



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ: ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA “BABY LEAD WEANING”.**

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:

BÁRBARA PEÑA CHIMAL

TUTOR: Mtro. SINUHÉ JURADO PULIDO



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.

DEDICATORIAS

Esto está dedicado a ustedes:

A mi papá, por ser mi ejemplo a seguir y enseñarme a ser una persona dedicada como lo eres tú en todo lo que haces. Te agradezco infinitamente por siempre darme todo y más, por tu esfuerzo día a día para darle lo mejor a nuestra familia.

A mi mamá.

Gracias por siempre estar, por motivarme a ser más y mejor cada día en todo, por regañarme hasta darme cuenta que siempre tendrás razón y sé que es para mi bien.

¡Sin ti no sería nada!

Gracias a ambos porque sé que sin ustedes no habría logrado estar aquí, donde estoy ahora. Gracias por seguir apoyándome incondicionalmente hasta donde quiero llegar.

A mi hermano.

Gracias por ser mi compañero, por todo tu apoyo y por siempre hacerme reír.

¡Eres lo mejor en mi vida!

Los amo Enrique, Lucy y Kike.

A mis abuelitos, por cuidarme, apoyarme y quererme.

A Vicky, por darme su bendición todas las mañanas antes de irme a la escuela.

Gracias por siempre desear lo mejor para mi y mi carrera.

A Polo, por siempre pasar por mi a la salida del jardín de niños y comprarme una nieve; por consentirme y cuidarme tanto.

A Carmen y Chimal, se lo dedico hasta el cielo. Siempre están conmigo, los amo.

A mi cuñada Jenny por siempre apoyarme, confiar y ser una hermana para mi.

A Andy.

Gracias por ser mi compañera y amiga incondicional desde el 2do día de la carrera, siempre recordare como nos conocimos y lo especial que eres para mi desde ese día.

Gracias por estar para mi y apoyarme en todo lo que vivimos durante estos años.

A mi familia, amigos y pacientes que estuvieron conmigo en esta etapa de mi vida.

Gracias por confiar, creer y crecer conmigo, tanto personal como profesionalmente.

Les agradezco su asistencia puntual a todas sus citas, en especial a las de las 7 am y su paciencia en cada procedimiento.

A mis amigos que conocí durante estos años. Han sido una pieza fundamental, sin ustedes nada de esto habría sido igual. Gracias por estar conmigo en todo momento.

A mi tutor, a quien admiré desde la primera clase por su dedicación y profesionalismo. Le agradezco todos los conocimientos que compartió conmigo durante la carrera y que continúa enseñándome en este último paso de mi licenciatura.

Agradezco a la UNAM por ser mi casa de estudios y mi segundo hogar.
Estoy muy orgullosa de pertenecer a esta comunidad de profesionales.

Finalmente, gracias a mi por resistir y salir adelante, por creer que siempre
podía dar más y lograr ese sueño que tenía desde la infancia.

El sueño de ser CIRUJANA DENTISTA.

Con todo mi cariño, Bárbara Peña Chimal.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVO.....	8
1. FILOSOFÍA DE ODONTOLOGÍA PARA BEBÉS	9
1.1 ANTECEDENTES.....	10
2. IMPORTANCIA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD ORAL DE 0-3 AÑOS	
2.1 TRATAMIENTO PREVENTIVO	11
2.2 HIGIENE ORAL	13
2.3 ENFERMEDADES BUCODENTALES ETAPA DE 0-3 AÑOS	
2.3.1 CARIES DENTAL	15
2.3.2 TRAUMATISMOS DENTALES	18
3. ANATOMÍA Y FUNCIÓN MÚSCULAR DE CABEZA Y CUELLO DE BEBÉS 0-3 AÑOS.....	22
3.1 ACTIVIDAD MOTORA ORAL EN LACTANTES.....	23
3.2 IMPORTANCIA DE ESTIMULAR LA PSICOMOTRICIDAD EN NIÑOS	30
3.2.1. MOTRICIDAD.....	31
3.2.2. MOTRICIDAD FINA.....	31
3.2.3. MOTRICIDAD GRUESA.....	32
3.3 DESARROLLO MOTOR	33
3.3.1 DESARROLLO DEL TACTO,GUSTO Y OLFATO.....	34
3.4 HITOS DEL DESARROLLO ETAPA 0-3 AÑOS	35
4. TENDENCIAS ACTUALES	39
5. IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS 1000 DIAS DE VIDA.....	39
6. LACTANCIA, AMAMANTAMIENTO Y SU FUNCIÓN EN EL DESARROLLO MUSCULAR.....	40

6.1 LACTANCIA MATERNA	42
6.2 LACTANCIA ARTIFICIAL.....	43
6.3 ALIMENTACIÓN POR BIBERÓN	46
6.4 DESNUTRICIÓN INFANTIL.....	47
7. INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA O BABY LEAD WEANING (BLW)	
7.1 ABLACTACIÓN.....	49
7.2 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	
7.2.1 ¿QUE ES LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA?.....	49
7.3 ALIMENTOS	53
7.4 VITAMINAS.....	55
7.5 BABY LEAD WEANING	
7.5.1 ¿QUE ES EL BABY LEAD WEANING?	57
7.5.2 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE INICIAR UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	59
8. ADITAMENTOS BABY LEAD WEANING	61
CONCLUSIÓN	65
REFERENCIAS	66

INTRODUCCIÓN

La nutrición de un bebé, hoy en día es un tema que está muy en tendencia, ya que hay diferentes tipos de alimentación en todo el mundo y cada quien toma el mejor método influyendo sus actividades, tiempo, costumbres entre muchas cosas más.

Este tipo de alimentación complementaria se debe de integrar entre los cuatro a seis meses de vida de un bebé. De acuerdo con distintos autores es la edad adecuada, sin dejar a un lado la lactancia materna.

La lactancia materna es fundamental para el desarrollo de los bebés ya que es el primer alimento que consumen y tiene muchos beneficios para empezar su vida. Se dice que si el sujeto tiene una buena alimentación los primeros dos años de vida puedes prevenir muchas enfermedades a corto y largo plazo.

En este documento se abordará un método llamado “Baby Lead Weaning”, el cual influye en diferentes factores para el crecimiento, así como mejora el desarrollo correcto del maxilar y mandíbula, masticación, fonación, nutrición y comportamiento de los bebés. También se mencionan las desventajas que éste trae si no se inicia a su debido tiempo.

OBJETIVO

Reconocer la importancia que tiene la alimentación complementaria, en concreto la filosofía de “Baby Lead Weaning” en bebés y los beneficios que ésta representa en Odontología para el buen desarrollo de las estructuras que conforman la cavidad oral.

1. FILOSOFÍA DE ODONTOLOGÍA PARA BEBÉS

La odontología se considera una profesión en donde tiempo atrás no se dedicaba en usar la promoción de la salud a educar a los pacientes o inculcarles el hábito de la buena salud bucal, sobre todo en bebés o niños.

Hoy en día la principal acción de la odontología es que desde que el paciente es bebé, acuda a su primera consulta dental para así educar de cierta manera a los padres sobre la promoción de la salud oral y evitar las consultas sólo cuando se presenta algún dolor o urgencia dental. Antiguamente, se recomendaba que hasta que se cumplieran los 6 años de edad se acudiera a la primera revisión.

La odontología para bebés se dice que empieza en los primeros meses de vida estamos hablando de 0 a 36 meses y actualmente es ampliamente difundida.

A pesar de todo esto aún existe mucha desinformación y con esto hay una prevalencia alta de enfermedades orales, siendo la caries la que es la más común. ¹

1.1. ANTECEDENTES

Como antecedentes de la atención odontológica en niños tenemos que en Estados Unidos en los años de 1935 a 1945, se daba la recomendación de acudir al dentista por primera vez a partir de los 12 años de edad ya que se decía que era cuando estaba por completarse la erupción de los dientes permanentes, poco tiempo después, ya de orientar a los padres o tutores del menor, la literatura menciona que la primera consulta que deben de acudir es entre los 6 y 7 años de edad.

En los años 50 del Siglo pasado establecieron que la edad más adecuada para acudir al dentista por primera vez es a los 3 años, esto se decía por qué a esa edad la capacidad del niño para entender y cooperar en los tratamientos dentales. En la actualidad los conocimientos sobre el comportamiento y la filosofía de los niños lleva a que la atención dental puede ser mas temprana.

Según Walter y Nakama la edad ideal para la primera visita al dentista es a los 12 meses, pues mejora la posibilidad de mantener una buena salud dental. Otros autores recomiendan que la primera consulta sea antes de los 12 meses de edad. La American Academy of Pediatric Dentistry en el año 2014 recomendó que la implementación de los cuidados odontológicos en el infante inicie antes de la erupción del primer diente deciduo, a pesar de esto, se conoce que hoy en día, aún existen profesionales que continúan ejerciendo bajo la filosofía tradicional. ¹

Los principales problemas de salud bucal que afectan a niños de etapa 0-3 años de edad, es la caries dental y los traumatismos dentales. Muchas de las consecuencias que pueden tener estas alteraciones se ven reflejas en: la dificultad de masticar los alimentos, disminución del apetito por ende la pérdida de peso, dificultad para dormir y alteraciones en su comportamiento en

general. También estos problemas pueden causar infecciones que éstas desencadenan enfermedades sistémicas a tan corta edad o la pérdida de órganos dentales a causa de la caries dental. ²

2. IMPORTANCIA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD ORAL EN PACIENTES DE 0-3 AÑOS

2.1 TRATAMIENTO PREVENTIVO

El tratamiento preventivo del niño se basa en un tratamiento integral en secuencia evolutiva y jerárquica, involucrando aspectos educativos, preventivos y curativos. Inicialmente se promueve la eliminación de factores de riesgo, mejorar la resistencia del huésped, de los dientes y finalmente tratar y controlar los problemas existentes. La fase educativa se desenvuelve mediante acciones colectivas o individuales, según sea el caso, en dos etapas.

En la primera etapa, direccionada a los padres, se busca remarcar de manera general la importancia del tratamiento odontológico enfocándose en el cómo y el por qué; centrándose en temas como: la primera consulta, lactancia natural y/o artificial. Evitar hábitos de succión no nutritivos por tiempo prolongado, controlar el amamantamiento nocturno a través de consejos de tipo dietético, entender sobre la transmisibilidad de la caries dental y la importancia de realizar la higiene bucal del pequeño. qué; centrándose en temas como: la primera consulta, lactancia natural y/o artificial. Evitar hábitos de succión no nutritivos por tiempo prolongado, controlar el amamantamiento nocturno a

través de consejos de tipo dietético, entender sobre la transmisibilidad de la caries dental y la importancia de realizar la higiene bucal del pequeño. La segunda etapa de la fase educativa, direccionada a los padres mediante el ejemplo en el niño, se definirán los factores de riesgo y se establecerán maneras de controlar y/o eliminarlos, enseñando cómo implementar cada medida. ³

Se debe de introducir hábitos adecuados de higiene bucal desde los primeros años de vida, ya que es indispensable la preservación de la dentición temporal y con ello el buen desarrollo maxilar y mandibular, masticación, fonación, nutrición, comportamiento y salud general del bebé.

Es importante que los Odontólogos transmitan a los padres de familia, la información y métodos de prevención temprana, como hábitos de higiene bucal, asesoramiento alimenticio, factores de riesgo y tratamientos iniciales que le permitan preservar la salud bucal del bebé.

