



ORIGINAL

Conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre caries de aparición temprana



E. González*, S. Pérez-Hinojosa, J.A. Alarcón y M.A. Peñalver

Departamento de Estomatología, Área de Odontopediatría, Facultad de Odontología, Universidad de Granada, Granada, España

Recibido el 23 de septiembre de 2013; aceptado el 16 de enero de 2014

Disponible en Internet el 11 de marzo de 2014

PALABRAS CLAVE

Caries de aparición temprana;
Niños;
Pediatras;
Padres;
Odontopediatras;
Cuestionario

Resumen

Objetivos: Investigar el conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre las caries de aparición temprana y valorar si los pediatras proporcionan información a los padres sobre salud oral infantil y visitas al odontopediatra.

Material y método Una muestra aleatoria de 113 pediatras y 112 padres con niños menores de 3 años recibieron un cuestionario anónimo compuesto por 14 ítems para pediatras y 16 ítems para padres. Las preguntas se agruparon en 5 bloques: visitas al dentista, higiene oral, caries, hábitos nutricionales y tratamiento de caries. Las diferencias entre los 2 grupos se establecieron mediante la prueba chi-cuadrado.

Resultados: Los pediatras mostraron escasos conocimientos con respecto a las visitas al dentista y al tratamiento de las caries; sin embargo, su nivel de conocimientos sobre higiene oral, caries y hábitos nutricionales era adecuado. Los padres tenían bajos conocimientos en todos los aspectos del estudio, especialmente sobre el tratamiento de las caries. No hubo diferencias significativas en el conocimiento sobre visitas al dentista entre pediatras y padres, sin embargo, los pediatras tenían un mayor conocimiento sobre higiene, caries, hábitos nutricionales y tratamiento ($p < 0,001$). La mayoría de los padres indicaron que los pediatras no les informaban detalladamente sobre cuidados orales ni sobre la posibilidad de visitar al odontopediatra.

Conclusiones: Los pediatras andaluces deberían mejorar sus conocimientos sobre las caries de aparición temprana e informar más a los padres sobre cuidados orales y sobre la posibilidad de visitar al odontopediatra. Los padres tienen unos conocimientos muy escasos sobre caries de aparición temprana, especialmente sobre tratamiento.

© 2013 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Early-onset decay;
Children;
Pediatricians;
Parents;

Knowledge of andalusian pediatricians and parents about early-onset tooth decay

Abstract

Objectives: To determine the level of knowledge of pediatricians and parents from Andalucía (southern Spain) about early-onset tooth decay, and to assess if pediatricians provide information to parents about pediatric oral care and visits to the pediatric dentist.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: egonzale@ugr.es (E. González).

Pediatric dentist; Questionnaire

Material and method A random sample of 113 pediatricians and 112 parents with children under 3 years of age received an anonymous questionnaire comprising 14 items for pediatricians and 16 items for parents, grouped into five blocks: visits to the dentist, oral hygiene, caries, nutritional habits, and treatment of caries. The chi-squared test was used to assess differences between groups.

Results: Pediatricians showed deficiencies in their knowledge about visits to the dentist and treatment of caries, however their level of knowledge on oral hygiene, tooth decay and nutritional habits were adequate. Parents showed a low level of knowledge in all aspects of the study, mainly about the treatment of tooth decay. There were no significant differences between pediatricians and parents in the knowledge about visits to the dentist, however pediatricians had more knowledge than the parents about hygiene, tooth decay, nutritional habits and treatment ($P < 0.001$). Most of the parents indicated that pediatricians did not provide them detailed information on oral care, and about the possibility of visiting a pediatric dentist.

Conclusions: Andalusian pediatricians should improve their knowledge about early-onset tooth decay, and provide more information to parents about the oral care and the possibility of visiting a pediatric dentist. Parents have a very low level of knowledge about early-onset tooth decay, and particularly about treatment.

© 2013 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La caries de aparición temprana es una enfermedad infecciosa crónica y transmisible, con una etiología compleja y multifactorial¹. Su prevalencia a nivel mundial ha mostrado cifras variables, oscilando entre el 3,6 y el 15,3% en países desarrollados, pero en países en vías de desarrollo estas cifras ascienden hasta un 67,7%^{2,3}. En España, supone el 22,06%⁴.

