

Prevalencia de factores etiológicos para extracción en dentición mixta de 5 a 9 años en la clínica UCSG.

Prevalence of etiological factors for extraction in mixed dentition from 5 to 9 years at the UCSG clinic.

Pino Larrea, José Fernando¹; Guadalupe Hernández, Nohelia Carmen²

1. Odontólogo/Especialista en Odontopediatría. Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud. Docente de Odontopediatría de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador. Correo: jfpinol@gmail.com
2. Odontóloga de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador. Correo: noheliacgh96@gmail.com

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El tratamiento de exodoncia en una población puede proporcionar información sobre la prevalencia de la disponibilidad de la atención dental y las actitudes hacia esta. **OBJETIVO:** Establecer la prevalencia de factores etiológicos para extracción de dentición mixta en niños de 5 a 9 años Clínica UCSG. **MATERIALES Y MÉTODOS:** El estudio tiene un enfoque de tipo cuali-cuantitativa, de método descriptivo y de corte transversal. Con una muestra de 50 pacientes pediátricos con dentición mixta de entre 5 a 9 años atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:** El 66.00% de pacientes de sexo femenino y el 34.00% de sexo masculino. El nivel educativo prevalente de las madres fue del 59.38% educación secundaria y de los padres el 75.00%. A pesar de que al parecer las encuestas han sido positivas en temas de alimentación e higiene, los resultados de las motivaciones por las cuales fueron extraídas las piezas dentales fueron por caries en su mayoría, o sea el 65.69% mientras que el 34.31% por otras causas. **CONCLUSIÓN:** La pérdida prematura de los dientes es una razón de gran preocupación para el personal de salud odontológico y para los progenitores de los menores, ya que esto podría reducir los problemas de maloclusión, además de problemas estéticos y psicológicos. Por lo tanto, los odontólogos deben tomar las medidas necesarias para la prevención de las caries, la cual fue la motivación mayor de las extracciones en los menores atendidos en la UCSG.

Palabras claves: extracciones; dentición mixta; caries.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Extraction treatment in a population can provide information on the prevalence of availability dental care and attitudes towards it. **OBJECTIVE:** To establish the prevalence of etiological factors for extraction of mixed dentition in children from 5 to 9 years old UCSG Clinic. **MATERIALS AND METHODS:** the study has a qualitative-quantitative approach, a descriptive and cross-sectional method. With a sample of 50 pediatric patients with mixed dentition between 5 and 9 years of age treated at the Dental Clinic of the Santiago de Guayaquil Catholic University. **ANALYSIS AND DISCUSSION OF RESULTS:** 66.00% of patients were female and 34.00% male. The prevalent educational level of the mothers was 59.38% secondary education and 75.00% of the fathers. Despite the fact that the surveys have apparently been positive on food and hygiene issues, the results of the reasons for which the teeth

were extracted were mostly due to caries, that is, 65.69% while 34.31% for other causes. **CONCLUSION:** The premature loss of teeth is a reason of great concern for dental health personnel and for parents of minors, since this could reduce malocclusion problems, as well as aesthetic and psychological problems. Therefore, dentists must take the necessary measures to prevent cavities, which was the main motivation for extractions in minors treated at UCSG.

Keywords: extractions; mixed dentition; cavities.

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento de exodoncia de una pieza dental en una población puede proporcionar información sobre la prevalencia de la disponibilidad de la atención dental y las actitudes hacia esta. Se han llevado a cabo varios estudios sobre las razones para la extracción de dientes en muchos países.¹

Según distintos estudios, la razón más común de la pérdida prematura de los dientes primarios está más comúnmente asociada con la caries dental.^{2,3} Aunque la prevalencia de caries dental en niños pequeños ha disminuido considerablemente en Mientras que algunas investigaciones aseguran, otras razones pueden incluir trauma, erupción ectópica, trastornos congénitos y deficiencias en la longitud del arco que provocan la reabsorción de los dientes primarios.⁴ La pérdida de dientes primarios permanentes.⁵

