



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

Título del trabajo:

GUÍA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA EL BEBÉ DE 0 A 36 MESES

INFORME DE SERVICIO SOCIAL
CLÍNICA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ
UAM XOCHIMILCO

DANIELA HUERTA MARTÍNEZ
2212035233

PERIODO DE SERVICIO SOCIAL: FEBRERO 2025 - ENERO 2026

MAYO, 2026.

ASESORAS:

C.D.E.O. Karla Ivette Oliva Olvera
C.D.E.O. Analy Reséndiz López

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM - XOCHIMILCO

Título del trabajo: "Guía de atención odontológica para el bebé de 0 a 36 meses"



ASESORA DEL SERVICIO SOCIAL

C.D.E.O. Karla Ivette Oliva Olvera

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM - XOCHIMILCO

Título del trabajo: “Guía de atención odontológica para el bebé de 0 a 36 meses”



ASESORA INTERNA

C.D.E.O. Analy Reséndiz López



COMISIÓN DEL SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

C.D.E.P. Karla Eugenia Miguelena Muro

RESUMEN DEL INFORME

Antecedentes. A pesar de que las recomendaciones actuales establecen que la primera visita al dentista ocurra antes de la erupción del primer diente, dentro de los 6 meses posteriores al inicio de la erupción dental o, como máximo, antes de los 12 meses de edad, en la práctica clínica no es común que sea así. Con frecuencia, la primera visita al dentista se lleva a cabo cuando el paciente ya tiene la dentición temporal completa y presenta alguna lesión de caries dental. La Odontología para el bebé, surgida en Brasil hace más de 40 años, tiene el objetivo de brindar atención odontológica precoz, oportuna y adecuada; el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades orales. En México, los resultados del SIVEPAB 2023, reportan que 72.2% de los niños y niñas examinados de entre 2 y 5 años de edad presentó caries de la infancia temprana, esta cifra es alarmante y evidencia la necesidad de estandarizar el inicio de la atención odontológica a más temprana edad.

Objetivo. Diseñar una propuesta de Guía de atención odontológica para el bebé de 0 a 36 meses, basada en evidencia científica.

Metodología. Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica mediante la consulta de artículos científicos y literatura especializada en bases de datos como PubMed, Elsevier, Medigraphic, Scielo y Google Académico, orientada a recopilar información sobre Odontología para el bebé y recomendaciones actuales.

Conclusión. La revisión bibliográfica permitió elaborar una guía de atención odontológica para el bebé de 0 a 36 meses y un algoritmo de decisión basados en evidencia, que integran la evaluación de riesgo de caries dental, recomendaciones de higiene y dieta, frecuencia de seguimiento y manejo clínico de lesiones cariosas. Dado que las guías específicas para esta etapa son escasas, el instrumento propuesto representa una herramienta práctica para orientar la toma de decisiones clínicas.

Palabras clave: Odontología para el bebé, prevención, caries, salud bucodental

En este informe se incluyen también las actividades que se desarrollaron durante el periodo de servicio social correspondiente del 1 de febrero del 2025 al 31 de enero del 2026 en la Clínica de Odontología para el Bebé de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, bajo la supervisión y guía de la Dra. Karla Ivette Oliva Olvera y la Dra. Analy Reséndiz López.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL.....	5
CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
METODOLOGÍA.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
SALUD BUCODENTAL.....	8
ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ.....	8
ANATOMÍA BUCAL NORMAL EN EL LACTANTE.....	9
CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN DENTAL.....	12
PRIMERA VISITA AL DENTISTA.....	13
CARIES DENTAL.....	15
ICDAS (Sistema Internacional de Detección y Evaluación de Caries).....	16
FACTORES DE RIESGO A CARIES DENTAL.....	19
RECOMENDACIONES DE HIGIENE BUCODENTAL.....	23
RECOMENDACIONES DIETÉTICAS.....	24
FRECUENCIA RECOMENDADA DE LAS CITAS DE SEGUIMIENTO.....	25
MANEJO CLÍNICO DE LA CARIES DENTAL.....	26
Flúor.....	26
Ionómero de vidrio.....	26
Fluoruro Diamino de Plata.....	27
RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIÓN.....	33
BIBLIOGRAFÍA.....	34
CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA.....	41
CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO.....	43
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	49
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.....	50
CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍA.....	51

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

La Clínica de Odontología para el bebé es un programa perteneciente a la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco fundado en 2016 por la Dra. Analy Reséndiz López con el objetivo de brindar atención odontológica temprana y gratuita a bebés desde los 4 meses de edad. Tras suspender actividades en 2020 a causa de la pandemia por COVID-19, se reubicó en julio de 2024 en la Clínica Estomatológica Tepepan para continuar dando servicio con la Dra. Analy Reséndiz López y la Dra. Karla Ivette Oliva Olvera como responsables del proyecto. La descripción detallada de la plaza y su funcionamiento se describen en el Capítulo III.

Decidí realizar mi servicio social en la Clínica de Odontología para el bebé porque como voluntaria previo al inicio de mi servicio social, tuve la oportunidad de observar de cerca la importancia del proyecto y el impacto positivo que tiene en la salud bucodental de los pacientes. A lo largo del periodo de servicio social, comprendido del 1 de febrero de 2025 al 31 de enero de 2026, participé en actividades clínicas y administrativas dentro de la clínica, así como eventos de promoción a la salud en la comunidad. Las actividades realizadas se describen con detalle en el Capítulo IV.

El tema desarrollado en este trabajo fue atención odontológica para el bebé. Se abordaron aspectos como anatomía bucal normal en el lactante, cronología de la erupción, edad recomendada para la primera visita al dentista, caries dental y de la infancia temprana, factores de riesgo y medidas preventivas relacionadas con dieta e higiene bucal en pacientes de 0 a 36 meses de edad. También se revisaron recomendaciones respecto a la frecuencia de las citas de seguimiento y el manejo de la caries dental; con la finalidad de desarrollar una propuesta de guía de atención odontológica para el bebé basada en evidencia científica actualizada.

CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

La salud bucodental se define como la ausencia de enfermedades o trastornos que afectan la boca, los dientes y las estructuras orofaciales, y se considera una parte importante de la salud en general, ya que permite a las personas realizar funciones básicas. El desarrollo de enfermedades dentales se debe en gran parte a hábitos modificables como son la dieta y la higiene, por lo que la adopción de prácticas saludables desde etapas tempranas resulta fundamental para mantener la salud bucodental y prevenir enfermedades. En este proceso, la participación de madres, padres y cuidadores en el cuidado dental de sus hijos es indispensable, desempeñando un papel clave en el establecimiento de hábitos.^{1,2}

Se suele subestimar la importancia de los dientes temporales, por el hecho de que van a ser reemplazados por los dientes permanentes. Esta percepción se ve reflejada en las cifras de caries dental en preescolares y escolares, ya que los padres no son conscientes del impacto que tiene la salud bucal hasta que se presentan: dolor, infección, dificultad para comer, ausencias escolares, noches en vela, inseguridad, y afectaciones en el desarrollo y erupción de la dentición permanente.³

En México, los datos reportados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB) 2023 evidencian la magnitud del problema. El informe señala que únicamente el 24.5% de niños y adolescentes de entre 2 y 19 años que fueron examinados estuvieron libres de caries dental; y el 72.2% de las niñas y niños de 2 a 5 años presentaron caries de la infancia temprana (CIT). Esta alta incidencia de caries se asocia a la desinformación de la sociedad sobre el cuidado de la salud bucal, prácticas nulas o inadecuadas de higiene, acceso limitado a servicios de salud, el consumo temprano de alimentos y bebidas con azúcares añadidos, entre otros.^{4,5}

El propósito del presente trabajo es analizar la información disponible sobre la atención odontológica en el bebé y las recomendaciones actuales de higiene y dieta en la infancia temprana, mediante una búsqueda bibliográfica actualizada que permita desarrollar una guía de atención odontológica para el bebé enfocada en prevención.

OBJETIVOS

Objetivo general

Diseñar una propuesta de guía de atención odontológica para bebés de 0 a 36 meses, basada en evidencia científica actualizada.

Objetivos específicos

- Describir las características anatómicas de la cavidad bucal en el lactante y la cronología de erupción dentaria.
- Identificar la edad más apropiada para la primera visita al dentista.
- Analizar las recomendaciones actuales sobre dieta e higiene bucal en el bebé.
- Establecer la frecuencia de las citas de seguimiento de acuerdo con el nivel de riesgo a caries.
- Determinar el diagnóstico y manejo clínico de la caries dental.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de esta investigación se realizó una revisión bibliográfica mediante la consulta de distintas bases de datos electrónicas, entre ellas PubMed, Elsevier, Medigraphic, Scielo y Google Académico. La búsqueda estuvo orientada a recopilar información sobre Odontología para el bebé y recomendaciones actuales. Se incluyeron artículos de revisión, guías clínicas y políticas de asociaciones internacionales en español e inglés. Si bien se priorizaron publicaciones del año 2015 en adelante, se incorporaron referencias anteriores a esa fecha cuando su relevancia histórica o científica lo justificó.

La información recopilada se analizó y organizó en categorías temáticas relacionadas con prevención, evaluación de riesgo, higiene, dieta y manejo clínico de la caries dental. Posteriormente, se integraron las recomendaciones coincidentes entre distintos organismos y autores especializados para elaborar una propuesta de guía de atención odontológica para el bebé de 0 a 36 meses.

Las palabras clave utilizadas fueron: Odontología para el bebé, prevención, caries, salud bucodental.

MARCO TEÓRICO

SALUD BUCODENTAL

La Organización Mundial de la Salud define la salud bucal como “el estado de la boca, los dientes y las estructuras orofaciales que permite a las personas realizar funciones esenciales como comer, respirar y hablar”. Por ello, debe entenderse como parte integral de la salud general y del bienestar físico, mental y social de las personas.^{6,7}

Entre los principales problemas de salud bucal en niños preescolares están la caries dental y las alteraciones en el crecimiento y desarrollo bucodental. Ante esta problemática, los profesionales de la salud que tienen contacto con el niño durante los primeros meses de vida desempeñan un papel muy importante en la promoción y preservación de la salud bucal infantil.⁸

La atención odontológica desde el nacimiento debe centrarse principalmente en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Esto requiere la implementación de actividades de promoción, revisiones periódicas y evaluación temprana de factores de riesgo. Las intervenciones oportunas en los primeros meses de vida permiten establecer medidas preventivas individualizadas. En este contexto, surge la necesidad de establecer modelos de atención enfocados en la intervención oportuna, antes de que la enfermedad se establezca.⁸

ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ

Desde la década de 1960, distintos autores promovieron la idea de iniciar la atención odontológica en niños más precozmente pero sin establecer qué tan pronto debía ser. Años después, autores en Japón afirmaron que para mantener la salud bucal había que incorporar una guía de salud bucal en los primeros meses de vida, con revisiones periódicas en las que se reforzaran las indicaciones de cuidados en intervalos de 3 o 4 meses. Asimismo, en Estados Unidos se mencionó la importancia de la educación en salud desde el embarazo para el establecimiento de hábitos con el objetivo de prevenir las enfermedades bucodentales más comunes en bebés.⁹

La Odontología para el bebé comprende la atención y cuidado bucal desde los primeros meses de vida. El modelo brasileño de atención odontológica temprana surgió en 1983 con la Clínica de Odontología para el bebé de la Universidad Estatal de Londrina, que sentó las bases para la atención odontológica temprana en menores de 3 años de edad. Su enfoque consiste en brindar atención precoz, oportuna y adecuada, el mantenimiento de la salud y la atención del riesgo a caries; su principio fundamental es “la educación genera prevención” y los procedimientos

que proponen se basan principalmente en ayudar al paciente y erradicar la caries dental.^{9,10}

El modelo de atención desarrollado en la Clínica de Odontología para el bebé de Londrina, contempla 3 áreas principales de atención:¹¹

- 1) Programa Educativo: Se explica a los padres los temas relacionados con la salud bucal del bebé, cronología de erupción dental, recomendaciones de higiene bucal, recomendaciones dietéticas y el proceso de la caries dental.
- 2) Programa Preventivo: Evaluación bucal, identificación de factores de riesgo y recomendaciones específicas según el nivel de riesgo. El intervalo de tiempo entre citas se establece también de acuerdo con el nivel de riesgo de cada paciente.
- 3) Programa de Asistencia: Controles periódicos en los que se realizan procedimientos clínicos y preventivos.

