

Perfil de salud bucal de niños que concurren a Servicios Odontológicos Universitarios en Porto Alegre (Brasil) y Córdoba (Argentina)

Oral health condition of children who attended University Dental Services in Porto Alegre (Brazil) and Córdoba (Argentina)

Carletto-Körber FPM¹, Figueiredo MC², Giménez MG³, Martínez J³, Cornejo LS⁴

Doi: 10.22592/ode2017n29p52

Resumen

OBJETIVO: Comparar las condiciones de salud bucal de niños en relación con aspectos socio-demográficos-culturales maternos y perinatales. **MÉTODOS:** Se realizó examen clínico odontológico a 92 niños ≤ 3 años, concurrentes a la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología, UNC Córdoba-Argentina (n=32) y a la Clínica del Bebé, Facultad Odontología, UFRG Porto Alegre-Brasil (n=60). Las madres dieron consentimiento informado por escrito. Se aplicó una entrevista semiestructurada diseñada ad-hoc, a las madres o acompañantes del niño, para indagar aspectos socio-demográficos-culturales, hábitos de higiene bucal, gestación, dieta, tipo de parto y lactancia. Se aplicó Chi² de Pearson y Fisher para evaluar la significación ($p < 0,05$) de las diferencias entre cohortes. La importancia de diversos factores en relación a experiencia de caries y cohorte, se evaluó aplicando regresión logística binaria. **RESULTADOS:** El motivo de consulta resultó significativamente diferente entre cohortes, 100% preventivo en Argentina frente 8,3% en Brasil ($p < 0,001$), igualmente al considerar la experiencia de caries ($p < 0,05$). El modelo de regresión logística binaria mostró que las variables cohorte y libre de caries resultaron los factores más significativamente asociados a la experiencia de caries. Nivel de estudios de la madre bajo, dieta cariogénica del bebé y tipo de parto indicaron mayor riesgo cariogénico. Respecto a las cohortes se destacaron como estadísticamente significativos, higiene, edad, dieta del bebé y tipo de parto. **CONCLUSIÓN:** El nivel de instrucción de la madre y la dieta cariogénica del bebé muestran mayor riesgo de actividad de caries para ambas cohortes. Higiene bucal, dieta del bebé y tipo de parto se diferencian significativamente entre las cohortes.

palabras clave: salud bucal, prescolares, Latino América

Abstract

OBJECTIVE: To compare the oral health condition of children in relation to social, demographic and cultural maternal and perinatal aspects. **Methods:** Dental clinical examinations were performed on 92 children aged ≤ 3 . They attended the Dental Clinic of the School of Dentistry, UNC Cordoba-Argentina (n=32), and the Infant Clinic, School of Dentistry, UFRG Porto Alegre-Brazil (n=60). The mothers signed a written informed consent. A semi-structured interview designed ad hoc was conducted with mothers or companions of the child to consider social, demographic and cultural aspects, oral hygiene habits, gestation, diet and type of delivery and lactation. Pearson-Fisher Chi² test was applied to evaluate the significance ($p < 0.05$) of the differences between cohorts. The importance of various factors in relation to caries experience and cohort was evaluated using binary logistic regression. **RESULTS:** The reason why patients seek consultation was significantly different between cohorts: 100% preventive in Argentina versus 8.3% in Brazil ($p < 0.001$), also considering the experience of caries ($p < 0.05$). The binary logistic regression model showed that cohort and caries-free variables were the factors most significantly associated with caries experience. Mother's low educational level, cariogenic diet in the baby and type of delivery indicate greater cariogenic risk. Regarding cohorts, the following factors appear as statistically significant: hygiene, age, baby diet and type of delivery. **CONCLUSION:** Mothers' educational level and the baby's cariogenic diet show increased risk of caries activity for both cohorts. Oral hygiene, baby's diet and type of delivery differ significantly between cohorts.

