

## Pautas orientadoras para la promoción de la salud bucal en la primera infancia para profesionales de salud

### Orientational guidelines for health professionals for oral health in early childhood

*Gloria Esperanza González C. 1*

#### ABSTRACT

Oral health is an integral part of the general health of the individual. Most common oral conditions are dental growth and development alterations and cavities. The first ones are generally related to unhealthy oral habits, unsuitable alimentary patterns, and the late acquisition of functions like mastication that generate malocclusions. Cavities, the most frequent chronic disease in childhood, can cause severe damage in the child's health such as pain, facial infections, hospitalizations and visits to the emergency room. It is intended to propose a guideline that enables an early detection of the risk factors in early childhood cavities and malocclusions by the health professionals that are in touch with the baby and the family makes the conservation of oral health possible. It is essential that the pregnant mother has good oral health care habits and to stimulate breastfeeding as a protective factor over the general and oral health of the newborn.

#### KEY WORDS

health education, early childhood cavities, self-care, malocclusion, breastfeeding, artificial breastfeeding.

#### RESUMEN

La salud bucal es parte integral de la salud general del individuo. Las afecciones bucales más prevalentes en niños son las alteraciones del crecimiento y desarrollo bucodental, y la caries. Las primeras, generalmente están relacionadas con hábitos orales nocivos, patrones alimentarios inadecuados y la adquisición tardía de funciones como la masticación que generan malocclusiones. La caries, enfermedad crónica más frecuente en la infancia, causa graves consecuencias en la salud del niño como dolor, infecciones faciales, hospitalizaciones y consultas frecuentes a los servicios de urgencia. Se pretende proponer una guía que permita detectar tempranamente los factores de riesgo para la caries de infancia temprana y malocclusiones a los profesionales de salud que entran tempranamente en contacto con el bebé y su familia para la promoción de salud bucal. Es esencial el cuidado de la salud oral de la madre gestante incentivando la lactancia materna como factor protector sobre la salud general y bucal del recién nacido.

#### PALABRAS CLAVE

Educación para la salud, caries infancia temprana, autocuidado, maloclusión, lactancia materna, lactancia artificial.

<sup>1</sup> Odontóloga y Estomatóloga pediatra. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Magister en Educación, Universidad Pedagógica Nacional, Bogotá, Colombia. Especialista en Edumática, Universidad Autónoma de Colombia, Bogotá, Colombia. Profesora asociada, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: gegonzalezc@unal.edu.co

## INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la salud tienen el compromiso de realizar una práctica centrada en el diagnóstico, la atención con énfasis preventivo y el mantenimiento de la salud incluyendo salud bucal. La caries de infancia temprana es el principal problema de salud bucal y una causa muy importante de morbilidad en niños colombianos. El 60,4 % de niños de 5 años presenta historia de caries. La presencia de maloclusiones en niños es otro problema frecuente: entre el 70% y 80% de niños a la edad de 12 años requieren tratamiento por este motivo. Se ha comprobado ampliamente los beneficios de la lactancia materna en muchos otros aspectos para la salud general de la madre y el niño. Con relación a los beneficios bucales se ha concluido que favorece al crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático porque evita la adquisición de hábitos nocivos, favorece la oclusión dental normal previniendo anomalías dentomaxilofaciales y además puede disminuir la presencia de caries de infancia temprana, siempre y cuando se tengan buenos hábitos de higiene oral (1-9).

La caries de la infancia temprana es una enfermedad que destruye el esmalte y tejido dentario debido a la acción de las bacterias presentes en la biopelícula que se adhiere principalmente en los incisivos superiores y primeros molares temporales de la boca de niños menores de 71 meses con condiciones desfavorables de vida que no les permite prevenirla. Teniendo en cuenta que un buen cuidado en los primeros años de vida determina una buena salud bucal en el adulto, es de vital importancia identificar los determinantes sociales de su salud oral. La influencia de la lactancia materna, el uso del biberón y del chupo de entretenimiento, la transmisión bacteriana, los alimentos con potencial cariogénico, la higiene bucal, la primera visita al odontólogo, el acceso a los servicios de salud oral y la educación, son entre otros, además de la atención por parte de su núcleo familiar y demás profesionales de salud, aspectos fundamentales para preservar salud oral (4-6, 8-12).

En pediatría la educación del niño y su entorno familiar es uno de los factores más importantes para la prevención y la promoción de la salud. Los niños y sus padres deben comprender sus responsabilidades y necesidades en el mantenimiento de la salud. Al tener en cuenta que los pediatras y las enfermeras jefes en los programas de crecimiento y desarrollo son quienes tienen la oportunidad del primer contacto con el bebé y la familia, es obvia la importancia de su papel al informar sobre la etiología de la caries y de las maloclusiones. El pediatra y los demás profesionales del equipo interdisciplinario de salud encargados de la primera atención del bebé son clave en el mantenimiento de la salud bucal en la primera infancia y deben saber cómo dar una orientación temprana sobre la misma (3-6, 10-12). La tendencia actual para la promoción de salud es la detección de factores de riesgo comunes a varias enfermedades, para controlarlos con el objetivo de mantenerse saludable.

El propósito de este artículo es ofrecer a los profesionales de salud una guía básica como herramienta útil en su práctica profesional para la promoción de salud oral en la primera infancia como base firme para el desarrollo futuro de salud bucal en el adulto.

