

El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres

Angela María Franco,¹ Adriana Santamaría,² Erika Kurzer,² Lida Castro,³
Marisol Giraldo³

Resumen

Con el objetivo de identificar la frecuencia de la caries dental en niños y niñas menores de seis años residentes en la ciudad de Medellín y describir los conocimientos y las prácticas de cuidado bucal de sus madres, se realizó un examen clínico bucal a 365 niños de los estratos socioeconómicos medio-alto (MA) y bajo (B) y se entrevistaron con base en una encuesta estructurada, 346 madres. El diagnóstico de caries se basó en la propuesta de clasificación de Pitts y Fyffe. La prevalencia de caries en el estrato MA fue del 48.4% y en el B del 58.3%. Se encontró caries dental desde el primer año de edad, en ambos estratos. El promedio de superficies afectada por caries es de 3.4 y 6.6 para el estrato MA y B respectivamente. Se encontró una diferencia significativa en el nivel de escolaridad de las madres. El 42% de las madres del MA y el 50% del B afirman no haber recibido información sobre el cuidado bucal de sus hijos. En el momento del estudio se encontró que el 18% de los niños presentaban hábito prolongado del biberón y el 50% de las madres tenían la costumbre de dejar dormir al niño con el tetero. Los hallazgos de este estudio sugieren que la caries dental sigue siendo un problema frecuente en los menores de seis años en Medellín; por lo tanto es indispensable asumir con continuidad la educación de las madres y cuidadores para la verdadera promoción de la salud bucal, con temáticas específicas que trasciendan la acción educativa de la transmisión de información a prácticas de instrucción y adiestramiento para el desarrollo de destrezas. **Palabras claves:** caries de primera infancia, conocimientos y prácticas, madres, cuidado bucal.

Abstract

The objective of this study was to identify the frequency of dental caries in boys and girls under the age of 6 in the city of Medellín, and to describe knowledge and oral health practices of their mothers. A complete oral examination was carried out on 365 children from Mid-high and low socio-economic status (SES), and 346 mothers were surveyed. Diagnosis of caries was based on Pitts and Fyffe's proposed classification. Prevalence of caries in the Mid-High SES group was 48.4% and in the lower SES it was 58.3%. Evidence of caries was evident since age one in both groups. The average number of surfaces with caries was 3.4 in the Mid-High SES and 6.6 in the low SES. A significant difference was found in the degree of education between mothers of both groups. 42% of mothers in the Mid-High SES group and 50% in the low SES group reported not ever having received information regarding oral healthcare of their children. At the time of the study, 18% of children presented a prolonged bottle habit and 50% of mothers indicated that they allowed their children to fall asleep with the bottle in their mouth. Findings of this study indicate that dental caries continues to be a frequent problem in children under the age of 6 in Medellín. It is therefore important to provide continuing education programs to mothers and caretakers in order to achieve a reliable oral health promotion with specific subjects which go beyond the traditional approach of transmitting information and focus on hands-on training programs which allow the development of abilities. **Key words:** Early childhood caries, knowledge and practices, mothers, oral healthcare.

¹ Odontóloga Epidemióloga. Profesora CES – Universidad de Antioquia

² Residente de Odontopediatría CES

³ Estudiante de Odontología CES

Introducción

Las tendencias de la caries dental en los niños y niñas en edad escolar han mostrado una disminución en la prevalencia y en el promedio de dientes permanentes afectados, en muchos países del mundo, industrializados y no industrializados.¹⁻³ En las edades preescolares, 0 a 5 años, la tendencia de la enfermedad no es tan clara, de un lado porque los estudios son menos y del otro porque la mayoría de los programas preventivos se han concentrado en la población escolar. En el caso de los países pobres, en donde los limitados recursos deben ser invertidos en aquellas actividades que generan mejor "costo/beneficio", la salud bucal de los niños y niñas menores de seis años no ha sido nunca priorizada, incluso en muchos casos todavía con el argumento de que es "más rentable invertir en la dentición permanente que en la dentición primaria".

En Colombia, el último Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III,⁴ encontró que a los 5 años, el 60.4% de los niños habían sido afectados por la caries dental, con grandes disparidades según la región, porque en la Orinoquia y Amazonia el porcentaje se eleva a 84.7% y en Medellín, disminuye a 47.4%. El número promedio de dientes primarios afectados por niño de 5 años en todo el país fue de 3.0 (rango 1.1 – 4.5) y en Medellín fue de 1.9. La descomposición del índice nacional, según sus componentes, revela que de los 3.0 dientes afectados, 2.4 están cariados, 0.5 están obturados y 0.1 están indicados para extracción.

En el caso de la población infantil, numerosos estudios han demostrado la relación entre los conocimientos y prácticas de cuidado bucal de los padres y la frecuencia de caries dental en sus hijos.⁵⁻

⁸ La caries durante la niñez tiene implicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños⁹ y es una tarea de primer orden de la odontología pediátrica, evitarla a través de la educación oportuna, suficiente y adecuada a los padres.