Keywords: oral health, preschoolers, Latin America

- 1 Profesora Adjunta de Integral Niños y Adolescentes, área Odontopediatría "A". Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba-Argentina.
- 2 Profesora Asociada de la Facultad de Odontología de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, Brasil
- 3 Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología. Facultad de Ciencia Médicas. Universidad Nacional de Córdoba-Argentina.
- 4 Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba-Argentina.

Fecha de recibido: 08.07.16 – Fecha de aceptado 08.12.16

Introducción

La caries dental y la gingivitis son enfermedades que permiten determinar las condiciones de salud bucal de una población, las cuales pueden estar influenciadas por diversos factores biológicos y socioculturales de los individuos.⁽¹⁾

Se ha observado que los hábitos y conocimientos sobre la salud oral de los padres influyen en el estado de salud bucal de sus hijos^(2, 3). También se han encontrado que el bajo nivel socioeconómico familiar^(4, 5) y los hábitos desfavorables de salud oral de los padres^(1,6) pueden contribuir al desarrollo de la caries dental. En el mismo sentido las creencias, los hábitos, el comportamiento materno y el contexto de desarrollo del niño, pueden favorecer la colonización microbiana en la cavidad oral del niño.

La cavidad oral de un recién nacido está básicamente libre de microorganismos. Poco después del nacimiento, numerosas bacterias, comienzan a colonizar la boca, la erupción dentaria ofrece superficies para la colonización de *Streptococcus mutans*, microorganismo directamente relacionado con el riesgo de caries. Se sabe que el contacto frecuente entre la madre y el niño puede causar colonización temprana y transmisión de bacterias⁽⁷⁾. Diferentes estudios, coinciden en que las madres son la principal fuente de infección para sus hijos con bacterias cariogénicas,⁽⁸⁻¹⁰⁾. Dentro de la multiplicidad de factores que influyen en la salud oral en la primera infancia se ha demostrado la importancia de la transmisibilidad y similitud genética de *S. mutans* de madre (cuidador) a hijo⁽¹¹⁾ y su relación con el conocimiento, las actitudes y el nivel socioeconómico⁽¹²⁾. Así mismo se ha señalado, que los niños con historial de caries en la primera infancia, son más susceptibles al futuro deterioro en su dentición permanente⁽¹³⁾. Siendo la higiene bucal y la calidad de la misma otros de los factores señalados como esen-

ciales para el cuidado de la salud bucal resulta necesario brindar a la población información sobre prácticas saludables en relación con la caries dental de adultos y niños.

En el presente trabajo se compararon las condiciones de salud bucal de niños menores de tres años, que concurren para su atención a Servicios Odontológicos Universitarios en Porto Alegre (Brasil) y Córdoba (Argentina) y su posible relación con aspectos socio-demográficos-culturales maternos y perinatales.

Materiales y métodos

Población y muestra de estudio

Se realizó un estudio analítico transversal de indicadores clínicos-odontológicos y su posible relación con indicadores de riesgo de la salud bucal. La población de estudio estuvo conformada por 92 niños menores de 3 años, que concurren para su atención a Servicios Odontológicos Universitarios, Clínica Odontológica del Bebé (n=60) en Porto Alegre (Brasil) y Clínica Odontológica (n=32) en Córdoba (Argentina). Estos servicios no tienen vinculación con otros del ámbito público ni privado .y constituyen los únicos en su radio de influencia destinados a la atención de la salud bucal integral del binomio madre-niño.

Las madres dieron consentimiento informado por escrito para participar ellas y sus niños en la investigación. Se aplicó una entrevista semiestructurada diseñada ad-hoc, a las madres o acompañantes del niño, para indagar aspectos socio-demográficos-culturales, hábitos de higiene bucal, gestación, dieta, tipo de parto y lactancia.

Examen clínico odontológico

Los niños fueron examinados clínicamente en los consultorios de los correspondientes Servicios Odontológicos Universitarios, Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología

de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) y Clínica del Bebé, Facultad de Odontología de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Se utilizó kit descartable de exploración con espejo, pinza, explorador, siguiendo el procedimiento de rutina tacto visual. La experiencia de caries en dentición primaria de cada niño se expresó en términos de índice ceo-d, siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁴⁾.

