

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA SOBRE LA SALUD BUCAL  
INFANTIL EN MÉDICOS PEDIATRAS.**

Por

**ANAID MONSERRAT HERNÁNDEZ ORTEGA.**

Como requisito parcial para obtener el Grado de  
**Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría**

Junio, 2024

**Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría**

**CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA SOBRE LA SALUD BUCAL  
INFANTIL EN MÉDICOS PEDIATRAS.**

**ANAID MONSERRAT HERNÁNDEZ ORTEGA.**

**Comité de Tesis**

---

**PRESIDENTE**

**DRA MARCELA MONTES VILLARREAL.**

---

**SECRETARIO**

**DRA. MARÍA ARGELIA AKEMI NAKAGOSHI CEPEDA.**

---

**VOCAL**

**DRA. SONIA MARTHA LÓPEZ VILLARREAL.**

**Ministerio en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría**

**CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA SOBRE LA SALUD BUCAL INFANTIL EN  
MÉDICOS PEDIATRAS.**



**TESISTA**

**ANAÏD MONSERRAT HERNÁNDEZ ORTEGA.**

**Comité de Tesis**



**DIRECTOR DE TESIS**

**DRA. MARIA ARGELIA AKEMI NAKAGOSHI CEPEDA.**



**CODIRECTOR DE TESIS**

**DRA. HORTENCIA QUINTANILDA ARREOZOLA.**



**ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. GUSTAVO ISRAEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Mi más sincero agradecimiento a la Dra. María Argelia Nakagoshi Cepeda, Directora de mi tesis, así como a la Dra. Hortencia Quintanilla Arreozola y a el Dr. Gustavo Martínez González por formar parte del comité de tesis, por sus valiosas sugerencias, tiempo e interés en la revisión del presente trabajo.

A mis padres Ramiro Hernández Bermea y Diana Elizabeth Ortega Jara por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este, los amo siempre.

A mis hermanos Andrea Carolina y Ramiro Alejandro Hernández Ortega por su apoyo y amor incondicional.

Así como a todos mis compañeros de maestría por su apoyo y motivación durante estos dos años.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico para la realización de mis estudios.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Sección</b>	<b>Página</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>IV</b>
<b>LISTA DE TABLAS.....</b>	<b>VII</b>
<b>NOMENCLATURA .....</b>	<b>VIII</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>IX</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>X</b>
<b>1.-Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2.- Hipótesis .....</b>	<b>3</b>
<b>3.- Objetivos.....</b>	<b>4</b>
<b>3.1 Objetivo General.....</b>	<b>4</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>4</b>
<b>4.- Antecedentes .....</b>	<b>5</b>
<b>4.1 Salud bucal. ....</b>	<b>5</b>
<b>4.2 Importancia de la participación del Médico Pediatra en la salud oral de los niños.....</b>	<b>6</b>
<b>4.3 Dentición primaria/secundaria. ....</b>	<b>6</b>
<b>4.4 Medidas de higiene bucal recomendadas en niños. ....</b>	<b>7</b>
<b>4.5 Uso de flúor en niños. ....</b>	<b>8</b>
<b>4.6 Caries Dental.....</b>	<b>9</b>
<b>4.7 Caries de la primera infancia. ....</b>	<b>9</b>
<b>4.8 Infecciones orales. ....</b>	<b>11</b>
<b>4.9 Hábitos alimenticios. ....</b>	<b>12</b>
<b>4.10 Lactancia materna.....</b>	<b>13</b>
<b>4.11 Succión no nutritiva y sus alteraciones en el complejo maxilar. ....</b>	<b>14</b>
<b>4.12 Importancia de las interconsultas de Pediatras con Odontopediatras.....</b>	<b>16</b>

4.13 Conocimiento sobre salud oral en Pediatras.....	16
4.14 Actitud que toman los Pediatras frente a la salud oral del paciente pediátrico.....	17
4.15 Práctica de los pediatras sobre la salud oral en el paciente.....	17
<b>5.-Metodología.....</b>	<b>19</b>
5.1 Diseño del estudio.....	19
5.2 Población de estudio.....	19
5.3 Criterios de selección.....	19
5.3.1 Selección.....	19
5.3.2 Inclusión.....	19
5.3.3 Exclusión.....	19
5.3.4 Eliminación.....	19
5.4 Tamaño de muestra.....	20
5.5 Variables.....	21
5.6 Procedimiento.....	21
5.7 Análisis Estadístico.....	22
<b>6.-Resultados.....</b>	<b>23</b>
<b>7.-Discusión.....</b>	<b>30</b>
<b>8.- Conclusiones.....</b>	<b>32</b>
<b>9.- Literatura citada.....</b>	<b>34</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>46</b>
<b>11. RESUMEN BIOGRÁFICO.....</b>	<b>52</b>

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
I. Tabla 1. Definición de variables.....	21
II. Tabla 2. Género sexual, tipo de práctica y años de experiencia de los encuestados.....	23
III. Tabla 3. Comparación entre sexo, del porcentaje de conocimiento, práctica y actitud de los médicos pediatras, sobre salud bucal.....	24
IV. Gráfico 3. Media del porcentaje de conocimiento, práctica y actitud de los médicos pediatras, sobre salud bucal, comparación entre sexos.....	25
V. Tabla 4. Comparación entre tipos de consulta, del porcentaje de conocimiento, actitud y práctica de los médicos pediatras, sobre salud bucal.....	26
VI. Gráfico 4. Media del porcentaje de conocimiento, práctica y actitud de los médicos pediatras, sobre salud bucal, comparación entre tipo de consulta.....	27
VII. Tabla 5. Comparación entre años de experiencia en la consulta, del porcentaje de conocimiento, práctica y actitud de los médicos pediatras, sobre salud bucal.....	28
VIII. Gráfico 5. Media del porcentaje de conocimiento, práctica y actitud de los médicos pediatras, sobre salud bucal y comparación entre experiencia en la consulta.....	28
IX. Tabla 6. Porcentaje global de conocimiento, práctica y actitud de los médicos pediatras, sobre salud bucal.....	29
X. Gráfico 6. Media global del porcentaje de conocimiento, práctica y actitud de los médicos pediatras sobre salud bucal.....	29

## **NOMENCLATURA**

<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ECC</b>	Caries de la primera infancia
<b>HMI</b>	Hipomineralización molar incisivo
<b>AAPD</b>	Academia Americana de Odontología Pediátrica
<b>AAP</b>	Academia Americana de Pediatría
<b>EUA</b>	Estados Unidos de América

**TESISTA: Anaid Monserrat Hernández Ortega.**

**DIRECTOR DE TESIS: Dra. María Argelia Nakagoshi Cepeda.**

**CODIRECTOR DE TESIS: Dra. Hortencia Quintanilla Arreozola.**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA SOBRE LA SALUD BUCAL  
INFANTIL EN MÉDICOS PEDIATRAS.**

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** Cualquier condición que afecte la salud bucal de los niños tienen la posibilidad de prevenirse, mejorarse y tratarse, motivo por el cual el médico pediatra tiene un papel muy importante al ser el profesional de la salud que puede dar las primeras guías a los padres sobre salud bucal. **OBJETIVO:** Evaluar el nivel de conocimiento, actitud y práctica sobre la salud bucal infantil en Médicos Pediatras. **METODOLOGÍA:** Es un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo para el cual se diseñó un cuestionario en base a artículos científicos en el que se evalúa el conocimiento, actitud y práctica sobre la salud bucal infantil en médicos pediatras. La encuesta se aplicó a través de Microsoft Forms a médicos pediatras que ejercen en el Estado de Nuevo León. **RESULTADOS:** La muestra incluyó a 78 médicos pediatras de los cuales 70.51% son mujeres 29.48% hombres, obteniendo un resultado global del 69.07% de conocimiento, un 68.91% de buena actitud y 48.56% de práctica. **CONCLUSIONES:** Los médicos pediatras tienen buen conocimiento y actitud frente a la salud bucal infantil el cual se puede seguir mejorando; pero a pesar de eso, hace falta que pongan en práctica todos estos conocimientos para concientizar más a la población y de esta forma fomentar la salud oral desde la infancia.

**PALABRAS CLAVE:** Conocimiento, actitud, práctica, pediatras, salud bucal y niños.

**TESISTA: Anaid Monserrat Hernández Ortega.**

**DIRECTOR DE TESIS: Dra. María Argelia Nakagoshi Cepeda.**

**CODIRECTOR DE TESIS: Dra. Hortencia Quintanilla Arreozola.**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA SOBRE LA SALUD BUCAL  
INFANTIL EN MÉDICOS PEDIATRAS.**

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Any condition that affects the oral health of children has the possibility of being prevented, improved and treated, which is why the pediatrician has a very important role as the health professional who can give the first guidelines to parents. about oral health. **OBJECTIVE:** To evaluate the level of knowledge, attitude and practice on children's oral health in Pediatric Doctors. **METHODOLOGY:** It is an observational, descriptive, cross-sectional and prospective study for which a questionnaire was designed based on scientific articles in which the knowledge, attitude and practice on children's oral health in pediatric doctors is evaluated. The survey was applied through Microsoft Forms to pediatric doctors who practice in the State of Nuevo León. **RESULTS:** The sample included 78 pediatric doctors who practice in the State of Nuevo León, resulting in a general participation of 82.44%, of which 70.51% are women and 29.48% men, obtaining a global result of 69.07% knowledge, 68.91% of good attitude and 48.56% of practice. **CONCLUSIONS:** Pediatric doctors have good knowledge and attitude towards children's oral health which can continue to be improved; But despite that, they need to put all this knowledge into practice to raise awareness among the population and thus promote oral health from childhood.

**KEYWORDS:** Knowledge, attitude, practice, pediatricians, oral health and children.

## **1.-Introducción**

Cualquier condición que afecte la salud bucal de los niños tienen la posibilidad de prevenirse, mejorarse y tratarse, motivo por el cual el Médico Pediatra tiene un papel muy importante al ser el profesional de la salud que puede dar las primeras guías a los padres sobre salud bucal.

El Médico Pediatra que atiende a un niño desde el nacimiento como parte del programa de visitas de control del niño sano está en la mejor posición para identificar problemas dentales tempranos y educar a la familia sobre la atención preventiva oral. Dado que los dentistas no ven de forma rutinaria a los niños menores de tres años, corren el riesgo de desarrollar enfermedades dentales. A menudo examinan a los niños hasta seis veces antes de los 3 años; estas citas deben considerarse oportunidades para aumentar la conciencia sobre las evaluaciones de salud bucal, detectar el riesgo de caries en los niños pequeños y derivar a los niños al cuidado dental. Es por eso que los Pediatras y los Odontopediatras deben trabajar juntos para mejorar la calidad de la atención preventiva de la salud bucal disponible para todos los niños pequeños. Es importante realizar un examen dental antes del 1er. año de edad.

Estas citas deben considerarse oportunidades para aumentar la conciencia sobre las evaluaciones de salud bucal, detectar y derivar al cuidado dental y así evitar problemas e intervenciones dentales mayores, enfatizar que existe la necesidad de mejorar la relación entre Pediatra y Odontopediatras, así como estudiar las lagunas en las áreas donde los médicos necesitan mejorar el conocimiento de la salud oral y reconocer la importancia de la Odontopediatría; ya que la salud bucal juega un componente esencial de la salud general que influye en las dimensiones funcional, psicológica y social del bienestar de un niño.

Al ser los pediatras la primera interacción médica de los niños, deben de ser conscientes de la importancia de la salud bucal y estar preparados para abordar e intervenir de manera oportuna al detectar un problema dental, pero desafortunadamente en algunas ocasiones pasan por alto los problemas dentales ya que no les dan el nivel de importancia que se merece y pasan por alto referir al paciente a consulta dental.

Por todo lo antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta ¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitud y práctica de los médicos pediatras en relación a la salud oral de los niños durante su consulta?

Un deficiente conocimiento, una actitud de indiferencia y una práctica pobre sobre la salud bucal infantil en médicos pediatras puede ser una desventaja para tener una adecuada salud bucal a lo largo de la infancia, en la literatura científica existe poca información sobre esta relación, es por eso que se ha considerado trascendente estudiarlas con el propósito de analizar el conocimiento básico del Pediatra sobre la Odontología, su actitud para intervenir en estos procedimientos y practicar una excelente examinación de la cavidad bucal de sus pacientes para así brindar los mejores servicios de salud.

En esta investigación se buscó cumplir con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento, actitud y práctica odontológica en pediatras.

La metodología para este trabajo consistió en diseñar un cuestionario en base a artículos científicos acerca del conocimiento, actitud y práctica sobre la salud bucal infantil en médicos pediatras. Validándose a juicio de expertos para identificar la pertinencia y claridad de cada pregunta, se aplicó la encuesta a Pediatras del Estado de Nuevo León la cual fue enviada por medio de la aplicación Microsoft Forms a diversas instituciones para después realizar un análisis estadístico de los resultados.

## **2.- Hipótesis**

Los Pediatras muestran un nivel de conocimiento aceptable sobre la salud bucal en niños que acuden a su consulta, sin embargo, no acostumbran a examinar la cavidad oral, así como no refieren al paciente al Odontopediatra.

### **3.- Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General.**

Valorar el nivel de conocimiento, actitud y práctica odontológica en Médicos Pediatras de Nuevo León.

#### **3.2 Objetivos específicos.**

1. Conocer el sexo, años de experiencia y tipo de práctica en médicos pediatras.
2. Identificar recomendación para la primera visita y referencias al dentista en pediatras.
3. Comparar en conocimiento, actitud y práctica sobre salud oral, en médicos pediatras de acuerdo con el sexo.
4. Comparar el conocimiento, actitud y práctica sobre salud oral en médicos pediatras de acuerdo con la experiencia laboral.
5. Comparar el conocimiento, actitud y práctica sobre salud oral en médicos pediatras de acuerdo con el sector laboral.
6. Conocer el porcentaje de conocimiento, actitud y práctica de los médicos pediatras sobre salud bucal.

## **4.- Antecedentes**

### **4.1 Salud bucal.**

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: “un estado completo de bienestar físico, mental, social y no solo el no tener una enfermedad.” (OMS, 1948).

La investigación en el campo médico, nos menciona que una óptima salud oral hoy en día, es un punto de partida para la salud general, el bienestar de nuestro cuerpo y calidad de vida (Fiorillo L, 2019). Las condiciones asociadas con la mala salud oral se asocian con muchas enfermedades como: las enfermedades infecciosas, cardiovasculares, dolor crónico, cáncer y la salud mental. (Gill, S. A. 2022). La salud bucal es de gran importancia para el bienestar general del infante y si este no existe puede llegar a afectar su desarrollo, vida social, familiar y hasta su rendimiento académico. (Peña, J.C et al., (2022).

