

REVISIÓN

Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida

C. Palma, A. Cahuana¹, L. Gómez²

Odontopediatra exclusiva. Profesora titular del Máster de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.

¹*Pediatra. Médico-estomatólogo. Odontopediatra. Jefe de la Unidad de Odontopediatría. Hospital «Sant Joan de Déu». Barcelona.* ²*Pediatra especialista en Nutrición. Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital «Sant Joan de Déu». Barcelona*

Resumen

Introducción: La caries es actualmente la enfermedad infecciosa más frecuente en la infancia, y puede ocasionar graves problemas de salud general. Los diferentes factores etiológicos implicados pueden estar condicionados por los profesionales que asisten al niño y su entorno, especialmente por el pediatra, que es el profesional que tiene el primer y mayor contacto con el bebé y su familia. Por ello, creemos que es indispensable la elaboración de una guía integral con el objetivo de uniformar los criterios y orientaciones para la salud bucal en la primera infancia, y así proveer una información única y efectiva a los padres de nuestros pacientes.

Objetivo: Proponer una guía de salud bucal para los padres, que debe estar consensuada por todos los profesionales que trabajan con niños. De esta forma, los padres tendrán más seguridad sobre el cuidado de sus hijos si poseen la misma información de los diferentes profesionales. Se plantean temas como la lactancia materna, el uso del biberón y del chupete, la transmisión bacteriana precoz, los alimentos con potencial cariogénico, la higiene bucal, el uso de flúor y la primera visita al odontopediatra.

Conclusión: Esta guía de salud bucal para los primeros años de vida fue elaborada con el fin de esclarecer y definir algunos temas en común respecto a la salud bucal, que creemos indispensable en la práctica diaria de los pediatras para reducir las consecuencias físicas, psicológicas, económicas y emocionales que ocasiona la caries en la primera infancia.

Palabras clave

Caries de la infancia precoz, caries de biberón, maloclusión, hábitos de succión no nutritiva, guía de salud bucal

Abstract

Title: Orientation guide for oral health during the first years of life

Introduction: Dental caries is the most common infectious disease during childhood, which can cause severe general health problems. Health care professionals that assist the child can influence the different etiological factors implied in the caries process, especially the pediatrician being the first health professional to have a greater contact with the child and his/her family. Therefore, we consider it indispensable to elaborate a health care guide to standardize recommendations and guidance concerning to oral health in early childhood, in order to provide a unique information and effective to the parents of our patients.

Objective: To suggest this guide of oral health to the parents, after all the professionals' who work with children have reached a consensus. In this manner, parents will have more security in their children's care if they receive the information from different health care professionals. The themes, which have been discussed, are breastfeeding, the use of baby bottles, and the use of pacifiers, the early bacterial transmission, and the diet with cariogenic potential, the oral hygiene, the use of fluoride and the first visit to the pediatric dentist.

Conclusion: This guide of oral health care for the first years of life aims to clarify and define some common issues concerning oral health care. We believe it is critical that pediatricians are know about oral diseases in order to reduce the physical, economic, psychological and emotional consequences of caries during early childhood.

Keywords

Early childhood caries, caries due to the use of baby bottle, malocclusion, non-nutritive sucking habits, oral health care guide

Introducción

La salud oral es una parte integral de la salud general del niño. Los problemas más prevalentes con respecto a la salud bucal en los niños en edad preescolar son las alteraciones en el crecimiento y desarrollo bucodental y la caries. El primer problema generalmente se relaciona con hábitos orales incorrectos, patrones alimentarios inadecuados y/o una adquisición tardía de la masticación, que propicia el desarrollo de maloclusiones. El segundo problema, la caries, es actualmente la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y presenta graves repercusiones en la salud general del niño, como dolor intenso, infecciones faciales, hospitalizaciones y visitas a urgencias¹ (figura 1), disminución en su desarrollo físico², alto coste de tratamiento^{3,4} y disminución en la calidad de vida en relación con la salud oral⁵. Asimismo, los niños con caries en la infancia precoz (CIP) tienen mayor riesgo de presentar nuevas caries en la dentición permanente^{6,7}.

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible, de origen multifactorial, íntimamente relacionada con una higiene oral insuficiente^{8,9}, la alimentación nocturna^{10,11}, el alto consumo de azúcares^{9,10,12}, la colonización bacteriana precoz¹³ y el bajo nivel socioeconómico de los padres^{9,10,14}.