Los conocimientos en salud se han definido como la información a la que tiene acceso la población y que constituye la base cognitiva para la toma de decisiones en relación con la salud, las conductas orientadas hacia la salud y las conductas de ries-

go; de esta información importa tanto la cantidad como la calidad. El hombre occidental ha reconocido dos formas básicas de conocimiento, el saber de la vida cotidiana (el conocimiento social) y el saber científico (conocimiento científico), uno y otro se interrelacionan, no se manifiestan puros, ni uno u otro guían exclusivamente las conductas de las personas.¹⁰

Las prácticas o conductas son cualquier comportamiento o actividad que forma parte de la vida cotidiana de una persona e influyen sobre su estado de salud. Prácticamente todos los comportamientos o actividades humanas tienen alguna influencia ya sea negativa o positiva sobre la salud. Las conductas o prácticas de riesgo son formas específicas de comportamiento de las cuales se conoce su relación con una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades específicas o tener un estado de salud deficiente. Su definición depende mucho de lo que a nivel individual o a nivel colectivo, se perciba como riesgo.

Las prácticas generalmente no son individuales sino que provienen de los grupos sociales de los que hacen parte las personas. Los conocimientos en cambio, provienen de diferentes mecanismos con los que las personas hacen contacto en todas las etapas de su vida: los medios masivos de comunicación, la escuela, la relación con las demás personas dentro del mismo núcleo familiar (abuelos, hermanos, padres) o dentro del grupo social (vecinos, compañeros de trabajo, amigos), los acontecimientos de la vida diaria y las características del ambiente. En ese orden de ideas puede decirse que los conocimientos y prácticas provienen de la información que el sujeto ha recibido, de lo que ve, de lo que cree y de lo que siente.

Hasta ahora gran parte de la educación para la salud centra su atención en ampliar los conocimientos sobre las conductas saludables y las de riesgo, con la creencia de que esta información provoca un cambio de actitud y a la larga disminuye el riesgo de enfermedad y aumenta los niveles de salud. Sin embargo, está claro que los conocimientos y las prácticas de los individuos son apenas una parte de todos aquellos factores o procesos que determinan el estado de salud individual y colectivo y sólo trabajando integralmente por los políticos, sociales y culturales, se alcanzarán los niveles de salud y bienestar deseados.

Este estudio se propuso establecer la frecuencia de caries en un grupo de niños menores de seis años e identificar los conocimientos y las prácticas de cuidado bucal de sus madres.

Materiales y Métodos

El protocolo de investigación fue sometido a la evaluación del Comité de Ética y la participación de los niños se reguló mediante consentimiento informado firmado por las madres o adultos responsables. Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal. La población de estudio estuvo conformada por niños menores de seis años y sus madres o personas responsables, de estrato bajo (B) y medio-alto (MA), matriculados en instituciones educativas públicas y privadas de la ciudad de Medellín.

Se calculó estadísticamente el tamaño de la muestra, mediante fórmula para estudios descriptivos comparativos, para un total de 365 niños incluidos en el estudio. La selección de las instituciones donde se captaron los niños, se realizó por conveniencia, de acuerdo con los contactos y la colaboración que prestaron las directivas. El conocimiento previo de los investigadores y la información suministrada por las directivas sirvió de base para determinar el estrato socioeconómico de procedencia del niño.

Se encuestaron un total de 346 madres (180 del estrato B y 166 del estrato MA); 19 madres argumentaron dificultades para participar en el estudio. La encuesta se hizo con base en un formulario estructurado, aplicado mediante entrevista. Las entrevistas fueron realizadas en las instituciones, previa cita a la madre. Los entrevistadores fueron los mismos investigadores, quienes habían recibido capacitación para este fin. El formulario de la encuesta estaba compuesto por cuatro módulos, así: Las características del uso del biberón y de los hábitos alimenticios del niño, los hábitos de higiene bucal y la historia de atención odontológica del niño, los hábitos higiénicos y los antecedentes de atención odontológica de la madre y los conocimientos de la madre.

La historia de caries se evaluó con base en la propuesta de clasificación y criterios de diagnóstico

de Pitts y Fyffe¹¹ para las lesiones clínicamente visibles (Tabla 1). Los exámenes bucales se realizaron en las instituciones educativas, con apoyo de un equipo portátil, dotado con lámpara de luz fría. Para el diagnóstico de las lesiones incipientes de caries, el odontólogo examinador secó las superficies con gasa.

Lesión inicial de caries: Clínicamente no se detecta pérdida de minerales. Fosas y Fisuras: mancha decolorada, o mancha rugosa en el esmalte. Superficies lisas: manchas blancas opacas (pérdida de brillo).

Lesión cavitaria en esmalte: Pérdida demostrable de minerales en fosas, fisuras o superficies lisas, pero sin piso o pared blanda. La textura del material dentro de la cavidad puede ser cremosa y frágil pero no hay evidencia de afectación de la dentina.

Lesión cavitaria en dentina: Se detecta piso o pared blanda y esmalte socavado. En las superficies proximales el explorador penetra con facilidad.

Lesión cavitaria con compromiso pulpar: Cavidad profunda con probable compromiso pulpar.

Tabla 1. Descripción de los criterios de diagnóstico de caries de Pitts y Fyffe

La información fue recogida por un solo examinador previamente calibrado, con el fin de asegurar la interpretación y la aplicación de criterios uniformes en la observación y registro de la historia de caries dental.

