

Ciccalé et al. *Clínica del bebé y salud bucal en atención primaria. Una revisión. MedULA 20: 88-95.*

## LA CLÍNICA DEL BEBÉ: UNA ALTERNATIVA DE SALUD BUCO DENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. UNA REVISIÓN.

Ana Ciccalé de Pachano y Zayda C. Barrios G.

Departamento de Odontología Preventiva y Social. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. [anapachano@hotmail.com](mailto:anapachano@hotmail.com), [zayda\\_barrios@hotmail.com](mailto:zayda_barrios@hotmail.com)

### Resumen.

La caries de la primera infancia, con una prevalencia de 1 a 12% en países desarrollados y del 70% en países en desarrollo, pueden ser prevenida si la madre adopta cuidados preventivos desde la etapa de gestación y a partir del nacimiento. Los proveedores de atención médica primaria que en su práctica se relacionan con mujeres en período de gestación y con los niños menores de 5 años, tienen un papel importante al proporcionar el asesoramiento preventivo necesario en salud bucal. Esto crea hábitos saludables, en lugar de que se luche por corregir hábitos nocivos y problemas dentales ya instaurados. El propósito de esta revisión bibliográfica es fomentar la prevención y atención odontológica en la primera infancia, buscando disminuir la alta morbilidad de caries dental en la población infantil. La odontología para bebés está fundamentada en el establecimiento de un programa materno-infantil, que dé cobertura a embarazadas, madres, recién nacidos y niños hasta los 3 años de edad; considerando estos periodos los más oportunos para la preservación de la higiene bucal y el desarrollo de otros hábitos saludables que constituyen antecedentes necesarios para la prevención de enfermedades bucales.

**Palabras claves:** Odontología para el bebé, odontología preventiva, salud oral, conocimientos y prácticas

### Abstract.

#### **Baby Clinic: An alternative in oral dental health in primary care. A review.**

The decay of the early childhood, with a prevalence of 1 to 12% in developed countries and 70% in developing countries, can be prevented if the mother takes preventive care from the stage of pregnancy and after birth. Providers of primary health care which in practice relate to women in gestation period and with children under the age of 5 years, have an important role by providing the necessary preventive advice on oral health. This creates healthy habits, in place of that fight for correct harmful habits and dental problems already installed. The purpose of this literature review is to promote prevention and dental care in early childhood, seeking to reduce the high morbidity of dental caries among children. Dentistry for babies is based on the establishment of a maternal and child health programme, that of coverage to pregnant women, mothers, newborn infants and children up to 3 years of age; Whereas these periods the most timely for the preservation of oral hygiene and the development of other healthy habits which constitute necessary background for the prevention of oral diseases.

**Key words:** Dentistry for the baby, preventive dentistry, oral health, knowledge and practices

### INTRODUCCIÓN.

La caries de la primera infancia (0-36 meses), puede ser prevenida si la madre adopta cuidados preventivos desde la etapa de gestación y a partir del nacimiento; es por ello que un trabajo coordinado con las especialidades médicas como ginecología, obstetricia y pediatría serían un factor esencial para poder detectar y controlar la evolución, incluso de otras enfermedades bucales presentes desde edades tempranas (congénitas, traumáticas e infecto-contagiosas) y así poder establecer un plan de tratamiento lo menos invasivo posible (López et al. 2004, Pachas-Barrionuevo et al. 2008).

Es difícil determinar con exactitud la prevalencia de caries de la primera infancia, sin embargo estudios realizados han demostrado ampliamente una prevalencia de 1-12% en países desarrollados y del 70% en países en desarrollo. (Teixeira *et al.*

2007). Recientemente Montero et al. (2011) encontraron un 59.5% de niños afectados por caries en un estudio realizado en 100 pacientes entre los 12 y 48 meses de edad que nunca habían recibido consulta dental y asistían por primera vez a la Clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En Venezuela, Zavarce (2009) reportó un estudio realizado en 103 niños con edades comprendidas entre 1y 5 años que asistieron a la consulta externa de pediatría en la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera de Valencia, obteniéndose un 41% de niños afectados por caries dental y registrando un ceos (cariado, extraído, obturado, superficie) elevado (7.2) a la edad de 3 años.

