



Universidad del Desarrollo
Universidad de Excelencia

Facultad de Odontología.

CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y BARRERAS DE PEDIATRAS, RESPECTO
DE CARIES TEMPRANA DE INFANCIA. CONCEPCIÓN, 2020.

POR: LUNA CONCHA ARANCIBIA.

Tesina presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad del
Desarrollo para optar al título profesional de Especialista en Odontopediatría.

PROFESOR GUÍA:

SR. PATRICIO OLIVA MELLA.

Noviembre 2020

CONCEPCIÓN.

AUTORIZACIÓN DE REPRODUCCIÓN.

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

DEDICATORIA

Dedicado a mi esposo Alejandro, por su apoyo incondicional
Y a mis hijos, Amanda y Renato, por ser mis pequeños Maestros.

AGRADECIMIENTOS

Extiendo mis agradecimientos a los Médicos Pediatras, que generosamente aceptaron mi invitación a ser entrevistados, compartiendo conmigo sus experiencias y su valioso punto de vista.

TABLA DE CONTENIDOS

AUTORIZACIÓN DE REPRODUCCIÓN.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
LISTA DE ABREVIATURAS	iv
RESUMEN.....	v
INTRODUCCION.....	1
CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.	2
1.1 Marco Teórico y de Referencia	2
1.2 Descripción del problema y pregunta de investigación.....	8
CAPÍTULO II. METODOS Y PROCEDIMIENTOS.	9
2.1 Objetivo General.	12
2.2 Objetivos Específicos.....	12
2.3 Cuadro Lógico.	12
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	15
Protocolo analítico	15
3.1 Pregunta 1.	15
3.2 Pregunta 2.	17
3.3 Pregunta 3.	18
3.4 Pregunta 4.	19
3.5 Pregunta 5.	20
3.6 Pregunta 6.	21
3.7 Pregunta 7.	22
3.8 Pregunta 8.	24
3.9 Pregunta 9.	26
3.10 Pregunta 10.	27
3.11 Pregunta 11	28
3.12 Pregunta 12	29
3.13 Pregunta 13.	31

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN.....	32
CAPÍTULO V. CONCLUSIÓN.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS	42

LISTA DE ABREVIATURAS

AAP: American Academy of Pediatrics.

AAPD: American Academy of Pediatric Dentistry.

CNI: Control de Niño Sano.

CTI: Caries temprana de infancia.

EMP: Examen de Medicina Preventiva.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

GES: Garantías Explícitas en Salud.

ISAPRE: Institución de Salud Previsional.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RESUMEN.

Introducción: Los pediatras son los primeros proveedores de salud de los niños, asumiendo la responsabilidad de realizar una evaluación integral periódicamente en el Control de Niño Sano, donde se encuentra el componente Salud Bucal. En niños menores de 71 meses, la principal patología bucodental es la Caries Temprana de la Infancia (CTI), que puede ser prevenida y tratada tempranamente en dicho Control. **Objetivo:** Describir la percepción de los pediatras acerca de sus conocimientos sobre caries temprana de la infancia, las prácticas respecto a la prevención de esta y las barreras que enfrentan para un diagnóstico y derivación oportuna. **Materiales y Métodos:** Se utilizó una Metodología Cualitativa. Se realizó, vía web, una entrevista Semi-estructurada Validada, a Pediatras voluntarios que cumplieron con Criterios de Inclusión. Sobre estas, se realizó un Análisis Discursivo Semántico Estructural y Cruces Axiales. **Resultados:** El Punto de Saturación se alcanzó en la 8ª entrevista. Los pediatras perciben que no tienen suficientes conocimientos sobre CTI, a pesar de considerar que prevenirla forma parte de su Rol. Las prácticas preventivas son adecuadas, aunque limitadas por el nivel de conocimientos, así como también, el diagnóstico precoz de CTI. La principal barrera percibida para que su derivación a odontopediatra sea efectiva, es el costo de esa consulta. **Conclusión:** Se debe incorporar el ámbito Salud Bucal en la formación académica de pediatras, para mejorar conocimientos, prácticas y disminuir barreras.

INTRODUCCION

La salud bucodental, fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor oro-facial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial (OMS, 2020)

Las consecuencias personales de las enfermedades orales crónicas no tratadas a menudo son graves y pueden incluir dolor constante, sepsis, calidad de vida reducida, días escolares perdidos, interrupción de la vida familiar y disminución de la productividad laboral (Peres, y otros, 2019)

En niños la principal patología bucodental es la caries dental o Caries Temprana de la Infancia (CTI), que se define como la presencia de uno o más dientes cariados (no cavitados o lesiones cavitadas), faltantes (debido a caries) o superficies obturadas en cualquier diente primario de un niño menor de 71 meses (Drury, Horowitz, Maertens, Rozier, & Selwitz, 1999)

La alta prevalencia de CTI en niños pequeños en todo el mundo tiene un gran impacto en la salud de los niños y en el costo para la sociedad. El tratamiento de la CTI a menudo requiere un tratamiento restaurador extenso, extracción de dientes primarios, mantenimiento del espacio, y en los casos en que el niño puede cooperar previamente para el tratamiento en el sillón dental, puede haber

costos sustanciales por sedación o anestesia general. Las consecuencias de la CTI también incluyen un mayor riesgo de nuevas lesiones cariosas, dolor agudo y crónico, hospitalizaciones y visitas a la sala de emergencias, informes de retrasos en el crecimiento y el desarrollo, y disminución de la calidad de vida (Tinanoff, y otros, 2019).

Los pediatras, enfermeras, obstetras y médicos de familia generalmente ven al cuidador y a su hijo mucho antes que los profesionales de la salud oral. Involucrar a estos profesionales en la atención colaborativa con profesionales de la salud bucal y delegar áreas de atención en el equipo interprofesional puede proporcionar mejores resultados para prevenir la CTI (Boylston, Tomar, & Catalanotto, 2015).

El objetivo de este trabajo es describir la percepción de los pediatras sobre su capacitación sobre caries temprana de la infancia, las prácticas respecto a la prevención de esta y las barreras que enfrentan para un diagnóstico y derivación oportuna. Concepción, 2020.

CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.

1.1 Marco Teórico y de Referencia.

Pitts define a la caries dental como una enfermedad dinámica, multifactorial, mediada por biopelículas, impulsada por el azúcar, que produce la desmineralización y remineralización física de los tejidos duros dentales,

producto de la interacción entre distintos factores, lo que sustenta la clasificación de individuos en categorías de riesgo (Pitts, y otros, 2017).

Para referirse a esta enfermedad en menores de 71 meses, se utiliza el término Caries Temprana de Infancia (CTI), que se define como la presencia de uno o más dientes cariados o faltantes (como resultado de caries dental) o superficies dentales obturadas, en cualquier diente temporal entre el nacimiento y los 71 meses de edad. Sigue un patrón característico de desarrollo, afectando primero a los incisivos superiores, seguido de los molares superiores y luego los molares mandibulares, pero, debido a la naturaleza protectora de la lengua, los incisivos inferiores habitualmente no se ven afectados (Tungare & Paranjpe, 2020).

El término CTI fue introducido en 1994 y vino a reemplazar otros nombres con los que comúnmente se denominaba a la caries en niños pequeños, tales como caries de biberón o caries por lactancia prolongada, ya que no es posible atribuir su etiología exclusivamente al consumo de biberones (Tinanoff, 1998) Por el contrario, la etiología la CTI es multifactorial y muy compleja, involucrándose factores bucales, sociales y conductuales, tales como alto un consumo de azúcar, características de la flora oral, la falta de higiene bucal, la falta de exposición al fluoruro, defectos del esmalte, nivel socioeconómico, nivel educacional de los padres, etc. Dentro de estos, el consumo de azúcares y mala higiene oral, son clave (Alazmah A. , 2017) (Anil & Anand, 2017) (Seow, 2018).

