



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS BUCODENTALES EN
EL BEBÉ CAUSADO POR LA FALTA DE INFORMACIÓN
DURANTE EL EMBARAZO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

XÓCHITL ANDREA MONDRAGÓN SORIA

TUTORA: Mtra. ROSAURA YARELI CAPDEVIELLE CUEVAS



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.



A Dios mi más grande luz, mi guía, por cargarme cuando estaba vencida y permitirme llegar hasta este punto de mi vida.

A mis padres, mis maestros de vida; por ser mi pilar principal, mi apoyo incondicional; por confiar en mí; todo lo que tengo y todo lo que soy es gracias a ustedes; son mi ejemplo, mi orgullo y mi todo.

Amaury y Kike por ser mi Felicidad absoluta, mi motor principal, mis ganas, mi aliento, mi confort, mis risas y la certeza de que todo por muy malo que parezca siempre va a marchar bien.

A mi prima Dany; contigo se fué una parte de mí; formas parte de esto, por ser mi más bonita paciente; sé que desde el cielo me sonríes.

Jessy, por tu apoyo incondicional; por siempre estar para mí.

Andy por estar conmigo, ser mi roomie y hermana favorita.

Luciana porque a pesar de la distancia siempre estás

Aímee por ser mi mejor amiga y cómplice.

Dra. Rosy por su calidez humana, sus conocimientos, paciencia, por su lindura al recibirme siempre; por ser atenta, por ser mi guía.

A mi hermosa Universidad por abrirme sus puertas, por todos y cada uno de los momentos que pasé en ella; por las tardes de danza y teatro, por elegirme.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	7
1. ANTECEDENTES	8
2. PREVENCIÓN	12
2.1 Clasificación	12
2.2 Promoción a la salud	15
2.2.1 Importancia del aseo bucal durante los primeros meses de vida	17
3. ORIENTACIÓN ODONTOLÓGICA A MUJER GESTANTE	19
3.1 Embarazo y Gestación	19
3.2 Manifestaciones orales durante el embarazo	26
3.3 Atención Odontológica Prenatal	30
3.4 Recomendaciones a las madres en gestación	31
3.5 Ventana de infectividad	32
3.5.1 Clasificación	33
4. ALIMENTACIÓN EN EL BEBÉ	34
4.1 Importancia de la lactancia materna para el desarrollo bucodental y crecimiento del bebé.	34
4.2 Indicaciones para un amamantamiento correcto	35
4.3 Ablactación	36
4.4 Seno materno vs Biberón	37
4.5 Crecimiento y desarrollo bucofacial	38
5. CARIES	39
5.1 Caries de la infancia temprana	40
6. ANATOMÍA DE LA BOCA DEL RECIÉN NACIDO	41
6.1 Labios	41
6.2 Maxilar superior e inferior	42
6.3 Frenillos	43
6.4 Cordón fibroso "de Robín y Magitot" o Crestas gingivales	44
6.5 Apoyo de Succión (Sucking Pad)	45
6.6 Lengua	45
7. Problemas Bucodentales	46



7.2 Clasificación de Rebordes gingivales al nacimiento.....	46
7.3 Hábitos	47
7.3.1 Succión digital	48
7.3.2 Uso de chupón	50
CONCLUSIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52



INTRODUCCIÓN

El concepto “Odontología para el Bebé” nace hace pocos años en Brasil al ser los primeros en generar programas de educación, medidas preventivas, control de caries, y atención primaria a mujeres embarazadas, de esta manera se logró un enorme avance ya que el índice de caries de la población se redujo notablemente.

La Odontología para el bebé actualmente tiene gran importancia ya que es una etapa de desarrollo y crecimiento para el infante y se pretende dar información a la madre, durante la gestación e inclusive antes de esta; es el momento ideal en el cual ella se encuentra más alerta y susceptible a todo lo que le espera con la llegada del bebé.

Existe una relación estrecha con la salud bucal del pequeño y los padres, (especialmente la madre) o las personas del entorno que se encarguen del cuidado del bebé.

Al hablar de salud, no se puede dejar a un lado el concepto de educación, ya que si queremos lograr que el bebé se encuentre sano, es muy importante adquirir ciertos conocimientos previos que muchas veces el Pediatra no los da a conocer y la madre comete errores severos debido a que ignora diversos aspectos cotidianos como pueden ser: el correcto amamantamiento, los horarios de alimentación, el cuidado e higiene de la cavidad oral, así como hábitos que inocentemente la mamá realiza con la mejor intención sin saber que esto puede repercutir de manera negativa en la salud de su hijo.



La atención odontológica a temprana edad es de vital importancia para un buen desarrollo como individuo, ya que engloba muchos aspectos de la salud del bebé que se reflejan a lo largo de su crecimiento; a través de la historia no se ha concientizado a la población de que no solo se debe acudir al dentista cuando se presenta dolor o hasta la erupción de los primeros dientes; al contrario se debe generar un interés mayor para que los padres acudan con su hijo a su primera visita odontológica lo más pronto posible; de esta forma será más sencillo detectar si existe alguna anomalía o riesgo que pudiera evitarse o detenerse a tiempo y orientarlos para que puedan llevar a cabo un correcto cuidado de la cavidad oral del bebé en los primeros meses de vida.



OBJETIVO

Proporcionar información a las futuras madres durante el embarazo para evitar problemas bucodentales en el bebé.



1. ANTECEDENTES

La Odontología para el bebé en 1980 demostró que es posible una atención integral de dichos pacientes de diversas formas como son: educativo, preventivo y restaurador; además de tener gran éxito psicológico, ya que ofrece al ser humano sin experiencias previas y se obtiene un acercamiento con la odontología, que será de suma importancia a lo largo de su vida para conservar su salud bucal.

El Prof. Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter, que junto a su equipo de la Universidad de Londrina, en Paraná (Brasil), logró conformar los conocimientos para dicho propósito y de esta manera se generó bajo nivel de caries, tratamiento y prevención de otras enfermedades en boca; además de un exitoso manejo psicológico en edades tempranas, así se acabó con el paradigma social.

De igual manera en Brasil en el año de 1929 en su libro "Educación Dental del niño" narra la importancia de las piezas bien calcificadas y sanas. Resalta la importancia del cuidado desde el vientre materno y su objetivo principal es promocionar hábitos de higiene con ayuda de pediatras y dentistas. Es el primero que expresa que el niño jamás debería dormir con su boca sucia.

Brauler y col. En el año de 1960 defendieron la idea de que la atención odontológica debía iniciar a los dos años.



En Inglaterra Robinson y Naylor en el año de 1963, aclaran que se daba mucha más importancia a niños de edad escolar ya que se llevaba un seguimiento en estos pero por el contrario no estaba documentado de una adecuada manera la prevención en bebés y si así era había muy poca información.^{1,2}

En 1978 Nowak tenía conciencia y afirmó que a pesar de que los dentistas están bastante conscientes de que la atención en bebés debería iniciar inmediatamente; defendía el hecho de que la edad correcta para acudir al dentista era entre los 3 y 5 años.

Persson y col. (1985) relataron que en Suecia los programas preventivos para caries dental los organiza el Servicio Público de Salud Dental, donde las orientaciones son transmitidas a los padres como procedimiento estándar, cuando el niño tiene seis meses de edad, lo cual se repite a los 18 meses de edad.

