



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL, EN
ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ALEJANDRA REYES BARRERA

TUTORA: C.D. MARTHA LAURA SORIANO PÉREZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX

2016



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.



Gracias a Dios por nunca soltarme de su mano, por levantarme cada vez que me he caído, por permitirme llegar hasta este punto, con tantos aprendizajes y lecciones de vida, sin duda alguna *los tiempos de Dios son perfectos*.

Gracias mami por ser la mujer más maravillosa del mundo, la mejor madre, la mejor amiga, la mejor compañera vida, gracias a tu dedicación, valentía y apoyo, yo pude llegar a la conclusión de esta etapa. Te amo tanto mama.

Papi, gracias por el apoyo incondicional, gracias por la paciencia que toda la vida me has tenido, por todos esos consejos, todos esos regaños, por tu buen humor, por siempre ser mi amigo, sin ti no hubiera sido posible. Te amo.

Juan, eres un ejemplo en mi vida, gracias por todo ese apoyo en todo este camino, hermano te admiro y te amo.

Ilse gracias por estar conmigo en las buenas en las malas y en las peores, te quiero mucho amiga.

Gracias a mi amada Universidad Nacional Autónoma de México, a mi segunda casa la Facultad de Odontología, a todos mis maestros, mis doctores, y muchos mis amigos.

Gracias a mi tutora Laura Soriano, por el apoyo.

Jesús, mi niño, esto va por ti, es solo el inicio, te amo muchísimo, gracias por existir y ser mi razón y mi motor.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	7
CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES.....	8
1.1 Embarazo.....	8
1.1.1 Primer Trimestre (Semana 1 A Semana 12).....	8
1.1.2 Segundo Trimestre (Semana 13 A Semana 28).....	10
1.1.3 Tercer Trimestre (Semana 29 A Semana 40).....	12
1.2 Características Generales Del Embarazo.....	13
1.2.1 Características Bucodentales.....	15
1.2.2 Mitos.....	16
CAPITULO 2 EL BEBE.....	17
2.1 Recién Nacido.....	17
2.2 De 6 A 12 Meses.....	19
2.3 De 12 A 18 Meses.....	20
2.4 De 18 A 24 Meses.....	21
2.5 De 24 A 36 Meses.....	21
CAPÍTULO 3 ERUPCIÓN DENTARIA	23
3.1 Cronología Y Secuencia De La Erupción Dentaria.....	23
CAPÍTULO 4 ANOMALÍAS DE APARICIÓN FRECUENTE	25
CAPÍTULO 5 PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL BEBÉ.....	26
5.1 Caries.....	26
5.2 Candidiasis.....	27
5.3 Lengua Saburral.....	27
CAPÍTULO 6 HÁBITOS PARAFUNCIONALES MÁS FRECUENTES	28
6.1 Succión No Nutritiva.....	29
6.2 Chupete/ Biberón.....	29
6.3 Succión Digital.....	30
6.4 Onicofagia.....	31
6.5 Hábito De Labio.....	32



CAPÍTULO 7 PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	32
7.1 Salud.....	32
7.2 Carta de Ottawa.....	33
7.3 Promoción para la salud.....	33
7.4 Educación para la salud.....	34
7.5 Interacción entre promoción de la salud y educación para la salud.....	34
7.6 Programa preventivo binomio Madre-Hijo	37
CAPÍTULO 8 RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO BUCAL DEL BEBÉ	38
CAPÍTULO 9 TÉCNICAS DE HIGIENE BUCAL EN EL INFANTE (0-3 AÑOS).....	40
9.1 Gasa Húmeda.....	40
9.2 Cepillo / Dedal De Silicón.....	41
9.3 Dentífricos.....	42
CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45



INTRODUCCIÓN

En 1985, en la Universidad Estatal de Londrina en Brasil, un grupo de especialistas en odontopediatría, fueron pioneros en el concepto de odontología para el bebé, con la creación de la clínica para bebés, incluyendo de manera acertada programas de educación, medidas preventivas, control de caries y atención primaria a mujeres embarazadas, logrando en poco tiempo un resultado favorable al obtener una reducción importante en el índice de caries en la población general del país.

En los últimos años diversos autores se han preocupado por divulgar los conceptos de cuidados odontológicos y de prevención, desde que la mujer está embarazada, con el objetivo principal de evitar la aparición de cualquier enfermedad en cavidad bucal del infante durante todo su desarrollo.

Por lo tanto, podemos decir que el concepto de atención odontológica en bebés no es nuevo, aunque su práctica no siempre forma parte del crecimiento del bebé, principalmente en sus primeros meses de vida; por lo que en este trabajo de investigación, quiero enfatizar que en la atención codental tiene que existir una interacción directa tanto del profesional de la salud, como con los padres o bien, personas incluidas el entorno del bebé.

Una de las satisfacciones de ejercer la odontología pediátrica es el observar la maduración y el crecimiento del bebé para llegar a ser un adulto sano. El odontólogo no sólo contribuye de esta forma a la salud bucal de estos pacientes a nivel individual, sino a la higiene bucal de toda la comunidad.

Cuando el odontólogo dirige su mirada a la comunidad, puede observar numerosas oportunidades para fomentar la salud bucal de la población con esfuerzos de salud pública dental que se llevan a cabo para el beneficio del infante.



La educación como primera instancia debe ser transmitida por los padres, por lo tanto, hay que concientizarlos acerca de los primeros cuidados que deben tener en su bebé para así tener un buen hábito de higiene oral durante toda la vida.

Cuando se habla de atender bebés, la población se extraña e inicialmente piensa que el niño no tiene problemas y sólo debe acudir al odontopediatra cuando presente dolor.

Para que esta educación sea eficiente, es necesario cambiar el comportamiento de la población en relación a la prevención y no al tratamiento, por lo tanto dentro de esa educación se incluye darle a la madre las razones por las cuales es de suma importancia la atención temprana en su bebé, hablarle de hábitos parafuncionales, patologías frecuentes y también del tipo de dieta que tiene el bebé, identificando factores de riesgo cariogénicos por ejemplo.



OBJETIVO

- Tratar, educar y controlar a las madres para el mantenimiento de la salud oral desde el inicio del embarazo para disminuir factores de riesgo.
- Promoción y educación para la salud bucodental en la primera infancia.



CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES

1.1 Embarazo

Es el periodo gestacional que dura alrededor de 280 días, el cual abarca desde la fecundación del óvulo hasta el parto, se divide en tres trimestres.¹

A continuación en el Cuadro 1 se describe por trimestre.²

1.1.1 Primer trimestre (Semana 1 a Semana 12)

Cuadro 1	
 <p>©peggerrity.com</p>	<p>A las 4 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none">• El cerebro y la médula espinal del bebé han comenzado a formarse.• El corazón comienza a formarse.• Aparecen las protuberancias de los brazos y las piernas.• El bebé es ahora un embrión.
 <p>©peggerrity.com</p>	<p>A las 6 y 8 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Todos los órganos principales y las estructuras corporales externas han comenzado a formarse.• El corazón del bebé late con un ritmo regular.• Los brazos y las piernas crecen en longitud, y se han comenzado a formar los dedos de las manos y de los pies.



- Los órganos sexuales comienzan a formarse.

- Los ojos se han desplazado hacia adelante en la cara y se han formado los párpados.

A las 12 semanas:

- Los nervios y los músculos empiezan a trabajar en conjunto. El bebé puede cerrar el puño.

- Los órganos sexuales externos determinan el sexo del bebé.