Análisis estadístico

Los datos fueron procesados estadísticamente utilizando el programa InfoStat 2003 para Windows. En el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se utilizó la mediana y la media \pm EE. Para las variables categóricas se obtuvieron frecuencias relativas expresadas en porcentajes. Se evaluó el análisis de la significación de las diferencias entre cohortes aplicando χ^2 de Pearson y Fisher, según la naturaleza de la variable, con un valor de significación $p < 0,05$. Para determinar el grado de asociación e importancia que muestran los diversos factores en relación a experiencia de caries y cohorte, se realizó el análisis mediante un modelo de regresión logística binaria. En el mismo se introdujeron las variables más relevantes y algunas variables categóricas se convirtieron en dicotómicas o bien se agruparon categorías para poder incluirlas en el modelo sin perder potencia estadística, según se detalla en la Tabla 1. Se calcularon los Odds ratio (OR) de cada factor.

Tabla 1: Categorización de variables

Variabes	Categorías
Edad	<ul style="list-style-type: none"> <2 años ≥ 2 ó más años
Nivel de estudio de la madre	<ul style="list-style-type: none"> Analfabetos / N. Primario Nivel Secundario Nivel Terciario / Universitario
Tipo de Parto	<ul style="list-style-type: none"> Natural (vaginal) Con asistencia (cesárea; fórceps) Prematuro

Resultados

La población de estudio estuvo conformada por 92 niños menores de 3 años. De acuerdo al país de residencia se identificaron dos cohortes: Cohorte Brasil, con 60 niños residentes en Porto Alegre, Rio Grande do Sul o en poblaciones cercanas (F: 48,3%; M: 51,7%) y Cohorte Argentina, con 32 niños residentes en Córdoba o proximidades. (F: 65,6%; M: 34,4%) La edad media de los niños de Brasil fue de $27,0 \pm 10,8$ meses, mientras que en Argentina resultó $15,4 \pm 6,8$ meses. Estas diferencias resultaron significativas (ANOVA $p < 0,001$)

El motivo de la consulta en ambas cohortes se muestra en la tabla 2, siendo el 100% de carácter preventivo en los niños de Argentina, en contraste, los niños de Brasil que concurren por este motivo sólo el 8,3% y más de la mitad 56,7% lo hizo por caries. (χ^2 de Pearson: $p < 0,001$).

Tabla 2: Cohorte vs Motivo de la consulta. Recuento y porcentaje de casos.

Motivo de la consulta	Cohorte		Total
	Córdoba	Brasil	
Prevención	32	5	37
	100,0%	8,3%	40,2%
Caries	0	34	34
	0,0%	56,7%	37,0%

En cuanto a la experiencia de caries, (tabla 3) se observaron diferencias significativas entre las cohortes (Fisher: $p = 0,015$; $p < 0,05$), verificándose un mayor porcentaje de niños brasileños con actividad de caries (38,3%), en contraste con los niños argentinos (12,5%).

Tabla 3: Cohorte vs Con experiencia en caries. Recuento y porcentaje de casos.

Experiencia en caries	Cohorte		Total
	Córdoba	Brasil	
Sin actividad	28	37	65
	87,5%	61,7%	70,7%
Con actividad	4	23	27
	12,5%	38,3%	29,3%

Si bien no resultaron significativas las diferencias entre cohortes respecto a la condición libre de caries (tabla 4) (Fisher: $p=0,178$;

$p>0,05$), el porcentaje de la categoría que no presentaba factores etiológicos fue mayor en el grupo de los niños brasileños (96,7%) frente a los niños cordobeses (87,5%).

Tabla 4: Cohorte vs Libre de caries. Recuento y porcentaje de casos.

