

**ARTÍCULO DE REVISIÓN**

ISSN: 1315 2823

Salud bucal en el primer año de vida. Revisión de la literatura y protocolo de atención odontológica al bebé**Oral health in the first year of life. Revision of literature and protocol of dental attention to the baby**Pinto José M¹, Chávez Daniela B², Navarrete Catalina²¹Especialista en Odontopediatría. Docente, Universidad San Francisco. Quito, Ecuador.²Residentes del Postgrado de Odontopediatría, Universidad San Francisco. Quito, Ecuador.
chepinto87@hotmail.com

Recibido: 09/04/2018

Aceptado: 16/04/2018

Resumen

La instauración de hábitos adecuados de higiene bucal en los primeros años de vida es indispensable para la preservación de la dentición primaria y con ello el correcto desarrollo óseo maxilar y mandibular, masticación, fonación, nutrición, comportamiento y salud en general del bebé. Es importante que los Odontopediatras transmitan a los padres, los adecuados métodos de prevención temprana, como hábitos de higiene bucal, asesoramiento alimenticio, factores de riesgo y tratamientos iniciales que permitan preservar la salud bucal del bebé. La presente investigación es una revisión narrativa de la literatura relacionada con la salud bucal en los primeros años de vida con la finalidad de establecer un protocolo de atención odontológica para bebés de 0-12 meses, que asistan a la Clínica Odontológica de la Universidad San Francisco de Quito y de esta manera ofrecer una guía que permita al profesional instaurar un adecuado tratamiento en el primer año de vida.

Palabras clave: Clínica del bebé, higiene bucal, prevención, salud bucal, dentición primaria.

Summary

the primary dentition and with it the correct maxillary and mandibular bone development, mastication, phonation, nutrition, behavior and general health of the baby. It is important that pediatric dentists transmit to parents the appropriate methods of early prevention, such as oral hygiene habits, dietary advice, risk factors and initial treatments to preserve the oral health of the baby. The present investigation is a narrative review of scientific works published since 2008 with the purpose of establishing a protocol of dental care for babies from 0-12 months, who attended the Clinic of Universidad San Francisco de Quito and by these mean, provide a guide that will help the professional to establish an adequate treatment in the first years of life.

Key words: Baby clinic, oral hygiene, prevention, oral health, primary dentition.

Introducción

La atención odontológica en los primeros años de vida representa un desafío y una prioridad para el profesional, orientada principalmente hacia la prevención en salud bucal del infante. Esta se define como todas aquellas enseñanzas y actuaciones que tienen como fin conservar y proteger el máximo grado de salud bucal posible. En este aspecto, los padres juegan un papel importante para evitar el desarrollo y curso de enfermedades que puedan afectar la cavidad bucal del bebé.^{1,2}

Por esta razón, deben ser educados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal.³

Dentro de los principales problemas de salud bucal que afectan a los niños menores de 5 años de edad se encuentra la caries dental y los traumatismos dentales, estos problemas tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los niños y sus familias. Muchas de las consecuencias que pueden tener estas alteraciones se ven reflejadas en: la dificultad en la masticación, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad en dormir y alteración en el comportamiento. De la misma manera, estos problemas pueden causar infecciones que desencadenan enfermedades sistémicas o la pérdida de órganos dentales.^{4,5}

La atención odontológica en los primeros años de vida está centrada en la exposición del niño a estímulos odontológicos repetidos, cuando aún no hay necesidad de terapias invasivas, contribuyendo a un condicionamiento psicológico, pues el niño entiende que no hay necesidad de tener miedo y ansiedad.⁶

Igualmente, esta atención debe centrarse en asesorar y dar consejos a los padres, cuidadores

y representantes, desde la etapa prenatal, relacionados con la alimentación y el control de hábitos nocivos para la salud con la finalidad de evitar el establecimiento de alteraciones futuras.¹

Una vez presentada alguna alteración que comprometa la cavidad bucal del niño, es necesario que el profesional establezca estrategias clínicas acorde a la edad del paciente, con el fin de garantizar la cooperación del mismo durante la consulta odontológica y de esta manera lograr el éxito del tratamiento.⁷

El objetivo de esta investigación fue presentar una revisión narrativa de la literatura relacionada con la salud bucal en el primer año de vida, así mismo, proponer un protocolo de atención odontológicas en bebés que pueda ser implementado en la Facultad de Odontología de la Universidad San Francisco de Quito – Ecuador.

Materiales y métodos

Diseño

Se trata de una revisión narrativa de la literatura en la que se describen los principales cuidados que deben tenerse en cuenta para mantener una buena salud bucal en el primer año de vida del bebé. Este análisis parte de una revisión previa de trabajos publicados entre los años 2008 – 2018.

