



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL PARA MADRES.
DESDE EL VIENTRE MATERNO HASTA EL PRIMER AÑO
DE VIDA.

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 JOSÉ GONZÁLEZ SÁNCHEZ

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, EN ESPECIAL
A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA*

Le agradezco por brindarme todo lo necesario para terminar mi carrera profesional.

A TODOS MIS PROFESORES

Quienes fueron un pilar importante para mi formación académica mostrando el camino ético y profesional junto con todos los conocimientos brindados a lo largo de estos años universitarios.

A MIS PADRES

Por su constante estímulo por lograr mis objetivos, por no dejarme caer y apoyar mis ideales, por su paciencia y comprensión. Por esos grandes consejos siempre acertados, por estar conmigo incondicionalmente y porque sin ellos no hubiera sido posible este proyecto. Pero sobre todo por el amor que me han brindado.

A MI HERMANO

Por el apoyo incondicional. Por todos esos días en los que me brindo su ayuda sin esperar nada a cambio.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVO	6
1. EMBARAZO	7
1.1 CRECIMIENTO Y DESARROLLO.....	7
1.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	8
1.3 CARACTERÍSTICAS BUCODENTALES	9
1.3.1 Gingivitis.....	9
1.3.2 Caries dental.....	10
1.3.3 Granuloma Piógeno	11
1.3.4 Periodontitis	12
2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA CAVIDAD ORAL DEL BEBÉ.....	13
2.1 RECIÉN NACIDO	14
2.1.1 Burletes Palatinos	14
2.1.2 Apoyo de succión	15
2.1.3 Frenillos labiales	16
2.1.4 Rodetes gingivales.....	18
2.1.5 Cordón fibroso de Robín y Magitot.....	19
2.2 ALTERACIONES FRECUENTES DEL DESARROLLO	19
2.2.1 Dientes natales y neonatales.....	20
2.2.2 Úlcera de Riga-Fede	21
2.2.3 Nódulos de Bohn.....	21
2.2.4 Perlas de Epstein	22
2.2.5 Quistes de la lámina dental	23
2.2.6 Gránulos de Fordyce.....	24
2.2.7 Micrognasia	24
2.2.8 Macroglosia	25

2.2.9	Lengua fisurada.....	26
2.2.10	Quiste de erupción	26
2.2.11	Hipertrofia del frenillo lingual	27
3.	LACTANCIA	28
3.1	LACTANCIA MATERNA	28
3.1.1	Beneficios	28
3.1.2	Técnicas de lactancia.....	31
3.2	LACTANCIA ARTIFICIAL	33
3.3	LACTANCIA NOCTURNA.....	35
3.4	ABLACTANCIA.....	35
4.	EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN EL EMBARAZO Y EL PRIMER AÑO DE VIDA.....	36
4.1	SALUD BUCAL DURANTE EL EMBARAZO.....	37
4.1.1	Atención Odontológica durante el embarazo.....	38
4.2	PREVENCIÓN Y ORIENTACIÓN A LOS PADRES.....	41
4.3	SALUD BUCAL EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.....	41
4.3.1	Factores de riesgo del bebé	42
4.3.1.1	Lactancia materna.....	42
4.3.1.2	Lactancia artificial con biberón.....	43
4.3.1.3	Dieta	45
4.3.1.4	Transmisión de bacterias	46
4.3.1.5	Hábitos nocivos	47
4.3.2	Atención odontológica en el primer año de vida	50
4.4	TÉCNICAS DE HIGIENE BUCAL DEL BEBÉ (0-12 MESES)	51
4.4.1	Gasa Húmeda	52
4.4.2	Dedal de silicona	53
4.4.3	Cepillo dental.....	54
4.4.4	Pasta Dental.....	56
	CONCLUSIONES.....	58
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59



INTRODUCCIÓN

La salud bucal es parte fundamental de la salud general. La educación para la salud tiene como objetivo difundir los conocimientos relativos a la salud bucal y lograr conductas saludables.

En el embarazo se presentan cambios fisiológicos como resultado del aumento de las necesidades maternas y fetales, las cuales pueden afectar la salud oral. El cuidado dental es seguro y eficaz durante todo el embarazo. Desafortunadamente no es común que una mujer embarazada acuda a una revisión dental y mucho menos que acuda con el odontólogo a recibir recomendaciones sobre nutrición y hábitos.

El recién nacido presenta estructuras orales propias de la edad. El cirujano dentista debe tener conocimiento de estas estructuras, así como de sus alteraciones, ya que en un diagnóstico oportuno podrá permitir un crecimiento y desarrollo del infante armónico.

La instauración de hábitos adecuados de higiene bucal desde el embarazo hasta el primer año de vida es indispensable para: la prevención de caries dental en la dentición primaria, correcto desarrollo óseo maxilar y mandibular, nutrición y salud en general del bebé.

Es importante transmitir a los padres, los adecuados métodos de prevención temprana, atención odontológica durante el embarazo, hábitos de higiene bucal, asesoramiento alimenticio, dar a conocer los beneficios de la lactancia materna, factores de riesgo y tratamientos iniciales que permitan preservar la salud bucal del bebé.



OBJETIVO

Describir las generalidades del embarazo y el primer año de vida; así como las estrategias de educación para la salud bucal empleadas en estas etapas.



1. EMBARAZO

Es una secuencia de eventos que comienza con la fecundación y continúa con la implantación, el desarrollo embrionario y fetal, y finaliza idealmente con el nacimiento alrededor de 38 semanas más tarde, o 40 semanas después de la última menstruación. ¹

1.1 CRECIMIENTO Y DESARROLLO

El desarrollo prenatal abarca el tiempo que transcurre desde la fecundación hasta el nacimiento y se divide en tres períodos de tres meses cada uno, llamados trimestres. ¹

El *Primer Trimestre* (semana 1 a semana 12) es la etapa más crítica del desarrollo durante el cual aparecen las estructuras rudimentarias de los órganos más importantes en su curso; el organismo en desarrollo es más vulnerable a los efectos de fármacos, radiaciones y microorganismos.

El *Segundo Trimestre* (semana 13 a semana 28) se caracteriza por el desarrollo casi completo de los aparatos y sistemas. Hacia el final de esta etapa, el feto ya tiene características humanas distintivas.

El *Tercer Trimestre* (semana 29 a semana 40) representa un período de rápido crecimiento fetal. En los comienzos de este período, la mayoría de los órganos, aparatos y sistemas se vuelven totalmente funcionales. ^{1,2}



1.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES

Durante el embarazo, la mujer experimenta diversos cambios en su organismo, acordes con el desarrollo de su bebé, los cuales culminarán con el nacimiento del producto. ^{2,3}

Los cambios que se presentan con mayor frecuencia son: aumento de peso debido a la presencia del feto, el líquido amniótico, la placenta, el crecimiento uterino, y el incremento del agua corporal total; asimismo, aumenta el depósito de proteínas, triglicéridos y minerales, hay aumento pronunciado de las mamas como resultado de la preparación para la lactancia y dolor lumbar. ^{1,2}

Se producen diversas modificaciones en el sistema cardiovascular materno. El gasto cardíaco se incrementa debido al gran aumento del flujo hacia la placenta y al incremento del metabolismo. La frecuencia cardíaca se eleva de 10 a 15 %, y el volumen de sangre se incrementa, sobre todo, durante la segunda mitad del embarazo. Estos incrementos son necesarios para satisfacer las demandas adicionales de oxígeno y nutrientes por parte del feto.

La fisiología respiratoria también se modifica durante el embarazo para satisfacer las demandas adicionales de oxígeno por parte del feto. Es frecuente la aparición de disnea. Además, el aparato digestivo experimenta cambios; aumenta el apetito, por las mayores demandas nutricionales por parte del feto, se puede generar náuseas y vómitos. El aumento del tamaño del útero puede producir síntomas como aumento en la frecuencia y la urgencia miccional e incontinencia urinaria. ^{1,2}



Las modificaciones de la piel durante el embarazo son más evidentes en algunas mujeres que en otras. Algunas embarazadas experimentan una hiperpigmentación alrededor de los ojos y en los pómulos, a modo de máscara (cloasma), en las aréolas y en la línea blanca del abdomen inferior (línea negra). Pueden formarse estrías en el abdomen y se incrementa la caída del cabello. ¹

1.3 CARACTERÍSTICAS BUCODENTALES

El embarazo constituye una condición sistémica particular que modifica las condiciones bucodentales. Los dientes y los tejidos de soporte y sostén, la mucosa bucal entre otros, constituyen blancos directos que pueden afectarse por este motivo. ³

1.3.1 Gingivitis

La gingivitis del embarazo es una inflamación proliferativa, vascular e inespecífica con un amplio infiltrado inflamatorio celular. Clínicamente se caracteriza por una encía intensamente enrojecida que sangra con facilidad, engrosamiento del margen gingival e hiperplasia de las papilas interdentarias, que pueden dar lugar a la formación de pseudosacos periodontales. Las zonas anteriores y los sitios interproximales generalmente se ven más afectados. ⁴

Figura 1



Figura 1 Gingivitis generalizada del embarazo. ⁴

Los cambios inflamatorios comienzan durante el segundo mes de gestación y alcanzan su punto máximo en el octavo mes; relacionados con mala higiene oral, dieta, respuesta inmune y alteraciones hormonales y vasculares. El aumento de estrógeno y progesterona produce vasodilatación capilar favoreciendo el exudado y la permeabilidad gingival. ^{4, 5}

La placa bacteriana es el factor etiológico fundamental para la aparición de gingivitis, asociada al incremento de la microvascularización y del metabolismo tisular. ^{4, 5}

1.3.2 Caries dental

Durante el embarazo existen las condiciones bucales ideales para una mayor actividad cariosa, debido a que se producen profundos cambios en la mujer durante esta etapa de su vida. ^{6, 7}

