



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN
ODONTOPEDIATRÍA.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

EDNA MASSIEL MURILLO CÁRDENAS

TUTORA: Esp. CLAUDIA NAGUHELY TOCHIJARA CORONA

MÉXICO, D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 por esta y todas las bendiciones que he recibido para llegar hasta donde estoy ahora.

A mis padres Elia y Carlos, por el amor, cariño y educación que me han otorgado, por su compromiso para darme una educación académica y siempre estar ahí para alentarme a seguir creciendo como ser persona. Por el apoyo, la confianza y los valores que se me han dado. Por no dejarme desertar de mis sueños, por enseñarme la constancia que se requiere para salir adelante y con ello obtener el éxito. Por ello y por darme la vida, gracias, los amo.

A mi hermano Rodrigo, por siempre estar a mi lado, alentarme a seguir, hacerme ver más allá de lo que mi visión me permite, por el amor, la complicidad y amistad que me ha otorgado y por ser el mejor hermano del mundo, sin ti este largo camino no habría sido fácil, te amo.

A mi abuelita Aurorita, porque me ahora sé que los ángeles existen y se presentan en la forma más bella posible, una abuelita amorosa y consentidora.

A toda mi familia que siempre estuvo al pendiente de mí y de mi cuidado, por preocuparse por mi integridad y por mi superación.

A Benjamín, porque llegaste a mi vida en el momento indicado, por estar estos últimos años animándome a cumplir mis metas, por todo el amor, paciencia y entrega que has dado hacía mí, te amo.

A Fifi, por ser mi amiga fiel durante tantos años y por enseñarme que una familia no sólo se integra de personas, a Drako porque jamás habrá un perro tan bello y hermoso como tú, a Britney por darme la sabiduría de amar como madre, sé que nos volveremos a ver, pues cuento con esos bellos seres que me cuidan desde el cielo. A Maya, Cabo, Riko y Bellota, por ser el motivo y la alegría de llegar a casa.

Al combo, mis amigos, que me acompañaron a lo largo de esta travesía, por la amistad que seguirá creciendo con los años, por el cariño que me tienen y todas las aventuras que tuvimos para llegar hasta el final de este proceso, sin ustedes no habría sido lo mismo estudiar en esa bella facultad.

A todos mis amigos que han estado desde hace años a mi lado, que siempre se preocuparon por cómo estaba y se encargaron de demostrarme que más que amigos se puede ser hermanos.

A todos mis doctores, por el gran conocimiento que me aportaron y la paciencia que tuvieron para conmigo.

A la Dra. Claudia Tochijara, por la paciencia y el compromiso de llevar la tutoría de este trabajo. Gracias.

Y por último y no por ello no ser importante, a mi Universidad, por darme la dicha de llevarme lo máspreciado, el ser UNAM, por todo su conocimiento, tecnología, aprendizaje, cultura y diversión que me ha dado. Siempre estaré eternamente agradecida por haber estudiado en la Facultad de Odontología.

Índice

INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES	7
1. LACTANCIA	13
2. APORTACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	17
2.1 Cualidades nutricionales	17
2.2 Cualidades inmunológicas	18
2.3 Factores psico-sociales	20
2.4 Funciones buco-dentales	22
3. FACTORES DESENCADENANTES DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	32
4. HIGIENE DESPUÉS DE LA LACTANCIA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	35
CONCLUSIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

Introducción

La lactancia materna es considerada la forma de alimentación más importante y de prioridad para el recién nacido. Es la fuente de nutrición, inmunidad y desarrollo psicosocial del bebé, además de estimular el crecimiento y el óptimo desarrollo del sistema buco-dental.

Para los primeros meses de vida del niño la leche materna influye sobre la inmunidad para que éste subsista, evitando la morbilidad por enfermedades diarreicas u otras infecciones. Para la nutrición y buen crecimiento aporta los nutrimentos esenciales en calidad y cantidad necesaria, así evitando desencadenar enfermedades en la edad adulta. La contribución psicológica que la leche materna da va a influir en el desarrollo social que el infante presentará a lo largo de su vida, además de la relación estrecha de amor, seguridad, bienestar y confianza que la madre y el hijo compartirán.

En odontología es importante tener el conocimiento sobre la lactancia materna y su aporte al desarrollo del sistema estomatognático, puesto que es lo primero que se introduce a la cavidad bucal del bebé y ésta ayuda al desarrollo de maxilares, a generar una respiración adecuada y una deglución correcta, además de la influencia que el amamantamiento tiene sobre los músculos de la boca. De tal manera, que, obteniendo este conocimiento se puede promover la importancia que esta práctica tiene.

El presente trabajo menciona las generalidades por las cuales se da el abandono de la lactancia materna exclusiva, sus principales causas y las repercusiones que esto conlleva, la higiene correcta que debe llevarse a cabo para promover la prevención de caries a futuro. Así, el cirujano dentista tendrá las bases para la promoción de la prevención de caries infantil y un óptimo desarrollo de la cavidad bucal.

Es importante saber que para crear una conciencia en la sociedad sobre la prevención de enfermedades bucales y promover en la salud bucal, la principal función del odontólogo, se debe contar con la información necesario para que esta sea llevada a los padres.



ANTECEDENTES

La lactancia materna (LM) es un hábito que desde la antigüedad ha estado íntimamente unido a la alimentación del niño durante los primeros años de su vida. Como mamífero que es, la cría humana precisa de la leche de su madre para su supervivencia, sin ella fallecería inexorablemente. De este modo, el medio para conseguirla debe ser mayoritariamente procedente de la progenitora o en su efecto (por enfermedad o fallecimiento de la madre, por status social, por tradición familiar, etc.) de una nodriza^{1,2,3}.

Historia de la lactancia a través de los siglos.

El código de Hammurabi, alrededor del año 1800 a. C., contenía regulaciones sobre las nodrizas, que amamantaban al hijo de otra mujer, normalmente por dinero^{1,2,3}.

Desde los tiempos de los egipcios se encuentran descripciones de la lactancia materna, grabados en papiros y en piedra, donde se observan los rituales y los dioses que acompañaban el momento del nacimiento y de la lactancia^{1,2,3} (figura 1).



Figura 1 Papiro egipcio⁴



A lo largo de toda Europa se han encontrado, en tumbas de niños, recipientes para alimentación con boquilla que remontan al año 2000 a. C.^{1,2,3}

Siglo XV.

Al presente no se conocen textos que describan la alimentación infantil desde los tiempos antiguos hasta el Renacimiento, pero en 1472 se imprimió en Padua el primer incunable pediátrico, escrito por Paul Bagellardus, quien describió las características de una buena nodriza y aconseja sobre el hipo, la diarrea y los vómitos^{1,2,3}.

Siglo XVI.

Entre 1500 y 1700 en Inglaterra, Fildes llevó a cabo una revisión de la alimentación infantil, lo que estimuló a que las mujeres inglesas de clases sociales acomodadas no amamantaran a sus hijos. Aunque la lactancia materna era un método bien reconocido para evitar un nuevo embarazo, aquellas mujeres preferían tener entre doce y veinte hijos antes de darles el pecho. Creían que la lactancia estropeaba su figura y las hacía envejecer antes de tiempo^{1,2,3}.