Existen algunas medidas básicas para prevenir CTI. Se debe promover un estilo de vida saludable; prevenir o retrasar la colonización de bacterias cariogénicas en niños, reduciendo la transmisión desde los cuidadores; mejorar la higiene bucal, tanto en los cuidadores como en los niños; reducir la cariogenicidad de la dieta mediante la restricción de la cantidad y frecuencia de azúcares y aumentar la resistencia a la caries de dientes recién erupcionados mediante la aplicación de fluoruro tópico y cepillado dental con pasta dental fluorada. (Seow, 2018) (Van Loveren, 2018) (Walsh, y otros, 2019).

La prevalencia de caries en el mundo, varía de aproximadamente del 12% al 27% en niños de 2 a 3 años; 27% a 48% en niños de 4 a 6 años, y 48% a 76% en niños de 8 a 11 años, empeorando en regiones rurales, indígenas y de bajos recursos económicos (Seow, 2018)

En Chile, la caries dental la patología oral más prevalente. En niños, a los 2 años de edad, la prevalencia de caries es 18%; a los 4 años un 50% y a los 6 años un 70%. Las enfermedades gingivo-periodontales y las Anomalías dentomaxilares son las otras patologías con mayor prevalencia (MINSAL, 2010)

Atendiendo a lo anterior, la política nacional de salud bucal ha puesto énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades bucales, entendiendo que las principales patologías bucales son enfermedades crónicas no transmisibles que se manifiestan desde temprana edad (MINSAL, 2017)

En por eso que, en la Red Pública de Salud, la salud bucal debe ser evaluada por los profesionales del equipo de salud infantil en cada control de salud integral, como parte de la salud general. Se ha implementado a partir del año 2017 el Programa Cero (Control con Enfoque de Riesgo Odontológico), en que ingresan a control con odontólogo los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) o del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud a los Afectados por violaciones a los Derechos Humanos (PRAIS) a los 6 meses de vida, quienes deben asistir al menos dos veces al año a control, según riesgo cariogénico presentado (MINSAL, 2019) Además, acceden a los 6 años de edad al Ges Salud Oral integral para Niños y Niñas de 6 años.

En la Red privada de salud, los niños y niñas afiliados a Instituciones de Salud Previsional (Isapres), acceden a atención dental a través del Régimen de Garantías Explícitas, en Salud Oral Integral para Niños y Niñas de 6 años (MINJUSTICIA, 2004) (MINJUSTICIA, 2006). Excepcionalmente, los planes de salud de las Isapres, pueden ofrecer una cobertura dental con profesionales o centros odontológicos en convenio (Superintendencia de Salud, 2020). Es decir, no acceden al Programa Cero.

Por otro lado, se establece como Beneficios Mínimos Obligatorios de las Isapres, a partir de 2016, el Examen de Medicina Preventiva y el Control De Salud Del Niño Sano, otorgado en forma gratuita, en aquellas instituciones especializadas con las que la Isapre convenga (Superintendencia de Salud, 2006). El Control de

Niño Sano se define como una actividad dirigida a promover la salud del niño y la niña en forma integral y detectar precoz u oportunamente cualquier anomalía o enfermedad que pudiera presentarse (MINSAL, 2014). El Examen de Medicina Preventiva (EMP) instruye a las Isapres la Detección de malos hábitos bucales, con una meta del 60% en la pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales, a los 4 años de edad (MINSAL, 2010). Sin embargo, el cumplimiento el año 2015 fue solo de un 0.1%. Dentro de la interpretación de resultados se indica que es posible que los padres prefieran a sus médicos tratantes (pediatras) para el control de sus hijos (as) y no opten por los beneficios del EMP, ya que deben hacerlo con un profesional designado por la Isapre (Superintendencia de Salud, 2015). Es decir, la pesquisa de patologías orales recaería en el médico pediatra y de hecho, la Academia Americana de Pediatría (AAP), señala que los niños pequeños visitan al pediatra con más frecuencia que al dentista, dándole la oportunidad de proporcionar una evaluación temprana del riesgo de caries dental y orientar anticipadamente para prevenir enfermedades (American Academy of Pediatrics, 2014).

La Política actual, vigente desde 2014, declara que la salud oral es una parte integral de la salud general de los niños, pero que la prevalencia de caries dental en los niños más pequeños no ha disminuido en la última década. Como profesionales de la salud responsables de la salud general de los niños, los pediatras con frecuencia enfrentan la morbilidad asociada con la caries dental y

es importante que conozcan el proceso de la enfermedad de la caries dental, su prevención y las intervenciones disponibles para el pediatra y la familia para mantener y restaurar la salud (American Academy of Pediatrics, 2014) (American Academy of Pediatrics, 2019)

Lewis publicó estudios en 2000 y 2009, en que concluía que los pediatras creen profundamente que tienen un papel importante en la salud oral, que deberían examinar los dientes de sus pacientes para detectar caries y educar a las familias sobre cómo prevenirlas. Además, admitieron barreras y falta de capacitación (Lewis, Grossman, Domoto, & Deyo, 2000) (Lewis, y otros, 2009).

Similar resultado publicó Hadjipanayis, en su encuesta aplicada en 26 países europeos, quien concluye que los pediatras están familiarizados con algunos aspectos de la salud bucal y se sienten seguros para identificar factores de riesgo. Concluye que el plan de estudios actual de posgrado en Pediatría, debería incorporar capacitación sobre Salud bucal básica. Además, se necesitaría programas educativos continuos para mantener actualizado el conocimiento del pediatra (Hadjipanayis, y otros, 2018)

En Chile, a pesar que los pediatras asumen que la salud oral es un aspecto importante de la salud general y que se enfrentan frecuentemente a patologías orales, reconocen que no cuentan con los conocimientos y estrategias de derivación oportuna, para participar de la prevención de ellas (Hope, Zaror, Vergara, Díaz , & Bustos, 2013).

La Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIPE) no cuenta con una Rama o Comité de Salud Bucal, pero recomienda, en su revista de difusión para padres, que la primera revisión de los dientes se haga entre los 12 y 18 meses de edad y, ya como un control habitual, cuando se haya completado la dentición primaria, es decir, alrededor de los tres años. Desde los 2 años, recomienda incorporar el uso de dentífricos infantiles fluorados con 400 a 500 ppm de flúor y en una porción no mayor a una arveja (SOCHIPE, 2017). Esto a pesar de que, en Chile, la Norma General Técnica sobre uso de Fluoruros en la prevención Odontológica, señala que, en el grupo de menores de 6 años, el uso de pastas con concentraciones de flúor de 1000 a 1500 ppm tiene mayor efecto protector comparado con las pastas de baja concentración de flúor (menor a 600 ppm), observándose diferencias estadísticamente significativas. Al comparar las pastas de menos de 600 ppm con placebos, no existe evidencia consistente que muestre un efecto protector de caries de las pastas de baja concentración de fluoruros (MINSAL, 2015). En la misma publicación, alienta a los padres a realizar una primera evaluación odontológica a sus hijos, entre los 12 y 18 meses y, luego, cuando se haya completado la fórmula temporal (SOCHIPE, 2017).

1.2 Descripción del problema y pregunta de investigación.

Las necesidades en salud bucal de los niños y niñas atendidos en el sistema público de salud pueden ser detectadas en el Control de Niño Sano y derivados oportunamente al Programa Cero, en que son evaluados por odontólogos desde

los 6 meses y en adelante al menos 1 vez al año, según riesgo individual. Los Centros de APS deben cumplir metas de cobertura en sus poblaciones a cargo, lo que asegura la ejecución de los programas.

En los niños y niñas que acuden a atención pediátrica privada, es probable que reciban asesoramiento odontológico por parte de los médicos pediatras. Sin embargo, no existe información actualizada sobre sus percepciones sobre su rol sobre salud bucal infantil, las conductas asumidas al respecto, ni de las barreras que enfrentan al otorgar prestaciones en esta área y realizar una derivación oportuna.

