

ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ: MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PÚBLICA – PERÚ (PARTE 1)

Celso Guillen Borda¹, Olinda Huapaya Pariacoto², Rosario Loayza De La Cruz³,

Gilmer Torres Ramos⁴, Sylvia Chein Villacampa⁵, Patricia Garibay⁶, Cynthia Anticona⁶, Juan Carlos Pum

RESUMEN

La odontología para el bebé surge en 1985 en la Universidad estadual de Londrina (UEL) –PR a través de un convenio con a FINEP, en respuesta a una tendencia mundial de atención odontológica en niños de baja edad, con el establecimiento de programas educativos y preventivos para el control de caries dental. De la aplicación del concepto atención odontológica a bebés y la divulgación de sus resultados paso a ser transferido al sector público en el Brasil.

En el Perú se ha implementado en setiembre de 1997 la unidad de bebé en el instituto especializado de salud del niño un programa destinado a la atención de niños menores de 3 años.

En nuestro país como en muchos países latinoamericanos había un consenso dentro de la odontopediatría de cual era el momento ideal para comenzar los exámenes dentarios y los tratamientos, y ello era alrededor de los 2 o 3 años de edad pero estudios realizados en 1987 (Walter et al ;1986) demostraron que la prevalencia de caries en niños de 0- 30 meses de edad era alta (34%) que coincidía con datos mundiales.

Por tanto gran parte de la población menor de 3 años era desasistida de la atención odontológica presentando necesidades curativas incluso antes del primer examen de rutina. Ante esta realidad el IESN implementa el servicio de odontología del bebé para brindar atención especializada a niños menores de 3 años distribuyendo en 2 grandes grupos: aquellos que no han desarrollado la enfermedad basados en el riesgo de caries y los que ya presentan la enfermedad basados en la actividad de caries. De los años de trabajo e investigación, mostramos a la comunidad odontopediátrica un modelo de atención que puede guiar el trabajo en este grupo etáreo.

Palabras clave: odontología para el bebé, riesgo de caries, actividad de caries

BABY DENTISTRY: Attention Pattern in Public Health-Perú (1st part)

ABSTRACT

Baby dentistry began in 1985 as a collaborative effort between the University of Londrina and FINEP, in response of world tendency to provide oral health attention for infants and toddlers, promoting educative and preventing programs.

Then, due to the successful results, public and private sector in Brazil adopted this concept. In Peru, there has been created the baby dentistry department in Instituto Especializado de Salud del Niño in September 1997, formed as part of a group of dental specialties in the hospital, mainly intended to provide oral health to children under 3 years old.

In Peru as in many Latin-American countries, it was assumed that the First dental visit should start by 2 or 3 years of life but according to some data reported in 1987 by Walter et al, there was a high prevalence of dental caries in children between 0 and 30 months (34%). These results were coincident with other works around the world.

Therefore, most of the children under 3 years old could not have access to dental care, in spite of requirement of restorative treatment detected in the first visit.

In order to face this reality, the IESN has created baby dentistry department to provide early dental care to children under 3 years old. Patients are classified in two groups: those who have not developed the disease, based upon the risk factors, and those who have developed the disease based in the caries activity.

Based in our experience and research, we show to the pediatric dentistry community a clinical pattern that can lead our work with this group of children

Key Words: baby dentistry, caries risk, and caries activity

¹ Departamento Académico de Estomatología Pediátrica de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Coordinador del Internado Hospitalario, sede IESN.

² Departamento Académico Médico Quirúrgico de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

³ Unidad del Bebé del IESN.

⁴ Especialista en Odontopediatría.

