

Tema de Revisión

Salud Bucal: importancia de los primeros años de vida

Camila Palma Portaro¹, Ailin Cabrera Matta²

Resumen

Los primeros años de vida, incluyendo la etapa pre-natal, son especialmente importantes para el mantenimiento de una buena salud bucal durante las diferentes etapas de la vida de una persona. La gestación es un momento clave para educar a la madre y reducir su riesgo de caries y enfermedad periodontal, lo cual será positivo para la salud general y bucal del niño. Sin embargo, existen muchos mitos al respecto y son pocas las embarazadas que acuden al odontólogo. La caries dental, a pesar de ser una enfermedad prevenible, es actualmente la enfermedad crónica más prevalente en la infancia mundial. Los factores etiológicos implicados en la caries pueden ser influenciados por los profesionales de salud que asisten al niño y su entorno, especialmente en la primera infancia, siempre y cuando se tengan los conocimientos adecuados sobre las recomendaciones de salud bucal. El objetivo de este artículo de revisión es uniformizar criterios y orientaciones sobre el cuidado de la salud bucal, de acuerdo a la evidencia científica del más alto nivel disponible. De esta manera, se podrán ofrecer pautas de salud bucal claras y efectivas, evitar los mensajes contradictorios que reciben los padres de diferentes profesionales de la salud y contribuir en la reducción de la altísima prevalencia de caries dental en los niños peruanos, mejorando así su desarrollo y su calidad de vida.

Palabras clave: Caries dental, embarazo, salud bucal, flúor.

Abstract

The first years of life, including the pre-natal stage, are especially important for the maintenance of good oral health throughout life. Pregnancy is a key moment to educate the mother and to reduce her risk of cavities and periodontal disease, which will be positive for the general and oral health of the child. However, there are many myths about pregnancy and oral health and only few women go to the dentist while they're pregnant. Despite being a highly preventable disease, dental caries is currently the most prevalent chronic disease in childhood in the world. Health professionals who assist the infant and their families during the first years of life can significantly influence the etiological factors involved in this disease, provided that they have adequate oral health knowledge. The aim of this review article is to standardize criteria and guidelines on oral health care, according to the highest available level of scientific evidence. Thus, clear and effective oral health guidelines can be delivered, avoiding contradictory messages by different health professionals and contributing to the reduction of the high prevalence of dental caries in Peruvian children, thus improving their development and their quality of life.

Key words: Dental caries, pregnancy, oral health, fluoride.

Introducción

La salud bucodental es polifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad ni enfermedad del complejo craneofacial. En resumen, la salud

bucodental es un componente fundamental de la salud, del bienestar físico y mental⁽¹⁾.

A pesar del mayor número de Facultades de Odontología y de los avances tecnológicos en el sector, el estado de salud bucal de las poblaciones no ha mejorado significativamente en las últimas décadas, especialmente en

¹ Maestría en Odontopediatría; Universidad de Barcelona; docente de la sección de prevención de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH); miembro del comité de expertos en Salud Bucal del Ministerio de Salud (MINSA); co-autora de la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Caries Dental, MINSA 2017; Miembro Consejo Consultivo Instituto Hipólito Unanue. Correo electrónico: camila.palma.p@upch.pe
² Especialista en Odontopediatría, maestría en investigación epidemiológica y en Estomatología con mención en Odontología pediátrica de la UPCH. Ex-asesora del Despacho ministerial del MINSA, líder del grupo elaborador de la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Caries Dental, MINSA 2017; docente de la sección de prevención del posgrado y de la maestría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Correo electrónico: ailin.cabrera@upch.pe

países en vías de desarrollo⁽²⁾. Los estudios epidemiológicos revelan que a nivel global, la caries dental es la condición más prevalente en la población mundial, representando un problema de salud pública que afecta a 2.4 billones de personas y 621 millones de niños⁽³⁾. En el Perú, la caries es también la enfermedad más prevalente entre la población infantil peruana mayor de 5 años de edad⁽⁴⁾. Las consecuencias de la caries dental, comparadas con otras condiciones que afectan la salud bucal, son las que más afectan la calidad de vida, desde edades tempranas^(5,6).