Los últimos estudios epidemiológicos realizados en niños españoles en edad preescolar indican que, independientemente de la comunidad autónoma, casi el 20% a los 3 años tiene caries¹⁵ y el 40% a los 5 años¹⁶.

Por otro lado, se observa que menos del 30% de los niños de 3 años han visitado alguna vez al dentista¹⁵, cifra que contrasta con las recomendaciones internacionales, que insisten en la importancia de una primera consulta odontológica antes del año de edad^{17,18}.

Ante esta problemática actual, es lógico preguntarnos cómo podemos revertir esta situación. Si tenemos en cuenta que entre los profesionales de la salud los pediatras son quienes tienen la oportunidad del primer contacto con el bebé y sus padres, y quienes realizan el seguimiento de su crecimiento y desarrollo, queda patente la influencia que ejercen estos profesionales sobre el bebé y su familia. Como los diferentes factores etiológicos implicados en la caries pueden estar condicionados por la actuación de los profesionales que asisten al niño y su entorno, el pediatra desempeña un papel clave en el mantenimiento de la salud bucal en la primera infancia y debe conocer la orientación temprana sobre la salud oral^{19,20}. Asimismo, la problemática relacionada con la CIP engloba también a otros profesionales de la salud, como médicos de familia, personal de enfermería, ginecólogos, matronas, auxiliares sanitarios y nutricionistas, que atienden a toda la población infantil mediante la aplicación de medidas educativas y preventivas. Por último, la amplitud de conocimientos y la disponibilidad de medios hacen relevante la integración del pediatra con el odontopediatra, para tener una visión más integral del desarrollo oral infantil; este último es quien debe realizar la atención individualizada de cada niño, con el fin de detectar y



Figura 1. Tumefacción facial izquierda por un absceso secundario a una caries en el primer molar inferior, motivo de visita a urgencias de una niña de 2,5 años

asesorar a la población de riesgo, tanto en la sanidad pública como en la privada.

La herramienta clave para disminuir la prevalencia de la caries en los niños españoles es la educación de la población, que debe empezar precozmente. Para que los padres reciban una información común de todos los profesionales, creemos indispensable la elaboración de una guía integral sobre la salud bucal en la primera infancia con el fin de uniformar los criterios y las orientaciones, y no generar conflictos de información. Ya se han presentado guías similares anteriormente^{21,22}.

Objetivos

Este trabajo de revisión propone una guía de orientación para la salud bucal, aplicable a los primeros años de vida, junto con una tabla resumen (tabla 1). El principal objetivo es uniformar las orientaciones y los consejos transmitidos a los padres respecto al cuidado bucal de sus hijos. Se tratan asuntos de especial relevancia para la salud oral infantil, como la influencia de la lactancia materna, el uso del biberón y del chupete, la transmisión bacteriana, los alimentos con potencial cariogénico, la higiene bucal, el uso de flúor y la primera visita al odontopediatra.

Lactancia materna

La lactancia materna (LM) es de vital importancia no sólo para el bienestar general, nutricional y psicológico del bebé, sino también porque estimula un correcto crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático^{23,24}. Si la LM es adecuada, el niño estará perfectamente alimentado hasta los 6 meses, momento en el que se precisa la introducción de alimentación complementaria²⁵. Sobre este tema están de acuerdo todas las sociedades pediátricas y organizaciones internacionales, como la

TABLA 1

Resumen de los puntos estratégicos de la orientación temprana sobre salud bucal en la primera infancia