Tabla N°1. Protocolo de atención odontológica al bebé de 0 a 6 meses. Clínica de Odontología Universidad San Francisco de Quito

Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Manejo de conducta
0-6 meses	Paciente sin unidades dentales	Orientación a la madre sobre Higiene Bucal: Limpieza de los rodetes, mejillas y lenguas con gasa humedecida en agua posterior a la lactancia materna, con el fin de crear el hábito de higiene. Entrevista motivacional: discutir con los padres cómo mejorar sus conductas de salud bucal incluyendo cantidad de azúcares	Comunicación no verbal: Son formas de comunicación que refuerzan y guían el comportamiento a través de gestos, expresiones faciales amigables, caricias tranquilizantes, contacto visual y físico suave.
	Paciente de bajo Riesgo a caries con erupción de los primeros dientes	Citas de revisión cada 6 meses: Profilaxis profesional Profilaxis: se debe realizar sin la colocación de flúor para evitar la ingesta del mismo y considerando el riesgo a caries. ICCMS TM	Técnica de atención Rodilla- rodilla: el profesional y la madre permanecen sentados a una misma altura, quedando frente a frente y manteniendo sus rodillas en contacto, formando una camilla.
	Dientes natales o neonatales sin movilidad	Restaurador: se recomienda pulir las superficies incisales con el fin de evitar laceraciones de tejidos blandos.	Enfoque físico: Este tipo de estabilización protectora es muy utilizada en bebés que presentan actitudes de resistencia con movimientos de cabeza, brazos y piernas durante el tratamiento. Debe estar a cargo de los representantes que deben inmovilizar las manos y rodillas del bebé colocándose en posición decúbito ventral en la unidad odontológica.
	Dientes natales o neonatales con movilidad	Quirúrgico: se realiza extracción si presenta movilidad excesiva para evitar bronco aspiración	

Tabla # 1 ³

Así mismo como se debe de dar la información de los cuidados y hábitos que deben de llevar con el bebé, se debe de orientar a las madres la importancia de la dentición primaria, así como la cronología de erupción de los dientes, la sintomatología que tendrá el menor en ese momento. Así como explicarle que hasta el año de edad está permitido el uso del biberón tan en lactancia o para agua, darle la recomendación de el uso de chupón anatómico con un orificio pequeño para que esto favorezca el movimiento anterior de la mandíbula y la coordinación de la succión, deglución y respiración del bebé.

Debe de sustituirse el biberón por un vaso entrenador a partir de los 6 a 12 meses para introducir el cambio de un patrón alimenticio de succión, masticación y así evitar alteraciones bucales por el uso prolongado.

La alimentación complementaria ayuda a estimular el desarrollo armonioso del maxilar y mandibular así como estimular la erupción dental.²

2.2 HIGIENE ORAL

Se dice que durante las primeras visitas al consultorio dental el odontólogo debe de dar instrucciones que deben de recibir los padres, por ejemplo de cómo deben realizar de forma correcta la higiene bucal del recién nacido

Se dice que la limpieza correcta debe ser realizada por los padres, mediante el uso de gasa suaves o paños limpios envueltos en el dedo índice, humedecidos con agua filtrada, limpiando las mucosas y masajeando los rebordes gingivales, una vez al día y una en la noche antes de dormir o durante el baño para que el bebé lo asocie a que forma parte de su higiene corporal durante el resto de su vida.²



IMAGEN 1

También se debe de enseñar el uso del cepillo dental e informales que se puede iniciar en el momento en que erupciona el primer diente. Todo este proceso se debe de llevar de la mano de sus padres o tutores ya que ellos son responsables en esta etapa a realizar por lo menos el cepillado una vez a día, no esta recomendado el uso de pasta dental durante este periodo ya que puede haber una ingestion excesiva de fluoruro. Es de suma importancia que les tengas informados a los padres de los hábitos que puede tener el bebé, como por ejemplo el uso de biberón nocturno, chupón, la alta ingesta de azucares libres, asi como los habitos dieteticos adecuados a esa etapa, siempre resaltando la importancia de la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y la alimentación complementaria hasta los dos años de edad. ²



IMAGEN 2

2.3. ENFERMEDADES BUCODENTALES ETAPA 0-3 AÑOS

2.3.1 CARIES DENTAL

Tenemos distintas definiciones de lo que es “Caries”, la Organización Mundial de la salud la define “como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta formar la cavidad” .⁴

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define a la caries de la infancia temprana (CIT) como “la desmineralización ácida por el biofilm (placa) de esmalte o dentina mediana por la saliva” la presencia de una o más lesiones cariosas (cavitadas o no), dientes ausentes por caries u obturaciones, en niños de su nacimiento hasta los menores de 71 meses. En la actualidad se considera un problema de salud pública que afecta a todos los niños del mundo. ⁵

La caries del biberón se relaciona con la CIT ya que se decía que por el uso del biberón se daba, sin embargo se demostró que esto no era solo por el uso frecuente del biberón, ya que la caries puede aparecer con cualquier líquido que contenga azúcar como leche, fórmulas, jugos y refrescos. En cambio la alimentación del seno materno no genera caries de la infancia temprana (CIT), sin embargo si esta entra en una alimentación complementaria con alguno de los líquidos mencionados puede ser que se produzca caries.⁶

Las caries se presentan en cuatro áreas del diente, que son:

1. Caries en fosetas y fisuras, en dientes posteriores se encuentra en las superficies oclusales, incisivos superiores en el cíngulo, y en superficies vestibulares de molares inferiores.
2. Caries en superficies lisas, surgen en superficies intactas del esmalte
3. Caries en superficie radicular, puede involucrar cualquier parte de la raíz

4. Caries recurrente o secundaria, se presentan cuando ya hay una restauración previa

Para que la caries se desarrolle se dice que deben de estar tres condiciones de manera simultánea que son:

- Diente o Huésped susceptible
- microorganismos presente en gran cantidad
- consumo excesivo de carbohidratos refinados, ya que las bacterias cariogénicas presentes en la placa dentobacteriana son productoras de ácido, si esto ocurre frecuentemente o permanece en un tiempo largo, se desarrolla la lesión cariosa. ⁷



IMAGEN 3

“Las bacterias endógenas en biofilms (*Streptococcus mutans* (SM), *Streptococcus sobrinus* y *Lactobacillus spp.*) producen ácidos orgánicos como resultado del metabolismo de los carbohidratos fermentables. La producción de estos ácidos causan una disminución de los valores del pH los que provocan la desmineralización de los tejidos dentarios. La transmisión vertical de madre a hijo de el SM está bien documentada. La madre presenta mayores concentraciones de SM en la saliva, aumentando así el riesgo de la colonización del niño. Según la American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), una colonización temprana con lleva a un mayor riesgo de caries.”

Factores que incrementan la colonización del Streptococcus mutans	
Factores bacterianos	Transmisión
	<ul style="list-style-type: none"> • Número elevado de SM en la madre. • Frecuencia constante de contactos con personas portadoras de SM • Cepas de SM • Biopelícula: poca competencia con otras especies. Sitios ecológicos disponibles para la colonización

Factores del huésped	<ul style="list-style-type: none"> • Herencia <p>Genes Human leukocyte antigen (antígeno leucocitario humano) con efectos inmunológicos desfavorables en saliva, tejido dentario, mucosa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superficies para la adherencia microbiana. <p>Incrementado el número de superficies dentarias. Superficies mucosas alteradas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saliva <p>Cantidad y calidad de saliva reducida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunología <p>Inmunidad oral reducida como consecuencia de situaciones congénitas o adquiridas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta <p>Ingesta frecuente de bebidas y alimentos azucarados.</p>
----------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene oral <p>Inadecuada higiene oral.</p>
--	--

Tabla #2 ¹³

2.3.2. TRAUMATISMOS DENTALES

Eventos que suceden con frecuencia, ya que los estudios reflejan una alta incidencia en estos casos. Son lesiones frecuentes en la infancia que hasta se llega a considerar patología, ya que el mismo estilo de vida hace que pase con más frecuencia.

“Los pacientes que están expuestos al trauma están no solamente afectados físicamente, sino también psicológicamente.”³⁰

Se han llegado a considerar como un problema de salud pública global, y se le ha dado más importancia ya que es uno de los motivos principales por el cual los padres llevan al menor al consultorio

“En muchos casos ponen a prueba la habilidad del profesional no sólo por la magnitud del problema, sino también por la fragilidad que presentan nuestros pequeños pacientes; por este motivo, el odontopediatra debe estar preparado para atender este tipo de visitas.”³⁰

Existen varios factores por el cual puede pasar un traumatismo dental, algunos ejemplos son:

- Caídas en la infancia
- Accidentes en Bicicleta
- Actividades Deportivas
- Otras causas:” En el neonato puede observarse una lesión iatrogénica causada por una intubación en niños prematuros. Así, una presión

prolongada de los tubos contra el proceso alveolar se acompaña de una mayor frecuencia de defectos de estructura del esmalte en la dentición primaria, lo que puede llevar más tarde a traumatismos dentales”

- OVERJET INCISAL (RESALTE):”Forsberg y Tedestam afirman que la prevalencia de traumatismos dentales aumenta cuanto mayor es el overjet incisal y si además, existe incompetencia labial. ⁸
- “Cameron y Widman describen como factores de riesgo de los traumatismos tener una clase II subdivisión I y un resalte de 3-6mm o superior a 6 mm. ⁹
- “García Ballesta afirma que niños con un gran resalte superior (típico de la maloclusión clase II subdivisión 1) tienen prácticamente 3 ó 4 veces más posibilidades de presentar traumatismos en los dientes superiores. Estas lesiones también suelen ocurrir en niños con hábito de succión digital, debido a la protrusión que provoca en los incisivos, siendo estos niños más susceptibles a lesiones traumáticas” ¹⁰
- LÍNEA E (PLANO ESTÉTICO) “La relación de la línea E con los dientes anteriores superiores es un factor muy importante en la fractura de corona”
- DEFECTOS ESTRUCTURALES Los defectos estructurales pueden favorecer al traumatismo dental, como ocurre en el caso de la amelogénesis imperfecta

La dentinogénesis imperfecta puede presentarse aislada o asociada a osteogénesis imperfecta, donde la posible aparición de fracturas espontáneas de la raíz es atribuible a la disminución de la dureza de la dentina, que ante el más pequeño traumatismo (accidental u oclusal), provoca que la raíz se fracture. Lo mismo ocurre en la displasia dentinaria de tipo II, en que la fractura espontánea de la raíz es atribuible a la extrema delgadez del mismo.

- **OBESIDAD** En los países desarrollados el sobrepeso es un problema de salud cada vez más común. En niños, la obesidad ha sido considerada por algunos autores como un factor de riesgo para los traumatismos dentales, sugiriendo que un individuo obeso o con sobrepeso es más propenso a lesiones dentales
- **TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (ADHD)** Sabuncuoglo y Berkem describieron la asociación entre traumatismos dentales y déficit de atención/hiperactividad, ya que este tipo de patología del comportamiento afecta del 4 al 12 % de los niños en edad escolar. Estos niños presentan una actitud más propensa a sufrir accidentes con serias lesiones corporales. Además, presentan falta de atención, hiperactividad e impulsividad, siendo este síndrome tres veces más común en niños que en niñas.¹¹
- **EPILEPSIA** Los pacientes con este tipo de patología presentan especiales riesgos y problemas asociados a los traumatismos dentales.
- **NIVEL SOCIOECONÓMICO** Los niños de un nivel socioeconómico más bajo suelen presentar más fracturas dentales, sobretodo por caídas y colisiones



IMAGEN 4

RECOMENDACIONES

- **Etapa 0-3 años:**

Cuando el menor aprende a caminar, en ciertas ocasiones se cae hacia delante, tropieza sobre sus manos y rodillas, ya que la falta de coordinación impide protegerse de golpes contra ciertos objetos. "La causa más frecuente es el choque contra las mesas bajas; por lo que es aconsejable que los padres las retiren o la colocación de protectores en las esquinas hasta que el niño camine con más seguridad."

Las caídas desde partes altas también son frecuentes por lo que se recomienda la utilización de correas para niños y sillas en los coches para prevenir complicaciones en accidentes automovilísticos. "En esta fase empieza el gusto por los triciclos, las bicicletas y patines, siendo necesaria la utilización de cascos"

3. ANATOMÍA Y FUNCIÓN MUSCULAR CABEZA Y CUELLO DE LOS BEBÉS 0-3 AÑOS.

El complejo craneofacial cumple una función esencial en el crecimiento infantil, ya que revela el desarrollo adecuado de estructuras como el cerebro y demás órganos faciales.

Zona donde existen numerosos elementos que generan procesos esenciales para el desarrollo, estos reflejan cambios evolutivos, nutricionales, genéticos y especialmente funcionales. Cuando es recién nacido, hay muchos cambios en proporciones, dimensiones y velocidad de crecimiento, estos dependen a la influencia funcional como ejemplo la alimentación y la presencia de hábitos orales; factores de tipo biológico, como lo son el sexo, edad, tiempo de gestación, perímetro cefálico al nacer, factores del entorno como los son: lugar de nacimiento, condiciones ambientales y estado socioeconómico.

