



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL DURANTE LOS
PRIMEROS MIL DÍAS 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:

MARIANA JACQUELINE BARAJAS BAUTISTA

TUTOR: Mtro. OMAR PÉREZ SALVADOR

V°B° Mtro. Omar Pérez Salvador

30 - Abril - 2021

MÉXICO, Cd. Mx.

2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Agradezco a mamá por el apoyo que desde pequeña me ah
dado, por la confianza que siempre me ah tenido, por todas
esas veces que siempre estuvo para mí cuando más la
necesite. Gracias a ella pude culminar esta etapa que, si bien
no fue fácil, pero siempre estuvo ella para darme ánimos y
ser una motivación más para seguir adelante.*

*Agradezco infinitamente a mi abuelita Lupe por cuidarme
desde pequeña, que estuvo conmigo en mis noches de desvelo,
que a la mañana siguiente me tenía una taza de café, que sin
pensarlo acudió a ser mi paciente en la facultad, que gracias
a ella y a mi mamá el día de hoy soy lo que soy. Y aunque el
día de hoy ya no está físicamente, siempre estará en mis
pensamientos y estoy profundamente agradecida con ella por
todo el tiempo que cuidó de mí.*

*A mis padrinos Mireya y Mario por apoyarme en todos los
sentidos, tanto económico como emocional, que cuando
necesitaba de ellos hacían lo posible por ayudarme.*

*A Rafael por acompañarme en este camino, por ser mi apoyo
emocional durante esta etapa, por alentarme a no darme por
vencida y seguir adelante.*

A mis amigas que me apoyaron cuando sentía que ya no podía continuar, que durante la carrera siempre compartimos desvelos, tareas, pacientes, risas, experiencias que se quedaran en mis recuerdos.

A mis pacientes que sin ellos no hubiera adquirido estos conocimientos clínicos.

A mis jefes la Dra. Portilla y el Dr. Figueroa por darme la oportunidad de trabajar con ellos y apoyarme en lo que fuera necesario para que terminara mi carrera.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de desarrollarme académicamente.

A Facultad de Odontología que durante estos años de carrera fue mi segunda casa.

A mis profesores que sin ellos no hubiera obtenido los medios para enriquecer los conocimientos necesarios para desarrollar mis habilidades en esta carrera de Odontología.

Agradezco a mi tutor Omar Pérez Sandoval por dedicarme parte su tiempo para orientarme con sus conocimientos y por su apoyo en la elaboración de este trabajo.

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. PRIMEROS MIL DÍAS DE VIDA	9
1.1 Generalidades	9
1.2 Concepto primeros mil días de vida.	10
2. 270 DÍAS DE VIDA (INTRAUTERINA)	12
2.1 Condiciones fisiológicas en la mujer gestante	12
2.1.1 Condiciones bucales	14
2.2 Factores de riesgo en la gestación	16
2.3 Conocimiento de los padres sobre control prenatal bucodental	17
2.4 Farmacología perinatal	18
3. 730 DÍAS DE VIDA: RECIÉN NACIDO, PRIMERA INFANCIA	22
3.1 Lactancia materna y el desarrollo del bebé.	23
3.1.1 Beneficios de la lactancia materna	26
3.2 Lactancia artificial y ablactación	30
3.2.1 Beneficios y efectos negativos de la lactancia artificial.	34
3.3 Patología Bucal en el recién nacido	36
3.3.1 Dientes natales y neonatales	36
3.3.2 Úlcera de Riga- Fede	37
3.3.3 Úlcera de Bednar	38
3.3.4 Nódulos de Böhn, Perlas de Epstein	39
3.3.5 Quiste de la erupción	41

3.4 Hábitos perniciosos	42
3.4.1 Succión no nutritiva	43
4. PREVENCIÓN PARA LA SALUD BUCAL DEL RECIÉN NACIDO HASTA LOS DOS AÑOS DE EDAD.	46
4.1 limpieza del rodete	49
4.2 Cepillo dental y pasta fluorada	50
4.3 Evaluación de riesgo de caries	54
CONCLUSIONES	56
REFERENCIAS	57

OBJETIVO

Explicar la importancia de la salud bucal durante los primeros mil días de vida para educar a la madre gestante y poder prevenir enfermedades bucales en el recién nacido.

INTRODUCCIÓN

Los primeros mil días de vida es un término que se introduce a partir de una serie de artículos publicados por la revista The Lancet sobre la desnutrición materno-infantil, es un periodo que va desde el momento de la concepción, 270 días de vida intrauterina, hasta los dos años de edad, 730 días de vida extrauterina. Este periodo es una ventana de oportunidades para el desarrollo y crecimiento del niño, por lo que se debe promover la salud desde el momento de la gestación, ya que muchas de las enfermedades que se padecen en la vida adulta tienen origen durante la primera infancia.

Una buena nutrición durante la gestación ayudara a un buen desarrollo del feto hasta el nacimiento y después del nacimiento, sin embargo, existen otros factores que van a influir para que esto suceda, por ejemplo, la higiene bucal. La mujer gestante tendrá muchos cambios fisiológicos, los cuales se verán reflejados en su salud bucal, por ejemplo, un aumento de estrógenos provocando inflamación en las encías y si a este problema se le suman los cambios de alimentación, malos hábitos de higiene, generalmente provocados por las náuseas, y la paciente no recibe atención dental, pasa de una gingivitis a una enfermedad periodontal, la cual está asociada a partos pretérmino. El uso de fármacos durante la gestación también tendrá repercusiones en el bebé, un ejemplo de ello son las tetraciclinas, las cuales afectaran los dientes en desarrollo.

Como se mencionó, el principal factor que va a influir en el desarrollo del bebé es una buena nutrición, por lo que la OMS recomienda que los bebés sean alimentados con leche materna exclusiva hasta los seis meses de vida, después de los seis meses comenzará la etapa de la ablactación, en la cual se introducirá el alimento semi-sólido. La lactancia materna exclusiva aporta una gran variedad de nutrientes y ayuda a un

desarrollo cráneo-maxilo-facial, estimulando el crecimiento mandibular, respiración nasal y deglución,

Cuando no se tiene una lactancia materna y se combina con lactancia artificial será necesario la limpieza del rodete gingival desde el primer mes de vida, ya que las fórmulas tienen una alta cantidad de azúcares, en cambio, con la lactancia materna, la limpieza del rodete deberá limpiarse a partir del 4 mes de vida, ya que las inmunoglobulinas de la leche materna interactúan con la saliva formando una barrera antimicrobiana, la cual no es precursora del desarrollo de caries dental.

Durante la primera infancia, la cavidad bucal del niño puede presentar diversas patologías que, aunque la mayoría son benignas, es importante darle seguimiento e instruir a la madre los cuidados que debe tener. También se van a presentar hábitos que después de cierto tiempo pueden ser pernicioso, ya que pueden llegar a deformar el arco dentario.

Durante estos primeros mil días de vida la prevención jugará un papel importante, porque es el periodo en el que los niños se adaptarán a estos hábitos de limpieza, desde la limpieza del rodete dentario hasta el uso de cepillo y pastas fluoradas, y si el paciente llega a presentar caries, valorar el riesgo, para poder tratar y detener que evolucionen en un futuro.

1.

PRIMEROS MIL DÍAS DE VIDA.

1.1 GENERALIDADES

En 1959 la ONU aprobó la Declaración de los Derechos de los niños, siendo el artículo 24 de esta declaratoria, el que especifica que todo niño tiene derecho a la salud. El Estado será quien brinde los servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación. Así mismo asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres.(1)

La promoción de la salud comienza formalmente en 1986, “Salud para todos en el año 2.000” fue el objetivo descrito por la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa. Consiste en proporcionar a las comunidades los recursos necesarios para mejorar su salud.(2)

Durante los primeros meses de vida existe un periodo de crecimiento y cambios los cuales tienen un ritmos y características diferentes, por lo tanto, el desarrollo y cuidados que deba tener el recién nacido serán de acuerdo a los cambios que vaya presentando durante su crecimiento.

Muchas enfermedades que padecen las personas adultas tienen por lo general un origen desde la primera infancia, por lo tanto, los primeros años de vida tendrán un impacto importante sobre su futuro.

En el 2005 La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) promueve la iniciativa “Cada madre, cada niño cuentan” la cual adopta un criterio de atención materno-recién nacido-salud infantil, debido a los problemas que presentaban las madres y sus hijos antes, durante y después del embarazo.(3)

En México, la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM_031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño, establece procedimientos que proporcionan atención a todos los niños de la República Mexicana, para prevención, tratamiento y cuidados de enfermedades, así como la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 5 años. (4)

En 2013 se creó el Programa de Acción Específico (PAE) salud para la Infancia y la Adolescencia, el cual proporciona herramientas y capacitación en: enfermedades diarreicas agudas, atención integrada al menor de un año, infecciones respiratorias, vacunación, consulta del niño sano, síndrome de Turner, nutrición, vigilancia del desarrollo en la primera infancia, prevención de accidentes.(5)

1.2 CONCEPTO: PRIMEROS MIL DÍAS DE VIDA.

PRIMEROS MIL DIAS DE VIDA

En el año 2008 la revista *The Lancet* publicó una serie de artículos enfocados en la desnutrición materno-infantil, a partir de esta publicación nace un nuevo concepto “Primeros mil días de vida”, es un periodo que va desde la concepción hasta los dos años de edad, es decir 270 días desde la concepción hasta el nacimiento, 365 días del primer año de edad y 365 días del segundo año de edad. (6)

Este tiempo representa una ventana de oportunidades ya que el cerebro se desarrolla a una máxima velocidad, por lo tanto, el crecimiento y desarrollo del niño se verá afectado o beneficiado, según los cuidados que la madre tenga desde la concepción. La nutrición es el factor más importante en esta etapa, todo lo que la madre consuma durante el embarazo, así como los hábitos que ella tenga se verán reflejados en el recién nacido.

Para un buen desarrollo del infante no solo basta con una buena nutrición, hay otros factores que jugaran un papel importante en esta etapa. Una de ellas es la higiene y cuidados bucales que la madre debe tener durante el embarazo y posteriormente seguir con los cuidados necesarios tanto de nutrición como higiene hasta que se cumpla el periodo de los primeros mil días de vida. Para poder entender esta etapa voy a explicar cada periodo dividiéndolo en 270 días de vida intrauterina, y posteriormente los otros 730 días correspondientes a los dos primeros años de vida extrauterina.

2.

