



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

“Efecto de un programa activo de educación para la salud sobre los conocimientos de los padres para el cuidado de la salud bucal de lactantes”

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

PRESENTA:

C.D. Jacqueline Canela Nila

DIRECTOR DE TESIS: MO. Silvia V. Servín Hernández

ESP. Laura Elena Allende Trejo

ASESOR DE TESIS: Dr. Víctor Mendoza Núñez



Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2017



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.

Agradecimientos

Agradezco a la MO. Silvia V. Servín Hernández y ESP. Laura Elena Allende Trejo por compartir su tiempo y enseñanzas conmigo, al Dr. Víctor Mendoza Núñez por todo su apoyo en la metodología de esta investigación, a la Dra. Raquel Retana Ugalde por el apoyo brindando en el análisis estadístico y a la Lic. Nallely Canela Nila por su ayuda en el campo pedagógico.

Dedicatorias

Dedico este trabajo a mis padres, a quienes quiero y agradezco todo, a mi tía Elena que sin su apoyo no estaría en este posgrado, a mi hermana por saber compartir y escuchar y, en especial, a Mario por todo el apoyo a lo largo de estos últimos años, no estuviera aquí sin ustedes, gracias.

Índice

| | |
|--|----|
| I. Resumen. (Abstract) | 6 |
| II. Introducción | 8 |
| III. Marco teórico | 9 |
| III.1. Educación participativa | 10 |
| III.2. Promoción de la Salud | 12 |
| III.3. Lactante | 17 |
| III.4. Desarrollo de la dentición | 18 |
| III.4.1 Alteraciones del desarrollo | 21 |
| III.5. Alimentación | 26 |
| III.5.1. Lactancia materna | 26 |
| III.5.3. Lactancia sustituta | 31 |
| III.5.4. Alimentación complementaria | 33 |
| III.6. Higiene bucal | 36 |
| III.6.1. Pasta dental | 38 |
| III.6.2. Uso de flúor | 38 |
| III.6.3. Fosfato de caseína | 39 |
| III.7. Hábitos perniciosos | 40 |
| III.7.1. Succión digital | 41 |
| III.7.2. Deglución atípica | 42 |
| III.7.3. Succión labial | 43 |
| III.7.4. Respiración bucal | 44 |
| III.8. Primera visita estomatológica | 46 |
| III.8.1. Caries dental | 47 |
| IV. Planteamiento del problema | 49 |
| V. Hipótesis | 50 |
| VI. Objetivo | 51 |
| VII. Material y Métodos | 52 |
| VII.1. Tipo de estudio | 52 |
| VII.2. Población de estudio | 52 |

| | |
|----------------------------------|----|
| VII.3. Criterios..... | 53 |
| VII.4. Variables..... | 54 |
| VII.5. Técnicas..... | 56 |
| VIII. Análisis Estadístico | 57 |
| IX. Resultados | 58 |
| X. Discusión..... | 65 |
| XI. Conclusiones..... | 70 |
| XII. Perspectivas..... | 71 |
| XIII. Referencias..... | 72 |
| XIV. Anexos | 76 |

I. Resumen

Antecedentes: La educación, como un método estratégico para la promoción y prevención, pretende producir un cambio de actitud y una mejora en el campo de la salud. Existen diferentes métodos de enseñanza como los programas activos de educación; estos crean un ambiente de aprendizaje idóneo que impactará en el conocimiento de temas de relevancia utilizando diferentes medios como videos, imágenes, presentaciones y réplicas; además, proporcionan un conocimiento significativamente más benéfico y fácil de aplicar para la creación de hábitos saludables en cuanto a la salud bucal de lactantes.

Objetivo: Determinar el efecto de un programa activo de educación para la salud sobre los conocimientos de los padres para el cuidado de la salud bucal de lactantes.

Metodología: Se realizó un estudio con una muestra de 70 padres voluntarios divididos en dos grupos: (i) Grupo experimental. Participó en el programa activo de educación para la salud (curso taller *ad hoc*) en dos sesiones de 90 minutos cada una; (ii) Grupo control. Recibió información general de educación para la salud de manera verbal y un cuadernillo informativo para su lectura. Ambos grupos fueron previamente evaluados sobre su nivel de conocimientos para el cuidado de la salud bucal de lactantes y después de siete días de la intervención educativa. Los datos fueron analizados a través de la prueba de ANOVA de medidas repetidas con el programa SPSS V.25.0.

Resultados: Se encontró un aumento estadísticamente significativo en el puntaje del nivel de conocimientos para el cuidado de la salud bucal de lactantes en el grupo que participó en el programa activo de educación para la salud (preintervención: 7.51 ± 1.541 vs. postintervención: 11.86 ± 1.141 , $p < 0.001$) en comparación con el Grupo control (preintervención 7.63 ± 1.395 vs. postintervención: 8.71 ± 1.296 , $p > 0.05$). Con relación a la edad de los padres, años de estudio, ocupación y número de hijos no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje del nivel de conocimientos.

Conclusión: Nuestros hallazgos sugieren que un programa de educación activo para la salud es más efectivo que los programas de educación pasiva para la adquisición de conocimientos de los padres para el cuidado de la salud bucal de lactantes.

Abstract

Background: Education, as a strategic method for promotion and prevention, aims to produce a change of attitude and an improvement in healthcare. There are different teaching methods such as active education programs; these create an ideal learning environment that will have an impact the knowledge of relevant topics using diverse means such as videos, images, presentations and replicas; in addition, these provide a significantly more beneficial and easy to apply knowledge for the creation of healthy habits on the oral health.

Objective: To determine the effect of an active health education program on parents' knowledge of infant's oral health.

Methodology: A study was carried out with a sample of 70 parent volunteers divided into two groups: (i) Experimental group. Participated in the active program of health education (ad hoc workshop) in two sessions of 90 minutes each; (ii) Control group. Received general healthcare information, verbally and through an informative triptych for reading. Both groups were evaluated on their level of knowledge of infant's oral health, both, before and seven days after the educational intervention. The data were analyzed through repeated measures on the ANOVA test with the SPSS V.25.0 program.

Results: A significant statistical increase was found on the level of knowledge on infant's oral health in the group that participated in the active health education program (preintervention: 7.51 ± 1.541 vs. postintervention: 11.86 ± 1.141 , $p < 0.001$) compared to the control group (preintervention 7.63 ± 1.395 vs. postintervention: 8.71 ± 1.296 , $p > 0.05$). No statistically significant differences in the level of knowledge, were found regarding the age of the parents, years of study, occupation and number of children.

Conclusion: Our findings suggest that an active health education program is more effective than passive education programs for the acquisition of parents' knowledge of oral health care for infants.

II. Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades bucodentales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal, las cuales afectan a más del 90% de la población mexicana. Estas enfermedades se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país.

La mayoría de estas enfermedades pueden controlarse si se le informa y orienta a la población sobre la importancia de prevenirlas y de realizar un diagnóstico temprano. Las acciones más importantes en la prevención son la higiene bucal, la alimentación y la eliminación de hábitos nocivos. La salud bucodental es parte de la salud integral, por ello, adquirir buenos hábitos desde las primeras etapas de vida garantizará una vida sana.

La educación para la salud, como estrategia en la promoción y prevención, se ha constituido como una forma de enseñanza que pretende conducir a un proceso de cambio de actitud y que intenta mejorar la educación y las técnicas para llevarla a cabo. La metodología activa se define por los métodos, técnicas y estrategias que utiliza para convertir el proceso de enseñanza en actividades que fomenten la participación y el aprendizaje. Este método no es nuevo; sin embargo, es poco utilizado en los programas para la promoción y prevención de la salud bucal, ya que se sigue empleando metodología pasiva que se basa en técnicas memorísticas, discursivas y expositivas, por ello, no se ha logrado un cambio significativo en el nivel de conocimiento-aprendizaje en la población sobre temas de salud bucodental. El uso de un programa educativo activo crea un ambiente de aprendizaje que, aunado a diferentes apoyos audiovisuales como videos, imágenes, presentaciones digitales y maquetas, propicia la interacción y la participación de las personas lo que permitirá un impacto real en el aprendizaje.

Los cursos-talleres educativos en la práctica odontológica son una herramienta más para la promoción y prevención de la salud, además de ser métodos de bajo costo, su implementación no requiere de una gran infraestructura, aunque sí demandan métodos novedosos e interesantes para poder captar la atención de la población a la que serán dirigidos.

De ahí la relevancia del presente trabajo para el cual se llevó a cabo un estudio cuasi experimental, con la formación de dos grupos de padres de lactantes: uno experimental y uno de control. A las personas del primer grupo se les realizó una prueba previa (*pre-test*); posteriormente, se les impartió un curso-taller pasivo; finalmente se les entregaron hojas de apunte con la información más importante y resumida sobre lo que se habló en la plática con el fin de no perder su atención por hacer anotaciones. A los integrantes del segundo grupo también se les realizó una prueba previa, se les entregaron hojas de apunte verificando que leyeran la información; finalmente, después de siete días a ambos grupos se les realizó una segunda prueba (*pos-test*); los resultados obtenidos nos permitieron difundir entre los colegas la importancia de implementar un curso-taller educativo preventivo de salud bucodental para los lactantes.

III. Marco teórico

La salud se define, como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia.^{1,2} Las enfermedades bucales constituyen un problema de salud pública, la caries dental y las periodontopatías representan los principales problemas de salud bucal. La Secretaría de Salud es la responsable, a nivel nacional, de los servicios de salud y de la educación en salud en todas sus áreas.² La promoción de la salud exige la acción coordinada del gobierno, sectores sanitarios, organizaciones benéficas, autoridades locales y medios de comunicación para poder llevarla a cabo.³

La promoción, educación y prevención, van de la mano para poder modificar conductas y hábitos que mejoren la salud. La promoción proporciona a las comunidades los medios necesarios, la educación hace que tengan un conocimiento mayor informado y la prevención ayuda a que no se desarrollen enfermedades.^{3,4}

En nuestro país se cuenta con información limitada sobre la magnitud de los problemas bucales. El documento "Políticas de Salud Bucal en México" del año 2006 mostró varios estudios epidemiológicos e indicó que la prevalencia de caries en dentición temporal es del 50%.² Asimismo, un estudio realizado en la Clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Universidad Autónoma de México en 2011 reveló que un 59.5%

de niños que acudían a consulta en dicha clínica estaban afectados por caries dental entre los 12 y 48 meses de edad. ⁵

Estudios epidemiológicos realizados en niños españoles en edad preescolar indican que el 20% tiene caries a los 3 años y el 40% a los 5 años de edad. ^{6, 7, 8} Otro estudio demostró que la prevalencia de caries en niños de 0-30 meses de edad era alta (34%) y que coincidía con datos mundiales, por lo tanto gran parte de la población menor de 3 años ya necesitaba restauraciones. ⁹ Por otro lado, un estudio realizado en 103 niños de entre 1 y 5 años de edad en Venezuela reportó en 2009 que un 41% de éstos ya estaban afectados por la caries. ⁵

Estos datos son alarmantes pues indican que los programas establecidos por las instituciones de salud no han logrado su objetivo en la promoción, educación y prevención. La efectividad de los programas educativos activos que este trabajo presenta dependerá tanto de la metodología empleada, como también en gran medida de la educación de los padres de lactantes, pues proporcionándoles la información y orientación correcta sobre la salud bucal con temas como el desarrollo de la dentición, la lactancia materna y sustituta, la alimentación complementaria, los hábitos perniciosos, la higiene bucal y la primera visita al Odontopediatra ayudarán a que la prevalencia de caries en lactantes disminuya. ² Enseguida se presentarán algunos capítulos para fundamentar la presente investigación, con el fin de precisar el problema y la hipótesis.

III.1. Educación participativa.

El aprendizaje se dio por una metodología tradicional, compuesta por una serie de individuos pasivos que debían memorizar todo lo que el docente explicaba. Con una adaptación más flexible del sistema educativo nace la metodología activa que surge del dialogo de diferentes corrientes pedagógicas, con enfoque constructivista apuntan a la construcción propia del conocimiento de manera autónoma, haciendo del aprendizaje una experiencia logrando una educación participativa. ^{10, 11}

La metodología activa hoy en día es un apoyo didáctico en el proceso de enseñanza, ya que facilita el logro de aprendizajes significativos al ser el aprendiz el constructor activo de sus conocimientos, habilidades y actitudes, lo cual no se puede lograr con una enseñanza pasiva.

El poco éxito de un sistema de enseñanza tradicional lleva a reflexionar sobre su eficacia y motiva a desarrollar diferentes estudios sobre temas de educación, dejando de lado los métodos memorísticos con los que el aprendizaje no perdura, proponiendo nuevas estrategias que permitan la construcción y apropiación de nuevos conocimientos de manera permanente. Los objetivos que se pretenden conseguir con la metodología activa son: (i), que el aprendiz se convierta en el responsable de su propio aprendizaje desarrollando habilidades de búsqueda, selección, análisis y evaluación de la información; (ii), participar en actividades que les permitan intercambiar experiencias y opiniones, y los lleven a una conciencia de su entorno. Para ello, el profesional de la enseñanza tiene la responsabilidad de guiar, motivar, facilitar y dar las herramientas necesarias para cumplir con estos objetivos. ^{11, 12}

La metodología activa tiene un carácter interactivo, creativo y flexible, ya que se dialoga y se impulsa a través de dinámicas, buscando romper con el modelo rígido. La ausencia de esta metodología en los procesos de enseñanza-aprendizaje puede generar desinterés por los nuevos conocimientos y, en consecuencia, no lograr los aprendizajes esperados. ¹⁰⁻¹²

El constructivismo surge tras un proceso de cambios en la interpretación de los procesos de enseñanza-aprendizaje que responde a las tres metáforas clásicas del aprendizaje: el aprendizaje como adquisición de respuestas, como adquisición de conocimientos y como construcción de significados. ¹³

El aprendizaje como adquisición de respuestas está ligado al conductismo, que considera al aprendizaje como adquisición de respuestas de manera mecánica, esta metáfora no resulta satisfactoria porque, no permitía intervenir en los procesos de enseñanza-aprendizaje, es por eso que comienza a aparecer la orientación cognitiva del aprendizaje, con el fin de llenar los vacíos que deja el conductismo. Dentro de esta orientación cognitiva se distinguen el aprendizaje como adquisición de conocimientos y como construcción de significados. ¹³

El aprendizaje como adquisición de conocimientos es una metáfora que llega hasta los años setenta y en ella el aprendiz tiene un papel más activo, pero no llega a tener el control sobre el proceso de aprendizaje, sin embargo, en la década de los ochenta se produce un nuevo cambio

que conduce a un aprendiz activo, autónomo, autorregulado, que conoce sus propios procesos cognitivos y llega a tener en sus manos el control del aprendizaje. ¹³

El constructivismo es un movimiento pedagógico contemporáneo que concibe el aprendizaje como una actividad organizada, dinámica, creativa y crítica de la persona. Las personas que aprenden de una manera constructivista elaboran sus nuevos conocimientos a partir de la información preexistente, lo que da lugar a la modificación, reorganización y diferenciación del conocimiento que ya se tiene, es por eso que el constructivismo es el enfoque educativo que mejor se adapta a los procesos de enseñanza-aprendizaje. ¹¹

III.2. Promoción de la Salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar al mundo los medios necesarios para mejorar y controlar la salud, considerada como un estado de bienestar físico, mental y social, satisfaciendo las necesidades. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales impulsando la idea de formar vidas sanas. Esto implica la formación de una base firme en un medio que la apoye a través del acceso a la información, las aptitudes y las oportunidades. En 1990 la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, apuntaló la necesidad de incorporar la promoción de la salud como una estrategia dirigida al alcance de un avance integral de salud que requiere el compromiso e interacción de los servicios sanitarios, profesionales de la salud e instituciones; también, ésta debe adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región tomando en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos. Es un trabajo conjunto por un sistema de promoción de la salud. ^{3, 14}

En la primera conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Ottawa en 1986, la promoción de la salud se definió como: “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”. La Declaración de Jakarta en 1997 establece cinco prioridades para la promoción de la salud del siglo XXI: (i), promover la responsabilidad social por la salud; (ii), aumentar las inversiones en el desarrollo sanitario; (iii), consolidar y ampliar las asociaciones en pro de la salud; (iv),

ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo y (v), consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. ¹⁵

La implementación de la estrategia de promoción de la salud debe abandonar el papel tradicional del experto que entrega instrucciones y recomendaciones para reemplazarlo por el de cooperante que aporta información, conocimientos y herramientas a los otros sectores y a las comunidades para realizar las tareas en forma conjunta. ¹⁵

La promoción a la salud apunta a la ganancia de bienestar como un todo, es la modificación de estilos de vida que conducen a la prevención de enfermedades. Los cursos-talleres educativos enfocados a la promoción y prevención de la salud bucal han demostrado ser un método eficaz porque crean un ambiente de aprendizaje que se define como “un conjunto de factores que favorecen o dificultan la interacción social en un espacio físico o virtual determinado”. ¹⁶ Esto implica espacio y tiempo donde los participantes construyen conocimientos y desarrollan capacidades, habilidades y valores, dando lugar a relaciones humanas para completar el conocimiento, por medio de experiencias y vivencias. Además, son de bajo costo, debido a que su implementación no necesita de una gran infraestructura.