Siglo XVII.

La condesa viuda de Lincoln escribió en 1662 sobre el “deber de amamantar, que las madres deben a sus hijos”. Había tenido dieciocho hijos, todos criados por nodrizas; sólo uno de ellos sobrevivió. Cuando su nuera tuvo un hijo y le dio pecho, la condesa comprendió su error. La dama concluía apelando a las mujeres para evitar sus errores: “no seáis tan desnaturalizadas como para rechazar vuestros propios hijos; no seáis tan endurecidas como para aventurar tierna criatura a un pecho menos tierno; no seáis cómplices de esa aberración que es hacer que una pobre mujer abandone a su propio hijo para criar al de una mujer más rica, pues eso



sería pedirle que dejase de amar al suyo propio para amar a los vuestro”
1,2,3

Siglo XVIII.

Los hospicios franceses de este siglo tenían nodrizas cuidadosamente seleccionadas, cuyas vidas y actividades eran controladas para garantizar una nutrición adecuada para los huérfanos. Hacia fines de siglo cambió en Inglaterra la tendencia hacia las nodrizas y la lactancia artificial, por un lado, por las exhortaciones de los autores médicos en nombre de la salud y el bienestar y, por el otro, porque las madres tenían más poder sobre la alimentación de sus hijos y deseaban ejercer sus derechos. Ya desde 1705 había leyes que controlaban la lactancia ejercida por las nodrizas^{1,2,3}(figura 2).



Figura 2 Nodriza⁵



Siglo XIX.

A mediados de este siglo, algunos médicos investigadores iniciaron la búsqueda de sustitutos de la leche materna para reemplazar a la nodriza. La mayor parte de las soluciones eran a base de agua, azúcar y leche de vaca. Pierre Budin es reconocido como fundador de Neonatología y el que estableció las primeras clínicas para lactantes. En su libro *El Lactante* se manifestó a favor de la lactancia materna por todos los medios posibles y ofrecer ayuda y consejo a las madres para que proporcionen la mejor nutrición a sus hijos^{1,2,3}.

Siglo XX.

Desde el aspecto científico comenzó una época de controversia. En 1979 se reunieron los expertos sobre alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo Internacional de la Naciones Unidas de Auxilio a la Infancia (UNICEF) y recomendaron la lactancia materna exclusiva por cuatro a seis meses^{1,2,3}.

En 1994 la Asamblea Mundial de la Salud estimuló la introducción de la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad, continuando con el amamantamiento^{1,2,3}.

En mayo de 2000, en la Asamblea Mundial de la Salud y los técnicos de Nutrición de la OMS, concordaron en que no había suficiente evidencia científica para recomendar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que, por las diferencias registradas en todo el mundo relativas a la velocidad de crecimiento, ven adecuado el margen de “cuatro a seis meses”. Sugirieron, además, que los términos “cuatro a seis meses” y “alrededor de seis meses” son equivalentes^{1,2,3}.

Instituciones como UNICEF, Organización Panamericana de la Salud (OPS), OMS Europa, y la Academia Americana de Pediatría, declaran que seis meses es el período óptimo para la lactancia materna únicamente^{1,2,3}.



La mayoría de los países de América Latina poseen sus normas nacionales con concordancia con las organizaciones mundiales que apoyan la lactancia materna como el alimento óptimo durante los seis primeros meses de vida del lactante^{1,2,3}.

Siglo XXI.

Mundialmente la alimentación está en crisis, no sólo para los que viven en países pobres sino también para aquellos que viven en países ricos^{1,2,3}.

Aquellos que se resistían al amamantamiento ya no lo hacen, por lo que no existen barreras para que mundialmente el derecho de amamantar y de ser amamantado sea algo que pueda ejercerse naturalmente^{1,2,3}(figura 3).



Figura 3 Lactante⁶



Actualmente.

La leche natural durante milenios ha sido el único recurso para la alimentación de los lactantes, y aquellos que se han visto privados de ella, han estado condenados a padecer muchas enfermedades.

La lactancia materna ha probado su eficacia a lo largo de las generaciones y gracias a ella la humanidad ha subsistido⁷.

La ciencia avanza, y en la actualidad, los organismos internacionales y los expertos en el tema plantean, como óptimo, una lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes y complementada hasta los dos años, pues aporta beneficios a las madres, a los niños, el ambiente, las familias y las comunidades⁷.

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuadas⁸.



1.LACTANCIA

La lactancia natural es un acto fisiológico, instintivo, natural y adaptativo de cada especie, es la forma de proporcionar el alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano del recién nacido; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los bebés deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, desarrollo y una salud óptimos.

A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, aquellos deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la LM hasta los dos años de edad. Esta actividad exclusiva puede practicarse desde el nacimiento, salvo el caso de algunas afecciones médicas, y si se practica sin limitaciones, propicia una abundante producción de leche.

Lactancia Materna Exclusiva (LME).

"Lactancia materna exclusiva" significa que el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos), lo cual hace que la orina sea diluida⁹.

Las recomendaciones de la OMS y de UNICEF sobre esta práctica son las siguientes: inicio de ella durante la primera hora después del nacimiento; LME durante los primeros seis meses; y ser continuada durante dos años o más, junto con una alimentación complementaria segura, adecuada desde el punto de vista nutritivo y apropiada para la edad, a partir del sexto mes.



En el caso de la Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año³, y el comité de la lactancia de la Asociación Española de Pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y UNICEF¹⁰.

Algunos estudios odontológico recientes indican que la falta de LM o un periodo corto se relaciona con la instauración de hábitos nocivos de succión y deglución, que puede conllevar a posteriores alteraciones dentales y maxilares.

Leche materna y etapas:

Tras el nacimiento del bebé, la glándula mamaria produce una especie de líquido amarillento y cremoso llamado calostro. Los senos se llenan de calostro en 30 horas como máximo después del parto. Entre 30 y 40 horas después hay un cambio rápido en la composición de la leche, con aumento de la concentración de la lactosa y del volumen de leche.

La leche materna y su precursor, el calostro, permiten la adaptación del recién nacido y su transición exitosa a la vida post-natal independiente.

El calostro es un alimento de alta densidad y pequeño volumen. Con relación a la leche madura, contiene menos lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles (B6, B12, tiamina, C) y más proteínas, vitaminas liposolubles (incluyendo E, A y K), además de sales minerales como sodio y zinc. Tiene una concentración tan alta de inmunoglobulinas y una serie de otros factores protectores, que puede ser descrito como “prescripción médica de la Naturaleza”, además de alimento natural.

Después evoluciona para leche madura entre 3 y 14 días después del parto. La leche madura posee decenas de componentes conocidos (agua, proteínas, grasa, lactosa, calcio, hierro, fósforo, sodio, zinc, vitaminas B6, B12, C y D).



Al tercer o cuarto día posterior al parto tiene lugar la subida de la leche (acumulación del lácteo en la mama), seguido de una semana se produce “leche de transición”, que es blanquecina, acuosa y rica en grasa, lactosa, vitaminas hidrosolubles y calorías. Luego de 3 a 6 semanas se estabiliza la emisión de “leche madura” (figura 4).