La pregunta de investigación es ¿Cuál es la percepción de los pediatras sobre su capacitación en caries temprana de la infancia, las prácticas respecto a la prevención de esta y las barreras que enfrentan para un diagnóstico y derivación oportuna? Concepción, 2020.

El objetivo general de esta investigación, es describir la percepción de los pediatras sobre su capacitación en caries temprana de la infancia, las prácticas respecto a la prevención de esta y las barreras que enfrentan para un diagnóstico y derivación oportuna. Concepción, 2020.

CAPÍTULO II. METODOS Y PROCEDIMIENTOS.

Se realizará una investigación cualitativa de tipo fenomenológica, que busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia propia, es decir,

orienta al abordaje de la realidad, partiendo del marco de referencia interno del individuo.

El diseño muestral será de Caso-Tipo, en que los sujetos comparten características discursivas y actitudinales, que representen a otros similares a ellos. La técnica de muestreo es intencional ya que los individuos serán elegidos intencionalmente de acuerdo a los criterios de selección.

Los criterios de selección para la muestra son:

1. Médicos especialistas en Pediatría, que ejerzan en la ciudad de Concepción.
2. Pediatras que basen su práctica en el sector de Salud Privado.
3. Pediatras que realicen Control de Niño Sano al menos 3 jornadas de la semana.
4. Pediatras que acepten participar en la modalidad propuesta.

Los criterios de exclusión son:

1. Pediatras fuera del ejercicio profesional.
2. Especialistas en pediatría, pero que basen su práctica clínica en una segunda especialidad asociada a niños/niñas (ejemplo neonatología, broncopulmonar, hematología, cirugía infantil, etc.)
3. Haber participado en el juicio de expertos.

A la muestra se aplicará una entrevista semiestructurada, que consistirá en una pauta de 13 preguntas que surgen del cuadro lógico, es decir, que retroalimentan

los objetivos de investigación. Este instrumento se caracteriza por ser dinámico, no directivo y otorga la flexibilidad de reorientar las preguntas, en función de los hallazgos en el transcurso de las entrevistas. Esto permite recabar información más profunda y promueve el hallazgo de serendipia (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández, & Varela-Ruiz, 2013). Las preguntas serán previamente sometidas a juicio de expertos, para validar el diseño.

La entrevista se realizará en forma virtual a través video-llamada, utilizando la aplicación MEETS, de Google, debido a las restricciones sociales derivadas de la Pandemia. Se estima que la duración de la entrevista será de aproximadamente 30 minutos. El número de entrevistas a realizar, se regirá por el punto de saturación, lo que significa que finalizarán cuando las respuestas de los entrevistados comiencen a repetirse en todas las preguntas, de manera que, con cada entrevista u observación adicional, no aparezcan nuevos elementos.

A cada sujeto se le solicitará su consentimiento para ser filmados, tras ser informados de los objetivos de investigación, la metodología a utilizar y el análisis a realizar. Se comprometerá la confidencialidad de su identidad (no serán publicados los videos ni entrevistas).

El contenido de las entrevistas será transcrito y, para analizarlo, se utilizará la técnica de Análisis Discursivo Semántico Estructural, en el que se identifican conceptos clave o códigos, que son operacionalizados, a fin de deducir los resultados.

2.1 Objetivo General.

El objetivo general es describir la percepción de los pediatras sobre su capacitación en caries temprana de la infancia, sus prácticas respecto a la prevención de esta y las barreras que enfrentan para un diagnóstico y derivación oportuna. Concepción, 2020.

2.2 Objetivos Específicos.

1. Describir la percepción de los pediatras sobre su capacitación en caries temprana de la infancia (CTI). Concepción, 2020.
2. Describir las prácticas de los pediatras respecto a la prevención de caries temprana de infancia (CTI). Concepción, 2020.
3. Describir las barreras que los pediatras reconocen para un diagnóstico precoz de caries temprana de infancia (CTI). Concepción, 2020.
4. Describir las barreras percibidas por los pediatras para la derivación oportuna a un Odontopediatra. Concepción, 2020.

2.3 Cuadro Lógico.

Objetivo Específico	Variable	Indicador	Pregunta
1. Describir la percepción de pediatras sobre su capacitación en CTI.	Percepción de pediatras sobre su capacitación sobre CTI.	Percepción de la necesidad de conocimientos sobre CTI.	1. ¿Ha sido necesario para Ud. como pediatra, tener conocimientos sobre caries en niños menores de 6 años?

Concepción, 2020.		Percepción sobre sus fuentes de conocimientos.	2. Lo que Ud. sabe de caries en niños menores de 6 años, de dónde lo aprendió, cuáles han sido sus fuentes de conocimiento?
		Percepción sobre su formación académica sobre CTI.	3. ¿Cómo describiría Ud. su formación profesional, a nivel de especialidad, sobre caries en niños menores de 6 años?
		Autopercepción de nivel conocimientos sobre CTI.	4. ¿Cómo evalúa Ud. Sus conocimientos sobre caries en niños menores de 6 años?
		Percepción sobre disponibilidad de actualizaciones.	5. ¿Qué puede decir Ud. acerca de la oferta de capacitación continua para pediatras, sobre caries en niños menores de 6 años?
2. Describir las prácticas de pediatras respecto la prevención de caries temprana de infancia. Concepción, 2020.	Prácticas de pediatras respecto la prevención de caries temprana de infancia.	Percepción del rol del pediatra en la prevención de CTI.	6. ¿Qué opina Ud. acerca de que el pediatra haga prevención de caries en niños menores de 6 años, en el control de niño sano?
		Detección de factores de riesgo para CTI.	7. ¿A qué atribuye Ud. que algunos niños menores de 6 años presenten caries?
		Promoción de hábitos saludables.	8. Si el cuidador de un niño menor de 6 años le preguntara cómo prevenir

			caries, en su opinión, ¿qué sería importante que esa persona aprenda?
		Utilización de fluoruros	9. ¿Cuál es su punto de vista respecto del uso de pasta dental Fluorada, en niños menores de 2 años?
3. Describir las barreras que los pediatras reconocen para un diagnóstico precoz de caries temprana de infancia.	Barreras que los pediatras perciben para un diagnóstico precoz de CTI.	Realización de examen dental en niños menores de 6 años.	10. ¿Qué dificultades o barreras ve Ud. Para que el pediatra realice un examen dental para detectar caries, en menores de 6 años?
		Detección de caries en etapas tempranas en niños menores de 6 años.	11. ¿Qué dificultades o barreras ve Ud. para que el pediatra detecte caries en etapas tempranas, en menores de 6 años?
4.Describir las barreras percibidas por los pediatras para la derivación oportuna a un Odontopediatra	Barreras percibidas por los pediatras para la derivación oportuna a un Odontopediatra	Barreras para la derivación	12. ¿Qué dificultades puede enfrentar un pediatra que requiere que un niño menor de 6 años sea evaluado por un odontopediatra?
		Percepción del momento oportuno para la derivación al odontopediatra.	13. ¿Cuándo considera Ud. que es adecuado derivar a un niño menor de 6 años al odontopediatra?

CAPÍTULO III. RESULTADOS.

A partir de la formulación de los objetivos específicos, se elaboró un cuestionario de 13 preguntas, que fueron sometidas a Juicio de 4 expertos para su validación. Se efectuó un análisis de concordancia inter jueces, mediante el estadígrafo Kappa de Fleiss, el cual arrojó como resultado una concordancia de 0.89, es decir muy buena.

Se extendió la invitación a ser entrevistados a pediatras que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, quienes firmaron un consentimiento informado para grabar y transcribir su entrevista en forma anónima. Se procedió a entrevistar por medio virtual, según la planificación, hasta que se alcanzó el punto de saturación, en que no surgieron nuevos antecedentes, lo cual ocurrió tras la octava entrevista.

