

La clínica odontológica del bebé integrando un servicio de salud

Dras. Marcia Cançado de Figueiredo ¹, María del Carmen López Jordi ²

1. Prof. Cátedra de Odontopediatría. Especialista en Odontología Social. Prof. Responsable de Odontología para Pacientes Discapacitados. Facultad de Odontología. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

2. Prof. Titular Cátedra de Odontopediatría. Directora de la Carrera de Especialización en Odontopediatría. Directora de la Unidad de Publicaciones. Facultad de Odontología. Universidad de la República, Uruguay.

Fecha recibido: 31 de marzo de 2008.

Fecha aprobado: 24 de julio de 2008.

Resumen

Las facultades de Odontología de la Universidad Federal del Rio Grande del Sur (Brasil) y de la Universidad de la República (Uruguay) integran sólidamente en su proyecto institucional las tres funciones universitarias esenciales. Definen la formación de un odontólogo con una perspectiva clínico-epidemiológico-social que enfatiza la prevención, capaz de actuar en equipos interdisciplinarios e interprofesionales, asegurando una cobertura de salud universal, integral y accesible. La implementación de programas materno-infantiles basados en los conocimientos científicos más modernos integran una planificación educativo-preventivo-asistencial de atención integral con cobertura a tres grupos de población (gestantes, niños, madres) y son reconocidos como prioritarios y valorados como un privilegio en términos de evaluación del impacto a nivel internacional y regional. Los contextos de atención materno-infantiles como la Clínica del Bebé, ya sea en un servicio de salud y/o como un espacio de práctica

I. Introducción

En los últimos años, más precisamente en la última década, en los países de América latina están ocurriendo modificaciones en los servicios de salud, dedicándole al sector salud mayor atención, ya sea en sus aspectos estructurales, humanos o financieros.

El cambio de actitud se volcó hacia una propuesta transformadora basada en:

- La promoción de salud tomando conciencia de la realidad que se quiere cambiar y promoviendo la capacidad potencial de cambio que los sujetos

curricular enriquecen la formación profesional integrando equipos interdisciplinarios e interprofesionales.

Palabras clave:

SALUD MATERNO INFANTIL
PROMOCIÓN DE LA SALUD
TERAPIAS ALTERNATIVAS
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA
EDUCACIÓN EN SALUD DENTAL

Summary

The Schools of Dentistry of the F.O. Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFGS (Brazil), and the Universidad de la República (Uruguay) completely fulfil the three essential roles of a university in their institutional project. The curricula have a clinic, epidemiological and social perspective that emphasizes prevention by working in interdisciplinary teams, providing accessible and universal health coverage. The implementation of maternal-child programs based on the most advanced scientific knowledge integrate an educational and preventional-assisting plan which covers three population groups (pregnant women, children and mothers), which are recognized as a priority for evaluating the programs impact both regionally and internationally. The maternal-child assistance in places such as the "Baby Clinic" provide an area for the curricular practice and for professional education through interdisciplinary teams.

Key words:

MATERNAL AND CHILD HEALTH
HEALTH PROMOTION
ALTERNATIVE THERAPIES
PREVENTIVE DENTISTRY
HEALTH EDUCATION, DENTAL

poseen.

- Una preocupación mayor en los métodos masivos de prevención a través de la implementación de programas nacionales de amplia cobertura.
- Una mayor atención de la utilización del personal auxiliar a través de una óptima gestión y de la búsqueda de recursos humanos de calidad.

En la actualidad la odontología tiene el compromiso, cada vez mayor, de realizar una práctica centrada en el diagnóstico de salud y en la atención con énfasis preventivo y mantenimiento de la misma, evaluando la evolución de los individuos en salud, utilizando indicadores claves definidos y consensuados y el importante aporte de la informatización de la información. Es fundamental en la etapa diagnóstica el

análisis de la presencia o ausencia de: conductas dirigidas a la salud, patrones de alimentación y la actitud hacia la higiene personal ya que se considera a la caries y a las enfermedades gingivo-periodontales directamente relacionadas con el estilo de vida de las personas y su motivación a la salud.