Los datos obtenidos en el estudio fueron llevados a una base de datos creada en el programa Epiinfo 6.0. Se calcularon distribuciones de frecuencia para las variables cualitativas relacionadas con las preguntas de la encuesta y valores promedio en el caso del índice de caries dental. Se realizaron comparaciones que se consideraron importantes entre ambos estratos con base en pruebas Chi cuadrado o T-Student.

Resultados

En la tabla 2 puede apreciarse la distribución de los niños evaluados, según la edad, el sexo y el estrato socioeconómico.

Edad/ años	Estrato Medio-Alto				Bajo				Total
	M	F	Total	%	M	F	Total	%	
1	9	17	26	13.6	27	19	46	26.2	72
2	24	24	48	25.2	15	16	31	17.7	79
3	26	22	48	25.2	13	17	30	17.1	78
4	16	16	32	16.8	10	10	20	11.4	52
5	22	14	36	18.9	31	17	48	27.4	84
Total	97	93	190	100	96	79	175	100	365

Tabla 2. Distribución de los niños según edad, sexo y estrato socioeconómico

Prevalencia e historia de caries

La prevalencia de caries general en el estrato MA fue del 48.4% y en el B fue de 58.3% ($p < 0.05$). La historia de caries es ligeramente mayor a la prevalencia en ambos estratos, 50.5% y 85.4% respectivamente. En el primer año de vida el 15.0% de los niños de ambos estratos tenían caries, a los cinco años, la proporción había aumentado a 50.0% en el MA y 81.2% en el B. ($p < 0.01$). Tabla 3.

Edad	Prevalencia		Historia	
	Medio-Alto	Bajo	Medio-Alto	Bajo
1	15.4	15.2	15.4	17.4
2	37.5	54.8	37.5	54.8
3	64.6	73.3	64.6	76.7
4	65.6	85.0	65.6	85.0
5	50.0	81.2	61.1	85.4
Total	48.4	58.3	50.5	60.6

Tabla 3. Distribución proporcional de los niños según la prevalencia y la historia de caries

Promedio de superficies afectadas

Mientras la proporción de niños con caries dental es muy alta, la severidad del problema se ve atenuada por el número de superficies cariadas que tiene cada niño. Se puede observar en la tabla 4 que entre los niños que tenían caries, la mayoría tenía entre 1 y 7 superficies afectadas; sin embargo, en el estrato B, no es despreciable la proporción de niños con 8 ó más superficies cariadas (16.5%).

Número de superficies	Estrato Medio-Alto %	Estrato Bajo %
0	51.6	41.7
1-3	34.8	26.9
4-7	9.5	14.9
8-30	4.1	14.7
> 30	—	1.8

Tabla 4. Distribución proporcional de los niños según el número de superficies cariadas

En todas las edades, los niños del estrato MA tuvieron mayor promedio de superficies sanas, comparados con los niños del estrato bajo. La caries dental está presente desde el primer año de vida en ambos estratos, sin embargo a esta edad, los niños del estrato B tienen, en promedio seis veces más, superficies cariadas, comparados con los niños de la misma edad del estrato MA (0.2 y 1.3 respectivamente). Sin embargo, el número de superficies cariadas aumenta en ambos estratos a medida que aumenta la edad de los niños y esta diferencia que se apreciaba en el primer año de vida disminuye hasta el punto de que a los cinco años, los niños del B tienen sólo el doble de superficies cariadas comparados con los del estrato MA (3.4 y 6.6 respectivamente). Tabla 5

Edad/años	Promedio de superficies											
	Sanas		Cariadas		Obturadas		Con caries detenida		Extraídas por caries		Total sup con caries	
	MA	B	MA	B	MA	B	MA	B	MA	B	MA	B
1	59.5	39.8	0.2	1.3	—	—	—	0.02	—	—	0.2	1.4
2	86.8	80.6	0.8	3.8	—	—	0.1	0.1	—	—	0.9	3.9
3	97.3	91.5	2.1	5.5	0.02	0.1	0.1	0.5	—	—	2.2	6.1
4	95.5	92.8	2.3	5.6	0.9	1.0	0.1	0.2	—	0.3	3.3	7.1
5	96.0	93.5	2.2	5.6	0.9	0.7	0.3	0.2	—	0.1	3.4	6.6

*— frecuencia cero

Tabla 5. Índice de superficies sanas y afectadas por caries dental

Las lesiones incipientes de caries o manchas blancas estuvieron también presentes desde el primer año y van incrementando con la edad. (Tabla 6). Nótese sin embargo, que en el estrato MA las lesiones incipientes corresponden al 75% del promedio de superficies con caries activa (1.2/1.6), mientras en el B corresponden al 35% (1.5/4.2). En el estrato B fue más frecuente encontrar las lesiones en estadios que comprometían la dentina.