### SALUD ORAL EN EL BINOMIO MADRE-HIJO

En la actualidad, varios artículos científicos presentan estudios y conclusiones sobre los mecanismos fisiológicos que determinan la relación entre enfermedad periodontal en la embarazada y el parto prematuro (13-19). La enfermedad periodontal activa presente en el

segundo trimestre del embarazo puede aumentar la posibilidad de un parto prematuro. Esta relación se explica por dos mecanismos etiológicos directos e indirectos:

- Efecto directo. Vía hematológica. Por un lado, en el embarazo se presenta mayor riesgo del desarrollo de enfermedades gíngivo-periodontales, un aumento en la proporción de microorganismos aerobios en relación a los anaerobios y de los Gram negativos en relación a los Gram positivos (entre estos el *fusobacterium nucleatum*). Además, en las intervenciones odontológicas e incluso con el cepillado dental u otra acción mecánica sobre la encía inflamada, se produce una bacteremia transitoria que por diseminación hematológica podría establecer una infección a nivel del líquido amniótico.
- Efecto Indirecto. Respuesta inflamatoria. En el parto a término se identifican varios factores con el inicio del trabajo de parto, entre ellos el aumento de las prostaglandinas. La enfermedad periodontal integra al medio interno ciertos productos bacterianos, como los lipopolisacáridos, y estos conjugados con sustancias como las citoquinas generan la liberación de mediadores inflamatorios incrementando las prostaglandinas. Esta situación representa en la mujer embarazada un factor de riesgo importante en la ruptura prematura de membrana.

Por lo anterior, hay suficiente evidencia que muestra la relación entre la enfermedad periodontal con el parto prematuro y el bajo peso al nacer. El tratamiento de las gestantes con enfermedad periodontal parece tener claros beneficios. Es relevante que el equipo médico tome acciones preventivas en las gestantes desde el inicio del embarazo con controles periódicos y estrictos de su salud oral.

#### LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR DE MALOCCLUSIÓN Y CARIES DE INFANCIA TEMPRANA

El recién nacido presenta la mandíbula retruida y al realizar los movimientos para tomar el pezón y deglutir, cuando es lactado naturalmente, va conformando la cavidad bucal pues se adelanta la mandíbula para el desarrollo normal de su oclusión. Cuando el bebé es lactado artificialmente, debe realizar movimientos linguales no fisiológicos para controlar la cantidad de leche que ingiere para evitar broncoaspiraciones y, por ende, se alteran los movimientos armónicos de los maxilares y demás estructuras del aparato estomatognático que intervienen en la succión. Es decir, que la falta de movimientos osteomusculares fisiológicos disminuye la estimulación del crecimiento y desarrollo de la cavidad bucal y en general del complejo maxilofacial generando maloclusión (20-25).

Por otro lado, el bebé no solo obtiene alimento por el amamantamiento, sino que se propicia un momento de disfrute junto a su madre, siente su olor, escucha sus latidos y obtiene bienestar. Es importante la posición del bebé durante la lactancia materna, para obtener el estímulo necesario para el crecimiento y desarrollo del complejo buco-maxilofacial. Debe estar en posición vertical con su cara perpendicular al seno para estimularlo a un mayor trabajo muscular.

No hay duda de que la lactancia materna exclusiva constituye la alimentación ideal, suficiente para mantener un crecimiento y un desarrollo óptimos durante los seis primeros meses de vida, aproximadamente. Sólo en algunos casos especiales puede ser necesario aportar vitamina D y hierro antes de los 6 meses de edad, aunque no de forma sistemática.

La introducción gradual de alimentos sólidos enriquecidos con hierro debe complementar la alimentación de pecho durante el segundo semestre de vida. Aun cuando el niño ya es capaz de recibir otro tipo de alimentos, la leche materna seguirá siendo su fuente primordial de nutrición durante los primeros 12 meses. Se convierte en complemento de los alimentos al segundo año de vida. Las razones más comunes para indicar el destete son la aparición de los dientes, el nacimiento de un hermano, la reincorporación de la madre a la actividad laboral, la adquisición del lenguaje, el comienzo de la movilidad independiente del niño o el inicio de la escolaridad (26).

Las maloclusiones están en el tercer puesto de los problemas de salud bucal más frecuentes después de la caries y la enfermedad gingival. Estudios nacionales e internacionales le atribuyen de un 70 a 80% de incidencia en la población. Estas anomalías, igual que las otras enfermedades bucales más frecuentes, no son riesgo para la vida, pero por su prevalencia e incidencia son considerados como problemas de salud pública. Por esta razón, la educación se constituye en factor primordial para la promoción de salud bucal y prevención de estas entidades en la primera infancia. (7, 20,22, 24).

FIG. 1 Lactancia materna



FIG. 2 Lactancia artificial con biberón



En el primer año el bebé debe desarrollar la respiración nasal. La lactancia materna refuerza los estímulos para esta respiración. En el amamantamiento el recién nacido debe coordinar los movimientos de los músculos de la boca, la lengua, el paladar y la faringe. Este proceso es muy importante para su crecimiento por sus beneficios nutricionales y psicológicos. Al tomar el pezón y deglutir, el bebé va conformando la forma de la cavidad bucal y con el adelantamiento de la mandíbula va desarrollando su oclusión adecuada. Si el niño es alimentado artificialmente con biberón, debe realizar movimientos linguales no fisiológicos para controlar la cantidad de leche que ingiere y por lo general no requiere movimientos musculares para la extracción del líquido disminuyendo la estimulación del crecimiento del complejo buco-maxilofacial condicionando la aparición de maloclusiones (24).

