

Dieta no cariogénica adaptada a niños

La dieta tiene un papel fundamental en la aparición y desarrollo de la caries dental (1-3). La total o parcial sustitución de la sacarosa por edulcorantes no cariogénicos existentes en el mercado es la mejor opción para la salud dental, teniendo en cuenta que la frecuencia de ingestión de azúcar tiene más influencia en el desarrollo de la caries que el total consumido (4). Para diseñar una dieta no cariogénica adaptada a un niño se deben tener en cuenta los comportamientos dietéticos de la familia (5) y hacer propuestas realistas.

Los hábitos dietéticos establecidos en la infancia temprana tienen implicaciones para la salud en la vida adulta (6). Se recomienda una primera visita al dentista antes de que el niño

cumpla un año de edad y dar a los padres una guía anticipada de cuidados e instrucciones preventivas (7), ya que la colonización de las bacterias causantes de la caries puede iniciarse a los 10 meses de edad (8) o con la erupción de la primera pieza dental entre los 5-6 meses de edad. La presencia de *Streptococcus mutans* en la dentición primaria augura la aparición posterior de caries más extensas (9, 10) en el futuro.

Las medidas de prevención y orientación nutricional consisten en (11, 12):

- Uso tópico de fluoruros.
- Dieta equilibrada.
- Aceptación de guías dietéticas.

Hay varios factores a tener en cuenta, como (13):

- Algunos medicamentos infantiles que contienen sacarosa y aumentan el riesgo de desarrollo de lesiones de caries.
- Anatomía de los dientes y del arco.
- Función de la lengua en la autolimpieza.
- Condiciones psicosociales y económicas.
- Necesidades calóricas del paciente.

Orientación dietética para niños según la edad**1. El periodo prenatal**

Los componentes clave de un embarazo saludable incluyen un peso adecuado, el consumo variado de alimentos de acuerdo con la pirámide alimentaria, suplementos de vitaminas y minerales en el momento apropiado y la eliminación de hábitos de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias perjudiciales (14). Las madres con caries activas pueden transmitir las bacterias al niño. Durante la primera fase de desarrollo dentario se pueden producir lesiones irreversibles en los tejidos bucales debido a una alimentación inadecuada o por el uso de ciertos medicamentos, como las tetraciclinas, infecciones o una deficiencia de vitamina D materna. El consumo de dulces y otros alimentos muy calóricos y bajos en nutrientes debe reducirse (13).

2. Del nacimiento hasta 1 año de edad

Una nutrición adecuada es muy importante en este periodo del desarrollo dentario. Una malnutrición puede producir hipoplasias del esmalte, aumentando el riesgo de caries. La lactancia materna se recomienda por sus beneficios sobre la salud en general. A lo largo de este periodo se deben seguir las pautas de alimentación del pediatra, que irá incluyendo alimentos paulatinamente.

3. De 1 a 2 años de edad

Introducción de varios alimentos nuevos (pescado azul, cacao, postres lácteos, miel), por lo que se debe considerar la variedad y la moderación. Un elevado consumo de azúcar constituye un problema para la salud oral y general. Hay que evitar un consumo excesivo por parte de los niños de zumos artificiales, sobre todo los que tienen mucha frutosa y sorbitol, que pueden causar diarreas (2). Los zumos de fruta han de ser naturales. Los niños deben seguir una buena dieta, aunque es esencial no forzar la alimentación (2). Se debe evitar el biberón con leche, zumo u otra bebida azucarada cuando los niños van a dormir.

4. De 2 a 5 años de edad

Es el momento de la adquisición de buenos hábitos dietéticos, ya que los niños tienen tendencia a repetir experiencias positivas asociadas a alimentos con alto contenido de azúcar o calórico. Entre los 4 a 5 años los niños tienden a ser más independientes y puede aumentar la ingestión de alimentos azucarados entre comidas. Los padres deben proporcionar alimentos y bebidas no cariogénicos para la merienda o entre comidas (2).