Las enfermedades orales que se encuentran entre las más prevalentes a nivel mundial, son la caries dental, enfermedad periodontal, y los cánceres de la cavidad oral. (Peres MA et al., 2019). Es importante que los pacientes que toman altos porcentajes de medicamentos por alguna enfermedad sean derivados a un Odontólogo para evitar repercusiones en su salud bucal. (Ramos-Ríos, J.A et al., 2017) & (Sjögreen, L et al., 2015). Ya que la salud bucal y sus condiciones también está asociado con el estado nutricional y salud en general de los pequeños. (Vargas-Palomino K. E., 2019).

La higiene bucal apropiada puede convertirse en un reto para toda la población y especialmente para las personas mayores y los niños pequeños debido a sus reducidas habilidades motoras. Una mala higiene dental puede provocar caries, gingivitis, periodontitis, pérdida de dientes, halitosis (mal aliento), infecciones por hongos y enfermedades de las encías. El uso de un cepillo de dientes es la medida más valiosa para la higiene bucal. Otras medidas importantes e indispensables para el cuidado de la higiene bucal, es el uso de dentífrico fluorado, así como el uso de hilo dental o cepillos interdentales para apoyar y mejorar el cuidado dental. (Hitz Lindenmüller I et al., 2011).

## **4.2 Importancia de la participación del Médico Pediatra en la salud oral de los niños.**

“El nivel de educación y el conocimiento de los padres sobre las medidas preventivas de salud bucal, juegan un papel importante en la determinación de la salud bucal de los niños.” (Mishra A et al., 2018). Un diagnóstico temprano y oportuno de niños menores de 1 año, es una oportunidad para la exploración de factores de riesgo. El objetivo es brindar a los bebés y niños pequeños una incorporación agradable y sin conminación a la odontología, así como fomentar las bases para los buenos hábitos dentales. Habitualmente, los niños menores de 3 años no son atendidos por el dentista y corren el riesgo de desarrollar enfermedades dentales. Los pediatras que atienden a un niño desde su nacimiento como parte del plan de consultas del bebé, están en el mejor momento para identificar problemas dentales y dirigir a los padres para que sus hijos tengan una atención odontológica temprana; así como proveer servicios para el diagnóstico temprano de enfermedades dentales, asesorar y guiar a los padres sobre la necesidad de buscar atención dental. Es por eso que una coordinación de servicios entre los proveedores médicos y dentales es importante para que los niños reciban atención temprana. (Indira MD et al., 2015).

## **4.3 Dentición primaria/secundaria.**

“El ser humano, así como los mamíferos es difiodonta, ya que posee dos series de dientes que erupcionan en dos etapas de la vida. La primera dentición, denominada temporal, caduca, decidua o de leche, está formada por un total de 20 dientes, que erupcionan de la cavidad bucal entre los 6 meses y los 2-5 años de edad. Posteriormente, desde los 6 hasta los 12 años de edad, se da lugar a los dientes permanentes, a excepción de los terceros molares. Algunos dientes permanentes van a sustituir a los temporales, mientras que otros no tienen un predecesor temporal. Con la erupción de los terceros molares o cordales entre los 18 a 25 años de edad se completa la dentición permanente de 32 dientes. Estas dos denticiones son diferentes tanto por el número de dientes como por sus características morfológicas, dimensionales y funcionales. Con fines representativos se puede dividir la dentición en cuatro cuadrantes en base a dos planos de referencia; uno vertical: plano medio sagital, divide la boca en dos mitades simétricas: derecha e izquierda, y otro horizontal o plano horizontal interdentarios, que separa la arcada superior de la inferior.

La dentición infantil tiene 10 dientes superiores o maxilares y 10 dientes inferiores o mandibulares, por lo que la dentición permanente presenta 16 dientes en la arcada superior y otros 16 en la inferior.

La dentición humana se conforma de cuatro clases de dientes, cuya morfología indica la función que ejercen. La dentición temporal se conforma por 2 incisivos, 1 canino y 2 molares por cuadrante, y la dentición permanente presenta 2 incisivos, 1 canino, 2 premolares y 3 molares en cada cuadrante. Entre los dientes existen diferencias, no solo entre los arcos superior e inferior, sino también dentro del mismo arco, que permiten distinguir, por ejemplo, a un primer molar de un tercer molar. A estas diferencias se les llama: “caracteres de tipo”. Para las descripciones morfológicas, en primer lugar se hará referencia a los caracteres de clase y posteriormente, a los caracteres de tipo para las hemiarquadas superior e inferior, considerando semejantes las características de los dientes contralaterales.” (J.R Boj et al., 2004).

Como se mencionó anteriormente, el primer diente que erupciona en la cavidad bucal de un bebé son los incisivos mandibulares, a los seis meses de edad. Algunas alteraciones que pueden ocurrir en el desarrollo dental es la erupción prematura de dientes, los cuales han sido denominados dientes congénitos, dientes fetales o dientes pre deciduos. (Bulut G et al 2019). Se le denomina dientes "natales" a los dientes que están presentes al nacer y los que brotan dentro de los 30 días posteriores al nacimiento se denominan dientes “neonatales” (Rahul M et al., 2018). Estos dientes pueden generar distintos problemas, como: lesiones traumáticas y dificultades de alimentación, incluso pueden generar problemas más graves como, el riesgo de aspiración debido a la movilidad excesiva de los dientes. (Kérourédan O et al., 2018).

#### **4.4 Medidas de higiene bucal recomendadas en niños.**

La higiene bucal es de vital importancia para el bienestar de los niños. (Johnstone L et al., 2010). Se sabe que la promoción y educación en salud oral, así como el cuidado oral preventivo profesional pueden ayudar a reducir la caries dental en los niños. (Silva AM et al., 2016). Los hábitos de higiene así como los bucales forman un momento crítico durante la infancia ya que ayudan a tener una práctica saludable durante toda la vida. (Brecher, E.A et al., 2018). Las medidas de higiene oral en niños, es responsabilidad de los padres hacia sus hijos y esto dependerá del estilo de vida y actitud de los padres hacia sus hijos. (Pranno, N et al., 2022). Proporcionando una trayectoria ascendente, hacia una vida de salud bucal óptima en los niños. (Alai-Towfigh Het et al., 2022). Se recomienda a los padres que lleven a los bebés a consulta odontológica antes de los 12 meses de edad. Ya que estas visitas a temprana edad brindan la oportunidad de evaluar el riesgo, proporcionar

educación en salud oral e instituir atención preventiva. (Duane B et al., 2017). La primera visita dental debe realizarse por razones preventivas, diagnóstico temprano y tratamiento de enfermedades orales. (Hartwig, A. D et al., 2022). El inicio de la alimentación complementaria, coincide con la erupción de los primeros dientes primarios, y es de vital importancia iniciar el cepillado dental con pasta de dientes fluorada, mínimo dos veces al día con una pasta de dientes con 1.000 ppm de flúor, y la dosificación adecuadas que es: para bebés a partir de 2 años, la cantidad de pasta de dientes recomendada es equivalente a un grano de arroz crudo; a partir de los 3 años de edad, la cantidad se puede aumentar al tamaño de un chícharo, el cepillado siempre debe ser supervisado por un adulto hasta que la motricidad fina del niño esté bien desarrollada. (Santos, B. Z., 2016).

El miedo al dentista es un problema común entre los niños, esto puede afectar el bienestar psicológico, calidad de vida, salud oral y sistémica; es por eso que brindar una atención dental temprana podría proteger al niño del miedo dental y posibles enfermedades bucodentales como la caries dental. (Carrillo-Díaz et al., 2021). Los niños de 6-7 años se encuentran en la dentición mixta temprana, que es un período de alta prevalencia de caries dental y otras enfermedades dentales y un período muy importante para implementar hábitos de higiene oral. (Chen L et al., 2020). Y todo esto, también conlleva un beneficio económico para los padres, pues el número y los costos de los procedimientos dentales serán menores para los niños que visitaron al dentista a una edad temprana; y solo el 0,3 % y el 13,5 % visitan al dentista como prevención a nivel mundial. (Mika A., et al., 2018). Ya que la salud general como la dental en la edad adulta está influenciada durante la infancia. (Da Fonseca, M.A et al., 2017). Es por eso necesario crear más conciencia entre los padres/cuidadores y establecer el concepto de hogar dental. (Olatosi O et al., 2019).

#### **4.5 Uso de flúor en niños.**

La forma más fácil y efectiva para prevenir de caries dental, es mediante el uso de pastas dentales con flúor en el hogar, fluoración de agua y con la aplicación profesional en citas dentales. (Pollick H., 2018). Se ha demostrado que el uso de pastas de dientes con flúor, es eficaz para la prevención de la caries dental. (Jullien S et al., 2021). Y junto con el cepillado dental es la principal intervención no profesional para prevenir caries dental. (Walsh, T et al., 2019). La aplicación tópica de flúor se ha utilizado como una intervención preventiva de caries, aplicada por el dentista durante las visitas de rutina o limpieza dental semestral. (Marinho, VC et al., 2013) (Marinho, V. C et al., 2002). Y se recomienda a todos los niños reciban aplicaciones de barniz de fluoruro en entornos médicos. (Kranz AM et al., 2022).

Las pastas de dientes con flúor es la forma más eficiente para su administración proporcionando beneficios anticaries. (Martinez-Mier et al., 2019) El uso de estas pastas de dientes está indicada profesionalmente desde la erupción del primer diente deciduo. (Schiffner U., 2021). La dosis recomendada en las pastas con flúor para niños es de 1500 ppm y en cuanto a la dentición permanente para adultos a partir de 1000 o 1100 ppm. (Levine RS., 2019). El uso de fluor permitirá proteger contra el alto riesgo de desarrollar caries dental. (Matar, M.A et al., 2023).

#### **4.6 Caries Dental.**

La caries dental, tiene una etiología compleja e interrelacionada con factores de riesgo comunes, principalmente conductuales. Una dieta rica en azúcar es el factor de riesgo clave con consecuencias perjudiciales para la salud general y bucal, especialmente en combinación con una higiene bucal insuficiente (Wagner Y et al., 2017). Se le denomina a la caries dental una enfermedad dinámica multifactorial, moderada por biopelículas, estimulada por la sacarosa que da como resultado la desmineralización y remineralización del diente. La caries puede ocurrir a lo largo de toda la vida del ser humano, y puede ocurrir tanto en la dentición infantil como en la adulta. (Pitts NB et al., 2017). Y puede causar dolor, malestar, desorden alimenticio, pérdida de dientes y retraso en el habla. También afecta la concentración de los niños en la escuela y, en ocasiones, el gasto del tratamiento dental puede convertirse en una cierta carga económica para las familias. Sin embargo, la prevención es muy sencilla y eficaz. (Bramantoro T et al., 2019). Cabe mencionar que las lesiones en dientes primarios pueden dejar secuelas en la dentición permanente, con una prevalencia del 12% al 74% (La Monaca, G et al., 2019).

#### **4.7 Caries de la primera infancia.**

La caries dental es la enfermedad bucodental más común durante la infancia, esto aumenta el riesgo de infecciones, maloclusión y dificultades para la alimentación y el lenguaje. (Calderón Larrañaga S et al., 2019). Lo cual es un gran problema de salud pública. (Folayan, M., 2018). Su etiología de la caries dental es una interacción de las bacterias, principalmente *Streptococcus mutans*, y los alimentos. Estas bacterias causan un ambiente ácido dentro de la boca, lo que conduce a la desmineralización del esmalte dental y por consecuencia la caries dental. (Van Meijeren-van Lunteren et al., 2021).

Existe una clasificación para niños menores de 6 años de edad denominada: caries de la primera infancia (ECC) es una enfermedad predominante en la población con escasos recursos, pero sin ser este el principal factor ya que puede presentarse en cualquier tipo de población. Los factores de riesgo que pueden causar ECC, son el consumo frecuente de azúcar, la falta de cepillado de los dientes y otros factores, entre los que encontramos: tensiones ambientales y psicosociales. Todo se puede prevenir cuidando la transmisión de streptococcus mutans, disminuir o eliminar el consumo de azúcares, cepillarse los dientes por lo menos tres veces al día y realizar visitas al Odontopediatra dos veces al año como mínimo, para recibir tratamientos preventivos como profilaxis dental, aplicaciones tópicas de fluoruro y exámenes dentales tempranos. (Seow WK, 2018). ECC es la enfermedad infecciosa más común en niños pequeños en todo el mundo. (Cui L et al., 2017). Los datos de todo el mundo muestran que el ECC sigue siendo muy frecuente. (Tinanoff, N. et al., 2019). Gran parte de la población infantil recibe atención médica, pero no atención dental a una edad temprana, por lo cual los Médicos pediatras tienen la oportunidad de crear conciencia en los padres o tutores para que los niños reciban acceso a la atención dental temprana. Los pediatras pueden hacer conciencia sobre la salud bucal y orientar sobre la prevención de enfermedades, eliminando o retrasando así la enfermedad dental y la urgencia de tratamiento a edad muy temprana. (De la Cruz GG et al., 2004). Inclusive la caries dental en la dentición primaria puede afectar el aumento de peso en los niños. (Tanner L et al., 2022).

Debido a que la caries es un proceso infeccioso, los pediatras tienen la oportunidad de prevenir, intervenir y, en colaboración con colegas dentales, tratar esta enfermedad.

**LAS RECOMENDACIONES QUE LOS MÉDICOS PEDIATRAS DEBEN DAR A LOS PADRES PARA LLEVAR A CABO UNA ATENCIÓN DENTAL PRIMARIA SON:**

1. Evaluación de riesgos para la salud bucal de todos los niños.
2. Asesoramiento integral al paciente.
3. Recomendar la administración de todas las modalidades de fluoruro para obtener un bajo riesgo de caries en los niños.
4. Recomendar el uso de pastas dentales con flúor para todos los niños con dientes.
5. La aplicación de barniz de flúor en pacientes con alto riesgo de caries dental.
6. Establecer un hogar dental antes del año de edad.

7. Establecer relaciones de colaboración con dentistas locales para optimizar la disponibilidad de un hogar dental o en caso de que existan lesiones dentales dar inicio a un tratamiento dental. (Section on Pediatric Dentistry and Oral Health., 2008).

