASPECTO OBSERVADO:** Piezas dentarias extraídas por caries del biberón cuadrante superior derecho.

PIEZAS DENTARIAS CUADRANTE SUPERIOR DERECHO.	F	%
Incisivo central primario	43	42.2
Incisivo lateral primario	17	16.7
Canino Primario	3	2.90
1ra molar primaria	5	4.90
2da molar primaria	0	0

En el cuadro N° 32 muestra la piezas dentarias extraídas por caries del biberón, se encontró que en el cuadrante superior derecho de los 102 niños en estudio al 42.2% se le extrajeron los incisivos centrales primarios, al 16.7% el incisivo lateral, al 4.90% la primera molar primaria y al 2.90% le extrajeron el canino primario

### CUADRO N° 32.1

ASPECTO OBSERVADO: Piezas dentales extraídas por caries del biberón del cuadrante superior izquierdo.

PIEZAS DENTARIAS CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO.	F	%
Incisivo central primario	41	41.17
Incisivo lateral primario	15	14.71
Canino Primario	1	0.99
1ra Molar Primaria	4	3.9
2da molar primaria.	1	0.99

En el cuadro N° 32.1 sobre las piezas dentarias extraídas por caries del biberón se encontró, que en el cuadrante superior izquierdo de los 102 niños en estudio a un 41.17% le fueron extraídos los incisivos centrales primarios, al 0.99% el canino primario, al 3.9% la primera molar primaria y al 0.99% la segunda molar primaria.

### CUADRO N° 32.2

ASPECTO OBSERVADO: Piezas dentarias extraídas por caries el biberón  
cuadrante inferior izquierdo

PIEZAS DENTARIAS EXTRAIDAS CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO	F	%
Canino primario	0	0
1ra Molar Primaria	3	2.9
2da molar primaria	1	0.99

\*Las piezas 7-1 y 7-2 no presentaron extracciones por lo cual no fueron incluida.

En el cuadro N° 32.2 sobre las piezas dentarias extraídas por caries del biberón se encontró que en el cuadrante inferior izquierdo de 102 niños en estudio a un 2 90% le fueron extraídas la primeras molares primarias y a otro 0 99% las segundas molares primarias



### CUADRO N° 32.3

ASPECTO OBSERVADO Piezas dentarias extraídas por caries del biberón  
cuadrante inferior derecho

PIEZAS DENTARIAS EXTRAIDAS CUADRANTE INF. DERECHO	F	%
Canino primario	1	0 99
1ra Molar primaria	1	0 99
2da. Molar primaria	3	2 90

\*Los incisivos primarios inferiores no presentan extracciones por lo cual no fueron incluidas

En el cuadro N° 32.3 sobre las piezas dentarias extraídas por caries del biberón se encontró que en el cuadrante inferior izquierdo, de 102 niños en estudio, a un 2 90% les fueron extraídos las segundas molares primarias y a un 0.99% el canino primario y a otro 0.99% la primera molar primaria.

**4.1.3 CUADROS ESTADISTICOS DE LA CEDULA DE ENTREVISTA N° 1  
 APLICADA A CUATRO ODONTÓLOGOS EN SERVICIO DEL ÁREA DE  
 ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.**

**CUADRO N° 33**

**VARIABLE:** Tratamiento odontológicos preventivos que brinda el hospital de Niños a los infantes con síndrome del biberón

**INDICADOR:** Aspectos de la promoción de salud bucal que brinda.

**PREGUNTA.** ¿Brinda el área odontológica del Hospital Bloom charlas educativas sobre salud bucal?

ALTERNATIVAS	F	%
1 SI	4	100
2 No	0	0
TOTAL	4	100

Según los datos de los 4 odontólogos entrevistados, el 100% de ellos manifestó brindar charlas educativas de salud bucal dentro del área de odontología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

**CUADRO N° 33.1**

**TEMAS QUE SON DESARROLLADOS POR LOS ODONTÓLOGOS EN LAS  
CHARLAS IMPARTIDAS EN EL HNNBB**

ASPECTOS	F	%
1 Higiene oral	2	50
2 Prevención	2	50
3. Nutrición	1	25
4 Síndrome de la pacha	1	25
5. Flúor	1	25
6 Estímulos de masticación para desarrollar maxilar	1	25
7. Dieta	1	25
8 Uso de hilo dental	2	50
9. Cepillo dental	3	75
TOTAL	*14	**

\*Los sujetos en estudio dieron más de una respuesta

\*\*Los porcentajes fueron sacados en base a 4 sujetos que contestaron

De los datos obtenidos, sobre diferentes charlas que se brindan dentro del hospital de niños, el 25% de los odontólogos afirmaron brindar charlas sobre síndrome del biberón, flúor, estímulos de masticación para desarrollo del maxilar y dieta, en un 50% uso del hilo dental y el 75% aseguró brindar charlas sobre el cepillado dental.

**CUADRO N° 34**

**VARIABLE:** Tratamiento odontológico preventivo que brinda el Hospital de Niños a los infantes con síndrome del biberón

**INDICADOR** Aspectos de protección específica bucal que se brinda.

**PREGUNTA:** ¿Qué aspectos relacionados a la protección específica bucal se les brinda a los niños que padecen síndrome del biberón?

ASPECTOS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA BUCAL	SI		TOTAL
	F	%	
a. Profilaxis	4	100	4
b. Uso de flúor sistémico	4	100	4
c. Uso de flúor tópico	3	75	4
d. Sellantes de fosas y fisuras	1	25	4

Según los datos obtenidos en el cuadro N° 34 de los 4 odontólogos del servicio de odontología del HNNBB entrevistados sobre los aspectos relacionados con la protección específica bucal que se les brinda a los niños que padecen el síndrome del biberón, el 100% de los odontólogos manifestó brindar el tratamiento de profilaxis a los niños con síndrome del biberón, como también brindar flúor sistémico, un 75% manifestó brindar flúor tópico a este tipo de

paciente y únicamente un 25% manifestó brindar sellantes de fosas y fisuras a los pacientes con el síndrome del biberón.

### CUADRO N° 35

**VARIABLE.** Tratamiento odontológico preventivo que brinda el hospital de Niños a los infantes con el Síndrome del Biberón

**INDICADOR:** Tratamiento restaurativo que se brindó

**PREGUNTA:** ¿Tratamiento restaurativo que brinda el HNNBB a los niños que padecen el síndrome del biberón?

TRATAMIENTO RESTAURATIVO	SI	
	F	%
a. Obturación de Amalgamas	4	100
b. Obturación de resina	3	75
c. Corona de acero cromado	3	75
d. Otro tratamiento	0	0

Según los datos obtenidos en el cuadro N° 35, de los 4 odontólogos del HNNBB, entrevistados, el 100% manifestó que dentro de los tratamientos

restaurativos que brinda el HNNBB se encuentran las obturaciones de amalgama de plata, un 75% manifestó que también se brinda obturación de resina y otro 75% manifestó además brindar tratamiento de coronas de acero cromado.

### CUADRO N° 36

**VARIABLE:** Tratamiento odontológico preventivo que brinda el Hospital de niños a los infantes con Síndrome del Biberón.

**INDICADOR:** Tratamiento Endodóntico que se brinda

**PREGUNTA:** ¿Cuáles con los tratamiento Endodónticos que se brinda a los niños que padecen el Síndrome del biberón?

TRATAMIENTO ENDODONTICOS	SI		NO		TOTAL
	F	%	F	%	
a. Pulpotomías	4	100	0	0	4
b. Pulpectomías	3	75	1	25	4

Según los datos obtenidos en el cuadro N° 36, de los 4 odontólogos del HNNBB, entrevistados sobre los tratamientos endodónticos que se les brindan a los niños que padecen el Síndrome del biberón en el HNNBB, un 100% manifestó que se brinda el tratamiento de Pulpotomías a este tipo de pacientes, además un 75% manifestó brindar el tratamiento de pulpectomías.

### CUADRO N° 37

VARIABLE. Tratamiento odontológico preventivo que brinda el Hospital de Niños a los infantes con síndrome del biberón.

INDICADOR: Tratamientos de cirugía que se brindan.

PREGUNTA: ¿Cuáles son los tratamientos de cirugía que se brindan a los niños que padecen el síndrome del biberón?

