



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA  
SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS DE 6 MESES A 3  
AÑOS.**

*TESINA*

*QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE*

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

**MAGDA IVONNE ROJO ORTEGA**

TUTOR: Mtra. ELIZABETH DIANA MOEDANO ORTÍZ

MÉXICO, D.F.

2013



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.



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 darme la familia adecuada, que ha sabido apoyarme en todas las formas que la carrera exige; este logro es en conjunto siéntanse satisfechos pues con ustedes todo y sin ustedes nada.

Me diste un hijo comprensivo, paciente, responsable el cual he desatendido por las necesidades escolares y laborales; ahora me esforzare por reponer el tiempo que te he negado, gracias por esperarme. Te amo

Colocaste en mi camino a los profesores adecuados, todos y cada uno me disciplinó, compartió su conocimiento, me exigieron porque nunca dudaron que podía dar más, me moldearon día a día, haciéndome un profesionalista pleno.

*“vida nada me debes, vida estamos en paz”*

Amado Nervo.

***POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU.....GRACIAS.***



## ÍNDICE

Introducción.	7
<b>1. CAMBIOS FÍSICOS SICOLÓGICOS Y SOCIALES EN EL INFANTE DE 6 MESES A TRES AÑOS DE EDAD</b>	
1.1 Cambios psicológicos	10
1.2 Cambios físicos	14
1.3 Cambios sociales	20
<b>2. PATOLOGÍAS DE LA CABIDAD BUCAL EN NIÑOS</b>	
2.1 Nódulos de Bohn	23
2.2 Pápulas de Epstein	23
2.3 Gingivitis	24
2.4 Gránulos de Fordyce	24
2.5 Mucosa mordisqueada	25
2.6 Línea alba	25
2.7 Aftas	26
2.8 Candidiasis	26
2.9 Dientes natales y neonatales	27
2.10 Hipodoncia y anodoncia	27



---

2.11 Microdoncia	28
2.12 Macrodoncia	28
2.13 Geminación	29
2.14 Fusión	29
2.15 Hipoplasia del esmalte	30
2.16 Perimólisis	30
2.17 Caries por alimentación infantil	31
2.18 Lengua saburral	32
2.19 Halitosis	32
2.20 Queilitis angular	33
2.21 Lengua geográfica	33
 <b>3. HÁBITOS PERNICIOSOS</b>	
3.1 Succión nutritiva	34
3.2 Deglución atípica	35
3.3 Bruxismo	36
3.4 Onicofagia	37
3.5 Succión de labio	38
 <b>4. ACCIDENTES</b>	
4.1 fractura de esmalte	39



---

4.2	Concusión	40
4.3	Subluxación	40
4.4	Luxación	41
4.5	Avulsión	41
<b>5. HIGIENE BUCAL</b>		
5.1	Selección de cepillo	43
5.2	Selección de dentífricos	46
5.3	Selección de hilo dental	47
5.4	Técnicas del uso de hilo dental	48
<b>6. PREVENCIÓN SALUD ORAL Y TÉCNICAS DE CEPILLADO</b>		
6.1	Fones	52
6.2	Bass	53
6.3	Selladores de fisuras	54
<b>7. FASES DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD</b>		<b>57</b>



---

<b>8. CONCLUSIONES</b>	61
<b>9. FUENTES DE BIBLIOGRÁFICAS</b>	62
<b>10. FUENTES DE IMÁGENES</b>	65
<b>11. ANEXOS</b>	68
11.1 Tríptico informativo	
11.2 Cartilla de salud oral	



---

## INTRODUCCIÓN

Como Cirujanos Dentistas es compromiso proveer a la sociedad de los elementos necesarios para obtener una educación para la salud bucal que puedan aplicar en plenitud; de igual manera como inicia la adquisición de conocimientos a temprana edad.

En el inicio de la vida todo ser humano depende de mamá y papá para enseñarle las cosas básicas de la vida, la función del Cirujano Dentista es apoyarlos para que lo hagan con la formación de un hábito de cuidado de la salud bucal con miras a una prevención.

El siguiente trabajo se basa en las diferentes etapas del desarrollo psicológico, cognoscitivo, neuromotor y social de los infantes, en el cual se puede definir el momento exacto de su desarrollo, para hacer la introducción al niño a su higiene bucal; pero con una experiencia de antelación por parte de los padres, esto debido a una higiene bucal desde los primeros meses de vida.

Es así como se propone un “Programa de educación para la salud bucodental en niños de 6 meses a 3 años de edad”, en el cual mediante un tríptico informativo se proporcionara la información necesaria para los cuidados bucales básicos del infante.



---

A manera de complemento se propone la utilización de una cartilla dental dónde se lleve el record del desarrollo y atención dental del infante.

Con ello el propósito es fomentar un estilo de vida basado en la prevención. Donde se involucra a la madre o tutor esperando motivarlos para que adquieran una actitud de cuidado oral en ellos y a su vez sea transmitido al infante.

La educación debe estar basada siempre en información específica y profesional para cada población objetivo, a la vanguardia sobre los riesgos latentes que pudieran afectar la salud, asegurándonos que esta sea comprendida de acuerdo a la edad, valores y creencias de cada individuo, para que esta pueda llegar a término.

La educación para la salud debe estar presente en el crecimiento y desarrollo de todo individuo, por lo cual se plantea la necesidad de diseñar un programa de educación para salud bucodental en niños de 6 meses a 3 años de edad, porque es una etapa básica para adquirir hábitos específicos sobre su propio cuidado y que mejor con la ayuda de la propia madre.



---

## JUSTIFICACIÓN

En el entendido de que la educación para la salud, tiene que ser parte de las actividades básicas a desarrollar en la vida diaria; y que mejor en las primeras etapas de vida del infante. Tomando en cuenta la carta de Ottawa (I Conferencia internacional de Promoción de la Salud ,1986), se trataría de aportar a las poblaciones, los medios que aseguren el máximo control sobre la salud de cada individuo y mejorarla, actividades que deben planificarse y estar correctamente evaluadas.<sup>1,2</sup>

La educación para la salud debe ser un proceso en la adquisición, formación de hábitos y comportamientos, desde una vertiente emocional e intelectual hasta lograr un valor educativo, informativo y de conocimientos para la madre y el infante con contenidos específicos y necesidades de cada individuo. Y no un acto puntual determinado.



# DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS DE EDAD.

## MARCO TEÓRICO

### **1. CAMBIOS FÍSICOS SICOLÓGICOS Y SOCIALES EN EL INFANTE DE 6 MESES A TRES AÑOS DE EDAD**

#### **1.1 CAMBIOS PSICOLÓGICOS**

Dentro del desarrollo cognitivo tenemos la inteligencia y se basa en dos principios: el primero va hacia ciertos objetivos es consciente y deliberado. El segundo es adaptativo de las circunstancias y condiciones de la vida. Esta etapa se ve influenciada tanto por la herencia como por la experiencia; dicha inteligencia nos permite adquirir, recordar y utilizar conocimiento, así como entender conceptos y relaciones para la solución de problemas.

Los bebés nacen con la capacidad para aprender de lo que ven, escuchan, huelen, degustan y tocan, la maduración es vital para este proceso.

Dentro de los principios del desarrollo se basan en el mismo principio de céfalo caudal, pues aprenden a utilizar primero las partes superiores del cuerpo antes que las inferiores.<sup>3</sup>



En esto coincide que al año ya intentan caminar con dificultades en el equilibrio, y a los 2 años ya pueden subir escalones.

Se habla mucho de los terribles 2 años y consiste en la intersección del desarrollo de la conciencia, la socialización del infante, y la maduración del SNC, pues para este momento ya debe contar con los conocimientos antecesores que le permitirán explorar más su entorno al mismo tiempo que empieza a ser más independiente debido a su desplazamiento y su lenguaje le permite ya comunicarse con los que le rodean.<sup>3</sup>

## DESARROLLO PSICOLÓGICO EN EL NIÑO

En nuestro campo de ejecución es importante saber los estadios en los que se encuentran nuestra población objetivo, y aunque solo trataremos en esta ocasión con dos de ellos, mencionaremos el resto como recordatorio:



Fig.1- Formación del apego, coincide con la 1ª etapa de Erikson.



---

PRE-SALVAJE	0 a 2 años de edad.
SALVAJE	3 a 7 años de edad.
BARBARISMO	8 a 2 años de edad.
PRIMITIVO	13 a 16 años de edad.

