

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con 4 enfermedades crónicas importantes: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, porque se ven favorecidas por las dietas no saludables, el tabaco y el consumo nocivo de alcohol; otro factor es una higiene bucodental deficiente.

La caries dental es actualmente la enfermedad crónica más frecuente en la infancia con una elevada prevalencia en preescolares españoles.

Esta enfermedad está considerada, actualmente, como una disbiosis causada por el consumo de azúcares; es decir, se considera que es una enfermedad azúcar-dependiente. La enfermedad de la caries dental presenta graves repercusiones en la salud general del niño, tales como: dolor intenso, infecciones faciales, hospitalizaciones y visitas de urgencia, disminución en su desarrollo físico y en la capacidad de aprendizaje; dificultad en el manejo ambulatorio y un elevado costo de tratamiento. Asimismo, un niño con caries en los dientes primarios, será probablemente un adulto con múltiples caries y restauraciones en la dentición permanente.

Entre los factores de riesgo que intervienen en la aparición de la caries de la primera infancia (CPI) se encuentran: insuficiente higiene oral, biberón o lactancia materna a demanda y/o nocturna, consumo frecuente de carbohidratos fermentables, colonización oral bacteriana precoz, presencia de placa bacteriana visible, historia anterior de caries, niveles elevados tanto de gérmenes productores de ácido como de gérmenes que se encuentran cómodos viviendo en un medio ácido (*streptococci [sanguis, mitis, salivarius]*, *veillonela* y *lactobacilli*, principalmente), flujo o función salival reducidos, bajo nivel socio-económico de los padres y/o pocos conocimientos sobre salud oral.

Siendo la caries una enfermedad potencialmente controlable, llama la atención que nuestra práctica diaria se relacione casi por completo con esta enfermedad. Por otro lado, debemos ser conscientes que los enfoques restauradores tradicionales han fracasado en el intento de disminuir la caries durante las últimas décadas. Es por ello que, debemos replantearnos esta situación y dedicar cada vez más esfuerzos preventivos y educativos para ofrecer a nuestros pacientes la posibilidad de vivir sin enfermedades orales.

La educación basada en el control de los factores de riesgo debe ofrecerse no solo a los padres y familiares, sino que también debe estar presente en todos los ambientes que rodean al niño: servicios sanitarios, guarderías, escuelas, programas comunitarios y políticos, etc., lo que se conoce como el hogar dental. Dicha educación debe empezar lo más precoz posible, idealmente, durante el embarazo y los primeros años de vida del niño.

El hogar dental es un programa de salud oral continuamente accesible, completo, global, económico, coordinado y centrado en la familia, bajo la supervisión de un odontopediatra y supone la oportunidad de poner en marcha las prácticas preventivas de salud oral y para la reducción de riesgos de enfermedades orales prevenibles.

El concepto “cuidados centrados en la familia” indica una estrategia de aproximación a la planificación, provisión y evaluación de la salud oral regida por una asociación mutuamente benéfica entre las familias y los cuidadores de los niños y los profesionales de la salud oral. El hogar dental reconoce a los padres como los gerentes principales de los cuidados de la salud oral de sus hijos al estar cada día con sus hijos y tratar con todos los profesionales que tratan a su hijo.

La odontología ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. Cada vez existe una mayor demanda de una odontología mínimamente invasiva que intenta analizar el porqué de la enfermedad y no sólo limitarse a solucionar el problema inmediato.

La odontología para bebés se encuentra en la base de este cambio, en el cual el odontopediatra tiene la oportunidad de analizar y controlar los factores de riesgo de la enfermedad antes de que ésta aparezca.

Para mantener una boca sana desde la infancia hasta la edad adulta, recomendamos realizar una consulta con el odontopediatra al primer año de vida del bebé. Los padres llevarán a su bebé al dentista para que no tenga caries, no para curarlas. Los consejos y asesoramiento tempranos le ayudarán a tener todas las herramientas para lograrlo.

LACTANCIA MATERNA (LM).

- ✓ Cuando se esté planeando un embarazo o cuando sepa que está embarazada, la mujer debería visitar a su dentista para que le realicen un examen bucal y se le

indique el riesgo de enfermedad periodontal y caries, así como las medidas preventivas a seguir.