La leche humana está compuesta en el 88% por agua, la carga renal de solutos es 3 veces menor a la de cualquier fórmula comercial lo que permite que el riñón (que sólo tiene una capacidad de filtración del 25%), mantenga sus funciones adecuadas y el bebé no requiere ser hidratado con agua, té, jugos o fórmulas en lugares muy cálidos o calurosos.



Figura 4. Etapas de la leche¹¹



Destete.

Suspensión de la alimentación al pecho materno. El termino literalmente significa “quitar el seno” y se refiere a la suspensión de la leche humana por otros alimentos. La OMS recomienda que este proceso sea gradual a partir de los 6 meses.

Nutrición.

Es la ciencia que estudia los alimentos, nutrientes y otras sustancias presentes en ellos, su acción, interacción y balance en relación con la salud y la enfermedad, así como el proceso mediante el cual el organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta, utiliza y excreta las sustancias alimenticias. La misma comprende tres etapas fundamentales, alimentación, metabolismo y excreción.



2. APORTACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Es la forma más adecuada y natural. Las ventajas para el lactante son: superioridad nutricional, ausencia de agresión físico-química, antigénica, apoyo inmunológico específico e inespecífico, apoyo al crecimiento y desarrollo del tubo digestivo y prevención de morbimortalidad. Las ventajas para la madre son: recuperación física postparto, espaciamiento de los embarazos y menor probabilidad de cáncer mamario. Además, ofrece espacio para mayor interacción entre la madre y el niño, lo que influye en el establecimiento de vínculos afectivos y en el desarrollo psicomotor y promueve un mejor desarrollo buco-facial.

2.1 Cualidades nutricionales

Desde el punto de vista nutricional, la leche materna es superior a las fórmulas derivadas de la leche de vaca y de otras fuentes, ya que los nutrientes que contienen: proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y agua están en cantidad y proporción adecuados para lograr una máxima biodisponibilidad en el lactante menor de 1 año (figura 5).



Figura 5 Bebé con buena nutrición¹²



La usencia de antígenos alimentarios en la leche materna evita enfermedades alérgicas que afectan el aprovechamiento nutritivo de la alimentación del lactante. Los factores moduladores de crecimiento promueven el desarrollo de la mucosa intestinal, lo que evita el ingreso de proteínas extrañas, como macromoléculas que estimulan reacciones alérgicas.

2.2 Cualidades inmunológicas

La leche materna es mucho más que una simple colección de nutrientes, es una sustancia viva de gran complejidad biológica, activamente protectora e inmunomoduladora. No sólo proporciona protección exclusiva contra infecciones y alergias, sino que estimula el adecuado desarrollo del sistema inmunológico del bebé. También se le atribuye la prevención de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias, dos de las principales causas de muertes en infantes en el mundo, disminuye la posibilidad de padecer anemia aguda durante las primeras etapas de la vida y contribuye al adecuado desarrollo del sistema nervioso central (figura 6).

Los mecanismos de defensa del bebé son inmaduros, pero la profusión de sustancias inmunológicas y factores de crecimiento en el calostro y en la leche materna protegen la mucosa intestinal contra la invasión, modifica el medio ambiente intestinal, suprime el crecimiento de algunos microorganismos patogénicos, estimulan la maduración epitelial y aumentan la producción de enzimas digestivas.

Los componentes inmunológicos contenidos en la leche humana comprenden una variedad de elementos que asumen el rol de promover el desarrollo del sistema inmune del niño. Dentro de estos elementos encontramos poblaciones celulares como:



- a) Macrófagos: son abundantes en el calostro, expresan moléculas de activación, secretan factores inmunorreguladores tipo citocinas, y tienen actividad fagocítica¹³.
- b) Neutrófilos: estas células presentes en la leche humana, expresan altos niveles de marcadores o *cluster differentiation* (CD 11b) y bajos niveles de moléculas de adhesión como L-selectinam receptores que facilitan la marginación de estas células a los vasos endoteliales, y que tienen predilección por las respuestas inmunitarias inespecíficas *in situ*¹³.
- c) Linfocitos: predominan los linfocitos TCD8+ gamma-delta, lo cual sugiere que la glándula mamaria sea una localización selectiva para esta población, y aporte los elementos que actúan como barrera inmunológica hasta que los linfocitos T intraepiteliales del recién nacido alcancen su competencia funcional¹³.

Se ha establecido que en la maduración del sistema inmunológico tienen un importante rol las citocinas contenidas en la leche humana cuya principal fuente son las glándulas mamarias.



Figura 6 Bebé en consulta médica¹⁴



2.3 Factores psico-sociales

Se ha observado que los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor y mejor capacidad de aprendizaje. También hay muestras que bebés prematuros alimentados con leche materna tienen un coeficiente intelectual, medido a los ocho años, significativamente superior a los que no recibieron leche materna.

Investigaciones recientes muestran una mayor agudeza visual entre los niños que fueron amamantados comparados con los alimentos con fórmula¹⁵.

El contacto piel a piel favorece el apego y estimula la creación de vínculos de amor y seguridad entre la madre y el niño, permitiendo que éste afirme su presencia como persona a través de la interacción con su madre. Durante los 9 meses que vivió dentro del útero, se habituó al ritmo del corazón de la madre, el cual oír cada vez que esté siendo amamantado, lo cual le proporcionará una gran sensación de seguridad. Lo mismo ocurre al contacto corporal, pues la piel es el órgano sensorial primario del bebé y la experiencia táctil es esencial para su desarrollo. El privarlo de este contacto puede resultar en alteraciones físicas y emocionales.

Otro órgano de gran importancia es la boca, a través de la cual comienza a conocer y a relacionarse con el mundo, es sensible y capta las mayores sensaciones de placer y desagrado. Por eso se dice que el amamantamiento debe satisfacer las dos “hambres” del niño: la biológica, de la leche que suple las necesidades corporales, y la afectiva, de sentirse aceptado y querido (figura 7). El reflejo de la succión en la alimentación natural, constituye el intercambio más importante con el exterior. A través de esa acción, no solo se alimenta, sino que recibe la sensación de euforia y bienestar al satisfacer aquellos requisitos de seguridad y amor. El establecer contacto físico (táctil, sonoro, bucal), es gratificante para él y



para su madre. Esta satisfacción inicial permanece activa e influyente en toda su vida emocional e intelectual futura.

Es por ello que se considera que la interacción del niño o la niña durante los primeros días, semanas y meses con sus padres, y la formación de las bases de su personalidad y seguridad en sí mismo, están estrechamente ligadas al amamantamiento. Teniendo repercusiones positivas durante toda la vida, tanto en la conducta, expresión oral e interacción social.

Con relación a la madre, la leche materna, además de ser más económica, fácil y práctica, favorece la relación con el bebé, manteniendo tanto el equilibrio psicológico como proporcionando la sensación de placer y fortaleciendo el amor por el bebé. Acelera la involución uterina, previene la hemorragia post-parto, disminuye la incidencia de cáncer y otras enfermedades mamarias.