Walter afirma que mientras más temprano el niño reciba atención odontológica (idealmente entre los 4 y 6 meses de edad), menor será la probabilidad de desarrollar lesiones cariosas. Entonces, en el modelo de Odontología para el bebé, la atención odontológica comienza con el nacimiento del bebé, y busca disminuir o erradicar la caries dental, aumentar la calidad de vida y concientizar sobre la importancia de la prevención, donde la participación conjunta de la familia y profesionales de la salud resulta fundamental.¹²

ANATOMÍA BUCAL NORMAL EN EL LACTANTE

El recién nacido presenta características anatómicas y funcionales en la cavidad oral propias de esta etapa del desarrollo. Funciones como la succión y deglución, participan activamente en el desarrollo neuromuscular y estimulan el crecimiento óseo del maxilar y la mandíbula, propiciando el tamaño y relación adecuada para alojar a los órganos dentarios. En esta etapa el seguimiento del recién nacido es esencial, y para hacerlo de manera adecuada es necesario saber lo que es normal para reconocer lo que supone una anomalía. Las estructuras anatómicas normales en la cavidad oral del recién nacido son:^{13,14}

Almohadillas gingivales

En el lactante, los rebordes alveolares presentan porciones basales de hueso, recubiertas por tejido gingival conocidas como almohadillas gingivales. Estas estructuras posteriormente se segmentan, marcando la localización de los dientes en desarrollo. Su superficie se caracteriza por la presencia de crestas y surcos.¹⁴



Figura 1. Almohadillas gingivales. Fuente: Propia

Burletes

La cresta alveolar superior del recién nacido suele observarse ancha o ligeramente aplanada. En las regiones laterales del paladar, se presentan dos prominencias anteroposteriores denominadas burletes palatinos. Estas estructuras participan en el proceso de amamantamiento, ya que favorecen el adecuado acoplamiento del pezón y la areola dentro de la cavidad oral, contribuyendo al sellado hermético necesario durante la succión.^{14,15}



Figura 2. Burletes palatinos. Fuente: Propia

Cordón fibroso de Robin y Magitot

Sobre la cresta alveolar o rodete superior e inferior puede observarse una elevación firme de tejido altamente vascularizado denominado Cordón fibroso de Robin y Magitot, que va desapareciendo gradualmente como indicador de que se acerca el momento de la erupción dental.¹⁶



Figura 3. Cordón fibroso de Robin y Magitot. Fuente: Propia

Frenillos

Los frenillos corresponden a estructuras anatómicas formadas por bandas de tejido fibroso, muscular o fibromuscular recubiertas por mucosa oral. Su función principal es brindar soporte y estabilidad a estructuras como la lengua, labios y carrillos, manteniéndolos unidos a la mucosa alveolar y al periostio subyacente. De manera habitual, en la cavidad oral se identifican 7 frenillos: 2 labiales, 1 lingual y 4 laterales.¹⁷

En más de la mitad de los recién nacidos, el frenillo labial une el labio superior a la papila incisiva, esto se denomina frenillo labial persistente y favorece el amamantamiento. En la infancia típicamente, el frenillo labial continúa con su inserción en la papila incisiva o la cresta alveolar; durante la erupción de los incisivos superiores permanentes, esta inserción suele migrar apicalmente.^{16,18}

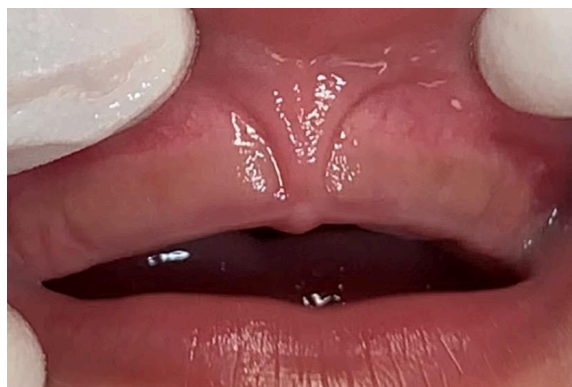


Figura 4. Frenillo labial. Fuente: Propia

El frenillo lingual es un pliegue mucoso visible al elevarse la lengua. En el recién nacido se localiza en la base anterior de la lengua hasta la base del hueso alveolar, conforme ocurre el crecimiento, y la lengua se alarga, el frenillo cambia gradualmente de posición hasta ubicarse en la zona media de la cara ventral de la lengua, que corresponde a su posición final habitualmente.¹⁹

Cuando el frenillo presenta alteraciones en su longitud o inserción puede inmovilizar la lengua o restringir sus movimientos, esto se denomina anquiloglosia y tiene una prevalencia aproximada de entre el 0.02 y 20%. Desde el punto de vista embriológico, la anquiloglosia se origina por una falla en la apoptosis de los tejidos que normalmente permite la separación de la lengua del piso de boca.^{19, 20, 21}

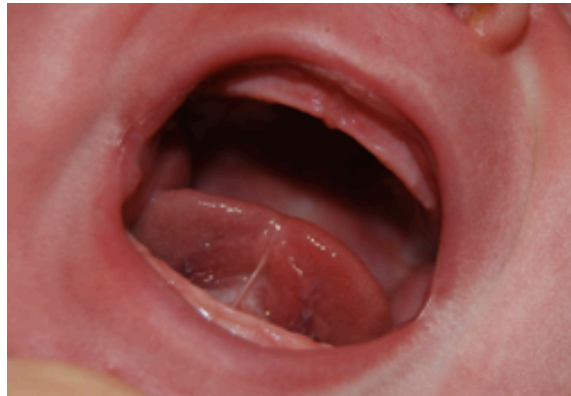


Figura 5. Frenillo lingual. Fuente: Recuperado de internet

CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN DENTAL

La erupción dental es un proceso fisiológico mediante el cual los dientes en desarrollo migran de su posición inicial intraósea (no funcional), a su posición final en la cavidad oral. Generalmente, la erupción de la dentición temporal inicia alrededor de los seis meses de vida extrauterina, aunque existe una variabilidad de varios meses según factores genéticos, raciales y ambientales.^{22,23}

La dentición temporal está conformada por 20 dientes: ocho incisivos, cuatro caninos y ocho molares, que completan su aparición generalmente hacia los 30 a 36 meses de edad.²⁴

El patrón clásico de erupción dental señala que los primeros dientes en erupcionar normalmente son los incisivos centrales inferiores, seguidos por los incisivos centrales superiores, los incisivos laterales, posteriormente los primeros molares, seguidos por los caninos y finalmente los segundos molares. Cada diente puede presentar una variación de 6 meses respecto al promedio, lo cual se considera normal en ausencia de alteraciones sistémicas o locales.^{22,24,25}

El desarrollo dental comienza desde la vida intrauterina con la formación de los gérmenes dentarios, pero la aparición clínica de los dientes depende de la maduración radicular y del crecimiento maxilofacial infantil. La erupción oportuna de la dentición decidua es crucial para funciones como la masticación, la fonación, el mantenimiento del espacio y la correcta guía eruptiva de la dentición permanente.²⁵

La exfoliación de los dientes temporales ocurre años después y sigue también una secuencia ordenada. Generalmente, inicia alrededor de los 6 años con la caída de los incisivos y se extiende hasta los 12 años, período que marca la finalización de la dentición mixta. La pérdida de los dientes temporales es precedida y desencadenada por el desarrollo y erupción de sus sucesores permanentes.²⁶

A continuación se presenta una tabla con los rangos promedio del inicio de calcificación, formación completa, erupción y exfoliación de los dientes temporales según la Asociación Dental Americana.²⁷

Primary Dentition						
	Calcification begins at	Formation complete at	Eruption		Exfoliation	
			Maxillary	Mandibular	Maxillary	Mandibular
Central incisors	4 th fetal mo	18-24 mo	6-10 mo	5-8 mo	7-8 y	6-7 y
Lateral incisors	4 th fetal mo	18-24 mo	8-12 mo	7-10 mo	8-9 y	7-8 y
Canines	4 th fetal mo	30-39 mo	16-20 mo	16-20 mo	11-12 y	9-11 y
First molars	4 th fetal mo	24-30 mo	11-18 mo	11-18 mo	9-11 y	10-12 y
Second molars	4 th fetal mo	36 mo	20-30 mo	20-30 mo	9-12 y	11-13 y

Figura 6.. Erupción y exfoliación de la dentición temporal. Tomado de: Logan & Kronfeld. Development of human jaws and surrounding structures from birth to the age of fifteen years. J Am Dent Assoc 1933; 20 (3): 379-427.

PRIMERA VISITA AL DENTISTA

La edad recomendada para acudir por primera vez al dentista ha ido cambiando a lo largo del tiempo, y varía de un autor a otro; Nowak y Quiñonez en el artículo “¿Visionarios o soñadores? La historia de Salud Oral del infante” mencionan que desde finales de 1920 ya existían publicaciones que destacaban la importancia de la salud infantil y el cuidado de la dentición temporal. Asimismo presentan una tabla con las recomendaciones de la edad para la 1ra visita al dentista en los primeros textos de odontología.²⁸

Tabla 1. PRIMEROS LIBROS Y RECOMENDACIONES DE LA PRIMERA VISITA			
Título	Autor	Año	Recomendación de la primera visita
Operative Dentistry for Children	ME Jordon	1927	Dos años de edad
Practical Pedodontics	FE Hogeboom	1933	Médico puede hacer recomendaciones
Juvenile Dentistry	WC McBride	1937	Cepillado sólo después que el segundo molar primario este completamente erupcionado
Dentistry for Children	JC Brauer	1939	Tres años de edad es el mas favorable
Juvenile Dentistry	WC McBride	1941	Tres y medio año a cuatro años de edad. Aunque la salud pública recomienda a los dos años
Pedodontics	RE McDonald	1963	No recomendaciones
Dentistry for Children	JC Brauer et al	1964	No recomendaciones
Dentistry for the Child and Adolescent	RE McDonald	1969	Evaluación de riesgo a los ocho meses de edad

Figura 7. Edad recomendada para la primera visita al dentista en libros de texto. Tomado de: Nowak & Quiñonez ¿Visionarios o soñadores? La historia de la salud oral del infante. Rev Odontol Pediatr 2012 11(2): 109-121.

G. V Black, el padre de la operatoria dental, declaró en 1924 que era importante fomentar en los padres el hábito de llevar a sus hijos regularmente al dentista, con la finalidad de evitar el desarrollo de condiciones serias. Posteriormente, en 1937 declaró también que el inicio del cuidado bucal debería ser tan pronto como el bebé tenga un diente.²⁸

Por otro lado, según Moscardini, en Estados Unidos en los años 30 y 40 se recomendaba realizar la primera visita al odontólogo alrededor de los 12 años de edad, al contar con la dentición permanente completa, poco después se indicó que se llevaran a los niños a la primer consulta dental entre los 6 y 7 años de edad. Para la década de 1950 se estableció que la edad adecuada para la consulta inicial con el odontopediatra fuera a los 3 años, esta recomendación se basó en la capacidad psicológica del niño para posibilitar la atención en el sillón dental.¹⁰

Sin embargo, con el reconocimiento de la caries de la infancia temprana como un problema importante de salud pública, comenzaron a establecerse nuevos lineamientos internacionales. Actualmente, la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP) y la Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (ALOP) coinciden en que la primera visita al dentista debe realizarse al erupcionar el primer diente o, a más tardar, antes de cumplir el primer año de vida. El objetivo de esta cita temprana es instaurar medidas preventivas oportunas, educar a los padres y evaluar factores de riesgo.^{9, 29,30,31,32}

A pesar de las recomendaciones actuales, múltiples estudios en distintos países reportan que la realidad es muy diferente: el porcentaje de niños que acuden antes del primer año es bajo, la mayoría asisten entre los 3 y 6 años de edad, y en general por motivos curativos (caries, dolor o trauma), más que preventivos (Llorensi M et. al, 2019). Factores como el nivel educativo de la madre, el acceso a información y

las experiencias previas de los padres impactan de forma directa en la decisión de acudir precozmente, aunque incluso entre padres con estudios universitarios la primera visita dental temprana no está generalizada.^{33,34,35}

CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad multifactorial y no transmisible que afecta a los tejidos duros del diente, se caracteriza por la destrucción progresiva del esmalte, la dentina y, eventualmente, la pulpa, resultando en dolor e infección. Su etiología radica en la interacción compleja entre bacterias productoras de ácido, los sustratos fermentables de la dieta, el hospedero y el tiempo.^{36,37}

La presencia de caries se asocia estrechamente con hábitos alimenticios inadecuados y deficiencias en la higiene oral, entre ellos el consumo frecuente de azúcares, la alimentación nocturna, el control deficiente de la placa dentobacteriana, entre otros. Asimismo, intervienen factores relacionados con el huésped (diente), presencia de bacterias (biofilm) y el sustrato (disponibilidad de carbohidratos refinados), estos elementos deben coincidir durante un periodo determinado para favorecer el desarrollo de lesiones cariosas.^{36,37}

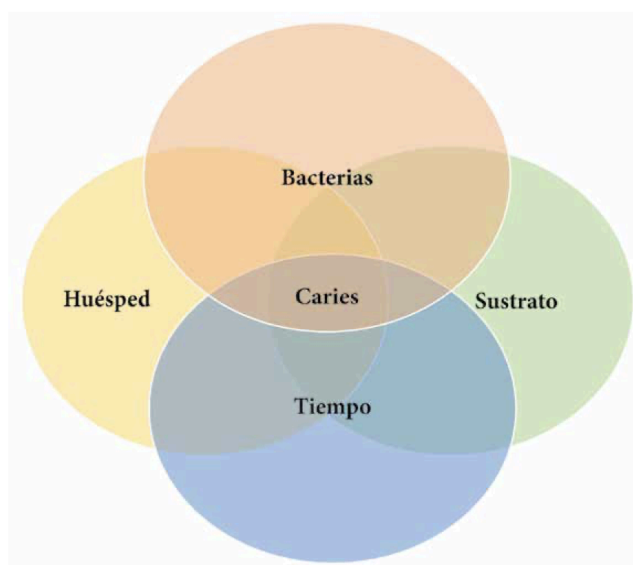


Figura 8. Diagrama de Keyes modificado para el desarrollo de caries dental. Tomado de: Sánchez Pérez, L. Manual de prácticas de laboratorio. Pruebas de identificación de factores de riesgo a caries (1ra ed). México: Editorial UAM Xochimilco. 2016

El principal agente causal de la caries dental es el biofilm o placa dentobacteriana, constituido por una comunidad de microorganismos adheridos a la superficie dental organizados dentro de una matriz polimérica de origen bacteriano. Cuando el consumo frecuente de azúcares fermentables coincide con una higiene oral deficiente, las bacterias acidogénicas, principalmente el *S. mutans*, al metabolizar los hidratos de carbono genera ácidos capaces de desmineralizar el esmalte y dentina; cuando los procesos de desmineralización superan a los de remineralización, se generan las lesiones cariosas.³⁶

