

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

THE IMPORTANCE OF INCLUDING BABIES DURING THEIR FIRST YEAR OF LIFE IN PUBLIC HEALTH PROGRAMS: EVALUATION OF RESULTS OF A CLINICAL PROGRAM FOR BABIES

MÁRCIA CANÇADO FIGUEIREDO¹, CINTHYA ALINE DAS DORES GUARIENTI²,
MIRCELEI SALDANHA SAMPAIO³, JORGE ARTUR MICHEL², BIANCA GIOVANNA MENNA RUIZ DIAZ³

RESUMEN. Introducción: ante la importancia del fomento de la salud bucal en los primeros años de vida, y conscientes de las dificultades enfrentadas por muchos profesionales para brindar atención a esta edad, el programa de extensión universitaria de la Clínica del Bebé ofrece a los profesionales y estudiantes de Odontología capacitación para cuidar de manera adecuada a este importante grupo de la población. A través de una filosofía centrada en el principio educativo-preventivo y a medidas de tratamiento alternativo para las enfermedades ya instaladas, el programa integra la enseñanza con las necesidades de la población, ofreciendo atención a pacientes hasta los 36 meses de edad. El objetivo fue evaluar el perfil de los pacientes que buscan el servicio, así como la efectividad del tratamiento propuesto por la Clínica del Bebé. **Métodos:** se realizó un estudio longitudinal, analizando las variables: control de placa, calidad de la dieta y actividad de caries en los pacientes que hicieron parte del programa. Inicialmente participaron 1.009 niños hasta los 36 meses de edad, atendidos en el año 2003. En el año 2005 se realizó un seguimiento y examen a un total de 827 niños, con pérdida del 19,04% de la muestra. **Resultados:** mediante el test Qui-Quadado, se observó aumento significativo de los pacientes con buen control de placa (21,27% - $p \leq 0,05$) y con dieta no cariogénica (32,13% - $p \leq 0,05$), y disminución de los pacientes con lesiones de caries activas (33,96% - $p \leq 0,05$). **Conclusiones:** con un protocolo eficiente de fomento de la salud bucal se obtuvo mejoría estadísticamente significativa para todas las variables, destacando la importancia de la capacitación de los odontólogos para actuar a esta edad, donde se puede intervenir sobre los factores que influyen en las enfermedades bucales más comunes, con lo cual se reduce la ocurrencia de las mismas y se mantiene y mejora la salud bucal de los pacientes.

Palabras clave: Clínica del bebé; control de placa; dieta; caries de la infancia temprana.

Figueiredo MC, Guarienti CA, Sampaio MS, Michel JA, Ruiz Diaz BG. 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 Antioq 2008; 19 (2): 5-12.

ABSTRACT. Introduction: given the importance of promoting oral health during the first years of life, and being conscious of the difficulties facing the profession to provide care to this age group, the University extension program of the Clinic for Babies offers the profession and the dental students quality education to provide adequate care to this age group. By means of a philosophy based on the principle of education-prevention and using alternative treatment methods for diseases already present, this program integrates education with the needs of the population, offering dental care to patients up to 36 months of age. The purpose was to evaluate the profile of the patients attending the clinic, as well as the efficacy of the treatment proposed by the Clinic for babies. **Methods:** a longitudinal study was carried out analyzing the following variables: plaque control, quality of the diet, and caries activity of the patients that were part of the program. Initially, 1009 children up to 36 months of age participated in the program and they were all treated during year 2003. A follow up was carried out in 2005 and 827 children were examined which meant a loss of 19.04% of the sample. **Results:** by means of a Chi square test a significant improvement in plaque control was observed (21.27% - $p \leq 0.05$), with a non cariogenic diet (33.96% - $p \leq 0.05$), and with a decrease in the number of patients with active caries lesions (33.96% - $p \leq 0.05$). **Conclusions:** with an efficient protocol of promotion of oral health, a statistical significant improvement was obtained for all the variables studied. It was noteworthy the preparation of the dentists to treat patients of this age group, where intervention on the factors that influence the most common oral diseases can be done, reducing the occurrence of these diseases and improving the oral health of the patients.