En la actualidad el aumento de lesiones de caries en edades muy tempranas ha despertado enorme interés en la educación del núcleo familiar (padres, abuelos,

hermanos, empleadas, etc.) para la atención precoz y manutención de la salud bucal antes de completar el primer año de vida, realizando maniobras preventivas en el ámbito doméstico como la limpieza de la boca, el control de la amamantación nocturna después de los 6 meses, el uso adecuado del biberón, la regulación en el consumo de azúcares, la orientación nutricional, el uso de fluoruros y acudiendo tempranamente a la primera visita dental (Guillen et al. 2004 y Gary et al. 2005). La infancia (infantes de 1 a 4 años de edad) es el mejor momento para iniciar programas que fomenten la cooperación entre los proveedores de atención médica primaria, necesaria para garantizar la salud dental, sin tener en cuenta el aspecto físico, psicológico o neurológico del niño (Cançado et al. 2000, Gomes et al. 2010). La implementación de esta tendencia de atención odontológica ha promovido el desarrollo de programas de prevención, a nivel mundial y regional, destinados a bebés a medida que crecen y maduran (Figueiredo et al. 2000, Cançado y López 2008).

En Japón, Morinushi et al. en 1982 (citados por Figueiredo et al. 2000), afirmaron que el camino más seguro para el mantenimiento de la salud dental ha sido a través de la implementación de una guía de cuidados en salud bucal junto con el servicio del examen médico. Esta orientación fue dada a las madres de niños con 4 meses de edad y evaluados después de 12 meses trayendo como resultado la necesidad de un refuerzo de las instrucciones de cuidados diarios a intervalos de tres a cuatro meses.

En Estados Unidos, en 1982, Elbey y Hewie describen que muchos problemas pueden ser evitados si el médico conoce mejor los aspectos odontológicos, particularmente sobre la fluoroterapia, hábitos bucales y sus consecuencias, desarrollo de la dentición y métodos de prevención (Figueiredo et al. 2000).

Figueiredo et al. (2000) citan también a Persson et al. quienes en 1985 señalan que en Suecia, los programas preventivos de caries dental fueron organizados por el servicio público de salud dental, transmitidos a los padres cuando el niño tenía 6 meses de edad y repetidos a los 18 meses, lo que representó una reducción efectiva de caries del 78% en los niños.

Goepferd, en 1989, señaló que la presencia de caries de biberón en bebés condujo a establecer un programa en Estados Unidos destinado a diagnosticar, interceptar y modificar prácticas caseras que podían ser potencialmente dañinas para la salud bucal de los niños y la necesidad de la primera visita al dentista a los 6 meses de edad, época en que se consigue mayor eficacia en

atención primaria y control de caries dental (Figueiredo et al. 2000).

También en Estados Unidos en el 2000, se implementó un programa estatal en Carolina del Norte diseñado para alentar a los proveedores de servicios médicos pediátricos a incorporar servicios dentales preventivos en salud oral, alcanzando una amplia cobertura de niños entre los 0 y 35 meses de edad (Gary et al. 2005).

Esta tendencia mundial de atención odontológica en niños de corta edad (desde el primer mes hasta 5 años de edad), fundamentada en el principio de la educación como generadora de prevención y en tratamientos curativos específicos, encontró también seguidores en Brasil, con la Clínica de Bebés de la Universidad Estatal de Londrina, iniciando sus actividades clínicas en 1985 e inaugurada oficialmente en 1986.

Igualmente, desde que se inició la Clínica del Bebé en Araçatuba, en el año 1994, se ha evidenciado un creciente interés de la participación de toda la familia, con la atención precoz de la embarazada y el niño en el primer año de vida, cambiando el servicio de tratamiento curativo por la atención educativa/preventiva, con el fin de mantener una buena salud y mejorar la calidad de vida (Cunha et al. 2000, Guerra et al. 2004, Bezerra 2008c).

En Argentina, la primera Clínica del Bebé se instala en 1990 en la escuela de postgrado de la Asociación Odontológica Argentina como un curso de odontología para niños (Casaretto et al. 2008) y en Colombia, el proyecto de odontología para bebés recomienda el trabajo participativo de los profesionales de la salud y la comunidad (Milgrom y Weinstein 2006).

Milgrom y Weinstein (2006) citan a Bravo et al. quienes en México en 1995 recomiendan que se establezca una colaboración entre el pediatra y el odontólogo. De igual manera, Milgrom y Weinstein señalan que en Perú, la Coordinación del sub-programa de Salud Bucal recomienda la fusión de distintas estrategias de intervención preventiva, además de la capacitación para odontólogos y asesoramiento para pediatras.

En Venezuela desde 1987, se comenzó a desarrollar la idea de un programa educativo/preventivo para caries dental y otras patologías bucales en niños de corta edad, que cuenta con la participación activa de los padres como responsables de la salud oral del paciente; hasta el momento los resultados demuestran que el programa ha sido efectivo, pues el mismo ha sido implementado también para la salud bucal de los bebés VIH(+), verticalmente expuestos desde el embarazo, observándose buenos resultados en aquellos niños examinados desde la

primera semana de vida, que solo van a consulta para orientación, control y educación (Guerra et al. 2004).