270 DÍAS DE VIDA (Intrauterina).

Los primeros 270 días de vida es todo el periodo del embarazo hasta que nace el bebé. El embarazo se define como el periodo que transcurre desde que el espermatozoide fecundo al óvulo y el óvulo se implanta en la pared del útero hasta el parto. A partir de la implantación la madre debe iniciar con un control prenatal con el fin de disminuir riesgos durante el embarazo y poder llegar a un parto a término. Durante este proceso la madre llevara a cabo diversas actividades, de las cuales nos enfocaremos en: administración de suplementos alimenticios o fármacos, evaluación de estado nutricional materno y estimulación intrauterina.(7)

2.1 CONDICIONES FISIOLÓGICAS EN LA MUJER GESTANTE.

Desde que se da la implantación, el cuerpo de la mujer pasa por grandes cambios desde los fisiológicos hasta los psicológicos. Durante el periodo del embarazo la mujer gestante presenta diversos cambios fisiológicos con el fin de permitir un adecuado desarrollo del feto, estos cambios inician desde la concepción.

Comenzando por los cambios hormonales aumentados por la formación de la placenta, la placenta es una barrera y medio de intercambio materno-fetal y produce ciertas hormonas.

La placenta como barrera evita el contacto directo con determinadas sustancias que pueden alterar el desarrollo del feto. También actúa como medio de intercambio para que el feto pueda recibir los nutrientes necesarios para poder desarrollarse, produce hormonas esteroideas, principalmente la progesterona, la cual empieza a producirse a partir de la 7 semana de embarazo, también produce estrógenos como estradiol y

estrona, el estriol también es otra hormona que se produce gracias a la placenta.(8)

SISTEMA CARDIO VASCULAR

El sistema cardio vascular deberá adaptarse a una baja resistencia y prepararse para el parto, habrá un aumento de volumen sanguíneo debido a los cambios hormonales ya que producen una vasodilatación a los cambios de la fisiología renal. La presión arterial se ve disminuida durante la mayoría del embarazo, a finales del tercer trimestre este volverá a sus valores normales.(9)

SISTEMA RESPIRATORIO

La mujer embarazada presentara hiperventilación debido a que la progesterona aumenta la sensibilidad del CO₂ produciendo una leve alcalosis respiratoria compensada por una acidosis metabólica, también habrá aumento del volumen de reserva respiratoria y de la capacidad inspiratoria, esto provocara un cambio en el pH, lo cual ara que disminuya la afinidad del oxígeno por la hemoglobina mejorando la transferencia del oxígeno de la madre al feto.(9)(10)

SISTEMA GASTROINTESTINAL

La progesterona produce relajación de la musculatura lisa intestinal, disminuyendo la motilidad del intestino, el agrandamiento uterino incrementa la presión intragástrica y disminuye el ángulo gastro-esofágico, provocando que el reflujo del contenido gástrico se dirija hacia el esófago.(11)(8)

CAMBIOS METABOLICOS

La primera mitad del embarazo se considera anabólico, el cual es un acumulo de reservas gracias a las hormonas esteroideas y la segunda mitad del embarazo es catabólico el cual gasta lo acumulado para poder garantizar el aporte de glucosa al feto, esto puede desarrollar

hiperglucemia materna debido a la resistencia a la insulina inducida por el lactógeno placentario.(10)

2.1. CONDICIONES BUCALES

Como se mencionó en el apartado anterior, el embarazo al ser un período de cambios importantes en la anatomía, fisiología y metabolismo, lo cuales pueden incluir modificaciones en el sistema cardiovascular, digestivo, así en la cavidad bucal, los cuales pueden afectar de manera negativa el estado general de la paciente.(12)(13)

Los problemas encontrados en las mujeres embarazadas deben tratarse de manera oportuna y con la misma importancia como cualquier otro problema de salud que presenten. Generalmente los cambios presentados en boca se deben a las modificaciones que la madre hace en su estilo de vida, lo cual puede contribuir a enfermedades bucales o empeorar las ya existentes.

Otra de las causas principales por las que se ven afectados los tejidos bucales es por el aumento de hormonas, principalmente por estrógenos y progesterona, estas hormonas están relacionadas con el aumento de la inflamación gingival también conocida como gingivitis del embarazo, la cual aparece entre la séptima semana y se extiende hasta el octavo mes de gestación, siendo este su punto máximo de inflamación.(14)

Como se sabe, una gingivitis no tratada nos puede llevar a una enfermedad periodontal, al ser esta una enfermedad infecciosa compromete sistemáticamente a la gestante y al feto. La presencia de un a periodontitis está asociada a preclamsia, parto pretérmino, bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino.(15)

Offenbacher en 1996 identifico como factor de riesgo la enfermedad periodontal en un parto prematuro *“La enfermedad periodontal es un reservorio para organismos anaerobios gran positivos (Porphyromona*

gingivalis, Fusobacterium nucleatum, Prevotella intermedia, Actinobacillus actinomyceteconmitans, etc), liposacáridos (LPS) y mediadores inflamatorios. (IL1, IL6, PGE2, TNF-A) que podría pasar a través de la unidad feto-placentaria y vía hematógica desencadenar un parto pretérmino". (16)

Pueden presentarse diversas alteraciones reversibles o transitorias y otras consideradas como patológicas, un ejemplo de ello es el granuloma piógeno (Imagen 1.) o también conocido como tumos del embarazo, es una de las más frecuentes en este periodo y se da principalmente por el aumento de estrógenos.(17)



Imagen 1. Granuloma Piógeno (18)

Los cambios no solo se darán en tejidos blandos, también habrá modificaciones en el esmalte debido a un intercambio de minerales con la saliva. Durante la gestación la composición salival se ve alterada por una disminución del pH salival y la capacidad buffer, afectando la regulación de los ácidos producidos por las bacterias haciendo la cavidad bucal un medio favorable para el desarrollo de caries dental.

En Finlandia se realizó un estudio comparativo de mujeres embarazadas con caries dental que recibieron tratamiento dental oportuno y de mujeres con caries que no se atendieron para saber cómo afectaría la dentición de su hijo... “Este resultado demuestra que el tratamiento dental durante el embarazo puede afectar el desarrollo de caries en la dentición temporal del niño, posiblemente por transmisión de los mecanismos inmunes a través de la vía placentaria.”(7)

2.2 FACTORES DE RIESGO EN LA GESTACION

La frase “por cada niño embarazo un diente perdido” es bien conocida debido a los mitos que durante años se han dicho, sin embargo esto no es cierto, todos los cambios por los que pasa una mujer embarazada tienen una explicación científica y la mayoría de las veces al no prestar atención en estos cambios no hay un cuidado y traerá consecuencias.

Como se mencionó anteriormente, los cambios fisiológicos tendrán una repercusión en la salud bucal. Principalmente por el aumento de estrógenos y progesterona.

El aumento de gonadotropina en el primer trimestre es asociado con náuseas y vómitos, los cuales provocarán erosión en el esmalte dental debido a vaciamiento gástrico, las erosiones estarán dadas principalmente en las caras palatinas y linguales de los molares e incisivos.(19)

Debido a este malestar muchas mujeres presentan una mala higiene bucal ya que no toleran la pasta dental o el uso del cepillo, esto provocara que un aumento de biofilm, el cual es el principal factor de la gingivitis, sumando los cambios vasculares debido al aumento de hormonas y si no es tratada debidamente se puede llegar a una periodontitis.(19)

La alimentación en este periodo también tiene un papel importante, ya que es el factor principal del aumento de caries debido a una alta dieta de carbohidratos que lleva la gestante, cambio de dieta no siempre suele ser la más indicada, no hay tiempos determinado para comer y se les dificulta la higiene bucal, eso hace que las caries incremente en un porcentaje de 99.38% durante el embarazo. (20)(21)

2.3 CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE CONTROL PRENATAL BUCODENTAL

Durante el periodo de 2015 y 2016 se realizado un estudio en México en el que se evaluó el nivel de conocimiento que tenía los padres sobre el cuidado bucal prenatal que debe de tener la mujer gestante, sobre los cuidados y medidas preventivas que se deben de tener para mantener una buena salud bucodental durante el embarazo.(22)

El 66% de las mujeres gestantes que fueron cuestionadas no tenia, conocimiento sobre cuidados y medidas preventivas para evitar enfermedades bucales durante el embarazo

Para poder orientar mejor a los padres sobre la prevención es necesario tener conocimiento del entorno en el que se encuentra, ya que factores tales como, nivel de estudios, nivel socioeconómico, nivel sociocultural, nos darán una base para saber cómo dirigirnos a los padres y enfocarnos a las medidas preventivas que cada madre debe tener.(22)

2.4 FARMACOLOGÍA PERINATAL

La prescripción de medicamentos durante el embarazo y la lactancia no es común, sin embargo, durante este periodo pueden recibir desde un tratamiento farmacológico simple y transitorio hasta tratamientos prolongados. De los fármacos más frecuentes son las vitaminas, hierro, calcio, antiácidos y también algunos analgésicos y antibióticos.(23)

Cuando la mujer gestante pasa por algún proceso infeccioso durante el embarazo será necesario la prescripción de medicamentos, y siempre será necesaria la autorización por escrito del ginecólogo tratante.

No existe un periodo en el que el feto este seguro y no pueda ser afectado por algún medicamento, durante el primer trimestre se presenta una máxima sensibilidad, ya que es aquí cuando se realiza la mayor parte de la organogénesis y más las primeras semanas principalmente debido a la falta de conocimiento del embarazo. Durante el segundo y tercer trimestre puede haber afectaciones y frenar el crecimiento y maduración de los órganos, pudiendo causar anomalías.

El mayor conflicto que se presenta al prescribir un medicamento es si la droga puede cruzar la barrera placentaria y causar algún efecto teratogénico al feto, para ello la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) definió una categoría de riesgo durante el embarazo asociado a la prescripción de medicamentos. (Cuadro 1.)(24)

Cuadro 1. Categorías Farmacológicas de riesgo fetal FDA (24)	
CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN
A	Sin riesgo fetal, seguridad comprobada del uso durante el embarazo.
B	Riesgo fetal no demostrado en estudios en animales o seres humanos.
C	Riesgo fetal desconocido; no hay estudios adecuados en seres humanos.
D	Alguna evidencia de riesgo fetal; puede ser necesario usar este fármaco.
X	Riesgo fetal comprobado; uso contraindicado durante el embarazo.

En la práctica clínica es necesario saber cuáles son los medicamentos que se pueden administrar durante el embarazo si afectar al feto, la decisión final dependerá de valoración del riesgo del medicamento, frente al beneficio que se pueda obtener.(25)

Los **antibióticos** más usados son categoría B y C, siendo las penicilinas las más utilizadas durante el embarazo.

Ampicilina: antibiótico de amplio espectro, inhibe la última capa de la síntesis de la pared celular bacteriana, no cruza la barrera placentaria y durante el embarazo es eliminada vía urinaria dos veces más rápido.