ALTERNATIVAS	SI	
	F	%
a. Exodoncias	4	100
b. Otros tratamientos	0	0

De acuerdo a los datos obtenidos en el cuadro N° 37 de los 4 odontólogos del HNNBB, entrevistados sobre los tratamientos de cirugía que brinda el hospital a los niños que padecen el síndrome del biberón en el HNNBB, el 100% manifestó que se brinda el tratamiento de exodoncias

### CUADRO N° 38

**VARIABLE:** Tratamiento odontológico preventivo que brinda el Hospital de Niños a los infantes con síndrome del biberón.

**INDICADOR:** Tratamientos de ortodoncia que se brindan.

**PREGUNTA.** ¿Qué tratamientos ortodónticos brinda el Hospital a los niños que padecen el síndrome del biberón,

ALTERNATIVAS	SI		NO		TOTAL
	F	%	F	%	
a. Mantenedor de espacio	0	0	4	100	4
b. Otro tratamiento de ortodoncia	0	0	4	100	4

En el cuadro N° 38 se observa que de los 4 odontólogos del HNNBB, el 100% de ellos manifestó que no se practica tratamientos de ortodoncia ni mantenedores de espacio, en este tipo de pacientes.



## **4.2 ANALISIS GENERAL DE LA PROBLEMÁTICA ESTUDIADA EN BASE A RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO**

### **4.2.1 ANALISIS DE LOS FACTORES QUE INCIDEN EN EL APARECIMIENTO DEL SÍNDROME DEL BIBERÓN.**

En la investigación sobre los factores que inciden en el aparecimiento del síndrome del biberón realizada en la zona anexa del hospital nacional de niños Benjamin Bloom, durante el período del 2 al 30 de octubre de 1998 se incluyeron a 102 pacientes niños cuyas edades oscilan entre uno y seis años que padecen dicho síndrome, los cuales asistieron a la consulta odontológica en este centro hospitalario; también se incluyeron a 102 madres o encargados de los niños en estudio y a cuatro odontólogos que prestan su servicio en dicho hospital a este tipo de pacientes.

En base a los resultados obtenidos en esta investigación se encontró que el síndrome del biberón es una enfermedad multifactorial en donde se estableció que la principal causa del síndrome del biberón es el uso prolongado de pacha o el seno materno, el cual se vuelve un hábito inadecuado de alimentación. De esta problemática se considera que uno de los factores que puede influir según Amalia de Sosa<sup>76</sup> es una deficiente educación en las madres respecto a

---

<sup>76</sup> Amalia de Sosa Op.cit.

lo que es el síndrome del biberón y las consecuencias a las que esta patología conlleva, por lo que de los resultados de esta investigación se comprueba lo anterior mencionado que de 102 madres entrevistadas sobre si conocían los efectos dañinos de dormir al niño con la pacha, el 83.33% manifestó no conocerlos antes de la época de la lactancia del niño, el 78.43% de las madres entrevistadas manifestaron no conocer los efectos dañinos durante el período de la lactancia. De esto se puede afirmar que uno de los factores que mayormente inciden para el apareamiento de esta patología es la ignorancia de las madres sobre los efectos o consecuencia a las que lleva el síndrome de la pacha antes y durante la lactancia. También se encontró que el 44.12% le daba pacha y amamantaba a su hijo, y la razón por la cual las madres proporcionaban pachas a sus hijos fue en un 100% para dormir al infante, además un 27.45% manifestó proporcionarla por el hecho que la madre trabajaba, esto se puede deducir que se descuida de alguna manera la atención y la alimentación del niño por parte del familiar o encargado de este, de acuerdo a esto Simón Kats<sup>77</sup>, afirma que una razón principal que contribuye al apareamiento del síndrome del biberón es que la mayoría de las madres llegan cansados del trabajo con muchas preocupaciones en sus mentes y lo primero que hacen cuando escuchan llorar al niño es ponerle pacha o el pecho en su boca cuando este se revela ante la necesidad de irse a dormir. El

---

<sup>77</sup> Simón Kats. Op.cit. p 104

38 55% de estas madres inducía al sueño al niño con la pacha a cualquier hora (ver anexo N° 6)

Otra de las razones manifestadas por las madres del porque proporcionaba las pachas a su hijo fue para alimentarlo en un 18.63% ya que con la ayuda de la pacha a la madre se le facilitaba la alimentación del infante constituyendo este un conocido factor de riesgo para el apareamiento del síndrome del biberón en los niños con edades preescolares. Este concepto es apoyado por Tom. Van Everdinger<sup>78</sup> el cual manifiesta que es preferible para los padres alimentar al niño con la pacha ya que esta es de bajo costo, fácil de preparar y efectivo para que esté tranquilo; además se encontró que la mayoría de las madres proporcionaban cinco pachas o más al niño durante el día en un 36.14%; se determinó también que estos niños dejaron de usar la pacha a los dos años en un 49.40% de donde un 65.52% sostenían su pacha para quedarse dormido durante un tiempo menos de una hora, Simón Kats<sup>79</sup> manifiesta que la causa principal de la enfermedad es la presencia en la boca durante período prolongado de tiempo de un biberón. También se encontró que el contenido líquido que ponía la mayoría de las madres, fue leche bovina en un 92.77% un 43 37% manifestó proporcionar agua de arroz, un 42.16% colocó atoles y un 40.96% jugos de frutas naturales y artificiales, un 28 91% colocó

---

<sup>78</sup> Tom Van Everdinger "Nursing Caries" Journal of dentistry for children N° 4 p 233

<sup>79</sup> Simón Kats Op cit p 104

agua azucarada, mientras que un pequeño porcentaje colocó café, chocolate y otros diferentes líquidos como cereales, etc. De donde el 90.36% de madres utilizaban como edulcorante azúcar corriente en una proporción de una cucharadita 41.33% y dos cucharaditas un 26.66%. De acuerdo a esto la OPS<sup>80</sup> menciona que uno de los factores a considerar para el apareamiento del síndrome del biberón es el uso prolongado de un biberón con líquidos azucarados como atoles, gaseosas, café, chocolates, agua de arroz, jugos, leche bovina especialmente antes de dormir, además los datos obtenidos demostraron que un 63.72% de las madres entrevistadas manifestaron no conocer como debían realizar la higiene bucal de su hijo cuando este era menor de un año después de haberle quitado la pacha o el pecho de la boca (ver cuadro N° 13) y solamente el 36.27% manifestó si conocerlo, mientras que el 43.13% de estas madres manifestaron no conocer como debían realizar la higiene bucal del infante cuando esté tenía más de un año después de haberle quitado la pacha o el pecho de la boca y un 56.9% sí conocía como debía realizar la higiene bucal de su hijo (ver cuadro N° 14). Además se encontró que un 54.9% de estas madres se les había explicado como debían realizar el cepillado dental en sus hijos mientras que un 46.1% no le habían explicado alguna vez como realizarlo, por lo que se determina que muchas de las madres como resultado de la falta de conocimiento contribuyeron al apareamiento de esta patología en sus hijos.

---

<sup>80</sup> Ops. "Caries del biberón y sus factores de riesgo", Boletín de la oficina sanitaria panamericana N°11

Por otra parte se encontró que el 70.59% de las madres entrevistadas no tuvieron conocimiento de otros métodos para realizar la higiene bucal de su hijo que no fuera la pasta y el cepillo a pesar de que este porcentaje conocía como realizar la higiene bucal de su hijo, un 53.92% de estas madres nunca realizaban la higiene bucal de su hijo.(cuadro N° 17).