- Los párpados se cierran para proteger los ojos que se están desarrollando. Los párpados no se abrirán de nuevo hasta la semana 28.

- El crecimiento de la cabeza se ha vuelto más lento.

- Aumento de peso y talla.





1.1.2 segundo trimestre (semana 13 a semana 28)

 <p>©peggerrity.com</p>	<p>A las 16 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Continúan formándose el tejido muscular y los huesos, creando un esqueleto más completo.• Comienza a formarse la piel. Se desarrolla el meconio en el tracto intestinal del bebé. Este será el primer movimiento intestinal.• El bebé hace movimientos de succión con la boca (reflejo de succión).
 <p>©peggerrity.com</p>	<p>A las 20 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none">• El bebé está más activo.• El bebé está cubierto por un vello fino y aterciopelado llamado lanugo y una capa serosa llamada vérnix. Esta capa protege la piel que se está formando debajo.• Se han formado las cejas, las pestañas y las uñas de las manos y de los pies.• El bebé puede oír y tragar.



A las 24 semanas:

- La médula ósea comienza a fabricar células sanguíneas.
- Se forman papilas gustativas en la lengua.
- Se han formado ya las huellas de los pies y las huellas dactilares.
- Empieza a crecer pelo verdadero en la cabeza del bebé.
- Los pulmones se formaron, pero no funcionan.
- Se desarrollan los reflejos de la mano y de sobresalto.
- El bebé duerme y se despierta con regularidad.
- Si el bebé es un niño, sus testículos comienzan a desplazarse desde el abdomen hacia el escroto. Si es una niña, el útero y los ovarios se encuentran ya ubicados en su lugar, y en los ovarios se han formado ya los óvulos para toda la vida.



1.1.3 Tercer trimestre (Semana 29 a Semana 40)

 <p>©peggerrity.com</p>	<p>A las 32 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Los huesos están completamente formados, pero todavía son blandos.• Los ojos pueden abrirse y cerrarse y perciben cambios en la luz.• Los pulmones no están completamente formados, pero empiezan a producirse movimientos “respiratorios” de práctica.• Comienza a almacenar minerales esenciales, como hierro y calcio.• Comienza a caerse el lanugo.
 <p>©peggerrity.com</p>	<p>A las 36 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none">• El recubrimiento protector seroso denominado vérnix se torna más espeso.• La grasa corporal aumenta.• Los movimientos son más enérgicos.



Semanas 37 a 40:

- Al final de las 37 semanas, se considera que el bebé está a término. Los órganos están listos para funcionar por su cuenta.
- Cuando se acerque la fecha de parto, el bebé puede girar y colocarse con cabeza hacia abajo, alistándose para el nacimiento, en un parto normal.

1.2 Características generales del embarazo

Durante la gestación, la mujer está sometida a una serie de cambios extrínsecos e intrínsecos relacionados entre sí que la hacen vulnerable a padecer alteraciones en su estado de salud tanto general como bucodental.

Los cambios que se presentan con mayor frecuencia son:

- Alteraciones en su peso y volumen.
- Alteración en la coloración de la piel.
- Alteración en mucosas genitales y orales.
- Hiperflexibilidad de las articulaciones.
- Sensación de fatiga extrema.
- Náuseas y/o vómitos, especialmente por la mañana.
- Cambios de humor.
- Acidez estomacal.
- Estreñimiento.
- Antojo o rechazo por determinados alimentos.



El embarazo es una situación especial en la que aumentan las necesidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales. La dieta materna tiene que aportar nutrientes energéticos y no energéticos (vitaminas y minerales) en cantidad suficiente para el desarrollo del feto y para mantener su metabolismo durante los nueve meses de gestación. En ocasiones la dieta no es suficiente y es necesario recurrir a la utilización de suplementos. La exposición a determinados nutrientes en períodos críticos de la vida, así como la deficiencia o el exceso de alguno de ellos, puede comprometer el crecimiento y desarrollo fetal y condicionar el riesgo a padecer determinadas enfermedades en la vida adulta.

Presentan modificaciones fisiológicas en el organismo, como la necesidad de suplementos alimenticios para satisfacer las necesidades del feto y las membranas fetales, como son:

- Acido fólico: Disminuye los riesgos de defectos congénitos
- Hierro: Forma parte de la hemoglobina, por tanto participa en el transporte de oxígeno. Evita una anemia ferropénica.
- Yodo: Ayuda en el desarrollo y funcionamiento del cerebro del feto.
- Calcio: Durante el embarazo aumenta la absorción para facilitar su aporte desde la madre al feto, por lo que es necesario dar un mayor aporte durante esta etapa.
- Vitamina A: Su deficiencia puede provocar retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro, bajo peso al nacer.
- Vitamina D: Mantiene los niveles séricos de calcio y fosforo.
- Vitamina C: Su deficiencia provoca sangrado gingival, debilidad generalizada.

Si la alimentación materna no contiene los elementos nutritivos necesarios, la madre y el bebé pueden sufrir cierto número de carencias. Las hormonas sexuales aumentan su producción, dándole así a la mujer gestante un desbalance inmunológico, que las hace susceptibles a presentar problemas de salud.³



1.2.1 Características Bucodentales

Las variaciones hormonales que experimenta la mujer en el embarazo tienen trascendencia en la cavidad bucal, generando cambios y algunas complicaciones, como:

- Caries: Las condiciones bucales son ideales para la actividad cariosa, por el recambio de minerales y el aumento de gonadotropina.
- Perimilosis: Durante los primeros meses de gestación, entre un 50 a un 90% de las embarazadas sufre de náuseas y vómitos matutinos, lo cual genera una acidificación del medio bucal, favoreciendo la erosión del esmalte.
- Xerostomía: se ha observado que los cambios hormonales pueden causar xerostomía, siendo el aumento del consumo de agua o de chicle sin azúcar medidas paliativas que pueden incrementar la salivación.
- Enfermedad periodontal: Los problemas gingivales tienden a aparecer durante la octava semana de gestación y alcanza su punto máximo en la semana 36, lo cual es un marcado aumento de progesterona.⁴

A nivel periodontal, diversos autores reportan que la gingivitis y el agrandamiento gingival son eventos frecuentes de esta etapa de la vida, considerado así como algo “normal”, sin embargo, cada vez aumenta el número de casos en mujeres gestantes. A la enfermedad periodontal se le atribuye la movilidad dental transitoria, por el incremento de edema, eritema, hiperplasia y aumento de la hemorragia en los tejidos, lo cual puede llevar a un aumento de la profundidad de las bolsas periodontales.

Por lo que la enfermedad periodontal ha sido identificada como un factor de riesgo, para la salud general de la madre, y por consiguiente del bebé, obteniendo un parto prematuro y bajo peso al nacer.

El estado bucal de la mujer antes del embarazo puede influir en el progreso o gravedad, además de la fluctuación de las hormonas en circulación.^{5, 6}



Por lo anterior mencionado, es relevante que el equipo médico tome acciones preventivas en las gestantes desde el inicio del embarazo, con controles periódicos y estrictos de su salud oral.

1.2.2 Mitos

Existen muchos mitos que se manejan en la etapa gestante con respecto a la atención odontológica, como son:

- *“Durante el embarazo aparecen caries y se pierden dientes.”*
- *“La mujer embarazada pierde calcio.”*
- *“Una mujer embarazada no debe recibir tratamiento odontológico, porque la anestesia y la toma de radiografías afectan al bebé”.*

Lo relevantes es enfatizar que la gestación no es una razón para postergar o retrasar el cuidado bucal, pues un tratamiento odontológico bien planificado no debe causar alteración del bebé en formación, ni de la madre.



