



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN LACTANTES  
(0 A 6 MESES).**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

ALEJANDRA HAYDEE DÍAZ MORALES

TUTORA: Mtra. MARÍA CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA  
ASESORA: Esp. ROSA EUGENIA VERA SERNA

MÉXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



## AGRADECIMIENTOS

*A Dios por permanecer siempre conmigo, un ser incondicional que siempre cuidó de mí y me dio mucha fuerza para seguir adelante a pesar de las dificultades.*

*A mi papá que me apoyo en todo desde que nací hasta el transcurso de la carrera, te quiero mucho por todo lo que has hecho por mí padredeus.*

*A mi mamá, que siempre ha aguantado mi lindo carácter, por la fuerza que tiene todos los días y me ha enseñado a tenerla, ha sabido ser mi amiga y mi madre, te quiero muchísimo nenita.*

*A mi herma, que aunque nos peleamos y nos consentimos debes saber que eres mi mejor amigo, sabes que siempre estaré contigo para cualquier cosa que necesites y te adoro.*

*A mis abuelitos paternos que siempre estaban al pendiente de que estuviera bien y me demostraban su cariño, gracias abuelita blanquis por ver por mí y a mi abuelito Daniel que siempre anduvo preguntando para saber que estuviera bien, gracias.*

*A mi tía Rubí, que me ha apoyado escuchando mis problemas y las cosas que pienso sin juzgarme, gracias por tanta ayuda y comprensión.*



*A mis abuelitos maternos, mi nenita hermosa, gracias por estar siempre apoyándome y escuchándome en todo momento y dándome tan buenos consejos, solo tú sabes todos mis secretos, eres mi segunda mamá y te quiero con todo mi corazón eso siempre será así; y a mi abuelito Juan que siempre me ha contado sus hermosas historias y siempre está al pendiente de que este bien, sabes que te quiero mucho abuelito.*

*A mi madrina Maty, gracias por ser como eres conmigo, por apoyarme incondicionalmente en todo lo que necesitaba, eres un ángel tía, te quiero muchísimo.*

*A mis dos tías loquitas Bety y Mary, que siempre encuentran una forma de hacer las cosas y la vida divertida, además de siempre apoyar y dar muy lindos consejos, las quiero.*

*A un tío que sin lugar a duda es increíble en todos los aspectos, que le encanta cotorrear y ser siempre muy lindo y original, tío Juan, sabes que te quiero mucho.*

*A mi güerita linda, que cuando estaba enferma o me dormía en la casa, siempre me consentía, eres un ángel que llegó a mi vida a dar luz, eres lo mejor de todo güerita linda, más que mi tía eres mi hermanita chíquita.*

*A mis primas y primos Clau, Kary, Melissa, Sammy, Pedro, Pepe, Álvaro, Luis que siempre están conmigo y saben que me han ayudado en gran medida en muchas*



*cosas de mi vida, gracias por escucharme y estar conmigo, los quiero muchísimos a todos.*

*A la Dra. Doris Vera, que de ser mi profesora se convirtió en una amiga, siempre nos estuvimos escuchando y dando consejos, Dra., es un ejemplo para mí en muchos sentidos, desde el académico hasta el personal, es una gran persona, gracias por brindarme su amistad y su cariño.*

*A la Dra. Rosy Vera, que aparte de ser mi asesora en el presente trabajo, me escucho en muchas cosas y me aconsejo, gracias por ser tan linda y buena conmigo.*

*A la Dra., Cristina Sifuentes, gracias por haber sido mi profesora y tutora, me ha enseñado muchas cosas en muchos aspectos, gracias por permitirme estar con usted.*

*A todos los Doctores, que estuvieron siempre para apoyarme durante toda la carrera y que sin lugar a duda además de formarme profesionalmente, me formaron como persona.*

*A las chicas de la Secretaría Académica, Gely, Cristy, Dianis, gracias por ser tan lindas y buenas conmigo, les agradezco en lo que me han ayudado, las quiero mucho.*

*A tí leoncito que has estado conmigo 4 años y que has marcado mi vida en muchas formas, gracias por estar*



---

*ahí escuchándome y entendiéndome tal cual soy, te amo.*

*A monchís por ayudarme y haber sido mi amiga durante toda la carrera, gracias por apoyarme y estar conmigo en todo momento.*

*A mis más grandes amigos y amigas, que han formado parte de mi vida, desde la primaria, secundaria, CCH y universidad, a todos los quiero mucho.*

*Finalmente al Coro de la facultad de ingeniería, Ars iovialis, que me llena el alma de vida y regocijo con tanto canto tan hermoso, gracias a todos los que han hecho que este ahí y me sienta uno de ustedes.*

***GOYA!! POR MI RAZA HABLARÁ MI ESPIRITU  
UNAM***



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN . . . . .	8
<b>1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL . . . . .</b>	<b>11</b>
1.1. Funciones y características de salud pública primaria. . . . .	14
1.2. Estrategia educativa. . . . .	17
<b>2. ETAPA DE LACTANCIA. . . . .</b>	<b>19</b>
2.1. Primera infancia . . . . .	19
2.2. Recién nacido . . . . .	19
2.3. Lactante . . . . .	20
2.4. Destete. . . . .	20
<b>3. INSTRUCCIÓN PARA LA SALUD BUCAL DEL LACTANTE</b>	<b>21</b>
3.1. Lactancia materna . . . . .	21
3.1.1. Fisiología y desarrollo de la succión . . . . .	22
3.1.2. Ventajas del amamantamiento . . . . .	23
3.1.3. Posiciones para el amamantamiento . . . . .	26
3.1.4. Succión no nutritiva . . . . .	28
3.1.5. Efectos negativos . . . . .	30
3.2. Lactancia artificial . . . . .	33
3.2.1. Dispositivo de Dunn . . . . .	36
3.3. Examen bucal del lactante . . . . .	37
3.3.1. Labios . . . . .	40
3.3.2. Apoyo para succión (Sucking pad) . . . . .	41
3.3.3. Arco maxilar, paladar duro y blando . . . . .	42



3.3.4. Arco mandibular . . . . .	43
3.3.5. Rodetes gingivales . . . . .	43
3.3.6. Lobulaciones . . . . .	44
3.3.7. Cordón fibroso de Robin – Magitot . . . . .	44
3.3.8. Frenillos . . . . .	45
3.3.9. Frenillo labial superior . . . . .	45
3.3.10. Frenillo labial inferior . . . . .	45
3.3.11. Frenillo lingual . . . . .	45
3.3.12. Frenillo o bridas laterales . . . . .	45
3.3.13. Lengua y piso de boca . . . . .	46
3.3.14. Hallazgos bucales en el lactante . . . . .	46
3.3.15.1. Quistes de Inclusión . . . . .	47
3.3.15.2. Perlas de Epstein . . . . .	47
3.3.15.3. Nódulos de Böhn . . . . .	48
3.3.16. Quiste de la erupción . . . . .	49
3.3.17. Candidiasis . . . . .	49
3.3.18. Dientes natales y neonatales . . . . .	50
3.3.19. Úlcera de Riga – Fede . . . . .	52
<b>4. PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL LACTANTE . . . . .</b>	<b>54</b>
4.1. Dieta del lactante . . . . .	55
4.2. Maniobras de higiene . . . . .	56
4.3. Importancia de la primera dentición . . . . .	59
CONCLUSIONES . . . . .	61
BIBLIOGRAFÍA . . . . .	63



## INTRODUCCIÓN

Durante gran parte del siglo XX, la odontología únicamente se orientaba al tratamiento de la caries y no a la prevención. El cirujano dentista que no realizaba programas de prevención en sus pacientes, no tenía razón para verlos sino hasta que desarrollaban alguna enfermedad. En la población infantil estas acciones propiciaban que si los dientes del niño necesitaban restauración, el dentista únicamente se enfocaba a su rehabilitación, encontrándose ante un dilema, ya que debía realizar técnicas delicadas frente a un paciente que oponía resistencia manifestada con llanto, pataleo e incapacidad para comunicarse, como respuesta a una situación nueva y desconocida.

Actualmente la odontología moderna se orienta a la prevención, y la mayoría de los cirujanos dentistas emprenden acciones para prevenir enfermedades y buscan estrategias para la conservación de la salud bucal en todos sus pacientes. En la actualidad, el niño menor de un año, es un paciente deseable desde el punto de vista preventivo, ya que cualquier acción que se realice referente a este aspecto tendrá un efecto de por vida, por lo tanto la tendencia presente es incorporar programas de prevención antes de los tres años de edad para asegurar el éxito de la salud bucodental.

Con este propósito, actualmente la Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) y la Asociación Dental Americana (ADA), recomiendan que los niños sean llevados a su primer visita dental a más tardar a los 12 meses; por otro lado, la Academia Americana de Pediatría recomienda que esta sea a los tres años de edad, en consideración a las competencias que posee el pediatra para realizar los exámenes bucales necesarios y dar la información preventiva a niños menores de tres años.



Para la implementación de un programa preventivo, es necesario comprender los conceptos y funciones inherentes a la promoción de la salud, en donde la educación la salud adquiere gran relevancia, como estrategia ineludible de este proceso para lograr que las personas (responsables de los niños) adquieran los conocimientos y realicen las acciones preventivas pertinentes en los niños, que permitan evitar los problemas bucodentales que se presentan con mayor frecuencia en esta etapa de desarrollo.

Este trabajo está presentado por capítulos secuenciales con el objetivo de que si no se está familiarizado con el tema, el cirujano dentista de práctica general pueda tener una guía sencilla para llevar a cabo las actividades recomendadas para fomentar la salud en lactantes.