Libre de caries	Cohorte		Total
	Córdoba	Brasil	
Sin factores etiológicos	28	58	86
	87,5%	96,7%	93,5%
Con factores etiológicos	4	2	6
	12,5%	3,3%	6,5%

Respecto a hábitos saludables y de riesgo de salud bucal se pudo observar (tabla 5) que el porcentaje de niños que usa chupete es mayor en la cohorte Argentina (46,9%), en contraste con la cohorte brasilera (31,7%). Las diferencias no resultaron estadísticamente significativas (Fisher: $p=0,177$; $p>0,05$). Los

niños de Argentina no tienen el hábito de higiene bucal, siendo significativa la diferencia con la cohorte de Brasil, (χ^2 de Pearson: $p<0,001$), en consecuencia, igual comportamiento presente: uso de dentífrico, uso de flúor, frecuencia diaria de higienización y momento de higienización.

Tabla 5: Cohorte vs Hábitos saludables y riesgo de salud bucal. Recuento y porcentaje de casos

Hábitos saludables y de riesgo de salud bucal		Cohorte		Total	Chi ² (p-valor)
		Córdoba	Brasil		
Uso de chupete	No usa	17 53,1%	41 68,3%	58 63,0%	p=0,177
	Si usa	15 46,9%	19 31,7%	34 37,0%	
Frecuencia diaria de higienización	No higieniza	32 100,0%	3 5,0%	35 38,0%	p<0,001
	1 vez	0 0,0%	14 23,3%	14 15,2%	
	2 o más veces	0 0,0%	43 71,7%	43 46,8%	

En la tabla 6, se muestran en orden decreciente de significatividad, los factores asociados a la experiencia de caries. Se calcularon las OR de cada factor detallando en cada caso la

categoría de referencia tomada en relación al riesgo de actividad cariogénica. Las variables cohorte y libre de caries resultaron las más relevantes.

Tabla 6: Factores asociados a “Experiencia de caries”; Categoría de riesgo; Valor estadístico de Wald; Nivel de significación (p-valor; Exp.^(B) u Odds ratio (OR) e Intervalo de confianza para el OR.

Factores	Ref. Categoría de riesgo	Estadístico de Wald	Sig. (p-valor)	Exp. ^(B) OR	I.C. 95% para EXP ^(B)	
					Inferior	Superior
Cohorte	Brasil	6,128	0,013	10,389	1,628	66,285
Libre de caries	Con Fact. Etiol.	4,658	0,031	15,672	1,288	190,735
Nivel Estudio Madre	Analf. / Primario	2,538	0,111	2,631	0,800	8,649
Dieta bebé	Cariogénica	2,520	0,112	2,524	0,805	7,919
Chupete	Usa chupete	1,143	0,285	1,987	0,564	6,994
Grupo etario	2 ó + años	1,002	0,317	1,817	0,564	5,850
Parto	Con asistencia / Prematuro	0,848	0,357	1,720	0,542	5,456
Leche	Sólo L. materna	0,426	0,514	1,245	0,644	2,408
Dieta Madre Gestante	No cariogénica	0,167	0,683	1,253	0,424	3,702
Sexo	Masculino	0,000	0,992	1,006	0,346	2,923

La significación de los factores en relación a la Cohorte se muestra en la tabla 7 En la aplicación del modelo se omitieron las variable “frecuencia de higiene”; “momento de higiene”; “uso de dentífrico” y “uso de flúor”, ya que con anterioridad se estableció que las diferen-

cias porcentuales entre cohortes son estadísticamente muy significativas. Los factores edad (en meses), dieta del bebé y tipo de parto fueron los otros factores que se diferenciaron significativamente entre cohortes.

Tabla 7: Factores asociados a “Cohorte”; Categoría de riesgo; Valor estadístico de Wald; Nivel de significación (p-valor; Exp.^(B) u Odds ratio (OR) e Intervalo de confianza para el OR.