El diseño de programas educativos en salud bucal debe tener como base la familia, ya que es el primer ambiente donde se desenvuelve la vida del bebé y donde se da la adquisición de valores, cultura y visión de mundo. Es por ello que los hábitos de los niños pequeños son influenciados principalmente por su familia; de ahí la importancia de lograr cambios de comportamiento en los padres, lo cual es posible mediante el desarrollo de estrategias y programas educativos, encaminados al aprendizaje de conocimientos teóricos y prácticos relacionados con esta problemática. ¹⁷⁻²⁰

En 1986 se ofició el proyecto de un grupo de Profesores del Departamento de Odontopediatría de la Universidad Estatal de Londrina dirigido a la salud bucal de lactantes y en 1993 se aceptó la odontología para niños de corta edad como un derecho para todo ciudadano brasileño. ¹⁴ Esta clínica del bebé utiliza un proceso que consta de tres pasos: el primero comienza con el Programa Educativo basado en la presentación dirigida a los padres que explica todo lo relacionado con la salud bucal como el desarrollo dental, higiene bucal, lactancia, succión

nutritiva y no nutritiva, procesos de caries, fluoroterapia, dieta y conductas alimentarias; asimismo, se describen los tipos de tratamientos que se ofrecen a fin de que los padres se concienticen y responsabilicen lo que ayuda a prevenir enfermedades bucales; el segundo paso es el Programa Preventivo dentro del cual se realiza una valoración general y bucal analizando la dieta actual, hábitos de higiene bucal y ambiente familiar y social, según el diagnóstico de riesgo, se proporciona más información a los padres y se programa una segunda cita que se puede establecer dentro de una semana o hasta dentro de seis meses de acuerdo al riesgo; el tercer y último paso es el Programa de Asistencia que consta de procedimientos rehabilitadores brindado por un grupo de especialistas. A raíz de este trabajo, en Brasil 27 universidades del país cuentan con programas de atención de la salud bucal en lactantes. Dicho avance científico tuvo un impacto importante puesto que dentro de sus resultados mostraron que a los cuatro años de edad el 85% de los niños estaban libres de caries. ²¹

Estudios muestran que a los 36 meses de edad más del 50% de los niños ya presentan caries, por lo tanto, comenzar la atención y prevención en niños de edad escolar, cuando los problemas de salud bucal ya están presentes, es demasiado tarde. El Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) y la Encuesta Nacional de Caries Dental 2001 (ENCD) recogen información acerca del estado de salud de diferentes grupos de la población, pero sólo consideran edades de los 6 años a los 15 años; sin embargo, muchos estudios epidemiológicos nos muestran que la caries se presentan desde los primeros años de vida. Desgraciadamente, a nivel nacional son limitados los programas dirigidos a los padres de lactantes, ya que la mayoría de los programas de educación para la salud van dirigidos a escolares y adolescentes. En el cuadro III.2.1 se presenta el análisis de algunas investigaciones sobre programas educativos existentes y la falta de inclusión de la población a éstos. ²¹⁻²⁴

Cuadro III.2.1. Programas educativos.

| AUTOR | PAÍS | POBLACIÓN | OBJETIVO | MÉTODO | HALLAZGOS |
|---|-----------|--------------------------------------|--|--|--|
| Tan et al. (2003)¹⁶ | Cuba | 35 niños de 6 a 12 años | Determinar la influencia de las técnicas afecto-participativas para la promoción de salud bucal en niños. | Afectivo- participativas Pretest y Postest | Se obtuvo que dichas técnicas constituyeron una opción válida para la promoción de salud bucal porque después de ejecutadas casi la totalidad de los pequeños obtuvieron bien en la eficiencia del cepillado, predominando los dientes y encías sanas, el promedio de dientes permanentes sanos no sufrió cambios y el nivel de información satisfactorio fue alcanzado por la mayoría. |
| Cammarano (2013)²⁰ | Venezuela | 239 niños y niñas escolares | Demostrar la eficacia de un programa educativo preventivo de salud bucal | Interactivo y dinámico Pretest-Platica- IHOS- Postest- IHOS Al mes Pretest -IHOS | Se demostró que este programa fue eficaz, ya que los 239 escolares de educación básica, aumentaron sus conocimientos sobre cómo lograr una salud bucal adecuada y como mantenerla. Así mismo se puede notar que la motivación y el interés por mantener una buena higiene bucal se mantuvo con el tiempo. |
| Belloso et al. (1999)²³ | Venezuela | 296 niños de 6 a 12 años | Determinar la efectividad del programa educativo utilizando dos métodos: instrucción supervisión e instrucción-supervisión-reforzamiento-estimulación. | Instrucción- supervisión e instrucción- supervisión- reforzamiento- estimulación. | Los resultados señalaron que las condiciones materiales de vida y el estadio de desarrollo psicológico del niño, son elementos que influyen en la asimilación de conductas prefijadas, base de los programas preventivos en Odontología. La Supervisión, el reforzamiento de conducta a través de la motivación y el reforzamiento de la instrucción de la técnica, son componentes claves en la efectividad de los Programas Preventivos. |
| Suyo lannacone y (2013)²⁶ | Perú | 58 padres de niños menores de 3 años | Determinar el efecto que tiene la enseñanza sobre el conocimiento de higiene bucal por medio de un taller educativo-demostrativo | Taller educativo- demostrativa Pretest- Taller- Postest | Se demostró que los padres antes del taller tuvieron un nivel bajo (65,5%) y medio (20,6%) de conocimientos sobre higiene bucal, y se observó un incremento después del taller educativo, casi las tres cuartas partes (74%) de los padres mejoraron su conocimiento y consideraron que es un herramienta que les servirá para mejorar la salud bucal de su hijo. |

| | | | | | |
|---|-----------|-----------------------------------|--|---|---|
| Navas et al. (2005) ²⁷ | Venezuela | 32 padres y sus niños. | Evaluar la efectividad de una metodología estratégica para la participación de los padres en los cuidados de salud bucal de niños por medio del MAPP | Método Altadir de Planificación Popular (MAPP) | Después de la aplicación de la metodología se produjeron cambios significativos en las condiciones de salud bucal de los niños preescolares, resultando factible y viable la aplicación de la misma en otros contextos y adecuándola a cada realidad. |
| Álvarez et al. (2006) ²⁸ | Venezuela | 32 niños | Analizar la integración de componentes educativo-recreativo-asociativo en las estrategias mediadoras de promoción de la salud bucal de niños. | Educativo- recreativo- asociativo | Los hallazgos concluyeron que el estado de salud bucal de los niños mejoró significativamente luego del aprendizaje obtenido, lo cual se relacionó directamente con las acciones mediadoras implementadas y el compromiso asumido por los padres y docentes. Se recomienda la metodología empleada para planificar nuevas experiencias de enseñanza-aprendizaje. |
| Dávila Mujica (2008) ¹⁸ y | Venezuela | 85 niños de 6 a 10 años | Aplicar un programa educativo sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas | Enseñanza- aprendizaje Pretest- programa educativo y Postest | El diseño del programa educativo facilitó el aprendizaje sobre la identificación de las enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas en los escolares. El nivel de conocimiento obtenido antes de la aplicación del programa educativo fue deficiente con relación al nivel de conocimiento sobre las enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. |
| Menguez et al. (2009) ¹⁹ | Cuba | 40 madres con hijos de 4 a 5 años | Demostrar la efectividad de una estrategia de intervención educativa en madres de niños en edad preescolar. | Enseñanza- aprendizaje Pretest-intervención- Postest | Los conocimientos sobre salud bucal de las madres encuestadas, difieren antes y después de la intervención realizada. Se pudo apreciar el incremento del nivel de conocimientos de manera significativa. |

III.3. Lactante

Los lactantes, según la OMS, son bebés de los 29 días de nacidos a los 24 meses de edad. La etapa lactante se divide en dos grupos: lactantes menores que van de los 29 días de nacidos a los 12 meses de edad y lactantes mayores que van de los 13 a los 24 meses de edad; a los niños con 28 días de vida se les denomina recién nacidos. ²⁹

En México existen programas para lactantes enfocados a fomentar la lactancia materna, pero no para desarrollar buenos hábitos de salud bucal como un factor relevante en la prevención de la caries. La Encuesta Nacional de Caries del 2001 y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2009 no toman en cuenta a este sector de la población en sus estudios; sin embargo, sabemos que hoy en día existen muchos niños menores de 3 años en rehabilitación bucal debido a la falta de interés que se pone en ellos en cuestión de salud bucal. ^{24, 30}

En el país existen 12, 713 millones de niños y niñas con edades de entre los 0 y 4, de los cuales, el 51% son niños y 49% son niñas, esto equivale al 10.6% de la población total. ³¹ (Figura III.3.1)

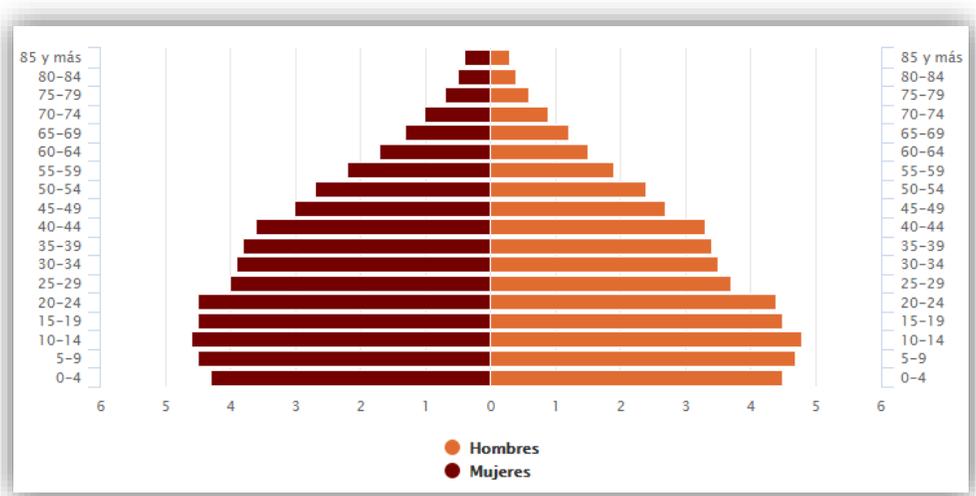


Figura III.3.1. Pirámide de población en el 2010, donde se observa el porcentaje de niños y niñas de 0 a 4 años de edad. (Tomado de INEGI, 2015) ³¹

III.4. Desarrollo de la dentición

Durante la sexta semana de vida intrauterina, de la lámina dental surgen las primeras yemas que corresponden a los órganos dentarios de la primera dentición. La dirección de los órganos dentarios no es totalmente perpendicular ya que el crecimiento de los gérmenes dentarios es mayor al de los maxilares por lo que se observa un ligero apiñamiento. ³² (Figura III.4.1)

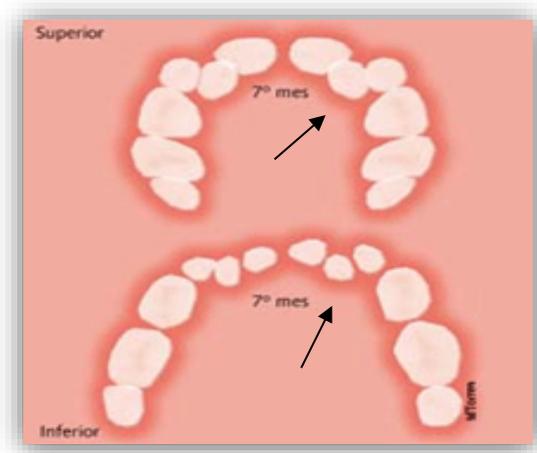


Figura III.4.1. Vista oclusal de los rodetes primarios en formación al segundo mes de vida intrauterina, donde se aprecia los gérmenes dentales en formación con un apiñamiento. (Tomado de Torres CM., 2009) ³²

Al momento del nacimiento, la boca del niño presenta tres características que debemos de considerar. Primero, los procesos alveolares están cubiertos por las almohadillas gingivales, éstos sólo tienen contacto en la zona posterior y se irán segmentando para indicar la posición de los órganos dentales (Figura III.4.2); segundo, la mandíbula se encuentra retrusiva en comparación del maxilar; tercero, los procesos alveolares son rugosos y presentan en la zona anterior un cordón fibroso de Robin y Magilot que ayuda a facilitar la deglución durante el amamantamiento y éste desaparece al momento de la erupción dentaria. ^{22, 32, 33} (Figura III.4.3)

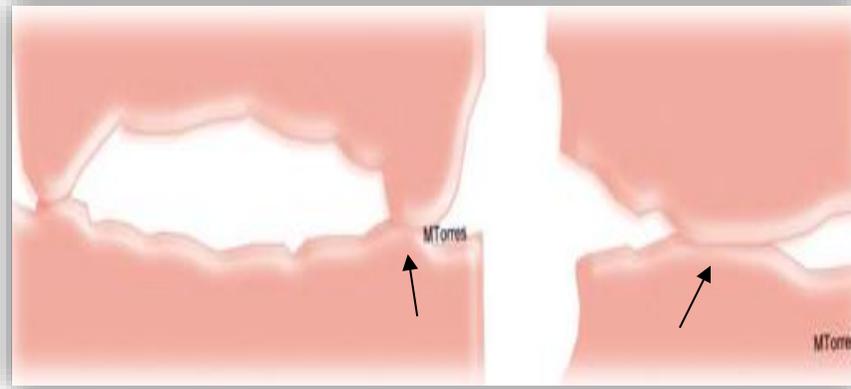


Figura III.4.2. Representación de la relación anterior y posterior de los rebordes alveolares en el recién nacido, donde se observa que sólo en la parte posterior tienen contacto. La mandíbula se encuentra retrusiva en relación al maxilar. (Tomado de Torres CM., 2009) ³²

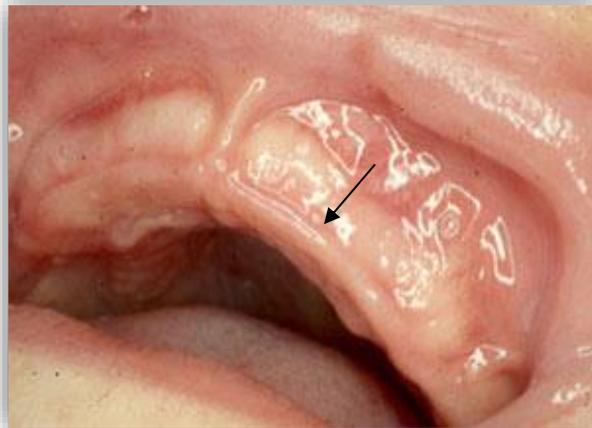


Figura III.4.3. Rodete superior de un recién nacido donde se observa en la zona anterior del maxilar el cordón fibroso de Robin y Magilot. (Tomado de Torres CM., 2009) ³²

La fusión entre el epitelio oral y dental permite al diente perforar la encía sin ulcerarla al momento de la erupción de los incisivos. Este proceso para algunos ocurre sin dificultad, en cambio, otros desarrollan síntomas locales como enrojecimiento, inflamación, irritación, frotan sus encías con objetos o con sus propios dedos, al momento de la erupción la encía se torna blanquecina debido a la queratinización de la fusión del epitelio oral y dental, inmediatamente después de la erupción estos síntomas desaparecen. ³²

La cronología de la erupción ha sido ampliamente estudiada, han tratado de precisar la fecha exacta para la erupción de cada órgano dental; sin embargo, hay diferentes factores como: raza,

sexo, nutrición, afecciones sistémicas y otros, que hacen que estos números varíen. La Asociación Dental Americana (ADA) menciona que el primer diente temporal erupciona entre los 6 y 10 meses (Figura III.4.4), completando toda la dentición temporal a los 2 años y medio aproximadamente. ^{32, 34} (Figura III.4.5)

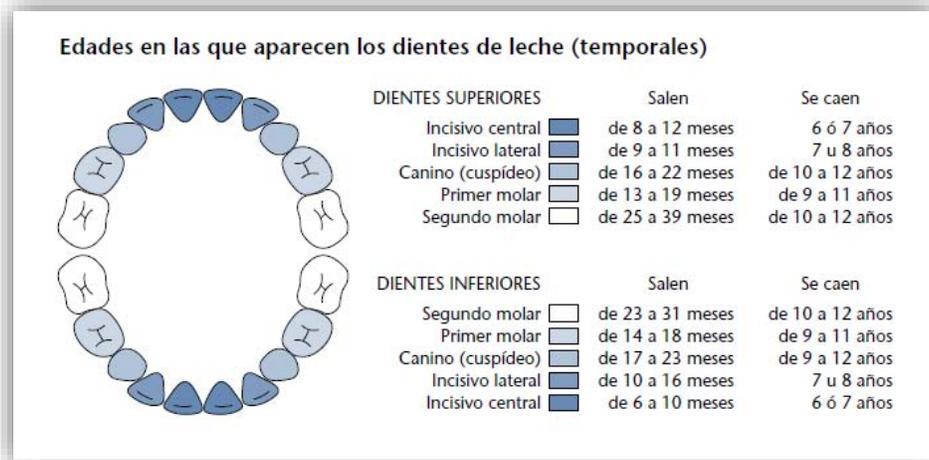


Figura III.4.4. Cronología de la erupción y exfoliación de los dientes temporales superiores e inferiores. Tomado de Boyer-Chu L, 2007) ³⁴



Figura III.4.5. Arcada superior con todos los dientes erupcionados de un niño de 2 años y medio. (Tomado de Torres CM, 2009) ³²

Es importante educar a los padres de los lactantes respecto al desarrollo de la dentición temporal pues será a partir de ella que se logrará una buena salud bucodental que beneficie la salud general de los lactantes. ¹

III.4.1 Alteraciones del desarrollo

La integridad del sistema estomatognático en el lactante es importante para cumplir de manera efectiva las funciones de succión, deglución y respiración, por tal motivo, es de suma relevancia que los padres conozcan y reconozcan cuando una boca es sana y cuando no; asimismo, enseñarles que existen alteraciones del desarrollo para que puedan tomar medidas preventivas y acudir al estomatólogo pediatra. ^{22, 33, 35}

Los dientes temporales necesitan tanta atención como los permanentes ya que su descuido puede ocasionar caries dental que a su vez puede producir dolor que dificulta comer, dormir, jugar, causa problemas como: desórdenes en la masticación, alteraciones estéticas y de oclusión, problemas de fonarticulación, etcétera. ¹

III.4.1.1. Dientes natales y neonatales

Los dientes natales son órganos dentarios que aparecen en la cavidad bucal en el momento del nacimiento y los dientes neonatales aparecen en los primeros 28 días de nacido, no presentan raíz, tienen una pulpa amplia y vascularizada. Se considera que las causas de la erupción prematura pueden ser por un factor hereditario, también por hipovitaminosis, posición superficial del germen dentario o asociación a síndromes como la Displasia Condroectodérmica. Los dientes con mayor prevalencia en este fenómeno son los incisivos centrales inferiores y su frecuencia es de 1 de cada 2000 nacimientos, más habitual en niñas que en niños en una relación 3 a 1. ^{22, 33} (Figura III.4.1.1.1)

Los dientes natales y neonatales pueden ocasionar lesiones al seno materno y una úlcera en la base de la lengua conocida como Riga-Fede (Figura III.4.1.1.2). Éstos pueden pertenecer a un órgano de la dentición temporal o ser supernumerario, el diagnóstico diferencial se hace con una radiografía periapical, también se debe diferenciar entre quistes o nódulos. En cuanto al tratamiento, si el órgano dental presenta movilidad con riesgo a aspiración, se debe realizar la exodoncia, mientras que los dientes normales y maduros pueden preservarse con un pulido y aplicaciones de flúor. ^{22, 33}



Figura III.4.1.1.1. Presencia de dos dientes natales en un recién nacido donde podemos observar la movilidad de ellos.



