



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PROMOCIÓN DE HIGIENE ORAL EN EL RECIÉN NACIDO. EN EL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, TLATELOLCO DEL IMSS**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

KARLA YURIKO LÓPEZ BALDERAS

DIRECTORA: C.D. María Elena Nieto Cruz

ASESOR: C.D. Manuel García Luna y González Rubio

MÉXICO D. F.

2005

De manera muy especial a Dios, por permitirme alcanzar la meta y gozar de salud.

A la UNAM porque me siento muy orgullosa de pertenecer a esta institución

A mis padres por darme la vida, por el apoyo, amor incondicional y por creer en mí. Mami gracias por darme esa dosis de valentía que tanto bien me ha hecho. Papi gracias por encaminarme para ser una mujer de bien.

A mis hermanos por soportarme, Yareny por acompañarme a lo largo del camino recorrido, Yorshio por sus críticas constructivas, Yukensy por su valiosa ayuda y los excelentes comentarios a este trabajo y a Yunuen por ser la niña más hermosa e increíble que Dios pudo mandar a mi vida.

A mis abuelitas, Aurea y Esther por sus valiosos consejos y por el amor que siempre me han brindado.

A mis amigos: Mónica, Erika, Vanesa, Heri, Dulce, por aguantar tanta locura. Gracias muy en especial a Armando por permitirme conocer a un gran ser humano y siempre brindarme su apoyo.

A mis profesores, especialmente a la Dra. María Elena Nieto por su apoyo para la realización de este trabajo, permitiéndome trabajar en un ambiente agradable.

A todos los que directa o indirectamente colaboraron en la elaboración de este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

| | |
|--|----|
| 1. ANTECEDENTES..... | 6 |
| 2. MARCO TEÓRICO..... | 9 |
| 2.1 Infancia..... | 9 |
| 2.1.1 Clasificación de la infancia..... | 9 |
| 2.2 Lactante..... | 10 |
| 2.3 Desarrollo psicológico del niño..... | 10 |
| 2.3.1 Fase oral..... | 10 |
| 2.3.2 Fase anal..... | 11 |
| 2.3.3 Fase edípica..... | 11 |
| 2.3.4 Fase de latencia..... | 12 |
| 2.4 Cavidad oral del recién nacido..... | 12 |
| 2.5 Lactancia materna..... | 16 |
| 2.5.1 Amamantamiento y el desarrollo de los maxilares..... | 17 |
| 2.5.2 Ventajas del amamantamiento..... | 17 |
| 2.5.3 Posición ortostática..... | 19 |
| 2.6 Lactancia artificial..... | 19 |
| 2.6.1 Dispositivo de Dunn..... | 20 |
| 2.7 Succión no nutritiva..... | 21 |
| 2.8 Erupción dental..... | 22 |
| 2.8.1 Cronología de erupción..... | 22 |
| 2.8.2 Molestias y soluciones de la erupción..... | 22 |
| 2.9 Alteraciones bucales más frecuentes en el recién nacido..... | 23 |
| 2.9.1 Dientes natales y neonatales..... | 23 |
| 2.9.2 Alteraciones remanentes de estructuras embrionarias..... | 24 |
| 2.9.2.1 Nódulos de Bohn..... | 24 |
| 2.9.2.2 Pápulas de Epstein..... | 24 |
| 2.9.2.3 Quistes de la lámina dental..... | 25 |
| 2.9.3 Fisuras labio-palatinas..... | 25 |
| 2.9.4 Enfermedad periodontal..... | 26 |
| 2.10 Caries dental..... | 26 |
| 2.10.1 Etiopatogenia..... | 26 |
| 2.10.2 Huésped-diente..... | 26 |
| 2.10.3 Huésped-saliva..... | 27 |
| 2.10.4 Microflora..... | 27 |
| 2.10.5 Substratos..... | 28 |
| 2.10.6 Tiempo..... | 29 |

| | |
|--|----|
| 2.11 Tipos de caries en la primera infancia..... | 30 |
| 2.11.1 Caries simple..... | 30 |
| 2.11.2 Caries por alimentación infantil..... | 30 |
| 2.11.3 Caries negligente..... | 31 |
| 2.12 Prevención..... | 31 |
| 2.12.1 Limpieza/cepillado..... | 32 |
| 2.12.2 Aplicación de fluoruro..... | 33 |
| 3. PROMOCIÓN DE SALUD..... | 34 |
| 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 36 |
| 5. JUSTIFICACIÓN..... | 37 |
| 6. OBJETIVOS..... | 38 |
| 6.1 Objetivo general..... | 38 |
| 6.2 Objetivo específico..... | 38 |
| 7. MATERIAL Y MÉTODO..... | 39 |
| 7.1 Tipo de estudio..... | 39 |
| 7.2 Población de estudio..... | 39 |
| 7.3 Muestra de estudio..... | 39 |
| 7.4 Criterios de inclusión..... | 39 |
| 7.5 Criterios de exclusión..... | 39 |
| 7.6 Variables..... | 39 |
| 7.6.1 Variable independiente..... | 39 |
| 7.6.2 Variables dependientes..... | 40 |
| 7.7 Análisis de la información..... | 40 |
| 7.8 Recursos..... | 40 |
| 7.8.1 Recursos humanos..... | 40 |
| 7.8.2 Recursos materiales..... | 40 |
| 7.8.3 Recursos financieros..... | 40 |
| 7.9 Cronograma..... | 41 |
| 8. RESULTADOS..... | 42 |
| 9. CONCLUSIONES..... | 59 |
| 10. BIBLIOGRAFÍA..... | 60 |
| 11. ANEXOS..... | 61 |

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas con actividades preventivas. Estas acciones tienen como propósito reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y la eliminación de hábitos nocivos, como parte del mejoramiento de estilos de vida.

Se debe tener en cuenta que la etapa de la niñez es la base de la salud integral de las personas, aquí es donde se empiezan a formar hábitos, entre ellos los de higiene bucal, en esta etapa el individuo depende de los cuidados que le brinda la madre.

Por lo que es de vital importancia hablar de medidas preventivas con las mujeres embarazadas, ya que durante esta etapa la mujer se encuentra más receptiva a la información que obtenga respecto a su bebé; por lo que es importante brindarles las herramientas necesarias para llevar a cabo un cuidado oral adecuado en su futuro hijo, y que se le oriente el momento adecuado de llevar al niño con el odontólogo.

Un examen dental temprano y los cuidados preventivos, protegerán toda la vida la sonrisa de los niños. Y los niños con dientes sanos: mastican sin dificultad los alimentos, aprenden a hablar claramente y sonríen con seguridad.

Por lo anteriormente señalado, en el presente trabajo se diseñó y ejecutó un programa de educación para la salud bucodental, dirigido a mujeres embarazadas.

1.ANTECEDENTES

A pesar de la preocupación de algunos odontólogos, en cuanto a los cuidados bucales en niños de corta edad (bebés), los mismos no fueron divulgados. Recientemente fue que estos cuidados comenzaron a recibir una mayor atención por parte de los cirujanos dentistas.¹

En Brasil, en 1929, Pereira ya enfatizaba que es necesario fomentar la educación para la salud en la familia, argumentando que la profilaxia debe comenzar desde que el niño está en el vientre materno con la formación de los órganos dentarios sanos y bien calcificados. Afirmaba que una profilaxia de caries dental debe caminar junto con una higiene desde el nacimiento.¹

Durante el año de 1980, Blinkhorn destacó la necesidad del cambio en el comportamiento de los cirujanos dentistas, hacia la educación para la salud, estableciendo rutinas que podrían prevenir o controlar las afecciones más frecuentes de la cavidad bucal en los bebés. Estas actividades serían efectuadas mediante programas destinados tanto a las madres en gestación, como a los niños desde que son muy pequeños, enfocados a influir en un conjunto de medidas de higiene bucal.²

Dominick en 1981 desarrolló un programa para la paciente embarazada considerando dos fases: la primera centrada en la futura madre; la segunda en la atención de la salud bucal del niño. Dicho programa contemplaba cuatro citas. Un método donde se instrúa sobre como limpiar la boca del bebé: en el que los padres se sienten frente a frente tocándose las

rodillas, separando los carrillos para efectuar la limpieza. Así como el empleo de un cepillo pequeño o una gasa pequeña en el dedo.³

En un intento para implementar una atención precoz en Japón, en 1982, Morinush y col. afirmaron que el método más seguro para el mantenimiento de la salud oral era la atención sobre los cuidados diarios que tenían que llevar a cabo las mamás en sus hijos. Dicha información se les impartió cuando los bebés tenían 4 meses de edad y los resultados se obtuvieron después de un periodo de seguimiento de 12 meses. En dicho estudio concluyeron que se deberían realizar visitas subsecuentes cada 3 a 4 meses según requiera cada paciente.⁴

En su libro de Odontología Pediátrica, Raymond en 1984, menciona que el examen dental en el recién nacido puede ser realizado con eficiencia en presencia de la madre y del padre. Se menciona la revisión de alteraciones tales como fisura palatina y dientes natales.⁵

En 1985, Persson y col. mencionan que en Suecia los programas preventivos de caries dental son organizados por el Servicio Público de Salud Dental, orientados principalmente a la comunidad de mujeres que estuvieran en período de gestación; en donde se les informó que procedimientos llevarían a cabo para disminuir los riesgos de la caries dental en sus hijos.⁶

En Estados Unidos, en 1989, Goepferd con base a la alta incidencia de "caries de biberón" (caries por alimentación materna), informó que en la Universidad de Iowa, se estableció un programa durante 16 meses destinado a diagnosticar, interpretar y modificar las prácticas caseras que

podían ser potencialmente dañinas para la salud bucal de los bebés. Basados en los resultados obtenidos se recomendó que la primera visita del niño al dentista debía realizarse alrededor de los 6 meses de edad, época en que se consigue mayor cooperación y eficacia por parte de los padres en atención primaria y control de la caries dental.⁷

Por otro lado en 1989 la American Academy of Pediatric Dentistry hizo la siguiente declaración:

La atención odontológica del niño comienza con el asesoramiento de los padres en el recién nacido, y debe incluir un examen de la cavidad oral y un programa de educación preventiva antes de los 6 meses de edad.⁸

Con el concepto de atención precoz, surge en Brasil una práctica de atención primaria, sistemática y organizada, con la fundación de la clínica de Bebés en la Universidad Estatal de Londrina, siendo el Dr. Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter que con el apoyo conjunto de la Universidad de Londrina y la Financiadora de Estudios y Proyectos, da inicio a sus actividades en el año de 1985. En 1990 se inicia la práctica de la "Odontología para bebés" en el Perú, gracias a una transferencia tecnológica llevada a cabo entre la Universidad Estatal de Londrina, Paraná-Brasil y el Departamento de Estomatología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Dicha práctica consistió en un proyecto pionero educativo-preventivo-curativo para niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad.⁹

2.MARCO TEÒRICO

2.1 INFANCIA

La *infancia* es el periodo de la vida que abarca desde el nacimiento hasta la pubertad. Esta época de la vida es donde más se manifiesta el crecimiento (aumento en tamaño) y el desarrollo (aumento en complejidad o diferenciación).¹⁰

2.1.1 CLASIFICACIÓN DE LA INFANCIA

La infancia se divide en tres periodos: primera infancia. Segunda infancia y tercera infancia..

1) *Primera infancia*. Es el periodo que se extiende desde el nacimiento hasta que se completa la primera dentición (2 años y medio, o sea 30 meses). A su vez la primera infancia se divide en tres periodos:

a) El periodo del *recién nacido*, que se extiende desde el nacimiento hasta la caída del cordón umbilical, habitualmente al décimo día. Algunos especialistas extienden este periodo hasta los 30 días.



Fig. 1¹⁰

b) El periodo del *lactante* se extiende hasta los doce meses

c) El periodo del *destete*. Desde los doce hasta los 30 meses.

- 2) *Segunda infancia*. Abarca desde que termina la primera dentición (2 años y medio) hasta el comienzo de la segunda dentición (seis o siete años).
- 3) *Tercera infancia*. Se prolonga desde el comienzo de la segunda dentición (seis a siete años hasta la pubertad).