### ESTADIO PRE-SALVAJE

Abarca del nacimiento a los dos años, en esta etapa el estado emocional es pobre, no hay registro de actividad en el lóbulo frontal y él se encuentra en fase oral de desarrollo, la relación con el mundo es a través de la acción de succión.<sup>4</sup>



Fig. 2 Etapa donde se genera confianza y desconfianza

Su comportamiento es motivado por el instinto de supervivencia y la resolución de sus necesidades primarias tales como: hambre, sed, enojo, etc.<sup>4</sup>



## ESTADIO SALVAJE

Abarca de los 3 hasta los 7 años puede coincidir con las primeras experiencias odontológicas, en esta etapa los niños son más curiosos y fácilmente sugestionables, lejos de ser un obstáculo podemos aprovecharlas para obtener la adaptación y motivación sobre su inicio al cuidado dental.<sup>4</sup>

## DESARROLLO COGNITIVO DE PIAGET

4º8 meses reacciones circulares secundarias	Tienen mayor interés por el entorno: repiten las acciones que les produce resultados llamativos (sonar su sonajero), las acciones son intencionadas pero no hay un objetivo.
8 a 12 meses coordinación de esquemas secundarios	Coordina esquemas aprendidos previamente pero con un objetivo y pueden anticipar eventos.
12 a 18 meses reacciones circulares terciarias	Tienen curiosidad y experimentación, cambian sus acciones anteriores para observar resultados, utilizan el ensayo y error para resolver problemas
18 a 24 meses combinaciones mentales	Utilización de pensamiento simbólico, empiezan a pensar sobre eventos y anticipan consecuencia sin tener que llevar a cabo la acción, ya utilizan símbolos, palabras y pueden hacer juegos de papeles. <sup>5</sup>



## 1.2 CAMBIOS FÍSICOS

Se rige bajo 2 leyes, céfalo caudal y próximo distal. Donde en el primero se refiere a la diferenciación que ocurre por orden de la cabeza hacia los pies; y en segundo va del centro hacia extremos periféricos del cuerpo. (Gesell 1954). En él se encuentran cambios del desarrollo motor, del aprendizaje de las habilidades básicas como gatear, agarrar y caminar. Posteriormente pasara a las habilidades más complejas.<sup>6</sup>

Los cambios más sobresalientes son:

- Menos horas de sueño.
- Desarrollo de músculos abdominales, tronco y extremidades.
- Desarrollo musculo esquelético.
- Maduración del SNC en cuanto a habilidades motrices.



Fig. 3 Disminución de horas de sueño.



## ESTADO DE DESARROLLO SEGÚN ERIKSON

EDAD	CALIDAD DE EGO A DESARROLLARSE	TAREAS Y ACTIVIDADES DEL ESTADO
0-1	Confianza básica x desconfianza básica	Confianza en la madre y en la propia capacidad de hacer que las cosas acontezcan; un elemento esencial es un apego inicial seguro
2-3	Autonomía x vergüenza	Camina, agarra y otras habilidades físicas llevan a la libre elección ocurre el entrenamiento esfinteriano, el niño aprende su control aunque puede desarrollar la vergüenza si no fuera orientado adecuadamente. <sup>7</sup>

En lo que a desarrollo dental se refiere tenemos que comienza de los 3 a los 4 meses cuando los bebés agarran casi todo lo que ven para llevárselo a la boca, el primer diente aparece entre los 5-9 meses de edad, cuando cumplen un año generalmente tienen de 6-8 dientes, y a los 2 años y medio cuentan ya con la totalidad de ellos, 20 piezas dentales.<sup>8</sup>



Fig. 4 Aparecen los primeros dientes

## DESARROLLO MOTOR

Este es el producto final de la interacción del desarrollo neuromuscular y la experiencia. Cuando observamos a un niño jugando con rompecabezas, barro, muñecas, crayones, tijeras, tal conducta presupone el manejo de las aptitudes motoras burdas; y la aptitud motora fina se encarga de las acciones que requieren precisión así como de una coordinación de ojos y manos.<sup>6,8</sup>



Fig. 5 Desarrollo motor.

## APTITUDES MOTORAS BURDAS

Postura y locomoción: del nacimiento a los 3 meses el bebe va teniendo un mejor control de la cabeza al estar boca abajo y sentarse por poco tiempo sin apoyo.<sup>6</sup>



Fig.6 Tiene fuerza en la cabeza.

De los 3–6 meses el niño hace sus primeros intentos de locomoción estos consisten en el gateo, se sienta solo algunos momentos.<sup>8</sup>



Fig. 7 Empieza el gateo.

De los 6-12 ya se sienta en totalidad sin apoyo, rueda sobre su estómago y camina, ya no permanece mucho tiempo en el corral.



Fig. 8 Comienza a desplazarse.

Ya pasando de los 12 meses en los 2 años siguientes, mejorara su habilidad para caminar subirá escaleras brincara y saltara, en ese orden.<sup>6</sup>



Fig. 9 Ya es totalmente inquieto.

## APTITUDES MOTORAS FINAS

Prensión: el agarre que tienen cuando son recién nacidos es involuntario esta suelta a su presa con alguna dificultad. En los primeros 6 meses el niño tiene un control aceptable en la coordinación de ojos y manos, entre los 6-9 meses de edad el niño puede levantar o soltar objetos a voluntad y por primera vez transfiere un objeto de una mano a otra. Ya en los 12 meses de edad el niño tiene una prensión en forma de pinzas utilizando las puntas del pulgar y los dedos. Ahora es el momento adecuado para dar alimentos al niño que pueda agarrar por sí solo.<sup>6</sup>



Fig. 10,11 Toma objetos a voluntad.

### 1.3 CAMBIOS SOCIALES

Se sabe que la sensibilidad de los progenitores y su capacidad de crear un entorno estimulante dan como resultado relaciones positivas que permitirán al infante irse relacionando con las personas que estén a su alrededor.<sup>5</sup>



Fig. 12 Ambiente familiar seguro.

Pues en la medida que el infante este habituado a interactuar con otras personas le facilitara el desarrollo social, el cual se hace presente con la utilización del lenguaje, aunque en una primera instancia se denomina habla pre lingüística o parloteo.<sup>5</sup>



Fig. 13 Socializa en su entorno.



## EXPANSIÓN DEL LENGUAJE

6 a 10 meses	Murmura una serie de consonantes y vocales
6 a 12 meses	Reconoce los sonidos básicos de su propio lenguaje
9 a 10 meses	Imita sonidos
9 a 12 meses	Utiliza señas, gestos sociales convencionales
10 a 12 meses	Presta atención a otros sonidos no solo los propios
10 a 14 meses	Dice la primera palabra (para designar algo)
10 a 18 meses	Pronuncia palabras aisladas
13 meses	Asociación simbólica de nombres con cosas
14 meses	Utiliza gestos simbólicos
16 a 24 meses	Aprende palabras nuevas cerca 50 hasta 400 usa verbos y adjetivos
18 a 24 meses	Construye su primera fase de 2 palabras
20 meses	Utiliza menos señas y nombra más cosas
24 meses	Ya no parlolea surge la necesidad de hablar
30 meses	Habla en combinaciones de más de 3 palabras, comprende bien y comete errores gramaticales. <sup>5</sup>

36 meses	Utiliza aprox. mil palabras comprendiendo casi el 80% de ellas, y comete errores de sintaxis. <sup>5</sup>

## DESARROLLO PSICOSOCIAL

6 a 9 meses	Realizan juegos sociales hablan, tocan, expresan emociones y expresan alegría temor enojo y sorpresa.
9 a 12 meses	Presentar temor por los extraños hay ambivalencia y preocupación por su principal cuidador.
12 a 18 meses	Son más confiados pues conocen su entorno y se imponen.
18 a 36 meses	Periodos de ansiedad al alejarse de su cuidador, descifran la fantasía del juego por medio de la identificación con los adultos. <sup>5</sup>

Nunca olvidemos que todos los niños son diferentes y al igual que su conducta, aprendizaje y desarrollo. Es por ello que la atención debe ser lo más personalizada posible.



Fig. 14 Empatía profesional.

## 2 PATOLOGIAS DE LA CAVIDAD ORAL EN NIÑOS

### 2.1 NODULOS DE BOHN

Son alteraciones semejantes a pequeñas bolas blanco amarillentas que, aparecen y se considera que son remanentes de estructuras embrionarias epiteliales, por lo regular desaparecen en el primer mes de vida. Sin embargo en algunos casos pueden aumentar de tamaño y cerca del 3er mes se aprecian más voluminosas y muy visibles ocasionando una impresión de un falso absceso.<sup>4</sup>



Fig. 15 N. Bohn.