Aspecto	Pauta de recomendación
1. Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida Desaconsejar la lactancia materna nocturna después de la erupción del primer diente Si el niño se queda dormido mientras es alimentado, limpiar sus dientes antes de acostarlo
2. Uso del biberón	<ul style="list-style-type: none"> Debe utilizarse sólo como vehículo para la fórmula artificial. Los demás líquidos deben ofrecerse en tacitas No agregar ningún tipo de azúcar o edulcorante Desaconsejar el biberón nocturno después de la erupción de los primeros dientes Si el niño se queda dormido mientras es alimentado, limpiar sus dientes antes de acostarlo El biberón debe abandonarse progresivamente a partir de los 12 meses y definitivamente cuando erupcionen los molares
3. Uso del chupete	<ul style="list-style-type: none"> Debe ser anatómico, retirarlo progresivamente a partir de los 12 meses, y definitivamente hacia los 2 años
4. Transmisión bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> Desaconsejar ciertos hábitos, como compartir utensilios con el bebé, limpiar el chupete con la saliva, soplar sobre la comida o besar en la boca
5. Alimentación cariogénica	<ul style="list-style-type: none"> Evitar toda fuente de azúcares fermentables, especialmente durante los primeros 2 años de vida Informar y evitar el consumo de «azúcares ocultos» y azúcares de consistencia pegajosa Evitar tomar alimentos azucarados entre las comidas
6. Higiene bucal	<ul style="list-style-type: none"> Debe realizarse por los padres hasta que el niño sea autónomo (8-10 años) Antes de la erupción de los primeros dientes, empezar con la higiene bucal una vez al día con una gasa húmeda o un dedal de silicona Después de la erupción de los primeros dientes, realizar la limpieza bucodental del bebé 2 veces al día con un dedal o un cepillo dental infantil Después de la erupción de los primeros molares, utilizar un cepillo dental infantil Usar hilo dental cuando ya exista contacto entre los dientes. Se pueden utilizar <i>flossers</i> (posicionadores de hilo) para facilitar esta tarea No utilizar ninguna pasta dental con flúor hasta que el niño aprenda a escupir Utilizar una pasta dental con 500 ppm de flúor en niños de 2-3 años de edad Cantidad de pasta equivalente a un guisante Utilizar pasta con mayores concentraciones de flúor en los niños mayores de 7 años
7. Uso de flúor	<ul style="list-style-type: none"> Según el nivel de riesgo, la edad y la concentración de flúor en el agua de consumo diario, el pediatra decidirá las dosis de flúor sistémico El odontopediatra y el pediatra deben decidir sobre el tipo de administración de flúor y su frecuencia, en función del riesgo de caries
8. Visita al odontopediatra	<ul style="list-style-type: none"> El lactante debe ser visitado por un odontopediatra durante el primer año de vida

Organización Mundial de la Salud, la Asociación Española de Pediatría y la Academia Americana de Pediatría²⁶⁻²⁸.

Algunos estudios odontológicos recientes indican que la falta de LM o un periodo corto de lactancia están relacionados con la instauración de hábitos nocivos de succión y deglución, que puede conllevar a posteriores alteraciones dentales y maxilares^{24,29,30}.

Por otro lado, la CIP se puede presentar en niños alimentados con lactancia después de la erupción del primer diente primario, sobre todo si no existe una higiene oral adecuada y/o si los factores protectores de la saliva se encuentran reducidos, como ocurre durante el sueño. Por esta razón, a partir de la erupción de los primeros dientes, no es recomendable que el bebé ingiera leche durante el sueño ya que está demostrado que es un factor de riesgo de CIP³¹⁻³⁴. En caso de que un niño se quede dormido mientras es alimentado, es de gran importancia limpiarle los dientes antes de acostarlo^{19,34}.

Uso del biberón

Se indica el uso de fórmulas adaptadas (FA) sólo en los casos en que la LM no sea efectiva, cuando el niño presente una

enfermedad de base que obligue a introducir FA o cuando la madre consuma fármacos desaconsejados durante la lactancia³⁵. La ingesta de FA se realiza habitualmente por medio del biberón, y éste sólo debe utilizarse como vehículo para la FA. Otros líquidos, como los zumos y el agua, deben ofrecerse en tacitas^{31,34}.

No se recomienda la adición de azúcares ni edulcorantes al biberón por ser un claro factor de riesgo de caries³⁶. Asimismo, a partir de la erupción del primer diente, no es recomendable que el bebé se quede dormido mientras toma el biberón, para evitar la aparición de CIP^{19,21,22} (figura 2). En caso de que un niño se quede dormido mientras es alimentado, se le deben limpiar los dientes antes de acostarlo^{22,34}.

