



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EL ODONTÓLOGO COMO EDUCADOR PARA LA
SALUD BUCAL DE LA MADRE GESTANTE Y EL
INFANTE DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS
DOS AÑOS DE EDAD.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

MARÍA DEL CARMEN URBINA MÉNDEZ

TUTORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER

ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

MÉXICO, Cd. Mx.

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradezco infinitamente a mi madre que me dio el privilegio de existir, me ha educado, cuidado y alentado en cada meta que me he propuesto. También a mi padre por luchar por proveerme para que culminaran mis estudios, por enseñarme a caminar en este mundo, por levantarme cada vez que me caía, por escucharme y aconsejarme en cada problema difícil que tuve en la escuela. Dios no puedo más que decirte que has sido muy generoso conmigo y mi familia, puesto que a pesar de las adversidades nos has bendecido, y dado lo necesario para poder salir adelante en esta travesía.

También le doy gracias a mis tíos Luz del Alba Méndez, Ángel Méndez, Ana Méndez, Guadalupe Méndez, por apoyarme con todas sus fuerzas y por cada consejo que me dieron para que pudiera seguir adelante. A mi tía Gertudris Pérez por defenderme, por contagiarme de su optimismo, aunque ya no estés aquí en la tierra, sé que estas feliz por este logro en mi vida, por consiguiente a mi tío José Luis Saldaña tu esposo le agradezco por depositar en mí su confianza, por ser mi amigo sobre todo porque hiciste lo posible por ser mi paciente. Con mi tía Irma Saldaña también estoy en deuda porque fue mi paciente, ayudándome a salir adelante con mi carrera. Tía abuela Concepción Maya, por haberme apoyado y tomar el lugar de tu hermana Enriqueta Maya que en paz descanse. Tío Gerardo Fonseca eres muy especial para mí, dado a que sin ser de tu sangre me quieres desde que nací como si fuera tu hija, siempre alentándome a ser mejor ser humano. A mi madrina Guillermina Arteaga, gracias por todo el amor que me has dado.

Gracias Luis Avalos por cuidarme, apoyarme, ser mi paciente, eres un pilar más en este logro.

Amigos, pacientes y compañeros de la Facultad de odontología, les agradezco su confianza, por su incondicional ayuda.

Profesores sin sus conocimientos y paciencia no hubiese sido posible que pudiera desarrollar mis habilidades, algunos de ustedes se volvieron mis amigos, como la doctora Patricia Alquicira, quien me ha tendido su mano.

A mi tutora Mirella Feingold Steiner y mi asesor Alfonso Bustamante Bécame, les doy las gracias por ser mis guías, por su paciencia y dedicación para sacar este proyecto adelante, es un gran honor el conocerlos y estar bajo su tutela.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVO	7
CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES DE LA PROMOCIÓN PARA LA SALUD	8
1.2 Conferencia Internacional de promoción para la Salud de Ottawa.....	9
CAPÍTULO 2 DEFINICIONES: EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PROMOTOR PARA LA SALUD	11
2.1 Antecedentes de la Educación para la Salud.....	12
2.2 Modelos y estrategias de la Educación para la Salud.....	13
2.2.1 Las redes digitales de la información aplicadas en la educación para la salud oral de la mujer gestante y el cuidado bucal del bebé.....	16
CAPÍTULO 3 EL CIRUJANO DENTISTA EN LA ATENCIÓN DE LA MUJER GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO SEGÚN NOM-013-SSA2-2015	19
CAPÍTULO 4 EMBARAZO Y SALUD ORAL	21
4.1 Condiciones fisiológicas, psicológicas y bucales de la mujer embarazada.....	21

4.2 Enfermedad periodontal, caries y factores de riesgo en la gestación.....	23
4.3 Salud oral en las adolescentes gestantes.....	25
4.4 Diabetes pre-gestacional e intolerancia a la glucosa en el embarazo, implicación de patología oral y enfermedad periodontal.....	25
4.5 Conocimientos de las mujeres gestantes sobre el control bucodental.....	27
4.6 Conocimientos de los médicos generales y/o gineco-obstetras de la enfermedad periodontal durante el embarazo.....	28
4.7 Atención odontológica general y .específica de la mujer embarazada.....	29
4.7.1 Diagnóstico y prevención.....	30
4.7.2 Rayos X.....	30
4.7.3 Postura en el sillón dental.....	31
4.7.4 Urgencias dentales (tratamientos pulpares, periodontales y control de caries), con uso de medicamentos.....	32

CAPÍTULO 5 DEFINICIONES: RECIÉN NACIDO Y

PRIMERA INFANCIA..... 35

5.1 Lactante.....	36
5.2 Lactancia materna, fisiología coadyuvante de su desarrollo....	37
5.2.1 Posiciones en el amamantamiento.....	38
5.2.2 Succión no nutritiva, implicaciones negativas.....	42

5.3 Lactancia artificial, sustituta y alimentación complementaria.....	43
5.3.1 Factores de riesgo en salud oral de estos tipos de alimentación.....	44
5.4 Hábitos perniciosos.....	45
5.4.1 Succión digital.....	45
5.4.2 Succión labial.....	46
5.4.3 Deglución atípica.....	47
5.4.4 Respirador bucal.....	47
5.5 Educación para la salud de la madre sobre los hallazgos bucales comunes en la primera infancia.....	48
5.5.1 Dientes natales o neonatales.....	49
5.5.2 Quiste de la erupción.....	50
5.5.3 Úlcera de Riga-Fede.....	50
5.5.4 Nódulos de Böhn.....	51
5.6 Medidas preventivas para mantener la salud bucal en el bebé y el infante hasta los 2 años de edad.....	52
CAPÍTULO 6 ERUPCIÓN DENTAL PRIMARIA.....	54
6.2 Educación para la salud transmitida al infante a través de la madre.....	54
CONCLUSIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica indica que la presencia de enfermedades bucales en la embarazada, puede tener consecuencias negativas en el neonato, la flora oral de la madre es uno de los factores más importantes de predicción de caries en un niño.

El odontólogo debe conocer todos los factores predisponentes y de riesgo, que intervienen en esta etapa de la mujer, para que le brinde asesoría adecuada acerca de los problemas que puede llegar a presentar, además, se modificarán los malos hábitos de higiene (si los hubiera). Para ello, empleará las diferentes herramientas y modelos que ofrece la Promoción y Educación para la Salud en este sentido. Los médicos generales y/o gineco-obstetras también deben saber las repercusiones de la enfermedad periodontal en el embarazo.

La que la mujer durante el embarazo está motivada a aprender lo necesario para cuidar de su salud y la del bebé, esta es una de sus principales preocupaciones, por consiguiente, la madre antes, durante y después de la gestación debe ser orientada, sobre las medidas de prevención que deberá tomar para lograr una óptima salud bucodental para sí y su hijo.

En caso de que la gestante presente urgencia de algún tratamiento bucodental, que no pueda postergarse, el CD debe saber responder a ésta contingencia profesional.

OBJETIVO

Describir los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, que influyen en la salud bucodental de la gestante y el recién nacido, hasta los 2 años de edad, para que el odontólogo funja como promotor de la salud de esta población implementando las herramientas adecuadas de la EpS, así establezca el tratamiento óptimo para ellos en el consultorio dental.

CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES DE LA PROMOCIÓN PARA LA SALUD

A Johan Peter Frank médico e higienista alemán se le considera el pionero en exponer la relación entre las condiciones sociales y la práctica de la medicina, ello manifestado en su obra de seis volúmenes de “Política sanitaria” publicado entre 1779 y 1819, estableciendo una conciencia sanitaria gubernamental. En 1820 un médico escocés William Pulteney Alison escribió la interrelación de la pobreza y la enfermedad.¹

En 1842 Edwin Chadwick en su informe sobre el estado higiénico de las ciudades de Gales, Inglaterra, señaló que entre más deplorables sean las condiciones de vida, la salud se verá perjudicada y el tiempo de vida será minimizado.¹

Ya en el siglo XX, en 1945, Henry Sigerist por primera vez emplea el término “promoción de la salud”, y señala que para mejorar el nivel de salud se requiere de buenas condiciones de trabajo, ejercicio físico, medios óptimos de descanso, espacios recreativos y educación. Para ello, es imprescindible la colaboración de diferentes grupos sociales tales como: trabajadores, industriales, médicos, políticos, educadores y todo lo anteriormente mencionado debidamente organizado en los servicios de salud.¹

En 1974, en el informe sobre “Nuevas perspectivas de salud de los canadienses”, expuesto por el entonces ministro Lalonde de Canadá, se describió cómo influían los factores biológicos, ambientales y conductuales en conjunción con los servicios sanitarios. Para el logro de la salud se debe contemplar la importancia del medio ambiente y nuestras conductas, dio un impulso a la educación abriendo camino a la expansión de los conceptos hacia el entorno psicosocial.²

Posteriormente en la Conferencia de Alma Ata celebrada en 1977, en la antigua Unión Soviética, realizada a raíz de la preocupación de los gobiernos de garantizar a toda la población, la satisfacción de las necesidades básicas como: alimentación, agua, saneamiento, asistencia materno infantil, vacunaciones, y medicamentos esenciales. Los países ahí reunidos llegaron a la conclusión de la salud no se remite solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, donde la salud es un derecho fundamental.

La mencionada Conferencia hizo públicos sus acuerdos dando a la salud un enfoque de elemento básico de equidad, priorizando los problemas de salud en un aspecto comunitario, enfatizando la obligación de los gobiernos a cuidar de la salud de los pueblos, y haciendo hincapié en la participación individual y colectiva, para la obtención de la salud. Después en noviembre de 1986 en Ottawa, Canadá, se realiza una de las conferencias más representativas de la promoción de la salud de la cual se habla a continuación.

1.2 Conferencia Internacional de promoción para la Salud de Ottawa

El concepto de Promoción de la Salud, se instituye en 1986 en la Carta de Ottawa, por la necesidad de buscar un nuevo acercamiento a los múltiples problemas de salud de la población mundial. En la Carta se propone conseguir “salud para todos en el año 2000”¹. Para la elaboración de esta propuesta se tomaron en cuenta los resultados obtenidos en la Declaración de Alma-Ata. En Ottawa se debatieron los problemas de los países industrializados pero también, los de otras regiones del globo. Los cambios rápidos e irreversibles que caracterizan a los tiempos en que vivimos, obligan a proyectarse constantemente hacia el futuro, pero los sistemas de salud ni siquiera han logrado avanzar al ritmo que imponen las necesidades sentidas por las poblaciones.