Fuentes de información

Se realizó una búsqueda de artículos en las principales bases de datos bibliográficas disponibles en Internet tanto en inglés como en español (desde enero de 2008 hasta abril de 2018), concretamente en: Pub Med/MEDLINE, Google Académico y Scientific Electronic Library Online. Se utilizaron las siguientes palabras claves con el fin de obtener las

investigaciones más específicas del tema, clínica del bebé, higiene bucal y dentición primaria.

Revisión de la literatura

Orientación prenatal y posnatal

Durante el embarazo ocurren cambios físicos y hormonales que tienen un impacto significativo en casi todos los sistemas del organismo, incluida la cavidad bucal.⁸ Por esta razón la atención odontológica durante el embarazo es una oportunidad para fortalecer conductas y hábitos de promoción de la salud y prevención de enfermedades que puedan afectar la cavidad bucal tanto en la gestante como en el bebé que viene en camino, es el momento oportuno para brindar conocimientos en higiene bucal.⁹⁻¹⁰

La incorporación de instrucciones odontológicas pre-parto y post-parto a madre y todas las personas que rodean al bebé, tiene como objetivo preservar la salud bucal del bebé a corto y largo plazo. Los padres deben recibir orientación temprana sobre salud bucal en la primera infancia, lactancia materna, lactancia artificial, higiene bucal, hábitos alimenticios, transmisibilidad de la caries, uso racional de fluoruros y primera visita al odontopediatra.¹¹

Dentro de las primeras instrucciones que deben recibir los padres, esta como deben realizar de forma correcta y agradable la higiene bucal de la cavidad bucal en el recién nacido. La limpieza debe ser realizada por los padres, mediante el uso de gasas suaves o paños limpios envueltos en el dedo índice, humedecidos con agua filtrada, limpiando las mucosas y masajeando los rebordes gingivales, una vez al día, en la noche, antes de dormir o durante el baño para que el niño lo asocie a que forma parte de su higiene corporal durante toda la vida.¹²⁻¹⁴

De la misma manera, el uso del cepillo dental se puede iniciar en el momento en el que erupciona el primer diente primario. Durante este periodo

la madre es la responsable de realizar el cepillado por lo menos 1 vez al día. No está recomendado el uso de pasta dental durante este periodo, por el riesgo de una ingestión excesiva de fluoruro.¹³⁻¹⁴

Es importante, en las primeras visitas la consejería en hábitos dietéticos adecuados, resaltando los benéficos de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementaria hasta los dos años de edad, explicando los riesgos del uso del biberón nocturno y la alta frecuencia en la ingesta de azúcares libres.⁹

De igual manera, orientar a las madres sobre la importancia de la dentición primaria, la cronología y secuencia de erupción. Además de la sintomatología que puede presentarse durante la erupción de los dientes primarios.¹⁴

Alertar a los padres 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. Después de esta edad, debe eliminarse para evitar malos hábitos y alteraciones de la oclusión. El lactante debe visitar al odontólogo durante los primeros 4 meses de vida y posteriormente a la erupción de los primeros dientes primarios.¹²

Primera visita al odontopediatra

La primera visita al odontopediatra es de suma importancia en la primera infancia, pues es necesario hacer énfasis en aspectos educativos y preventivos en cuanto a la salud bucodental del bebé, precisando concientizar a los padres en la importancia de acudir tempranamente a la consulta dental, con el objetivo de preservar la salud del bebé.¹⁵⁻¹⁶

En los países en los que se han creado clínicas del bebé, se ha demostrado un mayor interés familiar, con la atención temprana de la embarazada y del niño, la prevención de la salud

bucal es necesaria desde el vientre materno. Se recomienda una valoración odontológica antes de los 6 meses de edad, siempre que no exista alguna patología por lo cual se deba adelantarla, de esta manera se ha logrado mayor número de tratamientos preventivos en vez de curativos, mejorando la calidad de vida de los pacientes.¹⁴⁻¹⁶⁻¹⁷

Transmisión de microorganismos

Al nacer, la cavidad bucal del bebé está libre de microorganismos, siendo colonizada por una amplia variedad de microorganismos en las primeras horas después del parto. Durante los primeros meses de vida se pueden detectar principalmente *Streptococcus salivarius* y con menor regularidad *Streptococcus*, *Staphilococcus*, *Neisseria*, *Lactobacillus*.¹² Los *Streptococcus mutans* y *Streptococcus sobrinus* han sido reconocidos como los microorganismos responsables del desarrollo inicial de la enfermedad, caries dental. Cuanto más temprano sea la colonización de la cavidad bucal con flora cariogénica mayor es el riesgo/actividad de caries.¹⁴⁻¹⁸

La transmisión de microorganismos cariogénicos ocurre por medio de contactos directos o indirectos. El contacto directo vía saliva, ocurre principalmente cuando las cargas de *S. mutans* en la saliva materna son elevadas.