Por lo anterior es muy importante la educación para salud bucal de las gestantes incluyendo aspectos nutricionales en el embarazo, autocuidado con hábitos de higiene, controles periódicos de su salud oral, importancia de la lactancia materna, alimentación complementaria

del lactante, introducción temprana de higiene oral en el bebé, efectos deletéreos de lactancia artificial como la succión digital (asociada al hambre), molestias de la erupción dental, sueño y desarrollo psicológico entre otras. Este hábito, igual que la lactancia prolongada especialmente la artificial, genera alteraciones bucales dependiendo de la frecuencia, intensidad, duración y el lugar de posición del dedo o chupo en la boca. Entre las alteraciones más frecuentes están las mordidas abiertas, mordidas cruzadas, malposición dental y alteraciones en la forma de los arcos dentarios.

Por otro lado, la caries de infancia temprana es un tipo muy agresivo de caries que afecta a los niños más pequeños y que puede causar grandes estragos en la dentición de los lactantes en un periodo muy corto. La enfermedad puede seguir patrones característicos a los pocos meses de su erupción, y los primeros dientes afectados son los incisivos superiores, pues son de los primeros dientes en emerger a la cavidad bucal. Las lesiones cariosas aparecen rápidamente en los dientes y siguen la secuencia de erupción. Se ha determinado una clara relación entre los hábitos alimenticios inadecuados, falta de higiene con el compromiso de la salud bucal en la primera infancia (12).

El esmalte dentario en sus primeros 20 meses post-erupción sufre un proceso de maduración post-eruptiva. Al emerger en la cavidad bucal los dientes tienen un esmalte joven que requiere estar expuesto a la saliva para completar su proceso de mineralización. Si estos dientes inmaduros no se limpian adecuadamente y además, en lugar de ser bañados por saliva, están inmersos en líquidos que tienen potencial cariogénico el resultado es la presencia de caries de infancia temprana.

Esto no se da por la ingesta de antibióticos, como refieren los padres o porque el bebé tiene mala dentadura heredada. La falta de habilidad motora de los niños menores de 36 meses los hace dependientes de sus padres como responsables de la remoción mecánica de biopelícula o placa bacteriana, por eso es indispensable que la educación en salud bucal se imparta muy temprano por profesionales de salud que tienen contacto temprano para prevenir esta enfermedad (10-12, 27, 28).

FIG. 3 Lesiones iniciales de caries de la infancia temprana



FIG. 4 Caries de la infancia temprana en bebé de 18 meses



La caries de infancia temprana es el principal problema de salud bucal y una causa muy importante de morbilidad en niños colombianos. En Colombia el 60,4 % de niños de 5 años presentó historia de caries y el 54,8 % caries activa en la dentición primaria sin tratamiento en el momento del estudio (7). Los datos sobre promedios de dientes cariados, perdidos y obturados en dentición temporal (ceop-d) reportados desde el punto de vista clínico corresponden a la enfermedad de caries dental como una cavidad evidente en dentina. Ello requiere tratamientos de operatoria, de endodoncia e incluso de exodoncia, que implican procedimientos que pueden causar incomodidad y generar actitudes de aprehensión, capaces de interferir con el mantenimiento de la salud oral en los niños y que comúnmente pueden permanecer hasta la vida adulta.