Amoxicilina: actúa para gran positivos y gram negativos, está contraindicada en pacientes alérgicos, es clasificado en la categoría B, y se considera un fármaco seguro durante el embarazo, puede excretarse

por la leche materna en pequeñas cantidades y puede provocar salpullido, diarrea o infecciones en los lactantes.

Cefalosporina: antibiótico útil para infecciones durante el embarazo y considerados medicamentos de primera elección, todas atraviesan la barrera placentaria, sin embargo, no se han observados efectos adversos ni teratogénicos en el recién nacido,

Eritromicina: fármaco de primera elección siempre y cuando la paciente presente alergia a las penicilinas, es de uso seguro, pero no es tolerada por la gestante, provoca problemas gastrointestinales y se une a proteínas por lo que se presentan cifras bajas en el feto.

Tetraciclinas: este antibiótico está clasificado en la categoría D por lo que no son antibióticos de elección para la mujer gestante, el antibiótico se deposita en los tejidos mineralizados, tiñendo de color café el esmalte dental, provoca hepatotoxicidad materna y fetal, el uso de este antibiótico en el embarazo y lactancia causa decoloración en los dientes primarios y permanentes.

Clindamicina: tratamiento alternativo para infecciones recurrentes que no seden con fármacos de primera elección, también está indicado en pacientes alérgicos a las penicilinas, este fármaco atraviesa la barrera placentaria por lo que no es recomendado durante el embarazo y la lactancia a menos que su médico valore el riesgo/beneficio del uso del fármaco.

Otro grupo de importancia farmacológica es el uso de **analgésicos**, a continuación, se mencionarán algunos analgésicos que se usan con frecuencia.

Paracetamol: por sus propiedades analgésicas y antipiréticas es el mas

recomendado durante el embarazo, a dosis pequeñas y poco tiempo el fármaco es inocuo, sin embargo, una sobredosis atraviesa la placenta pudiendo causar alteraciones renales fetales o necrosis hepática.

Acido acetil-salicílico: es asociado a fisuras bucales, muerte intrauterina, retardo en el crecimiento e hipertensión pulmonar;

Durante la consulta dental es común que se requiera el uso de **anestésicos locales**, los más utilizados y recomendados durante el embarazo son la lidocaína y la bupivacaina ya que no causan efectos adversos en dosis adecuadas.

Bupivacaina: tiene menos nivel plasmático en la sangre fetal por lo que el hígado la metaboliza de manera más rápida.

Toso los cuidados que la madre presente antes, durante y después del embarazo se verán reflejado en la salud del bebé, por ello es importante la atención que la madre reciba después del nacimiento de su hijo. En el próximo capítulo nos enfocaremos en los cuidados que deberá tener el recién nacido hasta cumplir los mil días de vida.

3.

730 DÍAS DE VIDA: Recién nacido, Primera Infancia

La OMS define al recién nacido o neonato desde el nacimiento hasta los 28 días de edad. Se considera un nacimiento saludable aquel que va desde la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más. (Imagen 2).

Lactante es el periodo inicial de vida extrauterina del bebé que se alimenta de leche materna o formula, va de primer mes de vida hasta los 2 años de edad, se divide en lactante menor que va del primer mes de vida a los 12 meses y lactante mayor de los 12 meses a los 24 meses de edad. Este periodo se caracteriza por un crecimiento acelerado y desarrollo de habilidades motoras



Imagen 2. Recién nacido (26)

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura por sus siglas en ingles UNESCO define a la primera infancia como un periodo que va desde el nacimiento a los ocho años de edad, esta etapa es considerada la más importante en el desarrollo de los niños. Durante esta etapa Piaget divide el desarrollo cognoscitivo en cuatro etapas: sensoriomotora, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales.(27)

En este apartado únicamente nos enfocaremos en la etapa sensoriomotora, ya que es la etapa inicial del desarrollo y abarca desde el nacimiento hasta los dos años de edad. Esta etapa se caracteriza porque los niños aprenden una conducta propositiva, pensamiento orientado y la permanencia de los objetos, durante este periodo el reflejo que más persiste es el de la succión, todo objeto que pueda tener en sus manos lo llevara a su boca.(28)

3.1. LACTANCIA MATERNA Y EL DESARROLLO DEL BEBÉ

Explicar cada periodo) La lactancia materna es el proceso fisiológico y biomecánico que se inicia para alimentar al bebé, es la forma natural de nutrición, tiene ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas. La leche materna es el alimento óptimo para el lactante y su composición es ideal para su desarrollo y maduración durante los primeros 6 meses de vida.(29) (Imagen 3.)



Imagen 3. Lactancia materna (30)

Las recomendaciones de El Fondo de las Naciones Unidas, por sus siglas en inglés UNICEF y la OMS sobre la lactancia materna son las siguientes: “ *Inicio de la lactancia materna durante la primera hora después del nacimiento; lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y lactancia materna continuada durante dos años o más, junto con una alimentación complementaria segura, adecuada desde el punto de vista nutritiva y apropiada para la edad, a partir del sexto mes.*”(31)

Durante los primeros 1000 días de vida, el cerebro y el cuerpo del niño alcanzan un mayor desarrollo, por ello es indispensable que tengan una alimentación adecuada, si los niños ni reciben una alimentación adecuada en esta etapa tendrán un daño irreversible ya que durante los primeros 1000 días de vida tienen un mayor riesgo de enfermar y morir o bien, un desarrollo mental y motriz retrasado.

La leche materna tiene propiedades inmunológicas, hormonales y nutricionales únicas, es un tejido vivo que se ajusta a cada etapa del lactante, protege al niño durante su primer año de vida contra las principales causas de mortalidad infantil como muerte súbita, enterocolitis necrosante, diarreas, infecciones respiratorias y otitis.(32)

La leche materna es un alimento complejo y aun cuando quisieran imitarla artificialmente o biotecnológicamente todos sus componentes no se podría igual la interacción que hay entre sus componentes, “la leche materna es un alimento “vivo” que contiene células vivas, hormonas, enzimas activas, anticuerpos y al menos 400 otros componentes únicos, necesarios en los requerimientos nutricionales e inmunológicos de los niños y las niñas durante su crecimiento y desarrollo” (OPS) (33)

La leche materna está compuesta por carbohidratos, galactosa, fructosa y glucosamina, una gran cantidad de proteínas, vitaminas, minerales e inmunoglobulinas. La leche se clasifica de acuerdo a su composición y tiempo en la cual se produce y se clasifica como: precalostro, calostro, leche de transición o leche madura.

Precalostro: esta es secretada por la glándula a partir del tercer mes de gestación, formada por un exudado plasmático que contiene células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa.

Calostro: es secretado durante los primeros cuatro días después del parto, es de color amarillento y denso, la producción es proporcional a la intensidad y frecuencia de la succión. Contiene una mayor cantidad de proteínas y menos cantidad de lactosa y lípidos que el precalostro, es rico en linfocitos T, B.(34)

Leche de transición: se produce del cuarto al décimo día posparto, se detecta lactosa, grasa y vitaminas, hay una disminución de proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles.(34)

Leche madura: se produce a partir del décimo día posparto, contiene una alta concentración de grasa y proteínas de alto peso molecular, el 90% del volumen es agua.(35)

La OMS recomienda tener una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad, la lactancia materna exclusiva es cuando el bebé es alimentado únicamente con lactancia materna y no recibe ningún otro alimento a bebida incluida el agua, (excepto medicamentos prescritos por el médico. (36)

3.1.1 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Tan solo por su valor nutricional, la leche no solo es suficiente alimento para cumplir con las necesidades del recién nacido, también brinda un aporte inmunológico. Anticuerpos y células maternas son transferidos a través de la leche materna, por lo que la leche materna es considerada la primera transferencia de inmunidad en forma pasiva en etapa extrauterina que recibe el lactante, proporcionándole protección contra enfermedades respiratorias y digestivas.

El amamantamiento no solo contribuye como aporte inmunológico, nutritivo y afectivo, también como aporte funcional, conlleva al desarrollo del sistema estomatognático al promover una actividad funcional constante al lactante, ya que es un mecanismo fisiológico a través del cual se produce el reflejo de succión, que corresponde a una actividad muscular que promueve los movimientos de protrusión y retrusión mandibular.(37)

Durante el amamantamiento se produce la excitación de la musculatura bucal y se movilizan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido, Donato y Cols,(año) plantean que *“el niño que se alimenta por medio del seno materno utiliza por lo menos 60 veces más energía ingiriendo su alimento que aquel que toma biberón... el succionar el pezón requiere un esfuerzo que hace que todas las estructuras óseas, musculares y articulares crezcan con armonía”*(38)

Al nacer el bebé se encuentra con la mandíbula en posición posterior como lo podemos ver en la Imagen 4. o distal en relación con el maxilar y al realizar los movimientos de succión va conformando la cavidad bucal, posicionando la mandíbula hacia adelante para su correcta oclusión.



Imagen 4. Mandíbula en posición posterior. (39)

La lactancia materna también refuerza y mantiene el circuito de respiración nasal fisiológico, ya que el niño al mamar respira por la nariz al contactar con una perfecta coordinación que le permite respirar, succionar y deglutir rítmicamente sin necesidad de soltar el pezón, disminuyendo así la frecuencia de respiración bucal en los niños.(38)

Maldonado y Cols. (2016) Consideran la lactancia materna como un factor protector en el desarrollo de la caries temprana, afirmando que... “1) Los niños que son alimentados con leche materna, tienen una mayor probabilidad de encontrarse libre de caries. 2) La ingesta de leche materna por 21 meses no predispone a la aparición de caries dental. 3) niños sin historia de amamantamiento materno, tienen 84% más riesgo de adquirir caries dental. 4) en un estudio in-vitro se confirma que la leche materna es menos cariogénica que la glucosa y la sacarosa.”(40)

EFFECTOS NEGATIVOS ANTE LA FALTA DE LECHE MATERNA

La falta de leche materna provoca la presencia de riesgos tales como la mortalidad durante los primeros dos meses de vida, un recién nacido que no es amamantado tiene seis veces más posibilidades de morir debido a enfermedades infecciosas, la revista The Lancet mostro que la alimentación de leche materna podía salvar millones de vidas cada año. También aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas y agudas, así como mayor riesgo de padecer sobrepeso.(41)

Si la alimentación al seno materno no es satisfactoria, el niño tratara de sustituir la succión materna provocando hábitos perniciosos.