Key words: Clinic for babies, plaque control, diet, early childhood caries:

Figueiredo MC, Guarienti CA, Sampaio MS, Michel JA, Ruiz Diaz BG. The importance of including babies during their first year of life in public health programs: evaluation of results of a clinical program for babies. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2008; 19 (2): 5-12.

- 1 Profesora doctora y coordinadora de la Clínica del Bebé de la Facultad de Odontología de la Universidad de Río Grande del Sur, Brasil.
- 2 Profesores de la Clínica del Bebé de la Facultad de Odontología de la Universidad de Río Grande del Sur, Brasil.
- 3 Alumna de la Clínica del Bebé de la Facultad de Odontología de la Universidad de Río Grande del Sur, Brasil.

RECIBIDO: SEPTIEMBRE 26/2007 - ACEPTADO: DICIEMBRE 4/2007

INTRODUCCIÓN

La atención odontológica al niño debe iniciarse en los primeros días de vida, pero ante las deficiencias en la capacitación de los odontólogos para atender a este grupo de edad, la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Río Grande del Sur (UFRGS) organizó a partir de 1990 una clínica para el cuidado de bebés, con base en los patrones de la Clínica del Bebé de Londrina, Universidad Estadual de Londrina UEL.

Actualmente, la clínica se encuentra en funcionamiento y presta servicios de capacitación a odontólogos a través de un curso de extensión universitaria, cuyo objetivo es ofrecer conocimientos básicos de odontopediatría con énfasis en la primera infancia, con lo cual se hace posible la atención integral del paciente pediátrico. De esta forma, el alumno estará capacitado para promover la salud oral en la primera infancia a través de actividades preventivas, procedimientos quirúrgico-restauradores y —de manera especial— mediante la educación a los padres.

La preocupación del grupo docente del programa de la Clínica de Bebés por capacitar profesionales surgió debido a que la caries de la infancia temprana (ECC por sus siglas en inglés) es un problema de salud pública en varios países, entre ellos Brasil. Datos de Weinstein en 1998¹ demostraron que en países desarrollados, la prevalencia es del 1 al 12%, y en países subdesarrollados o en desarrollo es del 70%.

Datos estadísticos demuestran que menos de un niño entre cada cinco de los que reciben atención médica en la primera infancia, recibe atención odontológica. Por este motivo se priorizó la atención odontológica de niños de cero a un año de edad, por considerar que esta es la edad más oportuna para establecer la odontología que sea promotora de salud, al alcance de todos, eficiente y de bajo costo, sin estar condicionada por el aspecto físico, psicológico o neurológico del paciente.

La caries de la infancia temprana está relacionada con las condiciones sociales de la población, siendo responsabilidad de los sistemas de salud el control

de esta enfermedad en las clases menos favorecidas. La mejor manera para el control y la prevención de la caries dental y de otras enfermedades orales comunes se fundamenta en la educación para la salud. Con base en ese principio, las clínicas de bebés se multiplican por todo Brasil.²

La educación es entonces la base de la atención odontológica a bebés y requiere participación activa e integrada del pediatra, del odontopediatra y de los padres del niño. A partir del conocimiento de los factores causales de las enfermedades bucales, se pueden adoptar medidas orientadas a evitar que las mismas se establezcan. Además la realización de los procedimientos de reparación de los daños en las fases iniciales de la enfermedad, reduce la complejidad del tratamiento, aunque no garantiza la inmunidad contra problemas adicionales.^{3,4}

