

La salud bucal y los factores de riesgo de enfermedad bucal de las mujeres embarazadas, de los niños y las niñas de 0 a 3 años y de sus madres

Oral health and risk factors for oral disease in pregnant women, boys and girls 0-3 years old and their mothers

María Gabriela Chavarría Fonseca, Caja Costarricense del Seguro Social, Costa Rica, gabchafo@gmail.com

RESUMEN

El presente artículo es producto de un estudio no experimental, observacional, descriptivo, transeccional, donde se analizó la condición oral y los factores de riesgo de enfermedad bucodental de las mujeres embarazadas así como de los niños y niñas de 0 a 3 años y de sus madres, que acudieron a consulta de marzo de 2012 a diciembre de 2013 en la Clínica del Bebé Sano en Odontología en la Clínica Doctor Ricardo Jiménez Núñez, del Área de Salud de Goicoechea DOS de la Caja Costarricense del Seguro Social, mediante los índices epidemiológicos: Índice CPOD, Índice ceo-d, el Índice Periodontal de Löe & Silness Modificado y el Cuestionario de Factores de Riesgo de Caries. La población analizada la constituyeron 739 sujetos: 197 mujeres embarazadas, 271 niños y niñas de 0 a 3 años y sus 271 respectivas madres.

Los resultados obtenidos en la población son: en el grupo de mujeres embarazadas se encontró una prevalencia de caries de 41,62%, un Índice CPOD grupal de 7,35, un mal control de placa bacteriana en el 15,23% y un Índice Löe & Silness Modificado grupal de 7,35. En el grupo de madres de los niños y niñas presentaron una prevalencia de caries 41,7%, Índice CPOD grupal de 8,03, mal control de placa el 39,48% de ellas y un Índice Löe & Silness Modificado grupal de 14. En la población infantil la prevalencia de caries fue 4,06%, el Índice ceo-d grupal de 0,37, la prevalencia de mal control de placa bacteriana fue de 2,58% de los niños y niñas, el Índice Periodontal de Löe & Silness Modificado grupal de 1,73, y el Índice de Riesgo de Caries fue 31,35. Dentro de estos riesgos, sobresale que un 59,78% utiliza el chupón como medio de alimentación y que un 71,6% de los niños se duerme con la boca sin limpiar.

PALABRAS CLAVE

Salud bucal, embarazo, infancia, epidemiología, promoción de la salud, prevención primaria, bebé, clínica.

ABSTRACT

This article is the product of a non-experimental, observational, descriptive, transeccional study where oral status and risk factors for oral disease in pregnant women, in children aged 0 to 3 years and their mothers, who consulted during March 2012 to December 2013 in Dental Healthy Baby Clinic Doctor Ricardo Núñez Jiménez Clinic in Area de Salud Goicoechea Dos were analyzed by epidemiological indices: DMFT Index, dmft Index, Löe & Silness Modified Periodontal Index and Risk Factors of Caries Questionnaire. The study population was formed by 739 subjects: 197 pregnant women, 271 children aged 0-3 years old and their 271 mothers. The findings were: the group of pregnant women had a prevalence of 41.62% caries, DMFT Group Index was 7.35, poor plaque control in 15.23% and Löe & Silness Modified Group Index was 7.35. In the group of mothers of the children was found 41.7% caries prevalence, DMFT Group Index was 8.03, poor plaque control in 39.48% of them and the Löe & Silness Modified Group Index was 14. In the pediatric population, the prevalence of caries was 4.06%, the dmft Group Index was 0.37, prevalence of poor control of bacterial plaque on 2.58% of the children, the Periodontal Löe & Silness Modified Group Index was 1.73 and Caries Risk Index was 31.35. Within these risks, 59.78% were feed with bottle and 71.6% of children sleep with their mouth without cleaning.

KEYWORDS

Oral health, pregnancy, epidemiology, health promotion, primary prevention, baby, clinic.

ABREVIATURAS:

ASG2 Área de Salud Goicoechea Dos

CCSS Caja Costarricense del Seguro Social

CTI Caries Temprana Infancia

I ceo-d Índice Cariadas, perdidas, obturadas, dientes temporales

I CPOD Índice Cariadas perdidas obturadas dientes permanentes

IRC Índice Riesgo de Caries

Recibido: 25 octubre, 2014

Aceptado para publicar: 19 diciembre, 2014

INTRODUCCIÓN

La caries dental sigue siendo un problema de salud pública en muchos países en desarrollo, así como en poblaciones desfavorecidas de los desarrollados. Esta enfermedad tiene su inicio en los primeros meses de vida y puede ser evitada cambiando el momento de aplicación de las medidas de promoción de la salud oral y aplicando medidas preventivas oportunas, y esto se inicia con la intervención de la mujer embarazada y, de ser posible, antes de que se embarace.