⁵ Departamento Académico de Estomatología BioSocial de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

⁶ Internos de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Todo paciente que acude al departamento de odontopediatría del IESN pasa por la **unidad de Diagnóstico** en este servicio se le realiza un historia clínica general, luego el es derivado a la **Unidad de Prevención** en el cual el paciente recibe una charla de salud oral, importancia de mantener una adecuada salud oral, las repercusiones de no realizar las medidas preventivas, culminado la charla el paciente es derivado a **La Unidad del Bebé**; en esta unidad se realiza una orientación personalizada (Fig. 1) mostrándole las particularidades que presenta el paciente, orientando a mantener una salud oral adecuada, y corregir los hábitos inadecuados, para el logro de este objetivo usamos una ficha clínica, que ayuda a mostrar al paciente cada uno los factores que condicionan el desarrollo de la enfermedad, (Fig 2) una vez realizada la ficha clínica se clasifica al paciente en 2 grandes grupos: los pacientes con caries y los pacientes sin caries:

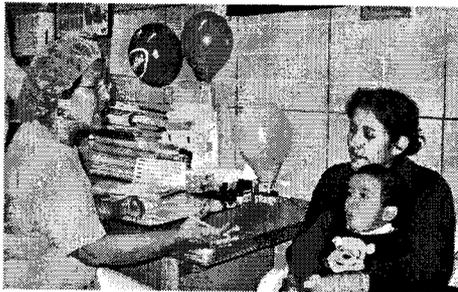


Fig. 2: La orientación tiene que ser personalizada

PACIENTES CON CARIES: 1.- Enseñanza de limpieza, 2.- Topificaciones diarias de flúor, 3.- Fluorización en el consultorio, 4.- Adecuación del medio bucal 5.- Reevaluación.

1.-Enseñanza de limpieza: Se realizará de acuerdo a la edad del paciente a niños de 0 - 18 meses se le indicará limpieza con gasa y agua hervida fría para que lo realice la madre; a niños de 18 - 24 meses se le indicará limpieza con cepillo y agua hervida fría; a niños de 24 a 36 meses cepillo y pasta dental de 500 ppm con una cantidad aproximada de 0,25 a 0,50 g o el equivalente del tamaño de una lenteja o usando la técnica transversal^s para que lo realice con ayuda de los padres .

2.-Topificaciones diarias de flúor: Este procedimiento se indica en aquellos pacientes que no reciben aporte de flúor suplementario, la solución que se prescribe es FNa al 0.05 % (226 ppm), con el objetivo de lograr remineralización para lo cual se requiere (en promedio 100 ppm), mineralización

para lo cual se requiere (en promedio 100 ppm), e inhibir la formación de placa bacteriana para lo cual se requiere (en promedio 30 ppm); la cantidad de solución a usar va a depender del número de piezas en boca ,si presenta 4 pzas se requiere 4 gotas, si presenta mas de 4 pzas se requiere 8 gotas. La topicación deberá realizarse por las noches después de la higiene oral y antes de acostarse.

3.- Quimioterapia: Consiste en administrar sustancias como la *clorhexidina* (barniz de clorhexidina), con el objetivo de disminuir la cantidad de microorganismos y *el flúor* a altas concentraciones (barniz de fluor 26000 ppm), con el objetivo de lograr remineralización para lo cual se requiere (en promedio 100 ppm), mineralización para lo cual se requiere (en promedio 100 ppm), e inhibir la formación de placa bacteriana para lo cual se requiere (en promedio 30 ppm), inhibir el metabolismo de la glucosa bacteriana para lo cual se requiere (en promedio 200 ppm), y para lograr el efecto antibacteriano necesitamos entre (4000 a 6000 ppm).

4.-Adecuación del medio bucal: Se refiere a un conjunto de medidas que hacen objetiva la recuperación del equilibrio biológico perdido, no limitándose tan solo a un procedimiento aislado para el control de la enfermedad de caries dental, (oliveira et al; 1998). Se basa en la eliminación de todos los factores retentivos de placa tales como: lesiones de cavidades, sobreextensión de restauraciones, restos radiculares y focos endodónticos reduciendo de esta manera el número de microorganismos cariogénicos viables, este término surgió a partir de la filosofía actual de promoción de salud, constituye una técnica empleada en combatir y controlar la caries dental, en el instituto de salud del niño este procedimiento se realiza en 1 sola cita ya sea bajo sedación consciente o anestesia general², o usando técnicas no farmacológicas en el caso de pacientes receptivos.