Aunque diferentes miembros de la familia pueden estar involucrados en la colonización de la cavidad bucal del bebé por *S. mutans*, la madre, generalmente, es la principal fuente de transmisión vertical de estos microorganismos.

El contacto indirecto ocurre por vía de objetos tales como: utensilios, cucharas, tazas, juguetes y cepillos dentales.^{13,14-19}

Algunas medidas de prevención precoz para retardar la colonización de microorganismos

cariogénicos en la cavidad bucal del bebé edéntulo son:^{13,14-18}

1. 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.
2. No probar los alimentos con la misma cuchara antes de suministrarlo al bebé, ni soplar los alimentos para enfriarlos.
3. No limpiar el chupón o pacificador con la boca
4. Evitar besar al niño en la boca.

Lactancia materna

La Organización Mundial de la Salud conceptualiza la lactancia materna exclusiva como la ingesta de leche materna, exceptuando el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del seno de la madre.²⁰ El consumo de leche materna brinda beneficios nutritivos, inmunológicos, representa un vínculo entre madre e hijo, además que contribuye a un desarrollo adecuado de las arcadas dentarias contribuyendo con una oclusión adecuada a futuro.²¹

Se debe considerar que la leche materna es el alimento ideal para el niño durante los primeros 4 a 6 meses de vida.²²⁻²³ La composición de la leche materna se adapta a las necesidades nutricionales del bebé y sigue siendo una importante fuente de proteínas, calorías aminoácidos esenciales, inmunoglobulinas, anticuerpos, oligosacáridos, lactosa, ácidos grasos esenciales, colesterol, vitaminas liposolubles e hidrosolubles, minerales y otros nutrientes. La leche materna aporta nutrientes incluso después de iniciarse la introducción de alimentos complementarios.²⁴⁻²⁶

Se debe considerar que la lactancia materna, debido a su capacidad buffer y otros mecanismos



de defensa, puede inhibir microorganismos de la cavidad bucal, debido a la remineralización y depósito de calcio y fosfato en las superficies del esmalte dental. Es por esto que es considerada anti cariogénica a pesar de que la lactosa es fermentada por el *S. mutans* en la placa, además los niños que recibieron lactancia materna, tienen menos riesgo a caries que los niños alimentados con biberón.²⁶⁻²⁷

Por otra parte, cuando el consumo de leche materna es prolongado, se le considera como un factor de riesgo a desarrollar caries de la infancia temprana.²⁶⁻²⁸

Lactancia artificial

La lactancia artificial se encuentra considerada en casos de restricción de leche materna diurna y nocturna, enfermedades y cuando la madre consume fármacos durante la lactancia. En estos casos se indica el uso de fórmulas adaptadas, la cual se realiza habitualmente por medio del biberón.²⁹ No se recomienda la adición de azúcares ni edulcorantes al biberón por ser un claro factor de riesgo de caries.

Así mismo, a partir de la erupción del primer diente, no es recomendable que el bebé se quede dormido mientras toma el biberón, para evitar la aparición de caries de la primera infancia. En caso de que un niño se quede dormido mientras es alimentado, se le deben limpiar los dientes antes de acostarlo.¹¹⁻¹⁹⁻²⁷

Hasta el año de edad está permitido el uso de biberón, tanto para alimentación artificial como para agua. Se recomienda el uso de chupón anatómico con un orificio pequeño, que favorezca el movimiento anterior de la mandíbula y la coordinación de la succión, la deglución y la respiración. El uso del biberón debe sustituirse por un vaso progresivamente a partir de los 12 meses, para fomentar el cambio de un patrón alimentario de succión a masticación y así evitar diversas alteraciones a

nivel bucal debido al uso prolongado del mismo.¹⁴⁻³⁰

A partir de los 6 meses es recomendable la introducción de papillas y alimentos sólidos. La consistencia de los alimentos debe aumentar progresivamente para estimular el desarrollo armonioso maxilar y mandibular y estimular la erupción dentaria.¹²⁻³¹

Modelo de atención odontológica integral en el primer año de vida

Es importante impulsar hábitos preventivos de enfermedades bucales, por lo que se recomienda atención a la gestante y al infante en la etapa de 0 a 3 años para promover el acercamiento a la familia, educar a los padres y evitar consultas de urgencia en etapas más avanzadas de la enfermedad, cuando la dentición ya ha sido altamente comprometida por la caries dental.³²⁻³³