Los conocimientos científicos actuales sobre la etiopatogenia de la caries dental demuestran que se trata de una enfermedad prevenible de naturaleza infecciosa, en la cual están involucrados microorganismos patógenos transmisibles y que para definir su tratamiento, es prioridad identificar si esa enfermedad se encuentra en actividad. Cuando se diagnostica precozmente es posible utilizar recursos que detengan el proceso carioso, evitando así el tratamiento restaurador convencional.⁵ El desarrollo de las lesiones de caries envuelve una serie de eventos que van desde la disolución de los cristales de hidroxiapatita, hasta la destrucción total del diente,⁶ proceso que tiene como etiología fundamental la interrelación entre una microbiota oral cariogénica y factores como el patrón de ingesta de carbohidratos, aspectos inmunes del hospedero, tiempo de exposición al ataque ácido o desafío cariogénico; además de factores que alteran la enfermedad, como composición y flujo salivar, higiene bucal y exposición al flúor.⁷ Reconocer la complejidad de la etiología de la caries conducirá al desarrollo de estrategias innovadoras —que van más allá de la eliminación del biberón nocturno— y de otros factores para detener la evolución de la enfermedad.²

De acuerdo con Figueiredo y colaboradores,⁸ la odontología para bebés busca contribuir a la for-

mación de una generación con menos problemas dentarios, con mayor calidad de salud y con conciencia de la importancia de la prevención, a partir de lo cual Walter y colaboradores concluyeron⁹ que mientras más temprano el niño recibe asistencia, menor posibilidad tendrá de desarrollar lesiones de caries y problemas oclusales proporcionándole mejor calidad de vida.

De acuerdo con lo anterior, el presente trabajo tuvo por objetivo evaluar el desempeño de la filosofía de trabajo propuesta por la Clínica del Bebé de la Facultad de Odontología de la UFRGS entre los años 2003 a 2005. Se determinó el perfil de los pacientes que buscaron la institución y se comparó la situación bucal de esos niños antes y después de recibir la atención, con el fin de analizar la efectividad del programa frente a la población atendida bajo tres aspectos: hábitos alimentarios, hábitos de higiene oral y actividad de caries dental.

MATERIALES Y MÉTODOS

La atención en la Clínica para Bebés se resume en los siguientes procedimientos básicos:

- Divulgación en los medios de comunicación de la importancia de la atención odontológica para bebés.
- Conferencias mensuales para los padres o responsables, que incluyan la etiología de las enfermedades que se presentan en la boca, caries, enfermedades periodontales, transmisión de la caries dental, orientación de higiene oral y dieta.
- Examen clínico, anamnesis y orientación personalizada para los padres y responsables sobre la forma correcta de higiene y cuidado de la cavidad oral del bebé.
- Profilaxis profesional.
- Terapia con flúor.
- Supervisión y control de las lesiones de mancha blanca activas.
- Tratamiento restaurador de las lesiones de caries.

- Cronograma individual de consultas, con el objetivo de controlar la salud oral del bebé de acuerdo con sus necesidades, determinadas por la evaluación de la higiene bucal, sangrado gingival, dieta y flúor, consignadas en una tarjeta de salud oral.

Estos procedimientos básicos de atención tienen fundamento en la filosofía de tratamiento que la Clínica del Bebé de la FO-UFRGS tiene para sus pacientes, basado en evaluación de la actividad y experiencia de caries dental, gingivitis y otras necesidades como traumatismos o anomalías del desarrollo. De acuerdo con esto, se trabajan acciones de promoción y fomento de la salud (orientaciones sobre dieta, higiene bucal, transmisibilidad de caries y enfermedad periodontal, capacitación de los responsables para la práctica de higiene bucal y del reconocimiento de la placa bacteriana), manutención de la salud, y adecuación del medio bucal (exodoncias, endodoncias, restauración de cavidades, aplicación de cariostáticos, tratamiento restaurador atraumático, control profesional de placa, raspado, alisado y pulimento coronario).

Para la realización de la investigación se utilizaron las tarjetas de seguimiento de 1009 niños, con edades entre cero y cinco años atendidos en la Clínica del Bebé de FO-UFRGS en el periodo 2003-2005. En ellas se consignan los datos detallados de cada paciente, resultantes de la anamnesis y el examen clínico, así como la evolución de cada niño desde su ingreso a la Clínica del Bebé hasta su última consulta. Los datos fueron diligenciados por los alumnos del curso durante las consultas, siguiendo un patrón determinado para su registro estandarizado. Se obtuvieron los registros del examen realizado en la primera cita y en la última consulta realizada en el año 2005.

