

# Los cuidados de la Salud Bucal en los médicos y sus pacientes.

## Relevamiento Médico

MARÍA DEL C. RUBIO\*, CARLOS MARTÍNEZ\*, LILIANA NICOLOSI\*\*

\*Jefe de Trabajos Prácticos. \*\*Profesora Titular.  
Cátedra de Patología y Clínica Bucodental  
Universidad de Buenos Aires, Facultad de Odontología,  
Hospital Odontológico Universitario,  
Hospital Español de Buenos Aires.

### resumen

Las enfermedades bucales con el tiempo avanzan y progresan deteriorando la salud, interfiriendo en las actividades habituales y empeorando la calidad de vida.

A fin de determinar la importancia que los médicos le asignaban a su salud bucal y a la de sus pacientes se efectuó un relevamiento en Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Se realizó un cuestionario en el que debían informar sobre la frecuencia con que efectuaban una consulta odontológica preventiva, y en qué medida aconsejaban la misma a sus pacientes, registrándose además la especialidad del profesional.

Se encuestaron 260 médicos con edades de 35 a 62 años con un promedio de 48 años, 56% hombres y 44% mujeres. El 15% efectuaba una consulta preventiva anual al odontólogo. El 25% de los médicos la aconsejaban rutinariamente.

Los pediatras aconsejaban realizar la consulta preventiva de enfermedades bucales al 100% de sus pacientes, igual porcentaje se observó en los diabetólogos, mientras que los clínicos indicaban la consulta fundamentalmente a los pacientes inmunodeprimidos. El 100% de los cardiólogos frente al trasplante de órganos o reemplazo valvular cardíaco aconsejaba la consulta odontológica para prevenir las complicaciones posteriores a estos procedimientos.

#### Conclusiones

En las enfermedades bucales los médicos tienen una pobre actitud preventiva; a pesar de ser proclives a cuidar más la salud de sus pacientes que la propia, la conducta sigue siendo en general insuficiente.

Se observó que el cuidado de la salud bucal variaba acorde a la especialidad, detectándose en pediatras y diabetólogos una adecuada conducta preventiva hacia sus pacientes.

Es posible que el trabajo conjunto de pre y posgrado de las Facultades de Medicina, Odontología y del sistema de formación y capacitación de los profesionales de la Salud, logre que el médico tome conciencia sobre la importancia de mantener la salud bucal sumándolo, como eslabón relevante en la cadena de prevención.

**Palabras clave:** médicos, salud bucal, prevención.

### abstract

Oral diseases progress over time affecting health, interfering with everyday activities, and deteriorating quality of life.

With the aims to determine the importance physicians attach to their own oral health and that of their patients, a survey was conducted in Hospitals in the City of Buenos Aires and the Greater Buenos Aires.

Physicians were asked to fill in a questionnaire enquiring about the frequency of preventive dental visits, to what extent they recommended preventive dental visits to their patients, and their specialty.

The survey included 260 physicians aged 35 to 62 years, average age 48 years, 56% men and 44% women. Fifteen percent reported annual preventive dental visits; 25% routinely recommended preventive dental visits.

Pediatricians and diabetologists recommended preventive dental visits to 100% of their patients, whereas general practitioners recommended preventive dental care to immunosuppressed patients; 100% of cardiologists recommended dental visits to transplant and heart valve replacement patients in order to prevent post-surgery complications.

#### Conclusions

Physicians show poor attitude towards dental disease prevention and although they are more inclined to take care of their patients' dental health than their own, their preventive behavior is insufficient overall.

Oral health care was found to vary according to specialty, with pediatricians and diabetologists showing adequate preventive attitude towards their patients.

It is possible that through integrated work of undergraduate and post-graduate courses of the Schools of Medicine and Dentistry and the system for training of Health-care professionals, physicians may gain awareness of the importance of maintaining oral health, including it as a relevant link in the chain of measures to prevent disease.