Figura III.4.1.1.2. Dientes natales y úlcera de Riga-Fede. Esta úlcera persistirá hasta limar o extraer los dientes natales, según las características de éstos. (Tomado de Angulo-Espinoza M, 2013) ³³

III.4.1.2. Nódulos de Bohn

Los nódulos de Bohn provienen de remanentes de glándulas salivales constituidas por epitelio plano estratificado y una trama de tejido conectivo fibroso; son lesiones quísticas de tamaño pequeño blanquecinas localizadas en zonas vestibulares, palatinas o linguales de los rodetes gingivales y son más frecuentes en el arco superior. Para su tratamiento sólo se recomienda el masaje digital suave y la observación. ^{22, 33} (Figura III.4.1.2.1)



Figura III.4.1.2.1. Nódulos de Bohn. En la primera imagen se muestra uno en la zona posterior y en la segunda un grupo en la zona anterior; éstos pueden confundirse con el inicio de la erupción dental. (Tomado de Angulo-Espinoza M, 2013) ³³

III.4.1.3. Perlas de Epstein

Las perlas de Epstein son remanentes de epitelio del paladar que queda atrapado en la zona cuando se desarrolla el embrión; se ubican a lo largo del rafe palatino medio; son menos frecuentes que los nódulos posiblemente debido a las dificultades de observación; son tumoraciones quísticas pequeñas 0.5 a 3 mm de diámetro de color aperlado. No causan síntomas y se desprenden al cabo de unas semanas. ^{22, 33} (Figura III.4.1.3.1)

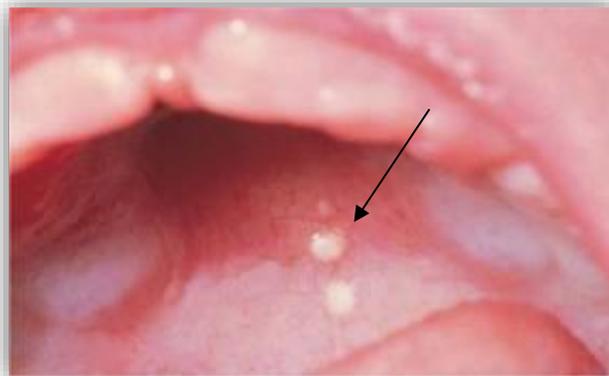


Figura III.4.1.3.1. Perlas de Epstein agrupadas en el rafe palatino medio de un recién nacido. (Tomado de Angulo-Espinoza M, 2013) ³³

III.4.1.4. Quistes de la lámina dental

Los quistes de la lámina dental son restos de lámina dental primitiva; son pequeñas lesiones quísticas blanquecinas situadas a lo largo del reborde mandibular y maxilar a nivel de la región posterior de los arcos. Se recomienda el masaje suave para la involución, si el volumen es exagerado, se sugiere la marsupialización. ^{22, 33}

III.4.1.5. Gránulos de Fordyce

Los gránulos de Fordyce son múltiples granulaciones blanco-amarillentas dispuestas en racimos o placas localizadas en labios y en la mucosa malar; son glándulas sebáceas ectópicas presentes al nacer, aunque en la mitad de los niños se hipertrofian y permanecen como pápulas; no requieren tratamiento. ^{22, 33}

III.4.1.6. Micrognasia

Se le llama micrognasia a la disminución de la mandíbula provocada por una deficiencia en el crecimiento de los cóndilos; se asocia a síndromes como el de Pierre Robin. La micrognasia también puede ocurrir durante la infancia por paralización del crecimiento de la región condilar presentada por un trauma o infección. El tratamiento consiste en estimular el crecimiento lo antes posible activando y ejercitando la apertura bucal a través de dispositivos mecánicos fijos o removibles. ²²

III.4.1.7. Macrognasia

La macrognasia es el aumento de tamaño de la mandíbula asociado a alteraciones sistémicas. La causa es idiopática y es posible diferenciar con la displasia fibrótica facial, hemihipertrofia facial o neoplasias. Esta alteración requiere el control ortodóncico temprano, el retiro de interferencias y el descruce digital. ²²

III.4.1.8. Macroglosia

La macroglosia es el aumento de tamaño de la lengua; se presenta en el hipotiroidismo, síndrome de Down, el linfangioma o hipertrofia muscular congénita. Está relacionada a maloclusiones dentales como mordida abierta y la inclinación vestibular de los dientes. El tratamiento quirúrgico está indicado en los casos más graves. ²² (Figura III.4.1.8.1)



Figura III.4.1.8.1. Macroglosia. Aumento de tamaño de la lengua. (Tomado de Ventiades FJ, 2006) ²²

III.4.1.9. Lengua fisurada o escrotal

La lengua fisurada o escrotal es una malformación que se manifiesta clínicamente por numerosos surcos o hendiduras en el dorso de la lengua; los casos congénitos se debe a la fusión incompleta de las dos mitades de la lengua y está asociada con el hipotiroidismo y con el síndrome de Down. ²²

III.4.1.10. Frenillo labial persistente

El frenillo labial persistente 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. Durante 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 salen del labio superior y 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.²²

III.5. Alimentación

La alimentación es una etapa importante en la salud bucal del lactante, ya sea con lactancia materna o sustituta y más tarde con los alimentos complementarios, por lo tanto es relevante que los padres sepan las ventajas, desventajas y beneficios que proporciona, además de la técnica correcta para llevarla a cabo.

III.5.1. Lactancia materna

La lactancia materna (LM) es de vital importancia no sólo para el bienestar general, nutricional y psicológico del bebé, sino que también estimula un correcto crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático. Sólo el 35% de los lactantes de todo el mundo es alimentado exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida y México es el país con los niveles de lactancia materna más bajos en la región americana. Según el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la leche materna es el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades de nutrición del bebé hasta los 6 meses de vida ya que posteriormente será introducida la alimentación complementaria, además de que favorece la relación afectiva y emocional madre e hijo.^{1, 6, 7, 13, 36-38}

La leche materna contiene proteínas (lactoalbúmina, lactoglobulina y cascina), aminoácidos esenciales, grasas, hidratos de carbono, vitaminas (A, C y D), minerales, lactoferrina, lactoperoxidasa, lisozima, complemento C3 y C4, componentes celulares, componentes del sistema inmune como inmunoglobulina A con capacidad antibacteriana, propiedades antivirales, enzimas que ayudan a la digestión y hormonas que favorecen el crecimiento.³⁹

La OMS y la UNICEF recomiendan la lactancia materna, pues es la primer comida natural para los lactantes, que aporta energía y nutrientes desde los primeros días de vida y sigue cubriendo

sus necesidades nutricionales durante el segundo semestre de vida y hasta un tercio durante el segundo año, lo que ayuda a prevenir enfermedades y reduce la mortalidad en niños. ^{38, 40}

Diversos autores plantean que en la semana 16 de vida intrauterina el feto espontáneamente desarrolla el movimiento del amamantamiento y que en la semana 27 algunos succionan su dedo indicando que su boca está lista para la función de mamar. ⁴¹ (Figura III.5.1.1)



Figura III.5.1.1. Succión digital a las 16 semanas de vida intrauterina donde se muestra el movimiento de succión espontánea. (Tomado de López MY, 1999)⁴¹

El lactante tiene tres reflejos que hacen posible el amamantamiento:

1. Reflejo de búsqueda: presente desde las 32 semanas de gestación hasta los tres meses de vida extrauterina. Es la respuesta a la estimulación de la comisura de los labios girando la cara y boca hacia el lado que se estimula.
2. Reflejo de succión: aparece a finales del segundo trimestre del embarazo. Es una serie de movimientos rítmicos y coordinados de la mandíbula y la lengua con la finalidad de extraer la leche.
3. Reflejo de deglución: presente desde las 12 semanas de gestación hasta alcanzar su óptima madurez a lo largo del desarrollo, esto sucede semanas antes del término del embarazo. ^{42, 43}

El amamantamiento se realiza en dos fases:

- Hay aprehensión del pezón y la aréola con cierre hermético de los labios; el maxilar inferior desciende y en la región anterior se forma un vacío permaneciendo cerrada la parte posterior por el paladar blando y la parte posterior de la lengua.

Avance maxilar inferior de una posición de reposo hasta colocar su borde alveolar frente al superior; para hacer salir la leche presiona el maxilar inferior al pezón y lo exprime por un frotamiento anteroposterior, la lengua adopta forma de cuchara para facilitar el deglutamiento. ^{41, 42} (Figura III.5.1.2)

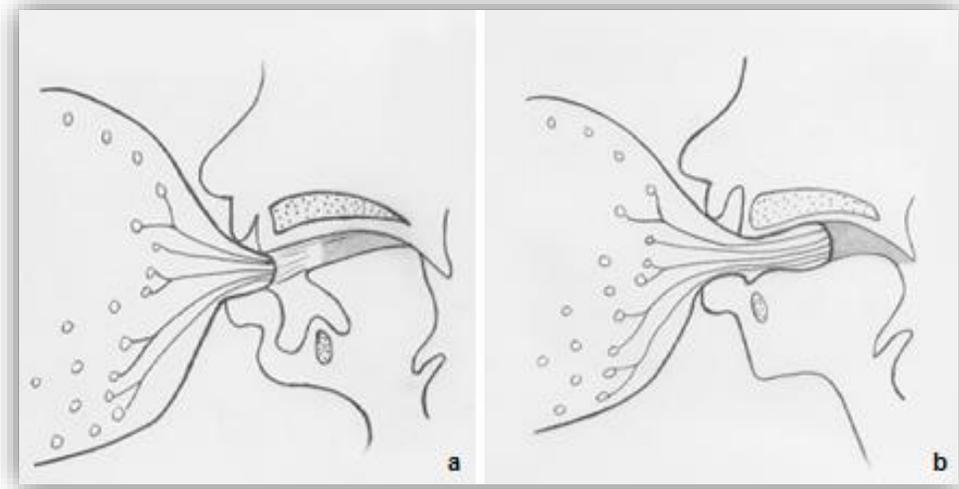


Figura III.5.1.2. En la primera figura se muestra el agarre hacia el pezón y la aréola. En la segunda figura se muestra el pezón a la altura del paladar blando para una buena técnica de amamantamiento. (Tomado de López MY, 1999) ⁴¹

El amamantamiento produce un estímulo que favorece al maxilar inferior para avanzar ya que éste se encuentra en retrusión con respecto al maxilar superior; esto es el llamado “primer avance fisiológico de la oclusión”. (Figura III.5.1.3.) De esta manera se evitan retrognatismos y se obtiene una mejor relación entre maxilares con la ejercitación de músculos masticadores y faciales a la hora de lactar; asimismo, se disminuye el 50% de indicadores de maloclusión como resalte, apiñamiento, mordida abierta, rotaciones dentarias que afectan la estética y la función dentofacial del niño. ^{41, 43, 44}

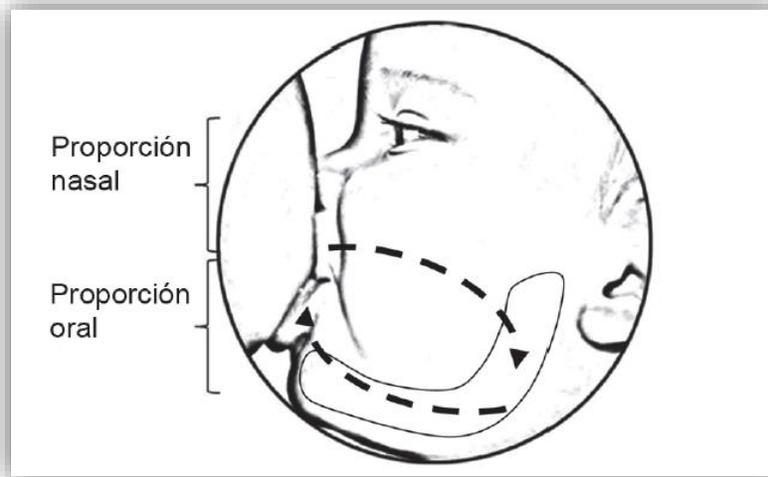


Figura III.5.1.3. Se muestra los aspectos anatómicos y movilidad de la mandíbula durante la succión. (Tomado de Rendón MM, 2011) ⁴³

La LM tiene como beneficios una nutrición óptima que le permite al niño un mejor desarrollo y crecimiento; proporciona protección inmunológica que previene infecciones digestivas y respiratorias; mejora la organización sensorial agudizando todos sus sentidos; el contacto físico con la madre, le permite organizar sus propios ritmos basales (latidos, respiración) y le produce bienestar al sentirse querido y protegido; mejora el desarrollo intelectual asociado a un mayor coeficiente. ^{37, 40}

Se considera que, el lactante tendrá un desarrollo dento-maxilar y facial que favorece al crecimiento y avance mandibular, estabiliza la relación entre bases óseas, auxilia en el proceso de erupción dentaria, ejercita la articulación temporomandibular (ATM) y previene la respiración bucal. A mayor duración de la LM, mayor será su contribución a la salud y bienestar de la madre ya que reduce el riesgo de cáncer de ovarios y de mama; también, ayuda como método anticonceptivo natural ya que tiene un efecto hormonal que a menudo induce la amenorrea conocido como “método de amenorrea de la lactancia”. Además, la leche materna no necesita preparación previa, está siempre a disposición del bebé y debe darse a libre demanda. ^{1, 37, 40, 41, 44, 45}

Existen diferentes técnicas aceptadas para llevar a cabo la alimentación con seno materno; sin embargo, dentro de los puntos más relevantes en las que coinciden todas ellas se encuentran:

1. La madre debe permanecer en reposo y tranquila, adoptando una posición correcta.

2. Los pezones deben asearse previamente con agua hervida y estimularlos para provocar su erección.
3. El cuerpo del bebé debe estar pegado al de la madre con un ángulo de 45°.
4. La boca del bebé debe estar completamente abierta y con los labios evertidos.
5. La mayor parte de la aréola, o toda ella, debe estar cubierta por la boca del bebé.
6. La lengua del bebé debe sobresalir ligeramente de la encía inferior, haciendo un movimiento ondulante que inicia en la punta y termina comprimiendo el pecho contra el paladar que produce el ordeño.
7. La deglución se efectúa al final de cada onda y otras después de varias libaciones con succiones grandes y despaciosas.
8. El bebé se ve relajado y feliz.
9. La madre no debe sentir ningún tipo de dolor. ^{40, 41}

Las posturas para amamantar también son varias, lo cual evita la compresión persistente de una zona del pecho lo que favorece el vaciado de toda la glándula mamaria; lo ideal es alternarlas. Dentro de las más empleadas se encuentran:

- Sentada clásica: es la más utilizada; la espalda debe estar recta, bien apoyada sobre el respaldo y con brazos apoyados. Si los senos son pequeños puede colocarse una almohada sobre la falda para elevar al lactante y la madre puede elevar los pies con ayuda de un taburete.
- Acostada: es la idónea durante los primeros días mientras la herida de una episiotomía o cesárea produce dolor y es muy cómoda para las tomas nocturnas.
- Sentada inversa: es menos utilizada y menos conocida; recomendable para después de una cesárea y para poder amamantar a gemelos de forma simultánea. ⁴⁰

