



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

REVISIÓN DE PROGRAMAS PARA LA PREVENCIÓN DE  
CARIES DENTAL DURANTE LA PRIMERA INFANCIA.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

CECILIA REYES FLORES

TUTORA: Esp. DORA LIZ VERA SERNA

MÉXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Quienes me han apoyado de manera incondicional a lo largo de mi vida, por el cariño que siempre he recibido de ustedes, despertando en mí la curiosidad por comprender el mundo, con gratitud, admiración y amor.

A Chava:

Desde el feliz momento en que arribaste a mi vida, te has convertido en el bastión que sostiene mis balbucientes pasos, llenaste mi mundo de amor y de atenciones, me diste seguridad y fortaleza para perseguir mis sueños y alcanzar mis metas, eres parte y complemento de mi cotidianidad, por lo que este logro más que mío es nuestro.

A mi tutora:

Debo especial gratitud a la Esp. Dora Liz Vera Serna, por su generosa ayuda y estimulantes comentarios sobre buena parte de los temas tratados en esta tesina, usted ha contribuido esencialmente en la mayor parte de los capítulos. Mi agradecimiento es inmenso.

A mis familiares y amigos:

Quiero plasmar mi agradecimiento a la constante y desinteresada aportación de afecto y cariño de mi círculo familiar y amigos.

A mi alma mater:

Me siento orgullosa y afortunada por ser parte de esta institución; Gracias por lo aprendido en sus aulas y por fortalecer mi espíritu.

A mis profesores:

Les agradezco su infinita paciencia y su abnegada dedicación.

# ÍNDICE

	<b>Páginas</b>
Introducción	6
Antecedentes	8
1. Programas de prevención contra caries dental	14
1.1 El papel del odontólogo en la prevención pediátrica	15
1.2 Programas de prevención contra caries en México	16
1.2.1 Programa Nacional Educativo-Preventivo contra la caries dental y enfermedades periodontales	17
1.2.2 Programa de fluoración de la sal de mesa en México	18
1.2.3 Técnica TRA	20
1.3 Índice de caries en la población infantil de México	21
1.3.1 Secretaría de Salud (1980)	22
1.3.2 Secretaría de Salud (1988)	23
1.3.3 Secretaría de Salud (1997-2001)	23
1.3.4 SIVEPAB	24
1.3.4.1 Caries dental en población infantil (SIVEPAB, 2009)	25
1.3.4.2 Caries dental en población infantil (SIVEPAB, 2010)	26
1.3.4.3 Caries en la infancia temprana (SIVEPAB, 2010)	27
1.4 Resultados de programas de prevención contra caries en México	27
2. Programas preventivos contra la caries durante la primera infancia	29
2.1 Primera infancia	29
2.2 Programa “The Dental Home” (Estados Unidos)	30
2.2.1 Características del programa “The Dental Home”	31
2.2.2 Beneficios del programa “The Dental Home”	33
2.3 Programa ABCD (Estados Unidos)	34

2.3.1	Objetivos	36
2.3.2	Beneficios	36
2.4	Programa Cavity Free Kids (Washington, Estados Unidos)	36
2.4.1	Beneficiarios	38
2.5	Programa Infantil de Salud Oral (IOHP) (Estados Unidos)	38
2.5.1	Objetivos	38
2.5.2	Descripción	39
2.5.3	Beneficios	40
2.6	Programa de Salud Bucal del Preescolar y Escolar (México)	40
2.6.1	Objetivo	40
2.6.2	Objetivos específicos	40
2.6.3	Estrategias	41
2.7	Clínica del bebé y madre centinela para atención bucodental (GUADALAJARA)	42
2.8	Programa de atención odontológico preventivo precoz para niños en la primera etapa de vida. (Bebé Clínica Potosina 2001)	43
2.8.1	Objetivo general	43
2.8.2	Objetivos específicos	43
2.9	Programa de atención para el bebe de la Universidad Estatal de Londrina (Brasil)	44
2.9.1	Programa educativo	44
2.9.2	Programa preventivo	46
2.9.3	Programa curativo (Procedimientos)	46
2.10	Programas de prevención odontológica para embarazadas y bebés POMIPE (Argentina)	51
2.10.1	Objetivos	51
2.10.2	Características	52
2.11	Programa nacional de la promoción de la salud oral (Lisboa 2005 – 2010)	53
2.11.1	Objetivos del programa	54

2.11.2 Actividades del programa	54
2.11.3 Promoción de la salud bucal en el embarazo	55
2.11.4 Desde el nacimiento hasta los 3 años	55
2.12 Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura (España)	56
3. Importancia de la educación para la salud bucal en la primera infancia para el éxito de los programas preventivos	61
3.1 Concienciación	62
3.2 Importancia de la educación	63
3.3 Motivación	67
Conclusiones	69
Bibliografía	70

## INTRODUCCIÓN

La caries dental es una enfermedad bacteriana multifactorial que requiere para su instalación la interacción de cuatro factores básicos: El huésped, la microflora, el sustrato y el tiempo.

La prevalencia de la caries dentaria en los primeros años de vida es un asunto muy discutido y cuyas variables existen dentro de las características sociales, culturales y económicas de cada población.

Los puntos de vista sobre la caries han cambiado en estos tiempos; la caries es vista actualmente como un proceso y no como una finalidad. Los cuidados restauradores no curan la enfermedad, la obturación de los dientes primarios tiene muchos inconvenientes. Actualmente los programas preventivos buscan contribuir a la formación de una generación con menos problemas dentarios, con mayor calidad de salud; esto se puede lograr con una atención temprana de la población infantil, ya que esto disminuye las posibilidades de desarrollar enfermedades bucodentales proporcionando mejor calidad de vida.

Los programas preventivos enfocados a la primera infancia encaminan a los niños pequeños a una adecuada salud bucal mediante cambios de actitudes y prácticas en los pacientes y sus padres.

Es imperante incluir a los niños, ya que mientras más temprano el infante recibe asistencia odontológica, menor será la posibilidad de desarrollar lesiones de caries y problemas oclusales.

La educación bucal es la base de la atención odontológica en los preescolares y requiere de una participación activa e integrada por parte de los padres, pediatras y odontopediatras. Mediante la comprensión de los factores etiológicos de la caries se pueden tomar medidas orientadas para evitar que esta enfermedad se establezca.

Este trabajo tiene como objetivo la revisión de algunos de los programas preventivos que se han implementado alrededor del mundo, analizando sus componentes.

## ANTECEDENTES

A pesar de la inquietud de algunos autores acerca de los cuidados odontológicos en la primera infancia, estos fueron implementados hasta principios de los 80's por parte de los profesionales de la salud bucodental.

En Brasil, en 1929, Pereira, en el texto “Educación dental del niño”, ya señalaba que “Es necesario una divulgación sin límites en el seno de la familia, pues la profilaxis debe comenzar desde que el niño está en el vientre materno con la formación de los órganos dentarios sanos y bien calcificados”.<sup>1</sup> Mencionó la importancia de la participación de pediatras y odontopediatras, señalando que los dientes merecen los mayores cuidados higiénicos desde que estos se perciben por primera vez en la boca; sugirió la limpieza bucal realizada con el uso de gasas estériles envueltas en un dedo y humedecidas en solución de bicarbonato de sodio para frotar y limpiar bien todas las superficies dentarias. Asimismo, enfatizó que el niño no debe dormir después de una comida sin antes asearse la cavidad bucal y limpiar los dientes.<sup>2</sup>

En 1939, Costa, tenía una postura opuesta totalmente a Pereira, reafirmando el concepto de su época, según el cual, los cuidados higiénicos odontopediátricos no deberían comenzar en niños menores a los 2 años de edad y hasta los 12 años, y que sólo en algunos casos de erupción dentaria muy precoz tendrían necesidad de cuidados higiénicos.<sup>3</sup>

El iniciar los cuidados higiénicos y la consulta odontológica a partir de los 2 a los 3 años encontró defensores en diferentes partes del mundo. Brauer y col. (1960), afirman que el momento ideal para comenzar con las inspecciones dentales de los niños y sus respectivos tratamientos, cuando es

---

<sup>1</sup> Walter IRF, Ferelle A, Miyaki I. Odontología para el bebé, AMOLCA, Brasil, 2000, Pág. 3.

<sup>2</sup> Ib.

<sup>3</sup> Ib.

necesario, es a la edad de 2 años, de acuerdo con Kantorowicz (1949), de la Escuela Odontológica Alemana.<sup>4</sup>

En Inglaterra, en 1963, Robinson y Naylor concluyeron que la caries dental en la primera infancia se puede manifestar de forma agresiva y rápida causando la completa destrucción de la corona dental, lo que pudiera generar complicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños afectados, señalaron que pocos eran los que hacían hincapié en el control de hábitos alimenticios como medio de prevención de caries en bebés, o sea, se daba mucho énfasis en cuanto al daño causado por el abuso indiscriminado de carbohidratos en niños de edad escolar y muy poca relevancia en bebés. Afirman, además, que en el pasado reciente se le daba poca importancia a la presencia de caries en lactantes.<sup>5</sup>

Para implementar los programas preventivos en la primera infancia, o hacerlos posibles en diferentes partes del mundo, fueron desarrollados programas de atención odontológica destinados a los bebés.<sup>6</sup>

Con el anexo de nuevos conceptos, este tipo de comportamiento de los cirujanos dentistas comenzó a presentar modificaciones y Novak (1978), describe que históricamente, un niño debería ir, inicialmente, al dentista a la edad de 3 a 5 años. No obstante, continuó diciendo que los cirujanos dentistas tienen conciencia de que los programas de prevención de enfermedades deben ser iniciados o promover más su realización lo más cercano a la época de inicio de erupción de los dientes, situándonos en la atención de los bebés.<sup>7</sup>

Persson y col. (1975), describieron que en Suecia los programas preventivos de caries dental son establecidos por el Servicio Público de Salud Dental, donde las orientaciones son transmitidas a los padres, como procedimiento principal, cuando el niño tiene 6 meses de edad y repetido a

---

<sup>4</sup> Ib.

<sup>5</sup> Ib.

<sup>6</sup> Ib.

<sup>7</sup> Ib.

los 18 meses. Con dicha conducta, pretendían asegurar que, virtualmente todos los niños suecos estarían libres de caries a los 3 años, objetivo que no fue alcanzado plenamente. Porém, relató que hubo un progreso en la salud dental del 45% en la ciudad de Umean respecto de la muestra estudiada en 1970, que tenía caries, con índices CEOS (dmfs) de 2,5 y en el presente estudio (1985) 10% de los niños de 3 años tenían caries, con índice CEOS (dmfs) de 0,3. Esto representó una reducción efectiva de caries del 78% en los niños.<sup>8</sup>

En 1980, Blinkhorn, destacó la necesidad de una evolución radical en el comportamiento de los cirujanos dentistas, una educación para la salud bucal con el establecimiento de rutinas que podrían prevenir o controlar las afecciones más frecuentes de la cavidad bucal en los bebés. Esas rutinas continuas serían efectuadas a través de programas destinados tanto a madres en gestación como a los lactantes, enfocados a la influencia del azúcar en la caries dental y al desarrollo de medidas de higiene bucal para alteraciones periodontales.<sup>9</sup>

En Japón, Morinushi y col. (1982), concluyeron que el camino más seguro para conservar la salud oral en la población infantil fue la implementación de una guía de salud bucal junto al servicio del examen médico. Esta orientación sobre los cuidados diarios fue transmitida a las madres de los niños con cuatro meses de edad y los resultados fueron evaluados después de 12 meses.<sup>10</sup>

Como resultado del seguimiento de esta medida, se concluyó que es necesario hacer un esfuerzo en la instrucción de los cuidados diarios por parte de las madres, en intervalos de 3 a 4 meses, en donde el control de la alimentación con alto contenido de azúcar juega el papel más importante para el cuidado de la salud.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Ib.  
<sup>9</sup> Ib.  
<sup>10</sup> Ib.  
<sup>11</sup> Ib.

En Estados Unidos, Elvey y Hewie (1982), puntualizaron que si el médico conociera mejor los aspectos odontológicos muchos problemas podrían ser evitados, particularmente sobre la fluoroterapia, hábitos bucales y sus consecuencias, el desarrollo de la dentición y los métodos de prevención.<sup>12</sup>

En Inglaterra, en 1988, Cushing y Gelbier, informaron que en 1977, fue introducido en Londres un programa de cuidados dentales en el Departamento de Servicio Social. En este programa, prioritariamente se enseñaban fundamentos de educación odontológica y se brindaba un cuidado profesional de control mensual y bianual, en el cual se realizaba una profilaxis, con crema dental fluorada y buscando como objetivo principal reducir las necesidades de tratamiento y estabilizar la salud dental.<sup>13</sup>

Goepferd (1989), informó que, basados en una serie de hechos e investigaciones, entre estos la presencia de caries de biberón en bebés, en la Universidad de Iowa se estableció durante 18 meses (de 1984 a 1986), un programa destinado a diagnosticar, interceptar y modificar prácticas caseras que podrían ser potencialmente dañinas para la salud bucal de los niños. Basados en los resultados obtenidos, se indicó que la primera visita del niño al dentista debe ser realizada alrededor de los 6 meses de edad, época en que se consigue mayor eficacia en atención primaria y control de caries dental. Afirmaron también, que los pediatras deben tomar conciencia y recomendar el primer examen del niño a la edad de 1 a 2 años como máximo.<sup>14</sup>

En Brasil esta tendencia mundial de atención odontológica en niños de corta edad (bebés), con establecimiento de programas de atención primaria y tratamientos curativos específicos, encontró seguidores en la Clínica de Bebés de la Universidad Estatal de Londrina (UEL). Esta experiencia tuvo el apoyo de UEL/FINEP (Financiadora de Estudios y

---

<sup>12</sup> Ib.

<sup>13</sup> Ib. Pág. 4.

<sup>14</sup> Ib.