Considerando lo antes mencionado, otros autores, indican que, la extracción debido a traumas, en particular las caídas accidentales y el overjet superior a 3 mm tienen dos veces y media más riesgo en comparación con las personas que tienen un overjet normal.^{6,7}

En el 2022, algunos autores aseguraron que la extracción prematura, puede afectar la fonación de los niños, causando distorsión del habla. Por otra parte, aseguran la pérdida prematura de dientes en los niños, especialmente cuando el niño pierde los dientes anteriores, conllevarían problemas psicosociales, de la calidad de vida, la estética y la vida social de los niños.^{8,9}

Acorde a un estudio del 2012 de Chhabra & Chhabra, los autores aseguraron que el acceso a la atención de la salud bucodental es muy limitado, especialmente en los niños de zonas rurales. También se cree que los dientes primarios no necesitan tratamiento ya que los dientes nuevos erupcionarán automáticamente y puede atribuirse al hecho de que los padres carecen de educación y actitud hacia el tratamiento dental en los dientes primarios.¹⁰

En un estudio realizado en las escuelas gubernamentales en Barwala, se encontró que las principales limitaciones eran el bajo acceso a la atención de la salud bucal, la falta de educación y la actitud de los niños y los padres hacia la salud bucal. Por lo que sugirieron que es obligatorio brindar educación en salud bucal entre los escolares y los padres.⁹

Según una investigación del 2022, afirman que la pérdida prematura a menudo, requieren un tratamiento de ortodoncia, como los mantenedores de espacio.⁸

A pesar de la relativa abundancia de estudios que documentan las razones para la extracción de dientes permanentes, existe poca información que describa las razones para la extracción de dientes primarios y el tipo de diente extraído. Con el fin de desarrollar estrategias para el futuro para la reducción de la pérdida de dientes, es importante comprender los factores que conducen a dicha pérdida y las contribuciones relativas de la caries, la enfermedad periodontal, el trauma y las consideraciones de ortodoncia. El propósito de este estudio es establecer la prevalencia de factores etiológicos para extracción de dentición mixta en niños de 5 a 9 años Clínica UCSG.

MATERIALES Y MÉTODOS:

La presente investigación tiene un enfoque de tipo cuali-cuantitativa, de método descriptivo y de corte transversal. Se ha realizado mediante la recolección de datos en pacientes pediátricos de la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

El universo estuvo compuesto por 60 pacientes, de los cuales algunos se prescindieron porque no cumplían con los criterios de inclusión y de exclusión. Así, se pudo obtener una muestra de 50 pacientes pediátricos con dentición mixta de entre 5 a 9 años.

Previamente a la recolección de datos, se realizó el consentimiento informado el cual fue firmado y aprobado por los padres o tutores de los pacientes pediátricos.

La hoja de registro en donde fue posible recolectar la muestra estuvo dividida acorde a las variables de interés las cuales son:

1. Educación de los progenitores o tutores.
2. Estado socio económico de los progenitores o tutores.
3. Alimentación e higiene de los menores.
4. Conocimiento de los padres o tutores.
5. Diagnóstico dental.

Por lo cual, se utilizaron indicadores para obtener una mejor resolución en cuanto a los resultados.

En primer lugar, se indicaron los datos personales del paciente: edad y sexo, posteriormente los datos inherentes a los Padres o Tutores.

El nivel de educación de la madre, padre o tutor: educación inicial educación primaria, educación secundaria y educación superior.

El estado socioeconómico de la madre, padre o tutor: alto, medio y bajo.

El conocimiento de los hábitos de alimentación e higiene del menor previo a la extracción, como lo son: si el menor realiza o no las tres comidas principales. Cuántas veces al día en la semana consume su hijo/a alimentos no saludables como: golosinas, empaquetados, comidas azucaradas. Con qué endulza las bebidas que consume. Con qué frecuencia el menor asiste a visitas odontológicas. Hace cuánto tiempo fue la última cita odontológica del menor y la motivación. Cuántas veces al día el menor se cepilla los dientes, si utiliza hilo dental o si utiliza enjuague bucal.