La primera etapa en el desarrollo de la caries dental es el depósito, también denominado placa, habitado por un gran número de bacterias. Los



factores salivales están relacionados con la caries dental. La saliva ejerce importantes funciones en la boca, por su acción de limpieza mecánica y lubricante de las superficies mucosas y dentarias, así como su efecto antimicrobiano y su capacidad buffer debida a la existencia de amortiguadores químicos del equilibrio ácido-base disueltos en ella. ^{3, 7}

Durante el embarazo la composición salival cambia, disminuye el pH y se afecta su función reguladora, por lo que el medio bucal se hace favorable para el desarrollo de las bacterias al promover su crecimiento. ^{3, 7, 8}

La susceptibilidad a caries dental en el embarazo puede aumentar debido a factores como el aumento de la cantidad de Streptococcus mutans y Lactobacilos acidófilos, a la ingestión más frecuente de carbohidratos y a la mayor ocurrencia de vómitos, junto con el desequilibrio del pH de la saliva. ⁷

1.3.3 Granuloma Piógeno

Es una tumoración benigna (1-5%) localizada en una zona con gingivitis en el vestíbulo del maxilar superior que suele remitir después del parto. Es habitual durante el primer y segundo trimestre, debido al aumento del nivel de progesterona y de los efectos del estradiol. ^{5, 6}

Se desarrolla como resultado de una respuesta inflamatoria exagerada ante un estímulo irritativo, que en la mayoría de los casos, es cálculo dental. Clínicamente corresponde a una masa de crecimiento exofítico con una base sésil o pediculada que se extiende desde el margen gingival o en la mayoría de los casos desde los tejidos interproximales en la zona maxilar anterior. Crece rápidamente, sangra fácil y puede variar su color púrpura-rojizo a azul intenso, según la vascularización de la lesión y el grado de estasis venosa. ^{4, 6, 8} Figura 2



Figura 2 Granuloma Piógeno a nivel papilar entre el primer y segundo molar superior. ⁴

1.3.4 Periodontitis

Durante el embarazo se produce la hormona relaxina, cuya función es relajar las articulaciones para facilitar el parto, pudiendo actuar también en el ligamento periodontal provocando una ligera movilidad dentaria que tiende a desaparecer tras el parto. Si existe una enfermedad periodontal previa, esta se verá agravada por los mismos factores antes mencionados. ⁵

La enfermedad periodontal puede ser un posible factor de riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer. Los factores de riesgo comunes son tabaquismo, estrés, edad avanzada, enfermedades crónicas y susceptibilidad genética. ^{3, 6}

El grado de enfermedad periodontal perjudica el periodonto mediante cambios minerales en la lámina dura, provocando movilidad dental. ^{3, 4, 6, 8}

Figura 3



Figura 3 Periodontitis. ⁸

2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA CAVIDAD ORAL DEL BEBÉ

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

Es un ser con movimientos incoordinados y sensorialmente inmaduro. En general sus habilidades de percepción están mucho más avanzadas que sus destrezas motoras. ^{9, 10}



2.1 RECIÉN NACIDO

Es necesario conocer la boca del recién nacido, sus componentes anatómicos normales y, a través de este conocimiento, identificar las alteraciones congénitas y/o del desarrollo en las que se manifiestan sus características y, principalmente, cuál es la conducta indicada para cada una de ellas.^{9, 11}

En el momento de nacer, el bebé, no tiene dientes ni procesos alveolares, lo que tiene son porciones basales de hueso recubiertas por almohadillas gingivales, las cuales posteriormente, serán segmentadas para indicar los sitios de los dientes en desarrollo. Las encías son firmes y la mayoría de los arcos primarios son ovoides.¹¹

La boca del neonato esta ricamente dotada de un sistema de guía sensorial que brinda el impulso para muchas funciones neuromusculares vitales como son: succión, deglución, bostezo y la tos. La forma de la arcada permite que los gérmenes dentarios se ubiquen en forma perpendicular.

Con la erupción de los dientes primarios aparecen las *áreas propioceptivas*, las cuales son tres: periodontal, contacto con el paladar y contacto bilabial.^{10, 11}

2.1.1 Burletes Palatinos

El arco o cresta superior tiene forma de herradura, ancho y aplanado. En las zonas laterales presentan dos prominencias anteroposteriores denominadas burletes palatinos. Las almohadillas gingivales tienden a extenderse bucalmente y labialmente.¹¹ Figura 4

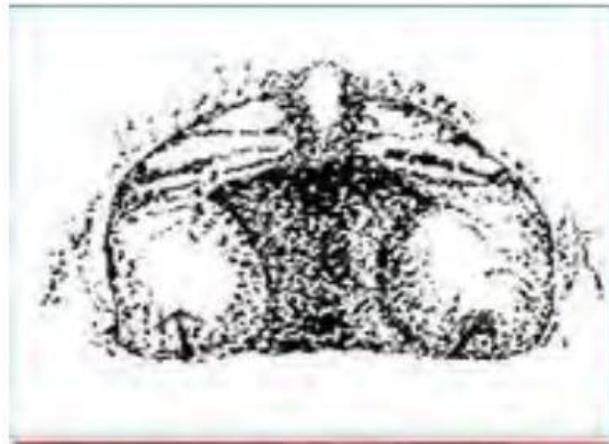


Figura 4 Arcada superior con burletes palatinos. ¹¹

La relación entre los rodetes ocurre con una discrepancia media de 5-6 mm, el superior es protruido y el inferior retruido. Las almohadillas inferiores están más hacia distal que las superiores y cuando contactan queda en el sector anterior, una reparación (que a esta edad es normal, y se va a ir reduciendo progresivamente hasta los 21 meses), la cual permite la posición de la lengua. ^{9, 11}

2.1.2 Apoyo de succión

La cavidad bucal del recién nacido presenta detalles estructurales algunos de los cuales son propios de la edad, también pueden estar presentes manifestaciones de alteraciones del desarrollo. ^{10, 11}

En el labio superior está presente en la porción media, el llamado Sucking pad “apoyo para succión”, con múltiples proyecciones vellosas que tienen por característica, aumentar de volumen cuando están en contacto con el pecho de la madre, es en este momento cuando son estimuladas. Permite fijar la areola y sirve de contacto durante el amamantamiento. ^{9, 10, 11} Figura 5

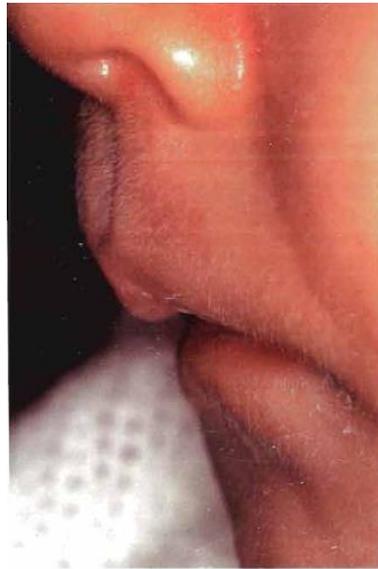


Figura 5 Apoyo de succión en recién nacido. ⁹

La succión es posiblemente el evento más importante durante la alimentación con pecho materno; desencadena una serie de reflejos (liberación de prolactina y oxitocina) que regulan la síntesis y el flujo de leche. Mientras que la acción de chupar se desarrolla principalmente para cubrir las necesidades nutricionales del niño. ⁹

2.1.3 Frenillos labiales

En la porción interna y media del labio superior existe el frenillo labial que, en más del 50% de los recién nacidos, une el labio superior a la papila palatina, constituyendo el llamado frenillo labial persistente que debe auxiliar en el amamantamiento afirmando más el labio superior. ⁹

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. ¹¹ Figura 6



Figura 6 Frenillo labial superior normal. ⁹

Lateralmente se encuentran los frenillos o bridas laterales que auxilian la fijación del labio en el maxilar. Los frenillos que saliendo del labio superior se insertan algunos milímetros al margen gingival son considerados normales y aquellos que se insertan en el margen o en la papila son considerados patológicos. ^{9, 11} Figura 7



Figura 7 Brida Lateral. ⁹



En el labio inferior se encuentra en la línea media, el frenillo labial inferior, uniendo la porción interna del labio al tercio gingival, y lateralmente las bridas. Sin embargo, menos desarrolladas que las del arco superior. ^{9, 10}

2.1.4 Rodetes gingivales

Se localizan internamente, separando el vestíbulo de la cavidad bucal, que en el recién nacido se encuentran recubiertos en toda su extensión por el tercio gingival.

Los maxilares de los recién nacidos presentan, en el arco superior, un rodete gingival el cual está adherido al frenillo labial y las bridas laterales, por vestibular. Por palatino, se tiene el paladar con la bóveda, la papila palatina y las rugosidades palatinas en la porción anterior y, en la porción media de anterior a posterior, el rafe palatino medio. ^{9, 10}

En la porción posterior, se encuentra la transición del paladar duro con el blando, que se nota por una transición de color, siendo este último más rojizo.