“En el neonato, la morfología craneofacial obedece a una deformación temporal de aspecto dolicocefálico, altura facial reducida y una disposición de retrusión mandibular, lo que implica un crecimiento armónico, pero a su vez asimétrico.”

“El componente facial es plano y su evolución está mediada por el aumento en volumen de estructuras anatómicas como los maxilares, sobre los cuales se ejercen estímulos directos: succión, respiración, masticación, deglución y fonación, que inducen no sólo un cambio en la morfología facial posnatal, sino una caracterización del desarrollo y apariencia de un niño. En este contexto, la alimentación mediante lactancia materna ha mostrado ser fundamental para el crecimiento y desarrollo infantil, ya que constituye una condición básica y fundamental de alimentación e induce a una excelente actividad funcional para un óptimo desarrollo craneofacial.”

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, para que sea aporte funcional, ya que todo esto lleva a un buen desarrollo del sistema estomatognático, al promover una actividad funcional constante en el lactante.

“No obstante, la presencia de hábitos orales, asociados a succión no nutritiva, también es un factor considerado determinante de la morfología maxilofacial de un niño,

Alrededor del 30 % de los niños en países más ricos requieren tratamiento de maloclusiones severas y cerca del 60 % de los niños necesitan tratamiento para maloclusiones dentales en general. Estos porcentajes implican que las maloclusiones deben ser tratadas desde lo preventivo, no solo por profesionales en salud oral, sino también por pediatras y obstetras, al estar relacionados ellos con las prácticas de alimentación en los primeros años de vida”.⁴

“El desarrollo motor es un evento dinámico y activo y es más fácil llevar la continuidad de la maduración del movimiento.”⁴

La posición mandibular al nacer es de aproximadamente 1 cm posterior al maxilar; lo que el acto de amamantar es necesario para que este produzca un avance mandibular de 1 a 5 mm en los primeros días. A los 4 meses se dice que avanza 4 a 6 mm y de los 6 a los 8 meses se consigue la ubicación correcta en el maxilar superior.³³

3.1 ACTIVIDAD MOTORA ORAL EN LACTANTES

“La función motora oral de un neonato se conoce como la coordinación de procesos básicos para su alimentación, como son la succión, la deglución y la

respiración, que ocurren de forma simultánea en el tiempo y mediante los cuales se ejerce una actividad funcional rítmica y sincronizada”⁶

“La Educación Física juega un importante papel también en edades tempranas, tanto para el desarrollo de la motricidad fina y gruesa como para el establecimiento de rutinas y hábitos que se verán reforzados en la Educación Primaria.”¹²

La masticación es un elemento esencial para la maduración de la función motora oral en el lactante. “Sin embargo, no se analiza el efecto de la fonación como aspecto predictor de crecimiento craneofacial, pues se considera un elemento más relacionado con la función lingüística del niño.”

“El reflejo de succión es innato; se reporta en seres humanos incluso durante la vida intrauterina, aproximadamente, desde la semana 16 de gestación, y constituye una función primordial propia del neonato “

“Se activa cuando un objeto entra en contacto directo con los labios, al estimular la boca a ejercer la función de succión y, de esta forma, el recién nacido garantiza su alimentación”¹²

En otras referencias se dice que la función de succión es un reflejo que se inicia a partir de la semana 29 de gestación, esto es parte de la conducta compleja para satisfacer un deseo, para tener una sensación de bienestar y esto se considera un patrón de comportamiento complejo en el recién nacido.

La función de succión la adapta el lactante ya que es reconocible de manera innata como búsqueda de un estímulo en la cavidad oral, el mecanismo fisiológico por el cual se produce este reflejo de succión corresponde a la actividad muscular que proviene de movimientos de protusión y retrusión mandibular, simultáneamente con movimientos linguales que permiten la deglución y que producen la fuerza necesaria para obtener el alimento.

Se dice que estos movimientos influye mucho en el desarrollo facial.

“Aunque en el neonato la mandíbula se encuentra en una posición posterior o distal en relación con el maxilar superior, se considera fisiológica del recién nacido, con un promedio normal de esta medida entre 2 a 5 milímetros, tal y como lo observaron Haulp y colaboradores, citados por Mujica y Guerra”

“Gracias a la succión como principal factor estimulador, los meniscos articulares de la articulación temporomandibular (ATM) ejercen función, así como el sistema muscular para promover la ejecución correcta de este reflejo, inducir la actividad funcional mandibular y evitar la tendencia constante de una posición retrusiva”

Existen diferentes factores que influyen en el ritmo de succión y pausas en este proceso que son:

- Edad
- Apetito
- Postura
- Tiempo
- Presión de la succión
- Sensación de fatiga
- Saciedad
- Flujo del líquido

La función de succión se caracteriza principalmente por constituir un estímulo que favorece el crecimiento mandibular comparado con el maxilar esto se lleva a cabo en dos fases

PRIMERA FASE: Muestra la formación de un selle hermético entre los labios y el pezón-areola, caracterizado por un movimiento de descenso mandibular con el objetivo de lograr una posición correcta para la alimentación, la compresión se logra a que el músculo se contrae periorbicular de los labios y

a la presión de los rodetes por el movimiento que hace la mandíbula sentido anterosuperior.

Este movimiento de presión sobre el pezón o el biberón causa la obtención del flujo lácteo.

SEGUNDA FASE:

En esta fase se presenta la lengua que adquiere una forma cóncava, lo que brinda una estabilidad para recibir el alimento y ejerce un movimiento en sentido posterior, que genera una presión de succión negativa lo que es el resultado de la retracción y descenso mandibular por contraer los músculos suprahioides, y la estabilidad lateral de los carrillos

“En general, el proceso de obtención de alimento considera variaciones en su forma de disposición, una de ellas asociada al seno materno, y otra, a los suplementos artificiales como el biberón, y se conocen como succión nutritiva (SN). La SN se favorece de características como la relación nasolabial del neonato, la extensión lateral de las narinas para favorecer la respiración simultánea y la dimensión mandibular reducida; pero con alta capacidad de movimiento multidireccional.”

La respiración es muy importante para que el lactante tenga una buena alimentación ya que se define como un proceso indispensable para la vida que consiste en la entrada del oxígeno y salida del dióxido de carbono del cuerpo, esta consiste en dos procesos básicos que son inhalación y exhalación.

“Es llevada a cabo por estructuras como la tráquea, la laringe, la faringe, la cavidad nasal y la cavidad oral. En el recién nacido, la respiración es principalmente nasal y está asociada a una vía respiratoria directa y de longitud corta, de la cavidad nasal a la tráquea, lo que ayuda a tener un flujo aéreo laminar con menor resistencia a su movimiento hacia el alvéolo y viceversa.”

En la succión nutricia hay un movimiento cíclico de estructuras orales que esto permite a la respiración integrarse como un proceso rítmico que resume patrones respiratorios innatos y a su vez influenciados por el tipo de alimento. Existe un patrón ventilatorio en la succión nutricia, estos son:

“Patrones tipo I: inspirar-deglutir (pausa)-expirar y expirar-deglutir-inspirar, que son los más frecuentes (30-50 % de los ciclos)

Patrones tipo II: inspirar-deglutir-inspirar, expirar-deglutir-expirar

Patrones tipo III conocidos como apneas por degluciones múltiples, que ocurren por un cese de la respiración entre dos o más degluciones, lo que induce a una disminución del tiempo inspiratorio y una prolongación del tiempo respiratorio del lactante.

Existen diferentes tipos de respiración y estos cambian de acuerdo a la edad y el desarrollo del bebé.

LACTANTE DE UN MES

Presenta secuencias de dos o más succiones, ya sea proveniente del seno materno o del biberón, antes de hacer una pausa para expirar o deglutir.

LACTANTES DE SEIS MESES

Tienen secuencias más largas y mayores de respiración, succión y deglución. “Esta coordinación succión-respiración induce instintivamente al reflejo de deglución, lo que produce una cadena de reflejos fisiológicos que no cesan hasta el momento de obtener una sensación de saciedad y requieren una coordinación eficaz y rítmica, que debe acompañarse del efecto de otros sistemas de estabilidad corporal como el cardiovascular y el nervioso”

Estos movimientos llevan a tener función normal de labios y lengua ya que estimulan el crecimiento de los maxilares como ya hemos mencionado anteriormente, al mantener la dimensión vertical a través de la ubicación lingual entre los rodetes, recibir el pezón o biberón e iniciar los movimientos mandibulares en sentido anteroposterior.

“El proceso de deglución corresponde al paso del bolo de la cavidad oral al esófago.

El alimento contenido en la depresión de la línea media del dorso lingual se impulsa a través de una onda peristáltica hacia la faringe, la cual adquiere una posición anterior y superior, que se acerca a la parte inferior lingual.”

Los abductores laríngeos se contraen y el esfínter cricoesofágico se relaja.

La elevación del velo del paladar ocurre gracias a la contracción del constrictor superior de la faringe, lo que ocasiona un cierre de las vías aéreas superiores; mientras que la lengua empuja el bolo hacia la hipofaringe, momento en el cual se inhibe la respiración, lo que genera una pausa o apnea de deglución. Esta apnea dura en promedio 530 milisegundos (350 a 850 ms)”.

“Dicho proceso de deglución responde a un mecanismo de acciones musculares que, una vez iniciado, se desarrolla automáticamente y desencadena el paso del alimento de manera constante. Sin embargo, en este pueden ocurrir fallas y dar origen a alteraciones como la deglución atípica o deglución infantil, con interposición lingual o labial y soplo en lugar de succión, donde normalmente hay respiración bucal, en vez de respiración nasal.”

“El cierre de los labios durante la deglución aparece a los 12 meses y es similar al comportamiento maduro de la alimentación.”

“La maduración de las habilidades de alimentación del lactante, a pesar de ser muy dependiente de la integridad anatómica relacionada con el crecimiento,

está influenciada por otros aspectos del desarrollo, como la adquisición de habilidades motoras, cognitivas y sociales.”

“Al pasar los meses, el niño adquiere patrones de comportamiento motor oral y general que caracterizan su desarrollo (por ejemplo, la alimentación con cuchara, un proceso de transición), debido a que constituye una plataforma entre el líquido del seno materno o biberón y los alimentos sólidos, y surge cerca de los seis meses de edad, al observar un movimiento del labio superior hacia abajo para obtener todo el alimento de la cuchara. Beber del vaso constituye un segundo ejemplo; dependiendo de factores culturales y creencias de padres o cuidadores, el beber de una taza o vaso implica un proceso de coordinación de mayor cuidado entre la succión, la deglución y la respiración.”



IMAGEN 5

3.2 IMPORTANCIA DE ESTIMULAR LA PSICOMOTRICIDAD EN NIÑOS

Se ha demostrado que los niños que reciben una estimulación temprana suelen desarrollar más rápido algunas destrezas y habilidades musculares, a la vez que desarrollan más rápido su pensamiento crítico, adquieren mejor memoria y logran concentrarse durante mas tiempo en ciertas cosas.²⁰

Beneficios de una estimulación temprana en niños:

- “Facilita la adquisición del esquema corporal permitiendo que el niño sea consciente de su propio cuerpo” ²⁰
- “Favorece el control muscular y ayuda a que el niño domine su cuerpo y movimientos con mayor facilidad” ²⁰
- “Contribuye a perfilar el control postural, la lateralidad, el equilibrio, la coordinación y el sentido de espacio” ²⁰
- “Estimula la percepción y la exploración del entorno” ²⁰
- “Fomenta el aprendizaje, la concentración y estimula la creatividad” ²⁰
- “Ayuda a que el niño se oriente en tiempo y espacio”²⁰
- “Propicia las relaciones sociales y estimula la expresión emocional” ²⁰
- “Ayuda a enfrentar y superar algunos temores relacionados con la percepción corporal y las capacidades”²⁰
- “Reafirma el autoconcepto y fortalece la autoestima infantil”²⁰

- **3.2.1. MOTRICIDAD**

“El término motricidad se emplea para referirse al movimiento voluntario de una persona, coordinado por la corteza cerebral y estructuras secundarias que lo modulan.”⁸

- **3.2.2. MOTRICIDAD FINA**

Todas aquellas acciones del ser humano que desarrolle la intervención tanto oculo-manual como oculo-pédica

Coordinación de las funciones que son de carácter neurológico, esquelético y muscular, se demora más en el tiempo su desarrollo y expresión. Esta ayuda a el estudio y control para precisar la edad del desarrollo que tienen los menores.¹²

Etapas 0 a 12 meses

No tienen control óculo-manual, pero hacia el final del año de vida, ya aparecen ciertos inicios de control sobre sus manos (tocar la palma, cerrar el puño, etc).