A raíz de esta realidad nacional y con el objetivo de invertir recursos en las estrategias más efectivas, el MINSA publicó en mayo del 2017 la "Guía de Práctica Clínica (GPC) para el Diagnóstico, Prevención y Tratamiento de Caries Dental en Niños"⁽²⁾, una revisión sistemática de la literatura, basada en la más alta evidencia científica disponible para cada pregunta clínica planteada. En la misma línea, la norma CRED (Control del crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años)⁽⁷⁾ publicada en julio 2017, resalta la Salud Bucal como un tema prioritario para todos los profesionales que atienden al niño y sus familias y hace énfasis en la importancia de incluir la revisión de la cavidad bucal desde el primer control de crecimiento y desarrollo, así como de derivar al niño al odontólogo antes del año de edad.

El objetivo del presente trabajo es describir la importancia de la salud bucal durante la gestación y la infancia, responder a las preguntas más frecuentes en relación a la limpieza bucal infantil y presentar recomendaciones basadas en la evidencia científica del más alto nivel, con el fin de que sean aplicadas por todos los profesionales de la salud que trabajen con el binomio madre-niño en su práctica diaria. Para fines didácticos, el siguiente capítulo se divide en dos apartados: (i) salud bucal de la gestante y sus implicancias y (ii) salud bucal durante los primeros años de vida.

i. Salud bucal durante la gestación e implicancias

A pesar de la creencia popular que en el embarazo existe una desmineralización dentaria y una relación directa con el desarrollo de caries, no hay evidencia de que el calcio necesitado por el feto se obtenga de la dentición materna. El calcio está presente en los dientes en una forma estable, y como tal, no puede ser extraído para satisfacer la demanda de calcio en sangre, a diferencia de lo que ocurre con el hueso⁽⁸⁾.

Sin embargo, es cierto que durante la gestación ocurren ciertos cambios que podrían aumentar el riesgo de caries, tales como: un aumento de la acidez salival que conlleva al aumento de ciertas bacterias orales, presencia de gingivitis gestacional y principalmente un aumento en la cantidad y frecuencia de alimentos cariogénicos, que usualmente no se acompaña de un aumento en la frecuencia de cepillados dentales ni de mejoras en la higiene bucal^(8,9).

Quizás lo más relevante en relación al embarazo y la salud oral es la asociación entre la periodontitis de la gestante (infección bacteriana en la encía y el hueso que rodea al diente)

y el riesgo de partos prematuros y/o bebés con bajo peso al nacer^(10,11). A pesar de que la mayoría de autores sugieren la necesidad de más investigaciones al respecto, la evidencia indica que la limpieza de encías durante el embarazo es segura, reduce las bacterias, la inflamación y la probabilidad de bebés prematuros y con bajo peso al nacer en embarazadas de alto riesgo y poblaciones con elevada ocurrencia de partos prematuros^(12,13).

Debido a los factores de riesgo mencionados, es imprescindible una visita odontológica durante el embarazo. El tratamiento odontológico en esta etapa, inclusive la colocación de anestesia y la toma de radiografías dentales (con protección en abdomen y cuello), es totalmente seguro para el binomio madre-hijo y superan ampliamente los riesgos potenciales de retrasar el tratamiento dental (Figura 1). Asimismo, el embarazo es el momento ideal para ofrecer información relevante de salud oral infantil a la futura madre, con el fin de fomentar la higiene bucal desde la aparición del primer diente de leche y la visita odontológica del niño antes del año de edad⁽¹⁴⁾.



Figura 1. Todas las embarazadas deben asistir al menos una vez al odontólogo durante su gestación.

Los consejos de salud oral más importantes durante el embarazo se resumen en la tabla 1^(14,15).

Tabla 1	
Recomendaciones de Salud Bucal durante la gestación	
Profesionales	
• Visita odontológica al menos una vez durante la gestación (para recibir consejos de higiene bucal, examen odontológico, profilaxis dental).	
• Aplicación de flúor tópico en mujeres con alto riesgo de caries.	
• Tratamiento periodontal a gestantes con periodontitis (derivar a especialista).	
• Tratamiento restaurador en gestantes con lesiones de caries activas (antes del parto).	
En casa	
• Cepillado dental de mínimo 2 minutos, con pasta dental fluorada después de cada comida (en las noches incluir el uso de hilo dental).	
• Consumo de alimentos sanos entre comidas (frutas, yogur, tostadas, queso, palta, huevos, etc.) y evitar, a la medida de lo posible, snacks azucarados.	