El presente artículo es producto de un estudio observacional, descriptivo, transeccional en mujeres embarazadas y en niños y niñas de 0 a 3 años, así como en sus respectivas madres, todos adscritos al Área de Salud de Goicoechea Dos (ASG2), de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), donde se valoró su salud oral, y se determinó la prevalencia de caries según el índice Dientes Permanentes Cariados Perdidos Obturados (CPO-D) y Dientes Temporales Cariados Perdidos Obturados (cpo-d), la presencia de placa bacteriana según el Índice de Löe & Silnes Modificado. Asimismo, se establecieron los factores de riesgo que presentan los niños y niñas de 0 a 3 años, mediante el Índice de Riesgo de Caries (IRC) y un cuestionario.

El propósito de esta investigación, además de conocer la salud bucodental de la población pediátrica, fue conocer de primera mano los factores de riesgo de enfermar, lo que nos guiará para hacer las correcciones necesarias que aseguren que los niños y las niñas alcancen la edad escolar libre de caries, o al menos disminuya la prevalencia de la caries de la temprana infancia (CTI) en este grupo etéreo. Como corolario de esta experiencia, este estudio permitió el inicio de la implementación del Módulo de Promoción: Clínica del Niño Sano en Odontología del ASG2.

ANTECEDENTES

La caries dental es reconocida como un problema de salud pública que causa dolor, dificultad para pronunciar y masticar e incluso problemas psíquicos, ya que una boca enferma y antiestética puede debilitar la autoestima e interferir en la esfera de las relaciones sociales, causando inclusive un bajo rendimiento escolar en el caso de los niños. Las enfermedades como la caries y la patología periodontal pueden ser el origen de infecciones sistémicas y de males reumáticos, así como malnutrición, problemas digestivos, preclampsia en las mujeres embarazadas, abortos, problemas cardíacos y renales.

La Caries de la Temprana Infancia (CTI), es una forma especialmente virulenta de caries que afecta a la población pediátrica, y resulta ser un problema de salud pública de mayor prevalencia en los países en desarrollo. Esta condición puede causar grandes daños en la dentición de los niños y niñas en un periodo corto.

Muchos investigadores relacionan la CTI, de forma directa, con los hábitos inadecuados alimentarios y la falta de cuidados en el hogar, al haberse determinado que la salud oral de la población pediátrica está influenciada por los conocimientos de sus padres sobre salud oral, por los valores de estos y por la aplicación de las acciones de promoción y prevención de la enfermedad bucal. Por tales razones, muchos estudiosos concuerdan en que es necesario realizar una divulgación sin límites en el seno de la familia, pues la profilaxis debe iniciar desde que el niño se encuentra en el vientre materno, con la formación y calcificación de los órganos dentarios sanos.

Según la Organización Mundial de la Salud, la placa bacteriana es una entidad bacteriana organizada, proliferante, enzimáticamente activa, adherida a la superficie dentaria. Es el factor etiológico en la presencia de caries y de la enfermedad

periodontal. Está compuesta por comunidades de bacterias, saliva, restos de comida y de epitelio, que se unen a una superficie sólida.

De los entre 300 y 400 diferentes microorganismos que se encuentran en la placa bacteriana, el estreptococos mutans es uno de los primeros en adherirse a la superficie dental. Se deposita en dientes, lengua, encías y otras superficies e incluso en las prótesis dentales; aumenta de tamaño por la ingestión de carbohidratos y puede ser removido con el cepillo y el hilo dental. El recién nacido no tiene el *E. mutans* al nacer. Convencionalmente se cree que la colonización del *E. mutans* ocurre después de la erupción de las piezas dentarias, aunque algunos estudios demostraron que tal fenómeno puede ocurrir a los 2-3 meses. La edad en que el pequeño es colonizado es importante, debido a que los estudios sugieren que mientras más temprano ocurra tal hecho, su experiencia de caries aumenta [5], pero a la vez, se sugiere que los niños que escapan este primer periodo de colonización del *E. mutans*, permanecen libres de este microorganismo hasta después de los 6 años de edad, cuando ocurre la erupción de los primeros molares permanentes [6].