Etapas 3-4 meses

La coordinación óculo-manual, comienza un nuevo periodo llamado ensayo-error, al ver los objetos e intentar agarrarlos.

Este último movimiento hace referencia a un reflejo inconsciente llamado “reflejo Darwinista” y desaparece a los 3-4 meses. Por tanto en este momento, puede agarrar un objeto puesto en la mano pero sin ningún conocimiento voluntario.

Finalmente sobre el quinto mes, ya consiguen coger un objeto dentro de su alcance.

1 a 3 años de edad

La propia curiosidad y el desarrollo del niño/a hace que se atreva a **manipular objetos de un modo cada vez más complejo.**

Los dibujos que se ejecutan son garabatos, pero comienzan a realizar figuras más o menos circulantes que les servirán de patrón para ejecutar dibujos más complejos.

0 a 12 meses

No tienen control óculo-manual, pero hacia el final del año de vida, ya aparece ciertos inicios de control sobre sus manos (tocar la palma, cerrar el puño, etc).

- **3.2.3. MOTRICIDAD GRUESA**

Proceso sistémico, en donde la percepción visual y la ejecución de movimientos son recíprocos, esta implica los grandes movimientos del cuerpo por ejemplo: salto, la carrera y la marcha, estos movimientos se desarrollan mejor en la etapa de Educación Infantil

Etapas de 0 a 6 meses

Dependencia a la actividad refleja, en especial la succión, a los 4 meses comienzan los movimientos de carácter voluntario, esto a consecuencia de los estímulos externos.

6 meses a 1 año de vida

Se nota diferentes movimientos con mayor fuerza ya que estos se integran con los espacios y tiempos, va ligado a el tono muscular y la maduración específica del crecimiento.

1 a 2 años de vida

En esta etapa la mayoría de los infantes ya caminan de forma autónoma, pueden subir y bajar escalones con cierta ayuda. Se dice que a los 2 años de edad ya puede correr y saltar con los pies juntos, ponerse en cuclillas y puede realizar movimientos nuevos.

MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA	ELEMENTOS DE MOTRICIDAD
Correr, saltar, etc	Coordinación oculo-manual, gestual y fonética	La percepción esquema corporal elemento y ritmo, estructura espacial lateralidad

Tabla #3 Tipos de motricidad ¹²

3.3 Desarrollo Motor

Este involucra la obtención de habilidades motoras que permiten mantener un adecuado control de postura, el desplazamiento y la destreza manual. Se necesita la aparición y desaparición de todos los reflejos controlados por el

sistema nervioso central (SNC) ya que estos permiten las respuestas posturales, motoras funcionales y voluntarias. ¹⁶

3.3.1 DESARROLLO DEL TACTO, GUSTO Y OLFATO.

“El tacto es el sentido con desarrollo más rápido, desde etapas muy tempranas de la gestación. Evoluciona progresivamente desde la séptima semana, cuando empieza a sentir sensaciones en el contorno de la boca, luego en el rostro completo y, finalmente, en ambos pies y el tronco. A las veinte semanas sentirá en todo el cuerpo.”

Los músculos, articulaciones, tendones, y el aparato vestibular llevarán la información a la corteza cerebral y al cerebelo para poder percibir nuestro tono muscular, movimientos, la percepción de nuestros miembros, las partes de nuestro cuerpo y la posición del espacio; todo esto es de suma importancia para desarrollar el equilibrio.

Desde el útero las papilas gustativas funcionan, y luego del nacimiento el bebé podrá diferenciar lo dulce de lo ácido y amargo, con preferencia por el sabor dulce. Al cuarto mes; aceptará sabores salados, siempre utilizando el olfato. El recién nacido tiene el olfato desarrollado y podrá diferenciar olores agradables y desagradables, con preferencia por los olores conocidos como el de la madre.

Las estructuras básicas del desarrollo sensorial están en el cerebro desde antes del nacimiento. Es necesario perfeccionarlo, establecer redes conectivas a través de experiencias sensoriales, especialmente en los primeros meses de vida. Detectar la deficiencia sensorial es labor primordial del pediatra. ¹⁶

3.4 HITOS DEL DESARROLLO ETAPA 0-3 AÑOS

El neurodesarrollo se da a través de un proceso dinámico de interacción entre el niño y el medio que lo rodea; como resultado, se obtiene la maduración del sistema nervioso con el consiguiente desarrollo de las funciones cerebrales y, a la vez, la formación de la personalidad.

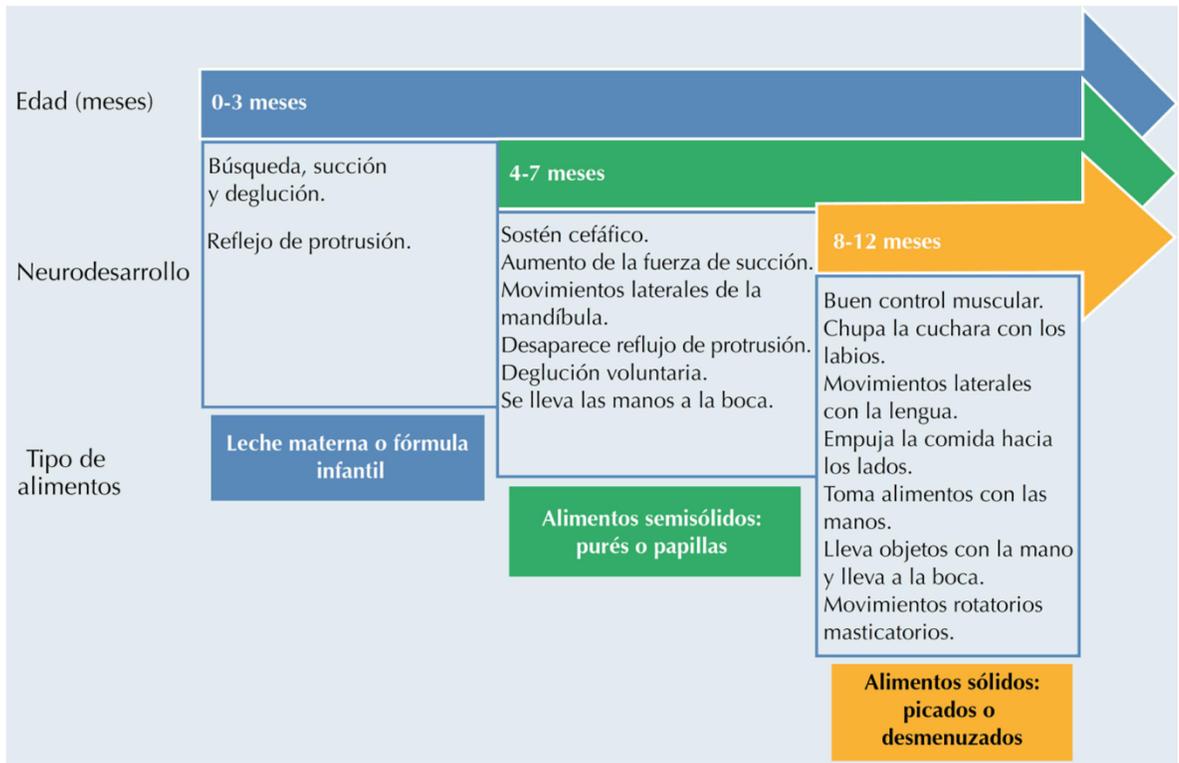
la evaluación de los hitos del desarrollo en el niño permite estimar que el desarrollo cerebral está ocurriendo dentro de un marco apropiado, por tanto, es muy importante conocer los parámetros mínimos de evaluación del desarrollo para cada edad.

HITOS MOVIMIENTO	ETAPA
<ul style="list-style-type: none">• Agita sus brazos de manera tosca.• Lleva sus manos al alcance de sus ojos y boca.• Mueve la cabeza de lado a lado mientras está acostado boca abajo.• Su cabeza cae hacia atrás si no tiene soporte.• Mantiene sus manos fuertemente empuñadas.• Movimientos reflejos fuertes	Primer Mes

<ul style="list-style-type: none"> • Levanta la cabeza y el pecho cuando está acostado boca abajo. • Sostiene el torso con sus brazos cuando está boca abajo. • Estira las piernas y pateo cuando está acostado boca abajo o boca arriba. • Abre y cierra las manos. • Empuja las piernas hacia abajo cuando los pies se apoyan en una superficie firme. • Lleva sus manos a la boca. • Empuja objetos colgantes con las manos. • Agarra y agita juguetes de mano. 	<p>Segundo Mes</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se voltea en ambos sentidos (de estar boca abajo hacia boca arriba y de boca arriba hacia abajo) • Se sienta apoyándose en sus manos, y luego sin apoyarse. • Apoya todo el peso de su cuerpo sobre sus piernas. • Agarra cosas con una mano. • Transfiere un objeto de una mano a la otra. • Usa el agarre palmar (no el agarre de pinza). 	<p>Siete Meses</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se pone en posición de sentado sin asistencia. • Gatea hacia adelante apoyándose en el vientre y jalando con los brazos y empujando con las piernas. • Se pone en la posición de cuatro puntos, apoyándose en sus manos y rodillas. • Avanza apoyado en sus manos y rodillas. 	<p>Primer Año</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Pasa de estar sentado a gatear o ponerse boca abajo. • Se levanta por sí mismo hasta pararse. • Camina agarrándose de los muebles. • Se para momentáneamente sin apoyo. • Puede dar dos o tres pasos sin apoyo. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Camina solo. • Arrastra juguetes para jalar mientras camina. • Carga un juguete grande o varios juguetes mientras camina. • Empieza a correr. • Se para de puntillas. • Patea una pelota. • Sube y baja de los muebles sin ayuda. • Sube y baja escaleras apoyándose en el pasamanos. 	Segundo Año

Tabla #4 ²¹



Esquema # 1 Relaciona la adquisición de los hitos del neurodesarrollo con el tipo de consistencia de los alimentos que un niño entre 0 y 12 meses es capaz de ingerir. ²²

“Participación de los logros del desarrollo en la adquisición de las habilidades para recibir alimentos complementarios “

Etapa del desarrollo	Recién nacido	Lactante			
		1-3 meses	3-6 meses	6-9 meses	9-12 meses
Edad	0-28 días	1-3 meses	3-6 meses	6-9 meses	9-12 meses
Habilidades físicas	Reflejos primarios	Sostén cefálico	Desaparecen algunos reflejos primarios (R. extrusión)	Posición sedente, reflejos de extensión protectora	Gateo, bipedestación y apoyo en cuatro puntos
Habilidades de alimentación	Succión, deglución, reflejo de extrusión de la lengua, y reflejo de búsqueda	Succión, deglución y reflejo de extrusión de la lengua	Succión, deglución y reflejo de extrusión de la lengua	Movimientos de masticación, abre la boca al contacto con los alimentos, mantiene los alimentos en boca y los deglute, explora las texturas de los alimentos, aparecen los primeros dientes, coordinación fina y uso de pinza	Extiende su interés por variedad en texturas y alimentos, es más independiente para comer aunque requiere apoyo, puede morder y masticar algunos alimentos, mejora la funcionalidad de los músculos de la cavidad oral, desarrollo de propiocepción con integración de funciones motoras y coordinación

Tabla #5 ¹⁴

4. TENDENCIAS ACTUALES

Una de las tendencias actualizadas hoy en día en la alimentación complementaria es el Baby-Lead Weaning o BLW, este estimula a los bebés a que coman alimentos en trozos pequeños y que ellos los hagan con sus propias manos. ¹⁵

“La Organización Mundial de la Salud (OMS), Academia Americana de Pediatría, Asociación Mexicana de Pediatría, Confederación Nacional de Pediatría de México y Secretaría de Salud en México, entre otros, recomiendan mantener la lactancia materna exclusiva por seis meses para iniciar posteriormente con los alimentos complementarios.” ¹⁴

5. IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS 1000 DÍAS DE VIDA

“La importancia de los primeros 1,000 días de vida de los seres humanos, desde la propia concepción (día cero), el embarazo a término (270 días), la lactancia (180 días o primeros seis meses), el inicio de la alimentación complementaria de los seis meses hasta los dos años de edad (550 días), suman en total 1,000 días de vida que representan una ventana única e irrepetible de oportunidad en el aspecto nutricional y de desarrollo del cerebro.” ³²

Hay tres temas importantes que tomar en cuenta durante este periodo:

Nutrición, Hábitos, Contención (entorno psicosocial).

