

ODONTOLOGÍA PARA BEBÉS

ANA MARÍA LOPEZ PALACIO*

RESUMEN: LÓPEZ P., ANA MARIA "Odontología para Bebés". Rev Fac Odont Univ Ant, 10(2): 17-22, 1999

El proyecto de la odontología para bebés se constituyó como respuesta a las necesidades de la comunidad en educación y atención en salud oral en el grupo etáreo de 0 a 5 años de edad.

Dicho programa: concientiza a las personas para entender que la salud oral hace parte de la salud general. Y al mismo tiempo genera el trabajo participativo (profesionales-comunidad), posibilita el autocuidado y el mantenimiento de la salud, propicia el trabajo interdisciplinario y multiprofesional, cambia la mentalidad del motivo de consulta curativo al educativo/preventivo y por ende disminuye la prevalencia de caries dental en la población menor.

Palabras claves: Odontología para bebés, odontología educativa/preventiva.

ABSTRACT: LÓPEZ P., ANA MARIA "Baby's Dentistry". Rev Fac Odont Univ Ant, 10(2): 17-22, 1999

The baby's dentistry project was born as an answer to the community needs in education and attention in oral health in children from birth until 5 years of age.

This program enables people to understand that oral health is part of general health, it introduces sharing work between professional workers and community.

Makes possible selfcare, and keep health, induces multidisciplinary work, changes the general request from oral treatment to prevention so helps in the reduction of dental cavity prevalence in children.

Key words: Baby's dentistry, education and preventive program.

INTRODUCCIÓN

En 1983 un grupo de profesores de odontopediatría de la Universidad Estatal de Londrina Brasil, tuvo la idea de montar un proyecto de investigación destinado a la "atención odontológica en el primer año de vida". Este proyecto se convirtió en una nueva odontología. "La odontología para bebés; se fueron desarrollando nuevos conceptos teniendo como principio que la educación genera prevención" (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Desde el comienzo se generaron cambios de conducta e hicieron que la profesión odontológica dejara de ser una profesión solitaria para cambiar hacia una odontología solidaria pues existe cooperación de los padres quienes al ser educados para la prevención participan en el mantenimiento de la salud oral de sus hijos. Estos cambios de conducta proporcionados por la atención odontológica en bebés, comprobó como se cambió el motivo de consulta para ingresar al servicio de atención; en un estudio realizado en 1985; el 78% de las madres que ingresaron al programa pretendían un tratamiento curativo precoz y un 22% consultaron para solicitar orientación. En 1990; el 88% consultaron en busca de orientación y sólo el 12% llegaron en busca de tratamiento curativo.

Se concluye que la población consulta para obtener una orientación si ésta es ofrecida en el medio, por

esto la odontología para bebés cambió el objetivo de tratamiento curativo a la atención educativa/preventiva. Esto, con el objetivo de mantener la salud oral (7).

Después de 14 años de experiencia y desarrollo se concluye que el programa es efectivo y presenta los mejores resultados si se inicia antes de los seis meses de edad y como máxima hasta los 12 meses de edad. En aquellos menores que ingresaron al programa bajo estas condiciones, se redujo la prevalencia de caries. En un seguimiento a cuatro años en un 85% se disminuyó igualmente la gravedad de la caries, disminuyendo necesidades curativas futuras y aliviando la demanda en la atención odontológica represada. Igualmente, facilitando el ejercicio de la odontología hacia la salud pública haciendo de esta profesión un ejercicio más humano (7, 8).

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA "ODONTOLOGÍA PARA BEBÉS"

Implementar un programa de salud bucal dentro del contexto de salud general a partir del primer año de vida; que permita prevenir y controlar la caries dentaria en la población que pertenece al grupo etáreo de 0 - 5 años de edad. Se justifica un programa de atención precoz en salud bucal, por

* Odontóloga, Odontopediatra, Coordinadora Programas de Educación Permanente, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

la eficacia comprobada en el impacto en los índices epidemiológicos, se considera el programa de fácil instalación, aplicación, control y evaluación y con posibilidades de ser adaptado en diferentes condiciones socio-culturales. (9). Debemos igualmente considerar en nuestro país la falta de cobertura en el grupo etáreo en mención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El programa de atención odontológica para bebés:

- Concientiza a las personas para entender que la salud oral hace parte de la salud general y por ende, ésta se constituye como un derecho humano y de ciudadanía.
- Busca llevar a la práctica el trabajo participativo (profesionales y población).
- Busca mostrar la posibilidad de llevar a cabo acciones de autocuidado y de mantenimiento de la salud bucal.
- Busca mostrar el concepto de la tendencia a la globalización, al trabajo integrado, multiprofesional e interdisciplinario.
- Busca disminuir la distancia entre el conocimiento adquirido y su aplicación.
- Busca llegar a los profesionales de la salud para que incluyan estos conceptos básicos dentro de su formación profesional (10, 11, 12, 13).

