

Conocimientos y conductas de estudiantes de posgrado de Pediatría y pediatras sobre la salud bucodental infantil

Gabriela Urman* ^{1,a}; Adriana Pistochini ^{2,b}; María Laura Ferri ^{2,c}; Ivianna Sarmiento ^{1,d}; Arnoldo Grosman ^{1,e}

RESUMEN

Objetivo: Analizar los antecedentes de formación, conductas y conocimientos sobre salud bucodental infantil en un grupo de pediatras en formación y recientemente graduados.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo mediante la aplicación de una encuesta anónima de 18 ítems, autoadministrada, enviada en forma virtual a estudiantes y graduados de un posgrado de Pediatría de la Universidad Maimónides en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resultados: Se obtuvieron 60 respuestas. El 80 % de los participantes fueron mujeres, en su mayoría sin hijos, pertenecientes a los 3 años de formación del posgrado o con menos de 2 años de experiencia. El 78,90 % no consigna habitualmente la información del estado de salud bucodental en la historia clínica del paciente. Un 72 % de los encuestados fallaron en determinar la prevalencia de la caries dental con relación a otras patologías de la infancia. También se encontraron errores de concepto en cuanto a la etiología de la caries. Un 67,20 % no había recibido hasta el momento ninguna capacitación en salud bucodental; los que la habían recibido refirieron que esta había sido insuficiente. La autopercepción para llevar adelante acciones de prevención fue poco homogénea, y se identificaron dificultades para el reconocimiento temprano de lesiones. Un 60 % tuvo dificultades para establecer la cantidad adecuada de pasta dental que un niño debe utilizar y tampoco se sintió capacitado para dar recomendaciones sobre la técnica correcta del cepillado. Asimismo, en la muestra no se observó un criterio correcto y uniforme para la primera visita del niño sano al odontopediatra.

Conclusiones: Al igual que lo manifestado por otros autores, se encuentran deficiencias en la formación y, por ende, en la autopercepción de los pediatras en formación y recientemente graduados en temas relacionados con la salud bucodental. A pesar de las dificultades reconocidas por los participantes, hubo consenso en la importancia del rol del pediatra en la prevención de la salud bucodental y en el impacto de esta en la calidad de vida del niño.

Palabras clave: Salud Bucal; Pediatría; Educación Médica; Conocimiento (Fuente: DeCS BIREME).

Pediatric graduate students' and pediatricians' knowledge and habits on child oral health

ABSTRACT

Objective: To analyze child oral health training background, habits and knowledge in a group of pediatric graduate students and recently graduated pediatricians.

Materials and methods: A descriptive study using an anonymous self-administered 18-item survey sent via Google Forms to students and graduates of a master's program in Pediatrics from Universidad Maimonides in the Autonomous City of Buenos Aires, Argentina.

Results: Sixty participants completed the survey: 80 % were women, most of them with no children, who were pursuing one of the three years of a master's program or had less than two years of clinical experience. Out of the respondents, 78.9 % did not usually record information on oral health in the patients' medical records, and 72 % failed to establish the prevalence of cavities in relation to other childhood illnesses. Misconceptions were also found regarding cavities etiology. A total of 67.2 % have had no prior oral health training, and those who had had such training stated that it had been insufficient. The self-perception to carry out preventive actions was uneven, and difficulties were identified for the early

1 Universidad Maimónides, Departamento de Salud Materno Infantil. Buenos Aires, Argentina.

2 Universidad Maimónides, posgrado de Odontopediatría. Buenos Aires, Argentina.

a Magíster en Educación para Profesionales de la Salud.

b Doctora en Odontología.

c Odontóloga.

d Médica especialista en Pediatría.

e Doctor en Medicina.

*Autor corresponsal.

detection of dental disease. Sixty percent were unable to establish the right amount of toothpaste recommended for a child and felt unprepared to offer advice on the right brushing technique. Likewise, in the sample there were no correct and uniform criteria for the first visit of healthy children to pediatric dentists.

Conclusions: As stated by other authors, deficiencies were found in pediatric graduate students' and recently graduated pediatricians' training and, therefore, self-perception of topics related to oral health. Despite the difficulties participants identified, they agreed on the key role pediatricians play in oral health prevention and its impact on children's quality of life.

