

## Salud bucal y enfoque de la atención odontológica en bebés

### Oral health and dental care approach in babies

María Noelia Sánchez García

[e.mnsanchez@sangregorio.edu.ec](mailto:e.mnsanchez@sangregorio.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0003-0824-3376>

#### **Resumen**

La odontología en bebés influye directamente en la salud bucal infantil y brinda las pautas para anticiparse a futuros problemas de la cavidad bucal. Es una práctica poco frecuente debido al desconocimiento de los padres, que por lo general acuden al consultorio dental cuando ya el infante presenta las afecciones bucales. Además, el odontólogo juega un papel crucial y debe estar preparado para un adecuado manejo bucodental desde la edad más temprana. El objetivo de la investigación es resumir información sobre las pautas de educación y promoción para la salud bucal del bebé. Se realizó un estudio bibliográfico descriptivo cualitativo mediante la selección de artículos científicos de los últimos cinco años en las bases de datos: Scielo, Dialnet, Pubmed y el metabuscador Google Académico, además se tomó información de dos libros de especialidad y cinco páginas web oficiales. Se revisaron 74 publicaciones de las cuales se validaron finalmente 23 artículos científicos. La intervención oportuna y el involucramiento de padres de familia sobre cuidados bucales en bebés disminuye el riesgo de presentar patologías bucodentales. En conclusión, los primeros conocimientos sobre higiene bucal y alimentación en lactantes deben ser impartidos por los odontólogos desde la gestación a través de medios interactivos, de igual modo, orientar la consulta odontológica con la aparición de los primeros dientes, que resulta esencial para el asesoramiento a los padres o responsables y la detección de riesgo del infante frente a caries u otras enfermedades a nivel bucal, para de esta manera indicar tratamientos preventivos.

**Palabras clave:** salud bucal, odontopediatría, prevención, higiene bucal, alimentación artificial.

## **Abstract**

Baby dentistry directly influences children's oral health and provides guidelines to anticipate future problems of the oral cavity. It is a rare practice due to the ignorance of the parents, who usually go to the dental office when the infant already presents oral affections. In addition, the dentist plays a crucial role and must be prepared for proper oral management from an early age. The objective of this research is to summarize information on the education and promotion guidelines for the oral health of the baby. A qualitative descriptive bibliographic study was carried out through the selection of scientific articles from the last five years in the databases: Scielo, Dialnet, Pubmed and Google Academic metasearch engine; in addition, information was taken from two specialty books and five official web pages. A number of 74 publications were reviewed, of which 23 scientific articles were finally validated. Timely intervention and the involvement of parents in oral care in babies reduces the risk of presenting oral pathologies. In conclusion, the first knowledge about oral hygiene and feeding in infants should be taught by dentists from pregnancy through interactive means, as well as guide the dental consultation with the appearance of the first teeth, which is essential for counseling to the parents or guardians and the detection of the infant's risk against cavities or other diseases at the oral level, in order to indicate preventive treatments.

**Keywords:** Oral health, pediatric dentistry, prevention, oral hygiene, artificial feeding.

## **Introducción**

La odontología en bebés es una propuesta aplicada actualmente en algunos países para promover la salud bucal en los infantes. No obstante, las patologías bucales continúan afectando a nivel mundial a gran porcentaje de la población infantil (1).

El estudio de la carga mundial de enfermedades de 2017 estimó que más de 530 millones de infantes sufren de caries dental a muy temprana edad (2). Los padres y cuidadores son responsables de introducir los cuidados bucales a los lactantes y llevarlos a la atención odontológica oportuna; estudios señalan que ellos poseen conocimientos superficiales en temas de salud bucal (3), además, se conoce que acuden al odontólogo cuando los bebés ya manifiestan afecciones bucales, especialmente cuando ya presentan dolor (4). Así mismo, muchos odontólogos consideran la primera consulta dental tardíamente, como lo mostró una investigación en la cual casi la mitad de los dentistas del estudio consideran que debe ocurrir a los 3 años de edad, un concepto que quedó en el pasado (5).

El desconocimiento de padres de familia y limitaciones sobre educación y promoción en salud bucal en los bebés se manifiesta como un gran problema. Las patologías bucales repercuten sobre el infante, provocando dolor, baja autoestima, alteraciones masticatorias, fonéticas y estéticas; situación que puede tener secuelas para el adecuado desarrollo infantil e interferir con su bienestar y calidad de vida (6).