Cada una de las entrevistas fue transcrita en forma textual para obtener los códigos de base que permitieron la elaboración del Protocolo Analítico. Posteriormente se realizó un cruce axial por pregunta, que fue incluido en dicho protocolo.

Protocolo analítico

3.1 Pregunta 1.

¿Ha sido necesario para Ud. como pediatra, tener conocimientos sobre caries en niños menores de 6 años, que acuden al control de niño sano?

Los pediatras perciben que los conocimientos sobre caries temprana de la infancia son necesarios para realizar el Control de Niño Sano (CNS) en el Sistema de Salud Privada. Estos conocimientos son relevantes para poder hacer una correcta supervisión de la salud oral a lo largo del tiempo, que se erige como un pilar dentro del contexto del CNS, dado que se reconoce como una patología de alta prevalencia en la población infantil chilena, que conlleva riesgos para la salud, tanto general como para focos de infecciones a nivel orofacial. Por estas razones, la CTI genera gran preocupación a los padres de sus pacientes. Por otra parte, se advierte que esta patología afecta negativamente la estética dentofacial de los niños y se considera que disminuye la calidad de vida de quienes la padecen, por los argumentos expuestos. De esta forma, se reconoce que el pediatra debiese estar entrenado para pesquisar hallazgos clínicos en sus pacientes y poder hacer la derivación de forma oportuna a un odontopediatra.

..“considero que se debería tener bastante (conocimiento), porque es algo muy prevalente, porque es una preocupación para los papás y es parte integral del control sano de todos los niños, un pilar dentro de todo lo que hacemos”..

La necesidad de conocimientos sobre CTI refleja el valor que se le otorga a la salud bucal infantil y sus patologías prevalentes. El no tener conocimientos sobre CTI, se asocia a una visión negativa de la salud bucal e influiría negativamente en la Salud oral de los niños.

3.2 Pregunta 2.

¿Lo que Ud. sabe de caries en niños menores de 6 años, de dónde lo aprendió, cuáles han sido sus fuentes de conocimiento?

Los pediatras adquieren sus conocimientos sobre CTI principalmente a través del diálogo directo con odontólogos que se encuentran dentro de sus redes de contacto profesionales y/o personales, a quienes pueden preguntar sobre la patología, o porque reciben retroalimentación de los pacientes derivados, es decir, para ellos es muy importante la comunicación entre profesionales.

También reconocen que han tenido que ser autodidactas para aprender sobre CTI, muchas veces producto de algún hallazgo clínico o de lesiones de caries, que los ha llevado a una búsqueda dirigida de información, lo que se traduce en experiencia clínica a lo largo del tiempo. Eventualmente, realizan búsquedas en la literatura, específicamente artículos científicos o han podido leer alguna información en la revista de la Sociedad de Pediatras de Chile, pero también recurren a redes sociales como Instagram, donde pueden seguir a odontopediatras. Otra fuente de información son las Normas Clínicas del Minsal, aunque no específicamente las odontológicas, sino más bien la referida al seguimiento de los niños y niñas de 0 a 9 años, donde se especifica, por ejemplo, cuándo derivar.

Por último, advierten que han aprendido de la propia experiencia familiar, al llevar a sus hijos a control con odontopediatra. Generalmente han recibido una

pequeña educación sobre Caries y su prevención y han podido conocer qué tratamientos y materiales se indican, según la situación clínica.

...“mi odontopediatra que conozco y en instagram, no es broma (se ríe.).De manera informal en las páginas de odontopediatría o buscando dirigidamente artículos en relación a eso, pero lo habitual y dentro de lo formalmente que yo he visto, es la Norma de supervisión de salud al menor de 9 años, que es la norma del Minsal y en esa viene adosado al control sano”...

La comunicación entre pediatras y odontopediatras, favorece la búsqueda de lesiones de caries, pero es importante que exista motivación en el médico, de lo contrario, no se involucra con el ámbito odontológico en el CNS.

3.3 Pregunta 3.

¿Cómo describiría Ud. su formación profesional, a nivel de especialidad, sobre caries en niños menores de 6 años?

Los pediatras admiten no haber tenido formación alguna sobre CTI durante su formación como especialistas, ni desde el punto de vista etiopatogénico ni sobre qué tipo de prevención básica hacer. En ese sentido, lo que han ido aprendiendo ha sido por motivación propia, de forma autogestionada.

“Cero a nivel de especialidad, te tengo que decir la verdad, muchas cosas las he aprendido sola, averiguando sola, cero temas odontológicos. Cuando empecé a ir al hospital yo veía no más que les sacaban las muelas, que a mí me daba

mucha pena, porque siempre he tenido como una ralladura o toque con los dientes, me gusta tener los dientes bien a mí y derechos y sin caries, entonces también me preocupa que mis pacientes estén así. O sea, yo tuve más una motivación personal y no que me hayan enseñado en la U.”

El pediatra reconoce la falencia de no haber recibido formación formal en CTI, motivándose para aprender sobre el tema, porque valora el componente salud bucal en el CNS. La motivación personal es muy relevante para integrar el ámbito de Salud Bucal.

3.4 Pregunta 4.

¿Cómo evalúa Ud. sus conocimientos sobre caries en niños menores de 6 años?

Existe la autopercepción entre los pediatras, de que su nivel de conocimientos sobre CTI y Salud Bucal, en general, es bajo. Admiten que, en parte, es porque como sociedad de especialistas, no han presentado tanto interés en esta área como para tener las instancias de aprendizaje. En la misma línea, la percepción acerca de sus pares, es que manejan conocimientos bajos, tanto para evaluar al paciente, como para realizar prevención de CTI, a pesar de que reconocen la importancia de aquello. Aducen que son muchos los ámbitos que deben ser evaluados por el pediatra, lo que haría menos probable ahondar en este tema específico.

...”Yo creo que para el pediatra es complejo, porque nos hemos preocupado más de otros temas, como bronconeumonía, diarreas y en general morbilidad. A mi me costó entender la importancia de lo preventivo. ...Lo que sé es lo general, es lo básico, lo que uno va viendo con el tiempo, no en profundidad”.....

La percepción entre colegas, es que existe un bajo nivel de conocimientos generalizado y un escaso interés por aprender, sin embargo, algunos pediatras pueden verse motivados a buscar conocimientos, por la necesidad de atender la problemática de CTI.

3.5 Pregunta 5.

¿Qué puede decir Ud. acerca de la oferta de capacitación continua para pediatras, sobre caries en niños menores de 6 años?

Los pediatras relatan que no existe oferta de capacitación continua, ni cursos de actualización sobre caries temprana de la infancia. En ocasiones ha habido charlas sobre tópicos de Salud Bucal en Congresos propios de la especialidad, pero nada específicamente del tema consultado.

Una de las causas que acusan para este déficit de oferta, es que no ha existido un trabajo colaborativo entre los pediatras y los odontopediatras y que estos últimos no los habrían convocado en el pasado a ningún tipo de capacitación. Sin embargo, también reconocen que tampoco ha surgido la instancia desde su

gestión, porque no han percibido hasta ahora la necesidad o interés de profundizar conocimientos en CTI de manera formal.

“¿Actualizaciones Para nosotros? no. Desde los dentistas hacia nosotros, que yo tenga conocimiento, no. Ahora tampoco tengo muy claro que tanto... o sea, no solo la oferta sino que la demanda, que los pediatras se acerquen a solicitar alguna capacitación... no sé si habría mucho interés”....

La vinculación entre pediatras y odontopediatras, favorece una mayor oferta de capacitación, mientras que una escasa colaboración se traduce en un déficit de esta oferta.

3.6 Pregunta 6.

¿Qué opina Ud. acerca de que el pediatra haga prevención de caries en niños menores de 6 años, en el control de niño sano?