Keywords: Oral Health; Pediatrics; Education, Medical; Knowledge (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La salud bucal y dental son partes integrales de una buena salud general. La caries dental es muy común en la infancia y se la define como una enfermedad producto de un desequilibrio ecológico ocasionado por el aumento de la ingesta de carbohidratos fermentables que lleva a un desbalance en la composición y la actividad en el *biofilm* y la pérdida mineral causada por contacto con ácidos bacterianos. La caries de la primera infancia (ECC) afecta los dientes de los niños de 0 a 5 años. Según el Global Burden of Disease Study, en 2017, más de 530 millones de niños de todo el mundo tenían caries dental en los dientes de leche. A pesar de ello, algunos profesionales no le han dado la importancia debida porque, según las creencias, los dientes de leche se exfolian con el crecimiento del niño ⁽¹⁾. La presencia de lesiones cariosas influye en las personas, las familias y las sociedades. La enfermedad afecta no solo ambas denticiones, sino también la salud general y la calidad de vida. Guarda relación con otras enfermedades frecuentes de la infancia, debido, principalmente, a factores de riesgo en común con otras enfermedades no transmisibles (ENT), por ejemplo, una elevada ingesta de azúcar, y las enfermedades relativas a otros trastornos de salud tales como la obesidad. La caries dental puede dar lugar a abscesos y dolor de muelas, lo que podría dificultar la masticación y el sueño, por tanto, restringir la actividad vital de los niños. Las caries dentales graves se asocian con deficiencias del crecimiento. Además, la caries es una carga económica para la familia y la sociedad, pues el tratamiento es particularmente costoso.

En Argentina, así como en muchos otros países de Latinoamérica, no se dispone de un sistema de seguimiento continuo de la salud bucal que brinde información completa y comparable con el fin de conocer cuál ha sido la tendencia que siguió la caries dental a través del tiempo, la distribución de la enfermedad a nivel poblacional y los factores que regulan su prevalencia ⁽²⁾. Un niño con caries dental severa puede experimentar dolor bucal crónico e infección, estar desnutrido, faltar a la escuela con frecuencia y sufrir de baja autoestima debido a la falta de dientes o dientes defectuosos ⁽³⁾.

Los pediatras, que en su práctica se relacionan con mujeres en período de gestación en la consulta prenatal y con niños en su consulta diaria, tienen un papel clave al proporcionar el asesoramiento preventivo necesario en salud bucal, y así contribuir a crear hábitos saludables, en lugar de corregir hábitos nocivos y problemas dentales ya instaurados, por lo que la educación en la salud dental es el primer y el pilar más importante de la prevención ^(2,4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de enfermedades bucales es uno de los principales problemas de salud pública. Según estudios recientes, la caries dental afecta a aproximadamente 90 % de la población en América Latina; lo más alarmante es que comienza en la etapa temprana de la vida y se incrementa a medida que el individuo crece ⁽⁵⁾.

La caries dental es un proceso multifactorial. Al estudiar la temática, por lo general, se abordan factores de riesgo biológicos y se pasa por alto el hecho de que la familia y, en especial, los padres y/o cuidadores forman una parte esencial de futuros programas de promoción y prevención para poder disminuir la morbilidad, el progreso de la enfermedad y los costos de esta ⁽⁶⁾.

Según la OMS, los enfoques de prevención y control de la ECC abarcan el cambio de comportamientos personales, el trabajo con las familias y cuidadores y soluciones de salud pública tales como el desarrollo de políticas de salud, la creación de entornos propicios, la promoción de la salud y la orientación de los servicios de salud hacia la cobertura sanitaria universal. Es fundamental la creación de entornos propicios para integrar la prevención y el control de la ECC en las actividades sanitarias generales. Además, los equipos de atención primaria, incluidos los agentes de salud comunitarios, son cruciales para el éxito de los programas ⁽¹⁾.

Las presiones sociales y económicas suelen influir en las conductas y las prácticas de los niños y su entorno; por lo general, dan lugar a una salud bucodental deficiente. La prevalencia de la ECC está aumentando rápidamente en países de ingresos bajos y medianos ^(7,8).

Algunos estudios han consignado secuelas de la enfermedad que incluyen infección causada por caries graves acompañadas de dolor y abscesos. La infección causa dolor y puede impedir que el niño coma, dificulta su sueño y el de su familia. La caries dental grave está asociada con insuficiencia de crecimiento ^(9,10,11).

La caries dental constituye la causa principal de la pérdida dental ⁽⁵⁾. La Academia Americana de Pediatría (AAP) refiere en sus políticas de salud que los pediatras deben desarrollar el conocimiento para poder determinar el riesgo de salud oral en todos los pacientes desde los seis meses de edad ⁽⁴⁾.

Por su parte, la OMS, en el año 2000, propuso que la promoción de la salud bucodental debe ser prioritaria en las poblaciones de niños preescolares y escolares ⁽⁵⁾. La etiología de la caries de la primera infancia es multifactorial y se asocia frecuentemente con una mala alimentación y malos hábitos de salud bucal ^(2,6,12,15).