La presente investigación tiene relevancia porque sirve de guía a odontólogos, embarazadas, padres de familia y cuidadores, para el adecuado manejo bucodental en bebés y de esta manera preservar las condiciones ideales de la cavidad bucal del infante y así una adecuada calidad de vida.

El objetivo de la investigación es resumir información sobre las pautas de educación y promoción de la salud bucal en bebés, así como los tratamientos preventivos recomendados durante la primera infancia.

## **Metodología**

Esta investigación es bibliográfica descriptiva, cualitativa. Para la búsqueda se emplearon las palabras clave tales como: salud bucal, odontopediatría, prevención, higiene bucal, alimentación artificial. Se revisaron las bases de datos Scielo, Dialnet, Pubmed y el metabuscaador Google Académico.

A partir de la revisión bibliográfica minuciosa de 74 publicaciones se seleccionaron 23 artículos que cumplen con los criterios de inclusión: a) revisión de la literatura, revisiones sistemáticas, artículos originales, reporte de caso clínico, estudios de cohorte, estudios prospectivo-pragmático b) publicaciones de los últimos cinco años a excepción de dos estudios originales del año 2000 de valioso aporte c) idiomas: español, inglés, catalán, portugués d) población infantil hasta los tres años. Además, se excluyeron: a) los artículos que no corresponden con la edad establecida en el estudio b) publicaciones desactualizadas.

Asimismo, se adicionó información de 2 libros de Odontopediatría y de 5 páginas web: Organización Mundial de la Salud, Asociación Española de Pediatría, Asociación Latinoamericana de Odontopediatría, Ministerio de Salud de Brasil y Asociación Dental Americana.

Se tomó en cuenta para definir la selección final de los artículos las investigaciones que comprenden los subtemas: higiene bucal en bebés, alimentación en bebés, tratamientos preventivos y primera visita odontológica.

### **Desarrollo y discusión**

La revisión bibliográfica permitió identificar los estudios seleccionados por los subtemas de higiene bucal en bebés, alimentación en bebés, tratamientos preventivos y primera visita odontológica, en base a estudios destacados que se han llevado a cabo en Latinoamérica, Alaska, Polonia y España.

### **Educación y promoción en salud bucal infantil y prenatal**

La enseñanza de higiene oral y dieta en bebés se debe proporcionar desde el embarazo. De acuerdo con Riggs, Kilpatrick, Slack, Chadwick (7) demostraron en su investigación que la intervención oportuna en mujeres embarazadas se asocia a un mínimo riesgo de caries en el infante.

Ante lo mencionado, es evidente la importancia de introducir la educación en mujeres embarazadas. Se recomienda empezar por dar las instrucciones a la gestante, y explicar de forma didáctica. Se puede sugerir el empleo de folletos, dibujos, videos a la madre, y

posteriormente hacerle preguntas para corroborar que efectivamente hubo el aprendizaje, y si es necesario, hay que volver a impartir la información.

### **Higiene bucal en bebés**

Existe una controversia respecto a la higiene bucal en lactantes exclusivos de leche materna. Se ha sugerido que en este grupo no es necesario la higienización (8); la leche materna está compuesta en su mayor porcentaje de agua, además carbohidratos y proteínas; algunas proteínas tienen función antiinflamatoria y antimicrobiana, inhiben el metabolismo del *Streptococcus mutans*, disminuyendo la producción de ácido en el medio bucal (9). Los componentes de la leche materna crean protección frente a los agentes patógenos, y esta defensa el bebé la adquiere mientras perdure el amamantamiento.

Sin embargo, otros estudios sugieren higienizar siempre la cavidad bucal del lactante al menos una vez al día, de prioridad en la noche después de la última ingesta, usando gasas suaves, dedales especiales o paños limpios humedecidos en agua o solución salina envueltos en el dedo índice removiendo los residuos de la leche acumulados en la boca y comisuras labiales (10). Estos elementos también se utilizan para la pre-adaptación y estimulación de los cuidados de higiene bucal en el niño (11).

Respecto a los dedales sirven para estimular y limpiar la boca del bebé, más no, como sustituto del cepillo dental.

En bebés con lactancia artificial, desde que se introduce el hábito del biberón, se aconseja la limpieza consecutiva de la cavidad bucal, debido a la composición de lactosa y sacarosa de la leche de fórmula, con esto se contribuye a retardar la infección cariogénica en el infante (12).