Freud plantea que “el primer objeto a quien el niño dirige su existencia es a la madre y lo hace en principio, basado en una necesidad, la de alimentarse. Si la alimentación no ha sido satisfactoria porque la succión se vio frustrada, este niño a lo largo de su vida irá creando sustitutos, por ejemplo: tendrá a chuparse el dedo o l alengua, después de alimentarse, en un esfuerzo por satisfacer su instinto de succión o puede ponerse objetos extraños en la boca... todos estos hábitos incorrectos, son causa de mal oclusiones en etapas posteriores.”(38)

La lactancia materna puede ser directa, cuando el bebé succiona directamente del pezón de la madre e indirecta, cuando la leche es extraída y colocada en un biberón, el chupón del biberón no cuenta con las mismas características que el pezón, por ello no es posible que lleve a cabo la misma fisiología, ya que no hay un sellado labial correcto como se observa en la imagen 5., por lo que no se llevara a cabo un desarrollo funcional de la musculatura.



Imagen 5. Lactancia materna directa e indirecta. (42)

La función dependerá del tamaño del orificio del chupón, como consecuencia, la función muscular será débil y la depresión lingual será mayor y suficiente para obtener el alimento más fácil, por ende, el bebé puede omitir la sincronía de respiración-deglución aumentando la posibilidad de adquirir el hábito de respiración bucal.(37)

Algunos estudios consideran que la leche materna administrada de una manera prolongada (más de 12 meses) puede desencadenar la aparición de caries dental al igual que la combinación del biberón y el seno materno nocturno, son considerados factores de riesgo para la aparición de caries temprana.

3.2 LACTANCIA ARTIFICIAL Y ABLACTACIÓN

Lactancia Artificial.

La lactancia artificial o lactancia no materna consiste en alimentar al bebé con fórmulas lácteas modificadas, cuya base, en su mayoría, es leche de vaca, esta alimentación se da principalmente con la ayuda del biberón, principalmente en los niños menores de 12 meses. Esta alimentación se da con el fin de favorecer el desarrollo y crecimiento del infante. Se denomina sucedáneos de la leche materna a productos alimenticios que sustituyen en forma total o parcial a la lactancia materna.(43)(44)

Si bien no es posible fabricar un producto idéntico a la leche materna, se intenta fabricar una fórmula lo más parecida posible y eficaz para el desarrollo del infante. Generalmente se utiliza como base la leche de vaca o de soja, a las que le añaden ingredientes como hierro, nucleótidos y grasas para hacerla lo más similar a la leche materna.

La fórmula a base de leche de vaca es la más utilizada, contiene más grasa, proteínas y minerales que la leche materna. También se le añaden aceites vegetales, minerales, vitaminas y hierro. La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que los niños menores de un año no sean alimentados con leche de vaca no modificada o pasteurizada.(45)

Las fórmulas a base de soja son eficientes para los niños con galactosemia o deficiencia congénita de lactasa. En algunas ocasiones los bebés que son alérgicos a la leche de vaca, también son alérgicos a la leche de soja, por lo que estas fórmulas no deben ser utilizadas en niños alérgicos que tengan menos de 6 meses.(45)

Las fórmulas hipoalergénicas son una alternativa para aquellos niños que presenten alergias a las proteínas, ya que las contiene hidrolizadas en

tamaños más pequeños que las fórmulas a base de leche de vaca o de soja. Otra opción son las fórmulas que contiene proteínas en forma de aminoácidos sin péptidos(45)

Durante los primeros seis meses de vida se utiliza una formula adaptada de inicio o etapa 1, esta es recomendada porque cumple con los altos requerimientos nutricionales en relación a su peso, así como su inmadurez digestiva y metabólica. Esta modificada en cantidad, calidad y tipo de nutrientes tratando de asemejarla a la leche materna.(46)

A partir de los 6 meses se pasa a una fórmula de continuación o etapa 2, estas fórmulas están indicadas en la etapa en la que comienza la introducción de alimentos de consistencia semisólida y luego sólida, para complementar su alimentación. Estas fórmulas son una mejor alternativa que la leche de vaca y han sido reguladas por la FAO-OMS para adecuar las características biológicas del lactante mayor de 6 meses.(46)

Para poder alimentar al bebé con la fórmula, se deberá escoger un biberón practico y funcional, en la actualidad existen diversos tipos de chupones y botellas, de formas, tamaños y material con el que se fabrica.

Existen los chupones anticólicos, estos están diseñados para evitar la entrada de aire mientras se succiona y tiene salidas de aire, los chupones angulares están diseñados para mantener el biberón lleno todo el tiempo, biberones ventilados, contiene orificios de ventilación que mantiene el aire en la parte posterior de la botella y evitan que el líquido se filtre.(44)

Los biberones que más se recomiendan son aquellos que tienen la forma más similar al pezón, son generalmente de cuello ancho y pueden tener un cuello más curvo, estos chupones son útiles cuando se hace el cambio de seno materno por el biberón como se observa en la Imagen 6.



Imagen 6. Chupón con forma natural. (44)

ABLACTACIÓN

La ablactación o alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando se empieza a introducir alimento semisólido porque la lactancia ya no es suficiente por si sola para satisfacer las necesidades del infante. Abarca de los 6 a los 24 meses de edad, además de continuar con la lactancia.(47)

La Asociación Mexicana de Pediatría, Confederación Nacional de Pediatría de México, la Secretaría de Salud en México, la OMS y la AAP promueven la lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad, sin embargo, la sociedad Europea y Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN, NASPGHAN) y la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) recomiendan iniciar la alimentación complementaria entre las 17 y 24 semanas de vida, esto debido a que en estudios recientes se ha demostrado que la inducción temprana de alimentos alergénicos tienen igual o menor riesgo de sensibilización y enfermedades alérgicas a partir del cuarto mes.(48)

La introducción de bebidas azucaradas no se recomienda hasta los 24 meses de edad ya que puede tener efectos adictivos sobre los sabores dulces, el aporte energético de las bebidas no tiene efecto sobre la producción de la saciedad en comparación con los sólidos. De acuerdo a un análisis presentado en la cohorte Feeding Practices Study, el consumo de bebidas azucaradas antes del primer año de vida incrementa el riesgo de padecer obesidad y caries de la infancia temprana. Los edulcorantes tampoco se recomiendan consumirlos antes de los 24 meses de edad.

En México, las recomendaciones sobre qué tipo de alimento debe ser el primero en introducirse durante la ablactación se han ido modificando. De acuerdo con Pearce y Cols. en 2013 propusieron un orden de alimentación complementaria, como en primer lugar recomendaba la introducción de micronutrientes como hierro y zinc, estos obtenidos de origen animal, así como proteínas, verduras, cereales y frutas. Posteriormente a partir de los 7 meses leguminosas y después de los 8 meses derivados de leche.(48)

Durante el periodo de ablactación también se van desarrollando su capacidad motora, durante la alimentación complementaria las habilidades que va desarrollando son el reconocimiento de la cuchara, al verla abren la boca, el reflejo de empujar el alimento hacia afuera va desapareciendo, podrá cambiar alimentos de una mano a otra y beber de una taza con ayuda, también comienza a hacer movimientos para masticar los alimentos.

En los últimos años se ha propuesto una nueva técnica de alimentación llamada “Baby-led weaning” o destete dirigido por el bebé, consiste en una autoalimentación, dándole al infante los alimentos para que él pueda tomarlos y el mismo los introduzca a su boca, para que el niño adopte la alimentación complementaria con base a sus necesidades y gustos, esta técnica regula mejor la ingestión de alimentos saludables, Townsed y

Pitchford concluyen que esta modalidad es una forma de combatir la obesidad.(48)(49)

3.2.1 BENEFICIOS Y EFECTOS NEGATIVOS DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL

Actualmente las mujeres presentan diversas actividades, principalmente trabajo fuera de casa, lo cual en la mayoría de los casos se les dificulta amamantar al recién nacido y opta por alimentarlo con fórmulas, ya que la persona encargada de cuidar del bebé será quien lo alimente.

Los padres pueden implicarse en la alimentación y cuidado del bebé y con la alimentación con fórmula el niño puede ser alimentado por su madre o padre.

Si la madre por cuestiones de salud, tiene que tomar medicamentos que son excretados a través de la leche materna, las fórmulas son una opción para que pueda alimentar al lactante.

Al complementar su alimentación (lactancia) con alimentos semi-sólidos, los niños tienen un mayor aporte de proteínas, vitaminas y minerales, los cuales serán necesarios para su desarrollo en esta etapa, tienen un aporte de energía para un buen crecimiento.(49)

Existe una estimulación del sistema estomatognático, a los 6 meses, edad en la que se recomienda iniciar la ablactación, es la edad aproximada en la que erupcionaran los primeros dientes. Dependiendo la erupción dental, será la función que presenten para poder cortar, desgarrar y moler los alimentos. La alimentación pasara de ser semi-sólida a sólida.

EFECTOS NEGATIVOS DE LA LACTANCIA ANRTIFICIAL

La lactancia artificial no cuenta con las mismas características que la leche materna, esta no contiene inmunoglobulinas, por lo que el niño tendrá mayor predisposición a enfermedades infecciosas.

El exceso de proteínas en las leches artificiales predispone a enfermedades como la obesidad, diabetes mellitus tipo 2 o esclerosis renal.

Una de las principales características que tienen las fórmulas lácteas es la presencia de carbohidratos como sacarosa o lactosa, estos factores están asociados a la caries dental.(44)

No tener un control sobre los alimentos que se deben incluir en la alimentación complementaria podría llevar al niño a un estadio de descompensación nutricional.

El no ir implementando la alimentación fibrosa no permitirá el adecuado desarrollo del sistema estomatognático ni el desarrollo motor para llevar por si solo los alimentos a su boca y no tendrá la habilidad de morder los alimentos.

3.3 PATOLOGÍA EN EL RECIÉN NACIDO

La patología estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos enfermos, en este apartado se hablará de las patologías más frecuentes en los recién nacidos.

La cavidad bucal de un recién nacido debe ser una parte importante tanto para los padres, pediatras y odontólogos, es importante saber cuáles son las características que tiene la cavidad para poder diferenciar cuando exista alguna alteración.(50)

Existen múltiples patologías bucales que podemos encontrar en el recién nacido, sin embargo, únicamente se mencionaran las más frecuentes.

3.3.1 DIENTES NATALES O NEONATALES

Los dientes natales son aquellos dientes que están presentes en la cavidad bucal en el momento del nacimiento y los dientes neonatales son aquellos que aparecen durante los primeros 30 días de vida extrauterina (Imagen 7.). Ambos términos se refieren a la cronología eruptiva, independientemente del grado de madurez o si se trata de dientes supernumerarios o forman parte de la dentición temporal.