En 1985 Persson et al. en Suecia expusieron que era mejor otorgar información a los padres como una serie de pasos normatizados cuando el niño tiene seis meses y que había que repetirlo a los 18 meses de edad todo esto debería ser mediado por el Servicio Público de Salud dental con el fin de llegar a una educación adecuada hacia los padres y madres de familia. Se estudió una muestra en 1970(Umnea) y el resultado fue que 45% de tenía caries dental con índice ceo-s de 2,5. Posteriormente los autores dieron a conocer que en un estudio de 1985 únicamente el 10% de los niños con un índice ceo-s de 0,3 era quienes tenían caries de esta forma se observó el si existió un progreso favorable y reducción de caries en el 78% de los niños.



En Japón en el año de 1982 se logró guiar a las madres de bebés de cuatro meses de edad al añadir al momento del examen médico una guía de salud bucal; Morinushi y col. observaron y valoraron después de 12 meses los frutos y de esta forma comprobaron que era un muy buen método ya que habían obtenido buenos resultados.

En Inglaterra en el año de 1988 Cushing y Gelbier dieron a conocer que en Londres en 1977 se introdujo un programa en el que su propósito principal era llevar un control de cuidados dentarios en los departamentos de servicio social de las cunas; de esta manera se llevaba un control mensual y bianual, se llevaba a cabo con crema dental fluorada y con ayuda de dederos de goma una limpieza en la boca del paciente en el que como ya se había mencionado todos buscaban un fin común que era asegurar la salud dental y al mismo tiempo disminuir la necesidad de un tratamiento dental temprano.

En en el año de 1982 Every y Hewie hicieron énfasis en que muchos de los problemas dentales como sobre terapia con flúor, hábitos bucales sus causas y consecuencias, métodos preventivos y desarrollo de las denticiones; ya que es de suma importancia que el medico (Pediatra) se informe más acerca del impacto que tiene el cuidado de la boca del bebé, y como repercute positiva o negativamente en la salud del mismo.

En el año de 1980 Blinkhorn Conel argumento de prevenir o controlar enfermedades más frecuentes en cavidad bucal (en bebés) era importante que el cirujano dentista se diera a la tarea de impartir educación para la salud a madres durante la lactancia y en el proceso de gestación de esta manera contribuirían a llevar a cabo una rutina por parte de la madre.



En la Universidad de Iowa en el año de 1989 Goepferd, recopiló datos sobre caries de bebé y construyó un programa en el que su objetivo principal era el diagnóstico, e intercepción de los malos hábitos en casa que potencializaran la mala salud bucal en el bebé; de esta manera concluyó que aproximadamente a los seis meses de edad es adecuado para acudir por primera vez al dentista; pues es en la atención primaria cuando existe un incremento en el control de caries dentales.

Se convirtió en una tendencia mundial la atención odontología en bebés al grado de establecer programas de atención primaria y tratamientos curativos específicos. En Brasil en el año de 1986 se inaugura oficialmente la clínica de Bebés de la Universidad Estatal de Londrina; inicia sus actividades en 1985 con el apoyo de UEL/FINEP.

Sin embargo en Brasil en la década de los 80's ya existía información sobre Odontología para Bebés; principalmente manuales de procedimientos.^{1,2}



2. PREVENCIÓN

La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).^{3,5}

2.1 Clasificación

Prevención Primaria:

“Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978).^{3,5}

“Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Técnicas y métodos orientados a revertir , en su etapa temprana el inicio de un proceso patológico.⁴ Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978)^{3,4,5}



Prevención Secundaria

Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más rápidamente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos. En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad.

La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad” (OMS, 1998, Colimón, 1978).^{3,5}

La prevención secundaria incluye aquellos métodos que tienden a prevenir el desarrollo de la enfermedad y a restaurar la función normal de un organismo lo que incluye las prácticas de diagnóstico oportuno y la aplicación del tratamiento eficaz.⁴



Prevención Terciaria

Esta aparece cuando no es posible evitar que aparezca la enfermedad, aunque ya se hayan tomado medidas preventivas primarias, y que los medios de prevención secundaria no hayan sido efectivos para de esta forma poder evitar que la enfermedad avance, se aplica hasta donde sea razonable medidas para poder revertir los daños causados y el objetivo principal es que el paciente se reincorpore a su vida nuevamente de una manera casi normal, así se trata de evitar que el paciente presente incapacidad total o parcial.⁴

Se requieren acciones para la recuperación de la enfermedad clínicamente manifestada, se busca reducir secuelas mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Su objetivo principal es minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.⁵



2.2 Promoción a la salud

Estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se la define como: “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”.⁵

Desde los años 20 se habla sobre promoción de la Salud La OMS considera que la promoción de la salud abarca políticas y entornos saludables, así como también la participación comunitaria, el desarrollo de capacidades de los individuos y la reorientación de servicios de salud de esta forma el propósito es crear entornos saludables.

Hoy en día se dice que la promoción de la salud también toma en cuenta la educación que es un punto muy importante y por supuesto la atención; sin embargo se pretende ampliar su campo realizando algunos cambios que determinen a la salud: los individuales y los del entorno.

Los individuales que son los que contienen características genéticas y algunos antecedentes biopsicosociales; en cambio los determinantes del entorno están más enfocados a algunos aspectos económicos, sociales y políticos que evidentemente esto influye de manera indirecta o directa en la salud.

Es por ello que al practicar la promoción para la salud es importante reconocer y elaborar evaluaciones para la planificación de la intervención de la misma y de esta manera poder establecer conductas de cada individuo y al mismo tiempo lograr una mejoría en el ambiente.⁶ Fig.1



Existe un gran compromiso con la sociedad para que se involucre cotidianamente; esto quiere decir que esté presente en la familia, en el trabajo, en la vida de cada individuo y por ende en toda la comunidad que los rodea.

Básicamente la diferencia entre prevención y promoción es que cuando se habla de esta se refiere a promover la salud; en cambio al mencionar la palabra prevención ya estamos hablando de la enfermedad.

Es muy importante que nosotros como promotores de la salud concienticemos a la población para que de esta manera exista un mayor interés y lograr una mejor calidad de vida, no solamente para el recién nacido también para todos los que lo rodean; pues de este modo crecerá en un ambiente favorable y disminuirán los riesgos de adquirir alguna enfermedad o que se genere cierta complicación.⁵

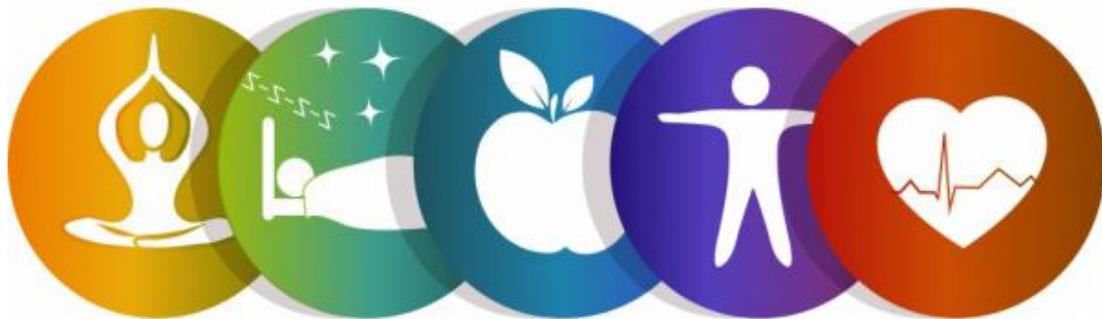


Fig.1 Promoción a la salud ³⁸

2.2.1 Importancia del aseo bucal durante los primeros meses de vida

De acuerdo con la Norma de la ADA (Asociación Dental Americana) resalta que la limpieza dental debe comenzar antes de la erupción de los primeros dientes por ende se acostumbra al bebé desde un inicio a la manipulación en boca y lo que se quiere generar de cierta maneja es un hábito; además de que la zona se encuentre siempre limpia y no sea causa de ninguna anomalía.¹