Varios factores suelen contribuir a la colonización del *E. mutans* como son la erupción de las piezas dentales, los hábitos alimentarios y una deficiente higiene oral. Muchos investigadores sugieren que la infección se efectúa de forma directa por la saliva de las personas que integran el círculo familiar del bebé, especialmente por la madre, que besan en la boca, soplan o prueban la comida del bebé, o de forma indirecta por el intercambio de utensilios u objetos contaminados que el pequeño lleve a la boca. A pesar de los grandes avances en la investigación en estas décadas

sobre la caries, esta continúa siendo la enfermedad infecciosa que afecta mayormente a los niños y niñas alrededor del mundo. Esta condición multifactorial y transmisible, se caracteriza por una serie de reacciones complejas, que generan la producción de ácidos que atacan y destruyen el esmalte y la dentina y que, si no se detiene su avance, puede dañar todos los tejidos del diente.

En Costa Rica, Gudiño realizó una investigación en 3 comunidades urbanas de San José en la población pediátrica de 12 a 24 meses, e informa haber encontrada una prevalencia del 36% de caries, con más de 4 dientes cariados [7]. Como resultado de un estudio realizado en Suecia se precisó que el 0,5% de los niños suecos de 12 meses eran portadores de CTI, mientras que al alcanzar los 24 meses, la prevalencia se incrementó a un 7,7% y a 28,3% a los 3 años. En Brasil, la prevalencia de CTI en menores de 12 meses es de 23,53%, y se incrementó a 28,57% a los 24 meses.

Dado que la promoción de la salud oral debe estar presente desde que el bebé está en el vientre materno, es menester cuidar la salud oral de la mujer embarazada. La salud bucal durante la maternidad tiene implicaciones significativas en el resultado del parto y en la salud oral del infante. Investigaciones de la prevalencia de caries en mujer embarazada arrojan datos del 74 %. Investigadores estiman que cerca de un 86,2 % de las mujeres embarazadas sufre de algún tipo de enfermedad de los tejidos de soporte, ya sea gingivitis o periodontitis. Este padecimiento en la madre gestante, ha sido asociado al desarrollo de preclampsia, aborto, nacimientos de bajo peso y partos prematuros. [9]

Durante el embarazo ocurren muchos cambios fisiológicos y psico-

lógicos y muchos de ellos tienen un impacto directo sobre la salud bucal. Los valores elevados de progesterona, el incremento del metabolismo de los estrógenos de la encía, así como el aumento en la producción de prostaglandinas durante el embarazo, tienen una acción directa sobre los capilares gingivales y sobre la nutrición y metabolismo de las células del periodonto, lo que origina un aumento de la respuesta inflamatoria ante los irritantes de la placa bacteriana [10]. Las hormonas son responsables directas del aumento de ciertas bacterias como la *Prevotella melaninogénica*, que produce a su vez inflamación gingival o gingivitis. Pero la aparición de esta condición, está relacionada con la presencia de placa bacteriana, es decir, si se logra una remoción eficaz y sistemática de este biofilme, se elimina la enfermedad.

Tanto por los perjuicios de la enfermedad periodontal en la mujer embarazada, como por que la madre es la primera responsable en la infección del *E. mutans* al bebé, es vital brindar atención odontológica tanto preventiva como curativa a la mujer antes y durante la concepción, y posterior al parto, ya que no solo rehabilita su salud bucal, sino que asegura también la salud bucal de su hijo o hija [11].

La Estomatología del Bebé o Clínica del Bebé representa la máxima expresión de la promoción de la salud oral y de la prevención de las enfermedades bucodentales del pequeño y del futuro adulto. Su objetivo principal es mantener al niño y a la niña libre de caries mediante una intervención sistemática, constante e individualizada de medidas de promoción y prevención en salud oral, lo que garantizará el óptimo crecimiento y desarrollo de su sistema estomatognático durante el inicio de su infancia [6].

El modelo de la Clínica del Bebé se inició en 1983 por el Dr. Luiz Reynaldo de Figueiredo-Walter en la Universidad de Londrina en Brasil. Ha sido imitado por varios países con muy buenos resultados como: Europa, Japón, Estados Unidos y Brasil, donde informan una buena aceptación a la incorporación de la filosofía de la Clínica del Bebé dentro del Sistema Público de Atención Primaria, ya que ha demostrado una reducción notable de los niveles de caries dental y de otras enfermedades bucales en las poblaciones donde se ha puesto en práctica. Como consecuencia de los cambios que procura este modelo, el índice de caries en el primer año que inició este proyecto, bajó de un 12 % al 3,2 %, lo que muestra la importancia de esta atención precoz, que combina la promoción con la prevención de las enfermedades bucales [12].