En la transición del paladar con el rodete, existe el surco alveolar interno desde la línea media hasta la región molar. En la porción posterior del rodete, se puede notar el pliegue palatino transitorio. En el arco inferior, después del frenillo labial y de las bridas, por lingual, existe el piso y el frenillo lingual, así como el surco alveolar interno en su transición oblicua. ⁹

2.1.5 Cordón fibroso de Robín y Magitot

En ambos rodetes, superior e inferior, sobre la región de los incisivos y caninos existe un cordón fibroso o elevación eréctil y muy vascularizada, está bien desarrollado en el recién nacido, el cual a medida que va desapareciendo indica el momento de la erupción dentaria. ^{10, 11}

También llamado *cresta gingival*, funciona como auxiliar en succión por colaborar como el límite de los maxilares. ^{9, 10, 11} Figura 8

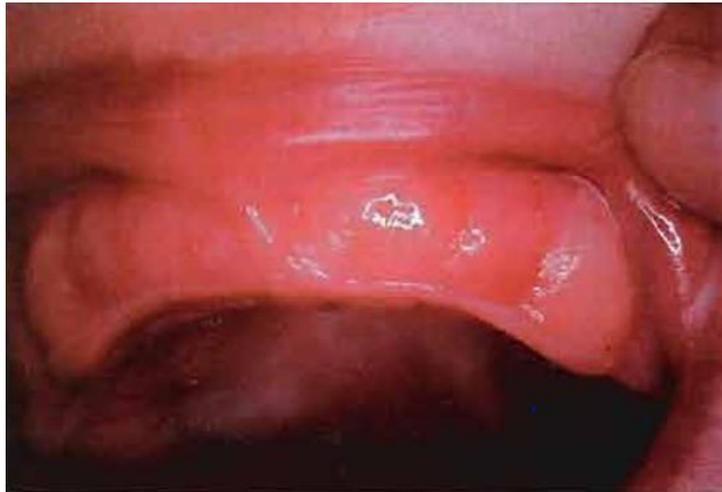


Figura 8 Cordón fibroso de Robin y Magitot. ⁹

2.2 ALTERACIONES FRECUENTES DEL DESARROLLO

Las alteraciones bucales son variadas y en ocasiones, difícilmente detectadas; lo más importante es verificar que no interfieran con la fisiología normal del recién nacido. ^{12, 13}

El cirujano dentista tiene la responsabilidad de identificar alteraciones del desarrollo que puedan interferir con la alimentación del bebé y tratarlas de inmediato. Existen otras alteraciones que, si bien no tienen gran significado clínico, deben ser detectadas y explicadas a la madre. ^{12, 13}

2.2.1 Dientes natales y neonatales

Son dientes que aparecen en la cavidad bucal en el momento del nacimiento (natales) o que aparecen durante los primeros 30 días de vida (neonatales). ^{9, 10, 11, 12, 13, 14} Figuras 9 y 10



Figura 9 Diente natal. ¹²



Figura 10 Diente neonatal. ¹²

Estos dientes erupcionan sin formación radicular, con pulpa dental amplia y muy vascularizada, lo que se considera una de las causas de la erupción prematura. Son dientes pobremente desarrollados. Pueden tener una movilidad variable. ^{10, 11}

El tratamiento de los dientes natales y neonatales por lo general, es realizar la exodoncia, si presenta movilidad con riesgo de desprendimiento, riesgo de aspiración y si interfiere con la succión. Los dientes que pertenecen a la primera dentición pueden preservarse con pulido suave. ^{10, 11, 12, 13}

2.2.2 Úlcera de Riga-Fede

Es una lesión ulcerosa localizada en la porción ventral de la punta de la lengua, provocada por el roce con el borde cortante de los dientes natales o neonatales. ¹⁴

También llamada *Úlcera lingual traumática*. Inicialmente es pequeña y debe tratarse con antisépticos locales para impedir infecciones secundarias. Si el diente pertenece a la dentición primaria, se debe realizar pulido de la zona aguda para disminuir la molestia. En casos extremos, se realizará la extracción del diente. ^{11, 12, 13, 14} Figura 11



Figura 11 Úlcera lingual asociada a dientes neonatales. ¹²

2.2.3 Nódulos de Bohn

Son alteraciones semejantes a pequeñas perlas blanco amarillentas, estas alteraciones pueden considerarse remanentes de estructuras embrionarias epiteliales, las cuales generalmente desaparecen en el primer mes de vida. ¹⁰

Los nódulos de Bohn, se localizan preferentemente en las porciones vestibulares, palatinas o linguales de los rodetes gingivales, son más frecuentes en el arco superior. Se caracterizan por ser de color blanco-amarillento y de base sésil de 1-4 mm de diámetro, siendo éstos superficiales. Sólo se recomienda el masaje digital suave y la observación. ^{9, 10, 11, 12, 14}
Figura 12



Figura 12 Nódulos de Bohn. ¹²

2.2.4 Perlas de Epstein

Son pápulas amarillentas a la manera de los nódulos de Bohn, suelen ser únicas o múltiples, localizadas en la línea media del paladar en la unión del paladar duro y el blando. ^{10, 11}

Son menos frecuentes que los nódulos de Bohn posiblemente debido a las dificultades de observación. Son remanentes de epitelio del paladar, se consideran restos de tejido epitelial que queda atrapado en esa zona, son asintomáticas, no requieren tratamiento y desaparecen con el tiempo. ^{10, 11, 12, 14}
Figura 13



Figura 13 Perlas de Epstein. ¹²

2.2.5 Quistes de la lámina dental

Son restos de la lámina dental primitiva que dan lugar a pequeños quistes. Se localizan en la cresta alveolar del reborde gingival, siendo más frecuente en la región posterior de los arcos, tienen un color blanquecino. ^{9, 11, 14}

Se recomienda masaje suave para la involución, suelen desaparecer en algunas semanas, si el volumen es exagerado se sugiere la marsupialización. En general, no requieren tratamiento. ^{9, 10, 11, 14} Figura 14



Figura 14 Quiste de la lámina dental de volumen exagerado. ⁹

2.2.6 Gránulos de Fordyce

Son pequeñas lesiones granulares, blanco-amarillentas, dispuestas en racimos o placas, localizadas internamente en la mucosa del labio y/o en el carrillo y tienden a aumentar con la edad. ⁹

Son glándulas sebáceas ectópicas presentes al nacer, aunque en la mitad de los niños se hipertrofian y permanecen como pápulas, no requieren tratamiento. ^{9, 10, 11} Figura 15



Figura 15 Gránulos de Fordyce. ⁹

2.2.7 Micrognasia

Es una disminución uni o bilateral de la mandíbula, ocasionada por deficiencia de crecimiento de los cóndilos. También puede ocurrir por la paralización del crecimiento de la región condilar por un trauma o infección. ^{9, 11}

La terapia consiste en estimular el crecimiento lo antes posible, activando y ejercitando la apertura bucal a través de dispositivos mecánicos fijos o removibles, además durante el amamantamiento es recomendable la posición ortostática. El dispositivo de Dunn en los biberones también es un elemento útil para estimular el desarrollo de la mandíbula. ^{9, 10, 11} Figura 16



Figura 16 Micrognasia. ⁹

2.2.8 Macroglosia

Es el aumento de tamaño de la lengua, se presenta en: hipotiroidismo, síndrome de Down, linfangioma o hipertrofia muscular congénita. También está presente en la ingestión de fármacos como la atropina. ^{9, 10, 11}

La macroglosia puede llevar a un cuadro de mordida abierta y la inclinación vestibular de los dientes. El tratamiento quirúrgico está indicado para los casos más graves. ^{9, 10, 11} Figura 17



Figura 17 Macroglosia. ¹⁰

2.2.9 Lengua fisurada

También llamada lengua escrotal, es una malformación que se manifiesta clínicamente por numerosos surcos o hendiduras en el dorso de la lengua, se relaciona frecuentemente con el síndrome de Down. ¹⁰

No hay sintomatología, aunque los restos de alimento pueden quedar entre las fisuras produciendo inflamación y sensación de quemadura. No requiere tratamiento, únicamente higiene. ^{10, 11}

2.2.10 Quiste de erupción

Es una lesión benigna de tejidos blandos que está asociada a la erupción de un diente. Se manifiesta como un aumento de volumen, la mucosa presenta un color normal o violáceo y tiene consistencia blanda y fluctuante por el contenido líquido. ^{11, 12, 13, 14}

No requiere tratamiento, desaparece en poco tiempo, dando paso al diente correspondiente, pero debe vigilarse que no se presente una infección en la zona, aumente de tamaño o altere la secuencia de erupción. ^{11, 12, 13, 14}

Figura 18



Figura 18 Quiste de la erupción en la región mandibular anterior. ¹²

2.2.11 Hipertrofia del frenillo lingual

Aunque durante el primer año de vida del niño la lengua parece estar apoyada en el piso de boca, debe explorarse que la movilidad sea normal. ¹⁴

Un frenillo lingual corto resultará en una anquiloglosia total o parcial. La *anquiloglosia* es la unión de la punta de la lengua al piso lingual. Es una alteración que dificulta el funcionamiento de los mecanismos de succión-deglución, limita los movimientos linguales impidiendo que el bebé pueda alimentarse de manera correcta. ^{9, 12, 14}

El tratamiento consiste en una frenilectomía, indicada cuando hay dificultad durante el amamantamiento, ésta se lleva a cabo liberando el frenillo mediante una incisión de 3-5 mm empleando anestesia local. ^{9, 12} Figura 19



Figura 19 Anquiloglosia en neonato de ocho días de nacido con la característica forma de “corazón”. ¹²



3. LACTANCIA

La lactancia es un periodo fisiológico normal. La leche de la madre es el alimento más adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida y se adapta en cada momento a sus necesidades.