En el año 1997, la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia se hace pionera en la creación de la primera Clínica del Bebé, transmitiendo a las madres y a los padres los conocimientos y procedimientos de cuidado diario preventivos dirigidos a niños entre los 0 y 60 meses de edad. Los resultados se fundamentan en la modificación de su conducta, transformándose los padres en agentes multiplicadores de información en salud bucal (R. García comunicación personal, 29 de octubre de 2010).

Ciertamente, los niños con edades comprendidas entre 1 y 5 años de edad son motivo de especial preocupación porque su atención a través de las diferentes etapas de su desarrollo depende de un adulto; ellos asisten con más frecuencia a las consultas médicas que a las odontológicas, siendo los proveedores de atención médica primaria, que en su práctica se relacionan con mujeres en período de gestación y con niños menores de 5 años, quienes tienen un papel importante al proporcionar el asesoramiento preventivo necesario en salud bucal (Gary et al. 2005, Basso 2006). Esto crea hábitos saludables, en lugar de que se luche por corregir hábitos nocivos y problemas dentales ya instaurados, lo que tomaría más tiempo debido al déficit en la capacidad de los odontólogos para prestar servicios dentales a niños en este grupo de edad (Cançado et al. 2000, Cunha et al. 2000, Saldarriaga et al. 2002, Cruz et al. 2004, Gary et al. 2005, Cançado y López 2008, Castellani s.f.).

La pauta que orienta la filosofía de la Clínica del Bebé es la de establecer un programa materno-infantil, con un enfoque práctico, sencillo, al alcance de todos, eficiente y de bajo costo, que dé cobertura a embarazadas, a madres de niños menores de 2 años y a niños hasta los 3 años de edad, considerando esto el período más oportuno para la preservación de la higiene bucal y el desarrollo de otros hábitos saludables que constituyen antecedentes necesarios para la prevención de enfermedades bucales (Cançado et al. 2008, Casaretto et al. 2008).

El propósito de este trabajo es fortalecer la formación de los profesionales comprometidos en la atención médica primaria, para fomentar la prevención y atención odontológica en la primera infancia, orientando a la gestante y concientizándola sobre la importancia del examen bucal del bebé antes de los tres años, buscando disminuir la alta morbilidad de caries dental en la población infantil.

## **METODOLOGÍA.**

La investigación desarrollada en este trabajo es de tipo documental. Comprende la revisión sistemática, análisis e interpretación de la literatura publicada por otros investigadores en forma impresa y electrónica a través de la base de datos especializada en ciencias de la salud: MEDLINE, en relación con la odontología para el bebé.

Limitamos la búsqueda a los textos de odontología pediátrica en particular y a artículos publicados en los últimos 10 años, en idioma inglés, español y portugués que proporcionan información importante para proceder a organizar un esquema y desarrollarlo respondiendo al objetivo planteado.

## **Programa materno infantil.**

### **Orientación prenatal y compromiso familiar.**

La incorporación de la díada madre-bebé a la atención odontológica tiene como meta preservar o recuperar la salud de la boca del bebé. Mantener la salud bucal de la embarazada y de otros miembros de la familia debe ser discutido en esta etapa, ya que son participantes necesarios en el proceso y serán los encargados de aplicar diariamente las medidas indicadas, de allí que deberá explicarse cuidadosamente que sin su colaboración la meta no podrá alcanzarse (Cançado et al. 2008).

La prevención primaria debe iniciarse durante el período prenatal aconsejando a las futuras madres sobre:

Aspectos que buscan reducir la contaminación de la cavidad bucal del bebé por microorganismos cariogénicos, que lo harían más propenso a caries de la primera infancia (López et al. 2004, Gomes et al. 2010).

Manutención de hábitos dietéticos adecuados, resaltando los benéficos del amamantamiento natural, explicando los riesgos del uso del biberón nocturno y el papel de la ingesta de sacarosa con alta frecuencia (Rodríguez 2008).

Importancia de la dentición primaria, de la cronología y secuencia de erupción (Barbería 2005, Cançado et al. 2008, Rodríguez 2008).

Sintomatología que puede presentarse durante la erupción de los dientes primarios (Rodríguez 2008).

¿Por qué y cómo realizar la limpieza de la cavidad bucal de los bebés antes de la aparición del primer diente? y la importancia del control mecánico de la placa bacteriana después de la erupción dental (Barbería 2005, Cançado et al. 2008, Rodríguez 2008).

¿Qué hacer cuando el niño sufre un golpe? (Barbería 2005).