De acuerdo a la literatura, tanto la leche materna como la leche artificial tienen en su composición carbohidratos, pero hay que recordar que la cavidad bucal alberga gran cantidad de microorganismos patógenos, y pese a la respuesta innata que la lactancia materna ofrece, sería prudente en ambos casos, hacer la limpieza de la boca del bebé para iniciar la adaptación a la manipulación y estimulación que llevará el cepillado dental en la cavidad bucal del bebé.

Esta recomendación se vuelve más imperativa una vez que inicia la alimentación complementaria.

En el caso del control mecánico de la biopelícula dental, apunta a la remoción del biofilm a través de diferentes mecanismos: cepillo de dientes de tamaño adecuado a la edad del niño, pasta de dientes fluorada e hilo dental (11). El uso del cepillo dental se inicia en el momento que erupciona el primer diente primario (13), y se debe realizar el cepillado dos veces al día (14).

En un estudio llevado a cabo en padres de niños de 0 a 6 años nativos de Alaska, se informó una menor frecuencia de cepillado de dientes para sus hijos y solo el 42% de los niños recibieron cepillado de dientes al menos una vez al día (15).

Se evidencia desconocimiento sobre el cepillado dental en el momento idóneo, tipos de cepillos dentales, tipos de dentífricos y concentraciones de flúor, dosificación de la pasta dental, es información que muchos padres ignoran, como la importancia de la limpieza de esos primeros dientes deciduos desde su aparición; volverlo parte de su vida cotidiana y llegar a cada uno de ellos es un gran reto para la odontología pediátrica.

En bebés se utilizan cepillos con cabeza pequeña, mango largo y pocas cerdas; se recomienda el uso de mangos en promedio de 10 a 13 cm que facilitan el agarre, el tallo de preferencia debe ser recto, la cabeza entre 1 a 1,5 cm, suficiente para cubrir de 2 a 3 dientes, en cuanto a las cerdas deben tener elasticidad, durabilidad y rigidez, optar por suaves o extra suaves para proteger los tejidos, y cerdas sintéticas o de nylon, el número de cerdas debe contener un promedio de 2 a 3 filas de mechones en dirección horizontal y de 6 a 8 filas de mechones en dirección vertical (11).

Los cepillos eléctricos pueden motivar a los niños a colaborar con el cepillado dental convirtiendo este momento en algo más divertido y dinámico (16). Podría ser una buena opción para niños que se rehúsan al cepillado.

Las instrucciones para escoger el cepillo idóneo son claras, estos se encuentran en el mercado mundial y desde que aparece el primer diente hasta los tres años de edad las características son las mismas, cabeza pequeña, la agarradera larga para facilitar la manipulación por parte

del padre o cuidador y no hay necesidad de gran cantidad de cerdas, más bien elegir las más suaves y favorables para el bebé.

Dentro de las técnicas de cepillado en bebés se han descrito algunas, las más conocidas son la técnica de Bass, de Starkey, de Fones y Horizontal. En la técnica de Bass se coloca el cepillo en un ángulo de 45 con respecto al eje dental y se realizan movimientos circulares y vibratorios; en la técnica de Starkey se realizan movimientos circulares con el niño de pie, frente y de espaldas a la madre y en la técnica de Fones que consiste en movimientos circulares en todas las superficies dentarias excepto en oclusal donde se realizan movimientos anteroposteriores (11).

Mientras que la Asociación Latinoamericana de Odontopediatría, recomienda una técnica horizontal simple, los padres mantienen la cabeza del niño estable, levantan el labio superior para limpiar entre las encías y piezas dentarias con movimientos horizontales (17).

En el momento que todos los dientes deciduos aparecen en la boca se agudiza en los infantes el descubrimiento por imitar el cepillado dental lo que permite a los padres consolidar un aprendizaje colaborativo entre ellos, dejando al niño cepillar sus dientes y luego se refuerza (11).

En cuanto a la técnica adecuada, el responsable debe optar por escoger aquella que se le facilite y se sienta más cómodo, además, lo importante es realizarlo según las instrucciones ofrecidas por el profesional y hacerlo a conciencia. Una vez que el niño cumpla los dos años, permitirle la manipulación del cepillo para que empiece a percibir la sensación de realizarlo y motivar para que cuando crezca se vuelva un hábito.