La OMS en un comunicado en el 2022 declaró que la caries dental era la enfermedad bucal con mayor prevalencia a nivel mundial y afectaba, en ese entonces, a 2500 millones de personas. Puede afectar entre el 60 y 90% de la población escolar según el país y la región; en México los reportes recientes indican una prevalencia de caries en la población infantil superior al 80%, lo que la convierte en uno de los principales problemas de salud pública en el país, con considerables repercusiones en la calidad de vida, nutrición y desarrollo infantil.^{39,40}

La caries de la infancia temprana (CIT) es definida como la presencia de una o más superficies dentales cariadas, perdidas debido a caries o restauradas en cualquier diente temporal en niños menores de 71 meses de edad. Habitualmente aparece poco tiempo después de la erupción dental y se caracteriza por un avance rápido de las lesiones, afectando con mayor frecuencia a incisivos superiores en sus etapas iniciales.^{37,41}



Figura 9. Caries de la Infancia Temprana. Fuente: Propia

ICDAS (Sistema Internacional de Detección y Evaluación de Caries)

Existen diferentes sistemas para el diagnóstico y clasificación de caries dental, uno de los sistemas más utilizados es el Sistema de Detección y Evaluación Internacional de Caries (ICDAS), que surge como una herramienta para responder a la necesidad de detección y cuantificación de lesiones cariosas, aún cuando estas no estén cavitadas.⁴²

Para la aplicación de ICDAS, las superficies dentales a examinar deben estar limpias y secas, la técnica de diagnóstico exige una visualización minuciosa de cada superficie de forma directa e indirecta (con el empleo de espejos), junto con una buena iluminación. Los códigos utilizados van del 0 al 6 dependiendo la severidad de la lesión.^{42,43}

Table 1: ICDAS II codes and criteria	
Code	Description
0	Sound tooth surface: No evidence of caries after 5 sec air drying
1	First visual change in enamel: Opacity or discoloration (white or brown) is visible at the entrance to the pit or fissure seen after prolonged air drying
2	Distinct visual change in enamel visible when wet, lesion must be visible when dry
3	Localized enamel breakdown (without clinical visual signs of dentinal involvement) seen when wet and after prolonged drying
4	Underlying dark shadow from dentine
5	Distinct cavity with visible dentine
6	Extensive (more than half the surface) distinct cavity with visible dentine

Figura 10. Códigos y criterios de ICDAS II. Tomado de: Gugnani N, et. al. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): A New Concept. Int J Clin Pediatr Dent. 2011;4(2):93-100.

- **Código 0: Superficie sana**

No se observan signos clínicos de caries ni cambios en la translucidez del esmalte después de realizar un secado prolongado (5 segundos). También se consideran sanas aquellas superficies dentales que presentan defectos del desarrollo del esmalte, como hipoplasia o fluorosis, así como desgaste dental por atrición, erosión o abrasión; y pigmentaciones extrínsecas o intrínsecas.^{42,43}

- **Código 1: Mancha blanca o marrón visible en esmalte seco**

Implica el primer cambio visual percibido en el esmalte. Se observa una opacidad o decoloración (mancha blanca o marrón) no consistente con esmalte sano, únicamente después de haber secado la superficie dental durante 5 segundos.^{42,43}

- **Código 2: Mancha blanca o marrón visible en esmalte húmedo**

Cambios perceptibles en el esmalte, visibles incluso con la superficie húmeda. Se observa una opacidad cariosa (lesión de mancha blanca) o una decoloración cariosa marrón.^{42,43}

- **Código 3: Microcavidad en esmalte seco menor a 0.5 mm**

La superficie examinada en húmeda puede presentar una opacidad cariosa clara (mancha blanca) y/o una decoloración marrón, que no coincide con el aspecto clínico del esmalte sano. Al secar la superficie, se observa pérdida de estructura dental por caries, sin embargo, no hay dentina visible. Se puede utilizar una sonda con punta redondeada para confirmar la presencia de la cavidad.^{42,43}

- **Código 4: Sombra oscura vista a través del esmalte húmedo con o sin microcavidad**

Se observa una sombra oscura proveniente de la dentina a través de un esmalte aparentemente íntegro, aunque puede presentar signos de deterioro localizado. Suele apreciarse mejor cuando la superficie dental está húmeda y puede presentarse en tonalidades de color gris, azul o marrón.^{42,43}

- **Código 5: Exposición de dentina en cavidad mayor a 0.5 mm y menor a la mitad de la superficie dental**

La pérdida de estructura del esmalte permite observar la dentina expuesta. El diente observado húmedo puede presentar un oscurecimiento de la dentina visible a través del esmalte. Al secar la superficie, la pérdida de estructura dental se hace más evidente.^{42,43}

- **Código 6: Cavidad extensa con dentina visible que afecta más de la mitad de la superficie dental**

Destrucción importante de la estructura dental, la cavidad es profunda y ancha, y la dentina es claramente visible en las paredes y la base de la cavidad. La cavidad extensa compromete al menos a la mitad de la superficie dental y puede alcanzar a la pulpa.^{42,43}

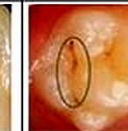
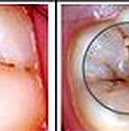
ICDAS II						
Score 0	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5	Score 6
No visual signs of carious lesions or any enamel defect	First visible changes in the enamel. Visible only after drying with air. Changes in coloration confined to areas of pits	Change in visible enamel even in the presence of moisture. More extensive and not restricted to pits.	Destruction located in enamel without visible dentin, discontinuities of enamel surface	Dark shadow on the underlying dentin, with or without localized destruction of enamel	Clear cavity with visible dentin; cavity that involves less than half the dental surface	Extensive cavity evident in dentin; cavity deep and wide, involves more than half of the tooth
						

Figura 11. Códigos ICDAS II ilustrados. Tomada de: Gomes C, et. al. Decision-making for the treatment of occlusal caries in the Brazilian public health system. Rev Cubana Estomatol. 2019 ; 56 (2)

Algunas de las ventajas de la utilización del sistema ICDAS incluyen la posibilidad de realizar una inspección visual y táctil más estandarizada y reproducible durante el diagnóstico de caries. Además, detecta lesiones desde fases iniciales y establece su severidad, permitiendo de este modo una mejor toma de decisiones sobre el diagnóstico, pronóstico y manejo clínico. Como resultado de registrar las lesiones no cavitadas, ICDAS impulsa terapias preventivas que fomentan la remineralización de dichas lesiones, preservando la estructura dental, función y estética.^{42,43,45}

FACTORES DE RIESGO A CARIES DENTAL

El término “riesgo” se utiliza para describir la probabilidad de que una persona expuesta a determinados factores presente, con el tiempo, una enfermedad concreta o un cambio en su salud de manera más frecuente que otra persona con características similares no expuesta a estos factores. Las condiciones o características asociadas a un mayor riesgo de enfermar se denominan factores de riesgo. En el caso de la caries dental, varios factores de riesgo deben estar presentes para que esta se produzca, algunos de ellos se mencionan a continuación.⁴⁶

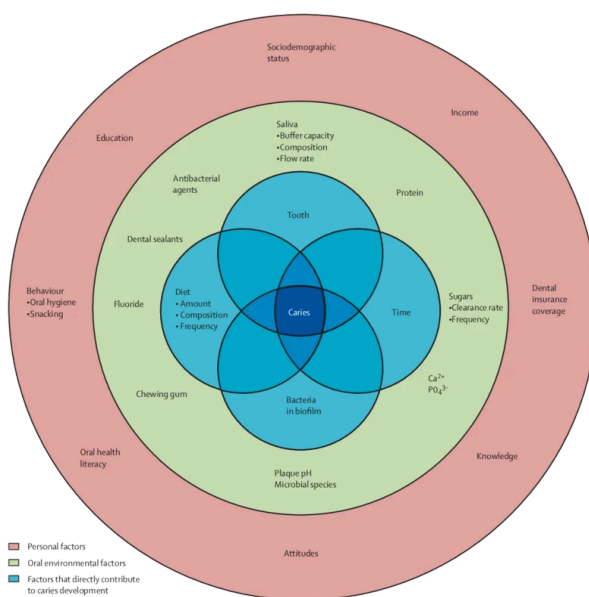


Figura 12. Factores de riesgo para la caries dental. Tomado de: Selwitz R, et al. Dental Caries. Lancet. 2007: 369: 51-9.

Dentro de los factores biológicos, la microflora oral desempeña un papel fundamental, particularmente la elevada concentración de *Streptococcus mutans*, que se asocia con un mayor riesgo para el desarrollo de caries dental. Asimismo, defectos del desarrollo del esmalte, aumentan la susceptibilidad a caries dental al facilitar la retención de placa y la progresión de la desmineralización.^{46,48,49}

La presencia de placa dentobacteriana es un factor determinante para el desarrollo de caries dental, favoreciendo la producción de ácidos de las bacterias cariogénicas. De igual modo, la saliva cumple una función protectora, así que cuando el flujo salival se encuentra disminuido, se asocia con una mayor incidencia de caries.^{46,48,49}

En cuanto a los factores conductuales, la dieta juega un papel muy importante. El consumo frecuente de alimentos y bebidas favorece la disminución del pH de la cavidad oral, promoviendo los procesos de desmineralización del esmalte y elevando el riesgo a desarrollar lesiones cariosas. Aunque la caries dental es una

enfermedad multifactorial, los azúcares son el factor esencial para su desarrollo, pues esta no se presenta en su ausencia.^{46,48,49,50}

Existe una asociación entre el consumo de alimentos azucarados (3 o más al día), y la presencia de caries dental en la población infantil. Asimismo, hay evidencia de que la introducción de bebidas azucaradas durante el primer año de vida eleva potencialmente el riesgo para el desarrollo de caries dental, y prácticas inadecuadas como el uso prolongado del biberón, especialmente cuando contiene bebidas azucaradas contribuyen al mantenimiento de un ambiente cariogénico dentro de la cavidad oral.^{46,48,49,50}

Por otro lado, la higiene oral y la exposición al flúor son factores esenciales para la prevención de caries. La higiene oral deficiente favorece la acumulación de placa, mientras que el uso regular de pastas dentales con flúor al menos una vez al día ha demostrado disminuir el riesgo de desarrollar caries en la dentición primaria, puesto que el flúor detiene la desmineralización del esmalte, promueve su remineralización e inhibe la actividad bacteriana.^{46,48,51}

Finalmente, los factores sociales juegan un rol relevante en la distribución de la enfermedad. Niños que viven en condiciones de pobreza y grupos sociales marginados son más afectados por las enfermedades bucodentales y suelen no tener acceso a atención odontológica, siendo este un factor de riesgo a caries dental. El estatus socioeconómico, el grado de educación de los padres, así como su conocimiento y actitudes sobre salud bucal se asocian directamente con la presencia de caries en la infancia temprana.^{46,48}

Además, la experiencia de caries en la familia se considera un factor de riesgo ya que existe una asociación entre la presencia de caries en la mamá y el posterior desarrollo de caries en el bebé, lo cual puede explicarse tanto como por la transmisión de microorganismos como por la adopción de hábitos no saludables.^{46,48}

EVALUACIÓN DEL RIESGO A CARIES

La evaluación del riesgo de caries dental es una herramienta fundamental en la atención odontológica para el bebé, ya que permite identificar la probabilidad individual de desarrollar lesiones cariosas, orientando así la toma de decisiones clínicas y el establecimiento de protocolos preventivos individualizados.⁵²

Existen varias herramientas utilizadas para la evaluación del riesgo a caries, como ejemplos se presentan: 1) el Formulario CAMBRA Caries Risk Assessment Form para niños de 0 a 5 años con modificaciones basadas en la experiencia colectiva de Odontopediatras utilizando el formulario y las recomendaciones del Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial de Estados Unidos y del comité de

coalición CAMBRA; y 2) el Formulario de Riesgo a Caries para niños de 0 a 5 años de la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), que clasifica los factores en: de alto riesgo, de riesgo moderado y factores protectores.^{52,53,54}

CAMBRA — Caries Risk Assessment Form for Age 0 to 5 Years				
Patient Name: _____		ID# _____	Age: _____	Date: _____
Assessment Date: _____ Please circle: BASELINE, three-month follow-up or six-month follow-up				
	1	2	3	
	Yes =CIRCLE	Yes =CIRCLE	Yes =CIRCLE	Comments:
NOTE: Any one Yes in Column 1 signifies likely "High Risk" and an indication for bacteria tests				
1. Risk Factors (Biological Predisposing Factors)				
(a) Mother or primary caregiver has had active dental decay in the past 12 months*	Yes			
(b) Bottle with fluid other than water, plain milk and/or plain formula		Yes		Type of fluid:
(c) Continual bottle use		Yes		
(d) Child sleeps with a bottle, or nurses on demand		Yes		
(e) Frequent (>3 times/day) between-meal snacks of sugars/cooked starch/sugared beverages		Yes		#times/day:
(f) Saliva-reducing factors are present, including: 1. medications (e.g., some for asthma [albuterol] or hyperactivity) 2. medical (cancer treatment) or genetic factors		Yes		
(g) Child has developmental problems/CSHCN (child with special health care needs)		Yes		
(h) Caregiver has low health literacy, is a WIC participant and/or child participates in Free Lunch Program and/or Early HeadStart		Yes		
2. Protective Factors				
(a) Child lives in a fluoridated community or takes fluoride supplements by slowly dissolving or as chewable tablets (note resident ZIP code)			Yes	
(b) Child drinks fluoridated water (e.g., use of tap water)			Yes	
(c) Teeth brushed with fluoridated toothpaste (pea size) at least once daily			Yes	
(d) Teeth brushed with fluoride toothpaste (pea size) at least 2x daily			Yes	
(e) Fluoride varnish in last six months			Yes	
(f) Mother/caregiver chews/dissolves xylitol chewing gum/lozenges 2-4x daily			Yes	
3. Disease Indicators/Risk Factors – Clinical Examination of Child				
(a) Obvious white spots, decalcifications enamel defects or obvious decay present on the child's teeth*	Yes			
(b) Restorations present (past caries experience for the child)*	Yes			
(c) Plaque is obvious on the teeth and/or gums bleed easily		Yes		
(d) Visually inadequate saliva flow		Yes		
Child's Overall Caries Risk* (circle): Child: Bacteria/Saliva Test Results: MS: LB: Flow Rate: ml/min: Date: Caregiver: Bacteria/Saliva Test Results: MS: LB: Flow Rate: ml/min: Date: Self-management goals: 1) _____ 2) _____ VISUALIZE CARIES BALANCE				
*Assessment based on provider's judgment of balance between risk factors/disease indicators and protective factors.				