En lo que se refiera a la enfermedad de caries en niños de 0 a 36 meses, la odontología apunta hacia un tratamiento preventivo, representado principalmente por el control de la placa dental, orientaciones sobre dieta y el uso de flúor de acuerdo con las necesidades del paciente. Los procedimientos básicos en el abordaje de la salud bucal de los bebés consisten en: 1- la divulgación de forma masiva de la relevancia de la atención odontológica para el bebé; 2- en educación sistemática y constante de los padres o cuidadores sobre las enfermedades dentales y las medidas que aseguran su prevención; 3- en la realización de un examen clínico; y en 4- la orientación personalizada respecto a los factores de riesgo [6]. En Costa Rica y como producto de su investigación, Chaves M. concluye que la educación en salud bucal debería ser permanentemente dirigida a madres, padres de familia o encargados, maestros y líderes comunales, ya que solo con perseverancia es posible controlar

los factores de riesgo de la enfermedad, por lo cual, debe existir un flujo de información constante, accesible, participativo, dinámico y sencillo; que se tiene que concientizar a los padres de familia acerca de la importancia de la higiene de la cavidad oral, el hábito de limpiar las encías, dientes y lengua en el niño desde que nace, para así mantener una salud oral adecuada y lograr cambios de actitud positivos y duraderos en el tiempo. El inicio temprano permite que los padres reciban la información adecuada y a la vez permite evaluar el riesgo del bebé de desarrollar caries antes de que esta aparezca. Al ser esta una odontología mínimamente invasiva, las visitas son indoloras, rápidas, sencillas y económicas, por lo que el niño se va acostumbrando rápidamente a ellas, porque no las asocia con una experiencia traumática.

Por todas estas razones, la Estomatología o Clínica del Bebé se adapta perfectamente al Sistema de Atención Primaria, ofreciendo una opción integral, de bajo costo, que soluciona los problemas que representen en los niños y las niñas las enfermedades bucodentales.

Como parte de las estrategias para evitar la aparición de las enfermedades bucales, es muy importante la detección de los factores de riesgo de enfermedad bucal. Actualmente existe la suficiente información que ayuda al profesional a cuantificar la susceptibilidad que posee un individuo de padecer de enfermedad bucal, y permite el desarrollo y la aplicación de las medidas preventivas necesarias. De esta variedad de factores que ponen en riesgo al bebé a contraer una enfermedad bucal encontramos: generales, individuales y prácticas de familia.

Con respecto a los factores de riesgo, Gudiño encontró en un estu-

dio con infantes de 12 a 24 meses de San José-Costa Rica, que tienen más riesgo de adquirir caries dental los que no poseen historia de lactancia materna, los varones, a los que no les cepillaban los dientes, y los que tenían el hábito de irse a dormir con el chupón o biberón.

Entre los factores de riesgo generales se encuentra que para la salud bucal del bebé, es indispensable que sus madres, padres o encargados, presenten una buena salud bucal, gracias a la educación y formación en hábitos saludables de autocuidado. El bajo nivel socioeconómico se precisa como otro factor de riesgo de la enfermedad bucal. Una revisión sistemática efectuada en el año 1999 respecto al estado socioeconómico y determinantes del desarrollo como factores de riesgo de caries, concluyó que existía una fuerte evidencia de una relación inversa entre el estado socioeconómico y la prevención de caries en niños menores de 12 años. Algunos investigadores advierten una relación clara entre la educación formal de la madre y la prevalencia de caries, los hábitos alimentarios, y los de higiene oral, entre otros. Se establece que existe una relación directa entre un nivel de escolaridad bajo en la madre en relación con la presencia de caries en el bebé.

Las prácticas familiares, costumbres, hábitos o estilos de vida particulares de los miembros que conforman cada familia, pueden poner en riesgo al bebé de contraer una enfermedad bucal. Para iniciar, una práctica familiar deficiente es realizar una pobre higiene bucal o incluso no llevarla a cabo. Al respecto, Goldstein y Gudiño concluyen como resultado de su investigación, que la mala higiene oral de la madre en especial, constituye un factor de riesgo para que sus hijos desarrollen CTI. Al poseer la madre el E. mutans en su microflora oral,

es ella la primera que le transmite el microorganismo al bebé de forma vertical; por eso las prácticas familiares como la de probar, o soplar la comida del bebé mientras se le alimenta e, inclusive, besar en la boca al bebé, implica el riesgo de transmisión del microorganismo. El bebé puede recibir una infección indirecta del *E. mutans* cuando se lleva a la boca utensilios o juguetes previamente contaminados con la saliva de otras personas, tanto en su hogar como en los centros de cuidado infantil.