Algunos investigadores han clasificado diferentes tipos de succión que ayudan a la madre a entender el comportamiento de su bebé a la hora de alimentarlo. Es importante conocer el tiempo que tarda cada bebé en succionar la leche materna para evitar apresurarlos o incitarlos al amamantamiento e impedir la irritación y/o desesperación tanto del niño como de la madre, ya que cada individuo satisface su necesidad en tiempos diferentes. Esta clasificación es poco usada, pero de mucha ayuda:

- Barracuda. Al ser colocados al seno, rápidamente toman y aprietan el pezón succionando energéticamente durante 10 a 20 minutos y pueden llegar a lastimar el pezón, no existe jugueteo.
- Excitado. Aprietan y sueltan el pezón alternativamente; es necesario que la madre lo calme antes de volverlo a colocar al seno para que se adapte.
- Desinteresado. No tienen ningún interés en las primeras horas de vida hasta el segundo o tercer día es cuando comienzan la succión; no hay que forzarlos ya que lograrán hacerlo por si solos.
- Gourmet. Toman el pezón saboreando unas gotas de leche, se chupan los labios tronando la boca antes de empezar a succionar, si se les insiste se enojarán; es mejor esperar a que solos mejoren su ritmo.
- Perezoso. Succionan unos minutos, descansan y succionan de nuevo, no hay que apresurarlos.
- Estricto. Toman el seno y en 10 minutos pueden vaciarlo, son constantes y tranquilos, no se les debe despegar. ⁴²

La falta de información y los factores socioeconómicos y culturales llevan en muchos casos al destete precoz y a la introducción de otras formas de alimentación como la lactancia sustituta, en la cual puede ser adicionada la sacarosa. ⁴²

III.5.3. Lactancia sustituta

La lactancia sustituta o artificial se utiliza en caso de que la LM no sea efectiva, cuando la madre consume fármacos o cuando el lactante presente una enfermedad de base que obligue a introducir fórmulas adaptadas (FA) como alimentación. Se indicará el uso de biberón y éste sólo debe utilizarse como vehículo para la formula. ^{6, 40}

Con el uso de biberón el bebé no necesita hacer ningún esfuerzo, al sentir la tetilla, comprime sus encías y la leche sale a presión colocando su lengua en la parte posterior de la boca regulando la cantidad de líquido que saldrá por el orificio, por lo que no existe un cierre bucal adecuado y la musculatura se torna hipotónica y no favorece el crecimiento de huesos lo que deja a la mandíbula retruída ^{42, 45}. El biberón debe contener una tetina anatómica con un orificio

pequeño para que favorezca el movimiento anterior de la mandíbula para que el lactante tenga una adecuada coordinación en la succión, deglución y respiración. ^{6, 46} (Figura III.5.3.1)

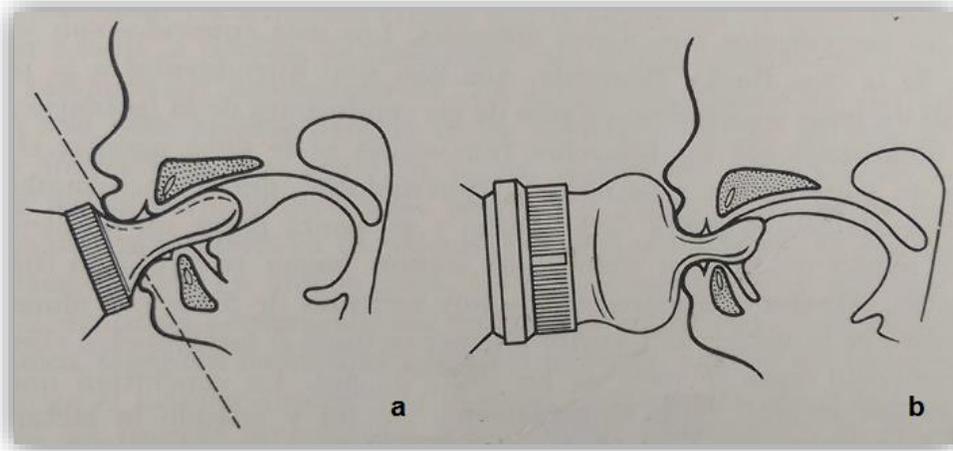


Figura III.5.3.1. En la primera figura se muestra un biberón convencional con una posición de la mandíbula retruida durante la alimentación sustituta. En la segunda figura se muestra un biberón con tetina anatómica favoreciendo el movimiento anterior de la mandíbula. (Tomado de Mayoral, 1986) ⁴⁶

Si comparamos la succión de un niño que ha sido amamantado con pecho y otro con biberón notamos ciertas diferencias al introducir el dedo dentro de la boca, el primero lo succiona formando un surco central en la lengua y ésta está ondulada a lo largo del dedo; en cambio, con el uso de biberón el niño mordisquea el dedo con las encías y con la punta de la lengua roza el dedo. Cuando se ha utilizado de primera instancia el biberón, el bebé puede confundir la forma de succionar y por ello rechazar el seno materno. ⁴¹

Las fórmulas adaptadas (FA) deben cubrir las necesidades del lactante. En Europa, las recomendaciones sobre su composición están elaboradas por el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) y tienen un carácter orientador. El Comité Científico para la Alimentación (CCA) de la Unión Europea (UE) es quien dicta las normas para la industria farmacéutica en este sentido. Se recomienda dos tipos de fórmulas según ESPGHAN:

- Fórmula de inicio (fórmula 1): satisface las necesidades del lactante hasta los 6 meses.
- Fórmula de continuación (fórmula 2): forma parte de un régimen de alimentación mixto y se utiliza después de los 4 o 6 meses de edad.

- Fórmula de crecimiento o junior (fórmula 3): diseñada para la transición entre las fórmulas de continuación y la leche entera de vaca. Puede utilizarse hasta los 3 años.

Todos los tipos de leche tienen potencial cariogénico, por ello es importante conjugarla con la higiene bucal, especialmente durante la noche cuando la saliva está comprometida, por lo mismo, no se recomienda bebidas azucaradas en el biberón, de la misma manera que no es recomendable que el lactante se quede dormido mientras consume la leche materna; si esto llegara a pasar, se debe limpiar los dientes antes de acostarlo para así evitar la aparición de caries desde la infancia precoz.^{5, 47-49} (Figura III.5.3.2)



Figura III.5.3.2. Caries dental ocasionada por el mal uso del biberón. Diferentes grados de caries en un niño de 3 años de edad que consume bebidas azucaradas con biberón.

El uso del biberón debe abandonarse a partir de los 12 meses para fomentar el cambio de succión a masticación. Después de los 18 meses, la masticación se vuelve más eficiente, ya que aparecen en el niño los primeros molares y caninos, a partir de ese momento se debe abandonar definitivamente el biberón porque de lo contrario, se favorece la aparición de una deglución atípica y, posteriormente, maloclusiones.^{5, 6, 23, 47}

III.5.4. Alimentación complementaria

La OMS define a la alimentación complementaria (AC) o ablactación como “todo alimento líquido o sólido que ingiere el lactante diferente a la LM, incluida la FA, y exceptuando suplementos de

vitaminas o minerales y medicamentos”. Se inicia entre los 4 a 6 meses de edad, principalmente cuando los nutrientes son insuficientes y el organismo necesita de otros alimentos para completar su nutrición. El inicio precoz o tardío de ésta es indeseable, pues ambas situaciones representan las mayores causas de desnutrición infantil (OMS 2001).

El Comité de Nutrición de Asociación Española de Pediatría (AEP) en el 2006 recomendó iniciar la AC a los 4 o 6 meses de edad en niños con lactancia mixta o artificial y a los 6 meses en niños con LM exclusivamente. Si no se introduce AC o si se administra de forma inadecuada, el crecimiento se verá afectado. ^{1, 7, 50} (Cuadro III.5.4.1)

Cuadro III.5.4.1. Inconvenientes relacionados con el tiempo de inicio de la alimentación complementaria. ⁵⁰

| Inicio precoz | Inicio tardío |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> •Disminución del aporte de LM por ingesta de alimentos menos nutritivos. •Incapacidad del niño para digerir algunos alimentos. •Exposición precoz a patógenos potencialmente contaminantes de los alimentos. •Exposición temprana a alimentos alergénicos para algunos niños. •Riesgo de embarazo en la madre por reducción del periodo de supresión de la ovulación al disminuir la succión. | <ul style="list-style-type: none"> •Deficiencia en el crecimiento y desnutrición por insuficiente aporte energético y nutricional de la LM. •Anemias carenciales por deficiencias de hierro y cinc. •Retraso en el desarrollo de habilidades orales como la masticación y la capacidad de aceptar nuevos sabores y texturas. |

El Comité de Nutrición de la Asociación Americana de Pediatría (AAP) definió 3 etapas para el proceso de alimentación:

1. Etapa de lactancia. Abarca los primero 4 a 6 meses de vida, la alimentación es exclusivamente leche, ya sea LM o FA.
2. Etapa transicional. Desde los 4 a 6 meses hasta los 12 meses de edad. Se inicia la introducción de alimentos diferentes a la leche.
3. Etapa de adulto modificado. Va del primer hasta el segundo año de vida. La alimentación va adquiriendo una dieta libre y variada. ⁵⁰

Por lo tanto, para asegurarse de que los alimentos complementarios satisfacen las necesidades nutricionales del niño, se debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Continuar con la lactancia materna a libre demanda.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (darles lenta y pacientemente alentándolos a que coman sin forzarlos, hablarles mientras tanto y mantener contacto visual).
- Los alimentos tienen que ser inocuos, se deben preparar y almacenar de forma higiénica.
- Se debe empezar con pequeñas cantidades e ir las aumentando de acuerdo al crecimiento.
- Aumentar la consistencia y variedad de los alimentos ricos en nutrientes.
- Deben darse de forma adecuada para las necesidades del bebé.
- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos en vitaminas y minerales.
- Durante enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos y alimentos favoritos. ⁵⁰

Los alimentos complementarios deben proporcionar la mitad del aporte energético diario total; el lactante debe ingerir al menos 500 ml al día de LM o de FA. En la siguiente tabla se muestran los alimentos complementarios que el niño requiere según su edad. ⁵⁰ (Cuadro III.5.4.2)

El lactante debe recibir un aporte diario de cereales, frutas y verduras con proteínas animales. El número de comidas dependerá de la densidad energética y la cantidad consumida en cada comida que pueden ser de 2 a 3 comidas entre los 6 y 8 meses y, a partir de ahí, unas 3 o 4 comidas al día sin desplazar la leche materna o artificial que debe ser la principal fuente de nutrientes durante el primer año de vida. ⁵⁰

Los alimentos recomendados deben ser bajos en azúcares. En la actualidad, los alimentos contienen sacarosa, glucosa, fructuosa y lactosa y estos azúcares son utilizados por el metabolismo energético de la placa. Toda la comida contiene carbohidratos que provocan un descenso del pH oral por debajo de 5.5 lo cual es crítico para la hidroxapatita porque inicia la desmineralización del diente. ^{9, 23, 34}

Cuadro III.5.4.2. Introducción de alimentos en el lactante según la edad. ⁵⁰

| Edad | Nutrientes |
|---|--|
| 5-6 meses | Cereales CSG/CCG con LM CSG con FA Frutas (excepto alergénicas)* |
| 6 meses | Cereales con gluten si FA Verduras (excepto ricas en nitratos)** Carne Yogur (FA) |
| 9-10 meses | Pescado blanco Yema de huevo Yogur natural (LV) Todas las verduras |
| 11-12 meses | Clara de huevo Legumbres |
| 12-15 meses | Todas las frutas LV entera Pescado azul Vísceras |
| LM: leche materna; FA: fórmula adaptada; CSG: cereales sin gluten; CCG: cereales con gluten; LV: leche de vaca. *Fresas, melocotón, kiwi... **Espinacas, remolachas, coles, etcétera. | |

III.6. Higiene bucal

Una correcta higiene bucodental es el factor clave para la prevención de Caries de la Infancia Precoz (CIP), es por ello que se debe informar a los padres sobre su responsabilidad en la realización de la higiene bucal de sus hijos, al menos hasta que el niño desarrolle la habilidad motora o cuando tenga de 8 a 10 años de edad, que es cuando se considera que el es autónomo. La CIP se puede presentar en niños alimentados con LM o con FA, no es recomendable que el bebé ingiera leche durante la noche después de la erupción del primer diente ya que si se queda dormido mientras es alimentado, deberá realizarle la higiene bucal correspondiente. ^{6, 34, 51}

La higiene bucal debe de realizarse de acuerdo a la edad del lactante:

- De 0 a 6 meses. Se debe empezar con la estimulación oral para acostumbrar al bebé a la manipulación de la boca antes de que erupcionen los primeros dientes a los 6 meses de edad aproximadamente; esto para ir inculcando un hábito. La limpieza debe hacerse después de cada comida para lo cual se puede utilizar una gasa y agua hervida fría, o bien, se puede utilizar dedales de silicona para dar un masaje a las encías.
- De 6 a 12 meses. Después de que erupcionen los primeros dientes, se debe hacer la limpieza con un dedal de silicona o cepillo dental infantil. La higiene se realizará con agua hervida fría después de cada alimento.
- De 1 a 3 años. La higiene se realizará con cepillo dental infantil y pasta dental que contenga 500 ppm de flúor. La cantidad de dentífrico debe ser equivalente al tamaño de un chicharo (.25 a .50 gr). El cepillo debe presentar un mango recto y largo, una empuñadura gruesa, cerdas suaves con las puntas redondeadas y un tamaño compatible con la boca del niño.^{6, 9, 34} (Figura III.6.1)



Figura III.6.1. Cepillos dentales de acuerdo a la edad. Dedal de silicona para la higiene bucal en niños menores de un año.

La técnica debe ser sencilla para los padres. Se recomienda limpiar las superficies dentales de enfrente y atrás (linguales y vestibulares) con movimientos circulares y las superficies masticatorias con movimientos anteroposteriores. La posición del adulto debe permitir una buena visibilidad de la boca, manteniendo la cabeza del niño en una posición estable.^{1, 6, 9, 34, 51} (Figura III.6.2)



Figura III.6.2. Cepillado dental asistido por la madre. Para una efectiva higiene oral infantil, los padres pueden colocarse enfrente del niño para tener una buena visibilidad de la boca.

III.6.1. Pasta dental

El uso de pasta fluorada no se recomienda en niños que no sepan escupir (menores de 2 años de edad) ya que corren el riesgo de una ingestión excesiva de flúor y la consecuente aparición de fluorosis dental que es un defecto en la formación del esmalte que se observa como manchas moteadas en la superficie del tejido; este cuadro se desarrolla sólo durante la formación de los órganos dentarios y afecta a la zona anterior. Sólo en niños con alto riesgo de caries, el estomatólogo pediatra valorará la necesidad del uso de pasta fluorada. ^{6, 9}

En los niños mayores de 2 años de edad que ya hayan adquirido la coordinación motora suficiente para escupir, se puede utilizar una pasta dental con una concentración de 500 ppm de flúor. La cantidad de pasta debe ser similar al tamaño de un guisante. ^{6, 9}

III.6.2. Uso de flúor

El flúor ha demostrado ser una herramienta segura y eficaz para la reducción de caries y en la reversión de desmineralizaciones del esmalte dentario. El flúor actúa cuando el pH de la saliva es menos a 5 lo que forma fluorapatita que ayuda a resistir a la desmineralización. El uso de

flúor tópico va a depender del riesgo de caries de cada lactante y su edad. El estomatólogo pediatra va a decidir el tipo de administración y la frecuencia de uso, ya que el uso excesivo puede producir fluorosis dental. ^{1, 6, 9, 34}

En pacientes con riesgo alto de caries se recomienda FNa al 0.05% (226 ppm). Para lograr la remineralización se necesita un promedio de 100 ppm; para inhibir la formación de placa bacteriana se requiere 30 ppm en promedio; para pacientes con riesgo bajo se sugiere FNa al 0.02% (90 ppm). Se debe realizar la aplicación tópica todas las noches después de la higiene oral; si el paciente empieza a utilizar pasta dental con flúor se suspenderán las aplicaciones. ^{5, 8, 9}

La ingesta adecuada de flúor es de 0.05 mg/kg/día y la ingesta máxima tolerable es de 0.1 mg/kg/día. La leche materna contiene de 0.005 a 0.01 mg/l, mientras que la fórmula contiene 0.14mg/l y los alimentos que constituyen la base de una alimentación variada aportan entre 0.2 y 0.77mg. ⁹

III.6.3. Fosfato de caseína

La caseína es un fosfato predominante en la leche bovina y se encuentra en un 80% del total de proteínas de la leche. El fosfopéptido de caseína- fosfato de calcio amorfo (CPP-ACP) patentados y comercializados como Recaldent- incorpora iones de flúor y forman una fase de transición en la biomineralización. Estudios han demostrado hasta ahora que los CPP-ACP inhiben la desmineralización del esmalte y la dentina, promueven la remineralización, detienen el progreso de la caries y promueven la regresión de lesiones tempranas (manchas blancas). ⁵¹

Existen pastas con CPP-ACP, Mi Paste® es una pasta tópica a base de agua que contiene Recaldent™ al 10% w/v. Se trata de una combinación exclusiva de agentes sellantes de los túbulos dentinarios, de limpieza y pulido, diseñada para la aplicación profesional durante los procedimientos estándar de higiene dental. Cuando se aplica CPP-ACP en el entorno oral, éste se adhiere a los biofilms, la placa, las bacterias, la hidroxiapatita y el tejido suave y localiza el 24 fosfato y calcio biodisponible. La saliva mejorará la efectividad de los CPP-ACP y el sabor le

ayudará al paciente a estimular el flujo de saliva. Cuanto mayor sea el tiempo que se mantengan en la boca tanto los CPP-ACP como la saliva, más efectivo será el resultado.⁵²