Figura 13. Formulario CAMBRA Caries Risk Assessment Form para niños de 0 a 5 años. Tomada de: Ramos-Gomez FJ, et al. Pediatric Dental Care : Prevention and Management Protocols By Caries Risk Assessment. Journal of the California Dental Association. 2010; 38(10): 746–61.

Example of a Caries Risk Assessment Form for 0–5 Year Olds as adopted in 2010 by the American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD)**

Biological Factors	High-Risk Factors	Moderate-Risk Factors	Protective Factors
Mother/primary caregiver has active caries	Yes		
Parent/caregiver has low socioeconomic status	Yes		
Child has >3 between-meal sugar containing snacks or beverages per day	Yes		
Child is put to bed with a bottle containing natural or added sugar	Yes		
Child has special health care needs		Yes	
Child is a recent immigrant		Yes	
Protective Factors			
Child receives optimally fluoridated drinking water or fluoride supplements			Yes
Child has teeth brushed daily with fluoridated toothpaste			Yes
Child receives topical fluoride from health professional			Yes
Child has dental home/regular dental care			Yes
Clinical findings			
Child has more than one dmfs	Yes		
Child has active white spot lesions or enamel defects	Yes		
Child has elevated mutans streptococci	Yes		
Child has plaque on teeth		Yes	

** Modified from Ramos-Gomez et al., *J Calif Dent Assoc* 35(10):687-702, October 2007, and ADA Caries Risk Assessment forms.

Instructions:

1. Circle the "Yes" wherever there is a yes answer to the question or observation for the patient or caregiver.
2. Use the "Yes" answers in the risk factor columns (red and yellow) versus the "Yes" answers in the protective factor column (green) to caries risk level of low, moderate, or high. If there are clinical observations that indicate current and ongoing disease (frank cavities) then these will outweigh the protective factors. When the restorative work is done and preventive (protective) measures are in place, the green "yes" answers can outweigh the risk factors.

Overall assessment of the child's dental caries risk **High** **Moderate** **Low**

Copyright © 2010-2011 by the American Academy of Pediatric Dentistry and reproduced with their permission.

Figura 14. Formulario de Riesgo a Caries para niños de 0 a 5 años de la AAPD. Tomado de: Ramos-Gomez FJ, et al. *Pediatric Dental Care: Prevention and Management Protocols By Caries Risk Assessment*. Journal of the California Dental Association. 2010; 38(10): 746–61.

Para determinar el riesgo de caries, es necesario realizar una entrevista dirigida a los padres o cuidadores, esta debe explorar factores biológicos o adquiridos (estilo de vida) que pudieran favorecer el desarrollo de la enfermedad, tales como: presencia de caries en la madre o cuidador principal, nivel socioeconómico, consumo de alimentos o bebidas con azúcares añadidos, uso de biberón, hábitos de higiene y exposición al flúor, entre otros. Se evalúan también los factores protectores, como son: exposición al flúor, acceso a atención dental con regularidad y cepillado dental constante con una pasta dental con flúor, y se integran los hallazgos clínicos obtenidos durante la exploración bucal.^{46,48,53}

Durante la inspección bucodental se debe documentar: presencia de placa dentobacteriana y su localización, lesiones de mancha blanca, esmalte desmineralizado o remineralizado, puntos cafés en superficies oclusales que puedan indicar caries, defectos del esmalte, fosetas/fisuras profundas, dientes ausentes y perdidos, restauraciones existentes, restauraciones defectuosas,

sangrado gingival, boca seca o alguna anormalidad de tejidos blandos u oclusión.^{52,53}

Al finalizar de registrar la información obtenida en el formulario, se debe evaluar si los factores protectores superan a los factores de riesgo o viceversa, determinando así si el riesgo es bajo, moderado o alto.^{52,53,54}

RECOMENDACIONES DE HIGIENE BUCODENTAL

En el consultorio dental, se considera que la profilaxis con cepillo dental (manual) suele ser eficiente para remover la placa dentobacteriana en la mayoría de los niños, además, es una técnica amigable con los bebés y sirve para demostrar a los padres la correcta técnica de cepillado.⁵³

El flúor es un factor protector importante ya que fortalece el esmalte dental y previene la caries dental. La Asociación Dental Americana recomienda el uso diario de pasta dental con flúor y la aplicación profesional de flúor en barniz cada 3 a 6 meses. Es necesario que el dentista recuerde al cuidador no cepillar los dientes ni comer alimentos crujientes y/o pegajosos el día de la consulta para maximizar el efecto del barniz de flúor.^{53,55}

Respecto a las recomendaciones que se dan a los cuidadores para realizar la higiene, se ajustarán según la etapa del bebé:

- 1) En la fase pre eruptiva, se indica realizar la higiene de los rodetes, carrillos, mucosa y lengua del lactante con una gasa húmeda. Eliminar los restos de leche de la cavidad oral con una gasa húmeda mantiene la boca del bebé limpia y previene aparición de candidiasis; además, establece un vínculo afectivo y acostumbra a la manipulación de la cavidad oral.^{54,56}

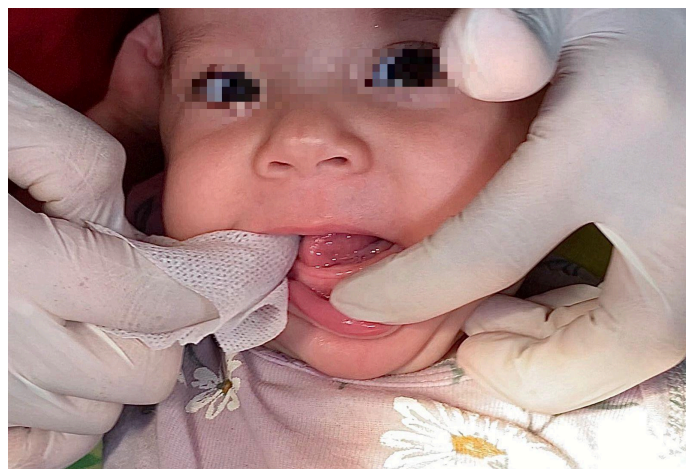


Figura 15. Higiene bucal con gasa. Fuente: Propia

- 2) A partir de la erupción dental, se recomienda cepillar los dientes mínimo dos veces al día con pasta dental con una concentración promedio de 1100 ppm de flúor. La cantidad de pasta debe ajustarse según la edad, indicando utilizar la cantidad equivalente a un grano de arroz en menores de 3 años o a un chicharo en mayores de 3 años. El cepillado debe realizarse por un adulto, utilizando un cepillo de cerdas suaves y de un tamaño apropiado para la edad. Se recomienda cepillar los dientes del bebé al menos 2 veces al día, especialmente antes de dormir. En cuanto sea posible se debe instruir al paciente a escupir el exceso de pasta dental.^{53,54,57,58}

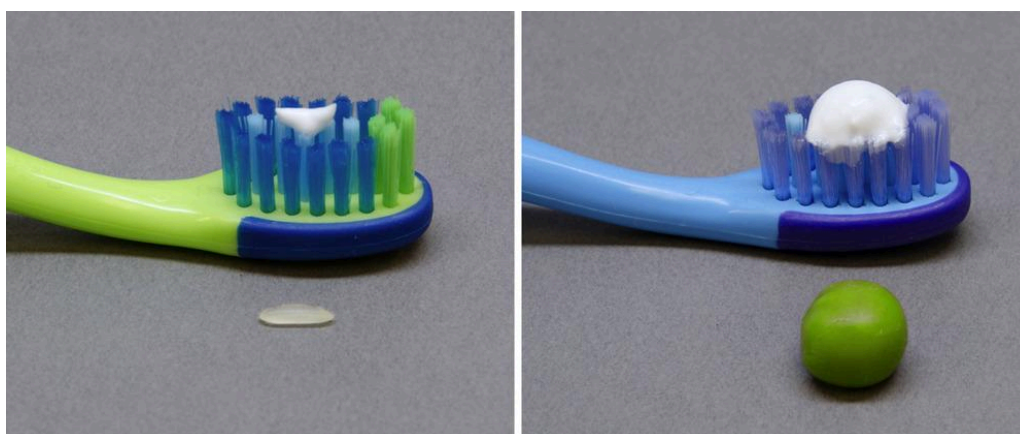


Figura 16. Cantidad de pasta recomendada. Para niños menores de 3 años, un grano de arroz, y para mayores de 3 años, un chícharo. Tomado de: Mark A. Helping your children fight tooth decay. The Journal of the American Dental Association. 2020; 151 (2).

Además del cepillado dental, otros métodos de higiene contribuyen a la prevención de caries dental, por ejemplo, el uso del hilo dental debe introducirse una vez que dientes adyacentes hagan contacto para remover la placa de los espacios interdentes, donde el cepillo no llega. Durante el cepillado, es importante la limpieza de la lengua ya que reduce la carga bacteriana y mejora la higiene oral en general.⁶⁰

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

Los dentistas tienen un papel importante en la promoción de una alimentación saludable, brindando a los padres asesoramiento nutricional orientado a la adopción de hábitos que permitan mantener un estado de salud óptimo y prevenir la caries dental y otras enfermedades. Algunas recomendaciones dietéticas son: ^{54,61,62,63}

- Promover la lactancia materna durante el 1er año de vida
- Indicar dieta sin azúcares de los 0 a 24 meses de edad.
- Minimizar la exposición a alimentos o bebidas con sabor dulce en la infancia temprana para reducir la preferencia a estos sabores.

- Limitar o disminuir la ingesta de carbohidratos y azúcares refinados.
- Fomentar el consumo de frutas y verduras.
- Fomentar el consumo de agua natural a partir de los 6 meses
- Consumir una dieta rica en nutrientes, baja en grasa, que incluya los 5 grupos de alimentos (frutas, verduras, proteína, cereales y lácteos)

FRECUENCIA RECOMENDADA DE LAS CITAS DE SEGUIMIENTO

Respecto a la frecuencia de las citas de seguimiento odontológico, a pesar de que las recomendaciones varían, se ha considerado aceptable una frecuencia de 6 meses entre cita y cita. Sin embargo, no hay evidencia suficiente de que este intervalo sea eficaz tanto para adultos como para niños. Considerando que cada niño es diferente y que la caries dental es considerada un problema de salud pública, es necesario establecer el riesgo de caries y determinar la frecuencia entre las citas de seguimiento, de modo que permitan prevenir el desarrollo de nuevas lesiones de caries y evitar el avance de las lesiones existentes.^{64,65}

De acuerdo con los resultados de un estudio que evaluó la experiencia de caries en contraste con la constancia en las citas clínicas en un programa de Odontología para bebés en Jacareí, Brasil; Lemos LV et. al, recomiendan que en el primer año de vida las visitas dentales sean el primer año de vida en el 1er mes (si es necesario evaluar anomalías/lactancia), 4to, 8vo y 12vo mes; en el segundo año de vida se recomienda que las visitas sean a los 15, 18, 21 y 24 meses de edad. En el tercer año de vida continua la recomendación de 4 visitas al odontólogo, y a partir de los 36 meses se recomiendan 2 visitas al año.⁶⁶

Sin embargo, se considera que la determinación del intervalo entre las citas de seguimiento debe hacerse con base en la evaluación del riesgo de caries, que brinda información guía en la toma de decisiones clínicas y el establecimiento de protocolos preventivos. El nivel de riesgo determinará el camino a seguir, recomendando las citas de seguimiento de la siguiente manera:^{53,54,57}

NIVEL DE RIESGO	FRECUENCIA CITAS DE SEGUIMIENTO
RIESGO BAJO	Cada 6 a 12 meses
RIESGO MODERADO	Cada 3 a 6 meses
RIESGO ALTO	Cada 3 meses

Figura 17. Frecuencia recomendada para las citas de seguimiento según el nivel de riesgo a caries dental (Elaboración propia).