Desde el punto de vista de la prevención de maloclusiones, se recomienda el uso de una tetina anatómica con un orificio pequeño, ya que favorece el movimiento anterior de la mandíbula y la coordinación de la succión, la deglución y la respiración²². El uso del biberón debe abandonarse progresivamente a partir de los 12 meses³¹, para fomentar el cambio de un patrón alimentario de succión a masticación, razón por la cual los padres deben intentar que sus hijos beban de una



Figura 2. Caries de cuello en los incisivos, fractura y exposición de pulpa en un niño de 18 meses de edad con hábito de biberón nocturno y nula higiene oral

taza hacia el primer año³⁴. Después de los 18 meses, la masticación se vuelve más eficiente, ya que aparecen en el niño los primeros molares y caninos²². A partir de ese momento es cuando se debe abandonar definitivamente el biberón. La persistencia del biberón favorece un patrón de succión infantil, la aparición de una deglución atípica y, posteriormente, maloclusiones³⁷.

Uso del chupete

El uso del chupete se considera normal en las sociedades occidentales y se asocia generalmente al impulso para satisfacer las necesidades de seguridad y contacto^{38,39}. No se recomienda el uso del chupete durante la LM, ya que ésta suplente todas las necesidades de la fase oral. Sin embargo, si se utiliza el chupete, éste debe ser anatómico y su uso debe limitarse hasta los 12-18 meses de edad, tratando de no sobrepasar los 2 años, debido a la asociación entre este hábito y la alteración en la posición lingual, que puede propiciar maloclusiones óseas y dentarias^{22,38-40} (figura 3). Todo niño que persista con un hábito de succión no nutritiva (chupete o dedo) más allá de los 3 años debe ser derivado a un profesional¹⁹.

Transmisión bacteriana

La caries es una enfermedad infecciosa transmisible y la mayoría de los niños adquieren las bacterias cariogénicas de manera vertical de la saliva de sus madres o cuidadores⁴¹. Los niños cuyas madres presenten mayores niveles de *Streptococcus mutans* tienen mayor riesgo de un contagio más temprano⁴². Por ello, se sugiere disminuir los niveles de *S. mutans* de la madre (idealmente durante el periodo prenatal) para reducir la transmisión bacteriana vertical³⁴. Asimismo, se recomienda a las madres, los padres, los hermanos y/o los cuidadores evitar la transmisión de bacterias de su saliva a la boca del niño, minimizando ciertos hábitos, como compartir utensilios



Figura 3. Mordida abierta anterior y mordida cruzada bilateral por un hábito de succión de chupete en un paciente de 3 años

lios con el bebé (cucharas, cepillos dentales), limpiar el chupete con su saliva, enfriar la comida soplando sobre ella o dar besos en la boca^{22,33,34}.

Alimentación cariogénica

El azúcar, la miel y los demás azúcares refinados deben evitarse por su gran asociación con la CIP^{9,10,12,34}, especialmente durante los primeros 2 años de vida, cuando el niño es más susceptible de establecer un proceso virulento de caries⁴³. Asimismo, se debe aconsejar a los padres que eviten los alimentos que contienen «azúcares ocultos»²¹, como galletas, bollería, zumos industriales, patatas fritas embolsadas o bebidas gaseosas, entre otros. Se desaconsejan de manera especial los azúcares de consistencia pegajosa y el consumo de cualquier azúcar refinado entre las comidas^{19,21,31,34}.

Higiene bucal

Una correcta higiene oral es el factor clave para la prevención de CIP y, por ello, se debe informar a la familia sobre la importancia de este hábito y lo perjudicial que es que el niño duerma con residuos alimentarios³³. Cuanto más temprano se empiece con la higiene oral, menores son las probabilidades de que el niño desarrolle caries⁴⁴. La higiene bucal infantil es responsabilidad de los adultos, al menos hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada para efectuar estos procedimientos, nunca antes de los 5 años⁴⁵. Se considera que el niño es autónomo a partir de los 8-10 años de edad^{22,31,45}, y a partir de este momento y hasta la adolescencia es recomendable una supervisión de su higiene oral nocturna.

Higiene bucal por edades

Antes de que erupcionen los primeros dientes, se debe empezar con la estimulación oral para acostumbrar al bebé a la manipulación de la boca e instaurar un hábito precoz. La limpieza debe hacerse una vez al día. Para esta etapa se pueden utilizar dedales de silicona o una gasa humedecida en agua.