Tema importante de la Carta es la promoción de la salud que se describe como: *“proceso para capacitar a las personas a incrementar el control sobre su salud, y así, de manera individual o grupal obtener un bienestar psicosocial pero también, físico y ser capaces de llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer necesidades, así como cambiar o adaptarse a su entorno”*.³

La capacitación en el tema de salud, es un punto clave para reducir las diferencias que existen en el mundo en cuanto a la salud, para ello se deben asegurar recursos y oportunidades a través de un ambiente de apoyo en el acceso a la información para generar habilidades de elecciones sanas, mediadas por un sector sanitario el cual se apoya de otros sectores implicados como los gubernamentales, industriales, económicos, sociales, de voluntariado, autoridades locales, medios de comunicación etc., como coadyudantes participan los individuos, familias y comunidades. Los grupos de profesionales, personal sanitario y social tienen una mayor responsabilidad, en las estrategias como programas de salud.

La Promoción de la Salud coloca la atención sanitaria dentro de las políticas en todos los sectores y en diferentes niveles guiándolos a la conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener en la salud, comprendiendo cambios de legislación en medidas fiscales, impuestos y de organización, asegurando los servicios dentro de una economía que fomenten una equidad en la salud.³ También se admite la presencia del ambiente laboral, y ocio ya que producen un impacto sobre la salud.

Todos los sectores tienen la responsabilidad de trabajar conjuntamente para la creación de un sistema de asistencia sanitaria que contribuya a la obtención de salud, orientándose más a la promoción de la misma.

CAPÍTULO 2 DEFINICIONES: EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PROMOTOR PARA LA SALUD

Educación para la Salud es un concepto que nace a partir de dos fundamentos esenciales en la vida del ser humano, los cuales son el derecho a la educación y por consiguiente, el derecho a la salud.

Este concepto homogenizado de los derechos ya mencionados, está presente en la Ley General de Salud correspondiente a los Estados Unidos Mexicanos, creada en 1984. El artículo 110 de la Ley General de Salud, habla sobre la Promoción de la Salud [*“...Tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de la salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación...”*]⁴ enlazándose con el Artículo 111 donde se menciona que para poder ejercer la Promoción para la Salud, se debe tener en cuenta que esta comprende a la Educación para la Salud, llevando su cauce al Artículo 112 el cual establece el fomento del desarrollo de conductas y actitudes que permitan a las personas protegerse de riesgos que pongan en peligro su salud, así como participar en prevenir enfermedades de forma colectiva o individual, además de brindar los conocimientos de las causas de las enfermedades y los efectos dañinos del ambiente en la salud.⁴

La Educación para la Salud es considerada un elemento importante en la formación y objetivo en común de la humanidad, induciendo a una conciencia sanitaria, por ende organizaciones a nivel mundial como la OMS decretan el concepto: *“La educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de la vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el medio en que habitan”*.⁵

El educador para la salud es quien provee y gestiona los programas de Educación para la Salud, que tienen como objetivo ayudar a los individuos a maximizar y mantener estilos de vida saludables. Recolecta y analiza datos con el fin de identificar las necesidades de la comunidad para planificar, implementar, evaluar y monitorear programas diseñados para fomentar políticas, ambientes saludables y así llegar a estilos de vida óptimos en salud. Pueden actuar en colaboración con organismos especializados en el área.

2.1 Antecedentes de la Educación para la Salud

A partir del siglo XX hasta la década de los años setenta comienza la primera etapa de la historia de la EpS denominada clásica. En 1926, Wood, señalaba que: “La educación sanitaria consiste en la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y la comunidad”.¹ En 1954, durante la reunión del Comité de Expertos de Educación Higiénica del Público, comienzan las discusiones sobre el tema de la EpS; un resumen y los acuerdos emanados de esa reunión aparecen en el año de 1955 en los Cuadernos Técnicos de la OMS

En la National Conference on Preventive Medicine celebrada en EUA (1975) se estipula a la EpS como un proceso que motiva, informa y ayuda a adoptar y mantener estilos de vida sanos, por medio de prácticas saludables apoyados en los cambios ambientales.¹

La segunda etapa de la EpS, se basa en un modelo de educación popular, que busca la democratización de la salud, donde se pretende que las personas dejen de ser receptores de información y que tomen conciencia de las distintas situaciones que condicionan su salud y la de su comunidad. Lawrence W. Green (1980) dijo es: “cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud”.¹

2.2 Modelos y estrategias de la Educación para la Salud

Si el egresado de la Facultad de Odontología prestara sus servicios en el sector salud o en hospitales del sector privado, deberá conocer con precisión a qué público se va a dirigir, para la adecuada implementación de los modelos y estrategias de la EpS. Tendrá así mismo, que conocer cuáles son las creencias del individuo o grupo, para tal fin.

El modelo PRECEDE – PROCEED se presenta a continuación porque éste puede aplicarse tanto en individuos como en comunidades. Figura 1

Primera y segunda fase del Modelo PRECEDE – PROCEED

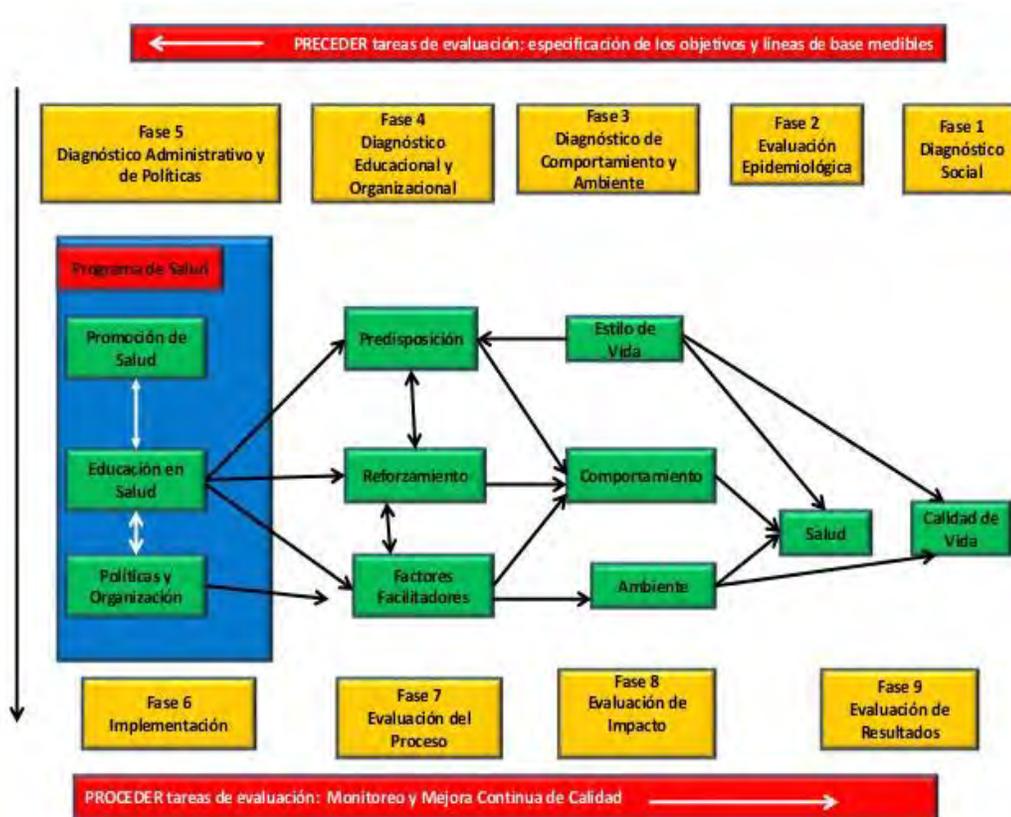


Figura 1 Cuadro de fases del modelo PRECEDE – PROCEED.⁶

Primera fase PRECEDE:

- Diagnóstico Social.
- Diagnóstico Epidemiológico.
- Diagnóstico Conductual y/o ambiental.
- Diagnóstico Educativo y organizacional.
- Diagnóstico Administrativo.

Segunda fase PROCEED:

- Implementación del programa.
- Evaluación de proceso.
- Evaluación de impacto.
- Evaluación sumaria, sumativa.

El modelo de salud que se basa en las creencias llamado *Health Belief Model HBM*, creado por un grupo de investigadores, psicólogos sociales, entre 1950 y 1960. Uno de los colaboradores de nombre Rosenstock, dice que los eventos reales no tienen un efecto en las decisiones, depende de muchos factores como son: experiencias previas, los ambientes sociales, familiares donde se desarrolle el sujeto.⁷

Para avanzar en aprendizajes significativos se requiere el uso de métodos y técnicas educativas, descritas en siguientes tablas 1 y 2.

Tabla 1. Técnicas de la análisis de la información.⁷

Técnica.	Descripción	Observaciones.
Resumir y ordenar.	<i>De lo que cuenta seleccionar los elementos que tengan una cierta conexión y devolvérselos adecuadamente.</i>	<i>Se ordena según los criterios, a los factores implicados como los aspectos que facilitan y dificultan el cambio, que ayuden a reelaborar la percepción del tema.</i>
Confrontar incongruencias.	<i>Manifestándose las discrepancias que se observan entre lo que piensa, siente, dice hace el interlocutor.</i>	<i>Se requiere un clima especialmente calificado. Describir no enjuiciar ni etiquetar.</i>
Focalizar.	<i>Señalar algún elemento que parece estar jugando un papel importante en la situación.</i>	<i>Se señala de manera respetuosa, como propuesta no a modo de diagnóstico certero.</i>
Personalizar.	<i>Proponerle que se centre en él o ella.</i>	<i>Se centra en lo que el receptor piensa siente, hace sin generalizar ni abstraer.</i>

Tabla 2. Técnicas de la información.⁷

Técnica.	Descripción	Observaciones.
Información con discusión.	<i>Aportar información sobre un tema facilitando las preguntas y discusión.</i>	<i>Es más eficaz si se utilizan recursos didácticos.</i>
Repetición.	<i>Repetir los contenidos esenciales para su mejor comprensión.</i>	<i>Seleccionar las informaciones más útiles y adecuadas a su situación pero sin redundancia.</i>
Verificación	<i>Verificar la comprensión de los puntos clave del contenido.</i>	<i>Necite un clima muy tolerante para que no suene a examen y requiere de más tiempo. .</i>
Lectura con Discusión.	<i>Material escrito como folletos, artículos etc.</i>	<i>Usar dentro de la consulta o tarea en casa que plantee sus comentarios y dudas para la siguiente consulta.</i>

Para motivar a una persona a que adopte estilos de vida diferentes y cambie de actitudes y hábitos, es necesario que el material didáctico que se emplee sea adecuado. Algunos ejemplos se mencionan a continuación:

- Charlas sobre salud. No debe exceder de los 20 minutos dejando 15 minutos después de la exposición, para preguntas y discusión, este recurso puede utilizarse tanto en consulta privada como en sector salud.