Otra clasificación muy aceptada divide la infancia solamente en dos periodos. Primera infancia como en el caso anterior y segunda infancia, desde los 2 años y medio hasta el tiempo de la pubertad.¹⁰

2.2 LACTANTE

El lactante es un niño que se encuentra en la etapa de lactancia en la que su alimentación es a base de leche principalmente.¹¹ Un niño es un ser en desarrollo físico, psíquico y social que recibe influencias natas y adquiridas, por tanto se desarrolla en tres sentidos básicos, que contribuirán a la maduración de las funciones básicas iniciales y fundamentales para la supervivencia, adaptación y para la ejecución de las funciones de maduración y aprendizaje.⁹

2.3. DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO

2.3.1 Fase oral (lactancia: 0-1.5 años). En esta etapa el niño explora el cuerpo y lo que lo rodea mediante su boca, su piel y su ritmo, mientras que los padres le transfieren un concepto, junto con las sensaciones de seguridad y de confianzas básicas. Durante la lactancia avanzada (6-18

meses) el niño aprende a masticar y a morder aunque todavía puede preferir succionar. Se desarrolla ahora la capacidad de asir, junto con otras funciones motoras y mayor actividad mental, lo que aporta la "capacidad" necesaria para la interacción y la actividad. La succión es importante para la supervivencia física del bebé y su desarrollo psicológico. Conforme el niño crece, la necesidad física y psíquica de succionar disminuye. Al ser apartado de forma gradual del pecho, el niño aprende a dejar la fase inicial y prosigue su proceso de maduración sin sentirse abandonado, ni privado de nada.¹²

2.3.2 Fase anal (primera infancia temprana:1.5-3 años). En esta fase generalmente el niño ha conseguido el control de la vejiga y el intestino. El niño ya ha desarrollado una autoimagen clara, un "yo", comenzó a experimentar su propia voluntad y es por eso que el periodo se denomina a menudo "edad del desafiador". Su actitud fundamental puede ser tipificada por vergüenza y duda acerca de su propia capacidad; se torna obediente a las demandas y deseos exteriores o, por el contrario expresa constante autoafirmación y obstinación. El fin de la fase oral significa normalmente que el niño alcanzó lo que se denomina madurez para el tratamiento, por lo que es el momento adecuado dado que entiende instrucciones y explicaciones simples.¹²

2.3.3 Fase edípica (primera infancia avanzada:3-5 años). Hacia esta época el interés se centra en los genitales, la sexualidad y el género. Por este mismo tiempo, el niño pasa por un periodo de delectación; se enamora de adultos del otro sexo, en particular de la madre o del padre. El desarrollo del super yó o de la conciencia, sobreviene pronto y se cree que es el resultado de este conflicto edípico. Es importante elogiar su aspecto y su género.¹²

2.3.4 Fase de latencia (edad escolar temprana:5-12 años). Es menos egocéntrico y cada vez está más interesado en su papel y lugar en el ambiente que lo rodea. Con frecuencia el niño está ávido de conocimientos, disfruta las conversaciones, comienza discusiones abstractas, goza de coleccionar y categorizar, jugar y competir; también empieza a apropiarse de códigos y normas del mundo adulto.¹²



Fig. 2¹⁰

2.4 CAVIDAD ORAL DEL RECIÉN NACIDO

La boca del recién nacido presenta alteraciones estructurales propias para la edad encontrándose que el labio superior presenta en su porción media, el llamado Sucknig pad "apoyo para succión", (Raubenheiner y col., 1987) con múltiples proyecciones vellosas que tienen por característica, aumentar de volumen cuando están en contacto con el pecho de la madre, o cuando son estimuladas. Esta área sirve de contacto durante el amamantamiento y está más desarrollada en niños de menor edad y que maman en el pecho de la madre.⁹



Fig. 3^o

En la porción interna y media del labio superior existe el frenillo labial que, en más de el 50% de los recién nacidos (Albuquerque,1990) une el labio superior a la papila palatina, constituyendo el llamado frenillo labial persistente que, según Dewell (1946), debe auxiliar en el amamantamiento afirmando más el labio superior. Lateralmente se encuentran los frenillos o bridas laterales que auxilian la fijación del labio en el maxilar.



Fig. 4^o

En el labio inferior se encuentra, en la línea media, el frenillo labial inferior, uniendo la porción interna del labio al tercio gingival, y lateralmente las bridas,, sin embargo menos desarrolladas que las del arco superior.



Fig. 5º

Internamente, separando el vestibulo de la cavidad bucal propiamente dicha, se localizan los rodetes gingivales que en el recién nacido se encuentran recubiertos en toda su extensión por el tercio gingival. La relación entre los rodetes superior protruido y el inferior retraído ocurre con una discrepancia media de 5-6 mm (Korkhaus, 1958). En valores mayores, existe un desarrollo pobre para la mandíbula y excesivo para el maxilar que, en casos extremos, puede llegar a más de 1 cm y en otros, prácticamente, no existen diferencias entre el superior y el inferior, en estos casos hay una tendencia al desarrollo futuro de una clase III.



Fig. 6º

Anatómicamente los maxilares de los recién nacidos presentan, en el arco superior, un rodete gingival el cual está adherido al frenillo labial y las

bridas laterales por vestibular. Por palatino, tenemos el paladar con la bóveda, la papila palatina y las rugosidades palatinas en la porción anterior y, en la porción media de anterior a posterior, el rafe palatino medio. En la porción posterior, se encuentra la transición del paladar duro con el blando, que se nota por una transición de color, siendo este último más rojizo



Fig. 7^o

En la transición del paladar con el rodete, existe el surco alveolar interno desde la línea media hasta la región molar donde cruza el rodete y sigue oblicuamente hacia vestibular. En la porción posterior del rodete, se puede notar después del surco oblicuo alveolar interno, el llamado pliegue palatino transitorio. En el arco inferior, después del frenillo labial y de las bridas, también por lingual, existe el piso y el frenillo lingual, así como el surco alveolar interno es su transición oblicua.⁹

En ambos rodetes superior e inferior, sobre la región de los incisivos y caninos existe un cordón fibroso de Robin y Magitot, que está bien desarrollado en el recién nacido el cual después va desapareciendo, siendo un factor indicativo del momento de erupción cuando ocurre la desaparición parcial o total del cordón fibroso. Este pliegue o cordón funciona según Häupl (1958). Como auxiliar en succión por colaborar como el límite de los maxilares.



Fig. 8º

En la región anterior y vestibular de los rodetes, se notan segmentos verticales que coinciden con la presencia de los gérmenes de los incisivos y caninos. Por lo tanto, se presenta lobulado y estas lobulaciones son indicativas de la presencia de los gérmenes.⁹



Fig 9º

2.5. LACTANCIA MATERNA

En la madre el amamantamiento en el postparto inmediato ayuda a la involución del útero y disminuye el riesgo de sangrado uterino. Además, la práctica de la lactancia reduce el riesgo de cáncer mamario y ayuda a establecer una adecuada relación entre el neonato y su madre. Entre los factores que afectan la producción de leche, cabe mencionar el alcohol, el café y el tabaco. Existen reportes que demuestran que el alcohol en dosis superiores de medio gramo por kilogramo de peso materno al día, es capaz de inhibir el reflejo de eyección de la leche. Además, tanto la cafeína como la nicotina se excretan a través de la leche y pueden producir estados de

excitación del bebé. Los anticonceptivos basados en mezclas de estrógenos y progestágenos tienden a disminuir la cantidad de leche producida, que oscila entre 400-600ml/día.¹³

2.5.1 AMAMANTAMIENTO Y EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES

Cuando el bebé nace la mandíbula se encuentra en posición posterior o distal en relación al maxilar superior, llamada retrusión mandibular fisiológica del recién nacido (entre 2-5cm), dando origen a un perfil convexo absolutamente normal en el recién nacido. Durante el primer año de vida, los dos meniscos articulares de la mandíbula son estimulados gracias al movimiento del amamantamiento y al consiguiente empleo adecuado del sistema muscular.¹⁴

La "Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares", se relaciona con la maduración de los músculos de la masticación, debido a que cada músculo está preparado al principio para una sencilla función (amamantarse) y luego va madurando para ejecutar correctamente unas funciones más complejas (masticación).¹⁴ La nariz del lactante debe estar libre para evitar la respiración bucal.



Fig. 10^o

2.5.2 VENTAJAS DEL AMAMANTAMIENTO

*Ventajas nutricionales. La leche materna tiene un contenido más alto de nutrientes metabolizados y fácilmente digeribles.

*Satisface las necesidades hidro electrolíticas del niño.

*Para la madre el amamantamiento inmediato, disminuye el riesgo de hemorragia postparto, habiéndose demostrado también menor incidencia de cáncer de ovario y mama en madres que amamantan.¹⁵

*Sostienen los médicos especializados en psicología infantil, que el niño alimentado con leche materna, adquiere por la relación íntima entre ambos, una sensación de seguridad y confianza.

*La cantidad y proporción de sus diversos componentes es tal, que asegura el mejor crecimiento y desarrollo del niño.

*Es un alimento que llega al lactante a la temperatura adecuada, prácticamente libre de gérmenes y crudo, con todas sus enzimas, vitaminas y sustancias que defienden al niño contra ciertas infecciones.¹⁰

*La leche humana no causa cambios significativos en el pH de la placa.

*La leche humana es un sustrato moderado para el crecimiento bacteriano.

*La leche humana tiene una capacidad buffer muy pobre.

*La leche humana no es cariogénica in vitro, a menos que se le adicione algún otro carbohidrato que favorezca la fermentación bacteriana.¹⁶

*Disminuye la incidencia de muerte súbita en el lactante.

*Reduce la morbilidad y la mortalidad infantil

No existe ninguna restricción sobre la alimentación materna y lo mismo el amamantamiento nocturno cuando el bebé es menor de 6 meses (desdentado), pues el amamantamiento materno es importante tanto para el desarrollo físico como para el emocional, del niño en esa edad. El amamantamiento debe ser sin restricción y usado en libre demanda.

Un niño que mama pecho hasta los 6 meses de edad tiene una posibilidad menor de adquirir hábitos de succión no nutritivos, como la

succión de dedo y de chupón, que aquellos que son amamantados con biberón.

Después de la erupción de los primeros dientes la alimentación y amamantamiento nocturno deben comenzar a ser controlados para que el final del amamantamiento ocurra alrededor de los 12 meses de edad, donde los incisivos ya están erupcionados y el niño inicia la fase de masticación.

Las medidas educativas más eficaces para la prevención de caries dental en la primera infancia son aquellas destinadas al control del amamantamiento, especialmente el **amamantamiento nocturno**.⁹

2.5.3 POSICIÓN ORTOSTÁTICA

Es recomendada para los niños menores de 6 meses de edad que maman en el pecho de la madre. El niño deberá de estar fijo sentado tipo jinete sobre la pierna de la madre y de frente a la mama. De esta forma el bebé proyectará la mandíbula hacia enfrente determinando un ejercicio mioterápico, que auxiliará el desarrollo de la mandíbula.⁹



Fig.11⁹

2.6 LACTANCIA ARTIFICIAL

En la leche de vaca predominan proteínas del sistema de la caseína menos digerible. Las fórmulas comerciales se obtienen mediante modificaciones realizadas sobre la base de la leche de vaca, reduciendo las

proteínas y minerales a niveles cercanos a los existentes en la leche humana.¹⁶

La alimentación con biberón, al ser más largo y grueso, desplaza la lengua al piso de boca, mantiene la mandíbula en posición distal e impide realizar los movimientos de avance y retroceso mandibulares afectando el contacto fisiológico y el adecuado desarrollo craneofacial. Es un acto pasivo durante el cual hay un paso de la leche de manera directa, no produciendo el reflejo de amamantamiento, interfiriendo en el balance de la musculatura intra y extra oral.¹⁷

El biberón debe tener determinadas características que lo asemejen al seno materno, como ser:

*chupón corto

*de consistencia firme

*con varios orificios pequeños, para poder efectuar el ejercicio muscular, sincronizando las funciones de succión, respiración, y deglución.¹⁴

2.6.1 DISPOSITIVO DE DUNN

El dispositivo de Dunn (IMAGEN), ayuda a estimular el desarrollo de la mandíbula. Es confeccionado usando dos tiras de banda para molar, ajustadas sobre el biberón y una asta longitudinal confeccionada con alambre ortodóntico de 1mm de espesor con 25cm de extensión longitudinal. La porción que toca el labio debe de poseer 3cm, sobrando a cada lado 11cm.

