
Anexo 25. Promoción de la salud bucodental

Objetivos

Promover hábitos saludables para prevenir las caries dentales y establecer las recomendaciones por grupos de edad.

Destinatarios

Equipos de atención pediátrica de la atención primaria.

Población diana

Población pediátrica.

Periodicidad

En todas las visitas del Programa de Salud Infantoadolescente desde la erupción de la dentición.

Justificación

La caries dental es la enfermedad más común de la infancia. En un estudio epidemiológico hecho con preescolares en el ámbito estatal, el 17,45 % de los niños de 3 años tenían caries en la dentición temporal. A los 4 años de edad, la prevalencia de la caries era del 26,2 %. En las Islas Baleares, la prevalencia de la caries en los dientes definitivos es del 35 % a los 12 años de edad y del 60 % a los 14 años. Esta enfermedad está asociada estrechamente al nivel socioeconómico y, una vez desarrollada, el dolor y las extracciones son sus consecuencias comunes. Además, la caries en los dientes primarios en la primera infancia es el mejor predictor de la enfermedad en los dientes permanentes desde la infancia tardía hasta la adolescencia.

Es necesario un plan de prevención de las enfermedades bucodentales —sobre todo de la caries—, que en gran medida son prevenibles. Por ello hay que identificar a una edad temprana a los niños con riesgo individual alto de sufrir caries dental y adoptar estrategias que incluyan medidas de higiene dental y alimentación y un consejo sobre educación sobre la salud dental para familias y niños.

La revisión bucodental de los niños hasta los seis años debe hacerla el equipo de pediatría del centro de salud. A partir de esa edad, deberían incorporarse al Programa de Atención Dental Infantil (PADI) del Servicio de Salud. Aunque no existe evidencia clara sobre cuál es la edad aconsejable para la primera revisión del odontólogo, algunas sociedades científicas aconsejan que se haga preferiblemente a partir del primer año de vida y no más tarde de los 3 años, ya que a esa edad hace un año que la mayoría de los niños ha completado la erupción de la dentición temporal.

Consideraciones sobre la determinación del riesgo de padecer caries

La determinación precisa del riesgo de padecer caries es muy compleja y dinámica (puede cambiar con el tiempo). Los factores de riesgo de padecer caries más relevantes son estos:

- Enfermedad previa de caries.
- Consumo habitual de azúcares.
- Nivel socioeconómico familiar bajo.
- Uso insuficiente del cepillo de dientes y de pasta fluorada.
- Anomalías estructurales.
- Enfermedades, hábitos o medicamentos que reducen el flujo salival.
- Discapacidad física o psíquica que limite la capacidad de autocuidado de la boca.

En el marco del Programa de Salud Infantoadolescente proponemos esta escala para valorar el riesgo de padecer caries.

Tabla 1. Escala de valoración del riesgo de padecer caries dental.

Factores de riesgo	Caries D/d	Obturaciones previas	Dieta cariogénica	Mala higiene oral	Defectos estructurales	Motivación escasa
Valoración	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1

D = dentición definitiva. d = dentición decidua

1-2..... riesgo bajo

3-4..... riesgo moderado

5-6..... riesgo alto

Recomendaciones para la revisión

La actuación del equipo de pediatría en el marco de las visitas individuales del Programa de Salud Infantoadolescente deben ser estas: hacer una exploración bucodental y valorar el riesgo de padecer caries, aconsejar las medidas de prevención de la caries dental, fomentar la atención de un dentista siempre que se considere necesario y seguir el PADI a partir de los 6 años, tanto si el niño presenta patología dental como si no.

La asociación entre la dieta y la salud bucodental es un tema complejo, ya que no está claro qué alteraciones nutricionales durante el periodo de desarrollo dentario pueden afectar a los dientes o los tejidos que los soportan. No obstante, la Organización Mundial de la Salud recomienda evitar consumir demasiados azúcares refinados, zumos industriales y refrescos y dar agua al niño como bebida habitual.

Hay que informar a las familias y a los niños sobre los alimentos cariogénicos y sobre el gran potencial cariogénico de algunas costumbres, como el biberón para dormir, endulzar el chupete, premiar al niño con chucherías, beber zumos con biberón y tomar algo dulce (aunque sea líquido) para irse a dormir.

Debe recomendar que el chupete sea lo más pequeño y anatómico posible, pero advertir que usar el chupete a partir de los 2 años de edad puede interferir en el crecimiento normal de los dientes; de hecho, se asocia a una mayor incidencia de problemas de maloclusión dental.