Mi Paste Plus es una crema a base de agua que contiene Recaldent™ con fluoruro incorporado (CPPACP F: Casein Phosphopeptide-Amorphous Calcium Fluoride Phosphate) en un grado 0,2% w/w, (900 ppm), aproximadamente la misma cantidad presente en las pastas dentales fuertes de adultos. GC Mi Paste Plus no contiene lactosa.⁵²

III.7. Hábitos perniciosos

Un hábito pernicioso se define como una conducta adquirida mediante la experiencia que se realiza de manera regular y automáticamente. Dentro del desarrollo del sistema estomatognático existen diversos patrones de conducta nocivos que se instalan precozmente en la vida, los cuales pudiesen generar consecuencias negativas a quienes los llevan a cabo. Éstos se refieren a la aplicación de fuerzas deformantes que rompen el equilibrio entre los huesos y los músculos en pleno crecimiento y desarrollo los cuales se pueden clasificar en: hábitos de succión, hábitos de interposición y hábitos de respiración.^{1, 53}

Por un lado, existen hábitos benéficos, funcionales o fisiológicos como la succión nutritiva, la masticación, la deglución, la respiración nasal y los movimientos corporales, y por otro, hábitos incorrectos, parafuncionales o no fisiológicos como succión no nutritiva (digital, labial o chupón), respiración bucal, deglución atípica, empuje lingual, onicofagia y masticación de objetos. Éstos suelen considerarse como reacciones automáticas a momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como por falta de atención y tensiones familiares.⁵³⁻⁵⁵

Los hábitos no fisiológicos en conjunto con la duración, intensidad y frecuencia en que se realicen llegan a modificar la posición de los dientes cuando se imprimen fuerzas que interfieren con el crecimiento normal y función de la musculatura que llegan a provocar maloclusiones como mordida abierta, protrusiones dentarias o dentoalveolares, linguoversiones dentarias, entre otras; otra consecuencia puede ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño. Estudios demuestran que una fuerza continua de 50mg durante un periodo de 12 horas provoca un desplazamiento considerable de un diente.^{55, 56}

III.7.1. Succión digital

La succión digital está presente en más del 50% de los bebés, resulta tan común que llega a ser considerado normal hasta los 18 meses. Inicia en el primer año de vida y suele continuar hasta los 2 años o más. Es considerado un signo de ansiedad e inestabilidad. El dedo que más utilizan para este hábito pernicioso es el pulgar con la uña dirigida a los incisivos inferiores, en otros casos, pueden usar 2 o más dedos. ^{34, 46, 53, 55}

Sus efectos dependerán de la duración, frecuencia e intensidad, del número de dedos, de la posición como se introduce o introducen a la boca y del patrón morfo genético del paciente. La duración del mal hábito es importante ya que debe eliminarse aproximadamente al año y medio de edad del niño cuando los efectos aún son mínimos y se corrigen espontáneamente, porque de lo contrario, si continúa realizando esta acción hasta los 3 años, esto puede causar problemas a los dientes superiores. ^{34, 46, 53, 55}

Hay niños que insertan pasivamente el dedo en la boca mientras que otros acompañan el movimiento con una contracción muscular; por esa razón, la intensidad también es importante. La posición en la que se introduce el dedo también influye mucho, ya que éste puede ser colocado hacia el piso de la boca o dirigido al paladar y de eso depende el tipo de maloclusión que se desarrollará. ^{1, 34, 36, 54, 56} (Figura III.7.1.1)

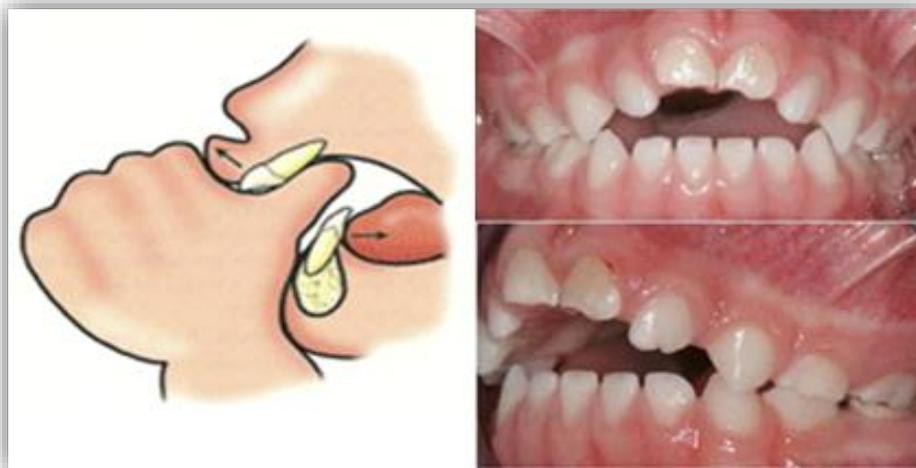


Figura III.7.1.1. Mordida abierta anterior y mal posición dentaria anterior por succión digital. (Tomado de Lugo C. 2011) ⁵⁵

Las consecuencias que puede traer este hábito pernicioso son: protrusión de incisivos superiores (con o sin diastema), retroinclinación de los incisivos inferiores, mordida abierta anterior, prognatismo alveolar superior anterior, estrechamiento en la arca superior en anterior, posible mordida cruzada posterior y dimensión vertical aumentada. Para el tratamiento se debe explicar tanto al niño como a los padres las consecuencias de seguir con el mal hábito para tratar de persuadir al niño a que deje de hacerlo o que vaya bajando la frecuencia con la que lo hace; asimismo, es necesario comentarles sobre la aparatología removible o fija que ayuda a corregir el hábito y sobre la terapia miofuncional. ⁵⁵ (Figura III.7.1.2)



Figura III.7.1.2. Trampa lingual. Aparatología que sirve para corregir hábitos de succión digital.

III.7.2. Deglución atípica

Es la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias al momento de deglutir. Para poder deglutir se necesita hacer un vacío que, junto con la lengua, empuja el alimento hacia la faringe. El sellado periférico anterior, para poder producir el vacío, hace contactar la lengua con los labios logrando un cerrado oral cuando no existe un contacto interincisivo. Su etiología puede ser por amígdalas hipertróficas, macroglosia, alimentación prolongada con biberón o pérdida prematura de dientes temporales anteriores. ^{55, 56} (Figura III.7.2.1)



Figura III.7.2.1. Deglución atípica. Sucede al momento de deglutir. Se posiciona la lengua en medio de los dientes anteriores lo que provoca maloclusiones dentales. (Tomado de Lugo C. 2011) ⁵⁵

Esto puede tener como consecuencias: mordida abierta anterior o posterior, protrusión de incisivos superiores, diastemas anterosuperiores, labio superior hipotónico, incompetencia labial e hipertonicidad del mentón. Se debe explicar de manera clara a los padres y al niño las consecuencias del hábito para tratar de eliminarlo, los tipos de aparatos y la terapia miofuncional para reeducar la posición de la lengua. ⁵⁵

III.7.3. Succión labial

La succión labial es de menor prevalencia, pero ocurre en pacientes que se encuentran en reposo y se caracterizan por tener incompetencia labial. La mayoría de los casos se presenta en pacientes con maloclusiones de resalte incisivo superior que hace que el labio inferior ocupe ese espacio lo que favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida; también estos pacientes presentan deglución atípica. ^{46, 53, 55, 57} (Figura III.7.3.1)

Tratamiento: Se recomienda el uso de aparatología como una placa labio activa o *Lip Bumper* para impedir la presión del labio inferior liberando la tonicidad tanto del labio como de los músculos del mentón. ⁵⁵ (Figura III.7.3.2)



Figura III.7.3.1. Succión labial. Maloclusión por la succión del labio inferior que derivó a un cierre labial forzado, profusión de incisivos superiores y retrusión de incisivos inferiores, y un resalte incisivo aumentado. (Tomado de Muller KR. 2014) ⁵⁷

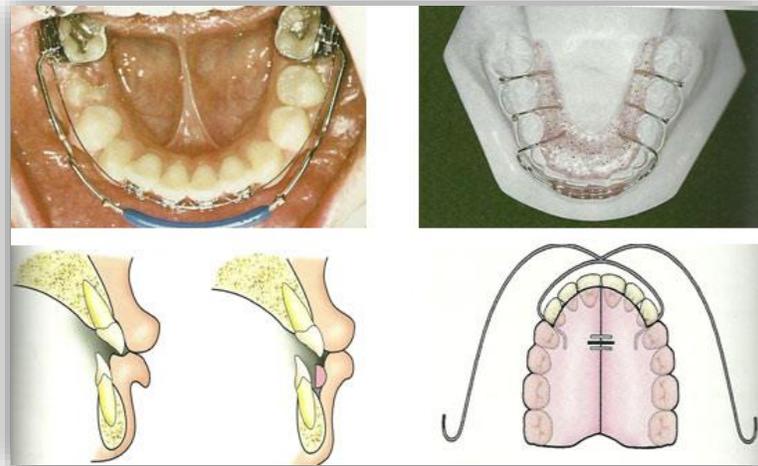


Figura III.7.3.2. Lip Bumper. Aparatología fija que ayuda a liberar la presión que ocasiona el labio a los dientes, dándoles espacio para corregir la maloclusión. (Tomado de Lugo C. 2011) ⁵⁵

III.7.4. Respiración bucal

Existen condiciones que afectan la capacidad respiratoria y obligan al niño a respirar por la boca. Este hábito pernicioso tiene una serie de signos y síntomas que pueden alertar sobre su existencia: incompetencia labial, labio superior corto mostrando los dientes superiores, la lengua se localiza en piso de la boca, paladar alto u ojival, maxilar estrecho, mandíbula retrusiva, cabeza y cuello adelantado (vista lateral), cara larga con signos de cansancio, perfil convexo, piernas arqueadas en forma de “X” (vista frontal) y presencia de pie plano. ^{36, 55} (Figura III.7.4.1)



Figura III.7.4.1. Características de la respiración bucal. En la primera imagen se muestra una caricatura que ilustra todos los signos y síntomas de la respiración bucal. En la segunda imagen se observa la boca semi abierta con labios incompetentes de una paciente con este hábito; además de ojeras y cara alargada. En la tercera imagen se muestra el perfil convexo donde se evidencia la posición de la cabeza y cuello adelantados, mandíbula retrusiva y labios incompetentes. (Tomado de Lugo C. 2011) ⁵⁵

Las alteraciones que producen este hábito pernicioso pueden catalogarse en dos tipos:

- Por obstrucción funcional o anatómica. A nivel de las fosas nasales existen obstáculos que impiden el flujo normal del aire a través de ellas como la presencia de adenoides o cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de mucosa por infecciones o alergias.
- Por hábito. Como consecuencia de obstrucciones anteriormente mencionadas que, a pesar de haber sido eliminadas, se establece esta conducta que se transforma en costumbre. ⁵⁵

Se requiere de un equipo multidisciplinario para su tratamiento puesto que se debe hacer una interconsulta con el otorrinolaringólogo y/o alergólogo; luego de que el paciente tenga libre las vías aéreas, esta afección se debe corregir con terapia miofuncional y aparatología como con una pantalla vestibular y un aparato de disyunción. ⁵⁵

Para dar solución a estos hábitos perniciosos se requiere de la participación de un equipo multidisciplinario debido a la gran cantidad de estructuras y funciones alteradas; sin embargo, también podemos prevenirlas:

1. Fomentando la lactancia materna hasta los 6 meses de vida de forma exclusiva, ya que ayuda a un desarrollo armónico de la cara.

2. Realizando masticación bilateral con el consumo de alimentos fibrosos.
3. Manteniendo los dientes temporales sanos para que se guarde espacio para los permanentes.
4. Detectando malos hábitos para irlos corrigiendo.
5. Asegurándose de que los niños tengan siempre su nariz limpia para evitar la respiración bucal.
6. Llevando a los infantes con el pediatra para eliminar cualquier tipo de alteración de la permeabilidad de las vías aéreas (tabique nasal desviado, amígdalas hipertróficas, pólipos nasales, etcétera).⁵⁵

III.8. Primera visita estomatológica

En los últimos estudios epidemiológicos se observa que menos del 30% de los niños de 3 años han visitado al dentista debido a la falta de educación de los padres en materia de salud bucal. La edad ideal para la primera consulta odontológica es entre los 6 y 12 meses o cuando erupcione el primer diente primario. En esta visita se busca establecer un vínculo entre el estomatólogo pediatra y el bebé, ayuda a determinar el riesgo de caries y se evalúa la necesidad de aplicaciones tópicas de flúor; asimismo, se ofrece a los padres una orientación temprana de la salud bucodental de su hijo con el fin de lograr una óptima salud bucodental y prevenir la caries.^{6, 8, 39, 49} (Figura III.8.1)



Figura III.8.1. La primera visita al estomatólogo pediatra se debe realizar durante el primer año de vida.

III.8.1. Caries dental

La caries dental es una enfermedad infecciosa, transmisible, producida por bacterias cariogénicas (*Streptococcus mutans*). La mayoría de los niños adquieren esta enfermedad de manera vertical; es decir, por medio de la saliva de la madre, cuidadores o hermanos por lo que se recomienda evitar ciertas conductas como compartir popotes o cucharas, limpiar los chupones con saliva o dar besos en la boca. ^{7-9, 21, 34, 58, 59}

La dieta también tiene un lugar importante en la desmineralización y el proceso carioso ya que las bacterias del *biofilm* convierten el azúcar en ácido, éste descalcifica la superficie del esmalte y produce cavidades en los dientes (Figura III.8.1.1.). Por ello debe evitarse el consumo de alimentos altos en carbohidratos como galletas, jugos industriales, frituras y golosinas puesto que, entre más frecuentemente se ingieran, mayor será la probabilidad de que se produzca caries. El tiempo y la higiene bucal también son factores que pueden desencadenar dicha enfermedad. ^{1, 8, 36, 47, 60}



Figura III.8.1.1. Proceso de la caries dental. Se observa cómo va avanzando la caries con el tiempo y a las estructuras que ataca. (Tomado de Gobierno de Chile, 2007) ¹

El uso nocturno de chupones endulzados con miel o biberones con bebidas azucaradas, también desencadena la caries dental, puesto que durante la noche disminuye notablemente la producción de saliva, que es un factor protector en la cavidad bucal ya que lubrica y contiene elementos minerales, lo que deriva en el aumento de la producción de bacterias cariogénicas. Si la alimentación nocturna es necesaria por indicación médica, se debe realizar aseo bucal posterior. ^{1, 47-49} (Figura III.8.1.2)



Figura III.8.1.2. Caries dental. El uso nocturno de chupones o biberones endulzados desencadena la caries dental.

Con base a lo anterior, la promoción a la salud como estrategia permite proporcionar los medios necesarios para prevenir y controlar enfermedades que afectan a la población. La promoción de la salud, incluyendo la educación y prevención, nos permite modificar conductas y hábitos, en este sentido, proporciona a las comunidades los medios necesarios para mejorar en este aspecto, a través de la educación, creando estrategias accesibles con el propósito de que tengan conocimiento suficiente y pertinente para prevenir y atender oportunamente los problemas de salud de mayor prevalencia e incidencia acorde con la etapa del ciclo de vida del individuo. ^{2, 3}

La educación como una estrategia para la promoción y prevención de la salud es una opción de bajo costo que a través de un programa activo ayuda a modificar comportamiento y estilo de vida para mejorar hábitos higiénicos y alimenticios desde etapas tempranas de la vida, se puede constatar que es mucha la información que no se proporciona a los padres sobre el cuidado de la salud bucal, ^{3, 4, 13} es por eso que en el presente estudio por medio de un modelo constructivista se les dio a conocer a los padres toda la información de manera práctica y dinámica, el aprendizaje de los padres nos ayudara a combatir con la caries dental disminuyendo su prevalencia en niños menores de 3 años, de ahí la pertinencia de esta investigación, donde mostramos el impacto de un programa activo de educación para la salud sobre los conocimientos de los padres para el cuidado de la salud bucal de lactantes.

IV. Planteamiento del problema

Los cursos-talleres para la educación para la salud bucal en la práctica odontológica son un método eficaz y de bajo costo que crea un ambiente de aprendizaje para el refuerzo del conocimiento lo que ayuda a obtener un mayor aprendizaje. De tal forma que la implementación de un curso-taller dirigido a padres de lactantes es de suma importancia no sólo porque incluye temas relacionados con el desarrollo dental, lactancia materna y sustituta, alimentación complementaria, hábitos perniciosos, higiene oral y la orientación para la primer visita al estomatólogo pediatra; sino también porque los padres adoptarían hábitos saludables durante el desarrollo del infante que mantendrán a lo largo de su crecimiento. ¹⁶⁻¹⁹

Los avances y los reportes sobre el impacto que ha tenido la aplicación de este tipo de enseñanza educativa en los padres de lactantes son trascendentes; sin embargo, en México son escasos los estudios dirigidos a padres de lactantes, por lo que es necesario proponer métodos más activos y congruentes que respondan a las necesidades actuales favoreciendo la participación activa de éstos en el aprendizaje de conceptos accesibles y significativos con ayuda de un sin número de herramientas didácticas como el medio de información y aprendizaje de los padres sobre métodos preventivos para el cuidado bucodental de los infantes; de ahí la relevancia del presente estudio, para el que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¹⁶⁻¹⁹

¿Cuál será el efecto de un programa activo de educación para la salud sobre los conocimientos de los padres para el cuidado de la salud bucal de lactantes?