Antes de soldarla hasta las bandas se coloca un plástico de cánula. El periodo ideal para la aplicación del dispositivo va desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad, arcando los picos de crecimiento de la mandíbula⁹



Fig.12⁹

2.7 SUCCIÓN NO NUTRITIVA

Los hábitos que más llaman la atención en el niño son la succión no nutritiva: dedo y chupón.⁹

Los hábitos de succión en el bebé tienen relación directa con el amamantamiento en pecho o en biberón y la presencia de estos hábitos por períodos prolongados lleva a una alteración de oclusión.

Podemos observar que el niño que mama pecho de la madre por más tiempo tiene menor posibilidad de habituarse al chupón y chupar el dedo, cuando se compara con aquellos que usan biberón.

Al educar a los padres, el profesional debe dirigir la educación con respecto a los hábitos y alertarlos de que hasta los 2 años de edad los hábitos de succión pueden hacer parte de vida del niño pues ellos están en fase oral de desarrollo. Después de esta edad ellos deben comenzar a interferir e intentar retirar el hábito.⁹

Los efectos de la succión no nutritiva en la dentición en desarrollo son mínimas en niños de hasta tres años y se suelen limitar a cambios en la posición de los incisivos. En ocasiones los incisivos superiores se desvían hacia los labios, mientras en otras no hacen erupción.¹⁷



Fig.13⁹



Fig.14⁹

2.8 ERUPCIÓN DENTAL

La erupción o la aparición del diente en la cavidad bucal, es un proceso donde el diente migra de su posición intragingival, involucrando en el proceso otros tejidos y mecanismos fisiológicos.⁹

2.8.1 CRONOLOGÍA DE ERUPCIÓN (primera dentición)

| Órgano dentario | Superior | Inferior |
|-----------------------|----------|----------|
| Incisivo central | 6 meses | 6 meses |
| Incisivo lateral | 9 meses | 7 meses |
| Canino | 18 meses | 16 meses |
| 1 ^{er} molar | 14 meses | 12 meses |
| 2 ^o molar | 24 meses | 20 meses |

Fuente: Figueiredo LR, Ferelle A, Issao M. Odontología para el bebé. Actualidades Médico odontológicas Sao Paulo, Brasil; 2000

2.8.2 MOLESTIAS Y SOLUCIONES DE LA ERUPCIÓN

El primer momento de la erupción es cuando aparece una serie de sintomatologías, las más comunes se relacionan con: salivación abundante, diarrea y sueño agitado. Y en las de menor incidencia se encuentran: irritabilidad, erupción cutánea, fiebre, inapetencia, vómito, tos, entre otras.⁹

La conducta frente a estas alteraciones debe ser el tratamiento sintomático y este puede ser hecho a través de masaje digital sobre los rodets gingivales, así como el uso de mordederas plásticas enfriadas. En cuanto al uso de soluciones tópicas anestésicas y endulzadas, no deben ser utilizadas.

La erupción después de los síntomas generales podrá presentar molestias locales como, hematoma de erupción, el quiste de erupción, y algunas veces una fibrosis gingival.⁹

2.9 ALTERACIONES BUCALES MAS FRECUENTES EN EL RECIÉN NACIDO

2.9.1 DIENTES NATALES Y NEONATALES

Son dientes que aparecen en la cavidad bucal en el momento del nacimiento del niño (dientes natales), o que aparecen en las primeras semanas de vida (dientes neonatales).

Los dientes natales y neonatales primarios pueden parecerse a los dientes primarios, pero la mayoría de las veces no están completamente desarrollados, se caracterizan por ser pequeños, cónicos, amarillentos, con esmalte y dentina hipoplásica y con pobre o ausencia total del desarrollo radicular. La erupción prematura suele involucrar uno o dos dientes, muy comunmente los incisivos centrales mandibulares temporales.¹²

La presencia de dientes natales o neonatales, puede determinar lesiones secundarias junto al pezón del pecho de la madre o lesión en la base de la lengua conocida como dolencia de Riga Fede: también cuando son inmaduros en la implantación, pueden soltarse siendo aspirados o deglutidos, presentando complicaciones pulmonares o digestivas.⁹



Fig.15⁹

2.9.2 ALTERACIONES REMANENTES DE ESTRUCTURAS EMBRIONARIAS

Las alteraciones que se señalan en este trabajo son semejantes a pequeñas bolas blanco-amarillentas, pueden ser consideradas remanentes de estructuras embrionarias epiteliales, las cuales la mayoría de las veces desaparecen en el primer mes de vida, no obstante, algunas aumentan de volumen y aproximadamente al tercer mes se tornan voluminosas, grandes y bastante visibles, algunas pueden persistir o aparecer tardíamente, dando una falsa impresión de absceso.

2.9.2.1 NÓDULOS DE BOHN. Se localizan preferentemente en las porciones vestibulares y palatinas o linguales de los rodetes gingivales; son los que más se confunden con dientes debido a la forma, color localización y momento de erupción (3° o 4° mes de vida)



Fig.16°

2.9.2.2 PÁPULAS DE EPSTEIN. Se localizan a lo largo del rafe palatino medio y son remanentes del epitelio del paladar.

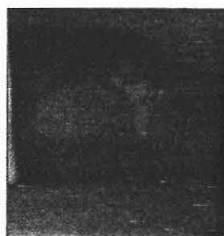


Fig.17°

2.9.2.3 QUISTES DE LA LÁMINA DENTAL. Se localizan en la cresta alveolar del reborde gingival, siendo más frecuentes en la región posterior de los arcos, tiene un color blanquecino, y su contenido es el remanente de la lámina dentaria primitiva.⁹



Fig.18⁹

2.9.3. FISURAS LABIO-PALATINAS

Transtorno desarrollado que habitualmente afecta al labio superior y se caracteriza por un defecto en forma de cuña; en el paladar se caracteriza por ausencia de fusión completa de las dos crestas palatinas, produciéndose una comunicación con la cavidad nasal.

Aún cuando puede estar afectada cualquier etapa del desarrollo, los más comunes son los defectos de desarrollo del paladar; aumentos con el número de casos con fisura han sido asociados a niños nacidos de madres epilépticas bajo tratamiento con fenitoína y a madres que fuman, en el último caso los efectos causados al embrión parecen resultar por la hipoxia, existen varios tipos de labio leporino el incompleto, el completo unilateral y el bilateral.¹⁸

2.9.4. ENFERMEDAD PERIODONTAL

El surco gingival aloja células inflamatorias y produce exudado; pero no se verán signos de inflamación distinguibles clínicamente hasta que las reacciones vasculares hallan alcanzado cierto nivel. La encía marginal libre enrojece, toma aspecto tumefacto y las papilas sobresalen de los espacios interproximales. La superficie se encuentra distendida y brillante. El exudado del surco se nota clínicamente en especial cuando se aplica una ligera presión sobre la encía libre, existe asimismo tendencia al sangrado gingival ante el sondeo.¹²

2.10 CARIES DENTAL

2.10.1 ETIOPATOGENIA

La caries dental es una enfermedad bacteriana multifactorial que para su instalación necesita la interacción de tres factores básicos, (Keyes,1972) el huésped, la microflora y el sustrato, a los cuales Newbrun,1988, agregó el cuarto factor: tiempo. Estos factores cuando se integran generan el dolor que se manifiesta a través de un síntoma clínico que es la lesión cariosa o simplemente caries.⁹

2.10.2 HUÉSPED: DIENTE

Es sobre la estructura dura de los dientes que el dolor se manifiesta y, para que esto ocurra, es necesario que el esmalte se torne susceptible de ser destruido, por los ácidos o por su propia configuración anatómica como en los casos de surcos, fisuras y puntos. El punto de resistencia del esmalte humano está alrededor de un pH de 5.2 (Katz y col. 1982).

Como los dientes primarios sanos son menos mineralizados que los permanentes (McDonald; Avery,1991), lógicamente serán más susceptibles,

ya que la resistencia del esmalte es menor a un pH más alto y franco, determinando que en una acidificación más franca, pueden ocurrir lesiones más fácilmente en esmalte.⁹

2.10.3 HUÉSPED: SALIVA

La saliva segregada por las glándulas salivales mayores: parótidas, submaxilares y sublinguales, junto con las menores, son responsables de la lubricación de la boca y los dientes, interviniendo significativamente en el proceso de generación de la caries, (Newbrun 1988). La saliva tiene varias acciones y funciones y dentro de ellas tenemos: protección de las células de la mucosa, ayuda a formar el bolo alimenticio y las bactericidas e inmunológicas que ayudan a proteger al individuo.

Flujo salival. Se puede afirmar que cuanto mayor sea el flujo salival, menor es la posibilidad de que el niño adquiera caries.

Con relación a la viscosidad salival, se puede afirmar que cuanto menor es la viscosidad menor será el riesgo. La viscosidad para los bebés todavía no se ha definido, sin embargo debe estar próxima a la viscosidad del agua, en aquellos de menor riesgo y próxima al doble de la viscosidad del agua en aquellos de mayor riesgo.

En cuanto a la capacidad buffer o mecanismo de regulación ácido-básico, éste depende de dos acciones:

- 1) *Química*: representada por la relación carbonato/bicarbonato
- 2) *Física*: flujo salival.

En resumen se puede afirmar que a menor capacidad buffer mayor riesgo de caries.

2.10.4 MICROFLORA

Se origina de una matriz glico-proteica donde el componente bacteriano se fija-coloniza y, cuando es cariogénico y organizado, se puede convertir en una fuente generadora de caries denta. Los *Estreptococos*

mutans están relacionados con las caries o lesiones que ocurren en puntos, surcos y fisuras, como también en las superficie lisa y sobre el cuello y la raíz, por la acción formadora de glucanos (dextran) que los habilita a adherirse en cualquier superficie.

Los lactobacilos acidófilos son también generadores de ácidos y de polímeros tipo fructanos (Levan) y son los responsables por la mayoría de caries de surcos y fisuras. Sin la presencia de las bacterias no hay caries como demostró Orland (1955) y Fitzgerald (1968).

Como el niño nace sin bacterias cariogénicas, Berkowics (1980), la adquisición de ellas se hace por contacto del bebé con el ambiente familiar y esto comienza a ocurrir en el primer año de vida.¹⁹ Por tanto, el periodo de mayor adquisición es definido por Caufield y col. (1993) como "ventana de infección" y ocurre en el período entre 19 y 28 meses. Parece que la erupción de los 1° molares primarios está relacionada con este hecho.

En bebés es común también la aparición de una placa de color negra en la región cervical de los dientes. Esta placa negra está firmemente adherida y es de difícil remoción, sin embargo como está compuesta, según Newbrun (1988), por bacteroides melaninogenicus, después de la formación del pigmento forman aminoácidos, ácidos francos como el butíricos y/o acético, así como el amonio que sirve para neutralizar el pH. Este hecho confiere a esos niños una relativa inmunidad a la caries dental.

2.10.5 SUBSTRATOS

Siendo la caries una enfermedad bacteriana, estudios confirman sus características de infección y transmisibilidad, Orland (1955), Fitzgerald (1968), Keyes (1972). No obstante, la simple inoculación de bacterias cariogénicas no generan de por sí la caries dental, siendo necesaria la presencia de un sustrato cariogénico constituido a base de carbohidratos refinados como la sacarosa, glucosa, fructosa y lactosa.