Pinkhan<sup>81</sup> recomienda la limpieza completa en los dientes del niño a la hora de acostarse además menciona que está demostrado que los lactantes no expectoran de manera eficaz, por lo tanto la cantidad de pasta dentrífica que se emplee debe ser mínima además de los cepillos con cerdas blandas, redondeadas de nylon son las más recomendables. Sin embargo según los cuatro odontólogos entrevistados dentro del Hospital Nacional de niños el 100% afirmó brindar charlas educativas (ver cuadro N° 33) de donde un 50% manifestó dar charlas sobre higiene oral, un 50% acerca del uso de hilo dental, y un 75% afirmó brindar charlas sobre cepillado dental, (ver cuadro N° 33.1). Sin embargo de las 102 madres entrevistadas estas manifestaron en un 92.15% no haber recibido ningún tipo de charlas educativas dentro del Hospital Nacional de Niños, mientras que un 7.84% manifestó haber recibido charlas sobre salud oral en el Hospital de Niños acerca de cepillado dental en un 100% de las madres y en un 25% sobre alimentos cariogénicos, (ver cuadro N° 21), por lo que se observa que la mayoría de estas madres carecen de los conocimientos básicos que son necesarios para prevenir el apareamiento de este síndrome en:

---

<sup>81</sup> Pinkhan, *Op.cit.* p 210

sus hijos. Esto demuestra el poco interés para los aspectos de promoción de la salud bucal como alternativas de solución para esta patología, por parte del gremio odontológico. Como mejor tratamiento a considerar para el síndrome del biberón es la prevención. Según Ton Van Everdinger<sup>82</sup> afirma que para prevenir el apareamiento de este síndrome lo primordial es una educación adecuada sobre este y recomendaciones sobre higiene bucal. Por lo que la insuficiente educación constituye un factor primordial para el apareamiento del síndrome del biberón. De acuerdo a Pinkhan<sup>83</sup> los complementos fluorados (gotas y tabletas) son eficaces para prevenir la caries dental considerando que los menores cuyos dientes tienen defectos estructurales, que los ubica en el grupo de alto riesgo de caries o los han sufrido caries del biberón pueden recibir aplicaciones tópicas de flúor por medio del odontólogo o los padres en el hogar. De los 102 niños en estudio con síndrome del biberón el 79.42% no ha recibido nunca suplementos fluorados en el hospital, solamente el 20.58% recibió suplementos fluorados con lo cual se puede ver que solo en este pequeño porcentaje los odontólogos en el hospital realizaron la protección específica bucal por medio del flúor.

También Simón Kats<sup>84</sup> manifiesta que la leche en sí parece ser capaz de producir el llamado síndrome del biberón y que agregando miel y otros hidratos

---

<sup>82</sup> Ton Van Everdinger, "Nursing Caries" *Journal of dentistry for children*, N° 4 p 274

<sup>83</sup> Pinkhan, *Op cit.* p 207

<sup>84</sup> Simón Kats. *Op cit.* p. 104.

de carbono fermentables a la leche, con el objeto de promover su aceptación en el niño aumenta notablemente su potencial cariogénico. Se ha determinado que la leche materna también puede producir el síndrome del biberón el cual se denomina síndrome de la leche materna, la OPS<sup>85</sup> opina que este producto de la degradación bacteriana del contenido de sacarosa y lactosa la cual puede fomentar la producción de ácidos y provocar la desmineralización. Se determinó que de los 64 niños en estudio que fueron alimentados con leche materna, el 37.5% fueron amamantados cinco o más veces al día (ver cuadro N° 9) de los cuales el 40.62% de ellos dejó el pecho a los dos años (ver cuadro N° 10). Dentro de la investigación de las 102 madres entrevistadas se determinó que 64 de ellas amamantaban a su hijo para dormirlo, en donde se encontró que estas madres dejaban el seno materno en la boca del niño, en un 80% en un tiempo menor de una hora, en 16% en un tiempo de una hora (ver cuadro N° 11.1), y que brindaba el seno materno en un 60.93% con más frecuencia por la noche (ver cuadro N° 12), siendo este el momento más nocivo para la aparición del síndrome del biberón (ver cuadro 12) en la dentición primaria del niño. Dentro de los 102 niños en estudio se pudo constatar que 19 de ellos fueron alimentados únicamente con leche materna ya que por ello desarrollaron el síndrome, con todos los datos mencionados se puede determinar que la leche materna puede llegar a

---

<sup>85</sup> OPS. Op cit. p 257

desarrollar esta patología si no se tienen las medidas de higiene bucal adecuada para el niño que es amamantado y que presente un ambiente bucal susceptible para el desarrollo de la misma

Dentro de las características clínicas bucales que presentaron los tejidos blandos bucales de los 102 niños con síndrome del biberón el 36.27% de ellos presenta fístulas, el 19.61% abscesos y el 0.94% presenta celulitis, ello como producto de la destrucción dental causada por este tipo de caries. Entre las características clínicas que presentaron los 102 niños con síndrome del biberón, se tuvo que en las estructuras dentarias el 93.14% presentaron cambio de color en sus piezas dentarias el 79.41% destrucción dental de moderada a severa y el 73.53% desmineralización dental, por lo que Mac Donald<sup>86</sup> opina que el proceso carioso puede ser tan grave que solo permanezcan los muñones o raíces de dichas piezas dentarias. En cuanto a las piezas dentarias más frecuentemente afectadas por el síndrome del biberón los resultados de los 102 niños examinados afectados por la caries del biberón en su mayoría fueron los incisivos superiores, la primera molar primaria seguida por la segunda molar primaria superior, se encontró un porcentaje de caninos que presentaron lesiones cariosas además las superficies más involucradas en la arcada superior fueron los siguientes, en piezas como los incisivos centrales y laterales se encontró que las superficies mesial, distal y bucal se encuentran afectadas

---

<sup>86</sup> Mac Donald *Op.cit.* p 446



en un porcentaje elevado , en menor porcentaje se encuentran afectadas las superficies palatinas e incisales, en la primera molar primaria superior se encontró un predominio de afección cariosa en la superficie oclusal en un porcentaje menor ; además se encontraron las otras superficies afectadas por caries En la segunda molar superior se encontró mayormente afectados en su superficie oclusal, en los caninos superiores se encontró que la superficie más involucrada fue la bucal y en menor porcentaje las otras superficies (ver cuadro 30 y 31). Entre las piezas dentales más afectadas por la caries del biberón en la arcada inferior se encuentra la segunda molar inferior, la primera molar inferior y en porcentaje muy mínimo el canino. (ver cuadro 30.2) En estas piezas las superficies más afectadas son en la primera y segunda molar la superficie oclusal se encuentra afectada mayormente y en el canino la superficie mesial, distal y bucal esta más afectada (ver cuadro 30.2 y 30.3). esto viene a reafirmar lo que menciona Willian Shaffer<sup>87</sup> el cual señala que la enfermedad se presenta como una destrucción cariosa extensa de los dientes deciduos que con más frecuencia afecta a los cuatro incisivos superiores, seguida por los primeros molares superiores e inferiores y los caninos primarios inferiores, con la variante que en los sujetos en estudio de la investigación se encontraron afectados la segunda molar inferior y los caninos superiores, ya que el autor menciona que los segundos molares primarios por lo general no

---

<sup>87</sup> Willian Shaffer Op cit p 446

están afectado. Según Mac Donald<sup>88</sup> las superficies más afectadas por caries del biberón son las vestibulares, palatinas y las caras mesial y distal pueden o no tener caries.

Dentro de los tratamientos restaurativos que se les realizaron a los niños que constituyeron los sujetos en estudio, están las obturaciones de amalgama de plata en piezas de primeras y segundas molares superiores en sus superficies oclusales, en mayor porcentaje, y en menor porcentaje las superficies mesiales, distales, palatinas y en bucal. Las piezas que presentaron obturaciones en su orden decreciente son los caninos superiores, los incisivos laterales superiores y en un porcentaje menor los incisivos centrales superiores. En la arcada inferior las piezas que se encontraron obturadas con mayor frecuencia fueron en su orden la primera molar inferior, la segunda molar inferior y los caninos en un porcentaje mínimo, encontrándose que tanto los incisivos centrales y laterales inferiores no están afectados.

De los 102 niños en estudio se encontró que las piezas dentarias extraídas con más frecuencia en los niños con síndrome del biberón están en un 42.2% el incisivo central superior; en un 4.90% la primera molar superior primaria; y ningún niño presentó ausencia de la segunda molar superior primaria todas estas del cuadrante superior derecho. En el cuadrante superior izquierdo se encontró al 41.7% se le realizaron extracciones del incisivo central primario, un

---

<sup>88</sup> Mac Donald Op.cit. p 22

14.71% en incisivos laterales primarios, un 0.99% de caninos primarios, el 3.9% de la primera molar primaria y únicamente el 0.99% se le realizaron extracciones de la segunda molar primaria. En el cuadrante inferior izquierdo las piezas que más frecuentemente fueron extraídas, están un 2.90% la primera molar primaria y el 0.99% la segunda molar primaria.

En el cuadrante inferior derecho se encontró que las piezas más frecuentemente extraídas fueron la segunda molar primaria en un 2.9% y la primera molar primaria y el canino primario en un 0.99% de acuerdo a Mac Donald<sup>89</sup> la restauración de la pieza debe ser comparada con la de la extracción de la pieza. Por lo cual se puede ver que los incisivos antero-superiores son las piezas más afectadas por el síndrome del biberón y que la mayoría de los casos por el grado de destrucción dental que estas presentan no pueden ser restauradas por lo que son indicadas para extracción.