En el lactante aún antes de que erupcionen los dientes, es necesario eliminar los restos después de cada toma, o al menos, una vez por día. Se utiliza una gasa ,seca o húmeda, que se pasará suavemente por las mucosas.⁶

Fig.2

Los padres deben realizar la limpieza de una manera suave pero enérgicamente es completamente normal que el niño proteste al igual que protesta con otras medidas de higiene como limpiarle las orejas, cortarles las uñas, etc. ⁶ Fig.3



Fig.2 Limpieza con gasa envuelta en dedo³⁹



Fig.3 Limpieza de Rodetes⁴⁰

Como auxiliar se puede utilizar un dedal de silicona para limpiar la boca. El tamaño del cepillo deberá ser compatible con la boca del bebé, servirá como masaje para las encías y el bebé sentirá cierta conformidad; los movimientos que deben realizarse son de barrido. Esto hará que el procedimiento de higiene cotidiana sea más efectivo y agradable⁷ Fig.4



Fig.4 Cepillo de silicón en forma de dedal ⁴¹

El uso del cepillo dental se puede iniciar en el momento en el que erupciona el primer diente deciduo. El objetivo inicial del cepillado es establecer buen patrón de higiene bucal, fortaleciendo la remoción mecánica de biofilm dental de zonas accesibles.⁷ Fig. 5



Fig. 5 Mamá realizando higiene bucal a bebé ⁴²



3. ORIENTACIÓN ODONTOLÓGICA A MUJER GESTANTE

3.1 Embarazo y Gestación

El Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación.⁸

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.⁹

Durante la gestación tiene lugar el desarrollo embriológico del bebé; en estos meses comienza uno que nos acontece que es el craneofacial y con ello las funciones básicas para que le sea posible subsistir: deglución, movimientos para el amamantamiento, también los respiratorios, entre otros.

Algo muy evidente es la postura que adopta el recién nacido durante el embarazo. Además de esto es de mucha importancia mencionar que los hábitos que adquieren en el vientre se mantienen durante un largo tiempo al nacer.⁶

Después de que ocurre la fecundación todo el cuerpo se prepara para el largo proceso durante el cual tendrá que alojar al feto y cubrir sus necesidades básicas.

Fisiológicamente el organismo de la madre sufre ciertas modificaciones anatómicas y funcionales esto permitirá que el feto se desarrolle adecuadamente y al mismo tiempo se prepara para el momento del parto y posparto (amamantamiento).

Existe una fuerte alteración orgánica causada por todos los cambios físicos y psicológicos que ocurren durante la gestación.

La mujer se encuentra en un proceso de adaptación a su nueva forma de vida en la que todo el organismo tiene fuertes transformaciones tanto anatómica como fisiológicas.¹⁰ Fig.6



Fig.6 Proceso de gestación ⁴³



Cambios circulatorios

Existen modificaciones circulatorias; la placenta juega un papel importante y es indispensable asegurar su circulación; de este modo el feto podrá recibir nutrientes y lo más importante la oxigenación necesaria. Hay un aumento en el gasto cardíaco que puede ser hasta de un 50%, es posible que durante el último trimestre de gestación nos encontremos con: Edema Hipotensión y Varices.

Cambios Hematológicos

Es muy común que el volumen globular aumente durante el embarazo. Esto ocurre debido al aumento de plasma.

El número de leucocitos está levemente aumentado.

En el embarazo hay modificaciones de los principales factores de coagulación provocadas por las hormonas; estrógeno y progesterona. Dichos cambios provocan una hipercoagulabilidad que garantice una rápida hemostasia en la superficie de adhesión de la placenta. Cuando el parto se aproxima, los factores de coagulación aumentan para prevenir hemorragia y a su vez el número de leucocitos.

Cambios en el aparato genitourinario

En el embarazo existen una serie de modificaciones tanto de orden funcional como morfológicas, evidentemente no afectan mucho al funcionamiento normal del aparato urinario pero deben conocerse para evitar confusiones posteriores.

Durante este periodo existe una gran estimulación hormonal; esto provoca dilatación de la pelvis renal y de ambos uréteres; se considera a la progesterona como hormona responsable de esto.

Por otra parte podemos encontrar un gran aumento en el filtrado glomerular pues se encuentra en un 50% es por ello que ocurren cambios en el aparato genitourinario como son: Poliuria, polaquiuria, nicturia, glucosuria.

Cambios en Aparato Digestivo

Se presentan algunas modificaciones como son: náuseas, vómitos, malestar a primeras horas de la mañana, pirosis, estreñimiento, hemorroides y colestasis. Hay distintas razones que ocasionan náuseas y vómitos; la causante es la gonadotropina crónica. Estos malestares suelen desaparecer a partir del segundo trimestre de embarazo.¹⁰ Fig.7

Hay algunos componentes psicológicos como son: ciertos olores, conducir, viajar, que provocan dichos malestares; algunas recomendaciones que se les da a la mujer son:

- No beber líquidos en ayunas.
- Comidas frecuentes y poco abundantes.
- No tomar bebidas gaseosas.
- Evitar tener el estómago vacío
- No ingerir alcohol.
- No fumar.



Fig.7 Náuseas durante el embarazo ⁴⁴

A partir de tercer trimestre suele aparecer la pirosis y las causas pueden ser hormonales o mecánicas ya que la digestión se vuelve más lenta pues existe comprensión en el estómago; la progesterona juega un papel de suma importancia; puede que también aparezca acompañando de dichos problemas el estreñimiento.

Esto tiene gran repercusión negativa en los órganos dentales hablando específicamente de caries debido al reflujo del contenido gástrico y repetidos vómitos; durante el día se crea una erosión ácida en el esmalte causado por los ácidos estomacales que posteriormente ocasionarán caries.¹⁰ Fig.8



Fig.8 Erosión dental causada por reflujo ⁴⁵

Cambios Aparato Respiratorio

La capacidad vital no se modifica durante el embarazo; pero la demanda de oxígeno aumenta un 25%, el volumen respiratorio circulante aumenta muy notablemente, aparece disnea en la madre; se recomienda reposo, evitando la fatiga excesiva.

Cambios en Mamas

Con el fin de cumplir la función secretora de leche las mamas sufren modificaciones severas como:

- Aumento de la vascularización.
- Aumento de tamaño desde el 2º mes de gestación.
- Aumento de la pigmentación, especialmente de la areola.
- Aumento progresivo de la sensibilidad y de la capacidad eréctil del pezón.
- En el primer trimestre del embarazo, los tubérculos de Montgomery aumentan de tamaño y existe una secreción sebácea que lubrica y protege el pezón. Entre el segundo y tercer trimestres se inicia la secreción de calostro.¹⁰ Fig.9



Fig. 9 Tubérculos de Montgomery ⁴⁶

Mastitis

Es la inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria, acompañada o no de infección. Generalmente, es unilateral con 3%-12% de afectación bilateral. Además del tejido glandular, suelen afectarse otras estructuras y representa una importante causa de abandono evitable de la lactancia materna.¹¹ Fig.10



Fig.10 Mastitis⁴⁷

Tipos de pezones

Los pezones tienen formas y tamaños variados. Cada mujer es diferente, el tamaño y la forma de su pezón muchas ocasiones dificulta el amamantamiento. Los pezones pueden ser planos, invertidos, o muy grandes. A veces puede ser difícil que un pezón demasiado largo quepa dentro de la boca de un bebé, lo cual puede dificultarle al bebé el prendimiento para poder amamantar. Esto es problemático, ya que es esencial que el pezón y la areola quepan dentro de la boca del bebé para que pueda succionar leche. ¹²



3.2 Manifestaciones orales durante el embarazo

Durante el embarazo existe una gran cantidad de cambios tanto fisiológicos, como psicológicos y orgánicos estos tienen un fuerte impacto en la cavidad bucal de la madre, quiere decir que puede existir una mayor incidencia en caries, enfermedad gingival, periodontal, aparición de granuloma.