FIG. 5 Tratamiento complejo de caries de infancia temprana

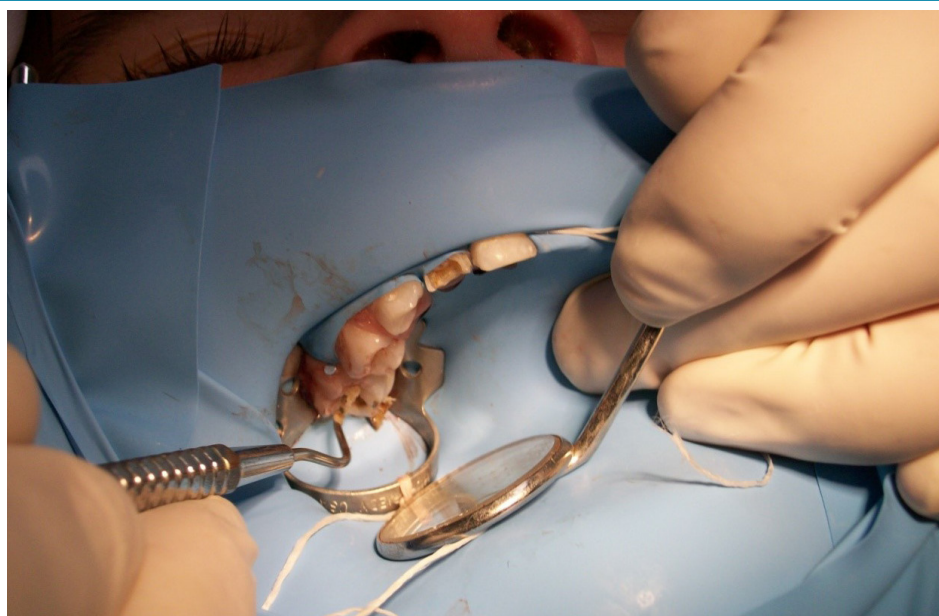


FIG. 6 Secuelas de caries de infancia temprana



La caries de infancia temprana presenta en Colombia proporciones epidémicas. En 1995 en Medellín se encontró que el 45% de los niños entre uno y cinco años de edad de estratos medio y bajo presentaban caries en el momento del examen, cifra que alcanzaba un 62% en el 2005 (29). En Bogotá se encontró que la prevalencia del patrón de caries de la infancia temprana es del 2% para el estrato alto, del 33% para el medio y del 64% para el bajo (30).

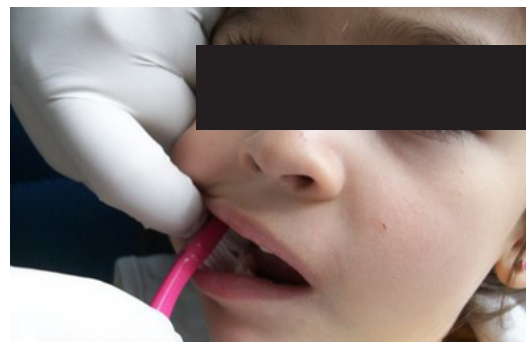
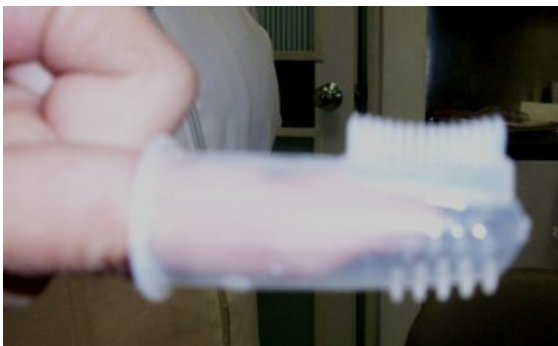
En el 2009, otro estudio realizado también en la ciudad de Medellín, en el que examinaron a 162 niños menores de cinco años, encontró que el 77,8% tenía experiencia de caries (31). Ello indica que, lejos de controlarse la caries en la primera infancia en nuestro país, se está incrementando.

#### PROGRAMAS PREVENTIVOS BINOMIO MADRE-HIJO

Los programas aplicados sobre el binomio madre-hijo tienen los siguientes objetivos fundamentales:

- Promoción de salud en el medio ambiente íntimo (núcleo familiar), de hábitos, conductas y comportamientos saludables ya que se reconoce que las enfermedades bucales más prevalentes están directamente relacionadas con el estilo de vida. Tratar, educar y controlar a las madres para el mantenimiento de la salud oral desde inicio del embarazo para disminuir riesgo de contaminación infecciosa, para promover pautas de lactancia materna e higiene bucal. Identificar aspectos conductuales y comportamentales que puedan comprometer la salud (factores de riesgo).
- Controlar la transmisibilidad microbiana resaltando fundamentalmente el papel de la madre en la instalación de la microbiota de la mucosa oral definitiva del niño y un factor de riesgo determinante del proceso salud-enfermedad bucal de su hijo.
- Promover un crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático armónico potenciando los recursos biológicos que establecerán un equilibrio de las fuerzas musculares modeladoras y un desarrollo más favorable de las funciones, incentivando la lactancia materna

FIG. 7 Cepillo en dedal de silicona    FIG. 8 Cepillado por un adulto en niño menor de 5 años



### COMPONENTES DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD BUCAL BINOMIO MADRE-HIJO

Las siguientes estrategias son herramientas esenciales en un programa de promoción de salud bucal y prevención de enfermedades en el binomio madre-hijo (1-5):

1. Examen clínico inicial de la madre embarazada (valoración factores de riesgo) y posteriormente también a su hijo.
2. Componente educativo dirigido a la madre embarazada. Motivación para participar en el programa. Talleres con técnicas para remoción y control de su biopelícula y posteriormente la de su hijo. Se dan pautas de lactancia materna.
3. Tratamiento clínico que incluye remoción de cálculos y profilaxis dental. Control químico de la biopelícula (enjuagues antimicrobianos).
4. Seguimiento de la salud del binomio madre-hijo hasta los 2 años del bebé, detectando y controlando factores de riesgo para caries y enfermedad gingival.
5. Diagnóstico temprano y seguimiento de lesiones cariosas en esmalte (ICDAS 1 e ICDAS 2) en los bebés.

### PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES EN LA PRIMERA INFANCIA

En la tabla 1 se resumen las recomendaciones para los médicos, pediatras, enfermeras jefes y demás profesionales de la salud para promoción de salud oral prevención en la primera infancia (3-6, 10, 13, 15,20-26).