El contenido está basado en la atención bucodental durante la primera infancia (Odontología para el bebé); con el apoyo de la literatura se describirá la información necesaria y los procedimientos para realizar programas de prevención (promoción y fomento a la salud), los cuales, deben comenzar lo más pronto posible después del nacimiento, en este caso, de los 0 a 6 meses de edad. En estas visitas al consultorio, que deberán ser continuas, se realizarán procedimientos como la elaboración de la historia clínica completa, seguida de una inspección bucodental, se platicará con los padres diversos temas referentes a la salud de su hijo, se les explicará de la importancia de la primera dentición, así como se les informará sobre la alimentación, la importancia del amamantamiento y demostraremos diferentes instrucciones de higiene, siendo esta una de las tareas a las que se enfrenta permanentemente el profesional de la salud bucal en los diversos ámbitos en que ejerce su práctica profesional. Esta actividad requiere ser valorada no solo por el enorme compromiso que asume el educador para la salud al transmitir una serie de aspectos



---

importantes para la vida de un individuo, una familia o una comunidad, sino también por la trascendencia e implicaciones socioculturales contenidas en el acto de educar.



## 1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

La Promoción de la Salud es una de las estrategias propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien la define como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Este proceso deberá estar basado en el conocimiento previo de las pautas culturales y estilos de vida de la población. Si éstas no son consideradas, los contenidos resultarán culturalmente irrelevantes y por lo tanto, el programa tendrá escasas posibilidades de éxito. <sup>1</sup>

Para hablar de Promoción de Salud, es necesario evocar el concepto de **Salud Pública** que se define como 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. En este sentido, Widmer y Camerón la definen como: 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. <sup>2</sup>

Las acciones propias de los servicios de salud dirigidos a la promoción (*fomento y protección*), suelen clasificarse en dos grandes grupos: el medio ambiente o sobre el individuo.

**Acciones sobre el medio ambiente:** corresponden a las actividades de los servicios de salud dirigidas al control sanitario del medio ambiente que, de acuerdo con su nivel de intervención, se divide en:

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



Las acciones correspondientes al control sanitario del medio ambiente o saneamiento ambiental tienen como propósito prevenir los riesgos para la salud humana derivados de la contaminación física, química o biológica del medio ambiente en el que vive inmerso el ser humano.

Por su parte las acciones inherentes al control sanitario de los alimentos o higiene alimentaria, incluyen las actividades de promoción de la salud que inciden sobre el individuo, y suelen dividirse en dos grandes grupos:

- a) *Medicina preventiva*: a través de esta disciplina se pretende fomentar la salud y prevenir las enfermedades prevalentes, aplicando a individuos, y grupos las técnicas de la medicina preventiva.<sup>2</sup>
- b) *Educación sanitaria*: mediante éste proceso se pretende influir sobre la conducta humana, fomentando prácticas positivas de salud y cambiando los estilos de vida insanos. Se trata de controlar los factores conductuales o estilos de vida inadecuados que son en la actualidad determinantes o condicionantes de la salud.

Para hablar de educación para la salud, debemos conocer como primera instancia qué es educación.

La educación es un proceso continuo que se extiende a lo largo de la vida del individuo y se da de diferentes maneras dentro de la vida en sociedad en la que la persona tiene contacto (formal, informal o no formal). El individuo adquiere su educación dentro del sistema formal de enseñanza pero también en una variedad de formas fuera de este sistema.<sup>3</sup>

Por su parte, educar en salud significa participar en un proyecto en cuyas políticas la salud vaya más allá de la ausencia de enfermedades. Un



proyecto que implique reflexiones internas en los individuos acerca del qué, por qué y para qué de las acciones que se promueven, en este contexto se incorporan al “espacio social de la salud”, entendiéndose éste como la vida.

Lo más importante a partir de este planteamiento es que el personal responsable de la salud: médicos, enfermeras, todos aquellos profesionales relacionados con este ámbito, estén conscientes del mensaje y las acciones implícitas en el proceso de educar en salud, que definitivamente tendrán que ver con la visión de salud, de hombre y, por supuesto, de vida que se tenga.

4

La educación para la salud, como parte de la educación no formal, es una estrategia 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. <sup>4</sup>

Esta enseña nociones médicas, higiénicas, ecológicas y sociales para beneficiar la salud y favorecer el bienestar y desarrollo personal, familiar y de la comunidad. Tiene por objetivo enseñar a las personas a proteger, promover y restaurar la salud. <sup>5</sup>

La educación para la salud es una de las estrategias de intervención para lograr la promoción de la salud, la cual parte de entender que la salud depende de una multiplicidad de factores sociales, ambientales, económicos, y políticos, entre otros, en el ámbito individual, grupal y estructural.

Cuando se habla de educación para la salud nos referimos al proceso social que implica transmisión, recreación, creación y apropiación del conocimiento con la intención de fomentar y preservar la salud, así como la



prevención de problemas y enfermedades que dificulten el desarrollo de una vida saludable y que nos pudieran llevar a la muerte en forma prematura.<sup>6</sup>

Por su parte la Educación para la Salud Bucal es definida por la Organización Mundial de la Salud como la ausencia de dolor, enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad oral, tal concepto como podemos identificar hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de nuestra boca, especialmente de los dientes y de las encías, por lo tanto, un buen estado de salud bucodental se puede obtener al saber cómo prevenir dichas enfermedades a partir de los aspectos que influyen y la determinan.<sup>1</sup>

En este contexto, la educación para la salud bucal promulga por el desarrollo de la conciencia de los individuos, que solo puede alcanzarse con una educación para la salud participativa, de interacción dialéctica entre las personas y su realidad para que de manera comprensiva puedan identificar, valorar y adoptar de manera autorreguladora conductas protectoras, que no puede alcanzarse con la mera transmisión de un saber.

### 1.1. Funciones y características de salud pública primaria

Cuando hablamos de las principales funciones y características de la salud pública primaria, nos referimos a las acciones impulsadas en este importante nivel de atención del Programa Nacional de Salud en México, en el que se destacan<sup>7</sup>:

- Promoción de la salud.
- Incremento de las acciones preventivas.
- Atención a los padecimientos más frecuentes y a los endémicos.
- Suministro de alimentos y medicamentos.
- Salud materno - infantil y la planificación familiar.



- Adiestramiento y la capacitación del personal.
- Trabajo en equipo y la participación activa de la comunidad.
- Tecnología adecuada y de bajo costo.
- Ampliación de la cobertura.

Sin lugar a duda, la participación de la comunidad es de suma importancia para alcanzar su bienestar, dado que es el proceso en virtud el cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y de la colectividad, así como la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y comunitario.

Este empoderamiento advierte que se trata de un proceso; es decir, de una acción cuyos resultados se consiguen solamente con un esfuerzo continuo. Las responsabilidades que se asumen no solo son para los individuos, sino para toda la comunidad.<sup>7</sup>

El enfoque de salud pública persigue la modificación de conducta individual, a través de intervenciones dirigidas hacia el conjunto de la comunidad, esto puede ser a través de los medios de comunicación u otros enfoques de tipo comunitario, la adopción de comportamientos saludables debe tomar en cuenta que las personas necesitan tener la información sobre qué hacer y cómo hacerlo.<sup>8</sup>

Las actitudes, comportamientos y valores transmitidos a través de la televisión, radio, prensa escrita, entre otros, influyen en el valor que la salud tiene para los individuos, y determinan en gran medida los comportamientos saludables que estos exhiben, así como el incremento de su motivación hacia el autocuidado con respecto a la salud.



Una nueva educación para la salud debe considerar que la información es una condición necesaria, pero de ninguna manera suficiente. Para hacer más efectiva la transmisión de información, se debe adoptar una concepción de salud comunitaria (*Modelo de Competencia*) y conocer las nuevas aportaciones teórico prácticas sobre el proceso de comunicación.<sup>8</sup>

El Modelo de Competencia pretende socializar el conocimiento científico y desarrollar las habilidades y recursos del ciudadano; una nueva educación para la salud en este contexto debe facilitar el protagonismo de la comunidad de modo que se promueva el intercambio entre los actores sociales, a través de coloquios, discusiones, y talleres, entre otros.<sup>8</sup>

Por otro lado, en este modelo la comunicación es un aspecto que adquiere gran relevancia, como un proceso de interacción social, definida desde esta perspectiva como "... una negociación entre dos personas, un acto creativo. No se mide desde el hecho de que el otro entienda exactamente lo que se le dice, sino que ambos cambien con la acción, y cuando se comunican, es un sistema de interacción y reacción bien integrado". Este proceso tiene tres funciones principales<sup>8</sup>:

1. *Informativa*: se brinda y recibe información.
2. *Afectiva*: se intercambian estados de ánimo, emociones y afectos.
3. *Reguladora*: se establecen interacciones de poder que pueden ser simétricas o complementarias.

En este sentido, promover la salud significa educar, es decir, instaurar en la población comportamientos que hayan probado ser realmente efectivos para una salud óptima. Esto requiere formar nuevas conductas, modificar actitudes, fortalecer motivos especiales y fomentar creencias favorables mediante diferentes tipos de relaciones funcionales: campañas, trabajo en



grupo, desempeños efectivos que propicien la condición de salud, pero que además, definan cómo esos comportamientos se han de instaurar.<sup>8</sup>

Este punto debe reiterarse con la mención de que la *Educación para la salud* no es igual a *información*, la mera información sobre los riesgos o los factores protectores tienen pocas posibilidades de influenciar en el fomento de los comportamientos saludables de las personas.<sup>8</sup>

## 1.2. Estrategia educativa

En la promoción de la salud, un aprendizaje es estratégico cuando se ha aprendido de forma consciente e intencional y permite tomar decisiones ajustadas a las condiciones del contexto de uso (cuando y por qué utilizarlo), por lo que su impulso en las primeras etapas de vida adquiere gran relevancia como lo es en la odontología para el bebé.<sup>9</sup>

Sin duda es la oportunidad por excelencia para aplicar la prevención en su más amplio sentido, ya que estas acciones involucran a toda la familia. Desde que se inició la consulta en la Bebé – Clínica de Aracatuba, Brasil, se ha evidenciado un creciente interés de la participación paterna y de los abuelos. Esto es de vital importancia, pues se sabe que no es fácil iniciar o modificar un comportamiento sin apoyo, sobre todo en la salud bucal.<sup>10</sup>

Las familias como protagonistas y responsables de la salud de los niños, deben trabajar conjuntamente con el odontólogo por lo que deben ser instruidos en primer lugar. Los reportes han mostrado que cuando las instrucciones se dan a parejas jóvenes hay mayor interés y facilidad para la participación y la orientación ofrecida. Debido a ello, la asistencia odontológica debe actuar en forma conjunta, siendo un instrumento de comunicación entre familiares y cirujanos para el beneficio del bebé.