Por otro lado, es sumamente importante introducir el uso del hilo dental cuando ocurren los contactos interproximales (8). Las zonas proximales de las piezas dentarias retienen alimentos, es importante aclarar que el cepillo por sí solo no elimina los restos alimenticios en estas zonas, por lo cual, es necesario la utilización de la seda dental.

De acuerdo a la OMS la exposición suficiente al Flúor (F) es un factor esencial en la prevención de la caries. Se puede obtener F en el agua potable, la sal, la leche y el dentífrico

fluorado. Se debe impulsar el cepillado con dentífrico fluorado de 1000 a 1500 ppm dos veces al día (1).

En niños menores de 3 años se recomienda usar únicamente una cantidad de raspado o frotis equivalente a 0,1 mg, con una concentración de F de 1.000 partes por millón (Ppm) y a partir de los 3 se recomienda poner la cantidad de un guisante similar a 0,25 mg, con una concentración entre 1.000 y 1.450 ppm de ión flúor (14,17). A diferencia de Toumba, Twetman, Splieth, Parnell (18) señalan que la cantidad de flúor se debe aumentar a partir de los 2 años de edad, no necesariamente se espera a los 3 años.

Se ha comprobado que la reducción de la cantidad de dentífrico en bebés, a una cantidad equivalente a 0,05g lo que es igual a medio grano de arroz, permitió el aumento de los niveles de flúor en los fluidos bucales, indicando que esta cantidad puede ser efectiva para el control de caries en bebés menores de 12 meses que presentan entre 4-8 dientes erupcionados (19).

En este caso, se indica en bebés hasta el año de edad con la presencia en boca de los incisivos, utilizar una mínima cantidad de pasta dental similar a la mitad de un grano de arroz y, a partir del año de edad con el resto de la dentición, aumenta la dosis a lo que vendría a ser un grano de arroz que se debe mantener hasta los 3 años o hasta que el paciente controle el reflejo de deglución.

Hay diferentes técnicas de madres y niños al aplicar pasta en el cepillo dental. Un estudio demostró que la técnica transversal suministró menores cantidades de pasta dental. La técnica horizontal proporcionó mayor ración, mientras que la técnica que compara el tamaño de un guisante suministró cantidades intermedias (20).

En cuanto a dosificación de pasta se recomienda que los padres la realicen según las indicaciones del profesional de acuerdo a las características que presenta el bebé, se sugiere la utilización de imágenes interactivas o videos, y mejor aún, que el odontólogo realice la demostración de la aplicación de pasta dental en el cepillo, servirá de guía y el responsable se sienta seguro con la cantidad adecuada de dentífrico que puede usar en su bebe.

A su vez, los padres deben supervisar el cepillado de sus hijos, evitando que ingieren pastas por su apariencia y sabor agradable. Surge un gran problema al darle publicidad a las pastas con mejor sabor, lo que podría conllevar a emplear mayor cantidad (10).

También se puede dar el caso de desarrollar fluorosis, que puede ocurrir cuando se ingieren niveles excesivos de fluoruro de manera crónica durante el desarrollo de los dientes. La fluorosis se puede presentar como estrías blancas o picaduras teñidas del esmalte (21).

Según un estudio prospectivo pragmático en un grupo reducido de madres demostró que muchas ignoran la utilización de pasta dental en sus bebés. Aproximadamente 1 de cada 3 nunca tuvo la intención de usar pasta de dientes fluorada y nunca implementó el comportamiento de usar pasta de dientes fluorada (22).

Como resultado, se constata el desconocimiento de padres de familia sobre el uso del dentífrico. No hay que alarmar sobre la ingesta de dentífrico, se necesitan grandes y continuas cantidades de pasta para que se pueda provocar fluorosis. Con tener precauciones del alcance de la pasta y la supervisión del cepillado, no habrá ningún riesgo. Los padres pueden usar con plena seguridad, en las cantidades descritas anteriormente.

### **Alimentación de bebés**

De acuerdo con la OMS es necesario dar de lactar exclusivamente durante 6 meses. Posteriormente a esta edad, se deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más (1).

Respecto a la lactancia artificial, se emplea en bebés que por muchas razones no pueden alimentarse mediante leche materna. Las fórmulas infantiles son productos fabricados a base de leche de vaca u otras fuentes creadas para sustituir la lactancia materna (23). Una vez se opte por la lactancia no materna, se debe evitar la adición de azúcares al biberón por ser cariogénico (24). Desde la introducción del hábito del biberón es imprescindible la higiene bucal.