Los *Streptococcus mutans* actuando sobre la sacarosa determinan la formación de glucano y la formación de ácidos. Cuando la acidificación es alta y el pH cae para menos de 5.2 existe la posibilidad de que ocurra desmineralización y consecuentemente la ruptura del esmalte y el inicio de la formación de una lesión cariosa. Como en la saliva y en la placa existen iones de Ca, P y F., ellos producen un efecto de remineralización, que evita que la lesión se forme; y cuando existe el desequilibrio éste lleva por un lado a la cavitación y por otro a la remineralización.⁹

2.10.6 TIEMPO

La presencia y formación de caries en niños no está solamente relacionada con la cantidad de carbohidratos ingeridos, sino también por la consistencia del alimento y la frecuencia de ingestión. Como de la ingesta de alimentos cariogénicos el pH baja al nivel de 5 y se mantiene aproximadamente 45 minutos, la frecuencia por encima de 6 ingestiones/día contribuyen para aumentar el riesgo de caries.

Cuando el consumo de alimentos ocurre entre comidas, esto determina una acidificación de placa en forma continua que perturba la capacidad buffer, así como altera el mecanismo de Remi-Desmi, aumentando el riesgo de caries.

Este hecho es observado en lactantes e infantes con hábitos alimenticios inadecuados, donde el uso frecuente y prolongado de biberón o de pecho materno y otros alimentos puede determinar el "Síndrome de caries de biberón" que es la primera señal de caries aguda en el ser humano.

Según Babeely y col., (1989), tres aspectos de la alimentación son importantes en niños: número de alimentación mayor de 5 veces, práctica de alimentación nocturna, donde el bebé duerme lactando o se amamanta durante la noche y, finalmente, la duración en meses de estas prácticas.



Fig.19^o

2.11 TIPOS DE CARIES EN LA PRIMERA INFANCIA

Clinicamene existen tres tipos de caries en la dentición primaria: Caries Simple, Caries de Biberón y Caries Negligente o descuidada.

2.11.1 Caries Simple afecta los incisivos en sus superficies proximales principalmente, las mesiales de los centrales superiores y las oclusales de los molares. Generalmente, son pocas las lesiones y no pasan de seis.

2.11.2 Caries Tipo Biberón o Caries por Alimentación Infantil el problema ocurre cuando los dientes del niño son expuestos por mucho tiempo a líquidos azucarados, ya sea por amamantamiento o uso del biberón, otra causa para el desarrollo de este tipo de caries es el amamantamiento nocturno²¹, debido a que la leche se mantiene por más tiempo en la boca y el nivel de saliva disminuye.

Afecta a los niños hasta el primer año de vida y tiene en su etiología marcados componentes socio-culturales relacionados con el amamantamiento nocturno y la ausencia de limpieza y/o cepillado.

Esta caries tiene evolución rápida, en la fase inicial afecta a los incisivos centrales y laterales superiores, se da en todas su superficies con inicio en el tercio gingival ya que ahí existe una mayor retención de placa bacteriana y ácido láctico.²¹ En los tejidos blandos se observa inflamación

papilar, sangrado al cepillado y edema. En la fase intermedia ataca molares superiores e inferiores con posible daño pulpar. La fase final se da por destrucción coronal de los incisivos inferiores con incremento de patología pulpar y periodontal. Las consecuencias de la caries del lactante representa un riesgo para el estado de salud general, dolor y sufrimiento para el niño.⁹



Fig.20⁹

2.11.3 Caries Negligente es toda aquella lesión, simple o de biberón, que no recibe atención y, consecuentemente, ocasiona la pérdida de la corona clínica y/o tiene compromiso pulpar.



Fig.21⁹

2.12. PREVENCIÓN

La higiene bucal desde una edad temprana tiene como finalidad la de acostumbrar al niño y a los padres al hábito del cepillado ya que es frecuente que cuando se quiere instalar hábitos de limpieza en edades mayores, el

niño suele resistirse. Tanto la prevención oral como la limpieza deben iniciarse con el nacimiento del bebé¹⁹

Millones de niños y adultos juegan y trabajan afectados por enfermedad periodontal, dientes faltantes y maloclusión, gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica un programa diario de prevención y recibieran cuidados odontológicos de manera periódica. Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal es innecesario.²⁰

2.12.1 LIMPIEZA/CEPILLADO

Ya en 1929, Pereira recomendaba iniciar la limpieza de la boca antes de la erupción de los primeros dientes y recomendaba pasar sobre los rodetes una gasa esterilizada, embebida de una solución de bicarbonato de sodio.



Fig.22⁹



Fig.23⁹

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

En la práctica la limpieza comienza con la erupción de los primeros dientes, principalmente en la noche después de la última succión mamaria, y esa limpieza deberá seguir hasta los 18 meses de edad y/o cuando se complete la erupción de los primeros molares primarios, donde el cepillado

deberá iniciarse, principalmente, para limpiar las superficies oclusales de esos dientes (primeros molares)⁹



Fig.24⁹

Otra método que se puede emplear para la limpieza de la cavidad oral es; disolver una cucharada sopera de agua oxigenada 10 volúmenes en 3 cucharadas de agua hervida. Guardar en un frasco color ámbar para uso futuro. Usar una punta de una tela o hisopo de algodón previamente humedecido en la solución ya mencionada y pasarla por ambos rodetes gingivales, así como para limpieza de los dientes, inclusive de la lengua, como mínimo una vez al día, después de los 18 meses de edad, sustituir la limpieza por el cepillado de los dientes.(9)

2.12.2 APLICACIÓN DE FLUORURO

Usar solución de fluoruro de sodio al 0.2% (por el profesional) ó 0.02% (en casa) después de la limpieza de los dientes, preferiblemente en la noche antes de dormir; aplicar el fluoruro; usar un hisopo y friccionar sobre los dientes durante más o menos 1 minuto; niños hasta 18 meses, usar cuatro gotas para cada arco⁹

3. PROMOCIÓN DE SALUD

Para hablar de Promoción de Salud, es necesario definir **Salud Pública** que es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad.

Dicho de otra forma, la salud pública comprende el "conjunto de actividades organizadas de la comunidad, dirigidas a la promoción (fomento y protección) y a la restauración (asistencia y rehabilitación) de la salud de la población."²²

Las acciones propias de los Servicios de Salud dirigidos a la **Promoción** (fomento y protección) de la salud de la población, se suelen clasificar en dos grandes grupos, según incidan sobre el medio ambiente o sobre el individuo.

Acciones sobre el medio ambiente. Incluyen las actividades de los Servicios de Salud dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su más amplio sentido. Se divide en:

- a) Control sanitario del medio ambiente o saneamiento ambiental y
- b) Control sanitario de los alimentos o higiene alimentaria.

Se trata de prevenir los riesgos para la salud humana derivados de la contaminación física, química o biológica del medio ambiente en que vive inmerso el ser humano.

Acciones sobre el individuo. Incluyen las actividades de promoción de la salud que inciden sobre el individuo. Se suelen dividir en dos grandes grupos: a) Educación Sanitaria, mediante esta se pretende incidir sobre la conducta humana, fomentando las conductas positivas de salud, y cambiando los estilos de vida insanos. Se trata de controlar los factores

conductuales o estilos de vida insanos que son en la actualidad determinantes o condicionantes de la salud en los países desarrollados.

b) **Medicina Preventiva**, mediante esta se pretende fomentar la salud y prevenir las enfermedades prevalentes, aplicando a individuos, grupos y colectividades las técnicas de la medicina preventiva.²²

La **educación para la salud** es una disciplina formal que genera procesos sociales permanentes, y de acciones intencionales capaces de influir favorablemente en los comportamientos, actitudes. Valores y prácticas de las personas para lograr comportamientos sanos tendiendo al autocuidado de su salud integral

La **promoción de la salud** radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.²²

La tarea más importante de un promotor de salud es la de enseñar, la de animar a compartir conocimientos, habilidades, experiencias e ideas. Las actividades del promotor como “educador” pueden tener un efecto de mucho mayor alcance que todas sus actividades preventivas y curativas.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El recién nacido requiere de cuidados generales especiales, pero se ha dejado a un lado el cuidado bucodental que es también de suma importancia para el desarrollo de los niños.

Es importante informar a las madres sobre la higiene oral de sus hijos desde el momento en que éstos nacen, para con ello prevenir la pérdida prematura de los órganos dentarios. Promover las técnicas o métodos de higiene oral tiene múltiples beneficios sociales, económicos y de salud pública.

5. JUSTIFICACIÓN

La boca tiene una función importante en la vida del ser humano. Todos los nutrimentos pasan por ella. Las expresiones de alegría, tristeza e incluso amor e ira dependen en gran parte de acciones de labios y carrillos, también los sonidos son emitidos por la boca; por lo anterior el odontólogo debe fomentar una boca sana y la mejor manera de hacerlo es desde el nacimiento.

En México es muy alto el porcentaje de madres que desconocen la importancia de los dientes de la primera dentición y por ende la importancia de las medidas preventivas, por lo que debemos educar para educar y tener mejores resultados en el futuro. Esto se logrará mediante la información y motivación que logre transmitir el odontólogo en la comunidad.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Promover los cuidados de higiene oral que deben tener las madres con el recién nacido; mediante el asesoramiento a mujeres embarazadas, con el fin de mantener la salud oral y obtener una educación preventiva.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- *Fomentar la educación para la salud en las futuras madres.
- *Determinar el conocimiento que tienen las madres de la anatomía de la boca del bebé.
- *Identificar las alteraciones más frecuentes de la cavidad oral del bebé, por parte de las madres
- *Implementar las técnicas adecuadas para la higiene oral en el bebé.
- *Identificar las repercusiones que tienen los hábitos de succión no nutritivos.

7. MATERIAL Y MÉTODO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo longitudinal

7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres embarazadas que asisten a la pre-consulta y control gestacional en el Hospital de Gineco-obstetricia Tlatelolco del IMSS, del 7 al 18 de marzo del 2005.

7.3 MUESTRA DE ESTUDIO

Se constituye por 40 mujeres embarazadas.

7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

*Mujeres embarazadas que comprendan entre los 20 y 35 años.

*Que sepan leer y escribir.

*Que tengan disposición de contestar la encuesta.

*Mujeres embarazadas que asistan a su pre-consulta en el Hospital de Gineco-obstetricia Tlatelolco del IMSS en el turno matutino.

7.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres que no cumplan con los criterios de inclusión.

7.6 VARIABLES

7.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Nivel de conocimiento de las mujeres encuestadas acerca de higiene oral en el recién nacido.

7.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE

*Características de la cavidad oral en el recién nacido.

*Alteraciones que se podrían presentar en la boca del bebé;(dientes natales y neonatales, nódulos de Bohn, pápulas de Epstein, quistes de la lámina dental, fisura labio-palatina)

*Técnicas de higiene oral en el recién nacido.

*Caries por alimentación infantil.

7.7 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Base de datos en Excell, se realizaron tablas y gráficas para mostrar los resultados.

7.8 RECURSOS

7.8.1 RECURSOS HUMANOS

*Tutor

*Asesor

*Pasante de Cirujano Dentista

7.8.2 RECURSOS MATERIALES

*Encuesta base de evaluación

*Diapositivas

*Proyector de diapositivas

*Tríptico informativo

*Computadora

*Plumas

7.8.3 RECURSOS FINANCIEROS

A cargo de la tesista.

7.9 CRONOGRAMA

| ACTIVIDADES | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL |
|--------------------------------------|-------|---------|-------|-------|
| Revisión bibliográfica | * | * | | |
| Pláticas en el hospital | | | * | |
| Resultados de la encuesta | | | * | |
| Captura y procesamiento de los datos | | | * | * |
| Impresión de tesina | | | | * |

8. RESULTADOS

En relación al número de hijos que tienen las mujeres encuestadas, el 53% tiene un hijo, el 35% 2 hijos y corresponde al 12% las mujeres que tienen 3 hijos.

Con lo que respecta a la ocupación de las mujeres embarazadas, corresponde un 7% las que se dedican al comercio, un 40% son empleadas, técnicas un 8%, un 35% se dedica al hogar y las profesionistas con un 10%.

En relación con la escolaridad, los porcentajes de las personas encuestadas fue la siguiente: las que estudiaron primaria completa 12%, secundaria 25%, técnicas 15%, mientras los que estudiaron preparatoria un 30% y los profesionistas con un 18%.