El punto cuatro es de gran importancia y hay que dejarlo muy en claro a los padres, ya que la pasta fluorada es la principal intervención no profesional para prevenir la caries, lo que nos da un efecto preventivo. (Walsh T et al., 2019). La atención dental debe incluir instrucción de higiene bucal, asesoramiento dietético, aplicación tópica de flúor y manejo de lesiones cariosas. (Kowlessar A et al., 2019).

Otro defecto del esmalte que puede ser confundido con caries dental es la hipomineralización molar incisivo (HMI) es un defecto del desarrollo que afecta a los dientes. Las implicaciones para el paciente incluyen dientes hipersensibles, rápida progresión de la caries, deterioro de la masticación y repercusiones estéticas. Las implicaciones para los médicos incluyen la complejidad en la planificación del tratamiento y la implementación del tratamiento, mal pronóstico de las restauraciones, dificultad para lograr el control del dolor durante el tratamiento y problemas de manejo del comportamiento. (Rao MH et al., 2016). De los tratamientos más efectivos descritos hasta la fecha son la remineralización y los selladores que son adecuados cuando existe una gravedad limitada y/o hipersensibilidad. Para casos severos, las restauraciones con composites o restauraciones indirectas o coronas metálicas preformadas parecen adecuadas y como última opción la extracción dental, pues siempre hay que considerar los factores como: presencia de maloclusión, edad del paciente y el estado de los dientes vecinos. (Elhennawy K et al., 2016). Esta anomalía de la estructura dental, afecta tanto a la dentición primaria como la permanente y presenta diferentes grados de gravedad. El diagnóstico temprano debe estar al alcance de todos los médicos (tanto dentistas como no dentistas) pues es fundamental para mejorar el resultado del tratamiento y la calidad de vida. (Paglia L, 2018).

#### **4.8 Infecciones orales.**

“Las infecciones orales comúnmente se originan de una fuente odontogénica en adultos y de amígdalas y fuentes linfáticas en niños. Las infecciones odontogénicas surgen de caries dentales avanzadas o enfermedad periodontal. El traumatismo oral, la lesión por radiación, la mucositis por quimioterapia, la infección de las glándulas salivales, el absceso de los ganglios linfáticos y la infección posoperatoria son posibles fuentes no

odontogénicas de infecciones que podrían poner en peligro la vida.” (Levi ME et al., 2011). La causa más común de infección odontogénica en niños es la caries dental en un 88% (Al-Malik et al., 2017). El diagnóstico precoz y adecuado de las infecciones de origen odontogénico por parte del pediatra de atención primaria, puesto que el uso adecuado de antibióticos y el tratamiento odontológico son claves para la rápida resolución de esta patología. Principalmente, los pacientes con celulitis facial de rápida progresión, trismo, compromiso del estado general o fracaso de la terapia con antibióticos orales deben ser referidos para hospitalización. Es importante contar con un Odontopediatra en el hospital por la alta prevalencia y complicaciones que pueden surgir si no se manejan adecuadamente. (Giunta Crescente C et al., 2018). Los niños que presentan hinchazón facial de origen odontogénico pueden ingresar a hospital para la administración de antibióticos intravenosos. (Michael JA et al., 2014).

#### **4.9 Hábitos alimenticios.**

La OMS recomienda que menos del 10% del consumo energético sea procedente de azúcares libres y reducir este límite por debajo del 5% lo más pronto posible. Esto se ha promovido con el fin de reducir la prevalencia de diversas enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, obesidad y síndrome metabólico; Y a la vez como estrategia para reducir la prevalencia de caries, que puede ser "desencadenada" por malos hábitos alimenticios. Por esta razón, los pediatras y los odontopediatras deben interactuar entre sí para promover buenos hábitos alimenticios desde una edad temprana e inclusive antes del nacimiento, enseñando a las madres y a sus hijos a reducir el consumo de azúcares de la dieta. “¡Criar niños con una dieta sana y equilibrada significa invertir en su salud general a largo plazo y ofrecer un futuro dental libre de caries!” (Paglia L, 2018). Un modelo de alimentación saludable y una dieta de alta calidad es fundamental para la prevención de caries en los niños (İnan-Eroğlu E et al., 2017). La disponibilidad de los nutrientes apropiados son primordiales para el crecimiento y desarrollo de los tejidos bucales (Pflipsen M et al., 2017). El exceso de azúcares, principalmente en forma de bebidas endulzadas, es una de las principales causas de caries en los niños. Los profesionales de la salud están en condiciones de ayudar a identificar los comportamientos problemáticos relacionados con el azúcar en los pacientes pediátricos y así ayudar a reducir la ingesta de azúcar, prevenir la caries dental y mejorar resultados de salud en poblaciones infantiles vulnerables (Chi DL et al., 2019).

La caries dental es un proceso dinámico que involucra, bacterias cariogénicas como *Streptococcus mutans* combinada con carbohidratos. La sacarosa es el azúcar dietético más común y se considera el carbohidrato más cariogénico. Otros factores, como la mala

higiene bucal, el nivel socioeconómico y las prácticas de higiene en casa juegan un papel importante (Tungare S et al., 2022). Es por eso que la OMS recomienda usar la menor cantidad posible de azúcar y de esta manera brindar un apoyo a la comunidad odontológica (Van Loveren C et al., 2019).

#### **4.10 Lactancia materna.**

La lactancia materna y la leche humana son de gran importancia para la salud materna, infantil y de la población (Azad, M. B et al., 2021). Es el mejor método de alimentación debido a sus beneficios para la salud, crecimiento y desarrollo saludable de bebés y niños (Andreas, N. J et al., 2015). De acuerdo con las recomendaciones a nivel mundial, se recomienda la alimentación por medio de lactancia materna hasta la edad de al menos 2 años, con una alteración dietética a partir de los 6 meses de edad (Branger B et al., 2019). Así como un factor que nos ayuda contra la obesidad infantil (Ma J et al., 2020). Protege al lactante de infecciones infantiles, maloclusiones, aumenta la inteligencia, reduce la probabilidad de padecer sobrepeso infantil y diabetes en la vida adulta. En la madre brinda protección contra el cáncer de mama, de ovario y la diabetes tipo 2 (Victora CG., 2016).

La lactancia materna tiene tantos privilegios para la madre como para el bebé. A diferencia de la fórmula, la leche materna contiene caseína, que previene el crecimiento y la adhesión de las bacterias cariogénicas al esmalte dental (Poureslami H, et al., 2022). Y proteger contra la caries dental y a su vez un mayor riesgo de caries en niños después de 12 meses de edad ya que se combina con la alimentación complementaria (Tham, R et al., 2015). Puesto que la caries dental es una de las enfermedades crónicas más comunes de la infancia (Riggs E et al., 2019). El frenillo corto o anquiloglosia, puede causar que los bebés no se alimenten adecuadamente y su desarrollo no sea el adecuado, también puede causar daño en los pezones y el abandono temprano. (Costa-Romero, M et al., 2021). Los bebés amamantados tienen más posibilidades de tener mejor salud dental en comparación con los bebés que fueron alimentados artificialmente (Anyanechi CE et al., 2017).

Es importante que los profesionales conozcan las recomendaciones que ofrecen las diversas Asociaciones de Odontología Pediátrica con respecto a las prácticas de lactancia materna, el destete, la introducción de azúcar y el inicio de la higiene bucal (Gomes Silva Cerqueira et al., 2021).

#### **4.11 Succión no nutritiva y sus alteraciones en el complejo maxilar.**

“Los malos hábitos pueden interferir con la posición de los dientes y el patrón normal de crecimiento esquelético” (Grippaudo C et al., 2016). El crecimiento y desarrollo orofacial es muy importante ya que se abarca durante todo el desarrollo del infante. (Pahel, B.T et al., 2018). Tienen una prevalencia del 42.7% de presentarse en niños (Rai, A et al., 2022). Algunos malos hábitos como son el empuje lingual, deglución atípica, succión de los labios, automutilarse con carrillos, respiración bucal y bruxismo. Aunque la asociación entre forma y función sigue siendo controvertida, si los hábitos persisten pueden conducir a una maloclusión dental e impedir un manejo exitoso (Silva M et al., 2014). La interrupción temprana de los malos hábitos orales puede ser un paso importante para prevenir alteraciones en los niños (Majorana A et al., 2015).

La mordida abierta anterior en la dentición temporal se ha asociado con costumbres de succión nutritiva (alimentación con chupetes/biberón) y no nutritivos. Los hábitos de succión no nutritivos se encuentran entre los elementos que más causan maloclusiones en niños y el más común es la succión digital. La fatiga, aburrimiento, hambre, miedo, estrés físico y emocional son de los principales desencadenantes de este hábito (Machado SC et al., 2018). Siendo este uno de los hábitos bucales más prevalentes en los niños y es uno de los hábitos que más importan, por la constancia con que se presenta, las deformidades que causa y la implicaciones que deriva. La succión digital es el hábito más común, y a su vez se pueden encontrar casos de succión con múltiples y diversos dedos y con una variada de posiciones (Arado AQ et al., 2019). Cuando se presenta un hábito de succión no nutritivo (succión digital), el compromiso y el deseo del niño de dejar el hábito es importante para la eliminación exitosa del hábito (Kumar V et al., 2019; Josell SD, 1995). En la mayoría de los casos, este hábito acaba espontáneamente entre los 2 y 4 años de edad. Si continúa, pueden ocurrir consecuencias negativas, como una deformidad de la uña, paroniquia o mientras la dentición permanente está en erupción, puede ocurrir una maloclusión. Este estado se puede manejar con diferentes orientaciones, desde el asesoramiento de los padres y pacientes, la colocación de un aparato dental, o técnicas de modificación de conducta como refuerzo positivo, calendario con recompensas y consejería, entre otras. Los pediatras deben estar al tanto de los hábitos de succión no nutritiva, incluido el chuparse el dedo y su impacto negativo en la salud bucal, así como las dificultades que pueden surgir con ellos (Staufert Gutierrez D et al., 2020).

Otro mal hábito es la respiración bucal, en este los niños experimentan un mayor impacto negativo en la calidad de vida en comparación con aquellos con esquema de respiración nasal. El diagnóstico y tratamiento prematuro de esta patología clínica son fundamentales tanto para pediatras como odontopediatras para empequeñecer las consecuencias de la respiración bucal sobre la calidad de vida de los niños con trastornos

respiratorios (Leal RB et al., 2016). Cuando la respiración bucal se vuelve habitual, puede causar trastornos del sueño y un crecimiento maxilofacial anormal, por lo que es importante la detección temprana de la respiración bucal habitual (Sano M et al., 2018). Para lograr el reconocimiento clínico de la respiración bucal, el clínico deberá realizar una evaluación visual, anamnesis y pruebas respiratorias. Y así elegir el tratamiento más adecuado y prevenir los cambios faciales que vinculan al patrón de respiración bucal (Pacheco MC et al., 2015).

El bruxismo se define como una acción repetitiva de los músculos masticatorios, caracterizada por apretar o rechinar los dientes y balancearlos. Su etiología es multifactorial: principalmente central (trastorno neuropático, ansiedad) pero también genética y local (postura, respiración bucal). El diagnóstico se basa principalmente en la anamnesis y el examen del desgaste dental y la progresión en el tiempo. Es común encontrar bruxismo en niños, pero no siempre se considera patológico. Los niveles de gravedad se relacionan con el grado de intensidad, así como la ansiedad, trastornos respiratorios y estructuras dentales frágiles. El manejo es multidisciplinario y depende del diagnóstico etiológico” (Camoin A et al., 2017). El bruxismo infantil tiene una tasa de prevalencia variable que va del 13 % al 49 %. (Bulanda, S et al., 2021). Puede estimular hipertrofia de los músculos masticatorios, pérdida de la superficie dental, fractura de restauraciones o dientes, dientes hipersensibles y pérdida del soporte periodontal (Beddis H et al., 2018). Como también inmadurez del sistema neuromuscular masticatorio. (Barbosa, T.deS et al., 2008). Las maloclusiones, la alimentación con tetinas artificiales y la caries dental pueden interferir con la función masticatoria de los niños (Souto-Souza D et al., 2020).

Es más viable que los pediatras vean a los bebés y niños mucho antes que los odontopediatras. Por eso es primordial que estos especialistas sean conscientes de la naturaleza dañina de los hábitos antes descritos y sus complicaciones asociadas (Kumar V et al., 2019). Todos estos malos hábitos o maloclusiones se pueden intervenir de manera temprana y oportuna por medio de ortopedia y una buena higiene bucal es muy importante para garantizar un tratamiento exitoso (Smolyar N., et al., 2022).

#### **4.12 Importancia de las interconsultas de Pediatras con Odontopediatras.**

Los proveedores de salud que ven de forma rutinaria a los pacientes pediátricos deben contar con todas las herramientas necesarias para identificar de forma temprana cualquier problema en su salud, incluida la dental. (Sedrak, M.M et al., 2018). El consultorio médico se considera un sitio conveniente para llegar a un gran número de niños que realizan una visita médica pero no una visita dental. Pueden colaborar en la evaluación de problemas dentales y guiar a los padres y niños sobre la prevención de estos problemas. También pueden proveer servicios para la detección temprana de enfermedades dentales, ofreciendo asesoramiento sobre la necesidad de buscar atención dental. Un elemento clave de la atención integral a los niños implica la coordinación de servicios entre los proveedores médicos y dentales para que los profesionales de la salud puedan ofrecer los servicios apropiados a las edades apropiadas (De la Cruz GG et al 2004). Por lo general los ginecólogos, pediatras y otros profesionales médicos ven a las mujeres embarazadas y los bebés mucho antes que los dentistas. Por lo que es fundamental que estos especialistas conozcan los principios de la caries dental y sus factores de riesgo y tomen las decisiones adecuadas para una intervención oportuna y eficaz (Subramaniam P et al., 2008). Los pediatras están familiarizados con algunos aspectos de la salud bucal, pero no confían en identificar los factores de riesgo por eso se cree que en el plan actual de estudios de Pediatría se debería incorporar una educación en salud bucal básica y programas educativos para actualizar los conocimientos del pediatra (Hadjipanayis A et al., 2018).

Otros médicos que también necesitan una intervención adecuada con los odontopediatras son los equipos de protocolo de transplante y los equipos de oncología pediátrica para prevenir complicaciones debilitantes durante la fase inmunosuprimida. Estos trabajan en colaboración para detectar y tratar enfermedades dentales y bucales y así el profesional dental proporcione la atención individualizada necesaria (Ritwik P et al., 2020).