Como parte del protocolo de aplicación del programa, los padres deben recibir información de las necesidades en salud de sus bebés, así como enseñarles las primeras nociones sobre conceptos fundamentales en salud bucal. En esta reunión informativa es conveniente que los padres asistan sin el bebé con la finalidad de que los padres se concentren en la información que le será dada. Es oportuno abordar en esta cita algunos puntos importantes que serán parte de la orientación para los padres. Estos deberán ser atendidos en la reunión privada con los padres, en caso de tratarse de una clínica particular, o aún en una charla para un grupo mayor o en programas aplicados en servicios de asistencia pública de salud.<sup>10</sup>



Reunión con padres para la salud de su bebé.<sup>37</sup>

Es importante que se emplee un lenguaje adecuado (claro y preciso) en consideración al nivel educativo de los padres. La construcción del mensaje educativo, deberá estar respaldado por el conocimiento científico, aunado a la capacidad que deberá mostrar el profesionista para transmitir el conocimiento de forma que sensibilice a los padres respecto a la responsabilidad que tienen para el cuidado y mantenimiento de la salud del bebé, lo que permitirá crear un ambiente de confianza y apertura.

## 2. ETAPA DE LACTANCIA

La etapa de la lactancia comprende del nacimiento y hasta los 12 meses de edad. Esta época de la vida es donde se manifiesta el crecimiento (aumento de tamaño) y el desarrollo (aumento en complejidad o diferenciación).<sup>11</sup>

### 2.1. Primera infancia

Es el periodo que se extiende desde el nacimiento hasta que se encuentra completa la primera dentición (2 años y medio a 3 años). La primera infancia se divide en tres periodos: *recién nacido, lactante y destete*.<sup>11</sup>

### 2.2. Recién nacido

El recién nacido normal es todo niño que proviene de padres aparentemente sanos, que tuvo un parto eutócico que respiró y lloró inmediatamente al nacer y no presenta ninguna patología.<sup>12</sup>

Abarca desde el nacimiento hasta la caída del cordón umbilical (frecuentemente al decimo día), algunos especialistas, extienden este periodo hasta los 30 días.



Bebé recién nacido.<sup>38</sup>

### 2.3. Lactante

Como ya se especificó anteriormente, se considera del nacimiento y hasta que el niño cumple 12 meses de edad; este periodo se caracteriza por que la alimentación es a base de leche. <sup>13</sup>



Bebé lactando.<sup>39</sup>

### 2.4. Destete

El destete es la etapa en la vida de un bebé en que se produce la transición de la lactancia materna a otras fuentes de alimentación <sup>19</sup>. Abarca desde los 12 meses hasta los 30 meses. <sup>14</sup>

### 3. INSTRUCCIÓN PARA LA SALUD BUCAL DEL LACTANTE

El embarazo se define como el estado de tener un embrión o feto en desarrollo en el cuerpo, después de la unión del óvulo con el espermatozoide.<sup>15</sup>

La gestación es un proceso complejo, en el que se llevan a cabo cambios importantes en la mujer, tanto a nivel fisiológico como psicológico, en el cual el medio ambiente familiar y el entorno social cumple roles trascendentales.



Mujer embarazada.<sup>40</sup>

Los eventos biológicos, que suceden en la mujer durante el embarazo son diversos, tanto físicos como lo es el aumento de peso, como fisiológicos mayores como son los ocurridos en el sistema cardiovascular, urinario, digestivo, respiratorio, de coagulación y órganos reproductivos.<sup>16</sup>

En este periodo se presenta un aumento de las hormonas sexuales, que pueden manifestarse como un desequilibrio de las condiciones de la



cavidad oral de la futura madre. En la encía se han reconocido receptores de estrógeno y progesterona, esto explica, entre otros factores, la respuesta gingival incrementada. Además de los síntomas gingivales, en el octavo mes puede aparecer hipermovilidad dentaria ocasionalmente por el acumulo de placa dentobacteriana.<sup>17</sup>

El tratamiento local consiste en un programa preventivo de higiene bucal desde el comienzo del embarazo; en el cual es preferible no recomendar el uso de clorhexidina u otras sustancias químicas para el control de la placa, debido a que podría desarrollarse una displasia remota. En cuanto a los agrandamientos gingivales que pueden desarrollarse, la recomendación es eliminarlos cuando molestan o sangran, sino es así es preferible dejarlos dado que en múltiples casos hay una regresión en el noveno mes.<sup>17</sup>

### 3.1. Lactancia materna

La lactancia materna es un acto fisiológico para la alimentación del bebé a través del seno materno. Se considera un acto instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos, específica de cada especie.<sup>18</sup>

La leche materna constituye el alimento ideal para el niño durante los primeros 4 y 6 meses de vida, como fuente muy importante de proteínas y de otros nutrientes<sup>19</sup>. La leche materna es un alimento específicamente adaptado a atender las necesidades nutricionales del bebé, que además de proveer energía para su desarrollo y crecimiento, proporciona protección contra infecciones y acondiciona el tracto intestinal del recién nacido.

Así mismo, se ha demostrado que el contacto de la madre con el bebé durante el amamantamiento es un acto imprescindible para el desarrollo

psicológico del bebé, dada la dependencia físico – afectiva de este con su madre <sup>20</sup>. Otro beneficio identificado, es que durante el amamantamiento se produce una excitación de la musculatura bucal y se movilizan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido lo cual influye en su crecimiento y desarrollo.

### 3.1.1 Fisiología y desarrollo de la succión.

Según López Méndez y cols., el feto a las 16 semanas (4 meses) esboza espontáneamente el movimiento de mamar, incluso a las 27 semanas (6 – 7 meses) algunos se chupan el dedo en el útero, por lo tanto, la boca del recién nacido está adaptada para la función primordial del amamantamiento.



Feto succionando. <sup>41</sup>

Los bebés poseen 3 reflejos de succión que hacen posible el amamantamiento, los cuales son: *de búsqueda, succión y deglución*.

El mecanismo natural de alimentación lleva al niño a introducir el pezón materno entre sus rodetes gingivales, abrazándolo con los labios. Es importante que los labios del recién nacido abarquen bien la aréola,

quedando el pezón sobre la lengua, a fin de que la succión se pueda realizar eficazmente.<sup>21</sup>

Empieza entonces un movimiento de propulsión y retrusión mandibular, al mismo tiempo que la lengua realiza los movimientos peristálticos que permiten la deglución; produciéndose con ello la salida de la leche materna.<sup>21</sup>

Cuando la leche fluye a la parte posterior de la cavidad oral, asciende el hioides y con el cierre anterior se produce una presión negativa, que permitirá el paso de la sustancia alimenticia al esófago.<sup>21</sup>



Bebé succionando pezón de la madre.<sup>42</sup>

La fisiología de succión normal de la mama materna es llamada de ordeña, un proceso alternado de succión y presión, que se compone de dos distintas fases.<sup>12</sup>

En la primera fase hay presión del pezón y laaréola, cierre hermético de los labios, la mandíbula desciende y en la región anterior se forma un

vacío, permaneciendo cerrada la parte posterior por el paladar blando y parte posterior de la lengua. <sup>12</sup>

En la segunda fase, avanza la mandíbula de una posición de reposo hasta colocar su borde alveolar frente al superior. Para hacer salir la leche, la mandíbula presiona al pezón y lo exprime por un frotamiento anteroposterior, la lengua adopta forma de cuchara deslizándose por ella la leche hasta el paladar blando. <sup>12</sup>



Posición correcta para la succión del pezón. <sup>43</sup>

Es importante destacar que durante la succión uno de los músculos que presentan mayor actividad es el buccinador, en cuanto la menor actividad es detectada en los elevadores de la mandíbula. <sup>19</sup>

Este proceso no se presenta con el biberón, dado que el niño no cierra sus labios con tanta fuerza y estos se adaptan en forma de “O”, no se produce el vacío bucal, se dificulta la acción de la lengua la cual se mueve

hacia delante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche y se mantiene plana.<sup>22</sup>

Un niño que aprende a chupar un biberón puede desarrollar una confusión de pezones, al pretender agarrar la areola y el pezón, como si se tratara de un chupón de caucho, esto traerá con frecuencia problemas de amamantamiento y fracasos en la lactancia.<sup>19</sup>



Bebé aprendiendo a succionar el biberón.<sup>44</sup>

### 3.1.2. Ventajas del amamantamiento

Geraldo Valdés menciona que la alimentación materna posee varios beneficios en la salud del bebé y la recuperación de la madre, como lo son:

- ✓ Disminuir las infecciones causadas por *Streptococcus mutans* y otros microorganismos, y contribuir a disminuir el índice de caries.
- ✓ Aumentar la resistencia del esmalte y demás tejidos duros del diente, ya que mejora la absorción de calcio y flúor, esto por las características de la leche materna.
- ✓ Incrementa la secreción salival, manteniendo el pH adecuado a la cavidad oral, contribuyendo a disminuir el índice de caries.



- ✓ Mayor estabilidad psicológica de los niños, minimizando con ello prevalencia de hábitos orales incorrectos que provocarían maloclusiones, afectarían estética y funciones buco – maxilo – faciales.
- ✓ Disminuir el riesgo de hemorragia postparto de la madre.
- ✓ Propiciar la seguridad y confianza del bebé derivada de la relación íntima con la madre.
- ✓ Favorecer una adecuada posición de la lengua, facilitando un equilibrio dentario.
- ✓ Proteger al bebé ya que la leche materna llega al lactante a una temperatura adecuada, prácticamente libre de gérmenes, con todas sus enzimas, vitaminas y sustancias que defienden al niño contra ciertas infecciones.<sup>19</sup>

Por lo anterior, no existe ninguna restricción acerca de la alimentación materna, incluyendo el amamantamiento nocturno cuando el bebé es menor de 6 meses, dado que cómo ya se mencionó, el amamantamiento es importante tanto para el desarrollo físico como para el emocional del niño de esa edad.