Proyectos), e inició sus actividades clínicas en 1985, por tanto, fue inaugurada oficialmente alrededor de 1986.<sup>15</sup>

Sin embargo, ya existía en Brasil, información acerca de odontología para bebés, en la década de los 80's, como relatan los manuales del procedimientos de antiguo INPS (Instituto Nacional de Prevención Social). En estos manuales, se ofrecen orientaciones para atender a la madre en gestación y al niño, mostrando que a partir de la erupción de los dos primeros dientes, es importante que estos sean limpiados con cepillo, hilo dental y amamantar el mayor tiempo posible. No obstante, recomiendan que el niño tenga su primer examen dental a partir de los 3 años.<sup>16</sup>

El concepto de prevención precoz está relacionado con la educación, y un gran número de autores así lo indica. Ésta es la diferencia existente entre el servicio de UEL en relación con los demás, donde se realizan tanto los procedimientos educativos dirigidos en ese país, así como los preventivos y curativos aplicados a los niños. La atención se inicia alrededor de los 6 meses de edad, época que coincide con la erupción de los primeros dientes. Podemos decir que el concepto de atención odontológica de los bebés es nuevo, así como su práctica.<sup>17</sup>

La experiencia en la ciudad de Iowa y en la Universidad Estatal de Londrina, originó más variables, como el hecho de que en Iowa el programa duró 18 meses y en la UEL duró cerca de 12 años. De la aplicación del concepto de atención odontológica en bebés es que nace la Clínica de Bebés UEL/FINEP, tal vez, el centro más desarrollado en estudio y práctica de odontología para bebés y del cuidado de la salud bucal en el mundo.<sup>18</sup>

Después de la fase de instalación e inauguración de la Clínica de Bebés, de su desarrollo e investigación y la divulgación de sus primeros resultados, esta experiencia comenzó a ser transmitida al sector público,

---

<sup>15</sup> Ib.

<sup>16</sup> Ib.

<sup>17</sup> Ib.

<sup>18</sup> Ib. Pág. 5.

comenzando con las instalaciones del programa en la Compañía Siderúrgica Nacional en Vuelta Redonda (RJ) en el municipio de Cambe (PR).<sup>19</sup>

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

Asimismo en Estados Unidos en el 2000, se implementó un programa estatal en Carolina del Norte diseñado para alentar a los proveedores de servicios médicos pediátricos a incorporar servicios dentales preventivos en salud oral, alcanzando una amplia cobertura de niños entre los 0 y 35 meses de edad.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Ib.

<sup>20</sup> Ciccalé de Pachano, Ana Teresa, La clínica del bebé: una alternativa de salud buco dental en la atención primaria. Una revisión. MedULA, Vol. 20. N° 1. 2011. Pág. 89.

# 1. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN CONTRA CARIES DENTAL

Un programa de prevención es un conjunto de procedimientos secuenciados y elaborados a partir del análisis de necesidades, buscando la creación o adaptación de actividades dirigidas al cumplimiento de los objetivos realistas diseñados como metas del programa a implementar. Se desarrollan en áreas o dominios donde se trabajan los factores de riesgo, protección y prevención. En ellos encontramos el dominio individual, el de los grupos de pares, el familiar, el escolar, el laboral, el comunitario y el socio ambiental.<sup>21</sup>

En ocasiones, se confunde prevención con programa preventivo. Siendo que, mientras que la prevención es un concepto genérico y amplio, un programa preventivo es mucho más efectivo y sistemático.

La programación cobra especial importancia dentro de las planificaciones, ya que convierte intenciones en acciones específicas, determinando responsabilidades y coordinando recursos para alcanzar las metas.<sup>22</sup>

Los programas de prevención buscan introducir acciones para la detección temprana de un factor de riesgo o un trastorno en una etapa en que pueda ser corregido o rehabilitado.<sup>23</sup>

Para que estas acciones de prevención sean consideradas efectivas, se deben tener en cuenta algunas pautas relacionadas con el problema al que nos enfrentamos:

- Debe ser un problema de salud importante tanto en su prevalencia como incidencia sobre la calidad y cantidad de vida.
- Deberá tener una respuesta efectiva para los casos identificados.

---

<sup>21</sup> Bordoní, Noemí, Odontología Pediátrica, Editorial Médica Panamericana, Argentina, 2010, Pág., 1037.

<sup>22</sup> Ib. Pág. 1038.

<sup>23</sup> Ib.

- Deberán existir recursos diagnósticos y de tratamientos disponibles y accesibles.
- Deberá tener una historia natural conocida.
- El rastreo o los métodos de detección precoz deberán ser eficaces en proporción a su costo y a su riesgo.

Para implementar estas tareas es necesario tener conocimientos específicos de la población objetivo.

Se pueden diseñar dos distintas posibilidades estratégicas de intervención: La poblacional, que intenta disminuir los valores medios de los factores de riesgo en el conjunto de la población y la individual o de alto riesgo, que trata de identificar a los sujetos que, por poseer uno o varios de estos factores, presentan un mayor riesgo de padecer la enfermedad.

### **1.1 El papel del odontólogo en la prevención pediátrica**

La educación del paciente, en Odontopediatría, es uno de los puntos más importantes para considerar dentro del cuadro de la prevención. Los pacientes y los padres deben estar conscientes de sus necesidades y responsabilidades en el mantenimiento de la salud bucal, y consecuentemente una mejor salud general.<sup>24</sup>

Sin embargo, para que consigamos que los padres aprendan a mantener la salud bucal de los niños, no basta únicamente con transmitirles los conocimientos sobre la enfermedad y cómo evitarla, precisamos despertar su interés, crear la voluntad de aprender y desencadenar las acciones indispensables para la conquista de los resultados deseados; crear y desarrollar condiciones internas favorables para el aprendizaje, haciendo del proceso una experiencia placentera.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Corrêa, MSNP. Odontopediatría en la primera infancia, Grupo Editorial Nacional, Brasil, 2009. Pág. 381.

<sup>25</sup> Ib.

El cirujano dentista, y en especial el odontopediatra, son antes que cualquier cosa, educadores en el tema de la salud bucal. Es una gran responsabilidad ser educador, principalmente si tenemos frente a nosotros a un individuo con extremo potencial de desarrollo como los niños. Nuestro comportamiento y las enseñanzas relativas a la salud bucal transmitidas a los niños y sus familias tendrán gran influencia sobre su desarrollo y crecimiento. Si despertamos el interés de la familia en los cuidados de la salud y en educar a los niños y a los padres para que adopten un estilo de vida adecuado, que promueva una buena salud general y bucal, nuestro impacto sobre sus vidas será enorme. Por lo tanto, es necesario entender, convencer y motivar constantemente para que alcancemos esta meta. Es evidente que mientras más temprano se establezcan barreras preventivas y esfuerzos referentes a la evolución de la enfermedad, más efectivo será el resultado final.<sup>26</sup>

La mayoría de los padres no saben que existe el riesgo de que los niños pequeños desarrollen enfermedades, tales como la caries dental hasta que se manifiestan en la cavidad bucal de sus hijos. Nuestro papel es alertarlos de que la enfermedad de caries se puede instalar en una edad muy temprana, generalmente cerca del año de edad y puede tener un poder destructivo muy grande, llamado caries temprana en la infancia, de acuerdo con la "American Academy of Pediatric Dentistry".<sup>27</sup>

## **1.2 Programas de prevención contra caries en México**

Fue hasta el año de 1960, que se valoró la importancia de la prevención y la salud pública. En la Secretaría de Salubridad y Asistencia, durante la administración del Dr. José Álvarez Amézquita, se creó la Dirección de Odontología, cuyos objetivos fueron: Impulsar el desarrollo de procedimientos preventivos en los diferentes departamentos dentales

---

<sup>26</sup> Ib.

<sup>27</sup> Ib. Pág. 167.

correspondientes a los centros de salud del país; divulgar, sobre todo en el ámbito escolar, los principios higiénicos para fomentar la salud dental, y estudiar la viabilidad de la fluoración del agua potable o la sal de consumo.<sup>28</sup>

En 1972 se inició una medida preventiva grupal en la cual se contempló la auto aplicación de fluoruro al 2% con la técnica de Bojanini en los espacios escolares.

### **1.2.1 Programa Nacional Educativo-Preventivo contra la caries dental y enfermedades periodontales**

Este programa inició en 1989, en el cual se consideraba la parte educativa y otras medidas de autocuidado, como el cepillado dental.<sup>29</sup>

En 1990 se tomó la decisión de llamarlo Programa Nacional de Salud Bucal del Preescolar y Escolar desarrollándose bajo la técnica de Torell y Ericsson, la cual consiste en auto aplicaciones de fluoruro de sodio al 0.2% en niños de 4 a 14 años de edad, detección de placa bacteriana, instrucción de técnica de cepillado, instrucción de uso de hilo dental y también se integraron las pláticas educativas.

Actualmente, es un área de la Secretaría de Salud que depende directamente de la Dirección General Adjunta de Programas Preventivos del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

El componente de Salud Bucal del Preescolar y el Escolar, en conjunto con las Semanas Nacionales de Salud Bucal, han sido parte central del programa para lograr un cambio favorable a edades tempranas.

La Semana de Salud Bucal, implementada desde 1997, es una estrategia que contribuye a la disminución de las enfermedades bucales que afectan a la población mexicana sin distinción de edad, sexo o nivel

---

<sup>28</sup> Higashida, Bertha Y., Odontología preventiva. 2ª Ed, McGraw Hill, México, 2008, Pág. 1.

<sup>29</sup> Mazariegos-Cuervo ML, Vera-Hermosillo H, Velásquez- Monroy O, Cashat-Cruz M. Medicina preventiva en pediatría. Intervención de la Secretaría de Salud en salud bucal. Rev. ADM 2004; 61(2): Pág. 73

socioeconómico, y que por su elevada frecuencia se consideran un problema de salud pública.

Los buenos resultados en porcentaje de asistencia de estas semanas, permitieron que a partir del año 2000, se realicen dos veces al año, la primera en abril y la segunda en noviembre, con la participación de instituciones del sector salud y afines, así como la Secretaría de Educación Pública, universidades y asociaciones civiles.

Durante la Semana Nacional de Salud Bucal, la Secretaría de Salud en conjunto con escuelas, y las distintas jurisdicciones sanitarias en todos los estados de la República, pretenden aumentar la cultura del autocuidado con las más de 340 mil acciones y la atención de alrededor de 70 mil personas, que se contempla durante la semana, mediante el uso del hilo dental y pláticas informativas acerca de las consecuencias que acarrea la falta de higiene oral.

Asimismo, se pretende aumentar la cultura de la limpieza dental desde la infancia, motivando actividades odontológicas tanto preventivas como curativas.<sup>30</sup>

### **1.2.2 Programa de fluoración de la sal de mesa en México**

La OPS ha establecido 3 fases para la implementación, seguimiento y evaluación de esta medida preventiva: Fase I. Evaluación de factibilidad e implementación del programa, Fase II. Primera evaluación, Fase III. Evaluación a largo plazo y consolidación.

En México, en la fase I, se determinó que la fluoración de la sal es el vehículo más apropiado para adicionar fluoruro y que llegue al mayor número de la población. Para la implementación de esta medida se llevaron a cabo algunas actividades interdisciplinarias como las mencionadas a continuación: En 1987 se desarrolló una encuesta de caries en 10 Entidades Federativas y

---

<sup>30</sup> Ib. Pág. 76.

el Distrito Federal, la cual se considera como una línea basal para esta medida de prevención. En 1988 se realizaron encuestas de consumo familiar e individual de sal.

En coordinación con Sales del Istmo, se llevaron a cabo pruebas para adicionar flúor a la sal por vía seca y por vía húmeda.

También se realizaron estudios de concentración de flúor en agua de consumo humano, en comunidades de 5,000 y 10,000 habitantes.

En 1991, se firmó un acuerdo entre las Secretarías de Salud, de Comercio y Fomento Industrial y la Asociación Mexicana de la Industria Salinera, A. C., para la adición de fluoruro en la sal de mesa, lo que convierte a México en el séptimo país en el ámbito internacional que adquiere esta medida preventiva.

El 6 de enero de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF), la NOM-013-SSA2-1994 para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales, en la cual se señala que “La protección específica masiva contra la caries dental debe realizarse mediante la adición de flúor a la sal de consumo humano”. Por lo que, los odontólogos y médicos no deben prescribir fluoruro por vía sistémica.<sup>31</sup>

Se realizaron muestreos periódicos para determinar la concentración de flúor en el agua para consumo humano. Sobre la base de los resultados de los estudios que se llevan a cabo de manera periódica, se desarrollaron acciones para fortalecer el programa, tales como:

- Se elaboró la propuesta de modificación a la NOM-040 para adecuar la dosis carioprofiláctica de flúor en sal a un nivel mínimo de 200 ppm y un nivel máximo de 250 ppm.
- En virtud de que los estudios de concentración de flúor en agua de consumo humano han revelado que recientemente han aparecido lugares con alto contenido de flúor, se propone incorporar como apéndice normativo de la NOM-040 el listado de áreas por entidad

---

<sup>31</sup> Ib.

federativa donde sí se permite, donde se permite parcialmente y donde no se permite la distribución de sal yodada-fluorada. Los expertos en este tema señalan que se debe a que cada vez se hace más necesario obtener agua de pozos más profundos y al extraerla, arrastra más elementos como el flúor.<sup>32</sup>

### **1.2.3. Técnica TRA**

La técnica del TRA consiste en eliminar el tejido dental afectado por caries con instrumentos manuales específicos: Espejo bucal, explorador, pinzas de curación, hachuela y/o cincel, excavador pequeño, mediano y grande, espátula para cementos, loseta de vidrio, contorneador y un instrumento diseñado en forma de diamante, especialmente para esta técnica, llamado applier-carver, que se utiliza para romper esmalte al iniciar la cavidad, el material de restauración que se utiliza para la obturación de la cavidad es el ionómero de vidrio.<sup>33</sup>

En México, la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y la Subdirección de Salud Bucal, toman la decisión de acoger el tratamiento restaurativo atraumático (TRA) como opción de atención curativo-restauradora de órganos dentarios afectados por caries, principalmente para zonas consideradas con grados de muy alta y alta marginación y de difícil acceso.