#### **4.13 Conocimiento sobre salud oral en Pediatras.**

El Médico Pediatra que atiende a un niño desde el nacimiento como parte del programa de visitas de control del niño sano, está en la mejor posición para identificar problemas dentales tempranos y educar a la familia sobre la atención preventiva oral. Desafortunadamente los dentistas no ven de forma rutinaria a los niños menores de tres años, por lo que corren más riesgo de desarrollar enfermedades dentales a una temprana edad (Sigal MJ, 1988). Los pediatras a menudo examinan a los niños hasta seis

veces antes de los 3 años; estas citas deben considerarse oportunidades para aumentar la conciencia sobre las evaluaciones de salud bucal, detectar el riesgo de caries en los niños pequeños y sobre todo derivar a los niños al especialista (Dima S et al., 2018).

Se realizó un estudio en Myrose ciudad de la India, reportando que el 82% de los pediatras están de acuerdo en que es importante realizar un examen dental antes del 1er año, el 43% de ellos conocía la primera visita dental recomendada por la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), y solo el 11% aconsejó a los padres la primera visita dental del niño antes de 1er. año de edad. De este estudio se puede concluir que la mayoría de los pediatras no recomiendan a los padres que visiten al dentista antes del año de edad y es necesario educar a todos sobre la salud bucal infantil (Indira MD et al., 2015).

#### **4.14 Actitud que toman los Pediatras frente a la salud oral del paciente pediátrico.**

En EUA (Estados Unidos de América) se realizó un estudio dirigido a médicos y especialistas pediátricos, el cual obtuvo una respuestas del 77% donde se demostró que del 89% de los encuestados recomendó que el niño acuda al dentista lo antes posible pero si el paciente pediátrico no presentaba lesiones de caries, sólo el 19% referían a un Odontopediatra. Así como que solo el 63% de los pediatras recomiendan la primera visita al dentista alrededor del tercer año de vida. La salud oral preventiva forma parte importante en la vida del niño y debe iniciarse a una edad temprana. Los pediatras están en una gran posición en la vida de los niños por lo que pueden ayudar a iniciar esta salud oral preventiva mejorando su calidad de vida. (Alshathri B et al., 2020).

#### **4.15 Práctica de los pediatras sobre la salud oral en el paciente.**

En un estudio realizado en EUA menciona que los médicos estadounidenses están capacitados para evaluar el estado de riesgo de un niño. Sin embargo, la mayoría de los encuestados no evalúan regularmente los primeros signos de caries en la primera infancia (Ismail AI et al., 2003). Asimismo en la AAP el 90% de los pediatras dijeron que deberían examinar los dientes de sus pacientes en busca de caries y educar a las familias sobre la salud bucal preventiva. En la práctica, sólo el 54% de los pediatras informaron haber examinado los dientes de más de la mitad de sus pacientes de 0 a 3 años. El 4% de los pediatras indica la aplicación de barniz de flúor. Pues menos del 25% de los pediatras

habían recibido educación sobre salud bucal en la escuela de medicina, residencia o educación continua anteriormente. (Lewis CW et al., 2009).

En otro estudio realizado en Mysore se buscaron a 120 pediatras, de los cuales 97 respondieron, con una tasa de respuesta del 83%. Solo el 77% de los pediatras examinan la cavidad bucal de los bebés al nacer (Indira, M et al., 2015). En la Universidad Sri Balaji Vidyapeeth en Puducherry informó que el 12,7% de los pediatras evaluados recomendaron la primera visita al Odontopediatra antes de los 6 meses de edad. El 58,2% de los pediatras informaron que eran conscientes de que las manchas blancas son signos iniciales de caries, casi el 86,4% de los pediatras examinaban de forma rutinaria la cavidad bucal de sus pacientes. El 70,9% de ellos brindó asesoramiento nutricional para prevenir la caries. A lo que se concluyó que la mayoría de los pediatras cuentan con limitación de conocimientos sobre la caries de la primera infancia y también consideraron que tenían una responsabilidad importante en la prevención de las enfermedades bucodentales en los niños. (Prathima GS et al., 2020). Sin embargo, la baja proporción de niños remitidos por el personal de atención primaria puede indicar una referencia insuficiente de los niños a los servicios dentales (Wigen TI et al., 2017).

Los profesionales de la salud deben participar y satisfacer las necesidades de la población de manera equitativa (Fellows JL., et al., 2022). Es por eso que los pediatras deben de estar informados sobre la salud bucal infantil y conocer a odontopediatras locales para derivar a sus pacientes pediátricos ofreciéndoles así una atención médica completa (Farsi, D et al., 2023). Por lo tanto dentro del plan de estudios de los médicos pediatras se debe implementar una asignatura para mejorar el conocimiento y práctica sobre la salud bucal infantil. (Shmueli, A et al., 2023).

## **5.-Metodología**

El presente trabajo fue desarrollado en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Validado por el comité de bioética.

La metodología para este trabajo consistió en la aplicación de un instrumento validado previamente mediante la prueba estadística Alfa Cronbach con una validez de contenidos del 95%.

### **5.1 Diseño del estudio**

El estudio fue descriptivo, observacional, prospectivo y transversal el cual fue desarrollado en la Facultad de Odontología UANL.

### **5.2 Población de estudio.**

La población quedó conformada por una muestra de 78 médicos pediatras que ejercen en el Estado de Nuevo León, los cuales previo a responder la encuesta firmaron un consentimiento informado con la explicación de la investigación.

### **5.3 Criterios de selección**

#### **5.3.1 Selección**

- Médicos Pediatras que ejerzan su profesión actualmente.

#### **5.3.2 Inclusión**

- Médicos Pediatras que ejerzan actualmente en consultorios privados, hospitales o clínicas de gobierno en el Estado de Nuevo León.

#### **5.3.3 Exclusión**

- Pediatras que no ejercen en Nuevo León.
- Pediatras que no ejercen actualmente.
- Pediatras que ejercen otras ramas de la medicina.

#### **5.3.4 Eliminación**

- Médicos que no deseen participar.
- Encuestas incompletas.

#### 5.4 Tamaño de muestra

Por las condiciones de la variable a evaluar del tipo cuantitativa (Conocimiento, práctica y actitudes) donde además, se trata de una población infinita se estima el tamaño de la muestra con la aplicación de la siguiente fórmula general:

$$n = \frac{z^2 s^2}{e^2}$$

Para el presente proyecto se han determinado los siguientes valores obtenidos del artículo “Conocimiento, actitud y práctica hacia el cuidado de la salud bucal infantil entre los pediatras de Mysore” y que han sido definidos para determinar el tamaño de la muestra:

$z = 1.96$  para 95% confiabilidad

$\sigma = 3.52$

$e = 0.8$

Para obtener el tamaño de la muestra se sustituyen los valores y se obtiene que:

$$n = \frac{z^2 s^2}{e^2} \quad n = \frac{(1.96)^2 (3.52)^2}{(0.8)^2} \quad n = 75$$

De aquí se obtiene que el número total de pediatras será de 75 y serán seleccionadas de manera aleatoria y elegidas mediante los criterios de inclusión y exclusión definidas para el presente estudio.

## 5.5 Variables

La Tabla 1 muestra la definición de variables a estudio.

<b>Independientes</b>		<b>Dependientes</b>	
Variable	Escala	Variable	Escala
Características demográficas del Pediatra (incluido el sexo, área en la que ejercen su consulta y años de práctica).	Sexo: femenino/masculino Área: Privado/público/ ambos Años de consulta: -5 años/entre 5 a 10 años/ Mayor a 5 años	Puntajes a cada pregunta en la sección de conocimiento, actitud y práctica.	<b>Ordinal:</b> Bueno Regular Malo
Conocimiento	Conocimiento: Si/No		
Actitud	Actitud: Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ Desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo		
Práctica	Práctica: Privado/Público/ Ambos		

## 5.6 Procedimiento

La Metodología para este trabajo consistió en la aplicación de un instrumento validado previamente mediante la prueba estadística Alfa Cronbach con una validez de contenidos del 95%. El instrumento contiene 22 preguntas en cuatro áreas diferentes, tres preguntas sobre información demográfica, nueve preguntas sobre conocimiento de los pediatras en el área de Odontopediatría, tres preguntas sobre la actitud de los pediatras sobre la

examinación de la cavidad oral y siete preguntas sobre la práctica de los pediatras al detectar alguna enfermedad, patología o maloclusión en los niños y su participación en el área de Odontopediatría. Las preguntas siguientes están descritas para obtener resultados sobre el nivel de conocimiento, actitud y práctica de los pediatras en relación con la salud bucal infantil. Se procedió con la obtención del consentimiento informado y el envío de la encuesta a través de la plataforma Microsoft Forms.

### **5.7 Análisis Estadístico**

Se realizó estadística descriptiva con frecuencia, porcentajes y análisis estadístico para describir asociación entre las variables con prueba de Chi cuadrada con 95% de confiabilidad

## 6.-Resultados.

La muestra ha sido conformada por todas aquellos pediatras que cumplan con los requisitos para ser incluidos en el estudio. La validación estadística fue de 92.5%, lo cual significa que fue excelente, siendo validado sin problema por medio de Alfa de Cronbach un valor suficiente para garantizar la fiabilidad de la escala (Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), 1951).

Se recolectaron resultados de 78 médicos pediatras a los cuales se les aplicó un instrumento a través de la plataforma Microsoft Forms, sin ningún tipo de información previa, lo que produjo una tasa general de respuestas del 100%.

De los 78 médicos pediatras 23 fueron hombres y 55 mujeres, de los cuales 19 ejercen en el sector privado, 34 en el sector público y 25 en ambos sectores.

47 médicos pediatras tienen alrededor de 5 años de experiencia, 9 de 5-10 años y 22 más de 10 años ejerciendo la medicina pediátrica.

La Tabla 2 muestra el género sexual, tipo de práctica y años de experiencia de los profesionales encuestados.

SEXO		%
Femenino	55	70.51 %
Masculino	23	29.48 %
TIPO DE PRÁCTICA EN DONDE EJERCEN LA MEDICINA PEDIATRICA		%
Privado	19	24.35 %
Público	34	43.58 %

Ambos	25	32.05 %
AÑOS DE EXPERIENCIA		%
5 años	47	60.25 %
5-10 años	9	11.53 %
>10 años	22	28.20 %

Se evaluaron n=78 médicos pediatras y fue validado mediante la prueba estadística Alfa Cronbach ( $\alpha$ ).

La Tabla 3 se muestra que el promedio de conocimiento en los pediatras de sexo femenino fue de 72.99%, mientras que para el género masculino fue de 59.09%, encontrando una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.187$ ). El promedio en cuanto a la práctica en el género femenino fue de 78.57%, mientras que en el género masculino fue de 44.32% encontrando una diferencia significativa de ( $p=0.0007$ ). Y en cuanto a la actitud el género femenino mostró un promedio de 56.47% y en el género masculino 28.41% demostrando que no hay diferencia significativa ( $p=0.0001$ ). Demostrando que en los tres puntos valorados el sexo femenino muestra mejor conocimiento, actitud y práctica frente al tema.

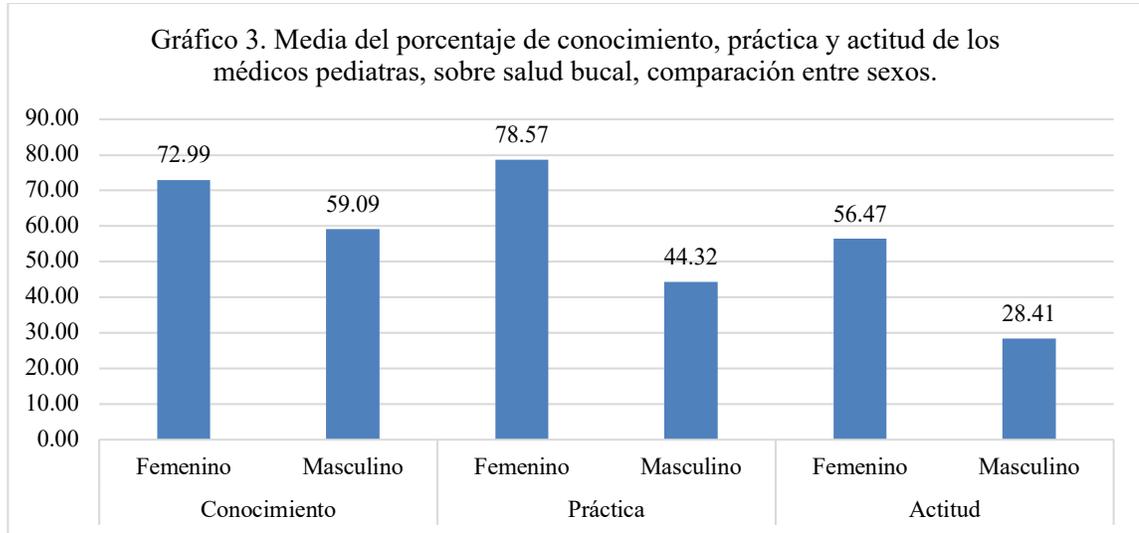
Tabla 3.

*Comparación entre sexo, del porcentaje de conocimiento, práctica y actitud de los médicos pediatras, sobre salud bucal.*

		Media	Desviación estándar	Error estándar	Prueba t	Valor p
Conocimiento	Femenino	72.99	21.29	2.85	2.46	0.0187
	Masculino	59.09	22.88	4.88		
Práctica	Femenino	78.57	29.65	3.96	3.74	0.0007

	Masculino	44.32	38.72	8.25		
Actitud	Femenino	56.47	28.70	3.84	4.65	0.0001
	Masculino	28.41	21.88	4.67		

Se evaluaron n=78 médicos pediatras y fue validado mediante la prueba estadística Alfa Cronbach ( $\alpha$ ).