### 2.2 PAPULAS DE EPSTEIN

Se considera que son remanentes de epitelio del paladar, y se localizan a lo largo del rafe palatino medio. Y no se considera maligna, pero se debe de tener en observación.<sup>4</sup>



Fig. 16 Pápula de Epstein.

### 2.3 GINGIVITIS

Es una inflamación en las encías (aumento de tamaño), sangrado (coloración roja), causado por la presencia de biofilm (placa bacteriana) ocasionando el mal aliento su etiología es por un mal o nulo aseo.<sup>10</sup>



Fig. 17 Gingivitis infantil.

### 2.4 GRÁNULOS DE FORDYCE

Son gránulos múltiples pequeños de color amarillo blanquecino en grupos, asintomáticos y simétricos bilaterales. En niños menores a 10 años. Se presenta en mucosa bucal, en la almohadilla retro molar en ocasiones en encía frenillo y paladar. Se considera una variante de glándulas sebáceas cubiertas por mucosa intacta, no requiere tratamiento.<sup>4</sup>



Fig. 18 Gránulos de Fordyce.

## 2.5 MUCOSA MORDISQUEADA

Es asintomática y se encuentra en mucosa yugal, borde lateral de la lengua y mucosa labial, la lesión se reactiva con frecuencia, por mordisqueo continuo, se presenta durante la erupción dentaria, se elimina al completarse la erupción



Fig. 19 Mucosa mordisqueada.

## 2.6 LÍNEA ALBA

Se presenta conforme aparecen los dientes, es una línea blanca lisa o rugosa bilateral al nivel del borde oclusal. Es asintomática puede abarcar desde la comisura hasta los dientes posteriores con mayor acentuación en estos últimos. Se asocia a hábito de succión o irritación.<sup>4</sup>



Fig. 20 Linea Alba.

## 2.7 AFTAS

Son lesiones en mucosa, labios, lengua, boca de forma redonda dolorosas, pueden ser aisladas o en grupo, con duración de dos semanas aproximadamente, dificultan la masticación y la limpieza por ser molestas, pero eso permite la entrada a otras infecciones.<sup>4</sup>



Fig. 21 Aftas.

## 2.8 CANDIDIASIS

La causa los hongos, y se hace presente en condiciones de baja inmunidad, puede ser al nacimiento, por contacto directo o contagio viral. Cuando es en niños mayores puede ser por el uso constante de corticoides y antibióticos de amplio espectro. Su tratamiento es sencillo con medicamentos tópicos y antisépticos.<sup>4</sup>



fig. 22 Candidiasis.

## 2.9 DIENTES NATALES Y NEONATALES

Estos aparecen en boca ya sea desde el nacimiento o a unas semanas posteriores a este. Se considera normal y se presenta en una relación de 1/2000, siendo con más frecuencia en la niñas (3:1). La causa puede ser hereditaria o por hipo-avitaminosis, posición superficial del germen dentario. Estos pueden ocasionar lesiones a la madre durante el amamantamiento, y en el infante puede causar una lesión en la base de la lengua conocida como Riga Fede. Si este fuera inmadura en su implantación puede desprenderse y ser deglutido o aspirado, presentando complicaciones pulmonares o digestivas.<sup>7</sup>



Fig. 23 Riga Fede.

## 2.10 HIPODONCIA Y ANODONCIA

Es la usencia de dientes si es de forma parcial hablamos de hipodoncia donde la más frecuente es la usencia de los dientes laterales superiores. La anodoncia es la falta de dientes de forma completa pero es poco probable que se presente.<sup>4</sup>



Fig. 24 Anodoncia.

## 2.11 MICRODONCIA

Esta alteración se basa en la disminución del tamaño , generalmente se presenta en un solo diente o algunos, muy difícilmente se aprecia en una situación generalizada, los dientes que se presentan con esta alteración en una frecuencia es incisivos laterales, su presencia puede derivar en una comprensión del arco ocasionando alteraciones dimensionales.<sup>4</sup>



Fig. 25 Microdoncia.

## 2.12 MACRODONCIA

Aquí la situación es a la inversa, pues uno o más dientes pueden presentar un tamaño más grande de lo normal, puede abarcar corona y raíz, puede darse la situación en ambas denticiones. Y su tratamiento será ortodóntico.<sup>4</sup>



Fig. 26 Macrodoncia.

### 2.13 GEMINACIÓN

Se presenta cuando la corona del diente en desarrollo completo o parcial presenta una sola raíz con un conducto radicular amplio, se aprecia en el borde dental, como una división del brote dental y puede afectar ambas denticiones.<sup>4</sup>



Fig. 27 Geminación.

### 2.14 FUSIÓN

Se presenta como dos dientes unidos por el esmalte, si la formación de la corona estuviese ocurriendo en el momento que ocurre la fusión, las raíces se encontrarán apenas unidas por la dentina y aun cuando la fusión se completara los conductos están separados. se presenta con más frecuencia en los incisivos laterales superiores y caninos.<sup>4</sup>



Fig. 28 Fusión.

## 2.15 HIPOPLASIA DEL ESMALTE

Afección en el esmalte que se distingue con manchas blancas-acastañadas o blanco-aperlado, su causa puede ser por problemas sistémicos locales o bien hereditarios y puede o no afectar ambas denticiones, se presenta cuando los dientes están en la etapa de la formación del esmalte. Se localiza en la región de surcos y fisuras de los dientes posteriores; en estos casos deberá realizarse un control preventivo intenso con aplicaciones tópicas de flúor en el instante.<sup>4</sup>



Fig. 29 Hipoplasia del esmalte.

## 2.16 PERIMÓLISIS

Afección dental caracterizada por desgaste que no está relacionada al bruxismo, sino las causas pueden ser vómito crónico (regurgita miento frecuente), medicamentos (aspirinas ácido hidroclorhídrico vitamina c) o sustancias químicas (ingesta de jugos cítricos, refrigerantes y bebidas isotónicas [deportivas]). La situación es generalizada compromete la estructura. El problema se exagera cuando se suman los efectos de una mala técnica de cepillado, uso de dentífricos abrasivos, y el bruxismo.<sup>10</sup>



Fig. 30 Perimolisis por regurgitación.

## 2.17 CARIES POR ALIMENTACIÓN INFANTIL

Este padecimiento es típico de los infantes que duermen con el biberón o chupón en boca y que tienen alguna sustancia azucarada, pues esta acentúa la agresión en esos periodos de descanso, y por lo tanto en la boca hay menor autoclisis. Predomina en las zonas palatinas de los incisivos superiores.<sup>11</sup>



Fig. 31 Caries por biberón.

## 2.18 LENGUA SABURRAL

Se caracteriza por presentar una sobre acumulación de biofilm, con aspecto como musgo y a punto de causar mal aliento, puede ser debido a una masticación deficiente (sin alimentos sólidos) que promueva la auto limpieza, es muy común en periodos largos de fiebre, gripa. Se corrige con aseo de la lengua y el uso de raspador lingual.<sup>4,7</sup>



Fig. 32 Lengua saburral

## 2.19 HALITOSIS

Mejor conocido como mal aliento además de las antes mencionadas, también pueden estar presentes las enfermedades renales, hepáticas, diabetes y alteraciones hormonales, sinusitis, rinitis amigdalitis. Afectando un poco la autoestima, no se considera una enfermedad como tal sin embargo es un claro indicador de que algo no está bien.<sup>7,11</sup>



Fig.33 Halitosis.

## 2.20 QUEILITIS ANGULAR

Es una inflamación por acumulación de saliva en la comisura de la boca, la cual causa inflamación, enrojecimiento y fisuras, en los niños la causa podría ser agentes infecciosos o micóticos y la deficiencia de hierro riboflavina. Su tratamiento consistirá en la aplicación de antimicóticos tópicos y antibióticos.<sup>11</sup>



Fig. 34 Queilitis angular.

## 2.21 LENGUA GEOGRÁFICA

Es una lesión benigna sin causa aparente no hay dolor, pero se aprecian áreas enrojecidas rodeadas por un borde blanco-amarillento, puede haber o no papilas, no hay una duración específica.<sup>11</sup>



Fig. 35 Lengua geográfica.