Con el fin de comparar los datos obtenidos antes y después del tratamiento los pacientes fueron agrupados en cuatro grupos de edad: 0 a 1 año, 1 a 2 años, 2 a 3 años y más de 3 años, construyendo tablas y gráficos.

Los datos que se iban a comparar fueron organizados de acuerdo con los siguientes enunciados:

1. Número de niños por grupos de edad.
2. Evaluación inicial y final del tipo de dieta: los datos relativos al tipo de dieta fueron comparados entre sí de acuerdo con la edad y clasificados en dos tipos: dieta no cariogénica (menos de seis comidas al día) y dieta cariogénica (más de seis ingestiones de alimentos, al día, que contengan sacarosa o amamantamiento nocturno).
3. Evaluación inicial y final de la higiene bucal: fue evaluada a partir del control de placa de los pacientes, realizado por los responsables, clasificado en: bueno (placa visible o no y ausencia de sangrado), regular (placa visible o no, con presencia de sangrado localizado) y pésimo (placa visible o no con sangrado generalizado)
4. Evaluación inicial y final de la actividad de la caries: la actividad de la caries fue determinada a partir de las lesiones activas e inactivas presentes al inicio y al final del tratamiento, observando si las mismas presentaban carácter inactivo o habían evolucionado. Se registraron inactivas aquellas lesiones de coloración amarillenta, marrón o negra, de superficie lisa y brillante. Siendo las lesiones activas, de coloración blanca

o blanco-amarillenta y de superficie rugosa y opaca. Con base en lo anterior, las lesiones fueron clasificadas en los siguientes grupos: lesiones activas; lesiones inactivas y sin lesiones.

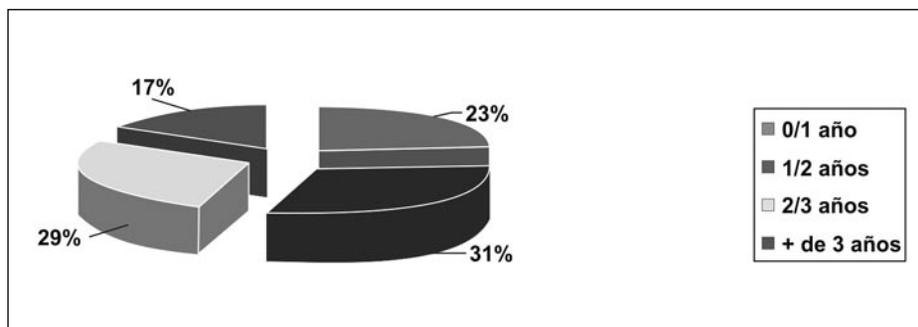
Para el análisis estadístico de los datos obtenidos en las evaluaciones inicial y final, se utilizó el Test *Qui-Quadrado* (X^2); los valores de p calculados fueron considerados significativos para valores menores de 1% ($p < 0,01$) y no significativos para valores mayores de 1%.

RESULTADOS

Grupos de edad

A partir de los datos obtenidos con la evaluación de los 1.009 niños que frecuentaron la Clínica del Bebé en los años 2003 y 2005, se comprobó que la mayor parte de los niños que buscó la institución tenía la edad de 1 a 2 años (31%), seguida por los niños de 2 a 3 años (29%), 0 a 1 año (23%) y más de 3 años (17%) (gráfico 1). Este resultado se compara con el obtenido por la Clínica del Bebé de la FO-UFRGS entre los años 2002 y 2003, donde se obtuvieron porcentajes similares a los encontrados en este estudio.