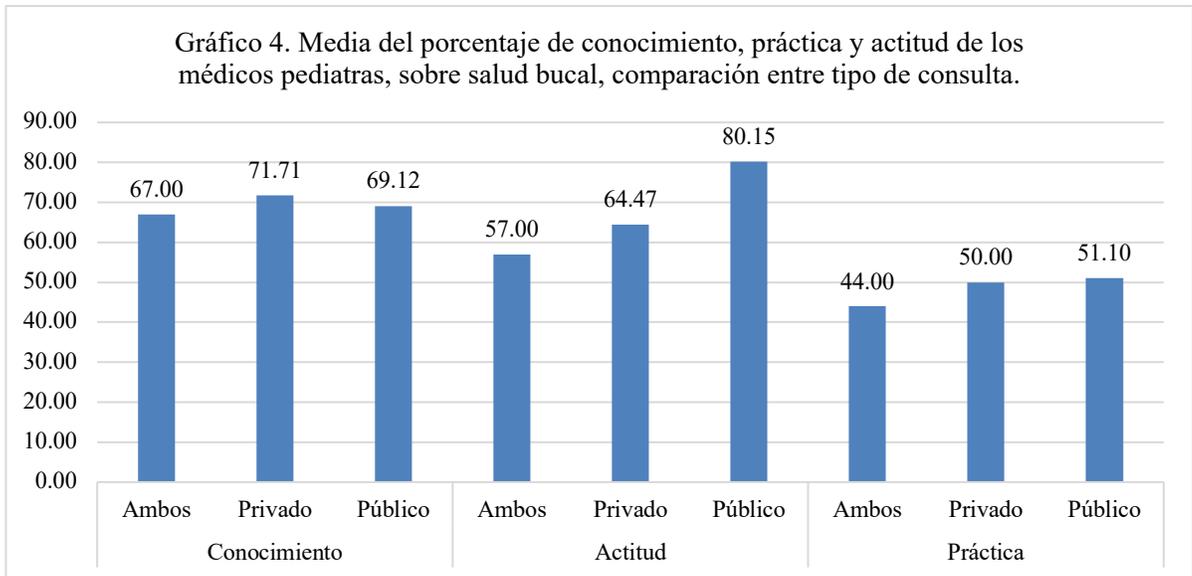
La Tabla 4 muestra la comparación entre los tipos de consulta comparando el conocimiento, actitud y práctica de los médicos pediatras, sobre la salud bucal. En cuanto al conocimiento los pediatras que ejercen en el sector privado mostraron un porcentaje de 71.71%, los del sector público 69.12% y los que ejercen en ambos sectores 67.00%, demostrando una diferencia significativa ( $p=0.7935$ ). Posteriormente se evaluó la actitud que estos mostraban frente a la salud bucal de sus pacientes resultando un porcentaje de 64.47% en el sector privado, 80.15% en el sector público y 57.00% en ambos sectores, demostrando que no hay diferencia significativa ( $p=0.0380$ ) demostrando que en el sector privado se hace más énfasis en el cuidado de la salud oral. En cuanto a la práctica los médicos pediatras del sector privado mostraron un porcentaje de 50.00%, en el sector público 51.10% los cuales mostraron que practican más el fomentar la salud bucal y los que ejercen en ambos sectores 44.00%, con una diferencia significativa de ( $p=0.6483$ ).

Tabla 4

*Comparación entre tipos de consulta, del porcentaje de conocimiento, actitud y práctica de los médicos pediatras, sobre salud bucal.*

		Media	Desviación estándar	Error estándar	Prueba F	Valor p
Conocimiento	Ambos	67.00	27.21	5.44	0.23	0.7935
	Privado	71.71	24.24	5.56		
	Público	69.12	17.74	3.04		
Actitud	Ambos	57.00	41.94	8.39	3.42	0.0380
	Privado	64.47	34.43	7.90		
	Público	80.15	28.39	4.87		
Práctica	Ambos	44.00	36.29	7.26	0.44	0.6483
	Privado	50.00	31.18	7.15		
	Público	51.10	23.31	4.00		

Se evaluaron n=78 médicos pediatras y fue validado mediante la prueba estadística Alfa Cronbach ( $\alpha$ ).



La Tabla 5 se muestra la comparación entre los años de experiencia en cuanto al porcentaje de conocimiento, práctica y actitud de los médicos pediatras, sobre la salud oral nos dio los siguientes resultados: en el conocimiento que tienen los pediatras sobre la salud oral que ejercen hace menos de 5 años 70.64%, los que tiene de 5 a 10 años 66.35% y los que tienen más de 5 años 67.6%, mostrando una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.7863$ ), lo que nos dice que los pediatras que tienen menos de 5 años están más actualizados sobre el tema que los que tienen más de 5 o 10 años.

La actitud que mostraron los médicos pediatras en relación a los años ejerciendo mostró mejores resultados con los pediatras que han ejercido menos de 5 años con 82.56%, en comparación a los de 5 a 10 años 46.15% y más de 10 años 55.68%, pero a pesar de eso no existe una diferencia significativa en las comparaciones ( $p=0.0004$ ).

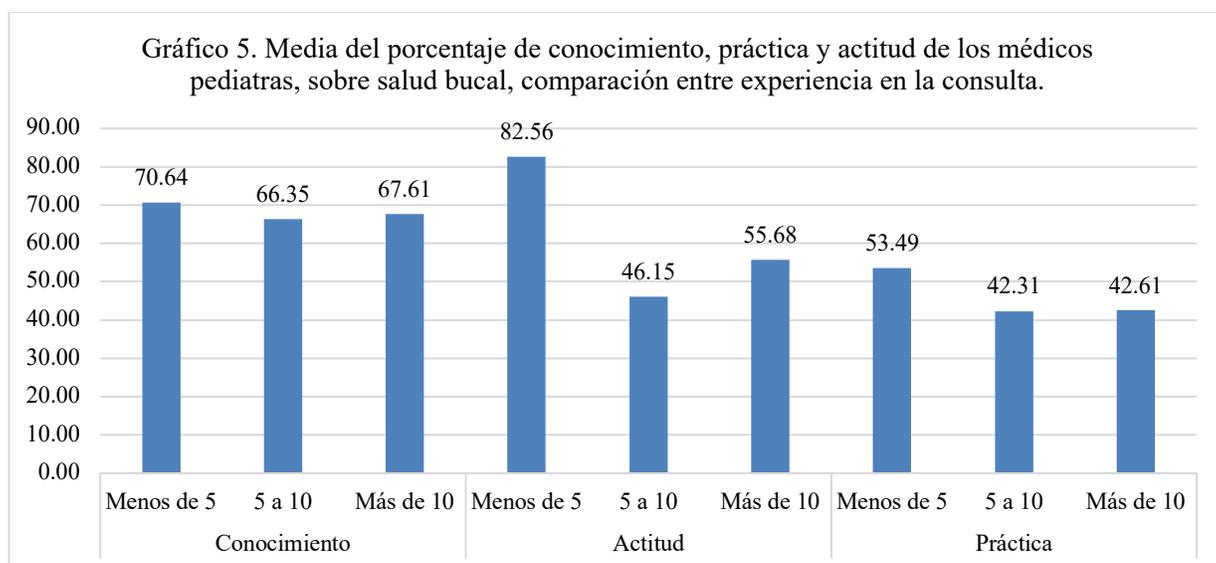
Al igual que en la práctica los pediatras con menos de 5 años obtuvieron mejores resultados 53.49%, en comparación con los de 5 a 10 años 42.31% y más de 10 años 42.61%, mostrando una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.2694$ ).

Tabla 5.

*Comparación entre años de experiencia en la consulta, del porcentaje de conocimiento, práctica y actitud de los médicos pediatras, sobre salud bucal.*

	Años	Media	Desviación estándar	Error estándar	Prueba F	Valor p
Conocimiento	Menos de 5	70.64	19.84	3.03	0.24	0.7863
	5 a 10	66.35	31.20	8.65		
	Más de 10	67.61	22.38	4.77		
Actitud	Menos de 5	82.56	27.30	4.16	8.74	0.0004
	5 a 10	46.15	36.58	10.15		
	Más de 10	55.68	39.29	8.38		
Práctica	Menos de 5	53.49	27.19	4.15	1.33	0.2694
	5 a 10	42.31	27.74	7.69		
	Más de 10	42.61	34.65	7.39		

Se evaluaron n=78 médicos pediatras y fue validado mediante la prueba estadística Alfa Cronbach ( $\alpha$ ).



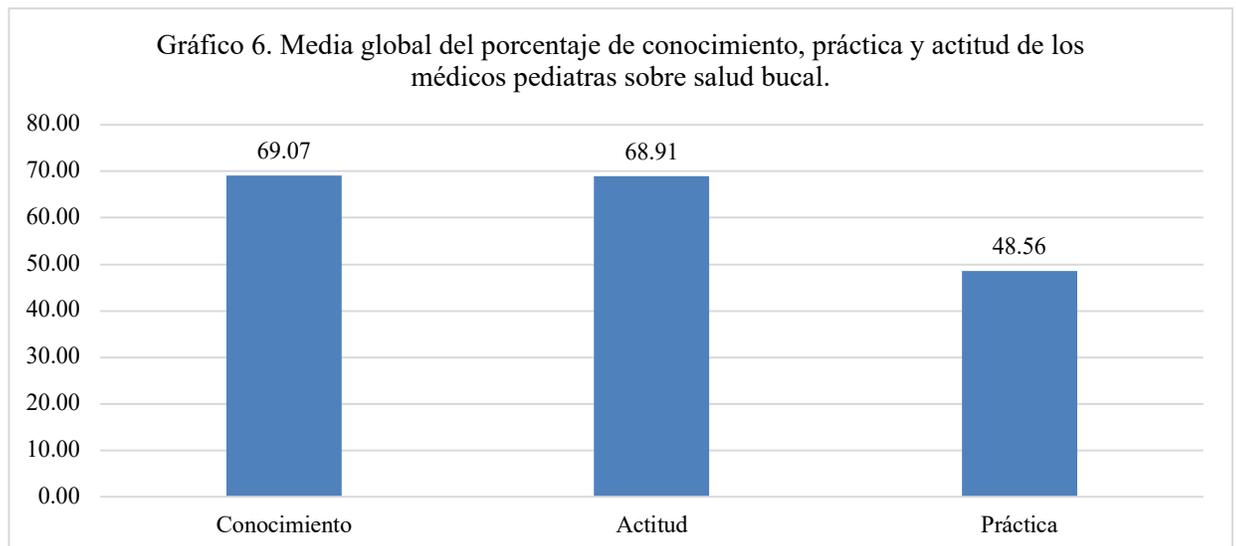
La Tabla 6 se muestra el porcentaje global obtenido en los médicos pediatras sobre la salud oral infantil; en cuanto a conocimiento fue de 69.07%, actitud 68.91%, observando buenos resultados entre los encuestados y práctica de 48.56% donde podemos demostrar que los pediatras tienen un buen conocimiento y actitud frente a la salud bucal infantil pero a pesar de eso hace falta que pongan en práctica todos estos conocimientos para concientizar más a la población y de esta forma fomentar la salud oral.

Tabla 6.

*Porcentaje global de conocimiento, práctica y actitud de los médicos pediatras, sobre salud bucal.*

	Media	Desviación estándar	Error estándar
Conocimiento	69.07	22.50	2.55
Actitud	68.91	35.74	4.05
Práctica	48.56	29.67	3.36

Se evaluaron n=78 médicos pediatras y fue validado mediante la prueba estadística Alfa Cronbach ( $\alpha$ ).



## **7.-Discusión.**

Un estudio transversal realizado en Turquía que evaluó el conocimiento y la actitudes con respecto a la salud oral durante las visitas del niño sano lo que dio como resultado que solo el 13,9 % de los pediatras remitieron a niños menores de un año a un dentista. (Sezer RG et al., 2013).

En 2015 se realizó un estudio a 113 pediatras donde se evaluó las recomendaciones que daba el pediatra en cuanto a las visitas al dentista, higiene bucal, caries, hábitos nutricionales y tratamiento de la caries. Los resultados mostraron deficiencias en sus conocimientos sobre las visitas al dentista y el tratamiento de la caries, sin embargo, su nivel de conocimientos sobre la higiene bucal, caries dental y hábitos nutricionales era adecuado. (González E et al., 2015).

Un estudio aleatorio realizado en 2017 en Mysore se evaluó el nivel de conocimiento y el enfoque hacia la atención médica oral infantil, dio como resultado que la mayoría de los pediatras reconocieron la importancia de la Odontología Pediátrica y a su vez que deben trabajar juntos para educarse y capacitarse adecuadamente para poder proporcionar servicios de salud oral preventiva (Indira MD et al., 2017).

Un estudio realizado en Hawai en el 2018 evaluó el uso clínico de la suplementación con flúor en niños el cual tuvo como resultado que se necesitan más esfuerzos para concienciar a la comunidad médica sobre la importancia de la suplementación con flúor para promover la salud oral en los niños, informando que la mayoría (87%) de los pediatras decía tener al menos algo de conocimiento de las directrices oficiales. (Ly P et al., 2018).

Se distribuyó un cuestionario entre 30 pediatras en la ciudad de Bhubaneswar, Odisha, India. El cual consistió en preguntas sobre el conocimiento de los pediatras sobre la conciencia de los efectos perjudiciales del uso de medicamentos líquidos a largo plazo en la cavidad oral , incluida la entrega de instrucciones de higiene oral y un chequeo dental regular. Dando como resultado que la conciencia general entre los pediatras sobre los efectos nocivos de los medicamentos líquidos pediátricos en los dientes es satisfactoria. (Acharya S et al., 2019).

Un estudio realizado en Taipei, Taiwán, era evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica con respecto a la prevención de la caries de la primera infancia y la implementación de la prevención de la caries, como resultado obtuvieron que los pediatras carecían de conocimientos relacionados con la ECC; sin embargo, tenían una actitud más positiva hacia la prevención cuando tenían un mayor nivel de conocimiento. (Dima S et al., 2018).

En comparación con un estudio realizado en EE.UU, según lo informado por pediatras es que el 90% recomienda que el niño acuda al dentista lo antes posible (Ismail AI et al., 2018).

Asimismo en la Academia Estadounidense de Pediatría nos dice que solo el 68% de los pediatras dijeron que deberían examinar los dientes de sus pacientes en busca de caries y educar a las familias sobre la salud bucal preventiva (Kumar V et al., 2019).

En comparación con diversas publicaciones se ha encontrado que un elemento clave de la atención integral a los niños implica la coordinación de servicios entre los proveedores médicos y dentales y así ofrecer los servicios apropiados a las edades apropiadas (Hitz Lindenmüller I et al., 2019).

En comparación con diversos estudios en diferentes países a nivel mundial, en este estudio se encontró que los médicos pediatras de Nuevo León tienen un nivel de conocimiento adecuado y una actitud positiva para guiar a sus pacientes sobre una adecuada higiene oral pero a pesar de eso hace falta que pongan en práctica estos conocimientos y guiar a los pacientes para fomentar una correcta salud e higiene oral desde la infancia ya que ellos juegan un papel sumamente importante en los primeros años de vida del ser humano.

## 8.- Conclusiones

Cualquier condición que afecte la salud bucal de los niños tienen la posibilidad de prevenirse, mejorarse y tratarse es por eso que el Pediatra juega un papel muy importante en los primeros años de salud bucal de los niños.