5. Recomendaciones dietéticas generales para una mejor salud bucal y general a partir de los 5 años de edad.

La alimentación debe ser cada vez más parecida a la del adulto, hasta igualarse, variada y equilibrada. Una alimentación correcta (junto con una buena higiene oral) es fundamental para la prevención de muchas enfermedades y el mantenimiento de la salud oral. Cada día se deben consumir lácteos (mínimo medio litro de leche), verduras, hortalizas, cereales, (pan, pasta, arroz) y frutas. De 3 a 4 veces por semana, carne y pescado; huevo 2 veces por semana; y legumbres (a partir de los 2 años) de 2 a 3 veces por semana. Es importante establecer una combinación de comidas para reducir el riesgo de caries y erosión, ingerir los carbohidratos fermentables y otros azúcares durante las comidas y evitarlos entre horas, añadir vegetales y frutas para aumentar el flujo salivar, evitar el exceso de sal y de otros condimentos fuertes en la preparación de las comidas y mantener la textura adecuada a la capacidad de masticación del niño en cada etapa. Es esencial reducir la frecuencia de consumo de azúcar y productos azucarados, a favor de la utilización de edulcorantes, y el de alimentos pegajosos o viscosos, ya que se adhieren más a los dientes. El consumo máximo recomendado de sacarosa es de 50 g/día. (14-17). En varios estudios se ha demostrado que algunos alimentos a base de cereales, la leche de vaca, los cacahuetes o el queso de pasta dura protegen contra la caries dental (18, 19).



Bibliografía:

1. Lingström P, Holm AK, Mejäre I, Twetman S, Söder B, Norlund A, Axelsson S, Lagerlöf F, Nordenram G, Petersson LG, Dahlgren H, Källestål C. Dietary factors in the prevention of dental caries: a systematic review. *Acta Odontol Scand.* 2003;61:331-40.
2. Tinanoff N, Palmer CA. Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. *J Public Health Dent.* 2000;60(3):197-206.
3. Jensen ME. Diet and dental caries. *Dent Clin North Am.* 1999;43(4):615-33.
4. Kalsbeek H, Verrips GH. Consumption of sweet snacks and caries experience of primary school children. *Caries Res.* 1994;28(6):477-83.
5. Hunter ML, Chestnutt IG, Evans SM, Withecombe AC. Fluid for thought: availability of drinks in primary and secondary schools in Cardiff, UK. *Int J Pediatr Dent.* 2004;14:267-71.
6. Wendt LK, Carlsson E, Hallonsten AL, Birkhed D. Early dental caries risk assessment and prevention in pre-school children: evaluation of a new strategy for dental care in a field study. *Acta Odontol Scand.* 2001;59:261-6.
7. Berkowitz RJ, Turner J, Green P. Primary oral infection of infants with streptococcus mutans. *Arch Oral Bio.* 1980;25:221-4.
8. Blinkhorn AS. Dental health education: what lessons have we ignored? *Br Dent.* 1998;184(2):58-9.
9. Grindefjord M, Dahllöf G, Modéer T. Caries development in children from 2.5 to 3.5 years of age: a longitudinal study. *Caries Res.* 1995;29(6):449-54.
10. Mäkinen KK, Isotupa KP, Kivilompolo T, Mäkinen PL, Toivanen J, Söderling E. Comparison of erythritol and xylitol saliva stimulants in the control of dental plaque and mutans streptococci. *Caries Res.* 2001;35:129-35.
11. Trumbo P, Schlicker S, Yates AA, Poos M; Food and Nutrition Board of the Institute of Medicine, The National Academies. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids. *J Am Diet Assoc.* 2002;102(11):1621-30.
12. Cuenca Sala E, Manau Navarro C, Serra Majem L. *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones.* Barcelona: Ed. Masson, 1999.
13. Guedes-Pinto AC. *Rehabilitación Oral en Odontopediatría-Atención Integral, primera edición.* Colombia: Ed. Amolca, 2003.
14. Kaiser LL, Allen L. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc.* 2002;102(10):1479-90.
15. Moynihan P, Lingstrom P, Rugg-Gun AJ, Birkhed. The Role of dietary control. In: Fejerskov O, Kidd E, eds. *Dental caries: the disease and it's clinical management.* Oxford: Blackwell Munksgaard, 2003:222- 44.
16. Touger-Decker R, Van Loveren C. Sugar and dental caries. *J Clin Nutr.* 2003;78(4):881-92.
17. Aaltonen AS, Suhonen JT, Tenuvuo J, Inkilä-Saari I. Efficacy of a slow-release device containing fluoride, xylitol and sorbitol in preventing infant caries. *Acta Odontol Scand.* 2000;58(6):285-92.
18. Rugg-Gunn AJ, Hackett AF, Appleton DR, Jenkins GN, Eastoe JE. Relationship between dietary habits and caries increment assessed over two years in 405 English adolescent school children. *Arch Oral Biol.* 1984;29:983-92.
19. Gedalia I, Ben-mosheh S, Biton J, Kogan D. Dental caries protection with hard cheese consumption. *Am J Dent.* 1994;7:331-2.