Casi todos los factores de riesgo son modificables, y abarcan no solo la cavidad oral, sino que competen al niño, la familia, el entorno social e incluso las políticas de salud. Las conductas y creencias del grupo familiar influyen en su alimentación; para comprender la etiología y el control de la ECC, es esencial evaluar los efectos derivados del consumo excesivo y frecuente de azúcares libres. Nunca será suficiente insistir en la importancia de establecer buenos hábitos de alimentación en la infancia, con el objetivo de minimizar el riesgo de ECC y obesidad. Teniendo en cuenta que los perfiles en conducta alimenticia siguen una trayectoria desde la infancia hasta la adultez, el establecimiento de hábitos adecuados en los primeros años es un objetivo principal ^(1,14).

Las intervenciones de prevención y control de la ECC se deberían integrar en los programas de atención primaria, por ejemplo, los programas de salud materno-infantil, la vacunación y los exámenes médicos generales. Esto podría dar lugar a intervenciones continuadas que dieran seguridad a los padres y cuidadores y así mejorar sus conocimientos respecto de la necesidad de asistir a las citas médicas ⁽¹⁵⁾. En todo el mundo, hay relativamente pocos profesionales capacitados en salud bucodental. Afortunadamente, la mayoría de las intervenciones relacionadas con la ECC son de eficacia demostrada, asequibles y realizables en lugares en los que viven habitualmente las personas; esas intervenciones las pueden realizar personas no especializadas en salud bucodental, en el marco de los servicios comunitarios o de atención primaria ⁽¹⁾. Las lesiones cariosas evolucionan mucho más rápido en los dientes primarios que en los permanentes, por lo cual su detección precoz es crucial para tratar la ECC y prevenir problemas conexos; también es probable que el tratamiento sea indoloro y menos costoso ⁽¹⁶⁾.

Según Pierce et al., la capacitación de los pediatras en salud bucal infantil puede ayudar a identificar un nivel adecuado de niños con lesiones cariosas cavitadas ⁽¹⁷⁾. Los resultados de su estudio sugieren que los exámenes dentales se pueden incorporar fácilmente en una práctica pediátrica, lo que podría contribuir significativamente a la salud oral general de los niños pequeños mediante la identificación de aquellos que necesitan ser vistos por un odontopediatra.

Por todo lo mencionado, se llevó a cabo este estudio con la finalidad de analizar las conductas y nivel de conocimientos de los estudiantes de la carrera de posgrado de Pediatría y pediatras con menos de dos años de experiencia con respecto a la salud bucodental pediátrica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio

El estudio fue de tipo observacional y descriptivo, de corte transversal, desarrollado mediante encuestas por internet anónimas, con formato de cuestionario a través de la plataforma de Google, que se distribuyeron mediante un enlace vía celular. La población estuvo constituida por los estudiantes de la carrera de posgrado de Pediatría de la Universidad Maimónides de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, y los graduados de dicha especialización con menos de 2 años de antigüedad.

Variables y mediciones

La encuesta estructurada estuvo compuesta por 18 ítems mediante los que se analizaron las siguientes variables: datos sociodemográficos (sexo, edad), año de formación, antecedentes de capacitación, conocimiento y conductas sobre salud bucodental (etiología, impacto y prevención de la caries dental, rol del pediatra en la promoción de la salud oral, habilidad para detectar problemas orales en niños y cuidadores, uso adecuado de pasta dental y primera derivación al odontopediatra).

La construcción del instrumento se elaboró mediante la consulta a 5 expertos en odontopediatría, y el análisis de la bibliografía actualizada. Se probó la comprensión de la encuesta en un grupo piloto de pediatras que no cumplieron con los criterios de inclusión en el estudio.

Análisis estadístico

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva mediante el programa EpiInfo 7.1.4 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Se reportó la media y desviación estándar para variables cuantitativas; frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

Consideraciones éticas

Los participantes del estudio fueron convocados en forma voluntaria, y otorgaron su consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad de los datos recolectados y el anonimato de los participantes. Los autores declaran no haber recibido financiación externa ni tener conflictos de interés.

RESULTADOS

Se enviaron 72 invitaciones y se obtuvieron 60 encuestas (tasa de respuesta de 83,3 %). A continuación, se presentan las características generales de los médicos encuestados (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de los encuestados

Característica	Porcentaje	
Sexo	Mujer	80,30 %
	Hombre	19,70 %
Tiene hijos	No	62,90 %
	Sí	37,10 %
Nivel de formación en posgrado de Pediatría	Pediatra con <2 años de graduado	32,70 %
	1.º año de posgrado	24,60 %
	2.º año de posgrado	19,70 %
	3.º-4.º año de posgrado	23,00 %

Fuente: elaboración propia.