El programa de la Clínica del Bebé se divide en dos fases.

I Fase

- ◆ La primera fase es la sensibilización de la comunidad sobre los objetivos generales y específicos del programa y de la secuencia a seguir en citas luego del ingreso al programa.

Se cita a los padres a una charla general donde se dan conceptos generales sobre la dentición decidua y permanente en cuanto a su erupción, formación, función y mantenimiento de espacio; aspectos generales sobre la caries dentaria; cómo ocurre, cuánto tiempo toma en formarse, el concepto de la caries del tetero, conceptos de la alimentación, como la alimentación materna, considerando todas sus ventajas, alimentos cariogénicos y no cariogénicos, tipo de alimentación y frecuencia de consumo (14, 15, 16, 17, 18).

Conceptos preventivos básicos de medidas de higiene oral, recursos, ayudas y el papel que juega el flúor en la prevención de la caries dental (19, 20, 21, 22).

Se establece el tratamiento clínico por parte del profesional y el tratamiento casero a cargo de los padres.

Estudios epidemiológicos en el Brasil sobre la prevalencia de la caries dentaria indican, cómo al priorizar la atención hacia la prevención, ésta disminuye. La fase etárea de 6 a 14 años busca alcanzar la meta preconizada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) para el año 2000, índice CPOE igual o inferior a 3 para los 12 años de edad y el 50% de los niños de 5 a 6 años libres de caries (23).

Toverud en 1953, muestra una prevalencia de caries del 5% en niños de un año de edad, del 10% a los 2 años, 50% a los tres años, 75% a los 5 años de edad, lo que indica que el tratamiento iniciado en la edad escolar es verdaderamente tardío. Otros estudios brasileros muestran cómo hay un incremento de la caries en relación con el aumento en edad; e igualmente disminuyendo la posibilidad de prevención. Apoyado en estos y otros estudios el proyecto de la clínica del bebé presenta en la siguiente tabla el aumento de la posibilidad de prevención a menor edad: (24)

Edad	Probabilidad de Caries (%)	Posibilidad de Prevención (%)	Prevención Obtenida (%)	Eficacia
1	8,7	91,3	100,0	1,09
2	27,4	72,6	100,0	1,37
3	46,1	53,9	86,4	1,67
4	64,8	35,2	73,4	2,08
5	85,2	14,8	65,0	4,39

Estos resultados muestran la efectividad del programa de la clínica del bebé; fundamentada en:

- La atención precoz (primer año de vida)
- Conceptos de mantenimiento de la salud vs la prevención de la caries.
- Determinación y control de los factores de riesgo.
- Tratamiento educativo dirigido a los padres y tratamiento preventivo dirigido a sus hijos.
- ◆ El programa educativo se basa en el binomio madre/hijo, siendo la madre la responsable de transferir la educación a su hijo dentro del siguiente cuadro de responsabilidades:

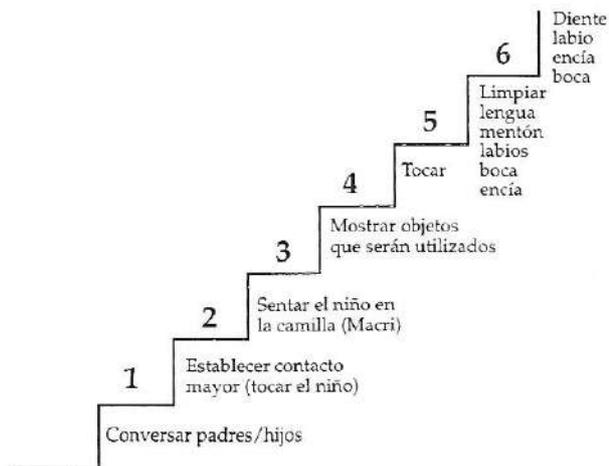
	PADRES	HIJOS
0 - 10 meses	100%	0%
18 - 36 meses	75%	25%
36 - 60 meses	50%	50%
60 - 120 meses	25%	75%
> 120 meses	0%	100%

Dicho programa educativo comienza con una inducción general a los padres y continúa con una educación individual; se concibe este seguimiento de motivación a través de todo el programa.