La mujer embarazada requiere de cuidados bucodentales mayores que los de la población general, sobre todo en lo referente a la odontología preventiva.

A pesar de todo, el embarazo no deberá constituir nunca una contraindicación del tratamiento odontológico, especialmente cuando exista una urgencia.¹³

Alteraciones Gingivoperiodontales

La enfermedad periodontal afecta del 35 al 100% de las mujeres embarazadas y una de las causas es la deficiente higiene dental, la dieta, las modificaciones hormonales y vasculares, su respuesta inmune, entre otros.

En algunas embarazadas es posible ver la presencia de cálculo, de bolsas moderadas y de hemorragia al sondaje. A medida que pasa el tiempo esto avanza y se vuelve aún peor, existen algunos factores predisponentes como la edad de la gestante, el número de embarazos previos. Es necesario intervenir como odontólogos para evitar futuros problemas.^{14,15}



Fig. 11 Gingivitis en el embarazo ⁴⁸

Cole Describió los cambios gingivales iniciales en el embarazo como tendencias al sangrado, edema; las nombró gingivitis del embarazo, pues es durante el segundo mes que aparecen y alcanzan su punto máximo en el octavo mes, a partir de este se nota que disminuye hasta el final del embarazo.¹⁶ Fig.11

El aumento de la progesterona y su efecto sobre la microvascularización son los causantes de la Gingivitis aunado a los efectos irritantes de la placa dentobacteriana que como antes mencionado es considerada como el factor local más importante que causa la inflamación.¹⁷

A causa del cambio hormonal se produce desequilibrio en el sistema fibrinolítico esto ayuda a la aparición de gingivitis, pues dicho sistema juega un papel de suma importancia en reacciones inflamatorias y se puede notar con facilidad un aumento de volumen en la encía, tumefacción a nivel papilar, gingivorragias, y en casos extremos esto también provoca dolor, halitosis y sensación de boca sucia.¹⁵

El granuloma de la embarazada

Aparece en un 0 - 5 % de las mujeres gestantes, básicamente a nivel anterior de la zona vestibular superior. También llamado granuloma Gravidíco este es asintomático, y suele aparecer en zonas afectadas por gingivitis inflamatoria y presencia de placa. Su aparición es durante el segundo trimestre, crece durante el embarazo; después del parto su tamaño disminuye y es posible que desaparezca. Además tiene gran facilidad para la hemorragia, debido a su superficie que puede presentar ulceraciones y hasta un exudado amarillento; tiene una base sésil y es posible que mida 2 cm.^{13,17} Fig.12



Fig.13 Granuloma Gravidíco ⁴⁹

Los principales agentes causales en el incremento de los factores cariogénicos son: Erosión en esmalte causado por reflujo, higiene deficiente, cambios en los hábitos dietéticos y horarios. Fig.13

La mujer embarazada tiene una menor capacidad gástrica y es por ello que realiza pequeñas comidas, que suelen ser frecuentes en horarios no establecidos y esto se puede convertir en costumbre; aunado a que lo que ingieren regularmente son alimentos altos en carbohidratos. ¹⁸ Fig.14



Fig.13 Factores de riesgo dietéticos que aumentan la aparición de caries dental.⁵⁰



Fig.14 Higiene durante el embarazo ⁵¹



3.3 Atención Odontológica Prenatal

Siempre que sea posible el primer paso del plan de tratamiento debe ser mantenerse informado del estado médico de la paciente y ponerse en contacto con su ginecólogo para de esta forma discutir los requerimientos dentales y el plan que propone.

Se sabe que el embarazo no descalcifica los dientes, la dosis de radiación dental que se emplea no causa daño (por seguridad se debe utilizar el mandil de plomo) y los medicamentos y anestésicos que se emplean usualmente en la práctica odontológica no tienen repercusión materna ni fetal.¹⁹

Primer trimestre	Segundo Trimestre	Tercer trimestre
Control de Placa	Control de placa	Control de placa
Instrucciones de higiene oral.	Instrucciones de higiene oral.	Instrucciones de Higiene oral
Profilaxis y curetajes simples	Profilaxis y curetajes simples	Profilaxis y curetajes simples
Tratamientos de emergencia solamente	Tratamiento dental rutinario	Tratamiento dental de emergencia solamente

Fig.15 Cuadro de atención odontológica a la embarazada por trimestre ¹⁹



3.4 Recomendaciones a las madres en gestación

Las gestantes en ese periodo se encuentran muy receptivas hacia cualquier situación o acción que implique una mejora de su salud y más aún si involucra la de su futuro hijo. Es justo el momento perfecto en el que se pueden modificar hábitos, enfatizar la importancia de la higiene bucal, enseñar una buena técnica de cepillado y de realizar también un control de placa para disminuir el efecto que los cambios hormonales producen en la encía.²⁰

Se recomienda que para ejecutar tareas de educación a la madre gestante así como el tratamiento el mejor periodo es durante el segundo trimestre del embarazo.

Los temas de importancia a son :

- mineralización dentaria (mito: “cada hijo me ha costado un diente”)
- tiempo de erupción de los primeros dientes
- conveniencia y no conveniencia del uso de chupete y biberón
- contagio de microorganismos(ventana de infectividad)

Es excelente momento para acordar la cita para los 4 o 6 meses; de esta forma se comienza con un programa para mantener al niño sano.

Sí la madre requiere de atención durante el tercer trimestre es importante recalcar que las sesiones deben ser cortas debido a la posición en la que debe mantenerse, es probable que los sonidos del consultorio incomoden al feto y puede producir contracciones uterinas.^{21,22}

3.5 Ventana de infectividad

Se le llama así al periodo con un alto riesgo de colonización de *Streptococcus mutans*. Es posible y muy efectivo el manejo preventivo de la madre embarazada y algunas de las estrategias profilácticas y educativas para evitar la transmisión de bacterias cariogénicas a su bebé después del nacimiento y las recomendaciones son: ²³

-No tener contacto salivar, no besar en la boca, evitar las gotas de saliva al toser o hablar. Fig.16

-No probar ni soplar la comida del niño antes de que la ingiera. Fig.17

-No humedecer el chupete



Fig.16 Mamá besando en la boca a su bebé.⁵²



Fig.17 Madre soplando el alimento de su hijo.⁵³

3.5.1 Clasificación

Los circuitos de infectividad, que pueden darse simultáneamente, se clasifican en:

1. De los contactos cercanos, a través de la saliva;
2. De la lactancia, por deficiente higiene de pezón y/o tetinas;
3. De la higiene de manos, chupetes, juguetes y otros objetos ²⁴

Otra clasificación es:

Vertical: Donde el lactante adquiere de manera directa los microorganismos de la madre o de cualquier persona que se haga cargo de su cuidado y permanezca muy cerca.

