



FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA



Criterios de derivación odontológica de pediatras de la ciudad de La Plata y factores que los afectan

Facultad de Odontología

Director: Prof. Esp. Od. Alicia C. Brea

Correo: alicia.brea@ucalp.edu.ar

Investigadores: Prof. Od. Laura B. Herrera

Sede: La Plata

Período: 2022-2024

RESUMEN

La caries dental es una de las enfermedades crónicas más prevalente de la niñez y afecta a gran parte de la población infantil. Se denomina caries de la primera infancia (ECC) a la presencia de una o más superficies dentarias cariada, faltante u obturada de dientes temporales en niños de 71 meses o menos, esta condición se manifiesta más severamente en niños menores de 3 años. El rol de los médicos pediatras podría ser importante en el diagnóstico temprano de la ECC ya que la mayoría de los niños concurren regularmente a los controles médicos en los primeros meses de vida, pero no así a la consulta odontológica. Teniendo en cuenta lo planteado, el objetivo concreto de este estudio consistió en evaluar el criterio y oportunidad de derivación de niños y niñas a la consulta odontológica de los pediatras de la ciudad de La Plata.

Se observó una asociación prospectiva entre la frecuencia de alimentación diaria total a los 12 meses de edad (incluida la lactancia materna y el uso de biberón con alta frecuencia) y el estado de caries dental a los 3 años de edad.

A modo de cierre, si bien los pediatras de la ciudad de La Plata encuestados reconocen la importancia de los controles en salud bucal, dudan sobre la oportunidad de la primera consulta con el odontólogo y manifiestan carecer de herramientas suficientes para reconocer la enfermedad de caries en los estadios tempranos. De este trabajo se desprende la necesidad de brindarles mayor información y capacitación, en los distintos ámbitos del ejercicio profesional, y estimularlos a derivar al niño al odontopediatría a los 6 meses.



FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA



Palabras clave: caries de la primera infancia, conocimiento, pediatras, odontopediatría, salud bucal

Introducción

La caries dental es una de las enfermedades crónicas más prevalente de la niñez y afecta a gran parte de la población infantil (1) (2).

En su etiología compleja se reconocen factores que dependen del propio paciente, de su dieta y flora microbiana cariogénica en contacto con la superficie dentaria, del estilo de vida y de la situación socioeconómica y cultural del niño y su familia, entre otros (3). La literatura describe más de 100 factores de riesgo para el desarrollo de caries infantil (4) (5).

La evidencia sugiere, que los niños tienen más probabilidad de desarrollar caries si los microorganismos “Streptococcus del grupo Muttans” se adquieren a una edad temprana, aunque esto puede compensarse en parte con otros factores como una buena higiene bucal y una dieta no cariogénica (5).

Se observó una asociación prospectiva entre la frecuencia de alimentación diaria total a los 12 meses de edad (incluida la lactancia materna y el uso de biberón con alta frecuencia) y el estado de caries dental a los 3 años de edad (6).

A la presencia de una o más superficies dentarias cariada, faltante u obturada de dientes temporales en niños de 71 meses o menos se la denomina caries de la primera infancia (ECC) (7) (8), esta condición se manifiesta más severamente en niños menores de 3 años (9). La ECC no tratada es el principal factor asociado al dolor dental en la infancia y afecta negativamente a la calidad de vida (10) (11).

La prevalencia de la ECC es un tema discutido, depende de las poblaciones estudiadas, de sus características culturales, económicas y sociales.

Según estudios publicados en los últimos 5 años, existe una amplia variación de la prevalencia de ECC en las distintas regiones, pero sigue siendo una enfermedad prevalente en la mayoría de los países del mundo con tasas más altas de esta enfermedad en niños de bajos recursos y en aquellos que pertenecen a minorías étnicas (12) (13).

La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica y la Academia de Pediatría (14) (15) sugieren que la primera consulta dental debería ser entre los 6 y los 12 meses de edad, ya que los datos epidemiológicos indican que el abordaje efectivo, para el control de la caries de la infancia temprana, debe estar basado en la prevención primaria (16).



FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA



Por otra parte la Asociación Latinoamericana de Odontología Pediátrica recomienda que todos los niños a los 6 meses de edad, se evalúen en los servicios de salud o por profesionales sanitarios calificados para establecer su estado bucal (17).

Por lo tanto, el rol de los médicos pediatras podría ser importante en el diagnóstico temprano de la ECC, ya que la mayoría de los niños concurren regularmente a los controles médicos en los primeros años de vida, pero no así a la consulta odontológica.