El conocimiento de los padres o tutores, si ellos consideran que la alimentación de su hijo/a influye sobre la aparición de caries. Si consideran que son importantes las visitas odontológicas como método de prevención para su hijo/a y, por último, si mientras el menor realiza la higiene bucal en casa ellos lo supervisan.

Otro ítem importante son las piezas extraídas y el diagnóstico por el cual el diente fue extraído:

- Piezas dentales para extracción por caries.
- Piezas dentales para extracción por otras causas.

Las estadísticas fueron realizadas mediante la tabulación de los datos, en Microsoft Office -Excel, en Base Spss ver 26.

RESULTADOS:

Los resultados del estudio fueron 50 pacientes pediátricos de 5 a 9 años atendidos en la clínica odontológica de la UCSG, de los cuales 33 (66.00%) de sexo femenino y 17 (34.00%) de sexo masculino. Con lo que refiere a la edad mínima fue de 5 años, la máxima de 9, dando un promedio de 7.66. El *nivel educativo* fue dividido en madre, padre y tutor. Ninguno de los antes mencionados tenía solo educación inicial. En cuando a la educación primaria, las

madres fueron 7 (21.88%), los padres 5 (17.86%) y los tutores 1 (5.56%). Por otro lado, las madres tuvieron 19 (59.38%) educación secundaria, los padres 21 (75.00%) y los tutores 7 (38.89%). En lo referente a la educación superior, las madres que la tenían fueron 6 (18.75%), los padres 2 (7.14%) y los tutores tuvieron el valor más alto con 18 (55.56%). **Gráfico 1**

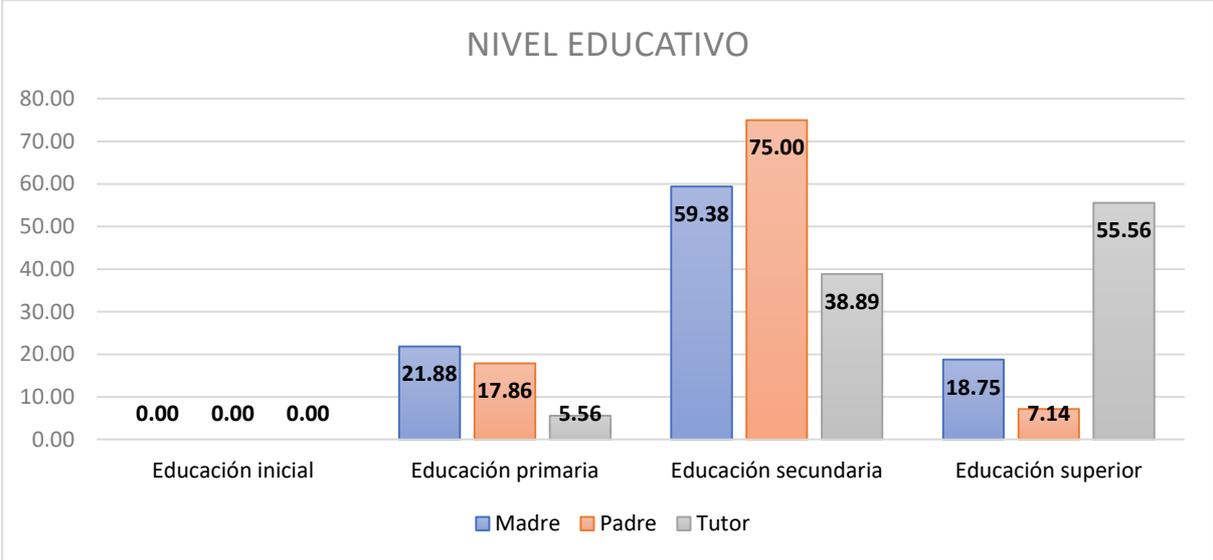


Gráfico 2: Nivel Educativo de progenitores o tutores.