- ✓ Se debe entender que la leche materna, por el hecho de tener lactosa, puede producir caries y por eso se ven en la consulta lactantes que presentan caries a edades tempranas, debido a que:
 - la lactancia nocturna se ha prolongado sin restricciones y sin tomar las medidas necesarias de higiene.
 - existiendo en la dieta del niño, además, alimentos complementarios azucarados sin la suficiente exposición al flúor.
 - cuando existe una transmisión temprana de bacterias de la saliva de los padres, principalmente.
 - y todo ello agravado a veces porque el niño tiene defectos del esmalte que no se detectaron a tiempo.
- ✓ Una vez erupcionado el primer diente de leche lo ideal, desde el punto de vista de la conservación de los dientes, sería ir disminuyendo gradualmente la lactancia materna durante las noches. En este punto es muy importante recordar que está indicado como medida preventiva de primer nivel realizar la limpieza dental inmediatamente después de la toma, e ir dejando espacio entre tomas para que los dientes tengan tiempo de recuperarse de los ataques ácidos que se producen con cada ingesta de alimentos.
- ✓ Al llevar al bebé al odontopediatra en su primer cumpleaños, los padres recibirán información sobre las medidas para evitar la aparición de caries y otras enfermedades orales.

CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA (CPI).

- ✓ Estudios realizados con pH salival humano muestran que los sujetos que comen tres veces al día tienen periodos de desmineralización contrarrestados por periodos de remineralización. Sin embargo, si los periodos de ingesta (comida y snacks) son frecuentes, se incrementan los periodos de desmineralización y no hay periodos de remineralización impidiendo que el diente se recupere después de los ataques ácidos

que se dan tras la ingesta de alimentos, facilitando la desestructuración del esmalte y favoreciendo la aparición de caries dental.

- ✓ La CPI representa el patrón de caries más agresivo, destructivo y con las peores secuelas en la dentición temporal y cuyo pico más elevado ocurre entre los 13 y los 24 meses de edad del niño. La transmisión bacteriana temprana, los hábitos y la ingesta frecuente de carbohidratos juegan un papel clave.
- ✓ La lesión de "mancha blanca" es el primer indicio clínico del desequilibrio en la superficie del esmalte (figs. 1,2). Estas lesiones siguen la forma del margen gingival de los incisivos superiores, en forma de "media luna" o semicircular. Las lesiones aparecen siguiendo el patrón eruptivo.
- ✓ **TÉCNICA LEL (Levantar el labio):** Levantar el labio superior del bebé una vez al mes, por lo menos, para buscar signos iniciales de CPI. Si se observa que el bebé presenta alguna pigmentación o "mancha blanca" en la parte externa de los dientes, se debe consultar inmediatamente con un odontopediatra para que detenga el proceso infeccioso y para que indique cómo revertir los factores de riesgo que ocasionaron la enfermedad.
- ✓ Las caries en sus etapas iniciales pueden ser detenidas; sin embargo si progresa hacia la dentina y pulpa (nervio) deben ser abordadas para evitar dolor, infecciones bucales y faciales, etc. (figs. 3,4)



(fig. 1)



(fig.2)



(fig.3)



(fig.4)

IMPORTANCIA DE LA LIMPIEZA DE LA BOCA DEL BEBÉ.

El factor clave para la prevención de la CPI es el hábito de higiene oral diario. Mientras más temprano se empiece con la higiene oral, menores las probabilidades de que el niño desarrolle caries y enfermedades periodontales.

Los padres deben tener la información de cómo y cuándo empezar con la higiene bucal. Debe quedar claro que el cuidado de la boca de su hijo es responsabilidad de los padres o cuidadores, por lo menos hasta que el niño adquiera la habilidad motora suficiente para hacerlo sólo que, por norma, se consigue sobre los 7–10 años. A partir de este momento y hasta la adolescencia, se recomienda la supervisión por un adulto en el cepillado nocturno.

- ✓ Comenzar la limpieza de las encías desde el nacimiento, una vez al día aunque el bebé no tenga dientes, aprovechando el momento del baño. Utilizar una gasa húmeda, la punta de un paño limpio humedecido en agua o un dedal de silicona para limpiarle encías, lengua, interior de las mejillas y paladar.
- ✓ **Es obligado comenzar la higiene de los dientes con la erupción del primer diente temporal** o “de leche” – que suele darse alrededor de los 6 meses de edad – dos veces al día; en la mañana y, sobretodo, por la noche.



- ✓ **Para niños entre 0 y 3 años:** Utilizar una gasa, un dedal de silicona o un cepillo dental de lactantes con **pasta dental de 1000 ppm (partes por millón) de ión flúor**, en cantidad equivalente a un **grano de arroz o una pequeña mancha**.