Es más probable que el Pediatra vea a los bebés y niños mucho antes que los Odontopediatras. Estas citas deben considerarse oportunidades para fomentar la salud bucal, detectar y evitar problemas dentales mayores. Mejorar la relación entre Pediatra y Odontopediatras, así como participar en la búsqueda de una buena salud oral ya que esta influye en las dimensiones funcionales, psicológica y social del bienestar del niño.

Se recolectaron resultados de 78 médicos pediatras de los cuales 23 fueron hombres y 55 mujeres, 19 ejercen en el sector privado, 34 en el público y 25 en ambos sectores. 47 médicos pediatras tienen alrededor de 5 años de experiencia, 9 de 5-10 años y 22 más de 10 años ejerciendo la medicina pediátrica.

De lo cual se concluyó que las mujeres pediatras tienen mayor conocimiento, actitud y práctica, sobre la salud oral que los hombres.

De acuerdo a la experiencia laboral se observó que los pediatras que tienen menor tiempo ejerciendo (menos de 5 años) tienen mayor conocimiento, mejor actitud y lo llevan a la práctica en comparación con los que tienen más de 5 – 10 años.

Y en el sector laboral existe una diferencia significativa en cuanto al conocimiento en el sector privado, público o que ejercen en ambos sectores, demostrando que los pediatras que ejercen en el sector privado son los que tienen mayor conocimiento en salud bucal.

En cuanto a la actitud que estos mostraban frente a la salud bucal de sus pacientes se determinó que el sector privado hace más énfasis en el cuidado de la salud oral.

En cuanto a la práctica los médicos pediatras del sector privado mostraron un porcentaje de 50.00%, en el sector público 51.10% los cuales mostraron que practican más el fomentar la salud bucal y los que ejercen en ambos sectores 44.00%, con una diferencia significativa de ( $p=0.6483$ ).

En este estudio tuvimos como resultado que los médicos pediatras tienen conocimiento del 69.07%, actitud del 68.91% y práctica del 48.56% sobre la salud oral infantil pero a pesar de eso hace falta que pongan en práctica estos conocimientos y así concientizar a los padres de familia lo cual mejorará la salud bucal de los niños y futuras generaciones.

De este estudio se puede concluir que los médicos pediatras tienen buen conocimiento y actitud frente a la salud bucal infantil el cual se puede seguir mejorando pero a pesar de

eso hace falta que pongan en práctica todos estos conocimientos durante su consulta para concientizar más a la población y de esta forma fomentar la salud oral.

Los profesionales de la salud, así como los pediatras deben participar y satisfacer las necesidades de la población de manera equitativa, para ofrecer una vida completamente sana a cada uno de sus pacientes.

## 9.- Literatura citada.

1. Acharya, S., Ullah, A., Godhi, B. S., Setya, G., Phukela, S. S., & Singh, B. (2019). Knowledge, Attitude, and Practice of Pediatricians Regarding Pediatric Liquid Medicaments on Long-Term Oral Health: A Cross-sectional Study in Bhubaneswar, Odisha. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*, *11*(Suppl 3), S540–S546.
2. Alai-Towfigh, H., Schroth, R. J., Hu, R., Lee, V. H. K., & Olatosi, O. (2022). Canadian dentists' views on the first dental visit for children. *Frontiers in oral health*, *3*, 957205.
3. Albino, J., Dye, B. A., & D'Souza, R. N. (2022). Oral health is for all of us. *Journal of public health dentistry*, *82*(2), 131–132.
4. Alshathri, B., Aljasser, N., & Kofi, M. (2020). Knowledge of oral health among family medicine physicians in Riyadh, Saudi Arabia 2020. *Journal of family medicine and primary care*, *9*(9), 4761–4768.
5. Andreas, N. J., Kampmann, B., & Mehring Le-Doare, K. (2015). Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early human development*, *91*(11), 629–635.
6. Anyanechi, C. E., Ekabua, K. J., Ekpenyong, A. B., & Ekabua, J. E. (2017). Parturients' Awareness and Perception of Benefits of Breast Feeding in the Prevention of Infant and Childhood Oral and Dental Diseases. *Ghana medical journal*, *51*(2), 83–87.
7. Arado AQ, Acosta, KP, Suarez VOR, Hernández MR. Guided imagery for the eradication of finger sucking in children aged 8 to 11 years. *Medimay*, 2019;26(3):264-275.
8. Azad, M. B., Níquel, N. C., Bode, L., Brockway, M., Brown, A., Chambers, C., Goldhammer, C., Hinde, K., McGuire, M., Munblit, D., Patel, A. L., Pérez-Escamilla, R., Rasmussen, K. M., Shenker, N., Young, B. E., y Zuccolo, L. (2021). La lactancia materna y los orígenes de la salud: perspectivas y prioridades interdisciplinarias. *Nutrición materna e infantil*, *17*(2), e13109.
9. Baker, E., Masso, S., McLeod, S., & Wren, Y. (2018). Pacifiers, Thumb Sucking, Breastfeeding, and Bottle Use: Oral Sucking Habits of Children with and without Phonological Impairment. *Folia phoniatrica et logopaedica : official organ of the International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP)*, *70*(3-4), 165–173.

10. Barbosa, T.deS., Miyakoda, L. S., Pocztaruk, R.deL., Rocha, C. P., & Gavião, M. B. (2008). Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: review of the literature. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 72(3), 299–314.
11. Beddis, H., Pemberton, M., & Davies, S. (2018). Sleep bruxism: an overview for clinicians. *British dental journal*, 225(6), 497–501.
12. Bramantoro, T., Setijanto, R. D., Palupi, R., Aghazy, A. Z., & Irmalia, W. R. (2019). Dental Caries and Associated Factors among Primary School Children in Metropolitan City with the Largest Javanese Race Population: A Crosssectional Study. *Contemporary clinical dentistry*, 10(2), 274–283.
13. Branger, B., Camelot, F., Droz, D., Houbiers, B., Marchalot, A., Bruel, H., Laczny, E., & Clement, C. (2019). Breastfeeding and early childhood caries. Review of the literature, recommendations, and prevention. *Archives de pediatrie : organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*, 26(8), 497–503.
14. Brecher, E. A., y Lewis, C. W. (2018). Salud bucal infantil. *Clinicas pediátricas de América del Norte*, 65(5), 909–921.
15. Bulanda, S., Ilczuk-Rypuła, D., Nitecka-Buchta, A., Nowak, Z., Baron, S., & Postek-Stefańska, L. (2021). Sleep Bruxism in Children: Etiology, Diagnosis, and Treatment-A Literature Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 9544.
16. Bulut, G., Bulut, H., & Ortac, R. (2019). A comprehensive survey of natal and neonatal teeth in newborns. *Nigerian journal of clinical practice*, 22(11), 1489–1494.
17. C. Soares, M. E. C., Primo-Miranda, E. F., Pereira, L. J., Ramos-Jorge, M. L., y Ramos-Jorge, J. (2020). La influencia de la maloclusión, los hábitos de succión y la caries dental en la función masticatoria de los niños en edad preescolar. *Investigación oral brasileña*, 34, e059.
18. Calderón Larrañaga, S., Expósito Ruiz, M., Cruz Vela, P., Cuadrado Conde, A., Alquézar Villarroya, L., Garach Gómez, A., Ruiz Hernández, A., & Toral López, I. (2019). Atención Primaria y promoción de la salud bucodental: evaluación de una intervención educativa en población infantil [Primary Care and oral health promotion: Assessment of an educational intervention in school children]. *Atencion primaria*, 51(7), 416–423.
19. Camoin, A., Tardieu, C., Blanchet, I., & Orthlieb, J. D. (2017). Le bruxisme du sommeil chez l'enfant [Sleep bruxism in children]. *Archives de pediatrie : organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*, 24(7), 659–666.

20. Carrillo-Díaz, M., Migueláñez-Medrán, B. C., Nieto-Moraleda, C., Romero-Maroto, M., & González-Olmo, M. J. (2021). How Can We Reduce Dental Fear in Children? The Importance of the First Dental Visit. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(12), 1167.
21. Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S. C., & Di Napoli, R. (2020). StatPearls Publishing. *Treasure Island (FL)*.
22. Chen, L., Hong, J., Xiong, D., Zhang, L., Li, Y., Huang, S., & Hua, F. (2020). Are parents' education levels associated with either their oral health knowledge or their children's oral health behaviors? A survey of 8446 families in Wuhan. *BMC oral health*, 20(1), 203.
23. Chi, D. L., & Scott, J. M. (2019). Added Sugar and Dental Caries in Children: A Scientific Update and Future Steps. *Dental clinics of North America*, 63(1), 17–33.
24. Choo, A., Delac, D. M., & Messer, L. B. (2001). Oral hygiene measures and promotion: review and considerations. *Australian dental journal*, 46(3), 166–173.
25. Constitution of the World Health Organization, Signed, 1946. International Organization. 1947;1(1):225–239.
26. Costa-Romero, M., Espínola-Docio, B., Paricio-Talayero, J. M., & Díaz-Gómez, N. M. (2021). Ankyloglossia in breastfeeding infants. An update. Anquiloglosia en el lactante amamantado. Puesta al día. *Archivos argentinos de pediatría*, 119(6), e600–e609.
27. Cui, L., Li, X., Tian, Y., Bao, J., Wang, L., Xu, D., Zhao, B., & Li, W. (2017). Breastfeeding and early childhood caries: a meta-analysis of observational studies. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 26(5), 867–880.
28. Da Fonseca, M. A., & Avenetti, D. (2017). Social Determinants of Pediatric Oral Health. *Dental clinics of North America*, 61(3), 519–532.
29. De Silva, A. M., Hegde, S., Akudo Nwagbara, B., Calache, H., Gussy, M. G., Nasser, M., Morrice, H. R., Riggs, E., Leong, P. M., Meyenn, L. K., & Yousefi-Nooraie, R. (2016). WITHDRAWN: Community-based population-level interventions for promoting child oral health. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD009837.
30. Dela Cruz, G. G., Rozier, R. G., & Slade, G. (2004). Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics*, 114(5), e642–e652.

31. Dima, S., Chang, W. J., Chen, J. W., & Teng, N. C. (2018). Early Childhood Caries-Related Knowledge, Attitude, and Practice: Discordance between Pediatricians and Dentists toward Medical Office-Based Prevention in Taiwan. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1067.
32. Duane, B., McGovern, E., Ní Chaollaí, A., & FitzGerald, K. (2017). First tooth, first visit, zero cavities: a review of the evidence as it applies to Ireland. *Journal of the Irish Dental Association*, 63(2), 105–111.
33. Elhennawy, K., & Schwendicke, F. (2016). Managing molar-incisor hypomineralization: A systematic review. *Journal of dentistry*, 55, 16–24.
34. Farsi, D., & Alagili, D. (2023). Oral Health Knowledge, Attitudes, and Clinical Practices of Pediatricians and Pediatric Residents: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, 15(12), e50785.
35. Fellows, J. L., Atchison, K. A., Chaffin, J., Chávez, E. M., & Tinanoff, N. (2022). Oral Health in America: Implications for dental practice. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 153(7), 601–609.
36. Fiorillo L. (2019). Oral Health: The First Step to Well-Being. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(10), 676.
37. Folayan, M., & Olatubosun, S. (2018). Early Childhood Caries - A diagnostic enigma. *European journal of paediatric dentistry*, 19(2), 88.
38. Gill, S. A., Quinonez, R. B., Deutchman, M., Conklin, C. E., Rizzolo, D., Rabago, D., Haidet, P., & Silk, H. (2022). Integrating Oral Health into Health Professions School Curricula. *Medical education online*, 27(1), 209-308.
39. Giunta Crescente, C., Soto de Facchin, M., & Acevedo Rodríguez, A. M. (2018). Medical-dental considerations in the care of children with facial cellulitis of odontogenic origin. A disease of interest for pediatricians and pediatric dentists. Consideraciones médico-odontológicas en la atención del niño con celulitis facial odontogénica. Una patología de interés para pediatras y odontopediatras. *Archivos argentinos de pediatría*, 116(4), 548–553.
40. Gomes Silva Cerqueira, A., Baraúna Magno, M., Barja-Fidalgo, F., Vicente-Gomila, J., Cople Maia, L., & Fonseca-Gonçalves, A. (2021). Recommendations from paediatric dentistry associations of the Americas on breastfeeding and sugar consumption and oral hygiene in infants for the prevention of dental caries: A bibliometric review. *International journal of paediatric dentistry*, 31(5), 664–675.

41. González, E., Pérez-Hinojosa, S., Alarcón, J. A., & Peñalver, M. A. (2015). Knowledge of Andalusian paediatricians and parents about early-onset tooth decay. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 82(1), 19-26.
42. Grippaudo, C., Paolantonio, E. G., Antonini, G., Saulle, R., La Torre, G., & Deli, R. (2016). Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion. Associazione fra abitudini viziate, respirazione orale e malocclusione. *Acta otorhinolaryngologica Italica : organo ufficiale della Societa italiana di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale*, 36(5), 386–394.
43. Hadjipanayis, A., Grossman, Z., Del Torso, S., Michailidou, K., Van Esso, D., & Cauwels, R. (2018). Oral health training, knowledge, attitudes and practices of primary care paediatricians: A European survey. *European journal of pediatrics*, 177(5), 675–681.
44. Hartwig, A. D., Cademartori, M. G., Demarco, F. F., Bertoldi, A. D., Corrêa, M. B., & Azevedo, M. S. (2022). Are maternal factors predictors of a child's first dental visit? A birth cohort study in Brazil. *Brazilian oral research*, 36-92.
45. Hitz Lindenmüller, I., & Lambrecht, J. T. (2011). Oral care. *Current problems in dermatology*, 40, 107–115.
46. İnan-Eroğlu, E., Özşin-Özler, C., Erçim, R. E., Büyüktuncer, Z., Uzamış-Tekçiçek, M., & Güçiz-Doğan, B. (2017). Is diet quality associated with early childhood caries in preschool children? A descriptive study. *The Turkish journal of pediatrics*, 59(5), 537–547.
47. Indira, M. D., Dhull, K. S., & Nandlal, B. (2015). Knowledge, Attitude and Practice toward Infant Oral Healthcare among the Pediatricians of Mysore: A Questionnaire Survey. *International journal of clinical pediatric dentistry*, 8(3), 211–214.
48. Ismail, A. I., Nainar, S. M., & Sohn, W. (2003). Children's first dental visit: attitudes and practices of US pediatricans and family physicians. *Pediatric dentistry*, 25(5), 425–430.
49. Johnstone, L., Spence, D., & Koziol-McClain, J. (2010). Oral hygiene care in the pediatric intensive care unit: practice recommendations. *Pediatric nursing*, 36(2), 85–97.
50. Josell S. D. (1995). Habits affecting dental and maxillofacial growth and development. *Dental clinics of North America*, 39(4), 851–860.
51. Jullien S. (2021). Prophylaxis of caries with fluoride for children under five years. *BMC pediatrics*, 21(Suppl 1), 351.