Valoración odontológica del bebé antes de los 6 meses o entre estos y el año de edad, siempre que no exista patología que aconseje adelantarla. Así, el profesional estructurará para el bebé, un programa preventivo y se obtendrán niveles de salud óptimos con una carga de ansiedad mínima. Esto debe verse como una preparación importante para el desarrollo emocional equilibrado y un correcto condicionamiento en relación con el comportamiento frente a futuros tratamientos (Barbería 2005, Cruz et al. 2004, Bezerra 2008a, 2008c, Bustamante 2009, Zelada et al. s. f.).

Debe establecerse un vínculo entre los proveedores de atención médica primaria que favorezca la aplicación práctica de los conceptos que fundamentan la filosofía de acción de la odontología para el bebé, o sea, el establecimiento de hábitos de higiene y dieta saludable, o la modificación y eliminación de hábitos indeseables que ya estén presentes (Barbería 2005, Bezerra 2008c).

#### **Asesoría a la madre del recién nacido.**

Al nacer, la cavidad bucal del bebé está exenta de microorganismos, siendo contaminada por una amplia variedad de ellos en las primeras horas después del parto. Durante los primeros meses de vida pueden detectarse *Streptococcus*, *Staphilococcus*, *Neisseria*, *Lactobacillus* y otros, siendo los *Streptococcus salivarius* observados con mayor regularidad (Bezerra 2008b).

Los *Streptococcus mutans* y *Streptococcus sobrinus* han sido reconocidos como los microorganismos responsable del desarrollo inicial de la enfermedad, caries dental. Cuanto más temprano sea contaminado el niño por el grupo *mutans* y cuanto mayor sea la contaminación mayor es el riesgo/actividad de caries (Law y Kim 2006, Bezerra 2008b, Cançado et al. 2008, Douglass et al. 2008).

Aunque diferentes miembros de la familia pueden estar involucrados en la infección de la cavidad bucal del bebé por *S. mutans*, la madre, generalmente, es la principal fuente de transmisión vertical de estos microorganismos, por medio de contacto directo vía salival o indirecto vía utensilios, como cucharas, tazas, juguetes o cepillos dentales contaminados por bacterias cariogénicas y más aún, cuando existen altos niveles salivales maternos de *S. mutans* que predisponen una mayor potencia de infección en los bebés, ya que es ella, quien muchas veces sopla o mastica la comida del niño (Wan et al. 2001, Risk 2002, Tedjosongko y Kozai 2002, López et al. 2004, Law y Kim 2006,

Ersin et al.2006, Cançado et al. 2008, Bezerra 2008b, Douglass et al. 2008).

Algunas medidas de prevención precoz para retardar la contaminación o limitar la presencia de microorganismos cariogénicos en la cavidad bucal del bebé edéntulo son:

Motivar a la madre a buscar su propia salud bucal y crear conductas que retarden la colonización de la cavidad bucal del bebé, por ser ella considerada la principal responsable por la salud integral de su hijo (Wan et al. 2003, López et al. 2004, Bezerra 2008a, Gomes et al. 2010, Castellani s.f).

No probar los alimentos con la misma cuchara antes de suministrárselo al bebé, ni soplar los alimentos para enfriarlos (Wan et al. 2003, Cançado et al. 2008).

Evitar besar al niño en la boca (Wan et al. 2003, Bezerra 2008b).

Considerando que no hay restricción para la leche materna diurna y nocturna, se recomienda el amamantamiento exclusivo hasta los 4 ó 6 meses de edad, lo que disminuye la posibilidad de ingestión de alimentos con azúcar en su contenido (Figueiredo et al.2000, Bezerra 2008a). Además fortalece el sistema inmunológico otorgando protección contra infecciones y alergias, provee energía y nutrientes para el desarrollo y crecimiento adecuado del recién nacido, acondiciona el tracto gastrointestinal, apoya el desarrollo psíquico y afectivo del bebé, favorece el desarrollo neuromuscular del sistema estomatognático y la oclusión, así como evita la aparición de hábitos nocivos de succión (Bezerra 2008a, Carrasco-Loyola et al. 2009, Gomes et al. 2010).

No debe limitarse el periodo de lactancia, sea del seno materno o del biberón; debe efectuarse la implementación de medidas mecánicas de higiene bucal después de cada toma para la prevención de la caries del lactante aún en ausencia de piezas dentarias (Bezerra 2008a, Figueiredo et al. 2000).

La cavidad bucal debe higienizarse, limpiando las mucosas y masajeando los rebordes gingivales una vez al día, preferiblemente de noche antes de dormir, con una gasa o pañal limpio y seco envuelta en el dedo índice, humedecida con suero fisiológico, agua filtrada o agua destilada. Esto establecerá en el bebé y sus padres, un hábito diario de limpieza y lo acostumbrará a la sensación de una boca limpia y a la manipulación de la cavidad bucal (Figueiredo et al. 2000, Barbería 2005, Bezerra 2008a, 2008b).