**Key words:** physicians, oral health, prevention.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales avanzan y progresan con el tiempo generando una verdadera "Epidemia Silenciosa" que interfiere en las actividades habituales y empeora la calidad de vida.

En un reporte presentado por el Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos del año 2000, se hizo referencia a la prevalencia de distintas patologías bucales, observándose que: los síntomas clínicos de infecciones virales, como herpes labial o úlceras bucales, afectaban al 19% de los adultos entre 25 y 44 años; el 14% de los adultos entre 45-54 años estaba afectado por una enfermedad periodontal severa (pérdida de inserción de 6 mm); el 30% de los mayores de 65 años eran desdentados; el 22% de los adultos refirió haber padecido algún tipo de dolor orofacial en los últimos 6 meses; el dolor fue uno de los componentes principales de algunas patologías como la neuralgia del trigémino, la neuralgia pos-herpética, la fibromalacia, los desórdenes temporomandibulares.<sup>1</sup>

Además algunas enfermedades crónicas como la diabetes y la osteoporosis afectan la salud bucal.<sup>2-5</sup>

Los pacientes transplantados, inmunodeprimidos o bajo tratamiento quimioterápico tienen alta probabilidad de afectaciones en la cavidad bucal.<sup>6-11</sup>

En el estudio de relevamiento de enfermedad periodontal efectuado entre marzo de 1999 y diciembre de 2000 por la Sociedad Argentina de Periodontología y la Confederación Odontológica de la República Argentina se evaluaron 3.694 pacientes: concurren el 63% al odontólogo general por dolor, caries o estética, mientras que el 16% consultó por sangrado o movilidad de piezas dentarias. A nivel nacional el 96,8% de los pacientes necesitó algún tipo de intervención periodon-

tal. El 17% de los casos requirió la instrucción en técnicas de higiene bucal, el 65% la necesidad de un raspaje subgingival y el 14% de los casos la necesidad de un diagnóstico y tratamiento de mayor complejidad.<sup>12</sup>

Los datos recopilados por el Departamento de Salud del Estado de New York entre los años 2003-2004 revelaron que: el 42% de la población comprendida entre los 2 y 15 años presentó caries, el 44% entre 35-44 años perdió piezas dentarias por caries y/o enfermedad periodontal, el 17% de los mayores de 65 años eran edéntulos y se diagnosticaban diariamente 5 casos nuevos de cáncer bucal potencialmente letal.<sup>13</sup>

Ha sido establecido que la enfermedad periodontal produce alteración en la función del endotelio vascular,<sup>14-16</sup> relacionándola con un aumento de riesgo ateroesclerótico y de enfermedad arterial en distintos territorios ya sea periférico, cerebrovascular y/o cardiovascular.<sup>17-27</sup>

Los procesos infecciosos odontológicos posibilitan la colonización bacteriana en distintas estructuras cardíacas pudiendo producir endocarditis infecciosa.<sup>28-30</sup>

Además numerosos trabajos relacionan la enfermedad periodontal con resultados adversos en el embarazo.<sup>31-38</sup>

Dada la trascendencia de las patologías bucales surgió la inquietud de investigar la actitud de profesionales de la salud en relación a la salud bucal, para lo cual se planteó efectuar un relevamiento entre los médicos a fin de determinar con qué frecuencia efectuaban una consulta odontológica preventiva, y en qué medida aconsejaban la misma a sus pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se efectuó un relevamiento consecutivo a 260 médicos desde enero a junio de 2009 en distintos Hospitales en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires.

Se les preguntó a los médicos si en los últimos 10 años por lo menos una vez al año efectuaron una visita en forma preventiva al odontólogo; sobre la pérdida en los últimos 10 años de alguna pieza dentaria, excluyéndose aquellas producidas por causas traumáticas; si aconsejaban a todos sus pacientes la consulta odontológica preventiva, o si la misma la sugerían sólo en aquellos casos considerados de riesgo. De ser así, se les solicitó que especificaran a quiénes incluían como pacientes de riesgo.