Por otra parte, también se analizó el *estado socioeconómico* de las madres, padres y tutores. Siendo los resultados los siguientes: en cuanto al nivel alto se obtuvo solo 1 (5.56%) tutor, mientras madres y padres no hubo ninguno con este estado socioeconómico. En el nivel medio las madres fueron 21 (65.63%), los padres 17 (60.71 %) y los tutores 15 (83.33%). Y en el nivel bajo 11 (34.38%) respectivamente por madre y padre, y del tutor fueron 2 (11.11%). **Gráfico 2**

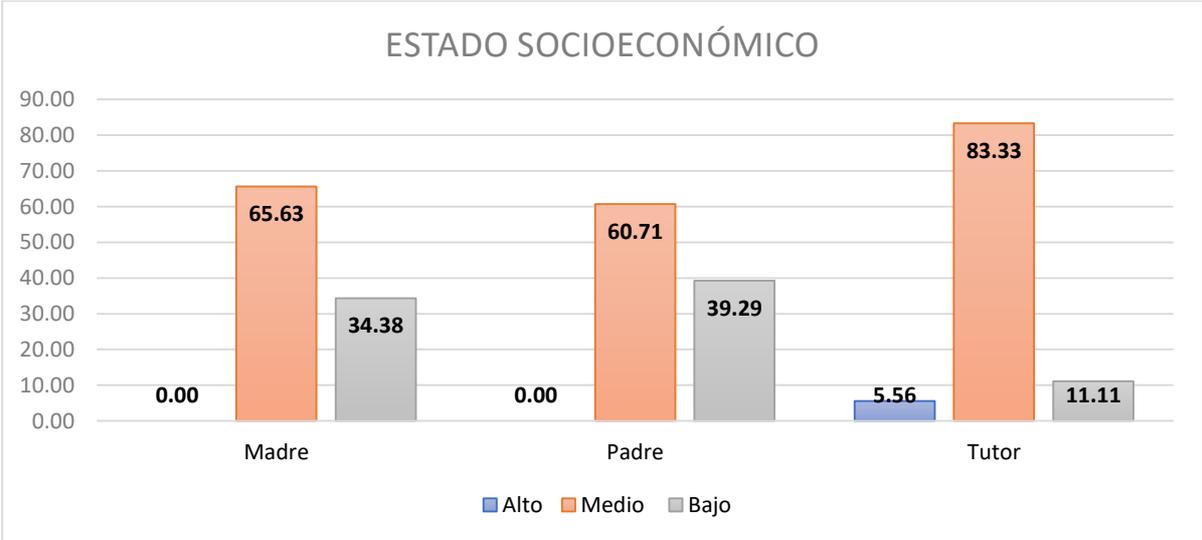


Gráfico 3: Estado socioeconómico de los progenitores o tutores.

Posteriormente se analizó el *conocimiento de los hábitos del menor previo a la extracción*. La primera pregunta fue *si el menor realiza las tres comidas principales* a los cuales 45 (90.00%) respondieron Si y 5 (10.10%) respondieron No. La segunda pregunta fue, *cuántas veces al día en la semana consume su hijo/a alimentos no*

saludables, a lo cual respondieron, 25 (50.00%) 2 veces, 17 (34.00%) 3 veces o más, 8 (16.00%) 1 vez y 0 (0.00%) ninguna. Posteriormente, se le pregunto con *qué producto endulza las bebidas que consumen el menor*, por lo que respondieron azúcar refinada 48 (96.00%), 2 (4.00%) respondieron Panela o miel y 0 (0.00%) Stevia. **Tabla 1**

Luego, se les preguntó con *qué frecuencia el menor asiste a visitas odontológicas*, indicando que 21 (42.00%) 2 veces al año, 16 (32.00%) 1 vez al año, 7 (14.00%) solo cuando siente dolor y 6 (12.00%) nunca. **Tabla 1**