- Los carteles y trípticos se componen de palabras e imágenes o símbolos que transmiten un mensaje al paciente, estos son más utilizados en instituciones hospitalarias.

- El rotafolio se compone de una serie de carteles que han de mostrarse uno tras otro. Así, pueden presentarse varias etapas o aspectos del tema central, funcionan mejor en forma individual o en grupos pequeños, se emplea fácilmente en el consultorio dental.

- Otro recurso que el odontólogo puede utilizar en consulta privada, es la aplicación de videos proyectados en una computadora, tablet o pantalla, que represente de forma apropiada la información que se quiere dar a conocer.

Una herramienta reforzadora del aprendizaje, durante la consulta, es la demostración de las técnicas de higiene dental para la paciente, mediante el uso de tipodonto o modelos figurados.

2.2.1 Las redes digitales de la información aplicadas en la educación para la salud oral de la mujer gestante y el cuidado bucal del bebé

Por definición la Internet se conceptualiza como *“una red de computación de alcance mundial constituida a su vez por miles de computadoras, conteniendo programas de uso público y privado.”* El impacto de las redes de la información ha sido tal, que hubo la necesidad de crear la cibermedicina, que comprende el aspecto formativo del profesional de la salud, así como *“la educación sanitaria de los usuarios y la relación médico- paciente”⁸*, sin embargo, la calidad de los documentos y recursos ofrecidos por la

cibermedicina, es aún pobre en el campo de la educación sanitaria para el público en general.

Existe una desventaja en la información arrojada por este ciber mundo médico, puesto que tiene una falta de control de calidad y déficit de contexto, y la expone a ser mal interpretada por los usuarios. Depende de los especialistas del área de la salud, dirigir el buen aprendizaje de los pacientes.

Sin embargo, existe un organismo reconocido internacionalmente que avala las publicaciones que conciernen al área médica *“Health on the Net”, que se trata de una fundación sin fines de lucro registrada en Suiza que ha desarrollado un código de conducta para los sitios de salud y medicina en la Web, aquellas páginas que cumplen con las condiciones de calidad pautadas pueden utilizar el logo de Health on the Net especie de sello de calidad”*⁹. O en caso de que la página Web no tenga este logo, debe de mencionar quienes son los profesionales de la salud, que respaldan su información pero de no contar con un sustento científico especializado, esto debe ser explícitamente declarado.

Hoy en día las madres en gestación consultan internet ante cada duda que surge, en este periodo de su vida, de hecho muchas acuden a una revisión con su cirujano dentista, debido a que leyeron o buscaron un síntoma de alguna enfermedad bucodental durante el embarazo en internet, y la página Web donde encontraron la información les sugirió visitar al odontólogo.

<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/Paginas/Brushing-for-Two-How-Your-Oral-Health-Effects-Baby.aspx>

Está avalada por la American Academy of Pediatrics y contiene información de calidad dirigida a la paciente embarazada, sobre cómo afecta el cepillado sobre su salud bucal y por consiguiente la del bebé.

En esta misma página Web arroja sugerencias de temas relacionados como la siguiente dirección: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/Paginas/Pregnancy-and-Oral-Health-Truth-or-Fiction.aspx>

Puede ser de utilidad en la implementación del modelo de educación para la salud basado en creencias (*HBM*), de esta forma se corrigen los conocimientos previos erróneos de las mujeres embarazadas.

Otro link dentro de esta página que nos lleva a un menú sobre los cuidados del bebé en salud bucal, arrojando de igual manera otro artículo relacionado con este tema de interés:

<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/teething-tooth-care/Paginas/default.aspx>

Existe otra página que habla sobre salud dental y el embarazo, pero que tiene opción de interactuar con un profesional de la salud en línea, tan sólo registrándote como usuario, la dirección es: <http://infogen.org.mx/salud-dental-durante-el-embarazo/>

Una plataforma que brinda información de dominio público del hospital Sant Joan de Déu en Barcelona, brinda información sobre las posibles enfermedades que se pueden presentar en el embarazo y así invita a las futuras madres a acudir al médico para prevención: <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/consejos-buena-salud-bucodental-durante-embarazo>.

Otra buena opción para reforzar el aprendizaje de la madre durante la instrucción del promotor de la salud es: <https://www.saludemia.com/-/salud-mujer-embarazo-de-interes-salud-dental>

Dicha página Web está acreditada por SEAFORMEC que es un sistema español de acreditación de actividades relacionadas con la formación médica continua. ¹⁰

CAPÍTULO 3 EL CIRUJANO DENTISTA EN LA ATENCIÓN DE LA MUJER GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO SEGÚN LA NOM-013-SSA2-2015

La NOM-013-SSA2-2015 para la prevención y control de enfermedades bucales, toma como referencia la definición de la OMS sobre salud bucodental, entendiéndose como la *“ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, aftas bucales, defectos congénitos como labio leporino y paladar hendido, enfermedad periodontal (de la encía), caries dental, pérdida de dientes, otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca o cavidad bucal.”*¹¹

La intervención de la Educación para la Salud en el área de la prevención se inicia en la atención prenatal, para lograr un cambio desde el inicio de la vida del individuo.

En la norma existe un apartado llamado apéndice A normativo, que se refiere a las acciones de educación y prevención para promover y mejorar la salud bucal de la población, por grupos de edad en los consultorios dentales.

En contrando en la numeral A.8. de “Cuidados bucales preventivos para embarazadas”¹⁰: nos lleva a reconocer la salud integral para toda mujer en edad reproductiva, acción previa al embarazo, nos recomienda que la mujer en gestación debe ser atendida en un periodo no mayor a los 30 minutos, y que debemos tomar en cuenta qué postura en el sillón; se recomienda una posición de Fowler y en cada consulta tomar sus signos vitales. Figura 2



Figura 2 Posición Flowe's para la gestante.¹²

El cirujano dentista debe realizar el control del estado de salud bucal basándose en el riesgo alto o bajo a caries y enfermedad periodontal, de la paciente, haciéndole entender los riesgos que implican una deficiente salud bucal, para el desarrollo del feto, también es necesario empezar la instrucción del cuidado bucal del bebé.

En cuanto al cuidado del infante se hace mención en el punto A.9: “Cuidados bucales preventivos para personas hasta los 3 años de edad.” Es primordial en el campo de las acciones preventivas el capacitar al tutor, acerca de los factores de riesgo que rodean al bebé”.¹¹

Debe informarse a la madre sobre las implicaciones orales en cuanto al uso del biberón, y de la limpieza a realizar al no erupcionar los dientes y cuando ya ha sucedido. Enfatizar la importancia de la lactancia materna hasta los 6 meses de edad para evitar mal oclusiones así como dar a conocer la presencia de hábitos perniciosos que puedan afectar la oclusión dentaria.

El promotor debe capacitarlos en cuanto al contagio de caries u otras enfermedades por medio de su saliva, al bebé, también se debe instruir al tutor del infante sobre la exploración de tejidos duros y blandos de la cavidad oral, así como modificar los hábitos de alimentación nocturna, y baja en azúcares. El promotor de la salud debe saber identificar alteraciones de forma ósea, dentaria posición o secuencia de erupción.

CAPÍTULO 4 EMBARAZO Y SALUD ORAL

El embarazo se define como el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, que se desarrolla hasta alcanzar la madurez del feto y culmina con el parto. Figura 3



Figura 3 Neonato en el útero. ¹³

El periodo gestacional es oportuno para el compromiso de la madre con respecto a su salud oral, muchos signos y síntomas nuevos aparecen, como la intensa salivación debido a una hiperactividad de las glándulas salivales, se hace presente un aumento de la frecuencia de patologías orales, que condicionan la salud del feto.

4.1 Condiciones fisiológicas, psicológicas y bucales de la mujer embarazada

Es deber del promotor de la salud evaluar integralmente a la paciente.

Fisiológicamente se presentan cambios importantes en el sistema endocrino, generándose un aumento de hormonas que ayudan a que el cigoto se implante en el útero. Afectando los sistemas vitales que a continuación se mencionan:

En el primer trimestre es probable que se presenten cambios en el sistema nervioso haciéndose evidentes síntomas como mareos, vómito fatiga y tendencia a un síncope postural, al llegar al segundo trimestre desaparecen

estas molestias no obstante en el tercer trimestre reaparecen e inclusive se incrementan.¹⁴

La disfunción renal que provoca proteinuria y edema que desarrollan preclamsia y eclampsia.

Un fenómeno importante es la hipotensión supina, originada por la caída de la presión sanguínea.

En el aparato digestivo pueden aparecer varios trastornos como son: pirosis, estreñimiento, y hemorroides.

Las condiciones fisiológicas de la mujer embarazada repercuten en su salud bucal, particularmente en las estructuras dentales y periodontales, puesto que estos cambios a nivel hormonal vascular e inmunológico aumentan la susceptibilidad. Las implicaciones del sistema inmunológico cambian el ambiente oral al darse una reducción del pH salival, interviniendo en los mecanismos de mineralización y re mineralización del diente.¹³

Las repercusiones vasculares, el aumento de los estrógenos como el incremento de prostaglandinas estimulan la inflamación exacerbada de los tejidos de sostén de las estructuras dentarias.

Se considera un periodo crítico del desarrollo psicológico, porque pone a prueba el nivel de madurez emocional: *“La mujer tiene la tarea psicológica de convertirse en madre este proceso se ha denominado parentificación o parentalidad”*. Los estados de depresión, sentimientos de tristeza pueden influenciar la capacidad del autocuidado de la madre, cayendo en una carente higiene bucal, dando paso al desarrollo de depósitos de placa dentobacteriana, asociados a una mayor hipersensibilidad gingival, y aparición de caries o enfermedad periodontal.

4.2 Enfermedad periodontal, caries y factores de riesgo en la gestación

Durante la gestación las infecciones de diversas causas pueden poner en riesgo el curso normal de la gestación hasta llegar a poner en riesgo la salud del neonato, desencadenando partos prematuros y el bajo peso. Figura 4

El odontólogo tiene la obligación de conocer los cambios sintomáticos, como psicológicos que involucra este periodo, para así llevar a cabo el manejo adecuado de la paciente embarazada de manera idónea.