CAPÍTULO 2 EL BEBÉ

Es un ser en desarrollo físico, psíquico y social que recibe influencias natas y adquiridas, que contribuirán a la maduración de las funciones básicas iniciales y fundamentales para la supervivencia, adaptación y para la ejecución de las funciones de maduración y del aprendizaje.⁷

Para lograr un mayor entendimiento, lo dividiremos por etapas las cuales son:

- Recién nacido.
- De 6 a 12 meses.
- De 12 a 18 meses.
- De 18 a 24 meses.
- De 24 a 36 meses.

A continuación se describen brevemente sus características generales, bucales y alimentarias, en cada etapa.

2.1 Recién nacido

Abarca desde el nacimiento hasta la caída del cordón umbilical (décimo día).

Es un ser indefenso, con movimientos incoordinados y sensorialmente inmaduro. Sin embargo, en muy poco tiempo pondrá a prueba todos sus sistemas para adaptarse al nuevo ambiente. Se ha comprobado que puede ver, enfocar y seguir con los ojos a su madre cuando se mueve. A las dos semanas puede distinguir y preferir la cara y olor de su madre, o buscar el sonido de la voz humana. En general sus habilidades de percepción están mucho más avanzadas que sus destrezas motoras.⁸

En cuanto a la cavidad bucal, los rebordes óseos del recién nacido son denominados "rodetes gingivales" y están recubiertos en toda su extensión por el tejido gingival, siendo más saliente en la región anterior y más achatada en la región posterior. (Fig. 1)⁸

Se presenta una ausencia de hueso alveolar, puesto que aún no erupcionan los dientes deciduos.

El maxilar presenta un rodete gingival con forma redondeada, con poca profundidad en el paladar. La mandíbula presenta un rodete gingival en forma de "U" y surcos laterales en la región distal de los caninos.

Tanto en maxila como en mandíbula es posible visualizar también un cordón fibroso y flácido al palpase, denominado "cordón fibroso de Robin y Magitot". (Fig.1)



Fig.1- Cavity oral del recién nacido se observan los rodetes gingivales , superior A, inferior B ⁸

La lengua se observa comúnmente interpuesta entre los rodetes gingivales en posición de reposo presentando así un espacio en la zona anterior, entre el rodete superior y el inferior.

El frenillo superior presenta una inserción muy cercana a la cresta del reborde alveolar (fig.2), mientras que le frenillo inferior presenta un forma mucho más pequeña y muchas veces pasa por desapercibido. ⁸

Una característica de los labios, y en especial del superior es, la aparición del *suckingpad*, "callo" o almohadilla que es considerado como apoyo durante el acto de amamantamiento, creando un cierre hermético del pezón. ⁹ (Fig. 3)

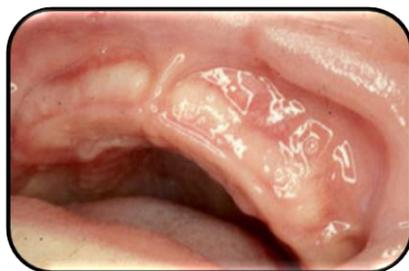


Fig.2- Frenillo superior. ⁸



Fig. 3- Callo o almohadilla. ⁹



La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el ministerio de salud recomiendan que en los primeros seis meses de vida el bebé sea alimentado exclusivamente de leche materna, ya que provee todos los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo, además que es de fácil digestión por el organismo infantil.

Además, contribuye al desarrollo de los patrones musculares, estimula la respiración nasal y el sellado labial, permitiendo el posicionamiento correcto de la lengua en sincronía con la deglución, previene futuras maloclusiones, estimula el crecimiento anteroposterior de la mandíbula mejora el retrognatismo mandibular, característico del recién nacido.

Cuando no es posible dar leche materna, se opta por las fórmulas infantiles, que presenten una composición más cercana a las necesidades del bebé.

2.2 De 6 a 12 meses

A los 6 meses reconoce las caras familiares por medio de expresiones faciales y desarrolla vínculos sólidos y fuertes con los adultos que lo cuidan.

En esta etapa inicia la erupción dental, produciendo una sintomatología en el bebé; enrojecimiento e inflamación de la mucosa, la cual es remplazada por una isquemia que marca la posición de erupción del órgano dentario.

A los 6 meses de edad aproximadamente, hacen su aparición los incisivos centrales inferiores, seguidos por los incisivos centrales superiores.^(fig. 4)



Fig. 4-Incisivo central inferior.⁷



El reflejo de succión persiste hasta los dos años, sin embargo, se debe iniciar el “proceso de destete” para así iniciar la ablactación; con papillas de verdura, puré de fruta, agua o jugos de fruta natural, la leche sigue siendo importante en la alimentación del bebé, se sustituye la leche materna por alguna fórmula, tratando de evitar el biberón, e implementando el uso de vaso.

Es importante no implementar azúcar en la dieta del bebé en esta etapa, y solo consumirla en la manera natural, como en frutas o jugos.

2.3 De 12 a 18 meses

En esta etapa aumentan sus capacidades motoras; camina, se levanta y se sienta solo. Comienza tener mayor comunicación con los adultos, por medio de señas, utiliza un lenguaje con sonidos y gestos. No les gusta esperar, “no” es su palabra favorita y no les gusta recibir órdenes.

Inicia el control de esfínteres, desarrolla la capacidad de identificar las voces y realiza el beso como expresión afectiva.

Para esta etapa el bebé ya cuenta con mínimo 8 dientes, los 4 incisivos superiores y los 4 incisivos inferiores.^{(fig.5)⁷}



Fig.5-Incisivos centrales inferiores y superiores.⁷

La alimentación incluye leche, a la elección de la madre, lo que es importante es que se elimine el uso del biberón e implementar el uso del vaso entrenador. En el periodo anterior se inició la ablactación, y ya para esta nueva etapa lo que se hace es agregar nuevos alimentos a la dieta del bebé, mayor número de verduras, frutas, pastas, legumbres, tortilla,

pan, pescado; y de igual manera el número de comidas aumenta, por ejemplo 2 comidas al día, se puede agregar un poco de sal, 2 frutas por día, y uso de agua en la dieta es importante, para crear el hábito de en los niños, y que perdure hasta la vida adulta. Siguiendo el control de la ingesta de azúcares.

2.4 De 18 A 24 Meses

El desarrollo motor está muy avanzado, el niño ahora corre, sube escaleras e incluso salta. Presenta un marcado desarrollo del lenguaje, así como una mayor estabilidad emocional. Se le dificultan las relaciones interpersonales, por lo que aún predominan los juegos solitarios.

Los caninos, premolares comienzan su aparición en boca. (fig 6)⁷ Por lo tanto su dieta es más amplia, y la ingesta de leche va disminuyendo, pueden realizar un mayor número de comidas al día, en esta etapa el índice de crecimiento determina el apetito del niño, y no la actividad física que tiene. El apetito se vuelve irregular, es importante no forzar la alimentación, muchas veces la ingesta de leche u otros líquidos satisface el hambre en los niños, pero es importante estimular la ingesta de alimentos, con diferentes gustos, colores, consistencia, texturas, temperaturas, para que no exista un desequilibrio nutricional.⁸



Fig.6- Erupción de canino y premolar.⁷

2.5 De 24 a 36 meses

En esta etapa el niño es mucho más independiente, presenta sentimientos como recelo, decepción, envidia, alegría, impaciencia, ternura, placer, celos, simpatía, hostilidad.