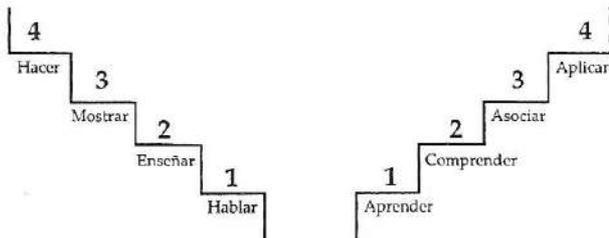
II Fase

◆ El programa preventivo educativo se divide en: La primera consulta; donde se llena una ficha de anamnesis y se hace el contacto inicial con los padres y sus hijos (9).

*Escala de Koch et al (1992)
adaptada para el primer año de vida.
Walter - Ferelle, Issao 1996*



Escala de Koch et al, modificada por Melo (1995)



Identificación del riesgo de caries

Bajo riesgo

(Niño sin factor identificador)

- Buena salud.
- Bajo consumo de azúcar ← Medio riesgo →
- Madres realizan limpieza
- Ausencia de alimentación nocturna.

(25).

Alto riesgo

(Niño con factor identificador)

- Salud alterada
- Alto consumo de azúcar
- Madres no realizan limpieza
- Presencia de alimentación nocturna.

Consejería dietética: se dan indicaciones sobre la alimentación nocturna y sus efectos; hábitos alimentarios y hábitos higiénicos (18).

◆ El tratamiento preventivo/educativo depende de donde se ubica el paciente de bajo o alto riesgo.

NIÑO DE BAJO RIESGO

- Consejería inicial
- Mantenimiento clínico

- Mantenimiento casero:

* Mantener el niño libre de riesgo (educación).

* Limpieza, cepillado, flúor diario (prevención).

Bajo la responsabilidad del profesional

Bajo la responsabilidad de los padres

NIÑO DE ALTO RIESGO

- Consejería inicial
- Tratamiento de choque
- Mantenimiento clínico

- Mantenimiento casero:

* Elimina, controla y adecua los factores de riesgo (educación).

* Limpieza, cepillado y flúor diario (educación) (38).

El tratamiento de choque consiste en:

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Concientizar a los padres. • Revertir el factor de riesgo. • Aumentar la resistencia del diente. • Disminuir la contaminación.
Duración	• Un mes
Frecuencia	• Semanal
Técnica	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la educación. • Limpieza y profilaxis. • Aplicación de NaF 0,2% seguida de Flúor-Diamino de Plata (saforaide)

(12, 25).

Resumen del tratamiento preventivo/educativo por fase etárea, modificado por Mathewson, 1983

Separa los periodos en: prenatal, del nacimiento hasta los 6 meses de edad, de los 6 meses hasta los 12 meses y de los 12 a los 24 meses.

Se da la educación a los padres en lo relacionado con la dieta materna y su influencia en el desarrollo dentario, la terapéutica prenatal y sus problemas con la formación dentaria, la alimentación del bebé estimulando en forma exclusiva el seno materno e indicaciones acerca de la orientación y posición correcta para amamantar. Educación odontológica sobre salud de los dientes en cuanto a anomalías congénitas o del desarrollo; se discuten aspectos de higiene y control de la alimentación en la prevención de la caries; se educa enfatizando la caries dentaria como una entidad infectocontagiosa

(26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37), se establecen programas de fluorización, determinando específicamente en el paciente la fluorización complementaria, las aplicaciones tópicas y los factores de riesgo.

Se discuten los hábitos de dedo y chupo y su posible relación con la maloclusión; se hace un seguimiento clínico en cuanto a la formación dental, secuencia de erupción, e incluso se analizan posibles efectos por traumas dentarios y maxilofaciales. Se promueve la alimentación materna hasta los seis (6) meses y pasar a la cuchara y al vaso, en aquellos casos en que continúa con tetero, se procede a retirar éste (12, 40).

Se estima la alimentación materna en nuestro país considerando el plan decenal para la promoción y apoyo a la lactancia materna 1998-2008 (46).

Esta es la propuesta general de trabajo en el programa de la clínica del bebé. Los factores a considerar con respecto a la utilización del flúor se refieren a: si las poblaciones objeto de programas preventivos tienen abastecimiento de flúor en el agua o en la sal de consumo; el flúor casero utilizado en el programa se debe controlar en cuanto a concentración y frecuencia e ir vigilando la edad del paciente para cambiar esta frecuencia y concentración. Una vez el paciente comience a utilizar pastas dentales que liberen flúor, se suspende la terapia casera (38, 41, 42, 43, 45).