(ii) Salud bucal durante los primeros años de vida

A pesar de considerarse una enfermedad totalmente prevenible, la caries es hoy la enfermedad crónica más común en la infancia, y su prevalencia en niños de 2 a 5 años parece estar en aumento alrededor del mundo^(16,17).

La caries dental es una enfermedad dinámica, mediada por una biopelícula y dirigida principalmente por azúcares, que en menores de 6 años se conoce como Caries de Infancia Temprana (CIT) o Caries de la Primera Infancia (Early Childhood Caries) y que en menores de 3 años se considera severa^(17,18). La caries en la dentición primaria puede ocasionar dolor intenso, infecciones faciales, visitas de urgencia, hospitalizaciones, afectar al crecimiento del niño y principalmente, disminuir su calidad de vida. Asimismo, un niño con caries en sus dientes primarios presenta mayor riesgo de tener caries y restauraciones en su dentición permanente⁽¹⁸⁾.

En niños menores de 3 años, la presentación característica de la CIT es en forma de “media luna” en la superficie externa de los incisivos primarios superiores. Inicialmente, las lesiones de caries se presentan como “manchas blancas” en el esmalte (Figura 2) y si no se trabaja sobre los factores que la ocasionaron, éstas avanzan rápidamente hacia la dentina, formando cavidades de color a amarillo/ marrón (Figura 3), que posteriormente afectan a la pulpa (nervio) dental, ocasionando infecciones⁽¹⁹⁾. El diagnóstico precoz en la etapa inicial de mancha blanca (por



Figura 2. Típicas lesiones iniciales de caries: manchas blancas en el borde de la encía, de forma semi-circular en un infante de 11 meses de edad.



Figura 3. Lesión de caries que ha progresado hacia la dentina, haciendo al diente más proclive a fracturas y dolor.

parte de todos los profesionales de salud) es de vital importancia ya que las lesiones se pueden detener modificando los factores de riesgo y aumentando el acceso a flúor tópico⁽¹⁷⁾. Con el fin de que todos los profesionales que atienden al bebé durante los primeros años de vida puedan detectar estos cambios de color en el esmalte, es imprescindible que levanten el labio del infante, tal como se describe en la tabla 2⁽⁷⁾.

Quizás el cambio de paradigma más importante en el manejo de la caries ha sido reconocer que la caries no es una cavidad en el diente y por ello no se puede “curar” con materiales restauradores. La caries dental es una disbiosis ocasionada por una alteración en la homeostasis oral y por ello solo se puede “tratar” restaurando el balance bucal^(17,20,21).

Los principales factores patológicos que promueven la desmineralización dental y el desarrollo de lesiones de caries incluyen el consumo frecuente de azúcares en la dieta, la ausencia de flúor, una higiene bucal insuficiente y disfunciones salivales (poco común en niños). Los factores protectores que promueven la remineralización y la salud dental incluyen: dieta sana, cepillado dental con pasta fluorada, aplicaciones tópicas de flúor, sellantes de fosas y fisuras y una función salival normal⁽¹⁷⁾. Es decir, si los factores de riesgo y los protectores están en equilibrio, la caries no se inicia ni progresa; si los factores patológicos predominan sobre los protectores, el proceso de caries se instaura o avanza.

Tabla 2

Recomendaciones de Salud Bucal para todo el personal de salud	
•	Revisar la cavidad bucal del niño/a para verificar la aparición de los primeros dientes y detectar posibles lesiones de caries u otras patologías.
•	Levantar el labio superior para visualizar los incisivos superiores y evaluar si existe algún cambio de color. De ser así, referir inmediatamente al especialista.
•	Referir a todos los niños/as al especialista (odontólogo u odontopediatra) apenas aparezca el primer diente (entre los 6 y los 12 meses).
•	Aquellos niños y niñas que presenten alteraciones o malformaciones congénitas serán referidos inmediatamente al especialista.
•	En cada control, el personal de salud debe orientar a la madre o cuidador sobre los hábitos de higiene bucal, cepillado dental con pasta fluorada y restricción de azúcares en la dieta.