Factores	Ref. Categoría de riesgo	Estadístico de Wald	Sig. (p-valor)	Exp. ^(B) OR	I.C. 95% para EXP ^(B)	
					Inferior	Superior
Grupo etario	2 ó + años	12,032	0,001	10,198	2,746	37,878
Dieta bebé	No Cariogénica	5,001	0,025	4,308	1,198	15,498
Parto	Con asistencia / prematuro	4,496	0,034	4,950	1,129	21,713
Nivel Estudio Madre	Analf. / Primario	3,820	0,051	4,464	0,996	20,010
Exp. en Caries	Con actividad	3,417	0,065	3,981	0,920	17,228
Dieta Madre Gestante	No cariogénica	2,408	0,121	2,697	0,770	9,444
Sexo	Masculino	1,038	0,308	1,916	0,549	6,692
Leche	Sólo L. materna	0,761	0,383	1,731	0,505	5,936
Chupete	Usa chupete	0,032	0,858	1,131	0,292	4,382

En términos generales el nivel de estudios de las madres (tabla 8) de ambas cohortes fueron semejantes, sin diferenciarse significativamente (χ^2 de Pearson: $p=0,138$; $p>0,05$). No obstante, se verificó una diferencia significativa ($p<0,05$) en la categoría nivel terciario / superior.

Tabla 8: Cohorte vs Nivel de estudios de la madre. Recuento y porcentaje de casos.

Nivel de estudios (madre)	Cohorte		Total
	Córdoba	Brasil	
Analfabeta	0 0,0%	2 3,3%	2 2,2%
Primario / fundamental	9 28,1%	21 35,0%	30 32,6%
Secundario / medio	16 50,0%	33 55,0%	49 53,3%
Terciario / Superior	7 21,9%	4 6,7%	11 12,0%

Se observaron discrepancias significativas entre cohortes al considerar el responsable del cuidado del bebé (tabla 9) (χ^2 de Pearson: $p=0,026$; $p<0,05$), puntualmente al considerar las categorías: exclusivamente madres y la compartida entre madres y abuelos (pruebas Z; $p<0,05$).

Tabla 9: Cohorte vs Responsable del bebé. Recuento y porcentaje de casos.

Responsable del bebé	Cohorte		Total
	Córdoba	Brasil	
Madre	20 62,5%	49 81,7%	69 75,0%
Madre y padre	5 15,6%	7 11,7%	12 13,0%
Madre y abuela/o	6 18,8%	1 1,7%	7 7,6%
Padre	0 0,0%	2 3,3%	2 2,2%
Abuelos	0 0,0%	1 1,7%	1 1,1%
Tía	1 3,1%	0 0,0%	1 1,1%

Si bien se observan algunas diferencias entre las cohortes respecto a la ocupación del padre, éstas no resultaron significativas (χ^2 de Pearson: $p=0,309$; $p>0,05$). Así mismo, respecto a la ocupación de la madre las diferencias entre cohortes no resultaron significativas. Como se puede observar en la tabla 10, el 100% de los niños de Argentina tuvieron gestación normal, en tanto que en los de Brasil el porcentaje fue de 88,3%, aunque las diferencias no resultaron significativas (Fisher: $p=0,091$; $p>0,05$).

Tabla 10: Cohorte vs Gestación. Recuento y porcentaje de casos.

Gestación	Cohorte		Total
	Córdoba	Brasil	
Normal	32 100,0%	53 88,3%	85 92,7%
De Riesgo	0 0,0%	7 11,7%	7 7,6%

Las diferencias entre cohortes resultaron estadísticamente significativas al considerar la variable tipo de parto (tabla 11), el 87,5% de los niños de Córdoba-Argentina nació por parto normal, porcentaje muy por encima del registrado en los niños de Porto Alegre-Brasil (56,7%), en esa cohorte, el nacimiento por cesárea fue de 33,3% (un tercio de los niños), (χ^2 de Pearson: $p=0,014$; $p<0,05$).

Tabla 11: Cohorte vs Tipo de parto. Recuento y porcentaje de casos.