El 72 % de los encuestados afirma que la prevalencia de caries dental en niños es mayor que las de diabetes y leucemia, pero menor que las del asma, la infección urinaria y la dermatitis atópica. La Figura 1 ilustra cómo consideraron la prevalencia de caries dental en relación con otros problemas de salud de la infancia.

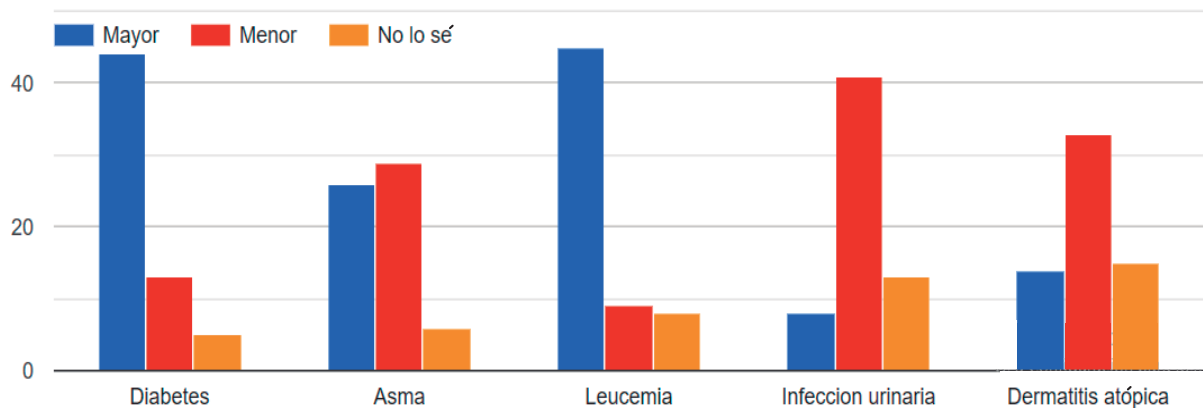


Figura 1. Prevalencia de la caries dental en comparación con otras patologías

Fuente: elaboración propia.

Conocimientos y conductas de estudiantes de posgrado de Pediatría y pediatras sobre la salud bucodental infantil

Se indagó sobre la formación en salud bucodental durante el posgrado y un 67,20 % respondió no haber recibido ningún tipo de capacitación. El restante 32,60 % refirió haber realizado alguna actividad (taller o recorrida de sala, haber pasado tiempo viendo trabajar a un odontólogo). Un 72 %, sin embargo, manifiesta que este tiempo de aprendizaje fue escaso. Con respecto a su práctica profesional, un 78,90 % respondió que no encontró espacios en la historia

clínica para incluir detalles de la salud bucodental de sus pacientes.

Mediante una escala de 1 a 5, donde 1 es nada confiado y 5, muy seguro, se pidió a los participantes que indicaran la autopercepción respecto a su habilidad para llevar adelante diferentes prácticas relacionadas con salud bucodental (Figura 2).

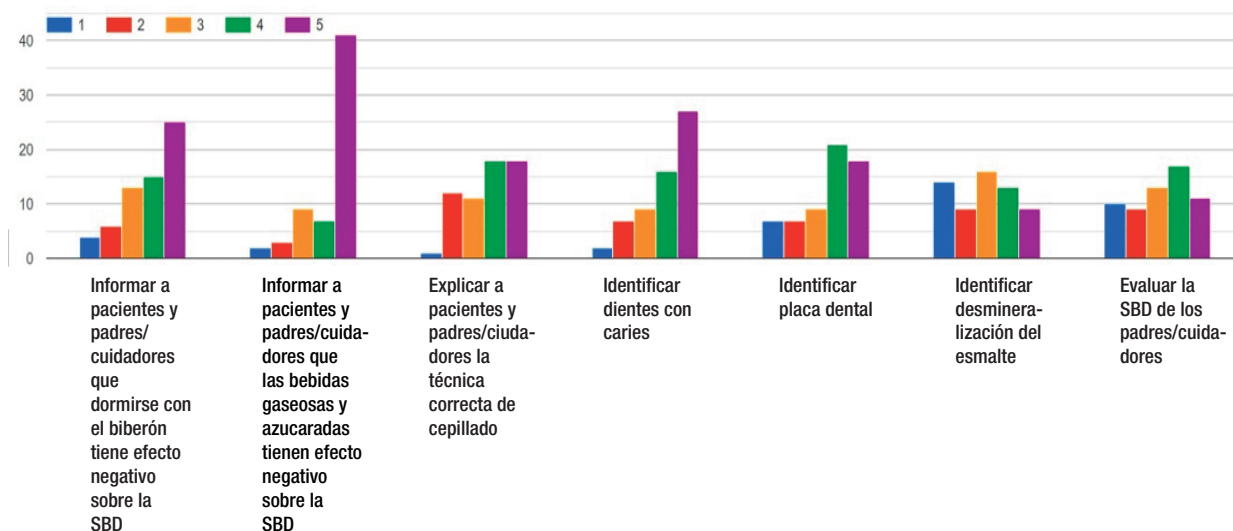


Figura 2. Autopercepción sobre habilidades en salud bucodental (SBD) infantil

Fuente: elaboración propia. Escala utilizada: 1 es nada confiado y 5, muy seguro.