El miedo de la separación de los padres, ruidos muy altos, voces extrañas, aún persisten. Es capaz de permanecer en una actividad durante 8 minutos y puede expresar verbalmente el cansancio; memoriza pequeños versos y música.

Los 20 órganos dentarios ya se encuentran en la cavidad bucal.(Fig 7)

En esta etapa es importante establecer una dieta saludable, adaptando al niño a los hábitos del adulto, en esta edad comienzan a comer de todo.

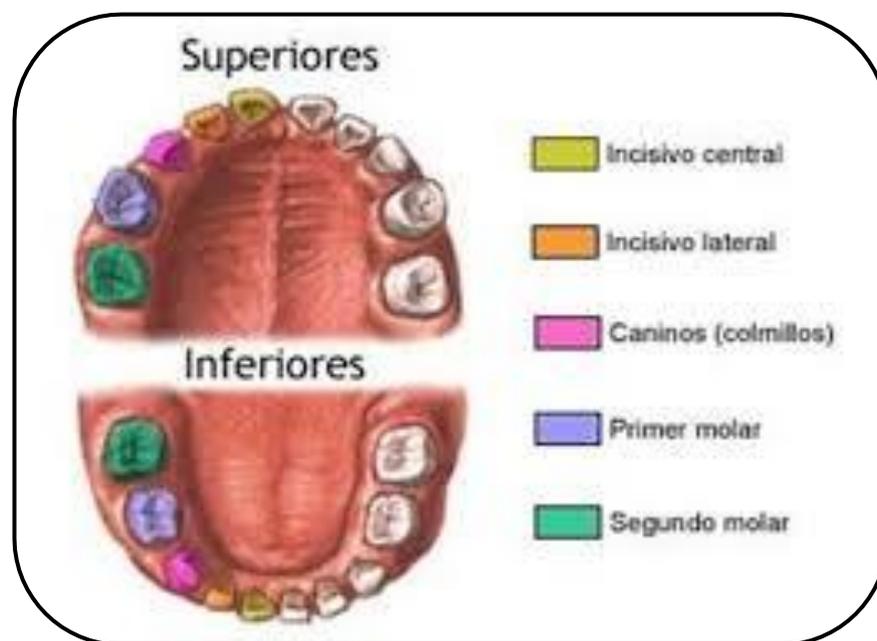


Fig. 7- Presencia de 20 órganos dentarios.¹⁶



CAPÍTULO 3 ERUPCIÓN DENTARIA

En este proceso presenta dos etapas: la fase pre-eruptiva (intra ósea) en la cual ocurren movimientos de los dientes en desarrollo con el fin de adecuar su posición, está ligado a la calcificación de las estructuras coronales, terminando así la formación completa de esta, y la fase eruptiva (infra y extraosea) en la cual ya cuenta con la corona dental formada, y comienza la formación de la raíz, terminando cuando el diente contacta con su antagonista.

3.1 Cronología y secuencia de la erupción dentaria

Cronología es a tiempo como secuencia es a orden. La diferencia principal es que en la cronología intervienen diversas variables, no es estricta, en cambio la secuencia sí debe ser estricta pues es un mecanismo coordinado, si se presenta un alteración no permitiría la normal ubicación de los dientes de manera funcional

El proceso de erupción se caracteriza por llevar una secuencia donde los dientes inferiores erupcionan antes que los superiores, esto debido a que los movimientos mandibulares serán los que guiarán el proceso de erupción de los superiores.

La secuencia y cronología normal para la dentición primaria se representa en el siguiente cuadro.



Cuadro 2¹³			
	Diente primario	Erupción	Raíz terminada
S U P E R I O R	Incisivo central	6-7 meses	1-2 años
	Incisivo lateral	7-8 meses	2 años
	Canino	17 – 20 meses	3-4 años
	Primer molar	12-16 meses	2-3 años
	Segundo molar	2 años	3 años
I N F E R I O R	Incisivo central	4 Meses	1-2 años
	Incisivo lateral	10 – 12 meses	1-2 años
	Canino	17-20 meses	3-4 años
	Primer molar	12-16 meses	2-3 años
	Segundo molar	20 meses	3 años



CAPÍTULO 4 ANOMALÍAS DE APARICIÓN FRECUENTE

Cuadro 3 Anomalías de aparición frecuente en el bebe.^{15, 16,17}

ANOMALIAS	DEFINICION	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	DESCRIPCION CLINICA	IMAGEN
DIENTES NATALES	ES AQUEL QUE YA HA ERUPCIONADO AL MOMENTO DEL NACIMIENTO	LOCALIZACION DEL GERMEN DENTARIO, MUY SUPERFICIAL EN LA FASE DEL DESARROLLO	SI EXISTE MOVILIDAD ESTA INDICADA LA EXTRACCION	PUEDEN SER CONICOS O CON FORMA Y TAMAÑO NORMAL, COLOR AMARILLO, ESCASA O NULA FORMACION DE LA RAIZ	
DIENTES NEONATALES	SON DIENTES QUE APARECEN EN LOS PRIMEROS	LOCALIZACION DEL GERMEN DENTARIO, MUY SUPERFICIAL EN LA FASE DEL DESARROLLO	SI EXISTE MOVILIDAD ESTA INDICADA LA EXTRACCION	PUEDEN SER CONICOS O CON FORMA Y TAMAÑO NORMAL, COLOR AMARILLO, ESCASA O NULA FORMACION DE LA RAIZ	
QUISTES DE INCLUSION	ES UNA ANOMALIA DE DESARROLLO	SON RESTOS DE ESTRUCTURA EMBRIONARIA EPITELIAL	OBSERVACION Y MASAJE DIGITAL SUAVE	LESIONES REDONDEADAS DE COLOR BLANCO AMARILLENTO, PRESENTE EN MUCOSA, EL TAMAÑO PUEDE VARIAR DE 1 A 3 MM	
ANODONCIA	ANOMALIA DE NUMERO, AUSENCIA DE UNO O MAS ORGANOS DENTARIOS	FALTA DE FORMACION O DESARROLLO DE LOS GERMENES DENTARIOS	PROTESIS FIJAS O REMOVIBLES, IMPLANTES DENTALES DEPENDIENDO LA EDAD		
FUSION	UNION DE DOS DIENTES POR LA DENTINA	PRESENCIA DE UN SOLO GERMEN DENTARIO	NO NECESITA TRATAMIENTO, CON EXCEPCION DE PRESENCIA DE CARIES	PUEDA SER UNA UNION DE LA CORONA O DE LA RAIZ, INCISIVO CENTRAL O LATERAL LOS MAS COMUNES	
GEMINACION	FORMACION INCOMPLETA DE LOS DIENTES	DIVISION DE UN SOLO GERMEN DENTARIO POR INVAGINACION QUE OCURRE EN LA ETAPA DE PROLIFERACION	REDUCIR AMPLITUD MESIO DISTAL	CORONA BIFIDA CON UNA SOLA RAIZ, CORONA MAS AMPLIA, PRESENTA SURCO CERVICO INCISAL	
DIENTES SUPERNUMERARIOS	NUMERO DE DIENTES EXTRA EN EL ARCO DENTARIO	FORMACION EXCESIVA DE GERMENES DENTARIOS	DEPENDIENDO SI ERUPCIONARON O ESTAN RETENIDOS, EXTRACCION O CIRUGIA	PUEDA O NO TENER LA MISMA FORMA DEL DIENTE ADYACENTE	
EPULIS CONGENITO	ES UN TUMOR BENIGNO	DESCONOCIDA	DEPENDIENDO DE LOS PROBLEMAS QUE PRESENTE EL BEBE EN CUANTO A RESPIRACION Y ALIMENTACION	MASA PEDUNCULADA DE COLOR ROSADA, INSERTADA EN LA CRESTA DEL PROCESO	



CAPÍTULO 5 PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL BEBÉ

5.1 Caries

La caries dental es una enfermedad crónica de origen infeccioso y transmisible, causada por microorganismos externos que se establecen en la superficie de los dientes, y cuyos ácidos producen la desintegración progresiva de los tejidos dentales, tanto minerales como orgánicos.