Proporciona los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo adaptándose perfectamente a su función digestiva. ¹⁵

3.1 LACTANCIA MATERNA

La Organización Mundial de la Salud, conceptualiza la *lactancia materna* exclusiva como la ingesta de leche materna, exceptuando el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del seno de la madre. ¹⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Española de Pediatría y otras entidades de prestigio recomiendan alimentación exclusiva con leche materna hasta los seis meses y después complementarla progresivamente con otros alimentos hasta los dos años o más. ^{15, 16, 17}

3.1.1 Beneficios

La lactancia materna brinda beneficios nutritivos e inmunológicos para el bebé, además representa un vínculo madre e hijo. Dentro de los beneficios para el bebé se sabe que, favorece la liberación de la hormona de crecimiento y un óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico, protege frente a un gran número de enfermedades. ^{18, 19}

La leche materna tapiza el intestino del bebé protegiéndolo frente a los patógenos, disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo

inmunológico, tales como, alergias, leucemia, enfermedades crónicas intestinales. También puede prevenir enfermedades en la edad adulta como: diabetes, coronariopatías y cáncer. ^{15, 19}

Se relaciona con la inteligencia cognitiva y emocional. Amamantar trasmite al bebé seguridad afectiva y esto repercute en su autoestima y en su empatía. ^{15, 18, 19}

La lactancia materna promueve una correcta deglución y mordida, disminuyendo la instauración de hábitos de succión no nutritivos; contribuye a un desarrollo adecuado de las arcadas dentarias contribuyendo con una oclusión adecuada a futuro. ^{14, 17, 18}

Durante la lactancia materna los labios y los rodetes rodean el pezón; la lengua se sitúa en el piso de la boca para hacer succión, la mandíbula y la lengua se elevan para comprimir el pezón contra el paladar y obtener el alimento. Todo esto obliga a una gran actividad de los músculos faciales, maseteros y pterigoideos laterales, favoreciendo el crecimiento craneofacial del bebé. ¹⁴ Figura 20

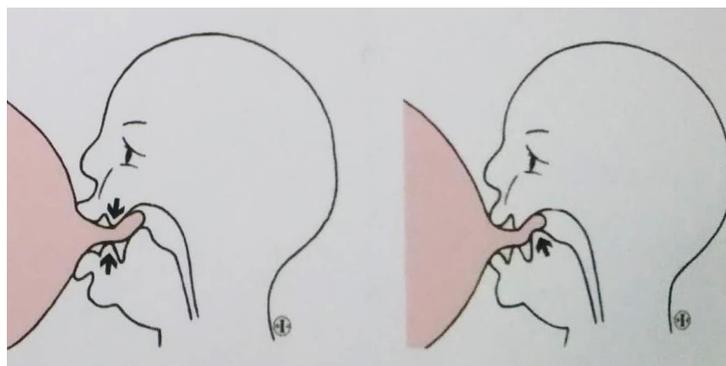


Figura 20 La lactancia natural favorece el crecimiento cráneo-facial. ¹⁴

El amamantamiento es responsable de la maduración de los músculos de la masticación, debido a que cada músculo ya está preparado para una sencilla función (amamantarse) y luego va madurando para cumplir correctamente con funciones más complejas (masticación).^{20, 21}

Los movimientos de estos músculos, aunque limitados fisiológicamente en el recién nacido, van a madurar el sistema muscular por medio de la lactancia materna, que es la única forma que permite que se produzcan los estímulos necesarios en el humano para el completo desarrollo dental y maxilar.^{20, 22, 23} Figura 21

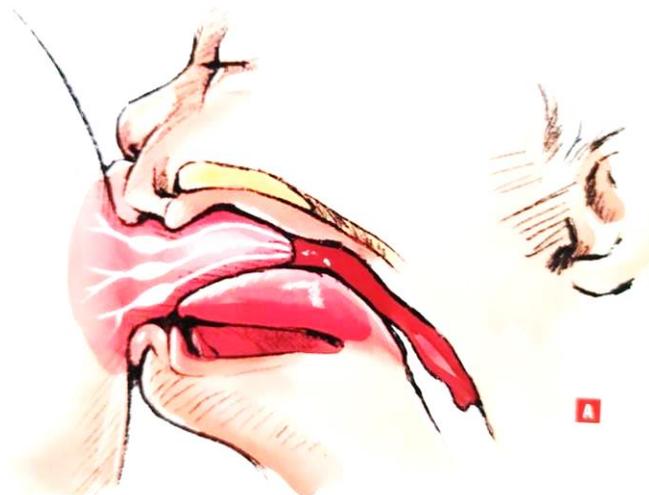


Figura 21 Posicionamiento hacia delante de la lengua durante la lactancia materna.²³

El amamantamiento es el estímulo que favorece a la mandíbula a avanzar de su posición respecto al maxilar. Este suceso es llamado el primer avance fisiológico de la oclusión. Es un método preventivo de hábitos deformantes y maloclusiones.²¹



3.1.2 Técnicas de lactancia

Lograr una adecuada lactancia materna depende en gran medida de la posición en la que se coloca al bebé y que ésta sea la correcta, de tal manera que se pueda evitar el dolor que puede producir la succión y que salgan grietas.^{20, 22}

El posicionamiento de la madre y del bebé es muy importante para garantizar una toma adecuada, es decir, el encaje correcto de la boca del bebé en el seno materno; para esto la madre debe amamantar sentada ya que esta posición favorece la coordinación de la succión, deglución y respiración nasal del bebé.²³

La madre debe amamantar en una posición cómoda y tener un apoyo para el brazo que va a sostener al bebé, que debe ser colocado muy cerca del cuerpo de la madre; con la cabeza frente a la mamá y la boca en la dirección del pezón, permitiendo que el estómago tanto del bebé y de la madre estén uno frente al otro (*barriga con barriga*).^{15, 22, 23}

Para estimular al bebé a tomar la leche, se debe tocar ligeramente el labio superior con el pezón; para eso la madre debe colocar la mano contraria al seno que va a ofrecer en forma de C, con el pulgar en la parte superior de la areola, y los otros cuatro dedos en la base del seno.^{15, 19, 22, 23} Figura 22

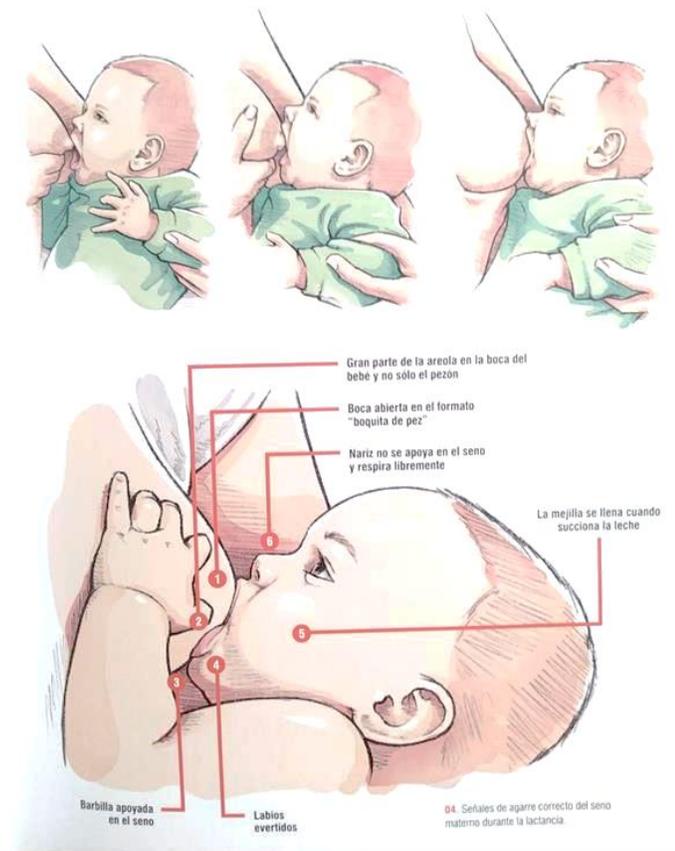


Figura 22 Señales de agarre correcto del seno materno durante la lactancia. ²³

Con el brazo que sostiene al bebé debe aproximarlo al seno, con la finalidad de que el pezón toque los labios del niño, lo que permite el reflejo de apertura de la boca. El bebé, ya con la boca abierta, conseguirá hacer la toma o aprehensión en la mayor parte de la areola. Después de realizar la toma, el bebé empieza el proceso de succión automáticamente. ^{15, 19, 22, 23}

Existe otra postura que es estar sentada a la cual se le llama *de balón de rugby* o *lateral*; la criatura se coloca a un lado de la madre apoyada sobre una almohada y con su cuerpo recostado en las costillas de la madre mirándole de frente. Esta técnica es utilizada: cuando son de bajo peso, han nacido antes de tiempo, después de una cesárea, cuando los pechos son muy grandes o

para amamantar simultáneamente a dos bebés, colocando a uno en cada mama. ^{15, 22} Figura 23



Balón de rugby

Figura 23 Posición balón de rugby. ¹⁵

3.2 LACTANCIA ARTIFICIAL

La lactancia artificial se encuentra considerada en casos de restricción de leche materna, enfermedades y cuando la madre consume fármacos durante la lactancia. ^{17, 18}

En estos casos se indica el uso de fórmulas adaptadas, la cual se realiza habitualmente por medio del biberón. No se recomienda la adición de azúcares ni edulcorantes al biberón por ser un claro factor de riesgo a caries. Hasta el año de edad está recomendado el uso del biberón. ¹⁸

En la utilización del biberón la lengua permanece baja y adelantada, los rodetes y la musculatura de los labios no comprimen la tetina y apenas hay acción muscular. Esto hace que la acción morfogénica de la succión se pierda.