Los recién nacidos generalmente no presentan unidades dentales, pero existen casos de dientes natales o neonatales, los cuales deben ser preservados. En el periodo de 6 meses suele darse la aparición del primer diente primario; una vez erupcionado el primer diente se recomienda ir disminuyendo gradualmente la lactancia materna durante las noches.³⁴⁻³⁵

La razón de esto es que después de cada ingesta de leche, se presenta un ataque ácido a los dientes dado por bacterias que se desarrollan por oxidación de la bebida que queda adherida a los dientes y tejidos blandos de la boca como lengua, carrillos entre otros.³⁶⁻³⁷

Por lo cual, es importante realizar la limpieza dental de inmediato después de las ingestas de leche, e ir dejando espacio entre las mismas para que los dientes tengan tiempo de recuperarse de los ataques ácidos ya mencionados.³⁴ La limpieza nocturna es de gran relevancia, pues el ataque ácido que afecta los dientes es más agresivo durante las horas de sueño.³⁸

Para la limpieza de encías se debe utilizar gasa y/o dedal de silicona; mientras que tras la aparición del primer diente es indicado iniciar el uso de cepillo dental pequeño con pasta dental sin fluoruro dentro de sus componentes.³⁴⁻³⁸

Algunos autores recomiendan pastas de 1000 ppm (partes por millón) de ión fluoruro.³⁴⁻³⁸ Sin embargo otros difieren de este modelo pues, está comprobado que dosis altas de flúor producen fluorosis cuando son ingeridas a edades tempranas durante el desarrollo del germen dental permanente, a pesar de esto, un uso adecuado de altas cantidades de fluoruro previene la aparición de caries de la infancia temprana.³⁹ Sería preciso indicar la cantidad de flúor a utilizar en la pasta que se aplicará al niño según el nivel de riesgo a caries que presente.⁴⁰

Igualmente, la prevención debe ser fundamental para disminuir el riesgo a caries y evitar la aparición de las mismas, por lo que es importante que los padres sepan que la salud bucal afecta la salud general del niño.⁴¹

De igual manera, se debe aclarar que la responsabilidad del cuidado bucal del niño recae sobre los padres y no sobre el propio niño, es por esto que la primera visita al odontopediatra debe ser antes del año y este indicará los cuidados adecuados según la edad y el riesgo a caries del niño.³⁴⁻⁴⁰

De no existir una adecuada higiene bucal, habrá un riesgo significativo de padecer de caries dental⁴², antes de los 6 años de edad, esta alteración se denomina caries de la primera infancia, ésta afecta los tejidos dentales con progresión muy rápida convirtiendo las lesiones de mancha blanca o descalcificaciones, en cavidades francas que representan un verdadero desafío en el tratamiento de dichas lesiones por parte del profesional de la odontopediatría.⁴³

Es necesario que el profesional adapte las técnicas de abordaje al paciente según el nivel

cognitivo que éste presente, por tal motivo el bebé necesita ser abordado con un tono de voz suave y melodioso al igual que el lactante mayor.

Al momento de dar indicaciones, estas deben ser cortas, con un lenguaje imaginativo y siempre reforzando sus actitudes positivas.⁴⁴⁻⁴⁵

Normalmente algunos niños y generalmente los bebés y preescolares, presentan actitudes de resistencia, moviendo la cabeza, brazos y piernas durante el tratamiento. Por tal motivo, la protección de éstos por medio de la restricción física o enfoque físico es muchas veces necesario a fin de evitar accidentes.⁴⁶

Por último, es de suma importancia conocer la secuencia de erupción de dientes primarios, ya que esta nos permitirá detectar alguna alteración en la misma.

El proceso inicia con el incisivo central mandibular aproximadamente a los 7 meses de edad, seguido por el incisivo central superior dos meses más tarde, luego, erupciona el incisivo lateral superior continuado por su homólogo inferior cerca de los 12 meses de la misma manera, el primer molar maxilar se presenta en boca seguido del primer molar mandibular a los 16 meses aproximadamente; los caninos maxilar y mandibular son los siguientes dientes en hacer erupción a los 18 meses; finalmente, y en este orden los segundos molares mandibulares y segundos molares maxilares hacen su aparición en boca.⁴⁷⁻⁵⁰

Protocolo de atención odontológica al bebé. Clínica Odontológica USFQ

Basado en la revisión de la literatura anteriormente expuesta, surge la propuesta de un protocolo de atención bucal a bebés de 0 a 12 meses que acuden al servicio clínico de Odontología de la Universidad San Francisco de Quito – Ecuador.