TABLA 1. PAUTAS O CRITERIOS ORIENTADORES PARA PROMOCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA PRIMERA INFANCIA PARA PROFESIONALES DE SALUD

Aspectos	Recomendaciones
Lactancia materna	Fomentar lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida. Desaconsejarla en la noche a libre demanda después de la erupción del primer diente. Si el niño se queda dormido mientras es lactado, limpiarle los dientes con cepillo en dedal de silicona para bebés o con gasa antes de acostarlo.
Lactancia con biberón	No recomendarla en lo posible. El biberón debe utilizarse sólo con leche de fórmula. Las demás bebidas ofrecerlas en vasos. No agregar azúcar ni panela. Desaconsejarla después de la erupción del primer diente. Si el niño se queda dormido mientras es lactado, limpiarle los dientes con cepillo en dedal de silicona para bebés o con gasa antes de acostarlo. Debe suspenderse progresivamente a partir de los 12 meses y definitivamente cuando erupcionan los primeros molares.



TABLA 1. PAUTAS O CRITERIOS ORIENTADORES PARA PROMOCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA PRIMERA INFANCIA PARA PROFESIONALES DE SALUD

Aspectos	Recomendaciones
Uso del chupo de entretención o chupete	Debe ser anatómico, retirarlo progresivamente a partir de los 12 meses y definitivamente hacia los 2 años.
Transmisión bacteriana	Desaconsejar hábitos como compartir utensilios (cucharas, vasos entre otros) con el bebé, limpiar el chupete con la saliva, besarlo en la boca o soplar sobre los alimentos.
Alimentación potencialmente cariogénica	Evitar fuentes de azúcares fermentables, especialmente en los primeros 2 años de vida Evitar consumo de alimentos azucarados y de consistencia pegajosa. Evitar golosinas entre comidas.
Higiene bucal	Se debe iniciar desde el momento del nacimiento, antes de la erupción de los primeros dientes, iniciando una vez al día con gasa húmeda o dedal de silicona. Después de la erupción de los primeros dientes, realizar la limpieza bucodental del bebé, dos veces al día con cepillo de dedal de silicona. Después de la erupción de los primeros molares utilizar un cepillo infantil de cerdas suaves y cabeza redondeada. Usar seda dental por lo menos una vez al día cuando existan contactos entre los dientes. No utilizar crema dental con flúor hasta que el niño aprenda a escupir (después de los 3 años). Se puede utilizar crema dental con flúor en niños mayores de 7 años con factores de riesgo para caries, pero controlando la cantidad. Debe realizarla los padres hasta que el niño sea autónomo, hasta los 7 u 8 años y con supervisión hasta los 10 a 12 años.
Uso de flúor	Se indica según riesgo para caries, edad y concentración de flúor en el agua de consumo diario. El Odontopediatra decidirá o no su aplicación y la frecuencia.
Aplicación de sellantes	Se aplican según factores de riesgo para caries. En caso de morfología muy retentiva o defectos en la estructura dental.
Primera visita al odontopediatra	En los primeros 6 meses de vida. Aunque en los programas materno infantiles se inicia con la educación y recomendaciones a la madre para salud bucal de su hijo.

Fuente: elaboración propia

En la tabla 2 se exponen algunos parámetros para valorar el riesgo para caries en los niños en la primera infancia (3-6).

TABLA 2. FACTORES PARA VALORACIÓN DE RIESGO PARA CARIES DE INFANCIA TEMPRANA PARA PROFESIONALES DE SALUD

Edad	Evaluación de riesgo
Nacimiento a los 9 meses	¿La madre o hermanos tienen caries, enfermedades gingivales o periodontales? ¿La madre o hermanos asisten regularmente a controles en salud oral? ¿Usan agua fluorada para beber o cocinar? ¿El bebé presenta compromiso sistémico con necesidades especiales de cuidado (bajo peso al nacer, prematuro, anomalías congénitas, afecciones cardíacas o neurológicas entre otras)?
De 9 a 18 meses	Tener en cuenta preguntas anteriores y además realizar las siguientes: ¿El bebé se queda dormido con un biberón con leche o cualquier líquido con potencial cariogénico? ¿Amamanta al bebé a libre demanda durante toda la noche? ¿El bebé toma sorbitos de un vaso o de un biberón que contiene leche u otros líquidos azucarados entre comidas? ¿Los padres o un adulto ya comenzaron a cepillarle los dientes, especialmente antes de dormir? ¿El bebé consume galletas, dulces o golosinas entre comidas?
De 18 a 36 meses	Tener en cuenta preguntas anteriores y además realizar las siguientes: ¿Los padres o un adulto le cepillan los dientes por lo menos dos veces al día? ¿Le están pasando la seda dental en los contactos estrechos de los dientes y molares?

Fuente: elaboración propia.

Si la mayoría de las preguntas tienen respuestas afirmativas, el bebé tiene un riesgo alto de sufrir de caries de infancia temprana y debe remitirse inmediatamente al odontólogo pediatra.

La promoción de la salud bucal y la prevención de caries en la primera infancia y alteraciones en oclusión está dada básicamente por la asesoría nutricional en relación a la lactancia materna y artificial sumada a la destreza que adquieran los padres para realizar la higiene bucal a los niños. Es importante tener en cuenta los siguientes periodos para el aprendizaje:

- Erupción de los primeros dientes (entre el nacimiento y los dos años). El niño es totalmente pasivo en el cepillado y depende totalmente de sus padres. Hay una limitación importante y es la falta de cooperación del niño. En este periodo la prevención se basa en la supervisión, control y asesoría por parte del odontólogo a los padres en hábitos nutricionales y de higiene bucal.