Promedio de superficies										
Edad	Mancha Blanca		Caries en Esmalte		Caries en Dentina		Caries con compromiso pulpar		Total	
	MA	Bajo	MA	Bajo	MA	Bajo	MA	Bajo		
1	0.2	0.2	—	0.2	—	1.0	—	—	0.2	1.4
2	0.6	0.9	0.1	0.8	0.06	2.0	—	0.1	0.8	3.8
3	1.6	2.3	0.2	0.5	0.3	2.4	0.4	0.3	2.1	5.5
4	1.6	1.7	0.2	0.8	0.5	2.3	—	0.8	2.3	5.6
5	1.7	2.5	0.2	0.4	0.3	1.9	—	0.8	2.2	5.6
Total	1.2	1.5	0.2	0.5	0.2	1.8	0.01	0.4	1.6	4.2

*— frecuencia cero

Tabla 6. Promedio de superficies con caries activa según edad y estrato socioeconómico

Conocimientos y prácticas de cuidado bucal

La edad de las madres osciló entre 20 y 40 años y en promedio cada una tenía dos hijos. El nivel educativo de las mujeres mostró diferencias significativas entre los estratos, mientras que en el estrato MA, el 74.7% de las madres tenían educación superior, en el estrato B este porcentaje es sólo del 11.7% ($p < 0.05$). Un porcentaje muy similar de mujeres del estrato MA y del estrato B (66.9% y 62.8% respectivamente) trabajaban por fuera de la casa, un promedio de 8 horas diarias; esto significa que el cuidado del niño, por lo menos durante el tiempo que ellas están ausentes corre por cuenta de otras personas. Tabla 7

Persona que cuida al niño	Estrato Medio-Alto		Estrato Bajo	
	n	%	n	%
Empleada	37	33.3	9	8.0
Abuela	35	31.5	41	36.2
Colegio	27	24.3	33	29.2
Otros familiares o vecinos	12	11.0	30	26.0
Total	111	100	113	100

Tabla 7. Persona que cuida al niño en ausencia de la madre.

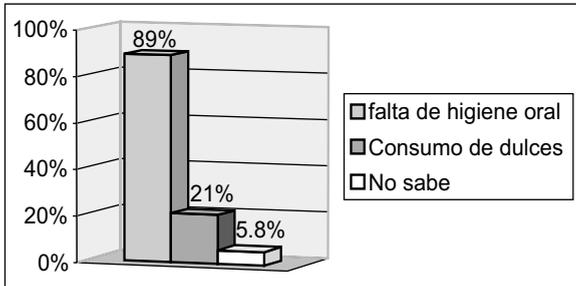
Hábitos de higiene bucal de la madre: Todas las madres utilizaban cepillo y crema dental para la higiene bucal, la diferencia estaba en el uso de la seda dental. El 30.5% de las mujeres del estrato B manifestaron que no usan de rutina este elemento, en el estrato MA esta proporción baja al 3.6%. ($p < 0.01$). Excepto una muy baja proporción de mujeres del estrato B, todas habían visitado al odontólogo, la diferencia consistía en el tiempo transcurrido desde la última visita. Mientras en el estrato MA el 30% habían consultado en el último mes y el 20% consultó hace más de un año, en el estrato B ninguna mujer consultó en el último mes y el 34% lo hizo hace más de un año. En el motivo de consulta también es evidente que un mayor porcentaje de mujeres del estrato B consultó por una urgencia. Tabla 8.

Motivo	Estrato Medio-Alto		Estrato Bajo	
	n	%	n	%
Revisión	85	51.2	72	40.0
Tratamiento	53	31.9	48	26.6
Urgencia	18	10.8	53	29.4
Prevención	10	6.0	7	3.8
Total	166	100	180	100

Tabla 8. Motivos de consulta odontológica de las madres

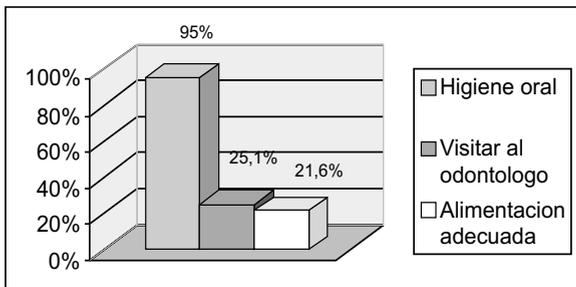
Conocimiento de las madres sobre el cuidado bucal de los niños: El 42% de las madres del MA y el 50% del B afirman **no** haber recibido información sobre el cuidado bucal de sus hijos. Sin embargo, el 97% de las mujeres tanto del estrato MA como del B consideran que es importante cuidar los dientes “de leche”, por razones como: “del cuidado de estos dependen los otros”, “por apariencia e higiene personal”, “para crear el hábito”.

Las dos respuestas más frecuentes de las madres a la pregunta por qué se produce la caries dental son, la falta de higiene oral (89%) y el consumo de dulces (21%). En consecuencia con esto, el 95% de las mujeres considera que la medida más importante para evitar la caries dental es la higiene oral. Gráficos 1 y 2.



Nota: Cada mujer tenía la opción de dar más de una respuesta

Gráfico 1. Por qué se produce la caries dental



* Cada mujer tenía la opción de dar más de una respuesta

Gráfico 2. Qué se debe hacer para mantener la boca sana*

Cuando se preguntó a las madres si habían recibido información sobre el **tipo** de crema dental que debe usar el niño, el 49.4% del estrato MA y el 79.4% del estrato B afirmaron no haber recibido información. ($p < 0.05$). Igualmente en ambos estratos, más del 50% de las mujeres afirmaron que no habían recibido información sobre la **cantidad** de crema que debían utilizar en el cepillado de sus hijos. A pesar del alto porcentaje de mujeres que no habían recibido información sobre la cantidad de crema para cepillar al niño, el 82.5% de ellas manifestaron que es importante controlarla. Las principales razones expuestas por las madres fueron "para que no se la tragué", "porque lo afecta y le hace daño al estómago", "porque le da manchas en los dientes", "por economía".