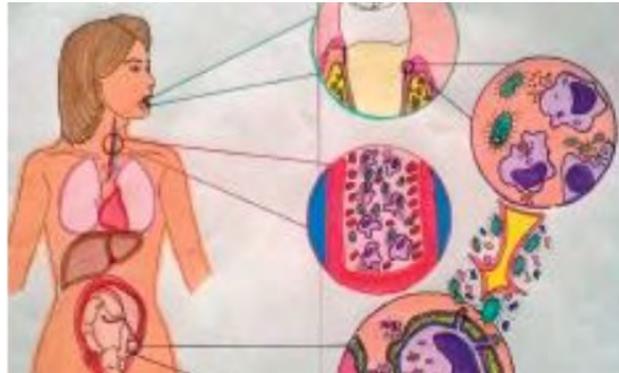


Figura 4 Embarazada y enfermedad periodontal.¹⁶

Se piensa erróneamente que el embarazo por sí mismo no causa gingivitis sin embargo, los cambios patológicos del tejido gingival en este período se relacionan con la presencia de placa dentobacteriana, cálculo dental y nivel deficiente de higiene bucal, con la intervención de factores hormonales que exageran la respuesta a los irritantes.¹⁷

Existen factores extrínsecos que favorecen a la enfermedad periodontal, que se refieren a los aspectos sociales o de estilos de vida, que cambian de una paciente a otra. Tanto la depresión durante el embarazo debido al estrés de su cambio de vida como sus modificaciones físicas, las lleva a preocuparse muy poco por su higiene dental. Dentro de las enfermedades gingivo-periodontales propias del embarazo está también el granuloma o también se conoce (granuloma piógeno, éplulis gravídico o tumor del embarazo), es una lesión reactiva común, de origen benigno, que se caracteriza por la

proliferación excesiva de tejido conectivo como respuesta a una agresión, puede desarrollar un tamaño considerable que puede ir de milímetros hasta alcanzar algunos centímetros en un periodo de tiempo corto, de apariencia en forma de mora, cuya superficie esta ulcerada dependiendo de su localización¹⁸. Figura 5



Figura 5 Granuloma del embarazo.¹⁹

Por otra parte la gingivitis se caracteriza por una inflamación proliferativa, vascular inespecífica con un exacerbado infiltrado inflamatorio celular, la encía clínicamente se encuentra eritematosa, sangra fácilmente por el engrosamiento del margen gingival o hiperplasia de las papilas interdentes, dichos signos pueden aparecer en el segundo mes de la gestación y desarrollarse hasta el octavo mes. La enfermedad periodontal se manifiesta por periodos de actividad e inactividad, encontrándose en tres etapas de evolución periodontitis crónica: leve, moderada y severa. En este padecimiento se emplea la casuística. *“Estudios realizados demuestran que la prevalencia de enfermedades periodontales en las mujeres embarazadas varía entre 35 y 100% de los casos y se conoce como periodontitis del embarazo”*.²⁰

Las infecciones polimicrobianas dadas por el desequilibrio del sistema inmunitario de la gestante, provoca que a través de la microcirculación sanguínea de la encía, las bacterias encuentran rutas de diseminación hematogena, que pueden ocasionar infecciones intrauterinas, ocasionando parto prematuro.

4.3 Salud oral en las adolescentes gestantes

En la adolescente se presenta la periodontitis juvenil que en pacientes gestantes exacerba los problemas periodontales.

Se puede presentar localizada con la pérdida rápida de hueso alveolar alrededor de los dientes permanentes, en general molares e incisivos o en forma generalizada, se encuentra en jóvenes un poco mayores y puede afectar a todo el periodonto.

En la adolescencia los cambios producidos por la elevación de hormonas sexuales conlleva a estados inflamatorios de las estructuras periodontales, actuando así la pubertad, como un factor predisponente a las enfermedades gingivo-periodontales.

Anders Hugoson en 1970, encontró que los niveles hormonales gestacionales eran factores modificadores de la enfermedad gingival en las embarazadas Cabe resaltar la importancia de la susceptibilidad a la gingivitis en relación a la pubertad de las gestantes , ya que se encuentra mayor índice de placa bacteriana, aumento del estrógeno y progesterona, *“inhibiendo la respuesta de las células inflamatorias, agravando la gingivitis durante el embarazo en edades de 14 a 19 años..”*²¹

4.4 Diabetes pre-gestacional e intolerancia a la glucosa en el embarazo, implicación de patología oral y enfermedad periodontal

La diabetes mellitus constituye la alteración metabólica que más frecuentemente se asocia al embarazo, con una incidencia del 10%.²² Agrava el cuadro clínico de la paciente, derivándose dos situaciones: a) diabetes pregestacional que es aquella conocida previamente a la gestación actual y b) diabetes gestacional, es la que se diagnostica por primera vez.

La diabetes mellitus ya establecida antes del embarazo, compromete la salud bucal de la futura madre, sin embargo, ofrece a la mujer el poder controlar esta condición, haciéndola consciente que debe monitorear su salud bucal y sistémica durante el embarazo para prevenir alteraciones del futuro bebé.

En cuanto a la diabetes gestacional o también llamada intolerancia a la glucosa, se diagnostica por primera vez en el 2° trimestre del embarazo. Se observa un aumento de la resistencia periférica de la insulina mediada por altos niveles plasmáticos de hormonas diabetogénas como la prolactina, lactógeno placentario, progesterona y cortisol, también se da un aumento en la demanda energética .²³

En condiciones normales este periodo se caracteriza por ser un estado “diabetogénico”, por el aumento progresivo de los niveles de glucosa y la respuesta a la insulina en las etapas tardías de la gestación, la cual se contrarresta aumentando la secreción de insulina; cuando no se puede vencer la insulino-resistencia da lugar a la aparición de la diabetes gestacional. La salud bucodental de estas pacientes se ve comprometida ya que durante este periodo hay un desequilibrio hormonal, lo cual conlleva a enfermedades periodontales y además se ven afectadas las alteraciones sistémicas provocadas por la diabetes que juntas potencializan la respuesta hormonal, afectando el medio bucal y favoreciendo la proliferación bacteriana.

4.5 Conocimientos de las mujeres gestantes sobre el control bucodental

El control debe realizarse de forma inmediata, idealmente en el primer trimestre del embarazo. Sin embargo, las mujeres en gestación se preocupan primordialmente por recibir atención gineco- obstétrica y / o general, ignorando la relevancia de la salud oral y por consiguiente no buscan atención odontológica hasta presentar un cuadro grave de infección. Este problema ya ha llamado la atención del sector salud en muchas regiones del mundo; en Medellín Colombia realizaron un estudio en el año 2002 a través del Sistema General de Seguridad Social aplicando encuestas, a las mujeres gestantes que acudían al odontólogo. Al analizar las respuestas de 179 mujeres sobre ¿Cuál fue el motivo de su última consulta al odontólogo según su trimestre de embarazo? se descubrió que 47.5% acudió en el segundo trimestre y 39.1% asistió en el tercer trimestre a revisión dental.²⁴

En dicho estudio también preguntaron sobre su opinión de qué es para ellas tener una boca sana a lo que 76.3% expresaron que es no tener caries, 40.6% respondieron que es no tener placa o sarro dental, 32.9% refirieron que es no presentar dolor, 26.9% atribuyeron a la salud el no tener mal aliento, y 20.8% afirmaron que es no presentar sangrado en encías. También evaluaron en las gestantes sobre su percepción del riesgo en el embarazo a adquirir enfermedades bucales arrojando que 42.9% si considera este periodo como de riesgo a padecer problemas orales de ellas 69.2% piensa que el riesgo se debe a que se descalcifican de los dientes y 5.1 % atribuye esta susceptibilidad a cambios hormonales.²⁴

En Brasil (2000) en la localidad de Villa de San José se realizó un estudio a través de entrevistas sobre la percepción de la salud oral en el embarazo, algunas madres declararon:” *Estaba pensando en ir al dentista pero después del embarazo. Porque ahora es mucha consulta, examen, tengo el colegio también, no voy a tener tiempo (G.C., 12 años, embarazada).*”²⁵

Es posible observar que las mujeres embarazadas tienen un déficit en cuanto a conocimientos sobre salud oral en el embarazo.

4.6 Conocimientos de los médicos generales y/o gineco-obstetras de la enfermedad periodontal durante el embarazo

El médico general y/o gineco-obstetra son el primer contacto a la información de prevención de riesgos de cualquier índole, en cuanto para la gestación. Desde el año 2000, se han realizado estudios en torno a los conocimientos de los médicos *generales y gineco - obstetras en relación a la salud oral y la gestación*. *“Wilder y colaboradores encontraron que 49% de los obstetras estadounidenses “raramente o nunca” recomendaban el examen bucal a la gestante aunque 84% conocía que la enfermedad periodontal podía ser un factor de riesgo para que ocurrieran complicaciones en el embarazo”*²⁵

Al buscar información sobre el conocimiento de los médicos en cuanto al vehículo de la enfermedad periodontal y el embarazo, fue posible encontrar un artículo sobre un estudio realizado también en Colombia en el año 2000.

Esta investigación la realizaron en 16 Empresas Promotoras de Salud de Bucaramanga, que efectuaban tratamientos odontológicos integrales a las gestantes. La población de estudio la constituyeron 171 médicos generales y 59 médicos gineco-obstetras. Efectuaron una pregunta sobre si realizaban una revisión en cavidad oral en pacientes embarazadas, 42.8% de los médicos generales manifestó que *“siempre”*, 41.7% de los gineco-obstetras *“rara vez”*, 77.4% de los médicos generales *“siempre”* remitía a consulta odontológica al igual que 54.2% de los gineco-obstetras *“siempre”* lo hacían.²⁶

Preguntaron si consideraban a la enfermedad periodontal como factor de riesgo en la salud de la madre y el bebé, *“68.1% respondió que definitivamente, esta situación ocurre. 40.9% de los médicos generales consideraron que podría ser un factor de riesgo para parto pretérmino mientras 45.8% de los gineco-obstetras reportó que éste podría ser un factor de bajo peso al nacer y preclampsia. De los médicos generales 14.6% no considera esta entidad como factor de riesgo para los eventos mencionados.”*²⁶

Por último, en ese estudio les preguntaron sobre su autopercepción de sus conocimientos sobre enfermedad periodontal y sus implicaciones durante el embarazo, *“60.1% de ellos los consideró regulares. Así mismo, 97.8% de los médicos generales respondió que requiere mayor capacitación acerca de salud bucal en la gestante y 75% de los gineco-obstetras que también lo reportó así”*.²⁶

Este artículo demuestra el impacto de los conocimientos de los médicos sobre salud oral, infiriendo que el personal de salud debe actuar como un equipo, y que el conocimiento debe ser compartido entre las diferentes áreas del control prenatal.