- Se debe motivar a los padres a la lactancia materna, resaltando sus beneficios que favorecen el desarrollo óseo y muscular de las arcadas dentarias, previene las maloclusiones y demás factores protectores para la salud general. Sin embargo, se les debe instruir en el potencial cariogénico de la leche y la necesidad de limpieza de la boca especialmente cuando inicia la erupción dental.
- Erupción de los primeros y segundos molares. (Entre los 2 y los 5 años). En esta fase el niño es muy sumiso, pero con limitaciones en la coordinación motora y en la motricidad fina. Por esta razón requiere de la ayuda de los padres. Es de vital importancia la remoción de la biopelícula con el cepillado y el uso de seda dental para la prevención sin descuidar el control de buenos hábitos nutricionales, dieta balanceada y alertarlos del riesgo potencial del consumo frecuente de golosinas. Además del riesgo de caries en esta etapa, es común la alteración de la oclusión por malos hábitos de succión (2, 10, 27).

En la tabla 3 se relacionan algunas recomendaciones para prevención de la caries en la primera infancia por medio de la detección temprana del riesgo (2-6,10).

TABLA 3. RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA PARA PROFESIONALES DE SALUD.

Edad	Recomendaciones
Nacimiento a los 9 meses	<p>Estimule higiene oral adecuada por parte de los padres o cuidadores especialmente antes de acostarlo. No chupar los chupos, no besarlo en la boca y no soplar los alimentos.</p> <p>No recomiende uso de biberón, reforzar lactancia materna, dieta complementaria. No probar alimentos ni compartir utensilios. No dejarlo dormir con el biberón.</p> <p>Explique la necesidad de acudir temprana y regularmente a citas de control, y prevención en salud oral.</p>
De 9 a 18 meses	<p>Reforzar recomendaciones anteriores.</p> <p>Recomendar crema dental sin flúor por el riesgo de fluorosis en los dientes permanentes porque los bebés de esta edad generalmente la degluten.</p> <p>Refuerce hábitos alimenticios saludables y desaconseje hábitos de "picar" todo el día.</p> <p>Pregunte cómo le fue en la primera cita con el Odontopediatría.</p>
De 18 a 36 meses	<p>Repasar la información anterior.</p> <p>Refuerce la importancia del cepillado y el uso de seda dental por un adulto.</p> <p>Si el bebé aún consume biberón, recomiende que lo suspenda. En esta edad el riesgo de caries es mayor por la erupción de los molares y también por el riesgo de generar hábitos orales no nutritivos que producen maloclusión.</p> <p>Monitoreé que el niño asista a los controles preventivos de salud oral mínimo una vez al año, según riesgo.</p>

Fuente: elaboración propia.

Al tener en cuenta que entre los profesionales de la salud los pediatras son quienes tienen la oportunidad del primer contacto con el bebé y sus padres, y quienes realizan el seguimiento de su crecimiento y desarrollo, queda clara la influencia que ejercen estos profesionales sobre el bebé y su familia. Como los diferentes factores etiológicos implicados en la caries y en las maloclusiones pueden estar condicionados por la actuación de los profesionales que asisten al niño y su entorno, el pediatra y su equipo desempeña un papel clave en el mantenimiento de la salud bucal en la primera infancia y debe conocer la orientación temprana sobre salud bucal.

La odontopediatría tiene implícita una filosofía de atención integral para la salud oral del niño donde la educación y la prevención son determinantes fundamentales. Donde la prevención significa mantener el crecimiento y desarrollo del complejo estomatognático del niño en condiciones de normalidad vigilando y detectando e intersectando precozmente factores de riesgo que puedan producirle alteraciones, educando, adoptando y poniendo en práctica los conocimientos, medidas, actitudes y estilos de vida saludables lo más tempranamente posible. Detectar o interceptar significa detener el curso del desvío y retornando al estado de normalidad, adoptar medidas preventivas para impedir que nuevamente se produzcan desvíos. La valoración precoz que se propone a los diferentes profesionales de salud tiene el objetivo de prevenir la caries de infancia temprana y en general promover la salud bucal en el bebé, práctica que ya se tiene rutinariamente en países como Brasil y en otros países del mundo que han demostrado sus beneficios (32).

## CONCLUSIONES \_\_\_\_\_

Desde una mirada integral, la salud bucodental, al igual que la salud general, es el resultado de una serie de determinantes sociales como los estilos de vida, el ingreso económico, la educación, la alimentación, el acceso a los servicios de salud, la cultura y las políticas públicas, entre otros. Esto implica que para lograr la conservación o cuidado de la salud se requiere de estrategias sostenibles y se requiere una visión holística de la salud bucal, que vaya más allá de los factores de riesgos individuales y que además contemple el trabajo coordinado y articulado de múltiples sectores y actores (6).