Después de que erupcionen los primeros dientes, se debe comenzar con la limpieza bucodental 2 veces al día^{19,33,34}. Para

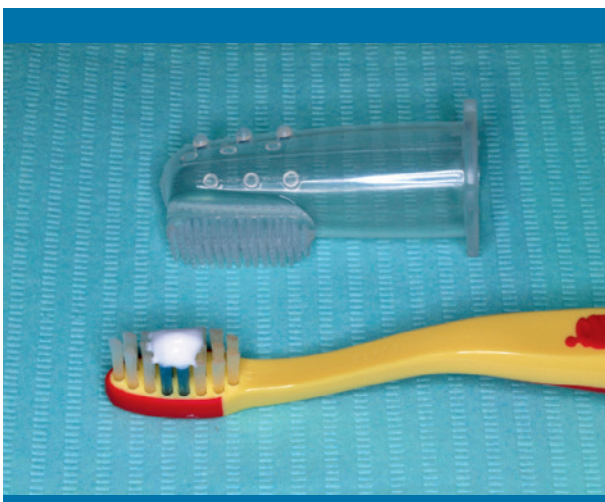


Figura 4. Dedal de silicona para la higiene bucal en niños menores de un año y cantidad adecuada de pasta dental que debe colocarse en el cepillo infantil



Figura 5. Para una efectiva higiene oral infantil, los padres pueden colocarse detrás del niño. Esta posición permite una buena visibilidad de la boca y mantiene la cabeza del niño estable



Figura 6. Posicionadores de hilo (flossers) para facilitar a los padres pasar el hilo dental entre dientes, cada noche

esta etapa se pueden utilizar dedales de silicona o cepillos dentales infantiles.

Después de que erupcionen los primeros molares primarios, alrededor de los 18 meses, se debe optar por el uso del cepillo dental. El cepillo debe presentar un mango recto y largo, una empuñadura gruesa, cerdas suaves con las puntas redondeadas y un tamaño compatible a la boca del niño^{22,34} (figura 4).

La técnica debe ser sencilla para los padres. Se recomienda limpiar las superficies dentales laterales (linguales y vestibulares) con movimientos circulares y las superficies masticatorias con movimientos anteroposteriores. La posición del adulto

debe permitir una buena visibilidad de la boca, manteniendo la cabeza del niño en una posición estable^{22,31} (figura 5).

Pasta dental

No se recomienda el uso de pasta dental fluorada en niños que no hayan aprendido a escupir (generalmente, menores de 2 años de edad) por el riesgo de una ingestión excesiva de flúor y la consecuente aparición de fluorosis dental en la dentición permanente²². Sólo en niños con alto riesgo de caries el odontopediatra valorará la necesidad del uso de pasta dental fluorada a esta edad. En los niños de 2-3 años de edad que hayan adquirido la coordinación motora suficiente para escupir, se puede utilizar una pasta dental con una concentración de 500 ppm de flúor²², en cantidad equivalente a un guisante^{31,34}. En los niños mayores de 6-7 años se puede utilizar una pasta dental con mayor concentración de flúor, ya que los riesgos de fluorosis dental por ingestión sistémica de flúor desaparecen a partir de los 7 años⁴⁶.

Hilo dental

El hilo dental es indispensable para una buena limpieza bucal cuando ya exista contacto entre los dientes, ya que el cepillo no puede acceder a las zonas interproximales^{19,22,33,34}. Incluso en niños con buenos hábitos de higiene bucal se observan caries interproximales debido a la permanencia de alimentos entre los dientes³⁶. Existen en el mercado diferentes utensilios para ayudar a los padres en esta tarea (figura 6).

Uso de flúor

El flúor ha demostrado ser una herramienta segura y eficaz en la reducción de caries y en la reversión de desmineralizaciones del esmalte dentario⁴⁷. Según el nivel de riesgo, la edad y la concentración de flúor en el agua de consumo diario, el pediatra decidirá las dosis de flúor sistémico, según las últimas actualizaciones⁴⁸. Asimismo, las decisiones respecto a la admi-



Figura 7. La primera visita al odontopediatra debe realizarse durante el primer año de vida con el fin de establecer un «hogar dental»

nistración de flúor tópico deben estar basadas en el riesgo individual de caries¹⁹; el pediatra y el odontopediatra deben analizar y decidir el tipo de administración de flúor y la frecuencia de su aplicación.