5.-Reevaluación: Todo paciente después del tratamiento odontológico es reevaluado con el objetivo de determinar el riesgo de caries, este puede ser de bajo o alto riesgo y de este momento hasta los 6 meses posteriores será tratado como tal. Siguiendo los protocolos para pacientes libre de caries, el paciente será reevaluado nuevamente y así sucesivamente hasta los 3 años de edad con el objetivo de mantener al paciente libre de nuevas lesiones cariosas, siempre tratando de llevar al paciente de alto riesgo a bajo riesgo.

PACIENTES SIN CARIES: SE TRABAJA EN BASE AL RIESGO DE CARIES

1.- Enseñanza de limpieza, 2.- Topificaciones diarias de flúor , 3.- Fluorización en el consultorio, 4.- Mantenimiento 5.- Reevaluación.

1.-Enseñanza de limpieza: Se realizará de acuerdo a la edad del paciente a niños de 0 - 18 meses se le indicará limpieza con gasa y agua hervida fría para que lo realice la madre; a niños de 18 - 24 meses se le introducirá el cepillo y agua hervida fría; a niños de 24 a 36 meses cepillo y pasta dental de 500 ppm con una cantidad aproximada de 0,25 a 0,50 g o el equivalente del tamaño de una lenteja o usando la técnica transversal⁸ para que lo realice con ayuda de los padres siendo idealmente después de cada alimento pero lo mínimo será después del desayuno y antes de acostarse.

2.-Topificaciones diarias de flúor: Este procedimiento se indica en aquellos pacientes que no reciben aporte de flúor suplementario , la solución que se prescribe es **RIESGO ALTO:** FNa al 0.05% (226 ppm), con el objetivo de lograr remineralización necesitándose (en promedio 100 ppm), mineralización para lo cual se requiere (en promedio 100 ppm), e inhibir la formación de placa bacteriana para lo cual se requiere (en promedio 30 ppm); **RIESGO BAJO:** FNa al 0,02% (90 ppm). La cantidad de solución a usar va a depender del número de piezas en boca, si presenta 4 piezas se requiere 4 gotas, si presenta mas de 4 piezas se requiere 8 gotas. La topicación deberá realizarse por las noches después de la higiene oral y antes de acostarse hasta hacer la introducción de la pasta dental de 500ppm, momento en el cual se suspenderá topicación casera del flúor .

3.- Quimioterapia:

RIESGO ALTO: Luego de los antecedentes de transmisión de microorganismos, y presencia de placa bacteriana, consiste en administrar sustancias como la clorhexidina (barniz de clorhexidin), con el objetivo de disminuir la cantidad de microorganismos (menos de 10⁴ UFC), una semana después de usada el barniz de clorhexidina se procede a la aplicación de flúor a altas concentraciones (barniz de flúor 26000 ppm) por 2 aplicaciones cada 15 días ,con el objetivo de lograr remineralización (100 ppm), mineralización (100 ppm), e inhibir la formación de placa bacteriana (30 ppm) ,inhibir el metabolismo de la glucosa bacteriana e (200 ppm), y para lograr el

efecto antibacteriano necesitamos entre (4000 a 6000 ppm).

RIESGO BAJO.- Se aplicará FNa a altas concentraciones en la primera cita (2%), como una dosis de ataque logrando los 5 mecanismos de acción antes mencionados y en la semana siguiente FNa al 0,2% por 2 aplicaciones pasando el paciente a controles cada 3 meses.

4.- Mantenimiento: Esta fase del tratamiento consiste en los controles que tiene que recibir cada paciente los pacientes de **alto riesgo** requieren un control mensual en estos controles se evalúa, higiene oral, fluorización diaria, hábitos alimenticios, actividad e inactividad de las manchas blancas, y finalmente se realiza la topicación con FNa al 0,2% con hisopo los pacientes de **bajo riesgo** requieren un control cada 3 meses en estos controles se evalúa, higiene oral, fluorización diaria, y finalmente se realiza la topicación con FNa al 0,2% con hisopo.