Con relación a la pregunta, ¿quiénes son los responsables de la formación de hábitos de higiene bucal del niño? antes de la plática el 53% de las encuestadas respondieron que los padres, 2% los maestros, 25% las educadoras y 20% que todos. Después de la charla el 88% respondió que los responsables son los padres y un 12% que es labor de todos.

Cuando se les preguntó, ¿cree que sea necesario cuidar los dientes de leche? el 65% dijo que sí y el 35% que no, esto antes de la plática y después el 100% respondió que sí.

En relación con la pregunta anterior, se interrogó a las personas el por qué? a lo que respondieron que por estética el 2%, 35% para comer bien, 5% para poder hablar y porque son la guía de los permanentes el 58% antes, sin embargo después de la plática el 100% respondió que por que son la guía de los permanentes.

De acuerdo a la pregunta, ¿a que edad se debe iniciar la higiene bucal del niño? el 30% respondió que desde que nace, el 25% que cuando brotan los primeros dientes, el 33% a los 2 años y el 12% no sabe; cambiando radicalmente su respuesta al finalizar la plática, ocupando el 100% la respuesta desde que nace el bebé.

Cuando se les preguntó, ¿qué puede pasar si se le agrega azúcar al biberón? al inicio de la plática 45% respondió que caries, 18% aumento de peso del niño, sabor más agradable el 14% y el 23% no sabe; respondiendo al finalizar la charla que se produce caries el 100% de las encuestadas.

En relación a, ¿cuántas veces al día deben cepillarse los dientes? las encuestadas respondieron en un 63% que tres veces al día, 2% que cuatro y un 35% que después de cada alimento, esto antes de la plática,

posteriormente el 100% de la población de estudio contestó que se deben cepillar los dientes después de cada alimento.

En relación a la pregunta, ¿cree que el uso prolongado del biberón o del pecho pueda ocasionar daño a los dientes de su hijo? las madres respondieron antes de la plática que si un 62% y que no un 38% y al finalizar la plática el 100% respondió que si.

Cuando se les preguntó, ¿a que edad considera que es conveniente retirarle al niño el pecho o el biberón? inicialmente ellas contestaron en un 52% que al año, que al año y medio un 18% un 5% a los 2 años y que no sabe el 25% y finalmente que se debe retirar al año el 100%.

Con lo que respecta a la pregunta, si el niño se chupa el dedo por tiempo prolongado, ¿qué cree que pueda pasar? las embarazadas respondieron en un 30% que se les enchuecan los dientes, correspondiendo a la respuesta que se deforma la boca el 5%, 18% que se hacen callos en los dedos, 12% que se enferma del estómago, otro 12% que no pasa nada y 25% que no sabe; esto fue antes de la charla al finalizar el 100% respondió que se le enchuecan los dientes al niño.

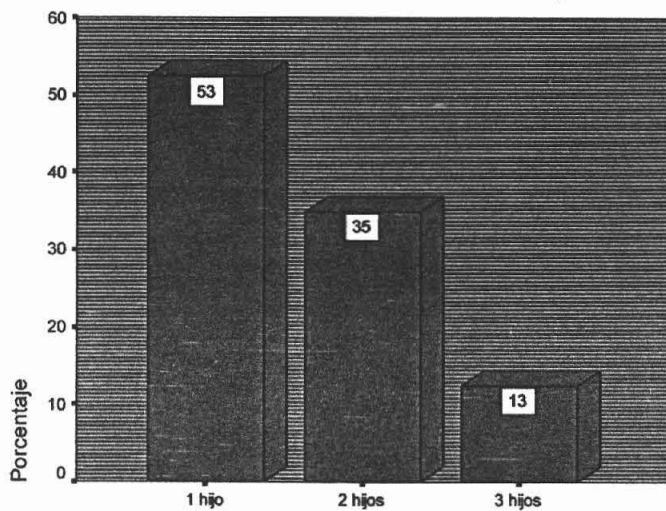
En relación a la pregunta, ¿si le agrega miel al chupón, ¿qué cree que pueda ocasionar a la salud? la mayoría de las personas contestó antes de la plática que caries correspondiendo el 55%, un 2% que enfermedad gastrointestinal, 20% nada y 23 % no sabe; después de la plática la totalidad de las personas encuestadas contestó que se puede ocasionar caries.

En cuanto a la pregunta, ¿sabe usted que es lo que produce la caries? el 30% de las encuestadas contestó que los microorganismos, el 50% que la falta de cepillado, un 12% no sabe, un 8% que todos los anteriores estas respuestas las proporcionaron antes de la plática y después de la misma un 5% que los microorganismos, 15% falta de cepillado y 80% que todos los anteriores.

Al preguntarles, ¿cuándo cree que debe llevar a su niño al dentista por primera vez? al inicio el 32% dijo que al brotar el primer diente, el 28% que al año, el 12% que a los 2 años, 8% a los 3 años y el 20% al haber dolor; al final el 88% dijo que al brotar el primer diente y el 12% que al año.

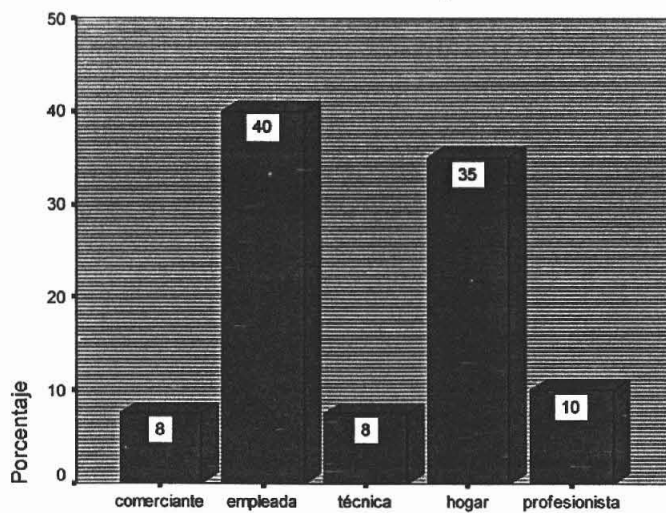
Finalmente en relación a; ¿cada cuánto cree que debe llevar a su niño al dentista? al principio de la plática el 58% respondió que cada 6 meses, que cada año el 14%, el 10% cada dos años, un 8% cuando hay dolor y 10% no sabe, al final de la plática el 92% contestó que cada 6 meses y el 8% que cada año.

DATOS GENERALES-Número de hijos

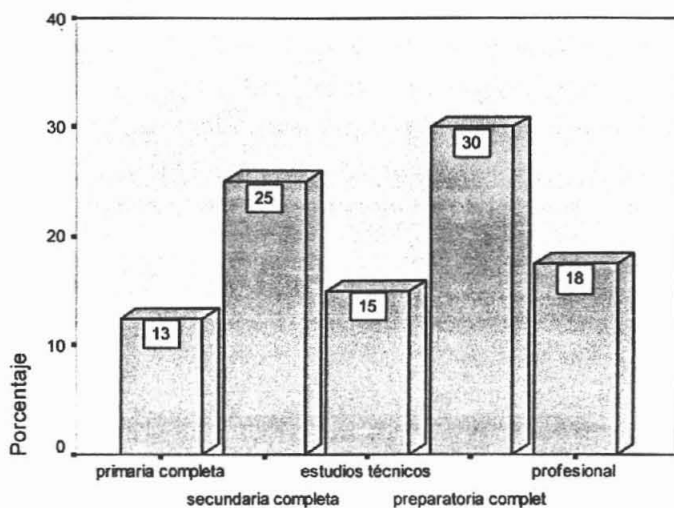


Fuente directa

DATOS GENERALES- Ocupación



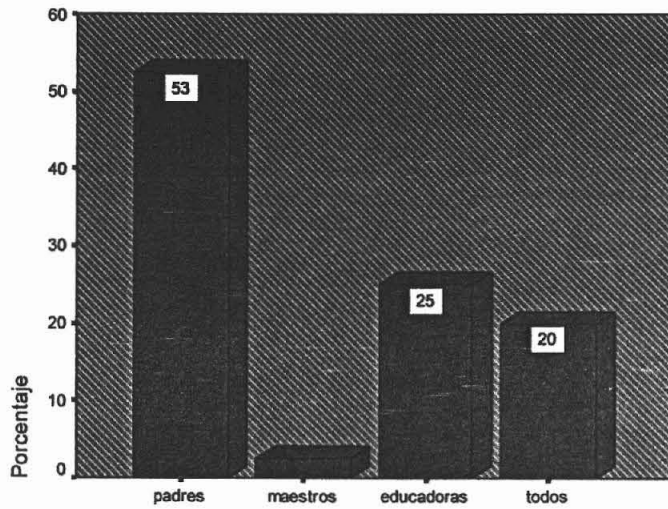
DATOS GENERALES-Escolaridad



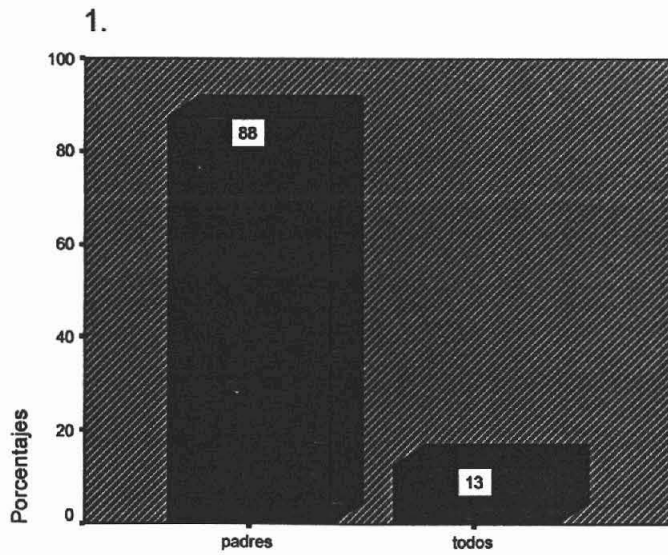
Fuente directa

En la representación gráfica de los resultados se presentan 2 por cada pregunta que corresponden: la superior a la encuesta aplicada antes y la inferior a la encuesta aplicada después de la plática.

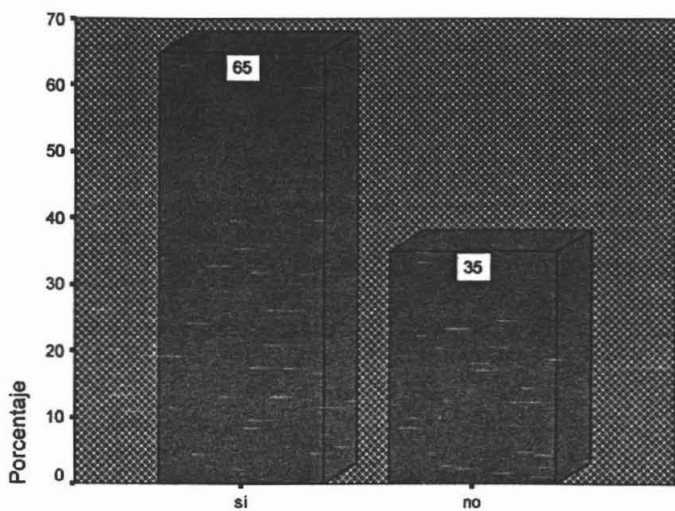
1. quién es responsable de formar hábitos?