Como profesionales de la salud, especialmente los que centramos nuestro quehacer en la primera infancia (pediatras, odontopediatras, equipos de crecimiento y desarrollo, entre otros), sabemos que la educación para la salud es una estrategia esencial para la prevención de enfermedades prevenibles como la caries de infancia temprana, que es más frecuente que el asma y la rinitis alérgica en niños preescolares (32-34). Esta es una entidad agresiva de inmensos costos económicos, psicológicos para el bebé que la sufre y para todo su entorno familiar. Toda la información de salud bucal debe ser adecuada, coherente y estar consensuada por los diferentes profesionales que trabajan con el niño. Estas pautas de salud oral, basadas en experiencia clínica y en la evidencia actual, son una propuesta para criterios fundamentados en la salud y no en la enfermedad.

Es necesario resaltar la importancia de la salud bucodental como parte de la salud general y de todo el ciclo vital humano, especialmente en la primera infancia y reiterar lo siguiente:

- Resaltar la necesidad de integrar la promoción de salud oral y la prevención de las enfermedades bucodentales en el marco de la prevención de otras enfermedades no transmisibles, basados en el enfoque de riesgos comunes en la primera infancia.
- Manifiestar la importancia del abordaje de la salud bucodental por todo el equipo de salud de manera articulada.
- Capacitar con los conceptos teóricos básicos y las herramientas para que el equipo de salud se encuentre preparado para promocionar la salud bucodental, prevenir las principales enfermedades bucales, detectar tempranamente factores de riesgo y la presencia de primeros signos clínicos, y derivar o remitir a los especialistas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GÓMEZ G. "Educación para la salud dental". Gaceta dental. 1997; 80: 64 – 68. [Disponible en: [www.infomed.es/amudenes/articulo4.pdf](http://www.infomed.es/amudenes/articulo4.pdf). Consultada el 28 de agosto de 2013].
2. CANCADO DE FIGUEREIDO, M Y LÓPEZ MC. "La clínica odontológica del bebé integrando un servicio de Salud". Arch PediatrUrug 2008; 79 (2). Disponible en: [www.scielo.edu.uy/scielo.php?...05842008000200008](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?...05842008000200008). [Consultada el 30 de agosto de 2013]
3. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. "Guía Pediátrica para la salud oral infantil. Guía de Referencia. [Disponible:<http://www2.aap.org/...docs/SpanishReferenceGuide.pdf>... Consultado el 3 Septiembre de 2013]
4. PALMA C, CAHUANA A, GÓMEZ L. "Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida". Acta Pediatr Esp. 2010; 68(7): 351–357. [Disponible: <http://www.odontologiaparabebes.com/pdf/Guia%20para%20la%20salud%20bucal.pdf> Consultado el 3 de septiembre de 2013]
5. PALMA C, CAHUANA, A. "Pautas para la salud bucal en los primeros años de vida". [Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/...p/v9n2/a07v9n2.pd...l>. Consultado el 6 de Septiembre de 2013].
6. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. Presidencia de la República del Paraguay. "Guía de Abordaje Integral a la salud Bucodental para el equipo de salud". [Disponible en: [http://www.mspbs.gov.py/...a%20Abordaje\\_enero2013.pd...](http://www.mspbs.gov.py/...a%20Abordaje_enero2013.pd...) consultado 6 de Septiembre de 2013]
7. MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA, CENTRO NACIONAL DE CONSULTORÍA. III Estudio Nacional de SaludBucal-ENSAB III. II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas-ENFREC II. Bogotá; 1999.
8. OMS-ORAL HEALTH DATABASES. [http://www.who.int/oral\\_health/en/index.html](http://www.who.int/oral_health/en/index.html) [Consultada 4 septiembre de 2013]

9. **OMS-SALUD BUCAL.** <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/> [Consultada 4 de Septiembre de 2013]
10. **TUROLLA WM, NOSÉ C, NAHÁS P, CÓRREA, M.** "Educación y motivación en la promoción de la salud bucal". En: *Odontopediatría en la primera infancia*. Ed. Gen Santos. Sao Paulo, Brasil. 2009.
11. **GONZÁLEZ GE.** Jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia: Evaluación de un programa para la promoción de salud bucal en la primera infancia. [Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/120/12021210.pdf> 9. Consultado Agosto 30 de 2013]
12. **GUDIÑO FS.** La caries dental debe prevenirse. Disponible en: <http://www.diarioextra.com/2007/setiembre/10/es-pectaculos03.php>.
13. **PALMA C.** "Embarazo y salud oral". Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/55442096/Embarazo-y-Salud-Oral>. [Consultado 6 de Septiembre de 2013].
14. **FLORES J, OTEO A, MATEOS L, BASCONES A.** "Relación entre enfermedad periodontal y parto prematuro y bajo peso al nacimiento: una revisión de literatura". *Avances en Periodoncia*. Vol 16 – No. 2. Agosto 2004. Disponible: [http://scielo.isciii.es/0200004&script=sci\\_arttex](http://scielo.isciii.es/0200004&script=sci_arttex). [Consultada 30 de Agosto de 2013]
15. **FUENTES R, OPORTO G, ALARCÓN AM, BUSTOS L, PRIETO R, RICO H.** "Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo". *Avances en Odontoestomatología*. Vol. 25 No. 3 Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n3/original3.pdf>. [Consultado 28 de Agosto de 2013]
16. **RICHÉ EL, BOGGESS KA, LIEFF SA, OFFEN BACHER S.** "Periodontal diseases increases the risk of preterm delivery among preeclamptic women". *Ann Periodontol* 2002; 7:95-101.
17. **LOPEZ NJ, SMITH PC, GUTIÉRREZ JF.** "Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease". *J Periodontol* 2002; 73(8):911-24.
18. **PEÑA M, ORTIZ C, PEÑA L, PASCUAL V, TOIRAC A.** "La enfermedad periodontal como factor de riesgo para partos pretérmino y nacimiento de niños con bajo peso" Disponible en línea MEDISAN 2006;10(esp).<[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_\(esp\)\\_06/san04\(esp\)06.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_(esp)_06/san04(esp)06.htm). [Consultado 28 de Agosto de 2013].
19. **PACHAS FM, SÁNCHEZ YD, CARRASCO MB ET AL.** "Perfil de atención de salud en gestantes y niños de 0-71 meses de edad, de un Puesto de Salud del Cono Norte – Carabayllo, Lima-Perú". *Rev. Estomatol. Herediana*. [online]. jul./dic. 2008, vol.18, no.2 Disponible [http://www.upch.edu.pe/...18\\_n2/vol18\\_n2\\_08\\_art02.pd...](http://www.upch.edu.pe/...18_n2/vol18_n2_08_art02.pd...) [Consultado 3 de Septiembre de 2013]