Desafortunadamente las mujeres embarazadas no es muy común que acudan al dentista cuando están en este periodo por ello no reciben ningún tipo de información o recomendaciones sobre nutrición y hábitos, así como el cuidado que le tiene que ofrecer al bebé en camino.

Existe un término que se denomina Impronta Hedónica, significa que los placeres que se imprimen en el cerebro del bebé y que se quedarán grabados

para toda la vida, podríamos decir que los antojos de la madre y las necesidades del bebé, aquí podemos decir que inicia la verdadera ventana de oportunidad para poder brindarle al futuro bebé un excelente aporte nutricional 3 y no en gustos primitivos, placeres tan difíciles de superar como por ejemplo el gusto por lo dulce.

“Una madre embarazada debe vigilar su alimentación por dos grandes razones, nutrición del binomio e impronta por los gustos y los hábitos de ella y del bebé. Obviamente esto impactará en el desarrollo, o no, de patología a nivel estomatognático y sistémico.”³²

6. LACTANCIA, AMAMANTAMIENTO Y SU FUNCIÓN EN EL DESARROLLO MUSCULAR

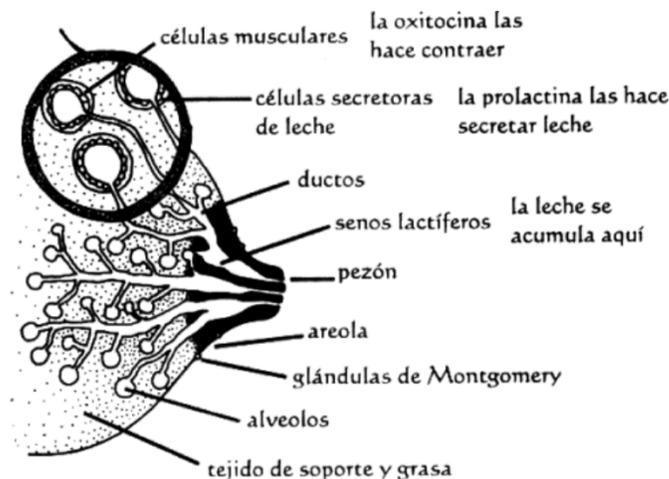


IMAGEN 6

“Guerra y Mujica en su investigación “Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares”, establecen que el amamantamiento es responsable en la maduración de los músculos de la masticación, debido a

que cada músculo está preparado al principio para una sencilla función(amamantarse) y luego va madurando para ejecutar correctamente unas funciones mas complejas (masticación).”¹⁸

Los labios, maxilares, encía, lengua , carrillos, paladar duro y blando, la epoglotis, forman parte de la estructura anatomo-funcional para el amamntamiento. Los labios contribuyen al cierre hermético para que se produzca la succión de la leche. El paladar es plano lo cual permite que el pezón y la aerola se queden en su posición y esto colabora con los labios a que el cierre sea hermético. En los carrillos encontramos la bolsa adiposa de bichat, esta ubicada entre el musculo buccinador y masetero, esta nos ayuda a amortiguar el músculo al momento de el amamantamiento. “La lengua se origina en el endodermo faríngeo, mesodermo branquial, y miotomas occipitales.” A los 50 días de gestación las papilas gustativas ya estan formadas. En la A.T.M, no hay un condilo bien formado y se caracteriza principalmente por su forma plana, tampoco hay un menisco interarticular esto lo sustituye tejido conjuntivo que sirve como una especie de almohada para amortiguar los movimientos de avance y retroceso durante el amamantamiento.

Los músculos orbicular y mentonianos son los mas activos en la lactancia favorecen los movimientos mandibulares hacia adelante y atrás, este ejercicio continuo prepara los músculos masticatorios, y todo su sistema, este va adquiriendo tono y desarrollo necesario para cuando erupcionen los primeros dientes.

Un niño que se alimenta por medio del seno utiliza 60 veces mas energía que uno que se alimenta por biberón. Esta fuerza que ejerce, ayuda a que las estructuras oseas, musculares y articulares se desarrollen en armonia.

La literatura menciona que con la ejercitación de dichos músculos en la actividad de amamantar, disminuyen un 50% de cada uno de una maloclusión, dentaria como lo es:

- Apiñamiento
- Mordida Cruzada posterior
- Mordida abierta
- Distoclusión
- Rotación dentaria

Estas afectan la función y estética dentofacial del niño. ¹⁹

6.1 LACTANCIA MATERNA

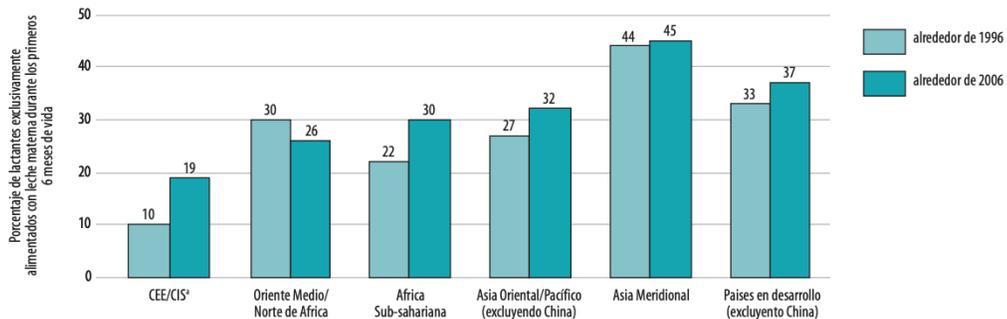
“Lactancia materna exclusiva significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquido o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas, minerales o medicamentos” ²²

La leche materna es un alimento fundamental para el correcto desarrollo de un niño, por todo lo que contiene ayuda a proteger al lactante de muchas enfermedades. Esta proporciona toda la energía y nutrientes exactos que el bebé necesita durante sus primeros meses de vida. ²³

Una de las recomendaciones que hace la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF para que la alimentación de los menores sea óptima y tal como se encuentran establecidas en la Estrategia Mundial es:

La lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida aproximadamente 180 días e iniciar la alimentación complementaria recién cumplidos los 6 meses de edad hasta llegar a los 2 años e incluso más. ²²

Tendencia de la tasa de lactancia materna exclusiva (1996–2006)



* CEE/CIS: Europa Central y Oriental/Comunidad de Estados Independientes.

Fuente: UNICEF. *Progress for children: a world fit for children. Statistical Review, Number 6.* New York, UNICEF, 2007.

Gráfica #1 Tendencia de la tasa de lactancia exclusiva (1996-2006).²²

Los niños que son amamantados se dice que llegan a desempeñar mejor ciertas actividades y pruebas de inteligencia, tienen menos probabilidad de sufrir sobrepeso u obesidad y claro a no padecer ciertas enfermedades como los es la diabetes. Las mujeres que amamantan tienen menos riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario.²³

6.2 LACTANCIA ARTIFICIAL

Se encuentra considerada cuando hay casos de restricción de la leche materna diurna y nocturna, enfermedades sistémicas o cuando la madre consume algún fármaco durante esta etapa de lactancia. Se recomienda en estos casos se pueda utilizar fórmulas adaptadas y administrarlas por medio de biberón sin añadir azúcares o colorantes por ser un factor de caries muy elevado. Así como después de la erupción del primer diente no es recomendable que el bebé se quede dormido mientras toma el biberón esto como ya mencionamos anteriormente para evitar caries de la primera infancia.²

Entre los 12 y 24 meses, la alimentación complementaria cubra la mitad de los requerimientos energéticos que necesita el menor, sin embargo la lactancia materna continuará cubriendo hasta un tercio de lo que el menor necesita. Actualmente se recomienda que a partir de la edad de 12 meses se consuma un máximo de 500mL de leche materna o fórmula esto es equivalente a 16 onzas y esto dividido en 2 tomas al día.

Requerimientos energéticos de 0-24 meses de edad

EDAD	0-2 MESES	3-5 MESES	6-8 MESES	9-11 MESES	12-24 MESES
Requerimiento energía (kcal/día)	400-670	640-750	700-774	667-705	580-894
Aporte energético cubierto por leche materna o fórmula láctea infantil (kcal/día)	400-670	640-700	463	398	326
Producción de leche materna al día+ e indicación de volumen de leche diario según la edad* y su aporte energético	550 mL/día+ 412 Kcal/día	1150 mL/día+ 862 kcal/día	500 mL/día* 375 kcal/día	500 mL/día* 375 kcal/día	500 mL/día* 375 kcal/día
Aporte energético cubierto por la alimentación complementaria (kcal/día)	0	0	200	300	580

Verde: Energía otorgada por leche materna o fórmulas lácteas infantiles.

Naranja: Cantidad de energía que debe ser cubierta con alimentación complementaria.

**Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el volumen de leche que requiere un niño entre 6 y 24 meses.

Tabla # 6 ²⁵

Después de la introducción de los alimentos complementarios, la lactancia materna sigue siendo una fuente de nutrientes para el bebé, la leche materna aporta el 50% de las necesidades energéticas que requiere el lactante hasta el primer año de edad, y hasta un tercio durante el segundo año de vida. Esta continua dando nutrientes de mayor calidad que los aportados de otra fuente así como también ofrece factores protectores para el bebé. Por lo tanto una de las principales recomendaciones es que la lactancia materna a demanda continúe hasta los dos años de edad o más dependiendo a los diferentes factores que se presenten. ²⁴

Los alimentos complementarios requieren ser nutricionalmente seguros y administrados de manera apropiada, para que cubran las necesidades de energía y de nutrientes del niño pequeño. Sin embargo, la alimentación complementaria frecuentemente adolece de muchos problemas; por ejemplo, si los alimentos están muy diluidos, no se alimenta al niño con la frecuencia necesaria o las raciones son muy pequeñas, o reemplazan a la leche materna siendo de menor calidad. Tanto los alimentos como las prácticas de alimentación influyen sobre la calidad de la alimentación complementaria y las madres y las familias necesitan apoyo para aplicar buenas prácticas de alimentación complementaria. ²⁵

6.3 ALIMENTACIÓN POR BIBERÓN

Esta alimentación se lleva acabo a libre demanda, pero asi como la leche artificial se digiere más lentamente que la leche materna, existen intervalos más prolongados entre las tomas, al principio de 3-4 horas.

“Los volúmenes iniciales de 15 a 60 mL (o.5 a 2 oz) pueden aumentarse de manera gradual durante la primera semana hasta 90 mL (3 Oz) alrededor de 6 veces/día, lo que aporta aproximadamente 120kcal/kg tras 1 semana para un lactante de 3 kg. ²⁶

Existen diferentes tipos de biberones en el mercado pero esto no quita el que uno se mejor o no hablando en cuestión de la cavidad bucal, ya que el estancamiento que general las formulas se produce debido a la reducción del flujo salival y al ciclo de succión-sueño-succión.

“Factores asociados con la caries dental pueden verse afetados por muchos componentes de la dieta como proteínas, lipidos e hidratos de carbono. El contenido de la fórmula infantil está compuesto por carbohidratos como sacarosa y lactosa. “²⁶

“La sacarosa se considera la dieta más cariogénica por que es fermentable por bacterias orales. Este proeso hace que el pH del medio disminuye, lo que influye en la microflora de la cavidad oral para ser más cariogenico. “

Se encontro en un estudio que la flora de un lactante amamantado es mas saludable a uno con lactancia con formulas cambiaba demasiado, se detectaron lactobacilos en la saliva del lactante amamantado pero los de formula no se observo ninguno.

Los lactobacilos inhiben el crecimiento de patógenos orales cariogenicos, incluso S.mutans.

Los principales efectos que trae el uso del biberón y formulas son:

- Estimulan la aparición de hábitos nocivos.
- Desarrolla inadecuado del reflejo de succión y deglución
- Crea reflejo nauseoso
- Crea apertura bucal exagerada.