Este protocolo de atención incluye información detallada de los pasos a seguir por parte del profesional según cada diagnóstico que presente cada paciente, al igual que se hace referencia al componente psicológico del niño, con el fin de realizar un tratamiento de manera integral y así lograr el éxito del mismo.

Historia clínica

La realización de la historia clínica es fundamental, puesto que constituye un elemento importante en la relación Odontopediatra – paciente, esta constituye un instrumento que contiene el relato escrito, preciso, claro, ordenado y detallado de la información del paciente.⁵¹

También es un documento legal donde se asienta un adecuado diagnóstico que permita desarrollar en el niño un tratamiento con éxito.⁵²⁻⁵³

Interconsulta médica

Por otro lado, dentro de la historia clínica, deber ser correctamente manejada la interconsulta, que un sistema de relación entre las diversas áreas de experiencia hospitalaria.

Todos los profesionales de la odontología requieren opiniones médicas sobre la atención de determinados pacientes pediátricos con alteraciones sistémicas, con la finalidad de mejorar el tratamiento y tomar las medidas necesarias para modificar el mismo, por lo cual la interconsulta médica es catalogada como una habilidad de comunicación muy importante entre el odontopediatra y el médico tratante.⁵⁴⁻⁵⁵

Consentimiento informado

Una parte relevante dentro de la historia clínica odontológica es el consentimiento informado, el cual es un documento legal que protege tanto al profesional como al paciente, en el caso de

atención a bebés el representante debe otorgar por escrito su consentimiento, en el cual acepta el tratamiento odontológico, para que el profesional pueda proceder a los tratamientos adecuados.

Es el deber del odontólogo informar claramente todo lo relacionado con el tratamiento, incluyendo riesgos y beneficios y opciones disponibles.⁵⁶⁻⁵⁷

Examen Clínico

Después se debe realizar el examen clínico al bebé cuidadosamente, es preferible realizarlo en presencia de su representante para brindarle seguridad, además el profesional debe dirigirse al bebé con gestos sutiles, un tono de voz adecuado.⁵⁸

Es indispensable observar todo el sistema estomatognático, en el caso de que ya existan unidades dentarias erupcionadas se debe anotar las que se encuentren cariadas, perdidas u obturadas, al igual que se debe evaluar la presencia de biopelícula y de cualquier otra posible alteración de sus tejidos blando, un ejemplo de ellos, la inserción inadecuada de los frenillos labiales y linguales.⁵⁹⁻⁶⁰

Una vez planteado todos los fundamentos clínicos para llegar a un adecuado diagnóstico, se detalla el siguiente protocolo de atención odontológica al bebé con la finalidad de ofrecer una guía práctica al profesional que permita desarrollar los distintos tratamientos de acuerdo al diagnóstico y necesidad del paciente pediátrico.

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

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

Tabla N°2. Abordaje clínico al bebé de 6 a 12 meses en base a la probabilidad de caries ICCMSTM. Clínica de Odontología Universidad San Francisco de Quito

Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Manejo de conducta
06 – 12 Meses	Paciente de BAJO Riesgo a caries	<p>Entrevista motivacional: discutir con los padres cómo mejorar sus conductas de salud bucal incluyendo cantidad de azúcares</p> <p>Citas de revisión hasta cada 6 meses: Profilaxis profesional</p>	<p>Comunicación no verbal</p>
	Paciente de MODERADO Riesgo a caries	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional • F-en barniz 2Veces/año • F-en gel o solución (2% NaF) • Citas de revisión hasta cada 3 meses 	<p>Técnica de atención Rodilla- rodilla</p> <p>Enfoque físico</p>
	Paciente de ALTO Riesgo a caries	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional • Aumento de la aplicación de F- en barniz a 4 veces/año • Aplicación tópica F-, consejería: reducir la cantidad y frecuencia de azúcares • Citas de revisión hasta cada 3 meses 	<p>Estabilización protectora Pasiva: Se realiza con dispositivos e instrumentos que ayudan a restringir y proporcionan seguridad al niño, permitiendo que el profesional ejecute el tratamiento con calidad y precisión los abre bocas (mono block de silicona) son los más utilizados.</p>

Tabla N°3. Protocolo de atención odontológica al bebé de 6 a 12 meses en base a criterios ICCMS™. Clínica de Odontología Universidad San Francisco de Quito

Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Manejo de conducta
06 – 12 Meses	Estadíos iniciales de caries (Códigos ICDAS 1 y 2)	MNO: <ul style="list-style-type: none"> • Remoción mecánica de la biopelícula • Fluoruro tópico aplicado clínicamente • Uso de sellantes en caso de haber erupcionado precozmente el 1er molar 	Es necesario evaluar y adaptar al paciente, mediante la aplicación de diversas técnicas, que permitan manejar las emociones a través del abordaje psicológico, en los bebés se puede utilizar las siguientes técnicas: Comunicación no verbal Control de voz Enfoque físico Estabilización protectora Pasiva
	Estadíos moderados de caries (Códigos ICDAS 3 y 4)	MNO: Si el sellante no es viable (dificultad para aislar el diente) una opción es la corona metálica o forma plástica preformadas sin preparación dental. MOPD: Incluye la colocación de corona metálica o forma plástica preformadas	
	Estadíos severos de caries (Códigos ICDAS 5 y 6)	MOPD: uso de corona metálica o forma plástica preformadas. Si el manejo restaurativo no es posible, considerar Técnica de Hall. Según el diagnóstico que presente la pulpa se aplica:	
	Cavitación con exposición pulpar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pulpotomía: Apertura cameral y remoción de tejido pupar cameral. Restauración directa con ionómero convencional, Composite, corona metálica o forma plástica preformadas según amerite el caso. 2. Pulpectomía: Apertura cameral y remoción de tejido pulpar completa desde ápices radiculares hasta cámara pulpar. Restauración directa con ionómero convencional, Composite, corona metálica o forma plástica preformadas, según amerite el caso 	

MNO = Manejo no operatorio. MOPD = Manejo operatorio con preservación dental. ICCMS™

Conclusiones

El papel que desempeña el odontopediatra en la clínica de bebé es muy importante ya que es el responsable de educar, para la salud a la mujer gestante, a los padres, cuidadores y

representantes en cuanto a factores dietéticos, higiene bucal, transmisibilidad de la caries y el uso de fluoruros.

El protocolo de clínica de bebé de la USFQ brinda una guía del tratamiento odontológico

para el infante hasta su primer año de vida basándose en la prevención y realizando promoción en salud ya que si ésta comienza desde edades tempranas con los cuidados bucales correspondientes lograremos generaciones libres de caries.

Agradecimientos

Un especial agradecimiento a todos los residentes de la especialidad de Odontopediatría de la USFQ (cohorte 2017) quienes brindaron su apoyo en la redacción de dicho producto científico. Al igual que su coordinadora la Dra. Constanza Sánchez Dávila quien dedicó su asesoría científica permitiendo enriquecer esta investigación.

Referencias

1. Cisneros DG, Hernández BY. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *Medisan*. 2011; 15 (10): 1445-58.
2. Crespo MM, Riesgo CY, Laffita LY, Torres P, Márquez FM. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria: Motivaciones, estrategias y prioridades odontopédiátricas. *Medisan*. 2009; 13 (4).
3. Cupé AC, García CR. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev. Estomatol. Herediana*. 2015; 25 (2): 112-21.
4. Tello G, Abanto J, Butini L, Murakami C, Bonini G, Bönecker M. Impacto de los principales problemas de salud bucal en la calidad de vida de preescolares. *Rev. Odontología*. 2016; 19 (2): 42-52.
5. Miñana V. Promoción de la salud bucodental. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011; 13 (51): 435-58.
6. Neves T, Iuata C, Gimenez T, Olegário I, Bissoto A, Tello G, et al. Análisis conductual de niños brasileños que participan del “Programa boquita del bebé” – Gurupi/Tocantins. *Rev. Odontología*. 2017; 19 (1): 122-34.
7. Zou J, Meng M, Law C, Rao Y, Zhou X. Common dental diseases in children and malocclusion. *Int J Oral Sci*. 2018; 10:7.
8. Díaz DM, Pinzón CE, Oliveros H, Castillo MF. Frecuencia de asistencia a la consulta odontológica en el control prenatal y factores asociados en un hospital público de Bogotá, Colombia, 2011-2012. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2016; 67 (4): 288-98.
9. Corchuelo J, Pérez JG. Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 (10): 2209-18.
10. Arias C, Orozco F. Conocimientos, actitudes y prácticas de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo, de mujeres que acuden a consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. *Odonto Investigación* 2017; 1 (3).
11. Borda C, Huayapa O, Loayza R, Torres G. Odontología para el Bebé: Modelo de atención en Salud Pública - Perú. *Odontol Sanmarquina*. 2004; 8 (2): 32-40.
12. Palma C, Cahuana L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. *Acta Pediatr Esp*. 2010; 68 (7).
13. Moscardini M, Díaz S, De Rossi M, Filho N, De Rossi A. Odontología para bebés: Una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. *Rev. odontopediatr. latinoam*. 2017; 7 (2): 116-26.
14. Cicalé A, Barrios G. La clínica del bebé: una alternativa de salud buco dental en la atención primaria. una revisión. *MedULA* 2011; 20: 88-95.
15. Assunção E, Cunha R. Perfil de Utilização do Flúor Tópico em Bebês Adotado pelas Universidades Brasileiras de Odontología.