Entre los factores etiológicos se incluyen: alimentación frecuente con biberón conteniendo líquidos azucarados, lactancia artificial o materna mantenida durante el sueño de forma habitual, uso de chupete impregnado en miel, azúcar y zumos de frutas, consumo exagerado de hidratos de carbono, mala la higiene oral y reducción del flujo salival^{5,6}. Otros factores relacionados con la caries son: predisposición genética, hábitos nutricionales, educación y nivel socioeconómico de los padres¹. El *Streptococcus mutans* (*S. mutans*) se señala como el principal responsable bacteriano de la caries de aparición temprana⁷. Se ha observado una transmisión vertical bacteriana de la madre al niño, encontrándose esta bacteria en niños a los 6 meses de edad. Un niño cuya madre tenga altos niveles de *S. mutans* en boca tiene riesgo de adquirir el microorganismo más pronto que un niño cuya madre tenga unos niveles más bajos⁸.

La prevención de la caries temprana en el niño irá enfocada al control de los factores etiológicos, es decir, aumentar la resistencia del huésped, reducir el número de microorganismos orales, controlar la dieta, disminuir el tiempo de presencia en la boca de alimentos cariogénicos e introducir hábitos higiénicos. Una vez aparecida la caries, debe procederse al tratamiento de las lesiones por parte del dentista. La posibilidad de mitigar o eliminar muchos de los factores implicados en la caries depende directamente de la motivación y la disposición de los padres a colaborar. En este contexto, el pediatra tiene un papel fundamental, ya que es quien tiene el primer contacto con los niños y sus padres. Los pediatras son los que mejor y

más precozmente pueden comenzar a motivar y a solicitar la colaboración de los padres⁷. También podrían diagnosticar estas lesiones en los estadios más precoces posibles con el fin de referirlos al odontopediatra para su abordaje terapéutico⁹. Por consiguiente, la actitud de los pediatras y su nivel de conocimientos son factores esenciales que afectan a la prevención y al tratamiento de las caries de aparición temprana.

El objetivo de este estudio es determinar el conocimiento de pediatras y padres sobre caries de aparición temprana, en Andalucía. Específicamente, evaluar el conocimiento de los pediatras y padres sobre: cuándo realizar la primera visita al dentista, higiene bucal, hábitos nutricionales y caries (prevención y tratamiento). Finalmente, valorar la transmisión que hacen los pediatras a los padres sobre cuidados orales y visitas al odontopediatra.

Material y método

Participantes

Se llevó a cabo un estudio transversal, de ámbito regional (en Andalucía) y aleatorizado, sobre una muestra de 113 pediatras y 112 padres. Los criterios de inclusión fueron que los pediatras estuviesen en activo, que los padres tuviesen niños de 3 años o menos de edad y que tanto los pediatras como los padres accedieran a ser entrevistados de forma voluntaria.

Los pediatras se seleccionaron al azar entre los pediatras andaluces participantes en la X Reunión de Pediatría de Atención Primaria, celebrada en mayo del 2010 en Benalmádena, Málaga. Los padres fueron seleccionados aleatoriamente de guarderías de Málaga, Granada, Almería y Sevilla en el mismo período. En todos los casos, la inclusión fue voluntaria, se obtuvo consentimiento informado por escrito para su participación y se garantizó la confidencialidad de las respuestas.

Cuestionario

La fuente de información del estudio fue un cuestionario diseñado por un grupo de trabajo de expertos en Odontología Pediátrica y Pediatría de la Universidad de Granada. El cuestionario era autoadministrado y completamente anónimo, y fue entregado a los participantes, junto con una carta de aval aportando una descripción del estudio.

El cuestionario constaba de 14 preguntas o ítems para los pediatras y padres con 3 opciones de respuesta (tabla 1). Se incluyeron las mismas preguntas para ambos grupos y, para los padres, se agregaron 2 preguntas más (números 15 y 16) de carácter categórico (respuestas posibles: sí o no). Las preguntas comunes se agruparon en 5 bloques para evaluar conocimientos sobre:

- Visitas al dentista (bloque 1; ítems 1 y 2).
- Higiene oral (bloque 2; ítems 3 y 4).
- Caries (bloque 3; ítems 5, 6 y 7).
- Hábitos nutricionales (bloque 4; ítems 8, 9, 10 y 11).
- Tratamiento de la caries (bloque 5; ítems 12, 13 y 14).
- Información proporcionada por el pediatra a los padres (solo para padres; ítems 15 y 16).