Visita al odontopediatra

El lactante debe ser visitado por un odontopediatra tras la erupción de los primeros dientes o, en su defecto, en el transcurso del primer año de vida, con el fin de establecer un «hogar dental»^{18,19,43} (figura 7). En esta visita se determinará el riesgo de caries, se ofrecerá a los padres una orientación temprana y se evaluará la necesidad de aplicaciones tópicas de flúor en función del riesgo; todo ello con el fin de lograr una óptima salud bucal desde la infancia^{18,33,34}. Cabe recordar que la instauración de una actuación precoz se basa en evitar una necesidad futura, con lo cual el enfoque de este tipo de odontología es preventivo y no curativo.

Conclusión

Esta guía de salud bucal para los primeros años de vida fue elaborada con el fin de esclarecer y definir algunos puntos en común respecto a la salud bucal. Creemos indispensable que tanto el pediatra como el odontopediatra ofrezcan orientación y consejos comunes a los padres en su práctica diaria, para reducir la prevalencia de la CIP y las maloclusiones, evitando las consecuencias físicas, económicas y emocionales que ocasionan estas patologías en la primera infancia. ■

Bibliografía

1. Sheller B, Williams BJ, Lombardi SM. Diagnosis and treatment of dental caries-related emergencies in a children's hospital. *Pediatr Dent.* 1997; 19: 470-475.
2. Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. *J Clin Pediatr Dent.* 1996; 20: 209-212.
3. Ramos-Gómez FJ, Huang GF, Masouredis CM, Braham RL. Prevalence and treatment costs of infant caries in Northern California. *ASDC J Dent Child.* 1996; 63: 108-112.

4. Cahuana A, Reverón L, El Halabi L. Odontopediatría y anestesia general. Revisión casuística. *Archivos de Odontostomatología.* 2003; 19: 240-244.
5. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent.* 1999; 21: 325-326.
6. Al-Shalan TA, Erickson PR, Hardie NA. Primary incisor decay before age 4 as a risk factor for future dental caries. *Pediatr Dent.* 1997; 19: 37-41.
7. Skeie MS, Raadal M, Strand GV, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age: a longitudinal study. *Int J Paediatr Dent.* 2006; 16: 152-160.
8. Alm A. On dental caries and caries-related factors in children and teenagers. *Swed Dent J Suppl.* 2008; 195: 7-63.
9. Gibson S, Williams S. Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 1.5-4.5 years. *Caries Res.* 1999; 33: 101-113.
10. Fraiz FC, Walter LRF. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental care. *Pesqui Odontol Bras.* 2001; 15: 201-207.
11. Declerck D, Leroy R, Martens L, Lesaffre E, García-Zattera MJ, Vanden Broucke S, et al. Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008; 36: 168-172.
12. Persson LA, Holm AK, Arvidsson S, Samuelson G. Infant feeding and dental caries: a longitudinal study of Swedish children. *Swed Dent J.* 1985; 9: 201-206.
13. Grindefjord M, Dahllöf G, Wikner S, Hojer B, Modeer T. Prevalence of mutans streptococci in one-year-old children. *Oral Microbiol Immunol.* 1991; 6: 280-283.
14. Cahuana Cárdenas A, Capella Calaved J, Cerdá Esteve I. Policarías en dentición temporal: un tema todavía de actualidad. *An Esp Pediatr.* 1997; 46: 229-232.
15. Bravo Pérez M, Llodra Calvo JC, Cortés Martinicorena FJ, Casals Peidró E. Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007. *RCOE.* 2007; 12: 143-168.
16. Bravo Pérez M, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena FJ, Llodra Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2005. *RCOE.* 2006; 11: 409-456.
17. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Section on Pediatric Dentistry. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home [acceso 8 de febrero de 2010] Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;111/5/1113.pdf>
18. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the dental home. *Pediatr Dent.* 2008-2009; Reference Manual 30: 22-23.
19. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics.* 2008; 122: 1.387-1.394 [acceso 10 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/122/6/1387>
20. Palma C, García C, González Y. Prevenció de càries dental en infants menors de 3 anys. *Pediatr Catalana.* 2009; 69: 200-205.
21. Previnfad-Grupo de trabajo Previnfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS-semFYC). Recomendaciones Previnfad: Promoción de la Salud Bucodental [acceso 14 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_bucodental_rec.pdf
22. Corrêa MS, Dissenha RM, Weffort SY, eds. Salud bucal del bebé al adolescente: guía de orientación para las embarazadas, los pa-