- Pesq Bras Odontoped Cin Integr Joao Pessoa. 2008; 8 (3): 277-82.
16. Arellano C, Podésta, M. Odontología para bebés. *Dental tribune hispanic & latin america*. 2013; 10 (8).
 17. Mateos M. Protocolos para la actuación con niños con alto riesgo de caries en diferentes edades y situaciones. *Sociedad Española de Epidemiología y Salud pública*. 2013; 10(8).
 18. Cançado F, López J. La clínica odontológica del bebé integrando un servicio de salud. *Arch. Pediatr. Urug*. 2008; 79 (2): 150-7.
 19. Brovia R, Settino C. [página en Internet] *Salud Bucal. Revista de salud del Casmu*. [Actualizado 2015 dic ; citado 2018 Mar 15] Disponible en: <http://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2017/09/Octubre-mes-de-la-salud-bucal-2015-12.pdf>
 20. OMS; UNICEF. [página en Internet] *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. [Actualizado 1989 nov; citado 2018 Mar 15]. Disponible en: www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf
 21. Cantú E, Loya M, Sanín L, Guevara R, Orgaz R, Chávez D. Caracterización de la flora bucal según patrón de amamantamiento en un grupo de madres e hijos de la Ciudad de Chihuahua, Chihuahua. *Lactancia y flora patógena oral. Revista ADM* 2015; 72 (3): 146-52.
 22. Rivera LE, Bauta LL, Fornaris HA, Flores MM, Pérez MR. Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva: Policlínico "Aleida Fernández". 2015. *Rev haban cienc méd*. 2017; 16 (6): 879-90.
 23. Nieto A, Mendoza K, Pontigo M. Prevención de hábitos no fisiológicos a través de la lactancia materna. *Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSa*. 2017; 5 (9).
 24. Vergara R., Barrueco L, Diaz L, Sánchez T. Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. *Medisan*. 2014; 18 (8): 1091-8.
 25. Diaz J, Santos E, Lombardo N, Llaver C, Argés L, Gómez F, et al. Ingesta de los principales macro y micronutrientes de mujeres en período de lactancia, Hospital Lagomaggiore, Mendoza. *Rev. Jornadas de Investigación*. 2015; 1 (66).
 26. Setiawati S, Rahardjo A, Sutadi H. Relationship between Breastfeeding Status and Early Childhood Caries Prevalence in 6-24 months old children in Jakarta. *J. int. dent. med. res*. 2017; 10 (2): 308-12.
 27. Hinostroza M, Jara J, Montalvo S, Romero M, Tiese J. Impacto de la lactancia no materna en el infante. *Rev Cient Odontol* 2017; 5 (2): 733- 43.
 28. Abal D, Barces D, Chávarri L, Donoso L, Espichán M. Lactancia materna y riesgo de caries. *Rev Cient Odontol* 2017; 5 (2): 752-9.
 29. Paredes NK, Valdivieso VM. Lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas. *Odontol Pediatr* 2008; 7 (2): 27- 33.
 30. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev. chil. pediatr*. 2017; 88 (1): 07-14.
 31. Jiménez A, Martínez R, Velasco M, Ruiz J. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas. *Nutr Hosp*. 2017; 34 (4):3-7.
 32. Vilela M., Huamán S, De Rossi M, Filho P. De Rossi A. Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. *Rev de Odontopediatría Latinoamericana*. 2017; 7 (2): 116-26.
 33. Costa H, Barros L Ninokata L, Costa D. Terapia Endodôntica em Dentes Decíduos por Odontopediatras. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2013; 13(4):351-60.