^{14, 23} Figura 24



Figura 24 Posicionamiento retraído de la lengua debido a la presión el biberón. ²³

Al no producirse fatiga muscular, este tipo de alimentación favorece la permanencia de hábitos de succión no nutritiva o aparición de respiración bucal. ¹⁴ Figura 25

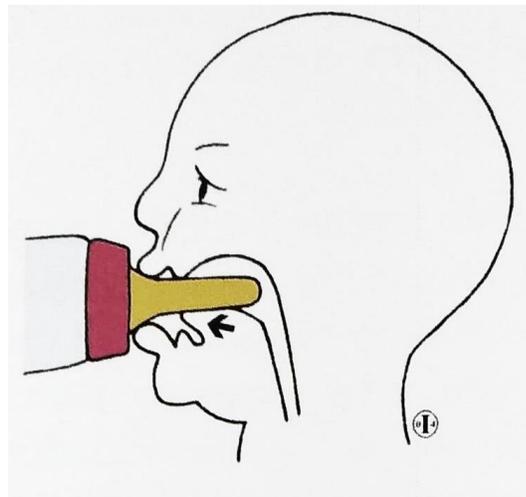


Figura 25 Con el uso del biberón, apenas se necesita acción muscular para obtener los alimentos. ¹⁴



3.3 LACTANCIA NOCTURNA

Durante las primeras semanas de vida, el estómago del bebé es muy pequeño, por lo que necesita alimentarse en poca cantidad y con mucha frecuencia, en promedio, cada 2 o 3 horas, sin importar si es de día o de noche. Se debe amamantar a libre demanda. ^{17, 24, 25}

En caso de uso del biberón, no se recomienda la adición de azúcares ni edulcorantes. Asimismo, a partir de la erupción del primer diente, no es recomendable que el bebé se quede dormido mientras toma el biberón. La combinación del biberón y seno materno nocturno son considerados factores de riesgo para la aparición de caries de la primera infancia. ^{14, 17, 24, 25}

3.4 ABLACTANCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia exclusiva materna hasta los seis meses de vida. La alimentación complementaria o ablactancia corresponde a la alimentación del bebé en el período de introducción de nuevos alimentos complementarios a la leche materna, de los 6 meses a los 24 meses de edad. ^{23, 26}

La consistencia de los alimentos debe aumentar progresivamente para estimular la función masticatoria y estimular la erupción dentaria. A partir del sexto mes de vida, el bebé tiene habilidades para aprender a masticar, el bebé ya es apto para amasar alimentos con la lengua, aunque todavía no tenga dientes. ^{23, 26, 27}



En esta fase de la vida, hay un desarrollo oral reflejado en la desaparición del reflejo de protrusión de la lengua, y la aparición de movimientos voluntarios e independientes de la lengua, favoreciendo la preparación para el aprendizaje de la masticación. ^{19, 23, 26, 27}

A partir del sexto mes de vida el bebé posee movimientos mandibulares verticales, siendo la lengua la responsable del amasamiento y transporte del bolo a la faringe. Alrededor de los 8 meses de edad, la lengua inicia los movimientos de lateralidad dando inicio al transporte del alimento hacia las laterales de la cavidad oral, el bebé ya es capaz de lidiar con pedazos de alimentos sólidos (como verduras cocidas y frutas blandas). ^{19, 23, 26, 27}

La eficiencia masticatoria aumentará de los 8 meses a los 2 años de edad. La masticación está bien desarrollada, entre los 18 a los 24 meses de edad. ^{14, 23, 26, 27}

4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN EL EMBARAZO Y EL PRIMER AÑO DE VIDA

La OMS define a la educación para la salud como la estrategia básica para lograr cambios de conducta en beneficio de la salud. ²⁸

El propósito de la educación para la salud, es lograr que cada persona sea capaz de adoptar un estilo de vida cada vez más saludable y desarrollar la capacidad para cuidarse. ²⁹

La educación para la salud tiene como tarea sustantiva la formación de los individuos, comunidades y poblaciones para su desarrollo y logro de la



salud. Es importante diseñar estrategias educativas para la educación para la salud, con el fin de difundir los conocimientos relativos a la salud bucal y lograr conductas saludables. ²⁹

4.1 SALUD BUCAL DURANTE EL EMBARAZO

El cuidado bucal es un procedimiento seguro y eficaz durante todo el embarazo. Los cirujanos dentistas deben educar a la paciente embarazada sobre la importancia de la salud bucal; para ella y su hijo, debe ser instruida sobre las manifestaciones orales comunes y la higiene oral adecuada. ^{8, 30}

Los principales objetivos de un programa de salud bucal en mujeres embarazadas son: motivar a las pacientes sobre la importancia del cuidado de su salud oral, fomentar hábitos de higiene y dietéticos saludables, aplicar medidas preventivas, detectar signos y síntomas indicativos de patologías orales. ^{5, 8}

Es importante explicar a la madre lo que puede observar en su boca y que medidas debe tomar. Se le debe informar en cuanto a los posibles cambios en relación a hábitos dietéticos y el papel que éstos pueden jugar en la aparición de nuevas caries o en la progresión de las ya existentes, por lo tanto, se le tiene que instruir en relación a las medidas que tiene que seguir. ^{5, 7, 23}

Figura 26



Figura 26 Mujer gestante alimentándose de forma saludable. ²³

Se deberá hacer especial énfasis en retirarle a la paciente embarazada los miedos y tabúes existentes sobre el embarazo, así como en las medidas preventivas y los tratamientos dentales en caso de ser necesarios. Es necesario advertirle de la necesidad de consultar con el dentista si detecta alguna alteración en su boca. ⁵

4.1.1 Atención Odontológica durante el embarazo

El plan de tratamiento durante el embarazo se basará en la detección de focos de infección, ya que son una prioridad. Una vez tratados los focos de infección se debe realizar un enfoque preventivo, así como evaluar los riesgos, los estilos de vida y los cambios de conducta y hábitos. Todos los procedimientos quirúrgicos deben posponerse hasta después del parto. ⁸

Durante el *Primer Trimestre (1-12 semanas)* no se recomienda llevar a cabo procedimientos dentales, debido a que hay mayor riesgo de susceptibilidad al estrés y agentes teratógenos, algunos autores señalan que

del 50 al 75% de todos los abortos espontáneos se producen durante este periodo. ^{5, 8, 31}

Durante el primer trimestre, se debe educar al paciente sobre los cambios orales que ocurren durante el embarazo, enfatizar en la prevención, instruir en higiene oral y realizar un buen control de placa bacteriana, se debe limitar el tratamiento dental a profilaxis y tratamientos no invasivos. Si existe una emergencia, es importante valorar el riesgo beneficio. ^{5, 8}

Se pueden realizar tratamiento periodontal, drenaje de abscesos, tratamiento endodóntico, exodoncias de urgencia y operatoria dental. Durante el primer trimestre de embarazo la posición en el sillón dental casi no sufre cambios, el sillón se inclina 165° . ^{8, 32} Figura 27



Figura 27 Sillón dental con una inclinación de 165° . ³²

Durante el *segundo trimestre (13-24 semanas)*, el riesgo para el feto se reduce, ya que la organogénesis se ha completado y por lo tanto es más seguro realizar operatoria dental. Se deben dar instrucciones de higiene oral y control de placa, se puede realizar raspado y alisado radicular si fuera necesario; se deben evitar radiografías de rutina. Es importante destacar que se debe controlar la enfermedad periodontal. ^{5, 8}

En el segundo trimestre del embarazo el sillón dental se inclina a 150° aproximadamente, debido a que los cambios, sobre todo en sistemas respiratorio y cardiovascular, comienzan a exacerbarse. La mujer puede mostrar mayor hipotensión. ^{8, 32} Figura 28



Figura 28 Sillón dental con una inclinación de 150° aproximadamente. ³²

Para el *tercer trimestre (25-40 semanas)* la mujer embarazada puede experimentar un alto nivel de incomodidad, se recomienda realizar citas cortas no mayores a 30 minutos, se debe continuar con la instrucción de higiene oral y control de placa, en esta etapa se pueden realizar curetajes, operatoria dental y exodoncias necesarias. ^{5, 8}

La posición de las embarazadas en el sillón dental es importante, sobre todo durante el tercer trimestre, variando la angulación del respaldo-asiento a 135°. ^{5, 8, 32} Figura 29



Figura 29 Posición dental en paciente cruzando el último trimestre de embarazo. ⁸



Este trimestre del embarazo es muy importante ya que se deben impartir los conocimientos necesarios para lograr un correcto desarrollo de la cavidad oral del niño. ⁵

4.2 PREVENCIÓN Y ORIENTACIÓN A LOS PADRES

La atención odontológica durante el embarazo, es una oportunidad para fortalecer conductas y hábitos de promoción de la salud y prevención de enfermedades que puedan afectar la cavidad bucal tanto en la gestante como en el bebé. ^{18, 23}

Los padres deben recibir orientación temprana sobre la salud bucal del bebé, lactancia materna, lactancia artificial, higiene bucal, hábitos alimenticios, transmisibilidad de caries y la primera visita al odontólogo. ^{18, 27}

De igual manera es muy importante orientar a los padres sobre la importancia de la dentición primaria, la cronología y secuencia de erupción. Además de la sintomatología que puede presentarse durante la erupción de los dientes primarios. ^{18, 33}

4.3 SALUD BUCAL EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

La enseñanza de hábitos adecuados de higiene bucal en el primer año de vida es indispensable para la preservación de la dentición primaria y con ello el correcto desarrollo óseo maxilar y mandibular, masticación, fonación, nutrición y salud en general del bebé. ^{18, 24}

Es importante que el cirujano dentista transmita a los padres, los adecuados métodos de prevención temprana, como hábitos de higiene bucal,



asesoramiento alimenticio, factores de riesgo y tratamientos iniciales que permitan preservar la salud bucal del bebé. ^{18, 24, 33}

4.3.1 Factores de riesgo del bebé

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en un individuo o grupo, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daño a la salud. Su importancia radica en que son observables o identificables antes de que ocurra el evento. ^{34, 35}

4.3.1.1 Lactancia materna

La lactancia materna es de vital importancia para el bienestar general, nutricional y psicológico del bebé. La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. El consumo de leche materna prolongado es considerado como un factor de riesgo a desarrollar caries de la infancia temprana. ^{17, 18, 24, 25, 27, 33, 36}

La leche materna contiene un mayor porcentaje de lactosa. Este hidrato de carbono, a pesar de tener un menor efecto cariogénico que la sacarosa, también puede promover la desmineralización del esmalte dental. ^{23, 27}

La falta de conocimientos de los padres en cuanto a la necesidad de mantener una correcta higiene bucal de su hijo y sobre el potencial cariogénico de la leche materna puede llevar a que los infantes desarrollen caries durante o después del amamantamiento. La alimentación a demanda tiene un efecto nocivo para la salud bucal. La frecuencia y el tiempo de exposición a azúcares son factores importantes para determinar la posibilidad de desarrollar caries de la infancia temprana. ^{9, 14, 27, 37, 38} Figura 30