Tipo de parto	Cohorte		Total
	Córdoba	Brasil	
Natural	28 87,5%	34 56,7%	62 67,4%
Cesárea	3 9,4%	20 33,3%	23 25,0%
Fórceps	1 3,1%	1 1,7%	2 2,2%
Prematuro	0 0,0%	5 8,3%	5 5,4%

En cuanto a las características de la dieta de la madre y el infante (tabla 12), se observó que el porcentaje de niños de Brasil que tomaba leche materna (70%) fue mayor que el del grupo de Córdoba (53,1%) (Chi² de Pearson: $p < 0,05$). Más de la mitad de las madres de Argentina consumían alimentos cariogénicos durante la gestación, mientras

que este porcentaje fue menor en madres de Brasil (36,7%). Las diferencias no resultaron estadísticamente significativas (prueba de Chi cuadrado; Test Exacto de Fisher: $p = 0,184$; $p > 0,05$). La dieta del bebé, mostró diferencias estadísticamente significativas (Fisher: $p = 0,022$ $p < 0,05$). Más de la mitad de los niños de la cohorte de Córdoba tenían una dieta cariogénica (53,1%), contra sólo un 26,7% de los niños de Brasil.

Tabla 12: Cohorte vs. Dieta de la madre y el infante. Recuento y porcentaje de casos

Dieta de la madre y el infante		Cohorte		Total	Chi ² (p-valor)
		Córdoba	Brasil		
Lactancia	materna	17 53,1%	42 70,0%	59 64,1%	p < 0,05
	materna y alternativas	8 25,0%	0 0,0%	8 8,7%	
	alternativa	7 21,9%	18 30,0%	25 27,2%	
Dieta de la madre gestante	cariogénica	17 53,1%	22 36,7%	39 42,4%	p = 0,184
	No cariogénica	15 46,9%	38 63,3%	53 57,6%	
Dieta del bebé	cariogénica	17 53,1%	16 26,7%	33 35,9%	p < 0,05
	No cariogénica	15 46,9%	44 73,3%	59 64,1%	

Discusión

La Odontología para bebés resultó ser oficialmente una tendencia mundial de la atención odontológica de los niños en la primera infancia, con el establecimiento de programas de educación, aplicación de medidas preventivas y de control de caries, con la atención primaria y los tratamientos curativos específicos para esta edad⁽¹⁵⁾. Por su parte, el cuidado bucal puede contribuir al mantenimiento de la dentición primaria y promover el bienestar del niño^(3, 4, 16).

En el presente estudio, se muestran datos de niños que asistieron a los Servicios Odontológicos Universitarios, correspondientes a la Clí-

nica Odontológica de la Facultad de Odontología de la UNC y a la Clínica del Bebé de la Facultad de Odontología de la UFRGS. La edad máxima de los niños concurrentes fue de 3 años, coincidiendo con estudios previos realizados por Figueiredo et al.⁽¹⁶⁾ en 2008 y Emerim et al.⁽¹⁷⁾ en 2012, lo que evidencia un cambio filosófico en la Odontología Pediátrica. Estos datos muestran una evolución en los principios de atención de los Servicios Odontológicos Universitarios, pone de manifiesto el acercamiento a las directrices de la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), que recomienda que la primera visita al odontopediatra se debe producir en-

tre la erupción del primer diente primario y el primer año de vida del niño⁽¹⁸⁾. Las primeras consultas de los niños de la cohorte de Argentina se realizaron a una edad media de 15,4 ± 6,8 meses de edad, siendo en el 100% de los casos el motivo de la consulta de carácter preventivo.

Un punto clave en los programas de atención odontológica en la primera infancia es la necesidad de educación y sensibilización de los padres acerca de la salud bucal de sus hijos, en razón de la enorme influencia que la familia tiene en la definición de los hábitos alimentarios y de higiene oral del niño^(19, 20, 21).