MANEJO CLÍNICO DE LA CARIES DENTAL

Flúor

La evidencia científica sostiene que el flúor es uno de los principales agentes en la prevención de caries, y lo logra de tres formas: 1) fortalece el esmalte mediante la formación de fluorapatita, un mineral altamente resistente al ácido, 2) remineraliza el esmalte, y 3) afecta el metabolismo microbiano y reduce la producción de ácido de las bacterias cariogénicas. La Asociación Americana de Odontología Pediátrica recomienda usar pasta dental con una concentración de entre 1000 y 1500 ppm de flúor, mínimo 2 veces al día.^{55,60}

Además, se recomienda la aplicación profesional de barniz de flúor (una formulación concentrada de flúor), cuyas propiedades le permiten adherirse a las superficies dentales facilitando la liberación prolongada de flúor, promoviendo así la remineralización particularmente en lesiones iniciales de caries. El barniz de flúor se suele aplicar de 2 a 4 veces al año según sea el nivel de riesgo de cada paciente.^{67,68}

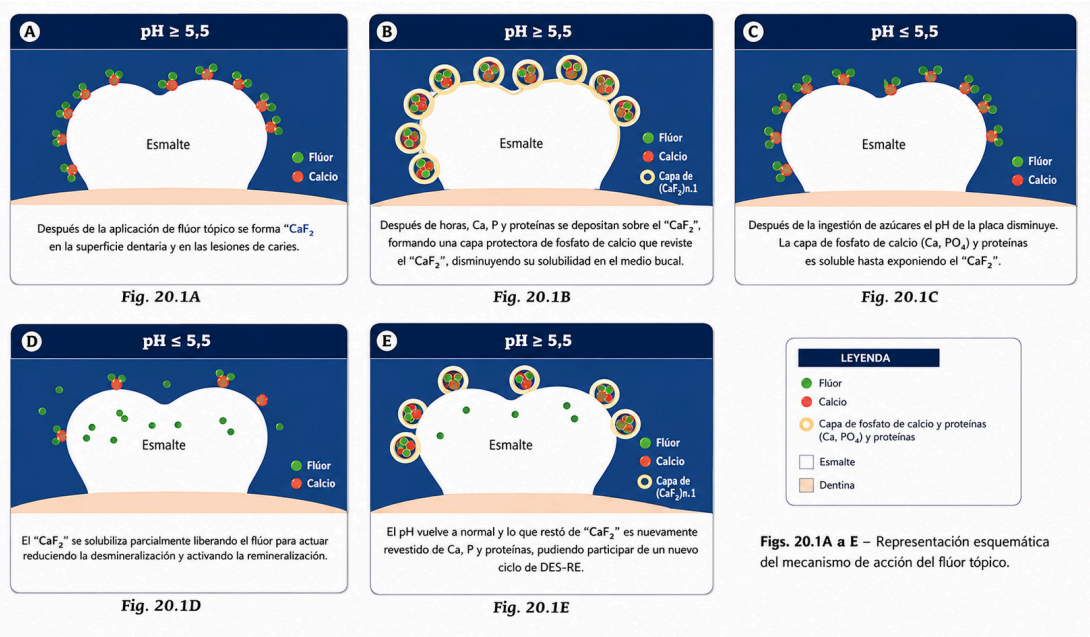


Figura 18. Mecanismo de acción del flúor tópico. Tomado de: Nahás Pires Corrêa, MS. Odontopediatria en la primera infancia (1ra ed). Brasil: Livraria Santos. 2009

Ionómero de vidrio

Los cementos de ionómero de vidrio promueven la remineralización del esmalte, poseen efectos antibacterianos y liberan flúor de manera prolongada; inicialmente hay una liberación inicial rápida, seguida de una liberación sostenida que puede durar hasta 8 años.^{60,70}

Las propiedades físicas, mecánicas y biológicas del ionómero de vidrio lo convierten en un material de restauración ideal en pacientes pediátricos de corta edad y/o no cooperadores, ya que tolera ambientes húmedos y se une químicamente tanto al esmalte como a la dentina, lo que lo hace también el material de elección para el tratamiento restaurador atraumático.⁶⁰

Los selladores a base de ionómero de vidrio han demostrado ser eficaces en la prevención de caries, particularmente en las superficies oclusales de los molares, ya que inhiben la acumulación de placa. Su colocación está indicada en pacientes con: alto riesgo a caries; fosetas y fisuras profundas; defectos del esmalte o signos tempranos de desmineralización. Los selladores previenen y detienen la caries dental mediante la creación de una barrera física, facilitando la limpieza y liberando flúor. Según un estudio el sellado de las lesiones y la restauración fueron igualmente efectivas en el manejo de lesiones cariosas oclusales de dentina no cavitada en dientes primarios.^{60,68,70}



Figura 19. Antes y después restauración con ionómero de vidrio. Fuente: Recuperado de internet

Fluoruro Diamino de Plata

El fluoruro diamino de plata (FDP) se ha consolidado como un recurso útil para el manejo de la caries dental en la infancia, debido a su capacidad para detener/arrestar las lesiones cariosas. Su aplicación está indicada ante la presencia de lesiones de caries que se limitan al esmalte o lesiones cariosas cavitadas que afectan la dentina, sin compromiso pulpar. Puede aplicarse en superficies vestibulares, linguales o palatinas, oclusales e interproximales.^{60,71}

Su mecanismo de acción combina las propiedades antibacterianas de los iones de plata que inhiben el crecimiento bacteriano e impide la formación de biopelículas, y los efectos remineralizantes del fluoruro en el esmalte. Su modo de aplicación y naturaleza no invasiva, lo hace una alternativa ideal para pacientes de corta edad,

incluso cuando no son cooperadores o tienen necesidades especiales, dificultades conductuales o cognitivas. Respecto a la concentración a utilizar, se considera que el FDP al 38% es la concentración más eficaz para detener la progresión de las lesiones cariosas existentes y evitar la aparición de nuevas lesiones, la solución debe aplicarse entre 30 y 60 segundos.^{60,68,71}

Aunque su eficacia clínica es considerable y representa una alternativa rentable, un inconveniente significativo es la pigmentación negra irreversible de las lesiones cariosas arrestadas, pudiendo causar preocupación en los padres por la parte estética, más cuando se utiliza en dientes anteriores. Sin embargo, diversos estudios han demostrado que la aceptación de los padres mejora al hacerles saber las ventajas del FDP, como su habilidad para prevenir futuras lesiones de caries y evitar tratamientos más invasivos.⁶⁸



Figura 20. Antes y después del arresto de lesiones cariosas con FDP. Fuente: Propia

A pesar de que la aplicación principal del FDP es para el arresto de lesiones de caries, hay nueva evidencia de que puede tener un rol potencial en la prevención de nuevas lesiones de caries ya que estudios preliminares indican que sus propiedades antimicrobianas y de liberación de flúor pueden contribuir a un entorno oral menos propicio al desarrollo de caries dental.⁶⁰

RESULTADOS

Como resultado de la revisión bibliográfica realizada, se elaboró una guía de atención odontológica para el bebé de 0 a 36 meses que integra las recomendaciones basadas en evidencia sobre seguimiento, higiene bucal, dieta y manejo clínico de la caries dental, organizadas por etapa de desarrollo y nivel de riesgo individual.

GUÍA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA EL BEBÉ DE 0 A 36 MESES			
Edad recomendada para la primera visita al dentista:		Antes del primer cumpleaños, idealmente entre los 4 y 6 meses de edad.	
ETAPA	OBJETIVO PRINCIPAL	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES
ETAPA PREERUPTIVA	Promover la salud bucal y orientar a padres y/o tutores sobre prevención temprana	---	Acciones en consultorio • Evaluar clínicamente estructuras anatómicas de la cavidad oral del recién nacido • Instruir a padres y/o tutores a realizar higiene con gasa húmeda en rodetes, carrillos, mucosa y lengua del lactante Recomendaciones de higiene en casa • Realizar higiene oral con gasa húmeda 1 a 2 veces al día Recomendaciones dietéticas • Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
A PARTIR DE LA ERUPCIÓN DENTAL	Detectar factores de riesgo y prevenir caries dental	Evaluación inicial	• Explorar tejidos duros y blandos • Dar seguimiento a la erupción dental • Establecer el riesgo a caries dental
SEGUIMIENTO PREVENTIVO	Mantener la salud oral y prevenir la aparición de lesiones cariosas	RIESGO BAJO	• Citas control cada 6 meses • Profilaxis y aplicación de flúor en barniz
PREVENCIÓN INTENSIVA Y MANEJO TEMPRANO	Favorecer la remineralización y evitar progresión de lesiones iniciales de caries	RIESGO MODERADO	• Citas control cada 3-6 meses • Profilaxis y aplicación de flúor en barniz • Considerar la colocación de selladores en fosetas y fisuras profundas • Favorecer la remineralización de lesiones de mancha blanca mediante la aplicación de barniz de flúor y control de los factores de riesgo
MANEJO INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD	Controlar la actividad de caries y ehabilitar de forma mínimamente invasiva	RIESGO ALTO	• Citas control cada 3 meses • Profilaxis y aplicación de flúor en barniz • Colocación de selladores en fosetas y fisuras • Favorecer la remineralización de lesiones de mancha blanca mediante la aplicación de barniz de flúor y control de los factores de riesgo • Manejo de lesiones cariosas cavitadas mediante: - Aplicación de fluoruro diamino de plata - Tratamiento restaurador atraumático con ionómero de vidrio - Restauración convencional, cuando la cooperación del paciente y la situación lo permitan
RECOMENDACIONES DE HIGIENE	Control de placa dentobacteriana	TODOS LOS NIVELES DE RIESGO	• Realizar cepillado dental mínimo 2 veces al día desde la erupción del primer diente • Utilizar pasta dental con 1100 ppm de flúor. Cantidad equivalente a 1 grano de arroz crudo en menores de 3 años y de 1 chicharo para mayores de 3 años • Iniciar con el uso de hilo dental cuando exista contacto entre dientes adyacentes
RECOMENDACIONES DIETÉTICAS	Disminuir factores cariogénicos	TODOS LOS NIVELES DE RIESGO	• Evitar los azúcares libres o añadidos en la dieta antes de los 24 meses de edad • Promover el consumo de agua natural a partir de los 6 meses • Fomentar el consumo de frutas y verduras • Promover una dieta equilibrada que incluya los diferentes grupos de alimentos • Limitar el consumo de carbohidratos fermentables y azúcares refinados

Figura 21. Guía de atención odontológica para el bebé de 0 a 36 meses (Elaboración propia)

Con base en la misma revisión, se diseñó un algoritmo de decisión clínica que esquematiza de forma visual y secuencial el proceso de toma de decisiones durante la consulta odontológica para el bebé, desde la evaluación inicial hasta las acciones específicas según el nivel de riesgo.

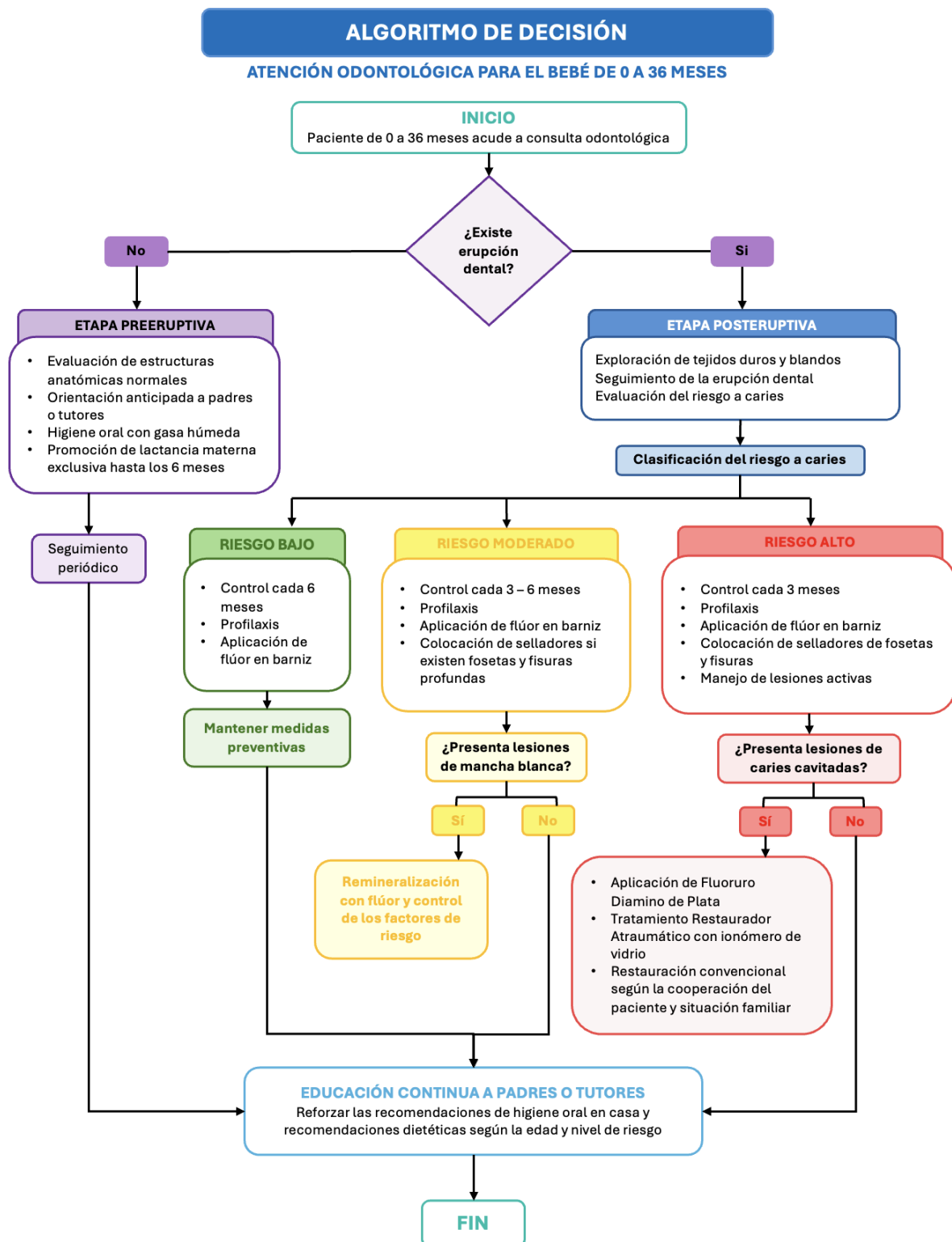


Figura 22. Algoritmo de decisión en atención odontológica para el bebé de 0 a 36 meses (Elaboración propia)

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo diseñar una propuesta de guía de atención odontológica para el bebé de 0 a 36 meses basada en evidencia científica actualizada. A partir de la revisión bibliográfica realizada fue posible identificar los puntos de consenso entre las principales organizaciones internacionales de odontopediatría, pero también algunas variaciones en las recomendaciones y tensiones con la normativa vigente en México.