Pediatras de Canadá afirmaron tener algún conocimiento acerca de la caries de la primera infancia, pero no manifiestan seguridad en la identificación y pocos responden que realizan derivaciones (18) (19).

En un trabajo realizado en la ciudad de La Plata en 2017, se encuestó a pediatras de hospitales, clínicas y consultorios privados con el fin de conocer su percepción sobre la necesidad de atención odontológica a sus pacientes, la edad de derivación de los niños a la consulta, las medidas de salud bucal recomendadas y el asesoramiento nutricional. La mayoría de los encuestados afirmaron que derivaban los niños a la consulta dental a partir de los 3 o 6 años de edad (20).

Conocer los factores que afectan el criterio de derivación de los pediatras puede facilitar el desarrollo de estrategias de prevención.

El objetivo de este estudio fue evaluar el criterio y oportunidad de derivación de niños y niñas a la consulta odontológica de los pediatras de la ciudad de La Plata.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un trabajo cuasi experimental u observacional, de diseño prospectivo, en la ciudad de La Plata (Prov. de Buenos Aires), sobre una población de médicos pediatras con ejercicio profesional en el ámbito privado, público y/o académico.

Se aplicó como criterio de inclusión edad entre 25 y 70 años que estuvieran en actividad, con ejercicio público, privado y/o académico y que tuvieran acceso a internet. Se excluyó del trabajo aquellos residentes en la ciudad de La Plata pero con ejercicio profesional en otra ciudad.

Se utilizó una encuesta autoinformada y previamente validada. Un cuestionario de 13 preguntas cerradas y espacios a desarrollar por el encuestado cuando estimó necesario profundizar el tema. La misma fue distribuida a 240 pediatras, vía online, por la Sociedad Argentina de Pediatría de La Plata.

Se registró edad, identidad de género autorreportada, años de ejercicio profesional, ámbito de trabajo, información sobre odontología pediátrica recibida, experiencia personal con la odontología. Y datos relacionados con la derivación a la consulta odontológica

(porcentaje de pacientes derivados, reconocimiento de caries temprana, edad del niño, motivos y factores que intervienen en la decisión de derivar y orientación al odontólogo general o al especialista.

Los resultados de la encuesta se expresaron como intervalos de confianza del 0,95% para la opción más votada. Las hipótesis fueron planteadas como distribuciones binomiales $X \sim B(n,p)$. Por tratarse de una muestra grande con un $n > 50$ (63 en este caso), por el Teorema Central del Límite, se aproximó el siguiente pivote:

$$\frac{\hat{p} - p}{\sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n}}} \approx N(0, 1)$$

Con un $Z=0,196$ tabulado para $\alpha/2= 0,025$, los intervalos de confianza fueron calculados mediante la expresión:

$$IC_{1-\alpha}(p) = \hat{p} \pm z_{\alpha/2} \times \sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n}}$$

Dos observadores profesionales docentes de Integral Niños y Adolescentes Facultad de Odontología UCALP analizaron los datos y dos alumnos de Integral Niños II Facultad de Odontología UCALP calibrados, actuaron como colaboradores.

Resultados

Participaron del estudio 63 médicos pediatras de la ciudad de La Plata, el 26,25% del total de encuestas enviadas. Con identidad de género autopercebida como femenino en un 85,7% VALOR% (0,84 – 0,87) y masculino en un 14,3% VALOR% (0,13 – 0,15). Y con ejercicio profesional menor a 20 años en un 57,2% VALOR% (0,56 – 0,58) y mayor a 20 años en un 42,9% VALOR% (0,41 – 0,44).

En relación al ejercicio profesional el 33,3% VALOR% (0,32 – 0,34) lo desarrollaba exclusivamente en el ámbito público y el 31,7% VALOR% (0,30 – 0,33) en el ámbito privado-público. Porcentajes menores correspondieron al público académico, privado exclusivo y privado-público-académico.

Si bien el 56,5% VALOR% (0,55 – 0,58) declaró que incorporaba la inspección de las estructuras intraorales en todos los controles de sus pacientes, el 73 % VALOR% (0,72 –

0,74) de los encuestados consideró insuficiente los conocimientos básicos y la información sobre odontología pediátrica recibida en su formación académica.

En el espacio destinado a desarrollar, aclararon que observaban: presencia de caries (muy evidentes), cantidad de dientes, oclusión, higiene, patologías faríngeas, encías, mucosa yugal, frenillos, paladar, lengua y fauces. Y algunos especificaron que fueron formados para mirar solo partes blandas de la cavidad oral y muy poco para lo dentario.