V. Hipótesis

De acuerdo con los estudios reportados sobre la eficacia de los programas activos de educación para la salud para la adquisición de conocimientos, suponemos que los padres que participen en un curso-taller *ad hoc* para el cuidado de la salud bucal de lactantes mostrarán un nivel de conocimientos significativamente mayor que los que reciban información de educación para la salud de forma pasiva.

VI. Objetivo

Determinar el efecto de un programa activo de educación para la salud sobre los conocimientos de los padres para el cuidado de la salud bucal de lactantes.

VII. Material y Métodos

VII.1. Tipo de estudio.

- Se llevará a cabo un estudio cuasi-experimental.

VII.2. Población de estudio.

- Se estudiaron a 70 padres de diferentes jardines de niños del estado de Veracruz durante el periodo de octubre a noviembre de 2016.

VII.3. Criterios

VII.3.1. Criterios de inclusión

- Padres que quieran participar en el estudio.
- Padres que firmen el consentimiento informado.

VII.3.2. Criterios de eliminación

- Los padres que no asistan a las dos sesiones del curso-taller.

VII.4. Variables

VII.4.1. Independiente:

- Método de educación para la salud: (i) activo (curso-taller ad hoc); (ii) pasivo (información y cuadernillo)

VII.4.2. Dependiente:

- Conocimiento de los padres para el cuidado de la salud bucal de lactantes.

VII.4.3. Intervinientes:

- Edad.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Número de hijos.

VII.4.4. Operacionalización de variables

| Variable | Definición | Nivel de medición | Categorías |
|---|--|-----------------------|---|
| Método de capacitación | Se refiere a las diversas formas que existen para implementar y ejecutar los procesos de enseñanza para alcanzar los objetivos de aprendizaje. | Cualitativa nominal | Curso-taller Tríptico |
| Conocimiento sobre salud bucal del lactante | Información fundamentada significativa que permita prevenir y controlar los problemas de salud bucodental evaluada a través de un instrumento elaborado expreso. | Cuantitativa discreta | Puntaje crudo Puntaje ponderado |
| Edad | Años que refiere el sujeto al momento del interrogatorio. | Cuantitativa discreta | Número de meses y/o años cumplidos |
| Escolaridad | Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. | Cualitativa ordinal | Primaria Secundaria Preparatoria Universidad |
| Ocupación | Sinónimo de trabajo, labor o quehacer; vinculado al verbo ocupar. | Cualitativa nominal | Empleado Desempleado Hogar Autoempleo |
| Número de hijos | Número de hijos que refiere el individuo al momento del interrogatorio. | Cuantitativa discreta | Número de hijos |

VII.5. Técnicas

De manera aleatoria se conformaron dos grupos de 35 personas: (i) grupo experimental, participó en el programa activo de educación para la salud (curso taller *ad hoc*) de dos sesiones de 90 minutos cada una; (ii) grupo control, recibió información general de educación para la salud de manera verbal y un cuadernillo informativo para su lectura. Ambos grupos fueron evaluados respecto al nivel de conocimientos para el cuidado de la salud bucal de lactantes antes y después de 7 días de la intervención educativa.

Grupo experimental:

1. Previo al consentimiento informado (anexo 1), se les realizó a los individuos una evaluación previa a la intervención que constó de 13 ítems (anexo 2), donde se evaluó el nivel de conocimiento que tenían sobre el cuidado e higiene bucodental del lactante.
2. Se les impartió un curso-taller educativo *ad hoc*, que se llevó a cabo en un aula del jardín de niños. El curso-taller constó de dos sesiones informativas y un taller padre e hijo; asimismo, se les proporcionó el contenido informativo por medio de una presentación en PowerPoint con imágenes y videos, además de material demostrativo y dinámico (anexo 3), también se les entregó un cuadernillo con la información más importante del curso-taller (anexo 4).
3. Finalmente se les realizó una evaluación posterior a la intervención que constó con los mismos ítems que la anterior (anexo 2).

Grupo control:

1. Se realizó la misma evaluación previa a la intervención.
2. Se les entregó un cuadernillo.
3. Se les realizó el cuestionario posterior a la intervención.

En la siguiente liga se puede observar el video del programa activo de educación:
<https://www.youtube.com/watch?v=jWT5BnM8dho>

VIII. Análisis Estadístico

Los datos se analizaron utilizando promedio y desviación estándar (DE); como pruebas de comparación ANOVA de medidas repetidas. Para todas las pruebas se consideró un valor de $p < 0.05$ como significancia estadística. Para tal efecto se utilizó el programa de análisis estadístico SPSS versión 25.0.

IX. Resultados

En el cuadro IX.1 se muestran las características sociodemográficas de los grupos de estudio, en el que se observa que en ambos grupos existe un predominio de participantes del sexo femenino (94.2% programa activo y 97.8% en el grupo control). Asimismo, la escolaridad de los grupos es homogénea y el número de hijos es similar.

Respecto al efecto del programa activo de educación para la salud se encontró un aumento estadísticamente significativo en el puntaje del nivel de conocimientos para el cuidado de la salud bucal de lactantes: en el grupo experimental (pre-intervención, 7.51 ± 1.541 vs. post-intervención 11.86 ± 1.141 , $p < 0.001$) en comparación con el grupo control (pre-intervención, 7.63 ± 1.395 vs. post-intervención, 8.71 ± 1.296 , $p > 0.05$) (Cuadro IX.2).

En torno a la relación de la edad, escolaridad, ocupación y número de hijos con puntaje del nivel de conocimientos para el cuidado de la salud bucal no se observaron diferencias estadísticamente significativas (Cuadro IX.3-6).

Cuadro IX.1. Características sociodemográficas de los padres de ambos grupos.

| | Programa activo | | Control | |
|------------------------|------------------------|-------|----------------|-------|
| | n = 35 | % | n = 35 | % |
| Sexo | | | | |
| Femenino | 33 | 94.28 | 34 | 97.14 |
| Masculino | 2 | 5.72 | 1 | 2.86 |
| Ocupación | | | | |
| Empleado | 6 | 17.14 | 9 | 25.71 |
| Hogar | 24 | 68.57 | 25 | 71.43 |
| Autoempleo | 5 | 14.29 | 1 | 2.86 |
| Desempleado | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Escolaridad | | | | |
| 6-9 años | 2 | 5.71 | 6 | 17.14 |
| 10-12 años | 12 | 34.28 | 12 | 34.28 |
| 13-16 años | 11 | 31.43 | 12 | 34.28 |
| >17 años | 10 | 28.58 | 5 | 14.29 |
| Número de hijos | | | | |
| 1 hijo | 18 | 51.42 | 19 | 54.29 |
| ≥ 2 hijos | 17 | 48.58 | 16 | 45.71 |

Cuadro IX.2. Nivel de conocimientos relativos al programa de educación para la salud.

| | Programa activo (n = 35) | | Control (n=35) | |
|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|--------------|
| | PRE | POST | PRE | POST |
| Valores promedios | 7.51 ± 1.541 | 11.86 ± 1.141* | 7.63 ± 1.395 | 8.71 ± 1.296 |

PRE: puntaje del nivel de conocimientos antes de la intervención educativa. POST: puntaje del nivel de conocimientos después de la intervención educativa. Los valores están expresados como la media ± desviación estándar. *ANOVA de medidas repetidas $p < 0.01$.

Cuadro IX.3. Nivel de conocimientos relativos al programa de educación para la salud por grupos de edad.

| | Edad | | |
|------------------------|---------------|---------------|--------------|
| | 20 a 25 años | 26 a 30 años | ≥31 años |
| Programa activo | | | |
| PRE | 6.71 ± 1.490 | 8.09 ± 1.300 | 8.00 ± 1.491 |
| POST | 11.57 ± 1.222 | 12.27 ± 1.272 | 11.80 ± .789 |
| Control | | | |
| PRE | 7.63 ± 1.500 | 7.85 ± 1.463 | 7.17 ± .983 |
| POST | 8.81 ± 1.276 | 8.85 ± 1.463 | 8.17 ± .983 |

PRE: puntaje del nivel de conocimientos antes de la intervención educativa. POST: puntaje del nivel de conocimientos después de la intervención educativa. Los valores están expresados como la media ± desviación estándar. ANOVA de medidas repetidas $p > 0.05$.

Cuadro IX.4. Nivel de conocimientos relativos al programa de educación para la salud por años de escolaridad.

| | Escolaridad | | | |
|------------------------|--------------------|---------------|---------------|--------------|
| | 6 años | 9 años | 12 años | 17 años |
| Programa Activo | | | | |
| PRE | 9.50 ± .707 | 7.33 ± 1.371 | 7.27 ± 1.421 | 7.60 ± 1.838 |
| POST | 12.50 ± .707 | 11.83 ± 1.193 | 11.36 ± 1.286 | 12.30 ± .823 |
| Control | | | | |
| PRE | 6.83 ± 1.329 | 7.58 ± 1.505 | 7.92 ± 1.443 | 8.00 ± 1.000 |
| POST | 8.33 ± 1.506 | 9.08 ± 1.240 | 8.50 ± 1.314 | 8.80 ± 1.304 |

PRE: puntaje del nivel de conocimientos antes de la intervención educativa. POST: puntaje del nivel de conocimientos después de la intervención educativa. Los valores están expresados como la media ± desviación estándar. ANOVA de medidas repetidas $p > 0.05$.

Cuadro IX.5. Nivel de conocimientos relativos al programa de educación para la salud por tipo de ocupación.

| | Ocupación | | |
|------------------------|------------------|---------------|--------------|
| | Empleado | Hogar | Autoempleo |
| Programa Activo | | | |
| PRE | 6.67 ± 1.633 | 7.63 ± 1.408 | 8.00 ± 2.000 |
| POST | 11.33 ± 1.033 | 11.88 ± 1.191 | 12.40 ± .894 |
| Control | | | |
| PRE | 7.56 ± 1.014 | 7.72 ± 1.514 | 6.00 ± 0 |
| POST | 8.56 ± 1.333 | 8.84 ± 1.281 | 7.00 ± 0 |

PRE: puntaje del nivel de conocimientos antes de la intervención educativa. POST: puntaje del nivel de conocimientos después de la intervención educativa. Los valores están expresados como la media ± desviación estándar. ANOVA de medidas repetidas $p > 0.05$.

Cuadro IX.6. Nivel de conocimientos relativos al programa de educación para la salud por número de hijos.

| | Número de hijos | |
|------------------------|-----------------|---------------|
| | 1 hijo | ≥ 2 hijos |
| Programa Activo | | |
| PRE | 7.17 ± 1.543 | 7.88 ± 1.495 |
| POST | 11.89 ± 1.079 | 11.82 ± 1.237 |
| Control | | |
| PRE | 7.26 ± 1.098 | 8.06 ± 1.611 |
| POST | 8.42 ± 1.170 | 9.06 ± 1.389 |

PRE: puntaje del nivel de conocimientos antes de la intervención educativa. POST: puntaje del nivel de conocimientos después de la intervención educativa. Los valores están expresados como la media ± desviación estándar. ANOVA de medidas repetidas $p > 0.05$.

X. Discusión

La promoción a la salud como estrategia permite proporcionar los medios necesarios para prevenir y controlar enfermedades que afecten a la población así como mejorar la salud de los individuos. En este sentido, de acuerdo con lo publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades bucales afectan a más del 90% de la población mexicana y la caries se encuentra entre las cinco con mayor demanda de atención en los servicios de salud del país.^{3, 14} Asimismo, en el documento "Políticas de Salud Bucal en México" publicado en el año 2006, se reportó que la prevalencia de caries en dentición temporal afecta al 50% de los niños.²

Estos datos epidemiológicos sugieren que los programas de salud pública establecidos por las instituciones de salud no han logrado su objetivo debido a que la mayoría de los programas de promoción de la salud bucal están dirigidos a niños con edad escolar, cuando deberían iniciar en etapas más tempranas, incluso desde el nacimiento, para evitar enfermedades destructivas con cuidados simples y de bajo costo. La mayoría de estudios epidemiológicos del ámbito odontopediátrico señalan que a los 36 meses de edad existe una gran prevalencia de caries que amerita rehabilitación bucal.^{2, 26}

La promoción de la salud, incluyendo la educación y prevención, permite modificar conductas y hábitos de la población. En este sentido, la promoción de la salud proporciona a las comunidades los medios necesarios para mejorar en este aspecto, a través de la educación, recursos físicos y estrategias accesibles con el propósito de que tengan conocimiento suficiente y pertinente para prevenir y atender oportunamente los problemas de salud de mayor prevalencia e incidencia acorde con la etapa del ciclo de vida del individuo y los determinantes sociales como el contexto socioeconómico y cultural.^{3, 4}

Por lo anterior, la educación como una estrategia para la promoción y prevención de la salud constituye una opción de bajo costo que a través de la enseñanza de conocimientos prácticos modifica comportamientos y estilos de vida para mejorar los hábitos higiénicos y alimenticios desde etapas tempranas del ciclo de vida. En este sentido, la mayoría de los programas de educación para la salud bucal son de tipo pasivo y se limitan a proporcionar información verbal o impresa, cuyos resultados han sido muy limitados. Por tal motivo se ha señalado la necesidad

de implementar programas activos de educación para la salud bucal con un enfoque constructivista en los que los beneficiarios deben coparticipar en el desarrollo de dicho programa. Asimismo, se ha enfatizado la necesidad de iniciar con tales programas desde etapas tempranas de la vida, incluso desde la lactancia. Al respecto, los programas de inicio temprano dependerán en gran medida de la educación y conocimiento que tengan los padres o tutores de los infantes sobre temas de salud e higiene bucal como el desarrollo de la dentición, lactancia materna y sustituta, alimentación complementaria, hábitos perniciosos, higiene bucal y la primera visita al odontólogo. ^{2, 28}

Otro aspecto relevante que se debe considerar es la metodología de educación para la salud que se debe utilizar para informar y orientar a los padres de manera significativa donde se resalte la importancia de mantener una buena salud bucal desde edades tempranas para garantizar a sus hijos una vida sana puesto que esto no sólo ayudará a prevenir la caries de la infancia temprana, hábitos perniciosos y maloclusiones, sino también evitará algunas enfermedades sistémicas. ^{2, 28}

La metodología de la educación para la salud de tipo activo propicia que el aprendizaje sea una experiencia donde la evaluación va dirigida al proceso basándose en la teoría de Piaget. Hoy en día es uno de los principales aportes didácticos en el proceso de enseñanza-aprendizaje debido a que se preocupa por el desarrollo de habilidades y aptitudes, lo cual no se puede lograr con una enseñanza pasiva que sólo utiliza técnicas memorísticas y discursivas. Se necesita una metodología participativa para poder implementar un programa de educación de la salud exitoso dirigido a los padres de lactantes; con esto se pretende conseguir que ellos se conviertan en los responsables de su propio aprendizaje desarrollando habilidades por medio de la participación e intercambio de experiencias y opiniones, además de que evalúen su conocimiento para que tomen conciencia de su entorno; para esto hay que tener claro que el profesional de la enseñanza tiene la responsabilidad de guiar, motivar, ayudar, facilitar y dar las herramientas necesarias para cumplir con estos objetivos. ¹⁰⁻¹²

Uno de los países en el continente americano que más ha desarrollado la educación para la salud bucal de tipo activo es Brasil. Al respecto, en la última década este país se ha dedicado al cuidado de la salud bucal de los bebés, pues en 27 de sus universidades cuentan con una

clínica para el bebé donde proporcionan información a los padres sobre el cuidado y la importancia de la salud bucal a edades tempranas. Estas clínicas realizan tres programas: Programa Educativo, Programa Preventivo y Programa de Asistencia. El primero se encarga de presentar a los padres toda la información explicándoles de manera clara y concisa temas que ayudan al conocimiento de buenos hábitos bucales; el segundo realiza una valoración general y bucal analizando la dieta actual del bebé para conocer sus hábitos de higiene, dependiendo del riesgo de presentar enfermedades, se les proporciona a los padres más información enfocada al problema del bebé y se les programa una segunda cita que puede ser dentro de una semana o hasta seis meses, tiempo que dependerá del riesgo en el que se encuentre el lactante; el último programa consta de procedimientos rehabilitadores de acuerdo al padecimiento, un grupo de especialistas llevan a cabo este programa para devolverle la salud bucal al bebé. ²¹

En nuestro país son limitados los programas activos de educación dirigidos a los padres de lactantes. En la mayoría de las instituciones de salud informan sobre estos temas, pero lo hacen con métodos pasivos como con el uso de trípticos. Este método, a pesar de ser tan popular, la información que provee no siempre es bien comprendida por el lector o muchas veces no llega a leer todo el contenido y damos por hecho que esa persona ya sabe del tema; en cambio, un programa educativo activo proporciona métodos más dinámicos e ilustrativos con los cuales el aprendizaje de los padres hacia los bebés es mayor sobre temas importantes y así puedan aplicar toda la información proporcionada en el programa.

En este contexto, en nuestro estudio se observó un aumento estadísticamente significativo en el nivel de conocimientos sobre el desarrollo bucal, la lactancia materna y sustituta, la alimentación complementaria, hábitos perniciosos, higiene bucal y primera visita al odontólogo de los padres que participaron en el programa de educación para la salud de tipo activo en comparación con los que participaron en el programa pasivo.