Hábitos alimentarios y de higiene bucal del niño:

En el momento del estudio se encontró que el 41% (68) de los niños de estrato MA y el 45.6% (82) del B tomaban tetero. Como puede observarse en la tabla 9, en ambos estratos el 23.5% de los niños

mayores de 3 años tomaban todavía tetero. A los cinco años el porcentaje llega al 25.0% en el estrato MA y a 18.8% en el B. De los niños que al momento de la encuesta ya habían suspendido el biberón, el 18.3% del MA y 25.8% del B lo suspendieron después de los 3 años. La mitad de las madres tenían la costumbre de dormir al niño con el tetero, y aceptaron que no realizaban ninguna higiene después que el niño terminaba. Gráfico 3.

Edad	Estrato Medio-Alto n	%*	Estrato Bajo n	%*
1	15	57.7	20	43.5
2	18	37.5	29	93.5
3	19	39.5	17	56.7
4	7	21.9	7	35.0
5	9	25.0	9	18.8
Total	68	41.0	82	45.6

* Proporción calculada sobre el total de niños de cada edad incluidos en el estudio

Tabla 9. Distribución de los niños que tomaban biberón en el momento de la entrevista a la madre, según la edad

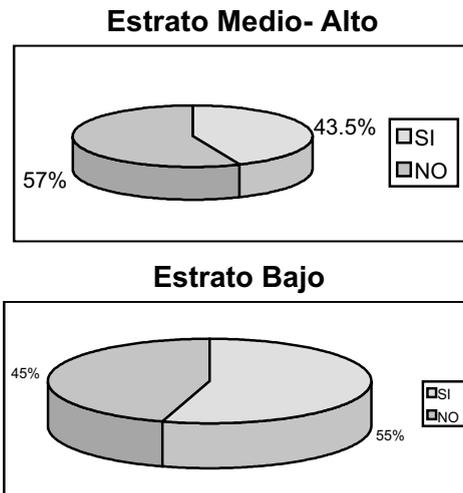


Gráfico 3. Distribución proporcional de los niños de acuerdo con la costumbre de tomar el biberón para dormir

El 40.9% de los niños del MA y el 50.0% del B, iniciaron la higiene bucal en el segundo año de vida, lo cual podría considerarse tarde, teniendo en cuenta la recomendación de iniciarla desde el nacimiento.

to. Según las madres, el uso del cepillo y la crema dental es común en cerca del 90% de los niños, la seda dental es menos utilizada (38% y 31% en el estrato MA y B respectivamente). (Tabla 10). La poca utilización de la seda dental tiene explicación en la edad de los niños, el costo de este producto y la poca apropiación que la población adulta ha hecho de este hábito. Las razones expuestas por las madres para no usar la seda son: "por descuido", "porque la niña esta muy pequeña y aun no la necesita", "porque temo lastimarla", "porque tiene los dientes separados".

Elementos	Estrato Medio-Alto		Estrato Bajo	
	n	%	n	%
Crema y cepillo	89	53.6	110	61.1
Cepillo, crema y seda	64	38.5	56	31.1
Sólo cepillo	12	7.2	11	6.1
Sólo gasa	1	0.6	3	1.7
Total	166	100	180	100

Tabla 10. Distribución proporcional de los niños según el uso de elementos de higiene bucal

Alrededor del 85% de los niños de ambos estratos usaban "siempre" la crema dental y el 7.5% la usa "casi siempre". En general los niños comienzan a usarla antes del tercer año de vida. En la mayoría de los casos los padres dispensan la crema a sus hijos, sin embargo el 25.8% de los niños del estrato MA y el 20.4% del B, la dispensaban por sí mismos "siempre" o "casi siempre". Tabla 11. Por otro lado, el 61.8% de las madres del estrato MA y el 64.4% del B, opinan que es frecuente que sus hijos se traguen la crema durante el cepillado, voluntaria o involuntariamente.

Frecuencia	Estrato Medio-Alto		Estrato Bajo	
	n	%	n	%
Siempre	19	12.6	25	15.0
Casi siempre	20	13.2	9	5.4
Casi nunca	8	5.3	11	6.6
Nunca	104	68.9	122	73.1
Total	151	100	167	100

Tabla 11. Distribución proporcional de los niños según la frecuencia con la que se dispensan por sí mismos la crema dental

Los antecedentes de la consulta al odontólogo, son significativamente diferentes según el estrato. El 64% de los niños del MA y el 48.3% del B ha consultado al menos una vez. Entre los que han sido llevados al odontólogo, el 67% del MA y el 77% del B, lo hicieron en los últimos 6 meses y el principal motivo de consulta fue la revisión. Las madres cuyos hijos no han visitado al odontólogo argumentaron razones como: "los controles son entre los 3 y 4 años", "no ha habido necesidad", "por descuido".