Cabe considerar por otra parte, la relación que se le ha aludido a leche materna y la caries; se han llevado a cabo algunos estudios que la asocian a esta enfermedad y otras investigaciones en cambio, la relacionan como alimentación protectora frente a la caries.

Es el caso de un estudio llevado a cabo en México con menores de 6 a 48 meses, donde se evidencia una mayor presencia de lesiones cariosas en bebés que realizan lactancia mixta y alimentados únicamente con biberón, en comparación al grupo de lactantes exclusivos de leche materna (25).

En cambio, otros estudios asocian la aparición de caries con lactancia materna prolongada mayor a dos años; en una investigación en el sur de Brasil en el que se demostró que los bebés amamantados por más de 2 años tenían un riesgo 2,4 veces mayor de caries severa que aquellos amamantados durante el periodo menor a 12 meses (26).

Por eso es necesario que todos los profesionales de salud se rijan por las entidades de salud a nivel mundial, y se debe promocionar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuarla hasta los dos años, porque es indiscutible los beneficios que posee. Pese a estudios que la relacionan con cariogenicidad, se necesitan investigaciones más determinantes. No obstante, se debe sugerir a la madre considerar retirar el amamantamiento nocturno a los 2 años, o por lo menos hacer la limpieza de la boca previo a dormir, como medida preventiva de caries.

Respecto a la alimentación complementaria empieza a partir de los 6 meses de edad cuando el organismo tiene la maduración necesaria a nivel neurológico, gastrointestinal, renal e inmune. Hay bebés que han alcanzado estas capacidades a los 4 meses (27).

En los alimentados con lactancia materna exclusiva (LM) se recomienda esperar hasta los 6 meses edad para iniciar la alimentación complementaria. El mayor riesgo de introducirla antes de los 6 meses sería contribuir al cese de la LM porque la madre cree que son alimentos que brindan mejor nutrición y la empieza a desplazar. En lactantes con leche de fórmula, se aconseja introducirla entre los 4 y los 6 meses, sin un claro consenso (27).

La cantidad de comida ofrecida debería aumentar a medida que el niño crece para satisfacer sus necesidades. La comida debe consistir en alimentos frescos o apenas procesados de diferentes grupos como, cereales, frijoles, raíces, tubérculos, frutas, verduras y carne (28).

El proceso de la masticación estimula el crecimiento del sistema óseo de la cabeza. Poco a poco se sugiere agrandar la consistencia de los alimentos y entre los ocho y nueve meses a más tardar comenzar con texturas grumosas y semisólidas, se deben amasar los alimentos con cubierto y triturar las carnes, no licuar. Al año ya puede consumir el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia, y evitar alimentos sólidos como frutos secos, por riesgo de atragantamiento (27,28).

La medicina, la nutrición y la odontología son ciencias que van de la mano. Es indispensable que se orienten las prácticas dietéticas no solo de un punto de vista nutritivo, sino también, empezar a darle la importancia a la salud bucal y las repercusiones de estas sobre el infante.

Se recomienda introducir lo más tardíamente posible los azúcares refinados, idealmente hasta los dos años. Evitar estos alimentos particularmente entre comidas, ya que se asocia mayor cariogenicidad a la frecuencia en el consumo que la cantidad, se debe evitar picotear frecuentemente, máximo seis comidas incluyendo el desayuno, almuerzo y merienda (17).

Respecto a los alimentos cariogénicos, un estudio mostró que existe un alto riesgo de caries de infancia temprana y grave a los 4 años de edad para algunas prácticas dietéticas realizada cuando los bebés tenían hasta un año de edad, tales como consumo de alta densidad de azúcar como dulces, refrescos, miel, uso de tazas o biberones con líquidos como jugo de frutas, así un número de comidas mayor que ocho veces al día (19).

Con base a los datos y resultados de las investigaciones, para evitar la caries dental, los padres no deben permitir ingerir productos con sacarosa a menores de dos años de edad.

### **Primera consulta odontológica**

Herrera y Hernández (16) orientan la primera consulta con odontopediatría alrededor del primer año de vida. Andrade y sus colaboradores (13) recomiendan que debe ser con la salida

del primer diente, y como máximo a los 12 meses. Pinto (24) sugiere que debe realizarse antes de los 6 meses.