Escala de la cariogénesis:

- Alimentos sólidos azucarados retentivos consumidos entre comidas y/o antes de irse a dormir.
- Alimentos sólidos azucarados retentivos consumidos durante las comidas.
- Alimentos líquidos azucarados consumidos entre comidas y/o antes de irse a dormir.
- Alimentos líquidos azucarados consumidos durante las comidas.

Hasta 3 años de edad

- Exploración bucodental: seguimiento de la erupción de la dentición primaria. Debe considerar anormal la falta de erupción de la primera pieza a los 15 meses, la falta de alguna pieza a los 30 meses y cualquier diente mal formado.
- Cepillado de los dientes: debe recomendar que se inicie la limpieza de las encías desde el nacimiento, una vez al día aunque el bebé no tenga dientes, aprovechando el momento del baño. Hay que utilizar una gasa húmeda, la punta de un trapo limpio mojado con agua o un dedal de silicona para limpiar las encías, la lengua y el paladar. La higiene de los dientes debe iniciarse con la erupción del primer diente, dos veces al día (por la mañana y, sobre todo, por la noche). Se puede utilizar una gasa, un dedal de silicona o un cepillo dental de lactantes con pasta dental de 1.000 ppm (partes por millón) de ion flúor (cantidad similar al tamaño de un grano de arroz).

A partir de los 3 años

- Exploración bucodental: si tiene dudas sobre el diagnóstico de la caries o de las maloclusiones puede derivar el caso al dentista del centro de salud de referencia. Ha de aconsejar que los niños con piezas temporales picadas que necesiten un tratamiento conservador recurran a un odontólogo privado, ya que no se pueden beneficiar del PADI hasta el primer día del año en que cumplan 6 años. Debe advertir que el PADI no cubre nunca el tratamiento de los dientes temporales, a cualquier edad.
- Cepillado dental: debe usarse un cepillo del tamaño adecuado a la edad — que es conveniente cambiar cada tres o cuatro meses — con una pasta de dientes con 1.000-1.450 ppm de flúor; la cantidad de pasta ha de ser del tamaño de un guisante. Hay que cepillarse los dientes después de cada comida, como mínimo dos veces al día, sobre todo por la noche, antes de irse a dormir. No existen evidencias de que una técnica determinada sea mejor que otra; lo más importante es que sea sistemática y minuciosa. Cuando el niño tenga 2 años, es conveniente que alguna persona adulta se cepille los dientes por la noche en presencia del niño, que también debe cepillárselos para ir adquiriendo el hábito; dicha persona debe repasar el cepillado y limpiar con cuidado los restos de comida.

De 6 a 14 años

A partir de los 6 años y hasta los 14, los niños deben incorporarse al PADI. Las prestaciones que incluye son revisiones periódicas, sellado de fisuras, empastes, tratamientos endodóncicos y cualquier tratamiento necesario para cuidar la dentición permanente. También incluye tratamientos especiales para los trastornos del grupo incisivo y del grupo canino de la dentición permanente a causa de malformaciones y/o traumatismos, excepto cuando un tercero esté obligado al pago. No incluye los tratamientos reparadores de la dentición temporal ni los tratamientos de ortodoncia.

Aunque incluya tratamientos, el PADI tiene un perfil asistencial fundamentalmente preventivo; por lo tanto, es fundamental que el niño se incorpore a este en el año en que cumpla 6 y que todos los años pase la revisión, aunque esté totalmente asintomático y nunca haya padecido caries.

- Exploración bucodental: determine si hay caries dental, si sufre alguna enfermedad periodontal (valore si tiene sarro o si presenta sangrado espontáneo de las encías) y si hay malas posiciones dentarias. Ha de derivar el caso al odontólogo si presenta alguna patología.

- Cepillado dental: debe usarse un cepillo del tamaño adecuado a la edad —que es conveniente cambiar cada tres o cuatro meses— con una pasta de dientes con 1.450 ppm de flúor (dentífricos de los grupos C o D); la cantidad de pasta ha de ser del tamaño de un guisante. Cuando el niño ya se cepilla correctamente de manera autónoma (8-9 años), hay evidencia de que la eliminación de la placa bacteriana es ligeramente superior usando un cepillo eléctrico.