5.- Reevaluación: Todo paciente tiene derecho a ser reevaluado cada 6 meses y no ser condenado a llevar el estigma de alto riesgo toda la vida de lo contrario estarían fallando los padres o el profesional, la reevaluación se realiza con el objetivo de determinar el riesgo de caries, este puede ser de bajo riesgo o alto riesgo y de este momento hasta los 6 meses posteriores será tratado como tal siguiendo los protocolos para pacientes libre de caries, el paciente será reevaluado nuevamente y así sucesivamente hasta los 3 años de edad con el propósito de mantener al paciente libre de lesiones cariosas.

Para el desarrollo de cualquier procedimiento clínico es imprescindible registrar todos los datos de la anamnesis en una historia clínica adecuada a nuestra realidad motivados ante esta problemática. La unidad del bebé del IESN quiere compartir con la comunidad odontopediátrica un documento que se maneja en este Instituto Especializado de Salud del Niño que a continuación se describe:

1. ANAMNESIS

Filiación : Incluye datos de identificación, edad sexo, fecha de nacimiento, domicilio y tener una idea del estrato socio económico del paciente, el número de hermanos y relacionar la historia familiar de caries, quien es el informante, y su relación con el paciente.

Motivo de consulta: El motivo puede ser necesidades preventivas o curativas considerando que los datos mundiales coinciden que el 34% de los menores de 3 años presentan caries¹ a este nivel podemos tener un panorama si el paciente es un paciente enfermo o sano. La fiebre causada por la erupción de los dientes deciduos¹⁵.

2. ANTECEDENTES:

Pre natales: En su aspecto preventivo la odontopediatria tiene como objetivo conducir al paciente a la fase adulta exento de enfermedades que atacan la cavidad oral, en consecuencia su acción preventiva se inicia durante la gestación y continúa después del nacimiento del bebé. Feigheinstein (1999) el proceso preventivo de las enfermedades bucales se inicia en el período de la gestación del niño, a través de una buena alimentación materna rica en elementos vitamínicos y flúor, que son necesarios para una buena formación dentaria. (Giordano 2001) destaca que algunas alteraciones sistémicas de las gestantes tales como: diabetes, alergias, hipocalcemia, deficiencias nutricionales con falta de vitamina A; D y otras pueden afectar la formación dentaria, por ende los cuidados de la salud de la madre repercutirá en efectos de la salud del futuro niño².

Natales: El tipo de parto influye en la formación de las estructuras dentarias, ya que el ameloblasto es altamente sensible por lo que el parto distócico puede provocar presión sobre las estructuras orales. El peso al nacer nos da una idea de la desnutrición fetal el cual repercute en la formación del esmalte, datos peruanos reportan que el 40.8% desarrolla hipoplasia del esmalte y el 15.4% presenta hipomineralización¹³.

Post natales:

Lactancia materna: Entre los 0 y 6 meses de vida, la lactancia natural debería ser la forma exclusiva de alimentación, ya que la leche materna posee todos los ingredientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del niño en las proporciones ideales y en la forma más fácilmente digeribles. Además el bebé que lacta recibe los anticuerpos (Ig A 0,5- 1 g/día) que lo protegen contra infecciones^{2,5}. Según Correa (1999) la leche materna constituye el alimento ideal para el recién nacido y así mismo el medio para transmitir amor cariño y aproximación creando un vínculo afectivo

y de seguridad entre la madre y el hijo. Giordano et al (2000) complementa que los lactantes amamantados de forma natural presentan mayor desarrollo de los arcos dentarios, paladar y de otras estructuras faciales respecto a los lactados por biberón pudiendo estos últimos presentar hipotonicidad de la musculatura peri bucal. El bebe alimentado de forma natural tiene menos posibilidad de adquirir hábitos no nutritivos (cupón y dedo)².

Lactancia artificial: Cuando se indica el uso de biberón es promover el desarrollo del niño frente a la imposibilidad de la lactancia materna en casos: de stress de la madre, pérdida de estímulo provocados por el cansancio, nerviosismo o ansiedad, en casos que la madre fuese portadora de enfermedades transmisibles o cuando hace uso de medicamentos que a través de la leche pueden perjudicar al niño: cuando ocurren fisuras en el pezón o en casos de mastitis que imposibiliten la lactancia debido al dolor generado².