Los hábitos de salud pueden aplicarse a toda la familia, ya que los padres una vez conscientizados pueden ser agentes multiplicadores de cambios en favor de la salud oral y general. La importancia del trabajo familiar también fue expresada por la comprensión de que las personas son seres sociales sujetos a riesgos biológicos, psicológicos, sociales y en este contexto, la familia determina el comportamiento, influencia en las decisiones y construye hábitos. Fracasso et al.,⁽²²⁾ en 2008, reforzaron este concepto cuando constataron en su estudio, la influencia del perfil materno en el estado de salud oral de los niños. Esta idea debe ser considerada, ya que la madre en este estudio fue la principal responsable en las consultas de los bebés de Brasil y Argentina. Otro hallazgo importante, fue la relación significativa entre el tipo de parto con asistencia y la categoría de riesgo de caries de los hijos, corroborando los hallazgos de Benites et al.,⁽²³⁾ quienes encontraron que las mujeres que tuvieron parto vaginal y que relataron una dieta no cariogénica amamantado a sus hijos durante un período de tiempo más prolongado, tienden a presentar menor incidencia de caries.

Por su parte, la alimentación y la nutrición son muy importantes para el desarrollo físico y psicológico de un niño desde el momento de la concepción y constituyen factores di-

rectamente relacionados con la cavidad oral desde la odontogénesis hasta la instalación de las patologías orales. Estudios realizados por Adair et al.⁽³⁾, han demostrado la influencia de hidratos de carbono, especialmente azúcares, en la aparición de lesiones de caries. Malos hábitos de alimentación, tales como la introducción de sustancias azucaradas por el biberón, están fuertemente relacionadas con la colonización temprana por *Streptococcus mutans*, una de las principales bacterias cariogénicas de la cavidad oral⁽⁷⁻¹⁰⁾.

La información de este estudio refuerza la relación entre los hábitos alimentarios inadecuados y la presencia de lesiones de caries ya que, tanto los niños de Brasil y Argentina con experiencia de caries tenían una dieta cariogénica, más de la mitad de los niños de la cohorte Córdoba y el 30% de la cohorte Porto Alegre.

Tales hallazgos refuerzan la etiología multifactorial de la caries donde se necesita la acción conjunta entre los factores etiológicos, es decir, dieta cariogénica, mala higiene oral, huésped susceptible y la infección oral por *Streptococcus mutans* crean un entorno propicio para el desarrollo de lesiones cariosas⁽⁷⁻¹⁰⁾. En este estudio, con respecto a los hábitos saludables y riesgo salud oral se pudo observar que los niños de Argentina no tienen hábitos de higiene bucal, siendo significativa la diferencia con la cohorte de Brasil, en consecuencia igual comportamiento presento: uso de pasta dental, uso de flúor, frecuencia y momento de higienización diaria.

El análisis de nuestros resultados permite destacar la gran importancia de considerar los aspectos socioculturales en la atención odontológica de los bebés y refuerza la necesidad de acceso de los niños de América latina y sus padres a los programas de cuidado de la salud oral desde el primer año de vida. Además, advierte la necesidad de la existencia de estos para recoger información epidemiológica

que permita la identificación temprana de los factores de hábitos orales en la primera infancia, asesoramiento y orientación a los padres, siendo, el diagnóstico precoz de las lesiones de caries tempranas, fundamental en el establecimiento de medidas de promoción de la salud.

Finalmente, este trabajo aporta fuerte evidencia que cuando se trabaja con la odontología para bebés, se establece un vínculo entre la comunidad científica y la población en estudio, que va más allá de las fronteras de los países involucrados, viabilizando el intercambio de conocimientos entre ambos.