La primera visita odontológica debe incluir una evaluación individual de riesgo de caries y consejos sobre higiene bucal, hábitos alimentarios, frecuencia de la ingesta de azúcares, medicamentos y el uso de flúor tópico (11,16).

Para la realización de cualquier procedimiento se puede realizar en el sillón dental, sosteniendo al bebé en las piernas de uno de los padres acomodándose en posición de rodilla, el odontólogo y la mamá o el responsable, se mantienen sentados a una misma altura, quedando de frente y manteniendo sus rodillas en contacto. Además, se sugiere inmovilizar al infante para así permitir la exploración (24). Es importante optar por la posición adecuada, para que se permita proceder a la revisión minuciosa de la boca del paciente pediátrico.

De acuerdo con un estudio llevado a cabo en el Sur de Polonia, se informó que 320 niños con edad media de 3,79 años. Solo el 36,9% realizó su primera visita al dentista con fines de adaptación y prevención y únicamente el 0,63% de ellos tuvo su primera visita al odontólogo antes de 1 año y 26,88% entre 1 año (29).

Los estudios evidencian el desconocimiento de muchas madres de familia respecto a la primera consulta. La divulgación de la información es un paso importante para la odontología pediátrica, y será sumamente beneficioso para muchos infantes. Todos los odontólogos generales y de especialidad deben precisar esta primera consulta odontológica a los 6 meses que coincide con la erupción de los primeros dientes.

Se ha propuesto que el paciente debe tener un intervalo de retorno determinado a criterio profesional de 3, 6, 9 a 12 meses, de acuerdo al riesgo de caries, evaluación de la higiene bucal, salud gingival, para motivar y reforzar las orientaciones de higiene y dieta (11). Pinto (24) sugiere que en caso de bajo riesgo de caries el retorno al consultorio debe ser mínimo cada seis meses. En el caso de riesgo moderado y alto las citas de revisión deben ser mínimo cada tres meses.

En todo caso, con una primera consulta odontológica no es suficiente, será mucho más beneficioso que se cumplan los posteriores controles que indica el profesional. Si se hace caso omiso, no se obtendrá el resultado esperado.

En la primera consulta se realiza una profilaxis dental profesional en la cual se utilizan gasas, cepillos de dientes, cepillos profilácticos adaptados a un micromotor eléctrico e instrumental manual (13). Si se evidencia placa bacteriana, optar por este procedimiento contribuye en gran medida.

### **Tratamientos preventivos indicados en la consulta odontológica para bebés**

El tratamiento de flúor es aplicado profesionalmente para infantes en riesgo de caries de infancia temprana (14), está comprobado que los barnices de fluoruro de sodio son efectivos para el control de esta enfermedad (11).

Las fluorizaciones a la consulta en pacientes con hipomineralización de los incisivos y los molares se recomiendan cada 3 meses. En estos casos los pacientes presentan sensibilidad espontánea, y el uso del barniz fluorado es una medida eficaz (19).

Los barnices de flúor reaccionan lentamente y deben permanecer en la superficie dental por horas para una máxima acción, hay que evitar alimentos duros y postergar el cepillado hasta 24 horas después de su aplicación (19).

Se ha comprobado que la combinación de uso de fluoruros no necesariamente produce el efecto anticaries adicional, cuando se usa regularmente el dentífrico fluorado, el efecto anticaries de restauraciones de cemento de ionómero de vidrio es enmascarado, pues el máximo control de la enfermedad es alcanzado por el uso del dentífrico (11).

De las evidencias anteriores, existe aún controversia sobre la efectividad del uso del flúor en la consulta, aunque de acuerdo a estudios que han comprobado los beneficios en piezas temporales, se recomienda aplicarlo si realmente se necesita. No todos los bebés tienen la posibilidad de consultas periódicas, de cuidados con la dieta cariogénica, de los cuidados de higiene por parte de su cuidador, por lo tanto, la responsabilidad de lo que mejor sea para la salud del infante estará en las manos del odontólogo.

Hay otros tratamientos preventivos, como son los selladores. Las superficies irregulares como surcos, fosas y fisuras de las caras oclusales de los molares retienen restos de alimentos y da paso a la colonización de bacterias aumentando el riesgo de caries. Lo que hace el sellador es adherirse en estos espacios y se evita la retención de alimentos. Existe evidencia de que los selladores pueden inhibir la progresión de caries iniciales (30). Sin embargo, no hay evidencias definitivas de la efectividad en molares primarios, aunque se alude beneficio comparable al de molares permanentes (13).