Figura 7 Conexión emocional ente madre e hijo¹⁶



2.4 Funciones buco-dentales

El seno permite un ejercicio fisioterapéutico necesario para el desarrollo del sistema estomatognático. A través del amamantamiento, la mandíbula se posiciona anteriormente (figura 8); algunos músculos masticatorios como el temporal (retrusión), el pterigoideo lateral (propulsión) y el milohioideo (deglución) inician su maduración y reposicionamiento; la lengua estimula el paladar, evitando que la acción de los buccinadores sea perturbadora; y el orbicular de los labios se muestra eficiente en la orientación del crecimiento y desarrollo de la región anterior del sistema. Así, hay integración entre la recepción de estímulos correctos y las respuestas adecuadas, que conducen al crecimiento y desarrollo normales de los componentes de dicho sistema.

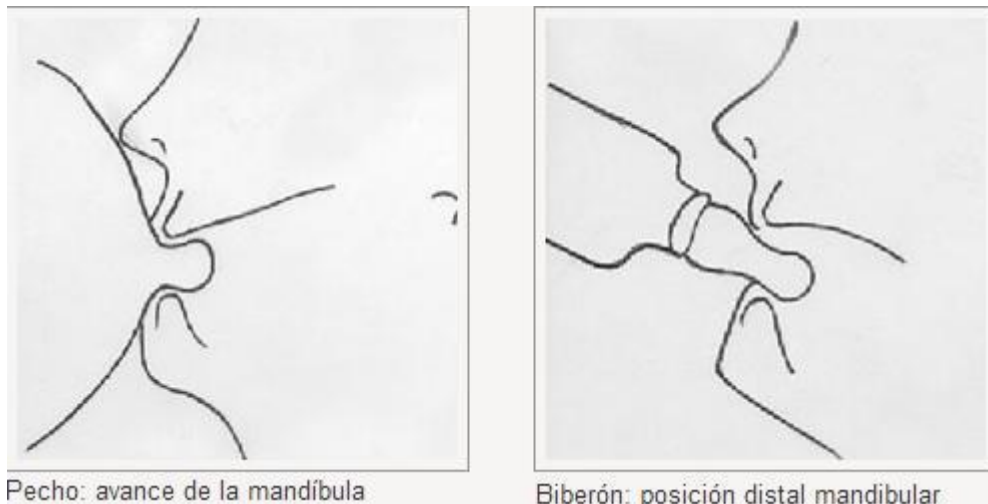


Figura 8 Posición anterior de la mandíbula¹⁷

Las funciones bucales neonatales son aquellas presentes desde el nacimiento y vitales para la sobrevivencia del bebé. Son la respiración, la succión y la deglución infantil²⁰.

Según Enlow (1975) la actividad neuromuscular es clasificada en:



a) Reflejos no condicionados. Que son aquellos presentes al nacimiento y que deben operar en la región orofaríngea del recién nacido para que éste sobreviva¹⁹.

b) Reflejos condicionados: que son aquellos que surgen durante el crecimiento y desarrollo normales, como por ejemplo la deglución madura y la masticación, o los reflejos aprendidos, que pueden ser deseables o indeseables, como es el caso de la succión del pulgar¹⁹.

Es así que, al nacimiento, la sensibilidad táctil es mucho más desarrollada en la región de los labios y de la boca que en los dedos (figura 9). El bebé lleva los objetos a la boca para ayudarse en la percepción del tamaño y de la textura. Las funciones bucales en el recién nacido son primariamente orientadas por el estímulo táctil local, particularmente en la región anterior de la lengua y en los labios. A esta edad, la lengua no es autoguiada, siguiendo la sensación superficial. Ésta se posiciona ente los rebordes qingivales, reposando muchas veces entre los labios, donde ejecuta mejor su función sensorial¹⁹.



Figura 9 Sensibilidad táctil²⁰



La relación primaria del recién nacido con su ambiente ocurre a través de la boca, faringe y laringe. En esos lugares se encuentra gran concentración de receptores, que se estimulan regulando la respiración y el amamantamiento determinando la posición de la cabeza y cuello durante la ejecución de estas funciones¹⁹.

Los niños amamantados tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños que reciben biberón.

El amamantamiento no es un fin en sí, sino un medio para lograr el satisfacer la necesidad de alimentarse para sobrevivir. El alimento, en este caso la leche, que ya pasó del seno materno hacia el interior de la boca debe dirigirse hacia el estómago por lo que se requiere de un complejo llamado deglución.

La deglución es el paso del bolo alimenticio o de la saliva, de la cavidad bucal al estómago. Es una función biológica y coordinada, constituida por una conexión neurológica y un mecanismo sinérgico y antagónico de acciones musculares, regidas por arcos reflejos. Es un acto continuo y de ejecución rápida^{18,19}.

En un “recién nacido es un sistema cerrado sobre sí mismo o sobre un elemento exterior (pezón, biberón o dedo), donde la lengua desempeña el papel de un verdadero pistón, el cual es activado por el sistema hiolingual, que se desplaza de manera rítmica combinando movimientos sagitales y verticales, con una duración de cada bombeo de tres segundos aproximadamente”. Aproximadamente un niño deglute una vez cada 2 ó 3 segundos^{18,19}.

Para que haya deglución se requiere de una cierta presión del músculo orbicular de los labios y de la contracción del buccinador, además de la activación de los músculos linguales y la elevación del paladar blando



para formar el vacío dentro de la cavidad bucal; la presión del orbicular de los labios debe producirse hacia y contra el seno materno^{18,19}.

Cuando la boca está cerrada –en reposo– la lengua llena por completo la cavidad bucal. La presión en la cavidad bucal disminuye si la mandíbula y la lengua tiran hacia abajo y atrás (recordemos además que no hay comunicación entre el medio bucal y el externo); durante esto, se forma un espacio en el cual penetra la leche del pecho de la madre (figura 10 y 11).

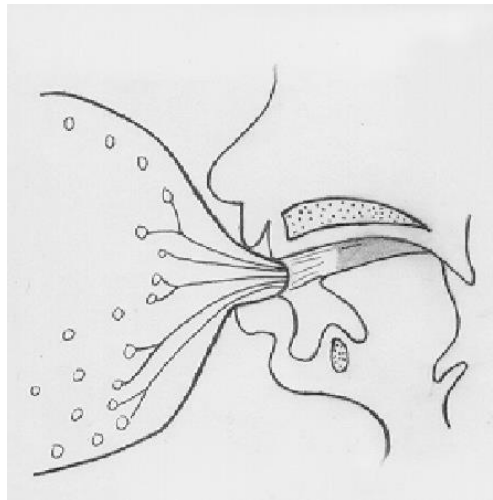


Figura 10 Primera fase del amamantamiento²¹

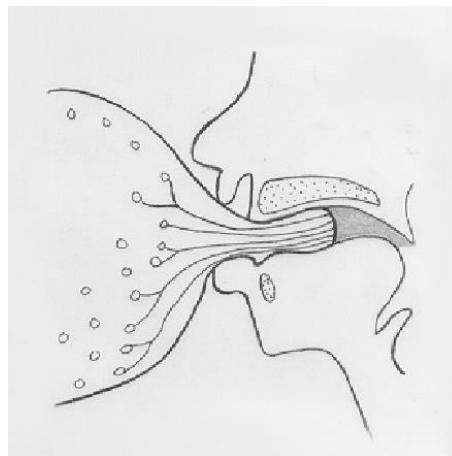


Figura 11 Segunda fase del amamantamiento²²



Al realizar este movimiento, la presión en la cavidad bucal puede ser inferior a la atmósfera. Durante la deglución el pasaje nasal se encuentra abierto, pues el recién nacido es en esencia un respirador normal. Esto no ocurre con el uso del biberón donde el bebé no tiene necesariamente un cierre hermético de los labios, favoreciendo así la respiración bucal.