- ✓ Cuando hayan salido los molares temporales, pasar el hilo dental por las zonas de contacto entre los molares antes de ir a dormir. Puede usarse un hilo dental con cera y, si fuera complicado debido al reducido tamaño de la boca del bebé, pueden utilizarse posicionadores de hilo (*flossers*).



- ✓ **A partir de los 3 años de edad**, la cantidad de pasta dental con **1000 ppm de ión flúor**, debe ser equivalente a un **guisante** o, para unificar mejor el criterio, a la **anchura del cabezal del cepillo dental**. La concentración de ión flúor de la pasta de dientes vendrá determinada en función del riesgo de caries del niño y será el odontopediatra quién lo recomendará a los padres o cuidadores.
- ✓ **A partir de los 6 años de edad**, la cantidad de pasta dental con **1450 ppm de ión flúor**, debe ser equivalente a un **guisante** o, para unificar mejor el criterio, a la **anchura del cabezal del cepillo dental**. La concentración de ión flúor de la pasta de dientes podrá incrementarse hasta 5000 ppm en función del riesgo de caries del niño (caries activas, hipomineralización incisivo-molar, etc...) y será el odontopediatra quién lo prescribirá a los padres o cuidadores.
- ✓ **El cepillado dental en niños es efectivo sólo si es realizado por un adulto**. Recomendamos dejar que el niño juegue durante un minuto y que sea el adulto quién realice la higiene durante otro minuto, hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada que se consigue, aproximadamente, a los 8 años de edad. A partir de ese momento, supervisar el cepillado nocturno hasta la adolescencia.
- ✓ Recordar que la higiene oral se realiza tanto para establecer unos buenos hábitos orales como para proteger los dientes temporales. Al acostumbrar al bebé a una limpieza dental suave y a pasar el hilo dental, se creará un patrón de cuidados bucales que lo acompañarán durante el resto de su vida.

EVITAR LA CONTAMINACIÓN DE LA BOCA DEL BEBÉ.

Los niños adquieren las bacterias cariogénicas de manera vertical de la saliva de sus padres o cuidadores, coincidiendo con la erupción de los primeros dientes o incluso antes; mientras más temprana la colonización, mayor el riesgo de caries. Asimismo, los niños cuyas

madres presenten mayores niveles de gérmenes cariogénicos en sus bocas, tienen riesgo de un contagio más temprano; por ello, se sugiere tratar las enfermedades de la boca que pudiera tener la futura madre para ayudar a reducir sus niveles microbianos y reducir la transmisión bacteriana vertical. Se recomienda que, idealmente, sea durante el periodo prenatal.

Además, se recomienda a las madres, padres, hermanos y/o cuidadores evitar la transmisión de bacterias de su boca a la boca del niño, ya que la vía de contagio es a través de la saliva.

- ✓ No compartir utensilios con el bebé (cepillos dentales, cucharas, juguetes, etc.), especialmente durante los primeros 2 años de vida.
- ✓ No limpiar el chupete del bebé con saliva (chupándolo) cuando el chupete se ha ensuciado.
- ✓ No enfriar la comida soplando directamente sobre la cuchara del bebé ni que se le den besos en la boca durante el primer año de vida.
- ✓ No permitir que hermanitos o primos lo besen en la boca.
- ✓ No permitir que las mascotas laman la cara o boca del bebé.

ALIMENTACIÓN.

La CPI está estrechamente asociada con un consumo frecuente de carbohidratos fermentables, por lo que cualquier tipo de azúcar consumido con frecuencia, en presencia de gérmenes formadores de ácido, puede ocasionar caries.

Por ello, se aconseja evitar toda fuente de azúcares refinados durante los primeros dos años de vida cuando el niño es más susceptible de establecer un proceso virulento de caries. Se debe informar y sugerir a los padres que eviten azúcares ocultos, presentes en la leche chocolatada, las galletas y la bollería, jugos industriales, pan de molde o pan blando, patatas fritas embolsadas, refrescos de cola, etc. Se desaconsejan, de manera especial, los azúcares entre comidas y los de consistencia pegajosa. Las recomendaciones actuales de una dieta saludable son compatibles con las sugeridas para mantener una buena salud oral, incluyendo la reducción de azúcares y su reemplazo por alimentos sanos como: queso,

trozos de frutas y verduras crudas, pan integral, tortitas de maíz, yogurt natural, frutos secos, huevos duros, etc.