La caries de la temprana infancia es un tipo específico de caries rampante, de aparición súbita, que afecta tempranamente los dientes temporales de los niños en edades precoces. Se asocia a la ingesta prolongada y frecuente de leche materna o biberones con leche, jugo, té, enriquecidos con azúcar, miel o chocolate, suministrados durante el día y durante la noche. (fig. 12)



Fig.12- Caries de la temprana infancia. ^{14, 15}

Se caracteriza por afectar un gran número de dientes, ser de rápida evolución y ocasionar extensa destrucción coronaria, involucrando los dientes temporales.

Aparece en los niños entre 1 y 3 años de edad, siendo los incisivos superiores los más afectados. El aspecto clínico puede variar desde pequeñas desmineralizaciones hasta pérdida total de la estructura coronaria con inflamación localizada en el margen gingival.



5.2 Candidiasis

También conocida como candidiasis neonatal, Muguet o algodoncillo. Es una infección oral de tipo micótica, producida por el hongo *Candida albicans*, es la micosis más común en los recién nacidos, se puede presentar del 5° al 7° día de vida.¹⁵

Muchas veces es adquirida por infecciones de la mucosa vaginal de la madre, durante el paso del niño a través del canal del parto. También durante la lactancia a través de la piel de la madre o sus manos, el uso de utensilios domésticos infectados.

Las lesiones tienen apariencia de placas blancas las cuales son fácilmente removidas provocando un sangrado en la superficie, quedando un aspecto eritematoso en la mucosa. Se puede localizar en la mucosa yugal, lengua, paladar, encía, piso de boca, y labio.(fig. 13)

El tratamiento se basa en la limpieza con una solución saturada de bicarbonato de sodio, 3 a 4 veces al día.



Fig.13- Candidiasis neonatal, obsérvese las placas blancas.¹⁵



5.3 Lengua saburral

Es el aumento pasajero del revestimiento de la lengua, constituido por la descamación epitelial, detritus alimenticio y descamación de células epiteliales.

Los factores que provocan la presencia de la lengua saburral pueden ser fisiológicos (arrastre mecánico deficiente, ulceraciones dolorosas, deshidratación, dieta blanda), o factores patológicos (fiebre, síndrome de Sjögren o infecciones).

Se observa una capa gruesa blanca o amarillenta por agrandamiento de las papilas filiformes. Es asintomático, puede aparecer y desaparecer en cortos periodos de tiempo. (fig. 14)¹⁵

La higiene oral, es la parte más importante del tratamiento, y si existe una patología subyacente también se debe tratar de manera conjunta.



Fig.14- Lengua saburral.¹⁵

CAPÍTULO 6 HÁBITOS PARAFUNCIONALES MÁS RECIENTES

Un hábito parafuncional es aquella conducta repetitiva que termina por tornarse automática o inconsciente, generando alteraciones en la salud.



La infancia es uno de los periodos más importantes del desarrollo humano, por lo que implica una mayor responsabilidad de orientar y educar a los padres sobre los hábitos nocivos, ya que impiden un crecimiento armonioso de las estructuras estomatognáticas en sus hijos. Los hábitos más frecuentes son; succión no nutritiva, uso del biberón o chupón, succión digital, onicofagia y habito del labio.

El grado de severidad de las alteraciones bucales, ocasionada por los hábitos parafuncionales; dependerá de los siguientes factores:

- 1) Duración.
- 2) Frecuencia.
- 3) Intensidad.
- 4) Posición del dedo o chupón durante la succión.
- 5) Edad de término del hábito. ¹⁸

6.1. Succión no nutritiva

La succión es fundamental para el bebé los primeros meses de vida pues permite su alimentación y nutrición, y suple sus necesidades psicoemocionales, ya que el succionar aumenta la producción de endorfina, lo que le produce una sensación de confort, relajamiento y placer, ayudándole al bebé a liberar tensión emocional.

Sin embargo existe un tipo de succión que no es sana o bien nutritiva, la cual se refiere cuando el bebé succiona sin tener un beneficio para su salud, puede succionar desde un biberón, chupón o incluso la alimentación prolongada de leche materna después de los 6 meses, convirtiéndose así en un hábito pernicioso.

La OMS recomienda que a partir del 6º mes de edad se inicie la introducción de nuevos alimentos, que no involucren la succión, pues en esta etapa existe una maduración de las funciones del sistema músculo-esquelético, y la erupción de los primeros dientes.

6.2 Chupete/ Biberón

Es uno de los hábitos de mayor relevancia en niños, puesto que son usados rutinariamente por las madres, en el caso de no haber practicado la lactancia materna con el bebé, se recurre al uso del biberón, que en la mayoría de los casos, no retiran en tiempo y forma, creando así un hábito nocivo para el infante.

Las madres, en su mayoría, relatan que le proporcionan al niño, el chupón o el biberón para calmarlo y tranquilizarlo, o bien algunas lo utilizan en el proceso del destete, como sustituto.

Los problemas en los arcos dentarios, por el uso prolongado, más allá de los 2 a 3 años de edad, provocan: mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior. (fig. 8a y 8b)^{18,19}



Fig.8a- Lactancia materna y biberón.^{18,19}



Fig.8b- Uso del chupón.^{18,19}

6.3 Succión digital

De la misma manera que el hábito del chupete, la succión digital puede ser de cual quiera de los dedos, es nocivo para el niño en crecimiento y desarrollo. (fig.9)¹⁹

Además de mordida abierta anterior, y mordida cruzada en posterior, también altera las funciones orales básicas, como el apareamiento de deglución adaptada, respiración oronasal y fonación atípica, labios abiertos en posición de reposo, alteraciones en la musculatura lingual y labial con disminución de la tonicidad; desplazamiento de la lengua hacia abajo, paladar ojival, atrexia maxilar e hipodesarrollo de la mandíbula.

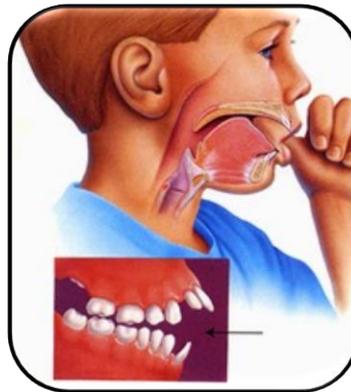


Fig. 9- Succión digital. ¹⁹

Algunos autores mencionan que el hábito de succión del dedo es peor que el del chupete, pues el dedo tiene calor, olor y consistencia semejante a la del pezón materno, lo que lo hace más difícil de controlar o eliminar.

6.4 Onicofagia

Este hábito es menos común encontrar en niños menores de 3 años, siendo de mayor prevalencia en niños de entre 7 y 10 años de edad, sin embargo existen casos de pequeños con este hábito.

La etiología incluye estrés imitación, herencia o como sustituto de otro hábito, como por ejemplo, el de succión dedo.