La lactancia materna a diferencia que la artificial es muy favorable como ya lo hemos mencionado anteriormente, al correcto desarrollo craneofacial, y la artificial esta asociada a desarrollar maloclusión.²⁷



Imagen 7

6.4 DESNUTRICIÓN INFANTIL

Este tema es un importante problema de salud pública en todo el mundo ya que se estima alrededor de 144 millones de niños menores de 5 años padecen retraso en el crecimiento, 47 millones padecen emaciación y 38.3 millones tienen sobrepeso u obesidad. 45% de las muertes en niños es relacionado a la desnutrición.

“Medir el crecimiento de bebés y niños es parte importante de la vigilancia de la salud infantil.”²⁸

Se puede decir que hay estándares de crecimiento como lo es la altura y el peso con esto se puede valorar si crece o no adecuadamente el menor.

Los estándares que existen son de la OMS, estos tienen graficas espeifias para niños y niñas, abarcan desde los 5 años. Se utilizan en consultorios medicos, clinicas y otras instalaciones de salud. ²⁸

7. INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA O BABY LEAD WEANIG

7.1 ABLACTACIÓN

Este término ya no es muy usado en la actualidad se dice que ahora se llama “introducción a la alimentación complementaria” ya que este significa separación definitiva de la leche materna.

La introducción a la alimentación complementaria, debe de ser llevada de la mano junto con los especialistas en este ámbito también entran los odontólogos ya que debe de ser super importante las recomendaciones y conocimientos que ellos tienen en cuestión oral como los procesos cariosos en los niños, alimentos sanos libres de azúcares agregados y azúcares ocultos lo más naturales posibles.

El término ablactación ya no deberá ser utilizado debido a que éste significa separación definitiva de la leche, lo mejor es decir introducción a la alimentación complementaria y en este punto las recomendaciones de los estomatólogos son cruciales para evitar la aparición de procesos cariosos en los niños, alimentos sanos libres de azúcares agregados o azúcares ocultos lo más naturales posibles y de manera más puntual la iniciación de la higiene bucal en cuanto aparezcan los dientes.

7.2 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

7.2.1 ¿Qué es la alimentación complementaria?

En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la alimentación complementaria como todo aquel alimento líquido o sólido

diferente a la leche materna que se introduce a la dieta del niño, incluyendo las formulas lácteas. ²⁹

“En el 2002, la OMS cambió sus recomendaciones en cuanto la alimentación complementaria, extendió la recomendación de lactancia exclusiva de los 4 meses que había previamente, hasta los 6 meses. esto hizo que muchos autores se plantearan si la introducción de alimentos mediante cuchara, fuera la mejor forma, ya que a los 6 meses tienen mayor madurez motriz que a los 4 meses. Así surgió el Baby Lead Weaning, un patrón en diversificación alimentaria complementario al tradicional método a base de purés.”⁹

La alimentación complementaria en esta etapa debe de ser suficiente, esto significa que los alimentos deben de tener la consistencia exacta y tener una variabilidad, administrarlo de la manera correcta y con la cantidad exacta de acuerdo a su edad y con esto que cubra las necesidades nutricionales de acuerdo a su crecimiento, esto sin abandonar la lactancia materna. ¹⁷

Cuando la lactancia ya no es suficiente debemos agregar el uso de una alimentación complementaria a su dieta del bebé. ¹⁷

Los lactantes menores de cuatro meses expulsan los alimentos con la lengua, "reflejo de protrusión"; sin embargo, después de esa edad pueden recibir y mantener los alimentos en la boca con mayor facilidad, debido a que han desaparecido los reflejos primarios de búsqueda y extrusión.¹⁴

Este método se debe introducir en el momento oportuno en la alimentación del bebé, ya que como su nombre lo dice el bebé debe de recibir otros alimentos de acuerdo a sus meses de vida. Se dice que la mejor edad para iniciar este método es a los 6 meses de vida, esto si dejar la lactancia materna como ya lo hemos mencionado anteriormente. ³

“Una nutrición adecuada durante los dos primeros años de vida es fundamental para alcanzar el máximo potencial de cada ser humano.” ⁴

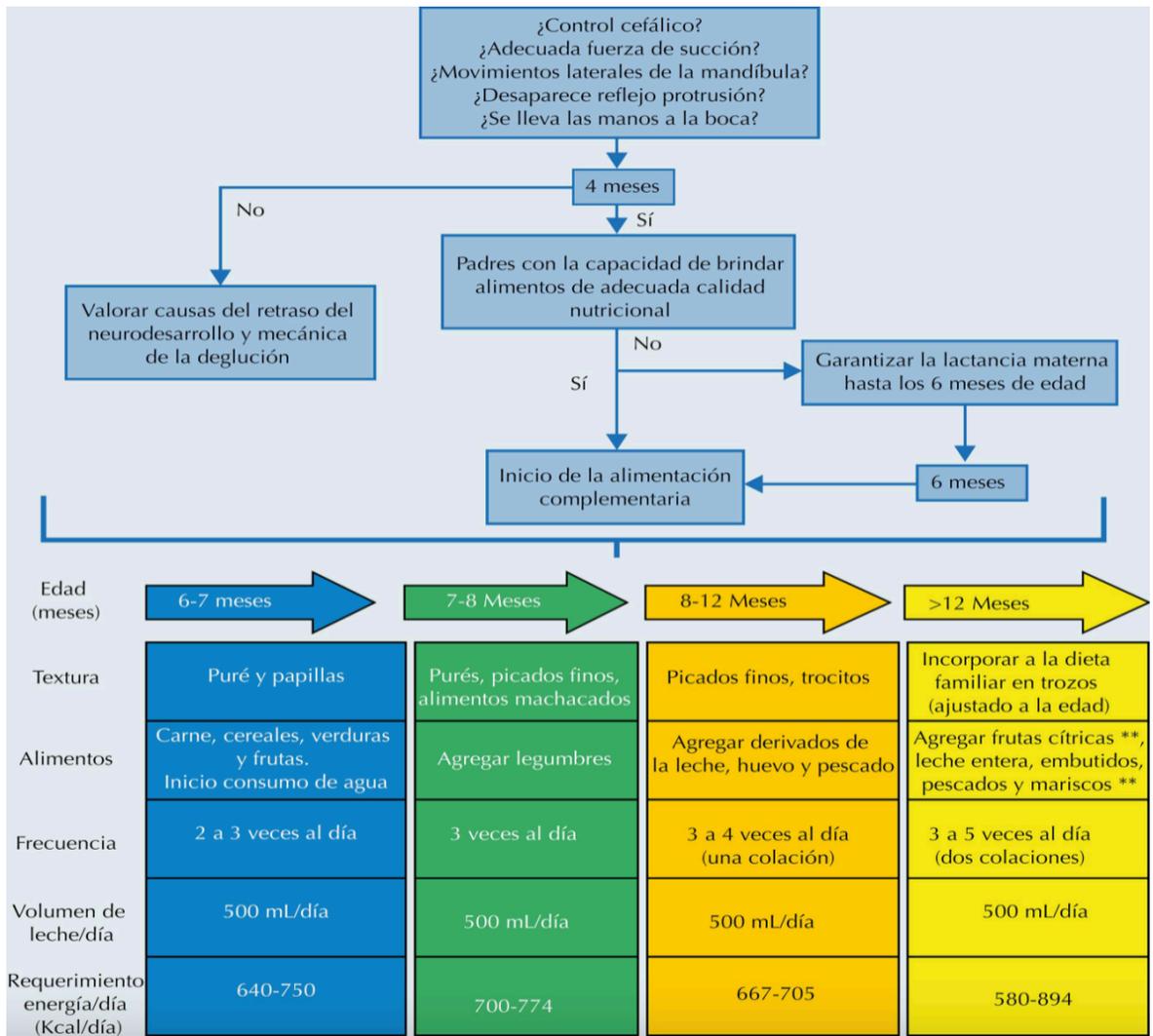
“A nivel internacional, se utilizan otros términos para referirse a la alimentación complementaria tales como: *Beikost* en alemán; *Weaning* en inglés. La palabra

ablactación actualmente no es reconocida por el diccionario de la Real Academia Española. Etimológicamente proviene del latín "ablactatio", que significa destete, término que actualmente se encuentra en desuso, ya que este proceso no implica una supresión de la leche materna o de las fórmulas lácteas infantiles."²⁵

Si no se inicia una alimentación complementaria correcta a los 6 meses, se dice que el crecimiento y desarrollo del lactante se ve gravemente afectado. En muchos países se ve afectado esto, y se nota en el retraso del crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas.

Se necesita apoyo de profesionales en el tema ya que se debe de aplicar buenas prácticas de alimentación complementaria.²²

Si existen las condiciones adecuadas se debe iniciar la alimentación complementaria a los cuatro meses de edad, y nunca más allá de los 6 meses. Se recomienda iniciar con la introducción de un alimento nuevo cada 2 a 3 días, y en caso de que no acepta se debe intentar nuevamente en 7 días (realizar por lo menos 5 intentos).



Cuadro # 1 ²⁵

7.3 Alimentos

Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos. Además deben administrarse de forma apropiada, lo cual significa que deben tener una textura adecuada para la edad del niño y administrarse de forma que respondan a su demanda, de conformidad con los principios de la atención psicosocial. ¹⁷

Para tener un buena alimentación complementaria se dice que los alimentos deben de ser perfectamente refrigerados y cuando no se puedan refrigerar consumirlos antes de que excedan las 2 horas después de ser preparados, esto para evitar la contaminación de ellos.

“Existen pruebas sobre la presencia de una "ventana crítica" para incorporar alimentos triturados, de tal manera que si son administrados más allá de los 10 meses de edad, puede incrementar el riesgo posterior de sufrir problemas de alimentación, por lo que es importante elevar la consistencia de los alimentos de acuerdo a la capacidad que tiene el niño de ingerirlos.”²²

Cantidad, textura y frecuencia de los alimentos

“A medida que el niño aumenta el consumo de alimentación complementaria, disminuye el consumo de leche materna, de manera que la alimentación complementaria desplaza la leche materna. Si se ofrecen alimentos de bajo valor nutricional que la leche materna (por ejemplo agua de panela o refrescos), la ingesta de energía será menor que la que obtenía con la lactancia materna exclusiva y esto puede causar desnutrición.” ²²

“La cantidad verdadera de comida que requiere un niño depende de la densidad de los alimentos que se ofrecen y de la capacidad gástrica. En

general, los alimentos de la alimentación complementaria tienen entre 0.6 y 1 kcal/gramo, y en general es deseable que su densidad energética sea entre 0.8 y 1 kcal/gramo”.²²

Alimentos apropiados para la alimentación complementaria

QUÉ ALIMENTOS DAR Y POR QUÉ

LECHE MATERNA: continúa aportando energía y nutrientes de alta calidad hasta los 23 meses de edad

ALIMENTOS BÁSICOS: aportan energía, un poco de proteína (solo los cereales) y vitaminas

■ Ejemplos: cereales (arroz, trigo, maíz, mijo, quinua), raíces (yuca, camote o batata y papas) y frutas con almidón (plátano y fruto del árbol del pan)

ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL: aportan proteína de alta calidad, hierro hemínico, zinc y vitaminas

■ Ejemplos: hígado, carnes rojas, carne de pollo, pescado, huevo (no es buena fuente de hierro)

PRODUCTOS LÁCTEOS: aportan proteína, energía, la mayoría de vitaminas (especialmente vitamina A y folato), calcio

■ Ejemplos: leche, queso y requesón (cuajada)

VERDURAS DE HOJAS VERDES Y DE COLOR NARANJA: aportan vitaminas A, C y folato

■ Ejemplos: espinaca, brócoli, acelga, zanahoria, zapallo, camote

LEGUMINOSAS: aportan proteína (de calidad media), energía, hierro (no se absorben bien)

■ Ejemplos: guisantes, variedades de frijoles, lentejas, habas, arvejas

ACEITES Y GRASAS: aportan energía y ácidos grasos esenciales

■ Ejemplos: aceites (se prefiere el aceite de soja o de colza), margarina, mantequilla o manteca de cerdo

SEMILLAS: aportan energía

■ Ejemplos: pasta de maní o pastas de frutos secos, semillas remojadas o germinadas, como ser semillas de zapallo, girasol, melón o sésamo