Un niño que mama hasta los 6 meses de edad, reduce la posibilidad de adquirir hábitos de succión no nutritivos, como la succión de dedo y de chupón. Después de la erupción de los primeros dientes, la alimentación y amamantamiento nocturno deben ser controlados para que el final del amamantamiento ocurra alrededor de los 12 meses de edad.

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, así como las maniobras de higiene que se abordarán más adelante.<sup>23</sup>



### 3.1.3. Posición para el amamantamiento

La posición en la que el bebé es colocado para el amamantamiento es importante, pues facilita movimientos fisiológicos al mamar y favorece el desarrollo maxilomandibular. Existen varias posiciones para realizar el amamantamiento, en este caso solo se tratará la posición ortostática ya que es la más adecuada para la correcta estimulación del aparato estomatognático.

Marcia Moreira en 1998, maneja que la posición ideal es la ortostática, y aconseja una posición vertical al lactante, encontrándose en esa posición el niño, la mandíbula se desplaza para aprehender el pezón lo que facilitará la deglución.<sup>20</sup>

En la posición ortostática la madre se sienta con la columna recta y apoya al niño en su pierna, colocándolo confortablemente. Con una de sus manos sostiene la cabeza y con la otra el cuerpo del bebé. El niño presiona el pezón y hace una succión con la boca bien abierta, en una extensión amplia envolviendo toda la areola, esta posición hace que el niño se libere fácilmente de la mama cuando esté satisfecho proporcionando tranquilidad y bienestar.<sup>24</sup>



Madre alimentando a su bebé en posición ortostática. <sup>23</sup>

Asimismo, esta posición hace que se facilite el desarrollo de la psicomotricidad del niño y no favorece la formación de gases. Estando sentado el niño, asegura la mama con la boca bien abierta definiendo una posición adecuada para un buen desarrollo de sus arcadas, de su cara y cuerpo como un todo (desarrollo dento – óseo – mio - articular).

Esta postura para el amamantamiento puede ser iniciada en las primeras semanas de vida; en esta postura el desarrollo del niño define el momento propio del destete ya que conforme va creciendo, esta postura se vuelve incómoda y ayuda a provocar el destete ya que un niño puede succionar indefinidamente. <sup>25</sup>

### 3.1.4. Succión no nutritiva

El reflejo de succión es una respuesta natural del bebé. En el primer año de vida, la succión sirve no solo para fines alimentarios si no que también es una fuente de placer y seguridad. Algunos cuidados básicos evitarán la instalación de un hábito indeseable que podrá contribuir en la aparición de algunas alteraciones bucales.<sup>20</sup>

Los hábitos que más llaman la atención en el niño son la succión no nutritiva: *dedo y chupón*. Los hábitos de succión en el bebé tienen relación directa con el amamantamiento con pecho o con biberón y la presencia de estos hábitos por periodos prolongados lleva a una alteración de oclusión.<sup>23</sup>



Feto in útero succionando dedo pulgar.<sup>45</sup>

Eso significa que desde el nacimiento el bebé puede mamar en forma natural, ya sea en seno materno o con chupón. Los lactantes menores y niños pequeños también presentan succión no nutritiva en forma secundaria a la succión al seno o biberón; algunos disfrutan de chupar los dedos de sus pies o manos, en tanto que otros prefieren juguetes de plástico más firmes.



Bebé succionando chupón. <sup>23</sup>



Bebé succionando dedo pulgar dormido. <sup>46</sup>

En caso de utilizar chupón y para que éste permita el desarrollo óptimo orofacial, debe ser corto y flexible promoviendo una succión apropiada y el reflejo de deglución. Los mismos principios se deben aplicar a los chupones de los biberones. Si la succión se realiza fácilmente, la necesidad de succión no puede ser satisfecha y el niño buscará succionar y lo hará con sus dedos.

La succión no nutritiva en los lactantes se considera universal y normal. Aún no se ha establecido el punto en que la succión no nutritiva se torna en hábito y no se considere normal. <sup>26</sup>

Los efectos de la succión no nutritiva en la primera dentición en desarrollo son mínimos en los niños de hasta 3 años y suelen limitarse a cambios en la posición de los incisivos

Investigaciones sobre el desarrollo del niño han establecido que existen beneficios de la succión no nutritiva, especialmente señalando, cómo el mamar tranquiliza a los lactantes, reduce el dolor y el estrés, estimula la ganancia de peso y ayuda a la exploración y aprendizaje del bebé.



Los resultados de investigaciones confirman que la succión es una actividad predominante e importante durante los primeros 6 meses de vida, y claramente ofrece una función muy básica de aprendizaje.<sup>12</sup>

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 ser parte de la vida del niño pues ellos se encuentran en fase oral de desarrollo. Después de esta edad, ellos deben comenzar a interferir e intentar retirar el hábito.

### 3.1.5. Efectos negativos

Cuando los lactantes empiezan a gatear y explorar, necesitan experimentar otros objetos en la boca, como la sensación de un juguete o la percepción afelpada de una cobija.

Durante los años preescolares, la succión no nutritiva tiene una connotación social negativa, ya que en nuestra cultura solo los bebés llevan un chupón o succionan su pulgar. Un niño preescolar que continúe usando chupón o chupándose el dedo puede experimentar rechazo de sus compañeros; por lo tanto es deseable reducir el uso del chupón entre los 3 y 4 años de edad, los lactantes descartan por si solos el uso del chupón entre los 3 y los 24 meses. Para algunos niños, la succión no nutritiva representa una especie de “cobija de seguridad” y se convierte en un hábito difícil de abandonar.<sup>12</sup>



### 3.2. Lactancia artificial

La lactancia artificial consiste en alimentar al bebé con fórmulas lácteas adaptadas cuya base, en su mayoría, es de vaca modificada, esta alimentación se da a través del uso del biberón principalmente en los niños más pequeños.<sup>12</sup>

Las leches artificiales intentan reproducir en la medida de lo posible las propiedades y la composición de la leche materna utilizando una compleja combinación de proteínas, azúcares, grasas y vitaminas que serían imposibles de fabricar artesanalmente en casa.<sup>27</sup>

En la imposibilidad de realizar el amamantamiento natural, los métodos artificiales pasan a ser la forma elegida para alimentar al bebé en el periodo de lactancia. Los métodos artificiales de alimentación infantil, como, tarros, tazas con asas, mamilas tipo hule y biberones existen desde hace mucho tiempo.

Considerando la enorme ventaja de la leche materna, la *lactancia artificial* solo debe ser adoptada cuando es totalmente imposible el amamantamiento natural, en casos de indicación estricta y no de forma aleatoria, pues nada es mejor para el niño, con raras excepciones.

La principal función de la lactancia artificial es proporcionar un método seguro de alimentar a bebés de bajo peso al nacer y prematuros hasta que estos estén fuertes, para mamar exclusivamente el seno.<sup>28</sup>

Es de suma importancia que tanto el amamantamiento natural como la lactancia artificial, se constituyan en un acto placentero para la madre y para el hijo, que la atención esté totalmente centrada en el niño, manteniendo,

siempre que fuera posible, contacto físico con el calor de piel, promoviendo siempre una situación de armonía entre ambos.

Se indica la lactancia artificial en los siguientes casos:

1. Madre portadora de enfermedades transmisibles o de enfermedad que la imposibilite amamantar:



#### VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

- Investigaciones realizadas, comprobaron que muchos niños amamantados con leche materna fueron infectados por el VIH.



#### Hepatitis

- Cuando el bebé presenta hepatitis aguda post - parto, se debe suspender el amamantamiento.
- Agotar la leche y congelarla para su posible uso posterior, hasta que la causa de la hepatitis sea determinada.



#### Herpes Simple

- El bebé puede ser amamantado incluso si la madre tiene la infección activa, siempre y cuando no presente lesiones herpéticas en el seno.
- Es importante el lavado cuidadoso de las manos y no tener contacto directo con las lesiones activas.

Símbolo VIH/SIDA <sup>47</sup>, Cuerpo humano señalando el hígado <sup>48</sup>, Virus del Herpes Simple <sup>49</sup>



2. Uso continuo de la madre de algún medicamento que, a través de la leche, pueda perjudicar al niño.
3. Bebé prematuro o con algún problema que lo obligue a permanecer en el hospital, en estos casos se utiliza la sonda gástrica para alimentar al niño y no causar obstrucción nasal; la leche proporcionada al bebé, materna o de fórmula es inyectada en la sonda.
4. Deformaciones en la cavidad bucal haciendo que el bebé tenga dificultad o no consiga succionar el seno (labio y paladar hendido).
5. Necesidad de intercalar el amamantamiento y la leche bovina; se recomienda el uso de vasos especiales con boquilla o popote para que el bebé aprenda a succionar el alimento líquido.
6. Estrés, depresión y desestimulación, debidos al cansancio, nerviosismo y ansiedad de la madre.<sup>20</sup>

Según los pediatras, el uso del biberón debería ser eliminado, como máximo, a los 18 meses (1 año y medio de edad), ya que su uso prolongado solo propiciará la adquisición de hábitos nocivos.<sup>20</sup>

De la misma manera es recomendable realizar el amamantamiento con el bebé despierto para que el alimento ofrecido sea totalmente deglutido. Cuando el bebé se adormila, se debe retirar inmediatamente el seno o el biberón y realizar la higiene de la boca.

Cabe mencionar que los médicos pediatras y los odontopediatras deben aclarar a las madres y a los padres, las ventajas del amamantamiento y del uso adecuado de los diferentes métodos de lactancia artificial, para que estos últimos puedan dar un soporte necesario a las madres.<sup>20</sup>

### 3.2.1. Dispositivo de Dunn

Es un dispositivo que ayuda a estimular el desarrollo de la mandíbula, es confeccionado utilizando dos tiras de banda para molar, ajustadas sobre el tetero y una asta longitudinal confeccionada con alambre ortodóntico de 1 mm de espesor con 25 cm de extensión longitudinal, la porción que toca el labio debe poseer 3 cm, sobrando a cada lado 11 cm.<sup>23</sup>

Antes de soldarla hasta las bandas, se coloca un plástico de cánula para la aplicación de suero fisiológico o de una sonda uretral no. 7, en la parte menos (3 cm) que entrará en contacto con la porción superior del labio del bebé.