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

más difícil abandonarlo (Bezerra 2008a, Gomes et al. 2010).

#### **Asesoría a madres con niños hasta los tres años.**

La principal estrategia para la prevención de la caries de la temprana infancia, es la orientación precoz de la familia con respecto a los factores etiológicos que llevan a la instalación de la misma (Rodríguez 2008). Muchas veces, el diagnóstico de caries en sus estadios iniciales no se efectúa, pues ocurre a una edad en que, erróneamente, los padres no llevan a sus hijos a la consulta odontológica; lo ideal es que los pediatras, odontopediatras y personal del área de salud trabajen conjuntamente como multiplicadores de la educación en salud bucal, para evitar en los niños problemas sintomatológicos, sistémicos y psicológicos (Bezerra 2008a).

El motivo por el cual los padres llevan a su bebé a la consulta odontológica, debe ser para recibir orientación con relación a la prevención, contrario de lo que sucedía años atrás, cuando esta consulta sólo se daba por situaciones de urgencia (Barbería 2005, Bezerra 2008c).

Después de la erupción de los primeros dientes, la lactancia nocturna debe ser controlada para que el destete ocurra alrededor de los 12 meses y se inicie la masticación con los incisivos ya erupcionados (Bustamante 2009). Bebés que son amamantados en la noche hasta los 12 meses o más, incluso en algunos casos hasta los 36 meses, presentan entre un 9% y 27% de probabilidad de desarrollar caries (Bezerra 2008a).

El uso de biberones diurnos y nocturnos con alta frecuencia (alrededor de seis biberones) y por tiempo prolongado (de 25 minutos a 1 hora) favorece el estancamiento del líquido en la boca, muchas veces endulzado, que envuelve a los dientes dando como resultado un ambiente propicio para el desarrollo de lesiones de caries. Durante el sueño se agrava aún más, pues hay una disminución del flujo salival y también del reflejo de deglución que favorece la retención de alimentos junto al diente (Wan et al. 2001, Guedes-Pinto, 2003, Bezerra 2008a, Bustamante 2009, Carrasco-Loyola et al. 2009).

Con la erupción de los dientes primarios debe ponerse en práctica métodos preventivos como la orientación dietética, aplicación de flúor, cepillado y citas regulares, además de disminuir la demanda alimenticia durante la noche; se puede ofrecer un biberón con agua solamente, con la finalidad de remover la leche estancada en la cavidad bucal, hasta eliminar ese hábito nocturno (Law y Kim 2006, Bezerra 2008a).

Es frecuente que los padres cuestionen la necesidad de establecer medidas odontológicas extremas, ya sean preventivas o restauradoras en los dientes primarios, argumentando que los dientes primarios van a durar pocos años y serán sustituidos por otros dientes sanos (Barbería 2005, Bezerra 2008c), muchas veces a sabiendas, de que la caries dental, frecuentemente, causa abscesos y dolor dental en los niños (Law y Kim 2006) así como también la pérdida precoz del diente primario (Gomes et al. 2010).

Deben sustituirse la gasa y el pañal humedecido por el cepillo dental. La madre es responsable de realizar por lo menos el cepillado una vez al día. Lo importante es que los niños pequeños no usen la pasta dental sin supervisión, pues de lo contrario la limpieza será asistemática e inefectiva y el riesgo de que el niño ingiera cantidades sustanciales de pasta dental es mayor (Milgrom y Weinstein 2006, Law y Kim 2006).

El riesgo de ingestión de la pasta de dientes se incrementa en los niños pequeños y algunos estudios demuestran que pueden ingerir suficiente pasta como para estar en riesgo de fluorosis (Harris y García-Godoy 2001). Estas consideraciones han hecho que la Asociación Dental Americana recomiende que los niños menores de 3 años de edad utilicen para el cepillado una cantidad mínima de dentífrico fluorado y que se incremente gradualmente con la edad (Harris y García-Godoy 2001, Rodríguez 2008).

En niños con baja actividad de caries (no se observan lesiones de caries o manchas blancas de esmalte) por adecuada higiene bucal, consumo poco frecuente de azúcar y familiares consientes de los cuidados dentales, no requieren prescripción adicional de fluoruros al agua de consumo y al dentífrico utilizado. En niños con mediano riesgo el cepillado debe ser implementado, el consumo de azúcar controlado y la orientación a los padres debe ser clara y concisa, además estos niños deben recibir una prescripción de enjuagatorios fluorados para uso diario en casa. (Guedes-Pinto 2003).