Tabla 3

Recomendaciones de higiene bucal en infantes y niños	
Tema	Recomendación
Inicio de la higiene bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Se desaconseja la limpieza de las encías del bebé en la etapa pre-dentada. • Cuando erupcione el primer diente primario, iniciar el cepillado dental con pasta dental fluorada, al menos dos veces al día (una de ellas antes de dormir).
Técnica de cepillado	<ul style="list-style-type: none"> • Colocarse por detrás del niño/a con el fin de mantener la cabeza estable. Levantar el labio y cepillar todas las superficies dentales, especialmente la zona entre la encía y los dientes. • Se desaconseja enjuagar con agua durante o después del cepillado dental. Solo se debe enseñar a escupir el exceso de pasta. • Se sugiere asistir a los niños con el cepillado dental hasta los 7 años.
Tipo de pasta de dientes	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre utilizar pastas dentales con concentraciones de 1,000 a 1,500 partes por millón (ppm) de flúor en diferentes cantidades según la edad: <ul style="list-style-type: none"> - En niños menores de 3 años, colocar una cantidad equivalente a un "granito de arroz" sobre el cepillo. - En niños de 3 años a más, colocar una cantidad equivalente a una "alverjita".
Hilo dental	<ul style="list-style-type: none"> • A partir de que existan contactos entre dientes o molares, se sugiere el uso de hilo dental antes del cepillado nocturno.

Actualmente se reconoce que, entre todas las estrategias para reducir la caries en el mundo, el uso diario de pasta dental con flúor ha sido realmente la razón por la que se ha visto una disminución en la prevalencia de esta enfermedad en algunos países⁽¹⁷⁾. Los niños que no estén utilizando pastas dentales fluoradas tienen significativamente mayor riesgo de desarrollar caries, especialmente en poblaciones de nivel socioeconómico bajo⁽²²⁾. Dada la importancia de este procedimiento, surgen preguntas de gran relevancia: *¿Cuándo y cómo se debe iniciar la higiene de la boca? ¿Qué pasta de dientes se debe utilizar? ¿Cuáles son los riesgos de utilizar pastas con flúor?*.

Las principales recomendaciones de higiene bucal infantil están expuestas en la tabla 3. La tabla 4 describe los consejos de salud oral que todos los profesionales de salud deben brindar de acuerdo a la edad del infante⁽⁷⁾.

¿Cuándo y cómo se debe iniciar la higiene de la boca?

El cepillado dental se debe iniciar con la aparición del primer diente primario^(2,14,18). Antiguamente se preconizaba la higiene de las encías del bebé con una gasa, pero actualmente, en la era de la medicina basada en evidencia, se desaconseja tal práctica ya que no existen ensayos clínicos que demuestren su efectividad en la reducción de caries a futuro o de candida. Por el contrario, se ha demostrado que a través de la leche materna se transmiten inmunoglobulinas al bebé, protegiéndolo contra infecciones de la cavidad bucal durante la etapa post-natal⁽²³⁾ y por ello, no se aconseja "limpiar" los remanentes de leche que queden en la boca del bebé.

El cepillado dental debe realizarse al menos dos veces al día; una de ellas antes de dormir⁽²⁾. Una revisión sistemática

Tabla 4	
Recomendaciones de Salud Bucal de acuerdo a la edad del infante	
Edad	Recomendaciones
0 – 12° meses	<ul style="list-style-type: none"> • Levantar el labio del bebé para observar la erupción de los dientes. Si existen cambios de color en el esmalte de los incisivos superiores, informar a la madre y derivar al odontólogo/Odontopediatra • Cepillar los dientes en cuanto salgan, levantando el labio, dos veces al día, para toda la vida, con una pasta de 1000 - 1500 ppm de flúor en cantidad "granito de arroz". No enjuagar con agua después del cepillado. • Hacia el año, evitar el biberón nocturno y toda fuente de azúcares refinados (galletas, tortas, helados, jugos industriales, gelatina, entre otros). • Derivar al Odontólogo/Odontopediatra (pautas de prevención de caries y colocación de barniz de flúor).
12 – 36° meses	<ul style="list-style-type: none"> • Levantar el labio del niño/niña para observar si existen cambios de color en el esmalte de los incisivos superiores. Derivar al especialista. • Cepillar los dientes del niño/a al menos 2 veces al día, levantando el labio, uno de ellos antes de dormir. Se usará una pasta de 1000 1500 ppm de flúor en cantidad "granito de arroz". No enjuagar con agua después del cepillado. • Evitar al máximo azúcares refinados (jugos de cajita, refrescos, leches chocolatadas, galletas, tortas, cereales con azúcar, entre otros). • Sugerir el cambio del biberón por una tacita de entrenamiento. • Visitas regulares con el Odontólogo/Odontopediatra (de acuerdo al riesgo de caries se aplicará barniz de flúor cada 3 ó 6 meses).