Discusión

Con relación a la situación de caries dental, los resultados muestran una situación en general más favorable para los niños del estrato MA. En el estrato B se observó caries dental activa en estadíos más avanzados. En el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III),⁴ la prevalencia de caries a los cinco años de edad, en la dentición primaria, fue de 54.8%; en el presente estudio la prevalencia a los cinco años fue del 50% para el estrato MA y del 81% para el B, resultado que ratifica la desventaja de los niños de bajos recursos económicos. Debe tenerse en cuenta sin embargo, que la diferencia encontrada entre ambos estudios puede ser parcialmente explicada por el índice utilizado. En el ENSAB se utilizó el índice ceod, un índice que es menos sensible que el utilizado en este estudio, debido a que no incluye el diagnóstico de las lesiones incipientes de caries.

Otro aspecto importante de tener en cuenta es la prevalencia de lesiones de caries activas que se observaron desde el primer año de edad en ambos estratos (15%). Esto ratifica que los factores de riesgo están vigentes desde el nacimiento del niño y que el enfoque de riesgo es una práctica que debe ser implementada en las instituciones prestadoras de los servicios por cuanto es la que permitirá detectar aquel porcentaje de niños que son altamente susceptibles desde edades tempranas.

En el presente estudio se entrevistaron madres de niños menores de seis años, teniendo en cuenta que social y culturalmente se les asigna a ellas la responsabilidad del cuidado del niño en aspectos como la salud y la educación, en una época de la vida del niño en la que el desarrollo psicomotor es incipiente.

Esto no desconoce el papel que juegan otros actores del núcleo familiar y de la escuela en la adquisición de conocimientos y en la formación de hábitos. Por otro lado, se consideró importante incluir mujeres y niños de estratos marcadamente diferentes (Medio-Alto y Bajo) por la alta relación que tiene el estrato de procedencia con las condiciones de vida y por lo tanto con indicadores educativos y de salud.

De hecho, un hallazgo esperado en este estudio y de amplio impacto sobre los resultados obtenidos, es el relacionado con el nivel educativo de las madres. Es significativa la diferencia en el número de mujeres del estrato medio-alto que han alcanzado la educación superior, lo cual se sabe que en salud se traduce en mayor cantidad de conocimientos, mayor capacidad de comprensión de la información que se recibe, mayor disposición al cambio de conductas, mayor accesibilidad a bienes y servicios básicos para tener buena salud.

El trabajo por fuera de la casa, en cambio, no es un factor diferencial por estratos. En ambos grupos, la mayoría de las madres tienen oficios u ocupaciones que les exige estar por fuera de la casa un promedio de 8 horas diarias. Esto conlleva a que el cuidado del niño sea delegado en terceras personas como la abuela u otros familiares, las empleadas domésticas y las madres comunitarias o jardineras según se trate de niños de estrato bajo o medio-alto. Este antecedente, sumado al nivel educativo de las madres, pone de presente dos asuntos fundamentales que deben tener en cuenta en la transmisión de información y en la educación en salud: Primero, que otras personas diferentes a las madres deben ser incluidas en los programas educativos, dada la relevancia que tienen en el cuidado del niño y segundo que el tipo de información y la forma en que esta es transmitida no debe ser igual para todas las personas, porque al igual que lo que sucede con las madres, dentro de este conjunto de personas enumeradas, la capacidad de comprensión no es igual.

De las respuestas de las madres se concluye que estas mujeres tienen hábitos higiénicos de rutina, aunque algunas diferencias por estrato son muy evidentes y podrían ser la explicación a las diferencias encontradas en los hábitos de los niños y en su situación de salud bucal: El uso del cepillo y

la crema dental es generalizado; la utilización de la seda, en cambio no es igual de frecuente, sobre todo en el estrato bajo. La frecuencia de la consulta al odontólogo, también es más alta en el estrato Medio-Alto y el motivo de la consulta es más "preventivo". Estos hallazgos coinciden con los de otros estudios y se han explicado con razones como la falta de educación y motivación para la adopción de hábitos saludables, las dificultades económicas para el acceso a elementos como la seda dental y la limitada afiliación a la seguridad social en el estrato bajo.^{5,12,13}

En cuanto a las fuentes de información sobre cuidado bucal, se pudo observar que el personal de los servicios, odontólogos e higienistas, siguen siendo actores muy importantes de la transmisión de esta información. Su disposición y preparación para esta labor, así como la actualización en temas relacionados con la prevención, es entonces una tarea necesaria. Sin embargo, Oliveira y col¹⁴ confirmaron que aunque el personal odontológico sigue siendo la fuente principal de información sobre salud oral, los padres actúan la mayoría de las veces, como la fuente primaria de información para sus hijos y por lo tanto, deben ser involucrados en las propuestas educativas. Además comentan, que en vista que los niños pasan la mayor parte del día en el colegio, sería deseable brindar mayor información sobre las prácticas preventivas y sobre adecuados hábitos alimentarios a los maestros.