### 3 HÁBITOS PERNICIOSOS

#### 3.1 SUCCIÓN NO NUTRITIVA

Es aquella que se realiza con el chupete, dedo o labio y biberón. Uno de los motivos puede ser la ausencia de lactancia materna o bien la costumbre que puede tener el bebé al buscar una gratificación oral, pues al ser amamantado el niño satisface necesidades nutricionales y emocionales, es por ello que al retirar el biberón o el chupete este pierde la sensación de confort relajamiento y placer al que estaba acostumbrado.<sup>12</sup>



Fig. 36 Alimentación no nutritiva.

Cuando un niño ha sido acostumbrado al uso del biberón o chupete como medio de inducir el sueño, y se le retira el tomara como nuevo habito el succionarse el dedo en sustitución del chupete o biberón.<sup>10,12</sup>



Fig. 37 Hábito de chupar el dedo en sustitución del chupón.

Las madres no saben que el uso de estos aditamentos no debe prolongarse, pues le ocasionaran daño en los arcos dentarios tales como: mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, disminución de la distancia entre caninos superiores, relación de canino clase II y aumento del overjet.<sup>13</sup>



Fig. 38 Mordida abierta anterior.

### 3.2 DEGLUCIÓN ATÍPICA

Esta ocurre cuando el patrón de deglución infantil permanece después de la erupción de los dientes deciduos y hay presiones atípicas de los labios y la lengua, ausencia de los músculos maseteros. Esta va a ocasionar apiñamiento dental anterior, inclinación de los incisivos inferiores hacia lingual, extrusión dentaria, aumento del overjet y el overbite, desplazamiento de los incisivos superiores hacia vestibular y labio superior hipotónico.<sup>7</sup>



Fig. 39 Deglución atípica.

Al igual que el anterior esto es ocasionado por el biberón con orificios grandes y tetinas largas, hipertrofia de tonsilas y adenoides, macroglosia, frenillo lingual anormal, atresia maxilar, perdidas dentales prematuras y trastornos del desarrollo neuropsicomotor.<sup>14</sup>



Fig. 40 Biberón y chupón.

### 3.3 BRUXISMO

Es de las más comunes en los niños, y disminuye en la transición de la infancia a la adolescencia. Se clasifica en dos tipos:

Céntrico: ocurre cuando se está despierto y es un apretamiento de dientes y contracción muscular isométrica y está asociada al stress y otros hábitos para funcionales (como roer uñas).



Fig. 41 Desgaste en borde incisal.

Excéntrico: es durante el sueño REM, y es el rechinar de los dientes y provoca el desgaste de estos.

En los niños puede ser una consecuencia de la inmadurez neuromuscular.<sup>7,15</sup>



Fig.42 Rechinar dental.

### 3.4 ONICOFAGÍA

También es una de las más comunes en la infancia, y en este caso puede ser por stress o por imitación de algún miembro de la familia, sus principales complicaciones son: heridas en cutículas y sangrado en las uñas, deformidades en los dedos, infecciones por hongos o bacterias, reabsorciones radiculares y fracturas en los bordes dentales y lesiones en encías.<sup>7,16</sup>



Fig. 43 Lesiones por onicofagia.

### 3.5 SUCCION DE LABIO

Muy frecuente en infantes con stress ya sea familiar u otra índole, ocasionando lingualización de los incisivos. se debe buscar la causa y corregirla, de no encontrarla se utiliza un aparato ortodóntico que le ayude a la corrección de este hábito.



Fig. 44 Succión de labio.

## 4 ACCIDENTES

Los niños al ser inquietos están expuestos a una gran cantidad de traumatismos (accidentes), alrededor de los 12–30 meses los niños comienzan a caminar y moverse libremente, su capacidad motora esta aun en desarrollo y no tienen noción del peligro; razón por la cual son presas de accidentes, los más comunes son los golpes en la región bucal, siendo los más afectados los dientes incisivos superiores o inferiores.<sup>5,7</sup>



Fig. 45 Exposición a accidentes por inquietud.

En estas situaciones los padres deben mantener la calma, conocer los grados de gravedad, como principal medida se recomienda que posterior al traumatismo no se haga ningún tipo de succión (chupón, dedo, lactancia). Debido a que puede dislocar los dientes y aumentar el sangrado; en cualquier tipo de accidente siempre debe haber una evaluación por el profesional lo antes posible.



Fig. 46 Atención profesional.

#### 4.1 FRACTURA DE ESMALTE

Es la más leve ocurre con algún golpe ligero y ocasionalmente no requieren tratamiento, pero se sugiere observación de la evolución por parte del odontopediatra.<sup>17</sup>



Fig. 47 Fractura del esmalte.

## 4.2 CONCUSIÓN

Este es moderado ocurre con un “golpe seco”, no hay presencia de fractura o dislocación, no se toma como importante por esta condición, pero este presenta más complicaciones en especial al pasar un tiempo, por ello debe tener monitoreo radiológico y estar en observación.<sup>4,7</sup>



Fig. 48 Concusión.

## 4.3 SUBLUXACIÓN

Presenta movilidad y ligero sangrado cercano a la encía, solo el odontopediatra posterior a la examinación determinara si es necesario la estabilización dental o no, al igual que en caso anterior debe haber un control a distancia para detectar cualquier consecuencia a causa de este accidente.<sup>4</sup>



Fig. 49 Subluxación.

#### 4.4 LUXACIÓN

Encontramos gran movilidad y desplazamiento ya sea vertical u horizontal o ambos, es el más común debido a caídas, en esta ocasión debe acudir lo antes posible al especialista, pues podría requerir extracción dental.<sup>18</sup>



Fig. 50 Luxación,

#### 4.5 AVULSIÓN

El diente sale en su totalidad de su posición en boca, cuenta con una hora como máximo para poder realizarse una reimplantación, y que pueda contar con mayores probabilidades de éxito. En esta situación debe realizarse de forma inmediata, el diente afectado debe ser transportado al consultorio en solución fisiológica o leche.<sup>4,18</sup>



Fig. 51 Avulsión.

## 5. HIGIENE BUCAL

La cavidad oral del bebé no necesita ser higienizada pues no hay evidencia científica suficiente como para que se adopte esta práctica, aunque no hay alguna contraindicación para ello.<sup>7,19</sup>



Fig. 52 Cavidad oral infantil.

Los especialistas sugieren realizar el aseo con una gasa después de haber amamantado al bebe una vez al día en especial por la noche; aunque no de forma inmediata se recomienda esperar media por lo menos.<sup>10</sup>



Fig. 53 Aseo bucal en el infante.

Una forma de lograr que un infante de seis meses adquiera hábitos de higiene es mediante la estimulación manual en la encía, con la ayuda de aditamentos, ya sea con el dedo índice de la madre envuelto con una gasa o el dedal dental; esta acción además de realizar dicha estimulación de la mucosa bucal y del reborde gingival, permitirá que

el infante adquiera una familiaridad a tener objetos dentro de su boca (mordedera, dedera, cepillo) y gradualmente perderá la sensación nauseosa, facilitando así el aprendizaje de la higiene dental futura.<sup>7</sup>



Fig. 54 Uso de aditamentos.

La remoción del biofilm se realiza con la finalidad de remover depósitos de residuos alimenticios, microorganismos y materia no calcificada tanto de los dientes así como de las estructuras vecinas a ellos, además de promover la circulación sanguínea y una queratinización adecuada del epitelio, es por ello que el cepillado y el uso del hilo dental son las mejores herramientas para la preservación de la salud oral.<sup>20</sup>

## 5.1 ELECCIÓN DEL CEPILLO DENTAL

Se recomienda empezar con la higiene bucal del infante cuando los primeros dientes deciduos aparezcan, o en casos de regurgitación o estancamiento de leche, es solo una vez al día. En el caso de un bebé se realiza solo una vez al día, con una gasa embebida de agua; en un infante con dientes el cepillo dental debe tener características específicas.<sup>7,19,20</sup>



Fig. 55 Cepillos para bebés.

el mango debe ser largo, cabeza pequeña y de cerdas suaves y redondeadas; de tal manera que el infante pueda sujetar y realizar cómoda y efectivamente su aseo.<sup>4,7,10</sup>



fig. 56 Cepillado efectivo.

Una vez que el infante cuente con el total de su dentadura primaria, debe utilizar un cepillo adecuado para él.



Fig. 57 Cepillos para cada edad.

El cambio de cepillo se realiza cuando ha pasado un mes de uso continuo, pues para entonces se presenta la deformación de las cerdas, además de la probabilidad de existir presencia de colonias de bacterias; dado que los infantes presentan una alta tendencia a mordisquear el cepillo, se recomienda la utilización de dos cepillos, el primero servirá como entrenamiento (que será el que va a mordisquear), el segundo deberá ser usado por los padres para el aseo cotidiano.<sup>7</sup>



Fig. 58 Desgaste del cepillo.