Figura 30 Niño con alimentación materna a demanda. ¹⁴

Se recomienda orientar a la madre sobre la lactancia materna nocturna ésta tiene que cancelarse después de la erupción del primer diente, es decir, a los 6 meses de edad. Si el niño se queda dormido mientras es alimentado se aconseja limpiar los dientes antes de acostarlo. ^{17, 24, 27, 37}

La lactancia materna es un factor determinante para disminuir malos hábitos que pueden derivar en maloclusiones, algunos estudios indican que la falta de lactancia materna o un periodo corto de lactancia están relacionados con la instauración de hábitos nocivos de succión y deglución, que puede llevar a posteriores alteraciones dentales y maxilares. ^{24, 37}

4.3.1.2 Lactancia artificial con biberón

Se debe indicar el uso de fórmulas adaptadas, sólo en los casos en que la lactancia materna no sea posible de realizar. La ingesta de fórmulas adaptadas se realiza habitualmente por medio del biberón, y éste sólo debe utilizarse como vehículo para la fórmula. ²⁴

El uso del biberón es considerado un factor de riesgo de las maloclusiones. El uso prolongado de éste se ha relacionado con mayor

adquisición de hábitos de succión no nutritivos y especialmente caries dental. Desde el punto de vista de la prevención de maloclusiones, se recomienda el uso de la tetina anatómica con un orificio pequeño, ya que favorece el movimiento anterior de la mandíbula y la coordinación de la succión, la deglución y la respiración. ^{17, 24, 25, 37} Figura 31



Figura 31 Tetinas artificiales, convencionales y ortodóncicas. ²³

Es conveniente recomendar a los padres no agregar azúcar, cereales, chocolate en polvo o miel al biberón. No recomendar el biberón nocturno después de la erupción de los primeros dientes, por otro lado no es conveniente que el bebé se quede dormido mientras toma el biberón para evitar la aparición de caries. En caso de que un niño se quede dormido mientras es alimentado, se le deben limpiar los dientes antes de acostarlo. El biberón debe abandonarse progresivamente a partir de los 12 meses y



definitivamente cuando erupcionan los molares. Se debe sugerir retirarlo lo antes posible por la salud bucal del niño. ^{17, 24}

4.3.1.3 Dieta

Después de los 6 meses, el bebé comienza la alimentación complementaria al introducir papillas, jugos en taza de entrenamiento, sin la necesidad de usar biberón, ya que no se tiene la necesidad fisiológica de succión. ²⁷

Se debe controlar la ingesta de azúcares mediante medidas educativas para lograr la reducción y no su total eliminación de la dieta. El consumo de azúcares sigue siendo el conductor principal del proceso de caries y por ello la restricción de azúcar juega un rol esencial en la prevención de caries. ^{17, 27}

El potencial cariogénico de los azúcares se relaciona con la frecuencia de las ingestas, la consistencia del azúcar, así como el tiempo que permanecen en la boca. Se debe concientizar a los padres para lograr la reducción voluntaria de la frecuencia y la cantidad de estos alimentos. ^{17, 24, 27}

El azúcar, la miel y los demás azúcares refinados deben evitarse especialmente durante los primeros 2 años de vida del niño. Se debe aconsejar a los padres que eviten los alimentos que contienen azúcares ocultos, como galletas, helados, gomitas, jugos, cereales infantiles, entre otros. No se recomiendan los azúcares de consistencia pegajosa y el consumo de cualquier azúcar refinado entre comidas. ^{17, 24}

Las opciones dietéticas que los padres elijan durante los primeros años de vida serán determinantes en la futura salud bucal del niño. ¹⁷



4.3.1.4 Transmisión de bacterias

En la vida intrauterina, el feto se encuentra en un ambiente aséptico, incluyendo la cavidad bucal. Se sabe que, durante el parto o unas horas después, la cavidad bucal es colonizada por microorganismos provenientes del tracto genital, de la madre, cuidador, o del mismo medio ambiente.²⁷

La transmisión de microorganismos cariogénicos ocurre por medio de contactos directos o indirectos. El contacto directo vía saliva, ocurre principalmente cuando las cargas de *S. mutans* en la saliva materna son elevadas.^{24, 27, 33}

Varios hábitos de la madre pueden promover la transmisión de bacterias como: hablar cerca del niño, probar alimentos con el mismo cubierto, limpiar el chupón con la boca o besar al bebé en la boca.^{17, 24, 27, 33}

El contacto indirecto ocurre vía de objetos contaminados que el niño lleva a la boca como: utensilios, cucharas, tazas, juguetes, cepillos dentales contaminados.^{27, 33}

El grado de transmisión va a depender de diferentes factores como: el grado de infección de los padres, cuidadores, la frecuencia del contacto con el niño, la dieta y el estado inmune del infante.²⁷

La madre o cuidador debe acudir con el cirujano dentista como mínimo una vez al año para mantener su boca sana, con el fin de reducir el riesgo de transmisibilidad. Se debe orientar y motivar a los padres para reducir el riesgo de caries del infante y tener correctos hábitos alimenticios. A través de la aplicación de estas medidas se podrá prevenir o retardar la infección cariogénica en los infantes.^{17, 27, 39}



4.3.1.5 Hábitos nocivos

En el momento del nacimiento el niño tiene desarrollado el reflejo innato de succión que le permite alimentarse. A partir del cuarto mes, la maduración nerviosa va a ir transformando el reflejo innato a reflejo adquirido. La persistencia, de una conducta de succión puede tener serios efectos nocivos en el desarrollo de las estructuras bucales. Entre los hábitos nocivos y de succión no nutritiva, los más frecuentes son: el uso prolongado del chupón y la succión digital. ^{14, 23}

Se ha señalado que el niño que es alimentado con biberón tiene más necesidad de utilizar *Chupón*, porque no ha realizado esfuerzo muscular y no ha satisfecho su necesidad de succionar. Ofrecer el chupón en lugar del seno materno para calmar al bebé no es recomendable. ^{14, 23, 24}

Algunos estudios apoyan el uso del chupón para disminuir la prevalencia del síndrome de muerte súbita en bebés alimentados con leche materna. El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) se define como una muerte inesperada que ocurre durante el sueño en niños menores de 1 año y con mayor frecuencia entre los 2 y 4 meses de vida. ^{17, 23}

A nivel oral, el chupón no permite que la lengua se coloque en su posición normal sobre el paladar y ésta se mantiene en una posición baja en la mandíbula, alterando la amplitud del maxilar y afectando el patrón de deglución, que puede propiciar maloclusiones óseas y dentarias. ^{14, 17, 24, 40}

Figura 32

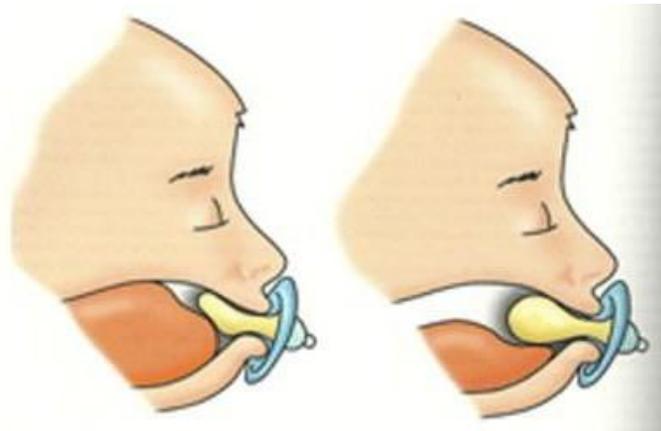


Figura 32 Posición de la lengua con diferentes tipos de chupón. ⁴⁰

Odontopediatras no recomiendan el uso de chupón, sin embargo, si se utiliza, no debe mojarse en ninguna sustancia endulzada, ni limpiarlo con la saliva. Utilizar el chupón anatómico puede ser limitando su uso a momentos de ansiedad y sueño, para luego retirarlo de la boca en cuanto el bebé se haya calmado o dormido. Es recomendable retirarlo como máximo a los 2 años de edad. ^{5, 14, 17} Figura 33



Figura 33 Chupón anatómico. ⁴¹

La *succión digital* es común durante el desarrollo infantil y se inicia en la vida intrauterina, entre 18-24 semanas, cuando el feto comienza a desarrollar el reflejo de succión, entrenando con el dedo o el cordón umbilical.

23, 40

Al nacimiento este entrenamiento lo preparará para la lactancia materna y en el desarrollo de las estructuras orales que depende también de la experiencia y sensaciones que el bebé vive al colocar el dedo en la boca, ya que exige movimientos activos de su lengua, mandíbula, mejillas y labios. Por lo tanto, la succión de dedo debe ser considerada beneficiosa durante los primeros 6 meses de vida. ^{23, 40} Figura 34

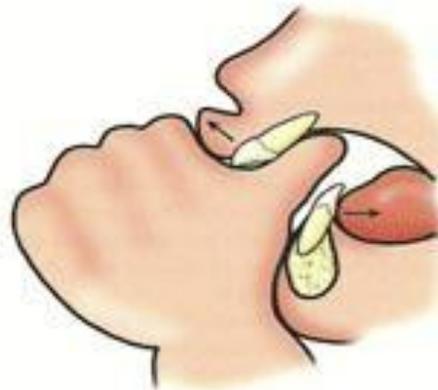


Figura 34 Succión digital. ⁴⁰

Entre los 4 y 6 meses de edad del bebé, si la succión de dedo se convierte en un hábito, es preferible que se ofrezcan otros estímulos orales, tales como: mordederas, estimuladores orales, entre otros, que llamen la atención del bebé, e incluso alivien la incomodidad en la fase de erupción hasta que la succión del dedo cese espontáneamente antes de que provoque daños en las estructuras dentales funcionales. ²³ Figura 35