Fuente directa

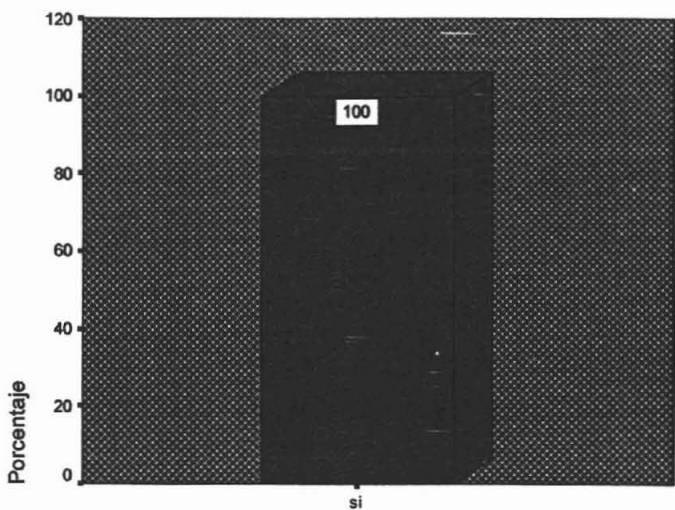


2. Es necesario cuidar los dientes de leche?

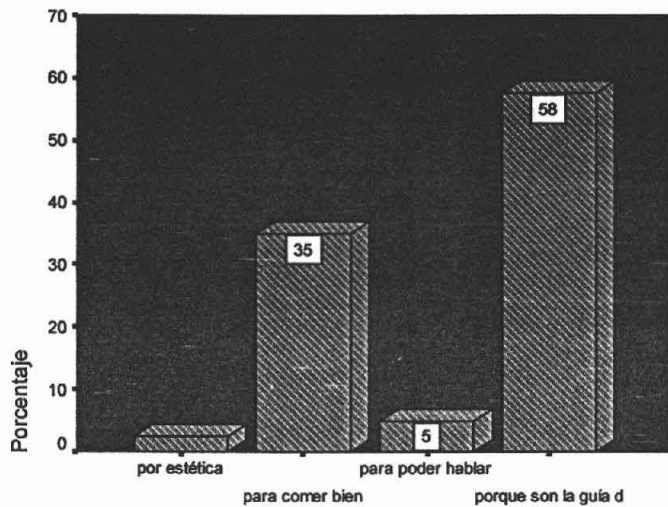


Fuente directa

2.

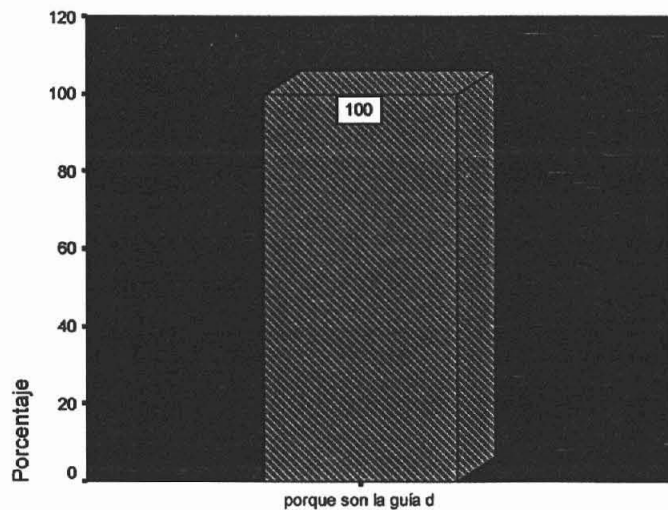


3. Por qué?

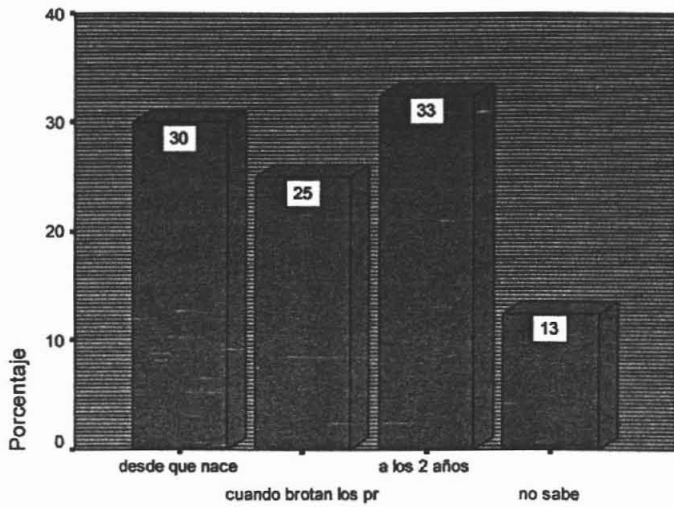


Fuente directa

3.

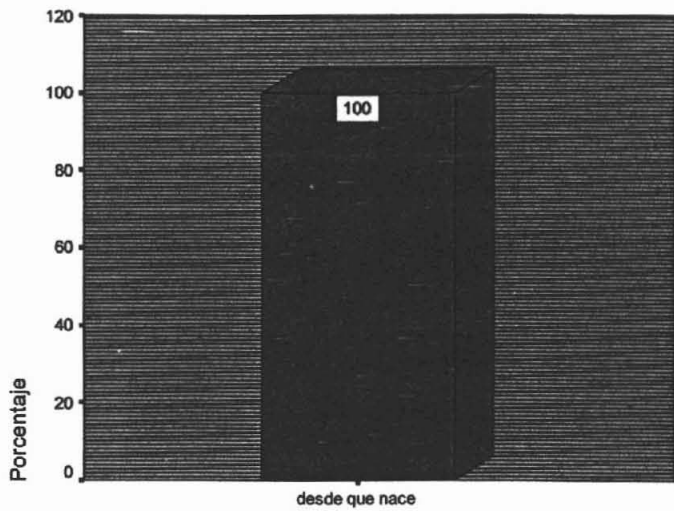


4. A qué edad debe iniciar la higiene bucal?

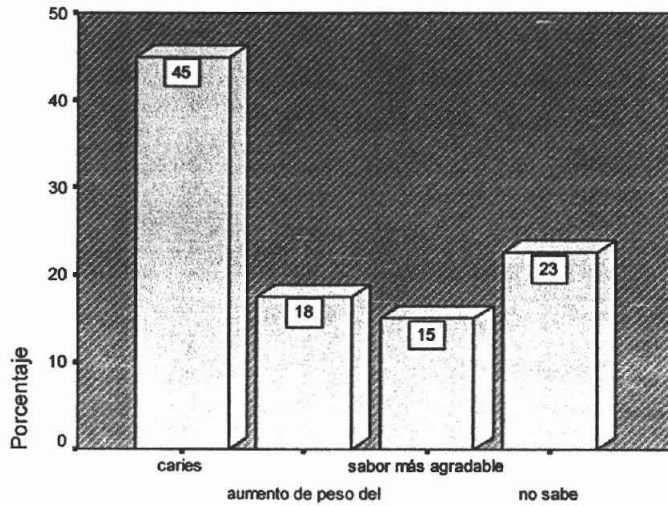


Fuente directa

4.

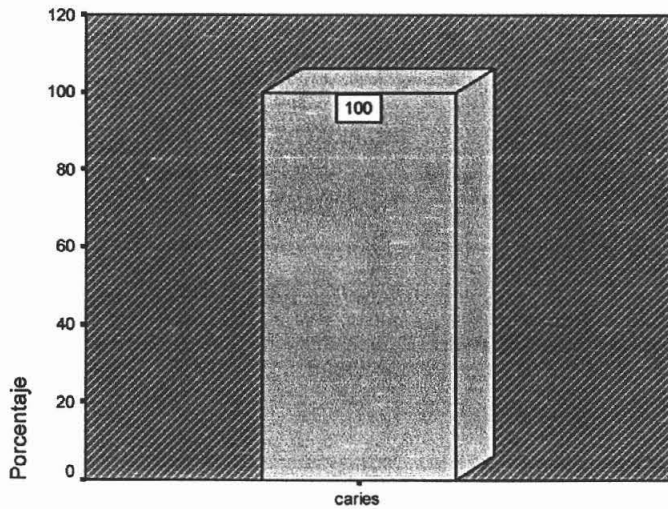


5. Qué pasa si le agrega azúcar al biberón?

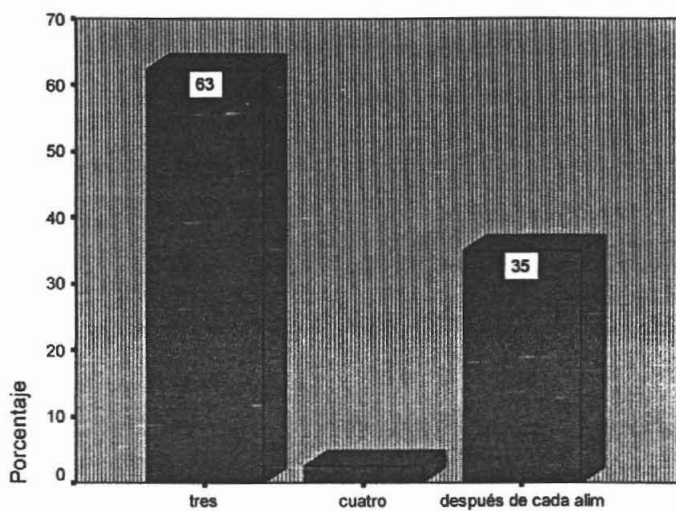


Fuente directa

5.

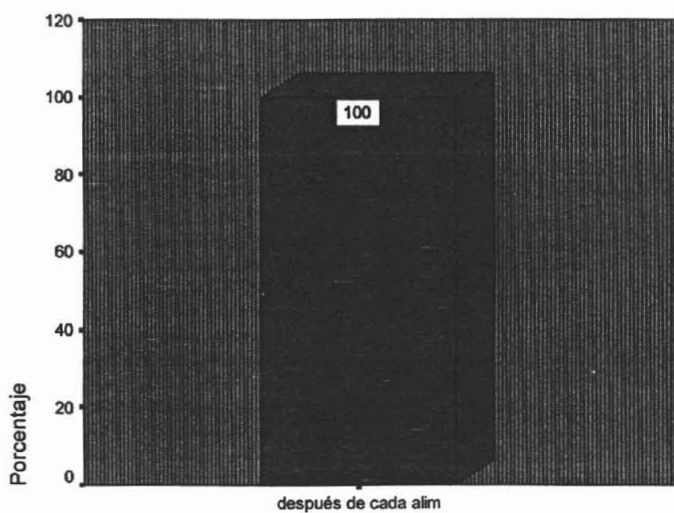


6. Cuántas veces al día cepillan los dientes?

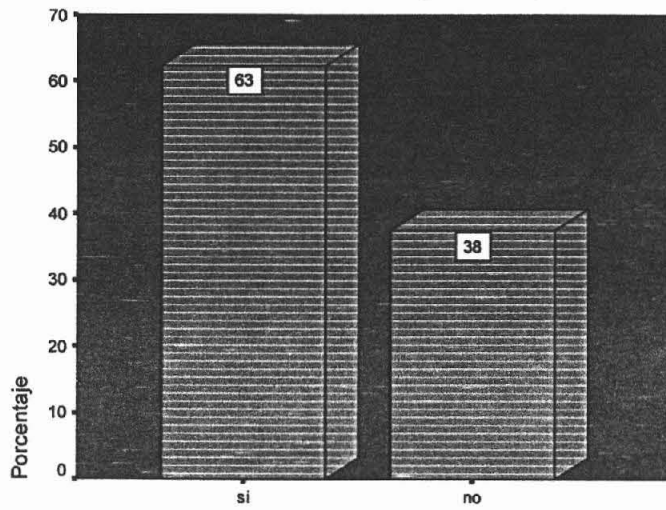


Fuente directa

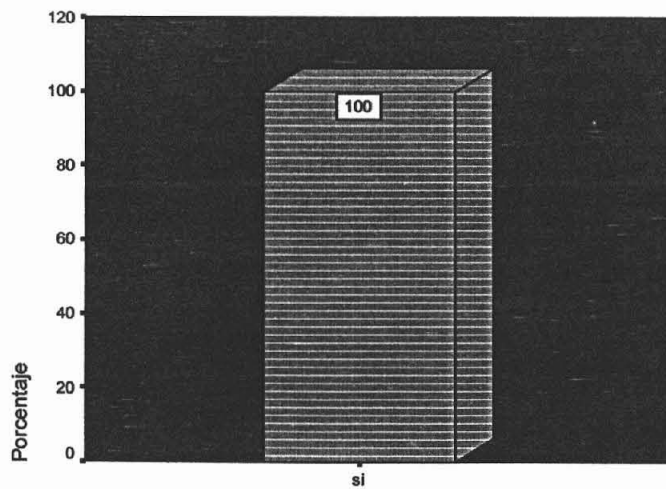
6.