Algunas de las ventajas de la aplicación del TRA por las que se decidió adoptar esta técnica son:

- Puede llegar hasta las comunidades más apartadas, porque no se necesita electricidad.
- No se requiere de pieza de mano.
- No es necesario el empleo de anestesia.
- El método no es agresivo.

---

<sup>32</sup> Ib.

<sup>33</sup> Ib.

- Ofrece la posibilidad de otorgar atención de bajo costo, indolora, rápida y de calidad.
- Permite abatir costos en la atención odontológica, ya que para su aplicación no requiere de equipo dental convencional.
- Contribuye para ampliar la cobertura de atención bucal en las poblaciones marginadas.<sup>34</sup>

### 1.3 Índice de caries en la población infantil de México

Las instituciones que conforman el sector salud han realizado numerosos esfuerzos para obtener información referente al estado de salud bucal en la población mexicana. La tabla 1, muestra una línea del tiempo de los diferentes estudios que se ha llevado a cabo en México.

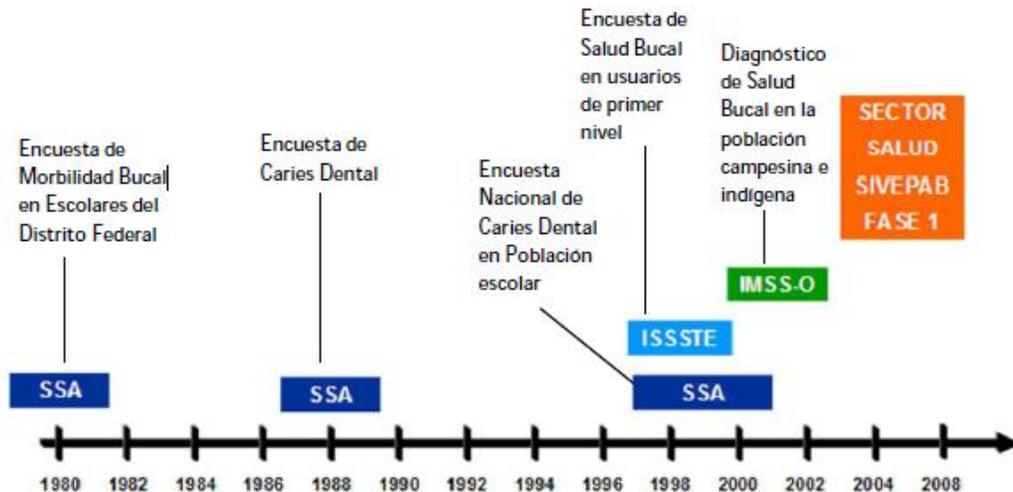


Tabla 1. Evolución de la salud bucal en México.<sup>35</sup>

<sup>34</sup> Ib. Pág. 75.

<sup>35</sup> [http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID\\_SBUCAL\\_MEX\\_2010.pdf](http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID_SBUCAL_MEX_2010.pdf)

### 1.3.1 Secretaría de Salud (1980)

La Secretaría de Salubridad y Asistencia, a través de la Dirección de Estomatología, realizó en 1980 la Encuesta de Morbilidad Bucal en escolares del Distrito Federal, la cual incluyó 3,835 niños de las 16 delegaciones. En este estudio se reportó una prevalencia de caries del 95.5% en los que se encontraban en un rango de edad de entre 6 y 14 años. En la tabla 2, se muestra el porcentaje de escolares con caries dental.

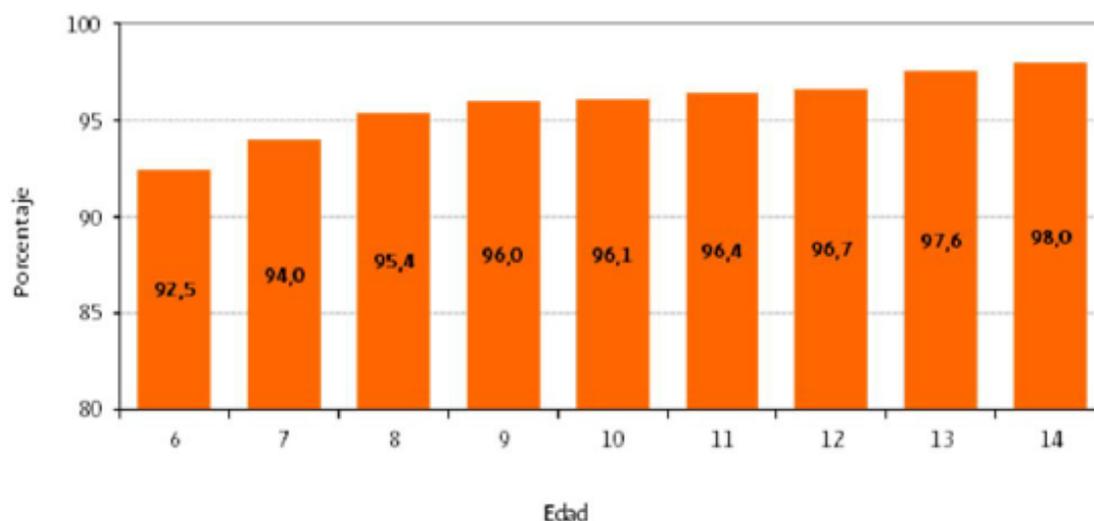


Tabla 2. Morbilidad bucal en escolares del Distrito Federal.<sup>36</sup>

<sup>36</sup> Ib.

### 1.3.2 Secretaría de Salud (1988)

La Subdirección General Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en 1988, realizó la Encuesta de Salud Bucal en usuarios del primer nivel de atención en 35 delegaciones del país, obteniendo como resultado que el número de dientes afectados por caries dental fue de 4, 5.4 y 10.7 en los usuarios de 5, 12 y 18 años de edad correspondientemente, como se muestra en la tabla 3.

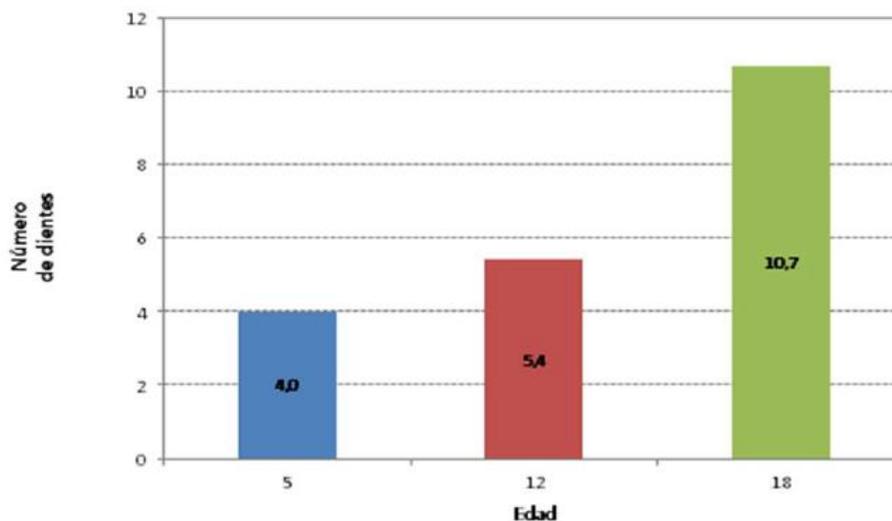


Tabla 3. Número de dientes afectados por caries dental en individuos de 5, 12 y 18 años de edad.<sup>37</sup>

### 1.3.3 Secretaría de Salud (1997-2001)

Esta Encuesta Nacional de Caries Dental se realizó en 1997-2001 en la población escolar para 32 entidades federativas. Con base en los datos que arroja el promedio del índice de caries en dentición primaria, para los escolares de 6 años de edad, por entidad federativa, en dicha encuesta, se examinaron 123,293 niños de 6 a 15 años de edad.<sup>38</sup> A continuación en la tabla 4, se muestra la prevalencia de caries por estado en niños de 6 años de edad.

<sup>37</sup>[http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID\\_SBUCAL\\_MEX\\_2010.pdf](http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID_SBUCAL_MEX_2010.pdf)

<sup>38</sup> Ib.

Entidad Federativa	Prevalencia %
Aguascalientes	40.13
Baja California	63.03
Baja California Sur	61.82
Campeche	49.31
Chiapas	67.35
Chihuahua	50.56
Coahuila	40.05
Colima	59.07
Distrito Federal	77.52
Durango	47.97
Estado de México	87.69
Guanajuato	55.21
Guerrero	66.44
Hidalgo	57.64
Jalisco	60.91
Michoacán	68.35
Morelos	75.38
Nayarit	67.52
Nuevo León	51.88
Oaxaca	54.00
Puebla	70.00
Querétaro	66.75
Quintana Roo	45.25
San Luis Potosí	65.11
Sinaloa	72.63
Sonora	61.81
Tabasco	76.45
Tamaulipas	46.71
Tlaxcala	72.52
Veracruz	75.26
Yucatán	26.31
Zacatecas	49.34

Tabla 4. Prevalencia de caries dental en escolares de seis años de edad.<sup>39</sup>

Se puede observar que sólo ocho entidades federativas presentaron una prevalencia menor al 50%. Se puede afirmar que existe un daño considerable en la dentición primaria.<sup>40</sup>

#### 1.3.4 SIVEPAB

Dada la importancia de contar con un sistema único de información estadística y epidemiológica para la toma de decisiones en materia de salud

<sup>39</sup> Ib.

<sup>40</sup> Ib.

pública, en el 2006, el Programa de Salud Bucal conjuntamente con la Dirección General Adjunta de Epidemiología, han implementado el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucales (SIVEPAB).<sup>41</sup>

Este sistema, proporciona información importante acerca de la tendencia de la salud oral, en la población que usa los servicios de salud de las 32 entidades federativas.<sup>42</sup>

### 1.3.4.1 Caries dental en población infantil (SIVEPAB, 2009)

Para determinar el estado de caries en dentición primaria, se calcularon los promedios de dientes cariados (cd), de dientes perdidos (pd) y de dientes obturados (od), así como el total de la experiencia de caries dental (cpod). En el total de niños y adolescentes de 2 a 10 años el índice cpod promedio fue de 3.6, de los cuales 3.1 fueron cariados, 0.1 perdidos y 0.4 obturados. El número promedio de dientes cariados (cd) fue el mayor componente, representando más del 82 % del índice total para todos los grupos de edad. El componente perdido (pd) fue el más bajo en todos los grupos de edad. A continuación lo ejemplificamos en la tabla 5.

Edad	N	cariado		perdido		obturado		cpod	
		Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE
2	604	2.6	3.8	0.1	0.5	0.1	0.4	2.7	3.9
3	1436	3.9	4.3	0.0	0.3	0.2	0.9	4.1	4.4
4	2269	4.4	4.3	0.0	0.4	0.3	1.0	4.7	4.4
5	3322	4.0	4.0	0.1	0.5	0.4	1.4	4.4	4.2
6	4877	3.7	3.8	0.1	0.5	0.4	1.3	4.2	4.0
7	4792	3.4	3.5	0.1	0.5	0.5	1.4	4.0	3.7
8	4795	3.1	3.1	0.1	0.5	0.5	1.4	3.7	3.3
9	5179	2.5	2.8	0.1	0.5	0.4	1.3	3.1	3.0
10	4753	1.6	2.3	0.1	0.4	0.3	1.0	1.9	2.5
Total	32027	3.1	3.5	0.1	0.5	0.4	1.3	3.6	3.7

Tabla 5. Índice de caries dental en dentición primaria (cpod) por edad en pacientes de 2 a 10 años México, SIVEPAB 2009<sup>43</sup>

<sup>41</sup> Ib.

<sup>42</sup> Ib.

### 1.3.4.2 Caries dental en población infantil (SIVEPAB, 2010)

El Sistema de Vigilancia epidemiológica de patologías bucales 2010 (SIVEPAB), nos señala que determinaron el índice de caries dental mediante el cálculo del promedio de dientes cariados, dientes perdidos y dientes obturados (cpod) en 73,067 pacientes infantiles de entre 2 a 19 años. En los niños de 2 a 10 años de edad el índice de cpod promedio fue de 3.6. De los cuales 3.1. Fueron cariados, 0.1 perdidos y 0.3 obturados. El número promedio de dientes cariados fue el mayor componente representando el 84% del índice total para los grupos de edad (tabla 6).

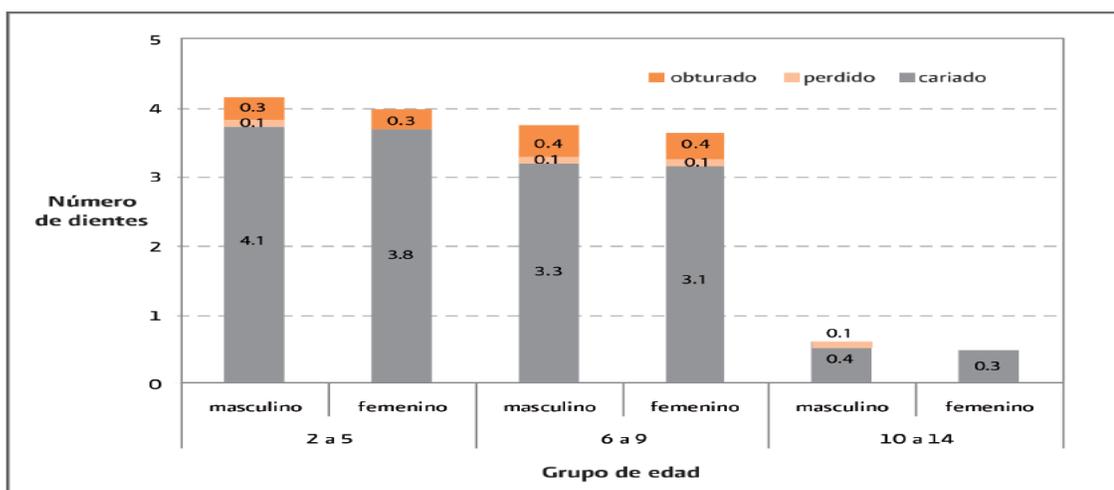


Tabla 6. Promedio de índice de caries dental en dentición primaria (cpod) por sexo y grupo de edad. SIVEPAB 2010.<sup>44</sup>

También se concluyó que sólo el 24% de la población de 2 a 19 años que acuden a los servicios de salud están libres de caries.