La autopercepción de los pediatras es que juegan un rol importante en la prevención de CTI, lo que asumen como un deber, así como también realizar un examen de salud bucal en búsqueda de hallazgos clínicos. Consideran que están en un escenario muy propicio para tomar esta responsabilidad, dado que pueden atender al paciente en múltiples ocasiones, desde las primeras semanas de vida y, muchas veces, hasta la adolescencia. En ese marco, reconocen que pueden realizar la prevención y derivar al odontopediatra de manera oportuna.

Por otra parte, consideran que sus colegas también debiesen asumir un rol en la prevención de CTI, pero creen que, en la práctica, no todos lo hacen. También extienden la responsabilidad a los otros profesionales de la salud que tienen contacto con los niños y niñas.

...”Yo creo que tiene un rol (el pediatra) en la prevención de problemas de caries y otros de salud bucal y que debe derivar, soy el que interviene primero, voy siempre desde la preventiva porque soy el primero que lo ve”...

El pediatra asume una actitud preventiva, ejerciendo acciones tempranas o, desde que comienza a percibir la necesidad de hacerlo. Sin embargo, existirían profesionales en quienes no se condice la actitud y práctica o que simplemente o no se involucran en prevención de CTI.

3.7 Pregunta 7.

¿A qué atribuye Ud. que algunos niños menores de 6 años presenten caries?

Los pediatras atribuyen a la Caries Temprana de Infancia, una etiología multifactorial, donde el principal factor causal sería la mala higiene oral, relacionado con falta de preocupación o un papel más activo de los padres, quienes no cumplirían con su rol de enseñar hábitos saludables a sus hijos, muchas veces por falta de límites en la crianza, o no se preocuparían por supervisar un correcto cepillado dental. La falta de hábitos adecuados también se ve reflejada en el tipo de alimentación infantil, que comúnmente sería poco

saludable y poco supervisada en calidad y frecuencia, ya que generalmente los padres trabajan, sin poder tener control sobre la dieta de sus hijos, facilitando la formación de caries.

Asocian la prevalencia de CTI con el nivel socioeconómico y cultural de los padres, vinculado a su nivel educacional, que, mientras más bajo, se relaciona con una mayor prevalencia de CTI.

Otros factores de riesgo percibidos son el uso compartido de utensilios, soplar la comida o besar al bebé en la boca, que, si bien es cierto, contribuyen a la transmisión de bacterias, los pediatras se refieren a transmisibilidad de la lesión de caries propiamente tal.

También se asocia, en forma directa, la duración de la lactancia materna con la prevalencia de caries. Se señala la frecuencia de las tomas o las tomas nocturnas, como causas importantes de CTI.

Otro factor mencionado, es el uso de fármacos, ya que muchos de ellos contienen azúcar en su composición y un grupo no menor de niños los consume por periodos prolongados y desde temprana edad, sobre todo por la alta prevalencia de alergias en la población infantil.

Descartan la influencia genética, que en ocasiones es la explicación de los padres a la presencia de caries en sus hijos, ya que se aprecia una mejora en los indicadores de salud bucal de los niños, respecto de generaciones anteriores al interior de las familias.

...“Bueno a varias cosas, a la alimentación, que están comiendo constantemente y otro al aseo, el tema de la limpieza (...) Generalmente tiene mil excusas la mamá, es que no se deja limpiar y qué se yo, pero ahí les digo que es la mamá la que debe dirigir el tema, o sea no pasarle el cepillo al niño, es un tema de aprendizaje del niño, pero que la mamá lo dirige y que tiene que ser después de cada comida y el tema de estar comiendo a cada rato, eso es súper importante. Les digo que es preferible que se coma todos los dulces de una vez, que se lave los dientes, a que esté picoteando todo el día (...) Muchas mamás trabajan entonces no manejan la alimentación”...

Una mala higiene es el resultado de una actitud negligente de los padres, lo que puede mejorar alentando a los padres a un cambio de actitud y educándolos sobre cómo mejorar la higiene.

3.8 Pregunta 8.

Si el cuidador de un niño menor de 6 años le preguntara cómo prevenir caries, en su opinión, qué sería importante que esa persona aprenda?

Los pediatras consideran que, para prevenir caries, las primeras medidas que debe ejercer el cuidador, es la correcta higiene oral de los niños y la formación de hábitos saludables, conductas que deben permanecer en el largo plazo. Para lo anterior, los padres deben saber que el cepillado de dientes debe durar algunos minutos y que el cepillo dental debe ser reemplazado periódicamente.

También advierten que es muy relevante que la familia realice un control odontológico preventivo oportuno, desde el momento en que son derivados con odontopediatra. para que, entre otras cosas, reciban aportes de fluoruros tópicos. Por otro lado, creen que es importante que los padres entiendan que deben disminuir el consumo de golosinas por parte de sus hijos, sin otros carbohidratos. También les parece adecuado desmitificar respecto de la CTI y enfermedades bucales en general

...”Es súper importante que los papás entiendan que los niños no tienen que consumir azúcar los dos primeros años de vida, suspender la alimentación nocturna. Que se tiene que hacer cargo del tema de cepillado de dientes, aunque cueste un montón. Que los niños reciban su aporte de flúor también, por eso es relevante que los vea el odontopediatra, que cumplan con esa derivación. Y, por otro lado, el evitar compartir cucharas y esas cosas y la derivación precoz. Y el aseo, que es fundamental...”

Los pediatras comprenden que se debe otorgar la debida importancia a mantener actitudes saludables a lo largo del tiempo, acompañado de una evaluación profesional oportuna. En algunos casos es difícil sostener actitudes saludables en el tiempo, lo cual es perjudicial y favorece la aparición de CTI, sobre todo si no hay supervisión profesional.

3.9 Pregunta 9.

¿Cuál es su punto de vista respecto del uso de pasta dental fluorada, en niños menores de 2 años?

Los pediatras relatan que la indicación de pasta dental antes de los 2 años, ha significado un cambio de paradigma dentro de su quehacer preventivo. En general, lo aprueban, en todos los niños o en los casos de niños más afectados por CTI, aunque con más argumentos en contra que a favor. Algunos arguyen que identifican al fluoruro como una sustancia potencialmente nociva para la salud, sobre todo considerando que los menores de 2 años tienden a tragar parte de la pasta dental, afectando su normal crecimiento y desarrollo. Otros, abiertamente declaran que no saben por qué no indicaban pasta dental en menores de 2 años, atribuyéndolo a criterios antiguos que les inculcaron durante su formación y admiten falta de conocimientos respecto de las reales causas. También advierten que se vieron influenciados por hechos históricos ocurridos en la Octava región, respecto a la fluoración del agua potable, en que se desprestigió la medida preventiva, razón por la cual, perciben que indicar pasta antes de los 2 años no es una medida ampliamente aceptada entre sus colegas. Por otro lado, consideran que el uso de pasta dental, no sería de gran aporte, atribuyéndole un bajo poder preventivo, respecto de, por ejemplo, el barniz de flúor.

...”Lo leímos el año pasado y nos llamó la atención, creo que fue en un documento de la SOCHIPE y quedamos PLOP (impresionadas), para nosotros dentro del cronograma del control sano, los 2 años era lo clásico de la derivación, pero esto como nuevo lo estamos implementando de a poquito. Eso es como nuevo para mí, me preocupa que traguen el flúor por el tema de los huesos, pero lo estoy indicando en pequeñas cantidades. Le digo a la mamá, como para graficar, la mitad de una lenteja, cosa que se empieza a acostumbrar, porque BioBio es una de las regiones que no tiene agua fluorada y eso es un temón. Pero sí, lo estoy indicando desde que parte el primer diente”...

Parte de los pediatras, aprueba el uso de pasta dental fluorada en niños menores de 2 años, porque se ha actualizado sobre la inocuidad de esta cuando se utiliza bien. Sin embargo, otro grupo aprueba en situaciones puntuales o no aprueba, basados en que habría un potencial nocivo sobre la salud.

3.10 Pregunta 10.

¿Qué dificultades o barreras ve Ud. Para que el pediatra realice un examen dental para detectar caries, en menores de 6 años?