Valle et al (2001) no encontró ninguna asociación entre la lactancia natural y artificial (sin adición de edulcorantes) con la presencia de caries en tanto fue significativa la asociación entre la enfermedad y el consumo de sacarosa. Los mismos autores contrastaron que el azúcar es el producto más ampliamente empleado por los padres.

Todos los tipos de leche tiene potencial cariogénico según Correa (2000) por ello es importante evitar la costumbre de la lactancia desvinculada de la higiene bucal especialmente durante la noche cuando la saliva esta comprometida².

Lactancia mixta: Cuando la lactancia natural sea insuficiente para satisfacer las necesidades del bebé

Frecuencia de la lactancia: Referido al número de veces que el niño amamanta; dentro de los primeros 6 meses esto tiene que ser ad-lib (a libre demanda).

Lactancia nocturna: Para Walter et al (1997) la lactancia nocturna debe ser exclusiva hasta los 6 meses de edad y libre según requiera y solo debe controlarse después de la erupción de los primeros dientes citado por Lobato².

Ablactancia: Es definido como el proceso de expansión de la dieta para incluir otras comidas y bebidas aparte de la leche materna (Holt and Moynihan 1996). La leche es la base de la alimentación de los primeros 6 meses y se torna

después de este periodo insuficiente para suprimir las necesidades nutritivas del organismo (Pernetta, 1998; OMS 2001) necesitando ser complementado por otros alimentos los cuales son usualmente denominados alimentos de desmame (Benzecry-Accioly, 1989) . El inicio de la complementación alimentaria mas precozmente, o mas tardíamente es indeseable pues ambas situaciones representan las mayores causas de desnutrición infantil (OMS 2001) 7.

Según la recomendaciones del grupo de estudios de Coma, los alimentos del desmame deben ser usualmente libres o con bajo contenido de azúcares la alimentación humana en la actualidad generalmente contiene sacarosa, glucosa, fructuosa (proveniente de frutas y vegetales) y lactosa (proveniente de la leche) que son utilizados en el metabolismo energético de la placa. Virtualmente toda comida que contiene carbohidratos provoca un descenso del pH por debajo de 5,5 el cual es un pH crítico para la Hidroxiapatita . iniciándose la desmineralización.

Consumo de azúcares : en un trabajo realizado en el Hospital Cayetano Heredia sobre la muestra de 385 madres comprobaron que el 73% de los niños inició el consumo de azúcar antes de los seis meses de edad, los principales vehículos fueron líquidos y la razón principal dar sabor, este hábito y la frecuencia, aumentaba con la edad¹⁴. El azúcar de la dieta puede ser categorizado como azúcar intrínseco aquel que esta naturalmente integrado dentro de la estructura celular del alimento y esta representado principalmente por el azúcar de frutas y vegetales; mientras que el azúcar extrínseco es aquél que está libre en la comida o adicionado a ella principalmente a la leche o a los jugos de fruta¹².

Consumo de otros endulzantes: La cariogenicidad de varios jugos de fruta, bebidas carbonatadas, es la misma, basado en el análisis del contenido de azúcar y la acidez de los productos.

Higiene oral: Para McDonald, Avery (1995), Massao (1998) después de alimentar al bebé por lo menos después de la última lactancia nocturna debería limpiarse la lengua, la parte interna de la boca y las encías. Al responsable del bebé se le indica que debe mojar la punta de un pañal o de una gasa en agua filtrada o agua hervida fría y comenzar la limpieza oral, frotando todas las superficies de la boca, de forma tal que se retiren los detritos alimenticios. Dicho acto debe

constituirse en un hábito cotidiano, para ello los responsables deben tomar conciencia de la necesidad real de higienizar la boca del bebe aún cuando este no presenta dientes².