Se encontró que los niños y niñas de 2 a 5 años tienen la mayor experiencia de caries dental.<sup>45</sup> Se halló que en los niños de 10 a 14 se reduce considerablemente la caries dental, esto se debe en gran parte a la exfoliación de la dentición temporal.

<sup>43</sup> [http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sivepab2010\\_completo.pdf](http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sivepab2010_completo.pdf)

<sup>44</sup> [http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sivepab2010\\_completo.pdf](http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sivepab2010_completo.pdf)

<sup>45</sup> Ib.

### 1.3.4.3 Caries en la infancia temprana (SIVEPAB, 2010)

Es un término relativamente nuevo, esta condición también ha sido llamada “caries de biberón” o “síndrome de biberón”. La CIT es definida como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de 71 meses de edad o menores.<sup>46</sup>

En niños menores de 3 años, cualquier signo de caries en una superficie lisa es indicativo de Caries Severa en la Infancia Temprana (CSIT), de acuerdo al criterio establecido por la Academia Americana de Odontología Pediátrica. En la población infantil de 3 a 5 años, la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria es considerada como CSIT. En el total de niños de 3 a 5 años examinados, el 35.8% presentó CSIT. En la tabla 7, se presenta el número y porcentaje de niños de 3 a 5 años con Caries Severa en la Infancia Temprana (CSIT) por grupo de edad.

Edad	N	Número de niños con CSIT	%
3	1436	525	36.6
4	2269	860	37.9
5	3322	1133	34.1
Total	7027	2518	35.8

Tabla 7. Porcentaje de niños de 3 a 5 años con Caries Severa en la Infancia Temprana (CSIT) por grupo de edad México, SIVEPAB 2010<sup>47</sup>.

## 1.4 Resultados de programas de prevención contra caries en México

De acuerdo con las cifras proporcionadas por SIVEPAB podemos concluir que la caries dental es un problema grave de salud pública en nuestro país, los pacientes de 2 a 10 años tienen un promedio de caries en dentición

<sup>46</sup> Ib.

<sup>47</sup> Ib.

primaria de cuatro dientes afectados, los pacientes de 6 a 19 años cinco dientes permanentes y los adultos mayores de 20 años, 13 dientes afectados en promedio.<sup>48</sup>

A lo largo de los años, el índice de caries en nuestro país no se ha modificado de manera drástica, es importante señalar que los programas de salud bucal en México no han tenido el impacto deseado en la población, a todas luces es importante tomar en consideración a la población infantil de más corta edad, brindando información precisa a los padres acerca de la enfermedad y cómo prevenirla, medidas de higiene oral y un control de dieta específico; estas medidas son la pauta que determina la salud bucal que tendrá una persona durante toda su vida.

Es indispensable transformar el enfoque que prevalece actualmente centrado en la enfermedad, mutilatorio y curativo, por lo preventivo fundado en la salud, la educación sanitaria y el autocuidado.<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> Ib.

<sup>49</sup> Mazariegos-Cuervo ML, Op. cit. Pág. 76.

## **2 PROGRAMAS PREVENTIVOS CONTRA LA CARIES DURANTE LA PRIMERA INFANCIA**

En el capítulo anterior planteamos, de manera general, las medidas de prevención que se han utilizado en contra de la caries; a continuación, revisaremos algunos de los programas que están vigentes en diferentes países, específicamente en niños durante la primera infancia.

### **2.1 Primera infancia**

Es el período que se extiende desde el nacimiento hasta que se encuentra completa la primera dentición (2 años y medio a 3 años).<sup>50</sup>

En esta etapa se pueden observar cambios como:

1. Erupción de dientes temporales y establecimiento de la oclusión en temporal.
2. Aumento de la talla en más de un 40 %; en el primer año se produce el mayor del crecimiento total del niño.
3. Aumento de la estatura desde 50 cm hasta 1m.
4. Aumento de peso de 3 a 12 Kg.

En la primera infancia, hasta los dos años de edad, el niño depende de su madre para el cuidado y la protección, estando fuertemente unido a ella. Aunque el cordón umbilical se corta al nacer, los lazos emocionales se conservan con gran fuerza. Dada su gran dependencia, la asistencia odontológica debe brindarse en los brazos de uno de sus padres.<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup> Walter LRF. y cols. Op. cit. Pág. 9.

<sup>51</sup> <http://www.odon.edu.uy/catedras/odontope/teoricos/fundamentos.pdf>

## 2.2. Programa “The Dental Home” (Estados Unidos)

Este programa incluye un concepto de atención primaria de la salud bucal. Dental Home es la relación existente entre el dentista y el paciente, incluidos todos los aspectos del cuidado de la salud oral, llevado a cabo de una manera integral, continuada, accesible, coordinada y centrada en la familia. El establecimiento de un Dental Home comienza antes de los 12 meses de edad e incluye la remisión a especialistas dentales cuando sea apropiado.<sup>52</sup>

Los niños que cuentan con “Dental Home” tienen más probabilidades de recibir atención y hábitos preventivos adecuados. El concepto de "Dental Home" se deriva del concepto “Medical Home” de la Academia Americana de Pediatría. Este concepto establece que el cuidado de los bebés y los niños debe ser accesible, continuo, centrado en la familia, enfocado, coordinado, compasivo y culturalmente efectivo. La primera visita del niño al odontólogo marcará la guía clínica del tratamiento dental. Esto proporciona la oportunidad de implementar prácticas preventivas de salud y reduce el riesgo del niño de tener enfermedades orales.<sup>53</sup>

La reciente preocupación de la “U.S. Surgeon General’s” sobre el bajo uso de los servicios de salud oral por los niños y la persistencia de caries en edad temprana, sugirieron que la odontología debería considerar los posibles beneficios de un concepto análogo "Dental Home". Este programa da acceso y provee a los niños de escasos recursos para plantear una guía de cuidados bucodentales a menores de 1 año de edad.

Las medidas indirectas, análogas a las utilizadas en la medicina, sugieren que un dental home ayuda a iniciar una relación temprana con el odontólogo, brindando consecuencias benéficas al igual que un cuidado apropiado. Con esto es posible reducir los costos de tratamiento y facilitar el acceso a los servicios preventivos que de otro modo no están disponibles.

---

<sup>52</sup> Nowak AJ, Casamassimo PS. The dental home: a primary care oral health concept. J Am Dent Assoc. 2002 Jan; 133 (1): Pág. 94.

<sup>53</sup> Ib.

Otra medida es la vinculación de los niños que buscan atención dental de emergencia con una relación dental establecida. Shellery y cols., encontraron que las consultas de urgencia fueron los primeros contactos con el 52% de los niños de 3.5 años de edad o menos que tenían una emergencia relacionada con la caries en un hospital de niños.<sup>54</sup>

Doykos sugiere que la temprana asociación con el odontólogo tiene la ventaja de reducir el costo de la atención, con la diferencia que se atribuyen a una mayor necesidad de servicios de tratamiento para aquellos que retrasan la visita dental.

Los niños que tienen un Dental Home, tienen más probabilidades de recibir cuidado preventivo apropiado y una rutina de salud oral. La remisión por parte del médico de atención primaria ha sido recomendada, basada en la evaluación de riesgos, desde los 6 meses de edad y no más tarde de 12 meses. Por otra parte, la periodicidad posterior, proporciona un tiempo crítico para implementar prácticas preventivas de salud y reducir el riesgo del niño de presentar caries o alguna otra enfermedad oral.

En una época, en la que el acceso a la atención de la salud oral ha recibido un énfasis especial el beneficio de un Dental Home no sería cuestionado.<sup>55</sup>

### **2.2.1 Característica del programa “The Dental Home”**

“Dental Home” es un sitio para la supervisión preventiva de la salud bucal y atención de emergencia. Es un lugar que sirve desde la recepción para el registro de pacientes, hasta para la remisión de los pacientes con especialistas. Si llegan a existir barreras culturales para la atención (idioma, costumbres, creencias, etc.), la clínica ofrece atención adecuada y sensible para romper con éstas y brindar el servicio más oportuno.

---

<sup>54</sup> Ib.

<sup>55</sup> Ib. Pág. 96.

Cualquiera que sea el “Dental Home”, llámese edificio, consultorio o clínica, en realidad es una filosofía sobre la práctica dental, incluyendo características específicas y ventajas prácticas.

A continuación, resumiremos las características más importantes:

Características	Descripción	Ventajas prácticas
ACCESIBLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los cuidados son proporcionados por el centro comunitario infantil.</li> <li>- Todos los asegurados se aceptan y los cambios en coberturas son ajustados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los cuidados son similares a los caseros y accesibles a la familia.</li> <li>- Mínimas molestias encontradas con el pago.</li> <li>- La clínica está lista para situaciones de emergencia.</li> <li>- La oficina no está negada a dar atención a niños con cuidados especiales.</li> <li>- Los especialistas conocen los recursos y necesidades de la comunidad (fluoruro en el agua).</li> </ul>
CENTRO FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento del enfoque familiar.</li> <li>- Se comparte continuamente información totalmente imparcial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajos niveles de tensión en los cuidados entre padre/hijo.</li> <li>- Los protocolos de cuidado son cómodos para la familia (MANEJO DEL COMPORTAMIENTO).</li> <li>- Establecimiento del rol apropiado de los padres en los cuidados en casa.</li> </ul>
CONTINUIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mismos cuidados primarios brindados para niños y adolescentes.</li> <li>- Se brinda asistencia con transición (por ejemplo a la escuela).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervalo apropiado de revisiones basado en las necesidades de cada niño.</li> <li>- La continuidad en los tratamientos es mejor al agendar citas que cuidados por episodios o necesidades.</li> <li>- Coordinación de tratamientos dentales complejos (lesiones o cirugías).</li> <li>- Enlace con proveedores médicos para CSHCN (muertes por cardiopatías congénitas).</li> </ul>
EXHAUSTIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados dentales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aseguramiento al acceso de</li> </ul>

	<p>disponibles las 24 hrs. al día los 7 días de la semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se proveen cuidados preventivos, primarios y secundarios.</li> </ul>	<p>emergencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanto el director de la clínica como los médicos a cargo de los cuidados se encuentran en el mismo lugar.</li> </ul>
COORDINADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las familias son vinculadas a servicios de apoyo, educación y comunitarios.</li> <li>- Información centralizada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registros centralizados.</li> <li>- Establecimiento y conocimiento de enseñanza, talleres y terapias de vinculación.</li> </ul>
COMPASIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupación expresada y demostrada en los niños y la familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento de la relación con el odontopediatra.</li> <li>- Establecimiento de la relación con la familia.</li> <li>- Reducción de la ansiedad de los niños mediante la familiarización de los procesos.</li> </ul>
CULTURALMENTE COMPETENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes culturales reconocidos, valorados y respetados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento de un mecanismo de comunicación para el conocimiento de los cuidados.</li> <li>- Recursos especializados conocidos y probados de ser necesarios.</li> <li>- El personal debe hablar otros idiomas y conocer la terminología dental.</li> </ul>

Tabla 8. Características de “The Dental Home”<sup>56</sup>

## 2.2.2 Beneficios del programa “The Dental Home”

Los principales beneficios de este programa son:

- Una evaluación precisa del riesgo para las enfermedades y condiciones bucodentales.
- Un programa individualizado de prevención de la salud oral basada en la evaluación de riesgos.
- Orientación anticipada sobre los problemas de crecimiento y desarrollo (por ejemplo, la dentición, succión de dedo, los hábitos nocivos y las prácticas de alimentación).
- Un plan para el tratamiento de trauma oral de emergencia.

<sup>56</sup> Ib. Pág. 96.

- Información sobre el cuidado adecuado de los dientes del bebé o tejidos orales.
- Información sobre nutrición y hábitos alimentarios.
- La atención integral de la salud oral de acuerdo con las necesidades del niño y las directrices aceptadas y horarios de periodicidad para la salud bucal pediátrica.
- Derivaciones a otros especialistas de la salud oral (como endodoncistas, cirujanos maxilofaciales, ortodoncistas, periodoncistas), cuando la atención no puede ser proporcionada directamente dentro del dental home.<sup>57</sup>

### **2.3 Programa ABCD (Estados Unidos)**

En 1995, en Washington se creó el programa comunitario llamado “Access to Baby and Child Dentistry”, como un esfuerzo de colaboración entre los socios de los sectores público y privado que se unieron para hacer frente a la grave falta de acceso dental a niños de alto riesgo en edad preescolar. La primera variante del programa ABCD nace en 1999 bajo el nombre de “Mom & Me” para remarcar la importancia del rol de la madre. Este programa ha tenido gran difusión en la comunidad odontológica del estado, incrementando la utilización de medidas preventivas en niños. Su éxito ha llevado a otras comunidades del condado y distritos de Washington para adoptar el programa.<sup>58</sup>

La sociedad dental de Yakima Valley es una fundación de fines no lucrativos, que en conjunto con la Fundación de Salud Bucal Central de Washington operan este programa.

---

<sup>57</sup> Ib. Pág. 97.

<sup>58</sup> Grembowski, David. Increasing access to dental care for medicaid preschool children: the Access to Baby and Child Dentistry (ABCD) program. Public Health Rep. 2000 Sep-Oct; 115(5), Pág. 448.

Está enfocado en niños inscritos en el programa Medicaid, programa de seguros de salud del Gobierno de Estados Unidos para la gente necesitada, aceptando niños desde los 0 a 5 años de edad.

El programa ABCD enfatiza la atención integral preventiva de niños pequeños y alienta las visitas regulares al odontólogo en cuanto los bebés presentan sus primeros dientes (Fig. 1).



Fig. 1. Atención primaria en el programa ABCD.<sup>59</sup>

El proceso de identificación y búsqueda de dentistas generales al Programa ABCD comienza con el apoyo y colaboración de la sociedad dental local, que patrocina un ABCD. La participación de los dentistas es muy importante y por lo mismo, ellos reciben una capacitación previa a su participación en el programa para certificarse en los cuidados que fomenta el programa y así poder recibir su pago a través de Medicaid.

La capacitación es de un día y consta de temas como la examinación de los bebés, aspectos sobre el trato de los niños, aplicación de barniz de fluoruro y el uso de ionómero de vidrio para realizar restauraciones.<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> <http://abcd-dental.org/>

<sup>60</sup> Nagahama SI, Evaluation of a dental society-based ABCD program in Washington State. J Am Dent Assoc. 2002 Sep; 133(9): Pág. 1251.

### 2.3.1 Objetivos

Brindar a los niños un gran comienzo en la vida al asegurarse que todos los dientes del bebé están saludables, proveer una experiencia dental positiva, prevenir la caries dental<sup>61</sup> (Fig. 2).



Fig. 2. Experiencia dental positiva.<sup>62</sup>

### 2.3.2 Beneficios

Los niños inscritos pueden recibir todos los servicios dentales incluyendo:

- 3 aplicaciones anuales de barniz de fluoruro por año.
- 2 exámenes dentales anuales.
- 2 Participaciones familiares de dos sesiones educativas sobre salud bucal por año.
- Tratamientos restaurativos a traumáticos con ionómero de vidrio.
- Restaurar el cuidado de acuerdo a lo que se necesite.<sup>63</sup>

## 2.4 Programa Cavity Free Kids (Washington, Estados Unidos)

El programa “Cavity Free Kids” (CFK), está diseñado para implementarse fácilmente en Head Start (programa integral de salud desde el nacimiento), cuidado infantil y programas de educación temprana sobre salud bucal. La

---

<sup>61</sup> Ib. Pág. 1252.

<sup>62</sup> <http://abcd-dental.org/>

<sup>63</sup> Ib.

formación y el plan de trabajo de este programa incluyen herramientas de aplicación para llevar niños libres de caries a los salones de clases, visitas a los hogares y las noches de pláticas con padres familia.<sup>64</sup>

Los niños aprenden a través de la diversión, manualidades, juegos dinámicos, y con beneficios para los adultos también, mediante el aprendizaje de las mejores maneras de prevenir la caries dental como se puede observar en la figura 3.



Fig. 3. Aprendizaje a través de juegos.<sup>65</sup>

El plan de estudios del programa “Cavity Free Kids” está diseñado para preparar a los educadores de aprendizaje, los maestros, visitantes domiciliarios, padres y los niños para ayudar a prevenirla caries dental.

Las claves para la implementación exitosa de “Cavity Free Kids” son:

- Que la administración del programa y el personal involucrado estén comprometidos con la implementación.
- La salud bucal sea reconocida como la prioridad del programa.
- Identificar e involucrar a la comunidad (Programa de promotores de la salud bucal).
- El personal debe dedicar tiempo para planear las actividades desde salud bucal, noches de pláticas con padres, visitas domiciliarias, etc.
- El personal tiene la oportunidad de compartir ideas sobre la ejecución de las actividades de “CFK”.<sup>66</sup>

---

<sup>64</sup> <http://www.cavityfreekids.org/>

<sup>65</sup> Berg, Joel H., and Rebecca L. Slayton. Early Childhood Oral Health, 6th Ed, Wiley-Blackwell, USA, 2009, Pág. 204.

<sup>66</sup> Ib.

- Las actividades recreativas son una parte regular del plan de estudios de educación temprana.
- Los cursos de actualización “CFK” se organizan periódicamente y para el entrenamiento de personal nuevo.
- Proporcionar información actualizada sobre las iniciativas locales de salud bucal y sobre “CFK”.
- Presupuesto para los suministros de salud bucal.

### **2.4.1 Beneficiarios**

Las familias con bebés, niños pequeños y preescolares, así como mujeres embarazadas.<sup>67</sup>

## **2.5 Programa Infantil de Salud Oral (IOHP) (Estados Unidos)**

La Universidad de Iowa, Department of Pediatric Dentistry, estableció un Programa Infantil de Salud Oral (IOHP) en el otoño de 1984, afiliado al Programa Local Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC).<sup>68</sup>

### **2.5.1 Objetivos**

Los objetivos principales del IOHP son:

- 1) Aumentar el acceso dental y proporcionar atención dental preventiva a personas de bajos ingresos, bebés y niños pequeños.
- 2) Prevenir e interceptar la caries de la primera infancia (ECC) en una población de alto riesgo.

---

<sup>67</sup> <http://www.cavityfreekids.org/>

<sup>68</sup> Karin Weber-Gasparoni, Iowa's Public Health-Based Infant Oral Health Program: A Decade of Experience, Journal of Dental Education, April 1, 2010 vol. 74 no. 4. Pág. 363.

- 3) Servir como un recurso para la investigación en el ámbito de la intervención dental temprano.
- 4) Proporcionar una oportunidad para que los estudiantes de odontología ganen experiencia en la práctica con lactantes y niños pequeños en un entorno educativo.<sup>69</sup>

### **2.5.2 Descripción**

El programa está disponible para los niños de hasta tres años de edad, la edad preferida de la primera visita al odontólogo es entre seis y doce meses.

En un esfuerzo por llegar a un mayor número de niños de alto riesgo y niños pequeños y proporcionar a los estudiantes dentales más experiencia práctica con este grupo de edad, la Universidad de Iowa, Department of Pediatric Dentistry estableció un Programa de Salud Bucodental Infantil nuevo en septiembre de 1998, afiliado al programa local de WIC del Johnson County, Department of Public Health.

Los exámenes orales y las medidas preventivas de los niños de uno a tres años que asisten al IOHP, se realizan utilizando la posición de rodilla con rodilla, mientras que los bebés de hasta doce meses se sitúan en una "macri". La macri es una pieza del equipo utilizado para facilitar el examen clínico de los niños muy pequeños, desarrollados por un grupo de investigadores de la Clínica del bebé del Departamento de Odontología Pediátrica en la Universidad Estatal de Londrina, Paraná, Brasil. Este dispositivo no exige la cooperación del niño, pero proporciona una posición cómoda, así como una excelente visualización de la mucosa oral. Los exámenes orales se realizan utilizando un DenLite inalámbrico desechable (Espejo iluminado).

---

<sup>69</sup> Ib. Pág. 364.

### **2.5.3 Beneficios**

El IOHP funciona un día a la semana en el Johnson County Health Department. Los servicios se proporcionan sin costo alguno, tomando en cuenta que el WIC incluyó a neonatos y niños.

Los servicios incluyen: exámenes, prevención, tratamiento restaurativo limitado, educación a los padres.

## **2.6 Programa de Salud Bucal del Preescolar y Escolar (México)**

Este programa está dirigido a preescolares y escolares de primaria y secundaria inscritos en escuelas públicas.

### **2.6.1 Objetivo**

Mantener la salud bucal, creando una cultura en la que se fortalezca el autocuidado, se prevengan las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia en los preescolares y escolares a través de promoción y educación para la salud, así como pautas de prevención y protección específica, cuyas medidas sean de tal impacto que se mantengan y apliquen por el resto de la vida de los niños.<sup>70</sup>

### **2.6.2 Objetivos específicos**

- Contribuir al incremento de niños sanos (sin experiencias de caries).
- Concientizar a la población preescolar y escolar sobre la importancia de la salud bucal como parte integral de la salud general.
- Fomentar el autocuidado en la población preescolar y escolar para conservar la salud bucal durante toda la vida del individuo.

---

<sup>70</sup> [http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye\\_completo2.pdf](http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf)

- Hacer extensiva de manera indirecta esta información a la familia en general, incluyendo niños menores de 3 años no contemplados en este programa y a quienes la implementación de estos cuidados de manera más temprana podrían beneficiar ampliamente.
- Orientar a la población preescolar y escolar sobre los beneficios de una alimentación adecuada y fomentar el cambio de hábitos alimentarios incluyendo los alimentos chatarra por frutas y verduras.
- Contribuir a la disminución del índice de necesidades de tratamiento del grupo de preescolares y escolares.
- Trabajar en equipo maestros, padres de familia, personal de salud y niños.

### **2.6.3 Estrategias**

Atención preventiva grupal y promoción para la salud bucal, a través del Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal, otorgando acciones de prevención y educación para la salud.

Atención a través del Sistema de Atención Gradual. Ésta es una estrategia asistencial en la que se otorga atención individualizada tanto en medidas preventivas y de protección específica como en diagnóstico temprano y saneamiento básico, se puede llevar a cabo a través de varias modalidades, tales como, Sistema de Atención Gradual clásico, anual, intensivo, entre otros. Acreditación de escuelas como promotoras de salud bucal. Reuniones con autoridades, líderes, profesores y padres de familia para su participación y coordinación de actividades contempladas en el programa (Promoción, educación, prevención y rehabilitación).<sup>71</sup>

Para esto, se cuenta con la participación del personal de salud, maestros, padres de familia, niños líderes dentro del espacio escolar. Las actividades a realizar están integradas en el Esquema Básico de Prevención

---

<sup>71</sup> [http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye\\_completo2.pdf](http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf)

en Salud Bucal (EBPSB) contemplan actividades de prevención y educación (Tabla 9).

Preescolar
Detección de placa bacteriana (4 durante el ciclo escolar)
Instrucción de Técnica de cepillado (4 durante el ciclo escolar)
Pláticas educativas (4 durante el ciclo escolar)
12 actividades por niño(a) durante el ciclo escolar

Tabla 9. Actividades a realizar por los preescolares.<sup>72</sup>

Para otorgar el Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal, algunas de las acciones se pueden realizar en el patio de la escuela formando grupos de aproximadamente diez niños, se pueden efectuar dentro del salón de clases y una alternativa más es utilizar el área de los baños cuando estos tienen espejos grandes.<sup>73</sup>

## 2.7 Clínica del bebé y madre centinela para atención bucodental (GUADALAJARA 2006)

Tiene capacidad de atender anualmente a un promedio de cinco mil niños jaliscienses menores de cuatro años de edad. El Secretario de Salud en Jalisco, destacó la importancia de incidir favorablemente en la población de cero a cuatro años de edad, pues una buena orientación a las madres de familia y el fomento del cuidado de los dientes en los infantes, contribuirá a la reducción de hasta un 65 por ciento de problemas bucales al llegar a la adolescencia.

<sup>72</sup> [http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye\\_completo2.pdf](http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf)

<sup>73</sup> Ib.

Entre las estrategias está informar a los padres, desde la gestación, sobre cómo pueden ayudar a que su hijo tenga una salud bucodental óptima. El seguimiento de los niños se dará de manera periódica para conseguir una cavidad bucal libre de patologías y fomentar en el infante la cultura del autocuidado. Sobre el hecho de que ésta sea la primera clínica que atienda específicamente la salud bucodental de los más pequeños en el país, el funcionario aseveró que ya existen programas enfocados a la atención de los escolares, pero es importante comenzar desde antes del nacimiento para asistir a las madres desde la aparición de los primeros dientes, mejorando así la salud dental de los futuros ciudadanos.<sup>74</sup>

## **2.8 Programa de atención odontológico preventivo precoz para niños en la primera etapa de vida. (Bebe Clínica Potosina 2001)**

### **2.8.1 Objetivo general**

Implementar un programa de salud bucal preventivo a partir del primer año de vida incluido en un contexto de salud general idealmente, que permita prevenir y controlar las enfermedades bucodentales más frecuentes, principalmente la caries dental, maloclusiones y fluorosis, gratuitamente para la población de escasos recursos de 0 a 6 años de edad en San Luis Potosí, México.<sup>75</sup>

### **2.8.2 Objetivos específicos**

- Difundir el concepto de salud bucal como un derecho ciudadano y más aún como un derecho humano del niño con énfasis en la atención precoz a partir del nacimiento.

---

<sup>74</sup> <http://noticiasdelgobiernodejalisco.blogspot.mx/2011/04/tiene-capacidad-de-atender-anualmente.html>

<sup>75</sup> <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2006/art11.asp>

- Establecer programas de educación para población sobre prevención, para sostener la salud bucal previniendo la enfermedad.
- Diagnóstico de campo para orientar la atención odontológica precoz preventiva gratuita enfáticamente, e idealmente iniciar de 0 a 6 meses, utilizando las técnicas descritas en el modelo del Dr. Walter de Brasil y curativa a bajo costo.
- Sensibilizar en los cursos correspondientes a nivel licenciatura y posgrado, para crear profesionales con esta filosofía preventiva precoz y crear el trabajo multidisciplinario.<sup>76</sup>
- Prevención de maloclusión, fluorosis e inflamación gingival que se cumplirán como consecuencia, gracias al contacto temprano.
- Diagnosticar y tratar problemas relacionados con anomalías de estructuras en desarrollo (maxilares y tejidos blandos), maloclusiones, anomalías dentarias, traumatismos dentales, etc.
- Abrir líneas de investigación diversas en esta fase etaria, que nos permitirán definir necesidades específicas de nuestra población y promover su solución.<sup>77</sup>

## **2.9 Programa de Atención para el Bebé de la Universidad Estatal de Londrina (Brasil)**

El Dr. Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter incluye aspectos importantes dentro del mismo programa: educativo, preventivo y curativo, por lo que lo divide en:

### **2.9.1 Programa educativo**

El programa educativo es realizado con los padres, inicialmente en grupos; debe seguir un itinerario para el mejor desarrollo de sus finalidades.<sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> Ib.

<sup>77</sup> Ib.

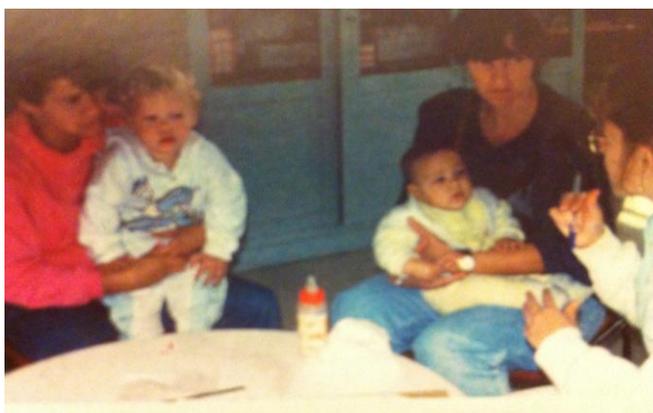


Fig. 4. Programa Educativo Individual General.<sup>79</sup>



Fig. 5. Programa Educativo Individual Específico.<sup>80</sup>

Este programa es demostrado en niños por el odontólogo para que después sea aplicado en casa por los padres. El programa debe enfatizar los siguientes aspectos:

- I. Cuándo, cómo y por qué ir al dentista alrededor de los 6 meses de edad.
- II. Iniciar los procedimientos de limpieza de los dientes y el uso de flúor.
- III. Controlar la alimentación tipo biberón y pecho durante la noche, después de la erupción de los dientes.
- IV. El azúcar en exceso es dañino para los dientes.

---

<sup>78</sup> Walter LRF. y Cols. Op. cit. Pág. 209.

<sup>79</sup> Ib.

<sup>80</sup> Ib.

Después de esos tópicos, los padres deben recibir información sobre: caries, traumatismos y enfermedades de la boca, erupción y desarrollo de la oclusión de los dientes deciduos. De esta manera, educar para la salud antes de la aparición de los dientes y consecuentemente de la enfermedad, se convierte en el objetivo mayor de la Odontología para Bebés y, como objetivo menor, el establecimiento de factores de riesgo, revirtiendo y/o controlándolo.<sup>81</sup>

### **2.9.2 Programa preventivo**

Todo el proceso de prevención y mantenimiento del niño en estas condiciones ideales, bajo riesgo, así como la remoción y el control o adaptación de los factores de riesgo identificados en los pacientes de riesgo medio y alto, será conseguido a través de la concientización de la comunidad.

En la recomendación previa, el profesional estudiará con los padres las dificultades observadas en casa, para poner en práctica las medidas educativas y preventivas aconsejadas.<sup>82</sup>

### **2.9.3 Programa curativo (procedimientos)**

Los tratamientos de bebés se realizan en dos niveles: el casero y los de clínica privada. Los caseros son eminentemente educativos y preventivos, realizados por los padres, bajo orientación profesional. Son los más eficaces, de mayor alcance y económicos, así como aquellos que menos interfieren en el comportamiento negativo del paciente.

Los procedimientos de clínica privada, además de las características curativas, dependiendo del tipo de problema que el niño presenta, pueden,

---

<sup>81</sup> Walter LRF. y cols. Op. Cit. Pág. 209.

<sup>82</sup> Ib. Pág. 210.

resumidamente, ser descritos tanto en el sentido de realización casera como de aquellos que serán realizados en la clínica privada en la tabla 10.<sup>83</sup>

Niños de bajo riesgo	Niños de riesgo medio	Niños de alto riesgo
<p>1) Casero: Limpieza diaria con agua oxigenada (10 volúmenes) diluida en agua en proporción de ¼ y/o con agua limpia, seguida de la aplicación de fluoruro de sodio tópico, diariamente por un minuto, cada arco dentario en una dilución de 0,02%.</p> <p>Esta limpieza deberá ser hecha hasta la edad aproximada de 18 meses, donde los primeros molares deciduos ya deben estar completamente erupcionados. A partir de esa edad es importante el inicio del cepillado por los padres, pues el riesgo del niño de adquirir caries es muy grande en el grupo etario de 1 a 2 años.</p> <p>La aplicación casera de fluoruro de sodio al 0.02% podrá continuar siendo realizada, diariamente hasta alrededor de los 3 años de edad.</p> <p>2) Clínico (profesional): Control bimestral con limpieza, profilaxis y fluoruro de sodio al 0.2%. La limpieza profesional es inicialmente hecha con el uso de gasa y posteriormente con la erupción de los primeros molares deciduos, esta limpieza y profilaxis profesional deberá ser ejecutada con cepillos de</p>	<p>1) Revisión y/o control de riesgo: Recurre a medidas de higiene y cepillado, controlar la ingestión de azúcar, manteniéndolas al límite de hasta 5 por día, remover los defectos estructurales, en fin, adecuar el medio bucal de los bebés.</p> <p>2) Mantenimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casero: mantener al niño en bajo riesgo. Esto significa hacer que los factores detectados sean eliminados y/o controlados. Limpiar los dientes antes de dormir, 30 segundos para cada arco, aplicar la solución de fluoruro de sodio tópico sistémico (0.02%).</li> <li>• Clínica (profesional): Control bimestral en la clínica con énfasis en la limpieza, aplicación de fluoruro de sodio 0.2% y refuerzo en la educación.</li> </ul> <p>Aplicación de safloride al 30% (o Bioride-Cariostático) en los molares a medida que erupcionan. A partir de la erupción de los primeros molares, debemos también</p>	<p>1) Revisión del riesgo: Recurrir a los hábitos de limpieza y control de azúcar, principalmente de los hábitos de alimentación nocturna.</p> <p>2) Tratamiento de choque: 4 sesiones con intervalo de 2 a 7 días donde se practica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La reversión del riesgo.</li> <li>• Aumento de la resistencia del diente.</li> <li>• Disminución de la flora bacteriana.</li> <li>• Aplicación de fluoruro diamino de plata.</li> </ul> <p>Todos esos procedimientos tienen por finalidad la adaptación del medio bucal.</p> <p>3) Mantenimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casero: limpieza, fluoruro diario y eliminación de los factores de riesgo.</li> <li>• Clínica: control de caries, limpieza, FNa. 0.2% y safloride al 30% en los molares en erupción, así como la profilaxis profesional.</li> </ul>

<sup>83</sup> Walter LRF. y cols. Op. Cit. Pág. 211.

<p>Robinson, suaves, a baja velocidad, con una introducción gradual para una mejor adaptación del niño, demostrando que los cambios en los procedimientos rutinarios es uno de los factores que alteran el comportamiento de los bebés en los consultorios.</p>	<p>realizar la profilaxis profesional con pasta profiláctica y cepillo Robinson.</p> <p>3) Tratamiento de choque: Es realizado al inicio y consta de 4 consultas con intervalo de 2 a 7 días, donde las terapias educativas se deben enfatizar, la limpieza y profilaxis practicadas, así como 4 aplicaciones de fluoruro de diamino plata al 30%. El uso de fluoruro diamino plata ha demostrado ser eficaz en la prevención de la caries en niños con riesgo identificado y los resultados muestran una reducción significativa en niños de este tipo.</p> <p>Es importante resaltar que el uso de fluoruro de plata amoniacal producido en Japón como Saforide TM, en concentración del 38% y safluoride al 30%, usados en niños de riesgo medio no pigmentan los dientes de negro, pues en esos niños existe solamente el riesgo y no la caries dentaria, lo que significa que solamente los surcos de molares y/o defectos de estructura podrán quedar discretamente marcados por la coloración negra. Con el uso de otros cariostáticos, como el cariostáticos 10%, Bioride 12%, la coloración será marrón y no negra, debido a las diferentes formulaciones de esos productos.</p>	
---	---	--

**Tabla 10. Resumen de tratamientos por realizar en niños de bajo, medio y alto riesgo de caries.<sup>84</sup>**

<sup>84</sup> Walter LRF. y cols. Op. Cit. Pág. 216.

Todos los pacientes, independientemente del riesgo inicial, cuando se inicia la erupción de sus molares, deben recibir, en esos dientes, fluoruro de diamino de plata (Safluoride®) debido al riesgo resultante de la morfología de los dientes. Los molares deciduos necesitan de tratamiento específico de prevención de la caries, en sus superficies oclusales.<sup>85</sup>

A continuación enunciaremos en la tabla 11, las citas de atención odontológicas que son necesarias para un correcto manejo preventivo.

Período	Objetivo	Procedimientos
PRE-NATAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación de los padres.</li> <li>- Dietamaterna.</li> <li>- Terapéutica profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discutir con los padres los aspectos generales de la maternidad con relación a la formación de dientes sanos.</li> <li>- Analizar los aspectos dietéticos que intervienen en la formación de los dientes como F-Ca-P, Vit- A, C, D.</li> <li>- Esclarecer la época correcta para la 1ª visita del bebé al dentista. Problemas con medicamentos. (ej. tetraciclina).</li> </ul>
NACIMIENTO HASTA 6 MESES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen buco-dental.</li> <li>- Educación odontológica.</li> <li>- Suplemento de fluoruro, aplicaciones.</li> <li>- Dieta infantil y forma de alimentación.</li> <li>- Succiones.</li> <li>- Higiene / limpieza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar posibles anomalías congénitas o de desarrollo.</li> <li>- Discutir aspectos de higiene y control alimenticio en la prevención de caries.</li> <li>- Establecer el programa de fluoración (complemento y aplicaciones tópicas).</li> <li>- Tipo de alimentación y su posible interferencia en la generación de caries.</li> <li>- Determinar niveles adecuados de flúor y vitaminas.</li> <li>- Discutir los hábitos y las posibles relaciones con mal oclusión.</li> <li>- No intervenir. Aconsejar. Discutir la oportunidad de inicio después de la erupción.</li> </ul>
6 MESES A 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen buco-dental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar secuencia de erupción,</li> </ul>

<sup>85</sup> Walter LRF. y cols. Op. Cit. Pág. 217.

MESES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación del programa de educación a los padres.</li> <li>- Fluoración.</li> <li>- Dieta infantil.</li> <li>- Hábitos bucales-traumas.</li> <li>- Higiene / limpieza.</li> </ul>	<p>formación de los dientes, oclusión, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar si los padres pusieron en práctica el programa de control de caries.</li> <li>- Observar el uso correcto, adicionar fluoruro tópico de acuerdo con las condiciones.</li> <li>- Tipos y formas de alimentar. Analizar interferencia del biberón. Orientar.</li> <li>- Discutirlos. Explicar frecuencia y cómo proceder en caso de que ocurran traumas.</li> <li>- Verificar uso adecuado de la limpieza con tela y/o gasa.</li> </ul>
12 MESES A 24 MESES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen buco-dental.</li> <li>- Evaluación del programa educación – fluoración.</li> <li>- Dieta.</li> <li>- Hábitos bucales.</li> <li>- Traumas.</li> <li>- Cepillado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeccionar dientes, tejidos blandos;</li> <li>- Inspeccionar caries, oclusión, frenillos;</li> <li>- Observar oclusión de los primeros molares.</li> <li>- Observar resultados de control placa/caries.</li> <li>- Discutir y readaptar uso de fluoruros.</li> <li>- Observar y analizar tipo/frecuencia en la alimentación. Observar biberón.</li> <li>- Discutir y orientar a los padres.</li> <li>- Observar desarrollo de los arcos.</li> <li>- Discutir traumas y prevención.</li> <li>- Introducir el cepillado después de la completa erupción de los primeros molares.</li> </ul>

Tabla 11. Resumen de las citas de atención.<sup>86</sup>

<sup>86</sup> Walter LRF. y cols. Op. Cit. Pág. 218.

## **2.10 Programas de prevención odontológica para embarazadas y bebés POMIPE (Argentina)**

La Dirección de Salud, órgano dependiente de la Secretaria de Promoción Social de la Municipalidad de Berisso, Argentina, informa que se implementan en las Unidades Sanitarias del distrito, diversos programas de prevención odontológica para embarazadas y bebés.<sup>87</sup>

El momento idóneo para proporcionar educación sobre la salud bucal infantil es durante el embarazo. Educar a las mujeres embarazadas a través de programas prenatales mejora notablemente la salud oral del lactante. Las mujeres están muy motivadas para dar a su hijo la mejor atención posible, y la probabilidad de una mejor salud para el niño y la reducción de los costos dentales futuros puedan motivar a los padres. Debido a la mala salud periodontal materna que ha sido asociada con el parto prematuro y bajo peso al nacer, la atención dental y el asesoramiento prenatal para madres pueden dar lugar a mejores resultados del embarazo.<sup>88</sup>

Uno de los planes aplicados se denomina Programa Odontológico Materno Infantil Preventivo y Educativo (POMIPE) y está a cargo de las coordinadoras odontólogas Vivian Zyromski y Claudia Mutek, con la colaboración de la odontóloga Miriam Ruiz.<sup>89</sup>

### **2.10.1 Objetivos**

El POMIPE, que se desarrolla en las Unidades Sanitarias de Berisso, tiene por objetivo central promover la salud bucal en las embarazadas, estableciendo un sistema de atención especializado para las mismas.

En este sentido, se le brinda a las gestantes herramientas básicas para el cuidado e higiene bucal durante su etapa de embarazo, erradicando mitos, cuidando su bienestar gingival con colutorios y enseñanza de higiene

---

<sup>87</sup> <http://www2.berisso.gba.gov.ar/noticias/DetNoticia.asp?Id=3217>

<sup>88</sup> Ib.

<sup>89</sup> Ib.

oral (Entregando cepillos dentales), neutralizando los focos infecciosos presentes en sus dientes, indicando extracciones de órganos dentarios (Durante el 2º trimestre de gestación) para evitar o minimizar el consumo de antibióticos y analgésicos durante la gestación.<sup>90</sup>

A partir del 3º trimestre del embarazo las consultas de promoción están enfocadas en promover la lactancia materna como alimentación exclusiva y excelente estimulador del desarrollo y crecimiento de los maxilares.

Además, desde el nacimiento se controlan a los bebés y se estimula a las mamás a que incorporen medidas de higiene a partir de la erupción de los primeros dientes temporales.

Por su parte, también se implementa en el distrito, el programa “Clínica de bebés”, cuyo objetivo primordial es conservar dientes sanos en los niños mediante el hábito de higiene dental y control odontológico.<sup>91</sup>

### **2.10.2 Características**

El programa consiste en trabajar con los padres y con los bebés:

- Con los padres: se realizan una serie de charlas de educación para la salud bucal, donde se tratan temas relacionados a la transmisión de bacterias, enseñanza de higiene oral en sus hijos, dieta, importancia de la lactancia materna, cuidados a tener en cuenta con la lactancia artificial y uso de biberón, recomendaciones respecto al uso del chupete, riesgos de la lactancia nocturna y prolongada, momento para el destete, enseñanza de medidas para el autocuidado familiar.<sup>92</sup>
- Con los bebés: se inician prácticas de cepillado, aplicación de fluoruros en distintas presentaciones y concentraciones, de acuerdo a la edad del niño y al contenido de flúor en el agua y en los casos en

---

<sup>90</sup> <http://www2.berisso.gba.gov.ar/noticias/DetNoticia.asp?Id=3217>

<sup>91</sup> Ib.

<sup>92</sup> Ib.

que la enfermedad se encuentre instalada, se realizan prácticas curativas basadas en la mínima invasión.

## **2.11 Programa Nacional de la Promoción de la Salud Oral (LISBOA 2005 – 2010)**

En Portugal, la caries dental en niños presenta un índice de severidad moderada, es decir, el número de dientes cariados, perdidos y obturados por niño (cpod) a los 12 años de edad es de 2.95% y el porcentaje de niños libres de caries a los 6 años es del 33%.<sup>93</sup>

El actual Programa Nacional de Promoción de la Salud Oral combina la promoción de la salud, el cuidado, una asociación público-privada, con habilidades claramente definidas, basado en la intervención de la comunidad.

<sup>94</sup>

El sector público es responsable de la promoción de la salud, prevención de enfermedades, provisión de cuidado bucal y dental, por medio de la “National Health Service” (NHS). Esta intervención es asegurada por Centros de Salud profesionales, a través de acciones dirigidas a las personas, familias, comunidad escolar y la red profesional de hospitales de servicios dentales, siempre que sea posible.

En el sector privado, la promoción de salud bucal queda en manos de los grupos de profesionales en odontología y medicina dental quienes son responsables de proporcionar la atención médica y dental no alcanzada por el NHS.

La estrategia europea y los objetivos fijados para la salud bucodental de la OMS muestran que, en 2020, al menos el 80% de los niños de 6 años

---

<sup>93</sup> <http://www.dgs.pt/>

<sup>94</sup> *ib.*

estén libres de caries y, a la edad de 12, el cpod no superen el valor de 1.5%.<sup>95</sup>

### **2.11.1 Objetivos del programa**

El Programa Nacional para la Promoción de la Salud Oral tiene los siguientes fines:

- Mejorar los conocimientos y comportamientos relacionados con la alimentación y la higiene bucal.
- Reducir la incidencia de caries dental.
- La reducción de la prevalencia de la caries dental.
- El aumento de la población libre de caries.
- Crear una base de datos nacional de salud bucal.
- Prestar atención especial con el fin de promover la equidad, la salud oral en niños y jóvenes con necesidades especiales de salud, así como en grupos económicamente débiles y excluidos socialmente de asistir regularmente a la escuela o la enseñanza de las instituciones.<sup>96</sup>

### **2.11.2 Actividades del programa**

Las actividades deben ser incluidas en los programas de salud materna, la salud infantil y salud escolar, el cual se desarrolla en el Centro de Salud y todos los establecimientos de educación preescolar, la educación básica, estructuras públicas, privadas u oficiales que dependen de la seguridad social.

Para el desarrollo de las actividades del programa de salud es esencial la participación y la educación de los padres, tutores de la educación y el gobierno local.

---

<sup>95</sup> Ib.

<sup>96</sup> Ib.

### **2.11.3 Promoción de la salud bucal en el embarazo**

Una embarazada se interesa en el cuidado de su salud oral para promover la salud de su hijo.

En materia de salud materna o consulta de vigilancia del embarazo, la boca de la madre merece una atención particular. En caso de embarazo planeado, la futura madre debe conocer todos los tratamientos dentales necesarios para una buena salud oral. Si la mujer ya está embarazada y presenta caries dental o enfermedades periodontal, no debe dejar de realizarse el tratamiento necesario.<sup>97</sup>

La buena salud bucal de la madre promueve la buena salud oral del niño. Incluso antes de que nazca el bebé, las consultas de vigilancia del embarazo, son una buena oportunidad para sensibilizar a los padres sobre la importancia de la salud bucal en el contexto de un problema de salud global. Por lo tanto, los mensajes deben enfatizar, el cuidado con la alimentación y la limpieza de la boca del niño, especialmente después de la erupción del primer diente.<sup>98</sup>

### **2.11.4 Desde el nacimiento hasta los 3 años**

La higiene bucal debe comenzar poco después de la erupción del primer diente usando una pequeña cantidad de 1000-1500 ppm de pasta de dientes con fluoruro.

En consulta con el niño o niña, la vigilancia de la salud realizada por el médico asistente y / o la enfermera es realizada para sensibilizar a los padres a incorporar una rutina diaria de higiene del bebé y de su boca.

Después de la erupción del primer diente, la limpieza debe ser realizada por los padres, dos veces al día, utilizando una gasa, un dedal o un cepillo suave, con una pasta de dientes con fluoruro de 1000-1500 ppm (mg /

---

<sup>97</sup> Ib.

<sup>98</sup> Ib.

l) de fluoruro, siendo utilizada en una de las dos limpiezas, en cualquier caso lo ideal es después de la última comida.

La cantidad de dentífrico a utilizar debe ser idéntico al tamaño de la uña del quinto dedo del niño (Dedo meñique). En esta etapa, se puede permitir que, gradualmente y bajo supervisión, el niño comience a cepillar para arriba los dientes. No se recomienda ningún tipo de suplemento con fluoruros sistémicos.

Los padres de los niños menores de 3 años, también se les debe proporcionar información sobre nutrición, factores de cariogenicidad y la importancia de prevenir las caries de la primera infancia, llamando la atención en particular a que el bebé desde el 1er año de edad no debe usar por tiempo prolongado la biberón o dormir con él en la boca, ya sea con leche, harina o jugos. También es particularmente importante la contraindicación absoluta del uso de chupete con azúcar o miel.<sup>99</sup>

## **2.12 Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura (España)**

La salud infantil está contemplada en el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 como área prioritaria de intervención. Este plan de salud pretende potenciar una correcta y más exigente atención integral y continuada al niño y al adolescente, a través de los programas de prevención y detección precoz, diagnóstico, atención, seguimiento y rehabilitación, en los casos de pérdida de la salud y situaciones de riesgo.

La importancia de proteger la salud durante la infancia y adolescencia radica en que, en este período, se establecen los cimientos de la salud en la edad adulta. La implantación del “Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura”, propuesto en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, permite

---

<sup>99</sup> <http://www.dgs.pt/>

disponer de un instrumento para lograr mejorar el nivel de salud de esta población. Se establecen unos cuidados generales en el marco de la atención primaria de salud; así como los criterios de riesgo para la derivación de niños y adolescentes para recibir atención específica en el nivel adecuado. La mejora de la salud de esta población implica también la adopción de actuaciones intersectoriales, por lo que se establecen mecanismos de colaboración con otras instituciones.

Esto evidencia la necesidad tanto de mantener un buen sistema de vigilancia del desarrollo infantil, como de incidir en la adquisición de hábitos saludables a través de la educación sanitaria de padres y madres, de docentes y de los propios niños y niñas.

Este programa, abierto a las modificaciones y aportaciones que en su ejecución se hagan necesarias, pretende facilitar y unificar los servicios dirigidos a la población infantil.<sup>100</sup>

El programa se divide por edades y a continuación se describe para el rubro de salud bucal:

#### **1er. Mes de vida:**

- Recomendar baño diario y cuidados del cordón umbilical y de la piel.
- Mantener temperatura de la habitación del niño entre 20-22°.
- Desaconsejar firmemente endulzar el chupete o dormir al niño con un biberón de leche o zumo en la boca.

#### **2 meses de vida:**

- Recomendar baño diario y cuidados de la piel.
- Promover hábitos y ritmos de vida estables.
- Desaconsejar firmemente endulzar el chupete o dormir al niño con un biberón de leche o zumo en la boca.

#### **4 meses de vida:**

---

<sup>100</sup> <http://sauce.pntic.mec.es/falcon/pprogsalud.pdf>

- Recomendar baño y paseo diarios; y limpieza adecuada de la zona del pañal.
- Aconsejar hábitos adecuados de sueño; valorar beneficios de sacar al niño a una habitación propia.
- Insistir en no endulzar el chupete ni ofrecer líquidos azucarados.

#### **6 meses de vida:**

- Recomendar baño y paseo diarios.
- Promover hábitos adecuados de sueño y que el niño disponga de habitación propia para dormir.
- Insistir en no endulzar el chupete ni ofrecer líquidos azucarados.
- Valorar suplementos de flúor por vía oral, según el contenido de flúor en el agua de consumo; pero sólo a grupos de riesgo de caries dental.

#### **Entre 10 y 12 meses de vida:**

- Recomendar baño y paseo diarios.
- Promover hábitos adecuados y estables (Alimentación, sueño, juego).
- Desaconsejar el biberón y evitar líquidos azucarados.
- Iniciar la limpieza de los dientes con gasa húmeda.
- Desaconsejar el uso de chupete durante el día entre los 12 y 15 meses.
- Valorar suplementos de flúor por vía oral, según el contenido de flúor en el agua de consumo; pero sólo a grupos de riesgo de caries dental.

#### **15 meses de vida:**

- Recomendar baño y paseo diarios.
- Promover hábitos adecuados y estables (Alimentación, sueño, juego).
- Desaconsejar el biberón y evitar líquidos azucarados.<sup>101</sup>
- Fomentar la limpieza de los dientes con gasa húmeda o cepillo dental suave sin pasta.
- Desaconsejar el uso de chupete durante el día.

---

<sup>101</sup> <http://sauce.pntic.mec.es/falcon/pprogsalud.pdf>

- Valorar suplementos de flúor por vía oral, según el contenido de flúor en el agua de consumo; pero sólo a grupos de riesgo de caries dental.

#### **18 meses de vida:**

- Baño diario; hábitos adecuados y estables (Alimentación, sueño, juego).
- Evitar zumos, refrescos y otros líquidos azucarados; y golosinas.
- Insistir en alimentación sin triturar.
- Iniciar cepillado dental, que debe ser realizado por los padres, con agua y sin pasta dentífrica.
- Desaconsejar el uso de chupete durante el día.
- Valorar suplementos de flúor por vía oral, según el contenido de flúor en el agua de consumo; pero sólo a grupos de riesgo de caries dental.

#### **3 años de vida:**

- Baño diario; hábitos adecuados y estables (Alimentación, sueño, juego).
- Lavado de manos antes de las comidas.
- Recomendar el agua como bebida necesaria y evitar zumos, refrescos y otros líquidos azucarados.
- Promover cumpleaños “saludables” y limitar las golosinas.
- Cepillado dental, inicialmente con agua y sin pasta dentífrica; posteriormente, introducir pasta fluorada (Ión flúor <500 ppm).

#### **4 años de vida:**

- Baño diario y lavado de manos antes de las comidas.
- Mantener hábitos y horarios estables (Alimentación, sueño, juego).
- Recomendar el agua como bebida necesaria y evitar zumos, refrescos y otros líquidos azucarados.
- Promover cumpleaños “saludables” y limitar las golosinas.
- Cepillado dental con pasta fluorada con un contenido en ión flúor de hasta 500 ppm (Al menos dos veces al día y de forma especial al acostarse).

- Informar sobre el Plan de Asistencia Dental Infantil de Extremadura (PADIEx).
- Cepillado dental con pasta fluorada (Contenido de flúor de 1000-1450 ppm) después de las comidas y al acostarse.<sup>102</sup>

---

<sup>102</sup> <http://sauce.pntic.mec.es/falcon/pprogsalud.pdf>.

### **3. IMPORTANCIA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD BUCAL EN LA PRIMERA INFANCIA PARA EL ÉXITO DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), nos señala que la educación para la salud es “Una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan la salud”.<sup>103</sup>

En esta educación, el educando no es un solo individuo, sino la díada madre-bebé. Si bien sus métodos técnicos están dirigidos a las madres (O responsables) de los menores de 36 meses, su objetivo es lograr el mantenimiento o recuperación de la salud bucodental del bebé.

Es así que para lograr una prevención eficaz de la caries dental, la Odontología para Bebés se basa en el supuesto que “la educación genera prevención”, y esta educación hay que proporcionarla a los tutores de los bebés, incluso desde antes del nacimiento de estos.<sup>104</sup>

Sabemos que los niños muy pequeños son incapaces de realizar los autocuidados necesarios para el mantenimiento de la salud bucal, por esta razón, estos cuidados son de completa responsabilidad de los padres o de las personas que están a cargo de ellos, por lo tanto, en ausencia de cooperación familiar difícilmente tendremos éxito.<sup>105</sup>

Para alcanzar el éxito en un programa destinado a la prevención forzosamente deberemos percibir al paciente como ser humano, sus actitudes, su modo de vida, impulsos, necesidades y anhelos. La comprensión de estos valores es fundamental para que conozcamos a nuestro paciente y a su familia y es tal vez el factor más importante en el éxito de un programa preventivo.<sup>106</sup>

---

<sup>103</sup> [http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth\\_20100920/es/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/index.html)

<sup>104</sup> Walter LRF. y cols. Op. cit. Pág. 216.

<sup>105</sup> Corrêa MSNP, Op. cit. Pág. 382

<sup>106</sup> Ib. Pág. 382.

Cuando una familia busca un programa preventivo que ayude en el mantenimiento de la salud bucal de sus niños, el odontólogo deberá realizar un estudio cuidadoso de las condiciones generales de esta familia. La historia dental, las particularidades de su estilo de vida e incluso su ambiente familiar; todo esto debe ser tomado en cuenta a la hora de decidir el mejor camino para el establecimiento de un programa preventivo que englobe los mejores recursos técnicos y sea apropiado, atractivo y relevante para aquella familia.<sup>107</sup>

Debemos recordar que las personas tienen necesidades sociales que incluyen la de pertenecer a un grupo, ser aceptado y reconocido por los otros. Así es innegable la importancia del elogio y de la valorización por sus realizaciones. Asimismo existe la necesidad de la autorrealización, sentimiento interior de realización de su potencial, que es conseguido a través del crecimiento continuo. Con esto, todos los pacientes y sus padres deben sentirse importantes, ser valorados y tomados en consideración, mostrando la razón para ayudarlos, haciéndolos sentir que el problema y la responsabilidad son de ellos también.

### **3.1 Concienciación**

Los odontólogos, como agentes promotores de la salud, deben concientizar a los padres de la necesidad de obtener información que posibilite un mayor control sobre la propia salud y la de sus hijos; esto sólo ocurre cuando los padres se dan cuenta de su realidad, conociéndola y descubriendo que ellos pueden modificarla. Sensibilizándolos y envolviéndolos con el problema estamos despertando en ellos el interés en resolverlo, posibilitando que se envuelvan en su resolución.<sup>108</sup>

Para que alcancemos la promoción de la salud bucal del paciente, éste dejar de ser pasivo y empezar a trabajar en conjunto con el profesional,

---

<sup>107</sup> Corrêa MSNP. Op. Cit. Pág. 380.

<sup>108</sup> Ib.

actuando de acuerdo a sus orientaciones, hasta que se cree el hábito, entendido como la consolidación del procedimiento a lo largo del tiempo. Su participación es creciente y cada vez mayor a medida que la educación se va perfeccionando, estableciéndose una cooperación consciente.<sup>109</sup>

### **3.2 Importancia de la educación**

Los padres tienen un papel importante en la realización de los cuidados relativos a la salud bucal de los niños, por eso deben recibir orientación previa y adecuada con relación a los métodos utilizados y así tendrán más seguridad y tranquilidad, ejecutando las tareas con más calidad.

El establecimiento de hábitos de limpieza aproximadamente a los 12 meses de edad aumenta significativamente la oportunidad de que el niño esté libre de caries a los 3 años de edad.

El uso del hilo dental es un recurso necesario, que debe ser utilizado en la higiene del niño, principalmente cuando se establecen los contactos interproximales, aunque el uso de este aditamento está supeditado al interés de los padres.<sup>110</sup>

Con relación al uso de la pasta con flúor, debemos recordar la ingestión excesiva de flúor, que normalmente ocurre en niños muy pequeños. Se recomienda el uso en cantidades mínimas, una vez al día, a partir de los 2 años y medio de edad.<sup>111</sup>

La adopción de hábitos dietéticos saludables con patrón nutricional adecuado y consumo restringido de alimentos azucarados, también es una meta difícil de alcanzar, sin embargo debemos convencer a los padres de los beneficios de las medidas preventivas en el mantenimiento y adquisición de la salud bucal y general de sus hijos.

---

<sup>109</sup> Ib.

<sup>110</sup> Ib.

<sup>111</sup> Ib. Pág. 382.

Podemos alertar a los padres de que los niños que presentan caries en la dentición decidua tienen más riesgo de desarrollar nuevas lesiones de caries en la dentición permanente.

El consejo dietético es una parte esencial en toda la estrategia del tratamiento para impedir el progreso de la enfermedad. Es esencial que entiendan la conexión existente entre la ingestión de azúcar, la presencia de placa bacteriana y la formación del ácido. También deben comprender que las lesiones incipientes de caries (Manchas blancas) pueden ser paralizadas.

El objetivo dietético nunca debe ser excluir el azúcar de la dieta pero se debe señalarle al paciente cómo consumirlo de forma racional, lo que implica disminuir su consumo e ingerirlo apenas durante las principales comidas del día.<sup>112</sup>

El profesional no debe mantener la postura de adversario, ni iniciar una serie de recriminaciones sobre las deficiencias de la alimentación; es mucho mejor comenzar elogiando todo lo que es correcto y saludable.<sup>113</sup>

Ahora bien, es importante que las instituciones educativas, se responsabilicen de difundir en los futuros cirujanos dentistas, la importancia de la atención precoz. La Facultad de Odontología, UNAM, imparte el tema “Odontología para el bebé”, a partir del quinto año de la carrera, como se puede observar en el Programa de Estudios de la asignatura de Clínica Integral de Niños y Adolescentes,<sup>114</sup> en el cual son examinados 4 temas básicos: Factores de riesgo y cuidados preventivos de la salud bucodental del gestante, estructuras orales normales del recién nacido, entidades patológicas más frecuentes en niños de 0 a 2 años de edad y programa de odontología para el bebé.

También es responsabilidad de dichas instituciones promover la actualización de los egresados, a través de programas de educación continua. Tal es el caso del Diplomado de Actualización “Atención Durante la

---

<sup>112</sup> Ib. Pág. 383

<sup>113</sup> Ib. Pág. 383

<sup>114</sup> [http://www.odonto.unam.mx/pdfs/clinica\\_integral\\_nios\\_y\\_adolescentes3.pdf](http://www.odonto.unam.mx/pdfs/clinica_integral_nios_y_adolescentes3.pdf)

Primera Infancia: “Odontología para el Bebé” que se imparte en esta Facultad de Odontología, cuyo objetivo es proporcionar los elementos necesarios que le permitan al participante conocer la tendencia mundial de atención odontológica en niños de corta edad (Bebés), con establecimiento de programas de atención primaria y tratamientos específicos.

El Diplomado cuenta con los siguientes módulos:

Módulo I:

Antecedentes

- Relación paciente-ambiente.
- Desarrollo psicológico del niño.
- Necesidades educativas.

Módulo II:

Orientación para profesionales de la salud

- Educación odontológica.
- Relación con áreas afines.
- Alimentación y amamantamiento.
- Manejo de la conducta.

Módulo III:

Crecimiento y desarrollo

- Embriología dentaria.
- Estructuras faciales en el recién nacido.
- Desarrollo de la dentición primaria.

Módulo IV:

Alteraciones del desarrollo

- Anomalías dentarias.
- Lesiones de la boca.
- Enfermedades generales.

- Otras alteraciones.

#### Módulo V:

##### Diagnóstico precoz

- Radiología.
- Caries dental.
- Control y prevención.
- Elaboración de plan de tratamiento.

#### Módulo VI:

##### Tratamientos específicos

- Terapéutica palpar en niños.
- Operatoria dental.
- Manejo de nuevos materiales.
- Odontología estética-aplicaciones.

#### Módulo VII:

##### Hábitos orales nocivos

- Planteamiento del problema.
- Etiología y efectos.
- Manejo preventivo.
- Tratamiento de corrección.

#### Módulo VIII:

##### Traumatismos bucales

- Factores etiológicos.
- Tipos de traumatismos.
- Diagnóstico y pronóstico.
- Terapéutica en cada caso.

Módulo IX:

Prácticas clínicas y de laboratorio

- Adiestramiento clínico en el manejo de bebés hasta los dos años de edad.
- Elaboración de los diferentes tipos de aparatología.
- Orientación a los padres.<sup>115</sup>

### 3.3 Motivación

La motivación puede ser definida como un proceso personal interno, que determina la dirección y la intensidad del comportamiento humano. El aprendizaje sólo se realiza a través del desarrollo de fuerzas motivadoras.

No cabe duda que el éxito de un programa que busca la educación de la salud se asienta en la capacidad del profesional para motivar al paciente y la educación del paciente depende de la comunicación efectiva entre el dentista y el propio paciente; sin comunicación no hay aprendizaje.<sup>116</sup>

Si hay afinidad entre el odontólogo, el paciente y su familia, entonces el camino para la introducción del programa de prevención será más agradable.

Conseguir un cambio de comportamiento no es un objetivo fácil. El objetivo de nuestras enseñanzas es dar a la persona condiciones para que ella tome conciencia acerca de su extraordinario potencial de adaptación y cambio, hacerle creer que tiene el potencial para realizar las técnicas enseñadas por nosotros y que esos cambios de comportamiento y actitud serán eficientes.

El cambio de hábito es gradual, por lo tanto los refuerzos son importantes e implica en la actitud del profesional. Debemos transmitir seguridad para obtener aceptación positiva, iniciando con pequeñas

---

<sup>115</sup> Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología (2012). Actualización Profesional de Atención en la Primera Infancia "Odontología para el Bebé". [Díptico].

<sup>116</sup> Corrêa MSNP. Op. Cit. Pág. 382.

exigencias y aumentando gradualmente, conforme la evolución del tratamiento.<sup>117</sup>

Por lo tanto, para que un programa preventivo tenga éxito debe ser aceptado y practicado por el paciente. El éxito no está asegurado por la mera adquisición del paciente de los conocimientos teóricos sobre su salud bucal, pero sí por la práctica de hábitos que lleven a la mejora y mantenimiento de su buena salud.<sup>118</sup> El resultado final de un proceso preventivo debe ser una alteración en la conducta y no de un simple intercambio de conocimientos, por lo que el profesional debe brindar información, identificar las prácticas nocivas, enseñar procedimientos adecuados a las diferentes edades, evaluar los resultados y repetir este ciclo periódicamente.<sup>119</sup>

---

<sup>117</sup> Ib.

<sup>118</sup> Ib.

<sup>119</sup> Vera D. Cátedra impartida en el Seminario de Odontopediatría, Facultad de Odontología, UNAM. X LIX Promoción. 23 de agosto del 2012.

## CONCLUSIONES

La caries de aparición temprana es una enfermedad que aqueja a la población infantil de nuestro país, siendo los bebés los más vulnerables; es indispensable crear programas de prevención contra la caries a edades más tempranas en México.

Es necesario esclarecer que la caries dental es una enfermedad, no debe considerarse como una situación común en el niño y los padres deben preocuparse por mantener óptimas condiciones de salud bucal en los pequeños.

Conservar una adecuada salud bucodental en los niños es de suma importancia ya que no sólo es un problema dental pues la boca no es un entidad aislada; no salvaguardarla puede causar problemas de vías respiratorias, nutricionales, cognitivos e incluso psicológicos, así como secuela en el crecimiento y desarrollo de los maxilares y de la oclusión dental.

Sería ideal que desde los 4-6 meses de vida se realizaran consultas periódicas al odontopediatra, ya que esto nos ayudaría a educar a los padres y poder brindar un programa personalizado para la prevención de la caries dental.

Los programas preventivos deben individualizarse según el estadio de desarrollo y maduración neuromuscular e intelectual del niño, la morfología dentaria, el riesgo de caries, sin embargo hay instrumentos, fármacos y acciones comunes para esta causa.

Es nuestra obligación concientizar a los padres sobre la importancia de la atención odontológica precoz para que los niños adquieran salud oral óptima mediante pláticas educativas, fluoruros, selladores de fosetas y fisuras, consejos dietéticos e higiene desde bebés.

El éxito de cualquier programa de prevención radica en la educación, de todos los involucrados.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

Berg, Joel H., and Rebecca L. Slayton. Early Childhood Oral Health, 6th Ed, Wiley-Blackwell, USA, 2009, 307 pp.

Bordoni, Noemí, Odontología Pediátrica, Editorial Médica Panamericana, Argentina, 2010, 1200 pp.

Ciccalé de Pachano, Ana Teresa, La clínica del bebe: una alternativa de salud buco dental en la atención primaria. Una revisión. MedULA, Vol. 20. N° 1. 2011. 88-95 pp.

Corrêa, MSNP. Odontopediatria en la primera infancia, Grupo Editorial Nacional, Brasil, 2009. 603 pp.

Grembowski, David. Increasing access to dental care for medicaid preschool children: the Access to Baby and Child Dentistry (ABCD) program. Public Health Rep. 2000 Sep-Oct; 115(5): 448-459 pp.

Higashida, Bertha Y., Odontología preventiva. 2ª Ed, McGraw Hill, México, 2008, 434 pp.

Karin Weber-Gasparoni, Iowa's Public Health-Based Infant Oral Health Program: A Decade of Experience, Journal of Dental Education, April 1, 2010 vol. 74 no. 4. 363-371 pp.

Mazariegos-Cuervo ML, Vera-Hermosillo H, Velásquez- Monroy O, Cashat-Cruz M. Medicina preventiva en pediatría. Intervención de la Secretaría de Salud en salud bucal. Rev. ADM 2004; 61(2): 70-7 pp.

Nagahama SI, Evaluation of a dental society-based ABCD program in Washington State, J Am Dent Assoc. 2002 Sep; 133(9): 1251-7 pp.

Nowak AJ, Casamassimo PS. The dental home: a primary care oral health concept. J Am Dent Assoc. 2002 Jan; 133 (1): 93-98 pp.

Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología (2012). Actualización Profesional en Atención durante la Primera Infancia "Odontología para el Bebé". [Díptico].

Vera D. Cátedra impartida en el Seminario de Odontopediatría, Facultad de Odontología, UNAM. XX Promoción. 23de Agosto del 2012.

Walter IRF, Ferelle A, Miyaki I. Odontología para el bebé, AMOICA, Brasil, 2000, 246 pp.

<http://abcd-dental.org/>

[http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/si-vepab2010\\_completo.pdf](http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/si-vepab2010_completo.pdf)

[http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye\\_completo2.pdf](http://cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf)

<http://sauce.pntic.mec.es/falcon/pprogsalud.pdf>

<http://www2.berisso.gba.gov.ar/noticias/DetNoticia.asp?Id=3217>

<http://www.cavityfreekids.org/>

<http://www.dgs.pt/>

[http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID\\_SBUCAL\\_MEX\\_2010.pdf](http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID_SBUCAL_MEX_2010.pdf)

<http://noticiasdelgobiernodejalisco.blogspot.mx/2011/04/tiene-capacidad-de-atender-anualmente.html>

<http://www.odon.edu.uy/catedras/odontope/teoricos/fundamentos.pdf>

[http://www.odonto.unam.mx/pdfs/clinica\\_integral\\_nios\\_y\\_adolescentes3.pdf](http://www.odonto.unam.mx/pdfs/clinica_integral_nios_y_adolescentes3.pdf)

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2006/art11.asp>

[http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth\\_20100920/es/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/index.html)