Una de las principales barreras percibidas para realizar un examen y detectar caries, es la falta de conocimientos y experiencia clínica para diferenciar lo patológico de lo sano. Otra barrera sería la falta de tiempo para hacer un examen acucioso, por las múltiples acciones a realizar durante el CNS y perciben que

algunos colegas disminuyen del tiempo de consulta a fin de recibir más pacientes, por buscar mayor lucro.

Otra posible dificultad, es la capacidad de cooperación de los niños pequeños o con presencia de trastornos del desarrollo y que no todos los pediatras tendrían las habilidades para lograr esa cooperación.

También perciben que, entre colegas, no todos tendrían la misma motivación para buscar hallazgos clínicos en la dentadura de sus pacientes, acusando mala disposición y poca constancia para realizar el examen.

Otras barreras prácticas percibidas, son la dificultad para examinar la arcada superior y la carencia de una fuente lumínica para observar el sector posterior.

“Poca diligencia, poca preocupación, sí. Faltan conocimientos básicos, también. Hay algunos que son demasiado acelerados y no lo hacen”.

Para poder realizar el examen, es importante que el pediatra tenga la habilidad para lograr que el niño coopere, aunque en algunos casos, los niños pueden ser bastantes cooperadores.

3.11 Pregunta 11

¿Qué dificultades o barreras ve Ud. para que el pediatra detecte caries en etapas tempranas en menor de 6 años tiene caries?

Los pediatras perciben que no son capaces de detectar caries en etapas tempranas, porque sus niveles de conocimientos son insuficientes y no saben

distinguir su aspecto clínico, eso les hace sentir poco confiados en el diagnóstico que podrían realizar y perciben la misma situación entre sus colegas. Advierten que son capaces de detectar caries en etapas avanzadas, cuando el daño es evidente y se traduce en una cavidad.

“No, yo creo que no, no somos capaces. Yo, para reconocer una caries, tiene que ser algo grande, ya evidente. No en etapas tempranas, no. Aparte que a veces son en zonas donde uno no tiene acceso.”

Un nivel de conocimientos bajo sobre CTI, puede impedir detectar lesiones en etapas tempranas o errar en el diagnóstico. Sin embargo, si se tienen conocimientos, se puede lograr detectar lesiones tempranas.

3.12 Pregunta 12

¿Qué dificultades puede enfrentar un pediatra que requiere que un niño menor de 6 años sea evaluado por un odontopediatra?

La barrera o dificultad percibida más frecuentemente por los pediatras, para que la derivación al odontopediatra sea efectiva, es el costo que deben asumir los padres para concretar la consulta en el sector privado, o, la dificultad para que obtengan una hora en el sector público, que cuenta con una oferta de horas reducida y, además, no tiene odontopediatra, salvo excepciones.

Otra dificultad percibida por los pediatras, entre sus pares, es no trabajar en equipo con algún odontopediatra a quien derivar los pacientes, situación que

relacionan con una mala disposición a derivar o desidia, e incluso, bajo nivel de conocimientos sobre la importancia del control odontológico. También consideran que, otros colegas, podrían no hacer la derivación, simplemente por el escaso tiempo que dedican a la consulta, a fin de aumentar el número de pacientes y obtener mayor lucro.

Por otra parte, consideran una barrera para concretar la derivación, la actitud sobreprotectora de algunos padres, que, por diversos temores personales, no desean “exponer” a su hijo a la situación odontológica o, porque consideran, tanto los padres como los pediatras, que los niños no tienen la madurez suficiente para cooperar con el odontopediatra.

“Una barrera que enfrento, es la madurez y cooperación del niño, porque si los papás perciben que el niño no va a abrir la boca o se va a sentir mal, no lo llevan (...) esa es como la principal dificultad, que ellos no quieren exponer a los niños. Por lo mismo siempre preguntan por algún profesional que uno les pueda recomendar también, para sentirse como más confiados y no buscando de la nada. Y puede que haya algún tema económico.”

Existe la percepción de que otros colegas pediatras no otorgan relevancia a la derivación a ODP, sea que dedique suficiente o insuficiente tiempo al CNS. Se valora a quien dedica suficiente tiempo al CNS y realiza la debida atención al odontopediatra.

3.13 Pregunta 13.

¿Cuándo considera Ud. que es adecuado derivar a un niño menor de 6 años al odontopediatra?

Respecto de esta pregunta, se encontraron dos tendencias claras. Una, en que derivan a odontopediatra antes del año de vida, en consecuencia con la importancia que se le da a la prevención y, una segunda tendencia, en que derivan entre los niños entre los 2 y 3 años, bajo el criterio de que a esa edad los dientes ya han erupcionado y porque suponen que a esa edad se logra mayor cooperación por parte del niño. Quienes adoptan la segunda modalidad, admiten saber que la derivación debiera ser precoz, pero han mantenido su postura en base a esos argumentos.

..Y ojalá la mamá recibiera algún tipo de educación prenatal, sobre todo cuando espera al primer hijo, que es un periodo en que están con una súper buena disposición para aprender cosas. Y bueno, después que la guagua nace, que la vea el dentista ojalá desde su primer diente para comenzar ese vínculo, que es lo que pasa en la APS, pero es un porcentaje no más de la población. Para mí, lo ideal es que sea antes de cumplir el primer año, para empezar con la pata derecha como se dice”

“Siempre a los 2 años, es como un hito... o antes si detecto alguna alteración, aunque en general, yo sé que hay que derivarlo cuando aparecen los primeros

dientes, pero los papás como que no le dan tanta importancia, creo que por ahí va la cosa. Entonces, ya más grandecito, a los 2 años cuando ven que están los dientes (...), vamos con el tema del dentista”

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN.

En 1962, el Dr. Elías Fass introduce el término Caries de Biberón, para referirse a un patrón de caries muy agresivo y característico en niños pequeños, que afectaba a incisivos superiores, caninos y molares temporales, mientras que los incisivos inferiores parecían no verse afectados. Lo denominó así por observar que la mayoría de los niños tomaban siestas o dormían por la noche bebiendo leche de un biberón. En su publicación, el Dr. Fass asevera que pocos niños visitarían a un odontólogo antes de los 3 años, pero que sería muy probable que fuera atendido por un médico y les hace un llamado a derivar tempranamente a un odontólogo (Fass, 1962).

Con el pasar del tiempo, se ha comprendido que la etiología de la caries dental es muy compleja, de manera que ya no se atribuye a la mera toma de leche. Hoy se denomina Caries Temprana de la Infancia a aquel patrón descrito por el Dr. Fass, sin embargo, ha permanecido la visión de que es muy probable que un médico enfrente esta patología antes que un odontólogo, lo que ha dado origen a múltiples estudios en el mundo (Dickson-Swift, Kenny, Gussy , MaCarthy, & Bracksley-O´Grady, 2020).

El objetivo de este estudio fue describir la percepción de los pediatras de la Ciudad de Concepción sobre sus conocimientos en caries temprana de la infancia, sus prácticas respecto a la prevención de esta y las barreras que enfrentan para un diagnóstico y derivación oportuna.

Los pediatras de Concepción valoran la Salud Bucal de sus pacientes, es por eso que consideran que es necesario poseer conocimientos de la patología oral más prevalente en niños, la Caries Temprana de Infancia. Sin embargo, no han recibido la formación formal sobre esta patología o sobre Salud Oral, ni a nivel de pregrado, ni a nivel de posgrado, ni de educación continua, de manera que han debido autoformarse mediante la búsqueda de información tanto en revistas de difusión científica, redes sociales o consultando directamente con odontólogos, lo cual es la fuente más frecuente de información. Aquí parece existir un contrasentido entre la relevancia que se da a los conocimientos sobre CTI y la capacidad gremial de gestionar la oportuna capacitación formal, lo cual también da pie para la replicación de conceptos obsoletos o sin base conocida que han subsistido como paradigmas. Dado el déficit de formación en Salud Bucal y Caries Temprana de infancia, los pediatras perciben que su nivel de conocimientos es bajo.