El inicio de la limpieza de la boca en el bebé es un hábito que se debe instaurar desde muy temprano. Como algunas investigaciones advierten que la colonización del *E. mutans* puede ocurrir tan temprano como a los 2 meses del bebé, se recomienda que se inicie la limpieza con gasa antes de la erupción de los primeros dientes. Gudiño realizó un estudio en 68 niños de 0-13 meses y de 14-20 meses, y encontró niveles detectables de placa bacteriana en el 75% y 72% respectivamente en cada grupo. Además, que los niños mayores de 17 meses presentaban niveles más altos de SM ($P < .05$), lo que le permitió concluir que la colonización de SM de la placa bacteriana y de la saliva de los pequeños con alto riesgo de caries está relacionada con la edad y el desarrollo dental.

Investigadores reconocen que los bebés cuyos dientes son aseados por medio del cepillado desde una edad muy temprana, antes de los 11 meses tienen más probabilidades de mantenerse libres de caries. Al respecto, se afirma que los que iniciaron más tardíamente el cepillado dental, entre 10-30 meses aumentaron significativamente el riesgo de desarrollar CTI.

Los libros de pediatría hasta hace unos pocos años recomendaban los 4 años como la edad adecuada

para llevar a los niños a su primera revisión por el dentista. Este concepto que ya sabemos está errado, se asociaba a la creencia de que los profesionales en odontología están para “reparar” los dientes cuando le aparecen caries y a esa edad se consideraba probable que los pequeños necesitaran tratamientos restaurativos. La Academia Americana de Odontopediatría y la Academia Americana de Odontología, recomiendan que los niños que están en riesgo de padecer de caries dental debieran asistir al odontólogo entre los 6-12 meses.

La mantención de la salud bucal, o cuando existe daño, y el tratamiento odontológico adecuado y oportuno de preescolares con patologías bucales incipientes, establecen una gran diferencia en aspectos sociales y psicológicos de la vida del niño. Esto incluye menos dolor, procedimientos menos invasivos y sencillos, evitando trastornos severos de la alimentación y del sueño. Los menores tratados oportunamente plantean efectos sociales positivos, entre otros: mayor número de sonrisas, aumento del rendimiento escolar e incremento de la interacción social con el entorno

METODOLOGÍA Y MATERIALES

El presente estudio fue observacional, descriptivo y transeccional. La unidad muestral la constituyeron mujeres embarazadas, niños y niñas de 0 a 3 años de edad y sus respectivas madres, que asistieron a consulta en el Módulo del Bebé Sano en Odontología en la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez del Área de Salud de Goicoechea 2, CCSS. Este protocolo de estudio cumplió con los requerimientos del Comité Local de Bioética de Goicoechea.

A los participantes se les realizó un examen clínico bucodental

que consistió en la exploración de las piezas dentales para valorar su estado: sana, cariada, perdida u obturada y es un procedimiento de rutina durante la cita dental. La información del examen clínico se anotó en el formulario de Historia de Odontología de la CCSS. Se les realizó, además, un examen de placa bacteriana consistente en verificar la presencia de placa bacteriana visible en piezas dentales trazadoras, con la ayuda de un instrumento, información que también se anotó en el formulario de Historia de Odontología.

En este estudio se realizó otro procedimiento que se aplicó con fines de investigación y fue la aplicación del Cuestionario de Factores de Riesgo de Enfermedad Bucal, el cual permitió conocer los factores de riesgos y calcular el Índice de Riesgo de Enfermedad Bucal de la población pediátrica.

RESULTADOS

La población total del presente estudio fue de 739 participantes: 197 mujeres embarazadas, 271 niños de 0 a 3 años y sus 271 respectivas madres.

En el grupo conformado por las mujeres embarazadas, la prevalencia de caries fue de 41,62%, la media de caries fue 0,42, el CPOD grupal fue 7,35, la prevalencia de mal manejo de placa bacteriana fue 15,23% y el índice Índice Löe & Silness modificado grupal fue de 7,35. Los hallazgos encontrados en el grupo de mujeres embarazadas se hallan en la tabla #1.

En la población pediátrica el 44,65 % fueron del sexo femenino y el 55,35% del sexo masculino. De la población infantil con caries el 63,63 % fueron niñas y el 36,36% fueron niños. La prevalencia de caries fue de 4,06%, la media de caries fue 0,04, el ceo-d grupal fue

Tabla N°1: Salud oral de las mujeres embarazadas del Área de Salud Goicoechea 2	
Número de participantes reclutadas en estudio	197
Prevalencia de caries	41.62%
Media de caries	0.42
CPOD grupal	7.35
Prevalencia de mal manejo de placa bacteriana	15.23%
Índice Løe & Silness modificado grupal	7.35

0,37, el Índice Løe & Silness modificado grupal fue de 1,73 y el Índice de riesgo de caries fue 31,35. Los hallazgos encontrados en el grupo de infantes de 0-3 años se hallan en la tabla #2.