---

<sup>89</sup> Mac Donald *Op.cit.* p 417

#### 4.2.2 ANALISIS DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA QUE SE BRINDA Y QUE SE REALIZA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM A LOS NIÑOS QUE PADECEN DE SÍNDROME DEL BIBERÓN.

De acuerdo a Pinkhan<sup>90</sup> los componentes de fluoruro son eficaces para prevenir la caries dental el autor considera que los menores cuyos dientes han sufrido caries por biberón pueden recibir aplicaciones tópicas por medio del odontólogo especialmente en un niño de tres años con antecedentes de caries de biberón y con acatamiento paterno deficiente de las instrucciones de higiene bucal.

Mac Donald<sup>91</sup> sugiere que la eliminación del material carioso, la obturación temporaria y la eliminación de los restos alimenticios da por resultado una reducción en la cantidad de los microorganismos orales.

Dentro de los aspectos relacionados con la protección específica bucal que se les brinda a los niños que padecen el síndrome del biberón en el hospital de niños, según los cuatro odontólogos entrevistados el 100% de ellos brinda profilaxis, otro 100% hace uso de flúor sistémico, el 75% de ellos brinda flúor

---

<sup>90</sup> Pinkhan: Op.cit. p 185

<sup>91</sup> Mac Donald Op.cit. p 222

tópico a este tipo de pacientes y únicamente el 25% manifestó brindar el tratamiento de sellantes de fosas y fisuras a estos niños. Aunque el odontólogo entrevistado manifestó brindar los tratamientos antes mencionados, se encontró que realmente se realizan los siguientes tratamientos en un 5.88% profilaxis, otro 5.88% aplicaciones tópicas de flúor el 6.86% prescribe flúor sistémico y un 1.99% coloca sellantes en fosas y fisuras (ver cuadro N° 23).

Por lo que se puede deducir que los tratamientos para la prevención o protección específica de esta patología que se realiza en el hospital son deficientes y no contribuye al mejoramiento o disminución de la patología en estudio, debido a ello se encuentra un alto índice de niños con pérdidas prematuras de piezas dentarias temporales por ataque agresivo de este tipo de caries.

En los tratamientos odontológicos restaurativos que se brindan en el hospital de niños según los odontólogos de servicio, un 100% brinda restauraciones de amalgama de plata, un 75% obturaciones de resina, otro 75% coronas de acero cromado y manifestaron no realizar otro tratamiento restaurativo (ver cuadro N° 35). Sin embargo los tratamientos que realmente se realizan son el 82.35% obturaciones de amalgama en 4.90% obturaciones de resina y no se realizan coronas de acero cromado ni ningún otro tipo de tratamiento restaurativo, (ver cuadro N° 24) por lo que se puede afirmar que

este centro hospitalario se limita a realizar tratamientos restaurativos siendo en su mayoría obturaciones de amalgama de plata para el restablecimiento de la función masticatoria en estos niños, ya que en el manejo de estos niños se hace difícil la utilización de estos materiales como resina, además el hospital no cuenta el material necesario par la colocación de coronas de acero cromado, celuloide u otro tipo de material, las cuales a veces son necesarias para restablecer los dientes de estos niños, Mac Donald<sup>92</sup> sugiere que los incisivos y caninos temporarios que tienen grandes lesiones próximas, que comprenden la porción incisal del diente pueden ser restauraciones con coronas de acero inoxidable.

Dentro de los tratamientos endodónticos que se brindan en el hospital según los cuatro odontólogos entrevistados están en un 100% pulpotomías y un 75% brinda pulpectomías a los niños que padecen el síndrome del biberón (ver cuadro N° 36). Sin embargo el 53.92% realizan pulpotomías, y un 14.70% realizan pulpectomías, (ver cuadro N° 25) aunque no necesariamente los niños que padecen el síndrome del biberón necesitan de tratamientos pulpares por lo que el odontólogo debe evaluar a cada paciente y determinar el tratamiento más adecuado, Mac Donald<sup>93</sup> señala que el odontólogo debe decidir si la pieza tiene buenas posibilidades de responder al tratamiento pulpar indicado y

---

<sup>92</sup> Mac Donald Op.cit. p 417

<sup>93</sup> Mac Donald Op.cit. p 417

la conveniencia de la realización del tratamiento pulpar y la restauración de la pieza deben ser comparadas con la extracción de la pieza, y el manejo del espacio resultante.

Entre los tratamientos de cirugía que se brinda en el hospital de niños a este tipo de pacientes, según los odontólogos entrevistados están en un 100% las exodoncias y los que se realizan son un 55.88% exodoncias, y el 1.96% realizan otros tratamientos como drenaje de abscesos, (ver cuadro 27) estos tipos de tratamientos se llevan a cabo en aquellos niños, en los cuales no se puede lograr rehabilitar sus piezas con otro tipo de tratamiento por el grado de destrucción que presentan.

Los tratamientos ortodónticos que brinda el hospital a los infantes con síndrome del biberón, según los odontólogos entrevistados dentro del hospital no se brindan ni se realizan tratamientos de ortodoncia como mantenedor de espacio (ver cuadro N° 26) después de extracciones prematuras a niños con síndrome del biberón ;además manifestaron colocar este tipo de aparato únicamente en pacientes con labio leporino y paladar hendido. Sin embargo Sonia Mabel de Castro<sup>94</sup> manifestó que se pretende trabajar en un proyecto futuro para poder ofrecer este tipo de servicio en los niños con síndrome del

---

<sup>94</sup> Sonia Mabel de Castro Op cit

biberón Según Kennel<sup>95</sup> afirma que la terapia pulpar o la extensión de la caries necesitarán ser considerados, y señala que mantener el espacio es generalmente no necesario en dientes anteriores porque usualmente son espaciados, pero según Mac Donald<sup>96</sup> algunos profesionales creen que el cierre de espacio rara vez se produce en la parte anterior de la boca, pero él manifiesta no compartir esta opinión por lo que agrega que es importante considerar la oclusión y el grado de espaciamiento, además sugiere que el tipo de mantenedor de espacio que se selecciona depende de la edad del niño, del grado de cooperación, la higiene oral y el deseo del niño y sus padres. Por lo cual el profesional odontólogo debe tomar en cuenta estas recomendaciones al momento de tratar a este tipo de pacientes.

---

<sup>95</sup> A J Kennel "Baby bottle tooth decay/ early childhood caries" Documentos pediátricos. p 4

<sup>96</sup> Mac Donald. Op cit. p. 682



## 4.3 CONCLUSIONES

### 4.3.1 CONCLUSIONES ESPECIFICAS

La mayoría de las madres de los niños que padecen el síndrome del biberón no conocían los efectos dañinos de dormir al niño con la pacha antes y durante la lactancia.

Una gran número de madres encuestadas brindaban tanto pecho como pacha para dormir a sus hijos, algunas de ellas proporcionaban únicamente pecho y otras solamente pacha en un pequeño porcentaje

La razón más frecuente por la que las madres inducían a dormir a sus hijos a través de la pacha fue porque estas trabajaban o con la finalidad de alimentarlo.

La mayoría de madres o encargados proporcionaban a sus hijos de 3 a 5 pachas durante el día con el objetivo de que estos se durmieran.

Las edades más frecuentes de los niños en estudio en la que las madres dejaron de proporcionar pacha a sus hijos es alrededor de los 2 años y 3 años de edad, contribuyendo esto a la formación de caries por biberón.

De las madres o encargados que brindaban pacha para que los niños se durmieran, la mitad de ellos argumentaron quitarle la pacha cuando estos se quedaban dormidos. Siendo una cantidad mínima de estas madres

quienes dejaban la pacha en la boca de los niños aún después de dormirse el infante.

Las madres o encargados que dejaban la pacha en la boca de los niños cuando se quedaban dormidos, lo hacían por menos de una hora con mayor frecuencia.