Imagen 7. Dientes natales o neonatales (51)

La mayoría de los dientes natales o neonatales son los incisivos centrales inferiores, sin embargo, hay casos reportados que suelen erupcionar los centrales superiores o molares. Es de etiología desconocida y no existe evidencia relacionada con la erupción precoz.

Según las características clínicas los dientes se pueden clasificar en maduros, cuando existe un desarrollo completo sin alteración en la anatomía y los dientes inmaduros los cuales tienen una estructura coronaria en forma de cascara y presentan movilidad.(52)

3.3.2 ÚLCERA DE RIGA FEDE

Es un proceso inflamatorio, clínicamente se observa como una úlcera, esta es una lesión traumática benigna, es causada por el roce constante de la lengua en contra el borde de los dientes natales o neonatales o temporales recién erupcionados. Principalmente se encuentra en la superficie ventral de la lengua de ambos lados del frenillo de aproximadamente 1 a 2 cm. (Imagen 8) (53)



Imagen 8. Úlcera de Riga Fede(54)

Esta lesión suele ser muy molestar y en la mayoría de los casos provoca que el bebé deje de comer por el roce constante que hay al succionar. Para el tratamiento se recomienda únicamente pulir los bordes incisales si los dientes se encuentran sin movilidad, se hace el pulido con discos para resina, en algunas ocasiones se coloca resina en los bordes de los dientes. Si los dientes presentan movilidad se recomienda la extracción.(53) (55)

3.3.3 Úlcera de Bednar

Es una úlcera oral de origen traumático, relacionado con el uso del biberón o chupón no ortodóntico durante la lactancia. Descrita por primera vez en 1850 por Alois Bednar, de ahí su nombre. Localizada en el tercio posterior del paladar, puede ser unilateral o bilateral. Estas suelen ser ovaladas o circulares con bordes lisos, cubiertas por exudado fibrinoso, rodeado por un halo eritematoso. (Imagen 9.) (56)(57)



Imagen 9. Úlcera de Bednar (56)

Sin embargo, también se han reportado casos de lesiones simétricas con presencia de exudado grisáceo con un halo hiperémico. (Imagen 10.).

Está relacionada con el uso del biberón o chupones no ortodónticos, El bebé puede presentar dolor e irritabilidad y dificultad en la alimentación.

(57)

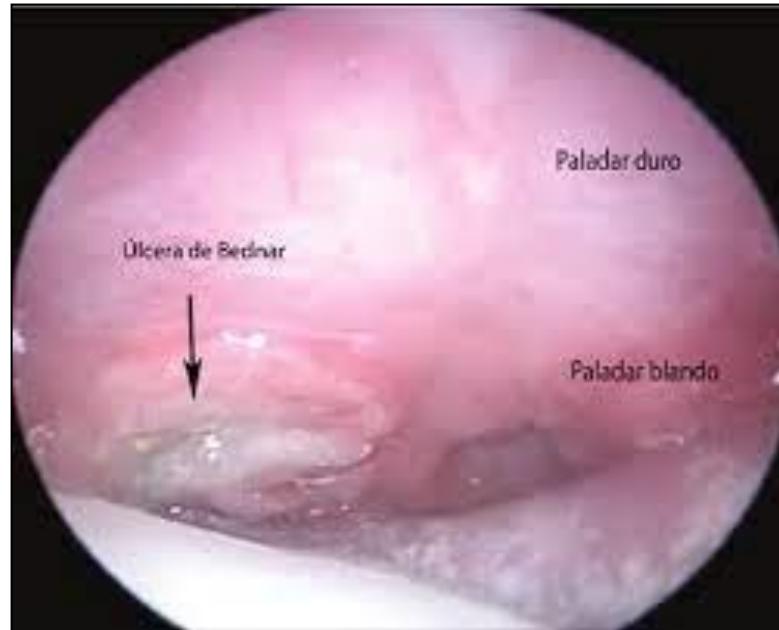


Imagen 10. Úlcera de Bednar (57)

Debido a que la úlcera es de origen traumático el tratamiento consistirá en eliminar el factor etiológico, en este caso retirar el uso del biberón. También se opta por corregir la posición del bebé mientras se está alimentando, generalmente las úlceras sanaran de 6 a 8 semanas.(57)

3.3.4 Nódulos de Böhn, Perlas de Epstein

Nódulos de Böhn

Los nódulos de Böhn son quistes de la inclusión que suelen ser confundidos con dientes neonatales, por su forma, color, momento de la aparición que principalmente se hacen visibles durante los primeros 30 días posteriores al nacimiento.

Son lesiones redondas de color blanco-amarillento, se encuentran en la superficie bucal y lingual o palatina del reborde alveolar y en la unión del paladar duro con el blando, sin embargo son más frecuentes en la maxila. (imagen 11.) (52)



Imagen 11. Nódulos de Böhn (53)

No requieren tratamiento, con el tiempo estas van desapareciendo. Sin embargo se recomienda realizar masaje suave en la zona en la que se encuentran los nódulos y dejar en observación.(58)

Perlas de Epstein

Son pequeñas lesiones quísticas benignas, localizadas a lo largo del rafe palatino medio, originadas a partir del epitelio que quedó atrapado durante la fusión de los procesos palatinos. Estas suelen tener una consistencia dura, de aproximadamente 3 mm de color blanquecino aperlado. (Imagen 12.). No presenta ningún síntoma, por lo que no requiere de tratamiento, únicamente se mantiene en observación.(58)(52)



Imagen 12. Perlas de Epstein (59)

3.3.5 QUISTE DE LA ERUPCIÓN

El quiste de la erupción es una lesión benigna de tejidos blandos que está asociada a la erupción de un diente, sea deciduo o permanente. *“Emerge de la separación del epitelio del esmalte de la corona del diente debido a la acumulación de fluido o sangre en el espacio folicular. Esta acumulación de fluido se manifiesta clínicamente como un edema de la mucosa”*. Presenta forma de domo, presenta un color transparente o violáceo y siempre se va a localizar en el reborde alveolar, en la zona edéntula en la que erupcionara el diente. Y siempre será necesario una radiografía periapical para el diagnóstico correcto de esta patología. (52)(Imagen 13)



Imagen 13. Quiste de la erupción (60)

Estos quistes involucionan cuanto el diente erupciona, se deben mantener en observación y si al paso del tiempo los dientes no erupcionan será necesario realizar una incisión para liberar la zona.

3.4 HÁBITOS PERNICIOSOS

Un hábito se define como un modo adquirido de repetición de actos iguales originado por tendencias instintivas, los hábitos se clasifican en: hábitos funcionales y hábitos perniciosos. Un hábito pernicioso es un acto no funcional. Es un acto que se hace de forma consciente en un principio y posteriormente se hacen de modo inconsciente.(61)

También hay hábitos significativos, generados por algún trastorno psicológico los cuales son más difíciles de erradicar. Los hábitos bucales perniciosos son la principal causa de alteraciones en el desarrollo y crecimiento buco-maxilo-facial, causando un efecto negativo en el lenguaje, desarrollo físico y emocional del niño y para poder detectar estos hábitos a tiempo será necesario determinar factores tales como (61)(62):

Intensidad: fuerza con la que es práctico

Frecuencia: número de acciones que se lleva a cabo en 24 horas.

Duración: tiempo cronológico en el que el niño realiza esta actividad

Dirección: lugar al que se dirige la fuerza aplicada, pueden ser músculos propios de la cavidad bucal o dedos u otros objetos.

Otra manera en la que se clasifican los hábitos bucales es en: hábitos fisiológicos, los cuales son aquellos con los que se nacen, por ejemplo, el mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal. Y los hábitos no fisiológicos, los cuales ejercen una fuerza perniciosa contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, por ejemplo, succión de dedo, deglución atípica y respiración bucal.(63)

Dentro de los hábitos Fisiológicos, tenemos los hábitos de succión nutritiva, la cual es una respuesta natural propia para la alimentación del recién nacido. Esta acción se percibe como una fuente de placer y seguridad. Esta succión nutritiva se compone de la lactancia materna o artificial.

3.4.1 SUCCION NO NUTRITIVA

La succión no nutritiva es aquella que no tiene fines alimenticios como son, succión digital, chupón, tela, lápiz y más objetos que el niño se lleva a la boca, alterando las estructuras de la cavidad oral.

SUCCIÓN DIGITAL

La succión digital se inicia desde el útero de la madre durante el primer año de edad y se puede extender hasta los 3 años de edad, después de esta edad se considerara un signo de inestabilidad en el niño.(63)(61)

Es una relación sensomotora, resultado de estímulo-respuesta, como parte de un reflejo normal. Es una de las primeras formas de conducta específica del feto y en el recién nacido, durante los primeros seis meses de edad, la succión digital es una actividad preponderante.(62)

Existe una variedad de succión digital, la más común es la del dedo pulgar, sosteniéndolo en posición vertical, apoyando la yema del dedo en la zona palatina de los dientes anteriores superiores y la uña del dedo estará recargada en la parte ventral de la lengua. En otros casos el niño puede llevar más de un dedo a la boca. (Imagen 14 y 15.) (63)(61)

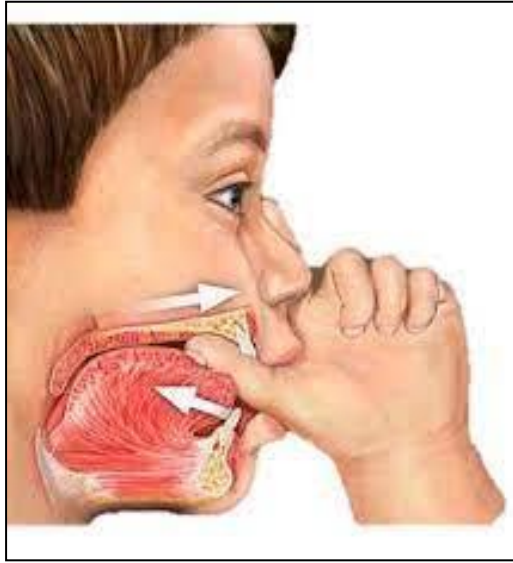


Imagen 14. Succión digital del dedo pulgar (64)



Imagen 15. Succión digital de varios dedos (65)

La duración del hábito es importante, ya que, si no se elimina antes de los tres años de edad, las malformaciones buco-dentales pueden ser mínimos y se pueden corregir fácilmente. La frecuencia con la que el niño succiona su dedo durante el día y la noche determinara el grado de afectación.