Tabla N°2: Salud bucodental de los niños y niñas de 0 a 3 años del Área de Salud Goicoechea 2	
Número de pequeños reclutados en estudio	271
Prevalencia de caries	4,06%
Media de caries	0.04
ceo-d grupal	0.37
Prevalencia de mal manejo de placa bacteriana	2.58%
Índice Løe & Silness modificado grupal	1.73
Índice de riesgo de caries	31.35

Los factores de riesgo de enfermar de caries que presenta la población pediátrica se detallan en la tabla #3, y se clasificaron según su prevalencia y se encuentran en la tabla siguiente:

La información recolectada nos permite hacer algunas asociaciones entre la población pediátrica y sus madres, lo que se detalla en la tabla #4.

Tabla N°3: Factores de riesgo de padecer caries que presentan los niños y niñas de 0 a 3 años del Área de Salud de Goicoechea 2			
Grado de prevalencia	Factor de riesgo	FA	FR
Muy alta prevalencia	Niños toman leche y se duermen con la boca sin limpiar	194	71,59%
Alta prevalencia	Niños utilizan chupón como medio para alimentación	162	59,78%
	Cuidadores soplan o prueban la comida del niño	158	58,30%
	Cuidadores de los niños de 0-3 años cepillan menos de 2 veces al día	103	38,01%
Mediana prevalencia	Niños que tienen presente una o más molares temporales, se duermen con la boca sin limpiar	180	35,79%
	Cuidadores de los niños de 0-3 años besan a niño en la boca	78	28,78
	Cuidadores iniciaron limpieza bucal del niño después de los 10 meses	75	27,68
Baja prevalencia	Niños consumen más de 3 meriendas al día	65	23,99
	Niños no colaboran a la hora de realizar la higiene bucodental	61	22,51
	Niños recibieron lactancia materna por un periodo menor de 6 meses	52	19,19
	Cuidadores no insisten cuando niño no colabora con la higiene bucodental	22	8,12

Con respecto a los hallazgos en las madres de los niños y niñas de 0-3 años, la prevalencia de caries fue de 41,7%, la media de caries fue de 0,42, el CPOD grupal fue de 8,03, la prevalencia de mal manejo de placa bacteriana fue de 39,48% y el Índice Løe & Silness modificado grupal fue de 14. Se describen a continuación los hallazgos, en tabla #5

La asociación de más de dos variables permite conocer que: De los niños cuyas madres tienen caries, el 3,89% tiene caries, mientras que de los pequeños cuyas madres no las tienen el 2,22% las poseen. Es decir, que los niños cuyas

Tabla N°5: Salud oral de las madres de los niños de 0 a 3 años del Área de Salud Goicoechea 2	
Número de mujeres reclutadas en estudio	271
Prevalencia de caries	41,7%
Media de caries	0,42
CPOD grupal	8,03
Prevalencia de mal manejo de placa bacteriana	39,48%
Índice Løe & Silness modificado grupal	14

Tabla N°4: Características de los niños y niñas de 0 a 3 años que tienen caries dental del Área de Salud de Goicoechea 2		
Conducta de riesgo	FR	FR
Niños con caries cuyas madres tienen caries	7	3,89
Niños con caries cuyas madres no tienen caries	4	2,22
Niños con caries cuyas madres tienen mal control de placa bacteriana	7	3,89
Niños con caries cuyas madres tienen buen control de placa bacteriana	4	2,22
Niños con caries cuyos cuidadores los besan en la boca	1	0,56
Niños con caries cuyos cuidadores no los besan en la boca	3	1,67
Niños con caries dental cuya lactancia fue menor de 6 meses	2	1,11
Niños con caries dental cuya lactancia fue mayor de 6 meses	9	5
Niños con caries dental que usan chupón como medio de alimentación	8	4,4
Niños con caries dental que no usan chupón como medio de alimentación	3	1,67
Niños con caries dental que se duermen con la boca sin limpiar	7	3,89
Niños con caries dental que se duermen con la boca limpia	4	2,22

madres tienen caries, cuentan con más riesgo de padecerlas.

De los niños cuyas madres tienen mal control de placa bacteriana, el 3,89% tienen caries, mientras que los niños cuyas madres no las poseen el 2,22% tienen caries, es decir, que los niños cuyas madres tienen mal manejo de placa bacteriana, cuentan con más riesgo de padecerlas.

De los menores que usaron chupón como medio de alimentación, el 4,4% presentó caries mientras que los que no fueron alimentados con chupón, solo el 1,67% las presentó. Es decir, que los que usan chupón como medio de alimentación tienen más del doble de riesgo de padecerlas.