En consideración de la escasa evidencia científica sobre el tratamiento de sellantes en piezas temporales, se sugieren más estudios para optar por realizar a gran escala el procedimiento en los menores.

## **Conclusión**

La educación y la promoción para la salud bucal en bebés son piezas claves para el desarrollo integral y óptimo del infante. Los primeros conocimientos sobre higiene bucal y alimentación en lactantes deben ser impartidos por los odontólogos desde la gestación a través de medios interactivos, de igual modo, orientar la consulta odontológica con la aparición de los primeros dientes, que resulta esencial para el asesoramiento a los padres o responsables y la detección de riesgo del infante frente a caries u otras enfermedades a nivel bucal, para de esta manera indicar tratamientos preventivos en caso de que se requiera. Seguir estas recomendaciones contribuirá a la disminución de prevalencia de patologías bucales para lograr la salud bucal y general de muchos infantes.

## **Referencias**

1. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. [Internet]. 2020[Acceso 17 de junio 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

2. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet [Internet]. 2018[Acceso 17 de junio 2021]; Nov 10;392: 1789–8583. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30496104/>
3. Narváez A, Tello G. Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de técnicas educativas con relación a la presencia de biofilm y caries en infantes. ODONTOLOGÍA[Internet]. 2017[Acceso 20 de julio 2021];19(1).Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6128572>
4. Barros R, Pettorossi J. Perfil de problemas orales en infantes y preescolares atendidos en el servicio de urgencias odontológicas de un centro de salud infantil de Brasil. ODONTOLOGÍA[Internet].2017[Acceso 23 de julio 2021];19(2).Disponible en:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6235639>
5. Cotton KT, Seale NS, Kanellis MJ, Damiano PC, Bidaut-Russell M, McWhorter AG. Are general dentists' practice patterns and attitudes about treating Medicaid-enrolled preschool age children related to dental school training? Pediatr Dent [Internet]. 2001[Acceso 24 de julio 2021] Jan-Feb;23(1):51-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11242733/>
6. Cardoso M. Escobar I. Acosta J. Burlli D. Diaz N. Rehabilitación oral en bebés, enfoque preventivo y psicológico. Odontol Pediatr [Internet]. 17(1) 2018 [Acceso 25 de julio 2021]; 70 - 78. Disponible en: <http://www.op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/25>
7. Riggs E, Kilpatrick N, Slack-Smith L, Chadwick B, Yelland J, Muthu MS, Gomersall JC. Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. Cochrane Database Syst Rev[Internet]. 2019[Acceso 20 de julio 2021]; Nov 20;2019(11). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31745970/>
8. Hernández K, Marulanda J, Carrillo G, Suárez A, Castillo A. Prácticas de higiene oral en niños de 0-36 meses de edad. Revisión de alcance[Internet].2021[Acceso 22

- de julio 2021]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/53631>
9. Robles N, Lara E, Herrera E, Bermeo J, Santillán A. Leche humana y su efecto sobre la mineralización del esmalte: revisión de literatura. *Pediatr Asunción* [Internet]. 2019[Acceso 23 de julio 2021];46(3):209-217. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1683-98032019000300209&lang=es](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032019000300209&lang=es)
  10. Moscardini M, Díaz S, Rossi MD, Nelson P, Rossi AD. Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* [Internet]. 2017[Acceso 24 de julio 2021];7(2). Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/139>
  11. Corrêa M. *Odontopediatria na Primeira Infancia. Uma visao Multidisciplinario*. 4ta edición. Sao Paulo: Quintessence Editora;2017
  12. Hinostroza M, Jara J, Montalvo S, Romero M. IMPACTO DE LA LACTANCIA NO MATERNA EN EL INFANTE. *Científica Odontología* [Internet]. 2017[Acceso 26 de julio 2021];5(2). Disponible en: <https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/376>
  13. Andrade M, Barbosa P, Abreu M, Dantas M, Salomao G. *Manual de Referencia para Procedimientos Clínicos en Odontopediatría* [Internet]. 2da. Edición. 2017[Acceso 26 de julio 2021]. Disponible en: <http://www.colegiodontistas.org/sitCol/wp-content/uploads/2020/10/Manual-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria%CC%81a-2da-edicio%CC%81n.pdf>
  14. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill. American Academy of Pediatric Dentistry [Internet]; 2020[Acceso 28 de julio 2021];79-81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27931420/>
  15. Hiratsuka VY, Robinson JM, Greenlee R, Refaat A. Oral health beliefs and oral hygiene behaviours among parents of urban Alaska Native children. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2019[Acceso 28 de julio 2021];78(1):1586274. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30857502/>