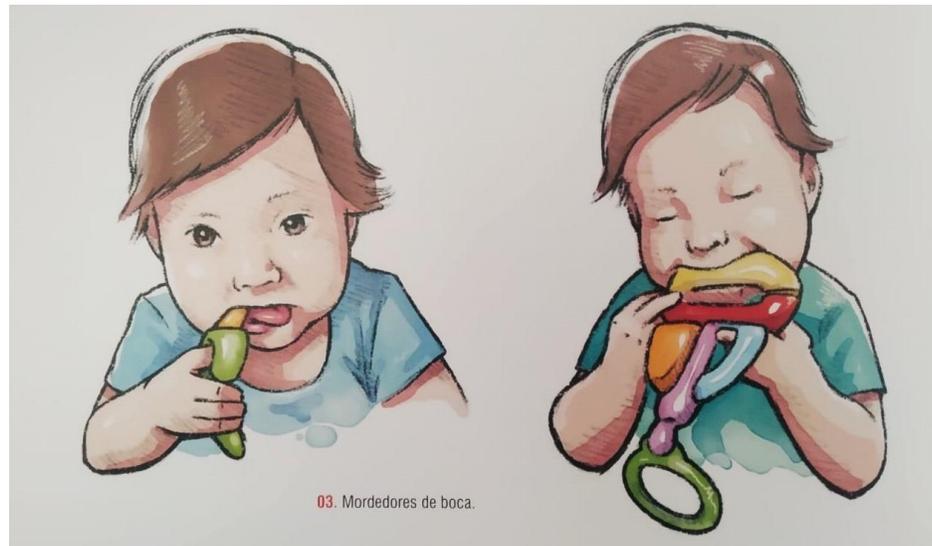


Figura 35 Mordederas de boca. ²³

Las deformaciones causadas por la succión digital dependerán del patrón dentofacial, la intensidad, duración y frecuencia del hábito; y la edad de interrupción del mismo. La desaparición del hábito tiene que ser antes de los 3 años. ^{14, 23}

4.3.2 Atención odontológica en el primer año de vida

Mientras más temprano acuda un niño a la visita odontológica, menor será el riesgo que desarrolle caries. La visita dental a temprana edad permite impulsar hábitos preventivos de enfermedades bucales. ^{17, 18}

Inicialmente se promueve la eliminación de factores de riesgo, tratar y controlar problemas ya existentes. Se debe buscar insistir de manera general la importancia del tratamiento odontológico enfocándose en: la primera consulta, lactancia natural y/o artificial adecuada, evitar hábitos de succión no nutritivos por tiempo prolongado, controlar el amamantamiento nocturno,



entender sobre la transmisibilidad de caries y la importancia de realizar la higiene bucal del infante. ^{18, 27}

Las visitas odontológicas tempranas se asocian a una disminución en los tratamientos dentales curativos. Todo niño debe acudir con el cirujano dentista al cumplir un año, o inclusive con la erupción de los primeros dientes. Algunos autores recomiendan que la primera consulta sea antes de los 12 meses de edad, ya que mejora la posibilidad de mantener una buena salud bucal. ^{17, 27}

La primera visita debe incluir una evaluación individual de riesgo de caries, consejos sobre higiene bucal, dieta y en caso de requerirse se realiza una aplicación de fluoruro tópico. ^{17, 18}

4.4 TÉCNICAS DE HIGIENE BUCAL DEL BEBÉ (0-12 MESES)

La higiene bucal envuelve un conjunto de medidas que tienen como objetivos la remoción de biofilm dental y la prevención de su reincidencia, pudiendo ser realizadas a través de medios mecánicos y químicos. ^{27, 33}

Cuánto más tempranamente se realice la manipulación de la cavidad oral de los bebés, más receptivos serán en el futuro respecto a los cuidados de salud bucal. Lo ideal es después del nacimiento, antes de la erupción dental, a través de masajes gingivales y limpieza para establecer una microbiota bucal saludable. ^{17, 24, 27, 33}

4.4.1 Gasa Húmeda

De los 0 a 6 meses de edad, es recomendable masajear las encías con una gasa húmeda para acostumar al bebé a la manipulación de su boca y aliviar los síntomas de la erupción. ^{17, 18, 42}

Se debe mojar una gasa o un paño limpio suave en agua filtrada o agua hervida fría y comenzar la limpieza oral, frotando todas las superficies de la boca, de forma que se retiren los restos alimenticios acumulados en las comisuras labiales y en la cavidad bucal. ^{24, 27, 33}

Las gasas suaves o los paños limpios deben ser envueltos en el dedo índice. La higiene debe ser preferiblemente de noche después de la última alimentación y solamente una vez al día, ya que las inmunoglobulinas que contiene la leche materna protegen a la mucosa bucal contra las infecciones. La higiene bucal puede ser realizada antes de dormir, generalmente durante o después del baño para que el niño la asocie a la higiene corporal durante toda la vida. ^{24, 27} Figura 36



Figura 36 Limpieza de encías. ⁴²

4.4.2 Dedal de silicona

Un dedal de silicona es similar a un cepillo de dientes, pero con cerdas suaves de silicona que no dañan las encías de los bebés. Los dedales o cepillos de dedo de silicona están diseñados para masajear y limpiar las encías, la lengua y las mejillas de los bebés. ^{43, 44}

Son flexibles, suaves y seguros porque están fabricados con 100% silicona, sin ftalatos, ni Bisfenol A (BPA). Los dedales mejor diseñados son los que, en un lado tienen unos pequeños filamentos también de silicona, como si fueran las cerdas de un cepillo, pero más blandas. En el otro, tienen una superficie ligeramente irregular para hacer masaje en las encías. ⁴⁴

El dedal favorece que las encías se estimulen, esto ayuda a las encías a prepararse para la erupción de los dientes, además de que mejora los procesos de inflamación y se va creando en el bebé un hábito de higiene bucal a muy temprana edad. ^{17, 43}

Antes de usarlo, es importante hacer un lavado de manos completo. Se introduce el dedo en el dedal con el lado de los filamentos hacia las encías y con movimientos circulares se hace un suave masaje empezando de atrás hacia adelante. ^{43, 44} Figura 37



Figura 37 Dedal de silicona. ⁴⁴

Se debe empezar a pasar el dedal por la lengua y entre las encías y las mejillas para arrastrar los restos de leche o comida. El tiempo del cepillado no dura más de 1 minuto. Es recomendable realizar el cepillado después de la última toma nocturna, antes de que el bebé se duerma. Mientras más temprano se inicie con la higiene oral, menores son las probabilidades de que el niño desarrolle caries o alguna otra enfermedad. Algunos autores recomiendan comenzar la higiene al segundo mes de vida.^{24, 43, 44} Figura 38



Figura 38 Limpieza de la boca del bebé.⁴³

4.4.3 Cepillo dental

El cepillo es el instrumento base para la eliminación mecánica de la placa dental adherida a los dientes. Su uso se puede iniciar en el momento en el que erupciona el primer diente deciduo, alrededor de los 6 meses.^{14, 17, 27}

El cepillo debe tener las cerdas de nylon con las puntas redondeadas, consistencia suave y buen estado de uso. El cabezal debe ser pequeño y redondo y con un mango grueso.^{14, 45} Figura 39



Figura 39 Cepillo de dientes para bebé. ⁴⁵

El cepillado dental debe realizarse dos veces al día, por la mañana después del desayuno y por la noche después de la cena. Es necesario que los padres se ocupen del cepillado dental de su bebé. ^{17, 45}

En esta etapa de crecimiento, el bebé es incapaz de lavarse los dientes por sí mismo. Sin embargo, es importante que se acostumbre a mantener su higiene bucal cada día con el fin de que interiorice esta costumbre como parte de su rutina. Hay que cepillar los dientes de forma suave y sin utilizar pasta dental. ^{14, 17, 45} Figura 40



Figura 40 Cepillado de los primeros dientes deciduos. ²⁷

Al año de edad, el cepillado dental puede realizarse con el niño sentado frente a los padres y se debe prestar especial atención a la arcada superior, donde suelen ocurrir las primeras caries. ⁴⁶ Figura 41



Figura 41 Higiene bucal asociada a la higiene corporal. ²⁷

4.4.4 Pasta Dental

No se recomienda el uso de pasta dental fluorada en niños que no hayan aprendido a escupir (generalmente, niños menores de 1 año de edad) por el riesgo de una ingestión excesiva de fluoruro. Es suficiente con realizar el cepillado únicamente con agua y cepillo. ²⁴

Solo en los niños con alto riesgo de caries el cirujano dentista valorará la necesidad del uso de pasta dental fluorada a esta edad. Algunos autores recomiendan pastas dentales sin fluoruro o con un nivel de fluoruro reducido

con una concentración de 500 ppm, en cantidad equivalente a un guisante o a una “mancha”.^{24, 27} Figura 42

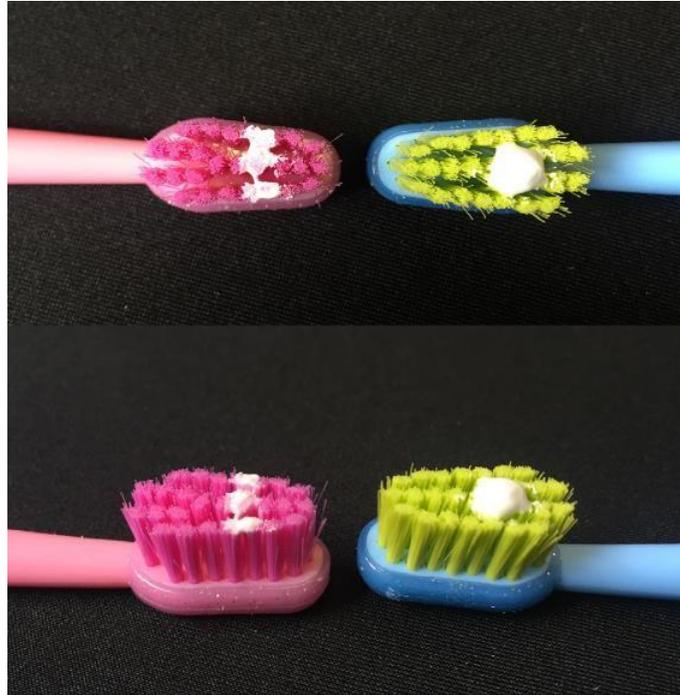


Figura 42 Comparación entre cantidades de pasta dental aplicada.²⁷



CONCLUSIONES

La educación para la salud es la manera más eficaz de evitar enfermedades bucales en los bebés, por lo que es importante establecer acciones educativo-preventivas y de promoción de la salud desde la gestación.