Suplementación con flúor

El factor más importante para prevenir la caries dental es la exposición a dosis bajas —pero continuas— de fluoruro en la cavidad oral. El flúor sistémico incrementa la resistencia de los dientes a la desmineralización causada por los ácidos orgánicos, por lo que hace años que se ha incorporado como medida de prevención. A pesar de ello, en los últimos años se ha registrado un aumento de la fluorosis a causa de la ingesta excesiva de flúor durante el desarrollo del esmalte antes de la erupción, sobre todo en la fase de calcificación de los dientes, que tiene lugar principalmente durante los tres primeros años de vida. Aconseje dar solo suplementos por la vía oral si el niño tiene más de 6 meses según la cantidad de flúor del agua consumida y si pertenece a un grupo de riesgo de padecer de caries. Esta medida debe mantenerse hasta los 14-16 años, cuando el proceso de formación del esmalte ya haya terminado. Siga las recomendaciones de esta tabla:

Tabla 2. Recomendaciones según el riesgo de padecer caries dental.

Riesgo de caries	Dentífrico fluorado	Flúor sistémico	Colutorio*
Bajo	Sí	No	No
Moderado	Sí	No	Sí
Alto	Sí	Sí	Sí

* Colutorio semanal F (0,2 %)

Dosis de flúor:

6 meses - 3 años0,50 mg/día

3-6 años0,50 mg/día

El 80 % de los niños a quienes se recomienda flúor sistémico no lo usan de forma continuada tres años después de la primera vez. Por otra parte, la única presentación comercial de ion fluoruro disponible son las gotas de 0,05 mg/gota (Flúor Lacer Gotas Orales®). Ello condiciona la eficacia de esta medida, de forma que a la espera de resultados concluyentes sobre su utilidad, recomendamos no iniciarla a menos que se pueda cumplir la pauta establecida, a juicio del equipo de pediatría.

Bibliografía

American Academy of Pediatrics. Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics*. 2008;122:1387-94.

Blackburn J, Morrissy MA, Sen B. Outcomes associated with early preventive dental care among Medicaid-enrolled children in Alabama. *JAMA Pediatr*. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.4514.

BLANCO GONZÁLEZ, J. M. [et al.]. *Guía para la atención a la salud bucodental en atención primaria de Asturias*. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2010. Disponible en: <www.asturias.es/Astursalud/Articulos/AS_Salud Publica/AS_Salud Poblacional/Salud bucodental/LIBRO_BUCODENTAL.pdf> [Consulta: 1 junio 2018].

Bravo Pérez M, Llodrà Calvo, JC, Cortés Martinicorena, FJ, Casals Peidró, E. Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007. *RCOE* 2007;12(3)143-168. Disponible en: <scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2007000200003> [Consulta: 1 junio 2018].

GRUPO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DEL PAPPS. "Programa de la infancia y la adolescencia". En: *Actualización 2014 PAPPS*. Aten Primaria. 2014;46(Supl 4):99-117. Disponible en: <papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf> [Consulta: 1 junio 2018].

Levrini L, Merlo P, Paracchini L. Different geometric patterns of pacifiers compared on the basis of finite element analysis. *Eur J Paediatr Dent*. 2007;8(4):173-8.

Milgrom PM, Cunha-Cruz J. Are Tooth Decay Prevention Visits in Primary Care Before Age 2 Years Effective? *JAMA Pediatr*. 2017 Feb 27. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.4982.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Salud bucodental* [Nota informativa n.º 318, abril de 2012] [en línea]. <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es> [Consulta: 1 junio 2018].

QUINTANA ABRAHAM, José Miguel [coord.]. *Encuesta de salud bucodental en escolares de las Islas Baleares 2005*. Palma: Servei de Salut de les Illes Balears, 2006. Disponible en: <sespo.es/wp-content/uploads/2015/03/encuesta-salud-bucodental-2005-imprensa.pdf>. [Consulta: 1 junio 2018].

Sexton S, Natale R. Risks and benefits of pacifiers. *Am Fam Physician*. 2009 Apr 15;79(8):681-5.

Tickle M, O'Neill C, Donaldson M, Birch S, Noble S, Killough S, et al. A randomised controlled trial to measure the effects and costs of a dental caries prevention regime for young children attending primary care dental services: the Northern Ireland Caries Prevention In Practice (NIC-PIP) trial. *Health Technol Assess* 2016;20(71).

VITORIA MIÑANA, I; grupo PrevInfad / PAPPS. "Promoción de la salud bucodental". En: *Recomendaciones PrevInfad / PAPPS* [en línea]. <previnfad.aepap.org/recomendacion/bucodental-rec> [Consulta: 1 junio 2018].

Autoras

- María del Puerto Llorente Crespo, pediatra del Centro de Salud Coll d'en Rabassa (Palma)
- Aina Soler Mieras, médica del Gabinete Técnico de Atención Primaria de Mallorca

Revisor

- José Miguel Quintana Abraham, médico estomatólogo responsable del Programa de Atención Dental Infantil (Servicio de Salud de las Islas Baleares)