Uno de los hallazgos más significativos de esta revisión es la discrepancia entre las recomendaciones internacionales sobre el uso de flúor en menores de 3 años y lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015. Mientras que la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP) y la Asociación Internacional para la Investigación Dental, Oral y Craneofacial (IADR), recomiendan el uso de pastas dentales con flúor desde la erupción del primer diente, la NOM-013-SSA2-2015 indica realizar el cepillado sin pasta dental desde la erupción dental y hasta los 3 años de edad.^{51,58,72,73,74}

En la guía propuesta, se optó por seguir las recomendaciones internacionales basadas en evidencia; sin embargo, esta discrepancia representa una barrera real para la implementación de protocolos preventivos basados en evidencia en el contexto mexicano, y sugiere la necesidad de revisar la NOM-013-SSA2-2015 con base en la evidencia científica actual.

Otro punto en el que hay discrepancias en la literatura es la cantidad de pasta dental con flúor recomendada según la edad del paciente. Mientras que la AAPD y la SEOP recomienda el uso de la cantidad equivalente a un grano de arroz en menores de 3 años y de un chicharo a partir de los 3 años, Ramos-Gomez y Sudradjat proponen utilizar la cantidad equivalente a un chicharo a partir de los 2 años de edad. En la guía propuesta en este trabajo se adoptó el criterio de los 3 años, considerando que la dentición temporal se completa más cerca de los 3 años, y que es más factible que a esa edad el paciente domine la habilidad de escupir. Utilizar la cantidad de un chicharo antes de que el niño cuente con suficientes dientes erupcionados y tenga la capacidad de escupir el exceso de pasta podría aumentar el riesgo de ingesta inadvertida de flúor.^{53,73,74,75,76}

Respecto a la frecuencia de las citas de seguimiento odontológico, tampoco existe un consenso uniforme en la literatura. Si bien existe un acuerdo general en que el intervalo debe determinarse con base en el riesgo individual de cada paciente, los rangos propuestos varían entre autores. Ramos-Gomez y Quiñones proponen que la cita de seguimiento para los pacientes de riesgo bajo sea anualmente, mientras que la AAPD sugiere un intervalo entre 6 y 12 meses. La guía propuesta en este trabajo acorta el intervalo a 6 meses para pacientes con riesgo bajo considerando el rápido avance de la caries dental en la dentición temporal, por lo que un intervalo de

12 meses podría ser demasiado largo para intervenir en estadios tempranos. Para los pacientes con riesgo moderado y alto se mantiene la recomendación del intervalo entre citas de cada 3 a 6 meses para riesgo moderado y cada 3 meses para riesgo alto.^{53,54,57}

La evaluación del riesgo de caries permite establecer medidas preventivas y la frecuencia adecuada de las citas de seguimiento de acuerdo con las necesidades específicas de cada paciente. Ramos-Gómez et al. señalan que la valoración del riesgo de caries facilita la toma de decisiones clínicas y favorece la implementación de estrategias preventivas individualizadas. Además, la detección temprana de factores biológicos y conductuales relacionados con la caries dental permite intervenir antes de que las lesiones progresen hacia estadios avanzados.^{49,53}

Para el manejo de lesiones cariosas, la guía desarrollada prioriza estrategias de mínima intervención, incluyendo el uso de barniz de flúor, selladores de ionómero de vidrio y fluoruro diamino de plata, materiales respaldados actualmente por evidencia científica debido a su eficacia en la prevención y control de lesiones cariosas en pacientes pediátricos. Diversos estudios han demostrado que el FDP presenta alta efectividad para detener lesiones cariosas activas, especialmente en niños pequeños o pacientes con cooperación limitada. Del mismo modo, el ionómero de vidrio ha demostrado ser un material útil en odontología pediátrica debido a su capacidad de adhesión química, liberación sostenida de flúor y tolerancia a ambientes húmedos.^{67,68,70}

La educación a padres y cuidadores constituye otro elemento fundamental dentro de la odontología para el bebé, ya que gran parte de los factores asociados al desarrollo de la caries dental son modificables. Las recomendaciones relacionadas con la higiene oral y dieta buscan promover hábitos saludables desde etapas tempranas y reducir la exposición a factores cariogénicos. Diversos autores coinciden en que la participación activa de padres y cuidadores es indispensable para el mantenimiento de la salud oral infantil y para el establecimiento de conductas preventivas desde etapas tempranas.^{8,10}

Entre las limitaciones del presente trabajo, es importante señalar que la guía propuesta se desarrolló a partir de una revisión bibliográfica narrativa y no de una revisión sistemática. Asimismo, aunque se incluyeron recomendaciones de asociaciones internacionales reconocidas, algunas de ellas presentan variaciones respecto a las acciones preventivas y la frecuencia de las citas de seguimiento. Otra limitación relevante es que la guía elaborada no ha sido aplicada ni validada clínicamente, por lo que su eficacia y utilidad en distintos contextos clínicos aún no puede ser demostrada.

A pesar de estas limitaciones, el presente trabajo aporta una propuesta de guía de atención y un algoritmo de decisión que integran en un instrumento único y

visualmente accesible los componentes esenciales de la atención odontológica para el bebé: evaluación del riesgo a caries, recomendaciones de higiene y dieta, frecuencia de las citas de seguimiento y manejo clínico de lesiones cariosas. Su diseño como herramienta de aplicación práctica pretende facilitar la toma de decisiones clínicas del odontólogo, y su validación clínica en estudios futuros permitirá evaluar el impacto real en la reducción de la prevalencia de caries de la infancia temprana en México.

CONCLUSIÓN

Trabajar en este informe me permitió no solo profundizar en los conocimientos teóricos sobre la atención odontológica en el bebé, sino también conectarlos con lo que ocurre en la práctica clínica. Al revisar la literatura, fue claro que las guías específicas orientadas a la atención odontológica en esta etapa de la vida son escasas, lo que refuerza la importancia y necesidad de contar con instrumentos prácticos que orienten en la toma de decisiones clínicas.

La alta prevalencia de caries de la infancia temprana en México evidencia la necesidad de cambiar el enfoque tradicional, pasando de un modelo curativo a uno preventivo, en el que la educación a padres y cuidadores juega un papel central. En este sentido, la Odontología para el bebé representa una estrategia clave para disminuir la incidencia de esta enfermedad, al promover hábitos saludables desde los primeros meses de vida.

La revisión permitió identificar que existe consenso internacional en iniciar la atención odontológica al erupcionar el primer diente o antes del primer año de vida, y que la frecuencia de las citas de seguimiento debe determinarse con base en el nivel de riesgo individual de cada paciente. Asimismo, las recomendaciones de higiene y dieta coinciden en que los hábitos saludables deben establecerse desde etapas tempranas con la participación activa de padres y cuidadores. En cuanto al manejo clínico de las lesiones cariosas, la evidencia prioriza estrategias de mínima intervención, adecuadas para pacientes de corta edad.

La guía de atención y el algoritmo de decisión propuestos en este trabajo buscan ser una herramienta útil para estandarizar la atención odontológica en bebés, facilitando la toma de decisiones clínicas basadas en la evaluación del riesgo de caries y promoviendo intervenciones oportunas, mínimamente invasivas y centradas en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. OMS [Internet] 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Centro de Información para Decisiones en Salud Pública. La salud bucodental empieza desde la infancia. Instituto Nacional de Salud Pública [Internet] 2025. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/la-salud-bucodental-empieza-desde-la-infancia>
3. Rughani R., Ondhia A. They're not 'just baby teeth'. BDJ Team 2023; 10: 10-13. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41407-023-1709-5>
4. Secretaría de Salud. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sivepab-2023>
5. Molina N., Durán D., Castañeda E., Juárez MLA. La caries y su relación con la higiene oral en preescolares mexicanos. Gac Med Méx. 2015; 151: 485-490. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n4/GMM_151_2015_4_485-490.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. Salud bucal. OMS [Internet] s.f. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1
7. National Institute of Dental and Craniofacial Research(US). Oral Health in America: Advances and Challenges [Internet]. Bethesda (MD): NIDCR; 2021. Section 1, Effect of Oral Health on the Community, Overall Well-Being, and the Economy. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576536/>
8. Palma C, Cahuana A, Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. Acta Pediatr Esp 2010; 68 (7): 351-357. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Camila-Palma/publication/288157147_Orientacion_guide_for_oral_health_during_the_first_years_of_life/links/587aa13508aed3826ae7bc3a/Orientation-guide-for-oral-health-during-the-first-years-of-life.pdf
9. De Figueiredo-Walter LR, Ferelle A. Bebé Clínica de la Universidade Estadual de Londrina: Un Resumen Histórico. Rev Odontol Lat 2013. 3 (2). Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/44/161>
10. Moscardini M, Díaz S, De Rossi M, Nelson-Filho P, De Rossi A. Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. Rev. Odontopediatr. Latinoam. [Internet]. 2017;7(2): 116-126). Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/139>
11. Cançado de Figueiredo M, López Jordi M. La clínica odontológica del bebé integrando un servicio de salud. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2008; 79(2): 150-157. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492008000200008&lng=es.
12. Cançado-Figueiredo M., Das Dores C., Saldanha M., Michel J., Menna Ruiz B. La importancia de incluir a los niños en el primer año de vida en los proyectos de salud pública: evaluación de los resultados de una clínica de bebés. Rev Fac Odontol Univ Antioquia. 2008; 8 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-246X2008000100002&script=sci_arttext

13. Angulo Espinoza MA, De la Teja Ángles E, Duran Gutiérrez A. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. *Acta Pediatr Mex* 2013; 34: 196-204. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44777>
14. Licla Karina. Conociendo la cavidad oral del recién nacido. *Rev Cient Odontol* 2016; 4 (1): 486-494. Disponible en: <https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/248/292>
15. Merino Morras¹ Elizabeth. Lactancia materna y su relación con las anomalías Dentofaciales. Revisión de la literatura. *Acta odontol. venez.* 2003; 41(2): 154-158. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652003000200010&lng=es.
16. Ventiades J, Tatum K. Patología oral del recién nacido. *Rev Soc Bol Ped* 2006; 45 (2): 112-115. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v45n2/v45n2a09.pdf>
17. Castro Rodríguez Y. Consideraciones diagnósticas de los frenillos aberrantes. Revisión bibliográfica. *Rev Dent Chile* 2016; 107 (1): 4-7. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/301650746_Consideraciones_diagnosticas_de_los_frenillos_aberrantes_Revision_bibliografica_Diagnostic_considerations_in_aberrant_frenulums_Literature_review
18. Jonghyun Shin. Management of the Maxillary labial frenum. *J Korean Acad Pediatr Dent* 2024;51(4):336-343. Disponible en: <https://doi.org/10.5933/JKAPD.2024.51.4.336>
19. Llanos-Redondo Andrés, Contreras-Suárez Karent-Susana, Aguilar-Cañas Sandra-Johanna. Evaluación del frenillo lingual en neonatos. Una revisión sistemática. *Rev. Investig. Innov. Cienc. Salud [Internet]*. 2021; 3(1): 87-97. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2665-20562021000100087&lng=en
20. Caixeta JAS, Pazinato DB, Padoin RCPK, Lubianca Neto JF, Avelino MAG, Chen VG, et al. Brazilian Academy of Paediatric Otorhinolaryngology Task Force - lingual frenulum disorders in childhood - evidence-based recommendations. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2026;92(2):101762. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41548508/>
21. Bojorque C, Estrella J, Pineda D. Early surgical treatment of brake lingual review of the literature: on the purpose of two cases. *RSD.* 2020; 9(11). Disponible en: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/10121>
22. Carreño AA, Anchundia JR. Cronología de la erupción dentaria en un grupo de mestizos ecuatorianos. *Revista Científica Odontológica.* 2017;25(1):16-22. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883172/3-carreno-cronologia-erupcion-mestizos.pdf>
23. Ogorescu E, Popa M, Isac C, Pinosanu R, Olaru D, Cismas A, Tudor A and Miron M. Eruption Timing and Sequence of Primary Teeth in a Sample of Romanian Children. *Diagnostics (Basel).* 2022;12(3):606. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35328159/>
24. García Izquierdo F, López Benito MM, Nuño Mateo F. Importancia de los dientes temporales: su cronología de erupción. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2003;5:439-45. Disponible en: <https://pap.es/files/1116-312-pdf/325.pdf>

25. Ayala Pérez Y, et al. La erupción dentaria y sus factores influyentes. Revista Cubana de Estomatología. 2018;55(4):1–10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000400013
26. Marín García F, García Cañas P, Núñez Rodríguez MC. La erupción dental normal y patológica. Act Pediatr Aten Prim 2012; 5 (4): 188-195. Disponible en: https://fapap.es/files/639-864-RUTA/FAPAP4_2012_02.pdf
27. Logan WHG, Kronfeld R. Development of human jaws and surrounding structures from birth to the age of fifteen years. J Am Dent Assoc 1933; 20 (3): 379-427. Disponible en: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/dental-growth-and-development/>
28. Nowak AJ, Quiñonez RB. ¿Visionarios o soñadores? La historia de la salud oral del infante. Rev Odontol Pediatr 2012 11(2): 109-121. Disponible en: https://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v11n2/a3.pdf?utm_source=perplexity
29. Montero Canseco Delia, López Morales Patricia, Castrejón Pérez Roberto Carlos. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Rev. Odont. Mex [Internet]. 2011; 15(2): 96-102. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2011000200004&lng=es
30. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Salud bucal en niños 0-12 meses [Infografía]. s.f. Disponible en: <https://backup.revistaodontopediatria.org/publicaciones/folleto/Folleto-Espanol-3.pdf>
31. Sociedad Española de Odontopediatría. Odontología del bebé. En: SEOP [Internet] s.f. Disponible en: <https://www.odontologiapediatrica.com/para-padres/recomendaciones/odontologia-d-el-bebe/>
32. American Academy of Pediatric Dentistry. The Dental Home: It's never too early to start. [Internet] 2007. Disponible en: <https://www.aapd.org/assets/1/7/DentalHomeNeverTooEarly.pdf>
33. Llorensi M, Ríos AV, Tomasin M. Edad de la primera consulta odontológica en un servicio hospitalario de la provincia de Buenos Aires. Rev Asoc Odontol Argent 2019;107:49-53. Disponible en: https://raoa.aoa.org.ar/img/numeros/RAOA2019V107N2M06_049053.pdf
34. Hoefft KS, Barker JC, Masterson EE. Maternal beliefs and motivations for first dental visit by low-income Mexican American children in California. Pediatr Dent. 2011;33(5):392-398. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3536823/>
35. Hartwig AD, Cademartori MG, Demarco FF, Bertoldi AD, Corrêa MB, Azevedo MS. Are maternal factors predictors of a child's first dental visit? A birth cohort study in Brazil. Braz Oral Res. 2022;36:e092. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35830139/>
36. Catalá Pizarro M, Cortés Lillo O. La caries dental: una enfermedad que se puede prevenir. An Pediatr Contin. 2014; 12 (3): 147-151. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-la-caries-dental-una-enfermedad-S1696281814701842>
37. Muñoz-Sandoval Cecilia, Gambetta-Tessini Karla, Santamaría Ruth M., Splieth Christian, Paris Sebastian, Schwendicke Falk et al . ¿Cómo Intervenir el Proceso de Caries en Niños? Adaptación del Consenso de ORCA/EFCD/DGZ. Int. j interdiscip.