En caso de niños con alto riesgo, además de las medidas referidas anteriormente se debe realizar la prescripción de un tratamiento con fluoruros de alta frecuencia y alta concentración en la consulta dental a través de aplicaciones tópicas realizadas cada tres meses hasta que el riesgo a caries haya disminuido (Guedes-Pinto 2003).

El uso del hilo dental debe ser iniciado lo más temprano posible, después de la erupción del segundo diente en la cavidad bucal a pesar de la ausencia de contactos interproximales para que el niño se acostumbre a esa maniobra (Bezerra 2008b).

Se ha relatado la presencia de estreptococos en la cavidad bucal de niños edéntulos y establecimiento definitivo de estos microorganismos después de la erupción dental entre los 19 y 31 meses de edad, teniendo en cuenta que los dientes proveen sitios fijos para la adhesión microbiana y formación del biofilm. Esto aumenta significativamente el riesgo a la caries en la dentición primaria, aunque pudiese ser en parte compensado por higiene bucal adecuada y una dieta no cariogénica (Bezerra 2008b).

En el caso de niños con caries, la ventana de infectividad ha sido precoz, ocurriendo cerca de los 6 a 14 meses (Bezerra 2008a, Kolembrandt 2000, Tedjosongko y Kozai 2002) y el intervalo de tiempo entre la colonización por estreptococos y el desarrollo de las primeras lesiones de caries es aproximadamente de 13 y 16 meses (Law y Kim 2006).

Luego de los 6 meses, la introducción de alimentos sólidos es recomendable, ya que la secreción salival y la capacidad de masticación se han desarrollado para la deglución de otros alimentos nutrientes que mantengan un crecimiento adecuado. Después de los 12 a 15 meses de edad deberá ofrecerse la leche o el jugo en un vaso o una taza e incentivar su uso. Esta práctica debe implementarse de forma gradual (Bezerra 2008a, Rodríguez 2008).

Posterior a esta ingesta de alimentos, deberá efectuarse el cepillado dental, previa orientación con relación al mejor cepillo y mejor técnica para cada edad. En el niño con poca coordinación motora para realizar el cepillado por sí solo, el mismo debe ser realizado por sus padres de tal manera que se obtenga mejor control en la remoción de la placa dental (Bezerra 2008a, Habibian et al. 2001).

Al educar a los padres, también conviene alertarlos con respecto al hábito de succión no nutritiva: dedo y chupón, los cuales hasta los dos años de edad pueden hacer parte de la vida del niño, pues ellos tiene relación directa con la fase oral de desarrollo. Después de esta edad, debe eliminarse para evitar malos hábitos y alteraciones de la oclusión (López et al. 2004, Bustamante 2009, Gomes et al. 2010). La frecuencia del hábito de succión digital y de chupón es mayor en los niños que reciben alimentación artificial, que en aquellos con lactancia materna (Carrasco-Loyola 2009).

Es importante conocer que las fuentes principales de fluoruro para los bebés son la leche humana, la fórmula infantil comercial y la leche de vaca. Con ninguna de estas fuentes se requiere el uso de suplementos para bebés menores de los 6 meses (Milgrom y Weinstein 2006). El fluoruro tópico después de salir los dientes, tiene un valor definitivo en la prevención de caries dental, así como el

empleo de selladores de fosas y fisuras, entre los 3 y 4 años de edad, como otra alternativa que aumente la resistencia de los dientes primarios ante la caries (Harris y García-Godoy 2001, Bustamante 2009).

## CONCLUSIONES.

La odontología para bebés está fundamentada en la educación y prevención con la participación activa de los padres, las familias y los profesionales comprometidos con los programas de salud materno infantil.

Los proveedores de atención médica primaria, deben estimular a los padres a adquirir nociones básicas sobre hábitos alimenticios e higiénicos y animarlos a llevar al bebé al consultorio odontológico antes de los 6 meses de edad.

El alto porcentaje de *Streptococcus mutans* en la madre, la prolongada alimentación de biberón con leche azucarada, la falta o inadecuadas medidas de higiene, son indicadores de riesgo de caries dental que pueden ser detectados desde los primeros años de vida.

Es ideal que el bebé tenga su primera experiencia odontológica llevando a cabo procedimientos netamente preventivos para conseguir una dentición permanente sana y adecuado desarrollo del complejo craneofacial.