El conocimiento científico apoya el hecho que las intervenciones médicas adecuadas para el control de las enfermedades bucales más prevalentes permite prevenirlas, mitigarlas o revertirlas mediante una práctica profesional con énfasis en el diagnóstico, en la identificación de aspectos conductuales y comportamentales y en la racionalización de procedimientos preventivos y rehabilitadores adecuados.

A modo de ejemplo, en el caso específico de la enfermedad caries dental, un modelo de atención a la salud educativo-preventivo-asistencial puede:

- Demorar y controlar la adquisición inicial de la flora cariogénica durante los primeros años de vida.
- Disminuir la intensidad de la actividad de la enfermedad una vez que se establece el proceso patológico.
- Revertir las lesiones iniciales mediante el favorecimiento de fuerzas remineralizantes.
- Fomentar la calidad de las restauraciones de las lesiones cavitadas (criterio preventivo integral y adecuado al medio socioeconómico).
- Establecer un control y seguimiento de la salud.

Los diferentes referentes consideran que la atención odontológica al niño debe iniciarse en los primeros seis meses de vida y al mismo tiempo se reconoce el déficit en la capacitación de los odontólogos para atender este grupo de edad. De acuerdo al marco planteado un Programa Materno-infantil debe dar cobertura a:

- embarazadas;
- madres de niños menores de 2 años;
- niños hasta 2 años de edad.

II. Antecedentes en la región

El avance científico analizado tuvo un impacto muy importante en la salud bucal ya que promovió a nivel mundial y regional el desarrollo de programas materno-infantiles estableciéndose ciertas pautas para su planificación e implementación desde el punto de vista de su costo-beneficio:

- A los cuatro años de edad: 85% de los niños están sanos.
- A los 5 y 6 años de edad: 65% de los niños están sanos.

A raíz de este trabajo precursor realizado en Londrina se han establecido otras clínicas para lactantes en Brasil, 27 universidades del país cuentan con programas para la atención de la salud bucal en lactantes. En la actualidad se encuentra en avance un proyecto muy ambicioso que involucra al Depto. Estatal de Salud Pública y a la Universidad Estatal de Londrina.

La pauta que orienta la filosofía de la Clínica del Bebé es que

1. La justificación científica de la importancia de tratar a las madres, ya que son la principal fuente de infección de sus hijos.

2. La identificación de factores que, directa o indirectamente, permiten asumir la disminución de los niveles de riesgo.

3. El control y mantenimiento a través de la remotivación del binomio madre-hijo que deben programarse hasta los 24 meses de vida del niño (primera ventana de infectividad).

II.1. Clínica del bebé (Londrina)

En 1986, en Paraná, Brasil, se oficializó el proyecto de un grupo de profesores del Departamento de Odontopediatría de la Universidad Estatal de Londrina dirigido a la salud bucal en los primeros años de vida (clínica del bebé = clínica para lactantes) y en 1993 se acepta la odontología para niños de corta edad como un derecho para todo ciudadano brasileiro. Los profesionales de la salud, sobre todo los pediatras y odontopediatras, son los responsables de impartir programas educativos a los padres sobre los cuidados bucales durante la lactancia, asegurando programas subsiguientes y adicionales dirigidos a los niños a medida que crecen y maduran. La Clínica del Bebé de Londrina utiliza un proceso de tres pasos. El primero comienza con el Programa Educativo, la presentación dirigida a los padres, se explican todos los aspectos relacionados con la salud bucal: patrones de erupción dentaria, higiene bucal, lactancia, succión nutritiva y no nutritiva, procesos de caries, fluoroterapia, dieta y conductas alimentarias. También se describen los tipos de tratamiento que se ofrece con énfasis en el papel y responsabilidad de los padres para prevenir enfermedades bucales. El segundo paso es el Programa Preventivo, en el cual se realiza una valoración general y bucal (diagnóstico de riesgo) con base en el análisis de su dieta actual, hábitos de higiene bucal y ambiente familiar y social. De acuerdo al diagnóstico de riesgo identificado en cada niño, se proporcionan más recomendaciones específicas a los padres sobre método y momentos para administrar cuidados bucales. La segunda consulta se establece conforme al grado de riesgo determinado (de una semana a seis meses). El tercer paso es el Programa de Asistencia que consta de procedimientos rehabilitadores. El éxito de la Clínica ha comprobado el valor de un proyecto multidisciplinario en el que participan diferentes prestadores de atención a la salud, la capacidad de trabajar en equipo mediante la integración de odontopediatras, pediatras y ginecólogos, evaluando los siguientes datos:

la preservación de la higiene bucal en niños y el desarrollo de otros hábitos saludables constituyen antecedentes necesarios para la prevención de enfermedades bucales, ya que conservar la salud adecuada representa un enfoque práctico, sencillo, eficaz y de bajo costo.