Cuando el bebé es amamantado, refuerza y mantiene el circuito de respiración nasal fisiológico ya que succiona, deglute y respira por la nariz con una correcta sincronización, sin posibilidad de respirar por la boca, la situación de la laringe es muy alta, lo que le permite la respiración y la deglución simultánea. Al respirar por la nariz, hacemos que el suelo de las fosas nasales se expanda y, a su vez, el maxilar tenga un correcto desarrollo transversal, o no se comprima.

La lengua influye en la forma del paladar haciéndolo más redondo y plano (figura12).

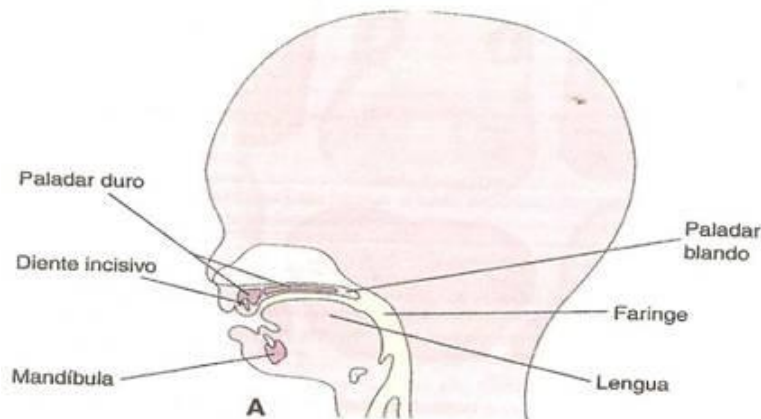


Figura 12 Posición de la lengua²³



Si el bebé respira por la boca, deja excitar las terminaciones neuronales de las fosas nasales. El aire llega a los pulmones por una vía mecánicamente más corta y fácil. Dando inicio a una atrofia funcional relativa a la capacidad respiratoria y al desarrollo de las fosas nasales y sus anexos. Esto repercute en el desarrollo del maxilar superior¹⁹.

Al ser llevada la leche hacia la laringe, el paladar blando se deprime para luego contraerse al pasar el líquido; pues debe cerrar el paso hacia la nasofaringe. El dorso de la lengua que ya a llevó a la leche hasta este punto, junto con la contracción peristáltica de la musculatura de la faringe, le da el “empujón” final hacia la laringofaringe¹⁸(figura 13).

La actividad muscular cierra la laringe y las epiglotis quedan horizontales, obliterando la laringe en su parte superior. Por una fracción de segundo la respiración se interrumpe. Para abrir la luz de la faringe, la laringe realiza movimientos hacia adelante y hacia arriba¹⁸.

Debido a la diferencia de presión y por los movimientos peristálticos, el contenido se dirige hacia el esófago. La epiglotis regresa a su posición normal, el paladar blando se deprime normalizándose el paso del aire¹⁸.

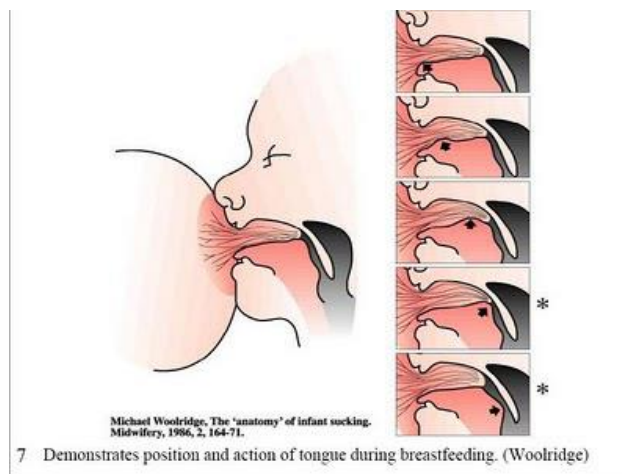


Figura 13 Movimientos de la lengua²⁴



- Los labios del bebé se voltean para hacer un perfecto sello alrededor de la areola.
- El pecho introducido en la boca del bebé de forma correcta se estira lo suficiente hasta el punto en el que el paladar duro se hace blando gracias al movimiento de elevación de la lengua posterior, que permite realizar al bebé su aspiración.
- Una vez estabilizado el pecho se inicia el movimiento de compresión con la parte anterior de la lengua y la elevación de la mandíbula sobre el pecho. Se crea una presión positiva que permite que salga la leche de los conductos, ayudada por el reflejo de eyección.
- La leche que sale es empujada hasta la garganta con movimientos peristálticos de la lengua desde su parte más anterior hasta la posterior, como si fueran una ola. Cuando la leche cae en la garganta del bebé es deglutida.
- Cuando la mandíbula baja de nuevo se vuelven a rellenar los conductos gracias a la presión negativa y todo el proceso vuelve a empezar. En ningún momento el pecho entra en contacto con la encía, gracias al grosor de la lengua, impidiendo que el pecho reciba daño o irritación.

Cuando la respiración bucal no es tratada, ésta va a influenciar las direcciones del crecimiento facial (Van Der Linder, 1990), además de alterar el patrón de funcionamiento de la musculatura bucofacial. Es así que en el respirador bucal los labios se mantienen etreabiertos, hay retracción del labio superior e hipotonía labial superior. La presión resultante del paso del aire por la boca hace que el paladar se vuelva profundo o también llamado paladar ojival y haya una atresia o falta de crecimiento transversal del



maxilar. Como consecuencia de la atresia maxilar, se puede desarrollar una maloclusión caracterizada por mordida cruzada posterior y alteración de la postura lingual, que, por falta de espacio en el paladar, se posiciona en el piso bucal¹⁹.

En el bebé, el refuerzo de manutención de la respiración nasal puede ser estimulado a través del amamantamiento natural, en vez del uso del biberón. Según Planas (1988), la lactancia materna, a través de la succión, además de estimular el crecimiento antero-posterior de la mandíbula, refuerza el circuito neuro-fisiológico de la respiración nasal, excitando las terminaciones neuronales de las fosas nasales, repercutiendo favorablemente en el desarrollo del maxilar. Esto se da porque durante el amamantamiento natural el bebé no suelta el seno y por lo tanto mantiene la respiración nasal, en sincronía con el acto de succión.

El amamantamiento favorece el movimiento muscular que el bebé debe realizar con la mandíbula y la lengua, influyendo en el crecimiento sobre los huesos y músculos craneofaciales, y contribuyendo al buen desarrollo de los maxilares, esto se debe a que habrá un avance mandibular hacia mesial con respecto al maxilar superior, nombrándose primer avance fisiológico de a oclusión, obteniéndose una mejor relación entre los huesos maxilares (figura14).