El programa de la clínica del bebé ha logrado un cambio socio-cultural en cuanto al motivo de consulta, en el comportamiento de los padres frente a la prevención y en cuanto a los resultados preventivos (40).

DISCUSIÓN

Algunas regiones de nuestro país tienen semejanzas con las condiciones socio-económicas y culturales de algunas regiones del Brasil, entre ellas: hábitos alimenticios como el alto consumo de azúcar en edades tempranas, medios inapropiados de alimentación, como el uso del tetero; comunidades desprovistas de flúor, dificultad de acceso a los servicios de salud, dificultad de comunicación por bajo grado de escolarización, motivo de consulta curativo mas no preventivo, escasez de recursos económicos para proveer una atención especializada e individualizada.

Conociendo la experiencia de la clínica del bebé en el Brasil se plantean las siguientes inquietudes:

Existe un mito cultural para la atención precoz, aprendemos a curar y poco a prevenir, el odontólogo debe tener actitudes positivas frente a la prevención para generar conductas positivas. Cómo estamos educando? Quiénes y a quiénes? Tenemos claros los actores?

CONCLUSIÓN

Para instalar un programa educativo, preventivo y curativo, en esta fase etárea se deben tener en cuenta las siguientes etapas básicas:

Etapa I: Diagnóstico

- Levantar los índices de prevalencia de caries dentarias en niños de 0 a 5 años de edad, por fases etáreas: 0 -12 , 13 - 24, 25 - 36, 37 - 48, 49 - 60 meses.
- Sensibilizar a la comunidad (sujeto de estudio) a través de los resultados obtenidos. La divulgación del proyecto a los equipos de salud y organizaciones comunitarias, especialmente a las madres.

En esta etapa se debe buscar el trabajo en equipo con la Secretaría de Salud del Municipio con el fin de unir esfuerzos. Esta es una forma de formalizar los procesos.

Etapa II: Ejecución

- Capacitación y entrenamiento del equipo de salud, el personal técnico y administrativo, se incluye aquí la coordinación, supervisión e información estadística.
- Montaje de una clínica piloto de carácter interdisciplinario y multiprofesional; para dirigir la atención hacia la salud bucal; este sirve como centro de entrenamiento para extenderlo en red hacia otras unidades de salud.

Se destaca en este estadio el trabajo con obstetricia y pediatria siguiendo el esquema:

⇒ Citar a las madres para reuniones informativas sobre salud oral y funcionamiento del programa, estas madres se citan cuando consultan para control prenatal, control de crecimiento y desarrollo, citas de vacunación (entre los 4 y 6 meses de edad).

Dependiendo de la edad del bebé se cita para iniciar su atención individualizada.

⇒ Seguir el proyecto preventivo-educativo y curativo primario propuesto por el programa de la clínica del bebé (con las adecuaciones según la región objeto).

Etapa III: Evaluación

Se debe evaluar anualmente el programa; con la participación de todos los integrantes del equipo para analizar cualicuantitativamente las acciones realizadas, poder fundamentar las subsecuentes decisiones y compararlas con los demás servicios existentes (40).

Debemos entonces cambiar la visión del paciente y del odontólogo.

VISION TRADICIONAL DEL PACIENTE	VISION ACTUAL DEL PACIENTE
1. Niño	1. Padre - niño
2. Paciente - cliente	2. Agente
3. Subordinado	3. Cooparticipante
4. Incapaz	4. Accesible y educado
5. Ignorante	5. Saber diferente
6. Receptor	6. Vector de cambio

VISION TRADICIONAL DEL ODONTÓLOGO	VISION ACTUAL DEL ODONTÓLOGO (INNOVADORA)
1. Dueño del saber	1. Ayuda a construir el saber
2. Manda	2. Comparte
3. Agente de tratamiento	3. Agente promotor
4. Informa	4. Ayuda a aprender
5. Trabaja solo	5. Trabaja en equipo
6. Visión fragmentada	6. Visión holística-integradora
7. Relación directa profesional/paciente	7. Relación directa e indirecta con padres y pacientes.
8. "Doctor" clínico	8. "Docente" educador
9. Enfoque: Curativo Restaurador de urgencias	9. Enfoque: Restaurador Urgencias Educativo Preventivo

(44).