El nivel de conocimiento de cada bloque se estableció en 3 grados: adecuado, medio o inadecuado, en función de las respuestas de cada ítem que lo constituían (tabla 2).

Medición de la validez del cuestionario

Una vez elaborado el cuestionario, se realizó un estudio piloto para validarlo, aplicándolo a 10 pediatras y a 10 padres elegidos al azar, para garantizar que el instrumento era comprensible y válido. Se hicieron los cambios necesarios y se obtuvo una nueva versión final del cuestionario, incluyendo solo los ítems en los que había unanimidad sobre su significado, pertinencia y claridad.

Análisis de los datos

Los datos se analizaron con el software SPSS 19.0 (SPSS, Chicago, EE. UU.). Se realizó un análisis descriptivo, incluyendo las frecuencias y los porcentajes absolutos para cada ítem del cuestionario. Se utilizó el test chi-cuadrado para evaluar las diferencias en el grado de conocimiento entre los pediatras y los padres para cada bloque. El nivel de significación fue fijado en $p < 0,05$.

Resultados

En la tabla 3 se muestran las frecuencias y los porcentajes absolutos de cada ítem del cuestionario, tanto para pediatras como para padres. Los resultados mostraron deficiencias en el conocimiento de los pediatras con respecto a algunos puntos como, por ejemplo, al momento de la primera visita al dentista. En este sentido, solo un 28,3% de los pediatras conocía que la edad de la primera visita al dentista del niño debe ser en su primer año de vida.

El conocimiento de los padres fue muy deficiente. En comparación con los pediatras, el porcentaje de preguntas

Tabla 1 Cuestionario distribuido a pediatras y padres

1. *¿A qué edad cree que los niños deben tener su primera visita al dentista?*
 - a) Al año
 - b) A los 2 años
 - c) No sabe/no contesta
2. *A partir de los 2 años de edad, los niños deben tener revisiones odontológicas:*
 - a) Cada 6 o 12 meses
 - b) Cada 24 meses
 - c) No sabe/no contesta
3. *¿A partir de qué edad hay que cepillarle los dientes al niño?*
 - a) Desde que tiene dientes en la boca
 - b) Desde que pueda cepillárselos él solo
 - c) No sabe/no contesta
4. *Por la noche no existe producción de saliva y, por lo tanto, los dientes están más desprotegidos contra la caries, por lo que el cepillado nocturno es fundamental*
 - a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe/no contesta
5. *¿A qué edad cree que se pueden producir caries en el niño?*
 - a) A partir de los 2 años
 - b) A partir de los 4 años
 - c) No sabe/no contesta
6. *La pérdida de los dientes de leche de forma prematura tiene efectos negativos sobre los dientes definitivos*
 - a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe/no contesta
7. *¿A qué edad cree que un niño puede perder la mayoría de los dientes debido a un proceso de caries, asociado a malos hábitos dietéticos o nutricionales?*
 - a) A partir de los 3 años
 - b) A partir de los 5 años
 - c) No sabe/no contesta
8. *La lactancia materna prolongada y a demanda (cada vez que el niño quiere) durante más de un año puede favorecer la aparición de caries*
 - a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe/no contesta
9. *El uso frecuente del biberón con leche azucarada favorece la aparición de caries a temprana edad*
 - a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe/no contesta
10. *El uso frecuente y duradero del biberón con manzanilla instantánea o natural azucarada, zumos envasados o naturales azucarados es perjudicial para los dientes*
 - a) Verdadero
 - b) Falso

Tabla 1 (continuación)

- c) No sabe/no contesta
11. *El uso frecuente del chupete endulzado con azúcar, miel o zumos, sobre todo por la noche, es perjudicial para los dientes*
- a) Verdadero
b) Falso
c) No sabe/no contesta
12. *Las caries en los dientes de leche deben recibir tratamiento odontológico*
- a) Verdadero
b) Falso
c) No sabe/no contesta
13. *El tratamiento odontológico de sellado de fosas y fisuras previene la caries en los dientes definitivos*
- a) Verdadero
b) Falso
c) No sabe/no contesta
14. *¿Cree que se pueden poner prótesis dentales en niños de 4 años que han perdido parte o toda su dentición temporal por un proceso de caries?*
- a) Verdadero
b) Falso
c) No sabe/no contesta
- Para los padres, además, se añaden las 2 siguientes preguntas:
15. *¿Le proporciona su pediatra información detallada sobre el cuidado de la boca desde las primeras visitas de su hijo?*
- a) Sí
b) No
16. *¿Le ha hablado su pediatra sobre la posibilidad de que su hijo acuda al odontopediatra?*
- a) Sí
b) No

correctas fue mucho más bajo. Destacaron especialmente ciertas deficiencias, por ejemplo, únicamente el 11,6% conocía que se podría colocar una prótesis dentaria a un niño que ha perdido sus dientes debido a un proceso de caries.