En este sentido, nuestros hallazgos son similares a los reportados en un estudio realizado en Perú en el cual se implementó un taller educativo-demostrativo que consistía de un *pre-test*, la intervención con el taller y un *post-test*, cuyos resultados demostraron un aumento en el conocimiento de los padres que adquirieron la información por medio de este método educativo.

Los padres participantes consideraron que este método de aprendizaje es una herramienta que les servirá para mejorar la salud bucal de su hijo.⁷ A pesar de que en otros países han implementado programas educativos para mejorar la salud bucal en la infancia, éstos van dirigidos a niños de edades escolares y no incluyen entre sus objetivos la educación para la salud dirigida a los padres,^{6, 11, 36, 41} lo cual limita el éxito de dichos programas, sobre todo por el rol que éstos representan para la adopción y reforzamiento de estilos de vida saludables.

Por estas razones es importante que los programas educativos para prevenir enfermedades bucales, se inicien en edades tempranas a través de la implementación de programas significativos con un enfoque constructivista dirigidos a los padres durante las diferentes etapas del psicodesarrollo de los niños que fomenten hábitos saludables como parte de sus estilos de vida.¹¹

Por otro lado, se ha sugerido que la edad de los padres es un factor determinante en el nivel de conocimientos sobre los cuidados para mantener o mejorar la salud bucal; sin embargo, los resultados del presente estudio mostraron que no hay diferencias estadísticamente significativas respecto al nivel de conocimientos en los grupos de edad de los padres. Este hallazgo es congruente con el estudio realizado por Suyo *et al.* (2013)²⁶ quienes encontraron que la edad de los padres no se relaciona con el nivel de conocimientos sobre los cuidados para mantener o mejorar la salud bucal en la infancia.

Otra variable relevante vinculada con el conocimiento que tienen los padres sobre los cuidados para mantener o mejorar la salud bucal en los lactantes es la escolaridad, asumiendo que, a mayor escolaridad, las personas tienen mayor acceso a la información, tuvieron una formación académica mayor respecto a los cuidados de la salud en general y por lo tanto son más responsables de su cuidado. En este sentido, Benavente *et al.* (2012)⁶¹ y Navas *et al.* (2002)⁶² en sus investigaciones muestran una asociación estadísticamente significativa entre el grado de escolaridad y el nivel de conocimiento de los padres; no obstante, en nuestro estudio no encontramos una relación positiva entre la escolaridad de los padres y el nivel de conocimientos, aunque existe cierta similitud con lo observado por Teixeira *et al.* (2011).⁶³ La discrepancia en los estudios respecto a la influencia de la escolaridad sobre el nivel de conocimientos para el cuidado de la salud bucal sugiere que la escolaridad *per se* no tiene un efecto sobre la

información fundamentada para el autocuidado de la salud y consecuentemente, difícilmente se observará un comportamiento con estilos de vida saludable.

Por otro lado, en el presente estudio no se observó una relación entre las variables ocupación y número de hijos de los padres, lo cual es congruente con lo reportado por Teixeira *et al.* (2011).⁶³ Esto sugiere que el ambiente laboral no es un factor determinante para el conocimiento del autocuidado de la salud. Tampoco el número de hijos influye significativamente sobre el conocimiento para el cuidado. En este sentido, la experiencia adquirida de los padres con mayor número de hijos no necesariamente se traduce en un mayor conocimiento para el autocuidado de la salud.

Finalmente, nuestros hallazgos apuntan que los programas de salud activos tienen un mayor impacto en el conocimiento adquirido sobre la salud bucal del lactante en comparación con los programas pasivos, debido al compromiso de los padres de familia y del odontólogo lo que coincide con lo observado en otros estudios.²⁶

Todo lo anterior apoya la propuesta de promover el desarrollo e implementación de programas educativos activos para el cuidado de la salud bucal en etapas tempranas de la infancia y durante el ciclo de vida. Asimismo, representa una llamada de atención para todos los estomatólogos pediatras, para que no limiten sus acciones de promoción de la salud a proporcionar información verbal y/o a la entrega de folletos o trípticos, además de que no debe suponerse que la escolaridad de los padres se traduce en conocimientos para el autocuidado de la salud. Por tal motivo, es indispensable desarrollar programas de educación para la salud bucal con un enfoque constructivista en etapas tempranas de la infancia.^{27, 63}

XI. Conclusiones

Hipótesis

De acuerdo a los estudios reportados sobre la eficacia de los programas activos de educación para la salud para la adquisición de conocimientos. Suponemos que los padres que participen en un curso-taller ad hoc para el cuidado de la salud bucal de lactantes mostrarán un nivel de conocimientos significativamente mayor que los que reciban información de educación para la salud de forma pasiva.

Conclusiones

- Nuestros hallazgos sugieren que los programas de educación activos tienen un mayor impacto en el conocimiento de los padres sobre los cuidados de la salud e higiene bucal de los lactantes debido, también, al compromiso que tuvieron éstos y el estomatólogo pediatra.
- Se demostró que el uso del curso-taller *ad hoc* como método de intervención en la educación activa es una herramienta fácil, práctica y de bajo costo que ayuda a obtener un mejor nivel de conocimiento sobre temas de relevancia en el ámbito de la salud bucal.
- La escolaridad de los padres *per se* no se traduce en un mayor nivel de conocimientos sobre los cuidados para la salud bucal de sus hijos.
- La experiencia adquirida de los padres con el mayor número de hijos no repercute en el conocimiento sobre los cuidados para la salud bucal.

XII. Perspectivas

- Los hallazgos del estudio apoyan la propuesta de fomentar programas de educación para la salud activos en pro de la salud bucal en etapas tempranas de la infancia.
- Los resultados apoyan la propuesta de formar a los estomatólogos pediatras con enfoques de promoción de la salud de tipo constructivista.

XIII. Referencias

1. Gobierno de Chile. Programa de promoción y prevención en salud bucal para niños y niñas preescolares [Internet]. Santiago: Ministerio de salud del Gobierno de Chile; 2007. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/01/Programa-de-promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-salud-bucal-para-ninos-y-ninas-preescolares-2007.pdf>
2. Medina-Solis C, Maupomé G, Avila-Burgos L, Pérez-Núñez R, Pelcastre-Villafuerte B, Pontigo-Loyola A. Políticas de salud bucal en México: disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev Biomed 2006; 17:269-286.
3. Allende TL. Eficacia de un programa educativo multimedia de salud e higiene bucal en la disminución de placa dentobacteriana en escolares de 5 a 7 años. Tesis que para obtener el grado de Especialista en Estomatología del Niño y del Adolescente. México. FES Zaragoza UNAM; 2012.
4. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud. OMS: Ottawa; 1986. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
5. Ciccalé PA, Barrios GZ. La clínica del bebé: una alternativa de salud buco dental en la atención primaria. Una revisión. Revista de Facultad de Medicina. 2011; 20 (1): 88-95
6. Palma C, Cahuana A, Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. Acta Pediatr Esp. 2010; 68:351-357.
7. Palma C, García C, González Y. Prevenció de càries dental en infants menors de 3 anys. Pediatr Catalana. 2009; 69: 200-205.
8. Miñana V, Pericas BJ, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Soriano FF, Colomer RJ, Cortés RO, Esparza OM, Galbe Sánchez-Ventura J, García AJ, Martínez RA, Merino MM, Pallás AC. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011; 13(51):435-458.
9. Borda GC, Huapaya PO, Loayza CR, Torres RG, Chein VS, Garibay P, Anticona C, Pum J. Odontología para el bebé: modelo de atención en salud pública – Perú (parte 1). Odontología Sanmarquina. 2004; 8(2):32-40.
10. Labrador MJ, Andreu MA. Metodologías Activas, grupo de innovación en metodologías activas. Valencia, España: Editorial UPV; 2008. Disponible en: http://www.upv.es/diaal/publicaciones/Andreu-Labrador12008_Libro%20Metodologias_Activas.pdf
11. Torres H, Girón DA. Didáctica general. Costa Rica: Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana, CECC/SICA, 2009. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan039746.pdf>
12. Gálvez E. Metodología activa: favoreciendo los aprendizajes. Cuaderno de apoyo didáctico. México: Santillana; 2013. Disponible en: <http://lainfotecasantillana.com/wp-content/uploads/2013/11/CUADERNO-DE-APOYO-1.pdf>
13. Serrano GJ, Pons PR. El constructivismo hoy: enfoques constructivistas en educación. Revista Electrónica de Investigación Educativa. 2011; 13(1): 1-27
14. López M, Lledios A. Programa de salud bucal materno-infantil del C.A.P. N° 3. Salud Militar. 2003; 25(1):25-47.
15. Organización Panamericana de la Salud. Planificación local participativa: Metodología para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1999. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3136>

16. Tan SN, Alonso MC, Tan SN. Educación comunitaria en salud bucal para niños. Rev Hum Med [Internet]. Cuba: Rev Hum Med; 2003. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202003000200005&lng=es
17. Secretaria de Educación Pública. Propuesta Curricular para la Educación Obligatoria. México: Secretaria de Educación Pública 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/docs/Propuesta-Curricular-baja.pdf>
18. Dávila ME, Mujica GM. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Acta Odontológica Venezolana. 2008; 46(3):1-7.
19. Menguez BT, Sexto DN, González BY. Programa educativo sobre salud bucal para madres con niños en edad preescolar. Medisur. 2009; 7(1):49-53
20. Cammarano PF. Eficacia de un programa de salud bucal desarrollado por promotores escolares [Internet] Venezuela: Acta Odontológica Venezolana; 2013. Disponible: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/4/art3.asp>
21. Cañado de Figueiredo M, López JM. La clínica odontológica del bebé integrando un servicio de salud. Arch Pediatr Urug. 2008; 79(2): 1-7.
22. Ventiades FJ, Tattum BK. Patología oral del recién nacido. Rev Soc Bol Ped. 2006; 45(2):112-115.
23. Arango M, Baena G. Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Revisión de la literatura. Revista Estomatología. 2004; 12(1):59-65.
24. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Encuesta Nacional Caries Dental 2001 [Internet]. México: Secretaria de Salud; 2006. Disponible en: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/encd2001.pdf>
25. Belloso N, Hernández N, Rivera L, Morón A. Efectividad de los programas de educación para la salud bucal en niños en edad escolar. Ensayo experimental. Acta Científica Venezolana. 1999; 50:42- 47.
26. Suyo T, Iannacone J. Influencia de la enseñanza sobre el conocimiento de higiene bucal a padres de niños menores de tres años en el centro de salud de Mala, Perú. The Biologist. 2013; 11(2):307-319.
27. Navas PR, Álvarez C, Rojas-Morales T, Zambrano O. Metodología estratégica para la participación de los padres en los cuidados de la salud bucal de niños preescolares. Ciencia Odontológica. 2005; 2(1):17-33.
28. Álvarez MC, Navas PR, Rojas MT. Componente educativo–recreativo–asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. [Internet]. Cuba: Rev Cubana Estomatol; 2006. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000200005&lng=es
29. Organización Mundial de la Salud. Lactante, recién nacido. Ginebra, Suiza: UNICEF, OMS; 2003. Disponible en: http://www.who.int/topics/infant_newborn/es/
30. Secretaria de Salud. Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010 [Internet]. México: Secretaria de salud; 2011. Disponible en: <https://studylib.es/doc/8213198/perfil-epidemiol%C3%B3gico-de-la-salud-bucal-en-m%C3%A9xico-2010>
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Intercensal. México: INEGI; 2015. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura/>

32. Torres CM. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2009. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-23/#>
33. Angulo-Espinoza M, Teja-Ángeles E, Duran-Gutiérrez A. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. Acta Pediatr Mex. 2013; 34 (4): 196:204.
34. Boyer-Chu L. Salud y seguridad en establecimientos de cuidado de niños: Promoviendo la salud bucal infantil. Currículo para los profesionales de salud y proveedores de cuidado de niños. [Internet]. California Childcare Health Program; 2007. Disponible en: http://cchp.ucsf.edu/sites/cchp.ucsf.edu/files/Oral_Health_SP_0608.pdf
35. Marco-Pari J, Núñez-Lizárraga M. Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses del Instituto Nacional de Salud del niño. Odontología Sanmarquina. 2014; 17(2): 67- 71.
36. Mazariegos CM, Vera HH, Sanz BC, Stanford CA. Contenidos educativos en salud bucal [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2003. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf
37. Calzado MM, Rodríguez RL, Vargas FE, Vistel SM. Influencia de la lactancia materna en la salud del niño. Rev Cubana Enfermer. 2000; 16 (2):122-127.
38. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra, Suiza: UNICEF, OMS; 2003. Disponible en: http://search.who.int/search?q=lactancia+materna&ie=utf8&site=who&client=_es_r&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8
39. Pires CF, Abanto AJ, Jotta MA, Pinto CK, Saads CT, Strazzeri BM, Pires CM. Patrones de lactancia en bebés, su primer contacto con el azúcar y el dentista. Acta odontológica Venezolana. 2010; 48(2):1-11.
40. Viñas VA. La lactancia materna: técnica, contraindicaciones e interacciones con medicamentos. Pediatr Integral 2011; 15(4): 317-328
41. López MY, Arias AM, Del Valle ZO. Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. Rev Cubana Ortod 1999; 14 (1):32-38
42. Sabillón F. Diferentes Patrones de Succión. HONDURAS PEDIÁTRICA. 1998; 19(4): 91-93
43. Rendón MM, Serrano MG. Fisiología de la succión nutritiva en recién nacidos y lactantes. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011; 68(4): 319-327.
44. Rodríguez GA, Martínez BI. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. [Internet]. Cuba: Revista Médica Electrónica; 2011; 33(1). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema07.htm>
45. Navarro NJ, Duharte EA. La lactancia materna y su relación con los hábitos bucales incorrectos. MEDISAN. 2003; 7(2):17-21
46. Mayoral J, Mayoral G, Mayoral P. Ortodoncia: Principios fundamentales y práctica. 5^{ta} ed. España: Labor; 1986. 659 p.
47. Molina EA, López GA, López IC, Sáez CÚ. Caries del biberón. REV CLÍN MED FAM 2008; 2(4):184-185.
48. Juárez RE, Arizona NA, Delgado MR, López CA, Gil OC, Gallardo J. Caries asociado a alimentación con sucedáneos de la leche materna en biberón. Rev Med IMSS 2003; 41(5):379-382.

49. Amarilla M, Quintero LG. Caries severa de aparición temprana: una nueva denominación para un antiguo problema. RAAO. 2006; 46(2):32-35.
50. Perdomo MG, Durán FM. Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatr Integral* 2011; 15(4): 334-350
51. Riera RA, Guinot FJ, Bellet AC, Bellet LD. Relación entre la aplicación de programas de control de placa y el índice de caries en niños en edad escolar. *Revisión de la literatura. Odontol Pediatr.* 2006; 14(3): 82-88.
52. Cedillo VJ. Uso de los derivados de la caseína en los procedimiento de remineralización. *Revista ADM.* 2012; 69(4): 191-199
53. Murrieta-Pruneda J, Allendelagua BR, Pérez SL, Juárez-López L, Linares VC, Meléndez OA, Zurita MV, Solleiro RM. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2011; 68(1):26-33.
54. Reyes RD, Rosales RK, Roselló SO, García AD. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. *Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo* 2004 – 2005. *Acta Odontológica Venezolana.* 2007; 45(3):1-14.
55. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.* 2011. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
56. Podadera VZ, Ruiz ND. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad [Internet]. Cuba: *Rev Cubana Estomatol*; 2003. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_2_04/est04204.htm
57. Muller KR, Piñeiro S. Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2014; 25(4): 380-388.
58. Rojas HI. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados. *Revista Cubana Medicina Militar.* 2012; 41(4):379-384.
59. Duque de Estrada RJ, Rodríguez CA. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. *Rev Cubana Estomatol.* 2001; 39(2):111-119
60. Zaror SC, Pineda TP, Orellana CJ. Prevalencia de caries temprana de la infancia y sus factores asociados en niños chilenos de 2 y 4 años. *Int. J. Odontostomat.* 2011; 5(2):171-177.
61. Benavente LL, Chein VS, Campodónico RC, Palacios AE, Ventocilla HM, Castro RA, Huapaya PO, Álvarez PM, Córdova WP, Espetia AA. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontol Sanmarquina.* 2012; 15(1): 14-18.
62. Navas PR, Rojas MT, Zambrano O, Álvarez C, Santana Y, Viera N. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. *Interciencia.* 2002; 27(11):631-634
63. Teixeira GP, Vázquez CC, Domínguez SV, Portaluppi EV, Alfonso CL, Mao BC, Ferreira GM, Pérez BN, Del Valle de Abbate NE, Sanabria VD. Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. *Rev. Salud Pública Parag.* 2011; 1(1): 3-12

XIV. Anexos

XIV.1. Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Consentimiento informado para participar en Estudio de Investigación

Acepto participar en el estudio de Investigación "Impacto de un curso-taller en la educación para la salud bucal en padres de lactantes", donde se impartirá un curso-taller "1.2.3 Lactando y Sonriendo" que abordara temas como las características de la boca del bebe, su alimentación (seno materno, uso del biberón/chupón, alimentación complementaria) la higiene bucal de acuerdo a la edad y técnicas de cepillado. Antes de decidir puede hacer preguntas para que se sienta más cómodo con su participación.