- La hora más frecuente en la que las madres o encargados de los niños en estudio inducían al sueño al niño con la pacha fue a cualquier hora del día o durante la noche.
  - Dentro de los contenidos líquidos que usualmente las madres colocaban en las pachas de sus hijos se encuentra en su mayoría leche bovina, agua de arroz, atoles, agua pura, jugos, agua azucarada y gaseosas.
- La mayoría de madres o encargados que proporcionaban pacha a los niños en estudio le agregaban en su mayoría azúcar al contenido líquido de estas y la proporción más frecuente de azúcar oscilaban entre media o tres cucharaditas.
- El amamantamiento que la madre proporcionaba al niño para inducirlo al sueño era realizado con mayor frecuencia de 5 o más veces al día
  - La mayoría de las madres dejaron de amamantar a sus hijos hasta los 2 años de edad
  - Las madres que amamantan a sus hijos manifestaron en su mayoría quitarle el pecho de la boca al niño al quedarse dormido

- De las madres que dejaban el pecho dentro de la boca del niño cuando este se dormía en su mayoría lo hacía por menos de una hora y una minoría manifestó dejarlo durante una hora o más
- La inducción al sueño a través del amamantamiento a los niños en estudio fue realizada por las madres más frecuentemente durante la noche.
- La mayoría de las madres o encargadas de los niños en estudio no conocían como se debía realizar la higiene bucal de los infantes cuando estos eran menores de un año
- Aproximadamente más de la mitad de las madres o encargados de los niños que presentan el síndrome del biberón afirmaron conocer como realizar la higiene bucal de los niños cuando estos tenían más de un año de edad, el resto de ellos desconocían como hacerlo.
- A más de la mitad de las madres o encargados de los infantes con síndrome del biberón les habían explicado como deben realizar el cepillado de su hijo y el resto de ellos no les habían explicado como realizar el cepillado dental de sus hijos.
- Los sustitutos de cepillo y pasta para la higiene bucal de los niños son poco conocidos por la mayoría de las madres o encargados de los niños con síndrome del biberón
- La mayoría de las madres o encargados de los niños en estudio manifestaron no cepillar los dientes de sus hijos, después de quitarle la

pacha o el pecho de la boca y un porcentaje mínimo cepillaba algunas veces los dientes de sus hijos

- Las pocas madres que si cepillaban los dientes a sus hijos más frecuentemente los realizaban con movimientos hacia arriba y hacia abajo, y una parte de ellas no supo explicar como lo realizaba
- De las pocas madres que cepillaban los dientes a sus hijos; se encontró que en un mayor porcentaje lo realizaban 2 veces al día
- La hora en la que las madres o encargados de los niños en estudio más frecuentemente realizaban la limpieza dental a sus hijos fue por la noche y en menos porcentaje durante la mañana
- Los implementos más utilizados por las madres de los niños con síndrome del biberón para realizar la higiene bucal cuando el niño era menor de un año, fueron algodón, gasa, agua y bicarbonato
- Al carecer de cepillo y pasta las madres o encargados de los niños en estudio, utilizaron con mayor frecuencia agua, bicarbonato, o solo cepillo como sustituto para la higiene dental
- La mayoría de las madres o encargados de niños con síndrome del biberón no han recibido charlas educativas en salud bucal en el Hospital de Niños Benjamín Bloom y únicamente una cantidad mínima de ellas si han recibido charlas educativas sobre salud bucal en dicho centro hospitalario

- Las charlas educativas de salud bucal recibidas por las madres o encargados de los niños en estudio dentro del hospital nacional de niños incluyen los siguientes temas el cepillado dental y alimentos cariogénicos.
- De las madres de los niños que padecen síndrome del biberón un porcentaje mínimo manifestó haber proporcionado flúor sistémico a sus hijos a una edad temprana.
- Dentro de los aspectos relacionados a la protección específica bucal que manifiestan brindar a los niños que padecen el síndrome del biberón en el Hospital de Niños se encuentra profilaxis, uso de flúor sistémico, flúor tópico, sellantes de fosas y fisuras, sin embargo dentro de la práctica odontológica del Hospital se encontró que se realizan estos tratamientos a los niños que padecen el síndrome del biberón pero un porcentaje mínimo debido a que el tratamiento prioritario a este tipo de niños es más endodóntico o restaurativo que preventivo.

Dentro de los tratamientos restaurativos que manifiesta brindar el hospital a niños que presentan caries por biberón son obturaciones de amalgama, de resina y coronas de acero cromado, sin embargo se observó que los tratamientos que se realizan a los niños que presentan el síndrome del biberón son obturaciones de amalgama y de resina en un porcentaje mínimo

- Los tratamientos endodónticos que dice brindar el hospital son pulpotomías y pulpectomías sin embargo el tratamiento que con mayor frecuencia se realiza a este tipo de niños son las pulpotomías.
- En cuanto a los tratamientos de cirugía que brinda el hospital son exodoncias y drenajes de abscesos; pero en niños con caries del biberón los tratamientos que más se realizan son exodoncias
- Los tratamientos de ortodoncia que brinda el hospital de niños están dirigidos a otro tipo de pacientes especiales en donde no están incluidos los niños que padecen el síndrome del biberón.
- Los tejidos blandos bucales de los niños que padecen el síndrome del biberón fueron más frecuentemente afectados por fístulas y abscesos que por celulitis aunque es mínima la incidencia de estas lesiones bucales

#### 4.3.2 CONCLUSIONES GENERALES.

Unos de los factores que inciden más frecuentemente en el apareamiento del síndrome del biberón en los niños que asisten al Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom se encuentra el desconocimiento de la madre o encargado del niño sobre los efectos o consecuencias dañinas de dormir al niño con la pacha o pecho antes y durante el período de lactancia

Se determinó que la madre inducía a dormir al infante, con el uso de la pacha por diversos motivos entre los cuales se encuentran con mayor frecuencia el hecho de que las madres no se mantenían en el hogar por sus trabajos, para alimentarlo y proveer a través de la pacha o el pecho una nutrición adecuada al niño a esa edad, otras de las causas fueron para dormir al niño y mantenerlo quieto, además se encontró otra causa del uso prolongado de la alimentación con pacha como sustituto de la alimentación por pecho, también debido a que el infante pedía la pacha.

Otra de las causas que frecuentemente inciden en el apareamiento de este síndrome se encuentra la frecuencia del uso del pecho o la pacha para dormir al niño ya que la mayoría de las madres daban de 3 a 5 o más pachas al día para dormir a sus hijo, también se encontró que las madres amamantaban a

sus hijos con una frecuencia de 3 a 5 o más veces al día en donde fueron proporcionados ambas cosas durante períodos prolongados

Se encontró además que la mayoría de las madres carecían de los conocimientos básicos sobre técnicas de higiene oral para el infante durante la lactancia; al carecer de dichos conocimientos no lograban poner en práctica un aseo bucal diario y adecuado para su hijo contribuyendo esto a ser uno de los factores predisponentes para el apareamiento de síndrome del biberón

Se determinó que los diferentes líquidos suministrados en las pajas de los niños que padecían el síndrome del biberón fueron en su mayoría líquidos con alto contenido de carbohidratos o azúcares fermentables los cuales poseen un alto potencial cariogénico

Dentro de las características clínicas bucales que presentaron los niños en estudio se pudo constatar que en la mayoría de los infantes las piezas dentales más afectadas por el síndrome del biberón fueron en primer lugar los incisivos centrales y laterales, las primeras molares superiores, las segundas molares superiores, segunda molar inferior, primera molar inferior y la pieza menos afectada por la caries del biberón es el canino superior; además se encontró que la afección de tejidos blandos bucales en este tipo de pacientes es



relativamente mínima encontrándose con más frecuencia fístulas, abscesos y en casos raros celulitis.

Se verificó que entre los tratamientos odontológicos que brinda el Hospital de Niños Benjamín Bloom se encuentran obturaciones de amalgama de plata y resinas, coronas de acero cromado, pulpotomias, pulpectomias, exodoncias y drenaje de abscesos. Se determinó que los tratamientos endodónticos que actualmente se realiza a los niños que padecen el síndrome del biberón en el Hospital Benjamín Bloom son en su mayoría obturaciones de amalgama de plata, en escasas ocasiones se realizan obturaciones de resina por el difícil manejo de este tipo de pacientes lo que dificulta la colocación de este material, también se realizan pulpotomias y pulpectomias, exodoncias y algunas ocasiones drenajes de abscesos.

Dentro de los tratamientos preventivos que brinda dicho centro hospitalario se encuentran profilaxis, uso de flúor sistémico, flúor tópico y sellantes de fosas y fisuras. Se logró determinar que los tratamientos odontológicos preventivos que se realizan a los niños con síndrome del biberón dentro del hospital de niños son profilaxis, flúor sistémico, flúor, tópico y sellantes de fosas y fisuras todos estos son realizados en pocas ocasiones ya que el tratamiento preventivo no es la prioridad para este tipo de pacientes.