Frecuencia de la higiene oral: Los padres podrán valerse de un dentífrico con flúor, aplicado por medio de gasas, dediles, cepillos, para limpiar: los dientes, las encías, la lengua y toda la parte interna de la boca 2 veces al día con el objetivo de retirar los detritos alimenticios y placa bacteriana así como incentivar los primeros contactos del bebe con la higiene oral.

Inicio de la higiene oral: Moss (1996) afirma inclusive que cuanto más tempranamente se realice la manipulación de la cavidad oral de los bebes, mas receptivos serán en el futuro respecto a los cuidados de salud bucal². Lo ideal después del nacimiento.

Enfermedades sistémicas: Enfermedades que se presentan durante los primeros años afectará la mineralización de dientes permanentes, así como los episodios de desnutrición retarda la erupción dentaria.

Fluorización: Walter et al (1997) indican que en presencia de dientes debe iniciarse la fluoroterapia casera diaria con fluoruro de sodio al 0.02% además de la aplicación de barniz con flúor por el profesional².

Restauraciones: Si al paciente le realizaron restauraciones tempranamente y acude con nuevas lesiones cariosas, este es un indicador de la falta de motivación por parte de la madre, la falta de interés lo cual constituye un factor de riesgo para nuevas lesiones cariosas .

Tratamiento integral: Todo paciente que haya sido sometido a tratamiento integral es por la presencia de focos de infección, la presencia de estos focos indican un numero mayor a 10^4 de UFC de Streptococcus mutans y lactobacilos los que son factores determinantes de riesgo y es imprescindible la monitorización de estos pacientes para no ser sometidos nuevamente a anestesia general.

Uso de pasta dental: En Lima - Perú el 72% de los niños de 1 - 3 años de edad usan dentífrico regularmente (una o más veces al día). Las recomendaciones para el uso en niños es de una pequeña cantidad de dentífrico fluorado de

0,25 - 0,50g o el equivalente al tamaño de una arveja o usando la técnica transversal, siempre que se use pasta dental de 500ppm⁸.

Experiencia previa: Se refiere a cómo se llevo a cabo los tratamientos anteriores, que técnica de manejo de conducta usó y si esta fué una técnica aversiva, la conducta del niño será por lo general no receptiva .

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedades sistémicas de los padres presencia de lesiones cariosas: El principal agente etiológico en relación a caries dental esta en el grupo destinado como S mutans. El cual se encuentra distribuido en la población mundial, siendo el Streptococcus mutans (serotipo c/e/f, biotipo I) la especie que presenta una mayor prevalencia, al igual que el Streptococcus sobrinus (serotipo d/g, biotipo IV) pero con menor frecuencia que la anterior¹⁰.

El mayor reservorio de donde los infantes adquieren streptococcus es de su madre^{16,17,18}.

Estado de la higiene oral de los familiares: Esta puede ser buena regular o mala esto refleja los hábitos de higiene oral, y educación de salud oral del entorno de nuestro paciente .

Transmisión de microorganismos: Utilizar el mismo cepillo, soplar la leche o masticar la comida del recién nacido son actitudes que pueden viabilizar la aparición de la enfermedad caries dental debido a a la transmisión de bacterias patógenicas de los padres que presentan mala salud bucal; iniciando de este modo la formación de una flora cariogénica en la cavidad oral del bebé². Berkowitz (1980) manifiesta que la contaminación de la boca del infante ocurre con mayor efectividad despues de los 12 meses de edad; Caufield et al (1993) informa que esto ocurre en mayor medida a partir de los 19 meses de edad¹⁹ y Mohan et al (1998) encontró una colonización de streptococcus mutans a partir de los 14 meses de vida demostrando tambien que es un factor de riesgo y que de acuerdo con los hábitos, costumbres y grado de contaminación cariogénica de la familia el riesgo será mayor²⁰.

La forma de transmisión puede ser directa o indirecta: **directa** a través de la saliva de las personas que rodean al niño; **indirecta** mediante el uso de objetos contaminados que el niño lleva a

la boca como el cepillo de dientes, chupones ,mamaderas, tenedores y cucharas conta-minadas con esta flora bacteriana. Se ha establecido según Douglas Bratthal (1991) a través de investigaciones que el streptococcus mutans puede sobrevivir hasta 8 horas sobre la superficie de una cuchara²¹.