CÓMO DAR LOS ALIMENTOS

Lactantes de 6–11 meses

- Continuar con la lactancia materna
- Dar porciones adecuadas de:
 - Puré espeso, elaborado con maíz, yuca, mijo; añadir leche, frutos secos (nuez, almendra, etc.) o azúcar
 - Mezclas de purés elaborados con plátano, papa, yuca, mijo o arroz: mezclarlos con pescado, frijoles o maní aplastados; agregar verduras verdes
- Dar ‘meriendas’ nutritivas: huevo, plátano, pan, papaya, leche y budines elaborados con leche, galletas, pan con mantequilla, margarina, pasta de maní o miel, papa cocida

Niños de 12–23 meses

- Continuar con la lactancia materna
- Dar porciones adecuadas de:
 - Mezclas de alimentos de la familia, aplastados o finamente cortados, elaborados con papa, yuca, maíz, mijo o arroz; mezclarlos con pescado, frijoles o maní aplastados; añadir verduras verdes
 - Puré espeso de maíz, yuca, mijo; añadir leche, soja, frutos secos o azúcar
- Dar ‘meriendas’ nutritivas: huevo, plátano, pan, papaya, leche y budines elaborados con leche, galletas, pan con mantequilla, margarina, pasta de maní o miel, papa cocida

PARA RECORDAR

Alimentos ricos en *hierro*

■ Hígado (de cualquier tipo), vísceras de animales, carne de animales (especialmente la roja), carne de aves (especialmente la carne oscura), alimentos fortificados con hierro

Alimentos ricos en *vitamina A*

■ Hígado (de cualquier tipo), aceite rojo de palma, yema de huevo, frutas y verduras de color naranja, verduras de hoja verde

Alimentos ricos en *zinc*

■ Hígado (de cualquier tipo), vísceras de animales, alimentos preparados con sangre, carne de animales, aves y pescado, mariscos y yema de huevo

Alimentos ricos en *calcio*

■ Leche o productos lácteos, pequeños pescados con hueso

Alimentos ricos en *vitamina C*

■ Frutas frescas, tomates, pimientos (verde, rojo, amarillo) y verduras verdes

Cuadro #1 ²²

7.4 VITAMINAS

Suplementos de vitaminas y minerales

Para los niños pequeños, los micronutrientes son esenciales para el crecimiento, el desarrollo y la prevención de enfermedades.

Vitamina A

Una de las recomendaciones que hace La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, es que la vitamina A es una prioridad para los bebés de 6 a 59 meses de edad en países de un riesgo elevado a deficiencias.

Hierro

“La Academia Americana de Pediatría recomienda la suplementación con hierro a partir del cuarto mes, fecha en que aumentan los requerimientos de hierro por el crecimiento rápido. Sin embargo, en países como México debe suplementarse tan temprano como sea posible, a una edad de uno a dos meses. El hierro en la leche materna, aunque es escaso, tiene una elevada biodisponibilidad, por lo que cubre los requerimientos en los primeros 6 meses de vida.”²⁵

Las fórmulas infantiles como ejemplo tenemos que el cereal está suplementado con hierro, esto significa que a partir de los 5 o 6 meses, se tienen grandes aportes en la dieta del menor. “Recientemente se publicaron las últimas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud al respecto, estableciendo que regiones donde la prevalencia de la anemia en los lactantes sea mayor del 40%, y regiones que carezcan de datos de prevalencia en este grupo, considerando el alto riesgo de anemia, se recomienda administrar suplementos exógenos de hierro desde los 4 a los 23

meses (10-12,5 mg de hierro elemental/día), preferiblemente hierro aminoquelado dada su alta biodisponibilidad, absorción, etc.”²⁵

Yodo

Las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y niños menores de 2 años, se dice que podrían no estar cubiertos de una manera adecuada en algunos sitios donde la estrategia de yodación no este bien ejecutada y si es asi se debe de tomar en cuenta la suplementación con yodo.

Zinc

Recien nacidos desde los 2 meses de edad hasta el año se recomienda administrar 3 mg/día, en caso a los lactantes de 6 meses de edad ya se debe de administrar 10mg/día de zinc al día.

Vitamina D

“Tanto la Academia Americana de Pediatría, como diversas sociedades pediátricas internacionales y una revisión Cochrane (2008), recomiendan un suplemento diario de 400 UI de vitamina D, durante el primer año de vida, a partir de los 15 días, tanto si el lactante recibe leche materna como si se alimenta con fórmulas lácteas infantiles con una ingesta menor de un litro de leche al día.No olvidar que es conveniente la exposición a la luz solar para establecer una mejor transformación de la vitamina D.”²⁵

Alimentos prohibidos antes del primer año de vida

Riesgo de atragantamiento debemos evitar alimentos cortados en trozos pequeños, duros y que no se deshagan fácilmente en la boca, algunos ejemplos pueden ser: frutos secos, manzana, zanahoria cruda, alimentos en forma redonda como uvas o salchichas.³⁵

Se debería de evitar el consumo de pescado azul de gran tamaño, ejemplo el atún rojo, ciertos mariscos como ejemplo langostinos. Carne que provenga de animales que hayan sido cazados con munición de plomo. Verduras como las espinacas, acelgas por el gran contenido de nitrato.¹⁴

Leche entera no debe de administrarse antes del primer año de vida.

- **7.5 BABY LEAD WEANING**

- **7.5.1 ¿QUÉ ES EL BABY LEAD WEANING (BLW)?**

Es un hábito muy beneficioso para los bebés en muchos sentidos, tanto a nivel de desarrollo motor y cognitivo como de autonomía. Y en odontología, lo más significativo es que promueve un correcto desarrollo dentario, pues la masticación temprana ayuda al crecimiento adecuado de la mandíbula y al desarrollo de los músculos de la boca.¹⁵

Este tipo de alimentación los padres deciden lo que le dan al bebé, pero ellos tienen la decisión de que tomar primero y empezar a comerlo, deciden cada cuanto y el orden en que lo comen. Este también ayuda a que el bebé tenga convivencia en la mesa con la familia, que se ofrezca la misma alimentación que el resto de los integrantes, claro teniendo en cuenta lo que se debe de administrar al menor. También se tiene la información que este método puede ser que el bebé coma con sus manos o bien conforme vaya creciendo se empiezan a añadir ciertos aditamentos como cubiertos.³⁰

El Baby-Led Weaning propone ofrecer a los niños trozos de alimentos, que ellos tengan que cortar con los dientes y masticar.¹⁵

Todos tenemos la idea que el bebe se alimenta a base de papillas al inicio de su vida, esto se volvió tan habitual que muchos sigan comiendo solo púres hasta los tres años de edad e incluso más tiempo.¹⁵

En México presenta un porcentaje del 10% en el consumo temprano esto quiere decir antes de los 6 meses de bebidas endulzadas y otros alimentos azucarados que no deberian de consumir los lactantes. “ El porcentaje de la población mexicana que consume estos alimentos incrementa rapidamente hasta los 4 años de edad, en que 90% consume alimentos dulces y 78% bebidas endulzadas. Esta prefereia por alimentos y bebidas dulces qe se desarrolla a temprana edad es un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad.”

En México asi como en Latinoamérica acostumbran a incluir alimentos que no dan nutrientes suficientes para un buen desarrollo. Esto se va heredando de generación en generación por una desiformación de que es bueno o malo para nuestra alimentación. Esto continua a pesar de que haya sistemas publicos o privados dando campañas de información. El personal de salud en general tiene que saber información para orientar a la población.¹⁴

Recomendaciones con respecto a la conducta del alimentador al lactante:

- “Debe haber división de tareas: el niño decide “cuanto” comer y los padres dictan “que”, “cuando” y “cómo”.
- “El cuidador debe ingerir el alimento que desagrada al niño, lo que mejora su disposición a probarlo.”
- “El niño debe de comer acompañado.”
- "Los cuidadores deben ver y probar el alimento para mejorar la aceptación.”

- “Se debe exponer el alimento de 8-15 veces para una aceptación.”
- “ Un mayor control de los cuidadores (presionar, controlar y restringir”, tiene consecuencias negativas sobre la conducta del lactante.”
- “La duración de los tiempos de comida depende de la auto-regulación del niño y del entorno y vínculo padre-hijo”
- “Los padres influyen en los hábitos alimentarios del lactante, y solo el pool genético”
- “La preferencia por los alimentos disminuye en niños que son presionador para comer cierto tipo de alimentos” ¹⁴

7.5.2 VENTAJAS / DESVENTAJAS DE INICIAR UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

VENTAJAS

- Promover un adecuado crecimiento y desarrollo neurológico, cognitivo, del tracto digestivo y el sistema neuromuscular.
- Proveer nutrientes que son insuficientes en la leche materna, tales como: hierro, zinc, selenio, vitamina D.
- Enseñar al niño a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes, así como a fomentar la aceptación de nuevos alimentos.
- Promover y desarrollar hábitos de alimentación saludable.
- Favorecer el desarrollo psicosocial, y la interrelación correcta entre padres e hijos.
- Conducir a la integración de la dieta familiar.
- Promover una alimentación complementaria que permita prevenir factores de riesgo para alergias, obesidad, desnutrición, hipertensión arterial, síndrome metabólico, entre otras.

- Favorece el mantenimiento de la lactancia
- Favorece la alimentación perceptiva y basada en las señales de hambre y saciedad del menor, esto lo recomienda la OMS
- Se comienza la autonomía desde muy pequeño.

DESVENTAJAS

- Desnutrición
- Inseguridad en la practica de este metodo por desinformación

A nivel mundial, se ha estimado que 34.8% de lactantes recibe unicamente lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida; la mayoría recibe otro tipo de alimentación o líquidos en los primeros meses, lo que esto hace que se inicie o muy temprana o tardía la alimentación complementaria, y esto ocasiona desnutrición y genera inseguridad. ^{34,35}

8. ADITAMENTOS BABY LEAD WEANING

El niño debe tener su propio plato, de manera que el cuidador pueda saber si el niño está recibiendo suficiente comida. Para alimentar al menor se puede emplear una cuchara, o las manos limpias; dependiendo de la cultura.

El utensilio debe ser el apropiado para la edad.

“La preparación y el almacenamiento seguro de los alimentos complementarios reducen el riesgo de diarrea. Por lo tanto, los utensilios, como vasos, tazas, platos y cucharas utilizados para alimentar al lactante, deben ser exhaustivamente lavados. En muchas culturas es común comer con las manos, por lo que es importante que las manos del cuidador y el niño sean cuidadosamente lavadas antes de comer. Se debe de evitar el empleo de biberones debido a su alto riesgo de transmisión de infecciones, por lo que se recomienda el empleo de vasos o tazas”³⁶

Ademas del plato existen varios aditamentos para este tipo de alimentación complementaria como lo son:

<p>Trona con bandeja</p>  <p>IMAGEN 8</p>	<p>El bebé podrá estar sentado de una manera cómoda y segura mientras come sus alimentos, existe una trona evolutiva o que significa que mientras el bebé crece esta se ajustará a la medida y necesidades del menor.</p>
---	---

<p>Trona portatil o auxliar</p>  <p>IMAGEN 9</p>	<p>Esta se utuliza mas cundo no estan en casa ya que como su nombre lo dice es portatil, asi de este modo fuera de casa tambien pueden poner en practica el método BLW.</p>
<p>Platos Antideslizables</p>  <p>IMAGEN 10</p>	<p>Estos platos es un extra ya que en las tronas se pueden poner los alimentos para que el bebé los tome, tambien podemos recurrir a los platos antideslizables cuentan con un soporte en la base que impide su movimiento y asi el menor pueda estar mas seguro a la hora de alimentarse.</p>
<p>Pre-cucharas</p>  <p>IMAGEN 11</p>	<p>Sabemos que la base de este metodo es la utilización de las manos del bebé, al paso del tiempo se le puede añadir ciertos aditamentos para su practica como lo son estas cucharas o cubiertos en general que son de un material suave al tacto y que</p>

	<p>tengan un diseño ergonómico, esto producirá seguridad al sujetarlo y lo cual no dañen los tejidos blandos o dientes de la cavidad oral.</p>
<p>Vasos de aprendizaje evolutivo</p>  <p>IMAGEN 12</p>	<p>Se debe de añadir a esta lista un vaso ya que el bebé empezara a ingerir cierto tipo de líquidos, este debe de ser especial ya que el bebé debe de tener la seguridad de que el líquido no se derrame y que pueda tomarlo y llevarlo a la boca con seguridad.</p>
<p>Baberos</p>  <p>IMAGEN 13</p>	<p>Este es un aditamento esencial ya que cuando se comienza la alimentación complementaria en especial el BLW se debe de optar por baberos grandes, impermeables y cómodos para que el bebé no se ensucie a la hora de comer.</p>
<p>Carro/Armario auxiliar</p>	<p>Uno de los principales objetivos del BLW es hacer autónomo al bebé, a medida que va creciendo este aditamento puede funcionar</p>

 <p data-bbox="548 869 699 898">IMAGEN 14</p>	<p data-bbox="956 233 1386 537">bastante bien ya que puede encargarse de tarea básicas, como que ayude a poner sus utensilios ya mencionados anteriormente, al momento de su alimentación</p>
--	---

TABLA # 7 ³⁶

CONCLUSIONES

La importancia de la educación para salud en Odontología para el Bebé abarca muchos puntos, desde la buena higiene que deben de tener los papás con su bebé hasta la correcta alimentación que complementa perfecto para el buen desarrollo y crecimiento de ellos. Es necesario reconocer que como profesionales de salud, en las primeras visitas al consultorio dental se debe de informar a los padres de familia que es muy importante la Educación y Promoción de la Salud para el bebé ya que, si no se lleva acabo una buena higiene, se puede presentar caries a edades tempranas, ocasionando daños irreparables que desencadenan maloclusiones, entre muchas enfermedades que están íntimamente relacionadas.