Tabla 2 Nivel de conocimientos, agrupando los ítems por bloques

Bloque	Nivel de conocimiento	Respuestas requeridas
1 y 2	Adecuado	2 respuestas correctas
	Medio	1 respuesta correcta
	Inadecuado	0 respuestas correctas
3 y 5	Adecuado	3 respuestas correctas
	Medio	2 respuestas correctas
	Inadecuado	1 o 0 respuestas correctas
4	Adecuado	3 o 4 respuestas correctas
	Medio	2 respuestas correctas
	Inadecuado	1 o 0 respuestas correctas

En los ítems dirigidos solo a los padres, un 59,8% de los padres manifestó que su pediatra no les informaba sobre el cuidado oral del niño y un 66,1% respondió que el pediatra no les había comentado nunca la posibilidad de que su hijo acudiese al odontopediatra.

En la [tabla 4](#) se muestra el nivel de conocimiento de padres y pediatras agrupando los ítems en bloques. Había un conocimiento inadecuado sobre las visitas al dentista en el 33,6% de los pediatras y en el 31,3% de los padres, sin diferencias significativas entre ambos. No obstante, los pediatras mostraron mejores niveles de conocimientos sobre higiene, caries, hábitos nutricionales y tratamiento que los padres ($p < 0,001$). En relación con la higiene oral, el 69,9% de los pediatras demostraron tener un conocimiento adecuado, mientras que solo el 22,3% de los padres lo tenían. El conocimiento sobre las caries fue adecuado en la mayoría de los pediatras (71,7%), pero no así en los padres, donde solo el 22,3% contestó de forma adecuada. El conocimiento sobre hábitos nutricionales fue adecuado en el 84,9% de los pediatras, frente al 28,6% de los padres. En cuanto a conocimientos sobre el tratamiento odontológico en niños pequeños, el 53,1% de los pediatras demostró tener conocimientos adecuados y únicamente un 1,8% de los padres conocía los posibles tratamientos.

Discusión

Se ha llevado a cabo un estudio transversal, de ámbito regional (en Andalucía) y aleatorizado, por medio de un cuestionario específicamente desarrollado para determinar el conocimiento de pediatras y padres sobre caries de aparición temprana. Los resultados reflejan que los pediatras tienen deficiencias en los conocimientos sobre visitas al dentista y el tratamiento de las caries, aunque su nivel de conocimientos sobre higiene oral, caries y hábitos nutricionales podría considerarse adecuado. El nivel de conocimientos de los padres es muy pobre en todos los aspectos del estudio, destacando su escaso nivel de conocimientos sobre el tratamiento. En general, los resultados indican que los pediatras no proporcionan a los padres una información adecuada sobre el cuidado bucal y la posibilidad de que los niños pequeños acudan al odontopediatra.

Varios estudios coinciden en que los pediatras tienen una falta de conocimientos acerca de los conceptos básicos de odontología, especialmente con respecto a la odontología pediátrica, probablemente debido a la escasez de información recibida en estos campos durante la formación universitaria en medicina y durante la residencia en pediatría¹⁰⁻¹³. Según Krol¹³, el nivel de formación sobre salud bucal de los pediatras en sus estudios de pregrado, posgrado y formación continua en los Estados Unidos es insuficiente para dotar a los pediatras de los conocimientos necesarios en este ámbito. A pesar de ello, los pediatras reconocen que tienen una responsabilidad importante en la prevención de problemas orales en niños^{11,12}. En España, no disponemos de estudios al respecto.