7. Daña los dientes el uso prol. de pech/bib?

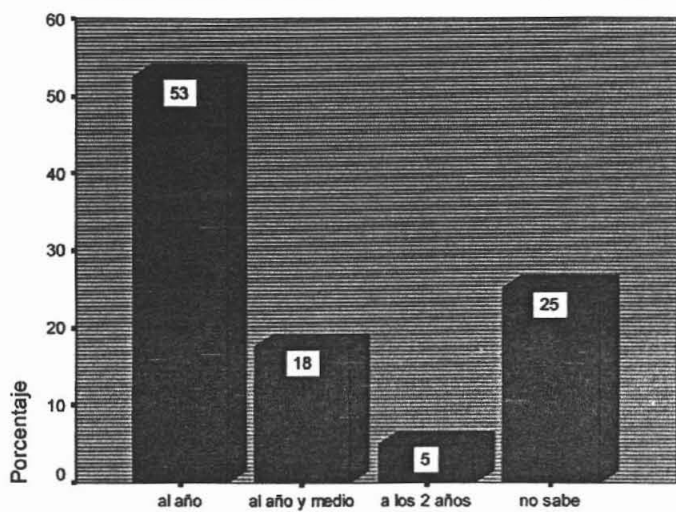


7.

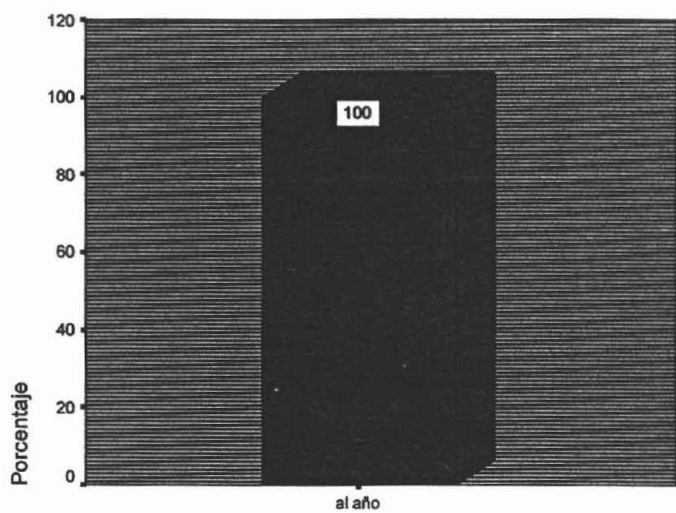


Fuente directa

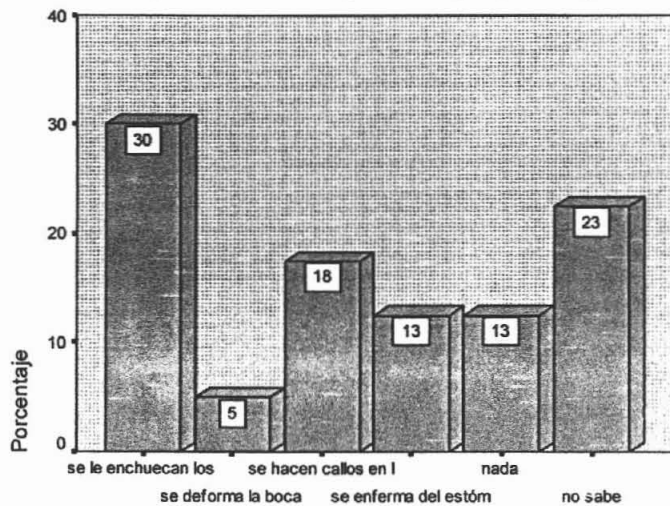
8. Qué edad es conveniente retirar pech/bib?



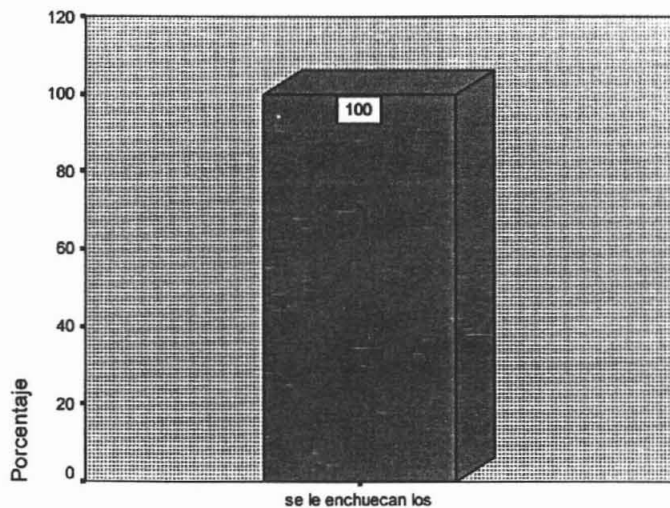
8.



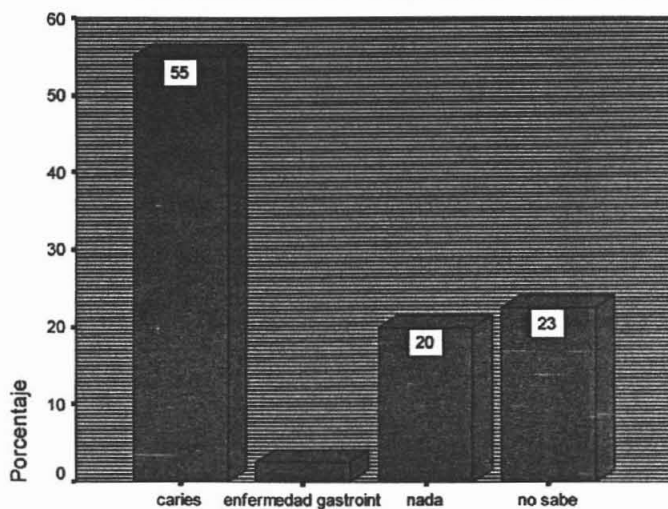
9. Chuparse el dedo por tiempo prolongado?



9.

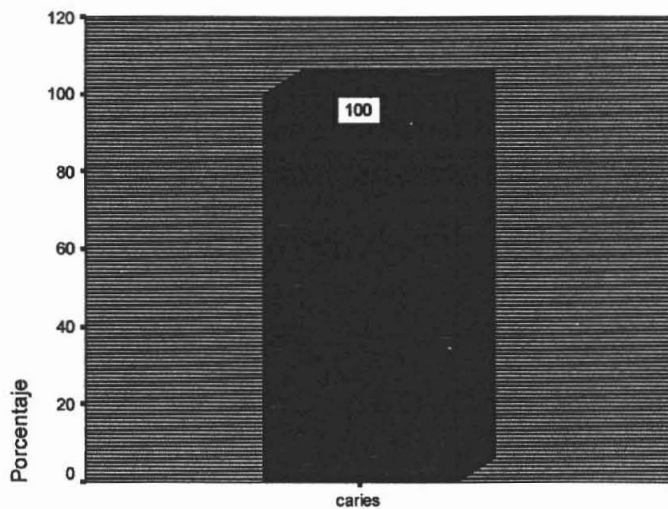


10. Qué pasa c/salud si agrega miel al chup?

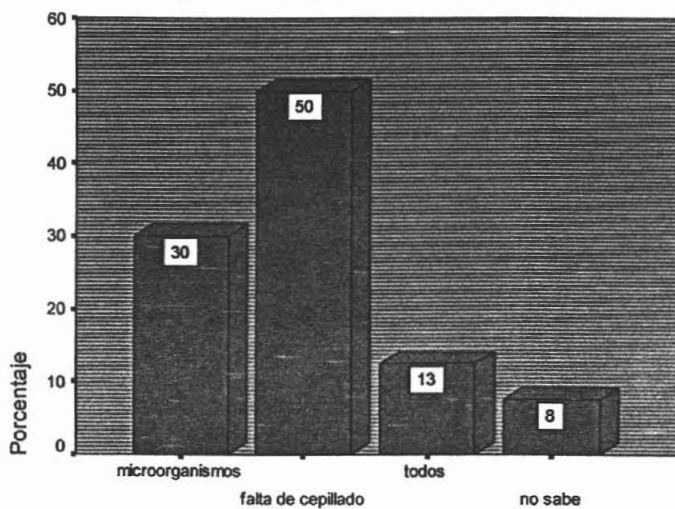


Fuente directa

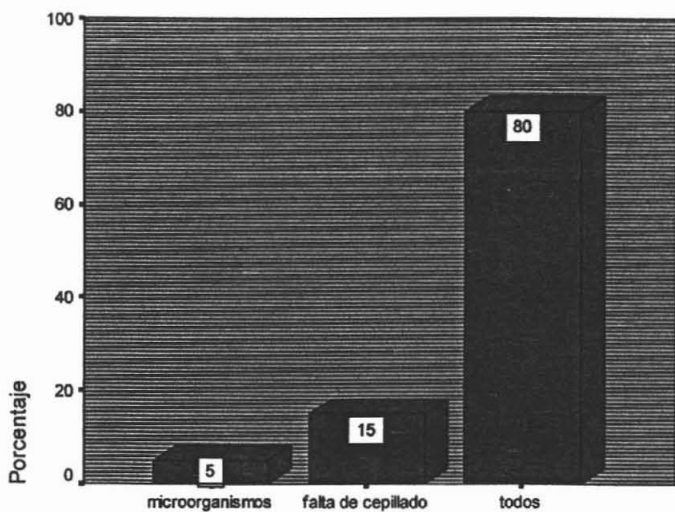
10.



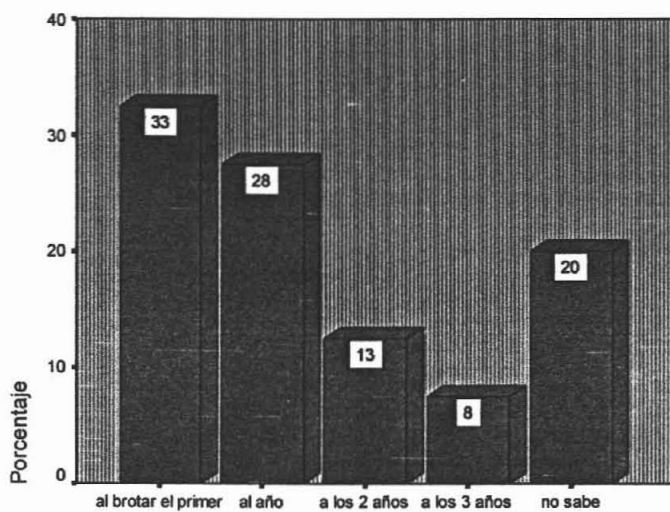
11. Qué provoca que se forme caries?



11.

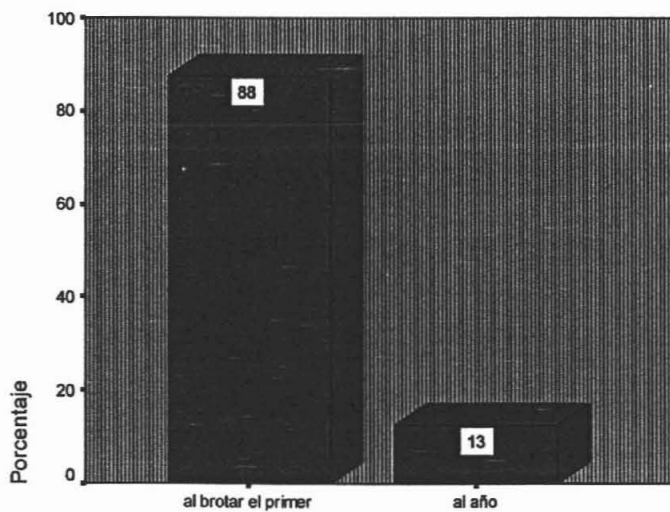


12. Cuándo 1ª visita al dentista?



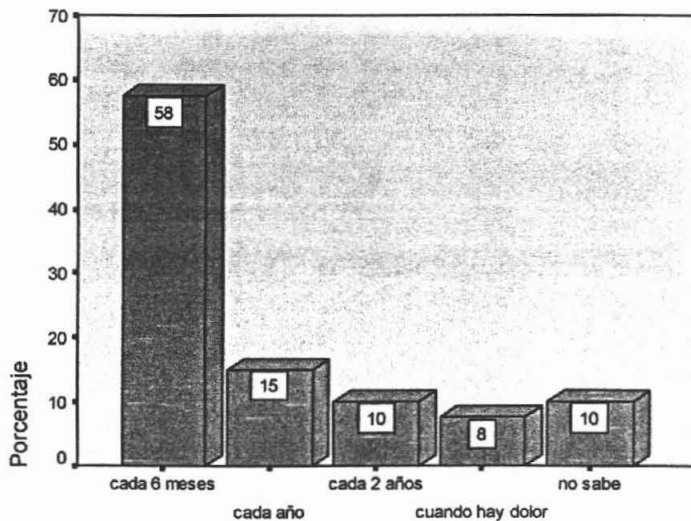
Fuente directa

12.