4.7 Atención odontológica general y específica de la mujer embarazada

Además de acudir a controles prenatales con el médico, es importante que la mujer embarazada busque asesoría sobre salud bucal, lo que le será de utilidad para prevenir y a manejar problemas bucales durante el embarazo y también a promover la salud y la calidad de vida de ella y su bebé.

4.7.1 Diagnóstico y prevención

Para prevenir el desarrollo de caries en la mujer embarazada se debe realizar la evaluación del riesgo. *“La Organización mundial de la Salud midió los efectos de las enfermedades bucodentales argumentando que la rehabilitación es costosa. Dicho organismo estima que el tratamiento bucal representa entre 5% y 10% del gasto sanitario de los países industrializados. La Promoción de la Salud bucodental y estrategias preventivas son más sustentables”* ²⁷.

La mujer durante este periodo puede tomar las siguientes actitudes preventivas durante el embarazo ante diferentes eventos, como por ejemplo, cepillarse los dientes con pasta que contenga flúor 2 veces al día, utilizar hilo dental, cepillos interdentes, colutorios etc. Siempre debe cepillarse en la mañana y antes de acostarse a dormir y, si es posible, entre comidas.

Cambie su cepillo de dientes cada 3-4 meses. De ser necesario, la gestante podría tener que utilizar enjuague bucal diariamente (de preferencia sin alcohol), indicado si el reflujo o el vómito se convierten en problemas importantes, al hacerlo, va a neutralizar los ácidos gástricos y evitar la erosión dental excesiva. Algunas madres podrían necesitar enjuagues bucales antimicrobianos como por ejemplo, clorhexidina, sólo si el cirujano dentista lo indica también, podría utilizar entre comidas una goma de mascar sin azúcar que contenga xilitol, ya que puede reducir las bacterias que causan la caries al ser un alcohol de azúcar *no fermentable*, el xilitol no puede ser utilizado por estas bacterias para alimentarse.

4.7.2 Rayos X

El uso de radiografías orales no está contraindicado durante el embarazo, se considera adecuado para lograr un diagnóstico y plan de tratamientos óptimos, no obstante es recomendable abstenerse de ellas, sólo en casos muy justificados se deberá proceder a tomarlas. *“La dosis segura de radiación*

ionizante aceptada durante el embarazo es de 5 rad mientras que la exposición fetal durante una toma de radiografía intraoral equivale a 0,0001 rad.”²⁷

Las medidas y precauciones necesarias para minimizar la exposición a la radiación de la mujer embarazada incluyen el uso de protección para:

- 1) Tiroides (cuello protector)
- 2) Abdomen (delantal protector): estos protectores deben poseer una equivalencia en plomo de al menos 0.25 mm de plomo.
- 3) El uso de colimador y películas de alta velocidad también reduce la exposición del paciente
- 4) No se deben repetir radiografías
- 5) El cirujano dentista debe emplear la técnica que implique la menor dosis de radiación posible.
- 6) Las series radiográficas panorámicas y cefalogramas deben posponerse hasta el periodo postparto.
- 7) La ortopantomografía involucra un periodo mayor de exposición en comparación a las Rx periapicales por lo que esta debe tomarse hasta después del parto.

4.7.3 Postura en el sillón dental

Durante el tercer trimestre del embarazo, cuando la gestante se encuentra acostada boca arriba, el útero puede comprimir la vena cava inferior originando el síndrome hipotensivo en decúbito supino.²⁷

Este síndrome ocurre entre 15 y 20% de las embarazadas y puede evitarse no reclinando demasiado a la paciente en el sillón dental. Un cojín colocado en una de las caderas, al desplazar al útero, previene el síndrome. La embarazada tiene aumentado el riesgo de aspiración gástrica como consecuencia de la reducción del tono muscular gastroesofágico. La posición semisentada de la paciente reduce este riesgo.

Durante la atención odontológica es importante la posición de la paciente; por ello, las posiciones del sillón varían dependiendo el trimestre del embarazo.

En el primero, es recomendable colocarlo a 165° en el segundo 150° y en el tercer trimestre a 135°^{2.7} Figura 6



Figura 6 Posición del sillón dental según el trimestre del embarazo²⁸

4.7.4 Urgencias dentales (tratamientos pulpares, periodontales y control de caries), con uso de medicamentos

Deben tenerse en cuenta ciertos criterios en la atención odontológica de la mujer embarazada, con base en los cuadros clínicos más comunes que se puedan presentar a la consulta.

En cuanto a la enfermedad periodontal, hoy en día se utiliza una técnica llamada desinfección bucal total, en la cual se realiza el raspado y alisado radicular en dos sesiones en un lapso de 24 horas, cada una con duración de 90 a 120 minutos, se deben desinfectar los sitios periodontales y extra periodontales (dorso de lengua, zona faríngea, cavidad oral) con clorhexidina al 0.12%.²⁷

En el caso de que se desarrolle caries, con un diagnóstico precoz se puede revertir, en un estadio temprano, puede detenerse el curso de la enfermedad, mediante una terapia de remineralización, sumada a un control óptimo de placa bacteriana y de los azúcares de la dieta; en el caso de zonas cavitadas por esta patología se hace uso de la remoción ultraconservadora del tejido afectado, reduciendo el riesgo de exposición pulpar. La técnica de restauración atraumática (ART) es una alternativa a considerar para recuperar dientes posteriores, los cementos de ionómero de vidrio presentan ventajas como la adhesión química a la estructura dentaria y la liberación de iones de flúor.

En el caso de presentarse un cuadro de pulpitis reversible no debe postergarse el control de la infección. El material de elección para el recubrimiento directo debe ser aquel que permita un correcto sellado de la pulpa expuesta y evite la filtración bacteriana, como hidróxido de calcio, óxido de zinc-eugenol, cemento de policarboxilato y adhesivos.

Cuando se presenta una pulpitis irreversible, la decisión clínica debe considerar la salud general de la paciente y los factores relacionados con el órgano dental y los tejidos periodontales; es recomendable que en la fase preoperatoria no se haga uso de antibióticos como medida profiláctica si no existe compromiso infeccioso del periápice o diseminación a otros tejidos, y debido a que no existen ensayos clínicos de los efectos de los antibióticos sobre el feto, es mejor no exponer a la madre al consumo de estos fármacos.^{27,29}

Los analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE), tienen como mecanismo común la inhibición de la síntesis de prostaglandinas que participan en la respuesta inflamatoria, pero también en el proceso de parto. La alternativa más segura en el control del dolor es el paracetamol, genera menos irritación gástrica y no se ha asociado a hemorragias, la dosis máxima no será mayor a 4g/día, por 2 o 3 días.²⁷

Las penicilinas son antibióticos de primera línea durante el embarazo. El único problema de su uso sería que la paciente sea alérgica.

La lidocaína es el anestésico local más utilizado para los procedimientos odontológicos. La dosis máxima de lidocaína durante el embarazo es de 5 mg/kg y si se combina con vasoconstrictor aumenta a 7 mg/kg. La epinefrina es el principal vasoconstrictor utilizado en combinación con lidocaína.

Existe un riesgo potencial de generar vasoconstricción en la arteria uterina que puede provocar disminución del flujo sanguíneo fetal, cuando ocurre una infiltración intravascular accidental.

CAPÍTULO 5 DEFINICIONES: RECIÉN NACIDO Y PRIMERA INFANCIA

Se define como recién nacido o neonato al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad. Un recién nacido puede considerarse aparentemente sano al término ≥ 37 semanas de gestación, para que tanto su historia familiar, materna, gestacional y perinatal, como su examen físico y su adaptación garanticen un desarrollo normal

. La primera infancia o infancia temprana es una etapa crucial para el desarrollo de los niños y niñas, debido a que experimentan rápidos y profundos cambios, pues pasan de estar dotados de las capacidades elementales para la sobrevivencia, a dominar complejas habilidades físicas, emocionales, psíquicas, cognitivas y sociales. Figura 7



Figura 7 Lactante.³⁰

La UNICEF establece que esta etapa aborda desde la gestación, pasando por el nacimiento, hasta los 8 años de edad. Lo que ocurre antes del nacimiento y en los primeros años de vida tienen una influencia vital en la salud y en los resultados sociales.

5.1 Lactante

Es el período inicial de la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna.

Se extiende desde los 28 días de vida hasta los 24 meses y se subdivide en: A) Lactante Menor: de los 28 días hasta los 12 meses. B) Lactante Mayor: de los 12 meses hasta los 24 meses³¹. Figura 8

Este período se caracteriza por un acelerado ritmo del crecimiento y de la maduración de los principales sistemas del organismo. Desarrollo de habilidades que le permiten al lactante responder al entorno, así como el perfeccionamiento de las capacidades motoras gruesas y finas.



Figura 8 Lactante menor y lactante menor.³²

5.2 Lactancia materna, fisiología coadyuvante de su desarrollo

Se le considera lactancia materna al proceso fisiológico y biomecánico que se inicia después de que el bebé sujeta, con los diferentes componentes de que dispone, el seno de su madre para alimentarse con la leche materna hasta que ésta ha pasado al estómago luego de la deglución. Acto que parece simple pero que en realidad es un acto complejo, que condiciona el desarrollo del neonato³³. Figura 9



Al amamantarse, el bebé sujeta el pezón de la madre con sus labios y rodetes, utiliza la lengua, llevándola hacia afuera con el propósito de jalar hacia adentro el pezón, el cual queda en medio del paladar y la lengua, procurando un sellado al vacío que le ayuda al bebé a regular la entrada del líquido. El neonato estimula la areola mediante la compresión peribucal y movimientos protusivos de la mandíbula enviando por conexiones nerviosas un mensaje al cerebro de la madre para que la hipófisis secrete prolactina, la cual se encarga de dirigirse a las células interiores de la glándula mamaria y les da la orden de fabricar leche.³⁵

La leche materna sufre modificaciones caracterizada por diferentes etapas:

- **Precolostro.** Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas, el precolostro alimenta al neonato prematuro.
- **Calostro.** Se secreta cinco a siete días después del parto. Está conformado por proteínas en 97%, vitaminas liposolubles, sodio, zinc y factor de crecimiento. El calostro protege contra infecciones y alergias ya que transfiere inmunidad pasiva al recién nacido.³²
- **Leche de transición.** Su producción se inicia después del calostro y dura entre cinco y diez días. La leche materna debe ser considerada como “la primera vacuna”, ya que lo protege contra numerosas infecciones. Durante la lactancia se desarrolla y se activa el tejido linfoide relacionado con las mucosas del bebé, en el intestino, los pulmones, las glándulas mamarias, las glándulas salivales, lagrimales, y las vías genitales.