Horizontal: se presenta durante la fase de establecimiento inicial de la microflora oral y la maduración de respuesta inmune y se da en guarderías o en el kínder al compartir juguetes contaminados con un contacto previo en boca. ²⁵ Fig. 18



Fig. 18 Ventana de infectividad horizontal. ⁵⁴

4. ALIMENTACIÓN EN EL BEBÉ

4.1 Importancia de la lactancia materna para el desarrollo bucodental y crecimiento del bebé.

La Organización Mundial de la Salud define a la lactancia materna exclusiva como la ingesta de leche materna, exceptuando el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del seno de la madre. Como se sabe consumir leche materna brinda múltiples beneficios nutritivos, inmunológicos, representa un vínculo importante entre madre e hijo, y fomenta un buen desarrollo en arcadas dentarias; esto conlleva a que en un futuro el niño cuente con una adecuada oclusión.²⁷ Fig.19

La composición de la leche materna se adecua a las necesidades nutricionales del bebé es una importante fuente de proteínas, calorías aminoácidos esenciales, inmunoglobulinas, anticuerpos, oligosacáridos, lactosa, ácidos grasos esenciales, colesterol, vitaminas liposolubles e hidrosolubles, minerales y otros nutrientes ^{28,25}



Fig. 19 Lactancia Materna ⁵⁵



Beneficios de la Lactancia materna:

La leche materna le proporciona al bebé una óptima Nutrición ,fácil digestión, un aumento de peso normal, vitaminas y protección inmunológica (los anticuerpos de la madre se incorporan a la sangre del feto)

El amamantamiento induce asimismo una forma armónica de respirar, favorece la adecuada posición de los maxilares y un mejor desarrollo craneofacial, así como un importante lazo afectivo ²¹

4.2 Indicaciones para un amamantamiento correcto

La madre debe confiar en su capacidad para amamantar y que esté dispuesta a hacerlo.

Deberá atenderse la posición correcta tanto del niño como de la madre de modo que el último aproveche mejor el alimento y ejerza como es debido las funciones de succión y respiración.

La madre sostendrá el pecho con la mano, formando con esta una U o una C, y colocando el pulgar por encima y los cuatro dedos restante por debajo del seno. Los labios del bebé abarcarán el pezón y la areola, de manera que estos queden dentro de su boca totalmente. Es un error introducir el pezón entre los rodetes gingivales del lactante dejando afuera la areola: el pezón deberá quedar sobre la lengua si queremos que succione con eficiencia.

El bebé que no se adhiere al pecho como se acaba de mencionar puede ocasionarle dolor a la madre. Cuando así suceda ,retire el pecho introduciendo el dedo índice en la comisura de los labios del niño y presionando hacia abajo la encía inferior. ²¹

4.3 Ablactación

Es el Término que se utiliza para referirse al momento de la introducción de alimentos diferentes a la leche materna.

Se recomienda que la ablactación comience entre los cuatro y los seis meses de edad; tomar ciertas precauciones como no dar alimentos que puedan ocasionar alguna alergia y si se llevan a cabo la ingestión de alimentos entre comidas es importante que estos sean saludables. Fig.20

El consumo de alimentos deberán ser livianos y en pequeñas proporciones, además de ser variados y lograr una correcta estimulación de los labios ,lengua, paladar, mandíbula y maxilar.²¹



Fig.20 Ablactación ⁵⁶



4.4 Seno materno vs Biberón

Seno Materno	Biberón
Desarrollo facial armónico	Maloclusión y desarrollo dentoalveolar no favorable
Disminuye la posibilidad de ingestión de alimentos con azúcar	Riesgo de asfixia debido al agujero en la tetina.
Se considera como el alimento IDEAL durante los primeros meses /fuente nutricional inmejorable	Es el instrumento más utilizado en la alimentación
Aporta nutrientes incluso después de iniciarse la introducción de alimentos complementarios.	No realiza esfuerzo muscular ni de succión pues la leche fluye cómodamente. Fig.22
Capacidad buffer y mecanismos de defensa /lazo afectivo con la madre: ayuda a un mejor desarrollo psicológico.	Favorece a la permanencia de hábitos de succión no nutritiva o aparición de respiración bucal debido a que no hay sello hermético de los labios
Anticariogénica a pesar de la lactosa	En ocasiones se le añaden endulzantes
Consumo prolongado factor de riesgo para desarrollar caries de la infancia temprana	El bebé se queda dormido mientras toma el biberón y no realizan higiene bucal.

Fig.21 Cuadro de comparación seno materno vs Biberón 21,25, 28,30,31



Fig. 22 Bebé alimentado por biberón ⁵⁷

4.5 Crecimiento y desarrollo bucofacial

Además de los aspectos inmunológicos, psicológicos y nutricionales, se debe tomar en cuenta la manera en que se ejecuta la alimentación; la frecuencia así como el vehículo con el que se realiza ya que estos determinan la salud bucal y por supuesto el crecimiento craneofacial.

Para un adecuado crecimiento craneofacial la fisiología de la lactancia es perfecta; ya que los labios y rodetes juegan un papel muy importante al rodear el pezón y así la lengua se posiciona por debajo para realizar el acto de succión.

Posteriormente la mandíbula y la lengua se elevan para comprimir el pezón contra el paladar de este modo el bebé obtiene el alimento; todo esto conlleva a una gran actividad de los músculos faciales, maseteros y pterigoideos laterales. ²¹



Todo el esfuerzo realizado por el bebé al momento de obtener su alimento es relevante pues de este modo se observa un crecimiento favorable en las estructuras craneofaciales; además como el bebé realizó un trabajo arduo esto le ayudará a conciliar el sueño rápidamente.²²

Al momento del nacimiento los bebés tienen desproporción fisiológica del cráneo en relación a la cara; que es completamente normal pues la mandíbula es reducida y presenta retrognatismo; aunado a que la cara es pequeña. Gracias al amamantamiento la respiración, masticación y evidentemente el desarrollo craneofacial se ve sumamente favorecido.²¹

5. CARIES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades²⁹

La caries dental considerada como una enfermedad transmisible de origen multifactorial, plenamente relacionada con higiene oral defectuosa, alimentación nocturna, alto consumo de azúcares, colonización bacteriana y bajo nivel socioeconómico de los padres³⁰



5.1 Caries de la infancia temprana

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define la caries de la infancia temprana como la presencia de uno o más órganos dentarios con caries, perdidos u obturados, en niños de 71 meses de edad o menores. Cuando esta condición no es tratada puede llegar a afectar a todos los dientes presentes en la cavidad bucal, lo que se denomina caries rampante.³⁰

Antes se le conocía como caries de biberón, pues inicia poco después de la erupción dental; se dice que es una forma virulenta de caries y se desarrolla principalmente en superficies lisas con un veloz progreso. Regularmente lleva un patrón que lo caracteriza: comienza con caries en incisivos superiores, seguido de los molares de ambas arcadas, pero es curioso que no aparezca en incisivos inferiores; ya que existe una estrecha relación con la secuencia de erupción y también la posición de la lengua durante la alimentación.

A la caries de la infancia temprana se le asocia directamente con la deficiente higiene bucal y por supuesto por la ingesta de leche materna a libre demanda; así como al consumo de bebidas muy azucaradas como jugos, refrescos, formulas, etc.