Gráfico 1
Porcentaje de niños, distribuidos por grupos de edad, que solicitan atención en la Clínica de Bebés de la FO-UFRGS



Dieta

Se observó que en todos los grupos de edad hubo un cambio con relación a la dieta, la cual pasó de cariogénica a no cariogénica. Sin embargo, se puede observar mayor alteración en las edades de 2 a 3 años, donde 30,80% de los pacientes con dieta

cariogénica pasaron a dieta no-cariogénica. De la misma manera, esto ocurrió en los niños con más de 3 años (26,95%), 1 a 2 años (25,64%) y 0 a 1 año (8,45%). Estos resultados fueron estadísticamente significativos para todas las edades, excepto para 0 a 1 año (tabla 1).

Tabla 1

Valores referentes al tipo de dieta en la evaluación inicial y al final del tratamiento, de acuerdo con cada grupo de edad. Clínica del Bebé de la FO-UFRGS, Porto Alegre – RS, 2003/2005

	0 a 1 año		1 a 2 años		2 a 3 años		+ de 3 años	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Cariogénica	171	191	148	229	140	229	97	142
No cariogénica	66	46	168	87	149	60	70	25
Total	237	237	316	316	289	289	167	167
P	P = 0,03		P = 0,0001		P = 0,0001		P = 0,0001	

Control de placa

Todos los pacientes, después de haber recibido el tratamiento, presentaron mejoría en la calidad del control de placa. Estos resultados fueron estadísticamente significativos para los grupos de edad de 1 a 2 años, 2 a 3 años y más de 3 años ($p < 0,01$); para la edad de 0 a 1 año los resultados no fueron estadísticamente significativos ($p < 0,01$) (tabla 2). El grado “pésimo” tuvo reducción en todos los niveles de edad, más acentuada entre los mayores de 3 años (9,59), seguido por 8,30% de reducción

en las edades de 2 a 3 años. El grado “bueno” tuvo aumento de 26,77% en los de más de 3 años, 24,91% para los niños entre 2 y 3 años, 20,26% para los de 1 a 2 años y 3,79% para las de 0 a 1 año al final del tratamiento. Cuando se comparan los resultados de este estudio con los obtenidos en el periodo 2002-2003, se observó mejoría en el control de placa, más acentuada para los niños de 2 y 3 años (21,27%).

Los resultados de la actividad de la caries se presentan en la tabla 3.

Tabla 2

Valores relativos al control de placa en la evaluación inicial y final del tratamiento de acuerdo con cada edad. Clínica del Bebé de la FO-UFRGS, Porto Alegre – RS, 2003/2005

	0 a 1 año		1 a 2 años		2 a 3 años		+ de 3 años	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Bueno	180	189	165	229	136	208	83	111
Regular	39	37	108	69	113	65	65	53
Pésimo	18	11	43	18	40	16	19	3
Total	237	237	316	316	289	289	167	167
P	P = 0,374		P = 0,00048		P = 0,00048		P = 0,000214	

Tabla 3

Valores referentes a la actividad de la caries en la evaluación inicial y al final del tratamiento de acuerdo con los niveles de edad. Clínica del Bebé de la FO-UFRGS, Porto Alegre – RS, 2003/2005

	0 a 1 año		1 a 2 años		2 a 3 años		+ de 3 años	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Lesiones Activas	12	3	107	29	135	88	61	16
Lesiones Inactivas	1	11	42	135	45	128	33	78
Sin Lesiones	224	223	167	152	109	73	73	73
Total	237	237	316	316	289	289	167	167
P	P = 0,00104		P = 0,0003		P = 0,00045		P = 0,002	

DISCUSIÓN

Aunque se esperaría que los niños de 0 a 1 año sean los que consulten con mayor frecuencia en la Clínica del Bebé, al comparar los resultados con la investigación realizada en el año 1998, en la cual la mayoría de los niños que buscaban la Clínica del Bebé de la FO-FURGS correspondían al grupo de edad de 2 a 3 años (FIGUEIREDO et al., 1998),⁸ sí se observa mejoría en este aspecto, en la medida en que en este estudio los niños que más consultaron fueron de 1 a 2 años de edad.