## REFERENCIAS.

- Barbería E. 2005. El tratamiento dental del niño. En: López R. (Ed.). Atlas de Odontología infantil para pediatras y odontólogos. Ripano. Madrid.
- Basso M. 2006. El lactante y la erupción dentaria. Revista de la Asociación Odontológica Argentina. 1: 61-73.
- Bezerra da Silva LA. 2008a. Caries del Biberón. En: Filho PN. y Assed S. (Eds.). Tratado de Odontopediatría. Tomo 1. Amolca. Colombia.
- Bezerra da Silva LA. 2008b. Adecuación del medio bucal. En; Filho PN. y Bezerra da Silva LA. (Eds.). Tratado de Odontopediatría. Tomo 1. Amolca. Colombia.
- Bezerra da Silva LA. 2008c. Odontologías para Bebés. Nociones para la práctica clínica. En: Pericinoto C. y Cunha R. (Eds.) Tratado de Odontopediatría. Tomo 2. Amolca. Colombia.
- Bustamante Z. ME. 2009. Protocolo odontológico preventivo para niños de seis meses a tres años. Clínica al día. El mundo de la odontología y la salud bucal. 1: 33-41.
- Cançado de Figueiredo M, López Jordi MC. 2008. La clínica odontológica del bebé integrando un servicio de salud. Archivos de Pediatría del Uruguay. 79: 150-156. Disponible en: <http://www.sup.org.uy/Archivos/adp79->

- 2/pdf/adp79-2\_8.pdf. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v79n2/v79n2a09.pdf>. [Accesado el 1 de octubre de 2010].
- Cançado de Figueiredo M, Castro de Carmen MA, Michel JA et al. 2000. Clínica para bebés: Facultad de Odontología de la Universidad Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Boletín de la Asociación Argentina Odontológica para Niños. 29: 20-22. Disponible en: [http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=p&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=""&indexSearch=TA](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=p&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=). [citado el 1 de octubre de 2010].
- Carrasco-Loyola ML, Villena-Sarmiento RS, Pachas-Barrionuevo FM et al. 2009. Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. Revista Estomatológica Herediana. 19: 83-90. Disponible en: <http://www.odontobeperu.org/articulos/002.pdf>. [Accesado el 17 de septiembre de 2010].
- Casaretto H, Cecetti M, Dricas D et al. 2008. Caries de la temprana infancia. Revista de la Asociación Odontológica Argentina. 3: 213-218.
- Castellani M. (s. f.). Programa de atención odontológica de la mujer embarazada. Disponible en: [www.castellaniclinic.com/odninoembara.htm](http://www.castellaniclinic.com/odninoembara.htm) [Accesado el 1 de noviembre de 2010].
- Cunha RF, Botazzo Delbem AC, Percinoto C et al. 2000. Dentistry for babies: A preventive protocol. Journal of Dentistry for Children March-April. 67: 89-92.
- Cruz A, Ferreira C, Leite A et al. 2004. Percepción materna sobre la higiene oral para los bebés: un estudio en el hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada-Brasil, Septiembre-diciembre. 3: 185-189.
- Douglass JM, Li Y, Tinanoff N. 2008. Association of *Mutans Streptococci* between caregivers and their children. Pediatric Dentistry. 30: 375-378.
- Ersin N, Eronat N, Cogulu D et al. 2006. Association of maternal-child characteristics as a factor in early childhood caries and salivary bacterial counts. Journal of Dentistry for Children. 73: 105-111.
- Figueiredo W, Ferelle A, Issao M. 2000. Odontología para el bebé. Amolca Colombia.
- Gary R, Slade GD, Zeldin LP et al 2005. Parents' satisfaction with preventive dental care for young children provided by nondental primary care providers. Pediatric Dentistry. 27: 313-322.
- Guedes-Pinto AC. 2003. Odontopediatria. 3ª ed. Amolca. Colombia.
- Guerra ME, Tovar V, Garrido E. 2004. Programa de Odontología preventiva dirigido a bebés VIH (+) y verticalmente expuestos. Acta odontológica venezolana. [online]. 3: 182-186. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000163652004000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000163652004000300005&lng=es&nrm=iso). ISSN 0001-6365. [Accesado el 17 septiembre de 2010].
- Guillen C, Huapaya O, Loayza De la Cruz R et al. 2004 Odontología para el Bebé: Modelo de Atención en Salud Pública-Perú. Parte 1. Odontología Sanmarquina. Julio-Diciembre. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2004\\_n2/pdf/a05.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2004_n2/pdf/a05.pdf). [Accesado el 17 de septiembre de 2010].
- Gomes LS, Dupas GD, Ferreira MF. 2010. Saúde bucal na estratégia saúde da família: percepções de profissionais e cuidadores familiares. Mundo da Saúde, São Paulo. 34: 65-72.
- Habibian M, Roberts G, Lawson M et al. 2001. Dietary habits and dental health over the first 18 months of life. Community Dental Oral Epidemiology. 29: 239-246.
- Harris N, Garcia-Godoy F. 2001. Terapéutica con flúor tópico En: Stookey G y Beiswanger B (Eds.). Odontología preventiva primaria. Manual moderno. México.
- Kolembrander PE. 2000. Oral microbial communities: biofilms, interactions and genetic systems. Annual Review of Microbiology. 54: 413-437.
- Law V, Kim SW. 2006. A longitudinal controlled study of factors associated with *Mutans Streptococci* infection and caries lesion initiation in children 21 to 72 months old. Pediatric Dentistry. 28: 58-65.
- López JP, Gil MV, Martínez LI. 2004. Embarazo y salud oral. En: López J. (Ed.). Salud bucodental en la atención primaria. Altabán ediciones. España.
- Milgrom P, Weinstein P. 2006. Caries de la niñez temprana: Una perspectiva multidisciplinaria para prevención y tratamiento de la condición. Publicaciones Puertorriqueñas Editores. San Juan de Puerto Rico.
- Pachas-Barrionuevo FM, Sánchez-Huamán YD, Carrasco-Loyola MB et al. 2008. 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. Revista Estomatológica Herediana. 2:83-92. Disponible en: <http://www.odontobeperu.org/articulos/003.pdf>. [Accesado el 17 de septiembre de 2010].