16. Herrera C, Hernández C, Benito M. Caries dental, hipomineralización y prevención. Visión y abordaje para el pediatra. Canarias Pediátrica[Internet]. 2021[Acceso 22 de julio 2021];45(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7972010.pdf>
17. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Guía de Salud Bucal Infantil para pediatras[Internet]. 2017[Acceso 22 de julio 2021]. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/guias>
18. Toumba K, Twetman C, Splieth C, Parnell C, van Loveren N, Lygidakis A. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. [Internet]. 2019[Acceso 20 de julio 2021]. Disponible en: [https://www.eapd.eu/uploads/files/EAPD\\_Fluoride\\_Guidelines\\_2019.pdf](https://www.eapd.eu/uploads/files/EAPD_Fluoride_Guidelines_2019.pdf)
19. Abanto J, Bonecker M, Salet M, Pettorossi J, Nahas M. Odontopediatría. Evidencias científicas para la conducta clínica en bebés y preescolares. São Paulo: Quintessence Editora; 2019
20. Villena RS. An investigation of the transverse technique of dentifrice application to reduce the amount of fluoride dentifrice for young children. Pediatr Dent [Internet]. 2000[Acceso 28 de julio 2021]; 22(4): 312-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10969439/>
21. Asociación Dental Americana[Internet]. 2021[Acceso 28 de julio 2021]. Disponible en: <https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/fluoride-topical-and-systemic-supplements>
22. Alvey J, Divaris K, Lytle L, Vann WF Jr, Lee JY. What Child Oral Health-Related Behaviors Can First-time Mothers Actualize? A Pragmatic Prospective Study. JDR Clin Trans Res[Internet]. 2020[Acceso 20 de julio 2021]. Oct;5(4):366-375. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31835968/>
23. Hinostroza M, Jara J, Montalvo S, Romero M. IMPACTO DE LA LACTANCIA NO MATERNA EN EL INFANTE. Científica Odontología[Internet]. 2017[Acceso 22 de julio 2021];5(2). Disponible en: <https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/376>
24. Pinto J, Chávez D, Navarrete C. Salud bucal en el primer año de vida. Revisión de la literatura y protocolo de atención odontológica al bebé. Odous Científic[Internet].

- 2018.[Acceso 25 de julio 2021];9(1). Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol19-n1/art05.pdf>
25. Maldonado M, González A, Huitzil E, Isassi H, Reyes R. Lactancia materna y caries de la infancia temprana. Revista de Odontopediatria Latinoamericana[Internet].2016[Acceso 01 agosto 2021]. Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/117/91>
26. Peres KG, Nascimento GG, Peres MA, Mittinty MN, Demarco FF, Santos IS, Matijasevich A, Barros AJD. Impact of Prolonged Breastfeeding on Dental Caries: A Population-Based Birth Cohort Study. Pediatrics[Internet]. 2017[Acceso 25 de julio 2021]Jul;140(1).Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28759394/>
27. Asociación Española de Pediatría. Manual de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2021[Acceso 28 de julio 2021];Junio.1edición.Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manual-de-nutricion-aep-2021.pdf>
28. Ministério da Saúde Brasília.Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos[Internet]. Brasília. 2021[Acceso 28 de julio 2021]. Disponible en: [https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_crianca\\_brasileira\\_versao\\_resumida.pdf](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf)
29. Mika A, Mitus-Kenig M, Zeglen A, Drapella-Gasior D, Rutkowska K, Josko-Ochojska J. The child's first dental visit. Age, reasons, oral health status and dental treatment needs among children in Southern Poland. Eur J Paediatr Dent[Internet]. 2018[Acceso 25 de julio 2021]Dec;19(4):265-270. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30567441/>
30. Boj J, Cortés O, Conde S, Plasencia P,Sández L. Odontopediatria en la primera infância. Pediatría catalana: butlletí de la Societat Catalana de Pediatría[Internet]. 2019[Acceso 25 de julio 2021];79(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7006492>