Tipo de dieta en la primera infancia

Posiblemente, los resultados relacionados con la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en la dieta de los niños de 0 a 1 año se deben a que, en el primer año de vida, esta no sufre grandes cambios. Por otra parte, los niños en este grupo de edad y sus responsables tuvieron poco contacto con el odontólogo, por tanto hay menor influencia del mismo en sus hábitos alimentarios. Para las demás edades, se observó disminución significativa en el porcentaje de los pacientes con dieta cariogénica, demostrando así la eficacia de las orientaciones ofrecidas por los odontólogos a los responsables por el niño acerca del uso racional de los alimentos azucarados y de los carbohidratos fermentables entre las comidas; también en relación con las consecuencias de la amamantamiento o del biberón a libre demanda, en especial durante la noche.

Según una revisión de Figueiredo y Falster en 1997,¹⁰ la caries dental es una enfermedad multifactorial y entre los factores responsables del desarrollo de las lesiones está la dieta. Una dieta rica en carbohidratos fermentables, ofrecida con alta frecuencia, sirve de sustrato para que los microorganismos cariogénicos produzcan ácidos orgánicos que actuarán en la superficie dentaria con mayor o menor intensidad, dependiendo de la susceptibilidad del huésped.

Medeiros (2002),¹¹ en su análisis de la dieta de niños de 0 a 36 meses, constató que a lo largo de su crecimiento estos sufren variaciones en su alimentación y con ellas se altera el riesgo a caries dental. De esa manera, se debe hacer análisis y orientaciones

dietéticas constantes de acuerdo con el desarrollo del bebé.

Para Fadel y Kozlowski (1999),¹² la dieta es la variable de comportamiento que presenta mayor interacción en el desarrollo de la caries, siendo que el alto consumo de azúcar debe ser considerado como un factor de riesgo relacionado con varias enfermedades y no solamente a la caries dental. Medeiros (2002),¹¹ en una investigación relacionando el potencial cariogénico de diferentes alimentos infantiles industrializados, observó que todos los alimentos puestos a prueba poseían alto poder cariogénico por presentar valores de pH bajo y alta cantidad de carbohidratos, además bajo valor nutritivo. Por tanto, es deber del odontólogo informar a los padres sobre la importancia de una dieta equilibrada, adecuándola a la situación socioeconómica y cultural de cada familia.

Control de la Placa Bacteriana

Según Seow 1998¹³, en lo que se refiere a la enfermedad caries en niños de 0 a 36 meses, la odontología apunta hacia un tratamiento preventivo, representado principalmente por el control de la biopelícula o placa dental, orientaciones sobre la dieta y el uso del flúor de acuerdo con las necesidades del paciente. En la filosofía preventiva es fundamental la actitud del profesional que busca la motivación del paciente.

Medeiros en 2002,¹¹ afirma en su estudio que los métodos preventivos en odontología se presentan más efectivos mientras más precozmente son implantados.

Fraiz 1998¹⁴ estudió los factores asociados con el desarrollo de la caries dentaria en preescolares que reciben acompañamiento e intervención odontológica constante, con amplia participación de los padres en acciones educativas y preventivas. El estudio incluyó 2.000 niños de 24 a 48 meses de edad, que participaban del programa de la Clínica del Bebé de la Universidad Estadual de Londrina, por lo menos por 12 meses. Fue aplicado un cuestionario a las madres y realizado un examen clínico en los niños para verificar la experiencia de la caries

dental y presencia de placa bacteriana visible en la superficie vestibular de los incisivos superiores. El análisis entre los niños con caries y sin caries no presentó diferencias estadísticamente significativas con relación a los hábitos de higiene bucal evaluados a través del relato de la madre, pero la presencia de placa visible en los incisivos superiores estuvo fuertemente asociada a la presencia de la caries dental.

Concordando con Seow (1998),¹³ los niños de 0 a 3 años no logran ejercitar solos su higiene oral debido a la falta de coordinación motora y comprensión. Por esto durante la atención odontológica prestada por la Clínica del Bebé, la enseñanza y la motivación estuvo dirigida a los padres o responsables y los resultados fueron satisfactorios, pues se observó una mejoría en la calidad de la higiene en todas las edades. En el nivel de 0 a 1 año, la mejoría no fue estadísticamente significativa, una vez que algunos de estos pacientes todavía no tenían dientes y la mayoría ya poseía una buena higiene oral constatada en la evaluación inicial, probablemente también debido a la presencia de pocos sitios retentivos. El mejor resultado encontrado fue entre los niños con más de 3 años (26,77%), lo que sugiere sea consecuencia de mejor colaboración del niño, producto de su madurez psíquicoemocional y la mejor comprensión de los responsables sobre la importancia de su participación en el proceso de promoción y mantenimiento de la salud de sus hijos.

Actividad de caries dental en la primera infancia

La enfermedad caries es sin duda la mayor causa de las consultas de los niños al odontólogo y además de interferir en la calidad de vida del individuo, puede llevarlo a experiencias negativas y ser motivo de trauma durante el tratamiento odontológico.

En los diferentes grupos de edad abordados por la Clínica del Bebé, la caries dental normalmente se manifiesta de forma rápida y altamente destructiva para un gran número de dientes. Las investigaciones que tratan la caries son en su mayoría unánimes en afirmar que la causa está relacionada con la dieta rica en carbohidratos fermentables, asociada a la falta de higiene oral.^{7,12,14,15} Según Fraiz,¹⁴ gran parte de las

lesiones de caries están asociadas a la presencia de placa visible, por tanto es imprescindible el control de la misma para la reducción de la caries en la primera infancia.

Comparando los datos obtenidos al inicio y al final del tratamiento para esta investigación, se verifica que la actividad de la caries disminuyó en la evaluación final para todos los grupos de edad. También se observó disminución del número de pacientes con lesiones activas y el consecuente aumento de pacientes con lesiones inactivas, lo cual confirma el éxito de la filosofía de tratamiento propuesta por la Clínica del Bebé de la FO-UFRGS.

Walter y colaboradores realizaron un estudio en 1998⁹ en niños libres de caries, con el objetivo de analizar cuál es la relación de los factores de riesgo y su control en la eficacia de la utilización del método educativo-preventivo adoptado por la Clínica del Bebé, de la Universidad Estadual de Londrina, en el mantenimiento de la salud y consecuentemente en la prevención de la caries dental. Los resultados preliminares demostraron claramente que el método fue eficaz pues determinó el mantenimiento de salud superior a 93,5% con una variación en 100% para aquellos que comenzaron después del primer año de vida y que no revertieron los factores durante el acompañamiento de 24 meses. La eficacia reportada se basa en la educación de los padres factor principal y de manera secundaria en la atención temprana y el uso casero de soluciones con flúor con baja concentración (0,02% de fluoruro de sodio) a partir de la erupción de los dientes.

De acuerdo con Caulfield y colaboradores,¹⁶ un hecho relevante es el surgimiento de la primera ventana de infección que ocurre con la erupción de los primeros molares deciduos alrededor de los 18 meses de edad. Por tanto, las orientaciones preventivas deben ser dadas a los padres y responsables antes de esa fase, con el fin de minimizar la posibilidad de lesiones de caries. Ismail¹⁷ concluye que una buena higiene oral asociada a prácticas alimentarias saludables genera gran impacto sobre la salud oral en preescolares, y los padres deberían ser estimulados a cuidar los dientes de sus hijos. Además, la reducción en el número de pacientes con lesiones de

caries sería más efectiva mediante la identificación temprana de los niños susceptibles a la enfermedad y la realización de un protocolo clínico que promueva la salud oral. Medeiros (2002),¹¹ en el propósito de aclarar los principales aspectos clínicos y educativos de la mujer embarazada y del bebé, concluyó que los cuidados preventivos clínicos y educativos deben ser practicados por el profesional como método para el cumplimiento de su papel de responsabilidad en la salud oral del paciente niño.

CONCLUSIONES

1. Con la filosofía de tratamiento propuesta por la Clínica del Bebé de la FO-UFRGS se logró obtener mejoría significativa en el tipo de dieta, calidad de la higiene oral y en consecuencia, disminución en la actividad de caries de los pacientes atendidos, para la mayoría de las edades.
2. Las actividades de promoción y fomento de la salud oral son más efectivas cuando son instauradas y aplicadas en el primer año de vida del niño, una vez que se consigue con más facilidad alterar los factores relacionados con las enfermedades bucales, a través del compromiso de los padres y responsables frente a los cuidados de la salud bucal de su hijo.
3. Es de extrema importancia la inclusión de niños durante el primer año de vida en los proyectos de salud bucal de los servicios de salud pública, así como la capacitación del equipo de odontología para la atención de niños en la primera infancia. Esto se hace especialmente necesario en los países de América Latina, donde la mayoría de los padres tienen escaso acceso a los servicios de salud bucal y bajo nivel educativo.

CORRESPONDENCIA

Prof. Dra. Márcia Cançado Figueiredo
Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da
Universidade do Rio Grande do Sul - UFRGS Rua
Ramiro Barcelos 2492 -Porto Alegre, Rio Grande
do Sul, Brasil CEP -90035003.
Correos electrónicos: mcf1958@gmail.com,
marciacf@cesce.net,

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weinstein P. Early childhood caries in the public oral health programs. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26 (Suppl 1): 84-90.
2. Volschan BCG, Soares EL. Cárie de estabelecimento precoce: relação entre o biológico e o psicossocial. *Rev Ibero-amer Odontop Odont Bebe* 2003; 6: 533-40.
3. Pereira DB. Educação dentária da criança. Rio de Janeiro: Guanabara, 1929.
4. Elvey SM, Hewie SP. A avaliação dentária feita pelo pediatra. *Clin Pediatr Amer Norte* 1982; 1: 833-841.
5. Kramer PF, Cardoso L, Peres AS, Silveira D, Tovo MF. Efeito da aplicação de selantes de fósulas e fissuras na progressão de lesões cáries oclusais em molares decíduos: observações clínicas e radiográficas. *Rev Ibero-amer Odontop Odont Bebe* 2003; 6: 504-514.
6. Guedes-Pinto AC. Odontopediatria clínica. São Paulo: Artes médicas, 1998.
7. Souza GF, Souza E, Miranda J, Alves R, Pereira L, Almeida D. Abordagem imunológica da cárie dental. *Pos-Grad Rev Fac Odontol São Jose dos Campos* 2001; 4: 123-127.
8. Figueiredo MC, Araujo DR, Michel JA, Garcia AFG, Schreiner S. Avaliação de cinco anos de um programa odontológico materno-infantil com bases educativa, preventiva e curativa. XII Reunião anual da sociedade brasileira de pesquisas odontológicas. Águas de São Pedro: São Paulo, 1998.
9. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. Odontologia para o bebê. São Paulo: Artes médicas, 1998.
10. Figueiredo MC, Falster C. A cárie dentária como uma doença infecciosa e transmissível. *Rev Fac Odont Univ Passo Fundo* 1997; 2: 23-32.
11. Medeiros UV. Atenção odontológica para bebês. *Rev Paul Odontol* 2002; 15: 18-20, 22-3.
12. Fadel GV, Kozlowski ML. Dieta e higienização bucal como preditores da cárie dental na primeira infância. *Rev Odont Univ Fed Espirito Santo* 1999; 1: 66-77.
13. Seow WK. Biological mechanisms of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26 (Suppl 1): 8-27.
14. Fraiz FC. Estudo dos fatores associados à cárie dentária em crianças que recebem atenção odontológica precoce: odontologia para Bebês. São Paulo: USP; 1998.
15. Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. 1.ª ed. São Paulo: Santos, 1998.
16. Caulfield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial acquisitions of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. *J Dent Res* 1993; 72: 37-45.
17. Ismail AI. Early Childhood Caries Prevention. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988; 26 (Suppl 1): 49-61.