Las bandas ortodónticas sirven de cursor para que el profesional pueda presentar, inicialmente, cerca de 2/3 de la tetilla para que el niño mame. A medida que la mandíbula se desarrolla disminuye la exposición de la tetilla y de esta manera se van realizando los ejercicios progresivos. El periodo ideal para la aplicación del dispositivo va desde el nacimiento hasta 1 año y medio de edad, abarcando los picos de crecimiento de la mandíbula.<sup>23</sup>



Dispositivo de Dunn en un bebé alimentándose y el biberón.<sup>23</sup>



### 3.3. Examen bucal del lactante

La importancia de examinar la cavidad oral de los pacientes durante la primera infancia forma parte del cuidado de la salud general; el cirujano dentista u odontopediatra deberá realizarlo de manera sistemática aunque represente un verdadero reto, debido a la pequeñez, a la dificultad de mantener abierta la boca del bebé y a que sus estructuras anatómicas están en pleno desarrollo, independientemente que desde el nacimiento hasta los 3 años de edad el bebé este bajo el estricto control médico (el cual se responsabiliza del estado general), el cirujano dentista debe actuar en esta etapa de la vida del niño para detectar alguna patología de los tejidos orales ya sean congénitos o adquiridos y no retrasar la atención inmediata y el tratamiento correspondiente.

En la actualidad el examen comienza en el lactante, dando con ello inicio a lo que ahora se conoce como odontología para el bebé, lo cual nos ayudará a tener los conocimientos necesarios para conocer las condiciones normales de la cavidad oral del bebé, debido a que la cavidad oral del recién nacido y del lactante presentan características únicas y propias de la edad.

Dicho examen debe realizarse con los padres presentes y en un ambiente que no resulte amenazador, ya que así el niño podrá sentir confianza y los padres ayudarán al dentista durante el procedimiento. Para dicho examen, se han desarrollado diferentes técnicas que nos facilitan esta actividad que a continuación se describen:

1. Contacto íntimo (niño/padres/odontólogo). Descrita por Matthewson y cols., en 1982, donde no se requiere de ningún aditamento especial, es la denominada *rodilla con rodilla*, donde se necesita la ayuda de la madre o padre ya que éste y el odontólogo estarán sentados cada quien

en una silla al mismo nivel, frente a frente con las rodillas encontradas donde el bebé debe estar colocado en una posición supina con las piernas alrededor de la cintura del padre o madre, así él o ella puede tener el control de las piernas del bebé con sus codos, y su cabeza va a estar extendida sobre las rodillas del odontólogo.



Técnica rodilla con rodilla <sup>23</sup>

Esto permite a la madre inmovilizar al bebé con gentileza y de que ella y el dentista tengan una visibilidad adecuada a la cavidad bucal del paciente. La posición es cómoda para el bebé, y el contacto materno refuerza su tranquilidad. <sup>23</sup>

2. Niño en contacto íntimo con los padres (regazo). Se requiere de la presencia de los padres, en estas edades facilitará la transición de una relación más directa del dentista con el niño. En esta técnica, la madre está sentada en el sillón dental, toma en su regazo al niño con la cabeza apoyada sobre los brazos y el pecho del niño, y abrazándola con suavidad para contribuir su restricción física. La asistente debe de estar preparada para tomar los pies del niño o sus brazos si la madre lo soltara, permite una buena fuente de luz y una mejor visibilidad.

3. Contacto parcial. Esta es la manera más productiva y ergonómica de atención odontológica para el bebé. Esto se realiza con el uso de una camilla especial, una pieza de mobiliario que facilita el examen clínico de lactantes donde el profesional y los padres participan en la atención odontológica y es denominado también sistema co – participativo.<sup>23</sup>



Técnica de contacto parcial para la facilidad del examen clínico en lactantes.<sup>23</sup>

En la camilla, que es una combinación de silla y hamaca, no requiere que el niño coopere, ya que proporciona una posición cómoda con inmovilización mínima, así como excelente visualización de la cavidad bucal.<sup>26</sup>

La mayoría de los niños menores de seis meses cooperan muy bien durante la examinación dental, y requieren una mínima restricción por parte de los padres, aunque el llanto no se pueda evitar ya que es muy común que lloren y se inquieten durante el examen.

El examinador debe tranquilizar a los padres ya que ese comportamiento es completamente normal y no se considera al niño como no cooperador, mal paciente o con comportamiento negativo.<sup>29</sup>



En reportes anteriores, se menciona que el odontólogo debía lavarse las manos con agua tibia y jabón, de preferencia enfrente de los padres, esto generaría confianza de la higiene que se tiene durante el examen bucal, se utiliza agua tibia para prevenir una reacción de sorpresa hacia el niño cuando se comienza con el procedimiento, actualmente el odontólogo debe utilizar guantes y barreras de protección como cubre bocas, lentes y bata para una mayor higiene.<sup>30</sup>

El dentista comienza por una apreciación general del niño, se recomienda un tacto cordial y amable en las manos del bebé, de preferencia dentro de su campo visual, de este modo el puede ver y sentir que el tacto del examinador es cálido, suave y no agresivo. Durante la exploración se debe mantener un continuo monólogo con palabras calmantes acompañadas de una manipulación muy suave de la cabeza y de la cara.<sup>29, 30</sup>

Una vez que se tiene el control del paciente y en la posición adecuada, el odontólogo debe hacer el examen completo de la región de cabeza y cuello, seguida de la exploración intraoral. Para la examinación intrabucal se aconseja seguir el siguiente orden:

### 3.3.1. Labios

En el lactante son más gruesos, debido al predominio de la succión<sup>31</sup>. El labio superior presenta una depresión en la línea media (surco subnasal) con un hundimiento en la línea mucocutánea y el tubérculo del labio en su borde libre, la piel que cubrirá el tercio externo de la superficie labial, es lisa y rosada.



Labios del lactante.<sup>50</sup>

Los labios tienen una estructura semejante a la de las mejillas, pero poseen menos grasa y tienen la movilidad necesaria que exige la función en el reflejo de succión.<sup>31</sup>

### 3.3.2. Apoyo para succión (Sucknig pad)

Se encuentra en la porción media del labio superior, con múltiples proyecciones vellosas que tienen, por característica, aumentar el volumen cuando está en contacto con el pecho de la madre, o cuando son estimuladas, facilitando la adhesión de los labios con el pezón de la madre por la creación de una superficie rugosa y aumento en el área de contacto. Tales proyecciones se desarrollan en el último trimestre del embarazo y desaparecen durante los primeros meses de vida.



Sucknig pad “apoyo para succión” en recién nacido.<sup>23</sup>

### 3.3.3. Arco maxilar, paladar duro y blando

Anatómicamente, el maxilar presenta en el arco superior un rodete gingival que en su parte anterior es delgado y en la parte posterior es aplanado, el cual está adherido al frenillo labial y las bridas laterales por vestibular, en la parte posterior se observa una protuberancia gingival a nivel de su región molar la cual desaparece con el crecimiento del proceso alveolar.<sup>31</sup>



Arco maxilar, paladar duro y blando representado anatómicamente y esquemáticamente.<sup>23</sup>

En posterior se encuentra la transición del paladar duro con el blando, que se nota por un cambio de color siendo este último más rojizo. En la porción posterior del rodete se puede notar después del surco oblicuo alveolar interno, llamado pliegue palatino transitorio.<sup>23</sup>

#### 3.3.4. Arco mandibular

La región anterior del proceso gingivoalveolar se caracteriza por su gran delgadez, condición estructural importante que facilita la presión del seno materno. La región posterior se encuentra aplanada por lingual, existe el piso y el frenillo lingual, así como el surco alveolar interno<sup>31</sup>. Además observamos los frenillos laterales muy cortos a nivel de los primeros molares.



Arco mandibular representado anatómica y esquemáticamente.<sup>23</sup>

#### 3.3.5. Rodetes gingivales

Los procesos alveolares están cubiertos por abultamientos gingivales que luego se segmentan para indicar la localización de los dientes; presenta una mucosa gingival de color rosa, firmemente adherida denominada rodete gingival y persiste desde el nacimiento hasta el inicio de la erupción de los dientes.



La relación entre los rodetes, protruido el superior y en sentido anteroposterior, retruido el inferior ocurre con una discrepancia media de 5 – 6 mm.<sup>23</sup>

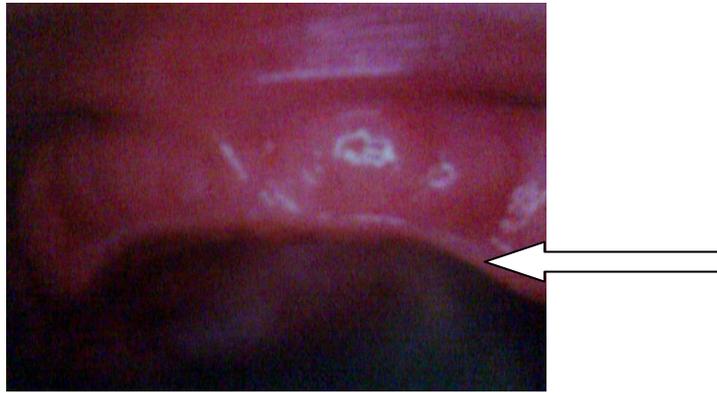
La característica más marcada en sentido anteroposterior en el nacimiento, es la maxila anteriorizada en relación con la mandíbula. Observando frontalmente la relación intermaxilar de un recién nacido, puede ser encontrada una de las siguientes características: a) Espacio o apertura entre los rodetes en la región anterior, equivalente a lo que sería una mordida abierta anterior; b) Sobremordida ó c) Relación anterior o borde a borde.<sup>32</sup>

### 3.3.6. Lobulaciones

Son segmentos verticales que se encuentran en la región anterior y vestibular de los rodetes y que coinciden con la presencia de los incisivos y caninos, por lo tanto los rodetes gingivales se presentan lobulados y son indicativos de la presencia de los gérmenes dentarios.<sup>23</sup>