En el presente estudio, solo un 28,3% de los pediatras respondieron correctamente a la pregunta sobre la edad en que los niños deben tener su primera visita al dentista (un año). En el estudio de Lewis et al.¹⁴, los resultados fueron

Tabla 3 Frecuencias/porcentajes absolutos del cuestionario contestado por pediatras y padres

Ítems	Respuestas	Pediatras	Padres
		(n = 113) Frecuencia (%)	(n = 112) Frecuencia (%)
1. ¿A qué edad cree que los niños deben tener su primera visita al dentista?	Al año	32 (28,3)	53 (47,3)
	A los 2 años	63 (55,8)	35 (31,2)
	No sabe/no contesta	18 (15,9)	24 (21,4)
2. A partir de los 2 años de edad, los niños deben tener revisiones odontológicas	Cada 6 o 12 meses	74 (65,5)	69 (61,6)
	Cada 24 meses	30 (26,5)	22 (19,6)
	No sabe/no contesta	9 (8,0)	21 (18,8)
3. ¿A partir de qué edad hay que cepillarle los dientes al niño?	Desde que tiene dientes en la boca	103 (91,2)	70 (62,5)
	Desde que pueda cepillárselos él solo	4 (3,5)	14 (12,5)
	No sabe/no contesta	6 (5,3)	28 (25,0)
4. Por la noche no existe producción de saliva y, por lo tanto, los dientes están más desprotegidos contra la caries, por lo que el cepillado nocturno es fundamental	Verdadero	88 (77,9)	29 (42,0)
	Falso	19 (16,8)	47 (32,1)
	No sabe/no contesta	6 (5,3)	36 (25,9)
5. ¿A qué edad cree que se pueden producir caries en el niño?	A partir de los 2 años	112 (99,1)	41 (36,6)
	A partir de los 4 años	1 (0,9)	37 (33,0)
	No sabe/no contesta	0 (0)	34 (30,4)
6. La pérdida de los dientes de leche de forma prematura tiene efectos negativos sobre los dientes definitivos	Verdadero	81 (71,7)	53 (47,3)
	Falso	21 (18,6)	36 (32,1)
	No sabe/no contesta	11 (9,7)	23 (20,5)
7. ¿A qué edad cree que un niño puede perder la mayoría de los dientes debido a un proceso de caries, asociado a malos hábitos dietéticos o nutricionales?	A partir de los 3 años	103 (91,2)	58 (51,8)
	A partir de los 5 años	7 (6,2)	39 (34,8)
	No sabe/no contesta	3 (2,7)	15 (13,4)
8. La lactancia materna prolongada y a demanda (cada vez que el niño quiere) durante más de un año puede favorecer la aparición de caries	Verdadero	25 (22,1)	12 (10,7)
	Falso	69 (61,1)	65 (58,0)
	No sabe/no contesta	19 (16,8)	35 (31,2)
9. El uso frecuente del biberón con leche azucarada favorece la aparición de caries a temprana edad	Verdadero	108 (95,6)	68 (60,7)
	Falso	3 (2,7)	13 (11,6)
	No sabe/no contesta	2 (1,8)	31 (27,7)
10. El uso frecuente y duradero del biberón con manzanilla instantánea o natural azucarada, zumos envasados o naturales azucarados es perjudicial para los dientes	Verdadero	105 (92,9)	74 (66,1)
	Falso	6 (5,3)	13 (11,6)
	No sabe/no contesta	2 (1,8)	25 (22,3)
11. El uso frecuente del chupete endulzado con azúcar, miel o zumos, sobre todo por la noche, es perjudicial para los dientes	Verdadero	111 (92,8)	89 (79,5)
	Falso	2 (1,8)	3 (2,7)
	No sabe/no contesta	0 (0)	20 (17,9)
12. Las caries en los dientes de leche deben recibir tratamiento odontológico	Verdadero	98 (86,7)	75 (67)
	Falso	8 (7,1)	6 (5,4)
	No sabe/no contesta	7 (6,2)	31 (27,7)
13. El tratamiento odontológico de sellado de fosas y fisuras previene la caries en los dientes definitivos	Verdadero	99 (87,6)	47 (42)
	Falso	9 (8,0)	18 (16,1)
	No sabe/no contesta	5 (4,4)	47 (42,0)

aún peores, pues únicamente el 14,6% de los encuestados conocían que la primera visita a un dentista debía ser a los 12 meses de edad (según las recomendaciones de la American Academy of Pediatric Dentistry¹⁵). En otra publicación se recoge que solo un 5% de los pediatras de Virginia (Estados Unidos) refieren niños para su primera visita al dentista al año de edad¹⁶.