SUCCIÓN DEL CHUPÓN

El reflejo de succión termina aproximadamente entre los seis y diez meses de edad, el uso de chupón o biberón después del año de edad se considera un hábito nocivo que puede causar deformidades en la arcada dental. Sin embargo el uso correcto del chupón ayuda a la transición del destete, siempre y cuando se sigan ciertas indicaciones con precisión:(66)

1. Inicio del chupón después del primer mes de edad y solo se usará máximo media hora
2. No ofrecer el chupón a menos que el niño lo pida
3. No dar el chupón para dormir a menos que sea solo para disminuir el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante.
4. Retirarlo al año de edad.
5. No debe contener mil ni otros productos para evitar caries.
6. Siempre se debe recomendar el uso de chupón ortopédico.
7. Es más seguro usar el chupón e irlo quitando paulatinamente a que el niño opte por una succión digital.

El uso de un chupón ortopédico (Imagene16.) también ayuda a satisfacer la necesidad de succionar e impulsa al desarrollo craneofacial del recién nacido,



Imagen 16. Chupón Ortopédico (67)

4.

PREVENCIÓN PARA LA SALUD BUCAL DEL RECIÉN NACIDO HASTA LOS DOS AÑOS

La prevención es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales, sensoriales o impedir que las mismas, cuando se han producido, tengan consecuencias negativas.(68)

La prevención bucodental es una estrategia para prevenir problemas estomatológicos mediante actividades de promoción, exámenes periódicos y detección de riesgos, se tiene que identificar el estado general y bucal actual del paciente para poder determinar un diagnóstico, un pronóstico y una estrategia preventiva.

Sin duda la prevención va de la mano con la educación para la salud, la cual es definida por la OMS como *“la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con la salud del individuo.”*(69)

Las actividades de promoción y educación para la salud son la base para lograr cambios en la salud bucodental, estos dos acciones ayudaran a los pacientes y en este caso a los padres a identificar cuando su hijo presente algún problema y evitar que se agrave o bien, evitar que se forme algún problema de salud bucodental y así mismos los padres enseñaran al niño a tener un autocuidado.(69)

De las principales enfermedades bucodentales que presentan los niños son la caries y la gingivitis. La caries es una enfermedad infecciosa causada por *Streptococcus mutasns* que metabolizan azucares presentes en l aboca y crean ácidos, los cuales desmineralizan el esmalte.

Keyes presenta tres factores que tienen que estar presentes para que se produzca la caries dental, estos son: huésped, (dientes), sustrato (azúcares) y microorganismos (imagen 17)

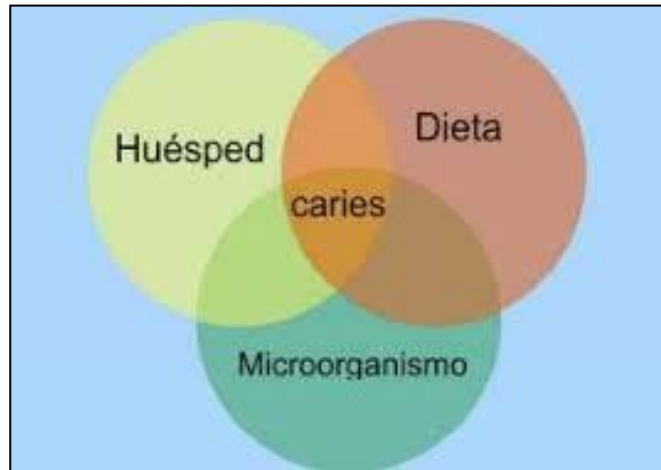


Imagen 17. Diagrama de Keyes (70)

Tiempo después Ernes Newbrun añade un factor más a la triada de Keyes y este es el tiempo, el cual transcurre entre una lesión incipiente y una lesión clínicamente diagnosticada. Estos actores, huésped, diente, microorganismos, deberán estar presentes durante determinado tiempo para que la lesión se desarrolle, (Imagen 18)



Imagen 18. Triada de Keyes modificada. (71)

La caries de la infancia se define como *“La presencia de una o más caries (lesiones no cavitadas o cavitadas), faltantes, (debido a caries) o superficies dentales obturadas en cualquier diente temporal en un niño menor de seis años.”*(72) la caries severa en la primera infancia es cualquier signo de caries de superficie lisa en un niño menos de tres años.

La caries en la dentición primaria provoca dolor intenso, infecciones, y son la principal causa de urgencia en el consultorio dental, afecta el crecimiento del niño y disminuye la calidad de vida, un niño que presenta caries en la dentición primaria tiene un mayor porcentaje de probabilidad de presentar caries en la dentición permanente.

Por eso es de suma importancia un programa preventivo y educativo para la salud bucal tanto de la madre gestante y durante los dos primeros años después de nacido el niño porque se considera el primer paso de la prevención reduciendo el índice de caries.(73)

La gingivitis es una enfermedad respuesta inflamatoria de la encía a los irritantes locales como la placa dentobacteriana. La Academia Americana de Periodoncia introduce el término de enfermedad gingival inducida por placa, sin embargo, existe otro tipo de gingivitis que no está relacionada con la placa dentobacteriana, sino también la que esta inducida por medicamentos.(74)

La gingivitis inducida por placa suele ser muy prevalente en niños y adolescentes, generalmente este tipo de gingivitis se observa clínicamente como una inflamación localizada iniciada por la acumulación de placa dentobacteriana en los dientes. La gingivitis es igual de prevalente que la caries dental durante la niñez, sin embargo, tiene menos atención.(75)

4.1 LIMPIEZA DEL RODETE

La higiene bucal es un conjunto de medidas que tiene como objetivo retirar el biofilm para prevenir enfermedades como caries dental y gingivitis, a través de medios mecánicos y químicos, en los bebés se tiene que realizar la limpieza del rodete, esto lo tienen que realizar los padres, ellos serán los encargados de introducir el hábito de higiene diaria, desde antes de la erupción de los dientes.(76)

La limpieza en los bebés se lleva a cabo con masajes gingivales, retirando las bacterias o restos de alimentos que se pudieran quedar en la mucosa, para establecer un microbiota bucal saludable.

La remoción de los restos de alimentos se realiza con una gasa humedecida con agua filtrada o hervida, esta se envuelve en el dedo índice, como se observa en la imagen 19, se comienza por las comisuras labiales, mucosas y posteriormente el rodete gingival, se tiene que hacer ejerciendo poca presión para poder remover los restos de alimento, esta limpieza se realizara una vez al día, después de la última toma de leche nocturna.(77)

Se recomienda que a partir del cuarto mes de vida se realice la limpieza del rodete y que únicamente se realice una vez al día si el bebé tiene lactancia materna exclusiva, ya que las inmunoglobulinas que contiene la leche materna protege la mucosa, debido a la interacción entre la leche materna con la saliva del bebé, es capaz de producir una combinación de metabolitos inhibidores del crecimiento de patógenos orales oportunistas, esta teoría se demostró en el 2018 por Sweeney.(78)

De preferencia la limpieza bucal se debe realizar después del baño o antes de dormir para que el niño asocie la limpieza corporal con la higiene bucal o antes de dormir para que se quede con esa sensación de boca limpia y se haga habito la manipulación de la cavidad bucal.(77) (76)



Imagen 19. Limpieza de rodete (79)

4.2 CEPILLO DENTAL Y PASTA FLUORADA

A partir de la erupción del primer diente se introducirá el uso de cepillo dental y pasta fluorada, actualmente en el mercado existe una gran variedad de cepillos dentales, sin embargo, únicamente se mencionarán las características ideales que debe tener un cepillo dental adecuado para cada etapa del niño.

Los cepillos infantiles se clasifican en cuatro etapas, la primera etapa esta recomendada para bebés de 6 a 24 meses de edad, estos son de cabeza pequeña y cerdas muy suaves, los de la segunda etapa son para niños de los 2 a los 4 años de edad, este tipo de cepillo es más grande del cabezal para que pueda llegar a la parte de las muelas, las cerdas son suaves y el mando es ligeramente más grande y ancho, los de la tercera etapa es para niños de 5 a 7 años de edad, con más grandes del cabezal y ligeramente más delgados del mango. La cuarta etapa es de los 8 a los 12 años, estas dos últimas etapas están diseñados para el recambio dental, la cabeza suele ser más grande y las cerdas ya no son tan suaves como la etapa uno y 2.

El cepillo dental se va a elegir de acuerdo a la edad, tamaño de arco dentario, tamaño de boca, capacidad motora. Para un niño con dentición temporal se recomienda un cepillo de cabeza pequeña, de 2 o 2.5cm y redonda con cerdas cortas, suaves y uniformes, el mango tiene que ser paralelo y grueso, (Imagen 20) sin embargo, algunas empresas modifican la anatomía del mango para hacerlo más ergonómico para el uso del niño.(62)



Imagen 20. Cepillo dental para dentición temporal. (80)

Los cepillos de la primera etapa, tienen cerdas muy suaves para no lastimar la encía del bebé, existen diferentes y marcas y diseños de estos cepillos, las principales características de estos cepillos es el cabezal redondo y pequeño y el mango ancho y ergonómico para que los padres tengan una mejor manipulación del cepillo. También hay cepillos con mangos que tiene un anillo alrededor del cabezal, para proteger que el niño pueda introducirlo demás y se lastime. (imagen 21)



Imagen 21. Cepillo dental con protector. (81)

La limpieza con cepillo a los 6 meses de edad se recomienda que se haga una solo vez al día para que el niño se acostumbre a este nuevo habito, a partir de los 8 o 10 meses de edad que ya tiene los centrales superiores erupcionados se recomienda el cepillado dos veces al día, en la mañana después de la primera toma y la más importante en la noche después de la última toma, una vez ya erupcionados los molares, que será alrededor de los 3 años se recomienda el uso del hilo dental.