Las principales complicaciones asociadas son: heridas en la cutícula y sangrado en los bordes de las uñas, deformidades en los dedos, infecciones por hongos o bacterias. (fig 10) Mientras que en bocas observan



reabsorciones radiculares, fracturas de los bordes de los dientes y lesiones en encía.¹⁹



Fig.10-Onicofagia.¹⁹

6.5 Hábito de labio

El hábito de labio consiste en morderse el labio superior o inferior, aunque con mayor prevalencia suele ser el labio inferior.(fig 11)¹⁹



Fig.11- Hábito de labio inferior.¹⁹

Con un movimiento de succión el niño lleva el labio por detrás de los incisivos superiores, con este movimiento aplica una fuerza que va en dirección lingual sobre los dientes inferiores, y otra vestibular sobre los superiores. Ocasionando una proinclinación de los dientes superiores y retroinclinación de los dientes inferiores, así como también una sobremordida vertical u horizontal.



CAPÍTULO 7 PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

7.1 Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no necesariamente la ausencia de enfermedad o debilidad.³

7.2 Carta de Ottawa

La carta de Ottawa elaborada en 1986 define la promoción de la salud como: *“El proceso de capacitación del conjunto de individuos para que ejerzan un mayor control sobre su propia salud y puedan así mejorarla”*. Propuso cinco mecanismos para la promoción de la salud:

1. Desarrollo de habilidades personales.
2. Reorientación de los servicios de salud.
3. Promoción de políticas saludables.
4. Fortalecimiento de la acción comunitaria.
5. Creación de ambientes favorables.

La prevención y la promoción persiguen como meta la salud, el objetivo de la prevención es evitar la enfermedad, y el de la promoción es maximizar los niveles de salud.²⁵

7.3 Promoción para la salud

La promoción es una práctica social ligada a la salud, que se centra en alcanzar la equidad y consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un autocontrol sobre la misma. Por consiguiente el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de vida sana.³

La OMS, considera que la promoción de la salud abarca políticas y entornos saludables, la participación comunitaria, el desarrollo de capacidades de los individuos y la reorientación de los servicios de salud para crear entornos saludables. Actualmente se juzga que la promoción de la salud incluye la atención sanitaria y la educación; sin embargo,



considera como aspectos importantes la modificación de los determinantes de la salud como lo son los individuales y los del entorno. Los determinantes individuales incluyen las características genéticas y antecedentes biopsicosociales. Los determinantes del entorno están constituidos por aspectos sociales, políticos y económicos, los cuales influyen directa o indirectamente en la salud.

Por lo tanto la promoción de la salud contempla la planificación, realización y evaluación de las intervenciones en materia de salud para cambiar los ambientes y conductas de los individuos, proporcionando a los pueblos las medidas necesarias para mejorar su salud.

7.4 Educación para la salud

Un primer enfoque ubica el término de educación para la salud como una forma convencional de orientar actividades educativas, y exclusivamente los profesionales son los encargados para educar en salud. Abarca desde la perspectiva de la información y la prescripción.

En un segundo enfoque existe la preocupación por la conducta que toma la población frente a la salud, el objetivo en este enfoque consiste en provocar en la población cambios de conducta favorables hacia la salud, por lo cual surge la necesidad de estudiar los estilos de vida, mejorar la calidad de vida y por ende alcanzar la salud.³

7.5 Interacción entre promoción de la salud y educación para la salud

El objetivo principal de ambas es elevar la salud de las poblaciones, la promoción basa su esfuerzo en crear una cultura de salud y lograr un desarrollo en la población, la educación para la salud busca una formación en los individuos de una población o comunidad, para así obtener el logro de la salud.

En 1994, la OMS reconoció a esta educación como un derecho humano básico. Por consiguiente, es de vital importancia realizar programas que



envuelvan principalmente el binomio madre-hijo. El Cuadro 3 contiene los componentes para realizar un programa de promoción y educación.^{10, 28}

Cuadro 3¹⁰

Componentes de un programa de promoción y educación de la salud bucal: binomio madre-hijo
1. Examen clínico inicial de la madre embarazada (valuación de factores de riesgo, posteriormente también al hijo).
2. Componente educativo dirigido a la madre embarazada, motivación para participa en el programa, talleres con técnicas de remoción y control de placa.
3. Tratamiento clínico.
4. Seguimiento de la salud de la madre hijo, detectando factores de riesgo.
5. Diagnostico temprano y seguimiento de lesiones cariosas en esmalte.

También es necesario crear pautas para que el profesional de la salud pueda promocionar y educar a la madre sobre los cuidados bucales del bebé. El Cuadro 4 resume las recomendaciones para los profesionales en la salud, para promoción de la salud oral en la primera infancia.¹⁰