5.2.1 Posiciones en el amamantamiento

Para una lactancia exitosa hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca pezón-areola. Una buena posición al pecho permite al bebé un menor esfuerzo y un estímulo adecuado y eficaz para alcanzar una buena producción de leche, la madre no tiene sensación dolorosa ni grietas. Si hay dolor es signo de que la postura se debe corregir.

A continuación se describirán las posturas y posiciones para el amamantamiento:

Postura sentada - posición de cuna: La espalda de la madre debe de estar recta y los hombros relajados. Figura 10

El niño está recostado sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior la abraza por el costado del tórax, la cabeza del niño se apoya en el antebrazo de la madre.



Figura10 Postura sentada - posición de cuna.³⁶

Postura sentada – posición de caballito/sentado: El bebé está sentado sobre una de pierna de la madre con sus piernas a cada lado de ella, en esta posición al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón debe apuntar en dirección al paladar del neonato. Puede ser útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, bien por retrognatia. Figura 11



Figura 11 Postura sentada- posición de caballito.³⁷

Postura sentada - posición de Rugby: La posición de cuna como la de Rugby funcionan perfectamente bien si la madre, se encuentra colocada en una postura semi-reclinada. El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a su espalda. Esta posición es muy útil para prevenir, o curar, posibles obstrucciones o mastitis de la parte más frontal del seno. Figura 12



Fiura12 Postura sentda-
posición Rugby.³⁸

Postura estirada - posición estirado en paralelo: Este caso es muy frecuente puesto que facilita el descanso de la madre especialmente si todavía siente molestias tras el parto, o está convaleciente por cesarea. Figura 13



Figura 13 Postura estirada
posición paralelo.³⁹

Postura estirada – Posición estirado en paralelo inverso: Es una posición no frecuente, sin embargo existen madres que se sienten cómodas con ella y es utilizada, en caso de mastitis u obstrucciones localizadas en la parte superior del pecho. Figura 14



Figura 14 Posición paralelo inverso.⁴⁰

Postura a cuatro pies – Posición boca arriba: Esta postura es poco frecuente en el amamantamiento diario y la posición del bebé sólo es correcta en este caso, ya que nunca debe estar colocado boca arriba si la madre está sentada, semi-inclinada o estirada. Postura utilizada en el caso de que la madre tenga una obstrucción o mastitis localizada en la parte superior del pecho, ya que de este modo se facilita el drenaje de esos conductos. Figura 15



Figura 15 Postura a cuatro pies-
posición boca arriba ⁴¹

5.2.2 Succión no nutritiva, implicaciones negativas

Succión no nutritiva es la succión que se realiza sin extraer líquido, a través de un chupón o sobre un dedo colocado en la parte media de la lengua, tiene un efecto calmante, es un método para explorar el medio ambiente, la maduración y crecimiento gastrointestinal en neonatos inmaduros y permite pasar más rápido de la sonda a la alimentación oral, también mejora el estado conductual.

La saturación de oxígeno aumenta al succionar del seno, si de manera previa se practicó succión no nutritiva. El reflejo de succión termina entre los seis y diez meses de edad. La succión no nutritiva es benéfica para el desarrollo del infante si se aplica de manera correcta en el periodo establecido y que no se utilice de forma desconsiderada para no crear un vicio en el neonato.

La succión, del chupón o del biberón, después del año de edad se considera un hábito nocivo que puede causar deformidad en la arcada dentaria ya que impide su crecimiento transversal y la vuelve más angosta. Figura 16



Figura 16 Succión no nutritiva.⁴²

5.3 Lactancia artificial, sustituta y alimentación complementaria

La OMS (2003) promueve la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida y con alimentación complementaria hasta los dos años del niño. Sin embargo, a nivel mundial únicamente 35 % de los bebés son amamantados durante sus primeros 4 meses. El Reglamento Bromatológico Nacional las define como: el producto basado en leche de vaca u otros animales y/o de otros componentes comestibles de origen animal o vegetal, que se considere adecuados para la alimentación de los lactantes, usada como sustituto de la leche humana en la satisfacción de las necesidades nutricionales de dichos lactantes.³³

Se clasifica en:

- Fórmula a base de leche de vaca. Es en la que más del 90% de la proteína del alimento deriva de la leche de vaca.
- Fórmula a base de soya. Es el alimento que no contiene leche de vaca, elaborado con proteína aislada de soya o harina de soya.
- Fórmula de indicación especial. Es el alimento elaborado para satisfacer necesidades de lactantes que padecen trastornos o enfermedades diversas.

También existe una clasificación de las fórmulas de acuerdo a la edad del neonato.

- Fórmula 1 o leche de inicio. Se definen como aquellos productos alimenticios destinados a la alimentación del lactante desde el nacimiento hasta los 4 a 6 meses de vida, y deben satisfacer por sí mismos sus necesidades nutritivas. Se utilizan como sustitutos o suplementos de la leche humana en lactantes.

- Leche de continuación o leche tipo 2. Se emplean a partir de los 4-6 meses hasta el año de edad. No van a ser el único alimento del lactante, sino que serán el complemento, son formulas menos complejas que las de inicio.

- Leche de crecimiento o leche tipo 3. Destinadas a los niños desde los 12 hasta los 36 meses de vida, y su uso se recomienda para evitar la introducción temprana de la leche de vaca, debido a que ello puede conllevar ciertos problemas.

La alimentación complementaria es definida por la OMS como “el acto de recibir alimentos sólidos o líquidos diferentes a la leche durante el tiempo que el lactante está recibiendo leche materna o fórmula infantil”. El bebé no tiene la capacidad de iniciar con alimentos sólidos por lo cual se deben suministrar en este periodo de transición alimentos semisólidos cuando el niño es capaz de sostener su cabeza y sentarse solo, está listo para esta transición, esta etapa inicia a los 6 meses y culmina a los 8 meses de edad.

5.3.1 Factores de riesgo en salud oral de estos tipos de alimentación

En los últimos años se ha hecho a un lado la lactancia materna natural, reemplazada por fórmulas artificiales, probablemente se deba a factores como: La falta de persuasión del personal sanitario que mantiene contacto continuo con la gestante, también ha influido la publicidad comercial de la lactancia artificial.

La alimentación artificial que sustituya la materna puede traer consigo anomalías maxilofaciales entre ellas la micrognatia, originada por el déficit del crecimiento de los cóndilos. En este caso se debe estimular el crecimiento, activando y ejercitando la apertura bucal, esto se logra a través de posiciones especiales durante el amamantamiento o mediante uso de dispositivos mecánicos, como el Dispositivo Dunn, es un aparato acoplado al biberón que se extiende por encima del labio superior y actúa como un tope para el maxilar superior incentivando el adelantamiento de la mandíbula para conseguir succionar la leche.

Dentro de los principales efectos de la lactancia artificial tenemos que reflejos de succión y deglución son inadecuados, crea un reflejo nauseoso por el contacto con la úvula y el paladar blando, propicia una apertura bucal exagerada, existe una disminución del trabajo muscular y en la estimulación para la maduración y desarrollo cráneo facial por ende disminuye la excitación neural necesaria para el desarrollo de la ATM, estimula la aparición de hábitos nocivos, aparecen problemas como la deglución atípica y se crean hábitos como respiración bucal.

5.4 Hábitos perniciosos

En el momento del nacimiento el bebe tiene desarrollado el reflejo innato de succión que le permite alimentarse, en el cuarto mes la maduración del sistema nervioso va ir transformándose hasta llegar a un patrón de conducta.⁴³

5.4.1 Succión digital

La succión empieza desde la vida intrauterina del neonato, ya que psicológicamente le da una sensación de seguridad. Figura 18⁴⁴.

Las deformaciones causadas dependen del patrón de la intensidad, duración y frecuencia del hábito. Las manifestaciones clínicas varían según el dedo o los dedos succionados, podemos encontrar tracción de la mandíbula y el crecimiento desproporcionado dando el origen de prognatismo.

Es ideal que el niño abandone el hábito antes de los 3 años de edad, pero la insistencia de los padres porque lo abandone fijará la costumbre. Tendrá que buscar apoyo de aparatos restrictivos. Figura 17

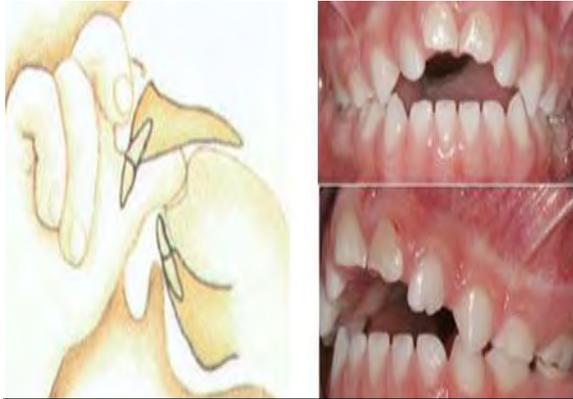


Figura 17 Succión digital.⁴⁴

5.4.2 Succión labial

El hábito de succión del labio inferior puede manifestarse en cualquier edad. Por lo general se asocia con una protrusión labial de los incisivos superiores, y un desplazamiento lingual de los incisivos inferiores. Puede haber retracción o dehiscencia de la encía de los incisivos inferiores acompañado de grietas, sequedad, erosión, irritación de uno o de ambos labios o borde bermellón. Es causa de mal oclusión clase II división 1. Figura 18

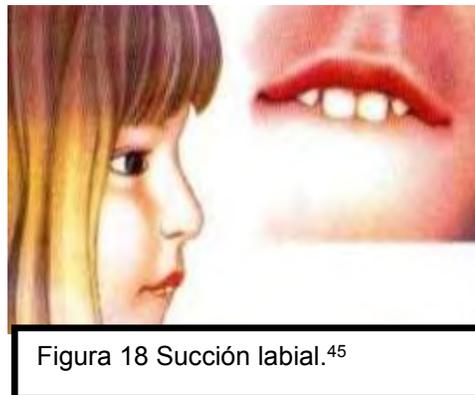


Figura 18 Succión labial.⁴⁵

La eliminación del hábito es fundamental para el tratamiento y la estabilidad futura.