34. Sociedad española de odontopedriatría. [página en Internet] Protocolo de diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. [Actualizado 2018 Feb; citado 2018 Mar 15]. Disponible en: http://www.odontologiapediatrica.com/img/S_EOP_-_Caries_precoz_de_la_infancia_fin3.pdf
35. Malhotra A, Hedge M. Medical Management of dental caries: A Change in therapeutic Approach. *International research Journal of Pharmacy*. 2013; 4 (1): 39-42.
36. Urgellés P, Abellas M. Algunas consideraciones sobre la alimentación del lactante para la conservación de su salud bucal. *Medisan*. 2012; 16 (4): 596-05.
37. Freire A, Farfán A, Chuquimarca B. Elevado consumo de azúcares y caries asociados a cepillado dental en niños de Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBVs) de Quito. *Rev Fac Cien Me* 2016; 41 (1): 21-30.
38. Cahuana A, Palma C, González Y, Palacios E. Salud bucodental materno-infantil. ¿Podemos mejorarla? *Matronas profesión*. *Matronas Prof*. 2016; 17(1): 12-19.
39. Cury JA, Tenuta LM. Evidence-based recommendation on toothpaste use. *Braz. oral res*. 2014; (28): 1-7.
40. Aranguiz C, Rojas P. Higiene bucal y prevención de caries infantiles. *Rev Chil Med Fam*. 2007; 8 (1): 17-20.
41. Schüller I, Haberstroh S, Dawczynski S, Lehmann T, Heinrich R. Dental Caries and Developmental Defects of Enamel in the Primary Dentition of Preterm Infants: Case-Control Observational Study. *Caries Research*, 2018; 52 (1-2):22-31.
42. Luján E, Luján M, Sexto N. Factores de riesgo de caries dental en niños. *Rev Científica Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. [Internet]. 2007; 5 (2).
43. Montero D, López P, Castrejón R. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. *Rev Odontol Mex*. 2011; 15 (2): 96-102.
44. Galdames S. Fobias y conductas disruptivas en niños de hoy. *Rev. Soc. Chil. Odontopediatría*. 2015; 30 (1): 13-6.
45. Rodríguez S, Pinto F, Alcocer J. Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil. *Rev. Escuela de Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica*. 2009; 2 (11): 2-12.
46. Abanto J, Thiago S, Carvalho F, Mendes M, Marcia W, Bönecker M, et al. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011; 39 (2).
47. Obhioneh E., Adekoya C., Ayodeji T, Owotade F. Eruption Chronology of Primary Teeth in Nigerian Children. *J Clin Pediatr Dent*. 2008; 32 (4): 341-5. Revuelta R. La cavidad bucal del nacimiento a la infancia: Desarrollo, patologías y cuidados. *Perinatol Reprod Hum*. 2009; 23 (2).
48. Burgueño L., Gallardo, N. E., Mourelle, M. R. Cronología y secuencia de erupción de los dientes temporales en una muestra infantil de la Comunidad de Madrid. *Rev. Cient. Dent*. 2011; (2):111-8.
49. Xuefeng H, Shan X, Chensheng L, Lishan Z, Yiping C. Precise chronology of differentiation of developing human primary dentition. *Histochemistry and Cell Biology*. 2104; 141 (2): 221-7.
50. Pérez D, Hernández Y, Álvarez C, Álvarez Y, Rodríguez M. Software for the management of clinical history in Comprehensive Dentistry Care. *Rev Ciencias Médicas*. 2016; 20 (6): 41-7.
51. González R, Cardentey J. La historia clínica médica como documento médico legal. *Rev. Med. Electrón*. 2015; 37 (6): 648-53.



52. Guzmán F., Arias C. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico . Rev Colomb Cir. 2012; (27): 15-24.
53. Díaz J, Gallego B. La interconsulta y la referencia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21 (3-4).
54. Montero E. López J. La interconsulta médica: problemas y soluciones. Med Clin. 2011; 136 (11): 488-90.
55. Cerda C, Garrocho J, Pozos A. El consentimiento informado en la investigación clínica en estomatología. Rev ADM. 2014; 71(6): 301-5.
56. Garmendia G, Vila D, Felipe A, Felipe A, Baró M. El consentimiento informado en el tratamiento integral del niño con fisura labio-alveolo-palatina. Rev Cubana Estomatol. 2013; 50 (1): 28-40.
57. Huamán M, Huamán J. Uso de la Sugestión en el manejo de la conducta del niño en odontología pediátrica. Odontología Pediátrica. 2015; 14 (2): 129-38.
58. Chavarría Fonseca M. La salud bucal y los factores de riesgo de enfermedad bucal de las mujeres embarazadas, de los niños y las niñas de 0 a 3 años y de sus madres. Rev Odontología Vital. 2015; 1 (22): 39-48.
59. Vilela M, Huamán S, De Rossi M, Filho P, De Rossi A. Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. Rev de Odontopediatría Latinoamericana. 2017; 7(2): 116-26.
60. Ismail AI, Pitts NB, Tellez M. The International Caries Classification and Management System (ICCMS™) An Example of a Caries Management Pathway. BMC Oral Health. 2015; 15 Suppl 1: S9.