### 3.3.7. Cordón fibroso de Robin – Magitot

Se refiere a la presencia de un cordón fibroso y flácido a la palpación, bien desarrollado en el recién nacido, se encuentra en ambos rodetes gingivales sobre la región de los incisivos y caninos, conforme se aproxima el periodo de erupción éste va desapareciendo, siendo un factor indicativo del momento de erupción. La desaparición del cordón indica una espera de máximo dos meses para que los dientes aparezcan en la cavidad bucal.<sup>23</sup>



Cordón fibroso de Robin – Magitot en arco maxilar. <sup>23</sup>

### 3.3.8. Frenillos



#### 3.3.9. Frenillo labial superior.

- Se encuentra por encima de la cresta alveolar, pero en los lactantes se observa que se presenta con mayor frecuencia en la cresta del reborde alveolar.
- Con la erupción de los incisivos y con el desarrollo del hueso alveolar existe aumento en la altura de la inserción que se desliza hacia la superficie vestibular del reborde alveolar asumiendo una posición más alta. <sup>(23)</sup>



#### 3.3.10. Frenillo labial inferior.

- Se encuentra en el labio inferior y en la línea media, uniendo la porción interna del labio al tercio gingival.
- Sus inserciones se encuentran en la cara interna del labio inferior, hasta la mitad del proceso vestibular en su línea media. <sup>(23)</sup>



#### 3.3.11. Frenillo lingual.

- Este pliegue medial de mucosa, se inserta en la parte anterior e inferior de la lengua, el cual desciende hasta piso de boca.
- En algunos casos se encuentra corto, provocando la limitación de los movimientos linguales necesarios para realizar el reflejo de deglución. <sup>(23)</sup>



#### 3.3.12. Frenillo o bridas laterales.

- Se encuentran lateralmente al frenillo bucal, los cuales ayudan a la fijación del labio en el maxilar.
- En inferior se encuentran menos desarrolladas a comparación de las superiores. <sup>(23)</sup>

### 3.3.13. Lengua y piso de boca

La lengua del lactante presenta una base o raíz, vértice o punta, una cara dorsal y ventral, al igual que la del adulto aunque difiere un poco ya que la lengua del neonato aparenta estar atada por su posición de descenso en el piso de la boca.

El crecimiento de la lengua se produce en la punta durante el primer año de vida por lo que al principio no es del todo móvil, y poco a poco sus movimientos se harán normales.<sup>31</sup>



Representación de la lengua en lactantes.<sup>51</sup>

### 3.3.14. Hallazgos bucales en el lactante

En este apartado se mencionará la patología bucal más frecuente en los lactantes, por lo que resulta muy importante conocer las características clínicas y tratamientos a seguir para poder tranquilizar y orientar al padre acerca de las alteraciones identificadas y así tomar las medidas pertinentes en caso de requerir tratamiento.



### 3.3.15.1. Quistes de Inclusión

También llamados quistes gingivales o quistes epiteliales del recién nacido, provienen de restos epiteliales que quedan atrapados en el tejido conjuntivo circundante, son quistes pequeños llenos de queratina. <sup>33</sup>

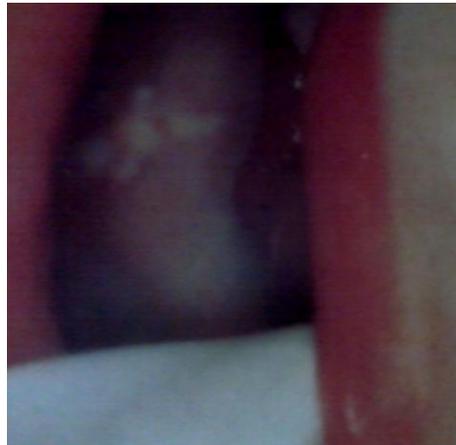
- **Incidencia:** hasta los tres meses de vida, pueden presentarse múltiples quistes de 2 a 3 mm.
- **Localización:** frecuentemente se ubican en las áreas vestibulares y linguales del reborde alveolar o en el rafe palatino medio
- **Tratamiento:** no requiere tratamiento, únicamente observación.

Dentro de estos quistes de inclusión epitelial, se encuentran: *Perlas o pápulas de Epstein, Nódulos de Böhn, Quiste de la erupción.*

### 3.3.15.2. Perlas de Epstein

Son quistes o nódulos llenos de queratina, de apariencia blanquecina o amarillenta, por lo general no aumentan de tamaño.

- **Localización:** están ubicadas en la zona palatina, el paladar duro y blando y en la zona del rafe medio, es muy raro encontrarlos en la úvula y en los pilares anteriores del velo del paladar (en menor proporción). <sup>33</sup>
- **Tratamiento:** no requiere tratamiento, ya que estas lesiones desaparecerán por si solas.



Perlas de Epstein en arco superior. <sup>23</sup>

### 3.3.15.3. Nódulos de Böhn

Su origen está relacionado con la erupción de tejido originario de glándulas mucosas, son confundidos con dientes debido a su forma, localización y momento de erupción, por lo regular son múltiples con diámetro de 2 a 3 mm. <sup>31,34.</sup>

- **Localización:** son visibles a lo largo de la zona vestibular y palatina o linguales de los rodetes gingivales, son más frecuentes en el rodete superior.
- **Tratamiento:** únicamente observación y masaje digital suave, ya que desaparecerán cuando erupcionen los dientes.



Nódulo de Böhn en arco superior. <sup>23</sup>



### 3.3.16. Quiste de la erupción.

Es una variante en tejido blando del quiste dentífero asociado a un diente de la primera infancia en erupción, este quiste se da por la alteración del epitelio reducido del esmalte cuando el diente se acerca a la mucosa bucal, su origen está en el órgano del esmalte.<sup>35</sup>

Clínicamente se observa bien demarcado, translúcido, de consistencia blanda sobre el diente de erupción; de color azul a rojo oscuro, dependiendo de la cantidad de sangre en el fluido del quiste.

- **Localización:** se localiza en cualquier diente que se encuentre en esta etapa, los más afectados son los molares y los caninos.
- **Tratamiento:** usualmente no requiere, pues los órganos dentarios pueden hacer erupción por si solos, si no se abre a los 5 – 6 meses se tendrá que hacer una incisión.

### 3.3.17. Candidiasis

Es la micosis superficial más común de la mucosa bucal, su forma clásica es de múltiples lesiones blancas y pequeñas, son fácilmente removibles exponiendo áreas eritematosas y de ulceración sangrante. El periodo crítico de aparición de esta alteración en la boca del lactante es aproximadamente de 5 a 7 días.<sup>23</sup>

Los factores coadyuvantes en los recién nacidos pueden ser: la prematuridad, desnutrición y más tarde, por tratamientos prolongados de antibióticos, corticoesteroides e inmunodepresores, así como padecimientos

hematológicos crónicos; las manifestaciones orales de la candidiasis se clasifican clínicamente en agudas y crónicas.<sup>23</sup>

- **Localización:** en mucosa bucal del carrillo, encías, paladar y lengua.
- **Tratamiento:** agentes fungicidas como la nistatina. Preparado en suspensión con un vehículo adhesivo que deberá ser aplicado varias veces al día, hasta que la infección desaparezca. Recientemente se ha recomendado la mezcla de nistatina y digluconato de clorhexidina.<sup>31</sup>



Candidiasis en lactante ubicado en lengua.<sup>52</sup>

### 3.3.18. Dientes natales y neonatales

Se llaman dientes natales a los dientes que están presentes en el momento de nacer, y dientes neonatales aquellos que erupcionan durante los primeros 30 días de vida.



Diente natal.<sup>23</sup>



Por lo regular solo erupcionan 1 o 2 dientes, a menudo los incisivos centrales inferiores, se desconoce la etiología aunque en algunas ocasiones sigue un patrón familiar; se ha sugerido que en algunos casos de erupción temprana puede haber una alteración endocrina mal definida, como en el Síndrome Androgenital, se observa una erupción prematura de los dientes, los cuales se desarrollan en una etapa temprana.<sup>36</sup>

La mayor parte de los dientes erupcionados en forma prematura son muy movibles debido a su limitado desarrollo radicular; en algunos casos, debido a esta inestabilidad hay peligro de desplazamiento y aspiración presentando complicaciones pulmonares o digestivas, en este caso se indica su extracción. Estos dientes, erupcionan sin su porción radicular, con una pulpa grande y muy vascularizada, alteraciones en el esmalte, dentina irregular y no hay cemento. Esto se considera como causa de la erupción prematura.

Lo más importante que debe ser evaluado es en relación a si el diente pertenece a la primera dentición o si es un diente supernumerario, lo cual puede hacerse tomando una radiografía, analizando el hallazgo que determina de 3/5 partes de corona formada para el diente normal y si hay una imagen doble se confirma el diagnóstico de diente supernumerario.<sup>23</sup>

- **Localización:** por lo regular en la mandíbula.
  
- **Tratamiento:**
  - ***Dientes inmaduros y supernumerarios:*** extracción después de la primera semana de vida debido a las deficiencias de coagulantes como producto de la síntesis insuficiente de vitamina K que ocurre en los primeros días de vida.

- **Dientes normales y maduros:** preservación, pulido suave y constante de los bordes incisales y terapia de fluoruro profesional y aplicaciones caseras.<sup>23</sup>



Diente neonatal.<sup>23</sup>

### 3.3.19. Úlcera de Riga – Fede

Es una lesión ulcerativa, de tamaño pequeño al principio y aumenta por el continuo movimiento lingual contra la superficie incisal de los dientes natales o neonatales, es muy dolorosa sobre todo durante la alimentación.<sup>31</sup>

- **Localización:** se ubica en el frenillo lingual y porción ventral de la punta de la lengua
- **Tratamiento:** el procedimiento más común es la extracción de los dientes causales, aunque lo más indicado sería la eliminación de los bordes incisales cortantes de los dientes con discos de diamante para el alisado de los bordes y para no seguir traumatizando a la lengua.