II.2. BEBÉ CLÍNICA de la Facultad de Odontología de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS, Porto Alegre, Brasil

Considerando que la atención odontológica al niño debe

iniciarse en los primeros días de vida y conociendo el déficit en la capacitación de los odontólogos para atender este grupo de edad se organizó a partir de 1990 una clínica para la atención de bebés en la Facultad de Odontología de la UFRGS. En la actualidad se encuentra funcionando y prestando servicios de capacitación para odontólogos a través de un curso de extensión universitaria (336 horas).

La preocupación en capacitar profesionales calificados surgió debido a que la caries temprana en la infancia (ECC) representa un problema de salud pública en varios países, inclusive en el Brasil. Datos de Weinstein en 1998, demostraron que en países desarrollados la prevalencia es del 1% a 12% y en países subdesarrollados o en desarrollo es de 70%. La ECC está relacionada con el nivel social de la población, siendo responsabilidad de los sistemas de salud el control de esta enfermedad en las clases menos favorecidas.

Datos estadísticos demuestran que menos de un niño entre cada cinco de los que reciben atención médica en la primera infancia, reciben atención odontológica. Por lo tanto, nuestra prioridad es la atención odontológica de niños de cero a un año de edad, considerando ésta la edad más oportuna para establecer una odontología que sea promotora de salud, al alcance de todos, eficiente y de bajo costo. La evaluación de los resultados obtenidos con los 366 bebés atendidos en el año 1999 en la Clínica para bebés, indica que la eficacia del

III.1. Transmisibilidad microbiana como factor de riesgo de las enfermedades bucales más prevalentes

La investigación científica ha avanzado en determinar los mecanismos de colonización microbiana de la cavidad del recién nacido estableciendo que la colonización inicial es fortuita, dependiendo en alto grado del medio ambiente y que la flora definitiva se establece en los primeros meses de vida extrauterina prevaleciendo el microorganismo que llega primero y que una vez instalado es difícil de modificar.

Esta colonización resulta favorecida por el reconocimiento de un donante (predominio de la madre), por una gran cantidad del inóculo y por contactos sucesivos y repetidos. Asimismo, se reconoce la importancia de la flora estreptocócica con una colonización inicial fundamentalmente con *S. salivarius* y *S. mitis*, pero estableciéndose luego de la erupción dentaria el predominio de *S. mutans* (SM), *S. sobrinus* y *S. sanguis*.

A partir de estos trabajos comenzó a plantearse la influencia del medio ambiente íntimo en el establecimiento de la flora bucal del niño generándose varios estudios profundizando la temática de la transmisibilidad microbiana como factor de riesgo de las enfermedades más prevalentes bucales en el niño y cómo el control de la flora materna podía influir en la salud bucal de sus hijos.

En 1983, Kohler B. Brattall D y Krasse Bo publican un trabajo científico realizado en la Universidad de Malmö (Gotemburgo, Suecia) ⁽¹⁾ resultado de la implementación de un programa de salud bucal en binomios madre-hijo concluyendo que la madre es la principal fuente de infección del niño pequeño en referencia al SM reconocido como el microorganismo responsable del desarrollo inicial de la enfermedad caries dental. Asimismo demostraron que el

tratamiento es mayor entre los cero y un año de edad, confirmando que cuanto más temprano los padres adquieran hábitos saludables, mayor será el impacto en la salud oral de sus hijos.