Se encontraron diferencias significativas entre los pediatras y los padres sobre el nivel de conocimiento en higiene

oral, siendo adecuado en el 69,9% de los pediatras y solo en el 22,3% de los padres. La mayoría de los pediatras (91,2%) sabía que los niños deberían cepillarse los dientes una vez que aparecen en la boca y un porcentaje menor (77,9%) era consciente de la importancia del cepillado por la noche, antes de dormir. En contraste, solo el 42% de los padres eran conscientes de que el cepillado antes ir a la cama es esencial porque los dientes son más vulnerables frente a las caries durante la noche.

Tabla 4 Comparación del nivel de conocimientos entre pediatras y padres por bloques

Bloque	Nivel de conocimiento	Pediatras, n (%)	Padres, n (%)	p
Visitas al dentista	Inadecuado	38 (33,6)	35 (31,3)	0,101
	Medio	44 (38,9)	32 (28,6)	
	Adecuado	31 (27,4)	45 (40,2)	
Higiene oral	Inadecuado	1 (0,9)	38 (33,9)	< 0,001
	Medio	33 (29,2)	49 (43,8)	
	Adecuado	79 (69,9)	25 (22,3)	
Caries	Inadecuado	1 (0,9)	43 (38,4)	< 0,001
	Medio	31 (27,4)	44 (39,3)	
	Adecuado	81 (71,7)	25 (22,3)	
Hábitos nutricionales	Inadecuado	2 (1,8)	15 (13,4)	< 0,001
	Medio	15 (13,3)	65 (58,0)	
	Adecuado	96 (84,9)	32 (28,6)	
Tratamiento de la caries	Inadecuado	14 (12,4)	66 (58,9)	< 0,001
	Medio	39 (34,5)	44 (39,3)	
	Adecuado	60 (53,1)	2 (1,8%)	

En relación con el nivel de conocimiento acerca de las caries, un 71,7% de los pediatras tenía un conocimiento adecuado. Casi todos ellos (99,1%) sabían que la caries dental puede ocurrir en niños de 2 años. Por el contrario, solo un 22,3% de los padres tenían un conocimiento adecuado sobre la caries. En una encuesta nacional llevada a cabo en pediatras de Estados Unidos, un 47% de los encuestados indicaron que veían caries en la infancia temprana por lo menos una vez al mes¹⁴. Según lo sugerido por algunos autores¹⁷, los pediatras podrían incorporar fácilmente la evaluación del estado dental de los niños en sus revisiones periódicas, así como dar una orientación preventiva a los padres sobre salud bucal. Este enfoque podría contribuir a mejorar la salud oral de los niños, permitiendo una remisión temprana al dentista. Según este estudio¹⁷, los pediatras fueron capaces de alcanzar un nivel suficiente de conocimientos para detectar caries de aparición temprana después de tan solo 2 h de entrenamiento en la detección de caries en niños.

En nuestro estudio, el conocimiento sobre hábitos nutricionales fue adecuado en el 84,9% de los pediatras, lo que está en concordancia con otros estudios^{18,19}. La mayoría de los pediatras sabía que ciertos hábitos alimentarios, tales como la ingesta de leche, zumos, bebidas carbonatadas, incluso la manzanilla edulcorada a demanda y sobre todo por la noche, aumentan el riesgo de presentar caries temprana. Igualmente, el hábito de endulzar con azúcar, miel o zumos el chupete del bebé está constatado que es perjudicial para los dientes. Opuestamente, solo un 28,6% de los padres mostró conocimientos adecuados sobre hábitos nutricionales, unos datos preocupantes que se agravan por el hecho de que algunos padres desarrollan hábitos de riesgo, tales como endulzar el chupete del bebé con azúcar, miel o zumo^{12,20}.

La relación entre la lactancia prolongada y bajo demanda y la caries dental es una cuestión controvertida y compleja, pues involucra a numerosas variables. Actualmente, no hay evidencia científica de que exista una asociación entre la lactancia materna prolongada y a demanda y la caries de aparición temprana²¹⁻²³. No se debe considerar, por tanto, que la lactancia materna prolongada y a demanda sea perjudicial ni aumente el riesgo de desarrollar caries

en niños pequeños. Tras una reciente revisión sistemática, White concluye que, teniendo en cuenta los beneficios comprobados de la lactancia materna y la falta de evidencia científica que relacione la lactancia materna con el desarrollo de caries de aparición temprana, los profesionales de la odontología deben apoyar las recomendaciones actuales sobre la lactancia materna. Debe hacerse énfasis en la promoción de prácticas correctas de higiene oral desde el momento de la erupción del primer diente y en la reducción de la frecuencia y el consumo de alimentos y bebidas que contengan azúcar²¹.