Esto coincide con descrito por Koirala, quién encontró que tan solo un 7% de los pediatras australianos tenían formación sobre placa y caries dental (Koirala, O'Connor, Widmer, Kilpatrick, & Goldfeld, 2019), mientras que en Trinidad y

Tobago, el 63,3% de los pediatras indicó que no recibió ninguna educación sobre la salud bucal de los niños pequeños durante su formación en la especialidad, y la mayoría consideró que necesitaba una formación adicional en esta área (Ramroop, Kowlwssar, Ramcharitar-Maharaj, Morris, & Naidu, 2018)

La percepción de los pediatras sobre su bajo nivel de conocimientos, coincide con lo descrito, por Hope, en Chile, quien concluye que a pesar que los pediatras asumen que la salud oral es un aspecto importante de la salud general y que se enfrentan frecuentemente a patologías orales, reconocen que no cuentan con los conocimientos y estrategias de derivación oportuna, para participar de la prevención de ellas (Hope, Zaror, Vergara, Díaz , & Bustos, 2013).

Respecto de las practicas preventivas de los pediatras, se puede decir que consideran que tienen un rol activo en cuanto la prevención de CTI, el cual perciben como un deber, a pesar de opinar que no todos lo asumen desde esa perspectiva. En ese sentido, aceptan la responsabilidad de otorgar las primeras indicaciones a los cuidadores de sus pacientes, que son, en general, adecuadas y orientadas principalmente a la higiene, el control odontológico y la disminución del consumo de golosinas, sin mencionar otros carbohidratos. No obstante, persiste en parte de la comunidad, la creencia de que no debe administrarse pasta dental fluorada a menores de 2 años, influenciado por la historia de la Ciudad de Concepción respecto al uso de fluoruros (Quinteros, 2019). Balaban publicó que solo un 29% de los pediatras en Recife, Brazil, siempre

recomendaban una pasta dental fluorada a sus pacientes (Balaban, Menezes, Da Silva, & Dias, 2012) , mientras que, en Canadá, un 52,7% de los médicos que participó en una encuesta, estuvo en desacuerdo con la aseveración de que No debe administrarse pasta dental fluorada a menores de 3 años (Prakash, y otros, 2006).

Similares datos publicó Lewis, quien informó que los Pediatras Norteamericanos consideraban que tenían un rol preponderante en la prevención, ya que están involucrados en brindar orientación anticipada sobre problemas de salud bucal. Del mismo modo, reconocieron falta de información y conocimientos actualizados (Lewis, Grossman, Domoto, & Deyo, 2000) (Lewis, y otros, 2009).

Respecto a los factores de riesgo para CTI, los pediatras son capaces de detectar algunos relacionados con el ambiente familiar; dieta, que relacionan con el consumo de “golosinas”; e higiene, aunque sin hacer referencia al Biofilm. Desconocen la etiopatogenia de la caries y la diferencia entre Enfermedad de Caries y Lesión de caries. Desconocen el proceso de desmineralización y remineralización y cómo es modificado por la dieta y el fluoruro. Esto coincide con un estudio realizado en Europa, donde un 38% reportó que siempre podía identificar factores de riesgo para la enfermedad (Hadjipanayis, y otros, 2018).

En relación a las barreras para realizar un examen dental que permita detectar CTI, los pediatras relataron que su falta de conocimientos para diferenciar entre lo patológico y lo sano y el poco tiempo disponible para el examen, dentro de los

múltiples ámbitos a evaluar, son las principales dificultades. Esto concuerda con los resultados de Korala, en Australia, donde las barreras más importantes incluyeron la falta de formación profesional (52%) y otros problemas más urgentes que debían abordarse (67%) (Koirala, O'Connor, Widmer, Kilpatrick, & Goldfeld, 2019)

La falta de conocimiento también es percibida como barrera para detectar caries en etapas tempranas, coincidente con la publicación de Balabán en Recife, donde 3 de cada cuatro pediatras diagnosticaban lesiones cavitadas y solo 17% detectaba manchas blancas (Balaban, Menezes, Da Silva, & Dias, 2012).

Acerca de las dificultades para que sus pacientes sean evaluados por un odontopediatra, los pediatras detectaron los costos asociados a la consulta odontopediátrica, la falta de contacto con algún profesional a quien derivar y la eventual actitud sobreprotectora de algunos padres y madres, que en ocasiones no consideran importante la derivación. La dificultad para cubrir costos también fue una barrera señalada en el estudio de Quinonez, en USA, y que los padres no consideraban necesarios que los niños de 1 año fueran evaluados por odontopediatra (Quinonez, y otros, 2014). En la encuesta de Lewis, también en USA, los resultados respecto de los costos, son similares y en ese estudio, los padres no consideraban necesario que niños menores de 3 años fueran evaluados por odontopediatra.

Acerca del momento que los pediatras consideran oportuno para derivar a odontopediatra, no hubo un criterio unificado, a pesar de las recomendaciones de la APA, AAPD y Ministerio de Salud de Chile, que aconsejan la primera evaluación odontológica entre los 6 meses y año de vida (MINSAL, 2019) (American Academy of Pediatric Dentistry, 2018) (American Academy of Pediatrics, 2015). El rango de derivación fluctuó entre la erupción del primer diente-alrededor de los 6 meses- hasta la erupción de toda la fórmula temporal-alrededor de los 2.5 años. En Europa, un amplio porcentaje de los pediatras (43%) recomendó una primera visita al dentista para los niños mayores de 3 años y sólo el 7% menores de 1 año (Hadjipanayis, y otros, 2018).

CAPÍTULO V. CONCLUSIÓN.

Dado que los pediatras son los primeros proveedores de atención en salud de los niños y que la Salud Bucal es un componente importante dentro Control de Niño Sano, los actuales planes curriculares de Especialización en Pediatría, debiesen incorporar aspectos fundamentales de Salud Oral y Caries Dental. También deben existir instancias de actualización en estos ámbitos.

Lo anterior permitiría a estos especialistas mejorar sus prácticas preventivas e iría en pos de un diagnóstico temprano y la oportuna derivación a un odontopediatra

BIBLIOGRAFÍA

1. Alazmah, A. (2017). Early Childhood caries: A review. *The Journal of contemporary dental practice*, 732-737.
2. Alazmah, A. (2017). Early Childhood Caries: A Review. *The journal of contemporary dental practice*, 18, 732-737.
3. American Academy of aediatrics. (1995). RECOMMENDATIONS FOR PREVENTIVE PEDIATRIC HEALTH CARE. *Pediatrics*, 96(2), 373-374.

4. American Academy of Pediatric Dentistry. (2018). Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents. *Pediatric Dentistry*, 40(6), 194-204.
5. American Academy of Pediatrics. (2007). Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. *Pediatrics*, 120(6), 1376.
6. American Academy of Pediatrics. (2014). Maintaining and improving the oral health of young children. *Pediatrics*, 134(6), 1224-9.
7. American Academy of Pediatrics. (2014). Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. *Pediatrics*, 133(3), 568-570.
8. American Academy of Pediatrics. (2015). Recommendations for Preventive Pediatric Health Care: Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Bright Futures Periodicity Schedule Workgroup. *Pediatrics*, 136(3), e727.
9. American Academy of Pediatrics. (2019). AAP Publications Reaffirmed or Retired. *Pediatrics*, 143(6), e20191002.
10. Anil, S., & Anand, P. (2017). Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors and Prevention. *Frontier in Pediatrics*, 18(5), 157.
11. Balaban, R., Menezes, C., Da Silva, A., & Dias, E. (2012). Knowledge of paediatricians regarding child oral health. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 22(4), 286-91.
12. Boylston, J., Tomar, S., & Catalanotto, F. (2015). Effect of training pediatricians and family physicians in early childhood caries prevention. *166(4)*, 1055-61.
13. Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-67.
14. Dickson-Swift, V., Kenny, A., Gussy, M., McCarthy, C., & Bracksley-O'Grady, S. (2020). The knowledge and practice of. *International Dental Journal*, 69(1), 67-76.
15. Drury, T., Horowitz, A., Maertens, M., Rozier, R., & Selwitz, R. (1999). *Journal of Public Health Dentistry*, 59(3), 192-7.
16. Fass, E. (1962). Is Bottle Feeding of Milk a Factor in Dental Caries? *Journal Of Dentistry for Children*, 29, 245-51.
17. 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), 675-81.

