

Atención odontológica de la primera infancia – Sobre caries dentaria

10 Capítulo

Fabián Calixto Fraiz
Ana Cristina Barreto Bezerra
Luiz Figueiredo Walter Reinaldo

Objetivo

La Asociación Brasileña de Odontología Pediátrica (abo-odontopediatría) reconoce en la infancia la oportunidad de adoptar medidas preventivas y educativas que tengan un impacto positivo en la salud bucal de la población. También reconoce la importancia de la participación de todas las instituciones, organizaciones profesionales y sociales, de manera integral, para la consecución de este objetivo, involucrando al mayor número posible de personas. Para ello, la Asociación Brasileña de Odontología Pediátrica propone recomendaciones que estimulen el cuidado dental durante los primeros años de vida para guiar a los equipos involucrados en la salud bucal de los niños, respetando la especificidad de cada grupo de población y sus diferencias regionales.

Método

Esta guía está basada en una revisión de la literatura actual en el campo dental, médico y de salud pública relacionados con el cuidado de la salud oral de los niños pequeños, que tuvo lugar a partir de investigaciones en MEDLINE, LILACS y BBO. La literatura incluye los estudios que utilizan la metodología científica adecuada, se publicaron en periódicos y revistas de

referencia. Las orientaciones están acompañadas por el grado de recomendación, estimado a partir del nivel de evidencia científica, conforme al contenido de la Tabla 1 en la Introducción de este manual.

Caries de la primera infancia (ECC Inglés - Early Childhood Caries)

Desde finales de los años 90, llegó el término “Caries de la Primera Infancia”, que se define como la presencia de una o más superficies de los dientes afectados (cavidades o no), perdidos (debido a la lesión de caries) o restaurada en los dientes primarios de un niño de hasta 5 años de edad. En los niños menores de 3 años de edad, cualquier superficie lisa con señal de lesión de caries es indicativo de la enfermedad en una etapa avanzada, llamada Caries Severa de la Primera Infancia.

De 3 a 5 años de edad, llamamos caries severa de la primera infancia cuando un niño tiene una o más superficies de los dientes anteriores con caries, perdidos (debido a las lesiones cariosas) o ya obturados, o un índice CEOD de dientes cariados, perdidos u obturados mayor o igual a 4, a la edad de tres años; mayor que o igual a 5, para la edad de 4 o mayor o igual a 6 a la edad de 5 años^{3, 15}. Mientras que

esta definición tiene aceptación internacional y se puede utilizar para estudios e investigaciones que tienen como objetivo hacer comparaciones con otras comunidades, que deben ser considerados para la realidad brasileña. Este índice no es suficiente para demostrar la sensibilidad necesaria para identificar la gama de grados de la agresividad y la gravedad encontrados. Por lo tanto, se sugiere que la Asociación Brasileña de Odontología Pediátrica desarrolle un Índice complementario que represente mejor las manifestaciones de la enfermedad en la población infantil Brasileña.

La caries dental es un desequilibrio en el proceso salud-enfermedad en la que los componentes socio-culturales tienen una influencia notable, sobre todo en los niños pequeños. El análisis de los factores etiológicos debe partir del concepto de multi-causalidad de la enfermedad, donde las variantes biológicas y no biológicas actúan de forma sinérgica.

La caries dental en niños pequeños puede manifestarse en forma severa, lo que lleva a la destrucción completa de la corona del diente en un tiempo sorprendentemente corto y afecta negativamente a la calidad de vida del niño (7 [B], 26 [B]). Durante la infancia, la enfermedad está estrechamente ligada a factores dietéticos^{18 [B], 20 [B], 21 [B], 23 [B]}, especialmente la alimentación asociada al sueño^{22 [B]}, con productos que contengan hidratos de carbono fermentables, en particular, la sacarosa^{21 [B]}. La sacarosa y la falta de higiene facilitan la acción del estreptococo del grupo *Mutans*^{12 [B]}, el principal factor microbiológico implicado en el proceso de la caries dental. En Brasil, a pesar de

que la prevalencia de la caries dental ha disminuido, las tasas encontradas en los primeros años de vida, también merecen especial atención^{1,19}.