La prevalencia de la caries de la infancia temprana varía de 3.1% a 90% dependiendo de la vulnerabilidad de las poblaciones, sobre todo cuando éstas pertenecen a grupos de nivel socioeconómico bajo. Más datos epidemiológicos nos indican que el abordaje efectivo, para el control de la caries de la infancia temprana, debe estar basado en la prevención primaria.^{23,30} Fig. 23



Fig. 23 Caries de La Infancia Temprana ⁵⁸

6. ANATOMÍA DE LA BOCA DEL RECIÉN NACIDO

6.1 Labios

Se debe observar la forma, simetría, textura, color y aspecto de la mucosa; es normal encontrar “callos de succión” pocos días después del nacimiento la causa de esto es la caída repentina del epitelio. ⁶ Fig.24



Fig.24 Labios del recién nacido ⁵⁹

6.2 Maxilar superior e inferior

El maxilar superior está formado por el paladar duro y blando, el duro está recubierto por mucoperiostio grueso y de consistencia firme que separa la cavidad bucal de la cavidad nasal y los senos. En la mucosa palatina se aprecia el rafe medio y los surcos transversales. Se continúa con el paladar blando y el resto de las estructuras del istmo de las fauces. El proceso alveolar tiene forma de arco, delgado en la parte anterior y aplanado en la posterior. Fig. 25

La mandíbula o maxilar inferior esta poco desarrollada y en la parte anterior es fina. Presenta una posición retruida que da al niño el aspecto característico del recién nacido . El proceso alveolar es prominente, aplanado en la parte posterior y estrecho en la anterior para permitir la presión del seno materno. ⁶

Rodetes Gingivales: los rodetes gingivales se encuentran recubiertos en toda su extensión por el tercio gingival, por vestibular está adherido al frenillo labial.³¹

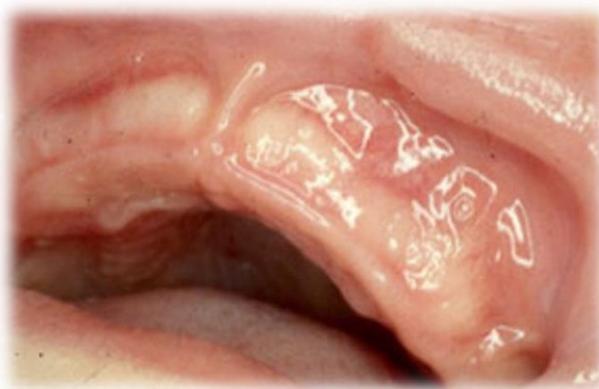


Fig. 25 Maxilar del bebé ⁶⁰



6.3 Frenillos

Frenillo labial superior

En más del 50 % de los niños une el labio superior a la papila palatina constituyendo el llamado frenillo labial persistente que favorece el amamantamiento al afirmar más el labio superior. Es una estructura anatómica compuesta por un tejido fibroso recubierto de mucosa que va de la superficie interna del labio a la pared externa de la encía adherente. En el periodo fetal une el tubérculo del labio superior a la papila incisiva traspasando el rodete gingival, en el desarrollo la mayoría de las veces se separa de la papila formando el frenillo labial superior, cuando la inserción palatina persiste será considerado anómalo. Los frenillos que saliendo del labio superior se insertan algunos milímetros del margen gingival son considerados normales y aquellos que se insertan en el margen o en la papila son considerados patológicos ^{32,33}

Frenillos laterales superiores: se sitúan en la zona donde mas tarde erupcionarán los caninos

Frenillo lingual: se inserta en el recién nacido casi en la punta de la lengua , hasta el suelo de la boca. Para su exploración hay que elevar la punta de la lengua y valorar la movilidad. La posición normal de la lengua, en el recién nacido es baja y apoyada en el suelo. Más tarde, el crecimiento hará que aumente su movilidad. Fig.26

Frenillos laterales inferiores: son más pequeños que el lingual y se sitúan al nivel que emergerán los molares temporales. raramente ocasionan problemas en este momento de la vida.⁶



Fig.26 Frenillo lingual ⁶¹

6.4 Cordón fibroso "de Robín y Magitot" o Crestas gingivales

En las crestas alveolares o rodetes superior e inferior , sobre la región donde brotarán los incisivos y caninos existe un cordón fibroso o elevación eréctil y muy vascularizada ,el cual a medida que va desapareciendo nos indica el momento de la erupción dentaria, su función es sujetar el pezón ^{32,33} Fig.27



Fig.27 Cordón fibroso de Robín y Magitot ⁶²

6.5 Apoyo de Succión (Sucking Pad)

Presente en la porción media del labio superior, como múltiples proyecciones que tienden a aumentar de volumen cuando están en contacto con el pecho materno, permite fijar la areola y sirve de contacto durante el amamantamiento; más desarrollado en niños de menor edad que se alimentan con leche materna.³⁴ Fig.28



Fig. 28 Sucking Pad⁶³

6.6 Lengua

La lengua del neonato se encuentra en el interior de la cavidad oral. El tercio posterior de la lengua descenderá al cuello después del nacimiento, desde el primero hasta el quinto año de edad, para formar parte de la pared anterior faríngea.²¹ Fig.29



Fig. 29 Lengua⁶⁴



7. Problemas Bucodentales

Dentro de los problemas bucodentales se encuentra la maloclusión que se definen como: cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio, con las consecuencias posteriores que esta disfunción tiene sobre los propios dientes, las encías y los huesos que los soportan, la articulación temporal-mandibular y la estética facial.³⁵

La maloclusión es una patología multifactorial, razón por la cual los efectos del hábito prolongado varían de acuerdo a la duración del hábito, frecuencia e intensidad del mismo, musculatura facial, predisposición genética, etc.³²

7.2 Clasificación de Rebordes gingivales al nacimiento

Tipo 1 : Reborde inferior ligeramente hacia lingual, en relación al superior, en las regiones anterior y posterior (70% de los niños)

Subclase A (73%) con el espacio vertical en la región anterior

Subclase B (27%) sin espacio vertical en la región anterior.

Tipo 2: Reborde inferior más hacia lingual y distal en relación al superior, en las regiones anteriores y posteriores (27%de los niños)

Subclase A (42%) con espacio vertical anterior

Subclase B (58%) sin espacio vertical anterior

Tipo 3: reborde inferior marcadamente hacia lingual y distal en relación al superior, tanto en la región de molares como de incisivos (3% de los niños)³⁶



La relación entre los rodetes superior protruido y el inferior retruido ocurre con una discrepancia media de 5-6 mm. Los valores mayores predicen un desarrollo pobre de la mandíbula y excesivo para el maxilar, que en casos extremos puede llegar a más de un centímetro y en otros no existir diferencia entre el superior y el inferior, en estos casos hay una tendencia a desarrollar una clase III en el futuro. Las almohadillas inferiores están más hacia distal que las superior y cuando contactan queda, en el sector anterior, una separación (que a esta edad es normal, y se va reduciendo progresivamente hasta los 21 meses), la cual permite la posición de la lengua ³¹

7.3 Hábitos

Se define como una práctica adquirida a causa de la frecuente repetición de un mismo acto, al inicio se realiza de forma consciente y después se ejerce de manera inconsciente.

Los principales causantes de maloclusiones y que llegan a alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático son los hábitos bucales (no fisiológicos) y la repercusión dependerá de la edad en que se inicia dicho hábito; a menor edad mayor daño. Es importante eliminar el hábito antes de los tres años de edad; es una manera de actuar a tiempo y evitar problemas futuros. ³⁷

7.3.1 Succión digital

Elemento utilizado en niños de corta edad como “succión no nutritiva” esta se presenta desde antes del nacimiento.²² Es importante saber que cuando un bebé se encuentra succionando continuamente, está obteniendo una sensación placentera, que le proporciona seguridad.³⁹ Fig.30



Fig. 30 Succión de dedo ⁶⁵

Etiología

Un agente etiológico es la lactancia artificial, ya que como se había mencionado anteriormente carece de esfuerzo físico y es más breve. Los hábitos de succión tardía son resultado de frustraciones psicológicas debido a contratiempos escolares y familiares. Por lo tanto se menciona que para escapar del mundo real el niño se refugia en la succión digital.

Las repercusiones de este hábito derivan de la posición baja de la lengua, que deja ejercer presión sobre el paladar, de la hiperactividad de los músculos buccinadores que tienden a comprimir el paladar, de la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y de la fuerza que ejerce el dedo sobre el paladar.