## RESULTADOS

Las edades de los profesionales oscilaron entre los 35 y 62 años, con un promedio de 48 años. El 56% fueron hombres y el 44% mujeres.

Los resultados mostraron que sólo el 15% de los médicos realizaban anualmente una consulta odontológica preventiva (Fig. 1).

**Cuadro 1**

| Especialidades Médicas | Total      | A         | B         | C          | D         |
|------------------------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| Cardiología            | 29         | 7         | 4         | 29         |           |
| Cirugía                | 34         | 1         |           | 34         |           |
| Clínica Médica         | 49         | 5         | 8         | 49         |           |
| Dermatología           | 6          |           |           | 6          |           |
| Diabetología           | 7          | 2         | 7         | 7          | 7         |
| Endocrinología         | 6          | 1         |           | 6          |           |
| Gastroenterología      | 5          |           |           | 5          |           |
| Ginecología            | 27         | 2         | 7         | 27         |           |
| Hematología            | 4          |           |           | 4          |           |
| Neurología             | 16         | 2         | 1         | 14         |           |
| Neumonología           | 12         | 1         |           | 12         |           |
| Otorrinolaringología   | 4          | 1         |           | 4          |           |
| Pediatría              | 38         | 14        | 38        | 38         | 38        |
| Traumatología          | 17         | 2         |           | 17         |           |
| Urología               | 6          | 1         |           | 6          |           |
| <b>Total</b>           | <b>260</b> | <b>39</b> | <b>65</b> | <b>260</b> | <b>45</b> |

Referencias: A. Concurren preventivamente al odontólogo; B. Aconsejan sistemáticamente a sus pacientes la consulta preventiva con el odontólogo; C. Aconsejan la consulta al odontólogo solo en los pacientes de riesgo; D. Aconsejan la consulta cuando es evidente el compromiso de la salud bucal.

El 56% de los encuestados había perdido alguna pieza dentaria, y pertenecían al grupo que no concurría preventivamente al odontólogo (Fig. 2).

Sólo el 25% de los médicos aconsejaba la visita preventiva al odontólogo rutinariamente.

El 100% lo hacía a enfermos con patologías específicas, como en el pretransplante de órgano o previo a la cirugía de reemplazo valvular cardíaco (Fig. 3).

El 17% de los médicos indicaban la consulta odontológica cuando observaban en el examen clínico un severo compromiso de la salud bucal. El 25% aconsejaban la consulta a los pacientes de riesgo aumentado, como los inmunodeprimidos, aquellos en tratamiento con quimioterapia, o con severas enfermedades respiratorias o cardiovasculares.

También la indicaban ante la sospecha de un proceso inflamatorio o infeccioso, por ejemplo frente al aumento de la eritrosedimentación, o la presencia de leucocitosis sin otro foco aparente.

El Cuadro 1 muestra la totalidad de los médicos relevados, según especialidad, concurrencia preventiva al odontólogo y consejo efectuado a sus pacientes.

## DISCUSIÓN

A pesar de los múltiples esfuerzos que se han efectuado por mejorar y preservar la salud bucal a través de diversas campañas dependientes de políticas sanitarias nacionales, provinciales y/o municipales, y la activa participación de la Facultad de Odontología en su tarea a nivel comunitario, conjuntamente con la labor de concientización efectuada dentro y fuera de los claustros académicos, surge a la luz de los datos obtenidos en esta encuesta que los resultados logrados en cuanto a prevención distan de ser los deseables.

Es marcado el magro cuidado de la salud bucal que tiene una población seleccionada de profesionales que representa un eslabón fundamental en el mantenimiento y la recuperación de la salud de toda la comunidad.

Sólo el 15% de los médicos concurría en forma preventiva al odontólogo, pero aconsejaban en un 25% la visita rutinaria a sus pacientes. Este tipo de conducta médica permite objetivar un mayor énfasis en preservar la salud de sus pacientes que la propia.