El cirujano dentista debe promover hábitos saludables, mantenerlos y reforzarlos en el consultorio dental, proporcionando recomendaciones específicas a los padres/cuidadores, mencionando los posibles factores de riesgo así como tomar medidas preventivas para las enfermedades bucales.

El cuidado dental es un procedimiento seguro y eficaz durante todo el embarazo. El cirujano dentista debe educar a la paciente embarazada sobre la importancia de la salud bucal tanto para ella como para su hijo, se debe advertir sobre las manifestaciones orales comunes y la higiene oral.

El papel que desempeña el cirujano dentista es muy importante, ya que es el responsable de educar para la salud a la mujer gestante, a los padres y cuidadores en cuanto a factores dietéticos, lactancia materna, higiene bucal, transmisibilidad de caries, factores de riesgo y hábitos nocivos.

En la primera visita del bebé al consultorio dental en el transcurso del primer año de vida, se determinará el riesgo a caries, se orientará a los padres en cuanto a higiene bucal y se reforzaran las técnicas de higiene de acuerdo a la edad del bebé.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tortora Gerard J, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 13ª Ed. México: Panamericana; 2013. 1181-1208.
2. Higashida Hirose B. Ciencias de la salud. 6ª Ed. México: McGraw-Hill; 2005. 174-176.
3. Rodríguez Chala, H. El embarazo. Su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol. 2003; 40 (2):1-6.
4. Godoy CC. Enfermedad Periodontal y Embarazo. Revisión de la Literatura. Rev Med Clin. Condes. 2014; 25 (6): 936-943.
5. Alfaro Alfaro, A. Embarazo y salud oral. Rev Clín Med Fam. 2018; 11 (3): 144-153.
6. Díaz Valdés, L. Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. Gaceta Médica Espirituana. 2015; 17 (1): 1608-8921.
7. Pérez Oviedo A, Betancourt Valladares M. Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. Rev Cubana Estomatol. 2011; 48 (2): 104-112.
8. Lara Hernández A, Santiago Montealegre C. Manejo Odontológico de mujeres embarazadas. Arch Inv Mat Inf. 2016; 8 (3): 105-112
9. Figueredo L.R. Odontología para el bebé, odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. 1ª Ed. Colombia: Amolca. 2000.
10. Ventiades F J, Tattum B K. Patología oral del recién nacido. Rev Bol Ped. 2006; 45 (2): 112-115.
11. Fuentes Febles, D. Consideraciones morfológicas sobre la cavidad bucal del recién nacido y el niño en edad temprana. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. 2012; 1 (1): 1-9.
12. Magaña Pérez M, Robles Andrade M. Alteraciones bucales del recién nacido. Revista ADM. 2014; 71 (3): 115-119.



13. Angulo Espinoza A, Teja Ángeles E. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. *Acta Pediatr Mex.* 2013; 34 (4): 196-204.
14. Barbería Leache E. Atlas de odontología infantil para Pediatras y Odontólogos. 1ª Ed. España: Ripano; 2005. 25-163.
15. González Cortijo T, Sánchez Escudero C. Guía de Lactancia Materna. 1ª Ed. España: Govern de les Illes Balears; 2009. 3-24.
16. Definición de Lactancia Materna. Sitio web Organización mundial de la salud [Internet]. 2021 [Citado 5 Feb 2021] Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
17. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Guía de Salud Bucal Infantil para pediatras. [Internet] 2015 [Citado 5 Feb 2021] Disponible en:
<https://backup.revistaodontopediatria.org/publicaciones/Guias/Guia-de-salud-bucal-infantil-para-pediatras-Web.pdf>
18. Pinto José M, Chávez D. Salud bucal en el primer año de vida. Revisión de la literatura y protocolo de atención odontológica al bebé. *Odus Científica.* 2018; 19 (1): 1315-2823.
19. González Cosío T, Hernández Cordero S. Lactancia Materna en México. 1ª Ed. México: Intersistemas; 2016. 7-55.
20. Guerra M, Mujica C. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. *Acta Odontológica Venezolana.* 2020; 37 (2).
21. Rosales Vega G, González R, Pérez Vega J. Relación de la Lactancia Materna y Maloclusiones. *Rev Mex Med Forense.* 2020; 5 (3): 177-180.
22. Consejería de salud del Gobierno de la Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. [Internet] 2010 [Citado 5 Feb 2021] Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/8_guia_prof_la_rioja.pdf
23. Avanto J, Duarte D, Murilo F. Primeros mil días del bebé y Salud Bucal. 1ª Ed. Brasil: Napoleão; 2020. 34-74.



24. Palma C, Cahuana L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. *Acta Pediatr Esp.* 2010; 68 (7): 351-357.
25. Maldonado M, González A, Isassi H. Lactancia materna y caries de la infancia temprana. *Universidad Autónoma de Tamaulipas.* 2016; 6 (2): 90-98.
26. Durán GA. Los primeros 1000 días de vida: nutrición, hábitos y contención enfocados en elevar la calidad de vida. *Rev Mex Ortodon.* 2018; 6 (4): 214-15.
27. Moscardini M, Díaz S, De Rossi M, Filho N, De Rossi A. Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. *Rev Odontopediatr Latinoam.* 2017; 7(2): 116-126.
28. Definición de Educación para la Salud. Sitio web Organización mundial de la salud [Internet]. 2021 [Citado 23 Feb 2021] Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
29. Nieto Cruz ME, Sifuentes Valenzuela MC. Promoción y Educación para la Salud en Odontología. 1ª Ed. México: Manual Moderno. 2014. 12-40.
30. Oral Health Foundation. Dental care for mother and baby. Better Oral Health for all [Internet] 2021 [Citado 16 Feb 2021] Disponible en: <https://www.dentalhealth.org/dental-care-for-mother-and-baby>
31. Kurien S, Kattimani VS, Sriram RR, Sriram SK, Rao VKP. Management of pregnant patient in dentistry. *J Int Oral Health.* 2013; 5 (1): 88-97.
32. Fernández García OM, Chávez Mendrano MG. Atención odontológica en la mujer embarazada. *Arch Inv Mat Inf.* 2010; 2 (2): 80-84.
33. Guillen Borda C, Huapaya Pariacoto O, Loayza R, Torres Ramos G. Odontología para el bebé: Modelo de atención en Salud Pública. *Odontología Sanmarquina Perú.* 2004; 8 (2): 32-40.
34. Rodríguez Cazaldilla A. Enfoque de riesgo en la atención estomatológica. *Rev Cubana Estomatol.* 1997; 34 (1): 1-11.
35. Facultad de Ciencias Médicas Guatemala. Enfoque epidemiológico de riesgo en la atención en salud. [Internet] 2021 [Citado 25 Feb 2021]



Disponible en:

<https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/08/enfoque.pdf>

36. Masson MJ, Armas A, Aldás J. Asociación entre la lactancia materna y la caries de edad temprana. Revisión bibliográfica. KIRU. 2019; 16 (4): 194-199.
37. Rodríguez JA, Fuentes RE, Arévalo YG. Factores de riesgo en el apareamiento de enfermedades bucales y su relación con la lactancia materna en mujeres de la comunidad de San Isidro los Planes. Rev Crea Ciencia. 2017; 11 (1): 31-39.
38. García Suárez A, Teja Ángeles E. Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. Presentación de un caso. Acta Pediatr Méx. 2008; 29 (2): 69-72.
39. Dean J, Avery D, McDonald R. Odontología para el niño y el adolescente. 9ª Ed. Venezuela: AMOLCA; 2014. 177-201.
40. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. [Internet] 2011 [Citado 28 Feb 2021] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
41. Pharma 2.0. Tipos de chupete: el anatómico. [Internet] 2014 [Citado 28 Feb 2021] Disponible en: <https://www.pharma20.es/consejos/salud-infantil/tipos-de-chupete-el-anatomico>
42. Universidad San Sebastián. ¿Necesitan algún cuidado las encías de los bebés?. [Internet] 2018 [Citado 28 Feb 2021] Disponible en: <https://www.uss.cl/odontologia/necesitan-cuidados-las-encias-de-los-bebes/>
43. Guía infantil. Dedales de silicona para limpiar las encías del bebé y aliviar molestias. [Internet] 2020 [Citado 01 Mar 2021] Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/bebes/recien-nacido/dedales-de-silicona-para-limpiar-las-encias-del-bebe-y-aliviar-molestias/>



44. Aguilar Dental Salud. ¿Conoces las ventajas del dedal de silicona para limpiar las encías de tu bebé? [Internet] 2019 [Citado 01 Mar 2021] Disponible en:
<https://www.aguilardentalsalut.com/conoces-las-ventajas-del-dedal-de-silicona-para-limpiar-las-encias-de-tu-bebe/>
45. Clínica Dental Ferrus y Bratos. Cómo elegir un cepillo de dientes `para bebés. [Internet] 2019 [Citado 02 Mar 2021] Disponible en:
<https://www.clinicaferrusbratos.com/odontopediatria/cepillo-dientes-bebe/>
46. American Academy of Pediatrics. Consejos para el cepillado de dientes de los niños pequeños. [Internet] 2015 [Citado 03 Mar 2021] Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/healthy-living/oral-health/>