Se pidió que identificaran la imagen que representaba la cantidad correcta de pasta dental que debería usar un niño de 2 años durante el cepillado; solo el 40 % respondió correctamente. Con respecto a la edad en la que los encuestados creen que se puede realizar un cepillado dental sin supervisión, la respuesta fue mayor de 7 años, con un porcentaje de 50 %.

En cuanto a los factores que predisponen a la aparición de caries dental, se encontró que más del 90 % respondió que el consumo de azúcar en la dieta y el mal cepillado influyen en gran medida, así como también más del 65 % tiene el concepto que la lactancia materna no influye casi nada en la aparición de esta. En orden decreciente de factores determinantes de aparición de caries, identificaron cepillarse sin pasta, hábito de succión no nutritiva (dedo, chupete, etc.), convivir con familiares con caries y origen genético.

En relación con el ítem a qué edad considera más adecuado recomendar la primera visita al odontólogo, las respuestas fueron variadas y se representan en la Figura 3. En relación con el rol del pediatra en la prevención y promoción de la salud oral, respondieron de la siguiente manera: informar a padres y cuidadores sobre los riesgos de dormir con el biberón (93,30 %), el efecto negativo que las bebidas azucaradas tienen sobre la salud bucodental (100 %), identificar dientes con caries (91,60 %), explicar a padres y cuidadores la correcta técnica del cepillado (85 %), identificar placa dental y desmineralización del esmalte (61 %), evaluar la salud bucodental de padres y cuidadores (56,60 %).

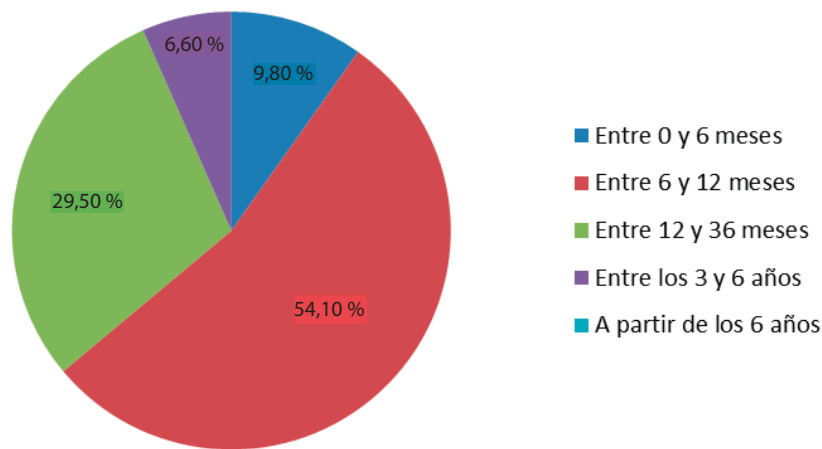


Figura 3. Edad a la que recomendarían la primera visita al odontólogo

Fuente: elaboración propia.

Se realizó una serie de preguntas para conocer la opinión de los pediatras sobre caries y enfermedad bucodental en niños. La Tabla 2 muestra el grado de acuerdo que refirieron los encuestados.

Tabla 2. Grado de acuerdo de los encuestados

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
La caries no tratada se asocia con peor calidad de vida del niño	49	10	1	-	-
La mala salud bucodental en la infancia trae problemas sociales en la edad adulta	41	12	7	-	-
El pediatra debería poder aplicar topicaciones de flúor	11	17	6	15	-
Es muy difícil identificar caries en etapa temprana sin equipamiento especial	17	22	9	8	2
La caries es más frecuente en población de altos ingresos y acceso a “alimentos chatarra”	24	19	9	4	5

DISCUSIÓN

Las últimas investigaciones concluyen que hay una relación entre los hábitos alimentarios y la caries dental, y que la prevalencia de esta puede incluso superar el 90 % en la población pediátrica ⁽¹⁸⁾.

La muestra de esta investigación estuvo compuesta por jóvenes pediatras tanto en formación como recientemente graduados, en su mayoría mujeres, que no tenían hijos. Se evidenció escasez de espacios previos de formación en salud bucodental infantil, tanto en cantidad como en duración. Si bien nuestros participantes fallaron en reconocer la prevalencia de la caries en relación con otros problemas de salud de la infancia, identificaron como principales factores de riesgo los azúcares en la dieta y el mal cepillado. Todo esto coincide con los hallazgos de Rolón et al., que realizaron un estudio en Paraguay ⁽³⁾, así como con lo reportado en México por Carlos-Medrano et al. ⁽¹⁹⁾ y por Hope et al. en Chile ⁽²⁰⁾.