Las respuestas a las preguntas sobre conocimientos de cuidado bucal, ponen en evidencia que las madres manejan la información más general, pero cuando se quiere profundizar en temas más específicos, los conocimientos son limitados. Las madres saben por ejemplo, que la higiene y la alimentación son factores importantes para prevenir la caries, pero desconocen por qué. Han interiorizado información sobre la frecuencia de cepillado y el uso de la crema dental pero desconocen detalles relacionados con el uso adecuado de estos elementos. Blinkhorn y col¹⁵ encontraron, en un estudio cuyo propósito era evaluar el conocimiento y las actitudes de las madres frente a la salud bucal, que estas conocen qué se debe hacer para mantener una buena salud en sus hijos, pero no son capaces de hacerlo ó no ponen en práctica lo que

conocen. Concluyeron que los padres más que información requieren de explicaciones sobre el por qué de las instrucciones para el cuidado, de ayuda, demostraciones y de asistencia práctica para poder hacer lo que saben.

Por otro lado, la información sobre el uso del biberón y los hábitos alimentarios, corrobora que este es un factor que debe ser objeto de especial cuidado en la educación y la consejería sobre la dieta de los hijos a las madres. El uso del biberón es alto entre los niños estudiados y el uso "prolongado" también tiene un comportamiento no deseable. Este hallazgo, sumado a las prácticas de dormir el niño con el biberón o utilizarlo como pacificador durante el día, son factores ampliamente estudiados, no sólo por la alta correlación que han mostrado con los índices de caries (principalmente la caries de la infancia temprana), sino porque están fuertemente ligados a conductas culturales y emocionales de la relación entre la madre y su hijo, que no son fáciles de cambiar. Las madres expresan su amor y su preocupación por el crecimiento y desarrollo del niño, a través de la alimentación, por lo tanto el odontólogo o la auxiliar de higiene oral deben tener cuidado con la forma como se sugiere a las madres el cambio de algunas de estas conductas.¹⁶ Harrison y col¹⁷ encontraron que el 78% de los niños tenían el hábito de dormirse con el tetero en la noche y permanecía como un hábito y pacificador durante el día; la explicación de las madres era que la leche es un componente primordial para el crecimiento y desarrollo de sus hijos y suspender el biberón los pondría en riesgo de no alcanzar el desarrollo adecuado. Sin embargo, las madres no tenían en cuenta que eran niños que a la vez consumían otros alimentos sólidos que suplían el papel nutritivo de la leche. Los autores concluyen que se requiere de mucha educación hacia las madres, en la que de manera integral se aborden los factores de riesgo y protectores del crecimiento y desarrollo de los niños para que ellas entiendan la dinámica de la interrelación de estos factores y para que tengan una idea clara de los requerimientos reales de los niños (la cantidad de leche vs. las fuentes de calcio, por ejemplo).

Con relación a las prácticas de higiene bucal de los niños, debe dejarse en claro, que un tipo de estudio como el realizado tiene limitaciones para captar una

información altamente confiable sobre el tema. La manera "ideal" como se deben estudiar las prácticas de una población es a través de la observación participante, un método en el cual el sujeto investigado no participa directamente en la respuesta con el fin de evitar sesgos. La información obtenida en este estudio hace pensar que las prácticas de higiene de las madres para con sus hijos, son las mínimas necesarias para prevenir enfermedades como la caries o la gingivitis.

Sin embargo, tomando en cuenta lo que se comentó antes, es evidente que estas prácticas tienen limitaciones relacionadas con el nivel de conocimientos de las madres. En la medida que ellas desconocen, por ejemplo, las indicaciones sobre el uso adecuado de la crema dental, las prácticas de uso de este producto aparecen como incorrectas, aspecto al que además hay que sumarle factores socioeconómicos que impiden que las madres puedan atender todas las sugerencias sobre el producto. La crema dental para niños (500 ppm de F), por ejemplo, tiene un costo 1.5 veces superior al de la crema dental familiar (1450 ppm de F).

Con relación a las prácticas, es necesario hacer un comentario particular sobre el uso de la crema dental. Se pudo observar que por lo menos el 80% de los niños comenzaron desde temprana edad el uso de este elemento, además se encontró una diferencia significativa en cuanto a la cantidad estimada de crema usada en cada cepillado, el 60% del estrato M-A y el 72% del estrato B colocan una cantidad equivalente a una cuarta parte del cepillo. A pesar de que la mayoría de las madres aseguran que colocan poca crema, en realidad en la práctica es difícil medir con exactitud la cantidad que están utilizando para sus hijos durante cada cepillado. Por otro lado, una alta proporción de las madres están seguras que sus hijos se tragan la mayor parte de la crema que usan. Es importante, en particular tener en cuenta estos datos, dada la problemática de fluorosis dental que está aumentando en Colombia y en otras partes del mundo.

Pang TY y col,¹⁸ y Franco y col¹⁹ encontraron que el uso de cremas dentales por los niños pequeños contribuyen a la ingestión del flúor de forma

sistémica. Naccache y col²⁰ se propusieron determinar las diferencias en la cantidad de crema usada e ingerida entre las sesiones de cada cepillado por niños preescolares entre los 3 y 5 años, utilizando medidas antes y después del cepillado. Encontraron diferencias significativas entre la cantidad ingerida y la edad y además que la cantidad promedio de crema que se utilizó por cepillado fue de 0.48g. Los niños más pequeños fueron los de mayor ingesta de crema dental. Como conclusión se plantea que no basta con recomendar a las madres utilizar una pequeña cantidad de crema dental (del tamaño de una arveja), la racionalidad de esta recomendación es tratar de ejercer control sobre la ingesta inadvertida de cremas dentales que contengan flúor y que teóricamente pueden llegar a incrementar la ingestión de este elemento.