Se aplica fluoruro de sodio al 0.02% sobre los dientes, y colocación de la solución VASA sobre la lesión. En caso de que no haya desaparecido la ulceración se recomienda la extracción del diente.



### Solución VASA <sup>31</sup>

<b>Violeta de Genciana</b>	<b>600mg</b>
<b>Xilestesin 2% s/vaso</b>	<b>1.5 ml</b>
<b>Sacarina</b>	<b>0.5 ml</b>
<b>Agua</b>	<b>30ml</b>



## 4. PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL LACTANTE

Actualmente existe un gran interés en la educación para la salud bucal, orientada hacia la “promoción de la salud”, constituyéndose en una estrategia de fundamental importancia ya que fomenta cambios de comportamiento necesarios para el mantenimiento y adquisición de la salud.<sup>20</sup>

En Odontopediatría, la educación del paciente es uno de los aspectos más importantes que se tiene dentro del cuadro de la prevención. Los pacientes y sus padres deben estar consientes de sus necesidades y responsabilidades en el mantenimiento de la salud. Con su intervención se alcanzará la mayor meta de la odontología que es la salud bucal, y consecuentemente una mejor salud general.<sup>20</sup>

Sin embargo, para conseguir que los padres aprendan a mantener la salud bucal de los niños, no basta solamente con transmitirles los conocimientos sobre la enfermedad y como evitarla, necesitamos despertar su interés, crear la voluntad de aprender y desencadenar las acciones indispensables para lo conquista de los resultados deseados; así como crear y desarrollar las condiciones internas favorables para el aprendizaje.<sup>20</sup>

El cirujano dentista, y en especial el odontopediatra, son ante todo, educadores. Es una gran responsabilidad ser educador, principalmente si tenemos frente a nosotros a un individuo con extremo potencial de desarrollo como son los niños. Nuestro comportamiento y las enseñanzas relativas a la salud bucal transmitidas a los niños y a sus familias tendrán gran influencia sobre su desarrollo y crecimiento saludable.<sup>20</sup>

Si despertamos el interés de la familia en los cuidados de salud, así como en educar a los niños y a los padres para que adopten un estilo de vida adecuado, que promueva una buena salud general y bucal, nuestro impacto sobre sus vidas será enorme. Por lo tanto, es necesario entender, convencer y motivar constantemente a las personas o a nuestros pacientes para que alcancemos esta meta.<sup>20</sup>

Es evidente que mientras más temprano se establezcan barreras preventivas, más efectivo será el resultado final.<sup>20</sup>

#### 4.1. Dieta del lactante

Los carbohidratos, en forma de azúcares o almidones, son alimentos ofrecidos a los niños en la primera infancia, como significado de afecto, amor o solo para tranquilizarlos. Algunas madres incluso, tienen el hábito de endulzar con azúcar o miel el biberón antes de ofrecerlo al bebé.<sup>10</sup>



Madre dando biberón con azúcares.<sup>53</sup>

Otro error muy frecuente es ofrecer refrescos al bebé, que además de no poseer nutrientes, favorecen la formación de caries.



Estos alimentos en su mayoría, son de consistencia pegajosa o son fermentables, lo que propicia adhesividad a los dientes, encía y lengua de los bebés.<sup>10</sup>

Otro factor importante es la frecuencia con que esos alimentos son ingeridos, y por cuánto tiempo permanecen en la boca del bebé, sin higiene posterior.

Por lo tanto, los padres además de incentivar una alimentación más saludable en sus hijos, con beneficios no solo para sus dientes si no para todo el organismo, deben preocuparse también por evitar que ellos coman todo el tiempo alimentos azucarados.<sup>10</sup>

#### 4.2. Maniobras de higiene

La eliminación diaria de la placa dentobacteriana permite asegurar que el esmalte y la encía permanezcan sanos. El inicio temprano de la eliminación de placa ayuda a establecer un hábito de atención bucodental de por vida.

En este apartado se enmarcan los procedimientos para realizar una adecuada higiene en los niños en sus diferentes edades, así como las instrucciones que se les darán a los padres para realizar las prácticas de higiene en casa.

La higiene bucal en niños constituye un antecedente necesario para la prevención de enfermedades dentales, ya que conservar la salud bucal representa un enfoque práctico, sencillo, eficaz y de bajo costo.<sup>26</sup>

Después de la examinación de los tejidos, el odontólogo debe realizar una limpieza bucal eliminando la placa dentobacteriana, tanto de la lengua,

los rodetes gingivales y dentro de las mejillas; para esto Moss sugirió que se realice con una tela húmeda o con un trozo de gasa enrollado sobre el dedo índice. En 1929, Pereira recomendaba utilizar una solución de bicarbonato de sodio para humedecer la gasa, actualmente la sugerencia es utilizar una disolución de una cucharada de agua oxigenada por tres cucharadas de agua hervida <sup>23</sup>, mientras esto se realiza, el odontólogo debe mostrar y explicar a la madre como llevará acabo la limpieza bucal del niño en casa.



Odontólogo realizando limpieza del lactante con gasa. <sup>23</sup>

En este momento se debe permitir a la madre practicar este proceso para lo cual, ella tomará la posición del operador y así el odontólogo podrá supervisarla y guiarla, esto los ayudará a perder el miedo, en especial cuando el niño opone resistencia.

Se recomienda realizar esta limpieza ocasionalmente por lo menos una vez al día si no ha erupcionado ningún diente; después de los 6 meses, con los primeros dientes, se limpiará después de cada alimento; con la presencia de los dientes incisivos inferiores y superiores, es posible utilizar un cepillo de cerdas de látex o de cerdas de silicón, blandas, pequeño y humedecido en la misma solución <sup>26</sup>. La limpieza nocturna es más recomendable realizarla después de la última alimentación, en vez de

hacerla justo antes de llevar al niño a dormir ya que en este momento se encontrará cansado y se comportará renuente y rehusarse al procedimiento.



Padre realizando la limpieza de su hijo con gasa.<sup>23</sup>

En cuanto al sitio ideal para realizar estos procedimientos, se deberá recomendar a los padres que sea un lugar amplio, con buena visibilidad y comodidad aunque el cuarto de baño es el sitio usual para la higiene bucal en niños mayores y adultos, en este caso nos ofrece poco espacio libre y no toman en cuenta la seguridad del lactante<sup>(26)</sup>. Debe enseñarse a los padres métodos de ubicación del bebé para que puedan realizar estos procedimientos y tener una buena visibilidad al interior de la boca del bebé.<sup>32</sup>

- *RODILLA CON RODILLA*: la técnica rodilla con rodilla es la más recomendada por lo que requiere la cooperación de ambos padres para tener al niño acostado, así uno de los padres realiza los procedimientos de higiene y el otro sostiene delicadamente las manos y piernas del bebé.

Es importante dar a los padres otra opción para la realizar estas maniobras de higiene. Así la madre se encontrará sola se sugiere qué tome



al niño en su regazo como si lo arrullara con un brazo, mientras que con la otra mano se hace la técnica de limpieza. <sup>36</sup>

### 4.3. Importancia de la primera dentición

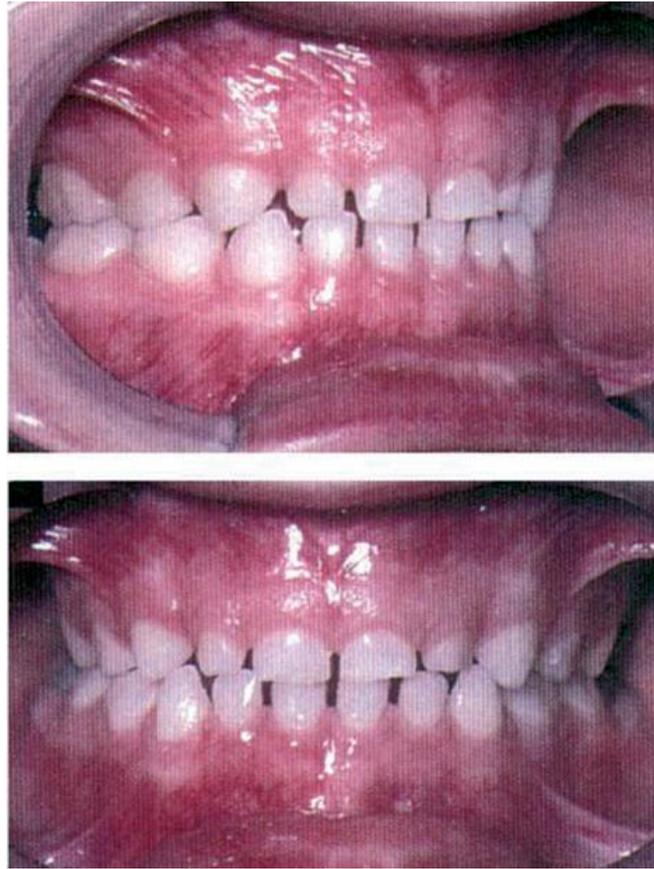
Los primeros dientes del bebé erupcionan al 6º mes de edad. En el primer año de vida, por lo general ya están presentes los 8 incisivos (4 superiores y 4 inferiores). Pequeñas variaciones cronológicas pueden ser consideradas normales. <sup>10</sup>

Algunos síntomas pueden asociarse a la erupción de los dientes temporales, como aumento de la salivación, escozor gingival, diarrea o sueño agitado. Los padres deben preocuparse por la salud de los dientes temporales del bebé <sup>10</sup>. Descuidarlos o perderlos precozmente puede generar varios problemas al niño. Se sabe que los dientes temporales, presentan varias funciones, destacándose las siguientes:

- A) Masticación:** dientes saludables favorecen hábitos correctos de masticación.
- B) Fonética:** en esa edad, los bebés inician el desarrollo del habla. Los dientes temporales, saludables y bien posicionados, favorecen un correcto desarrollo.
- C) Estética:** una correcta dentición forma parte de una sonrisa armoniosa.
- D) Guía de erupción:** los dientes temporales mantienen el espacio para los dientes permanentes, sirviendo como guía para la erupción.