Al ser consultados sobre la capacidad de reconocer los estadios tempranos de la caries dental el 58,7% VALOR% (0,57 – 0,60) estimó que no podía reconocerlos, o solo podía algunas veces.

En relación a la oportunidad de derivar al niño a la primera consulta con el odontólogo, al motivo de la misma y a los factores que influyen en esa decisión, el 49,2% lo indicaba antes del año de vida, mientras que el 50,8% VALOR% (0,49 – 0,52) creía oportuno realizarlo después del año o los dos años.

Si bien el motivo de derivación de un alto porcentaje 65,1% VALOR% (0,64 – 0,66) fue realizar controles en salud bucal, el 57,2% VALOR% (0,56 – 0,58) reconoció que solo lo hacían en menos del 50% de sus pacientes.

En cuanto a los factores más relevantes que influían en esta conducta destacaron el ámbito de ejercicio profesional (40%), la motivación o falta de, de los padres (25%) y el tiempo disponible para la consulta (15%).

El 90,5% VALOR% (0,89 – 0,92) orientaban la derivación al especialista en odontopediatría y no al odontólogo general.

La franja etaria de los encuestados fue mayoritariamente entre 31-40 años 30,2% Valor% (0,29 – 0,31) y 51-60 años 25,4% VALOR% (0,24 – 0,26). El 80,9% VALOR% (0,79 – 0,82) manifestó que su experiencia personal como pacientes con respecto a la odontología era favorable o muy favorable.

Algunos aclararon que recibían muchos pacientes con patología porque trabajaban en una población que no priorizaba la salud por falta de motivación o información.

Otros agradecieron el espacio y solicitaron recibir orientación sobre qué mirar, cómo y dónde derivar.

Discusión

El diagnóstico oportuno de la caries de la primera infancia (ECC) y de los factores de riesgo, sobre todo en niños menores de tres años, permite aplicar tratamientos preventivos y no invasivos con un alto beneficio para el niño, la familia y la salud pública.

En este contexto el rol del pediatra cobra importancia ya que evalúa al paciente desde los primeros meses de vida.

El primer control odontológico se recomienda antes del año, según lo informan las asociaciones internacionales (AAPD, ALOP, AAP).

Si bien los pediatras encuestados reconocieron, en un alto porcentaje que derivaban a sus pacientes antes del año, el 50,8% cree oportuno hacerlo después del año o los dos años de edad. Estos resultados se diferencian con los obtenidos en la ciudad de La Plata en el año 2017 donde indicaban el primer control a partir de los 3 o 6 años (20).

Los resultados obtenidos en este trabajo también coinciden con lo observado por otros investigadores en relación a la escasa información que manejan los médicos pediatras sobre odontología infantil (21) (22)

Se coincidió con lo observado por Zhu en relación a la decisión de derivación y a algunas de las barreras frecuentes para llevarla a cabo (23).

Conclusión

Si bien los pediatras de la ciudad de La Plata encuestados reconocen la importancia de los controles en salud bucal, dudan sobre la oportunidad de la primera consulta con el odontólogo y manifiestan carecer de herramientas suficientes para reconocer la enfermedad de caries en los estadios tempranos.

De este trabajo se desprende la necesidad de brindarles mayor información y capacitación, en los distintos ámbitos del ejercicio profesional, y estimularlos a derivar al niño al odontopediatra a los 6 meses.

Bibliografía

1. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 Oct 8;388(10053):1545-1602. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31678-6. Erratum in: *Lancet*. 2017 Jan 7;389(10064):e1. PMID: 27733282; PMCID: PMC5055577.
2. Phantumvanit P, Makino Y, Ogawa H, Rugg-Gunn A, Moynihan P, Petersen PE, Evans W, Feldens CA, Lo E, Khoshnevisan MH, Baez R, Varenne B, Vichayanrat T, Songpaisan Y, Woodward M, Nakornchai S, Ungchusak C. WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. *Community Dent Oral*

Epidemiol. 2018 Jun;46(3):280-287. doi: 10.1111/cdoe.12362. Epub 2018 Jan 30. PMID: 29380407.

3. Biological mechanisms of early childhood caries. Seow, W. K. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 26:8-27, 1998.

4. The influence of parents and the development of dental caries in children aged 0 to 6 years: a systematic review of the literature Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. *J Dent.* 2012; 40 (11):873–885. doi: 10.1016/j.jdent.2012.07.013.

5. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. *Salud Comunitaria Dent.* 2004; 21 (1 Suplemento): 71–85.

6. Feeding frequency in childhood and dental caries in childhood: a prospective cohort study. Feldens CA, Rodrigues PH, de Anastácio G, Vítolo MR, Chaffee BW. *Int Dent J.* 2018;68(2):113-121. doi:10.1111/idj.12333

7. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. Hakan Colak , Coruh T Dülgergil, Mehmet Dalli, Mehmet Mustafa Hamidi. *J Nat Sci Biol Med* 2013 Jan;4(1):29-38

8. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. Pitts NB, Baez RJ, Diaz-Guillory C, Donly KJ, Alberto Feldens C, McGrath C, Phantumvanit P, Seow WK, Sharkov N, Songpaisan Y, Tinanoff N, Twetman S. *J Dent Child (Chic).* 2019 May 15;86(2):72.

9. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar Delia Montero Canseco,* Patricia López Morales,Roberto Carlos Castrejón Pérez *Rev. Odont. Mex* vol.15 no.2 Ciudad de México abr./jun. 2011

10. Caries is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort. Boeira GF, Correa MB, Peres KG, Peres MA, Santos IS, Matijasevich A, Barros AJ, Demarco FF *Caries Res.* 2012;46(5):488-95.

11. Folayan M, Olatubosun S. Early Childhood Caries - A diagnostic enigma. *Eur J Paediatr Dent.* 2018 Jun;19(2):88. doi: 10.23804/ejpd.2018.19.02.00. PMID: 30063145.

12. Caries dental en menores en situación de pobreza, asistidos por una fundación en Paraguay Diana Alicia Sanabria-Vázquez 1,a, Marta Inés Ferreira Gaona 1,b, Nohelia María Pérez-Bejarano 1,b, Clarisse Virginia Díaz-Reissner 1,c, Carlos Daniel Torres-Amarilla 1,d, María Emilia Cubilla 2,e, Fátima Benítez 2,e, Alicia Martínez 2,e , Marcelo Centurión 2,e, Esteban Barrios 2,e, Teresa Guerrero 2,e, Verónica Pavetti 2,e *Rev. Estomatol. Herediana* vol.26 no.2 Lima abr./jun. 2016

13. Prevalence of early childhood caries among 5-year-old children: A systematic review. Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. *J Investig Clin Dent.* 2019 Feb;10(1):e12376. doi: 10.1111/jicd.12376. Epub 2018 Nov 30.



FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA



14. Declaración de política de la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica. *Pediatr Dent.* 2009; 31: 1–302.
15. Declaración de política de la Academia Estadounidense de Pediatría. *Pediatría.* 2003; 111 : 1113–5.
16. Caries de la infancia temprana y factores de riesgo Arango M, Baena G. Revisión de la literatura. *Revista Estomatología* 2004;12(1):59-65.
17. Manual de Referencia para Procedimientos Clínicos en Odontopediatría 2da. Edición. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. 2017
18. Knowledge, attitude, willingness and readiness of primary health care providers to provide oral health services to children in Niagara, Ontario: a cross-sectional survey Singhal S, Figueiredo R, Dupuis S, Skellet R, Wincott T, Dyer C, Feller A, Quiñonez C. *CMAJ Open.* 2017 Mar 14;5(1): E249-E254. doi: 10.9778/cmajo.20160012. PMID: 28401141; PMCID: PMC5378532.
19. Early childhood caries and infant oral health: Paediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. Prakash P, Lawrence HP, Harvey BJ, et al. *Paediatr Child Health* 2006;11:151-7.
20. Médico pediatra y salud bucal: percepción de la necesidad de atención bucal. D'Amelio P; Córdoba M; Brea A. *Revista de la Sociedad Odontológica de La Plata* 2017, XXVII (54):13-17
21. Krol, D: M: Educating pediatricians on children's oral health: past, present and future. *Pediatrics*, 113(5):e487-e92,2004.
22. Sánchez, O.M; Childers, N.K; Fox, L & Bradley, E. Physicians' views on pediatric preventive dental care. *Pediatr. Dent.*,19(6):377-83,1997.
23. Zhu Y, Close K, Zeldin LP, White BA, Rozier RG. Implementation of Oral Health Screening and Referral Guidelines in Primary Health Care. *JDR Clin Trans Res.* 2019 Apr;4(2):167-177. doi: 10.1177/2380084418810332. Epub 2018 Nov 20. PMID: 30931710.