Teniendo en cuenta los primeros meses de vida de nuestra población, el biberón es el principal vehículo de alimentos cariogénicos, especialmente si se asocia con el sueño^{4 [A] 21 [B]}. Lo mismo en niños que reciben atención e intervención odontológica periódica. Cuando el uso del biberón está asociado con el sueño, los factores de agresión se acentúan provocando que las medidas preventivas tengan una eficacia menor^{10 [B]}.

Por otro lado, la infancia es un momento importante para el establecimiento de acciones educativas a fin de prevenir la caries dental, no sólo debido a los aspectos biológicos, sino para una buena formación dentaria así como la obstrucción en la implantación de una microbiota cariogénica, porque los hábitos alimentarios y de higiene establecidas a temprana edad tienden a permanecer durante toda la vida.

Estrategias de promoción de la salud y prevención de la caries

La caries dentaria es una enfermedad prevenible, que presenta un fuerte componente socio-conductual. Acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida constituyen una importante herramienta de promoción de la salud, ya que permiten que el bebé se desarrolle en un núcleo familiar favorable con la adopción de medidas preventivas. Estas deben ser implementadas idealmente a partir del período prenatal^{16 [A] 17 [A], 23 [B]}, en los primeros seis

meses de vida del niño con la ayuda del consejo profesional ^{4 [A]} ^{16 [A]} ^{17 [A]}. Las acciones educativas sistemáticas dirigidas a las madres han obtenido un impacto importante en la prevención de caries en los bebés ^{4 [A]}, ^{6 [A]} ^{16 [A]} ^{17 [A]} ^{24 [A]}.

El éxito en la prevención de la caries dental está asociado con la capacidad de aceptar las recomendaciones así como la práctica de medidas preventivas adecuadas con la realidad en la que el niño vive, pues las acciones colectivas o individuales que buscan influir positivamente en el proceso de salud-enfermedad bucal se deben respetar y basarse en un contexto de especificidad biológica, socio-económica y cultural de los niños para quienes están destinadas⁹.

Evaluación de Riesgo en Salud Bucal

Se recomienda que una evaluación de riesgo de la salud bucal sea realizada antes del sexto mes de vida por profesionales de la salud calificados y así hacer coincidir a la metodología con la atención odontológica. El método clínico-anamnesico es una importante alternativa que debe incluir la evaluación de los hábitos alimentarios y las características de la higiene bucal del bebé y de su familia, el acceso a los compuestos fluorurados, a las condiciones de salud y de vida, además de un minucioso examen clínico.

Acciones Educativas para el Núcleo Familiar

Las acciones educativas y preventi-

vas para el hogar tienen un impacto positivo en la salud bucal de los niños, debiendo incluir los siguientes aspectos:

Las acciones educativas para la madre y su núcleo familiar

Higiene Bucal: Los integrantes del núcleo familiar deben de ser motivados a realizar acciones de higiene bucal adecuada, diariamente, buscando no solamente el control del biofilm, sino también la incorporación de hábitos en el niño en crecimiento a través del ejemplo ^{8 [C]}.

Dieta: La orientación alimentaria para los padres debe abordar aspectos como la importancia de las normas nutricionales para el desarrollo adecuado de los dientes, el potencial cariogénico de la dieta, incluyendo el grado de cariogenicidad de los alimentos y su impacto en la frecuencia y momento de consumo de esas sustancias. Los padres deben tener suficiente conocimiento para elegir alimentos sanos y compatibles con el período de desarrollo de los niños ^{4 [A]}. Idealmente, el uso del biberón no debiera ser permitido mas allá del primer año de vida.

El biberón debe ser únicamente un vehículo para la lactancia artificial ^{5 [B]}. Otros líquidos como agua, jugo, té, deben ser ofrecidos en vaso. Además, el uso del biberón nunca debe ser asociado al sueño ^{13 [B]}, ^{21 [B]}.

Flúor: En el ambiente del hogar, la familia debe estar atenta al uso racional del flúor, ya que los dentífricos se constituyen en una importante alternativa para la utilización de este factor preventivo. La información detallada se puede encontrar en la sección “Uso de compuestos fluorados” de este manual.

Salud Bucal de la Familia: los miembros del núcleo familiar deben recibir atención profesional frecuente para mantener su salud bucal en niveles óptimos ^{13 [B]}. Se debe prestar especial atención a las lesiones de caries activas y / o cavitadas ^{23 [B]}.