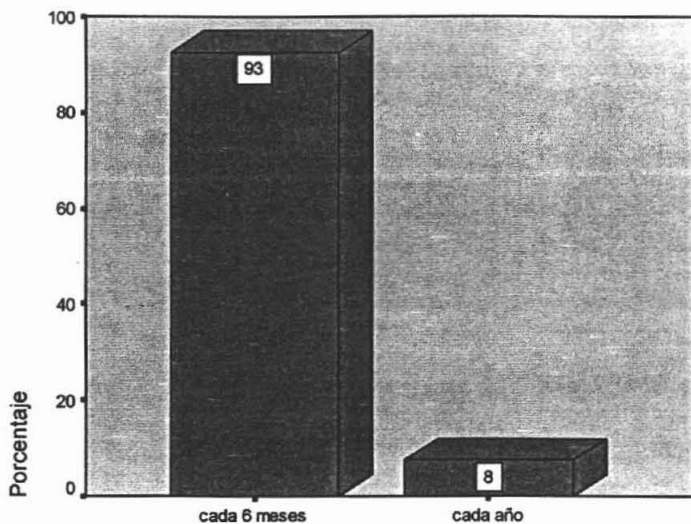


Fuente directa

13. Cada cuándo visitar al dentista?



13.



9.CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en las encuestas se determinó que el 35% de las madres que al principio creían que no era necesario cuidar los dientes primarios, después de la plática su respuesta fue afirmativa en un 100%..

Es importante destacar que en cuanto a la edad conveniente para iniciar la higiene bucal del niño, al finalizar la plática el total de las encuestadas coincidieron en que es importante hacerlo desde que el niño nace.

El presente estudio reportó en la población en un 100% al finalizar la charla, que sí se le adicionan edulcorantes al biberón o al chupón se ocasiona caries en los dientes del niño. también se destaca la importancia que le dieron las madres al hecho de limpiar la boca del bebé después de cada alimento.

Estos datos revelan que este tipo de información es importante y fácil de asimilar durante el embarazo, ya que las madres se encuentran muy receptivas a las orientaciones relacionadas con todos los cuidados para su bebé.

En nuestra sociedad la caries por alimentación infantil es un grave problema debido a que no se ha logrado controlar, siendo el hogar el sitio donde se debe iniciar con la prevención y es tarea de nuestra profesión mantener a la población informada.

Por lo tanto es importante que el cirujano dentista que trabaje en centros de salud, clínicas y hospitales, aproveche estos espacios, en los cuales acuden mujeres embarazadas, teniendo así la oportunidad de impartir educación para la salud bucodental del recién nacido, que abarca desde la higiene oral, hábitos de succión no nutritivos y alteraciones más frecuentes en cavidad oral.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Pereira D. Educación dentaria de crianza Rio de Janeiro, 1929, pp.79
2. Blinkhm. Factors influencing the transmisión of the tooth brushing rotine by mothers to their pre scholl children. J dent Bristol 1980 9(4):307-11
3. Dominick y cols. Odontología preventiva. Mundi. Buenos Aires, Argentina 1981. pp.117-90
4. Morinudhi T. Mastuno T. Fukuda Effective dental health care quindace for the infant aged 4 months. Jap J Den 1982; 20(3):401H.
5. Raymond B. Odontología pediátrica. Panamericana, Buenos Aires 1984, pp. 179-182
6. Persson L. Carlgren G Measuring. Children's diet: evaluation of dietary assessment techniques in infancy and childhood. Inter J Epidemiol 1984; 13(4): 505-17
7. Goepferd S. An infant oral health program: the firs 18 months. Oral health 1989; 79(1):21-25
8. Mc Donald A. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Harcout 6ª edición, Madrid España 1998 pp. 33-35
9. Figueiredo LR, Ferelle A, Issao M. Odontología para el Bebé, odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. Actualidades Medico Odontológicas Latinoamericana, Sao Paulo, Brasil; 2000
10. Hammerly M. Enciclopedia médica moderna. Tomo1.2ª edición. Interamericana. pp331-340
11. Real Academia diccionario de la lengua española. Milenio 22ª edición, Vol 6 y 7, España 2001 pp 908, 1027
12. Göran K y cols. Odontopediatría enfoque clínico. Panamericana, Madrid España 1994, pp13-19
13. Casanueva E. y col. Nutriología Médica, Panamericana, Madrid España, 2ª edición, 2001 pp 131-145
14. Rodríguez V. Tesis Nivel de conocimiento en la salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002
15. Formulas infants. Pediatric dentistry , 21:2, 1999
16. Games J. Palacios. Introducción a la pediajria 6ª edición, editorial Mendez, México 1997, pg 111
17. Pilioneta O. Torres M. Implicaciones de la lactancia materna en odontopediatría. Med Unab 2003 6(17): 89-92
18. Bhaskar S: Histología y embriología bucal de Orban. Prado. México 11ª ed. 1991, pp.97-101,132-136
19. Katz M Odontología preventiva en acción. Panamericana 3ª edición. México 1991, pp 442-449
20. Pinkham J. Odontología pediátrica Interamericana 1ª edición. México 1991, pp161,311
21. Cameron A., Widmer. Odontología pediátrica, Ed Harcourt, 1993 pp 48
22. Salleras L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1985. pp 45,49,58

11.ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Variables Sociodemográficas

Edad Sexo No. Hijos

Ocupación

1)Obrera 2)Comerciante 3)Empleada 4)Técnica
5)Hogar 6)Profesionista 7)Desempleada 8)Otro _____

Nivel de Escolaridad

1)Ninguna 2)Primaria incompleta 3)Primaria completa
4)Secundaria completa 5)Estudios técnicos
6)Preparatoria completa 7)Profesional

Encuesta Educativa

1. ¿Quién o quiénes cree ud. Que son los responsables de la formación de hábitos de higiene bucal del niño?

1)El niño 2)Padres 3)Maestros 4)Educadoras 5)Todos 6)No sabe

2. ¿Cree que sea necesario cuidar los dientes de leche? Si No

3. ¿Por qué?

1)Por estética 2)Para comer bien 3)Para poder hablar 4)Porque son la guía de los permanentes 5)Otros

4. ¿A que edad cree ud. que se debe iniciar la higiene bucal del niño?

1)Desde que nace 2)Cuando brotan los primeros dientes 3)A los 2 años
4)A los 3 años 5)No sabe 6)Otros _____

5. Si se agrega azúcar al biberón ¿qué cree ud. que pueda pasar?

1)Caries 2)Aumento de peso del niño 3)Sabor más agradable
4)No sabe 5)Otros _____

6. ¿Cuántas veces al día deben cepillarse los dientes?

- 1)Una 2)Dos 3)Tres 4)Cuatro
5)Después de cada alimento 6)No sabe 7)Otro _____

7. ¿Cree usted que el uso prolongado del biberón o del pecho pueda ocasionar daño a los dientes de su hijo? Si No

8. ¿A que edad considera que es conveniente retirarle al niño el pecho o el biberón?
1)Al año 2)Al año y medio 3)A los 2 años 4)No sabe 5)Otro _____

9. Si el niño se chupa el dedo por tiempo prolongado, ¿qué cree que pueda pasar?
1)Se le enchuecan los dientes 2)Se deforma la boca
3)Se hacen callos en los dedos 4)Se enferma del estómago
5)Nada 6)No sabe 7)Otros _____

10. Si le agrega miel al chupón, ¿qué cree que pueda ocasionar a la salud?
1)Caries 2)Enfermedad gastrointestinal
3)Nada 4)No sabe 5)Otros _____

11. ¿Sabe ud. que es lo que produce la caries?
1)Microorganismos 2)Carbohidratos 3)Falta de cepillado
4)Todos 5)No sabe

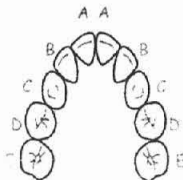
12. ¿Cuándo cree ud. que debe llevar a su niño al dentista por primera vez?
1)Al brotar el primer diente 2)Al año 3)A los 2 años
4)A los 3 años 5)Al haber dolor 6)No sabe
7)Otros _____

13. ¿Cada cuánto cree que debe llevar a su niño al dentista?
1)Cada 6 meses 2)Cada año 3)Cada 2 años
4)Cuando hay dolor 5)No sabe 6) Otro _____

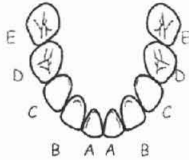
TRÍPTICO

"ORDEN DE ERUPCIÓN DENTAL"

MANDIBULA SUPERIOR



MANDIBULA INFERIOR



A : 6-9 MESES

Incisivos Centrales

B : 6-9 MESES

Incisivos Laterales

C : 16-18 MESES

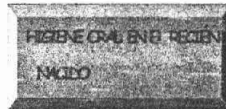
Caninos

D : 12-14 MESES

Primeros Molares

E : 18-36 MESES

Segundos Molares



ELABORÓ: KARLA YURMO LÓPEZ BALDERAS

Pasante de la carrera de odontología

DIRIGIÓ: C.D.M.A. ELENA NIETO OLIVE

Directora de Teatro

UNAM. RTDS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ÁREA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

HIGIENE ORAL
EN EL
RECIÉN NACIDO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN PARA
LA SALUD BUCAL

DR. RICARDO MARTINEZ AGUIRRE
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE
GINECO-OBSTETRICIA
TLATELCOMLISS

Por esta concuerdo me dirijo a usted con la finalidad de que la paciente **KARLA YURIKO LÓPEZ BALDERAS** continúe con un programa de educación para la salud bucal dirigido a mujeres embarazadas, con el objetivo de recibir orientación sobre la salud bucal en niños recién nacidos hasta los tres años de edad. Sin otro particular y en espera de su apoyo para la realización de dicho programa me despido reiterando la seguridad de mi atención y distinguida consideración.

ATENTAMENTE

"Por mi raza hablará el espíritu"

México, D. F. a 24 de enero de 2005

C. D. **MARÍA ELENA NIETO CRUZ**
COORDINADORA

Cop: Dra. Francisco Javier Degullado Bardses
Jefe de Emergencia

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN A NOGUEIRA DEL C.F.
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA "SANTA LUCÍA"
CENAFORAL C O P O R EL CONSEJO GENERAL DE SALUD
ESTADUAL DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ING. MARÍA ELFINA NIETO CRUZ
DIRECTORA DE TESINA
UNAM

PRESENTE

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE LA C. KARLA YURRICO
LOPEZ BALDEAR, PASANTE DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA DE
LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM, REALIZÓ EN ESTE HOSPITAL
EN APOYO A LA PRECONSULTA A LAS FUTURAS MADRES, LA IMPARTICIÓN
DEL TEMA "PROMOCIÓN DE HIGIENE ORAL EN EL RECIEN NACIDO"
DEL 7 AL 15 DE MARZO DEL 2005, EN UN HORARIO DE 10 A 11:00 HRS.

SIN MAS POR EL MOMENTO, RECIBA UN CORDIAL SALUDO

ATENTAMENTE

DR. FERNANDO LAFERRER DEZGOLLAR BALDAES
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD