

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LA CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LA CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

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

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

El hogar dental es un programa de salud oral continuamente accesible y centrado en la familia que, bajo la supervisión de un odontopediatra, supone la puesta en marcha de las prácticas preventivas de salud oral. El hogar dental reconoce a los padres como los responsables de los cuidados de la salud oral de sus hijos al estar cada día con ellos y tratar con todos los profesionales que tratan al niño.

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

La odontopediatría materno-infantil se encuentra en la base de este cambio, en el cual los odontopediatras tenemos la oportunidad de analizar y controlar los factores de riesgo de la enfermedad antes de que ésta aparezca y brindar al bebé la posibilidad de un futuro libre de cavidades en sus dientes.

Para mantener una boca sana desde la infancia hasta la edad adulta, recomendamos realizar una consulta con el odontopediatra al primer año de vida del bebé. Los padres le llevarán al odontopediatra para que, mediante los consejos

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LA CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

y asesoramiento tempranos recibidos, el niño pueda disfrutar de un futuro sin cavidades en sus dientes, tanto en los temporales como en los permanentes.

CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA (CPI).

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



(fig. 1)



(fig.2)

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LA CRIES DE LA PRIMERA INFANCIA



(fig.3)



(fig.4)

IMPORTANCIA DE LA LIMPIEZA DE LA BOCA DEL BEBÉ.

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

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

- ✓ **Es obligado comenzar la higiene de los dientes con la erupción del primer diente temporal** o "de leche" - que suele darse alrededor de los 6 meses de edad - dos veces al día; en la mañana y, sobretodo, por la noche.



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

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LA CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA



- ✓ Cuando hayan salido los molares temporales, pasar el hilo dental por las zonas de contacto entre los molares antes de ir a dormir. Puede usarse un hilo dental con cera y, si fuera complicado debido al reducido tamaño de la boca del bebé, pueden utilizarse posicionadores de hilo (*flossers*).
- ✓ **A partir de los 3 años de edad**, la cantidad de pasta dental con **1000 ppm de ión flúor**, debe ser equivalente a un **guisante** o, para unificar mejor el criterio, a la **anchura del cabezal del cepillo dental**. La concentración de ión flúor de la pasta de dientes vendrá determinada en función del riesgo de caries del niño y será el odontopediatra quién lo recomendará a los padres o cuidadores.
- ✓ **A partir de los 6 años de edad**, la cantidad de pasta dental con **1450 ppm de ión flúor**, debe ser equivalente a un **guisante** o, para unificar mejor el criterio, a la **anchura del cabezal del cepillo dental**. La concentración de ión flúor de la pasta de dientes podrá incrementarse hasta 5000 ppm en función del riesgo de caries del niño (caries activas, hipomineralización incisivo-molar, etc...) y será el odontopediatra quién lo prescribirá a los padres o cuidadores.
- ✓ **El cepillado dental en niños es efectivo sólo si es realizado por un adulto** hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada que se consigue, aproximadamente, a los 7-10 años de edad. A partir de ese momento, supervisar el cepillado nocturno hasta la adolescencia.
- ✓ Recordar que la higiene oral se realiza tanto para establecer unos buenos hábitos orales como para proteger los dientes temporales. Al acostumbrar al bebé a una limpieza dental suave y a pasar el hilo dental, se creará un patrón de cuidados bucales que lo acompañarán durante el resto de su vida.

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LA CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

ALIMENTACIÓN.

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

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

Para reducir el riesgo de obesidad y caries dental, los nuevos protocolos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan que los niños y los adultos reduzcan la ingesta diaria de azúcares libres a menos del 10% del total de la ingesta energética diaria. La OMS, en su nuevo protocolo, menciona particularmente la fuerte asociación entre la ingesta de azúcares libres y la caries dental.

Se recomienda:

- Idealmente, la lactancia materna (LM) hasta el sexto mes. A partir de esa edad, seguir las indicaciones de la OMS respecto a la LM pero dejando bien claro que **se deben limpiar los dientes de los bebés después de cada toma del pecho**. En principio sería LM a demanda hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta los 2 años de vida según la OMS o hasta que la madre y el niño lo deseen, **pero siempre acompañados de unos hábitos de higiene oral adecuados**.

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LA CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

- No ofrecer azúcares refinados **antes de los dos años** de edad (golosinas, galletas, croissants, pan dulce, chocolates, helados, etc.).
- Intentar evitar la alimentación nocturna (biberón o pecho) a partir de la erupción del primer diente o, en su defecto, realizar la **higiene bucal siempre después** de las tomas.
- Evitar el uso del biberón con líquidos que no sean **agua**.
- **Nunca** mojar el chupete en líquidos azucarados, azúcar o miel.
- Eliminar alimentos con **sacarosa** entre comidas. De no ser posible, realizar la higiene bucal inmediatamente después.
- Reducir al máximo la ingesta de **azúcares ocultos**.
- Procurar evitar los **alimentos azucarados** y evitar los **alimentos con azúcares añadidos** (galletas, pan dulce, bollería industrial, zumos industriales, chocolates, helados, bebidas de cola, bebidas gaseosas, etc), especialmente **los primeros dos años de vida**. Los zumos es mejor que sean exprimidos en casa pero, si ha de tomar zumos industriales se debería poner en un vaso la mitad de zumo y la otra mitad de agua, para diluirlo y reducir su pegajosidad.

USO DE COMPUESTOS FLUORADOS PARA USO INDIVIDUAL.

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

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

El flúor es una herramienta segura y eficaz en la reducción de caries y en la reversión de desmineralizaciones del esmalte. Las decisiones en relación a la administración suplementaria de flúor siempre deben estar basadas en el riesgo

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LA CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

individual de caries para decidir el tipo de administración de flúor (barnices, geles, colutorios) y su frecuencia.

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

RECOMENDACIONES.

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

- ✓ Comenzar el cepillado tan pronto como el primer diente temporal aparezca.
- ✓ Cepillar los dientes, **como mínimo, dos veces al día**. Uno de los dos cepillados diarios que sea por **la noche** pues **es el más importante de todos**.
- ✓ Dedicar unos dos minutos al cepillado, cada vez que se haga. En bebés no se recomienda tanto tiempo, sino que el cepillado sea efectivo para eliminar la placa bacteriana sin tener en cuenta el tiempo ni la técnica empleada.
- ✓ Después del cepillado escupir los restos de pasta pero **no enjuagar** con agua ni con otros líquidos.
- ✓ **De 0 a 3 años**, utilizar una cantidad de pasta tamaño **mancha o grano de arroz**. Utilizar pasta dental con una **concentración de 1000 ppm de flúor**. No se ha demostrado que las pastas dentales con menor concentración de flúor aporten una prevención adecuada.
- ✓ No se debe permitir a los niños comer o chupar pasta del tubo.
- ✓ **A partir de los 3 años**, utilizar una cantidad de pasta tamaño **guisante/anchura del cabezal**. Utilizar pasta dental con una **concentración de 1000 ppm de flúor para niños de 3 a 5 años y de 1450 ppm de ión**

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LA CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

flúor para mayores de 6 años de edad. No se ha demostrado que las pastas dentales con menor concentración de flúor aporten una prevención adecuada.

- ✓ Con la mejor evidencia disponible se observa que la mejor combinación es usar una pasta dental de alta concentración en pequeñas cantidades para niños por debajo de los seis años. Por esta razón **es importante mostrar a los padres de QUÉ** hablamos al referirnos a las cantidades.
- ✓ Supervisar el cepillado de los hijos, por lo menos hasta los ocho años, que es la edad en la que se considera que un niño ya tiene la habilidad motora suficiente para cepillarse correctamente.
- ✓ Siempre que se pueda, utilizar una pasta dental con Arginina al 1.5% y Zinc.
- ✓ La fluorosis es un riesgo sólo si se permite que el niño ingiera la pasta directamente del tubo; no se les debe permitir que coman o chupen pasta del tubo.
- ✓ Actualmente se indica que para conseguir un efecto preventivo máximo se deberían sellar los primeros molares permanentes a toda la población infantil - independientemente del riesgo de caries que tuvieran - desde el momento de su aparición en la boca. Esta práctica se debería complementar con la aplicación de barniz de flúor al 5% cada 6 meses.

ALTO RIESGO DE CARIES SEVERA DE LA PRIMERA INFANCIA (CSPI) DE ODONTOPEDIATRÍA

Niños menores de 3 años en los que ya han erupcionado los incisivos superiores y:

- a. Padres con hábitos de transmisión salival
- b. Se duermen comiendo (LM o biberón)
- c. Se despiertan por la noche para comer (LM o biberón)
- d. Comen "a demanda" durante el día (en intervalos menores de 2 horas)
- e. En su dieta diaria hay galletas, yogures azucarados, etc...
- f. No les cepillan los dientes a diario

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LA CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

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

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

CUIDADORES

Enjuagues de fluoruro sódico	•	•	•	•	•	•	•	•
Enjuagues de clorhexidina	•	•	•	•	•	•	•	•
Chicles o caramelos de xilitol (4/día) (6-10gr/día)	•	•	•	•	•	•	•	•