Se insiste en que el mayor objetivo de este programa, es el de educar a los padres para que se transformen en los impulsores de la prevención de

las enfermedades bucales en sus hijos. Esto debe generar una interacción armoniosa y receptiva entre los padres y el profesional, creando una nueva generación de pacientes con mejores condiciones de salud.<sup>10</sup>



Niño sano bucalmente con todos sus órganos dentarios.<sup>54</sup>



---

## CONCLUSIONES

Con el presente trabajo concluimos que nuestra profesión nos brinda importantes conocimientos, bases científicas y tecnológicas necesarias para poder llevar a cabo programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a la salud bucodental en niños en sus primeros años de vida.

Sin lugar a duda, la filosofía de la odontología para el bebé es que la preservación de la higiene bucal en niños, constituye un antecedente necesario para la prevención de enfermedades dentales, esto representa un enfoque práctico, sencillo, eficaz y de bajo costo, lo cual llegaría a ser un beneficio para los padres.

Es importante reconocer la necesidad de la atención temprana del paciente infantil a través de la atención odontológica a bebés, ya que la presencia de caries por alimentación infantil en lactantes y preescolares, el uso de malas prácticas alimenticias y el desarrollo temprano de hábitos nocivos nos da la pauta para la realización de protocolos de atención con la intención de modificar conductas inadecuadas, la mayoría ocasionadas por factores socioculturales, a través de la educación para la salud.

Se debe hacer hincapié en que la educación será proporcionada especialmente a los padres, comenzando con asesoramiento prenatal, seguida por la primera visita del bebé al consultorio dental, la cual deberá ser antes de los 6 meses de edad y máximo a los 12 para poder asegurar el éxito en la salud bucal del niño.

Para lograr esta meta los cirujanos dentistas tienen que promulgar de manera consistente la educación para la salud bucal, e instituir la como parte sustantiva de sus actividades, como una estrategia que contribuirá al



bienestar de la población, especialmente en este sector de la población, por su pertinencia, por sus alcances sociales, por la equidad en reconocimiento a las desigualdades existentes, por un bien al que todos tenemos derecho y debemos luchar: la salud.

Con tal propósito, el cirujano dentista como consejero sanitario, deberá poseer la capacidad para comunicarse y establecer relaciones que ayuden a las personas a comprender lo que pueden hacer por medio de sus propios esfuerzos, para mejorar su modo de vida y para evitar la enfermedad de sus hijos como responsables inmediatos de su salud, por lo que en esta interacción y para eficientar la labor educativa se recomienda propiciar en las personas la elección de alternativas para la salud, mostrar preocupación y actitud comprensiva, pensar y comprender todos los factores para realizar las acciones más adecuadas, identificar la relación entre comportamientos y salud, y factores de riesgo, así como promulgar por el autocontrol del comportamiento.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Garbero Irene, Delgado Ana María, Benito de Cárdenas Ida Laura, Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes, Acta odontol. Venez. V.43 n. 2, Caracas, mayo 2005.
2. Cameron A., Widmer. Odontología pediátrica, editorial Interamericana 1º edición. México 1991, pp 161, 311.
3. Durán González Irene, Hernández Rincón Martina, Díaz Nieto Laura, Becerra Aponte José A., Educación para la salud. Una estrategia integradora, UNAM, perfiles educativos, octubre – diciembre, no. 62, 1993.
4. Od. Corina C. Aristimuño R. Mg.Sc. en Práctica Social y Salud. Prof. Instructor de la Cátedra de Odontología Sanitaria. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. "EDUCACION PARA LA SALUD. REFLEXIONES...", Acta odontol. venez v.38 n.3 Caracas set. 2000.
5. Domínguez Vargas Armando, Palacios Álvarez Verónica Patricia. Educación para la salud, editorial Interamericana Mc Graw Hill, 1º edición 1993.
6. Villaseñor Farías Martha, Educar para la salud: reto de todos, Revista de educación y desarrollo, enero – marzo de 2004.
7. Álvarez Alva Rafael, Educación para la salud, editorial manual moderno, 2º edición 2005.
8. Guibert Reyes Wilfredo, Grau Abalo Jorge, Prendes Labrada Marianela de la C., ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria?, Rev. Cubana Med Gen Integr 1999; 15(2): 176 – 83.
9. Monereo Carles, Curso – Taller Estrategias de enseñanza aprendizaje, Universidad Autónoma de Barcelona.



10. Léa Assed Bezerra da Silva, Tratado de odontopediatría, tomo 2, editorial AMOLCA, 2008.
11. Hammerly M. Enciclopedia Médica Moderna, Tomo 1, 2° edición, editorial Interamericana, pp 331 – 340.
12. Alcocer García Cynthia Ivonne, Manual para la atención bucodental durante la primera infancia, Trabajo terminal escrito del diplomado de actualización profesional, 2004.
13. Cruz – Hernández Manuel, Tratado de pediatría, volumen 1, editorial ergon, 9na edición, 2006, pp. 45.
14. López Balderas Karla Yuriko, Trabajo terminal Promoción de higiene oral en el recién nacido. En el Hospital de Gineco – Obstetricia, Tlatelolco del IMSS, 2005.
15. Diccionario médico de Dornald, editorial Mc Graw Hill – Interamericana, 26° edición, 2003, pp. 219.
16. Olivar Bonilla, Astrid, Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo, oct. 2001-feb. 2002.
17. Lindhe Jan, Periodontología clínica e implantología odontológica, editorial médica panamericana, tercera edición 2004.
18. Tuleda Coloma JM. Estimulación del feto, del recién nacido y del niño hasta los tres años de edad. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1996;29.
19. Ortega VG, Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental, Rev.Cubana Ortod; 13(1): 53.4., 1997.
20. Livraria María Salete Nahás P. Corrêa, Odontopediatría en la primera infancia, editorial santos, 2009, primera edición.
21. Ustrell J.M. y Sánchez – Molins M., Fisiología bucal infantil: función y crecimiento de la cavidad oral del lactante, Matronas profesión 2003; vol. 4, no.14.
22. Zulliger A. Evolución psicológica del niño. 3 ed.



23. Walter, Luiz Reynaldo de Figueiredo, Antonio, Issao, Myaki, Odontología para el bebé. Editorial AMOLCA. São Paulo, Brasil. 1<sup>a</sup> edición, 2000.
24. Guedes Pinto, Rehabilitación bucal en Odontopediatría; ed. Actualidades Médica Odontológicas. Caracas, Venezuela, 2003.
25. Moreira, M. In: Correa, M. S. P. Odontopediatría na primeira infancia. Desenvolvimento anatomofuncional da boca: da fase pré – natal aos e anos de idade. Sao Pablo, Santos, 1998.
26. Pinkham, J.R., Odontología Pediátrica, 3<sup>o</sup> ed., edit Mc Graw Hill – Interamericana, México 2001. Capítulos 3, 13 – 16.
27. Paredes Núñez Katherine, Vargas Machuca Mónica Valdicieso, Lactancia en el infante: Materna, artificial y sus implicancias odontológicas, Odontología Pediatr. Vol. 7 no. 2, Julio – Diciembre 2008.
28. Shallow, H. E. D. – Cup feeding – an alternative method. Archives of Disease in Childhood 1994; 71: 365-369.
29. Infant Oral Health: a Protocol Stephen J. Goepferd, DDS, MS Journal of Dentistry for Children July – August 1986 p. 261 – 266.
30. A child's first dental visit: a Protocol. Theodore P. Croll, D. D. S. Quintessence International no. 6 June 1984 p. 625 – 637.
31. Fragoso R. Antonio. Estomatología del recién nacido. México 1991, capítulos 4, 5, 9.
32. Correa, M. S. P., Villena, R. S. Características do sistema estomatognático, algunas anomalías do recém – nascido. Sao Paulo, Santos, 1998.
33. Uavy, E. D; Celis A. S. F; Martínez, B. A. Estudio epidemiológico de los quistes de la mucosa bucal del recién nacido, 1980. Asociación Odontológica Argentina, Vol. 68.8:511-513.
34. Shafer William G. Tratado de patología bucal, 4ta edición ilustrada, edit. Interamericana, México D.F, 1998, p.25 – 29, 64, 65, 273, 274.



35. Laskaris George, Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes, ed. AMOLCA, 1era edición 2001, Venezuela.
36. Barberia E. Odontopediatría, editorial Masson, Barcelona 1995.
37. <http://2.bp.blogspot.com/-rlxUzYaM5s8/T>
38. <http://www.entrepadres.com/2010-05-25/6558/imagenes-de-bebes-recien-nacidos>.
39. <http://www.abchomeopatia.com/homeopatia-diarrea-lactantes/>
40. <http://detenganlavacuna.files.wordpress.com>
41. [http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14\\_1\\_99/f0107199.jpg](http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/f0107199.jpg)
42. <http://www.albalactanciamaterna.org/images/103.jpg>
43. <http://hoyfamilia.blogspot.mx/2011/11/la-lactancia-materna.html>
44. <http://www.guarderiasalamanca.com/blogs/cambio-de-lactancia>
45. [http://brepicomotricidad.blogspot.mx/2012\\_05\\_01\\_archive.html](http://brepicomotricidad.blogspot.mx/2012_05_01_archive.html)
46. <http://nuevotiempo.org/mundoactual/2011/03/17/el-habito-de-chuparse-el-dedo/>
47. <http://voorafela.wordpress.com/its/vih-sida/>
48. <http://www.healthandphysicaleducationteacher.com/health-care/viral-hepatitis.html/attachment/viral-hepatitis>
49. [http://es.123rf.com/photo\\_5245098\\_ilustracion-digital-de-virus-herpes-simple-en-color-de-fondo.html](http://es.123rf.com/photo_5245098_ilustracion-digital-de-virus-herpes-simple-en-color-de-fondo.html)
50. <http://www.teleciguena.com/blog/tag/bebes/page/7>
51. <http://www.elbebe.com/bebe-3-meses/frenillo-sublingual-bebes>
52. <http://www.entrepadres.com>
53. <http://www.bebesymas.com/salud-infantil/zumos-sus-consecuencias-en-la-salud-de-tu-bebe>
54. <http://www.apcontinuada.com/es/maloclusiones-denticion-temporal-o-mixta/articulo/80000171/>