La historia clínica es un elemento que contiene el relato escrito, preciso, claro, ordenado y detallado de la información del paciente, donde se asienta un adecuado diagnóstico que va a permitir desarrollar en el niño un tratamiento con éxito ⁽²¹⁾. La falta de espacios para consignar datos hace que estos sean considerados menores o innecesarios. Dada la prevalencia de la patología bucodental y su impacto en la salud, el examen oral debería ser parte infaltable del examen físico y tener su correlato en la historia clínica.

Respecto a la autopercepción para realizar actividades relacionadas a la salud bucal, fue elevada para informar a familiares y cuidadores que las bebidas azucaradas y el hábito de dormirse con el biberón tienen un efecto negativo sobre la salud bucodental; intermedia para identificar la caries; y baja para explicar la técnica correcta de cepillado, identificar placa y demineralización y evaluar el estado de salud bucal de los padres (que, se sabe, guarda relación con el del niño).

Para la limpieza bucodental, en un inicio se debe utilizar gasa y/o dedal de silicona; luego, tras la aparición del primer diente, se indica iniciar el uso del cepillo dental pequeño con pasta dental fluorada dentro de sus componentes ⁽¹³⁾. Debido a que los niños pequeños suelen tragar el 30 % de la pasta, es importante limitar la cantidad ⁽⁶⁾ y supervisar al menor hasta los 10 años aproximadamente ⁽²²⁾. En nuestra muestra no hubo acuerdo claro en cuanto a la edad de inicio de uso de pasta, la cantidad correcta según la edad ni la necesidad de supervisión de un adulto.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Si bien la lactosa de la

leche humana tiene menor efecto cariogénico que la sacarosa, también puede producir la desmineralización al encontrarse en contacto con el esmalte dental por un tiempo prolongado y en situaciones en las que los factores de protección salival no están presentes (el sueño) ^(3,12,18,21,23). Al evaluar el conocimiento sobre este factor de riesgo, solo un pequeño porcentaje (14,7 %) le atribuye un riesgo moderado, mientras que 68,3 % considera que esta no influye en la aparición de caries dental. Esto coincide con lo identificado por Rolón et al., quienes en su estudio obtuvieron un porcentaje de 12 % ⁽³⁾.

Los factores predisponentes a la caries dental son sumamente variados, lo cual se ve reflejado en la variedad de factores y hábitos identificados como cariogénicos.

La primera visita al odontopediatra es de suma importancia en la primera infancia, pues es necesario hacer énfasis en aspectos educativos y preventivos en cuanto a la salud bucodental del bebé. Generalmente, el pediatra es el que deriva al niño a su primer control. Si bien algunos recomiendan una consulta inicial antes de los 6 meses de edad, siempre que no exista alguna patología por la cual se deba adelantar esta cita, en general, el consenso es que la primera visita debe ser antes de los 2 años y de preferencia entre los 6 y 12 meses ^(3,21). Si bien no encontramos consenso en cuanto a la edad exacta, más del 90 % derivarían al odontopediatra antes de los 2 años, valor más alto que lo que reportan autores como Rolón et al. ⁽³⁾ y Contreras-Vásquez et al. ⁽¹³⁾.

La presencia de caries dental temprana tiene repercusiones no solo biológicas, sino sociales y económicas. Al respecto, Hope et al. ⁽²⁰⁾, en su estudio en Chile, señalan que los pediatras reconocen que la caries en la infancia se relaciona con una peor calidad de vida y creen que la mala salud bucodental en la infancia está directamente relacionada con problemas sociales en la edad adulta. Sin embargo, a diferencia del estudio chileno, los pediatras de nuestra muestra no estuvieron de acuerdo con que el pediatra aplicara barniz con flúor en la consulta. Además, entre nuestros hallazgos encontramos un error de concepto, sobre que la caries afecta más a poblaciones de altos ingresos con acceso a comida chatarra. Está demostrado que los niños que viven en la pobreza, los grupos socialmente marginados y las personas mayores son los más afectados por las enfermedades bucodentales y, a su vez, tienen poco acceso a la atención dental ⁽²⁴⁾. Caspary et al., en los Estados Unidos, encontraron preparación escasa en salud bucodental entre los más de 600 pediatras que encuestaron y que estaban en formación a punto de graduarse. Si bien los participantes estaban de acuerdo con realizar revisiones bucodentales, percibían una falta de habilidad y recursos técnicos. Las habilidades para las que se sintieron más entrenados fueron el informar a los padres sobre los efectos nocivos de las bebidas azucaradas y el hábito de dormir con biberón,

mientras que se mostraron menos dispuestos a realizar tareas que requirieran mayor entrenamiento técnico ⁽²⁵⁾.