4. EXAMEN CLINICO INTRA ORAL:

LABIOS: Fisuras completas e incompletas

PISO DE BOCA: Aumento de volumen , quiste

REBORDE ALVEOLAR: Nódulos de bohn , cordón fibroso

PALADAR DURO: Perlas de Ebstein, fisuras

OROFARINGE: Amígdalas palatinas hipertróficas.

FRENILLOS: frenillo lingual corto, fibroso, mucoso.

LENGUA: Depapilación, tamaño, eritemas, úlceras.

ENCIAS: La erupción de las piezas dentarias pueden venir acompañadas de una zona de hiperemia generalmente no inflamatoria de la gíngiva correspondiente⁹.

ANOMALIAS DENTARIAS: hipoplasia (defecto cuantitativo), hipomineralización (defecto cualitativo). Dientes natales (al nacimiento presentan dientes o erupcionan antes del primer mes), dientes neonatales (erupciona después del primer mes).

5. EVALUACION ACTUAL

5.1 EVALUACION EN 24 HORAS: en este método, el paciente y el entrevistador recuerdan y anotan la ingestión alimentaría de un día normal (p. ej el día anterior).

El objetivo de la entrevista es relacionar la ingestión de cada glúcido con los hábitos del paciente, tratar de identificar una conducta de riesgo de caries y comprender sus motivos se debe tener en cuenta las comidas principales y prestar especial atención a la ingestión de carbohidratos y azúcar entre horas.

La naturaleza conversacional de este método también ayuda a evaluar el interés del paciente y su cooperación en las mejoras dietéticas este método lleva tiempo 5 min⁶.

Al usar este esquema evaluaremos las veces que el paciente esta consumiendo carbohidratos fermentables lo cual estará registrado de color rojo, así mismo permite este modelo incorporar los momentos en los que se realiza la limpieza con un color azul, y con un color verde el momento en el que el paciente esta recibiendo topicaciones diarias de flúor de manera gráfica podemos mostrar a los padres del paciente como está actuando frente a la salud oral de sus hijos y poder corregir algunos factores que pueden desencadenar la enfermedad o que pueden acelerar el proceso de destrucción.

5.2 ODONTOGRAMA: En el caso que el paciente presenta caries se registrara, en el odontograma.

5.3 RIESGO DE CARIES : En el caso que el paciente no presenta lesiones cariosas se determinará el riesgo de caries (probabilidad de desarrollar caries si el paciente esta expuesto a los factores) mediante la ficha de riesgo, identificando 2 grandes grupos los pacientes **de bajo riesgo** aquellos que presentan 1 factor determinante, y pacientes de **alto riesgo** aquellos que presentan más de 1 factor determinante.

6. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: Es necesario por que en situaciones en las que resulte imposible tomar radiografías podemos trabajar con un diagnostico presuntivo.

7. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: Referidos básicamente a las radiografías.

8. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Esto se realiza luego de realizar el informe radiográfico, interconsultas, etc.

9. TRATAMIENTO: Será de acuerdo al riesgo de caries o como respuesta a las patologías plasmadas en el diagnostico.

CONCLUSIONES

La odontología para bebés esta fundamentada en la educación y en la prevención, siendo la concientización de los padres la clave principal para educar y motivar, debiendo élla ser realizada a través de orientaciones sobre la importancia: de la boca, dentición primaria, amamantación natural, del concepto de caries dental como enfermedad y de la existencia de medidas de preventivas eficaces.