## 5.2 SELECCIÓN DEL DENTRÍFICO

El uso de dentífricos en el caso de los niños que no presentan dientes o que solo tengan 2 dientes solo usaran una gasa embebida con agua hervida o bien destilada. Para los niños con bajo riesgo de caries y que tengan un año de vida la recomendación es utilizar una crema dental con una concentración de 500 ppm, ambos son encontrados en el mercado, ya que es el mejor control mecánico del biofilm dental.<sup>4</sup>



Fig. 59 Pasta infantil.

La cantidad de crema dental sugerida para niños menores de tres años, es mínima correspondiente a los 2 penachos de cerdas del cepillo dental. Pues una gran parte de este puede ser ingerido, lo que podría ocasionar un caso de fluorosis dental.<sup>4,10</sup>



Fig. 60 Cantidad recomendada.



Fig. 61 Cepillo e higiene en el bebé.

El objetivo del cepillado es realizar la eliminación del biofilm sin dañar los tejidos adyacentes ya sea duros o blandos, cada paciente utiliza una técnica de cepillado la cual no buscaremos cambiarla, si no por el contrario le ayudaremos a mejorarla de tal forma que le sea realmente eficaz.

### 5.3 SELECCIÓN DEL HILO DENTAL

En el mercado encontramos con cera y sin cera, satinados simples o satinados con menta.



Fig. 62 Tipos de hilo dental.

Ninguna técnica ha demostrado ser superior una sobre la otra, “*la mejor técnica es la que mejor limpia*”. Sin olvidar ninguna zona de la boca.

#### 5.4 TÉCNICAS DEL USO DE HILO DENTAL

Aun cuando se ha realizado el cepillado dental en una forma adecuada, debemos recordar que hay nula eficacia de limpieza en la región inter proximal, es por esta razón que debemos completar la higiene con uso del hilo dental aun con mayor énfasis en la edad preescolar pues, la mayoría de las caries se inician en esta zona.



Fig. 63 Caries que inicio en distal.

Utilizaremos el hilo sin cera ya que por ser más fino se desliza con más facilidad entre los espacios interdientales y no provoca incomodidad.<sup>21,22</sup>



Fig. 64 Hilo recomendado.

## TÉCNICA DE SPOOL

También conocida por libre o de carrete, y consiste en rolar en los dedos medios una fracción de hilo aproximada a 50 cm, los dedos guían al hilo al deslizarlo por el espacio interdental a higienizar, ahora presionara el hilo contra una de las caras proximales de uno de los dientes, luego recorrerá el hilo hacia una porción limpia y repetirá la acción de región en la misma zona pero ahora en la cara opuesta a la anterior.<sup>7,21</sup>



Fig. 65 Técnica libre (Spool).

Recomendada por ser de fácil manipulación, siempre podemos auxiliar al niño con esta limpieza con aditamentos que nos faciliten complementar su aseo.



Fig. 66 Aditamentos para limpieza interdental.

### TÉCNICA DEL ASA

Se corta un trozo de 30 cm, se atan los extremos para formar un círculo, se colocan los dedos dentro del círculo menos los pulgares y se tira hacia afuera para que el hilo quede tenso se guía el hilo con los dedos índices, a medida que pasa el hilo por los dientes se rota el hilo para que cada espacio reciba una porción limpia del hilo.



Fig. 67 Técnica de asa.

## 6. PREVENCIÓN SALUD ORAL Y TÉCNICAS DE CEPILLADO.

Las afecciones bucales son más comunes de lo que quisiéramos, relacionados a diversos factores como, estilo de vida, factores biológicos, ambientales, y la baja cobertura de servicios odontológicos. Lo que forja un contrasentido y un desafío en la actualidad.

La práctica privada nos ofrece la oportunidad de contribuir a la disminución de tales enfermedades; y para ello necesitamos vender salud en un vasto sentido. Pues la prevención posee las bondades de cualquier servicio o producto altamente vendible. (Es necesario, mercado de acción, barato para el consumidor, bajo costo de producción, y se debe ofrecer con calidad y satisfacer al cliente).<sup>2</sup>

Prevención implica impedir un daño o reparar con antelación, obviamente se debe actuar en el periodo pre-patogénico de la enfermedad, y si por alguna razón el daño ya está presente, bueno estaremos trabajando sobre una situación clínica, para esto debemos aprender a predecir la futura lesión antes de que se manifiesten los signos y síntomas, a esto le llamamos una prevención pura.<sup>23</sup>

En este momento podemos asumir que nuestra practica actúa bajo el concepto de: “devolver y mantener la salud bucal a la sociedad.”. En el actuar de la odontología preventiva se requiere contar con mucha convicción, alto conocimiento científico, poca técnica, y mucha sensibilidad social. Contrariamente a lo que se piensa este campo tiene altos ingresos, pacientes más gratificantes y les genera menos estrés.<sup>24</sup>



Fig. 68 Paciente sin stress.

## TÉCNICAS DE CEPILLADO

Como ya mencionamos la remoción de la placa es muy importante para la prevención de cualquier alteración bucal, y al hacerse presentes los primeros dientes debemos de introducir una técnica de cepillado adecuada que nos permita realizar el arrastre mecánico del biofilm. He aquí algunas de las más usuales.



Fig.69 Iniciando la higiene bucal.

### 6.1 TÉCNICA DE FONES

Por las condiciones psicomotoras se sugiere la de Fones que consiste en que el niño sostenga el cepillo en su mano lo lleve a su boca y con los dientes ocluidos realice movimientos circulares en las caras vestibulares de dientes superiores e inferiores, luego abrirá la boca y hará el mismo movimiento en las caras palatinas y linguales y en las caras oclusales los movimientos serán en sentido anteroposterior; debe realizarse un mínimo de 10 veces<sup>4,21</sup>



Fig. 70 Técnica de Fones.

## 6.2 TÉCNICA DE BASS

Las cerdas del cepillo deberán colocarse en un ángulo de  $45^{\text{a}}$  con respecto al eje longitudinal de los dientes, haciendo movimientos vibratorios de ligera amplitud sin lastimar las encías, debido a su complejidad esta técnica tiene un uso restringido a individuos portadores de tratamientos ortodónticos.<sup>4</sup>

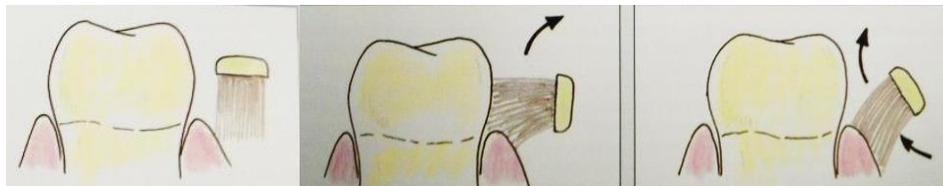


Fig. 71 Técnica de Bass.

### 6.3 SELLADORES DE FOCETAS Y FISURAS

En el área de la prevención es el tratamiento de primera mano del que hacemos uso, ya que no es invasivo, es fácil de colocar y relativamente económico. Su acción es a través de traba mecánica en la profundidad de las fisuras en una forma microscópica, el sellador como tal deja una superficie lisa lo que impide que se acumule el biofilm, así facilita la higiene.<sup>24</sup>

#### TIPOS

Resinosos a base BisGMA auto o fotopolimerizables con carga inorgánica, y pueden ser incoloros o matizados, los más comunes son los fotopolimerizables debido a la amplitud del tiempo del trabajo.<sup>21</sup>



Fig. 72 Sellador fotopolimerizable.