Finalmente, con respecto a las prácticas, es necesario destacar que cerca del 40% de los niños realizan sus rutinas de higiene bucal solos ó acompañados ocasionalmente por sus padres. Es importante insistir en la recomendación de que los padres supervisen el cepillado de sus hijos hasta los 8 años de edad y colaboren con ellos en el desarrollo de las destrezas necesarias para que la higiene sea correctamente realizada.

En cuanto a la visita al odontólogo es importante resaltar la diferencia significativa ($p < 0.05$) entre los estratos. Para los autores de esta investigación, hay evidencia empírica de la reducción en el acceso o por lo menos el incumplimiento del aumento de coberturas que prometió la ley 100, y menos en este grupo poblacional. Sería deseable que se hicieran estudios sistemáticos que aportaran evidencia científica sobre esta hipótesis; esta evidencia serviría para denunciar el problema y para formular salidas a la problemática. El niño menor de seis años, ha sido tradicionalmente excluido de los servicios de atención odontológica, quizás con la complicidad de los profesionales, que encuentran difícil y poco rentable su atención.

Los hallazgos de este estudio señalan la necesidad de asumir seriamente la educación de las madres y cuidadores para la verdadera promoción de la salud bucal, indican temáticas específicas que es necesario trabajar con las madres y ratifican la importancia de trascender la acción educativa

como la transmisión de información a prácticas de instrucción y adiestramiento para el desarrollo de destrezas. Los niños menores de seis años en Colombia, son una población susceptible a la caries, dada la cantidad de factores que se interrelacionan para elevar el riesgo; es una responsabilidad de la profesión odontológica y especialmente de la odontología pediátrica llamar la atención de las autoridades de salud, denunciar el problema y sugerir propuestas sobre modelos de atención adecuados a las necesidades de este grupo poblacional.

Referencias

1. Marthaler TM, O'Mullane DMO, Vrbic V. The prevalence of dental caries in Europe 1990-1995. *Caries Res* 1996;30:337-355.
2. Beltrán-Aguilar ED, Estupiñan-Day S, Báez R. Análisis of prevalence and trends of dental caries in the Americas between the 1970s and 1990s. *Int Dent J* 1999;49:322-329.
3. Cleaton-Jones P, Fatti P. dental caries trends in Africa. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999;27:316-320
4. República de Colombia. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III. Serie Documentos Técnicos Tomo VII. Ministerio de Salud. Bogotá, 1999.
5. Blinkhorn AS, Holloway PJ. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. *Int Dent J* 2001;51:435-38.
6. Mattila ML, Rautava P, Sillanpaa M. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res*. 2000;79(3):875-81.
7. Birkhed D. Behavioural aspects of dietary habits and dental caries. Diet, nutrition and dental caries. *Caries Res*. 1990;24(suppl 1):27-35.
8. Habibian M, Roberts G, Lawson M. Dietary habits and dental health over the first 18 months of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:239-46.

9. Acs G, Shulman R, Wai M, Chussid S. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. *Pediatr Dent* 1999;21(2):109-13.
10. Nieva BC, Jácome S. Representaciones sociales del proceso salud enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales. *Revista Federación Odontologica Colombiana*;1999.57:9-55.
11. Pitts NB, Fyffe HE. The effect of the varying diagnostic thresholds upon clinical caries data for a low prevalence grope. *J Dent Res* 1998;67:592-96.
12. Petersen PE, Esheng Z. Dental caries and oral health behaviour situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, People's Republic of China. *Int Dent J*. 1998;48:210-216.
13. Petersen PE, Danila I, Samoila. Oral health behaviour, knowledge, and attitudes of children, mothers and schollteachers in Romania in 1993. *Acta Odontol Scand*. 1995;53:363-367.
14. Oliveira ER, Narendran S. Oral health knowledge, attitudes and preventive practices of third grade school children. *Pediatr Dent* 2000;22:395-40.
15. Blinkhorn AS, Holloway PJ. Dental health knoweledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. *Int Dent J* 2001;51:435-438.
16. Mueller M. Nursing bottle syndrome: Risk factors. *ASDC J Dent Child* 1996;63:42-50.
17. Harrison R, Wong T, Ewan C. Feeding practice and dental caries in an urban Canadian population of Vietnamese preschool children. *ASDC J Dent Child* 1997;64:112-17.
18. Pang TY, Vann WF. The use of fluoride-containing toothpastes in young children: the scientific evidence for recommending a small quantity. *Pediatr Dent* 1992;14:384-86.
19. Franco AM, Martignon S, Saldarriaga A, González MC, Luna LM, Ocampo A, Arbeláez MI, Martínez-Mier, EA, Villa AE. Total Fluoride Intake in Children aged 22-35 months in Four Colombian Cities. *Community Dent Oral Epidemiol* [Aceptado para publicación] 2004.
20. Naccache H, Simard PL. Variability in the ingestion of toothpaste by preschool children, *Caries Res* 1990;24:359-63.
21. Schneider H. S y col. Parental education leads to preventive dental treatment for patients under the age of four. *J Dent Child* 1993;33-37.

Correspondencia

amfranco@ces.edu.co