De los niños que se duermen con sus bocas sin limpiar, el 3,89% presentó caries, mientras que los que se duermen con la boca limpia presentaron caries el 2,22% de ellos. Es decir, que los que se duermen con la boca sin limpiar, cuentan con más riesgo de padecerlas.

Con respecto a la variable de si el niño recibió una lactancia menor a seis meses, los que contestaron afirmativamente tuvieron una prevalencia de caries de 1,11% de caries, mientras que los que recibieron una lactancia que sobrepasó los seis meses, el 5% tiene caries. Muy probablemente, el aumento en la prevalencia de caries se deba a que los menores tuvieron lactancia materna por largo tiempo, y se

presentó lo que los investigadores denominan caries por amamantamiento prolongado, donde las madres dan lactancia y no limpian los dientes de sus hijos, quizás al suponer que la lactancia no produce caries dental, lo que es un concepto errado.

DISCUSIÓN

En Costa Rica existen algunos estudios en población de niños y niñas de los 0-3 años. Eso permite contrastar con los hallazgos encontrados en el cantón de Goicoechea. Con respecto a los niveles detectables de placa bacteriana encontrados en la población pediátrica, estos son mucho menores que los hallados en otras investigaciones en Costa Rica. Con respecto a los datos prevalencia de caries de los niños en esta localidad, esta se acerca bastante a la prevalencia de caries en niños de países desarrollados como Suecia, y demuestra que muchos hogares de esta comunidad aplican medidas de promoción de salud y de prevención de enfermedades. El grupo de las madres de estos niños y niñas, aunque lamentablemente evidencian la presencia de enfermedad bucodental, mayor prevalencia de caries y de mal manejo de la placa bacteriana, con respecto a la prevalencia de caries las cifras son inferiores a los encontrados en investigaciones en otras partes del mundo, lo que viene a representar una noticia buena, pero que aun advierte que se debe seguir trabajando arduamente en la mejora de la salud oral de este grupo etario. Las mujeres embarazadas tienen hallazgos e índices un poco mejores que el del grupo de madres, lo que impresiona que ellas o se cuidan un poco más su salud oral o que las que poseen hijos tienen más dificultades para cuidarse su salud oral.

CONCLUSIONES

En el grupo de mujeres embarazadas se encontró caries en un 41,62% de ellas; una media de caries de 0,42, un CPOD grupal de 7,35, lo que se califica como muy alto; una prevalencia de mal manejo de placa bacteriana de 15,23% y el Índice de Higiene Oral de Løe & Silness Modificado grupal de 7,35, lo que se califica todavía como higiene buena.

Con respecto al binomio madre-hijo(a) de 0 a 3 años, se examinaron 271 madres, y se halló en ellas una prevalencia de caries de un 41,7%, una media de caries de 0,42, un CPOD grupal es de 8,03 o muy alto; una prevalencia de mal control de placa bacteriana de 39,48% y un Índice de Løe & Silness Modificado grupal de 14, lo que se califica todavía como higiene buena.

De los 271 niños de 0 a 3 años examinados, se encontró que 44,65% eran del sexo femenino y 55,35% del masculino. La prevalencia de caries fue de 4,06%, y se halló que de la población infantil con caries, el 63,63% son del sexo femenino y el 36,36% son del masculino, la media de caries fue de 0,04, el ceod grupal encontrado fue de 0,37, lo que se califica como muy bajo; la prevalencia de mal control de placa bacteriana fue 2,58%, el Índice de Higiene Oral Løe & Silness Modificado grupal de 1,73, lo que se califica como higiene buena y un Índice de Riesgo de Caries (IRC) de 31,35, lo que se califica como riesgo bajo.

Del grupo de los factores de riesgo de padecer caries, con prevalencia muy alta, se presentó que los pequeños que se duermen con la boca sin limpiar, son un 71,6%. Con respecto a los de prevalencia alta se presentó la utilización del chupón como medio de alimentación con un 59,78% y el que los cuidadores soplan o prueban la co-

mida de los niños a la hora de alimentarlos con un 58,30%. Entre los factores de prevalencia mediana se halló que los cuidadores de los niños besan al niño en la boca con un 28,8%, que esas personas iniciaron la limpieza bucal del niño después de los 10 meses con un 27,7%, y que los cepillan menos de 2 veces al día con un 28,8% y que los niños que tiene ya presentes en sus bocas una o más molares temporales, y se duermen con la boca sin limpiar con un 35,79%. Finalmente, con respecto a los factores de riesgo con baja prevalencia se supo que los que recibieron una lactancia materna menor a seis meses, son un 19,9% de la población, y que los que consumen más de tres meriendas son un 23,99%, y que los menores que no colaboran con la higiene dental son un 22,5%, y finalmente que los cuidadores que no insisten cuando los niños se rehúsen a realizar la higiene dental, representan un 8,12% de la población. ■■■