Fuente de apoyo

Intercambio Escala Docente. Asociación de Universidades Grupo Montevideo - AUGM 2014 y 2015.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Contandriopoulos AP. Elementos para una "topografía" del concepto de Salud. Ruptures, Rev Interdiscipl Salud. 2006; 11(1): 86-99.
2. Mattila ML, Rautava P, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L, Helenius H, et al. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? Acta Odontol Scand. 2005; 63:73-84.
3. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. Community Dent Health. 2004; 21:102-11.
4. Petersen PE. Socio behavior all risk factors in dental caries international perspectives. Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33:274-9.
5. Källestål C, Wall S. Socio-economic effect on caries. Incidence data among Swedish 12-14-year-olds. Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 30:108-14.
6. Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, Matsuzaki Y, Kuwahara S, Ishidori H, et al. Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. Int J Paediatr Dent. 2002; 12:101-8.
7. Alaluusua S, Renkonen OV. *Streptococcus mutans* establishment and dental caries experience in children from 2 to 4 years old. Scand J Dent Res. 1983; 91:453-7.
8. Caufield PW. Dental caries: a transmissible and infectious disease revisited: a position paper. Pediatr Dent. 1997; 19: 491-8.
9. Köhler B, Bratthall D, Krasse B. Preventive measures in mothers influence the establishment of the bacterium *Streptococcus mutans* in their infants. Arch Oral Biol. 1983; 28:225-31.
10. Carletto Körber, F P; Jiménez, M G; Cornejo L S. Early acquisition of *Streptococcus mutans* for children. AOL. Acta Odontológica Latinoamericana. 2005; 18(2):69-74.
11. Carletto Körber FPM, González Ittig RE, Jiménez MG, Cornejo LS. Initial acquisition and genetic identity of *Streptococcus mutans* of mother-child pairs. Pediatric Dentistry 2010; 32(3): 389-395.
12. Amin MS, Harrison RL. Understanding parents' oral health behaviors for their young children. Qual Health Res. 2009; 19: 116-27.
13. Rowan-Legg A, Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. Oral health care for children – a call

- for action. *Paediatrics & Child Health*. 2013; 18(1):37-43.
14. World Health Organization Oral health surveys, basic methods. 2nd ed. Geneva. 1997.
 15. Figueiredo MC, Araujo DR, Michel JÁ, Garcia AFG, Schreiner M. In: Anais da Sociedade Brasileira de Pesquisas Odontológicas XII. Águas de São Pedro. Avaliação de 5 anos de um Programa Odontológico Materno-Infantil com Bases Educativa, Preventiva e Curativa. São Paulo: 1995; 11: 137.
 16. Figueiredo MC, Guarienti CAD, Michel JA, Sampaio MS. Comprehensive attention to oral health in early childhood: a longitudinal evaluation of the infant clinic program of the Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil. *Acta Odontol. Latinoam*. 2008; 21 (2): 181-187.
 17. Emerim JS, Silva LVR, Sampaio MS, Figueiredo MC. Perfil dos Pacientes Atendidos na Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul entre os anos de 2006 e 2011. *UEPG Biol. Health Sci, Ponta Grossa*. 2012; 18 (2) 93-100.
 18. American Academy of Pediatric Dentistry. Fast Facts Visit. Disponible en: <http://www.aapd.org/media/FastFacts.pdf>. Acceso 29 de junio de 2016.
 19. Barros SG, Alves AC, Pugliese LS, Reis SR. A Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. *Pesqui Odontol Bras*. 2001; 15 (3): 215.
 20. Cavalcanti AL, Carvalho LF, Pereira LL, Medeiros AD, Valença AMG, Duarte DC. Primeira Consulta Odontológica: Percepções dos Cirurgiões-Dentistas quanto ao Período Ideal. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2002; 5 (27): 420-24.
 21. Moura LFAD, Lira DMMP, Moura MS, Barros SSLV, Lopes TSP, Leopoldino VD, Moura MD. Apresentação do Programa Preventivo para gestantes e bebês. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe*. 2001; 4 (17): 10-14.
 22. Fracasso MLC, Marchi V, Goya S, Provenzano MGA, Takahashi K. Perfil das mães e crianças frequentadoras do programa clínica de bebês, no núcleo integrado de saúde nis III Iguaçu em Maringá – PR. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2008; 1 (3): 325-329.
 23. Benites D, Gomes E, Figueiredo MC, Lima IF, Carletto-Körber F. Influence of the type of birth and the mother's diet on the breastfeeding period. *J Oral Res* 2014; 3(3): 150-155.

Fabiana Carletto-Körber: fabianacarletto@hotmail.com