Esta actitud también ha sido observada en un estudio realizado por la Asociación Mexicana de Odontología, donde evaluaron la salud bucal de 60 cirujanos dentistas detectando que el 46,7% requería algún tipo de atención odontológica.<sup>39</sup>

Cabría preguntarse si el mismo comportamiento no rige acaso en otras actitudes de prevención como la actividad física, el control de peso o el hábito de fumar.

En este contexto no es un dato menor que en el grupo que no concurría periódicamente al odontólogo

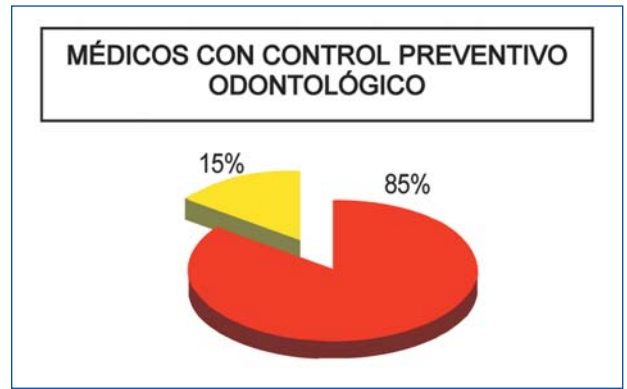


Fig. 1.

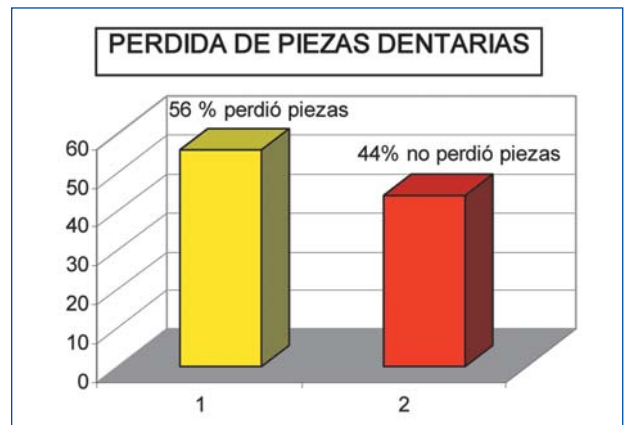


Fig. 2.

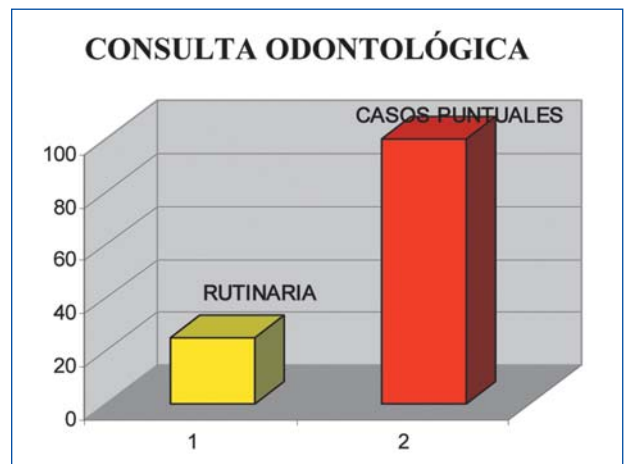


Fig. 3.

se encontraban quienes habían perdido piezas dentarias, conformando el 56% de los encuestados.

En el relevamiento efectuado es evidente que los médicos, subestimando los riesgos y consecuencias, han minimizado la prevención en el área de la salud bucal.

Si bien es cierto que la consulta fue indicada en el 100% de los pacientes previo a la cirugía de reemplazo valvular cardíaco o transplante de órgano, estas indicaciones no estaban orientadas a preservar la salud bucal

sino a evitar las complicaciones que determinadas patologías odontológicas podrían acarrear en los procedimientos mencionados. Por otra parte y llamativamente la consulta odontológica preventiva no es promovida en forma sistemática como parte de los controles posteriores al procedimiento quirúrgico.