Figura 14 Posicionamiento mandibular²⁵



La maduración de la musculatura y de la articulación temporomandibular, dará una mayor estabilidad a la mandíbula relacionada funcionalmente con la lengua y los labios influyendo en el crecimiento vertical del reborde alveolar. Con ello la ejercitación de los músculos masticatorios y faciales al lactar, disminuyen al 50 por ciento los indicadores de maloclusiones (malas mordidas).

En la salud bucodental.

- Crecimiento del tercio medio de la cara, el bebé como respirador nasal al lactar estimula con la respiración las terminaciones nerviosas de la mucosa nasal fomentando el crecimiento del tercio medio¹⁹.
- Proyección pósterio-anterior mandibular, disminuyendo a los 6 mm fisiológicos de retrognatismo mandibular¹⁹.
- Disminución en la producción de caries dental por retraso en la introducción de alimentos con potencia cariogénico. Estudio comparan bebés alimentados con biberón con bebés amamantados naturalmente, han encontrado una mayor incidencia de caries de infancia temprana en los primeros (Walton M, 1981; Ano S. 1986; Cleaton-Jones, 1993). Las enzimas lactoperoxidasa y lactoferrina presentes en la leche materna reducen el recuento bacteriano en la cavidad bucal. De la misma manera, las inmunoglobulinas inhiben las bacterias causantes de la caries dental. Se ha visto que la leche materna *in vitro* incrementa la formación de esmalte. El pH salival durante la LME es adecuado para la no formación de caries.
- El hábito de succión digital puede instaurarse más fácilmente en bebés que no han sido amantados o que sufrieron un retiro precoz del mismo, esto debido a que la etiología principal de este hábito es la insatisfacción emocional por parte del bebé. Navarro y Duharte mostraron en un estudio realizado en 78 madres y sus niños de 2 a 4 años de edad, una relación inversa entre el tiempo de lactancia y los hábitos bucales nocivos¹⁹.



- Al ser amamantado el bebé puede controlar los tres factores considerados para un “equilibrio estomatognático”: longitud del pezón, flujo del líquido y flexibilidad del recién nacido. La dureza y la forma de los chupones no le permiten este control¹⁹.

Es necesario recordar las palabras de Pedro Planas, Padre de la Neuroclusión:

- ¿Por qué la mala oclusión? Por falta de espacio.
- ¿Por qué la falta de espacio? Por falta de función.
- ¿Por qué la falta de función? Por falta de estímulo neurológico.
- ¿Por qué la falta de estímulo neurológico? Por falta de amamantamiento.



3.FACTORES DESENCADENANTES DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Existe muy limitada información sobre las causas del destete precoz, lo que impide definir las intervenciones que pudieran ser más costo-efectivas. Se ha descrito que en diversos países han identificado que la duración de la LME se relaciona fundamentalmente con la edad materna, nivel socioeconómico, tabaquismo, consejería en lactancia, uso de chupón, jornada laboral y algunas características del recién nacido.

Aunque el abandono de la LME natural constituye uno de los problemas de salud que más atención recibe en estos momentos en el mundo; ya que este fenómeno que se desarrolla con gran rapidez en los países ocasiona serias consecuencias en la salud de los niños en edades tempranas, aumentando la morbilidad y mortalidad infantiles, y aumentando el riesgo de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta.

En contraste con las ventajas de la lactancia materna, es notable la disminución creciente de su práctica en países el desarrollo, tanto en áreas urbanas como en las rurales. Los factores que se han asociado con su abandono son diversos y difieren de acuerdo con el sitio de residencia, las características socioeconómicas y culturales. En América Latina es notorio que un mejor nivel socioeconómico, una mayor escolaridad materna y el trabajo fuera del hogar se asocian a porcentajes mayores de abandono temprano de esta práctica²⁶.

La duración de la práctica ha sido asociada positivamente a la edad, al nivel de estudios y a la experiencia anterior de la madre y negativamente con el bajo peso del recién nacido, el parto por cesárea, la aparición de problemas durante la lactancia, la influencia familiar negativa y la incorporación materna al trabajo remunerado. Todo esto hace que en la actualidad exista la tendencia cada vez mayor del destete precoz, muchas



veces por el desconocimiento de las ventajas que ofrece la leche humana (figura 15).



Figura 15 Destete precoz²⁷

Cuando la madre elige la forma mediante la cual va alimentar a su bebé está expresando, también, influencias de la sociedad, de su estilo de vida, de su historia personal y de su personalidad. Actualmente, la mujer tiene un papel más activo en la sociedad, que, asociado a la influencia del proceso tecnológico, principalmente de la industria de alimentos, han hecho con que muchas madres, sin ningún motivo, recurran a la lactancia artificial. Además de eso, muchas mujeres tienen recelo de alterar las estéticas de sus senos debido al amamantamiento. Tales hechos realzaron la importancia del biberón como objeto que cubre las necesidades de la madre, pero manteniendo cierto alejamiento y no involucramiento con el bebé.

Es común encontrar madres diciendo: “no amamanté porque no tengo buen pezón para dar leche”, “no pude amamantar porque mi leche es débil”, “mi hijo no aceptó mi leche”, “tuve fisuras, mastitis, etc”: son algunas de las justificaciones para no amamantar, por lo cual es necesario un trabajo para concienciar a los profesionales responsables para que las



IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN ODONTOPEDIATRÍA



futuras madres reciban información y motivación, apoyo en dudas y ansiedades.

Al respecto, en nuestro país en los últimos 30 años se ha sufrido un deterioro importante, caracterizado por una disminución progresiva de la LME, la reducción a menos de 50% de la lactancia parcial a los tres meses de edad y una introducción cada día más temprana de los sustitutos de la leche materna²⁶.



4.HIGIENE DESPUÉS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Antes de que erupcionen los primeros dientes, se debe empezar con la estimulación oral para acostumbrar al bebé a la manipulación de la boca y la limpieza, lo usual es hacerse una vez al día, se puede utilizar dedos de silicona o una gasa humedecida en agua limpia.

Durante muchos años se ha reconocido que después de que inicia la erupción de los dientes deciduos la alimentación prolongada de biberón o pecho es a menudo asociada con la caries de la primera infancia. Sobre todo, si no existe una higiene oral adecuada y/o si los factores protectores de la saliva se encuentran reducidos, como ocurre durante el sueño.

Por ello no es recomendable que el bebé ingiera leche durante el sueño, ya que está demostrado que es un factor de riesgo de la caries en la infancia precoz (CIP), en caso de que el niño se quede dormido mientras es alimentado, es de gran importancia limpiar la cavidad bucal antes de acostarlo (figura).



Figura 16 Bebé durmiendo después del amantamiento²⁸



Una correcta higiene oral es el factor clave para la prevención de CIP y, por ello, se debe informar a la familia sobre la importancia de este hábito y lo perjudicial que es que el niño duerma con residuo alimentarios (figura 17).