La succión del pulgar genera regularmente mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula, ocasionada por la presión que ejerce la mano.³⁷

Efectos bucales del hábito de succión digital:

Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).

Retroinclinación de los incisivos inferiores.

Mordida abierta anterior. Fig.31

Prognatismo alveolar superior.

Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).

Mordida cruzada posterior.

Dimensión vertical aumentada. ³⁷



Fig. 31 Mordida abierta anterior ⁶⁶

7.3.2 Uso de chupón

También entra dentro de la clasificación de “succión no nutritiva” y tienden a utilizarlo más los niños que son alimentados por biberón

Durante los primeros dos meses de vida calma al niño y los padres se encuentran tranquilos. Fig.32

Es una de fuente de transmisión de microorganismos

Se vuelven adictos al chupón y al paso del tiempo les es más difícil dejarlo; esto conlleva a un riesgo de que existan malformaciones como :

Incisivos adelantados, mordida cruzada lateral ,crecimiento asimétrico en uno y otro lado de los huesos del maxilar, y principalmente mordida abierta, labios hipotónicos. ^{6,32}



Fig.32 Uso del chupón ⁶⁷



CONCLUSIONES

La salud óptima del ser humano se consigue desde el momento en que la madre decide embarazarse, incluso antes; es por ello que en muchas ocasiones se comenten errores debido a la falta de información por parte de los padres.

Sabemos que la primera infancia es la más importante de la vida, debido a esto es esencial implementar medidas preventivas en esta etapa, ya que de este modo se disminuye el riesgo de que en el futuro el niño presente problemas bucodentales, para lograr esto se requiere de un cambio de hábitos por muy pequeños que parezcan, al ponerlos en práctica será posible erradicar diversos problemas que nos encontramos día a día en consulta, pues se somete al infante a tratamientos que en muchas ocasiones pueden ser dolorosos y traumáticos, debido a estos sucesos la visita al dentista se convierte en una experiencia negativa.

La participación de los padres desde la gestación es de suma importancia; debido a que existirán diversos cambios (bucodentales) ocasionados por el embarazo que muchas veces se ignoran y al estar informados se reconocen y adaptan a la nueva etapa de vida, gracias a esto serán más llevaderos.

Se requiere de su total disposición debido a que los niños no tienen aún desarrolladas sus capacidades motrices para poder tener un autocuidado bucal.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. Odontología para el Bebé: Odontopediatría del nacimiento a los 3 años . São Paulo: Artes Médicas,1° ed. 1996.
2. Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter. Una filosofía necesaria en la práctica odontopediátrica. Dental Tribune.2013 Disponible en: http://odontobebeperu.org.pe/images/pdf/especial_de_odontologia_para_bebes.pdf
3. Morales J. Concepto prevención. Issuu. 2018. Disponible en: <https://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>
4. Zimbrón Levy A, Steiner Feingold M. Odontología preventiva. Cuernavaca, Mor.: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 1993.
5. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Scielo.edu.uy. 2018 Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
6. Barbería Leache E. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Madrid: Ripano; 2014.
7. Marina Moscardini Vilela; Stephanie Díaz Huamán; Moara De Rossi; Paulo Nelson-Filho; Andiara De Rossi. Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. Revista de Odontopediatría Latinoamericana Volumen 7, No. 2, Año 2017. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2017/2/art-5/> Consultado el: 20/10/2018
8. Embarazo. Fertilab.net. 2018 Disponible en: http://www.fertilab.net/ginecopedia/embarazo/aspectos_generales/embarazo



9. Menéndez Guerrero Gilberto Enrique, Navas Cabrera Inocencia, Hidalgo Rodríguez Yusleidy, Espert Castellanos José. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol .Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es.

10. Cambios fisiológicos y anatómicos de la mujer en el embarazo ampliación del tema 53 del volumen 2 de Matronas del Servicio Andaluz de Salud. Disponibl en : <http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/act-tema53.pdf>

11. Espínola-Docio Blanca, Costa-Romero Marta, Díaz-Gómez N. Marta, Paricio-Talayero José M. Mastitis: Puesta al día. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2016 Dic [citado 2018 Oct 19] ; 114(6): 576-584. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752016000600017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.576>

12. Tipos de pezones. Publichealth.lacounty.gov. 2018 [cited 10 October 2018]. Available from:
<http://publichealth.lacounty.gov/LAmoms/lessons%20spanish/Amamantar/TiposDePezones.pdf>

13. S. Bueno Lafuente, L. Berini Aytés, C. Gay Escoda. La paciente embarazada: repercusión en la cavidad bucal y consideraciones respecto al tratamiento odontológico.2014 Anales de Odontoestomatología..Disponible en : <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21795/1/130601.pdf>

14. Marrero Fente A, López Cruz E, Castells Zayas Bazán S, Agüero Díaz A. Salud bucal y embarazo [Internet]. Scielo.sld.cu. 2018 [cited 12 sep 2018].



Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552003000500012

15. Machuca G, Rodríguez JL. Asistencia odontológica a pacientes en estado de gestación y lactancia. Madrid: Editorial Norman; 1996. p. 18- 23.

16. Carranza FA, Sznajde NG. Compendio de periodoncia. 5ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996. p. 26-7, 49, 98, 12.

17. Jeffcoat Marjonek, Geurs Nico C, Reddy Michael S. Periodontal infection and preterm birth. Rev JADA 2001;132 (7): 875- 88.

18. Salvolini E. Biochemical modifications of human whole saliva introduced by pregnancy. Br J Obstet. Gynecol 1998;105(6):656- 60.

19. Atención odontológica en la mujer embarazada [Internet]. Medigraphic.com. 2010 [cited 27 September 2018]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102g.pdf>

20. Díaz Romero RM. Myths, prejudices and reality about dental treatment during pregnancy. A medical opinion. Ginecol Obstet Mex 1998; (11):507-11.

21. Enna Beatriz Barcelo Canto , odontología para bebés .Estrategias de prevención editorial trillas 2010.

22. Bordoni N. Odontología Pediátrica. Editorial Médica Panamericana;2010.23 Gúzman S – Armstrong. The Journal of School Nursing. Rampant Caries October 2005;21(5):272-278.

23. Gúzman S – Armstrong. The Journal of School Nursing. Rampant Caries. October 2005;21(5):272-278.

24. Rotemberg Wilf Enrique, Smaisik Frydman Karinna. Inmunidad bucal en la primera infancia. Odontostomatología [Internet]. 2010 Mayo [citado 2018 Oct 20] ; 12(14): 4-14. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392010000100002&lng=es.

25 Achahui Arauco P, Albinagorta M, Arauzo Sinchez C, Cadenillas Sueldo A, Céspedes Martínez G, Cigüeñas Raya E et al. Caries de infancia temprana: diagnóstico e identificación de factores de riesgo [Internet].



Pesquisa.bvsalud.org. 2014 [cited 2 October 2018]. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/lil-781605?lang=p>

26 . Elías Podestá M. Odontología para bebés. Madrid: Ripano; 2013.

27. Pinto José M, Chávez Daniela B , Navarrete Catalina. Oral health in the first year of life. Revision of literature and protocol of dental attention to the baby. Vol 19 no.1 jun 2018.

28. Díaz Romero RM. Myths, prejudices and reality about dental treatment g pregnancy. A medical opinion. Ginecol Obstet Mex 1998; (11):507-11.