A la pregunta *hace cuánto tiempo y por cuales motivación han llevado al menor al odontólogo*, por lo que refiere al *tiempo* respondieron: 24 (48.00%) hace más de 1 año, 9 (18.88%) hace 6 meses y hace 1 año respectivamente y 4 (8.00%) hace 3 meses y ninguna respuesta por cada uno. En referencia a las *motivaciones*, indicaron que: 37 (74.00%) fue por curaciones, 5 (10.00%) por extracciones, 4 (8.00%) por profilaxis y flúor, también 4 (8.00%) no dieron ninguna respuesta. Y 0 (0.00%) no llevaron al pacientes por visitas ortodónticas. **Tabla 1**

En cuanto a la higiene se realizaron 3 preguntas: con relación a la *frecuencia del cepillado*, 33 (66.00%) respondieron 2 veces, 13 (26.00%) 3 veces, 4 (8.00%) 1 vez y 0 (0.00%) ninguna. A cerca del *uso del hilo dental*, ninguna paciente ha hecho uso del hilo dental 0 (0.00%). Y en consideración al *uso de enjuague bucal* solo 2 (4.00%) indicaron que Si mientras el 48 (96.00%) No. **Tabla 1**

Tabla 1: Conocimiento de hábitos de los pacientes previo a las exodoncias.

CONOCIMIENTO DE LOS HÁBITOS DEL MENOR PREVIO A LA EXTRACCIÓN		
	n	%
El menor realiza o no las tres comidas principales		
Si	45	90,00
No	5	10,00
Total	50	100
Cuántas veces al día en la semana consume su hijo/a alimentos no saludables		
Ninguna	0	0
1 vez	8	16,00
2 veces	25	50,00
3 veces o más	17	34,00
Total	50	100
Con que endulza las bebidas que consume el menor		
	n	%
Azúcar refinada	48	96,00
Panela o miel	2	4,00
Stevia	0	0
Total	50	100
Con qué frecuencia el menor asiste a visitas odontológicas		
	n	%
Nunca	6	12
1 vez al año	16	32
2 veces al año	21	42
Solo cuando siente dolor	7	14
Total	50	100
Hace cuánto tiempo fue la última cita odontológica del menor y la motivación		

Tiempo		
Hace 3 meses	4	8
Hace 6 meses	9	18
Hace 1 año	9	18
Más de 1 año	24	48
Ninguna respuesta	4	8
Total	50	100
Motivación		
Profilaxis y flúor	4	8
Extracciones	5	10
Ortodoncia	0	0
Curaciones	37	74
Ninguna respuesta	4	8
Total	50	100
Frecuencia de Cepillado		
Ninguna	0	0
1 vez	4	8
2 veces	33	66
3 veces	13	26
Total	50	100
Uso de Hilo dental		
Si	0	0
No	50	100
Total	50	100
Uso de Enjuague bucal		
Si	2	4
No	48	96
Total	50	100

Respecto al conocimiento de los padres o tutores, se realizaron 3 preguntas. La primera fue acerca si piensan que existe una influencia entre la alimentación y las caries a los cuales 47 (94.00%) respondieron si y 3 (6.00%) no. La segunda fue si creen en la importancia de las visitas odontológicas, a lo cual 49 (98.00%) indicaron que Si y 1 (2.00%) No. Y la tercera pregunta fue si realizan o no la higiene bucal juntamente con el menor, a lo cual 26 (52.00%) respondieron Si y 24 (48.00%) que No. **Gráfico 3**



Gráfico 4: Conocimiento de los padres o tutores.

En cuanto a las piezas dentales y el diagnóstico por las cuales fueron extraídas, los resultados se dividieron en dos partes.