CORRESPONDENCIA

Ana María López Palacio
Facultad de Odontología
Universidad de Antioquia
Calle 64 52-59 Medellín - Colombia S.A.
E-mail: pgradof@chami.udea.edu.co

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Dalton, V.; A.L. Os professores como agentes promotores da saúde bucal. *Semina. Londrina, (Ed. Especial), fev., 1998, 19: 47 - 50.*
- Inoue, M.S.; Punhagui, M.F. Interesse dos pais ou responsáveis em receber informacoes adicionais na sala de espera. *C.O.U.N.P./ En: Clinica de Odontopediatria/ UEL. Londrina, (Ed. Especial) fev., 1998, 19: 51-55.*
- Nowak, A.Y. Early interventios pré-natal e pós-natal counseleng an infant dental care; a update for the dentist and for pediatrician. *New York: Medcom, 1978, p. 41-3.*
- Walter, L. R. F.; Hokama, N.; Iega, R.; Ferelle, A.; Pelanda, V. L. G.; Frossard, W. T. G.; Franco, M. P. S. Plano de atendimento odontologico no primeiro ano de vida. (Relatorio de pesquisa, projeto FINEP-Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 1987.
- Nakama, L. Educar prevenindo e prevenir educando. *Odontologia no primeiro ano de vida. UEL. Tese (Mestrado em Saude Coletiva). Curso de Odontologia-Universidade Estadual de Londrina, 1994.*
- Prefeitura Do Municipio De Londrina-Servico Municipal De Saude. Programa de Orientacao e Educacao em Saude Bucal. Londrina.
- Garboza, C.S; Walter, L.R.F. Estudo da prevalencia de carie numa populacao de 0 a 5 anos atendida precocemente pela bebe clinica da universidade estadual de londrina. *Semina. Londrina, (Ed. Especial) fev., 1997, 18: 51-54.*
- Bezerra, A.C.B. Estudo Clínico-epidemiológico da prevalencia da cárie em crianças pré-escolares de 12 a 48 meses de idade. *Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia da Universidade de Sao Paulo, 1990, p 121.*
- Walter, L. Orientacao para instalacao de um programa de odontologia para bebês. *Universid Estadual de Londrina, Centro de Ciencias da Saude Bebe-Clinica / FINEP, Londrina, 1997.*
- Garbelini, M.L.; Cezario, D.M.S.; Janene, C.A.; Nakagawa, M.C.S.; Walter, L.R.F. Avaliacao do programa de Odontologia para bebês no municipio de Cambé. *Saúde em Debate. Londrina, Jun., 1991, 32: 75-7.*
- Goepferd, S.J. An infant oral health program: the first 18 mounths. *Oral Health, Jan., 1989, 79 (1): 21-5.*
- Walter, L.R.F.; Ferelle, A; Issao, M. *Odontologia para o Bebe. Editora Artes Médicas, Sao Paulo, 1996, p.246.*
- Sawazaki, I; Nakama, L. Educacao para a saúde bucal: trabalho em equipe e aspectos psicossociais. *Semina, Londrina, fev., 1997, 18 (Ed. Especial): 15-24.*
- Derkson, G.D.; Ponti, P. Nursing Bottle Syndrome: Prevalence and Etiology in Nonfluoridated City. *J Canad dent Ass, June, 1982, 48: 389-93.*
- Morita, M.C.; Walter, L.R.F; Guillain, M. Prevalence de la carie dentaire chez des enfants brésiliens de 0 a 36 mois. *Journal d'Odonto-Stomatologie Pédiatrique, mar. 1993, 3 (1): 19-28.*
- Persson, L.A.; Holm, A.K.; Arvidsson, S.; Samuelson, G. Infant feeding and dental caries - a longitudinal study of swedish children. *Swed. Dent J, 1985, 9 (5): 201-206.*
- Poulsen, S.; Moller, I.J. The Prevalence of Dental Caries, Plaque and Gengivitis in 3 Years old Danish Children. *Scand J. Dent Res, 1972, 80 (2): 94-103.*
- Nabut, N. Ursi, W.J.S. Cariogenicidade da Merenda Escolar. *Semina, Londrina, fev., 1997, 18 (Ed. Especial): 55-62.*
- Walter, L.R.F.; Nakama, R.K. Prevention of Dental Caries in the First Year of Life. *J Dent Res, Apr, 1994, 73 (4): 773.*
- Walter, L.R.F.; Ferelle, A.; Hokama, N.; Pelanda, V.L.G.; Franco, M.P.S.; Iega, R. Cárie em crianças de 0 a 30 meses de idade e sua relacao com hábitos alimentares. *Encicl. Bras. Odontol, 1987, 5 (1): 129-36.*
- Ekstrand, J. Et al. Plasma Fluoride Concentrations in Pre-shool Children after Ingestion of Fluoride Tablets an Toothpaste. *Carie Res, 1983, 17: 379-84.*

22. Levme, R.S. Fluoride and Caries Preventio: I Scientific Rationale. *Dental Update*, Apr, 1991, 18 (3): 105-10.
23. Dental Health Objectives for Children for the Year 2000 <http://www.aapd.org/refman2.html>.
24. Toverud, G.; Finn, S.B.; Cox, G.J./ Bodecker, C.F.; Shaw, J.H. *Survey of the Literature of Dental Caries*. Washington, DC: National Academy of Sciences - National Research Council, 1953.
25. Walter, L. R.F.; Nakama, L. Paciente de alto indice de carie X Paciente de alto risco. Qual a conduta? In: Botino, M.A.; Feller, C. *Atualizacao na clinica odontologica*. Sao Paulo: Artes Medica, 1992, p. 232.
26. Bacterial Transmission in Periodontal Disease. A Critical Review. *Journal Periodont*, 1997, 68: 421.
27. Oral Microbiota of Man from birth to Semility. *J. Periodontol*, 1971, 2: 485-494.
28. The Early Colonization of Gram Negative Anaerobic Bacteria in Edentulous Infants. *Oral Microbiol Immunol*, 1992, 7: 28-31.
29. Intrafamilial transmission of aa. *J Periodontol*, 1994, 65: 2-7.
30. Intraoral transmission of streptococo mutans by a dental explorer. *J Dent Res*, 1972, 58:1765-1770.
31. Intrafamilial levels of streptococo mutans and some aspects of the bacterial transmission. *Scand. J Dent Res*, 1978, 86: 35-42.
32. The indigenous oral flora of man in newborn to 1 year old infant. *Arch. Oral Biol*, 1965, 10: 61-70.
33. Similarity of bacterocins of streptococo mutans from mother and infant. *Arch. Oral Biol*. 1975, 20: 725-730.
34. The early establishment of streptococo mutans in the mouts of infants *arch oral biol*, 1975, 29: 171-174.
35. Observations in the implantation and transmission of S. Mutans in humans. *J Dent Res*, 1972, 51: 515-518.
36. Maternal salivary levels of S. Mutans and primary oral infections of infants. *Arch. Oral Biol*, 1981, 26: 147-149.
37. Relationships of level of the bacterium S. M. in saliva of children and their parents. *Arch. Oral Biol*, 1981, 26: 381-386.
38. Melo, M.M.; Walter, L.R.F. Mudanca do Comportamento Infantil diante do habito de Escovar os Dentes. *Semina*, Londrina, fev., 1997, 18 (Ed. Especial): 63-68.
39. Bottino, M.A., Feller, C.: *Atualizacao na Clinica Odontologica. O Dia-A-Dia do Clinico Geral*, Artes Medica, 1992.
40. Walter, L.; Scarpelli, B.: Programa de atencao precoce a saude bucal. *Odontologia para Bebés. Guia Pratico. Bebe Clinica MOOI/COUNP-CCS-UEL*, 1996.
41. Shulman, J.P.: et l. The Average Daily dose of Fluoride: a Model Based on Fluid Consumption. *Pediatric Dentistry*, Jan/Feb, 1995, 17 (1): 8-13.
42. FEHR, F.R.: Von Der; MOLLER, I.J.: Caries-Preventive Fluorides Dentifrices. *Caries Res*, 1978, 12 (supl.1): 7-31.
43. Horowitz, H.S. et al. The effect on Human Dental Caries of Weekly Oral Rinsing with a Sodium Fluoride Mouth Wash: a Final Report. *Arch. Oral Biol*, 1971, (16): 609-616.
44. I Encontro Nacional De Odontologia para Bebés, londrina, 17, 18, 19 de novembro de 1997, Anais.
45. L.Promocao de saude bucal atraves do alitamento materno. *Semina*, Londrina, fev., 1998, 19 (Ed. especial): 7-16.
46. Plan decenal para la promoción y apoyo a la lactancia materna 1998-2008. República de Colombia. Bienestar Familiar, Ministerio de Salud, UNICEF. Nov. 1998.