## TÉCNICA SELLADOR FOTOPOLIMERIZABLE

LIMPIEZA PREVA	Con un cepillo para baja rotación con piedra pómez + agua, o bien un cepillo convencional y uso de dentífrico.
AISLAMIENTO	Lo adecuado sería con dique de hule y grapa, pero en caso de no poder realizarlo, el relativo sería nuestra elección.
GRABADO ÁCIDO	Utilización de ácido fosfórico en una concentración de 35-37 % por 15 segundos.
LAVADO Y SECADO	Con abundante agua por 15 segundos posterior a ello secar por 25 segundos.
APLICACIÓN DEL SELLADOR	Con un pincel sobre la cara oclusal del diente permitir que el material fluya entre las fisuras, evitando que se formen burbujas, y la presencia de excedentes.
FOTO ACTIVACIÓN	El tiempo que el fabricante indique.
INSPECCIÓN	Visual y táctil. <sup>21</sup>

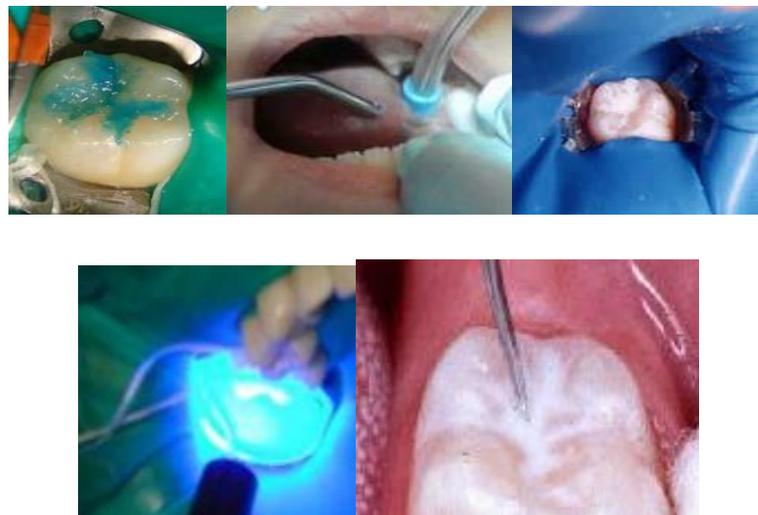


Fig. 73 Pasos de aplicación del sellador.

Los selladores a base de ionómero de vidrio son resientes, y están indicados para los primeros molares permanentes al inicio de su erupción y es primordialmente por que se adhiere al esmalte sin la necesidad de previo grabado con el ácido, y por su capacidad de liberar e incorporar fluoruros.<sup>24</sup>



Fig. 74 Sellador de ionomero de vidrio.

## TÉCNICA SELLADOR IONOMERO DE VIDRIO

SE REPITEN LOS PASOS 1,2,4	DE LA TÉCNICA ANTERIOR
GRABADO	No se realiza, pero en caso de requerirlo se logra con el líquido del propio material.
MANIPULACIÓN DEL MATERIAL	Se debe hacer con la proporción adecuada y aglutinación de polvo líquido en un tiempo de 30 segundos.
APLICACIÓN DE MATERIAL	Con espátula de plástico y realizar presión digital ( aplicar previamente vaselina al guante)
REMOSIÓN DE EXCESOS	Posterior a la presión digital.
PROTECCIÓN DEL MATERIAL	Con barnices apropiados o vaselina sólida.
EVALUACIÓN OCLUSAL	Verificar que no haya presencia de excedentes que ocasionen interferencias oclusales <sup>21,24</sup>



---

## 7 FASES DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Conocimiento del estado de salud oral que puede presentar un infante de 6 meses a 3 años de edad.

1. Identificación del problema que realmente pueden presentar los infantes en cavidad oral a esta edad.
  - 1.2 priorizar las necesidades de salud oral.
2. Definición de objetivos.
3. Planeación de estrategias.

Se realizó un tríptico informativo con acciones de promoción a la salud para el cuidado del infante.

Se realizó una cartilla de salud oral infantil, donde nos permite llevar registros del cuidado oral del niño.

### OBJETIVO GENERAL

Diseñar un programa de salud oral para infantes de 6 meses a 3 años de edad.



---

## OBJETIVOS PARTICULARES

1. Identificar los principales problemas de salud oral en el infante 6 meses a 3 años de edad.
2. Conocer las necesidades de salud oral en infantes de 6 meses a 3 años de edad.
3. Elaborar un tríptico informativo para la higiene oral del infante de 6 meses a 3 años de edad.

## METAS

- Conocer el 100% de los problemas de salud oral en infantes de 6 meses a 3 años de edad.
- Conocer al 100 % las necesidades de salud oral de los infantes de 6 meses a 3 años.
- Difundir en un 80 % el tríptico informativo de higiene bucal en el infante de 6 meses a 3 años de edad.

## DESTINATARIOS

Madres y/o responsable del infante de 6 meses a 3 años de edad.



---

## ESTRATEGIAS

- Se recopilara la información básica y necesaria para conocer las principales patologías, hábitos perniciosos y accidentes que puede presentar el infante de 6 meses a 3 años de edad.
- Crear estrategias de prevención para la salud oral del infante de 6 meses a 3 años de edad.
- Diseñar un tríptico con información básica para los cuidados de la salud oral en el infante de 6 meses a 3 años de edad.
- Diseñar una cartilla de salud oral, para el control de los cuidados orales en el infante de 6 meses a 3 años de edad.

## RECURSOS HUMANOS:

- Tesista
- Asesor de tesis
- Madres de infantes

## RECURSOS FINANCIEROS:

- Corren por cuenta del tesista.



---

## RECURSOS MATERIALES

- Computadora.
- Programa de diseño.
- Cámara fotográfica.
- Memoria electrónica.
- Copias.
- Cartulina.
- Hojas para impresión.
- Guillotina.



---

## 8 CONCLUSIONES

Una vez que conocemos las etapas del desarrollo del infante y la forma en la cual empieza a adquirir conocimientos, nos permitirá inferir en el momento adecuado para poder iniciar la formación de un hábito de higiene, que le dará un beneficio en su salud.

Pues con la ayuda del tríptico informativo el cual les va guiando sobre el cuidado bucal del infante, esperamos que la madre y/o tutores se apoyen con este material para conservar la salud bucal de su hijo. Logrando con ello un cambio de actitud en su cuidado, aplicando de esta manera una acción preventiva, la cual derivara en evitarle al infante una molestia o perdida dental prematura.

Podemos decir que es una forma simple y al alcance de todos, la aplicación real de una educación para la salud, que iniciara en el mismo instante en que el infante empezara a adquirir su conocimiento primario.



## 9 Fuentes bibliográficas.

1. Vitores L, Rodillo J. Educación Para La Salud. En Instituto Nacional De La Salud Organización Del Equipo De Atención Primaria, Madrid; Insalud 1991; P 276-96.
2. March Jc, Hernán M López Santos V. Educación Para La Salud Y Promoción De La Salud. La Educación Como Herramienta En La Asistencia Sanitaria. Proceso De Planificación De La Educación Para La Salud En: Gallo Fj, León Fj. Martínez Cañavate J, Tonio J, Eds. Manual Del Residente De Medicina Familiar Y Comunitaria 2ª Ed. Madrid; Im&C 1997, P 1309-15.
3. Hiram E. Fitzgerald, Ellen A. Strommen, John Paul Mackinney. Psicología Del Desarrollo En El Lactante Y Preescolar. Ed. Manual Moderno 2000.P 79-95.
4. Luis Reynaldo De Figueiredo Walter, Antonio Ferelle. Myakiissao. "Odontología Para él Bebe" Ed. Amolca 1ª Ed. 2000. P 9-11.49-50, 60, 67, 68, 173.
5. Diane e. papalia, sally wendkos olds, ruthb duskin Feldman. Desarrollo humano. ed. Mac graw hill, 8ª edición. P 127, 131,153,161,162,177, 198,179,200,211.
6. Antonio Carlos Guedes Pinto. "Odontopediatría". Ed. Santos Edición 2011.P 33,62-69, 122, 373.
7. Hebe P. de Bellagamba, Noemi Bordoni, Raquel Doño, Verónica Fallik, Alfredo Preliasco, Virginia F. de Preliasco. Aspectos Psicologicos en la situación odontopediatrica. Organización panamericana de la salud. P 19-20.
8. Itziar Abarrategui López, Cristina Arnedo Abad, Begoña Bartolome Villar. Odontopediatría. Ed. Masson 2004 P 255.
9. María Salete Nahas Pires Corrêa, Rosângela Maria Schmitt Dissenha. "Salud Bucal Del Bebe Al Adolescente". Ed. Santos, Grupo Editorial Nacional.2009 P 111,122.
10. Elena Barbería Leache, Juan Ramón Boj Quesada, Col. Odontopediatría. 2ª Ed. Editorial Masson 2001 P 181-82