- dres, los profesionales de salud y los educadores, 1.ª ed. Sao Paulo: Gen Santos Editora, 2009; 1-176.
23. Legovic M, Ostric L. The effects of feeding methods on the growth of the jaws in infants. *ASDC J Dent Child*. 1991; 58: 253-255.
 24. Moimaz SA, Zina LG, Saliba NA, Saliba O. Association between breast-feeding practices and sucking habits: a cross-sectional study of children in their first year of life. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2008; 26: 102-106.
 25. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS). Recomanacions per a l'alimentació en la primera infància (de 0 a 3 anys). Septiembre de 2009 [acceso 10 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2623/doc31901.html>
 26. Organización Mundial de la Salud. Programas de nutrición. Lactancia materna exclusiva [acceso 10 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/index.html
 27. Sociedad Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones para la lactancia materna [acceso 10 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm#documento>
 28. American Academy of Pediatrics. Policy statement on breastfeeding and the use of human milk [acceso 10 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;115/2/496>
 29. Blanco-Cedres L, Guerra ME, Rodríguez S. Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. *Acta Odontológica Venezolana*. 2007; 45: 71-73.
 30. López Y, Arias M, Zelenenko O. Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. *Rev Cubana Ortop*. 1999; 14: 32-38.
 31. Brickhouse TH. Family oral health education. En: Berg JH, Slayton RL, eds. *Early childhood oral health*, 1.ª ed. Iowa: Wiley-Blackwell, 2009; 198-122.
 32. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent*. 2008-2009; Reference Manual 30: 47-48.
 33. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent*. 2008-2009; 30: 90-93.
 34. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent*. 2008-2009; Reference Manual 30: 40-43.
 35. Díaz-Gómez NM. ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna? *Acta Pediatr Esp*. 2005; 63: 321-327.
 36. Edelstein BL, Chinn CH, Laughlin RJ. Early childhood caries: definition and epidemiology. En: Berg JH, Slayton RL, eds. *Early childhood oral health*, 1.ª ed. Iowa: Wiley-Blackwell, 2009; 18-49.
 37. Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child*. 2004; 89: 1.121-1.123.
 38. American Academy of Pediatric Dentistry. Oral health policies. Policy on Oral Habits. Reference Manual 2008-2009; 30: 51-52.
 39. Martínez Sánchez L, Díaz González EP, García-Tornel Florensa S, Gaspà Martí J. Uso del chupete: beneficios y riesgos. *An Esp Pediatr*. 2000; 53: 580-585.
 40. Cahuana A, Moncunill J, Roca J, Valero C. Hàbits de succió no nutritiva en edat preescolar i la seva relació amb les maloclusions. Estudi prospectiu de 200 nens. *Pediatr Catalana*. 1998; 58: 332-337.
 41. Caufield PW. Dental caries: a transmissible and infectious disease revisited: a position paper. *Pediatr Dent*. 1997; 19: 491-498.
 42. Berkowitz RJ, Turner J, Green P. Maternal salivary levels of *Streptococcus mutans* and primary oral infection in infants. *Arch Oral Biol*. 1981; 26: 147-149.
 43. Nowak AJ, Casamassimo PS. The dental home. En: Berg JH, Slayton RL, eds. *Early childhood oral health*, 1.ª ed. Iowa: Wiley-Blackwell, 2009; 154-169.
 44. Creedon MI, O'Mullane DM. Factors affecting caries levels amongst 5-year-old children in County Kerry, Ireland. *Community Dent Health*. 2001; 18: 72-78.
 45. Unkel JH, Fenton SJ, Hobbs G, Frere CL. Toothbrushing ability is related to age in children. *J Dent Children*. 1995; 5: 346-348.
 46. Tinanoff N. Use of fluoride. En: Berg JH, Slayton RL, eds. *Early childhood oral health*, 1.ª ed. Iowa: Wiley-Blackwell, 2009; 92-109.
 47. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the use of fluoride. *Pediatr Dent*. 2008-2009; Reference Manual 30: 34-35.
 48. Vitoria I. El flúor y la prevención de la caries en la infancia. *Actualización I. Acta Pediatr Esp*. 2010; 68: 129-134.