reciente⁽²⁴⁾ demuestra que cepillarse los dientes menos de 2 veces al día aumenta significativamente el riesgo de caries. En relación a la técnica, la duración del cepillado y el tipo de cepillo, no existen estudios de alta calidad que relacionen estos factores con un efecto proporcional en la prevención de caries. Como consejo práctico para lograr una correcta remoción de la biopelícula dental, se sugiere a los padres una buena posición: colocarse por detrás del infante/niño para mantener su cabeza estable mientras levantan y separan los labios (Figura 4) y cepillan ordenadamente todas las superficies dentales, por fuera y por dentro. Es especialmente importante limpiar el "escalón" que se forma entre la encía y el diente por ser una zona de especial riesgo de CIT⁽²⁾. Enjuagar con agua durante o después del cepillado dental reduce el efecto preventivo de la pasta fluorada y en infantes, aumenta el riesgo de ingestión de la misma. Por ello, se recomienda enseñar a todos los niños a escupir el exceso de pasta mas no enjuagar con agua^(2,25).

Lo que sí ha demostrado potenciar la efectividad anticaries es la supervisión del cepillado por un adulto^(26,27) y por ello, como consejo de buena práctica se sugiere asistir al niño/a con el cepillado dental hasta los 7 años⁽²⁾.

A pesar de que la evidencia sobre la efectividad del uso del hilo dental es limitada, el consejo de buena práctica clínica incluye su uso en zonas donde ya exista contacto entre dientes o molares, al menos una vez al día y de preferencia antes del cepillado de la noche, para permitir a la pasta fluorada una mayor penetración en las áreas interdentales⁽²⁾.



Figura 4. Un buen posicionamiento permite un cepillado más efectivo en infantes: colocarse por detrás, mantener la cabeza estable y levantar / separar el labio mientras se cepillan todas las superficies dentales.

¿Qué pasta de dientes se debe utilizar?

A raíz de la publicación de una serie de revisiones sistemáticas del grupo Cochrane y otras^(22,26-29), se evidenció el beneficio de pastas con concentraciones de 1,000 a 1,500 partes por millón (ppm) de flúor en la prevención de caries en ambas denticiones. Por el contrario, las pastas con concentraciones bajas de flúor (menos de 1000ppm) no tienen efectos significativos en la reducción de caries y demuestran resultados comparados con el placebo^(28,30).

Por ello, las pautas actuales incluyen el uso de pastas dentales con un mínimo de 1,000ppm de flúor desde la erupción del primer diente (recomendación A y nivel de evidencia 1++)^(2,25). Con el fin de potenciar al máximo los beneficios anti-caríes de las pastas dentales y a la vez reducir la probabilidad de fluorosis dental leve por ingesta, se recomienda colocar una pequeña cantidad en el cepillo en niños menores de 3 años que aún no aprenden a escupir, equivalente a un “granito de arroz”. Para niños mayores de 3 años, se debe colocar una cantidad equivalente a una alverjita (Figura 5).



Figura 5. Desde la aparición del primer diente se debe cepillar con una pasta $\geq 1,000$ ppm de flúor: hasta los 36 meses en cantidad “granito de arroz” y a partir de esa edad, en cantidad “alverjita”.

¿Cuáles son los riesgos de utilizar pastas con flúor?

El riesgo que más se le ha atribuido al uso de pastas dentales fluoradas en niños es la fluorosis dental: un defecto en la formación del esmalte por un exceso de ingesta de flúor. Las revisiones sistemáticas que tratan sobre el riesgo de fluorosis dental con el uso de pastas dentales fluoradas ($\geq 1,000$ ppm) en niños^(30,31), refieren que la asociación entre ambos es inconsistente y de baja evidencia. En caso de presentarse, los autores mencionan que la fluorosis dental resultante es leve,

solo detectable por un examinador entrenado y sin ningún impacto en la función de los dientes ni en la calidad de vida del niño⁽³⁰⁻³²⁾. Asimismo, contrario a lo que se podría pensar, el usar pastas con baja concentración de flúor (< 1000 ppm) no disminuye el riesgo de fluorosis estéticamente objetable en los dientes permanentes superiores y por ello la mayoría de investigadores no encuentran razón para apoyar su uso⁽³⁰⁾.