Las piezas dentales exodonciadas por caries dieron como resultado, 11 (16.42%) fueron exodonciadas en la pieza 64, 10 (14.93%) fueron extraídas en las piezas 84 y 85, 8 (11.94%) en las piezas 54 y 65. De las pieza 75 fueron 6 (8.96%) y de las 74 5 (7.46%), de la 55 3(4.48%), la pieza 82 y 46 2 (2.99%) y de las piezas 53 y 83 1 (1.49%). **Tabla 2**

En la segunda parte, se determinaron *otras causas por las cuales fueron extraídas las piezas*, dando como resultado, 9 (25.71%) por necrosis pulpar, 5 (14.29%) por diente temporario persistente y resto radicular respectivamente, 4 (11.43%) por movilidad fisiológica y reabsorción patológica de los dientes. Por fractura coronaria fueron 3 (8.57%), 2 (5.71%) por movilidad de rizólisis y perdida prematura de las piezas y 1 (2.86%) por movilidad dentaria. **Tabla 2**

Dando un total de 102 piezas dentales extraídas entre dientes deciduos y permanentes. **Tabla 2**

Tabla 2: Piezas dentales y diagnóstico de extracción.

PIEZAS DENTALES Y DIAGNÓSTICO		
Piezas dentales exodonciadas por caries	N	%
53	1	1,49
54	8	11,94
55	3	4,48
64	11	16,42
65	8	11,94
74	5	7,46
75	6	8,96
82	2	2,99
83	1	1,49
84	10	14,93
85	10	14,93
46	2	2,99
Total	67	65.69%
Diagnóstico de perdida dental por otras causas	n	%
Movilidad dentaria	1	2,86
Movilidad fisiológica	4	11,43
Movilidad de Rizólisis	2	5,71
Diente temporario persistente	5	14,29
Fractura coronaria	3	8,57
Necrosis Pulpar	9	25,71
Resto Radicular	5	14,29
Reabsorción Patológica de los Dientes	4	11,43
Perdida Prematura de piezas	2	5,71
Total	35	34,31
TOTAL DE PIEZAS EXTRAIDAS	102	100,00

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:

De acuerdo con el análisis de los resultados hubo el 66.00% de pacientes de sexo femenino y el 34.00% de sexo masculino. Como en el estudio de Shaffer et al, el cual