20. **CUJIÑO ML.** "Lactancia materna: factor protector de la dentición". Disponible: [www.bvs-vspcol.bvsalud.org/...iah/?IscScript=iah/...](http://www.bvs-vspcol.bvsalud.org/...iah/?IscScript=iah/...) [Consultada el 4 de Septiembre de 2013]
21. **CASTILLO JR, RAMOS A, CASTILLO A, RIZO R, CADIZ A.** "Lactancia materna e inmunidad: Impacto social". MEDISAN [online]. 2009, vol.13, n.4, pp. 0-0. ISSN 1029-3019. Disponible en: [scielo.sld.cu/...1029-30192009000400013&script=sci.....](http://scielo.sld.cu/...1029-30192009000400013&script=sci.....) [Consultada 7 de septiembre de 2013]
22. **OMS.** "Alimentación del lactante y niño pequeño" <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/> [Consultada 4 de Septiembre de 2013].
23. **GUERRA ME, MUJICA C.** "Lactancia materna y su relación con las anomalías Dentofaciales. Revisión de la literatura". Disponible: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652003000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652003000200010&script=sci_arttext). [Consultada 6 septiembre de 2013]
24. **BENITEZ L, CALVO L, QUIRÓS O, MAZA PD, JURISIC A, ALCEDO C, FUENMAYOR D.** "Estudio de la lactancia materna como un factor determinante para prevenir las anomalías dentomaxilofaciales" Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica septiembre 2009. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/...licaciones/2009/art20.as...> [Consultada el 30 de Agosto de 2013].
25. **MERINO E.** "Lactancia materna y su relación con las anomalías Dentofaciales. Revisión de la literatura". Acta odontol. venez [revista en la Internet]. 2003 Mayo [citado 2013 Sep 06] 41(2): 154-158. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652003000200010&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652003000200010&lng=es).
26. **RIAÑO I.** "Lactancia prolongada, tiene inconvenientes?". Disponible en: [www.albalactanciamaterna.org/index.php?s=file\\_download&id=10](http://www.albalactanciamaterna.org/index.php?s=file_download&id=10) ". [Consultada 6 de Septiembre de 2013]
27. **FERNÁNDEZ F, CIAMPONI AL, COZZA A, NAHÁS MS.** "La Caries Dentaria" En: Odontopediatria en la primera infancia. Ed. Gen Santos. Sao Paulo, Brasil. 2009.
28. **PÉREZ MA, LATORRE MRDO, SHEIHAM A.** Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 53 – 63
29. **ESCOBAR PG, ORTIZ AC, MEJÍA LM.** Caries dental en los menores de veinte años en Colombia: un problema de salud pública. Revnut.udea 21(2): 107-18. Disponible en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021210](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021210) [Consultada 3 de Septiembre de 2013]
30. **PROYECTO DE ACUERDO 065/ 2007, POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE DE MANERA PERMANENTE EL PROGRAMA DE "SALUD ORAL AL COLEGIO, EN BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL".** [internet]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co>.

31. ESCOBAR PG, RAMÍREZ BS, FRANCO ÁM, TAMAYO ÁM, CASTRO J F. Experiencia de caries dental en niños de 1-5 años de bajos ingresos. Medellín. Colombia Rev.CESOdont. 2009; 22(1): 21-28. Disponible en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021210](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021210) [Consultada 3 de Septiembre de 2013]
32. FERREIRA MC. "Programa Preventivo e Interceptivo de Maloclusiones en la Primera Infancia". En: Odontopediatria en la primera infancia. Ed. Gen Santos. Sao Paulo, Brasil. 2009.
33. PALMA C, GARCÍA C, GONZÁLEZ Y. "Prevencio de caries dental en infants menors de 3 anys". Disponible en: <http://oscarsanchez.soyexpertoweb.com/...20nadons.pdf>. [Consultado 6 de Septiembre de 2013].
34. BISHOP S. "Early Childhood Caries Planning Submitte". Disponible en: [www.peoriacounty.org/download?path=/pcchd/Dental%20](http://www.peoriacounty.org/download?path=/pcchd/Dental%20). [Consultado 6 de Septiembre de 2013].