III. Fundamentación

Los programas aplicados sobre el binomio madre-niño definen como objetivos fundamentales:

- a) Promoción de salud en el medio ambiente íntimo (núcleo familiar) de hábitos, conductas y comportamientos saludables ya que se reconoce que las enfermedades bucales más prevalentes están directamente relacionadas al estilo de vida.
- b) Controlar la transmisibilidad microbiana resaltando fundamentalmente el papel de la madre en la instalación de la flora bucal definitiva del niño y un factor de riesgo determinante del proceso salud-enfermedad bucal del su hijo.
- c) Promover un crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático armónico potenciando los recursos biológicos que establecerán un equilibrio de las fuerzas musculares modeladoras y un desarrollo más favorable de las funciones.

control de la infección por SM en las madres, incluyéndolas en programas educativo-preventivo-asistenciales, tiene un efecto positivo en la composición de la flora bucal de sus hijos (limitando la transmisibilidad microbiana) y un importante efecto en la salud bucal de los mismos reduciendo la prevalencia de caries ⁽²⁾. En el estudio sueco se trabajó con madres que poseían altos niveles de SM (mayores de 10⁶ UFC/ml), a la mitad de las madres se les incluyó en un programa preventivo destacándose de los resultados obtenidos:

- 28 madres fueron tratadas exitosamente hasta que sus hijos cumplieron veintitrés meses de edad y sólo tres de ellos (11%) mostraron niveles de infección con SM. Este dato se compara con 17 de 38 niños (45%) en el grupo control.
- A los treinta y seis meses de edad, sólo el 19% de los hijos cuyas madres fueron tratadas mostraron niveles de infección con SM, comparado con el 63% de los niños en el grupo control.
- Se continuaron realizando controles y en 1997 se informa que la evaluación de los mismos niños a los 15 años expresa: 12 libres de caries en niños que estaban colonizados a los tres años de edad y 46 libres de caries en niños que no presentaban niveles de colonización a los tres años de edad

En 1993 Caufield PW y colaboradores publican un estudio científico desarrollado en la Universidad de Alabama (EE.UU.) demostrando que existen períodos claves en la vida del niño que representan momentos de mayor susceptibilidad para la adquisición del SM denominados ventanas de infectividad ⁽³⁾. Se identifica claramente una primer ventana entre los 16 y 29 meses de vida (promedio 24 meses), relacionada a la erupción de la dentición temporaria y correspondiendo el momento de mayor riesgo a la erupción del primer molar caduco. Los autores consideran que si no se identifican niveles de colonización de SM a los dos años de

vida existen pocas posibilidades de que la misma se produzca hasta los 6 años de vida aproximadamente en que se observa la erupción del primer molar permanente correspondiéndose con la segunda ventana de infectividad.

En 1993, Dr. Arnold Steimberg, infectólogo de la Universidad de Illinois, resume los avances definiendo a la caries dental como “síntoma clínico de una infección causada por SM y transmitida por los miembros de la familia (fuente permanente de contaminación)”. Luego, nuevos aportes confirmaron que cuanto más temprano en la vida del bebé se establece la infección, la prevalencia de caries es mayor, también se puede observar una relación estadísticamente significativa de una mayor experiencia de caries en el primer

c) Que la educación debe ser mantenida hasta los 24 meses de su hijo (primera ventana de infectividad).

Posteriormente surgieron los estudios de transmisibilidad relacionados a los patógenos periodontales y dentro de ellos los más estudiados han sido el *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa) y la *Porphyromona gingivalis* (Pg) ^(5,6).

En referencia al Aa se determinó:

- Adquisición a edad joven: Alaluusua y colaboradores establecieron que 10% de los niños entre 5 y 11 años son portadores.
- Colonización transitoria.
- Prevalencia aumenta con edad.
- Infección estable entre 5 y 7 años.
- Limitada por una efectiva respuesta del huésped.

En relación a la Pg se concluyó:

- Adquirido más tarde: Mattö y colaboradores establecieron que 5% de los niños entre 5 y 11 años son portadores.
- Luego de la pubertad.
- Necesidad de requerimientos ambientales específicos.