La limitación de la cantidad de pasta dental fluorada en niños pequeños y el cepillado asistido por un adulto, maximiza el beneficio anti-caríes a la vez que reduce el riesgo de fluorosis.

Respecto al riesgo de intoxicación por ingesta de flúor en niños, se ha publicado que para llegar a alcanzar el límite tolerable de flúor, se necesitarían 13 cepillados diarios con una pasta de 1,000ppm en cantidad “granito de arroz” (equivalente a 0.1ml); asumiendo que se traguen el 100% de pasta⁽²⁵⁾. Alcanzar ese número de cepillados es muy poco probable en el día a día de las familias.

Dada la altísima prevalencia de caries que afecta la calidad de vida de tantos niños peruanos y la poca probabilidad de desarrollar fluorosis dental relevante con el uso de pastas dentales fluoradas, queda claro que el uso racional y supervisado de pastas $\geq 1,000$ ppm (1,000-1,500ppm) desde la erupción del primer diente es una medida preventiva de vital importancia.

Conclusiones

Los primeros años de vida y la etapa prenatal son el momento ideal para iniciar las medidas preventivas para el cuidado de la salud bucal. La gestante, quien presenta mayor riesgo de caries y enfermedad periodontal y de quien depende la salud bucal del futuro niño/a, debe acudir al odontólogo al menos una vez durante el embarazo. Asimismo, con el fin de trabajar en la salud y no en la enfermedad, se debe fomentar el cepillado dental con pasta fluorada (1,000-1500ppm) desde la aparición del primer diente y referir al niño/a al odontólogo u odontopediatra antes de su primer año de vida. Los pediatras, médicos generales y enfermeras, especialmente aquellos que trabajen con el infante y su entorno, son actores claves en la reducción y control de la caries en la infancia peruana.

Referencias bibliográficas

1. **FDI, World Dental Federation, Definition of oral health.** Disponible en: URL: <http://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdis-definition-of-oral-health> [Accedido 1o de Noviembre, 2017].
2. **Guía Ministerio de Salud del Perú.** Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Caries Dental en Niñas y Niños. Resolución Ministerial N° 422-2017/MINSA. Disponible en: URL: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/R.M._N%C2%B0_422-2017MINSA.pdf [Accedido 1° de Noviembre, 2017]
3. **Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W.** Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res* 2015; 94(5):650-658.
4. **Ministerio de Salud, Perú: Oficina General de Tecnologías de la Información.** Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbdc.asp?lcind=5&lcobj=1&lcper=1&lcfreq=18/9/2017 [Accedido 1° de Noviembre, 2017]
5. **Corrêa-Faria P, Paixão-Gonçalves S, Paiva SM, Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Marques LS, Ramos-Jorge ML.** Dental caries, but not malocclusion or developmental