Con respecto al tratamiento de las caries, el 53,1% de los pediatras tenían un conocimiento adecuado. Los ítems de este bloque reflejaron que la mayoría de los pediatras sabían que las caries de los dientes de leche deben recibir tratamiento odontológico, o que el sellado de fosas y fisuras previene la aparición de caries en los dientes definitivos. Además, el 65,5% sabía que se pueden poner prótesis dentales en niños de 4 años que han perdido dientes temporales por un proceso de caries. En contraposición, únicamente el 1,8% de los padres mostró un conocimiento adecuado sobre el tratamiento, el resultado más pobre de todos los bloques. En este contexto, se resalta el importante papel que pueden desempeñar los pediatras aconsejando a los padres sobre las caries de aparición temprana.

La mayoría de los padres encuestados indicaron que su pediatra no les proporciona información detallada sobre el cuidado de la boca de sus hijos (59,8%) ni sobre la posibilidad de que su hijo visite al odontopediatra (66,1%). Según las respuestas de los padres, un bajo porcentaje de los pediatras andaluces (33,9%) aconseja a los padres que lleven a sus hijos al odontopediatra. Resultados similares se obtuvieron en una encuesta realizada a los pediatras en Italia, según la cual solo el 40,6% de los pediatras italianos recomiendan a los padres que lleven a sus hijos al dentista una vez al año, el 88,4% aconseja a los padres sobre hábitos nutricionales y el 76,1% aconseja a los padres sobre cómo prevenir los problemas orales¹². Otro estudio realizado sobre niños chinos menores de 4 años indica que los pediatras recomiendan la visita al dentista solo cuando hay signos clínicos de caries temprana o un alto riesgo de problemas dentales²⁴.

Cuando los padres reciben una información adecuada, la salud dental de sus hijos mejora considerablemente. Weins-tein et al.²⁵ encontraron que los hijos de padres incluidos en programas sobre cuidados de la salud tenían un 63% menos de nuevas caries. Kressin et al.²⁶ constataron que los padres que recibieron un programa educativo sobre salud oral tenían más información sobre etiología, tratamiento y prevención de la caries que los padres que no habían recibido dicho programa.

Tal como propone la Sociedad Española de Odontopediatría (www.odontologiapediatrica.com), sería ideal que se empezaran a aplicar medidas de prevención durante el último trimestre del embarazo. Con ello se informaría a los futuros padres de los beneficios del amamantamiento correcto o del buen uso de los chupetes. Se informaría también de que la caries dental es una infección, de que cualquier diente en la boca es susceptible de cariarse y que, por tanto, se debe iniciar al niño en el cuidado bucodental desde que los primeros dientes temporales aparecen en la cavidad oral.

Como puede observarse, uno de los pilares más importantes para la prevención de enfermedades bucodentales es la información. Cuanta más información se haga llegar a padres, educadores, personal sanitario y a los propios niños cuando tengan edad de comprender lo que se les dice, mayor será el grado de penetración del mensaje y su eficacia. Los pediatras tienen un papel clave a la hora de informar y motivar, ya que son los primeros profesionales médicos que examinan a los niños y tienen mayor contacto con ellos y sus padres que cualquier otro profesional sanitario.

Al interpretar los resultados del presente estudio, debemos tener presentes algunas limitaciones. En primer lugar, los cuestionarios fueron distribuidos entre los pediatras andaluces que asistieron a la X Reunión de Pediatría de Atención Primaria, celebrada en mayo del 2010 en Benalmádena, Málaga, y entre los padres de guarderías de Málaga, Granada, Almería y Sevilla. Esta metodología podría haber llevado a una insuficiente representación de ambos grupos de población y, en consecuencia, pudo haber limitado la capacidad de inferencia de los resultados obtenidos a las poblaciones de estudio. En segundo lugar, debido a la escasez de estudios anteriores de referencia, es posible que no estén incluidas absolutamente todas las variables relevantes para explicar el conocimiento acerca de caries de aparición temprana.