Se analizó la transmisibilidad vertical, observándose el mismo genotipo en hermanos y de los estudios en parejas realizados por Asikainen y Alaluusua se puede establecer entre 20% y 30% de posibilidad de transmisión horizontal, siendo más efectiva en parejas de más de diez años de unión (pudiendo certificar el desarrollo de enfermedad periodontal en el receptor) ⁽⁷⁾. Como conclusión general de la investigación en la temática de la transmisibilidad microbiana se enumeran los siguientes requerimientos:

- a) Inóculo concentrado.
- b) Suficientemente grande.
- c) Ventana de infectividad.
- d) Influencias ambientales en general.
- e) Patrones de comportamiento de los miembros del grupo familiar.

nacimiento (Kinirons M. y Mc. Cabe), certificándose especificidad de género en la transmisión. El marco fundamental de esta nueva concepción de las enfermedades bucales más prevalentes marca la importancia de la regulación inmune (como infecciones). Estos avances resultan en componentes fundamentales a tener en cuenta en la implementación de programas de salud bucal materno-infantiles:

- a) Enfatiza la importancia de tratar a las madres como vía de infección de sus hijos.
- b) Establece que los niveles salivales de SM en la madre deben ser mantenidos.

III.2. Prematuridad: un nuevo desafío para la odontología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1976 las siguientes categorías internacionales:

- a) Niños de bajo peso al nacer (NBPN).
 - Bajo peso al nacer: <2.500 g.
 - Muy bajo peso al nacer: <1.500 g.
 - Extremadamente bajo peso al nacer: <1.000 g.
- b) Niños nacidos por parto prematuro (PP).
 - Prematuros: <37 semanas de gestación.
 - Muy prematuros: <32 semanas de gestación.

Dentro de los factores de riesgo de parto prematuro o ruptura prematura de membrana (RPM) se identifican factores: medioambientales (atención de la gestante, demográficos, nutricionales), genéticos, obstétricos, maternos, exposición a tóxicos e infecciones y debido a la relación particular con la Odontología se profundizará en dos de ellos.

Distribución geográfica de NBPN correlacionados con el peso promedio al nacer (PPN)

	NBPN	PPN
Europa	4-12%	3.200 g
África	10-12%	3.000 g
Asia	15%	2.900 g
América del Norte	7%	3.200 g
Australia	8%	3.200 g
América del Sur	11%	3.100 g

A) Edad materna

La adolescencia representa un período muy importante de la vida y genera muchas condicionantes en relación al proceso salud- enfermedad. La OMS la define como “el período de la

vida (10 a 19 años) en que el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica". Actualmente, con un criterio eminentemente psicosocial y de inserción en la comunidad de pertenencia se acepta, con la OMS, que esta etapa se observa extendida en el tiempo, comprendiendo también al grupo de población correspondiente a la juventud (15 a 24 años). La tendencia actual considera la adolescencia y juventud conjuntamente, reconociendo a la hebiatría, como el período comprendido entre los 10 y los 24 años de edad entendiendo que las necesidades para el desarrollo son básicamente las mismas. El embarazo en esta etapa de la vida resulta muchas veces como un hecho no programado, conflictivo, que genera ocultamiento y un control médico tardío e insuficiente. Se identifica un importante riesgo biológico (gestación en organismo inmaduro) y factores de riesgo psicosocial (falta de compromiso con su gestación y discontinuidad en el cuidado).

Los datos del Departamento de Información Poblacional del Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay informan de la relación entre edad de las madres y niños de bajo peso al nacer o parto prematuro (2001=15,8% NBPN; 2003=14,7% NBPN). La realidad de estos datos enfrenta a la odontología y en especial a la odontopediatría a la necesidad de trabajar en

B) Infecciones

Con referencia a las infecciones debemos afirmar que es clara la correlación entre infecciones locales, del tracto genital y la ruptura prematura de membrana o el parto prematuro. La comunidad científica actual publica mucha información con referencia a la relevancia de infecciones remotas como factores de riesgo de NBPN o PP. En este tema, la odontología se encuentra con una gran responsabilidad ya que la enfermedad periodontal, una de las enfermedades bucales más prevalentes, resulta en presentar una alta correlación con la prematuridad. Actualmente, los científicos engloban con el término de medicina periodontal la fuerte correlación existente entre la salud-enfermedad periodontal y la salud-enfermedad sistémica. Los grandes capítulos dentro de esta temática (Periodontology 2000; 23) se identifican con: diabetes, enfermedades cardiovasculares, HIV-sida, menopausia y NBPN y PP