El mismo esquema de prevención debería aplicarse en las poblaciones de riesgo como son los enfermos cardiovasculares, oncológicos, inmunocomprometidos o diabéticos, en los cuales los médicos deberían orientar sus esfuerzos en lograr un estado de salud bucal óptimo estimulando la consulta periódica al odontólogo.

Se observó que los médicos indicaban en un bajo porcentaje la consulta odontológica a pesar de que la patología bucal fuera evidente y/o severa en el examen clínico, excepto los pediatras y diabetólogos que sí la aconsejaban en estos casos.

Se indicaba la consulta frente a procesos infecciosos sin foco aparente detectados al observar leucocitosis o eritrosedimentación elevada. Pero en este caso el objetivo era diagnóstico y terapéutico de la patología ya instalada, y no correspondía a una actitud de prevención que obviamente había fracasado.

Se evidenció una mayor conducta preventiva en los niños, dado que en nuestro relevamiento el 100% de los pediatras aconsejaba a sus pacientes la consulta periódica al odontólogo. Probablemente porque la salud bucal está solidamente arraigada entre estos profesionales como parte de un todo que hace a la salud general.

Esto se ha logrado en virtud de que ésta especialidad pone énfasis en la salud bucal incorporándola al programa de formación de médicos especialistas en pediatría.

Numerosas publicaciones, comunicaciones, cursos, congresos y simposios hacen referencia a la prevención y cuidado de la salud bucal en el ámbito de la pediatría, por lo tanto no debe llamar la atención que la actitud preventiva se observe mayoritariamente en esta especialidad.<sup>40-43</sup>

En un estudio efectuado por la Universidad Nacional del Nordeste en 2008 en el Hospital de Resistencia (Chaco), se observó que los conocimientos que poseen los pediatras en la materia son satisfactorios, pero presentan una actitud indiferente frente a la salud bucal de los pacientes.<sup>44</sup>

Éstos resultados no coinciden con los obtenidos en esta encuesta, pero habría que evaluar si las poblaciones son comparables ya que los pacientes podrían ser menos proclives a una conducta preventiva.

Por otra parte sería importante conocer la posibilidad de acceso al odontólogo, para determinar la factibilidad de indicar una consulta periódica. Éstas podrían ser algunas de las causas determinantes de la actitud indiferente de los pediatras, que bajo estas circunstancias deberían multiplicar sus esfuerzos para promover la salud.

También se observó una conducta preventiva eficiente hacia sus pacientes en los diabetólogos. Debido a que la patología bucal forma parte del cortejo de complica-

ciones de la diabetes, estos especialistas suelen recomendar el control odontológico periódico.<sup>45</sup>

El conjunto de especialistas en ginecología encuestados no ejercía la obstetricia, es por eso que no encontramos una conducta activa en el cuidado de la salud bucal debido a que la trascendencia de la misma se encuentra más presente en los obstetras.<sup>46-48</sup>

Difícilmente se logre la concientización solamente con la docencia efectuada por el odontólogo en los distintos ámbitos en los que se desenvuelve, ya sea en el consultorio, en la universidad, en las tareas de campo, o en los medios de información masiva.

La salud bucal requiere de la participación activa de todos los profesionales de la salud, y en este punto la participación de los médicos juega un rol relevante para inducir a la población en una conducta preventiva.

El médico generalista tiene en sus manos la posibilidad de acceder a un importante grupo poblacional sobre el cual puede ejercer la tarea de prevención efectuando una oportuna derivación al odontólogo, de igual manera que indica una interconsulta con el cardiólogo en forma preventiva, o promueve la visita periódica de la población femenina al ginecólogo, o al urólogo en la población masculina en riesgo. Como ha sido objetivado el médico no sólo no aconseja rutinariamente la consulta odontológica a sus pacientes, sino que tampoco él la efectúa, como parte de una estrategia destinada a la prevención.

Es posible que esto no se modifique a menos que se logre cambiar la percepción de la enfermedad bucal en el contexto global de salud.