Sobre la base de los resultados de este estudio, se recomienda que los pediatras andaluces mejoren su nivel general de conocimiento sobre caries de aparición temprana, prestando especial atención a algunos aspectos de la salud bucal pediátrica, tales como el tratamiento de caries y las visitas al odontopediatra. Los padres andaluces con niños pequeños tienen un bajo nivel de conocimientos sobre higiene dental, prevención de caries, hábitos alimenticios y, especialmente, tratamiento de caries. Esta falta de información potencia el desarrollo de caries de aparición temprana en dientes de leche. Los pediatras deberían proporcionar información detallada a los padres sobre estos temas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Qin M, Li J, Zhang S, Ma W. Risk factors for severe early childhood caries in children younger than 4 years old in Beijing, China. *Pediatr Dent*. 2008;30:122–8.
2. Policy on early childhood caries (ECC): Unique challenges and treatment option. *Pediatr Dent*. 2008;30:44–6.
3. Tang C, Quinonez RB, Hallett K, Lee JY, Whitt JK. Examining the association between parenting stress and the development of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33:454–60.
4. Bravo M, Llodra J, Cortés F, Casals E. Encuesta de salud oral de preescolares en España. *RCOE*. 2007;12:143–68.
5. Tiberia MJ, Milnes AR, Feigal RJ, Morley KR, Richardson DS, Croft WG, et al. Risk factors for early childhood caries in Canadian preschool children seeking care. *Pediatr Dent*. 2007;29:201–8.
6. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Murtomaa H, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. *Int J Paediatr Dent*. 2008;18:48–55.
7. Choi EJ, Lee SH, Kim YJ. Quantitative real-time polymerase chain reaction for *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sobrinus* in dental plaque samples and its association with early childhood caries. *Int J Paediatr Dent*. 2009;19:141–7.
8. Slavkin HC. *Streptococcus mutans*, early childhood caries and new opportunities. *J Am Dent Assoc*. 1999;130:1787–92.
9. Sanchez OM, Childers NK, Fox L, Bradley E. Physicians' views on pediatric preventive dental care. *Pediatr Dent*. 1997;19:377–83.
10. Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. A practical guide to infant oral health. *Am Fam Physician*. 2004;70:2113–20.
11. Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. Infant oral health education for pediatric and family practice residents. *Pediatr Dent*. 2005;27:284–91.
12. Di Giuseppe G, Nobile CG, Marinelli A, Angelillo IF. Knowledge attitude and practices of pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. *BMC Public Health*. 2006;6:176.
13. Krol DM. Educating pediatricians on children's oral health: Past, present, and future. *Pediatrics*. 2004;113:e487–92.
14. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. The role of the pediatrician in the oral health of children: A national survey. *Pediatrics*. 2000;106:E84.
15. Erickson PR, Thomas HF. A survey of the American Academy of Pediatric Dentistry membership: Infant oral health care. *Pediatr Dent*. 1997;19:17–21.
16. Brickhouse TH, Unkel JH, Kancitis I, Best AM, Davis RD. Infant oral health care: A survey of general dentists, pediatric dentists, and pediatricians in Virginia. *Pediatr Dent*. 2008;30:147–53.
17. Pierce KM, Rozier RG, Vann Jr WF. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. *Pediatrics*. 2002;109:E82–92.
18. Bruerd B, Jones C. Preventing baby bottle tooth decay: Eight-year results. *Public Health Rep*. 1996;111:63–5.
19. Grenby TH, Andrews AT, Mistry M, Williams RJ. Dental caries-protective agents in milk and milk products: Investigations in vitro. *J Dent*. 2001;29:83–92.
20. Mobley C, Marshall TA, Milgrom P, Coldwell SE. The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr*. 2009;9:410–4.
21. White V. Breastfeeding and the risk of early childhood caries. *Evid Based Dent*. 2008;9:86–8.
22. Salone LR, Vann Jr WF, Dee DL. Breastfeeding: an overview of oral and general health benefits. *J Am Dent Assoc*. 2013;144:143–51.
23. Does breastfeeding increase risk of early childhood caries? *J Can Dent Assoc*. 2013;79:d123.

24. De la Cruz GG, Rozier RG, Slade G. Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics*. 2004;114:e642-52.
25. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating parents to prevent caries in their young children: One-year findings. *J Am Dent Assoc*. 2004;135:731-8.
26. Kressin NR, Nunn ME, Singh H, Orner MB, Pbert L, Hayes C, et al. Pediatric clinicians can help reduce rates of early childhood caries: Effects of a practice based intervention. *Med Care*. 2009;47:1121-8.