11. Elena Bsarbería Leache. Atlas De Odontología Infantil Para Pediatras Y Odontólogos. Ed. Ripano. 1ª Ed. 2005. P112.
12. Zardetto Cgcd. Avaliacao Dos Arcos Dentais E Estruturas Miofuncionais Orais Em Funcao Do Uso E Tipo De Chupeta, Em Crianca Com Denticao Decidua Completa. Dissertacao De Mestrado. Fousp, Sao Paulo, 2000. P 198.
13. Smith Lh, Demeyer W. Anatomy Of The Brainstem. Semin In Pediatric Neurology 2003; 10(4): P 235-40.
14. Silva Sr. Bruxismo. Rev Assoc Paul Cirur Dent 2003; 57(6): P 409-17.
15. De Berkerd. Childhood Nail Diseases. Drmatol Clin 2006; 24(3): P 35.
16. Lea Assed Bezerra Da Silva, Tratado De Odontopediatria Tomo 2. Ed. Amolca 2008 P 815.
17. Carlos García Ballesta, Asunción Mendoza Mendoza. Traumatología Oral En Odontopediatria. Ed. Ergon 2003. P145.
18. Irene R. Wooddall, Bonnie R, Dafoe, Nancy Stutsman Young, Tratado De Higiene Dental Tomo I. Ed. Salvat. 1992. P 4,8.
19. Robert Ireland. Higiene dental y tratamiento. Ed. Manual moderno. 2008. P 281-284.
20. Jesús Fernández Sánchez, Fernando Costa Ferrer, Cols. "Manual De Practicas De Odontopediatria, Ortodoncia Y Odontología Preventiva", Ed. Ripano 2006. Pg. 233.
21. Hujoel Pp, Cunha-Cruzj, Banting Dw, Loesche Wj. Dental Flossing And Interproximal Caries: A Systematic Review. Jdent Res 2006, Apr; 85(4). P 298-305.
22. Norman O Harris, Franklin Garcia Godoy. Odontología Preventiva Primaria. Ed. Manual Modern. 2ª Edición. 2006. P 193.
23. Ricardo Luis Macchi. Materiales Dentales. Ed. Panamericana, 4ª Edición. 2010. P 125.
24. Moacyr Eli Menendez Castillero, Esther Flores Mubarack. "Odontología Integral Actualizada", Ed. Artes Médicas Latinoamericana. 2006 .P 21-24.



- 
25. Smith Lh, Demeyer W. Anatomy Of The Brainstem. Semin In Pediatric Neurology 2003; 10(4). P 235-40.
  26. J.R. Boj M, Catalá, C. García- Ballesta, A. Mendoza, P. Planells. "Odontopediatría". Ed. Ripano. 2012. P 151.
  27. José Patricio López, María Victoria Gil Atienzar, Llanos Martínez", Salud Bucodental En La Atención Primaria", Ed. Altaban 2004 Pag.145.
  28. Göran Koch, Thomas Modeér, Sven Poulsen, Per Rasmussen, Odontopediatría Enfoque Clínico, Ed. Med. Panamericana. 1994. P 13-17, 181-184.
  29. Dominik P. Depaola, H. Gordon Cheney. Odontología Preventiva. Ed. Mundi. 1981. P 21,55.



---

## 10 Fuente de imágenes.

1. [www. Corbis/imágenes/mamas con bebé.com](http://www.Corbis/imágenes/mamas con bebé.com)
2. [www. Corbis/imágenes/ bebé lactando.com](http://www. Corbis/imágenes/ bebé lactando.com)
3. [www. Corbis/imágenes/bebé durmiendo.com](http://www. Corbis/imágenes/bebé durmiendo.com)
4. [www. Corbis/imágenes/bebé con dientes.com](http://www. Corbis/imágenes/bebé con dientes.com)
5. [www. Corbis/imágenes/bebé jugando.com](http://www. Corbis/imágenes/bebé jugando.com)
6. [www. Corbis/imágenes/bebé boca abajo.com](http://www. Corbis/imágenes/bebé boca abajo.com)
7. [www. Corbis/imágenes/bebé gateando.com](http://www. Corbis/imágenes/bebé gateando.com)
8. [www. Bb mundo/desarrollo del bebé.com](http://www. Bb mundo/desarrollo del bebé.com)
9. [www. Corbis/imágenes/bebé brincando.com](http://www. Corbis/imágenes/bebé brincando.com)
10. [www. Corbis/imágenes/niños jugando.com](http://www. Corbis/imágenes/niños jugando.com)
11. [www. Corbis/imágenes/niños jugando.com](http://www. Corbis/imágenes/niños jugando.com)
12. [www. Corbis/imágenes/papas con bebés.com](http://www. Corbis/imágenes/papas con bebés.com)
13. [www. Corbis/imágenes/bebés en grupo.com](http://www. Corbis/imágenes/bebés en grupo.com)
14. [www. Corbis/imágenes/dentista feliz.com](http://www. Corbis/imágenes/dentista feliz.com)
15. [Figuereido/lesiones/ odontología para el bebé.](http://Figuereido/lesiones/ odontología para el bebé.)
16. [Figuereido/lesiones/ odontología para el bebé.](http://Figuereido/lesiones/ odontología para el bebé.)
17. [www. Slud dental/lesiones en niños.com](http://www. Slud dental/lesiones en niños.com)
18. [Figuereido/lesiones/ odontología para el bebé.](http://Figuereido/lesiones/ odontología para el bebé.)
19. [Carlos Guedes/ patologías/Odontopediatría.](http://Carlos Guedes/ patologías/Odontopediatría.)
20. [www. Lesiones bucales/adultos.com](http://www. Lesiones bucales/adultos.com)
21. [www. Slud dental/lesiones en niños.com](http://www. Slud dental/lesiones en niños.com)
22. [www. Slud dental/lesiones en niños.com](http://www. Slud dental/lesiones en niños.com)
23. [www. Slud dental/lesiones en niños.com](http://www. Slud dental/lesiones en niños.com)
24. [Carlos Guedes/ patologías/Odontopediatría.](http://Carlos Guedes/ patologías/Odontopediatría.)
25. [www. Corbis/imágenes/alteraciones de la denticion.com](http://www. Corbis/imágenes/alteraciones de la denticion.com)
26. [www. Corbis/imágenes/alteraciones de la denticion.com](http://www. Corbis/imágenes/alteraciones de la denticion.com)
27. [Figuereido/lesiones/ odontología para el bebé.](http://Figuereido/lesiones/ odontología para el bebé.)
28. [www. Slud dental/lesiones en niños.com](http://www. Slud dental/lesiones en niños.com)
29. [www. Slud dental/lesiones en niños.com](http://www. Slud dental/lesiones en niños.com)
30. [www. trastornos bulimia.com](http://www. trastornos bulimia.com)
31. [www. Slud dental/lesiones en niños.com](http://www. Slud dental/lesiones en niños.com)
32. [www. Corbis/imágenes/niños sacando la lengua.com](http://www. Corbis/imágenes/niños sacando la lengua.com)
33. [www. vectores.com](http://www. vectores.com)
34. [www. Corbis/imágenes/bebés tristes.com](http://www. Corbis/imágenes/bebés tristes.com)
35. [Figuereido/lesiones/ odontología para el bebé.](http://Figuereido/lesiones/ odontología para el bebé.)



36. [www. Corbis/imágenes/papa con bebé tristes.com](http://www.Corbis/imágenes/papa con bebé tristes.com)
37. [www. Corbis/imágenes/niños chupando dedo.com](http://www. Corbis/imágenes/niños chupando dedo.com)
38. Carlos Guedes/ patologías/Odontopediatría.
39. [www. Corbis/imágenes/niños chupando dedo.com](http://www. Corbis/imágenes/niños chupando dedo.com)
40. [www. Corbis/imágenes/chupones y biberones.com](http://www. Corbis/imágenes/chupones y biberones.com)
41. Ana Biondi/ hábitos parafuncionales/Odontopediatría.
42. [www. Corbis/imágenes/bebé durmiendo.com](http://www. Corbis/imágenes/bebé durmiendo.com)
43. [www. Corbis/imágenes/niños mordiendo unas.com](http://www. Corbis/imágenes/niños mordiendo unas.com)
44. fuente directa.
45. [www. Corbis/imágenes/niños jugando.com](http://www. Corbis/imágenes/niños jugando.com)
46. [www. Vectores.com](http://www. Vectores.com)
47. Ana Biondi/ hábitos parafuncionales/Odontopediatría
48. Carlos Guedes/ patologías/Odontopediatría.
49. Carlos ballesta/traumatología oral en odontología.
50. Carlos ballesta/traumatología oral en odontología.
51. Carlos ballesta/traumatología oral en odontología.
52. [www. vectores.com](http://www. vectores.com)
53. Carlos Guedes/ Control mecánico de placa/Odontopediatría.
54. [www. Corbis/imágenes/bebés riendo y aseo.com](http://www. Corbis/imágenes/bebés riendo y aseo.com)
55. [www. vectores.com](http://www. vectores.com)
56. fuente directa.
57. Fuente directa.
58. [www. Corbis/imágenes/bebés mordiendo cepillo.com](http://www. Corbis/imágenes/bebés mordiendo cepillo.com)
59. [www. colgate.com](http://www. colgate.com)
60. [www. vectores.com](http://www. vectores.com)
61. [www. Corbis/imágenes/bebé lavando dientes.com](http://www. Corbis/imágenes/bebé lavando dientes.com)
62. [www. Oral b.com](http://www. Oral b.com)
63. fuente directa.
64. [www. oral b.com](http://www. oral b.com)
65. [www. Colgate.com](http://www. Colgate.com)
66. [www. Vectores.com](http://www. Vectores.com)
67. Carlos Guedes/ Control mecánico de placa/Odontopediatría.
68. [www. Corbis/imágenes/dentista feliz.com](http://www. Corbis/imágenes/dentista feliz.com)
69. [www. Corbis/imágenes bebe lavando dientes.com](http://www. Corbis/imágenes bebe lavando dientes.com)
70. [www. Colgate.com](http://www. Colgate.com)
71. Carlos Guedes/ Control mecánico de placa/Odontopediatría.
72. Carlos Guedes/ Control mecánico de placa/Odontopediatría.