En el marco de una medicina que en las últimas décadas ha dedicado gran parte de sus investigaciones a la prevención de enfermedades, efectuando el reconocimiento de los factores de riesgo, y desarrollando además estrategias que permiten la detección precoz de distintas patologías, resulta inaceptable que se desperdicie la posibilidad de preservar y mejorar la salud mediante una conducta concreta como es la indicación de la consulta odontológica periódica.

En este sentido la salud debe ser entendida como un todo indivisible, y la salud bucal forma parte de ese todo, y por lo tanto requiere ser dimensionada adecuadamente por los médicos, sobre quienes recae la posibilidad de modificar este eslabón flojo en la cadena de prevención de enfermedades derivando al paciente al odontólogo.

De esta forma se multiplicarían los esfuerzos en procura de un objetivo común, con una mejor receptividad de la comunidad, llegando a una población que habitualmente no concurre al odontólogo pero que será incentivada a un control preventivo por el médico.

Seguramente este enfoque requerirá del trabajo en conjunto de pre y posgrado de las Facultades de Medicina, Odontología y del sistema de formación y capacitación de los profesionales de la Salud.

El desafío es importante, con metas ambiciosas pero posibles de alcanzar, sólo es cuestión de aceptar el reto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. US Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General- Executive Summary. Rockville, MD: US Department of Health and Human Service, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000. Available from: <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/Report/ExecutiveSummary.htm>
2. Andriankaja OM, Barros SP, Moss K, Panagakos FS, DeVizio W, Beck J, Offenbacher S. Levels of Serum Interleukin (IL)-6 and Gingival Crevicular Fluid of IL-1 and Prostaglandin E<sub>2</sub> Among Non-Smoking Subjects With Gingivitis and Type 2 Diabetes. *J Periodontol.* 2009;80(2):307-316.
3. Kiran M, Arpak N, Unsal E, Erdogan ME. The effect of improved periodontal health on metabolic control in type 2 diabetes mellitus. *J Clin Periodontol.* 2005;32(3):266-270.
4. Wactawski-Wende J. Periodontal diseases and osteoporosis: association and mechanisms. *Ann Periodontol.* 2001; 6(1): 197-208.
5. Lerner UH. Inflammation induced bone remodeling in periodontal disease and the influence of post-menopausal osteoporosis. *J Dent Res.* 2006;85(7):596-607.
6. Frezzini C, Leao JC, Porter S. Current trends of HIV disease of the mouth. *J Oral Pathol Med.* 2005;34(9):513-531.
7. Rosen LS, Abdi E, Davis ID, Gutheil J, Schnell FM, Zalberg J et al. Palifermin reduces the incidence of oral mucositis in patients with metastatic colorectal cancer treated with fluorouracil-based chemotherapy. *J Clin Oncol.* 2006;24(33):5194-5200.
8. Keefe DM, Schubert MM, Elting LS, Sonis ST, Epstein JB, Raber-Durlacher JE et al. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. *Cancer.* 2007;109(5): 820-831.
9. Akintoye SO, Brennan MT, Graber CJ, McKinne BE, Rams TE, Barrett J, Atkinson JC. A retrospective investigation of advanced periodontal disease as a risk factor for septicemia in hematopoietic stem cell and bone marrow transplant recipients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;94(5):581-588.
10. Raber-Durlacher JE, Epstein JB, Raber J, van Dissel JT, van Winkelhoff AJ, Guiot HF, van der Velden U. Periodontal infection in cancer patients treated with high-dose chemotherapy. *Support Care Cancer.* 2002;10(6):466-473.
11. Schubert MM, Peterson DE, Lloid ME. Oral complications. In: Blume KG, Forman SJ, Applebaum FR, eds.: *Thomas' Hematopoietic Cell Transplantation.* 3rd ed. Malden, Mass: Blackwell Science Inc, 2004:911-928.
12. SAP- CORA. Estudio Epidemiológico Nacional. Diagnóstico de la necesidad de tratamiento periodontal en adultos de la República Argentina. Sociedad Argentina de Periodontología y Confederación Odontológica de la República Argentina. <http://www.saperiodoncia.org.ar/descargas/Estudio%20Epidemiologico.pdf>
13. The impact of oral disease in New York State. Department of Health Bureau of Dental Health 2006. <http://www.nyhealth.gov>  