Para reducir el riesgo de obesidad y caries dental, los nuevos protocolos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan que los niños y los adultos reduzcan la ingesta diaria de azúcares libres a menos del 10% del total de la ingesta energética diaria. La OMS, en su nuevo protocolo, menciona particularmente la fuerte asociación entre la ingesta de azúcares libres y la caries dental. Aclara la OMS que aunque la exposición a los fluoruros reduce la incidencia de caries dental, no previene completamente la caries dental y que, incluso, la caries dental puede progresar en poblaciones expuestas al flúor.

Se recomienda:

- Idealmente, la lactancia materna hasta el sexto mes. A partir de esa edad, seguir las indicaciones de la OMS respecto a la LM pero dejando bien claro que **se deben limpiar los dientes de los bebés después de cada toma del pecho**. En principio sería LM a demanda hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta los 2 años de vida según la OMS o hasta que la madre y el niño lo deseen, **pero siempre acompañados de unos hábitos de higiene oral adecuados**.
- No ofrecer azúcares refinados **antes de los dos años** de edad (golosinas, galletas, croissants, pan dulce, chocolates, helados, etc).
- Intentar evitar la alimentación nocturna (biberón o pecho) a partir de la erupción del primer diente o, en su defecto, realizar la **higiene bucal siempre después** de las tomas.
- Evitar el uso del biberón con líquidos que no sean **agua**.
- **Nunca** mojar el chupete en líquidos azucarados, azúcar o miel.
- Eliminar alimentos con **sacarosa** entre comidas. De no ser posible, realizar la higiene bucal inmediatamente después.
- Reducir al máximo la ingesta de "**azúcares ocultos**": zumos industriales, bollería industrial (croissants, galletas), yogurts líquidos, pan blando de molde, patatas fritas, snacks dulces o salados, bebidas de cola, bebidas gaseosas, etc.
- Procurar evitar los "**alimentos azucarados**" y evitar los "**alimentos con azúcares añadidos**" (galletas, pan dulce, bollería industrial, zumos industriales, chocolates,

helados, bebidas de cola, bebidas gaseosas, etc), especialmente **los primeros dos años de vida**. Los zumos es mejor que sean exprimidos en casa pero, si ha de tomar zumos industriales se debería poner en un vaso la mitad de zumo y la otra mitad de agua, para diluirlo y reducir su pegajosidad.

USO DE COMPUESTOS FLUORADOS PARA USO INDIVIDUAL.

El flúor ha demostrado ser una herramienta segura y eficaz para reducir la prevalencia de caries en el mundo y detener las desmineralizaciones del esmalte. Las decisiones en relación a la administración suplementaria de flúor, deben ser basadas en el riesgo individual de caries. El odontopediatra debe analizar el riesgo de caries del niño para decidir sobre el tipo de administración de flúor y su frecuencia.

Estudios recientes indican que solo los dentífricos con concentraciones de 1000 partes por millón (ppm) de flúor o más, han probado ser eficaces en la reducción de caries.

El flúor es una herramienta segura y eficaz en la reducción de caries y en la reversión de desmineralizaciones del esmalte. Las decisiones en relación a la administración suplementaria de flúor siempre deben estar basadas en el riesgo individual de caries para decidir el tipo de administración de flúor (barnices, geles, colutorios) y su frecuencia.

Los odontólogos deberíamos trabajar conjuntamente con los servicios de obstetricia, comadronas, pediatría, enfermería, padres, abuelos, educadores y cuantas personas estén alrededor del niño para promover la salud bucal de los niños a través de la educación y entrenamiento de los padres o cuidadores para la ejecución de maniobras de prevención de la caries dental y las enfermedades periodontales en casa. No debemos olvidar la evidencia de que un adulto ha sido, primeramente, niño.

RECOMENDACIONES.

Existe evidencia que sugiere que la acción preventiva del cepillado dental puede maximizarse si se siguen los siguientes puntos:

- ✓ Comenzar el cepillado tan pronto como el primer diente temporal aparezca.
- ✓ Cepillar los dientes, **como mínimo, dos veces al día**. Uno de los dos cepillados diarios que sea por **la noche** pues **es el más importante de todos**.