Yo _____
He leído la información y he tenido oportunidad de efectuar preguntas acerca de la investigación y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que la participación es voluntaria. También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de que no tengo que alterar los datos personales y contestar con la verdad en este consentimiento y en las pruebas que me darán al comienzo y al finalizar el curso-taller.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente y por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este curso-taller, hasta que decida lo contrario.

Firma del Participante: _____

Testigo: _____

Fecha: _____
(Día/mes/año)

XIV.2. Pretest y Postest

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: _____

Nombre completo de la madre o padre: _____

Edad: _____

Ocupación: Empleado () Del hogar () Comerciante ()

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Universidad ()

Respecto a la vida familiar de los padres, viven juntos: Sí () No ()

¿Cuántos hijos tiene?: 1 () 2 () más de 2 ()

¿Qué edad tiene su hijo (el más chico) y que número de niño es?: _____
(Ejemplo: "1 año, primer hijo")

¿Quién realiza el aseo bucal de su hijo?

Mamá () Papá () Abuelos () Niñera () Guardería/Escuela ()

I. Instrucciones:

Lea y marque cuidadosamente de manera objetiva cada pregunta del cuestionario con una ("X"):

Desarrollo dental:

1) ¿Qué es el diente?:

a) Es un hueso () b) Es un órgano () c) Calcio () No sé ()

2) ¿Cree que son importantes los dientes temporales (dientes de leche)?

a) Sí () b) No () c) No sé ()

3) ¿A qué edad aproximadamente aparece el primer diente temporal (dientes de leche)?

a) Nace con dientes () b) A los 6 meses () c) Al año de edad () d) No sé ()

4) ¿Cuántos dientes temporales (de leche) debe tener su hijo a los 2 años y medio?

a) 14 dientes () b) 18 dientes () c) 20 dientes () d) No sé ()

Alimentación:

1) ¿Es el único alimento capaz de satisfacer TODAS las necesidades de la nutrición del bebé hasta los 6 meses?

a) Papillas () b) Leche materna () c) Leche de fórmula () d) No sé ()

2) ¿Alguna vez le han enseñado la Técnica para la alimentación con seno materno? En caso de ser hombre, ¿A su pareja se la han enseñado?

a) Sí () b) No () c) No recuerdo ()

3) ¿Hasta qué edad hay que darle biberón al bebé?

a) Hasta los 5 años () b) Hasta que él quiera dejarlo () c) Hasta el 1er año () d) No sé ()

4) ¿Qué enfermedad se puede ocasionar en los dientes uso nocturno del biberón?

a) Caries () b) Encías inflamadas y sangrantes (enfermedad periodontal) () c) Sarro () d) No sé ()

5) ¿Cuándo se inicia aproximadamente la alimentación complementaria (papillas)?

a) Entre los 4 y 6 meses de edad () b) Al año y medio () c) Después de los 2 años () d) No sé ()

Higiene bucal:

1) ¿Qué es la caries?

a) Picadura en los dientes () b) Enfermedad infectocontagiosa () c) Dolor en el diente () e) No sé ()

2) ¿Cuál cree usted sea el cepillado más importante del día?

a) Después de la comida () b) Al despertar () c) Antes de dormir () d) No sé ()

3) ¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al Odontopediatra?

a) Al erupcionar el primer diente () b) Cuando tenga edad suficiente ()

c) Cuando le duela algún diente () e) No sé ()

4) ¿Le han enseñado en alguna ocasión como realizar la higiene bucal de su bebé?

a) Sí () b) No () c) No recuerdo ()

GRACIAS

XIV.3. Curso-Taller educativo



"1, 2, 3 LACTANDO Y SONRIENDO"

INTRODUCCIÓN

La educación para la salud, como estrategia en la promoción y prevención, se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir a un proceso de cambio de actitud y que intenta mejorar la educación y las técnicas para llevarla a cabo. Además es parte fundamental que los padres conozcan los problemas bucodentales de sus hijos y como llegar a prevenirlos.

Los programas educativos en la práctica odontológica son una herramienta más para la promoción y prevención de la salud, además de ser un método de bajo costo su implementación no requiere de una gran infraestructura, pero sí demanda de métodos novedosos e interesantes para poder captar la atención de la población a la que será dirigida.

Es por lo antes planteado se dio a la tarea la creación de un curso-taller sobre la prevención y cuidado de la Salud bucodental infantil "1,2,3 LACTANDO Y SONRIENDO" donde se pretende concientizar al padre de familia sobre la importancia de desarrollar hábitos de higiene bucal que impactaran positivamente en la salud bucodental de sus hijos.

OBJETIVO GENERAL

Promover la salud bucal a través del entrenamiento creando una cultura de prevención a los padres de familia desde la etapa lactante en la que se prevengan las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia en los niños menores de 2 años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Concientizar a la población de la salud bucal como parte integral de la salud general.
- Conocer el desarrollo de la dentición en la etapa lactante (el lactante va de los 29 días a los 2 años de edad).
- Ofrecer actividades para promover el cuidado dental infantil a partir de la lactancia, donde les permita conocer modelos de prevención para el cuidado de la salud bucal.
- Brindar información actualizada sobre el cuidado dental en la etapa de lactancia.

ACTIVIDADES GENERALES

1. Desarrollo bucal

- Conociendo la boca de mi bebé.
- Mi bebe tiene algo en sus encías.

2. Alimentación

- Leche materna o Leche de formula ¿Cuál es la mejor opción?
- Tipo de biberones.
- Mi hijo se chupa el dedo/ no quiere dejar el chupón ¿Qué hago?
- Hora de las papillas

3. Higiene bucal

- Higiene bucal de acuerdo a su edad
- ¿Cómo y con que realizo su higiene bucal?

ESTRUCTURA CURSO-TALLER

| SESIONES | TEMA | DURACIÓN |
|-----------------|---------------------------------|-------------------|
| SESIÓN 1 | Desarrollo bucal y Alimentación | 1 hora 30 minutos |
| SESIÓN 2 | Higiene bucal | 1 hora 30 minutos |

Plan de sesión 1: Desarrollo bucal y Alimentación

Es importante que los padres conozcan las características de la boca sana de su bebé para poder identificar lesiones y poder tomar medidas preventivas, al mismo tiempo identificar si su bebe tiene alguna alteración en su cronología dental.

Existen 2 maneras de alimentar al lactante, por medio del seno materno o por formula adaptada, es importante que los padres tomen la mejor decisión, conociendo las ventajas y beneficios que otorgan cada una, también es importante saber a qué edad es recomendable que empiecen a consumir sus primeros alimentos complementarios. Existen hábitos nocivos que llegan a comprometer la salud bucodental del lactante como el chupón y la acción de chuparse el dedo, por lo cual es importante que los padres conozcan sus límites para poder prevenir maloclusiones.

Objetivo:

- Conocer las características de una boca saludable y distinguir las ventajas y beneficios de los tipos de lactancia y de la alimentación complementaria, además de identificar y como prevenir hábitos nocivos.

Objetivos de aprendizaje:

- Reconocer la forma de erupción de los dientes.
- Identificar algunas patologías que se originan dentro de la boca del lactante.
- Aprender la técnica correcta de lactancia materna.
- Conocer el uso del biberón, ventajas y desventajas, además de prevenir hábitos nocivos.

Actividades:

- Desarrollo y cronología de erupción dental.
- Patología dental del bebé.
- Lactancia Materna.
- Uso del biberón.
- Hábitos nocivos (chupón/chuparse el dedo).

Método de enseñanza-aprendizaje:

- Ponencia del tema con material gráfico y video.
- Presentación y práctica de técnica de alimentación con seno materno, con material didáctico.
- Exposición de las diferentes anatomías del biberón.
- Videos

Material y Equipo:

- Presentación en Power Point.
- Material didáctico.
- Cuadernillo
- Videos.

Plan de sesión 2: *Higiene bucal*

La higiene bucal es parte de una buena salud general del lactante, los padres deben de poder realizar una correcta higiene bucal de acuerdo a las características de la boca de su bebe, deben poder elegir el cepillo y pasta dental de acuerdo a la edad de su hijo, y poder realizar el cepillado sin ningún problema.

Objetivo:

- Informar a los padres de familia las medidas de prevención para contribuir al incremento de niños sanos sin experiencia de caries.

Objetivos de aprendizaje:

- Práctica medida del cuidado dental en la lactancia.

Actividades:

- Presentación de técnica de cepillado de acuerdo a las etapas del lactante.
- Dosificación y uso de pastas dentales.
- Primera visita al Estomatólogo Pediatra.

Método de enseñanza-aprendizaje:

- Presentación y práctica de técnica de cepillado etapa 0-6 meses.
- Presentación y práctica de técnica de cepillado etapa 6-12 meses.
- Exposición de cepillos y pastas dentales.

Material y Equipo:

- Presentación en Power Point.
- Material didáctico.
- Cuadernillo.
- Videos.

XIV.4. Cuadernillo



Desarrollo bucal

Conociendo la boca de mi bebé

Características intraorales

Los procesos alveolares o encías en el bebé están cubiertos por unas almohadillas gingivales, son rugosos y de color rosa coral. Si existe algún aumento de volumen, enrojecimiento, mal aliento consulte a su Estomatólogo pediatra .



Señales y síntomas de la erupción dental

A menudo al iniciar el proceso de erupción dental el bebé se encuentra intranquilo e irritado, presenta las encías inflamadas y babea en exceso con necesidad de morder todo lo que encuentre. Algunos consejos para aliviar estos síntomas:

Masajea las encías con aditamentos especiales.

Se recomiendan los aros de dentición siempre y cuando no tengan líquido ya que pueden llegar a ingerirlo.

Dar alimentos fríos ayuda a aliviar las molestias.

Si los síntomas empeoran consulte a su Estomatólogo pediatra.

Cronología de la erupción dental

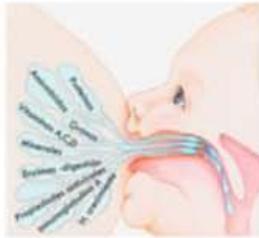


| Dientes | Erupción | Se Caen |
|---------------------------|-------------|------------|
| Dientes Superiores | | |
| Incisivo central | 8-12 meses | 6-7 años |
| Incisivo lateral | 9-13 meses | 7-8 años |
| Carino (colmillo) | 16-22 meses | 10-12 años |
| Primer molar | 13-19 meses | 9-11 años |
| Segundo molar | 25-33 meses | 10-12 años |
| Dientes Inferiores | | |
| Segundo molar | 23-31 meses | 10-12 años |
| Primer molar | 14-18 meses | 9-11 años |
| Carino (colmillo) | 17-23 meses | 9-12 años |
| Incisivo lateral | 10-16 meses | 7-8 años |
| Incisivo central | 6-10 meses | 6-7 años |

Alimentación

Lactancia materna

Es el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades de nutrición del bebé hasta los 6 meses. Los beneficios que otorga son:



- Nutrición óptima mejorando el desarrollo y crecimiento del bebé.
- Protección inmunológica previniendo infecciones digestivas y respiratorias.
- Agudiza sus sentidos y organiza su frecuencia respiratoria y cardíaca.
- Le produce bienestar sintiéndose querido y protegido.

A la madre le reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovarios, además le ayuda a recuperar más rápido su peso, es barata y no necesita de una preparación previa y es a libre demanda.

Técnicas para llevar a cabo la alimentación con seno materno:

1. La madre debe permanecer en reposo, adoptando una posición correcta.
2. El pezón debe asearse estimulándolo para su erección.
3. El cuerpo del bebé debe estar pegado a la madre con un ángulo de 45°.
4. Su boca debe estar completamente abierta y los labios evertidos, la areola debe estar dentro de su boca.

5. La lengua sobresale ligeramente haciendo un movimiento ondulante comprimiendo el pecho contra el paladar, produciendo el ordeño.
6. La deglución la efectúa al final de cada onda y otras después de varias succiones.
7. Se ve relajado y feliz y la madre no debe sentir ningún tipo de dolor.



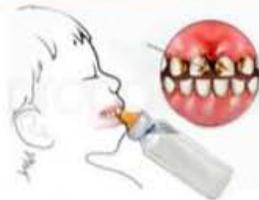
Lactancia sustituta

Se utiliza cuando la madre consume fármacos o cuando el lactante presente una enfermedad de base, solo en estos casos se indicara con el uso del biberón. No existe un biberón perfecto pero si debe de cumplir ciertas características: la tetina puede ser de látex (suaves y flexibles, puede desarrollar alergias) o silicona (duras, mantienen su forma por más tiempo), con una anatomía ortodóncica ya que se amolda al paladar y encías del bebe, el orificio de la tetina va a depender de la edad del bebé, diseño ergonómico del cuerpo proporcionara comodidad al sujetar el biberón, algunos incluyen

un tubo y válvula anti cólicos que evita que el bebé trague más aire de la cuenta, reduciendo cólicos y gases, deben ser libres de Bisfenol A (BPA), es un producto químico para la fabricación de plásticos policarbonatos, ya que puede estar relacionado con enfermedades como el asma, obesidad, diabetes, alteración en el sistema nervioso y en trastornos del comportamiento.



El uso nocturno y prolongado del biberón puede causar caries y problemas dentales, es recomendable la higiene bucal después de su uso, de ser necesario el uso nocturno debe de utilizarse solamente con agua.



Alimentación complementaria

Es todo alimento líquido o sólido que ingiere el lactante diferente a la leche materna o fórmula adaptada, se recomienda iniciarla entre los 4 y 6 meses de edad cuando consumen lactancia sustituta y a los 6 meses de edad con exclusiva lactancia materna. Si no se introduce de manera adecuada puede causar desnutrición infantil y el crecimiento y desarrollo del bebé se verá afectado. Los alimentos recomendados deben ser libres de azúcares, en la actualidad la alimentación contiene sacarosa, glucosa, fructuosa y lactosa y estos son utilizados en el metabolismo energético de la placa dental provocando caries.

Chupón y succión del dedo

La succión del dedo o el uso del chupón es un comportamiento normal y natural de los bebés, los reconforta y entretiene, normalmente lo hacen cuando están estresados, molestos o aburridos. La mayoría de los niños dejan esa costumbre por si solos alrededor de los 2 años de edad, si no paran se deberá desalentar ese hábito ya que puede ocasionar problemas dentales.

El chupón debe estar hecho de una sola pieza y que se pueda esterilizar, debe tener una tetina suave con agujeros de ventilación, no debe colgarse al cuello del bebé ya que podría ser peligroso, no deben endulzarse y no meter el chupón a la boca del papá o mamá para limpiarlo, esto transmite gérmenes que pueden ocasionar caries.



Higiene bucodental

¿Cómo realizar la higiene bucal?

De 0 a 6 meses

Se debe empezar con la estimulación oral para acostumbrar al bebé a la manipulación de la boca antes de que erupcionen los primeros dientes (6 meses), esto para ir creando un hábito.

La limpieza dental debe hacerse después de cada comida, con una gasa limpia y agua hervida fría o de garrafón, limpiando encías, cachetes y carrillos.

De 6 a 12 meses

Después de que erupcionen los primeros dientes, se debe hacer la limpieza con un dedal de silicona o cepillo dental infantil de acuerdo a la edad, la higiene se realizará con pasta dental sin flúor en proporción al tamaño de un chicharo. Técnica de cepillado asistida por un adulto.

De 1 a 3 años

La higiene se realizará con cepillo dental infantil de acuerdo a la edad, pasta dental sin flúor, la cantidad de pasta debe ser equivalente al tamaño de un chicharo. Técnica de cepillado asistida por un adulto, hasta que el niño tenga la coordinación de realizar una buena técnica por sí solo.



Uso de pasta dental y flúor

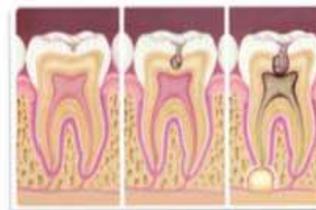
El uso de pasta con flúor no se recomienda en niños menores de 3 años debido a la falta de coordinación de poder escupir, ya que corren el riesgo de una ingesta excesiva de flúor. En niños mayores de 3 años, se puede utilizar una pasta dental con una concentración de 500 ppm de flúor.

El flúor ayuda a resistir la desmineralización del diente reduciendo la caries. El uso tópico de este va a depender el riesgo de caries de cada niño y su edad, debe de consultar a su Odontopediatra quien es él que va a decidir el tipo de administración y la frecuencia de su uso, ya que el uso excesivo produce fluorosis dental (manchas en los dientes).

Caries

¿Qué es la caries?

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible, producida por bacterias cariogénicas (*streptococcus mutans*), la mayoría de los niños adquieren esta enfermedad de manera vertical, esto es por medio de la saliva de la madre/padre, cuidadores o hermanos, para ello se recomienda evitar ciertas conductas como compartir popotes, cucharas, paletas o dar besos en la boca del bebé.



La dieta también tiene un lugar importante en la desmineralización y proceso carioso, ya que las bacterias de la placa bacteriana convierten el azúcar en ácido, y estos ácidos descalcifican la superficie del esmalte y van

produciendo cavidades en los dientes, por eso debe evitarse el consumo de alimentos altos en carbohidratos como galletas, jugos industriales, frituras, golosinas; el tiempo y la higiene bucal también son factores que ayudan a desencadenarla.

Los dientes temporales son importantes y la pérdida prematura de estos puede ocasionar:

Dificultad en el desarrollo de la masticación.

Alteración en la secuencia eruptiva de los dientes permanentes

Trastornos en la fonación

Problemas de autoestima

Maloclusiones dentales como apiñamiento, diastemas, giroversiones.