[http://www.health.state.ny.us/prevention/dental/docs/impact\\_of\\_oral\\_disease.pdf](http://www.health.state.ny.us/prevention/dental/docs/impact_of_oral_disease.pdf)
14. Tonetti MS, D'Aiuto F, Nibali L, Donald A, Storry C, Parkar M, Suvan J et al. Treatment of periodontitis and endothelial function. *N Engl J Med.* 2007; 356: 911-920.
15. Higashi Y, Goto C, Jitsuiki D, Umemura T, Nishioka K, Hidaka T et al. Periodontal infection is associated with endothelial dysfunction in healthy subjects and hypertensive patients. *Hypertension.* 2008;51: 446-450.
16. Kshirsagar AV, Craig RG, Moss KL, Beck JD, Offenbacher S, Kotanko P et al. Periodontal disease adversely affects the survival of patients with end-stage renal disease. *Kidney Int.* 2009; 75:746-751.
17. Schachinger V, Britten MB, Zeiher AM. Prognostic impact of coronary vasodilator dysfunction on adverse long-term outcome of coronary heart disease. *Circulation.* 2000;101:1899-1906.
18. Novo E, Balaguer J, Jiménez ME, Chaparro M, García Lledó A, Urgel C, et al. Relación de la función endotelial con la aparición de complicaciones coronarias agudas. *Rev Esp Cardiol.* 1998; 51(Supl 5):79-84.
19. Gokce N, Keaney Jr JF, Hunter LM, Watkins MT, Nedeljkovic ZS, Menzoian JO et al. Predictive value of noninvasively determined endothelial dysfunction for long-term cardiovascular events in patients with peripheral vascular disease. *J Am Coll Cardiol.* 2003;41:1769-1775.
20. Loos BG, Craandijk J, Hoek FJ, Wertheim-van Dillen PM van der Velden U. Elevation of systemic markers related to cardiovascular diseases in peripheral blood of periodontitis patients. *J Periodontol.* 2000;71:1528-1534.
21. Noack B, Greco RJ, Trevisan M, Grossi S, Zambon JJ, Nadin E. Periodontal infections contribute to elevated systemic C reactive protein level. *J Periodontol.* 2001;72:1221-1227.
22. Sanada H, Higashi Y, Goto C, Chayama K, Yoshizumi M, Sueda T. Vascular function in patients with lower extremity peripheral arterial disease: a comparison of function in upper and lower extremities. *Atherosclerosis.* 2005;178:179-185.
23. Libby P, Ridker PM, Maseri A. Inflammation and atherosclerosis. *Circulation.* 2002;105:1135-1143.
24. Nicolosi L, Lewin P, Díaz Casale A, Lazzari R, Giglio M. La enfermedad periodontal como factor de riesgo en la cardiopatía isquémica. *Rev. Argent. Cardiol.* 2003;71:250-255.
25. Nicolosi L, Lewin P, Giglio M. Parámetros periodontales en pacientes con cardiopatía isquémica. *RAOA.* 2004;92(2):169-173.
26. Fento lu O, Oz G, Ta\_delen P, Uskun E, Aykaç Y, Bozkurt FY. Periodontal Status in Subjects With Hyperlipidemia. *J Periodontol.* 2009;80(2):267-273.
27. Cairo F, Castellani S, Gori AM, Nieri M, Baldelli G, Abbate R, Pini-Prato GP. Severe periodontitis in young adults is associated with sub-clinical atherosclerosis. *J Clin Periodontol.* 2008;35(6): 465-472.
28. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levinson M et al. Prevention of Infective Endocarditis. Guidelines From the American Heart Association. A Guideline From the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation.* Journal of the American Heart Association. published online Apr 19, 2007: [www.circ.ahajournals.org](http://www.circ.ahajournals.org)
29. Forner L, Larsen T, Kilian M, Holmstrup P. Incidence of bacteriemia after chewing, tooth brushing and scaling in individuals with periodontal inflammation. *J Clin Periodontol.* 2006;33:401-407.
30. Sconyers JR, Crawford JJ, Moriarty JD. Relationship of bacteriemia to tooth brushing in patients with periodontitis. *J Am Dent Assoc.* 1973;87:616-622.
31. Davenport ES, Williams CE, Sterne JA, Murad S, Sivapathasundram V, Curtis MA. Maternal periodontal disease and preterm low birthweight: case-control study. *J Dent Res.* 2002;81(5):313-318.
32. Moore S, Randhawa M, Ide M. A case-control study to investigate an association between adverse pregnancy outcome and periodontal disease. *J Clin Periodontol.* 2005;32(1):1-5.
33. Buduneli N, Baylas H, Buduneli E, Turkoglu O, Kose T, Dahlen G. Periodontal infections and pre-term low birth weight: a case-control study. *J Clin Periodontol.* 2005;32(2):174-181.

34. Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol*. 2006;113(2):135-143.
35. Jeffcoat MK, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Goldenberg RL, Hauth JC. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. *JADA*. 2001;132(7):875-80.
36. Offenbacher S, Lief S, Boggess KA, Murtha AP, Madianos PN, Champagne CME et al. Maternal periodontitis and prematurity, I: obstetric outcome of prematurity and growth restriction. *Ann Periodontol*. 2001;6(1):164-174.
37. Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. *J Dent Res*. 2002;81(1):58-63.
38. Boggess KA, Lief S, Murtha AP, Moss K, Beck J, Offenbacher S. Maternal periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2003;101(2):227-231.
39. Gómez G R, Lozano PO, Quiróz QM. Salud bucal de los dentistas. *Rev ADM*. 2003;60(4):127-129.
40. 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(6):84-89.
41. Hagen JF, Shaw JS, Duncan PM. Eds. 3<sup>rd</sup> ed. Grove Village IL: Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 2008;122(6):1387-1394.
42. Nowak AJ, Warren JJ. Infant oral health and oral habits. *Pediatr Clin North Am*. 2000;47(5):1043-1066.
43. De la Cruz GG, Rozier RG, Slade G. Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics*. 2004;114(5):642-652.
44. Elizondo ML, Lucas G. Correlación entre información, desempeño y actitud de los médicos pediatras sobre la salud bucal y su vinculación con la de sus pacientes. Universidad Nacional del Nordeste Comunicaciones científicas y tecnológicas 2008. [www.unne.edu.ar/investigacion/com2008/M-004.pdf](http://www.unne.edu.ar/investigacion/com2008/M-004.pdf)
45. Ponte E, Tabaj D, Maglione M, Melato M. Diabetes mellitus and oral disease. *Acta diabetol*. 2001;38(2):57-62.
46. Mitchell-Lewis D, Engebretson SP, Chen J, Lamster IB, Papanou PN. Periodontal infections and pre-term birth: early findings from a cohort of young minority women in New York. *Eur J Oral Sci*. 2001;109:34-39.
47. Dasanayake AP, Russell S, Boyd D, Madianos PN, Forster Tornquist, et al. Preterm low birth weight and periodontal disease among African Americans. *Dent Clin North Am*. 2003;47:115-125.
48. Garbero I, Cárdenas B, Ida I. Papel de la enfermedad periodontal en el parto pretérmino de bajo peso. *Periodoncia*. 2001;11:51-58.

#### Dirección para correspondencia

Prof. Méd. Liliana Noemí Nicolosi  
Cátedra de Patología y Clínica Bucodental  
Universidad de Buenos Aires, Facultad de Odontología  
Hospital Odontológico Universitario  
Marcelo T. de Alvear 2142  
(1122) Buenos Aires, Argentina  
Tel.: 54 (11) 4964-1278  
E-mail: [postmast@pcbdl.odon.uba.ar](mailto:postmast@pcbdl.odon.uba.ar)