indica que se han observado disparidades de sexo en pacientes afectados por caries dental en muchas poblaciones, y las mujeres suelen presentar una mayor prevalencia y más dientes afectados.¹¹ El nivel educativo prevalente de las madres fue del 59.38% educación secundaria y de los padres el 75.00%. Mientras que, el 55.56% de los tutores tuvieron una educación superior. Por otro lado, igualmente se analizó el estado socioeconómico, el 65.63% fue nivel medio para las madres, asimismo el 60.71% para los padres y el 83.33% los tutores. La importancia de los niveles educacionales y socioeconómicos de los padres se destaca en el estudio de Saldūnaitė et al, el cual afirma que los padres con un alto nivel educativo y unos ingresos suficientes prestan mayor atención al cuidado dental de los niños y a mantener sus dientes sanos.¹² De la misma forma, en el estudio de Chi et al, se encontró que los niños de familias de bajos ingresos y en el grupo de edad de 5 a 19 años tenían el doble de probabilidades de tener caries en los dientes en comparación con los niños de hogares de mayores ingresos.¹³ Consecutivamente se estudió si el menor realiza las tres comidas principales, lo cual obtuvo un resultado positivo con el 89.80% que indicaron que sí. Por otra parte, en cuanto al consumo de alimentos no saludables, el 48.98% respondió que los menores comen estos alimentos 2 veces al día. Ulteriormente, el 96.00% indicó que el producto con el que endulza las bebidas que consumen el menor es el azúcar refinada. En el estudio de Marqués-Martínez et al, advierten que los niños que muestran mejores prácticas alimentarias tienen menos probabilidades de sufrir caries graves que aquellos que siguen una dieta rica en azúcares.¹⁴ Por lo que refiere las visitas odontológicas del menor, el 42.00% indicó que lo llevaban 2 veces al año y el 32.00% 1 vez al año. En cuanto a cuánto tiempo llevaron al paciente a atenderse con el odontólogo el 48% respondió que hace un 1 año y la razón en un 74.00% fue por motivos de curaciones. Es fundamental destacar la importancia de las citas odontológicas así como lo menciona, Acs et al, que encontró que los padres de niños sometidos a rehabilitación oral bajo anestesia general informaron mejoras en la calidad de vida de sus hijos, que incluyen: mejora general en la salud de sus hijos; reducción del dolor; capacidad mejorada para comer; y una mejor capacidad para dormir.¹⁵ Con referencia a la frecuencia del cepillado el 66.00% respondieron que los pacientes se cepillan 2 veces al día los dientes. A diferencia del uso del hilo dental, el cual no es usado por ninguno y el enjuague bucal lo usan solo el 4.00%. Así como lo confirma Kaczmarek et al, el cual informa que una higiene bucal adecuada y el suministro de flúor son factores protectores importantes.¹⁶ Al contrario de Szczepańska et al, el cual realizó un estudio en Polonia, recomienda el uso de enjuagues bucales con flúor en la prevención domiciliaria en niños menores de 6 años además que el uso de hilo dental no se recomienda antes de los niños de 8 a 10 años.¹⁷ Según el estudio el 94.00% de los padres está consciente de que existe una influencia entre la alimentación y las caries a los cuales, asimismo, el 98% cree en la importancia de las visitas odontológicas, en vez a la pregunta si realizan o no la higiene bucal juntamente con el menor, el 52.00% respondieron que sí. Los estudios de Toumba et al, aseguran que las prácticas de higiene bucal no deben iniciarse más tarde de la aparición del primer diente temporal.¹⁸ Según algunas recomendaciones, del estudio de Kaczmarek et al, es el padre o cuidador quien debe cepillar los dientes del niño hasta que éste cumpla los 8 años.¹⁶ También se recomienda ayudar o supervisar las prácticas de cepillado de dientes en niños de hasta 7 años.¹⁸ A pesar de que al parecer las encuestas han sido positivas en temas de alimentación e higiene, los resultados de las motivaciones por las cuales fueron extraídas las piezas dentales fueron por caries en su mayoría o sea el 65.69% mientras que el 34.31% por otras causas. Así como se corrobora en el estudio de Bansal et al, en el cual se encontró que el principal motivo de extracción de dientes fue la caries (64,3%).⁹ En otro estudio, de Alsheneifi & Hughes, en el cual se estudiaron 2000 fichas clínicas de menores de

edad, dio como resultado en primer lugar, que la causa más común de extracción fue la caries y la patología pulpar resultante, lo cual coincide con el presente estudio.¹⁹ Otros autores aseguran que, los niños con dientes descoloridos, faltantes o dañados a menudo se vuelven conscientes de su apariencia, lo que los hace vulnerables al deterioro psicosocial debido a la vacilación a la hora de interactuar con los demás.²⁰

CONCLUSIONES:

La pérdida prematura de los dientes es una razón de gran preocupación para el personal de salud odontológico y para los progenitores de los menores, ya que esto podría reducir los problemas de maloclusión, además de problemas estéticos y psicológicos. Por lo tanto, los odontólogos deben tomar las medidas necesarias para la prevención de las caries, la cual fue la motivación mayor de las extracciones en los menores atendidos en la UCSG.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Tariq Alsheneifi BDS, Christopher V. Hughes DMD, PhD. Reasons for dental extractions in children. *American Academy of Pediatric Dentistry*. 2001;23:109-12.
2. Brothwell DJ. Guidelines on the use of space maintainers following premature loss of primary teeth. *J Can Dent Assoc*. 1997;63:753, 757-60, 764-6.
3. Ngan P, Alkire RG, Fields H. Management of space problems in the primary and mixed dentitions. *J Am Dent Assoc* 1939. 1999;130:1330-9.
4. Owen DG. The incidence and nature of space closure following the premature extraction of deciduous teeth: a literature study. *Am J Orthod*. 1971;59:37-49.
5. Pedersen J, Stensgaard K, Melsen B. Prevalence of malocclusion in relation to premature loss of primary teeth. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1978;6:204-9.
6. Cavalcanti AL, Bezerra PKM, de Alencar CRB, Moura C. Traumatic anterior dental injuries in 7- to 12-year-old Brazilian children. *Dent Traumatol Off Publ Int Assoc Dent Traumatol*. 2009;25:198-202.
7. Altun C, Ozen B, Esenlik E, Guven G, Gürbüz T, Acikel C, et al. Traumatic injuries to permanent teeth in Turkish children, Ankara. *Dent Traumatol Off Publ Int Assoc Dent Traumatol*. 2009;25:309-13.
8. Spodzieja K, Olczak-Kowalczyk D. Premature Loss of Deciduous Teeth as a Symptom of Systemic Disease: A Narrative Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:3386.
9. Bansal M, Gupta N, Gupta P, Arora V, Thakar S. Reasons for extraction in primary teeth among 5-12 years school children in Haryana, India- A cross-sectional study. *J Clin Exp Dent*. 2017;9:e545-9.
10. Chhabra, N., Chhabra, A. Parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool children in an Indian population: a quantitative study. *European Academy of Paediatric Dentistry*. 2012;13:76-82.
11. Shaffer JR, Leslie EJ, Feingold E, Govil M, McNeil DW, Crout RJ, et al. Caries Experience Differs between Females and Males across Age Groups in Northern Appalachia. *Int J Dent*. 2015;2015:938213.
12. Saldūnaitė K, Bendoraitienė EA, Slabšinskienė E, Vasiliauskienė I, Andruškevičienė V, Zūbienė J. The role of parental education and socioeconomic status in dental caries prevention among Lithuanian children. *Medicina (Mex)*. 2014;50:156-61.
13. Chi DL, Masterson EE, Carle AC, Mancl LA, Coldwell SE. Socioeconomic Status, Food Security, and Dental Caries in US Children: Mediation Analyses of Data From the National Health and Nutrition Examination Survey, 2007–2008. *Am J Public Health*. 2014;104:860-4.

14. Marqués-Martínez L, Pérez-Bermejo M, Lairón-Peris AR, Guinot-Barona C, Borrell-García C, García-Miralles E. Association between the Severity of Dental Caries and the Degree of Adherence to the Mediterranean Diet in the Pediatric Population. *Nutrients*. 2022;14:3622.
15. Acs G, Pretzer S, Foley M, Ng MW. Perceived outcomes and parental satisfaction following dental rehabilitation under general anesthesia. *Pediatr Dent*. 2001;23:419-23.
16. Kaczmarek U, Jackowska T, Mielnik-Błaszczak M, Jurczak A, Olczak-Kowalczyk D. Indywidualna profilaktyka fluorkowa u dzieci i młodzieży – rekomendacje polskich ekspertów. *Nowa Stomatol* [Internet]. 2019 [citado 25 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://www.czytelniamedyczna.pl/6714,individualised-caries-prevention-with-fluoride-in-children-and-adolescents-reco.html>
17. Szczepańska J, Hilt, Daszkowska, Marczuk-Kolada. Zalecenia w zakresie higieny jamy ustnej dla dzieci i młodzieży w kolejnych grupach wiekowych [Internet]. 2014. Disponible en: https://ptsd.net.pl/wp-content/uploads/2017/05/Zalecenia_w_zakresie_higieny_jamy_ustnej_dla_dzieci_i_mlodziemy_w_kolejnych_grupach_wiekowych.pdf
18. Toumba KJ, Twetman S, Splieth C, Parnell C, van Loveren C, Lygidakis NA. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent*. 2019;20:507-16.
19. Alsheneifi T, Hughes C. Reasons for dental extractions in children. *Pediatric Dentistry*. 2001;23:109-12.
20. Cunnion DT, Spiro A, Jones JA, Rich SE, Papageorgiou CP, Tate A, et al. Pediatric Oral Health-related Quality of Life Improvement after Treatment of Early Childhood Caries: A Prospective Multisite Study. *J Dent Child Chic Ill*. 2010;77:4-11.