Los papás tienen que realizar el cepillado dental al menos hasta los 8 años de edad, durante los primeros dos años será de suma importancia que los papás realicen una buena técnica con sus hijos. Para realizar un cepillado dental efectivo, se recomienda mantener la cabeza estable y

levantar el labio para poder limpiar el “escalón” que se forma entre la encía y los dientes superiores(Imagen 22) .(73)



Imagen 22. Cepillado dental. (73)

Además de la limpieza mecánica que se tiene que realizar con el cepillado es necesario el uso de pastas fluoradas, el flúor previene la caries dental y tiene varios mecanismos de acción, por vía tópica, se inhibe la desmineralización del esmalte, remineraliza esmalte dañado. (82)

En el 2018 se realizó un estudio en el que se demostró que los niños que usan pastas fluoradas con una concentración mínima de 500pp tiene menos riesgo de tener caries, también se demuestra que los que utilizan pastas con una concentración de 1500pp tiene menos riesgo a caries que los que solo usaban una concentración de 500pp, sim embargo no se puede rebasar este porcentaje ya que puede provocar un efecto contrario y es la fluorosis dental.(83)

La cantidad que se debe poner en el cepillo va a ir de acuerdo a la edad del niño, cuando tienen menos de tres años únicamente se pondrá lo

equivalente a un grano de arroz crudo, de esta manera evitamos un daño si esta es ingerida. De los tres a los seis años de edad se pondrá pasta equivalente a una lenteja, después de los seis años se pondrá la cantidad similar a un chícharo, (Imagen 23) con estas cantidades se asegura un efecto preventivo.(84)(73)

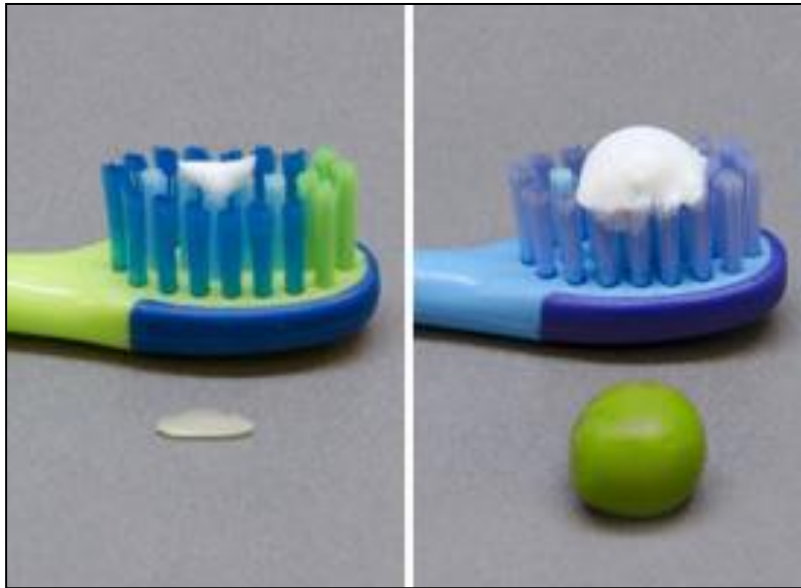


Imagen 23. Dosificación de pasta dental.(85)

2.1 EVALUACIÓN DE RIESGO DE CARIES

La evaluación de riesgo de caries es un elemento para la planificación de estrategias preventivas y terapéuticas, existen diferentes modelos estandarizados para calcular este riesgo, por ejemplo, CAMBRA-CRA.

El protocolo CAMBRA (Caries Management by Risk Assessment) representa un enfoque basado en la evidencia para prevenir, revertir y tratar la caries dental. También utiliza estrategias para reducir los

factores de riesgo a caries, el principal objetivo de este protocolo es prevenir y tratar la causa de la caries en la primera etapa.(86)

Este protocolo CAMBRA se maneja en niños de 6 a 14 años, el protocolo CAMBRA-CRA se usa para niños de 0-5 años, los resultados se evalúan en tres niveles, bajo, moderado y alto, cuando el paciente se encuentra en un riesgo alto, cuando existe un riesgo alto será necesaria llevar la terapia con químicos tales como aplicación tópica de flúor y clorhexidina.(87)

CONCLUSIONES

Los primeros mil días de vida es una ventana de oportunidades para la implementación de buenos hábitos, desde la alimentación hasta la higiene bucal, es necesario que desde que la mujer está en gestación, es decir desde que inicia la vida intrauterina, la madre debe tener cuidados bucales para que no presente problemas que más tarde van a repercutir en el bebé. Y una vez que nace el bebé será necesario que la madre realice una buena higiene en el bebé para prevenir enfermedades como la caries dental.

Como odontólogos tenemos el deber de promover la prevención de las enfermedades bucodentales durante el periodo del embarazo, orientar a las madres sobre los cuidados que deben de tener para que un mal cuidado bucal no llegue a interferir con el estado general de la paciente y repercuta en el bebé.

Es necesario promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, debido al gran aporte de nutrientes y la gran cantidad de inmunoglobulinas que contiene, ayuda a un buen desarrollo y ayuda a prevenir enfermedades infecciosas y aparte ayuda al desarrollo cráneo-maxilo-facial.

Si las madres gestantes cuidan su alimentación y salud bucal durante el embarazo es más probable que los bebés tengan menos probabilidad de padecer caries en un futuro. La atención prenatal odontológica ayudara a orientar a las madres sobre los cuidados que debe tener una vez que nazca su hijo, cuidados para la madre y para el bebé, se le debe orientar sobre como limpiar el rodete del bebé, si el niño presenta ciertas patologías y explicar cómo deben tratarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO [Internet]. [citado el 19 de febrero de 2021]. Disponible en: www.unicef.es
2. CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD [Internet]. [citado el 19 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
3. Sanitaria O, Organización P/, De La Salud M. Primera edición: marzo 2014 ©Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS Publicado con la colaboración y el apoyo de.
4. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. [Internet]. [citado el 19 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/265608/Norma_Oficial_Mexicana_NOM.pdf
5. Programa de Acción Específico (PAE) Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018 | Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia | Gobierno | gob.mx [Internet]. [citado el 19 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/censia/documentos/programa-de-accion-especifico-pae-salud-para-la-infancia-y-la-adolescencia-2013-2018>
6. Maternal and child undernutrition: an urgent opportunity. [citado el 19 de febrero de 2021]; Disponible en: www.thelancet.com
7. Rodríguez Chala HE, López Santana M. El embarazo: Su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2003 [citado el 4 de marzo de 2021];40(2):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=en
8. Ginecología y Obstetricia - Mini Manual 2 Cto | Placenta |

Gonadotropina coriónica humana [Internet]. [citado el 10 de marzo de 2021]. Disponible en:

<https://es.scribd.com/doc/7815587/Ginecologia-y-Obstetricia-Mini-Manual-2-Cto>

9. Cortés HA, Gómez J de J, Guitiérrez JH. Aspectos claves Obstreticia. Primera. González Duque LM, editor. Medellín, Colombia; 2013. 546 p.
10. Franco Díez E, Arreo del Val Viviana. Ginecología y Osbtreticia. 11a ed. Ruiz Mateos B, editor.
11. Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo.
12. Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM. Oral Health Care for the Pregnant Patient [Internet]. Vol. 75. 2009 [citado el 2 de marzo de 2021]. Disponible en: www.cda-adc.ca/jcda
13. Steinberg BJ, Hilton I V., Iada H, Samelson R. Oral health and dental care during pregnancy. Vol. 57, Dental Clinics of North America. Elsevier; 2013. p. 195–210.
14. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey AM, Lima Álvarez M, López Larquin N, Pérez Cedrón RA, González Vale L. Archivo médico de Camagüey. [Internet]. Vol. 15, Revista Archivo Médico de Camagüey. 1996, Editorial Ciencias Médicas Camagüey; 2011 [citado el 20 de febrero de 2021]. 528–541 p. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Concha Sánchez SC. LA SALUD ORAL DE LAS MUJERES GESTANTES, SUS REPERCUSIONES Y LOS ASPECTOS QUE INFLUENCIAN SU ATENCIÓN. UstaSalud [Internet]. el 1 de julio de 2011 [citado el 3 de marzo de 2021];10(2):110. Disponible en: http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUD_ODONTOLOGIA/article/view/1142

16. SALUD ORAL EN EMBARAZADAS: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES [Internet]. [citado el 3 de marzo de 2021]. Disponible en:
https://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/2/salud_oral_embarazadas.asp
17. Sociedad Española de Medicina Oral. LM, Castellanos Suárez JL. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. [Internet]. Vol. 9, Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Ed. impresa). Medicina Oral Place of publication not identified; 2004 [citado el 3 de marzo de 2021]. 430–437 p. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472004000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
18. CLÍNICO www.medigraphic.org.mx C, Gadea Rosa C, Cartagena Lay A, Cáceres La Torre A. Revista Odontológica Mexicana Diagnóstico y tratamiento del granuloma piógeno oral: serie de casos Oral pyogenic granuloma diagnosis and treatment: a series of cases [Internet]. Vol. 21. 2017 [citado el 3 de marzo de 2021]. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
19. Meylín Bouza Vera D, Dra Judit Martínez Abreu I, Dra Yamila Carmenate Rodríguez I, Dra Magdalena Betancourt González I, Dra Maydelis García Nicieza I V. El embarazo y la salud bucal Pregnancy and oral health.
20. Gabriela Ruíz León C, en ISS Roberto Gómez García M, Raymundo Rodríguez Guerrero MG. Relación entre la prevalencia de caries dental y embarazo.
21. Franulic VS. Caries risk factors in pregnant women beneficiaries of primary health centers the Commune of Quillota and Calera, Chile: cross sectional study. C. *Odontol vital*. 2015;2.
22. Luengo Ferreira JA, Toscano García I, Carlos Medrano LE, Anaya Álvarez M. Conocimientos sobre salud bucal en un grupo de

- gestantes mexicanas. Acta Univ [Internet]. el 8 de agosto de 2018 [citado el 1 de mayo de 2021];28(3):65–71. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662018000300065&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Teresa EMM. Farmacología y terapéutica en odontología. Fundamentos y guía práctica. Médica Panamericana S. de C., editor. México; 2012.
 24. María Fernández García O, Chávez Medrano MG. Atención odontológica en la mujer embarazada [Internet]. Vol. II. 2010 [citado el 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/maternoinfantil/>
 25. Oscar VC. Uso de fármacos en el embarazo [Internet]. 2015 [citado el 15 de marzo de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmip/v21n2/v21n2_a10.pdf
 26. ¿Cuántas horas debe dormir mi bebé recién nacido? [Internet]. [citado el 2 de abril de 2021]. Disponible en: <https://auna.pe/cuantas-horas-debe-dormir-mi-bebe-recien-nacido/>
 27. Tomás J, Almenara J, Gondón N, Batlle S. Secretaría.
 28. Feldman R. Modelo del desarrollo cognoscitivo de Piaget. En Desarrollo Psicológico [Internet]. 2007 [citado el 2 de abril de 2021]. p. 158–67. Disponible en: [http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/606/Modelo del desarrollo cognoscitivo de Piaget.pdf?sequence=1](http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/606/Modelo%20del%20desarrollo%20cognoscitivo%20de%20Piaget.pdf?sequence=1)
 29. Roque GJP. LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO PSICOMOTOR. Vol. 16, Rev Cubana Med Gen Integr. 2000.
 30. Whitford HM, Wallis SK, Dowswell T, West HM, Renfrew MJ. Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. Vol. 2017, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2017.