Las Acciones Educativas Generales para Niños (0-3 años)

Higiene Bucal: Después de la erupción del primer diente, se debe iniciar la higiene oral del bebé ^{25 [B], 25 [B]}. En esta fase, el ideal es que la madre haya sido orientada y preparada para realizarlo, evitando que el niño se duerma sin esta acción preventiva. Pueden ser utilizados paño seco o humedecido únicamente con agua filtrada, dedil de silicona o cepillo de dientes suave, teniendo en cuenta que el responsable tenga un entrenamiento adecuado ^[A]. Hasta los 14 meses de edad, época que corresponde a la erupción del primer molar primario, los padres ya deben haber sido entrenados para iniciar el uso del cepillo dental con cerdas suaves y tamaño adecuado para la boca del bebé.

Dieta: la orientación dietética para la prevención de la caries dental en bebés debe alentar la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, así como la advertencia sobre los peligros del alimento de la noche después de la erupción de los dientes, especialmente si se trata de la libre demanda. El uso de azúcar en los dos primeros años de vida debe ser evitado, ya que el patrón de su consumo podría ser establecido precozmente ^{20 [B]}. Se recomienda seguir la “Orientación de los 10 pasos para una dieta saludable de los niños menores de dos años”, publicado en 2002 por el Ministerio de Salud / OPS en la Guía Alimentaria ^{2, 6 [A]}.

Flúor: La exposición óptima al flúor es importante para todos los niños. Se recomienda precaución en el uso de cualquier producto que contenga flúor. Las decisiones sobre la administración de suplementos de fluoruro se basan en las necesidades individuales de cada paciente. Considerando una atención individualizada, el uso de dentífrico con fluoruro en los niños pequeños debería producirse a partir de una estricta instrucción profesional después de la identificación de riesgos y la evaluación de la presencia o ausencia de actividad cariogénica. Los padres deben estar capacitados para controlar la cantidad del dentífrico que se utiliza. Una información más detallada acerca de la fluoroterapia se puede obtener mediante la lectura de la sección “Uso de fluoruros” de este manual.

Recomendaciones

1. Todos los servicios de salud destinados a los niños y sus familiares directos deben incluir actividades educativas que conduzcan a la prevención de la caries dental, es esencial para las futuras madres, recibir las indicaciones pertinentes para mantener la salud bucal durante el embarazo.
2. El conocimiento de la etiología y manifestación de la caries dental en niños pequeños, así como los métodos de prevención específica deben ser del dominio de todos los profesionales que trabajan en el campo de la salud. El contenido específico debe introducirse tanto en los planes de estudio de grado así como en los programas de educación continua.
3. Todos los niños, a los 6 meses de edad,

deberán haber sido evaluados en los servicios de salud o por profesionales sanitarios calificados para establecer su grado de salud oral. El Programa de Salud de la Familia es un espacio dedicado a las actividades que involucren los problemas dentales y debe incluir la búsqueda de los hijos de las familias que se encuentran en peligro de desarrollar lesiones cariosas.

4. La cita con el dentista en los primeros años de vida debe incluir:
 - Evaluación del riesgo social y biológico de la evolución de la enfermedad oral por medio de un método anamnésico.
 - Las intervenciones educativas para la prevención de la caries, incluyendo el asesoramiento dietético y entrenamiento sobre higiene bucal.
 - Evaluación y orientación sobre la exposición adecuada al fluoruro.
 - Evaluación y orientación sobre el desarrollo y el crecimiento bucofacial y su relación con los malos hábitos alimenticios
 - Evaluación y orientación sobre la prevención de traumatismos bucodentales.
 - Medidas de prevención clínica para el mantenimiento de la salud bucal
 - Planificación de las visitas de mantenimiento de la salud, de acuerdo con el riesgo identificado y la intervención clínica oportuna y adecuada en casos de enfermedad establecida.