Cuanto más temprano se empiece con la higiene oral, menores son las probabilidades de que el infante desarrolle caries. La higiene bucal infantil es responsabilidad de los adultos, al menos hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada para efectuar estos procedimientos, nunca antes de los 5 años. Se considera que el niño es autónomo a partir de los 8-10 años de edad, y a partir de ese momento y hasta la adolescencia es recomendable una supervisión de higiene oral nocturna.



Figura 17 Higiene bucal para el bebé²⁹

Los incisivos mandibulares por lo general no son afectados. Una plática con los padres a menudo revela un patrón de alimentación inadecuada: el menor ha sido puesto a dormir la siesta de la tarde y/o por la noche con un biberón con leche o una bebida que contiene azúcar. El niño se queda dormido, y el líquido se almacena alrededor de los dientes (los



dientes anteriores inferiores tienden a ser protegidos por la lengua). Parecería que el líquido que contiene carbohidratos provee un excelente medio de cultivo para microorganismos acidogénicos. El flujo salival también se reduce durante el sueño, y la limpieza del líquido de la cavidad oral se hace más lenta.

Gardner y colegas reportan cuatro casos clínicos en los cuales fue observado el mismo patrón de caries, y en cada niño la condición fue atribuida a un hábito específico de la lactancia materna. Los investigadores recomiendan que, desde el nacimiento, el bebé debe ser sostenido mientras es alimentado. Al niño que se queda dormido durante la lactancia se le tiene que generar el eructar y luego ser colocado en la cama. Además, los padres comenzarán a cepillar los dientes del niño tan pronto como estos erupcionen.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica respalda la declaración política de la Academia Americana de Pediatría sobre la lactancia materna y el consumo de la leche materna. Sin embargo, ambas organizaciones desalientan la alimentación prolongada o de frecuencia excesiva (del pecho o biberón) y fomentan las medidas de higiene oral adecuadas para lactantes y niños pequeños.

La mayoría de las madres que dan pecho a demanda durante la noche, momento de mayor susceptibilidad al ataque bacteriano porque el flujo de saliva es casi nulo, no limpian los dientes después de la toma, aumentando el riesgo del bebé al combinar la ausencia de higiene oral con la presencia de un sustrato (leche) sobre la superficie dental.

Algunos padres se confunden por sugerencias contradictorias que reciben de parientes, vecinos y amigos. En la sociedad moderna la amenaza a la salud es muy compleja y el conocimiento científico cambia muy rápido. Por ello es importante para la profesión odontológica inspirar confianza en temas vinculados con prácticas alimenticias y de salud dental.



Con relación a su posible potencial cariogénico, la LM como solución azucarada es capaz de proveer la desmineralización del esmalte, siempre que este se mantenga como sustrato disponible durante ocho horas seguidas.

El lactante debe ir a consulta con el odontopediatra tras la erupción de los primeros dientes o, en su defecto, en el transcurso del primer año de vida, con el fin de establecer un “hogar dental” (figura 18). En esta visita se determinará el riesgo de caries, se ofrecerá a los padres una orientación temprana y se evaluará la necesidad de aplicaciones de flúor en función del riesgo; todo ello con el fin de lograr una óptima salud bucal desde la infancia. Cabe recordar que la instauración de una actuación precoz se basa en evitar una necesidad futura, con la cual el enfoque de este tipo de odontología es preventivo y no curativo.



Figura 18 Visita al Odontólogo³⁰



CONCLUSIONES

A pesar de los cambios sufridos en la aceptación y rechazo por la lactancia materna desde la antigüedad, se puede concluir con satisfacción que la leche materna ha sido y será, el alimento universal, difícil de superar por algún otro y el más adecuado para el recién nacido.

La lactancia es una forma de facilitar el primer alimento que el recién nacido debe consumir desde sus primeras horas, con sus beneficios es ideal para el crecimiento, la nutrición y la inmunidad que el organismo del bebé requiere, también para un desarrollo psicosocial hace una aportación importante desde el primer momento de contacto con la madre. Con lo cual, estas aportaciones harán que el bebé tenga una vida saludable de tal manera que a futuro sea un adulto sano.

Con la lactancia materna podemos evitar enfermedades diarreicas e infecciones propias de la infancia, puesto que sus nutrientes que aporta están diseñados para ser de la calidad y la cantidad que el bebé requiere, además ayudará a un desarrollo físico y mental e intelectual que se puede comparar con niños que no fueron amamantados correctamente.

Esta práctica también trae grandes beneficios a la madre, la familia y la sociedad, siendo ésta la forma más económica de alimentar a un recién nacido.

Es importante educar a los padres y a la sociedad, nosotros como cirujanos dentistas, sobre la importancia que la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida, pues es la fuente fundamental en el desarrollo óptimo maxilofacial que conllevará a una oclusión correcta, una respiración adecuada, evitar algún tipo de hábito nocivo y hará que tenga una deglución normal.

Hay factores que desencadenan el abandono de la lactancia por lo cual los profesionales de la salud que atienden a niños menores de 1 año



IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN ODONTOPEDIATRÍA



debemos hacer un trabajo arduo para que esto termine, habiendo la conciencia en la madre de la importancia y beneficios que aporta la práctica.

Los niños que son alimentados por medio de la madre presentarán una protección contra alergias, enfermedades auto inmunes, conductuales y una baja prevalencia de caries, siempre y cuando la madre esté educada y concientice de la limpieza que la cavidad bucal del bebé requiere después de ser amamantado.

Dando así una mejor calidad del bebé, para tener un niño sano y un adulto con una salud favorable.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barriuso L., Miguel M. de, Sánchez M.. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2015 Agt 20] ; 30(3): 383-391. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000500007&lng=es.
2. Passarelli I. Lactancia Materna: su importancia en los primeros seis meses de vida. Centro de Estudios Internacionales para el Desarrollo. 2009 Abr Disponible en : http://www.ceid.edu.ar/biblioteca/2009/irma_passarelli_lactancia_materna.pdf
3. Becerra Bulla Fabiola, Peña Álvarez Diana Carolina, Puentes Valencia Vanesa Angélica, Rodríguez Cepeda Diana Estella. LACTANCIA MATERNA: Una revisión de la evaluación de esta práctica a través del tiempo. El caso de algunas comunidades indígenas en Colombia. rev.fac.med. [serial on the Internet]. 2009 July [cited 2015 Agy 20] ; 57(3): 246-257. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112009000300006&lng=en.
4. <http://gruposiron.ning.com/group/eterno-principio-femenino/forum/topics/la-lactancia-necesidad-divina-y-humana>
5. <http://www.histqueb.net/expositos/nodrizas.htm>
6. <http://cocinaconmimitos.com/el-regalo-de-la-lactancia-materna/>
7. Quintero Fleites Eva Josefina, Roque Peña Pablo, de la Mella Quintero Sara Fe, Fong Zurbano Gustavo. Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. Medicentro Electrónica [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2015 Oct 13] ; 18(4): 156-162. Disponible en:



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000400003&lng=es.

8. Lactancia Materna. Unicef.org. Hallado en http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
9. Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante. Organización Mundial de La Salud. Hallado en: http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/
10. Cáceres Fernández William, Reyes Santana Marlene de la Caridad, Malpica Alonso Ernesto, Álvarez Alonso Liuva, Solís Molinet Liliet. Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2015 Agt 20] ; 29(3): 245-252. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000300003&lng=es
11. <http://www.vivavive.com/8-mitos-sobre-la-lactancia-materna/>
12. <http://www.institutodebiomedicina.com/lactancia-bebe.php>
13. La Rosa Hernández Deyanira, Gómez Cabezas Enrique José. Impacto de la lactancia materna en la vacunación infantil. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2013 Mar [citado 2015 Oct 13] ; 85(1): 76-88. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000100008&lng=es.
14. <http://www.top10de.com/las-10-razones-mas-importantes-de-la-lactancia-materna/>
15. Capítulo 7 Lactancia Materna. Depósito de documentos de la FAO. Hallado en <http://www.fao.org/docrep/006/W0073S/w0073s0b.htm>
16. <http://www.clinicadresfombella.com/blog/lactancia-materna-y-salud-bucal-del-beb>



17. <http://www.clinicadresfombella.com/blog/lactancia-materna-y-salud-bucal-del-beb>
18. Elías Podesta M., Arellano Sacramento C. Odontología para bebés Fundamentos Teóricos y prácticos para el clínico. 1ª ed. Madrid, España: Editorial Ripano, 2013
19. Nahás Pires Correa M. Odontopediatría en la primera infancia. 1ª ed. Sao Pablo, Brasil: Editorial Gen Grupo Editorial Nacional, 2009
20. <http://madreshoy.com/la-teoria-de-la-sexualidad-en-los-ninos-segun-s-freud/>
21. http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord07199.htm
22. http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord07199.htm
23. <https://doulatelde.wordpress.com/2011/05/13/funcion-y-movimientos-de-la-lengua-en-la-lactancia-materna/>
24. <http://www.monografias.com/trabajos63/alteraciones-paladar/alteraciones-paladar.shtml>
25. <http://footage.framepool.com/es/shot/730348030-boca-abierta-susceptible-vulnerabilidad-desamparo>
26. Navarro-Estrella M., Duque-López M., Trejo y Pérez J. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Rev. Salud Pública de México. Vol.45, no.4, julio-agosto de 2003
27. <http://www.nombrespe.com/consejos-2/ventajas-de-alimentar-con-biberon-al-bebe.html>
28. <http://www.braunhousehold.com/es-es/centro-de-nutricion-para-bebes/recipes-for-your-baby-and-toddler/stage-1-until-6-months>
29. <http://www.voyasermama.com.ve/higiene-bucal-del-bebe-como-y-cuando-realizarse/>
30. <http://cotibella.com/2014/08/15/504/>
31. http://salud.edomexico.gob.mx/html/importancia_lactancia.htm



32. Urquizo Arestegui R. Lactancia Materna Exclusiva ¿Siempre?. Simposio Nutrición En La Gestación y la Lactancia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.
33. Pinkham J.R. Odontología Pediátrica 3^a.ed. Cd. México: Editorial McGraw-Hill, 2001. Pp.219-225
34. Barceló Canto E. Odontología para bebés. Estrategia de prevención. 1^a ed. México: Editorial Trillas, 2007
35. Pino V José Luis, López E Miguel Ángel, Medel I Andrea Pilar, Ortega S Alejandra. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2013 Mar [citado 2015 Oct 14]; 40(1): 48-54. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182013000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182013000100008>.
36. Martínez Rubio A.. Desde la lactancia materna al destete y alimentación en la infancia y la adolescencia: ¿qué estamos haciendo?, ¿qué hay de nuevo?. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en la Internet]. [citado 2015 Oct 14]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000400003&lng=es.
37. Niño M Rosa, Silva E Gioconda, Atalah S Eduardo. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2012 Abr [citado 2015 Oct 14]; 83(2): 161-169. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000200007>.
38. Basain Valdés José María, Pacheco Díaz Lázara Cecilia, Valdés Alonso María del Carmen, Miyar Pieiga Emilia, Maturell Batista Alicia. Duración de lactancia materna exclusiva, estado nutricional y



- dislipidemia en pacientes pediátricos. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2015 Jun [citado 2015 Oct 13] ; 87(2): 156-166. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000200003&lng=es
39. Díaz-Argüelles Ramírez-Corría Virginia. Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2015 Oct 13] ; 77(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000200005&lng=es.
40. Juez G G. Lactancia Materna. Lactancia Materna Ventajas Generales y Nutricionales Para el Niño Menor de 1 Año. Hallado en: <http://www.elgotero.com/Arcivos%20PDF/Lactancia%20Materna%20Ventajas%20Generales%20y%20Nutricionales%20Para%20el%20Ni%C3%B1o%20Menor%20de%201%20A%C3%B1o.pdf>
41. MENDOZA ALFREDO, ASBÚN PAOLA, CRESPO A ANDREA, GONZALES SUSANA, PATIÑO ROSA. Relación de la Lactancia Materna y Hábitos de Succión no Nutritiva con Maloclusión Dental. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2010 Abr [citado 2015 Oct 14] ; 81(2): 174-175. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000200012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062010000200012>.
42. Cameron A., Widmer R. Manual de Odontología pediátrica 3ª ed. España: Editorial Elsevier, 2010
43. Crivello Junior O. fundamentes de Odontología. Odontopediatria. 1ª ed. Sao Pablo: Livraria Santos Editora. 2011
44. Bordoni N., Escobar Rojas A., Castillo Mercado R., Odontología Pediátrica La Salud bucal del niño y el desarrollo en el mundo



actual. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana, 2010

45. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_12.pdf
46. Pinilla Gómez Elvinia, Domínguez Nariño Claudia Consuelo, García Rueda Alexandra. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2014 Ene [citado 2015 Oct 19] ; 13(33): 59-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100004&lng=es.
47. Espinoza Cadima C., Zamorano Jiménez C., Graham Pontones S., Orozco Gutiérrez A. Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres meses de vida. Trabajo de investigación. *Rev. Anales Médicos Asociación Médica Centro Médico ABC* vol. 59, Num.2 Abr-Jun 2014 p.120-126
48. McDonald R., Avery D., *Odontología para el niño y el adolescente*. De McDonald y Avery. 9ª ed., Nueva York Editorial Elsevier 2014 Pp. 182-185
49. Coronado Iglesias M., Sánchez Negrin O., Rodríguez Mendiola A., Gorrita Pérez R. Causas de Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva de los Seis Meses en San José de las Lajas. Ministerio de Salud Pública. Filial Ciencias Médicas de la Habana. Hospital General Docente Leopoldito Martínez. San José de las Lajas.
50. Palma, A. Cahuana, Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. *Acta Pediátrica*. Hallada en: <http://www.odontologiaparabebes.com/pdf/Guia%20para%20la%20salud%20bucal.pdf>
51. <http://odontologiaparabebes.com/lactancia.html>
52. Urgellés Pérez Yanelis, Abellas La O María Arsenia. Algunas consideraciones sobre la alimentación del lactante para la conservación de su salud bucal. *MEDISAN* [revista en la Internet].



IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN ODONTOPEDIATRÍA



2012 Abr [citado 2015 Oct 18] ; 16(4): 596-605. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400013&lng=es.

53. http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/