En 1997, Steven Offenbacher y colaboradores publican un estudio en 124 gestantes aseverando que la enfermedad periodontal representaba un factor de riesgo relevante de crecimiento fetal negativamente afectado y que cuando esta

Se pueden establecer dos mecanismos etiológicos en la citada relación: directos e indirectos:

- **Efecto directo.** Vía hematológica. Por un lado, en el embarazo se aprecia un mayor riesgo al desarrollo de enfermedades gíngivo-periodontales, un aumento en la proporción de microorganismos aerobios en relación a los anaerobios y de los Gram negativos en relación a los positivos (uno de los microorganismos Gram negativos más estudiados ha sido el *Fusobacterium nucleatum*). Al mismo tiempo, se reconoce que en los procedimientos de asistencia odontológica se produce una bacteriemia transitoria. la misma por diseminación hematológica llegaría a

equipo, programando acciones en este grupo de población, y estar al día en los conocimientos científicos de las particularidades médicas, psicosociales y odontológicas y los riesgos que presentan los niños prematuros, integrándolas a los programas materno- infantiles de salud bucal.



Figura 1

afección era severa en primerizas se podía identificar como un factor de riesgo de nacimiento prematuro espontáneo, determinando un valor mayor de 7 veces (similar al riesgo de otros factores como el tabaco y al alcohol en la madre embarazada). El Dr. Offenbacher, en el año 2002, funda el Centro de Enfermedades Orales y Sistémicas en la Universidad de North Carolina (EE.UU.), integra un grupo interdisciplinario de 50 científicos que continúan trabajando en esta temática y con el estudio de 5 años concluye que la enfermedad periodontal en la madre representa el 18% de los partos prematuros en Estados Unidos (y enfatiza que éste es un factor de riesgo controlable, resaltando la gran responsabilidad que le cabe a la Odontología Preventiva).

Muchos artículos científicos actuales presentan estudios y conclusiones sobre los mecanismos fisiológicos que determinan la relación entre enfermedad periodontal en la embarazada y el parto prematuro⁽⁸⁻¹²⁾ continuando los trabajos de Jeffcoat M. y colaboradores en la Universidad de Alabama, EE.UU. (JADA, 2001), que concluyeron que la enfermedad periodontal activa presente en el segundo trimestre del embarazo aumentaba la posibilidad de prematuridad entre 4,5 y 7 veces y afirmaba que el mejor consejo a mujeres embarazadas es prevenirla.

establecer una infección a nivel del líquido amniótico y en la actualidad se ha identificado la presencia de gérmenes orales en el líquido amniótico (especialmente el *Fusobacterium nucleatum*).

- **Efecto indirecto.** Respuesta inflamatoria. En el mecanismo de parto a término se identifican varios factores que determinan el comienzo de la labor, entre ellos se observa un aumento muy importante de las prostaglandinas. Una infección Gram negativa remota (enfermedad periodontal), integra al medio interno ciertos productos bacterianos como los lipopolisacáridos que, conjugados con sustancias del tipo de las citoquinas (importancia de la interleuquina), generan la liberación de mediadores

inflamatorios resaltando el incremento de prostaglandinas. Esta situación representa en la mujer embarazada un factor de riesgo importante de labor prematura o ruptura prematura de membrana.

El niño prematuro o de bajo peso al nacer representa hoy un desafío para la Salud Pública, ha determinado cambios en los cuidados intensivos neonatales siendo necesario un alto nivel de experiencia médica y de enfermería y el contar con equipamiento caro y sofisticado. Asimismo se observa un alto riesgo biológico, por lo cual la preocupación actual supera el lograr la supervivencia dirigiéndose además a la evaluación de la salud de los sobrevivientes a largo plazo. El niño prematuro presenta ciertas características orofaciales que deben conocerse para la implementación de un programa materno-infantil de salud bucal. En 1992, S. Fadavi y colaboradores realizan un estudio en la Universidad de Illinois, Chicago, EE.UU., llegando a describir diversas características orofaciales en los niños prematuros de las cuales varias se relacionan con las necesidades de supervivencia del niño prematuro (intubación endotraqueal por inmadurez neurológica, dificultad en la succión, deglución y respiración). Las particularidades varían entre: defectos en el esmalte, hendiduras palatinas, mordida cruzada posterior, alta prevalencia de caries, retraso en el patrón de erupción dentaria.