73. Carlos Guedes/ Control mecánico de placa/Odontopediatría.  
74. [www. 3m.com](http://www.3m.com)

## ANEXOS

Se anexa tríptico y propuesta de cartilla de salud oral.

**CARTILLA DE SALUD ORAL INFANTIL**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

MAMA: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

**FECHA**

**1ª REVISION** \_\_\_\_\_

**2ª REVISION** \_\_\_\_\_

**3ª REVISION** \_\_\_\_\_

**4ª REVISION** \_\_\_\_\_

**5ª REVISION** \_\_\_\_\_

**6ª REVISION** \_\_\_\_\_

Simbología:  
 marca en el esquema dental  
 X: exfoliado o perdido.  
 i: erupción.  
 /: cariado.  
 O: ausente.



**ERUPCION DENTARIA**



**PREVENCIÓN IMPLEMENTACIÓN DE TÉCNICA**

**FONES**

USO DE HILO	SI	NO
FLUOR	1º 2º 3º	
	4º 5º 6º	

**APLICACIÓN DE SELLADORES**

Molares sup.

Molares inf.




## ¿Cual cepillo debe usar mi hijo?



## Dientes de leche

20 dientes, repartidos en los 2 maxilares

• 8 incisivos • 4 caninos • 8 molares

• 6<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> mes



• 8<sup>a</sup> a 10<sup>a</sup> mes



• 10<sup>a</sup> a 14<sup>a</sup> mes



• 12<sup>a</sup> a 18<sup>a</sup> mes



• 12<sup>a</sup> a 24<sup>a</sup> mes



• 20<sup>a</sup> a 30<sup>a</sup> mes



El cepillo dental se cambia después de un mes de uso continuo.



Consejos de cómo motivar al infante para iniciar con el hábito de higiene bucal:

1. Cuando se le cambia el tipo de alimentación al bebé, es recomendable no empezar por alimentos dulces, evitando así el inicio del gusto por los alimentos dulces, inicie con verduras.
2. Los niños imitan a los adultos, por ello los padres deben cepillarse junto a sus hijos.
3. Realizar cepillado dental después de cada comida, inventar una forma divertida de hacerlo.



Ante cualquier duda, consulta al especialista.

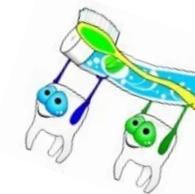


r

Realizo:  
Magda Ivonne rojo ortega.  
Facultad de odontología,, UNAM.  
Ivonne\_rojo\_ortega@hotmail.com



## Mis Primeros Cuidados Bucales.



En los primeros meses solo deberá limpiar con una gasa embebida de agua, las encías una vez al día.



Cuando aparezcan los primeros dientes debe emplear un cepillo y agua. Puede alternarse con la gasa en las encías que aun no tiene dientes.



Una vez que cuenta con la totalidad de sus dientes ya debe usarse un cepillo adecuado y pasta infantil, y se ira enseñando la forma correcta de cepillarse.

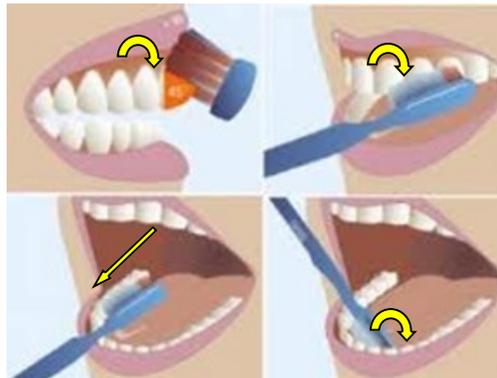


Cantidad de pasta recomendada en niños.



Solo una bolita del tamaño de un chícharo.

Forma correcta de hacer el cepillado: con la boca cerrada el niño realiza movimientos circulares, en cada área de los dientes.

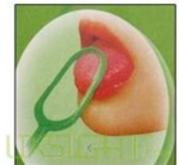


Esto se hace 3 veces al día.

Los dientes de los niños se encuentran muy juntos, unos de otros, por ello te recomendamos utilizar hilo dental



Los aditamentos te harán esta maniobra más sencilla, y le evitara una perdida prematura de dientes.



El raspador de lengua la mantiene limpia.

## ¿Cual cepillo debe usar mi hijo?



## Dientes de leche

20 dientes, repartidos en los 2 maxilares

• 8 incisivos • 4 caninos • 8 molares

• 6<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> mes



• 8<sup>a</sup> a 10<sup>a</sup> mes



• 10<sup>a</sup> a 14<sup>a</sup> mes



• 12<sup>a</sup> a 18<sup>a</sup> mes



• 12<sup>a</sup> a 24<sup>a</sup> mes



• 20<sup>a</sup> a 30<sup>a</sup> mes



El cepillo dental se cambia después de un mes de uso continuo.



Consejos de cómo motivar al infante para iniciar con el hábito de higiene bucal:

1. Cuando se le cambia el tipo de alimentación al bebé, es recomendable no empezar por alimentos dulces, evitando así el inicio del gusto por los alimentos dulces, inicie con verduras.
2. Los niños imitan a los adultos, por ello los padres deben cepillarse junto a sus hijos.
3. Realizar cepillado dental después de cada comida, inventar una forma divertida de hacerlo.



Ante cualquier duda, consulta al especialista.



Realizo:  
Magda Ivonne rojo ortega.  
Facultad de odontología,, UNAM.  
Ivonne\_rojo\_ortega@hotmail.com



## Mis Primeros Cuidados Bucales.



En los primeros meses solo deberá limpiar con una gasa embebida de agua, las encías una vez al día.



Cuando aparezcan los primeros dientes debe emplear un cepillo y agua. Puede alternarse con la gasa en las encías que aun no tiene dientes.



Una vez que cuenta con la totalidad de sus dientes ya debe usarse un cepillo adecuado y pasta infantil, y se ira enseñando la forma correcta de cepillarse.

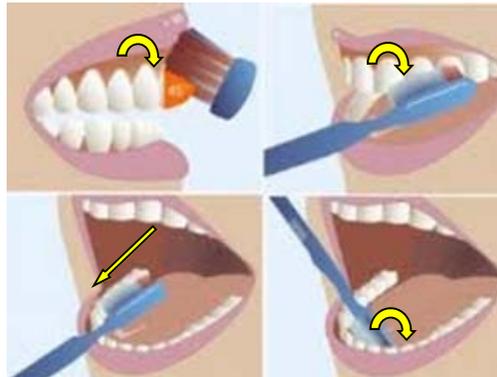


Cantidad de pasta recomendada en niños.



Solo una bolita del tamaño de un chícharo.

Forma correcta de hacer el cepillado: con la boca cerrada el niño realiza movimientos circulares, en cada área de los dientes.



Esto se hace 3 veces al día.

Los dientes de los niños se encuentran muy juntos, unos de otros, por ello te recomendamos utilizar hilo dental



Los aditamentos te harán esta maniobra más sencilla, y le evitara una perdida prematura de dientes.



El raspador de lengua la mantiene limpia.