31. Lactancia materna | Nutrición | UNICEF [Internet]. [citado el 2 de abril de 2021]. Disponible en:
https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
32. Teresita González De Cosío Martínez E, Cordero SH. Lactancia materna en México.
33. Población y Salud en Mesoamérica Significado de lactancia materna y leche materna para las madres de una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica Yamileth Gutiérrez-Obregón Lilliam Marín-Arias Revista electrónica semestral Visite aquí el sitio web de la revista Centro Centroamericano de Población Universidad de Costa Rica PSM. [citado el 3 de abril de 2021]; Disponible en:
<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
34. GONZÁLEZ CAV. LACTANCIA MATERNA VS LACTANCIA ARTIFICIAL Y SUS IMPLICACIONES ODONTOLÓGICAS. Facultad de Odontología UNAM; 2020.
35. Calixto-González R, Antonio González-Jiménez M, Bouchan-Valencia P, Yuriria Paredes-Vivas L, Vázquez-Rodríguez S, Cébulo-Vázquez A. www.medigraphic.org.mx Importancia clínica de la leche materna y transferencia de células inmunológicas al neonato PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA ARTÍCULO DE REVISIÓN [Internet]. Vol. 25. 2011 [citado el 3 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/inper>
36. (No Title) [Internet]. [citado el 3 de abril de 2021]. Disponible en:
https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=483-2011-3-3-2-3-conceptos-basicos-de-lact-mat&category_slug=isan&Itemid=364
37. López Rodríguez YN. Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial / Infant Oral Motor Function as a Stimulus for Craniofacial Growth. Univ Odontol. el 28 de junio de 2016;35(74).

38. Estudio de la lactancia materna como un factor determinante para prevenir las anomalías dentomaxilofaciales [Internet]. [citado el 3 de abril de 2021]. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-20/>
39. “El microbioma es un mecanismo de defensa del bebé” [Internet]. [citado el 3 de abril de 2021]. Disponible en:
<https://www.natalben.com/microbiota-mecanismo-defensa-ayuda-madurar-sistema-inmune-bebe>
40. Maldonado Ramírez MA, González Hernández A, Huitzil Muñoz EE, Isassi Hernández H, Flores RR. Artículos Originales Lactancia materna y caries de la infancia temprana. 2016.
41. ¡El inicio temprano de la lactancia materna: la clave para supervivencia y desarrollo!
42. Lactancia Materna vs Artificial - Maternity's diary [Internet]. [citado el 4 de abril de 2021]. Disponible en:
<https://sites.google.com/site/maternitysdiary/lactancia-materna>
43. Pediatr O, -Perú L, Perona Miguel de Priego G, Editorial Ramón Castillo Mercado C, Silva Reggiardo E, Williams Díaz F, et al. ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ODONTOPEDIATRÍA INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PAEDIATRIC DENTISTRY SOCIEDAD PERUANA DE ODONTOPEDIATRÍA Título :
Odontología Pediátrica Órgano Oficial de la Sociedad Peruana de Odontopediatría. Odontol Pediatr [Internet]. 2008 [citado el 4 de abril de 2021];7. Disponible en: www.latindex.org
44. La IDE, No L, En M, Infante EL, Cristina M, Catherine S. Artículo de revisión. 2017;5(2):733–43.
45. San ", Mártir V. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE CON LECHE MATERNA Y ARTIFICIAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA.

46. Marietti G. FÓRMULAS LÁCTEAS INFANTILES PARA LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE SANO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA.
47. OMS | Alimentación complementaria [Internet]. [citado el 4 de abril de 2021]. Disponible en:
https://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
48. Romero-Velarde E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur AB, Iracheta-Gerez M de la L, Alonso-Rivera CG, López-Navarrete GE, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Vol. 73, Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Masson-Doyma México, S.A.; 2016. p. 338–56.
49. Alimentación complementaria: “Baby-led Weaning” [Internet]. [citado el 5 de abril de 2021]. Disponible en:
<https://www.bebesymas.com/alimentacion-para-bebes-y-ninos/alimentacion-complementaria-baby-led-weaning>
50. Mar11nm HP, Aguilar FEG, Guli6rre% RJ. Lesiones orales del recién nacido Resumen. Vol. 16, Oral. Año. Diciembre; 2015.
51. López P, Jimenez N, Pérez L, García R, Urdaneta M. 54 REVISTA ODONTOLOGICA DE LOS ANDES • REPORTE DE CASOS DIENTES DE ERupCIÓN TEMpRANA: REpORTE DE uN CASO EARLy ERupTION TEETH: A CASE REpORT.
52. Boj JR, Monserrat C, Carlos G-B. Odontopediatría. primera. MASSON, editor. Barcelona; 2005.
53. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido | Américo | Acta Pediátrica de México [Internet]. [citado el 17 de abril de 2021]. Disponible en:
<https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/639/637>
54. PATOLOGÍA : Dientes Natales y Neonatales - OdontoBebé [Internet]. [citado el 17 de abril de 2021]. Disponible en:

<https://www.odontobebe.com/2008/09/dientes-natales-y-neonatales.html>

55. Cameron AC, P. WR. Manual de Odontología Pediátrica. Tercera Ed. 2010.
56. Chaudhry A. Infantile Bednar's aphthae. J Paediatr Child Health [Internet]. el 3 de marzo de 2021 [citado el 20 de abril de 2021];jpc.15383. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpc.15383>
57. Presentación de casos clínicos. [citado el 20 de abril de 2021]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.e28>
58. Herrera JM, Fernanda L, Cordero R. AÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCC CAMPUS VILLAVICENCIO. 2019.
59. #NódulosDeBohn Instagram posts - Gramho.com [Internet]. [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://gramho.com/explore-hashtag/NódulosDeBohn>
60. Magaña Pérez M, Salvador Robles Andrade M, Guerrero Sierra C. Alteraciones bucales del recién nacido. Oral disorders in the newborn [Internet]. Vol. 71, Revista ADM. 2014 [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en: www.medigraphic.com/admwww.medigraphic.org.mx
61. "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PADRES DE FAMILIA SOBRE LOS HáBITOS PERNICIOSOS EN LA.
62. Muñoz FE. Odontología Pediátrica. Chile; 2004.
63. Lugo DC, Toyo DI. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría P á g i n a | 1 HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN EN LAS MALOCLUSIONES. [citado el 21 de abril de 2021]; Disponible en: www.ortodoncia.wshttp://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art

5.asp

64. REDOE - Revista Europea de Odontoestomatología [Internet]. [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=318&highlight=>
65. Malos Hábitos con los que debes acabar - Odontoguía [Internet]. [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://tuodontoguia.weebly.com/malos-haacutebitos-con-los-que-debes-acabar.html>
66. de la Teja-Ángeles E, Américo Durán-Gutiérrez L, Rosalía Garza-Elizondo D. Acta Pediátrica de México Volumen 32, Núm. 6, noviembre-diciembre [Internet]. Vol. 32, Acta Pediatr Mex. 2011 [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en: www.nietoeditores.com.mx
67. Industrial News. [citado el 21 de abril de 2021]; Disponible en: www.aapd.org/media/Policiess_Guidelines/P_
68. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 4. Education. Br Dent J. el 9 de agosto de 2008;205(3):119–30.
69. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida [Internet]. [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013
70. De F, De C, Salud LA, Profesional E, Odontología DE. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO.
71. Académica U, Salud DE, Bienestar Y, De Odontología C. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA.
72. Descripción general [Internet]. [citado el 23 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/early-childhood-caries-classifications-consequences-and-preventive-strategies/>

73. Cahuana A, Palma C, González Y, Palacios E. matrnas Artículo especial Salud bucodental materno-infantil. ¿Podemos mejorarla? Maternal and infant oral health care. How do we improve it? Vol. 17, Matronas Prof. 2016.
74. Manual de Higiene Bucal (eBook) - Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración - Google Libros [Internet]. [citado el 24 de abril de 2021]. Disponible en: https://books.google.com.mx/books?id=__8Xco483NgC&pg=PA10&dq=gingivitis+definicion&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjf2sfAi5bwAhUSIKwKHTecB7UQ6AEwAHoECAAQAg#v=onepage&q&f=true
75. BEST PRACTICES: PERIODONTAL DISEASES 418 THE REFERENCE MANUAL OF PEDIATRIC DENTISTRY Purpose. 2018 [citado el 25 de abril de 2021]; Disponible en: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/JPER.18-0157>
76. Vilela MM, Stephanie ;, Huamán D, Moara ;, Rossi D, Nelson-Filho P, et al. Artículo de Revisión. 2017.
77. Méndez M del CU. El odontólogo como educador para la salud bucal de la madre gestante y el infante desde el nacimiento hasta los dos años de edad. Facultad de Odontología, UNAM; 2018.
78. Estrada CG, Castillo SA. Prácticas de higiene oral en niños de 0-36 meses de edad Revisión de alcance.
79. Consultorio EsSalud - Cómo limpiar la boca de un bebé - YouTube [Internet]. [citado el 27 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=lghzAHzpua8>
80. Cepillos dentales - Parafarmacia Cabrera [Internet]. [citado el 27 de abril de 2021]. Disponible en: <https://parafarmaciacabrera.es/50-cepillos-dentales-e-interdentales>
81. Liceo F. Cepillo Dental Infantil Babys Brush 6+m 1 U - Farmacia Online Barata Liceo. [citado el 27 de abril de 2021]; Disponible en:

<https://www.farmacialiceo.com/cepillo-dental-infantil-babys-brush-6m-1-u>

82. Bashash M, Thomas D, Hu H, Martinez-Mier EA, Sanchez BN, Basu N, et al. Prenatal fluoride exposure and cognitive outcomes in children at 4 and 6–12 years of age in Mexico. *Environ Health Perspect* [Internet]. el 1 de septiembre de 2017 [citado el 27 de abril de 2021];125(9):097017. Disponible en: <https://ehp.niehs.nih.gov/doi/10.1289/EHP655>
83. Walsh T, Worthington H V., Glenny AM, Marinho VCC, Jeronic A. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries [Internet]. Vol. 2019, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2019 [citado el 28 de abril de 2021]. Disponible en: </pmc/articles/PMC6398117/>
84. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: Consequences for oral health care. En: *Caries Research*. 2004. p. 182–91.
85. Minsa recomienda uso de pasta dental con flúor desde que aparece el primer diente de leche | Gobierno del Perú [Internet]. [citado el 28 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/13390-minsa-recomienda-uso-de-pasta-dental-con-fluor-desde-que-aparece-el-primer-diente-de-leche>
86. Riesgo de caries en una población infantil según el protocolo CAMBRA. 2018.
87. Featherstone JDB, Chaffee BW. The Evidence for Caries Management by Risk Assessment (CAMBRA®). *Adv Dent Res* [Internet]. el 1 de febrero de 2018 [citado el 28 de abril de 2021];29(1):9–14. Disponible en: </pmc/articles/PMC5784484/>