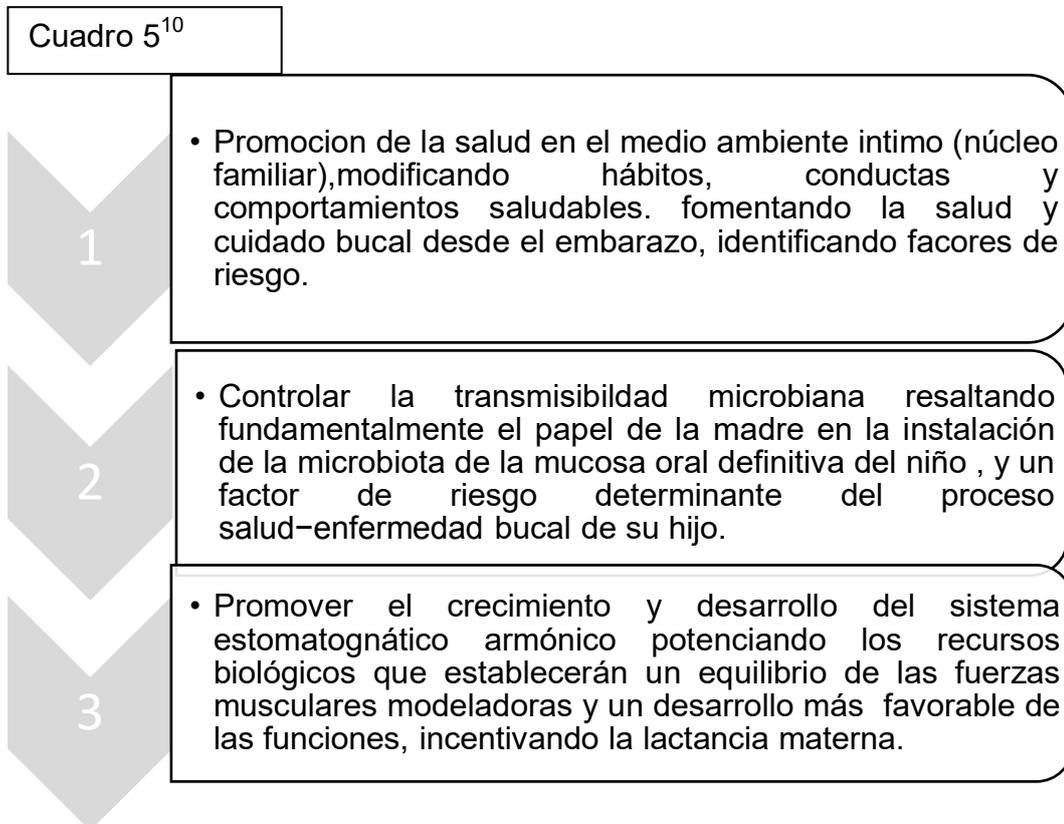


Cuadro 4 ¹⁰	
Aspectos	Recomendaciones
Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none">• Fomentarla hasta los 6 meses• Después de la erupción del primer diente, desaconsejar la noche alimentación a libre demanda.• Antes de dormir realizar limpieza de cavidad bucal.
Primer visita al odontopediatra	<ul style="list-style-type: none">• En los primeros 6 meses de vida.
Lactancia con biberón	<ul style="list-style-type: none">• No agregar azúcar.• Después de comer limpiar cavidad bucal, en especial durante la noche.• Suspender progresivamente a partir de los 12 meses.
Uso del chupón	<ul style="list-style-type: none">• Recomendar ortodóntico, retirar a partir de los 12 meses.
Transmisión bacteriana	<ul style="list-style-type: none">• Desaconsejar hábitos como compartir utensilios (cucharas, vasos, entre otros), besarlos en la boca, o soplar sobre sus alimentos.
Alimentación potencialmente cariogénica	<ul style="list-style-type: none">• Evitar fuentes de azúcar fermentable.• Evitar consumo de alimentos azucarados y de consistencia pegajosa.• Evitar golosinas entre comidas.
Uso de flúor	<ul style="list-style-type: none">• Se indica según riesgo de caries, edad, y el consumo en el agua.
Aplicación de sellantes	<ul style="list-style-type: none">• Se aplican según el riesgo a caries, o que la morfología sea retentiva.



7.6 Programa preventivo binomio Madre-Hijo

Los programas aplicados sobre el binomio madre-hijo tienen como objetivos fundamentales los siguientes puntos descritos en el siguiente cuadro:





CAPÍTULO 8 RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO BUCAL DEL BEBÉ

Al nacer, la cavidad bucal del bebé está exenta demicroorganismos siendo contaminada por una amplia variedad de ellos en las primeras horas después del parto.

Durante los primeros meses de vida pueden detectarse:

- *Streptococcus*.
- *Staphilococcus*.
- *Neisseria*.
- *Lactobacillus*.
- *Streptococcus salivarius*.

Los *Streptococcus mutans* y *Streptococcus sobrinus* han sido reconocidos como los microorganismos responsable del desarrollo inicial de la caries dental. Cuanto más temprano sea contaminado el niño por el grupo *mutans*, mayor es el riesgo/actividad de caries.

La madre, generalmente, es la principal fuente de transmisión vertical de estos microorganismos, por medio de contacto directo vía salival o indirecto vía utensilios, como cucharas, tazas, juguetes o cepillos dentales contaminados por bacterias cariogénicas.

Por ello es de gran importancia informar a la madre de los siguientes aspectos para una higiene bucal:

- Se debe iniciar desde el momento del nacimiento, antes de la erupción de los primeros dientes, iniciando una vez al día con gasa húmeda o dedal de silicona.
- Después de la erupción de los primeros dientes, realizar la limpieza bucodental del bebé, dos veces al día con cepillo de dedal de silicona.
- Con la erupción de los primeros molares utilizar cepillo infantil de cerdas suaves y cabeza redondeada.



-
-
- Usar seda dental por lo menos una vez al día cuando exista contacto entre los dientes.
 - No utilizar crema dental con flúor, hasta que le niño aprenda a escupir.
 - Los padres deben realizar la limpieza hasta que el niño se autónomo (7-8 años).



CAPÍTULO 9 TÉCNICAS DE HIGIENE BUCAL EN EL INFANTE (0-3 AÑOS)

9.1 Gasa húmeda

La higiene bucal debe iniciarse por medio de la limpieza y masaje de los rodetes gingivales, para instituir al bebé y sus padres, al hábito diario de la limpieza de la cavidad oral.

Para dicha limpieza se utiliza una gasa, envuelta en el dedo índice, humedecida con suero fisiológico, agua filtrada o agua destilada, estas soluciones son inertes, ya que en esta etapa utilizar soluciones antimicrobianas puede alterar la microbiota bucal que se está formando.

Las zonas que deben limpiarse son: mucosa de labios y carrillos, paladar duro y los rodetes gingivales, superior e inferior.

Lo ideal es que después de cada periodo de alimentación se lleve a cabo la limpieza de la cavidad oral del bebé, pero se enfatiza que la de mayor importancia es la que se debe llevar a cabo durante la noche, antes de dormir, por el largo periodo en cual el bebé está expuesto al contacto de la leche, materna o formula según sea el caso.

El paso de la gasa debe ser una sola vez en cada zona, al menos que la cantidad de alimento o leche exija pasar más de una vez.^{(fig. 12, 13)¹⁴}



Fig. 12- Gasa húmeda. ⁷

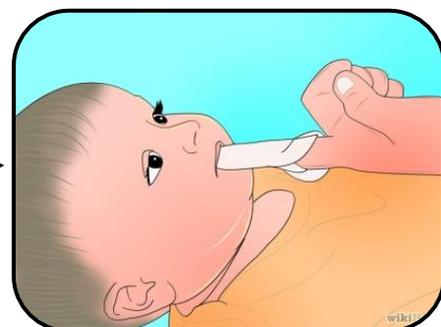


Fig. 13 -Uso de gasa. ¹⁴

9.2 Cepillo / dedal de silicón

Al erupcionar el primer diente en el bebé, o bien, estén presentes dientes natales o neonatales, la limpieza bucal mecánica requerirá del uso de aditamentos como son el cepillo dental o el dedal de silicón. (fig. 14 ,15)²



Fig.14- Cepillos dentales.^{2b}



Fig.15-Dedal de silicón.^{2b}

La elección dependerá exclusivamente de los padres, y su habilidad y seguridad para realizar el procedimiento, o bien de la cooperación del bebé.

Algunos autores recomiendan el uso del cepillo dental hasta la erupción de los molares temporales.

Los cepillos dentales deben tener cerdas suaves, con extremidades redondeadas y con un tamaño compatible con la cavidad bucal del bebé.

Con movimiento de barrido, de abajo hacia arriba, es importante que durante esta etapa no se desatienda la limpieza de los espacios edéntulos, como lo son la mucosa de labios, los carrillos y la lengua, que de ser posible combinar el uso de la gasa húmeda en estas aéreas, hasta



lograr una buena técnica de control total tanto con los aditamentos, como con el comportamiento del bebé.

Cuando la dentición temporal se encuentra completa, se recomienda el uso del hilo dental, para que el niño se habitué a su uso cotidiano.

9.3 Dentífricos

Autores atribuyen al uso de dentífricos la razón principal para la disminución de la caries. Los pacientes deben utilizar un dentífrico fluorado, que contenga entre 1000 y 1500 ppm de flúor, los niños menores de 5 años ingieren casi el 30% del dentífrico utilizado por cada cepillada, creando así un riesgo potencial en la incidencia de flurosis dental, aunado al flúor que algunas zonas ofrecen en el agua de abastecimiento público.

Es por eso que en niños se recomiendan cantidades pequeñas, para menores de 3 años se debe utilizar una cantidad mínima, una vez al día, cuando el responsable realiza el cepillado.

Los dentífricos para niños que actualmente se comercializan, se caracterizan por tener diseños llamativos, color, olor y sabor agradable, principalmente dulce que no sienta que el sabor es picante o irrita su boca, debe mantener una composición que cumpla con los requerimientos de la Asociación Dental Mexicana (ADM), así como la dosis específica para niños del ingrediente activo. En México los dentífricos para niños se dividen en: para menores de seis años y para mayores de seis.