Para concluir los factores que inciden en el apareamiento del síndrome del biberón son tanto directos como indirectos donde recaen todas sus consecuencias en el niño. La falta de información sobre el abuso de la pacha y el deficiente conocimiento sobre la higiene bucal que la madre practica en su hijo pueden llegar a ser factores que influyen en el apareamiento del síndrome del biberón.

En cuanto a los tratamientos, la extensa destrucción de las piezas dentarias afectadas por el síndrome del biberón obliga a la realización de tratamientos un tanto de carácter mutilador mas que restaurativo con una ausencia de rehabilitación protésica.

#### **4.4 RECOMENDACIONES.**

##### ***a) A LOS ODONTÓLOGOS DEL AREA DE ESTOMATOLOGIA DEL HNNBB***

- Que asuman responsabilidad para poder brindar una adecuada educación bucal, proporcionando a las madres que visitan el hospital una verdadera odontología preventiva.
  
- Que orienten y motiven tanto a las madres de familia como al infante a través de charlas educativas sobre salud oral y poder así crear en ellos nuevos hábitos de higiene oral.

- Que incentiven a las madres de familia para que ellas puedan enseñar al niño la importancia del cepillado dental después de cada comida
- Crear en las madres la dedicación de cuidar las piezas dentales del infante para que estos puedan conservar sus piezas sanas, hasta el momento de exfoliación
- Que exista una preocupación por enseñar a las madres los diferentes métodos con los cuales ellas pueden hacer uso para realizar la limpieza bucal del niño o infante, sobre todo después de quitarles la pacha o el pecho de la boca a sus hijos
- Que logren incentivar a las madres de familia que asisten a la consulta odontológica a que después de realizar la limpieza bucal nocturna al infante no proporcionen ningún tipo de alimentos azucarados o leche en las pachas de los niños que no sea agua pura

*b) A LAS INSTANCIAS SUPERIORES DEL HNNBB*

- Que faciliten los materiales y medios necesarios para poder proporcionar tratamientos ortodónticos a los niños que padecen el síndrome del biberón, los cuales incluyan mantenedores de espacio para que los infantes al cual

le han extraído piezas dentales puedan obtener mejores beneficios a través de estos aparatos en la cavidad oral

- Que faciliten los medios y materiales necesarios para poder proporcionar tratamientos restaurativos a los niños que padecen el síndrome del biberón los cuales incluyan coronas de acero cromado a piezas dentales que han sido sometidas a tratamientos pulpares
- Capacitar a odontólogos en el área de pediatría para educar a la población Salvadoreña sobre todo a las madres de infantes lactantes, sobre la manera de cómo combatir aquellos factores que inciden en el apareamiento del síndrome del biberón a la vez que estos profesionales puedan realizar todos los tratamientos necesarios para la rehabilitación de aquellos niños que presentan el síndrome del biberón, y a través de una red nacional de salud, estos profesionales especializados pueden llegar a los sitios más remotos en la república de todo el país
- Lograr mejorar la atención odontológica de la consulta externa dentro del Hospital Nacional y convertirla en una área priorizada a ser de un tercer nivel

- Establecer un circuito cerrado en las salas de espera el cual sea utilizado para brindar una odontología preventiva, a los niños y madres o encargados de estos para evitar el apareamiento del síndrome del biberón no solo para el área de odontología del Hospital, sino para las diferentes áreas del Hospital, de esta forma pueda disminuir la incidencia de niños con síndrome del biberón dentro del país
  
- Que el departamento de enseñanza pueda capacitar a odontólogos generales con una preparación integral para niños con edades preescolares

**ANEXOS**

## ANEXO N° 1

### ETAPAS DE CARIES POR BIBERON QUE PUEDEN SER OBSERVADAS POR EL ODONTOLOGO.

#### 1 *Etapa inicial reversible.*

En esta etapa se observa cervicalmente y ocasionalmente en interproximal, un esmalte opaco o blanco y su desmineralización puede ser vista en piezas antero superiores. Para un diagnóstico apropiado deben ser los dientes secados con una jeringa de aire, con la ayuda de instrumentos exploratorios, en realidad si los padres llevan a sus hijos por chequeo regular cada seis meses el dentista es el único que puede hacer un debido diagnóstico. El odontólogo debe ver claramente y usar una jeringa de aire para distinguir la desmineralización de las superficies interproximales. Esta etapa muchas veces no se observa en general en un niño de 18 meses, por la falta de cooperación del mismo, por lo que no permite al odontólogo hacer su examen de rutina. Además en ésta edad el niño aún no puede comprender las indicaciones que el odontólogo le podría hacer, por lo que es poco colaborador y hace que el manejo sea un poco difícil y complicado para poder examinarlo adecuadamente.

El odontólogo detecta esta etapa ya que la desmineralización comienza varios meses después de la erupción dental, la cual aparece mucho tiempo antes de que el niño sea llevado al odontólogo. Esta etapa el dolor dental es ausente

## 2. *Daño dental.*

En esta etapa la lesión en los dientes se extiende a la dentina y muestra decoloraciones marcadas de la rapidez del proceso. La discontinuidad de la superficie del esmalte, la penetración a la dentina y la decoloración parecen tomar un lugar simultáneo. Los padres pueden notar la decoloración, ellos mismos (usualmente a nivel lingual o palatino y ocasionalmente en interproximal, mayormente los niños comienzan a quejarse de dolor dental, cuando ingieren comidas extremadamente haladas tales como sorbete. Las primeras molares superiores temporales son afectadas como en la primera etapa de caries de pacha habiendo en esta etapa evidencias de pequeñas lesiones dentarias, el padre de familia puede llevar a su hijo al odontólogo para que sean tratadas estas lesiones, ya que entre más leves serán más fácilmente restaurables y menos traumáticos los tratamientos para el paciente niño.

## 3 *Lesiones profundas.*

En esta etapa las lesiones son mucho más grandes en los dientes anterosuperiores. Dependiendo del tiempo de erupción. La cariogenicidad de la pacha endulzada y la frecuencia con la que se usa. Esta puede ser alcanzada de 10 a 14 meses. Los primeros molares primarios son todos afectados. Los primeros molares superiores temporarios están en la segunda etapa y los molares inferiores temporarios tienen iniciales.



Dependiendo de los factores mencionados anteriormente, las lesiones pueden ser vistas en piezas caninos superiores. Presentan quejas de dolor durante el cepillado de los dientes o durante las comidas, principalmente cuando muerden son frecuentes. Ocasionalmente problemas pulpares de incisivos superiores pueden ocurrir (dolor espontáneo durante la noche, dolores después de las comidas calientes o heladas durante una o varios minutos)

En esta etapa el diagnóstico puede ser fácilmente, aun sin ser examinados los dientes del niño, si los padres detectan problema en cepillar los dientes superiores de sus hijos, mientras que el cepillado de los dientes inferiores no presentan problemas y si el niño utiliza los caninos para cortar o moler, el diagnóstico de caries de pacha o síndrome del biberón es altamente probable. Debido a la gran cantidad de lesiones y dolor que presenta el niño, el tratamiento es más complejo y prolongado. Es necesario hacer uso de anestesia local, lo cual hace que algunos niños sean poco colaboradores y de esta manera dificulte el adecuado abordaje para su tratamiento.

#### 4 *Etapa traumática*

Ignorando todos los síntomas anteriores, los dientes (empezando por los incisivos superiores) pueden ser debilitados por caries, que relativamente pequeñas fuerzas tienden a fracturarlas. Si un niño visita al odontólogo después de haberse fracturado uno o varios dientes a nivel cervical, un diagnóstico de caries de pacha es casi una certeza. Los padres ocasionalmente reportan accidentes ocurridos hace varios meses, dejando a los niños solo con la presencia

## ANEXO N. 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
UNIDAD DE INVESTIGACION



### CEDULA DE ENTREVISTA N° 1

Código \_\_\_\_\_

#### OBJETIVO.

Recabar información en lo que se refiere a los tratamientos odontológicos que se brindan en el HNNBB a los infantes con síndrome del biberón

#### INDICACIONES.

- Saludar e identificarse con el odontólogo del servicio
- Dar a conocer al odontólogo el objetivo de la cédula de entrevista
- Solicitarle su colaboración para aplicar el presente instrumento
- Solicitarle permiso para gravar la entrevista
- Explicarle al odontólogo que se le realizarán varias preguntas las cuales debe responder con sinceridad
- Realizar cada pregunta en una forma clara
- En las preguntas cerradas trasladar el número de la respuesta obtenida del odontólogo entrevistado al rectángulo de la derecha
- En las preguntas abiertas anotar cada respuesta en forma breve y concreta enfatizando lo más importante

## PREGUNTAS

1) ¿Brinda el área de odontología del Hospital Bloom charlas educativas sobre salud bucal?