5.4.3 Deglución atípica

Cuando la deglución no sigue los patrones normales y equilibrados, hablamos de deglución atípica o disfuncional, se produce si persiste el patrón de deglución infantil o visceral luego de la erupción de los dientes anteriores.⁴⁶

La lengua actúa como factor principal tanto para la oclusión como para la correcta pronunciación de las letras, por lo tanto su tamaño y su posición, en reposo y función son muy importantes, también se relaciona con el tamaño de la mandíbula, en cuanto a su posición, en condiciones normales debe estar ubicada entre la bóveda palatina, los arcos dentarios y el piso de la boca; si ocupa una posición diferente, ocasiona problemas de mal oclusión. Figura 19



Figura 19 Deglución atípica.⁴⁷

5.4.4 Respirador bucal

Su etiología es multifactorial, puede ir desde una obstrucción anatómica (hipertrofia de tonsilas palatinas, desviación del septum nasal, pólipos, hipertrofia de cornetes) hasta traumas nasales y rinitis alérgica. La hipertrofia adenoidea causa obstrucción nasal, la boca se abre, después desciende la lengua, y se origina una postero rotación de la mandíbula para conseguir aire.

Se establecerá una respiración crónica por el hipodesarrollo de la nariz y senos paranasales, el déficit del crecimiento maxilar y cambios en relación al cráneo, con hipotonía muscular. El tratamiento del respirador oral requiere un enfoque multidisciplinario. Figura 20



Figura 20 Respiración bucal. ⁴⁸

5.5 Educación para la salud de la madre sobre los hallazgos bucales comunes en la primera infancia

La integridad del sistema estomatognático en el bebé es importante para cumplir de manera efectiva las funciones de succión, deglución y respiración. Por tal motivo el odontólogo tiene la responsabilidad de diagnosticar las patologías que puedan interferir con éstas funciones.

Por ende, el cirujano dentista como educador de la salud debe informar a la madre durante el periodo de gestación, las posibles alteraciones benignas que se pueden presentar en el recién nacido, para controlar que estas alteraciones no comprometan el amamantamiento y por consiguiente el desarrollo óptimo del neonato. Como ella es la que tiene el primer contacto con el bebé es importante capacitarla para que las identifique.

5.5.1 Dientes natales o neonatales

La causa más común de dicha alteración se basa en la ubicación superficial de los folículos dentales asociada al factor hereditario. Usualmente son de color amarillo-café o color blanco opaco y están adheridos por tejido blando al reborde alveolar. Figura 21



Figura 21 Diente natal o neonatal. ⁴⁹

Cuando los dientes primarios erupcionan prematuramente se clasifican de acuerdo al momento de aparición en la cavidad bucal, como dientes natales, los que están presentes desde el nacimiento y dientes neonatales, que erupcionan durante los primeros 30 días de vida. Los dientes que erupcionan después de 30 días son considerados como dientes de la infancia temprana.

El tratamiento de los dientes natales y neonatales, por lo general, es mantenerlos en la cavidad bucal; sólo se indica su extracción cuando existe un pobre soporte del diente y por ende movilidad, representando un riesgo de aspiración y/o dificultad para alimentarse, cuando se confirme que es un supernumerario.

5.5.2 Quiste de la erupción

Es una lesión benigna de tejidos blandos que está asociada a la erupción de un diente primario o permanente. La teoría del origen de estos quistes no es clara; ambos parecen emerger de la separación del epitelio del esmalte de la corona del diente debido a la acumulación de fluido o sangre en el espacio folicular. Es más frecuente del lado derecho. Figura 22



Figura 22 Quiste de la erupción.⁵⁰

Este tipo de lesiones ocurren en un rango de edad de 1 mes a 12 años, con una media de 4 años, la mayoría de ellos involucionan cuando erupciona el diente involucrado. Es una acumulación de fluidos que se manifiesta clínicamente como un edema de la mucosa, localizado en rodete en donde se encuentre el diente en cuestión. Es de color transparente a violáceo, lo cual depende del origen del contenido. Se indica una incisión en el borde del quiste que permitirá la erupción del diente.

5.5.3 Úlcera de Riga-Fede

También es conocida como úlcera eosinofílica (UE), o como granuloma ulcerativo traumático con eosinofilia estromal. Suele asociarse con dientes neonatales o natales. Figura 23

Es una ulceración traumática ubicada en la cara ventral de la lengua a ambos lados del frenillo de aproximadamente 1 a 2 cm.

Su instauración es rápida, presentando a menudo bordes indurados. La lesión cursa con una evolución persistente durante varias semanas, pudiendo sugerir clínicamente diferentes procesos y fundamentalmente una lesión neoplásica dada la ausencia de cicatrización tras un tratamiento conservador.

Si el diente es de la serie normal lo único se realizará es el pulido de la zona aguda mediante discos esféricos para resinas.



Figura 23 Ulcera de Riga-Fede ⁵¹

5.5.4 Nódulos de Böhn

Se localizan preferentemente en las porciones vestibulares, palatinas o linguales de los rodetes gingivales, son más frecuentes en el arco superior. Estos nódulos provienen de restos del tejido glandular mucoso, constituidos por epitelio plano estratificado y una trama de tejido conectivo fibroso que contiene en su espesor ácidos mucosos y conductos excretores glandulares bien formados. Sólo se recomienda el masaje digital suave y la observación, pueden verse en el borde alveolar, por sus caras vestibulares, palatinas y linguales, lesiones de pequeño tamaño de color blanquecino.

No requieren tratamiento, involucionan con el tiempo. Figura 24



Figura 24 Nódulos de Böhn.⁵²

5.6 Medidas preventivas para mantener la salud bucal en el bebé y el infante hasta los 2 años de edad

La atención precoz y mantenimiento de la salud bucal antes de completar el primer año de vida, por medio de acciones preventivas en el ámbito doméstico, como la limpieza de la boca, el control de la amamantación nocturna después de los 6 meses, y acudiendo tempranamente a la primera visita dental. La cavidad bucal debe higienizarse, limpiando las mucosas y masajeando los rebordes gingivales después de alimentar al bebé, con una gasa envuelta en el dedo índice, humedecida con suero fisiológico, agua filtrada o agua destilada. Esto establecerá en el bebé y sus padres, un hábito diario de limpieza y lo acostumbrará a la sensación de una boca limpia y a la manipulación de la cavidad bucal.

No debe dejarse el biberón en boca, mientras el niño duerme y menos aún, si los líquidos son azucarados, pues esta práctica nutricional inadecuada puede ser responsable del desarrollo futuro de lesiones cariosas.

El fluoruro reduce el riesgo de que los niños desarrollen caries. La fluorización del agua pública es la única manera más redituable para prevenir

las caries dentales y mejorar la salud bucal. Para que las familias no tengan acceso a fluoruro por medio de la sal de mesa o agua potable, se les debe de suministrar otras formas de fluoruro, como: fluoruro suplementario y barnices de fluoruro.⁵³

La aplicación de selladores dentales es otra manera eficaz de proteger los dientes de los niños de las bacterias que ocasionan caries, protegen las fisuras de la superficie de los dientes posteriores.

El fluoruro de diamino plata (Saforide) es un líquido incoloro que posee propiedades antibacterianas por medio de la plata, el fluoruro tiene la capacidad de remineralizar el esmalte dental dañado. Se utiliza en caries tempranas para detener el avance del deterioro dental y estabilizar el diente hasta el momento en que el dentista determine que se necesita otro tipo de tratamiento odontológico.

En caso de una caries grado 2-3 se puede utilizar el producto de remoción químico mecánico Papacarie, su ingrediente activo es la papaína endoproteína, la cual posee actividad bactericida, bacteriostática y antiinflamatoria. En niños está indicado su uso ya que se evita la utilización de rotatorios, disminuyendo el estrés del niño en la consulta dental, y salvando la mayor cantidad de tejido sano.

CAPITULO 6 ERUPCIÓN DENTAL PRIMARIA

“La erupción dental es un proceso biológico que representa una serie de fenómenos mediante los cuales el diente se desplaza desde su lugar de desarrollo en el interior del maxilar o mandíbula, hasta su situación funcional en la cavidad bucal ⁵⁴.” Figura 25

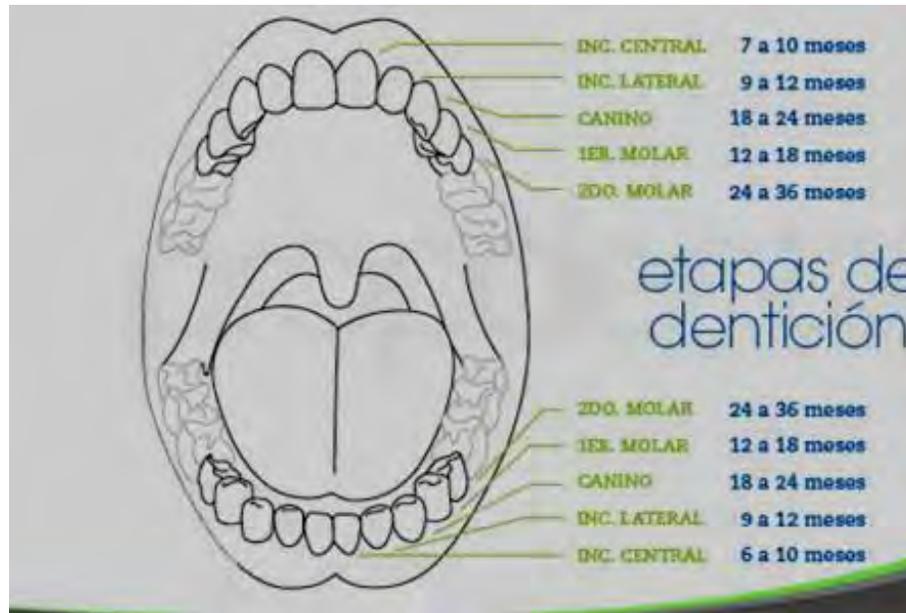


Figura 25 Cronología de la erupción.⁵⁵

6.2 Educación para la salud transmitida al infante a través de la madre

La principal estrategia para la prevención de la caries de la temprana infancia, es la orientación precoz de la madre con respecto a los factores etiológicos que llevan a la instalación de la misma. En niños con baja actividad de caries (no se observan lesiones de caries o manchas blancas de esmalte) por adecuada higiene bucal, consumo poco frecuente de azúcar etc., lo que se logra gracias a madres conscientes de los cuidados dentales de sus hijos. La mujer debe ser educada para cada etapa de su vida, pues es el vector más importante para la transmisión de educación a los infantes.⁵³

Las madres deben vigilar y ayudar en el cepillado dental hasta que el infante cumpla los ocho años, debido a que sus habilidades motoras aún no están completamente desarrolladas en una edad menor a la ya mencionada.