Referencias bibliográficas

1. Bönecker M, Marcenes W, Sheiham A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool children in Diadema, Brazil. *Int J Paediatr Dent.* 2002;12(3):183-8.
2. BRASIL. Ministério da Saúde/OPS. Orientação dos 10 passos para a alimentação saudável da criança menor de 2 anos, 2002.
3. Drury TF, Horowitz AM, Ismail AL, Maertens MP, Rozier RG, Selwitz RH. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. *J Public Health Dent,* 1999; 59(3):192-7.
4. Feldens CA, Giugliani ERJ, Duncan BB, Drachler ML, Vitolo MR. Long-term effectiveness of a nutritional program in reducing early childhood caries: a randomized trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010a; 38(4):324-32.
5. Feldens CA, Giugliani ERJ., Vigo A, Vitolo MR. Early feeding practices and severe early childhood caries in four yearold children from Southern Brazil: A birth cohort study. *Caries Res* 2010b;44(5):445-52.
6. Feldens CA, Vitolo MR, Drachler ML. A randomized trial of the effectiveness of home visit in preventing early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35(3):215-23.
7. Filstrup SL, Briskie D, da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent.* 2003; 25(5):431-40.
8. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. maternal self efficacy and 1-5 year-old children's brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35(4):272-81.
9. Fraiz FC. Dieta e cárie na primeira infância. IN: Walter,LR, Ferelle, A, Issao, M. *Odontologia para o bebê.* São Paulo: Artes Médicas. 1996.p.109-122.

10. Fraiz FC, Walter LR. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental care. *Pesqui Odontol Bras.* 2001; 15(3):201-7.
11. Galganny-Almeida A, Queiroz MC, Leite AJ. The effectiveness of a novel infant tooth wipe in high caries-risk babies 8 to 15 months old. *Pediatr Dent.* 2007; 29(4):337-42.
12. Law V, Seow WK. A longitudinal controlled study of factors associated with mutans streptococci infection and caries lesion initiation in children 21 to 72 months old. *Pediatr Dent* 2006;28(1):58-65.
13. Meurman PK, Pienihäkkinen K. Factors associated with caries increment: a longitudinal study from 18 months to 5 years of age. *Caries Res* 2010;44(6):519-24.
14. Nunn ME, Braunstein NS, Krall Kaye EA, Dietrich T, Garcia RI, Henshaw MM. Healthy eating index is a predictor of early childhood caries *J Dent Res.* 2009;88(4):361-6.
15. Proceedings on Conference on early childhood caries, Bethesda, USA, October 1997. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1998; 26(1 suppl): 1-119.
16. Plutzer K, Keirse MJNC. Incidence and prevention of early childhood caries in one- and two- parent families *Child Care Health Dev* 2010;37(1):5-10.
17. Plutzer K, Spencer AJ. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36(4):335-46.
18. Rodrigues CS, Sheiham A. The relationships between dietary guidelines, sugar intake and caries in primary teeth in low income Brazilian 3-year-olds: a longitudinal study. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2000; 10(1):47-55.
19. Rosenblatt A, Zarzar P. The prevalence of early childhood caries in 12- to 36-month-old children in Recife, Brazil. *J Dent Child.* 2002;69(3):319-24.
20. Ruottinen S, Karjalainen S, Pienihäkkinen K, Lagström H, Niinikoski H, Salminen M, Rönnemaa T, Simell O. Sucrose intake since infancy and dental health in 10-year-old children. *Caries Res.* 2004;38(2):142-8.
21. Seow WK, Chifford H, Battistutta D, Morawska A, Holcombe T. Case control study of early childhood caries in Australia. *Caries Res* 2009;43(1):25-35.
22. Tiberia MJ, Milnes AR, Feigal RJ, Morley KR, Richardson DS, Croft WG, Cheung WS. Risk factors for early childhood caries in Canadian preschool children seeking care. *Pediatr Dent.* 2007; 29(3):201-8.
23. Thitasomakul S, Piwat S, Thearmontree A, Chankanka O, Pithpornchaiyakul W, Madysoh S. Risks for early childhood caries analyzed by negative binomial models. *J Dent Res* 2009; 88(2):137-141.
24. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating mothers to prevent caries: confirming the beneficial effect of counseling *J Am Dent Assoc.* 2006; 137(6):789-93.
25. Wong MC, Lu HX, Lo EC. Caries increment over 2 years in preschool children: a life course approach. *Int J Paediatric Dent.* 2012; 22(2):77-84.
26. Wong HM, McGrath CP, King NM, Lo EC. Oral health related quality of life in Hong Kong preschool children. *Caries Res* 2011; 45(4):370-6.