1- Si

2- No

❖ Si responde que "Si"

Explique sobre que aspectos son las charlas educativas. \_\_\_\_\_

---

---

2) ¿Qué aspectos relacionados a la protección específica bucal se les brinda a los niños que padecen el Síndrome del biberón?

1- Si

2- No

a) Profilaxis

b) Uso de flúor sistémico

c) Uso de flúor tópico

d) Sellantes de fosas y fisuras

3) Tratamientos restaurativos que brinda el hospital a niños que padecen síndrome del biberón

1- Si

2- No

1- Obturación de amalgama

2- Obturación de resina

3- Coronas de acero cromado

4- Otros tratamientos

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

---

4) ¿Cuáles son los tratamientos endodónticos que brinda el hospital a niños que padecen síndrome del biberón

1- Si      2- No

1- Pulpotomias

2- Pulpectomias

5) ¿Cuáles son los tratamientos de cirugía que le brinda el hospital a los pacientes con síndrome del biberón?

1- Si      2- No

1- Exodoncias

2- Otros tratamientos

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

6) Tratamientos ortodónticos que brinda el hospital a los infantes con síndrome del biberón

1- Si      2- No

1- Mantenedor de espacio

2- Otros tratamientos.

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

### ANEXO N° 3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



### CEDULA DE ENTREVISTA N° 2

Código: \_\_\_\_\_

#### OBJETIVO

Obtener información acerca de los conocimientos que poseen las madres de familia o encargados en lo que se refiere al síndrome del biberón.

#### INDICACIONES

- Saludar e identificarse con la madre de familia o encargado del niño.
- Dar a conocer a la madre el objetivo de la cédula de entrevista.
- Solicitarle su colaboración para aplicar el presente instrumento.
- Solicite permiso para grabar la entrevista haciéndole ver el carácter anónimo de la misma y que los datos se manejarán con estricta confidencialidad.
- Explicarle a la madre que se le realizarán varias preguntas las cuales debe responder con honestidad.
- Realizar cada pregunta en una forma clara.
- En las preguntas cerradas trasladar el número de la respuesta obtenida de la persona entrevistada al rectángulo de la derecha.
- cada respuesta en forma breve y En las preguntas abiertas anotar concreta, enfatizando lo más importante.

## PREGUNTAS

Sexo del niño: \_\_\_\_\_  
Origen: \_\_\_\_\_

Edad del niño: \_\_\_\_\_  
Nivel educativo  
De la madre: \_\_\_\_\_

1) ¿Conocía usted los efectos dañinos de dormir al niño con la pacha?

1- Si                      2- No

- a) Antes de la lactancia.  
b) Durante la lactancia.


2) ¿Le daba pacha o amamantaba a su hijo para dormirlo?

1- Si                      2- No

- a) Le daba pacha.  
b) Lo amamantaba  
c) Ambas cosas.


Si la respuesta de la madre es "sí, le daba pacha" continuar con las respuestas N° 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 de igual manera si la respuesta de la madre es "sí, lo amamantaba", continuar con las preguntas 10, 11, 12 y 13

3) ¿Cuáles eran las razones por las que usted daba pacha a su hijo?

---

---

4) ¿Cuántas pachas le daba usted al niño durante el día para que él se durmiera?

- 1- Una pacha  
2- Dos pachas  
3- Tres pachas  
4- Cuatro pachas  
5- Cinco o más pachas

--

5) ¿Hasta que edad le dio pacha a su hijo?

- 1- Un año  
2- Dos años  
3- Tres años  
4- Cuatro años  
5- Cinco años  
6- Más de cinco años.

--

6) ¿Al quedarse el niño dormido con la pacha:

- 1- Le quitaba la pacha  
2- Le dejaba la pacha.

--

-Si le dejaba la pacha ¿ por cuanto tiempo?

- 1- Menos de una hora
- 2- Una hora
- 3- Dos horas
- 4- Tres horas
- 5- Cuatro horas
- 6- Mas de cinco horas.

7) En que momentos del día inducia el sueño al niño con la pacha?

1- Si                      2- No

- a) En la madrugada
- b) En la mañana
- c) Al mediodía
- d) Por la tarde
- e) Por la noche
- f) A cualquier hora.


8) ¿cuál es el contenido líquido que usualmente ponía en la pacha a su hijo?

- 1- Leche bovina
- 2- Atol
- 3- Café
- 4- Chocolate
- 5- Agua de arroz
- 6- Agua pura
- 7- Agua azucarada
- 8- Gaseosa
- 9- Jugos
- 10- Otros \_\_\_\_\_

2- No


9) ¿Qué tipo de endulzante utilizaba para cada pacha y en que proporción?  
(por cucharadita)

- 1- Azúcar refinada
- 2- Azúcar de pilón
- 3- Dulce de atado
- 4- Miel
- 5- Otros \_\_\_\_\_


1- Si                      2- No

proporción: \_\_\_\_\_

proporción: \_\_\_\_\_

proporción: \_\_\_\_\_

proporción: \_\_\_\_\_

10) ¿Cuántas veces al día amamantaba a su hijo para dormirlo?

- 1- Una vez
- 2- Dos veces.
- 3- Tres veces.
- 4- Cuatro veces
- 5- Cinco veces o más

11) ¿Hasta que edad amamantó a su hijo?

- 1- Menos de un año
- 2- Un año
- 3- Dos años
- 4- Tres años o más.

12) Al dormirse el niño durante el amamantamiento Ud.

- 1- Le dejaba el pecho
- 2- Le quitaba el pecho

-Si continuaba con el amamantamiento a su hijo, ¿por cuánto tiempo lo realizaba?

- 1- Menos de una hora
- 2- Una hora
- 3- Más de una hora

13) En que momento del día inducía el sueño al niño a través del pecho?

- 1- Si
- 2- No

- a) En la madrugada
- b) En la mañana
- c) Al mediodía
- d) Por la tarde
- e) Por la noche
- f) Cualquier hora

14) ¿Conocía usted como debía realizar la higiene bucal a su hijo cuando éste tenía menos de un año, después de haberle quitado la pacha o el pecho de la boca?

- 1- Si
- 2- No.

15) ¿Conocía usted como debía realizar la higiene bucal de su hijo cuando tenía más de un año después de haberle quitado la pacha o el pecho de la boca?

- 1- Si
- 2- No

16) ¿Le han explicado alguna vez como debe realizar el cepillado de su hijo?

- 1- Si
- 2- No

17) ¿Tuvo conocimiento usted de otros métodos para higiene bucal de su hijo que no sea pasta y cepillo?

- 1- Si
- 2- No



18) ¿Cepillaba usted los dientes de su hijo después de quitarle la pacha o el pecho ?

- a) Siempre
- b) Nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre

Explique como lo hace \_\_\_\_\_

19) ¿Cuántas veces al día realizaba la limpieza dental a su hijo?

- a) Una vez al día
- b) Dos veces al día
- c) Tres veces al día
- d) Más de tres veces al día

-En qué tiempo lo hizo más:

- a) Mañana.
- b) Tarde
- c) Noche

20) ¿Qué utilizaba usted para realizar la limpieza bucal de su hijo cuando era menor de un año?. Explique: \_\_\_\_\_

21) ¿Qué utilizaba para realizar la limpieza bucal de su hijo cuando era mayor de un año y no tenía pasta y cepillo dental? \_\_\_\_\_

22) Al traer a su hijo a la consulta odontológica del hospital de niños le han dado charlas en salud bucal:

- 1- Si
- 2- No

¿Sobre qué? \_\_\_\_\_

23) Le han brindado alguna vez flúor a su hijo?

- 1- Si
- 2- No

Nombre del entrevistador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Duración \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

## ANEXO N° 4

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



### LISTA DE COTEJO

Código \_\_\_\_\_

Objetivo.