- dent. [Internet]. 2022 Abr [citado 2026 Ene 19]; 15(1): 48-53. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882022000100048&lng=es.
38. Sánchez Pérez, L. Manual de prácticas de laboratorio. Pruebas de identificación de factores de riesgo a caries (1ra ed). México: Editorial UAM Xochimilco. 2016. Disponible en: <https://casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/caries.pdf>
 39. Organización Mundial de la Salud. La OMS destaca que el descuido de la salud bucodental afecta a casi la mitad de la población mundial [Internet]. 2022 Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population#:~:text=La%20caries%20dental%20no%20tratada,mundial%20de%20la%20salud%20bucodental>.
 40. Márquez Pérez K, Zúñiga López C, Torres Rosas R, Argueta Figueroa L. Prevalencia reportada de caries dental en niños y adolescentes mexicanos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023; 61 (5): 656-660. Disponible en: https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/4866/4654
 41. Rojas S, Echeverría S. Caries temprana de infancia: ¿Enfermedad infecciosa?. Rev Med Clin Condes. 2014; 25 (3): 581-587. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700732>
 42. Gugnani N, Pandit IK, Srivastava N, Gupta M, Sharma M. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): A New Concept. Int J Clin Pediatr Dent. 2011;4(2):93-100. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5030492/>
 43. Armas-Vega A, Parise-Vasco JM. ICDAS: una herramienta para el diagnóstico de la caries dental. Analysis [Internet]. 2020; 27(6): 1-9. Disponible en: <https://studiahumanitatis.eu/ojs/index.php/analysis/article/view/2020-armas>
 44. Gomes C, Nayalle Lopes B, Fernandes Maranhão V, Guerra Botelho KV, Vilela Heimer M, Elias dos Santos JV. Decision-making for the treatment of occlusal caries in the Brazilian public health system. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019; 56(2): .Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000200007&lng=es
 45. Dikmen B. Icdas II criteria (international caries detection and assessment system). J Istanbul Univ Fac Dent. 2015;49(3):63-72. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5573507/>
 46. Gamboa L, Cortés A. Valoración del riesgo de caries: ¿mito o realidad?. Univ Odontol. 2013; 32 (68): 69-79. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2312/231240433008.pdf>
 47. Selwitz R, Ismail A, Pitts N. Dental Caries. Lancet. 2007; 369:51-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/6591922_Dental_Caries
 48. Abanto J, Oliveira LB, Paiva SM, Gurarnizo-Herreño C, Sampaio FC, Bönecker M. Impact of the first thousand days of life on dental caries through the life course: a transdisciplinary approach. Braz. Oral Res. 2022;36:e113. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0113>
 49. Featherstone JD. The continuum of dental caries--evidence for a dynamic disease process. J Dent Res. 2004;83 Spec No C:C39-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15286120/>

50. Sheiham A, James WP. A reappraisal of the quantitative relationship between sugar intake and dental caries: the need for new criteria for developing goals for sugar intake. BMC Public Health. 2014 16;14:863. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4168053/>
51. Nassar Y, Brizuela M. The Role of Fluoride on Caries Prevention. [Updated 2023 Mar 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587342/>
52. Ramos-Gomez F, Crystal YO, Ng MW, Tinanoff N, Featherstone JD. Caries risk assessment, prevention, and management in pediatric dental care. Gen Dent. 2010; 58(6): 505-519. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21062720/>
53. Ramos-Gomez FJ, Crystal YO, Ng MW, Crall JJ, Featherstone JD. Pediatric Dental Care : Prevention and Management Protocols By Caries Risk Assessment. Journal of the California Dental Association. 2010; 38(10): 746–61. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3470809/>
54. Quiñones M, García R, Hernández A, Navas R. Protocolo de Atención Odontológica Integral para niños hasta los 5 años de edad. Rev. Odontopediatr. Latinoam. [Internet]. 2021;11(2). Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/329>
55. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on use of fluoride. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2025:110-2. Disponible en: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/use-of-fluoride/>
56. Sociedad Española de Odontopediatria. Guía del cuidado dental en bebés de 0 a 24 meses. [Internet] s.f. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2022/02/SEOP22-Guia-d-el-cuidado-dental-en-bebes-de-0-a-24-meses.MA_.pdf
57. American Academy of Pediatric Dentistry. Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2025:325-31. Disponible en: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_cariesriskassessme nt25.pdf
58. Tenuta LMA, Cury JA, Dame-Teixeira N, Heller D, McKenna G, Oliveira BH, et al. Position statement on individual and professional methods of fluoride use [Internet]. International Association for Dental Research; 2022. Disponible en: <https://www.iadr.org/science-policy/position-statement-individual-and-professional-me thods-fluoride-use>
59. Mark A. Helping your children fight tooth decay. The Journal of the American Dental Association. 2020; 151 (2). Disponible en: [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(19\)30838-4/fulltext](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(19)30838-4/fulltext)
60. Aljohani AA, Alarifi AI, Almoain MF, Alrhaimi FF, Alhejji MT, Gazzaz NW, Ali LS, Alammari HD, Alwattban RR, Alharbi HM, Barnawi BM. Managing Early Childhood Caries: A Comparative Review of Preventive and Restorative Approaches. Cureus. 2024;16(11):e74704. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11682319/>
61. Barreto Bezerra AC, Almeida Pordeus I, Calixto Fraiz F. Asesoramiento dietético en odontopediatria. En: Asociación Latinoamericana de Odontopediatria. Manual de Referencia para procedimientos clínicos en odontopediatria. 1ra Edición. Brasil:

- Livraria Santos Editora Ltda; 2010. 67-77. Disponible en: <https://backup.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria.pdf>
62. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2025:118-22. Disponible en: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/dietary-recommendations-for-infants-children-and-adolescents/>
 63. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Consequences and preventive strategies. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2025: 96-100. Disponible en: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/early-childhood-caries-classifications-consequences-and-preventive-strategies/>
 64. Berti GO, Abanto J, Cordeshi T, Oliveira GS, Saads T, Bönecker M. Follow up interval for dental appointments: a randomized clinical trial with children with low caries risk. Braz. Oral Res. 2021; 35: e014. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0014>
 65. Abanto J, Celiberti P, Minatel M, Alvarez E, Cordeshi T, Haddad AE, Bönecker M. Effectiveness of a preventive program based on caries risk assessment and recall intervals on the incidence and regression of initial caries lesions in children. Int J Paediatr Dent. 2015; 25 (4): 291-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25413129/>
 66. Lemos LV, Barata TJ, Myaki SI, Walter LR. Dentistry for babies: caries experience vs assiduity in clinical care. Braz J Oral Sci 2012; 11: 486-91. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bjos/a/mdFbSgQLnmSGR6f7wDkwpys/?lang=en#>
 67. Gao, SS, Zhang, S., Mei, ML *et al.* Remineralización de la caries y efecto de detención en niños mediante tratamiento con flúor aplicado profesionalmente: una revisión sistemática. *BMC Oral Health* 2016: 16(12). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12903-016-0171-6>
 68. Al-Kaff AA, Alshehri AZ, Alasmari RA, Alsubaie N, Aldaws A, Althaqeel A, Alshehri RS, Alawaji YM. Minimally Invasive Techniques for Managing Dental Caries in Children: Efficacy, Applications, and Future Directions. *Cureus*. 2025;17(7):e87450. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12327548/>
 69. Nahás Pires Corrêa, MS. Odontopediatria en la primera infancia (1ra ed). Brasil: Livraria Santos. 2009
 70. Kelsey Xingyun Ge, Walter Yu-Hang Lam, Chun-Hung Chu, Ollie Yiru Yu. Updates on the clinical application of glass ionomer cement in restorative and preventive dentistry, *Journal of Dental Sciences* 2024; 19 (1): S1-S9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1991790224002411>
 71. Sotillo V, Limongi I, Medina Díaz C, Martínez Vásquez MG. Fluoruro diamino de plata como terapia para la inactivación de lesiones de caries cavitadas en dientes primarios. *Rev Cien CMDLT* [Internet]. 2022; 16(1): e-224071. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/cmdlt/v16n1/2790-8305-cmdlt-16-01-e-224071.pdf>
 72. Secretaría de Salud. NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Diario Oficial de la Federación; 2016. Disponible en:

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/NO_RMA013.pdf

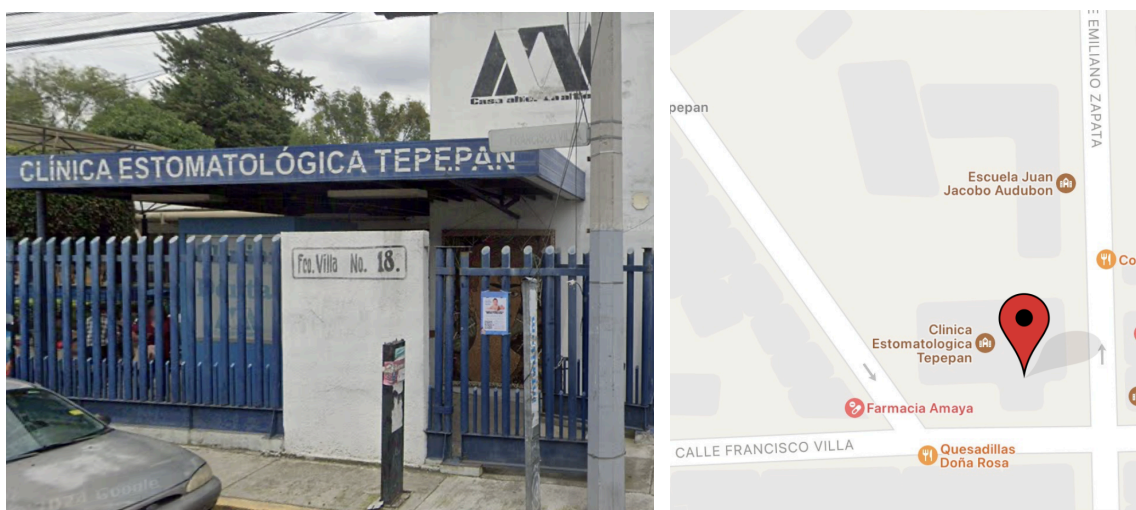
73. American Academy of Pediatric Dentistry. Fluoride therapy. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2025:372-8. Disponible en: https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_FluorideTherapy.pdf
74. Sociedad Española de Odontopediatría. Uso de compuestos fluorados para uso individual. [Internet] s.f. Disponible en: <https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2022/02/SEOP22-pill-fluor.MA.pdf>
75. Sudradjat H, Meyer F, Fandrich P, Schulze Zur Wiesche E, Limeback H, Enax J. Doses of fluoride toothpaste for children up to 24 months. BDJ Open. 2024;10(1):7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38296947/>
76. Mayo Clinic. Desarrollo de un bebé: hitos de los 7 a los 9 meses [Internet]. Mayo Clinic; 2026. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/infant-and-toddler-health/in-depth/infant-development/art-20047086>

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

CLÍNICA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ

En noviembre de 2016 la Clínica de Odontología para el bebé entonces ubicada en la Clínica Estomatológica San Lorenzo Atemoaya (Xochimilco), fue inaugurada por la Dra. Analy Reséndiz López, convirtiendo a la UAM en la primera universidad en México en ofrecer atención a bebés con el objetivo de evitar caries dental en edades tempranas.

Tras suspender actividades en el 2020 por la pandemia, la Clínica de Odontología para el bebé se reubica en julio del 2024 para continuar dando servicio en la Clínica Estomatológica Tepepan con la Dra. Analy Reséndiz López y la Dra. Karla Ivette Oliva Olvera como responsables del proyecto, quienes participan y supervisan las actividades que se realizan en la clínica.



Clínica Estomatológica Tepepan. Dirección: Cda. Francisco Villa #18 esquina con Emiliano Zapata. Col. San Juan Tepepan, Alcaldía Xochimilco. C.P. 16020, Ciudad de México.