Los dentífricos son vendidos en tiendas de abarrotes, farmacias, tiendas de autoservicio y supermercados. Desafortunadamente la falta de información con relación a estos productos hace que el niño, no importando la edad haga la elección del dentífrico que utilizara, tomando en cuenta que el criterio de elección será la caricatura o dibujo que tenga el dentífrico en el empaque.

Colgate® cuenta con gran cantidad de productos enfocados a la higiene bucal e invita a la revisión periódica dental. ^{(fig.16)²⁵} Tiene dos dentífricos para uso infantil en forma de gel de diferentes colores, sabor tutti-frutti,



contenida en un tubo vertical. En el empaque tiene el sello de aprobación de la ADM, y los ingredientes que lo componen son sorbitol, agua, sílica hidratada, PEG-12, lauril sulfato de sodio, goma de celulosa, sacarina sódica, sabor y color. No contiene conservadores. Tiene como ingrediente activo el fluoruro de sodio que variara su concentración. El tubo contenedor tiene dibujos de caricaturas actuales que llaman la atención del niño y es una motivación para realizar un cepillado frecuente.

Oral-B® tiene productos para niños clasificados de acuerdo a la edad “Stages”, consta de 4 etapas con intervalos de diferentes edades, dando las características necesarias a los cepillos y dentífricos para niños. (fig.17)

La primera etapa en dentífricos va dirigida para bebés de 4 a 24 meses de edad, tomando en cuenta que los primeros dientes erupcionan entre los 4 y 6 meses de edad, la recomendación de limpiar dientes y encías de restos de alimento previendo problemas bucales futuros del bebé. Es un producto libre de conservadores, colorantes, sacarina y flúor, por lo tanto si él bebe lo traga no hay riesgo.



Fig.16-Dentífricos Colgate®. ²⁵



Fig.16-Dentífricos OralB®. ²⁵



CONCLUSIONES

La odontología para bebés está fundamentada en la educación y prevención con la participación activa de los padres, las familias y los profesionales comprometidos con los programas de salud materno infantil. Los proveedores de atención médica primaria, deben estimular a los padres a adquirir nociones básicas sobre hábitos alimenticios e higiénicos y animarlos a llevar al bebé al consultorio odontológico antes de los 6 meses de edad.

La prolongada alimentación de biberón con leche azucarada, la falta o inadecuadas medidas de higiene, poco o nulo conocimiento de hábitos parafuncionales, son indicadores de riesgo de caries dental, futuras maloclusiones, que pueden ser detectados desde los primeros años de vida.

Es ideal que el bebé tenga su primera experiencia odontológica llevando a cabo procedimientos netamente preventivos para conseguir una dentición permanente sana y adecuado desarrollo del complejo craneofacial.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. K.L. Moore y T.V.N. Embriología Clínica; 6ª Edición; Ediciones Interamericana Mc Graw-Hill; 1999.
2. S. Langman. Embriología médica. 7ª Ed. Ediciones Panamericana
3. J. De La fuente Hernandez.MC. Sifuentes Valenzuela. M.E Nieto Cruz. Promoción y educación para la salud en odontología. 1ª edición. Edit. Manual moderno.Mexico DF 2014.
4. Palma C. “Embarazo y salud oral”. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/55442096/Embarazo-y-Salud-Oral>.
5. CarranzaF. Periodontología clínica.10ªed.México:Editorial Mc Graw Hill,2010.Pp.99-109
6. Lindhe J.,Niklaus P.,Thorkild K. Periodontología clínica e implantologíaodontológica.5ª. ed.Buenos Aires Argentina:Editorial Panamericana,2009;Tomo I .Pp.5-.36
7. Figuereido, L.R. Odontología para el bebé, odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. Colombia. 1º ed. Ed. Amolca. 2000.
8. Papalia D. E. Taller recién nacido. <http://www.monografias.com>
9. Feldman, S. Prevención bucal para el bebé.<http://www.tupediatra.com/temas/tema169.htm>
10. Gonzalez, E.G. Pautas orientadoras para la promoción de la salud bucal en la primera infancia para profesionales de la salud. Revista ACTA .odontopediaria y estomatología pediátrica. Colombia bogota.
10. Palma C, Cahuana, A. “Pautas para la salud bucal en los primeros años de vida”. [Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/...p/v9n2/a07v9n2.pd...l>. Consultado el 6 de Septiembre de 2013].
11. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Presidencia de la República del Paraguay. “Guía de Abordaje Integral a la salud Bucodental para el equipo de salud”. [Disponible en:



http://www.mspbs.gov.py/...a%20Abordaje_enero2013.pd...
consultado 6 de Septiembre de 2013]

12. OMS-Salud bucal.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

13. OMS. "Alimentación del lactante y niño pequeño"

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>

14. Barber K. Thomas. Odontología Pediátrica. 1ª ed. México DF.
Editorial Manual moderno, 1985.

13. Barberia Elena. Odontopediatria. 2ª ed. Barcelona, Editorial
Masson, 2002.

14. Arzate N, Sanchez O, Calderon L, Aquino S, Gaitan L. Prevalencia
de portadores de especies de candida en cavidad bucal en
población pediátrica. Resvista odontología mexicana. 2004.

15. Elias P, Elias M, Dientes Natales y Neonatales. Vis DEnt 2005

16. Laskaris G. Patologías de la cavidad bucal en niño y adolescentes.
1ª ed. Colombia, editorial Amolca 2011.

16. Pinkham J.R. odontología pediátrica. 2ª ed. México, DF. Editorial
McGraw Hill-interamericana.

17. Mc. Donald R.E. odontología pediátrica y del adolescente. 6ª
ed. Madrid España. Editorial Mosby. 1995.

18. Planells del Pozo P.N, Martin Cuesta Sara. Habitos de succion y
chupete en el paciente odontopediatrico, enfoque terapéutico.
Revista profesional dental. 1997.

19. Agurto P, Díaz R. Frecuencia de malos habitos orales y su
asociación con el desarrollo de anomalías en niños de 3 a 6 años.
Revista chilena de odontología. 2005.

20. Ciccale de Pachano. La clínica del bebe: una alternativa de salud
bucal dental en la atención primaria, una revisión. MedULA.
Revista de la Facultad de medicina. Universidad de los Andes.
Vol.20. N° 1. 2011. Merida, Venezuela.

21. Boj J., Odontopediatria, España, Editorial Masson, 2004, Pp 515



-
22. Higashida B., Odontología Preventiva, México, Editorial McGraw Hill, 2004, Pp 304
23. Higashida B., Odontología Preventiva, México, Editorial McGraw Hill, 2004, Pp 304
24. Fones A., Mouth Hygiene, Philadelphia, Editorial Lea & Febiger, 1927, Pp 334
25. Páginas de internet
- <http://www.colgate.com>
- <http://www.colgateprofesional.com.mx>
- <http://www.dentalcare.com>
- <http://www.imagenes.google.com.mx>
- <http://www.lacer.es>
- <http://www.orajel.com>
- <http://www.oralb.com>
- <http://www.wikilearning.com>
- <http://www.zooth.com>
25. Organización Mundial De La Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. El movimiento hacia una nueva salud pública, 1986, Ottawa, Ontario, Canadá.
26. <http://www.monografias.com/trabajos89/importancia-higiene-bucal-ninas-y-ninos-edades-tempranas/importancia-higiene-bucal-ninas-y-ninos-edades-tempranas.shtml#ixzz2h9ifVhyf>.
27. Pires CM, Schmitt DR y Kim WS. Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. Sao Pablo: Livraria Santos, 2009.
28. Crespo MM, Torres MP, Márquez FM. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. Medisan 2009.