Por lo antedicho la clínica odontológica del bebé cumpliría con los siguientes propósitos:

- Mejorar la salud bucal de la población infantil a través de medidas educativas, preventivas y asistenciales organizadas, dirigidas a la embarazada y al binomio madre-niño valorando la salud integral.
- Desarrollar un proyecto de investigación epidemiológica en servicio evaluando el impacto de la implementación de un programa educativo-preventivo-asistencial materno-infantil de acuerdo a los conocimientos científicos actuales ⁽¹³⁾.

El impacto esperado con la implementación de un programa materno-infantil considera:

6. **Lee Y, Straffon LH, Welch B, Loesche WJ.** The transmission of anaerobic periodontopathic organisms. *J Dent Res* 2006; 85 (2): 182-6.
7. **Asikainen S, Chen C.** Oral ecology and person-to-person transmission of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* and *Porphyromonas gingivalis*. *Periodontol* 2000, 1999; 20: 65-81.
8. **Dasanayake AP.** Poor periodontal health pregnant woman as a possible risk factor for low birth weight. *Ann Periodontol* 1998; 3: 206-12.
9. **Jeffcoat M, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Goldenberg RL, Hauth JC.** Periodontal infection and preterm birth. Results of a prospective study. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 (7): 875-80.
10. **Williams CE, Davenport ES, Sterne JA, Sivapathasundaram V, Fearne JM, Curis MA.**

- Conformación del equipo interdisciplinario encargado de la organización, implementación y evaluación del programa.
- Implementación de un programa educativo-preventivo-asistencial materno-infantil y evaluarlo.
- Que 85% de los niños de las gestantes que ingresan al programa se diagnostiquen con salud bucal o de riesgo controlado a los tres años de edad.
- Que los Ministerios de Salud Pública, los Municipios o Intendencias y las Facultades de Odontología integren en forma regular a sus actividades la Clínica del Bebé reconociendo su valor dentro de las funciones socio-sanitarias.

Referencias bibliográficas

1. **Köller B, Bratthall D, Krasse B.** Preventive measures in mothers influence the establishment of the bacterium streptococcus mutans in their infants. *Arch Oral Biol* 1983; 2 (3): 225-31
 2. **Köller B, Andréén I, Jonsson B, Hultqvist E.** Effect of caries preventive measures on streptococcus mutans and lactobacilli in selected mothers. *Scand J Dent Res* 1982; 90 (2): 102-8.
 3. **Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP.** Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. *J Dent Res* 1993; 72 (1): 37-45.
 4. **Li Y, Caufield PW, Dasanayake AP, Wiener H, Vermund S.** Mode of delivery and other maternal factors influence the acquisition of streptococcus mutans in infants. *J Dent Res* 2005; 84 (9): 806-11.
 5. **Petit MD, van Steengergen TJ, Scholte LM, van der Velden U, de Graaff J.** Epidemiology and transmission of porphyromonas gingivalis and actinobacillus actinomycetemcomitans among children and their family members. *J Clin Periodontol* 1993; 20 (9): 641-50.
- Mechanisms of risk in preterm low-birthweight infants. *Periodontol* 2000, 2000; 23: 142-50.
11. **Vettore MV, Leal MC, Leao T, Monteiro da Silva M, Lamarca G, Sheiham A.** The relationship between periodontitis and preterm low birthweight. *J Dent Res* 2008; 87: 73-8.
 12. **López NJ, Smith P, Gutierrez J.** Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. *J Dent Res* 2002; 81: 58-63.
 13. **Sakai V, Oliveira T, Silva T, Moretti AB, Geller-Palti D, Biella V, et al.** Knowledge and attitude of parents or caretakers regarding transmissibility of caries disease. *J Appl Oral Sci* 2008; 16 (2).

Correspondencia: Dra. María del Carmen López Jordi

Tomás Diago 870 apto. 502. Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: dra.lopezjordi@gmail.com