Como ellas están siempre en contacto con los niños a veces instaura hábitos nocivos en cuanto al suministro de azúcares, por lo que es importante enseñarle como debe de suprimir la alta ingesta calórica, implementando una dieta saludable y equilibrada en su hijo. Si el infante se apropia de estos hábitos saludables, se asegurará una óptima salud bucodental durante el resto de su vida.

El uso del hilo dental debe ser iniciado lo más temprano posible, después de la erupción del segundo diente en la cavidad bucal a pesar de la ausencia de contactos interproximales, para que el niño se acostumbre a esa maniobra.

La madre actuará como un agente reforzador, de las técnicas de higiene oral que el odontólogo indique al infante durante la consulta, se encargará de que se realice adecuadamente, ya que es la que tiene mayor contacto en el desarrollo del niño. Ante cualquier evento que pueda comprometer la salud del infante, ya sea por mal oclusiones, o traumatismos, la mujer acudirá inmediatamente al odontólogo al estar consciente que esto puede afectar gravemente tanto al desarrollo como a la salud de su hijo.

CONCLUSIONES

La revisión de la literatura sustenta que para lograr la adecuada salud bucodental, en la mujer gestante y el niño desde que nace hasta los dos años de edad, es indispensable la promoción y educación para la salud; por consiguiente, el promotor para la salud debe tener conocimientos sobre cómo educar y qué factores influyen para lograr cambios de hábitos significativos.

La responsabilidad para que la mujer obtenga la información necesaria para su cuidado bucal, también recae en el equipo multidisciplinario que la atiende en sus primeros meses de gestación, como son los médicos generales y/o gineco-obstetras.

Es indispensable que el odontólogo se actualice en cuanto a los medios de información que las pacientes consultan para conocer los problemas orales que les aquejan en este periodo, para orientarlas adecuadamente. El ciber mundo médico carece aún de calidad en los documentos que ofrece a la población en general, por tanto, se debe estar pendiente sobre las páginas que logren ser certificadas por especialistas del área de la salud buco-dental, para que a las madres se les recomienden, las fuentes fidedignas de información

El Cirujano Dentista debe reconocer los factores determinantes de la salud que condicionan la evolución óptima de la gestación, y cómo estos influyen en la cavidad oral. En este trabajo específicamente lo relacionado con la diabetes pre gestacional, intolerancia a la glucosa y qué manifestaciones se presentan en la adolescencia.

Es importante que la gestante modifique sus conductas, hábitos y actitudes con respecto a su salud oral, lo que redundará en beneficio propio y del infante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Piédrola G Medicina preventiva y salud publica 12ª edición. España. Editorial Elsevier Masson. 2015. Págs. 4-14
2. Villa A, Ruiz E et al Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud Junta Externa de Consejería y consumo Mérida, septiembre 2006. Págs.9-11
3. Una Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa Canadá 17 al 21 de noviembre 1986. Págs.2-4
4. Ley General De Salud Publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984 actualización en DOF 16 de diciembre de 2016. Págs. 45-46
5. Fortony M, Gallego J. Investigaciones y experiencias de la educación para la salud. Academia de Ciencias Mediques de Catalunya iBalears. vol. 63(7). Julio 1977. Págs.287- 289
6. Figura 1 Cuadro de fases PRECEDE-PROCEED.
Recuperada:<https://es.slideshare.net/Yomaxi/modelo-precede-procede>
7. Grenne W et al. Educación para la Salud.1ª edición. México. Editorial Interamericana. 199. Págs. 170-177
8. Pérez J et al. Manual de Educación para la Salud Gobierno de Navarra. 2016. Págs.67- 70
9. Arístides G et al Información y Cibermedicina. Panorama Medico. Chile Vol 79 (19).Septiembre 2009.Págs.13-15

10. Recuperado: http://www.cgcom.es/serv_seaformec
11. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015. Para la prevención y control de enfermedades bucales. Págs.22-24
12. Figura 2 Posición de Flowe´s para la gestante.
Recuperada: <http://www.needgoo.com/posicion-de-fowler/>
13. Figura 3 Neonato en el útero.
Recuperada: <https://www.mujerbien.com/Tercer-trimestre-28-40-semanas> 13
15. Rodríguez A. Factores de riesgo y enfermedades bucales en Gestantes *Rev. Ciencias Médicas. 17(5):51-63 Sept.-octubre, 2013. Págs.52-60*
15. Fontaine O et al. Psychological intervention in oral health of pregnant women. *Rev Psicología 84 y Salud, Vol. 19, Núm. 1. Enero-Junio de 2009. Págs.84-87*
16. Figura 4 Embarazada y enfermedad periodontal.
Recuperada: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2015000100006
17. Castellanos Luis. Embarazo, enfermedades sistémicas de alto riesgo y enfermedad periodontal. *Rev. Perinantología y Reproducción Humana. Vol.(3) N°2 . 22 nov 2008. 66-67*
18. Cobos M. Telangiecticum granuloma in oral cavity. *Avances en odontoestomatología. Vol. 26 - Núm. 5. 2010. Pág.249*

19. Figura 5 Granuloma del embarazo.

Recuperada: <https://odontoayuda.com/presentaciones/lesiones-reactivas-en-la-cavidad-oral/>

20. Ruiz F et al. Cambios hormonales asociados al embarazo. Afectación gingivo-periodontal. Rev. Periodoncia Implantología. 2006;18(2):105 -107

21. Cortis A. Enfermedad periodontal en embarazadas adolescentes. Artículo en revisión Vol 5 N° 1 Enero-Junio 2015. Pág.52

22. Sánchez I. Diabetes: oral and periodontal implications. Avances en odontoestomatología. Vol. 25 - Núm. 5 – 2009.Págs.249-251

23. Pérez EA. Medicina Interna de México. 2017 enero;33(1). Págs.93-96

24. *Reina R.* Creencias acerca de la salud oral es gestantes en tres ciudades colombianas. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia - Vol. (20) N.º 2 .2009.Págs.173-175

25. Fernández F. Percepción en la salud bucal de adolescentes embarazadas. Artículo en revisión. Vol. (2) N° 2 Julio-Diciembre 2012.Pág 18

25 Rodríguez J et al. Conocimientos de los médicos sobre enfermedad periodontal y su relación con complicaciones en el embarazo. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud Vol.(45) No.3 Septiembre-Diciembre 2013.Pags.31-32.

27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador Tratamiento odontológico en embarazadas. Guías de Practica Clínica 2016 Págs. 14-22

28. Figura 6 Posición del sillón dental según el trimestre de gestación. Ofelia Fernández M et al. Atención odontológica en la mujer embarazada Vol. II, no. 2 Mayo-Agosto 2010 pp 80-84

29. Vallano A et al Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Clínica Antimicrobianos y embarazo. 27(9).2009. Pág.236

30. Figura 7 Lactante.

Recuperada: <https://www.petitoh.com/es/blog/fotografiar-bebe.html>

31. Miranda R .Lactancia Materna. Generalidades y Aplicación. Universidad de ciencias médicas de la Habana departamento de enfermería Habana 2011.Pág. 28

32. Figura 8 Lactante menor y lactante menor.

Recuperada: <https://www.petitoh.com/es/blog/fotografiar-bebe.html>

33. Calixto R et al. Importancia clínica de la leche materna y transferencia de células inmunológicas al neonato. Rev Perinatología y Reproducción Humana Vol(25). N° 2. Abril-Junio 2011. Págs.11-114

34 Figura 9 Lactancia materna.

Recuperada:<https://www.pinterest.es/pin/63634462232075360>

35. Héctor R Et al. Hábitos orales succión dedo, chupón o mamila. Artículo en revisión.Págs.24-26

36. Figura 10 Postura sentada - posición de cuna.

Recuperada: <https://imageserve.babycenter.com/11/000/396/>. [Posición de cuna](#)

37. Figura 11 Postura sentada- posición de caballito.

Recuperada:<https://w.slideshare.net/AbdyCaravaca/el-post-parto>

38. Figura 12 Postura estirada- posición Rugby.

Recuperada:<https://cesfamleocancontigo.wordpress.com/tecnicas-de-lactancia-materna/>

39. Figura 13 Postura estirada- posición paralelo.

Recuperada:<https://www.slideshare.net/AbdyCaravaca/el-post-parto>

40 Figura 14 Postura estirada - posición paralelo inverso.

Recuperada:<https://www.slideshare.net/AbdyCaravaca/el-post-parto>

41. Figura 15. Postura a cuatro pies-posición boca arriba

Recuperada:<https://www.slideshare.net/AbdyCaravaca/el-post-parto>}

42 Figura 16 Succión no nutritiva.

Recuperada:<http://www.starmedia.com/mujer/chupon-bueno-para-bebes>

43. Ocampo A. Hábitos orales comunes: Revisión de literatura .Parte I. Artículos de investigación científica y tecnológica. Edición especial, Diciembre del 2013. Págs. 84-87.

44. Figura 17 Succión digital.

Recuperada:<http://maloclusiones1.blogspot.mx/2015/05/succion-digital.html>

45. Figura 18 Succión labial.

Recuperada:<https://www.slideshare.net/mufinrams/hbito-de-succin-labial>

46. Jiménez J. Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. Rev Odontología Sanmarquina. Artículo en revisión. Vol(2) N°19. 2016. Pág. 44

47 Figura 19 Deglución atípica.

Recuperada:<http://www.centroavanzamos.com/dpto-de-logopedia/>

48. Figura 20 Respiración bucal.

Recuperada: <https://www.centrobaruch.com/les-consecuencias-trae-la-respiraci%C3%B3n-bucal>

49. Figura 21 Diente natal o neonatal.

Recuperada:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021312852011000500005&script=sci_arttext&lng=ES

50 Figura 22 Quiste de la erupción

Recuperada:<http://miquelhdz3301.blogspot.mx/2015/04/quistes-bucales.html>

51 Figura 23 Úlcera de Riga-Fede

Recuperada: <https://www.slideshare.net/AngieVillalbaPantoja/enfermedad-de-riga-fede>

52 Figura 24 Nódulos de Böhn.

Recuperada: <http://www.odontokidslimaperu.com/que-son-los-nodulos-de-bohn>

53 Figueiredo. W. Odontología para el Bebé. Odontología desde el Nacimiento Hasta los 3 años. 1ª Edición. Brasil .Editorial ALMOLCA. 2000 Págs.86-90

54. Romo R. et al. Cronología de erupción dental en población escolar. Revista Especializada en Ciencias de la Salud. Vol(1). 2002. Págs. 45,46.

55 Figura 25 Cronología de la erupción

Recuperada: <https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/e/eruption-charts>