La cavidad oral cumple funciones importantes para el ser humano. Desde recién nacidos, el amamantamiento influye en el crecimiento correcto del maxilar y la mandíbula ya que por medio de la succión que es una acción innata, estos huesos tienen una maduración correcta y así como va pasando el tiempo, el bebé presentará una buena masticación. Al amamantar se tiene una ejercitación de los músculos y los ligamentos periorales, disminuyendo en un 50% el riesgo de que los pacientes sufran maloclusiones más adelante.

El Baby Lead Weaning es una filosofía de alimentación complementaria, que tiene más ventajas que desventajas en los bebés, ya que si se inicia en el tiempo oportuno y se combina en conjunto con la lactancia materna, sus beneficios son extraordinarios para su salud en general.

El BLW tiene un impacto muy favorable en cuestión del desarrollo neuronal y motriz, ya que iniciando a temprana edad, el bebé se vuelve autónomo y capaz.

REFERENCIAS

1. Montes P, Alimentación Complementaria:El método Baby Lead Weaning. R E de P Medicos.com,[internet] 2018. [consultado 30 de noviembre 2021] volumen XII, n. 21:106. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/alimentacion-complementaria-el-metodo-baby-led-weaning/>
2. De la literatura y protocolo de atención odontológica al bebé SB en el PA de VR. ARTÍCULO DE REVISIÓN ISSN: 1315 2823 [Internet]. Edu.ve. [cited 2021 Nov18]. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol19-n1/art05.pdf>
3. Walter LRF, Nakama R. prevenção da cárie dentária através da identificação, determinação e controle dos fatores de risco em bebês- Parte I. J Bras Odontoped Odonto bebe 1998 91-100.
4. World Health Organization (1987): Oral health surveys. Basic Methods. 3rd. Geneva, Suiza, WHO
5. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of early childhood caries (ECC). Pediatr Dent 2007/2008; 29 (suppl):13
6. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on infant oral health care. Pediatr Dent 2006; 28 (suppl): 69
7. O. Harris N, Garcia Godoy F. Odontología Preventiva Primaria. 2ª. Edición. México. El Manual Moderno; 2005. p.34-35
8. Forsberg CM, Tedestam G. Etiological and predisposing factors related to traumatic injuries to permanent teeth. Swed Dent J 1993; 17: 183-90.
9. Cameron A, Widman R. Manual de odontología pediátrica. Madrid: Harcourt Brace; 1998. p. 95-139

10. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatria, 1ª ed. Barcelona: Editorial Masson; 2004.
11. Sabuncuoglu O, Taser H, Berkem M. Relationship between traumatic dental injuries and attention- deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: proposal of an explanatory model. Dent Traumatol 2005; 21: 249-53.
12. Sánchez P., Motricidad fina y Gruesa [Internet], México, 27 de Abril, [consultado 30 de Noviembre 2021] Disponible en:
<https://mundoentrenamiento.com/motricidad-fina-y-gruesa/>
13. Ayala C, Los pediatras en la prevención de enfermedades bucales, [Internet], Uruguay, Scielo Uruguay, 2016, [Consultado 2 de Noviembre 2021]. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300009
14. 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. Bol Med Hosp Infant Mex. 2016; 73 (5): 338–56. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.pbidi.unam.mx:2443/science/article/pii/S1665114616301022>
15. Carralero D. Baby-Led Weaning: cómo disminuir la probabilidad de que tus hijos necesiten ortodoncia - Blog de David Carralero [Internet]. Davidcarralero.com. 2020 [citado el 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://davidcarralero.com/baby-led-weaning-como-disminuir-la-probabilidad-de-que-tus-hijos-necesiten-ortodoncia/>
16. Medina M, Kahn I, Muñoz P, Leyva J, Calixto J, et.al. Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. Rev.Perú.Med.esp.salud pública, [internet] 2015. [consultado 11 de noviembre 2021] vol.32,no. 3 ISSN 1726-4634. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300022
17. OMS | Alimentación complementaria. 2013 [consultado el 11 de noviembre de 2021]; Disponible en:
https://apps.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/index.html

18. Guerra María E., Mujica, C.: Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta Odont Venez. (1999); 37(2): 6-10.
19. Merino E. Lactancia Materna y su relación con las anomalías dentofaciales. Revisión de la literatura. Acta odontol.venez.[internet]. Caracas 2003. [consultado 11 de noviembre 2021] v.41, no.2, ISSN 0001-6365. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0001-63652003000200010&script=sci_arttext
20. Delgado, J. (2016). Qué es la psicomotricidad infantil. Recuperado de: <https://www.etapainfantil.com/psicomotricidad-infantil>
21. Child Mind Institute. Guía completa sobre los hitos del desarrollo. [Internet]. Estados Unidos, 2021. [Consultado 4 de Noviembre 2021]. Disponible en: <https://childmind.org/es/guia/guia-para-padres-sobre-hitos-del-desarrollo/>
22. OMS/OPS. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. [Internet]. Biblioteca Sede OPS; Washintong DC. OPS 2010. [Consultado 10 de Noviembre 2021]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf?sequence=1
23. World Health Organization, Amamantamiento [Internet]; 2021 OMS, [Consultado 12 de Noviembre 2021], Disponible en: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
24. OPS/OMS. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2002.
25. Cuadros-Mendoza CA, Vichido-Luna MÁ, Montijo-Barrios E, Zárate-Mondragón F, Cadena-León JF, Cervantes-Bustamante R, et al. Actualidades en alimentación complementaria. Acta pediátr Méx. 2017;38(3):182. [Consultado 03 de Noviembre 2021]. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912017000300182&lng=es&nrm=iso&tlng=es#B1

26. Consalino D., Alimentación con Biberón [Internet]. Thomas Jefferson University Hospital; Manual MSD Version para Profesionales; Sep 2019.

[Consultado 10 de Noviembre 2021]. Disponible en:

<https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/el-cuidado-de-los-reci%C3%A9n-nacidos-y-los-lactantes/alimentaci%C3%B3n-con-biber%C3%B3n>

27. Hinostroza M, Jara J, Montalvo S, Romero M, et.al, Impato de la latancia no materna en el Infante; [Internet], Rev. Cient. Odontol (Lima). 2017.

[Consultado 10 de Noviembre 2021]. Disponible en:

<https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/376>

28. World Health Organization, Crecimiento Infantil. [Internet]; 2021 OMS,

[Consultado 10 de Noviembre 2021] Disponible en:

<https://www.who.int/health-topics/child-growth>

29. World Health Organization, Complementary feeding: Report of the global consultation and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Who Library Cataloguing-in-Publication Data, 2002.

[Consultado 15 de Noviembre 2021]. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42739/924154614X.pdf>

30. “ Baby Lead Weaning”: Los bebés eligen que quieren comer. Y los pediatras lo aprueban. [Internet] García C. Madrid; El País, 2018.

[Consultado 17 de Noviembre 2021]]Disponible en:

https://elpais.com/elpais/2018/06/08/mamas_papas/1528454128_840806.html

31. Miranda S, Jimeno F, Martínez, S, Dalmau J. Traumatismos Dentales en Odontopediatría, [Internet]. Madrid; Odontología Pediátrica,2006. [consultado 11 de Noviembre]. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/05/103_miranda.pdf

32. Gutiérrez A. Los primeros 1000 días de vida: nutrición, hábitos y contención enfocados en elevar la calidad de vida. Rev. Mex de Orto. [Internet]. 2018, [Consultado 6 de Noviembre 2021]; Vol.6 Núm. 4, pp 214-215. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2018/mo184a.pdf>
33. Rodríguez Y, Función Motora Oral del Lactante como Estímulo de Crecimiento Craneofacial.[Internet], Univ. Odontol, Colombia.2016. [Consultado 12 de Noviembre 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/311468091_Funcion_motora_oral_d_el_lactante_como_estimulo_de_crecimiento_craneofacial Infant Oral Motor Function as a Stimulus for Craniofacial Growth
34. Unidad Editorial Revistas, S.L.U. Baby Lead Weaning. [Internet], Cuidate Plus, 2018. [Consultado 14 de Noviembre 2021]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/diccionario/baby-led-weaning.html>
35. Díaz S, Así influye el BLW en el correcto desarrollo Oral del bebé, Bebés y más, 2018. [Consultado 20 de Noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/salud-infantil/asi-influye-blw-correcto-desarrollo-oral-bebe>
36. Díaz S, Siete artículos Baby-Led Weaning para fomentar la autonomía en la alimentación de tu bebé. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/compras-para-bebes-y-ninos/siete-articulos-baby-led-weaning-para-fomentar-autonomia-alimentacion-tu-bebe>

IMÁGENES

Imagen 1: Disponible en: <http://www.centauro.com.mx/higiene-bucal-del-bebe/>

Imagen 2 Disponible en: <https://www.tubebeytu.com/sitio/como-prevenir-caries-en-mi-bebe/>

Imagen 3 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-la-caries-dental-una-enfermedad-S1696281814701842>

Imagen 4. Disponible en: <https://interoralia.com/el-traumatismo-dental-es-una-de-las-mayores-causas-de-visita-a-los-dentistas-infantiles/>

Imagen 5. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/campana-semana-mundial-lactancia-materna-2021>

Imagen 6. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf?sequence=1

Imagen 7. Disponible en:

<https://www.guiainfantil.com/salud/alimentacion/1ano.htm>

Imagen 8. Disponible en: <https://tronaparabebe.com/stokke-tripp-trapp/>

Imagen 9. Disponible en: <https://www.las4lunas.es/trona-asiento-evolutivo-bumbo-bd9/>

Imagen 10. Disponible en: <https://www.nanayshop.com.ar/productos/plato-silicona-blw-antideslizante/>

Imagen 11. Disponible en: <https://mepicalaetiqueta.com/precucharas-aprendizaje-bebes/>

Imagen 12. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/compras-para-bebes-y-ninos/siete-articulos-baby-led-weaning-para-fomentar-autonomia-alimentacion-tu-bebe>

Imagen 13. Disponible en: <https://recetasblw.net/baberos-blw/>

Imagen 14. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/compras-para-bebes-y-ninos/siete-articulos-baby-led-weaning-para-fomentar-autonomia-alimentacion-tu-bebe>

TABLAS

1 Walter LRF, Nakama R. prevenção da cárie dentária através da identificação, determinação e controle dos fatores de risco em bebês- Parte I.J Bras Odontoped Odonto bebe 1998 91-100.

2 http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300009

3 <https://mundoentrenamiento.com/motricidad-fina-y-gruesa/>

4 <https://childmind.org/es/guia/guia-para-padres-sobre-hitos-del-desarrollo/>

#5 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462016000500338

6 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912017000300182&lng=es&nrm=iso&tlng=es#B1

7 <https://www.bebesymas.com/compras-para-bebes-y-ninos/siete-articulos-baby-led-weaning-para-fomentar-autonomia-alimentacion-tu-bebe>

GRÁFICA # 1

Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf?sequence=1

ESQUEMA #1

Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912017000300182&lng=es&nrm=iso&tlng=es#B1

CUADRO # 1

Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf?sequence=1