- ✓ Dedicar unos dos minutos al cepillado, cada vez que se haga. En bebés no se recomienda tanto tiempo, sino que el cepillado sea efectivo para eliminar la placa bacteriana sin tener en cuenta el tiempo ni la técnica empleada.
- ✓ Después del cepillado escupir los restos de pasta pero **no enjuagar** con agua ni con otros líquidos.
- ✓ **De 0 a 3 años**, utilizar una cantidad de pasta tamaño **mancha o grano de arroz**. Utilizar pasta dental con una **concentración de 1000 ppm de flúor**. No se ha demostrado que las pastas dentales con menor concentración de flúor aporten una prevención adecuada.
- ✓ No se debe permitir a los niños comer o chupar pasta del tubo.
- ✓ **A partir de los 3 años**, utilizar una cantidad de pasta tamaño **guisante/anchura del cabezal**. Utilizar pasta dental con una **concentración de 1000 ppm de flúor para niños de 3 a 5 años y de 1450 ppm de ión flúor para mayores de 6 años de edad**. No se ha demostrado que las pastas dentales con menor concentración de flúor aporten una prevención adecuada.
- ✓ Con la mejor evidencia disponible se observa que la mejor combinación es usar una pasta dental de alta concentración en pequeñas cantidades para niños por debajo de los seis años. Por esta razón **es importante mostrar a los padres de QUÉ** hablamos al referirnos a las cantidades. Igualmente no se les debe permitir que coman o chupen pasta del tubo.
- ✓ Supervisar el cepillado de los hijos, por lo menos hasta los ocho años, que es la edad en la que se considera que un niño ya tiene la habilidad motora suficiente para cepillarse correctamente.
- ✓ Recordar que se han de cepillar todas las caras de los dientes
- ✓ Siempre que se pueda, utilizar una pasta dental con Arginina al 1.5% y Zinc.
- ✓ La fluorosis es un riesgo sólo si se permite que el niño ingiera la pasta directamente del tubo; no se les debe permitir que coman o chupen pasta del tubo.

PROTOCOLO DE CONTROL DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA SEGÚN EL RIESGO

Actividades	0 a 5 años				> de 6 años			
	B	M	A	E	B	M	A	E
Riesgo (Bajo, Moderado, Alto, Extremo)	B	M	A	E	B	M	A	E
Revisión oral cada	6m	6m	3m	1-3m	6m	6m	3m	1-3m
RX de aleta cada	24m	12m	12m	6m	24m	12m	12m	6m
Asesoramiento dietético	•	•	•	•	•	•	•	•
Control de higiene oral	•	•	•	•	•	•	•	•
Control de hábitos	•	•	•	•	•	•	•	•
Tests salivares			•	•			•	•
Cepillado 2 veces/día con pasta fluorada	•	•	•	•	•	•	•	•
Cepillado supervisado	•	•	•	•	•	•	•	•
1000 ppm de 0 a 3 años	•	•	•	•				
1000 ppm de 3 a 5 años	•							
1450 ppm de 3 a 5 años		•	•	•				
1450 ppm > 6 años					•			
De 1450 a 5000 ppm → según odontopediatra						•	•	
5000 ppm								•
Seda o cinta dental en mayores de 3 años		•	•	•		•	•	•
Barniz de flúor 5% en 1ª visita y revisión	•	•	•	•	•	•	•	•
Productos fluorados para remineralizar		•	•	•		•	•	•
Enjuagues de fluoruro sódico							•	•
Toallitas de xilitol (3 ó 4 veces al día)		•	•	•		•	•	•
Selladores de fosas y fisuras con flúor	•	•	•	•	•	•	•	•
Sellados interproximales			•	•			•	•
Fosfato Cálcico → mancha (0 a 2 años)			•	•				
Fosfato Cálcico → guisante (> 2 años)			•	•			•	•
Fosfato Cálcico → al ir a dormir			•	•			•	•
Fosfato Cálcico → varias veces al día								•
Obturaciones provisionales liberadoras de flúor				•				•
CUIDADORES								
Enjuagues de fluoruro sódico		•	•	•		•	•	•
Enjuagues de clorhexidina			•	•			•	•
Chicles o caramelos de xilitol (4/día) (6-10gr/día)		•	•	•		•	•	•

Actualmente se indica que para conseguir un efecto preventivo máximo se deberían sellar los primeros molares permanentes a toda la población infantil – independientemente del riesgo de caries que tuvieran – desde el momento de su aparición en la boca. Esta práctica se debería complementar con la aplicación de barniz de flúor al 5% cada 6 meses.