El pediatra cumple un rol fundamental no solo en la derivación de niños sanos, sino en la identificación de riesgos y lesiones en pacientes con patología crónica y mayor susceptibilidad ^(26,27).

A partir de los hallazgos de este estudio, y siguiendo una tendencia regional y mundial, se implementó un programa de entrenamiento en salud bucodental, con formato teórico-práctico, que se incorporó en forma obligatoria al plan de estudios del posgrado de la Universidad Maimónides. Tal labor está a cargo de docentes del posgrado de Pediatría, quienes trabajan en forma interdisciplinaria con el cuerpo de directivos, docentes y alumnos del posgrado de Odontopediatría con excelentes resultados y alto nivel de satisfacción de los participantes ⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Al interpretar los resultados del presente estudio, es importante reconocer las posibles limitaciones. Al tratarse de un estudio con datos transversales, no permite evaluar vínculos entre el nivel de conocimiento y la habilidad de los profesionales. Por tanto, la causalidad no puede probarse, ni tampoco determinarse si las prácticas reportadas son reflejadas en sus experiencias clínicas diarias.

En conclusión, la consulta pediátrica en salud es una oportunidad óptima para brindar recomendaciones, detectar patologías y derivar en forma oportuna. Está demostrado que en Latinoamérica existe una formación deficiente en cuanto a la capacitación de los pediatras en salud bucodental. Si bien los pediatras encuestados reconocieron la caries como un problema relevante con impacto sobre la salud integral, se encontraron dificultades, diferencias de criterio y falta de registro durante la atención. A pesar de que reconocieron el rol del pediatra en la promoción y detección, los que fueron encuestados consideraron que les faltaban herramientas para un manejo correcto.

Los hallazgos de este estudio permitieron desarrollar un programa de formación de posgrado en respuesta a las deficiencias detectadas.

Contribución de los autores: Se encargaron de desarrollar, ejecutar y revisar el artículo de investigación.

Fuentes de financiamiento: Este artículo ha sido financiado por los autores.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Poner fin a la caries dental en la infancia: manual de aplicación de la OMS [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340445>
2. Schafer TE, Adair SM. Prevention of dental disease. The role of the pediatrician. *Pediatr Clin North Am* [Internet]. 2000;47(5):1021-42.
3. Rolón Lara MC, Samudio M. Conocimiento, actitud y práctica de los médicos pediatras sobre factores preventivos de la salud oral en la primera infancia. *Pediatr* [Internet]. 2017;41(3):191-200.
4. Medina-Aguilar S, Mendoza Roaf PL, Bracamontes-Campoy CE, Galván-Salcedo MG. Nivel de conocimiento y actitud de los pediatras ante la caries dental temprana. *Rev Tame* [Internet]. 2020;8(24):957-63.
5. Cardozo BJ, González MM, Pérez SR, Vaculik PA, Sanz EG. Epidemiología de la caries dental en niños del Jardín de Infantes "Pinocho" de la ciudad de Corrientes. *Revista Facultad de Odontología* [Internet]. 2016;9(1):35-41.
6. Colak H, Dülgergil CT, Dalli M, Hamidi MM. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *J Nat Sci Biol Med* [Internet]. 2013;4(1):29-38.
7. Otero G, Pechlaner G, Liberman G, Gürcan E. The neoliberal diet and inequality in the United States. *Soc Sci Med* [Internet]. 2015;142:47-55.
8. Thomson W. Public health aspects of paediatric dental treatment under general anaesthetic. *Dent J* [Internet]. 2016;4(2):20.
9. Monse B, Heinrich-Weltzien R, Benzian H, Holmgren C, van Palenstein Helder W. PUFA: An index of clinical consequences of untreated dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2010;38(1):77-82.
10. Kamran R, Farooq W, Faisal MR, Jahangir F. Clinical consequences of untreated dental caries assessed using PUFA index and its covariates in children residing in orphanages of Pakistan. *BMC Oral Health* [Internet]. 2017;17(1):108.
11. Khanh LN, Ivey SL, Sokal-Gutierrez K, Barkan H, Ngo KM, Hoang HT, et al. Early childhood caries, mouth pain, and nutritional threats in Vietnam. *Am J Public Health* [Internet]. 2015;105(12):2510-7.
12. Siquero-Vera KNS, Mattos-Vela MA. Factores de riesgo asociados a caries de infancia temprana severa. *Kiru* [Internet]. 2018;15(3):146-53.
13. Contreras-Vásquez N, Valdivieso-Vargas MM, Cabello-Morales E. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. *Rev Estomatol Hered* [Internet]. 2014;18(1):29-34.
14. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader M-J, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics* [Internet]. 2007;120(3):e510-20.
15. Phantumvanit P, Makino Y, Ogawa H, Rugg-Gunn A, Moynihan P, Petersen PE, et al. WHO global consultation on public health intervention against early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2018;46(3):280-7.
16. Guedes RS, Piovesan C, Ardenghi TM, Emmanuelli B, Braga MM, Ekstrand KR, et al. Validation of visual caries activity assessment: A 2-yr cohort study. *J Dent Res* [Internet]. 2014;93(7 Suppl):1015-1075.
17. Pierce KM, Rozier RG, Vann WF Jr. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. *Pediatrics* [Internet]. 2002;109(5):E82-2.
18. Guerra MH, Desireé RN, Zamudio YC, Hoffman IM. Hábitos alimenticios y su relación con la caries de la primera infancia. *Rev AMOP*. 2018;30(2):60-7.
19. Carlos-Medrano LE, Luengo Ferreira JA, Toscano García I, Luévano Bueno AP, Anaya Álvarez M. Conocimientos, creencias y percepción