Entre tanto se requiere un instrumento para llevar acabo todo lo mencionado, una historia como la mostrada es un paso ya que nos permite rescatar cada uno de los datos y relacionarlo con cada uno de los factores determinantes para el desarrollo de la enfermedad (caries dental) una vez identificado nos permita mostrarle al paciente de manera individualizada donde esta el problema y las medidas que debemos tomar para evitar el desarrollo de la enfermedad o prevenir la aparición de nuevas lesiones cariosas, está ficha clínica mostrada, puede ser modificado y adaptado a la realidad de cada institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baldani P. M y col (2003) A Odontología para bebés no Estado do Parana, Brasil - Perfil do programa de Atención Precoce a Saude Bucal J. Bras Odontopediatr Odontol Bebé. Curitiba, 6(31): 210 - 216.
2. Lobato R. A. M; Melo D N. R; Azevedo D P. V (2004) Salud oral en bebés entre 0 y 6 meses de edad. Rev Iberoam Odontopediatr Odontol Bebé, 7 (36): 204 - 210.
3. Della .V.D;Ch. M.L(2004) Adecuación del medio bucal: una Propuesta de Promoción de Salud en Odontopediatria. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebé, 7 (35): 26 - 31.
4. Guillen B .C y col (2004) Beneficios de la leche y lactancia materna como factor importante del crecimiento y desarrollo del niño y su relación con el órgano de la boca .Odontologia San Marquina; 8 (1): 46 - 50.
5. Brambilla E.; García - Godoy F.; Stromenger L. (2000) Principios de Diagnostico y Tratamiento de Los Sujetos Con Alto Riesgo de Caries .Clinicas Odontológicas de Norte América. 3: 553 - 90.
6. Chaves B. A. M. ; Rosenblatt A.; Colares V. (2003) A importancia da dieyta do desmame na saude oral J. bras Odontopediatr Odontol Bebé. Curitiba, 6 (30): 158 - 162.

7. Villena R. 2000 investigación de la técnica transversal de aplicación de dentífrico para reducir la cantidad de dentífrico fluorado en niños pequeños. *Pediatr Dent* 22: 312 - 17.
8. Hulland A. S. y col (2000) Eruption of the primary dentition in human infants: a prospective descriptive study. *Pediatric Dentistry*, 22 (5): 415 - 421.
9. Linossier A. y col (2000) estimación del riesgo a caries dental en escolares a través de evaluaciones clínicas, microbiológicas y radiológicas. *Internacional collage of Dentists Section Fourth Magazine*. 7 (1): 16 - 21.
10. Ripa W. L. (1988) caries de la lactancia: una revisión integral. *Pediatric Dentistry*. 10 (4): 268 - 82.
11. Edgar W. M. (1993) Extrinsic and intrinsic sugars: a review of recent UK recommendations on diet caries. *Caries Research*. 27 (1): 64 - 7.
12. Ventura F. D. M. y col (2000) Trastornos del desarrollo dentario en niños con antecedentes de desnutrición fetal. *Gaceta odontológica*. II(6): 7 - 11.
13. Villena S. R.; Bernal M. J. (1998) ingesta de azúcar en la dieta del niño de 0 a 36 meses. *Revista Estomatologica*; 5 (19): 13 - 17.
14. Bengston, A. L.; Bengston, N. G. Diarrea e fiebre asociadas a irrompimiento de dientes deciduos (1994). *Rev. Ass. paul. cir. Dent*; 48(2): 1271 - 5.
15. Wan et al. (2000) Oral colonization of mutans streptococci in six month old preerupted infants. *Journal of Dental Research* .50 (12):2053-55.
16. Thord I.; et al (2002) prevalence of salivary of mothers streptococci in infants and in their preschool children. *Int Journal of paediatric Dentistry*. 2(12): 2 - 7.
17. Wan et al (2003) A longitudinal Study of mutans Streptococci colonization in infants after tooth eruption. *Journal of Dental Research*. 82(7): 504 - 8.
18. Caufield P. W.; Cutter G. R.; Dasanayake A. P. (1993) initial acquisition of mutans Streptococci by infants: Evidence for a discrete Window of infectivity. *Journal of Dental Research*. 72(1): 37 - 45.
19. Mohan A et al (1998) The Relationship between bottle usage content, age and number of teeth with mutans streptococci colonization in 6-24 month - old children. *Community Dent Oral Epidemiology*. 26: 12 - 20.
20. Barthel D (1991) Mutans Streptococci dental oral and global aspects. *Journal of Indian Society Pedodont Preventive Dentistry* 9(1): 4 - 12.