Recabar información acerca de los tratamientos odontológicos que se realizan en el HNNBB y las características clínicas bucales que presentan los infantes con síndrome del biberón

Indicaciones

- Con previa autorización del odontólogo del servicio para la realización de este instrumento proceder a la ejecución del mismo
- Colocarse en una posición cercana y adecuada para obtener una fácil visibilidad del paciente y no interrumpir durante el tratamiento
- Verificar cuales tratamientos restaurativos se le realizan al niño y las características clínicas bucales que manifiesta
- Marcar con una X el aspecto observado

A. Datos generales.

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Origen: \_\_\_\_\_

ASPECTOS A OBSERVAR EN EL ODONTÓLOGO.	SI	NO	OBSERVACIONES.
1. Aspectos de protección específica bucal.			
1.1- Profilaxis			
1.2- Aplicaciones tópicas de flúor			
1.3- Uso de flúor sistémico			
1.4- Colocación de sellantes de fosas y fisuras. (si presenta la 1era molar permene)			
2. Tratamientos restaurativos que se realizan.			
2.1- Obturaciones de amalgama			
2.2- Obturación de resina.			
2.3- Coronas de acero cromado			
2.4- Otros tratamientos.			
3. Tratamientos endodónticos que se realizan			
3.1- Pulpotomias			
3.2- Pulpectomias			
4. Tratamientos de cirugía que se realizan			
4.1- Exodóncias			
4.2- Otros.			
5. Tratamientos ortodónticos que se realizan			
5.1- Mantenedor de espacio			
5.2- Otros.			

ASPECTOS A OBSERVAR EN EL NIÑO	SI	NO	OBSERVA- CIONES
6 Tejidos blandos bucales			
6 1- Presencia de fístula			
6 2- Presencia de abscesos			
6 3- Presencia de celulitis.			
Tejidos duros bucales			
7 1- Desmineralización dental			
7 2- Cambio de color de las piezas dentarias.			
7.3- Destrucción dental			

8. Piezas dentarias afectadas

Señalar la caries coloreando de rojo las superficies afectadas.

Señalar las obturaciones coloreando de azul las superficies que la Presentan.

Observaciones \_\_\_\_\_

Observador: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora y duración: \_\_\_\_\_

## ANEXO N° 5

### CUADRO DE RELACION DE PREGUNTAS CON INDICADORES Y VARIABLES DE CÉDULA DE ENTREVISTA N° 1

PREGUNTA	RELACIONADO CON	INDICADOR	VARIABLE
1	Relacionado con	9.1	9
2	Relacionado con	9.2	9
3	Relacionado con	7.1	7
4	Relacionado con	7.2	7
5	Relacionado con	7.3	7
6	Relacionado con	7.4	7

**ANEXO N° 6**

**CUADRO DE RELACION DE PREGUNTAS CON INDICADORES Y  
VARIABLES DE LA CÉDULA DE ENTREVISTA N° 2**

PREGUNTA	RELACIONADO CON	INDICADOR	VARIABLE
1	Relacionado con	1 1	1
2	Relacionado con	2 1	2
3	Relacionado con	2 2	2
4	Relacionado con	2 3	2
5	Relacionado con	2 4	2
6	Relacionado con	2 4	2
7	Relacionado con	2 4	2
8	Relacionado con	5 1	5
9	Relacionado con	5 2	5
10	Relacionado con	5.3	2
11	Relacionado con	2 4	2
12	Relacionado con	2 4	2
13	Relacionado con	2 4	2
14	Relacionado con	3 2	3
15	Relacionado con	3 1	3
16	Relacionado con	3 1	3
17	Relacionado con	3 2	3
18	Relacionado con	4 1	4
19	Relacionado con	4 1	4
20	Relacionado con	4 2	4
21	Relacionado con	4 2	4
22	Relacionado con	10 1	10
23	Relacionado con	10 2	10

## ANEXO N° 7

### CUADRO DE RELACION DE ASPECTOS CON INDICADORES Y VARIABLES DE LA LISTA DE COTEJO

ASPECTO	RELACIONADO CON	INDICADORES	VARIABLE
1 1	Relacionado con	10.2	10
1 2	Relacionado con	10 2	10
1 3	Relacionado con	10 2	10
1 4	Relacionado con	10 2	10
2 1	Relacionado con	8 1	8
2 2	Relacionado con	8 1	8
2 3	Relacionado con	8.1	8
2 4	Relacionado con	8 1	8
3 1	Relacionado con	8 2	8
3 2	Relacionado con	8 2	8
4 1	Relacionado con	8 3	8
4 2	Relacionado con	8 3	8
5 1	Relacionado con	8.4	8
5 2	Relacionado con	8.4	8
6 1	Relacionado con	6 1	6
6 2	Relacionado con	6 1	6
6 3	Relacionado con	6 1	6
7 1	Relacionado con	6 2	6
7 2	Relacionado con	6 2	6
7 3	Relacionado con	6 2	6
8	Relacionado con	6 3	6

## ANEXO N° 8

### CUADRO DE RELACIÓN DE INDICADORES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<p>Variable 1: Conocimiento que tuvo la madre sobre el síndrome del biberón antes y durante la lactancia.</p> <p>1.1 Conocimiento de los efectos que produce el dormir al niño con la pacha (antes y durante la lactancia).</p>	Entrevista	Cédula de entrevista
<p>Variable 2: Inducción de dormir al infante a través del uso de la pacha o pecho, la frecuencia y las razones.</p> <p>2.1 Dar pacha o pecho para dormir.</p> <p>2.3 Frecuencia del uso de la pacha o pecho</p> <p>2.3 motivo por el cual la madre inducía a dormir al infante a través de la pacha o pecho</p>	<p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p>	<p>Cédula de entrevista</p> <p>Cédula de entrevista</p> <p>Cédula de entrevista</p>
<p>Variable 3: Conocimiento que tuvo la madre sobre la técnica de higiene bucal para su infante durante el período de lactancia.</p> <p>3.1 Conocimiento de técnicas de cepillado dental para el niño</p> <p>3.2 Conocimiento de técnicas alternativas de higiene bucal</p>	<p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p>	<p>Cédula de entrevista</p> <p>Cédula de entrevista</p>



<p>Variable 4: Prácticas de la madre sobre técnicas de higiene bucal al infante durante la lactancia</p> <p>4 1 Práctica de cepillado dental</p> <p>4 2 Práctica de otras técnicas de higiene oral</p>	<p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p>	<p>Cédula de entrevista</p> <p>Cédula de entrevista</p>
<p>Variable 5: Diferentes líquidos suministrados en los biberones del niño</p> <p>5 1 Líquidos que suministraba</p> <p>5 2 que suministraba con los líquidos</p>	<p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p>	<p>Cédula de entrevista</p> <p>Cédula de entrevista</p>
<p>Variable 6: Características clínicas bucales que presentan los niños con síndrome del biberón</p> <p>6.1 Tejidos blandos bucales</p> <p>6.2 Tejidos duros bucales</p> <p>6 3 Piezas dentarias afectadas</p>	<p>Observaci directa</p> <p>Observaci directa</p> <p>Observaci directa</p>	<p>Lista de cotejo</p> <p>Lista de cotejo</p> <p>Lista de cotejo</p>
<p>Variable 7: Tratamientos odontológicos que brinda el Hospital nacional de niños</p> <p>7 1 Tratamientos restaurativos que brindan</p> <p>7 2 Tratamientos endodonticos que brindan</p> <p>7 3 Tratamientos de cirugía que brindan</p> <p>7 4 Tratamientos de ortodoncia que brindan</p> <p>Variable 8: Tratamientos odontológicos que realiza el Hosp. nacional de niños</p>	<p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p>	<p>Cédula de entrevista</p> <p>Cédula de entrevista</p> <p>Cédula de entrevista</p> <p>Cédula de entrevista</p>

8.1 Tratamientos restaurativos que se realizan	Observación directa	Lista de cotejo
8.2 Tratamientos endodónticos que se realizan	Observación directa	Lista de cotejo
8.3 Tratamientos de cirugía que se realizan	Observación directa	Lista de cotejo
8.4 Tratamientos de ortodoncia que se realizan	Observación directa	Lista de cotejo
Variable 9: Tratamiento odontológico preventivo que brinda el Hospital nacional de niños BB. A los infantes con S. Del B.	Entrevista	Cédula de entrevista
9.1 Aspectos de promoción de la salud bucal que brindan.	Entrevista	Cédula de entrevista
9.2 aspectos de protección específica bucal que se brinda		
Variable 10: Tratamiento odontológico preventivo que se realiza en el hospital Bloom a los niños que padecen S del B		
10.1 Aspectos de promoción de salud bucal que se realiza	Entrevista	Cédula de entrevista
10.2 Aspectos de protección específica bucal que se realiza	Observación directa	Lista de cotejo