52. Kérourédan, O., Smirani, R., Thébaud, N. B., & Devillard, R. (2018). Diagnosis and Management of Natal and Neonatal Teeth: Case Report of Three Newborns. *Journal of dentistry for children (Chicago, Ill.)*, 85(2), 79–82.
53. Kowlessar, A., Naidu, R., Ramroop, V., Nurse, J., Dookie, K., Bodkyn, C., & Lalchandani, S. (2019). Oral health among children attending an oncology clinic in Trinidad. *Clinical and experimental dental research*, 5(6), 665–669.
54. Kranz, A. M., Goff, S. L., Dick, A. W., Whaley, C., & Geissler, K. H. (2022). Delivery of fluoride varnish during pediatric medical visits by rurality. *Journal of public health dentistry*, 82(3), 271–279.
55. Kumar, V., Shivanna, V., & Kopuri, R. C. (2019). Knowledge and attitude of pediatricians toward digit sucking habit in children. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 37(1), 18–24.
56. La Monaca, G., Pranno, N., Vozza, I., Annibali, S., Polimeni, A., Bossù, M., & Cristalli, M. P. (2019). Sequelae in permanent teeth after traumatic injuries to primary dentition. *Minerva stomatologica*, 68(6), 332–340.
57. Leal, R. B., Gomes, M. C., Granville-Garcia, A. F., Goes, P. S., & de Menezes, V. A. (2016). Impact of breathing patterns on the quality of life of 9- to 10-year-old schoolchildren. *American journal of rhinology & allergy*, 30(5), 147–152.
58. Levi, M. E., & Eusterman, V. D. (2011). Oral infections and antibiotic therapy. *Otolaryngologic clinics of North America*, 44(1), 57.
59. Levine R. S. (2019). What concentration of fluoride toothpaste should dental teams be recommending? *Evidence-based dentistry*, 20(3), 74–75.
60. Lewis, C. W., Boulter, S., Keels, M. A., Krol, D. M., Mouradian, W. E., O'Connor, K. G., & Quinonez, R. B. (2009). Oral health and pediatricians: results of a national survey. *Academic pediatrics*, 9(6), 457–461.
61. Ly, P., Hayes, D. K., Yamashiroya, V., Turnure, M. M., & Iwaishi, L. K. (2018). Knowledge and Attitudes Towards Fluoride Supplementation: A Survey of Pediatric Medical and Dental Providers in the State of Hawai'i. *Hawai'i journal of medicine & public health : a journal of Asia Pacific Medicine & Public Health*, 77(11), 275–282.
62. Ma, J., Qiao, Y., Zhao, P., Li, W., Katzmarzyk, P. T., Chaput, J. P., Fogelholm, M., Kuriyan, R., Lambert, E. V., Maher, C., Maia, J., Matsudo, V., Olds, T., Onywera, V., Sarmiento, O. L., Standage, M., Tremblay, M. S., Tudor-Locke, C., Hu, G., & ISCOLE Research Group (2020). Breastfeeding and childhood obesity: A 12-country study. *Maternal & child nutrition*, 16(3), e12984.

63. Machado, S. C., Manzanares-Céspedes, M. C., Ferreira-Moreira, J., Ferreira-Pacheco, J. J., Rompante, P. A., & Ustrell-Torrent, J. M. (2018). A sample of non-nutritive sucking habits (pacifier and digit) in portuguese children and its relation with the molar classes of angle. *Journal of clinical and experimental dentistry*, *10*(12), e1161–e1166.
64. Majorana, A., Bardellini, E., Amadori, F., Conti, G., & Polimeni, A. (2015). Timetable for oral prevention in childhood--developing dentition and oral habits: a current opinion. *Progress in orthodontics*, *16*, 39.
65. Marinho, V. C., Higgins, J. P., Logan, S., & Sheiham, A. (2002). Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD002279.
66. Marinho, V. C., Worthington, H. V., Walsh, T., & Clarkson, J. E. (2013). Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, (7).
67. Martinez-Mier, E. A., Tenuta, L. M. A., Carey, C. M., Cury, J. A., van Loveren, C., Ekstrand, K. R., Ganss, C., Schulte, A., Baig, A., Benzian, H., Bottenberg, P., Buijs, M. J., Ceresa, A., Carvalho, J. C., Ellwood, R., González-Cabezas, C., Holmgren, C., Knapp, M., Lippert, F., Joiner, A., ... ORCA Fluoride in Toothpaste Analysis Work Group (2019). European Organization for Caries Research Workshop: Methodology for Determination of Potentially Available Fluoride in Toothpastes. *Caries research*, *53*(2), 119–136.
68. Matar, M. A., Darwish, S. S., Salma, R. S., & Lotfy, W. A. (2023). Evaluation of the antibacterial activity of Enamelast® and Fluor defender® fluoride varnishes against *Streptococcus mutans* biofilm: an in vitro study in primary teeth. *European archives of paediatric dentistry: official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, *24*(5), 549–558.
69. Michael, J. A., & Hibbert, S. A. (2014). Presentation and management of facial swellings of odontogenic origin in children. *European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, *15*(4), 259–268.
70. Mika, A., Mitus-Kenig, M., Zeglen, A., Drapella-Gasior, D., Rutkowska, K., & Josko-Ochojska, J. (2018). The child's first dental visit. Age, reasons, oral health status and dental treatment needs among children in Southern Poland. *European journal of paediatric dentistry*, *19*(4), 265–270.
71. Mishra, A., Pandey, R. K., Chopra, H., & Arora, V. (2018). Oral health awareness in school-going children and its significance to parent's education level. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, *36*(2), 120–124.

72. Olatosi, O. O., Onyejaka, N. K., Oyapero, A., Ashaolu, J. F., & Abe, A. (2019). Age and reasons for first dental visit among children in Lagos, Nigeria. *The Nigerian postgraduate medical journal*, 26(3), 158–163.
73. Pacheco, M. C., Casagrande, C. F., Teixeira, L. P., Finck, N. S., & de Araújo, M. T. (2015). Guidelines proposal for clinical recognition of mouth breathing children. *Dental press journal of orthodontics*, 20(4), 39–44.
74. Paglia L. (2018). Molar Incisor Hypomineralization: paediatricians should be involved as well!. *European journal of paediatric dentistry*, 19(3), 173.
75. Paglia L. (2018). WHO: healthy diet to prevent chronic diseases and caries. *European journal of paediatric dentistry*, 19(1), 5.
76. Pahel, B. T., Rowan-Legg, A., & Quinonez, R. B. (2018). A Developmental Approach to Pediatric Oral Health. *Pediatric clinics of North America*, 65(5), 885–907.
77. Peña, J. C., & Nuñez, A. J. (2022). Preventive Oral Health in Pediatric Primary Care. *Pediatric annals*, 51(12), e474–e479.
78. Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet (London, England)*, 394(10194), 249–260.
79. Pflipsen, M., & Zenchenko, Y. (2017). Nutrition for oral health and oral manifestations of poor nutrition and unhealthy habits. *General dentistry*, 65(6), 36–43.
80. Pitts, N. B., Zero, D. T., Marsh, P. D., Ekstrand, K., Weintraub, J. A., Ramos-Gomez, F., Tagami, J., Twetman, S., Tsakos, G., & Ismail, A. (2017). Dental caries. *Nature reviews. Disease primers*, 3, 17030.
81. Pollick H. (2018). The Role of Fluoride in the Prevention of Tooth Decay. *Pediatric clinics of North America*, 65(5), 923–940.
82. Poureslami H, Sharifi M, Vahedi M, Sabouri S, Poureslami P, Satarzadeh N, Hatami N, Jafari P. Evaluation of Relationship between Sever Early Childhood Caries and Breast Milk's Lactose among 12- to 24-month-old Children. *J Dent (Shiraz)*. 2022 Sep;23(2 Suppl):410-413.
83. Pranno, N., Zumbo, G., Tranquilli, M., Stamegna, L., Zara, F., & Voza, I. (2022). Oral Hygiene Habits and Use of Fluoride in Developmental Age: Role of Parents and Impact on their Children. *BioMed research international*, 2022, 6779165.

84. Prathima, G. S., Kavitha, M., Kayalvizhi, G., Sanguida, A., Suganya, M., & Arumugam, S. (2020). Awareness, attitude, and practice of pediatricians regarding early childhood caries and infant oral healthcare of children in Puducherry- A cross-sectional survey. *Indian journal of dental research: official publication of Indian Society for Dental Research*, 31(3), 439–443.
85. Rahul, M., Kapur, A., & Goyal, A. (2018). Management of prematurely erupted teeth in newborns. *BMJ case reports*, 2018, bcr2018225288.
86. Rai, A., Koirala, B., Dali, M., Shrestha, S., Shrestha, A., & Niraula, S. R. (2022). Prevalence of Oral Habits and its Association with Malocclusion in Primary Dentition among School Going Children of Nepal. *The Journal of clinical pediatric dentistry*, 46(1), 44–50.
87. Ramos-Ríos, J. A., Ramírez-Hernández, E., Vázquez-Rodríguez, E. M., & Vázquez-Nava, F. (2017). Repercusiones en la salud bucodental asociadas con el asma en niños de 6 a 12 años de edad [Asthma-associated oral and dental health repercussions in children aged 6 to 12 years]. *Revista alergía Mexico (Tecamachalco, Puebla, Mexico : 1993)*, 64(3), 270–276.
88. Rao, M. H., Aluru, S. C., Jayam, C., Bandlapalli, A., & Patel, N. (2016). Molar Incisor Hypomineralization. *The journal of contemporary dental practice*, 17(7), 609–613.
89. Riggs, E., Kilpatrick, N., Slack-Smith, L., Chadwick, B., Yelland, J., Muthu, M. S., & Gomersall, J. C. (2019). Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2019(11), CD012155.
90. Ritwik, P., & Chrisentery-Singleton, T. E. (2020). Oral and dental considerations in pediatric cancers. *Cancer metastasis reviews*, 39(1), 43–53.
91. Sano, M., Sano, S., Kato, H., Arakawa, K., & Arai, M. (2018). Proposal for a screening questionnaire for detecting habitual mouth breathing, based on a mouth-breathing habit score. *BMC oral health*, 18(1), 216.
92. Santos, B. Z., Dotto, P. P., & Guedes, R. S. (2016). Breastfeeding and risk of dental caries. Aleitamento materno e o risco de cárie dentária. *Epidemiologia e servicos de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, 25(3), 633–635.
93. Schiffner U. (2021). Verwendung von Fluoriden zur Kariesprävention [Use of fluorides for caries prevention]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(7), 830–837.

94. Section on Pediatric Dentistry and Oral Health (2008). Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics*, 122(6), 1387–1394.
95. Sedrak, M. M., & Doss, L. M. (2018). Open Up and Let Us In: An Interprofessional Approach to Oral Health. *Pediatric clinics of North America*, 65(1), 91–103.
96. Seow W. K. (2018). Early Childhood Caries. *Pediatric clinics of North America*, 65(5), 941–954.
97. Sezer, R. G., Paketci, C., & Bozaykut, A. (2013). Paediatricians' awareness of children's oral health: Knowledge, training, attitudes and practices among Turkish paediatricians. *Paediatrics & child health*, 18(4), e15–e19.
98. Shmueli, A., Assad-Halloun, A., Fux-Noy, A., Halpern, E., Shmueli, E., Ram, D., & Moskovitz, M. (2023). Promoting oral and dental health in early childhood - knowledge, views and current practices among paediatricians in Israel. *Frontiers in pediatrics*, 10, 956365.
99. Sigal, M. J., & Levine, N. (1988). Infant oral health care. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 34, 1419–1424.
100. Silva, M., & Manton, D. (2014). Oral habits--part 2: beyond nutritive and non-nutritive sucking. *Journal of dentistry for children (Chicago, Ill.)*, 81(3), 140–146.
101. Sjögreen, L., Andersson-Norinder, J., & Bratel, J. (2015). Oral health and oromotor function in rare diseases--a database study. *Swedish dental journal*, 39(1), 23–37.
102. Smolyar, N., Chukhray, N., Lesitskiy, M., Rybert, Y., & Musiy-Sementsiv, K. (2022). Assessment of oral hygiene maintenance in 12-18-year-old children and teenagers with fixed orthodontic appliances. *Stomatologija*, 24(1), 21–25.
103. Subramaniam, P., Babu, K. L., Babu, P. S., & Naidu, P. (2008). Oral health care of children: gynecologists and pediatricians' perspective. *The Journal of clinical pediatric dentistry*, 32(3), 253–258.
104. Tanner, L., Craig, D., Holmes, R., Catinella, L., & Moynihan, P. (2022). Does Dental Caries Increase Risk of Undernutrition in Children?. *JDR clinical and translational research*, 7(2), 104–117.
105. Tham, R., Bowatte, G., Dharmage, S. C., Tan, D. J., Lau, M. X., Dai, X., Allen, K. J., & Lodge, C. J. (2015). Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 104(467), 62–84.

106. Tinanoff, N., Baez, R. J., Diaz Guillory, C., Donly, K. J., Feldens, C. A., McGrath, C., Phantumvanit, P., Pitts, N. B., Seow, W. K., Sharkov, N., Songpaisan, Y., & Twetman, S. (2019). Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *International journal of paediatric dentistry*, 29(3), 238–248.
107. Tungare, S., & Paranjpe, A. G. (2022). Diet and Nutrition To Prevent Dental Problems. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
108. Van Loveren C. (2019). Sugar Restriction for Caries Prevention: Amount and Frequency. Which Is More Important?. *Caries research*, 53(2), 168–175.
109. Van Meijeren-van Lunteren, A. W., Voortman, T., Elfrink, M. E. C., Wolvius, E. B., & Kragt, L. (2021). Breastfeeding and Childhood Dental Caries: Results from a Socially Diverse Birth Cohort Study. *Caries research*, 55(2), 153–161.
110. Vargas-Palomino, K. E., Chipana-Herquinio, C. R., & Arriola-Guillén, L. E. (2019). Condiciones de salud oral, higiene oral y estado nutricional en niños que acuden a un establecimiento de salud de la Región Huánuco, Perú [Oral health and oral hygiene conditions and nutritional status in children attending a health facility in the Huánuco Region, Peru]. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*, 36(4), 653–657.
111. Varios. (2007). Boj, J.R., Odontopediatría ©2004 Últ. Reimpr. 2005. España: Masson.
112. Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., & Lancet Breastfeeding Series Group (2016). La lactancia materna en el siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efecto de por vida. *Lancet (Londres, Inglaterra)*, 387(10017), 475–490.
113. Wagner, Y., & Heinrich-Weltzien, R. (2017). Risk factors for dental problems: Recommendations for oral health in infancy. *Early human development*, 114, 16–21.
114. Walsh, T., Worthington, H. V., Glenny, A. M., Marinho, V. C., & Jeroncic, A. (2019). Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3).
115. Wigen, T. I., & Wang, N. J. (2017). Referral of young children to dental personnel by primary care nurses. *International journal of dental hygiene*, 15(3), 249–255.