Conocimientos y conductas de estudiantes de posgrado de Pediatría y pediatras sobre la salud bucodental infantil

- de universitarios mexicanos sobre caries temprana de la infancia. *Acta Univ* [Internet]. 2017;27(2):46-52.
20. Hope López B, Zaror Sánchez C, Vergara González C, Díaz Melendez J, Bustos Medina L. Conocimientos y actitudes de los pediatras chilenos sobre salud oral. *Int J Odontostomatol* [Internet]. 2013;7(2):245-51.
 21. Pinto JM, Chávez DB, Navarrete C. Salud bucal en el primer año de vida. Revisión de la literatura y protocolo de atención odontológica al bebé. *Odous Científica* [Internet]. 2018;19(1):60-72.
 22. Dos Santos APP, Nadanovsky P, de Oliveira BH. A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2013;41(1):1-12.
 23. De la Luz Ayala Carmen. Los pediatras en la prevención de enfermedades bucales. *Arch Pediatr Urug* [Internet]. 2016;87(3):257-62.
 24. Pistochini A. Enseñanza de Odontopediatría en el entorno actual. *Odontol Sanmarquina* [Internet]. 2022;25(3):e23213.
 25. Caspary G, Krol DM, Boulter S, Keels MA, Romano-Clarke G. Perceptions of oral health training and attitudes toward performing oral health screenings among graduating pediatric residents. *Pediatrics* [Internet]. 2008;122(2):e465-71.
 26. Arrieta-Blanco JJ, Bartolomé-Villar B, Jiménez-Martínez E, Saavedra-Vallejo P, Arrieta-Blanco FJ. Problemas bucodentales en pacientes con diabetes mellitus (I): Índice de placa y caries dental. *Med Oral* [Internet]. 2003;8:97-109.
 27. Molina López S, Frausto Esparza S, Aceves Medina MC, Aguilera Galaviz LA. Algunas implicaciones de la enfermedad periodontal en las enfermedades crónicas no transmisibles. *Contexto odontológico* [Internet]. 2015;5(9):1-9.
 28. Ramos-Gomez F, Askaryar H, Garell C, Ogren J. Pioneering and interprofessional Pediatric Dentistry programs aimed at reducing oral health disparities. *Front Public Health* [Internet]. 2017;5:207.
 29. Palma Fernández JC. Odontología para pediatras. Curso de Actualización [Internet]. Actualización en pediatría; 2015. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p207-212.pdf>
 30. Reynolds EC. Transdisciplinary research: The virtuous cycle of research translation to improve oral health. *J Dent Res* [Internet]. 2022;101(6):613-5.

Correspondencia:

Gabriela Urman

Dirección: Julián Álvarez 1514. Buenos Aires, Argentina.

Teléfono: +54 911 5567 3617


Correo electrónico: urman.gabriela@maimonides.edu

Recibido: 22 de junio de 2023


Evaluado: 28 de junio de 2023


Aprobado: 07 de julio de 2023


© La revista. Publicado por la Universidad de San Martín de Porres, Perú.


 Licencia de Creative Commons. Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons. Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)


ORCID iD

Gabriela Urman  <https://orcid.org/0000-0001-5313-2638>

Adriana Pistochini  <https://orcid.org/0000-0002-6402-3071>

Maria Laura Ferri  <https://orcid.org/0009-0002-5252-9435>

Ivianna Sarmiento  <https://orcid.org/0009-0007-7964-2071>

Arnoldo Grosman  <https://orcid.org/0000-0001-6218-5280>