18. Hope, B., Zaror, C., Vergara, C., Díaz, J., & Bustos, L. (2013). Conocimientos y actitudes de los pediatras chilenos sobre salud oral. *International Journal of Odontostomatology*, 7(245-51).
19. Koirala, A., O'Connor, E., Widmer, R., Kilpatrick, N., & Goldfeld, S. (2019). Oral health care: The experience of Australian paediatricians. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 55(11), 1374-80.
20. Lewis, C., Boulter, S., Keels, M., Krol, D., Mouradian, W., O'Connor, K., & Quinonez, R. (2009). Oral health and pediatricians: results of a national survey. *Academic Pediatrics*, 9(6), 457-61.
21. Lewis, C., Grossman, D., Domoto, P., & Deyo, R. (2000). The role of the pediatrician in the oral health of children: A national survey. *Pediatrics*, 106(6), E84.
22. MINJUSTICIA. (25 de Agosto de 2004). LEY 19966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud. Santiago de Chile. , Chile.
23. MINJUSTICIA. (Enero de 2006). *Segundo Régimen de Garantías Explícitas en Salud*. Santiago de Chile, Chile.
24. MINSAL. (2010). *ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD BUCAL EN CHILE*. MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública División Prevención y Control de Enfermedades Departamento Salud Bucal.
25. MINSAL. (27 de FEBRERO de 2010). Resolución 1236 EXENTA REGULA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA. Santiago de Chile, Chile.
26. MINSAL. (2014). *Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS*. Programa Nacional de Salud de la Infancia.
27. MINSAL. (2015). Resolución Exenta N°784 que modifica la Resolución Exenta N°727 de 2008 del Ministerio de Salud, que aprueba Norma General Técnica N°105 sobre "Uso de Fluoruros en la Prevención Odontológica". Santiago .
28. MINSAL. (2017). *Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030*. Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención Y Control de Enfermedades Departamento de Salud Bucal.
29. MINSAL. (2019). *ORIENTACIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA POBLACIÓN EN CONTROL POBLACIÓN EN CONTROL*. Subsecretaria de Redes Asistenciales Subsecretaria de Redes Asistenciales.
30. OMS. (2020). *www.who.int*. Obtenido de https://www.who.int/topics/oral_health/es/

31. Peres, M., Macpherson, L., Weyant, R., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M., . . . WattRichard. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*, *394*(10194), 249-260.
32. Pitts, N., Zero, D., Marsh, P., Ekstrand, K., Weintraub, J., Ramos-Gomez, F., . . . Ismail, A. (2017). Dental caries. *Nature Review. Disease Primers*, *3*(17030).
33. Prakash, P., Lawrence, H., Harvey, B., Mclsaac, W., Limeback, H., & Leake, J. (2006). Early childhood caries and infant oral health: Paediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatric Child Health*, *11*(3), 151-57.
34. Quinonez, R., Kranz, A., Lewis, C., Barone, L., Boulter, S., O' Connor, K., & Keels, M. (2014). Oral health opinions and practices of pediatricians: Updated results from a National Survey. *Academic Pediatrics*, *14*(6), 616-23.
35. Quinteros, M. (2019). Controversias del uso de agua potable fluorada. *Estudios Atacameños*, *62*, 231-22.
36. Ramroop, V., Kowlwssar, A., Ramcharitar-Maharaj, V., Morris, L., & Naidu, R. (2018). Knowledge, attitudes and behaviour towards preventive. *International Dental Journal*, *69*(1), 67-76.
37. Seow, W. (2018). Early Childhood Caries. *Pediatric Clinics of North América*, 941-954.
38. SOCHIPE. (Enero de 2017). Cómo debe ser la higiene bucal de los niños? *Diario Mi Hijo*, pág. 10.
39. Superintendencia de Salud. (Enero de 2006). <http://www.supersalud.gob.cl/>. Obtenido de http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-905_recurso_1.pdf
40. Superintendencia de Salud. (2015). *EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN ISAPRES ABIERTAS Julio 2014 a Junio 2015 RESULTADOS Y PERSPECTIVAS FUTURAS*. Departamento de Estudios y Desarrollo.
41. Superintendencia de Salud. (Enero de 2020). <http://www.supersalud.gob.cl/>. Obtenido de <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-5047.html#:~:text=Los%20afiliados%20a%20Isapres%20tienen,o%20centros%20odontol%C3%B3gicos%20en%20convenio>.
42. Tinanoff. (1998). Introduction to the Early Childhood Caries Conference: initial description and current understanding. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 5-7.
43. Tinanoff, N., Baez, R., Diaz, C., Donly, K., Feldens, C., McGrath, P., . . . 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.

44. Tungare, S., & Paranjpe, A. (Julio de 2020). *htwww.ncbi.nlm.nih.gov/*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535349/>
45. Van Loveren, C. (2018). Sugar Restriction for Caries Prevention: Amount and Frequency. Which Is More Important? *Caries Research*, 53(2), 168-175.
46. Walsh, T., Worthington, H., Glenny, A., Appelbe, P., Marinho, V., & Shi, X. (2019). *Fluoridetoothpastesofdifferentconcentrationsforpreventingdentalcaries(Review)*. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries, Cochrane Database of Systematic Reviews. Obtenido de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007868.pub3/full/es>

ANEXOS

Anexo1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo.....

RUT.....,
acepto voluntariamente participar del trabajo de investigación
PERCEPCIÓN DE LOS PEDIATRAS SOBRE SU CAPACITACIÓN EN
CARIES TEMPRANA DE LA INFANCIA, LAS PRÁCTICAS
RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE ESTA Y LAS BARRERAS QUE
ENFRENTAN PARA UN DIAGNÓSTICO Y DERIVACIÓN
OPORTUNA. CONCEPCIÓN, 2020. Realizado por la alumna del
Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la
Universidad de Desarrollo, sede Concepción.

He recibido información necesaria sobre la investigación y la
metodología, comprendo su desarrollo, su finalidad y beneficios que
aportará a la comunidad. Por lo tanto, autorizo a los investigadores a
utilizar la información reunida para su posterior análisis de forma
confidencial.

Firma.....

Fecha.....

Anexo 2: Invitación a ser Entrevistado.

Invitación a ser entrevistado

Estimada Dra. gusto en saludar. Mi nombre es Luna Concha A. Odontóloga UdeC, alumna del Posgrado de Odontopediatría UDD y funcionaria del Cesfam Paulina Avendaño desde el año 2008. Estoy realizando una Tesis sobre la Percepción de los Pediatras sobre temas relacionados con caries en niños, titulada *Percepción De Los Pediatras Sobre Su Capacitación En Caries Temprana De La Infancia, Las Prácticas Respecto A La Prevención De Esta Y Las Barreras Que Enfrentan Para Un Diagnóstico Y Derivación Oportuna. Concepción, 2020.*

Es de tipo cualitativo y para recopilar los datos, debo entrevistar Médicos Pediatras que realicen Control de Niño Sano en Concepción. La entrevista es confidencial y realizada por un medio virtual, dada la emergencia sanitaria.

Quisiera extenderle la invitación a participar de la entrevistada, otorgando su valioso punto de vista sobre este tema, por supuesto en el horario que Ud. determine.

Desde ya, Agradezco su consideración.

Se despide atentamente,

Luna Concha A.