116. William, V., Messer, L. B., & Burrow, M. F. (2006). Molar incisor hypomineralization: review and recommendations for clinical management. *Pediatric dentistry*, 28(3), 224–232.

## 10. ANEXOS

### ENCUESTA

#### 5.1 Información Demográfica.

1. SEXO	FEMENINO	MASCULINO	
2. ¿TIPO DE CONSULTA?	PÚBLICO	PRIVADO	AMBOS
3. ¿CUÁNTOS AÑOS DE EXPERIENCIA TIENE EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA?	MENOS DE 5 AÑOS	DE 5 A 10 AÑOS	MÁS DE 10 AÑOS

#### Conocimiento de los pediatras en el área de Odontopediatría.

1. ¿CÚAL CONSIDERA QUE ES SU NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ODONTOLOGÍA INFANTIL?	BUENO	REGULAR	MALO
2. ¿EN QUÉ MOMENTO SE DEBE REALIZAR LA PRIMERA VISITA AL DENTISTA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO?	DESDE EL NACIMIENTO	DESDE QUE ERUPCIONA EL PRIMER DIENTE TEMPORAL	HASTA QUE TENGA LA DENTICION TEMPORAL COMPLETA
3. ¿EN QUE MOMENTO EL NIÑO DEBE INICIAR SU CEPILLADO DENTAL Y EL USO DE PASTA DENTAL?	AL NACER	AL ERUPCIONAR LOS PRIMEROS DIENTES TEMPORALES	AL FINALIZAR LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES TEMPORALES.
4. ¿CÚAL ES LA CANTIDAD DE FLUORURO RECOMENDADA EN PASTAS DENTALES PARA EL PACIENTE PEDIÁTRICO?	SIN FLÚOR	-500PPM	DE 1000 A 1500 PPM
5. ¿LA ALIMENTACIÓN POR MEDIO DEL SENO MATERNO INFLUYE FAVORABLEMENTE EN EL DESARROLLO FACIAL, MAXILAR Y MANDÍBULAR DEL PACIENTE PEDIÁTRICO?	SI	NO	NO SE
6. LA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR ES CUANDO LOS DIENTES SUPERIORES NO ESTAN EN CONTACTO CON LOS INFERIORES, UNA DE LAS CAUSAS PUEDE SER EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL, EL USO PROLONGADO DE BIBERÓN Y/O CHUPÓN	SI	NO	NO SE
7. ¿LAS ANOMALÍAS DE OCLUSIÓN DENTAL PUEDEN PERJUDICAR EL DESARROLLO FACIAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO?	SI	NO	NO SE
8. CUANDO SE PRESENTA UNA "MANCHA BLANCA" EN LOS ÓRGANOS DENTARIOS ¿NOS INDICA EL INICIO DE LA CARIES DENTAL?	SI	NO	NO SE
9. ¿EL USO PROLONGADO DE BIBERÓN CON FÓRMULA PUEDE DESARROLLAR GRAVES PROBLEMAS EN LA CAVIDAD ORAL DEL INFANTE, ENTRE ELLAS LA CARIES TEMPRANA DE LA INFANCIA?	SI	NO	NO SE

#### 5.3 Actitud de los pediatras sobre la examinación de la cavidad oral.

10. ¿ES IMPORTANTE QUE LOS NIÑOS ACUDAN A VISITAS DE RUTINA CON EL ODONTOPEDIATRA?	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
11. ¿EL PEDIATRA TIENE UN PAPEL IMPORTANTE EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCODENTALES?	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
12. ¿ES IMPORTANTE QUE EL PEDIATRA REALICE EN SUS PACIENTES UN EXAMEN COMPLETO DE LA CAVIDAD ORAL?	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

#### 5.4 Práctica de los pediatras al detectar alguna enfermedad, patología o maloclusión en los niños y su participación en el área de odontopediatría.

17. ¿REFIERE A SUS PACIENTES A UN ODONTOPEDIATRA?	SIEMRPE	CASI SIEMPRE	NUNCA	
18. SI SU RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR FUE "SIEMPRE" O "CASI SIEMPRE" ¿CÚAL ES EL PRINCIPAL MOTIVO?	FOMENTAR LA PREVENCIÓN	CARIES DENTAL	ANOMALÍAS BUCODENTALES	OTRO
19. ¿INFORMA A LOS PADRES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL?	SIEMRPE	CASI SIEMPRE	NUNCA	
20. ¿RECOMIENDA EL USO EN PASTAS DENTALES CON FLÚOR?	SIEMRPE	CASI SIEMPRE	NUNCA	
21. AL REALIZAR LA EXPLORACIÓN FÍSICA ¿EXAMINA LA CAVIDAD ORAL?	SIEMRPE	CASI SIEMPRE	NUNCA	
22. AL DETECTAR CARIES DENTAL ¿MODIFICA LA DIETA DE SUS PACIENTES?	SIEMRPE	CASI SIEMPRE	NUNCA	
23. EN SU CONSULTA ¿AVERIGUA SI EL NIÑO ES ALIMENTADO POR MEDIO DEL SENO MATERNO O BIBERÓN?	SIEMRPE	CASI SIEMPRE	NUNCA	

**PERMISO PARA APLICACIÓN DE ENCUESTA A MÉDICOS PEDIATRAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO.**

 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DR. MED. EDELMIRO PÉREZ RODRÍGUEZ  
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UANL Y HOSPITAL UNIVERSITARIO  
PRESENTE. -

Por medio de la presente reciba un cordial saludo y al mismo tiempo le solicitamos su apoyo para la C.D. Anaíd Monserrat Hernández Ortega, alumna de la Maestría en Ciencias Odontológicas en el área de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la UANL; la cual se encuentra realizando su proyecto de tesis titulado "Conocimiento, Actitud y Práctica sobre la Salud Bucal Infantil en Médicos Peditras", por lo que se solicita la autorización para la aplicación de una encuesta a los Peditras que ejercen en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, la encuesta se podría aplicar por medio de la plataforma Microsoft Forms o de manera presencial.

Por todo lo expuesto le reitero mi solicitud, agradeciendo de antemano toda la cooperación que pueda presentar al respecto, sin más por el momento y en espera de una pronta y favorable respuesta a esta solicitud, me despido.

Atentamente. -  
"ALERE FLAMMAM VERITATIS"  
MONTERREY, N.L., A 10 de diciembre 2021

 SUB-DIRECCION ASISTENCIA HOSPITALARIA  
DRA. MARÍA ARGELIA AKEMI NAKAGOSHI CEPEDA  
COORDINADORA  
UANL FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"

 DIRECCIÓN

 VISION UANL 2030  
RECIBIDO 26 ENE 2022  
SUB-DIREC. DE ASIST. HOSPITALARIA

 La excelencia por principio la educación como instrumento

**RECIBIDO**  
28 ENE 2022  
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"  
JEFATURA DE PEDIATRÍA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
Dr. E. Aguirre Pequeño y Silao, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México

# REVISIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN.



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE BIOÉTICA

SPSI – 010613  
Folio: 00304

---

## Comisión de Revisión Bioética

Para: Dra. Myriam Angélica De La garza Ramos  
Fecha de recepción: Mayo 2024  
Título: Conocimiento, actitud y practica con respecto a la salud bucal infantil en médicos y /o pediatras

Para: Anaid Monserrat Hernández Ortega

El presente es referencia para protocolo de investigación mencionado en la parte superior.

En la deliberación de este comité, los procedimientos en dicha aplicación conformada por las reglas y el reglamento del DHHS y de la FDA en relación con los temas de uso humano. La aprobación se otorga durante un año.

Como condición para aprobar la investigación, el responsable de la investigación debe de haber leído, establecido y firmado el escrito adjunto de nuestro Documento Federal de Seguridad.

Además, el responsable de la investigación acuerda lo siguiente:

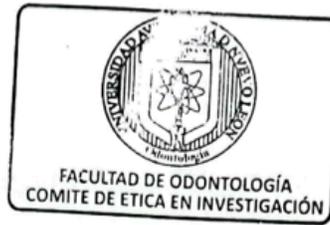
1. A dar información mediante un reporte de revisión periódica, necesaria para la revisión de este protocolo por parte del comité, en intervalos apropiados para evitar el riesgo y asegurar que el protocolo está siendo guiado con las recomendaciones y la supervisión del comité, pero dichos intervalos no deben tener más de un año desde su inicio.
2. Proveer al comité la forma del reporte periódico de revisión, así como el reporte final cuando concluya su proyecto.
3. El uso como documento de consentimiento informado para este estudio, el reporte final aprobado por el comité IRB impreso definiendo su periodo de aprobación.
4. Reportar cualquier evento adverso relacionado con el estudio y que pudiera afectar la salud mental y física del paciente.
5. Este estudio está sujeto a registro durante este periodo de tiempo.

Los registros relacionados con las acciones del comité referentes a este protocolo están en el archivo en la oficina de División de Estudios de Posgrado y de Investigación de esta Facultad.

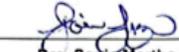
Fecha de aprobación: Mayo del 2024  
Periodo aprobado: Mayo del 2025  
Responsable de la Investigación: Dra. Marla Argelia Akemi Nakagoshi Cepeda

1/4

Comité Institucional Investigador



SPSI – 010613  
Folio: 00304

  
Dra. Sonia Martha López Villarreal

  
Dra. Margarita Reyna Maldonado

  
Dr. Jaime Adrián Mendoza Tijerina

La siguiente información describe las responsabilidades tomadas del Documento de archivo de Múltiple Seguridad, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, junto con la Ley Federal de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987) ANEXO I.

La aprobación del protocolo está sujeta a estas reglas:

- a) Los investigadores declaran y aceptan su responsabilidad para la protección de los derechos y el bienestar del humano así como garantizar su integridad.
- b) Los investigadores que intenten involucrar investigaciones con humanos no estarán exentos de la aplicación de nuestras leyes federales y universitarias.
- c) Los investigadores son responsables de otorgar una copia de la aprobación del IRB firmada, y el documento de consentimiento de cada periodo de tiempo a menos que el IRB elimine este requerimiento. Todos los documentos de consentimiento firmados sern guardados en la oficina administrativa de investigación.
- d) Los investigadores reportaran con rapidez los cambios propuestos en las actividades de investigación relacionados con humanos al IRB.
- e) Los investigadores son responsables para reportar el progreso de la investigación a la oficina administrativa de investigación, tan a menudo como se describe en las bases de riesgos del IRB, pero no menos de una vez al año.
- f) Ni el investigador, ni asociados interinstitucionales, no institucionales en acuerdos de investigación podrán buscar para su beneficio obtención de créditos, la utilización de la información de las intervenciones con el paciente que constituyan una violación a las garantías de su atención médica, sin la aprobación del IRB. Un médico deberá proveer seguridad ética/médica al paciente con la revisión y aprobación del IRB, exigido por la ley.



SPSI – 010613

Folio: 00304

- g) Los investigadores deberán notificar al IRB, a la oficina de Investigación Administrativa y a las instituciones oficiales el intento para la admisión de material humano que vayan a ser utilizados en los protocolos de investigación.

Capítulo 1, capítulo 13. Prevalecerá el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por lo cual se solicitará a los pacientes su aprobación voluntaria.

Artículo 14. Fracción V. Se contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, en este caso se solicitará el consentimiento informado del paciente previo a la aplicación de los instrumentos.

Fracción VI. Todos los estudios serán realizados por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud.

Fracción VII y VIII. Se contará con el dictamen favorable de la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León; la colecta de los datos se realizará solo cuando se cuente con dicha autorización.



SPSI – 010613

Folio: 00304

Artículo 16. Se protegerá la privacidad del sujeto investigado, ya que no se solicitará identificación.

Artículo 17. Fracción I Esta investigación (es) debe de considerarse como riesgo mínimo.

Artículo 18 y 21. Para considerar existente el consentimiento informado del sujeto de investigación recibirá una explicación clara y completa de lo siguiente:

- 1) Justificación de los objetivos de investigación.
- 2) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- 3) Las molestias o riesgos esperados.
- 4) Los beneficios que pueda obtener.
- 5) Los procedimientos alternativos que pudieran ser verificados por el sujeto.
- 6) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con a la investigación en el tratamiento del sujeto.
- 7) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- 8) La seguridad de que no se identificará al sujeto y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

He leído y comprendido mis responsabilidades antes descritas.

Firma del Investigador Principal

## **11. RESUMEN BIOGRÁFICO.**

### **Anaid Monserrat Hernández Ortega.**

Candidato para el Grado de Maestro en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría.

Tesis: CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA SOBRE LA SALUD BUCAL INFANTIL EN MÉDICOS PEDIATRAS.

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud.

Datos Personales: Nacida en Sabinas, Coahuila el 6 de Octubre de 1996, hija de Ramiro Magdaleno Hernández Bermea y Diana Elizabeth Ortega Jara.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con cinco años de duración (2014-2019), grado obtenido Cirujano Dentista. Realización de Prácticas de Servicio Social en la Facultad de Odontología UANL, Monterrey, Nuevo León, con duración de un año (2019-2020). Estudios de Posgrado en la Universidad Autónoma de Nuevo León, con duración de dos años (2020-2022) para obtener el grado de Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría.

#### **PUBLICACIONES:**

Publicación en revista, CONACAO. “Conocimiento y comportamiento de los odontólogos para la consulta dental ante la pandemia COVID-19.” Libro: Investigación odontológica en tiempos de pandemia, Tlaxcala 2021. (UATLx-CA-209).

#### **PARTICIPACIONES EN CONGRESOS:**

Primer lugar en modalidad de cartel de investigación epidemiológica, nivel posgrado con el tema “conocimiento y comportamiento de los odontólogos para la consulta dental ante la pandemia COVID-19” en el marco del XIII encuentro internacional de cuerpos académicos y grupos de investigación en odontología.