Ciccalé et al. *Clínica del bebé y salud bucal en atención primaria. Una revisión. MedULA 20: 88-95.*

Risk AM. 2002. Assessment and epidemiology of dental caries: review of the literature. *Pediatric Dentistry*. 24: 377-385.

Rodríguez MJ. 2008. Prevención. En: *Guías Clínicas para el manejo odontológico del paciente pediátrico*. Universidad Santo Tomas, seccional Bucaramanga. Colombia.

Saldarriaga CA, Saldarriaga OJ. 2002. El médico general y el pediatra en la promoción de la salud oral y la prevención de la enfermedad del niño menor de cinco años y la mujer en periodos de gestación. *Revista de la Federación Odontológica Colombiana*. 2: 13-20. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co/ojs/index.php/odontologia/article/viewFile/617/366>. [Accesado el 10 de octubre de 2010].

Tedjosongko U, Kozai K. 2002. Initial acquisition and transmission of *Mutans streptococci* in children at day nursery. *Journal of Dentistry for Children*. 69: 284-288. Disponible en: [http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/12613313/abstract/Initial\\_acquisition\\_and\\_transmission\\_of\\_mutans\\_streptococci\\_in\\_children\\_at\\_day\\_nursery](http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/12613313/abstract/Initial_acquisition_and_transmission_of_mutans_streptococci_in_children_at_day_nursery) [Accesado el 10 de octubre de 2010].

Teixeira V, Melara A, Saez S et al. 2007. Caries de la Primera Infancia. A propósito de un caso. *Revista Operatoria Dental y Endodoncia*. 5:77.

Disponible en: <http://www.google.com/search?sourceid=chrome&ie=UTF-8&q=Teixeira+V%2C+Melara+A%2CSaez+S%2C+Bellet+.+2007.Caries+de+la+primera+infancia+.A+prop%C3%B3sito+de+un+caso.Revista+Operatoria+Dental+y+Endodoncia+.5%3A77>. [Accesado el 1 de noviembre de 2010]

Wan AKL, Seow WK, Walsh LJ et al. 2001. Association of *Streptococcus mutans* infection and oral developmental nodule in pre-dentate infants. *Journal of Dental Research*. 80: 1945-1948.

Wan AKL, Seow WK, Walsh LJ. 2003. A longitudinal study of *Streptococcus mutans* colonization in infants after tooth eruption. *Journal of Dental Research*. 82: 504-508

Zelada LD, Bazán MC, Podestá MC et al. (s.f.) Valoración Comportamental durante la consulta odontológica de bebés. Disponible en: <http://www.odontobeperu.org/articulos/001.pdf>. [Accesado el 17 de septiembre de 2010].

Recibido: 21 mar 2011. Aceptado: 27 abril 2011.

## MedULA en Internet

Usted puede acceder y descargar todos los contenidos de la revista **MedULA**, a texto completo con figuras a todo color, desde algunas de las siguientes páginas de la Web, entre otras:

[www.saber.ula.ve/medula](http://www.saber.ula.ve/medula); [www.latindex.org](http://www.latindex.org);  
[www.periodica.org](http://www.periodica.org); [www.doaj.org](http://www.doaj.org);  
[www.freemedicaljournals.com](http://www.freemedicaljournals.com); [www.fj4d.com](http://www.fj4d.com);  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extrev?codigo=7642>;  
[www.portalesmedicos.com](http://www.portalesmedicos.com);  
<http://web5.infotrac.galegroup.com>; [www.ebsco.com](http://www.ebsco.com);  
[www.monografias.com](http://www.monografias.com); [www.imbiomed.com](http://www.imbiomed.com);  
[www.indexcopernicus.com](http://www.indexcopernicus.com)