- defects, negatively impacts preschoolers' quality of life. *Int J Paediatr Dent* 2016; 26(3):211-219.
6. **Scarpelli AC, Paiva SM, Viegas CM, Carvalho AC, Ferreira FM, Pordeus IA.** Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(4):336-344.
 7. **Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de 5 años.** Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA. Disponible en: URL: <http://redperifericaaqp.gob.pe/info-rsac/oppdi/nino/NORMAS%20TECNICAS%202017%20Y%20ANTIGUAS/RM%20537-2017-MINSA%20y%20NTS%20137-MINSA-2017-DGIESP%20Control%20del%20Crecimiento%20y%20Desarrollo%20de%20la%20Niña%20y%20el%20Niño%20menores%20de%20Cinco%20Años%20%281%29.pdf> [Accedido 1° de Noviembre, 2017]
 8. **American Dental Association; Oral Health Topics; Women's Oral Health Issues, 2006.** Disponible en: URL: <http://ebusiness.ada.org/productcatalog/product.aspx?ID=2313> [Accedido 1° de Noviembre, 2017]
 9. **Palma C.** Embarazo y Salud Oral. *Odontología Pediátrica (Madrid)* 2009; 17(2):96-104.
 10. **Chambrone L, Guglielmetti MR, Pannuti CM, Chambrone LA.** Evidence grade associating periodontitis to preterm birth and/or low birth weight: I. A systematic review of prospective cohort studies. *Clin Periodontol* 2011; 38(9):795-908.
 11. **Ide M, Papananou PN.** Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes-systematic review. *J Periodontol* 2013; 84(4 Suppl):S181-194.
 12. **Kim AJ, Lo AJ, Pullin DA, Thornton-Johnson DS, Karimbux NY.** Scaling and root planing treatment for periodontitis to reduce preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Periodontol* 2012; 83(12):1508-1519.
 13. **Schwendicke F, Karimbux N, Allaredy V, Gluud C.** Periodontal treatment for preventing adverse pregnancy outcomes: a meta-and trial sequential analysis. *PLoS One* 2015; 10(6):e0129060.
 14. **California Dental Association.** Oral Health during pregnancy and early childhood: evidence-based guidelines for Health Professionals. *J Calif Dent Assoc* 2010; 38(6):391-426.
 15. **American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee Opinion.** Oral Health Care during Pregnancy and through de Lifespan, 2017. Disponible en: URL: <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Oral-Health-Care-During-Pregnancy-and-Through-the-Lifespan> [Accedido 1° de Noviembre, 2017]
 16. **Dye BA, Arevalo O, Vargas CM.** Trends in paediatric dental caries by poverty status in the United States, 1988-1994. *Int J Paediatr Dent* 2010; 20(2):132-143.
 17. **Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand PD, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, Tagami J, Twetman S, Tsakos G, Ismail A.** Dental caries. *Nat Rev Dis Primers* 2017; 3:17030:1-16.
 18. **American Academy of Pediatric Dentistry, Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies.** *Pediatr Dent Reference Manual* 2017-18; 39(6):59-61.
 19. **Palma C, Mayné R, González Y, Giunta ME, García A, García C, Redondo G, Guinot F, Prio C, Reverón L, Font R.** Reflexiones sobre la Caries de la Infancia Temprana Severa (CIT-S). *Odontología Pediátrica* 2013; 12(1):20-26.
 20. **Fejerskov O.** Changing paradigms in concepts of dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res* 2004; 38:182-191.
 21. **Simón-Soro A, Mira A.** Solving the etiology of dental caries. *Trends Microbiol* 2015; 23(2):76-82.
 22. **Santos AP, Nadanovsky P, Oliveira BH.** A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(1):1-12.
 23. **Cabinian A, Sinsimer D, Tang M, Zumba O, Mehta H, Toma A, et al.** Transfer of maternal immune cells by breastfeeding: maternal cytotoxic T Lymphocytes present in breast milk localize in the Peyer's Patches of the nursed infant. *PLoS One* 2016; 11(6):e0156762.
 24. **Kumar S, Tadakamadla J, Johnson NW.** Effect of Toothbrushing Frequency on Incidence and Increment of Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Dent Res* 2016; 95(11):1230-1236.
 25. **SIGN 138:** Dental interventions to prevent caries in children. A national clinical guideline. Healthcare improvement Scotland, marzo 2014. Disponible en URL: <http://www.sign.ac.uk/> [Accedido 1° de Noviembre, 2017]
 26. **Marinho VC, Higgins JP, Sheiham A, Logan S.** Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1.
 27. **Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H, Holm AK, Kallestal C, Lagerlof F, et al.** Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *Acta Odontol Scand* 2003; 61(6):347-355.
 28. **Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X.** Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 1.
 29. **Ammari AB, Bloch-Zupan A, Ashley PF.** Systematic review of studies comparing the anti-caries efficacy of children's toothpaste containing 600 ppm of fluoride or less with high fluoride toothpastes of 1,000 ppm or above. *Caries Res* 2003; 37(2):85-92.
 30. **Santos AP, Oliveira BH, Nadanovsky P.** Effects of low and standard fluoride toothpastes on caries and fluorosis: systematic review and meta-analysis. *Caries Res* 2013; 47(5):382-390.
 31. **Wong MC, Glenny AM, Tsang BW, Lo EC, Worthington HV, Marinho VC.** Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1.
 32. **Chankanka O, Levy SM, Warren JJ, Chalmers JM.** A literature review of aesthetic perceptions of dental fluorosis and relationships with psychosocial aspects/oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38(2): 97-109.