Dra. María Gabriela Chavarría Fonseca,
M.Sc
Área de Salud Goicoechea 2,
Caja Costarricense del Seguro Social
Servicio de Odontología, Clínica
Doctor Ricardo Jiménez Núñez, CCSS
Profesora Universidad Latina
de Costa Rica

BIBLIOGRAFÍA

Jones, S., Burt, B., Petersen, P., Lennon, M., (2005). *The effective use of fluorides in public health. Bull World Health Organ [online].* 83(9): 670-676.

Gudiño, S., (2006). *Caries de la temprana infancia: denominación, definición de caso y prevalencia en algunos países del mundo. ODOVTOV*; 8:39-45.

Figueiredo- Walter, L., Ferrelle A, Myaki I .R.F, (2000). *Odontología para el bebé-Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. Colombia. Sao Paulo. Editora Artes Médicas Ltda. Sarinthron, T., Kwanchanok, Y, Wallapit, W., Sukritta, V, et ál., (2009). Early colonization of mutans streptococci in 2-to 36 month-old thai children. Pediatric Dentistry* ; 31(1): 47-51.

Garibay, P, (2005). *Nivel de streptococcus del grupo mutans en infantes de 0-24 meses que asistieron a la unidad del bebé del área de Odontopediatría del IESN en los meses de mayo-junio del 2005. Tesis. Lima, Perú. Carmona, A., (2004). Incorporación de la estomatología del bebé en el sistema público de atención primaria de la unidad docente de medicina familiar N 1 del Ambulatorio "Leonardo Ruiz Pineda II". Trabajo de Grado de Especialista. Caracas*

Gudiño, S., *Prevalencia y análisis descriptivo del patrón de caries dental en niños costarricenses de 12 a 24 meses. Revista ODOVTOS* 2003; 5: 68-75.

Gudiño, S., *Caries de la temprana infancia: denominación, definición de caso y prevalencia en algunos países del mundo. Revista ODOVTOS* 2006; 8: 39-45.

Noochpoung, R., Dejpitak, A., Yoshitoku, Y., Harun-or-Rashid, et ál.. (2010). *Dental caries and gingivitis among pregnat and non-pregnant women in Chian Mai, Thailand. Nagoya J. Med. Sci.* 72: 43-50.

McDougall, A., Cobban, S., Compton, S., (2011). *Is periodontal disease related to adverse pregnancy outcomes? A Scoping Review. Can J Dent Hygiene* 45(1): 53-60.

Bogges, K.A., Edelstein, B.L., (2006). *Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. Matern Child Health J.* 10 :169-174

Figueiredo-Walter, L.R.F, (2013). *Una filosofía necesaria en la práctica odontopediátrica. Dental Tribune*; 8(10): 3-4. Cançado-Figueiredo, M., Das Dores, C., Saldanha, M., Michel, J., et Ál. (2008). *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. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 19(2): 5-12.

Chaves, M., (2010). *Prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales y su relación con algunos factores de riesgo en niños y niñas preescolares del Cantón de Montes de Oca. ODOVTOS* 12: 26-39.

Goldstein, R., Gudiño, S., (2007). *Riesgos nutricionales e higiénicos asociados a la caries de la temprana infancia en el binomio madre-hijo (a) en el distrito josefino de Rio Azul. Revista CCDCR* 3: 74-80.

Gudiño, S., (2007). *Lactancia materna, biberón, azúcares en solución y caries de la temprana infancia en el San José urbano. ODOVTOS* 9: 77-87.

Galganny-Almeida, A., Queiroz, M., Leite, A., (2007). *The Effectiveness of a Novel Infant Tooth Wipe in High Caries-risk Babies 8 to 15 Months Old. Pediatric Dentistry* 2007; 29(4):337-347.

Gudiño, S., Rojas, N., Castro, C., Rodríguez, M., et Ál., (2007). *Colonization of MS in Costa Rican Children from a High-risk Population. Journal of Dentistry for Children* 74(1):36-40.

Gudiño, S., (2007). Higiene oral, entorno familiar, azúcares sólidos, enfermedades respiratorias y caries de la temprana infancia en el área metropolitana de San José-Costa Rica. ODOVTOS B; 9: 97-104.

Programa Piloto: Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niños y Niñas Preescolares de la Región Metropolitana 2010. Secretaría Regional Ministerial de Salud. Ministerio de Salud de Chile. 2010.