29. Bastarrechea Milián Maribel de las Mercedes, Gispert Abreu Estela, García Triana Bárbara, Ventura Hernández María Isabel, Nasco Hidalgo Nayda. Considerations for integral and systematic stomatologic care during pregnancy according to risk. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 Dic [citado 2018 Oct 10] ; 47(4): 428-438. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000400005&lng=es

30. Javier Aguilar-Ayala F, Gabriela Duarte-Escobedo C, Eduviges Rejón-Peraza M. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. Acta Pediátrica de México [Internet]. 2014 [cited 5 October 2018];35(4):259. Available from: <http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/viewFile/785/706>

31. Ventiades F. Jhonny, Tattum B. Karen. Patología oral del recién nacido. Rev. bol. ped. [Internet]. 2006 Abr [citado 2018 Oct 20] ; 45(2): 112-115. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752006000200009&lng=es.

32. Palma C. odontología para bebés . opb. Disponible en : <http://odontologiaparabebes.com/cientifics.html>

33. Patología oral del recién nacido Oral pathology of newborn Dr. Jhonny Ventiades F.*, Dra. Karen Tattum B. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v45n2/v45n2a09.pdf>



34. Conociendo la cavidad oral del recién nacido. Revista Científica Odontológica. 2018;1(4):486-494. Disponible en:<https://docplayer.es/92006362-Articulo-de-revision-conociendo-la-cavidad-oral-del-recien-nacido-licla-k-1-resumen.html>
- 35. Miriam Sada, Javier de Girón. Anales de Pediatría Continuada. vol. 4; issue (2006) pp: 66-70; Published by Elsevier.
Disponible : <http://www.apcontinuada.com/es/maloclusiones-denticion-temporal-o-mixta/articulo/80000171/>
 - 36. Chedid S. "Nuevas perspectivas desde la gestación hasta el niño de 5 años en Odontopediatría". Lecture presented at; 2018; Auditorio Dr. Raoul Fournier Villada FM UNAM.
 - 37. María Fernanda González, Gianfranco Guida, Diana Herrera. Oscar Quirós. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Año 2012. Obtenible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28/> Consultado el: 20/10/2018
 - 38. Disponible en: <http://saludmaternoinfantil.blogspot.es/1463865627/promocion-de-la-salud/>
 - 39. Disponible en : <http://www.blogmamasmodernas.com/limpieza-en-la-boca-de-mi-bebe/>
 - 40. Disponible en : <https://www.mimanualdelbebe.com/bebe-de-0-1/dientes-en-el-bebe/cuidado-oral-del-recien-nacido>
 - 41. Disponible en: <http://www.rabanitosbebes.cl/wp-content/uploads/2017/01/cepillo-silicona-1.jpg>
 - 42. https://www.google.com.mx/search?q=mama+realizando+higiene+bucal+a+abebe&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi-5pCo1JfeAhVRWq0KHYvGCVoQ_AUIDigB&biw=1366&bih=608#imgdii=NyUQWoCBO72dQM:&imgrc=VEMjfwluD3t7aM:
 - 43. Disponible en : <https://embarazo10.com/tomar-ibuprofeno-durante-el-embarazo/>
 - 44. en: <https://www.ecuavisa.com/articulo/tendencias/medicina/235991-trucos-evitar-nauseas-durante-embarazo>
 - 45. Disponible en: <https://www.google.com.mx/search?q=erosion+dental+debido+a+vomito&>



source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjuZ7M1pXeAhUFWqwKHXYk
C8oQ_AUIDigB&biw=1366&bih=608#imgrc=ZyMpb-lCt9cR2M:

46 Disponible

en:https://www.google.com.mx/search?biw=1366&bih=608&tbm=isch&sa=1&ei=mXfLW6mDDs_KsQWd_ZqYDg&q=tuberculosis+de+montgomery+fotos&oq=tuberculosis+de+m&gs_l=img.3.0.0110.58735.61145.0.62451.15.14.0.1.1.0.164.1490.5j8.13.0....0...1c.1.64.img..1.14.1499...0i67k1.0.TC-wcPd0Xys#imgrc=9kp_75vtvgKlyM:

47. Disponible

en:https://www.google.com.mx/search?biw=1366&bih=608&tbm=isch&sa=1&ei=2XfLW93SIOu1tgWDx4HgCg&q=mastitis&oq=mastitis&gs_l=img.3..0j0i67k112j0I7.43841.45769.0.45955.8.7.0.1.1.0.168.867.1j6.7.0....0...1c.1.64.img..0.8.869....0.BqWLEqk679k#imgrc=edZJNQgfP1MGrM:

48. Disponible en: <https://www.odontobebe.odontovida.com/2016/03/laringivitis-suele-aparecer-durante-el.html>

49. Disponible en: <http://reportesvillarroel.blogspot.com/2012/07/granuloma-piogenico-una-patologia.html>

50. Disponible en: <https://www.debate.com.mx/salud/Por-que-se-producen-los-antojos-en-el-embarazo-20170607-0063.html>

51. Disponible en: <https://www.hmhospitales.com/usuario-hm/apuntes-de-salud/lactancia-materna-el-primer-encuentro/gestaci%C3%B3n-y-salud-oral>

52. Disponible en: <https://eresmama.com/evitar-darle-besos-la-boca-al-bebe/>
<http://donfelixspm.com/2017/12/05/mira-dano-le-haces-a-bebe-al-soplar-comida/>

53. Disponible en: <https://madreshoy.com/juegos-para-bebes-y-ninos-de-1-a-2-anos/>

54. Disponible en: <https://www.prensa-latina.cu/index.php?o=rn&id=199655&SEO=celebran-en-cuba-semana-mundial-de-la-lactancia-materna>

55. Disponible: https://www.google.com.mx/search?biw=1366&bih=608&tbm=isch&sa=1&ei=rIHMW7C9Ec7AsAXjx4ygCw&q=ablactacion&oq=ablactacion&gs_l=img.3..0i10.187324.189756.0.190183.11.10.0.1.1.0.222.1073.9j0j1.10.0....0...1c.1.64.img..0.11.1083...0i67k1j0i10i67k1.0.78On3GosiYo#imgrc=aqLHQMbTVq48nM:

56. Disponible en:

https://www.google.com.mx/search?biw=1366&bih=608&tbm=isch&sa=1&ei=CXjLW4zGMcrysQW1oKiYCw&q=ablactacion&oq=ablactacion&gs_l=img.3..0i10.323516.325513.0.325827.11.9.0.2.2.0.137.781.7j2.9.0....0...1c.1.64.img..0.11.789...0i67k1.0.p8ZaKHyrGRjs

57. Disponible en:

https://www.google.com.mx/search?q=bebe+con+biberon&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiU7tLR6pzeAhUHI6wKHVPABCgQ_AUIDigB&biw=1034&bih=620#imgrc=TF0c6y4ABm152M:

58. Disponible en: <http://clinicadentalgalvanlobo.com/caries-temprana-en-ninos/>



-
59. Disponible en: <https://es.dreamstime.com/photos-images/labios-del-beb%C3%A9.html>
60. Disponible en: <http://dentalista.es/web/art%C3%ADculos/dientes-natales-y-neonatales/>
61. Disponible en: <http://www.labiol.org/frenillos.html>
62. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od143d.pdf>
63. Disponible en: <https://es.slideshare.net/jenny123456789/boca-del-beb>
64. Disponible en: <https://www.elbebe.com/bebe-3-meses/lingual-bebes>
65. Disponible en: <https://www.google.com.mx/search?biw=1366&bih=608&tbm=isch&sa=1&ei=gnnLW6iyCaaXtgX4ip8Q&q=succion+de+dedo+&oq=succion+de+dedo+&gs>
66. Disponible en: <https://www.google.com.mx/search?biw=1366&bih=608&tbm=isch&sa=1&ei=lzjPW-->
67. Disponible en: <https://www.google.com.mx/search?biw=1034&bih=620&tbm=isch&sa=1&ei=lzjPW-->