El área clínica en la que opera el proyecto de Odontología para el bebé dentro de la Clínica Estomatológica Tepepan es el cubículo de “Patología”, que fue asignado al proyecto los días martes y jueves en el turno vespertino y cuenta con:

- Dos unidades dentales
- Dos camas con red para estabilización protectora
- Dos archiveros para almacenamiento de material, instrumental, insumos y expedientes
- Una tarja
- Una mesa
- 4-6 sillas para los papás o acompañantes

En la Clínica de Odontología para el bebé se reciben pacientes que cumplan con los siguientes requisitos:

- Bebés sin dientes a partir de los 4 meses de edad
- Bebés con dientes hasta los 36 meses de edad, sin lesiones profundas de caries.

En la primera cita se abre el expediente y se realiza el llenado de la historia clínica, que explora antecedentes personales patológicos, antecedentes heredofamiliares, hábitos de lactancia y alimentación, hábitos de higiene y hábitos nocivos.

Posteriormente se realiza la exploración bucal y llenado de odontograma. En esta consulta se capacita a los padres y/o tutores sobre cómo realizar una higiene bucal adecuada en su bebé, se indica higiene con gasa en lactantes sin dientes y cepillado dental a partir de la erupción dental. Según sea el caso, a cada paciente se le entrega un cepillo dental nuevo acorde a la etapa, o un paquete de gasas para que realicen la higiene.

A los pacientes con dentición en proceso de erupción o completa, se les da una cita en 1 o 2 semanas para hacer profilaxis y aplicación de flúor en barniz, y de ser necesario rectificar la técnica de cepillado con los papás/tutores.

Las citas de seguimiento se dan normalmente cada 3 o 4 meses, en estas citas se actualiza el odontograma, se evalúa la higiene, de ser necesario se modifican las indicaciones de higiene y se realiza limpieza y aplicación tópica de flúor.

Según sea el caso de cada paciente, también se puede realizar la colocación de selladores/restauraciones de ionómero de vidrio, aplicación de fluoruro diamino de plata.

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

El servicio social se realizó en la Clínica de Odontología para el bebé de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, durante el periodo comprendido del 1 de febrero del 2025 al 31 de enero de 2026. A lo largo de este periodo participé en distintas actividades relacionadas tanto con el área clínica como con actividades administrativas. Entre las actividades administrativas que fueron realizadas se incluyen:

- Captación de pacientes (promoción en redes sociales del programa de Odontología para el bebé y entrega de folletos a pacientes potenciales en la zona y alrededores)
- Manejo de Whatsapp de la Clínica para confirmar citas agendadas y dar informes/agendar citas de primera vez.
- Registro de pacientes y asignación de folio
- Montaje de la clínica previo a la recepción de pacientes
- Inventario
- Revisión de expedientes

Durante el servicio social se asignaban roles y había una rotación constante, estos roles y sus respectivas responsabilidades fueron:

- Rol de asistente: asistir al operador, alistar la charola para cada paciente según el procedimiento a realizar, preparar materiales, lavar instrumental, secar y empaquetar para esterilizar, etc.
- Rol de circulante: anamnesis, llenado de la nota de evolución y odontograma, solicitar la firma del padre o tutor en cada nota.
- Rol de administración: control de la agenda, confirmación de citas 1 día previo a la consulta, agendar citas para controles posteriores, salir por los pacientes a recepción.
- Rol de operador: consulta de primera vez (historia clínica, exploración de tejidos duros y blandos, instrucción de higiene a padres y/o tutores), profilaxis con cepillo manual o pieza de baja y aplicación de flúor en barniz, colocación de selladores/restauraciones de ionómero de vidrio, aplicación de Fluoruro Diamino de Plata para el arresto de lesiones cariosas, aplicación de barniz de clorhexidina para el control de placa dentobacteriana.

Además de las actividades dentro de la clínica, participé en el Picnic de la Salud UAM, que se llevó a cabo en el CENART, donde orientamos a los asistentes sobre higiene bucal en bebés y niños; y en la 2da Feria de la Salud UAM, llevada a cabo dentro de las instalaciones de la UAM Xochimilco, en la que hablamos sobre salud bucodental, caries dental y enfermedad periodontal, y capacitamos a los asistentes sobre una correcta técnica de cepillado y uso de hilo dental.

Trimestre 25 - I	
Febrero	
Diagnóstico	Cantidad
• Historia clínica y exploración de tejidos	3
Promoción a la salud	
• Instrucción de higiene bucal a padres/tutores	3
Preventivas	
• Profilaxis y aplicación tópica de flúor	5
• Colocación de selladores de fosetas y fisuras / ionómero de vidrio	0
• Aplicación de barniz de clorhexidina	0
• Aplicación de fluoruro diamino de plata	0
Marzo	
Diagnóstico	Cantidad
• Historia clínica y exploración de tejidos	5
Promoción a la salud	
• Instrucción de higiene bucal a padres/tutores	5
Preventivas	
• Profilaxis y aplicación tópica de flúor	8
• Colocación de selladores de fosetas y fisuras / ionómero de vidrio	2
• Aplicación de barniz de clorhexidina	0
• Aplicación de fluoruro diamino de plata	0
Abril	
Diagnóstico	Cantidad
• Historia clínica y exploración de tejidos	4
Promoción a la salud	
• Instrucción de higiene bucal a padres/tutores	4
Preventivas	

• Profilaxis y aplicación tópica de flúor	5
• Colocación de selladores de fosetas y fisuras / ionómero de vidrio	3
• Aplicación de barniz de clorhexidina	0
• Aplicación de fluoruro diamino de plata	2

Trimestre 25 - P	
Mayo	
Diagnóstico	Cantidad
• Historia clínica y exploración de tejidos	3
Promoción a la salud	
• Instrucción de higiene bucal a padres/tutores	3
• Participación en el Picnic de la Salud UAM	1
Preventivas	
• Profilaxis y aplicación tópica de flúor	5
• Colocación de selladores de fosetas y fisuras / ionómero de vidrio	6
• Aplicación de barniz de clorhexidina	0
• Aplicación de fluoruro diamino de plata	0
Junio	
Diagnóstico	Cantidad
• Historia clínica y exploración de tejidos	2
Promoción a la salud	
• Instrucción de higiene bucal a padres/tutores	2
Preventivas	
• Profilaxis y aplicación tópica de flúor	12
• Colocación de selladores de fosetas y fisuras / ionómero de vidrio	4
• Aplicación de barniz de clorhexidina	0

• Aplicación de fluoruro diamino de plata	0
Julio	
Diagnóstico	Cantidad
• Historia clínica y exploración de tejidos	2
Promoción a la salud	
• Instrucción de higiene bucal a padres/tutores	2
Preventivas	
• Profilaxis y aplicación tópica de flúor	7
• Colocación de selladores de fosetas y fisuras / ionómero de vidrio	11
• Aplicación de barniz de clorhexidina	0
• Aplicación de fluoruro diamino de plata	0
Agosto	
Diagnóstico	Cantidad
• Historia clínica y exploración de tejidos	2
Promoción a la salud	
• Instrucción de higiene bucal a padres/tutores	2
Preventivas	
• Profilaxis y aplicación tópica de flúor	4
• Colocación de selladores de fosetas y fisuras / ionómero de vidrio	0
• Aplicación de barniz de clorhexidina	0
• Aplicación de fluoruro diamino de plata	0

Trimestre 25 - O	
Octubre	
Diagnóstico	Cantidad
• Historia clínica y exploración de tejidos	2
Promoción a la salud	

Instrucción de higiene bucal a padres/tutores	2
Preventivas	
Profilaxis y aplicación tópica de flúor	14
Colocación de selladores de fosetas y fisuras / ionómero de vidrio	2
Aplicación de barniz de clorhexidina	1
Aplicación de fluoruro diamino de plata	6
Noviembre	
Diagnóstico	Cantidad
Historia clínica y exploración de tejidos	3
Promoción a la salud	
Instrucción de higiene bucal a padres/tutores	3
Preventivas	
Profilaxis y aplicación tópica de flúor	7
Colocación de selladores de fosetas y fisuras / ionómero de vidrio	2
Aplicación de barniz de clorhexidina	0
Aplicación de fluoruro diamino de plata	0
Diciembre	
Diagnóstico	Cantidad
Historia clínica y exploración de tejidos	1
Promoción a la salud	
Instrucción de higiene bucal a padres/tutores	1
Preventivas	
Profilaxis y aplicación tópica de flúor	10
Colocación de selladores de fosetas y fisuras / ionómero de vidrio	7
Aplicación de barniz de clorhexidina	0
Aplicación de fluoruro diamino de plata	0

Trimestre 26 - I	
Enero	
Diagnóstico	Cantidad
• Historia clínica y exploración de tejidos	2
Promoción a la salud	
• Instrucción de higiene bucal a padres/tutores	2
• Participación en 2da Feria de la Salud UAM	1
Preventivas	
• Profilaxis y aplicación tópica de flúor	7
• Colocación de selladores de fosetas y fisuras / ionómero de vidrio	2
• Aplicación de barniz de clorhexidina	0
• Aplicación de fluoruro diamino de plata	4

La distribución de actividades a lo largo del periodo de servicio social estuvo determinada por la rotación de roles dentro de la clínica. Como se observa en las tablas, el número de actividades clínicas realizadas fue limitado, ya que el rol de operadora se asignaba 1 semana (los días martes y jueves), cada 4 o 5 semanas. Por ello, las actividades correspondientes al rol de asistente, circulante y administración, que no fueron cuantificadas, predominaron sobre las actividades clínicas.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La Clínica de Odontología para el bebé de la UAM Xochimilco responde de manera directa a una necesidad de salud pública relevante en México: reducir la alta prevalencia de caries de la infancia temprana y la falta de acceso a atención odontológica preventiva para bebés. Como se mencionó anteriormente, el 72.2% de las niñas y niños de 2 a 5 años en México presenta caries de la infancia temprana según los datos del SIVEPAB 2023, cifra que demuestra la urgencia de intervenir desde etapas más tempranas. En este contexto, el programa ofrece atención gratuita para bebés desde los 4 meses de edad, eliminando la barrera económica que representa el seguimiento con un odontopediatra particular, servicio al que una gran parte de la población no tiene acceso.

Además, los centros de salud públicos no suelen ofrecer atención odontológica para bebés de esta edad, lo que convierte al programa en una opción única para muchas familias. Muestra de ello es que entre los pacientes atendidos se encuentran familias que se trasladan desde alcaldías lejanas para recibir la atención que ofrece el programa, lo que evidencia tanto la demanda existente como la relevancia del proyecto.

Respecto al cumplimiento de protocolos de atención y medidas de bioseguridad, la Clínica de Odontología para el bebé opera siguiendo las medidas de protección establecidas para la atención odontológica. Se utiliza equipo de protección personal (cubrebocas y gorro quirúrgico), las charolas de instrumental se cambian y desinfectan entre cada paciente, y el instrumental utilizado se lava y esteriliza adecuadamente, garantizando condiciones seguras para los pacientes. La atención brindada en la clínica se basa en los principios de la Odontología para el bebé, enfocada en la prevención y la educación a padres o tutores como pilares fundamentales.

En cuanto a la pertinencia de la Clínica de Odontología para el bebé ante la situación socioeconómica actual, la gratuidad de los servicios que se ofrecen en la clínica representa un factor determinante para que familias de distintos niveles socioeconómicos puedan acceder a atención odontológica temprana de calidad. La prevención, además de ser clínicamente superior a cualquier tratamiento, es significativamente menos costosa tanto para las familias como para los sistemas de salud, por lo que un programa como este tiene un impacto positivo que va más allá de la atención individual, pues contribuye a reducir la carga económica asociada a la caries dental en la población infantil.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Durante mi estancia como pasante en la Clínica de Odontología para el bebé, bajo la supervisión y guía de la Dra. Karla Ivette Oliva Olvera y la Dra. Analy Reséndiz López, tuve la oportunidad de reforzar conocimientos previamente adquiridos y desarrollar nuevas competencias y habilidades que aportarán tanto a mi desarrollo personal como profesional. La experiencia en la clínica representó un aprendizaje significativo, desde reconocer las estructuras anatómicas normales y los padecimientos frecuentes en lactantes, hasta el manejo de un paciente de tan corta edad y la importancia de la empatía y la comunicación adecuada con los padres o tutores.

Las actividades que se realizan dentro de la clínica son en esencia preventivas y cumplen con la filosofía de la Odontología para el bebé: prevenir educando y educar previniendo. La participación activa en la atención clínica, las actividades de promoción a la salud y el manejo integral de los pacientes me permitió comprender que la prevención efectiva no depende únicamente del tratamiento odontológico, sino de la capacidad de generar conciencia, adherencia y cambios de conducta en el entorno familiar del paciente.

La educación en salud desde etapas tempranas tiene el potencial de generar hábitos saludables que perduren a lo largo de la vida. La alta prevalencia de caries dental en niños en México evidencia la necesidad de programas como la Clínica de Odontología para el bebé de la UAM Xochimilco, que acerca la atención odontológica preventiva y gratuita a familias que de otro modo, tendrían acceso limitado a estos servicios.

En lo que respecta a la guía de atención odontológica para el bebé y el algoritmo de decisión que se presentan en este trabajo, se considera que estandarizar el inicio de la atención dental desde la erupción del primer diente o antes del primer año de vida es fundamental para acompañar el desarrollo dental del bebé y establecer medidas preventivas oportunas. De este modo, las visitas al dentista se convierten en una experiencia positiva y amigable para el bebé desde sus primeros meses de vida.

Finalmente, este trabajo reafirma que la atención odontológica temprana va mucho más allá de la salud bucal del bebé, influye también en su calidad de vida y desarrollo integral. El odontólogo en ese sentido tiene un papel fundamental en la promoción de la salud desde los primeros meses de vida.

CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍA



