



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

**“CRIES DE APARICIÓN TEMPRANA EN RELACIÓN CON EL
TIPO DE ALIMENTACIÓN EN NIÑOS QUE ACUDEN AL CLAS
CARMEN ALTO - AYACUCHO 2020”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR

Bach. GUTIERREZ HURTADO, DORIS STEFANY

<https://orcid.org/0000-0002-7597-7495>

ASESORA:

Mg. DE LA PAZ AYALA, GUILIANA MELISA

<https://orcid.org/0000-0003-0926-4515>

**AYACUCHO-PERÚ
2022**

Dirigido al todopoderoso del cual recibo guía para hacer el bien, brindarme fuerza para perseverar, afrontar y prosperar frente a las adversidades que se presentaría a día, dejándome la enseñanza principal del valor de la perseverancia.

A mis padres, Freddy Alfonso Gutiérrez Hurtado y María Antonia Hurtado Sacsa, por su apoyo, consejo, comprensión, amor, en los momentos difíciles y por ayudarme con los recursos necesarios para culminar mis estudios, pues sin ellos no lo había logrado, a mi motor y motivo mi hija Caetana Domenica, a mi compañero de vida, mi novio Alexis Vasquez Carrasco por sus palabras de aliento y comprensión, por sus consejos del día a día y por su apoyo y amor incondicional, a mi hermano Alex Gutiérrez Hurtado de cuya compañía y apoyo es principal motivación para sobresalir personal y profesionalmente.

A mis padres y familiares por comprender y estimularme constantemente, también a su apoyo emocional y económico para la realización del presente proyecto.

ÍNDICE

| | |
|-------------------------|-----|
| Dedicatoria..... | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Índice | iv |
| Índice de tablas | vi |
| Índice de gráficos..... | vii |
| Índice de figuras | vii |
| Resumen | ix |
| Abstract..... | x |
| Introducción..... | xi |

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

| | |
|---|----|
| 1.1 Descripción de la realidad problemática | 13 |
| 1.2 Formulación del problema | 14 |
| 1.2.1 Problema principal..... | 14 |
| 1.2.2 Problemas secundarios | 14 |
| 1.3 Objetivos de la investigación | 14 |
| 1.3.1 Objetivo principal..... | 15 |
| 1.3.2 Objetivos secundarios..... | 15 |
| 1.4 Justificación de la investigación..... | 15 |
| 1.4.1 Importancia de la investigación | 16 |
| 1.4.2 Viabilidad de la investigación | 16 |
| 1.5 Limitaciones del estudio | 16 |

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| 2.1 Antecedentes de la investigación | 17 |
| 2.1.1 Internacionales..... | 17 |
| 2.1.2 Nacionales | 18 |
| 2.2 Bases teóricas | 19 |
| 2.3 Definición de términos básicos | 27 |

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

| | | |
|-------|---|----|
| 3.1 | Formulación de hipótesis principal y específicas..... | 28 |
| 3.2 | Variables | 28 |
| 3.2.1 | Definición de las variables | 28 |

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

| | | |
|-----|---|----|
| 4.1 | Diseño metodológico | 30 |
| 4.2 | Diseño muestral..... | 30 |
| 4.3 | Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 32 |
| 4.4 | Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información | 33 |
| 4.5 | Aspectos éticos..... | 34 |

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

| | | |
|-----|---------------------------------|----|
| 5.1 | Análisis descriptivo..... | 35 |
| 5.2 | Análisis inferencial..... | 35 |
| 5.3 | Comprobación de hipótesis | 35 |
| 5.4 | Discusión..... | 56 |

| | |
|---------------------------|-----------|
| CONCLUSIONES | 58 |
|---------------------------|-----------|

| | |
|------------------------------|-----------|
| RECOMENDACIONES | 59 |
|------------------------------|-----------|

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 60 |
|-------------------------------------|-----------|

ANEXOS

ANEXO N° 1: Constancia de recolección de datos

ANEXO N° 2: Carta de presentación

ANEXO N° 3: Consentimiento informado

ANEXO N° 4: Ficha clínica

ANEXO N° 5: Ficha de validación del instrumento mediante juicio de expertosANEXO N°

6: Fotografías de la recolección de datos

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla N° 1. Relación entre la caries de aparición temprana y el tipo de alimentación en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020 | 38 |
| Tabla N° 2 - A. Severidad de la caries de aparición temprana (arcada superior) en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020 | 40 |
| Tabla N° 2 - B. Severidad de la caries de aparición temprana (arcada inferior) en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020 | 42 |
| Tabla N° 3 - A. Severidad de la caries de aparición temprana (arcada superior), según el sexo, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020 | 44 |
| Tabla N° 3 - B. Severidad de la caries de aparición temprana (arcada inferior), según el sexo, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020 | 47 |
| Tabla N° 4 - A. Severidad de la caries de aparición temprana (arcada superior), según la edad, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020 | 50 |
| Tabla N° 4 - B. Severidad de la caries de aparición temprana (arcada inferior), según la edad, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020 | 53 |
| Tabla N° 5. Tipo de alimentación durante el primer semestre de vida en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020 | 56 |
| Tabla N° 6. Tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, según el sexo, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020 | 57 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico N° 1. Relación entre la caries de aparición temprana y el tipo de alimentación en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020 | 39 |
| Gráfico N° 2. Tipo de alimentación durante el primer semestre de vida en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020 | 56 |
| Gráfico N° 3. Tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, según el sexo, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020 | 57 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura N° 1. Instalaciones del Clas donde se realizó la recolección de datos..... | 77 |
| Figura N° 2. Explicación de la investigación y toma de datos sobre el tipo de alimentación..... | 77 |
| Figura N° 3. Explicación de la investigación y toma de datos sobre el tipo de alimentación..... | 78 |
| Figura N° 4. Explicación de la investigación y toma de datos sobre el tipo de alimentación..... | 79 |

RESUMEN

En el presente estudio se estableció la relación de la aparición prematura de caries dental y el tipo de alimentación en infantes que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

Método aplicado: se estudió detenidamente de clase básica además de no experimental, diseño transversal y prospectivo. La cantidad estudiada está constituida por 89 niños y sus madres, que además cumplieron con los criterios de selección. La clase de muestra empleada fue de probabilidad aleatoria. La técnica empleada para la recolección de datos fue la observación, empleando una ficha clínica para la detección y valoración de caries dental.

Resultados: el 19,1% (17) presentaron un cambio detectable en esmalte en la pieza 55, el 18,0% (16) en la pieza 54, el 2,2% (2) en la pieza 53, el 7,9% (7) en la pieza 52, el 23,6% (21) en la pieza 51, el 20,2% (18) en la pieza 61, el 4,5% (4) en la pieza 62, el 3,4% (3) en la pieza 63, el 23,6% (21) en la pieza 64 y el 13,5% (12) en la pieza 65. El 23,6% (21) presentaron un cambio detectable en esmalte en la pieza 75, el 37,1% (33) en la pieza 74, el 7,9% (7) en la pieza 73, el 10,1% (9) en la pieza 72, el 16,9% (15) en la pieza 71, el 15,7% (14) en la pieza 81, el 10,1% (9) en la pieza 82, el 7,9% (7) en la pieza 83, el 27,0% (24) en la pieza 84 y el 25,8% (23) en la pieza 85. El 51,7% presentaron lactancia materna, el 40,4% lactancia mixta y el 7,9% lactancia artificial. El 100% (7) tuvieron como hábito la lactancia artificial, el 100% (36) lactancia mixta y el 97,8% (45) lactancia materna; en todos los casos presentaron caries de aparición temprana. No existe relación entre la caries de aparición temprana y el tipo de alimentación en niños ($p=0,623$); así como entre el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida y el sexo ($p=0,378$). Inexistencia relacional a razón de la gravedad de caries de prematura aparición (arcada superior e inferior) y el sexo ($p>0,05$). No existe relación entre la severidad de caries de aparición temprana (arcada superior e inferior) y la edad ($p>0,05$); excepto las piezas 55 y 71 en las cuales si se obtuvo una relación de ambas variables ($p<0,05$).

Palabras claves: caries de aparición temprana, severidad de caries dental, tipo de alimentación, primer semestre de vida

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between early-onset caries and the type of diet in children who attend the CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020. Methodology: a basic and non-experimental research was carried out, descriptive, prospective design and transversal, correlational level. The sample consisted of 89 children and their mothers, who also met the selection criteria. The type of sampling used was simple random probability. The technique used for data collection was observation, using a clinical record for the detection and assessment of dental caries. Results: 19.1% (17) presented a detectable change in enamel in piece 55, 18.0% (16) in piece 54, 2.2% (2) in piece 53, 7, 9% (7) in piece 52, 23.6% (21) in piece 51, 20.2% (18) in piece 61, 4.5% (4) in piece 62, the 3.4% (3) in piece 63, 23.6% (21) in piece 64 and 13.5% (12) in piece 65. 23.6% (21) presented a detectable change in enamel in piece 75, 37.1% (33) in piece 74, 7.9% (7) in piece 73, 10.1% (9) in piece 72, 16.9% (15) in piece 71, 15.7% (14) in piece 81, 10.1% (9) in piece 82, 7.9% (7) in piece 83, 27.0% (24) in piece 84 and 25.8% (23) in piece 85. 51.7% presented breastfeeding, 40.4% mixed lactation and 7.9% artificial lactation. 100% (7) had the habit of artificial lactation, 100% (36) mixed lactation and 97.8% (45) breastfeeding; in all cases they presented early-onset caries. There is no relationship between early-onset caries and the type of diet in children ($p = 0.623$); as well as between the type of diet during the first semester of life and sex ($p = 0.378$). There is no relationship between the severity of early-onset caries (upper and lower arch) and sex ($p > 0.05$). There is no relationship between the severity of early-onset caries (upper and lower arch) and age ($p > 0.05$); Except for pieces 55 and 71 in which a relationship of both variables was obtained ($p < 0.05$).

Key words: early-onset caries, severity of dental caries, type of diet, first semester of life

INTRODUCCIÓN

El hallazgo de desbalance a razón de la substancia dental y el fluido de placa cortante lleva a cabo a la caries dental; dicha enfermedad resulta crónica en pequeños niños, es incluso en gran medida más común que el asma, la fiebre e incluso más común que la bronquitis crónica^{1, 2}.

La OMS o también conocida como la Organización Mundial de la Salud define a la enfermedad dental como aquel proceso ubicado de indistintos factores que empieza posterior a la erupción en dientes, determina reblandecimiento del tejido con dureza del diente que incluso puede transformarse en una cavidad. Si no es tratado con antelación puede afectar a su salud en general además de afectar la calidad de vida de las personas³⁻⁵. La enfermedad dental conocida como caries además del mal periodontal, conforman en gran medida de morbilidad de los dientes a lo largo de la vida de una persona. No distingue edad, sexo o raza para ser afectados; cuya presencia mayoritaria en personas cuyo nivel social y económico es bajo. Dicha situación está relacionada directamente con un nivel educacional bajo, habita frecuentemente al consumir alimentos con abundante sacarosa entre los alimentos y periódicamente estos están en la boca⁶⁻⁸.

Gracias a informes de epidemias biológicas, la existencia de caries en infentes a muy temprana edad se da en alrededor de 70% en estados con el desarrollo de entre 1% y 12% desarrollados⁹. La enfermedad en infentes a temprana edad va relacionada a indistintos signos de caries en cuanto a niños con edad menor de 6 años, puede desarrollarse rápidamente, la cual afecta objetivamente a los dientes superiores además de los molares, se parece a la caries coronal primaria o también llama por su siglas ECC (Early Childhoos Caries), lo cual en el castellano significa Caries de Infancia Temprana, se entiende como la detección de uno o varios dientes en mal estado, perdidos, o indistinta obtura superficie en cualquiera sea el diente principal en los infentes preescolares desde que nacen hasta los 71 meses de nacido¹⁰.

De las causantes que se asocian al nacimiento de la caries en los dientes a temprana edad se hallan a razón de dietéticos y de ambiente. Dentro de los

dietéticos están incluidos los hábitos no correctos de lactancia, cuando se usa el biberón repentinamente con contenido de leche y que contenga líquidos azucarados cuando se acuesta. Cuando se acuesta el niño, el líquido es depositado objetivamente en la dentadura superior que se convierte en medio principal para que se desarrollen los microorganismos ácido génicos, momentos en los que la saliva es menor es por eso que se empieza un proceso de desmineralización del esmalte^{7, 8}. Se les reconoce así también como causantes ambientales a el decadente nivel educativo existente, la falta de hábitos higiénicos y la escases de poder acceder a servicios sanitarios entre otros^{6, 8, 11}.

Cabe mencionar la importancia del uso del biberón el cual se reconoce como una dificultad dentro de la salud de las personas por la Academia Americana de Pediatría Dental, el cual dice que la enfermedad del lactante está representado en niños de entre 10 y 48 meses de nacido. Informes científicos comprobados llegan a la conclusión de que el uso del biberón incrementa el riesgo que se da para la obtención de caries^{7, 8}.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El líquido materno conocido comúnmente como leche es una mezcla coloidal extensa llena de proteína, azúcares, minerales y otros componentes, que sirve como alimento esencial de los bebés durante sus primeros meses de nacido, pero es fundamental conocer que las variabilidades de leche, que incluyen la materna, tienen porcentaje potencial de caries, al ingresar la leche a la cavidad bucal, comienza la producción fermentada de carbohidratos lo cual por consiguiente se forma ácidos, esto ocasiona el descenso de pH, lo que puede ocasionar la desmineralización del esmalte dental¹².

Por su parte, al existir caries en infantes tiene consigo constantes episodios como infecciones, problemas para alimentarse, modulación de las palabras y hallazgo de maloclusiones, así como también repercusiones económicas, psicológicas y médicas. Razones como el bajo nivel social y económico, bajo rendimiento en la escuela, hábitos higiénicos y de alimento no adecuados para el infante¹².

La aparición de la enfermedad a temprana edad en infantes es de 1% a 12% en estados cuyo desarrollo es considerable, en cambio en estados cuyo desarrollo está en proceso la incidencia es igual a 70%. Es por eso que la OMS en el 2001 denominó el nombre del año como año de “La prevención de salud”, que engloba a todos los sectores de la salud, esto para poder cambiar positivamente los grados de salud en toda área¹².

Así mismo, la enfermedad ataca al 95% de personas en el Perú ya que no cuentan con hábitos saludables de higiene y alimentación, sobre todo entre los pequeños infantes¹³. Además se conoce que en el Perú el índice de la enfermedad a los 12 años se da próximamente a 5.86 lo que equivale que en el país no sólo se encuentra la enfermedad más alta de América, sino que también el hallazgo de la enfermedad va en aumento según pasan los años¹⁴.

Por su parte, el ICDAS o conocido también como el Sistema Internacional de Detección y Valoración de Caries fue creado por un conjunto de investigadores internacionales a fin de formar un sistema para el hallazgo de caries, y que acepte el examen del proceso de la caries y prevención prematura¹⁵.

Por lo anteriormente expuesto, mediante el estudio se determinó la relación entre la caries de aparición temprana y el tipo de alimentación en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es la relación entre la caries de aparición temprana y el tipo de alimentación en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020?

1.2.2 Problemas secundarios

¿Cuál es la severidad de la caries de aparición temprana en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020?

¿Cuál es la severidad de la caries de aparición temprana, según el sexo, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020?

¿Cuál es la severidad de la caries de aparición temprana, según la edad, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020?

¿Cuál fue el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020?

¿Cuál fue el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, según el sexo, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo principal

Determinar la relación entre la caries de aparición temprana y el tipo de alimentación en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

1.3.2 Objetivos secundarios

Identificar la severidad de la caries de aparición temprana en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

Identificar la severidad de la caries de aparición temprana, según el sexo, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

Identificar la severidad de la caries de aparición temprana, según la edad, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

Conocer el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

Conocer el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, según el sexo, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

1.4 Justificación de la investigación

La presente investigación tuvo justificación social porque contribuirá a la sociedad generando reflexión acerca de la severidad de caries de aparición temprana y su relación con el tipo de alimentación que tuvieron los infantes de 6 a 36 meses durante el primer semestre de vida.

Cuenta con la justificación definida y realizada, ya que los resultados obtenidos ayudarán significativamente para saber y entender adicionalmente sobre la caries de aparición temprana; así también, se puede proponer gracias a informes recopilados, programas de prevención y tratamiento bucal saludable relacionados a la realidad del objetivo estudiado.

Tiene justificación metodológica, debido a que el presente estudio proporciona

conocimientos importantes, para la existencia de requerimientos odontológicos por parte de los pequeños infantes, de esta manera modular un recurso profesional para las personas que contribuya a la solución de dificultades.

1.4.1 Importancia de la investigación

La enfermedad crónica, infecciosa y transmisible como es la caries afecta a las personas desde muy temprana edad, que con el pasar de los años denigra los tejidos de los dientes, alterando funciones de la boca. La enfermedad en infantes recién nacidos o también conocida como “caries de biberón” que va relacionada al inadecuado uso del biberón, se da en infantes cuya edad es menor a la de 3 años, actualmente hay varios causantes que se asocian a la detección de la caries a estos pequeños bebés, como resultados de la enfermedad son el bajo peso, no crecer correctamente, dolor en los dientes, extracción de la dentadura afectada, elevado riesgo de tener lesión permanente por la caries, autoestima decaída, entre otros.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

La presente investigación fue considerada aceptable ya que se tuvo en cuenta el tiempo que se requería para la obtención de información. Se tuvo recursos humanos principales para el desarrollo correspondiente.

El estudio fue económicamente aceptable, pues los requerimientos fueron cubiertos por la estudiante. Aceptable ya que la disposición y alcance de información necesaria se dio claramente por comprensión de variaciones de estudio.

1.5 Limitaciones del estudio

La presente investigación estudiada no tuvo limitación alguna.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Maldonado M, González A, Huitzil E, Isassi H, Reyes R. (2016) España; tuvo como objetivo comprobar si la lactancia materna contribuye en la aparición de caries dental de la primera infancia. Materiales y Métodos: investigación analítica. Constituida por 164 niños de entre 6 y 48 meses de nacido, repartidos en 3: el primero, de exclusiva lactancia de madre, el segundo, de una combinada lactancia y el tercero, de lactancia especial con biberón. Tras la aplicación de correlación con la utilización del SPSS 18 como programa. Resultados: Se identificó positivamente en relación del grupo 1 y personas sin caries. Se concluye: Durante los primeros meses de nacido es donde se ofrece una mayor protección para contrarrestar caries dental¹⁶.

Pazmiño M. (2016) Ecuador; objetivamente se tuvo a la detección de caries en niños con corta edad y la relación con la lactancia materna además de como realizar la limpieza dental. Material y Métodos: descriptiva, transversal y observacional fue la que se realizó a 94 infantes de 6 a 24 meses de nacido, los cuales asistieron al médico por consulta sanitaria con sus mamás en Quito, Ecuador. Para obtener información se utilizó un formulario con preguntas codificadas. También se empleó estadísticamente un análisis de momios a fin de hallar la probabilidad de la presencia de caries en los infantes a razón de la lactancia. Resultado: la existencia de la enfermedad en los infantes resultó de 43.6%. En cuestión de severidad, resultó elevada para ICDAS2¹⁷.

Salas A, Pizano V, Alvarado G, Díaz X. (2016) Colombia; Objetivamente se planteó la determinación de la relación en cuestión a la alimentación a razón del consumo de alimentos con la enfermedad a infantes de tipo II. Metodologías: práctica analítica y de observación de 122 casos y 296 controles. Tras entrevistas a las mamás de los niños, con formularios sociales y demográficos además del

consumo de alimentos de los infantes. El cálculo de OR a razón de la utilización de biberón resultó en 1,14 $p=0,015$, además de contar con alimentos combinados se tuvo un OR de 0,31. Respecto a la lactancia materna, su duración, y utilización de chupón para entretener, no se mostró relación con el tipo III CIT. Conclusión: la utilización del biberón, ingerir alimentos sin haber lactado, dieta, mostró asociación como causantes de riesgo en desarrollo del tipo II CIT.¹⁸.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Arbieto K. (2020) Lima; objetivamente la labor del proyecto se da en determinar y examinar la relación de la enfermedad prematura en los menores, las lactancias maternas y la utilización excesiva del biberón en niños cuya edad sea menor a 71 meses siendo prestados los servicios en el Instituto Nacional de Salud del Niño entre Julio y diciembre en la ciudad de Lima. Métodos: descriptiva y transversalmente los datos que se tomaron a 115 niños y niñas de entre 12 y 71 meses de nacido con caries. Se estudió gracias a una inspección clínica con el método ICDAS II, las recopilaciones de información se dieron en fichas de recopilación de información. Resultantes: el promedio de edades fue de entre 24 y 35 meses, con pieza 5.1 del maxilar superior resultó como más afectada, luego con pieza 61. Respecto al interior se tiene al maxilar con pieza 74 la cual resulta más afectada con código C6, seguida de la pieza 84. el 73.91% de los infantes examinados resultaron con defectos en el esmalte dental y el 32.17% con tipificación de flúor anual de 2 veces. El 77.39% de los infantes no utilizan pasta para lavarse los dientes, solamente el 13.04% la utiliza. Se concluyen: Se halló la interrelación entre la enfermedad prematura y la utilización del biberón prolongadamente con cálculo de valor de $\rho=0.1937$ ¹⁹.

Loarte M. (2016) Lima; su objetivo fue establecer determinadamente la existencia de caries en niños con temprana edad gracias a diagnóstico ICDAS y la relación de las causantes de riesgo en los infantes. Metodología y materiales: con información recopilada de 250 infantes. Se hizo una examinación en la boca calibrado por un Gold estándar, con diagnóstico de caries ICDAS. La información recaudada fue analizada gracias al programa SPSS, utilizando la prueba de Chi-cuadrado,

obteniendo un grado de significancia de $p < 0.05$. Resultantes: la existencia de la enfermedad prematura en infantes fue utilizada el criterio ICDAS en un 96%. A infantes de 12 meses de nacido se les halló la enfermedad en un 80%, respecto a niños de 24 meses se elevó a 100%, en cuestión a 36, 48 y 60 meses de nacido fue de 100%. Existe correlación de la lactancia materna con la prevalencia de caries (96%). Se concluye: el proyecto mostró una elevada existencia de la enfermedad con relación a las causantes de riesgo como la lactancia, el no asistir a un dentista y la utilización del biberón nocturno²⁰.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Caries de aparición temprana

La Academia AOP establece la definición de la aparición de caries temprana como la existencia de superficies cariadas en dientes temporales, afectadas por caries en infantes con edad menor a la de 71 meses. En infantes con edad menor a 3 años de nacido, indistinta sea el signo de la enfermedad, es indicio de presencia de caries. Por ende, se debe realizar un diagnóstico como aparición temprana de caries en los infantes que tengan una o más afectaciones por caries, representada valorativamente a 4 lesiones a los 3 años de edad, de entre 5 a 4 años y de entre 6 a 5 años²¹.

Existen varias maneras de denominar el tipo de afectación, así como la caries por lactancia, circunferencia de caries o la rampante de caries exacta del infante. Muchos autores creen más representativo el término de caries de biberón. Pero, otros investigadores tienen la preferencia diferencial por definición clínica además que no siempre el biberón es causante de la aparición de caries²²⁻²⁵.

La caries de aparición temprana, término que distingue rápidamente un proceso que destruye y afecta la dentadura principal de infantes lactantes y pequeños con poca edad. Se da en niños cuya alimentación por biberón es prolongada, y por eso, como introducción a las comidas, se asocia con la utilización impregnada del chupete con azúcares. Sin embargo, la principal causa se atribuye a la utilización extensa de biberón, así como también en lactantes prolongados más de lo

recomendado. Ante la presencia de azúcar en la boca, hace que exista microorganismos ácido génicos y el huésped es susceptible a las varias causantes que llevan a cabo a la presencia de lesiones cariosas^{22, 24}.

Controversialmente, se menciona que la caries rampante se parece a la caries de aparición temprana, es por eso que se le define como a las varias lesiones cariosas activas en una persona. Con frecuencia se relaciona con dientes superficiales que no hayan tenido caries²³.

Tener un estado saludable indica reducido riesgo, pero también hay males que afectan por la reducción de flujo salival. Entre ellas el síndrome de Sjögren, pacientes con epilepsia, con diabetes mellitus, anemia perniciosa, así como también discapacidad física, mental y cerebral; que incluyen personas con elevada adquisición de caries dental²⁶.

a. Etiología

Etimológicamente la caries de aparición prematura se parece a la caries coronal, esto incluye el contacto de organismo patógenos, carbohidratos y que tal susceptible sea el huésped²⁷.

Dieta

La alimentación de un recién nacido es líquida por ende el infante frecuentemente tiene ingestión. A los 6 meses su alimentación es cubierta maternalmente mediante lactancia para el niño otorgándole los nutrientes necesarios para que se desarrolle. El alimento exclusivo materno, como tope a los 6 meses, permite un desarrollo con posibilidad de ingerir azúcar²⁷.

Uso del biberón: el uso del biberón va relacionada a la caries de aparición temprana dependiente esencialmente del tiempo y caracteres nocturno en contacto. El nacimiento de la caries en los dientes superiores se explica por la forma en que esta puesta la tetina del biberón, el cual obstaculiza el acceso de salida de glucosa^{24, 28}.

La relación entre el biberón y la existencia de caries se confirma por distintos estudios, en el cual el biberón es medio importante de ingestión azucarada^{24, 28}.

Lactancia materna: ha sido comprobado que infantes cuya alimentación se da por la lactancia de sus madres con un tiempo excesivo son inadecuados pues tienden a tener hábitos alimenticios incorrectos, por ende, genera una situación riesgosa en cuanto al desarrollo de caries a corta edad. A lo largo de los años se ha observado a los infantes con esta enfermedad que descansan en un mismo aposento de la madre y lactar cuando ellos decidan, resultando este actuar prolongado por muchos años en adelante^{25, 27}.

Microorganismos

La primera colonización del *S. mutans* como también es llamada la infectividad de ventana se da cuando la estructura bucal es transferida a su hijo. El flujo salival es transporte que transmite y los cubiertos que utilicen para su alimentación, besos, dedos sucios, entre otros factores con causantes de la inoculación bacteriana^{22, 27}.

En recién nacidos, la microbiota en la boca se define en la implantación de estreptococos que forma parte *mutans* y fácilmente existe presencia de sacarosa, estos pequeños organismos resultan por la transmisión de la madre gradualmente, sin embargo, algunos investigadores establecen la aparición a los 26 meses que coinciden con la aparición de los primeros molares. Es poco importante los lactobacilos, pues su papel importa en el desarrollo de caries cuando aparecen²⁷.

²⁸.

Huésped:

Susceptibilidad del diente.

Factores salivales: El consumo de azúcares en horas nocturnas, cuando la saliva y la autólisis es reducida, es factor primordial para la caries de aparición temprana. Factores sistémicos.

Factores inmunológicos²⁴.

b. Métodos para el diagnóstico de la lesión inicial de caries dental

Clínicamente los estándares son utilizados para diagnosticar caries de aparición temprana los cuales son: afectaciones iniciales de la enfermedad distinguidas decoloración blanca, que ampliamente nacen superficialmente en los incisivos, también, una desmineralización del esmalte, para luego llegar a la erupción en los dientes²⁹.

Al avanzar la patología, se admira clínicamente, pérdida de la totalidad coronaria, compromiso de pulpa, expansión de la lesión cerca de la circunferencia del diente; quedando así un trauma patológico mínimo y en varios casos únicamente tienen la posibilidad de visualizar remanentes radiculares²⁹.

Método visual (cambio de coloración y textura)

Clínicamente cuando se inspecciona hay una dependencia del examen cambiante en la coloración del esmalte, en otras palabras, pierde el brillo, teniendo un color opaco. Además, se da la posibilidad de examinar coloraciones, ubicación y localización o no de tejido blando con textura desmineralizada. El mencionado se señala como indicio válido de caries activa³⁰.

Método táctil

Respecto a la exploración aguda con punta, no recomienda ser utilizado para diagnosticar lesiones que inician en superficies lisas, puntos o fisuras. En cambio, recomienda utilizar la exploración con punta redonda para mover restos de alimentos con anticipación para el examen clínico, posterior a eso sin hacer presión se puede chequear la textura superficial sin penetrarla³⁰.

Método de transiluminación

Esta metodología se basa en transmitir iluminación por medio del diente, que afecta a la inducción de refracción y por el nivel de movimiento del medio. Con el tiempo se desarrollaron equipos para iluminación dentro los dientes y que actualmente se conoce que algunos permiten usar esta metodología para diagnosticar caries con alta precisión³⁰.

2.2.2 Sistema internacional de detección y valoración de caries (ICDAS)

Sistema Internacional para detectar y diagnosticar caries, creado en Baltimore en Estados Unidos en el 2005, clínicamente utilizado como instrumento de estudio y desarrollo de sistemas para la salud de las personas³¹.

El grupo de personas que conforman el comité ICDAS define estándares para detectar y valorar clínicamente para entender actualmente el proceso de la enfermedad, los cuales se adoptan de varias maneras y son provistos para incorporar herramientas nuevas y válidas. Este programa decide el tipo de tratamiento adecuado el cual incluye tres etapas: detectar la lesión, establecer su severidad y el grado de actividad. Cuando la lesión este activa, se necesita un control dental para la caries, que se asocia a la profundidad en la que se encuentre³².

a. Características del ICDAS

Los criterios del ICDAS han sido puesto a prueba en varios modos en Dundee, Detroit, Indiana, Copenhague, Colombia, México e Islandia. Ahora están listos y revisados para un mayor uso desde el 2005.

Los Valores del ICDAS activo forman parte de un grupo de investigación creciente. La actividad de los criterios de evaluación preliminar de la caries se ha desarrollado utilizando el enfoque ICDAS de confiar en la evaluación visual y el uso de la sonda PSR / OMS. La Investigación adicional está previsto para validar los criterios propuestos.

La proporción fundamental del sistema ICDAS para poder proceder a una coherente visión de los cuales los beneficios y el rendimiento de soportes detecten y diagnostiquen a la enfermedad para posteriormente ser evaluadas clínicamente³¹.

b. Protocolo ICDAS

ICDAS establece un protocolo para la evaluación clínica el cual consiste en³⁴: Pedir al paciente que retire de su boca los aparatos removibles, en caso de que fuese portador de ellos.

Iluminación del campo operatorio.

Retiro de placa de superficies oclusales y lisas afectadas por bacterias gracias a uncepillo de dientes y la limpieza del lugar con una jeringa triple

Retiro de decoloraciones superficiales y cálculo superficial de los dientes.

Hacer examen visual de la superficie húmeda:

Iniciar desde el cuadrante superior derecho del paciente.

Inicialmente el examen visual se realiza con las superficies húmedas.

Para controlar la humedad:

Ubicar rollos de algodón en los carrillos.

Utilizar el aire para quitar el excedente de saliva.

Quitar la humedad de la jeringa por 5 segundos y luego efectuar la evaluación. Usar en forma de bola una sonda para observar ligeramente la pérdida íntegra de la estructura del esmalte.

c. Códigos de caries dental y condiciones de superficie dentaria

Codificada mente la detección de caries coronal se dan en rangos desde el 0 al 6. Existen diminutas variedades visuales que se asocian a la función de cada código los cuales se relacionan a factores con características indistintas, si se halla dientes posteriores y si la enfermedad está relacionada para ser restaurada o ser sellada. Por ende, se describe detalladamente cada código bajo títulos para que de esta manera puedan ser usados por examinadores del ICDAS^{31, 35, 36}.

La nomenclatura ICDAS se da con 2 valores, el primero de 0 a 8 corresponde a “Código de restauración y sellante”; y el segundo dígito que va de 0 a 6 corresponde a “Código de caries de esmalte y dentina”. Además, ICDAS engloba la necesidad de tratamiento^{31, 34}.

Código de caries

(0) Sano

(1) Primer cambio visual en el esmalte

(2) Cambio visual definido en esmalte

- (3) Pérdida de integridad de esmalte, dentina no visible
- (4) Sombra subyacente de dentina (no cavitada hasta la dentina)
- (5) Cavidad detectable con dentina visible
- (6) Cavidad extensa detectable con dentina visible

2.2.3 Lactancia

Las organizaciones como la OMS, UE y la AEP, dan recomendación respecto a la lactancia exclusiva durante los iniciales 6 meses de nacido, además de ser complementada con distintas comidas hasta cumplir poco más de 2 años. Como efecto, la protección de la lactancia va creciendo. Aunque haya precios dentro de la sociedad, la lactancia posterior a los 2 años de edad sigue siendo favorable para los infantes lo cual es elegido por muchas mamás a siendo esta opción natural³⁷⁻³⁹.

a. Tipos de lactancia

La Organización Mundial de la Salud ha definido tipos de lactancia:

Lactancia materna exclusiva: se define cuando solamente se ofrece la leche materna sin la intervención de ningún otro elemento, ni agua, esto en por lo menos los iniciales 4 meses de nacido. Se aprueba que el infante perciba hierro, vitamina, entre otros medicamentos en gotas.

Lactancia materna predominante: definido y establecido cuando se otorga leche materna para la alimentación del infante pero que a su vez se encuentre con agua o líquidos endulzados, sumo de frutas, entre otros.

Lactancia materna parcial: es servida por medio de un biberón la leche. Se divide en 3 tipos: la más elevada es la leche de la madre con 80%, la mediana con 20, 80% de los cuales son de leche de la madre y baja que es menor porción al 20% de leche de la madre.

Lactancia materna simbólica: utilizada en cortos lapsos de tiempo u ocasiones menores a 15 minutos durante el día.

La lactancia mixta: algunos investigadores deciden que se da cuando el infante

percibe alimentos por medio de la leche materna y leche elaborada artificialmente con una cantidad mayor a la de 200cc/día⁴⁰.

b. Lactancia y caries dental

Generalmente durante el desarrollo de la enfermedad, además de la caries de aparición temprana particularmente, distintas razones son causantes de tu crecimiento: el largo periodo de consumo por lactancia, pequeños organismos, la delicadeza de los dientes recién eclosionados además del mecanismo defensivo del infante. Un extenso periodo de amamantamiento además de ser excesivo, es causante principal para contraer caries de aparición temprana⁴¹.

La lactancia materna contiene una elevada estructura de carbohidratos además de pequeñas cantidades de calcio, fósforo y proteínas a razón de la comparación de la leche bovina, el cual la hace potencialmente cariogénica⁴¹.

Por otro lado, investigadores mencionan que la lactancia materna no es determinante para contraer caries. Debido a que, si existiera un registro de causante adicional como la poca existencia de flúor o una mala higiene bucal, se diría que sí sería considerado como un causante cariogénico⁴¹.

En relación a la leche extraída de la vaca sin contenido azucarado, investigaciones mencionan que pese a contener lactosa, es considerada no cariogénica, ya que sólo si se alimenta mediante un biberón y que tenga contacto con los dientes por un extenso periodo de tiempo como por ejemplo durante la noche⁴².

A causa de su asociación con la caries de aparición temprana, el alimento por medio de leche embotellada o biberón nocturnamente debe ser limitada, en cambio, la alimentación por lactar debería ser mayor ya que no cuenta con causantes para contraer caries. La OMS recomienda que los infantes reciban lactancia hasta los 24 meses de nacido. Sin embargo; el estar expuesto los dientes por largos periodos durante la noche sería causante para contraer y desarrollar ECC. El estudio hace incidencia a que se debe recordar y evitar la alimentación nocturna, así la leche no contenga azúcares⁴².

2.3 Definición de términos básicos

Caries de infancia temprana: variedad de la caries dental que son generadas en infantes cuya edad es menor a los 71 meses³⁵.

Caries dental: infección que puede transmitirse, esta ocasiona deterioro de la estructura dental gracias a las bacterias que son generadas por ácido, esta reacción debido al encuentro con azúcar⁴³.

ICDAS: sistema de internacional de detección y valoración de caries³¹.

Índice ceo-d: suma de piezas dentarias deciduos picados, con indicación de extracción y obturados⁴³.

Índice CPO-D: resultado de la sumatoria de piezas dentarias permanentes picados, perdidos y obturados⁴³.

Kappa: capacidad para determinar la gravedad entre la observación o cálculos de elemento variable⁴⁴.

Lactancia artificial: es la alimentación con productos alimentarios que se utilizan para sustituir en medidas a la leche materna, proporciona un apoyo para nutrirse como necesidad del lactante⁴⁶.

Lactancia materna: alimentación materna el cual es fundamental e importante para un desarrollo y crecimiento saludable⁴⁷.

Lactancia mixta: resulta de la combinación entre la alimentación por medio de lactancia de la madre y la lactancia con productos alimenticios⁴⁶.

Lactancia: acción de alimentarse por medio de las mamas femeninas, principalmente como alimento básico para recién nacidos⁴⁵.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas

3.1.1 Hipótesis principal

La caries de aparición temprana tiene relación con el tipo de alimentación en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

3.2 Variables; definición conceptual y operacional

3.2.1 Definición de las variables

V 1 Tipo de alimentación

Definición conceptual: conjunto de acciones mediante las cuales se proporcionan alimentos al organismo⁴⁶.

V 2 Caries de aparición temprana

Definición conceptual: variedad de caries dental que se generan en infantes cuya edad es menor a los 71 meses³⁵.

3.2.2 Operacionalización de variables

| Variables | Dimensiones | Indicadores | Escala de medición | Valor |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------|---------------------------|---|
| Tipo de alimentación | Acto de alimentacional niño | Lactancia materna | Nominal politómica | Lactancia materna exclusiva Lactancia artificial Lactancia mixta |
| Caries de aparición temprana | Lesión cariosa | Sistema ICDAS II | Ordinal | 0 Diente sano 1 Cambio visible en esmalte – visto seco ² Cambio detectable en esmalte 3 Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina 4 Sombra oscura subyacente de dentina ⁵ Cavidad detectable con dentina visible 6 Cavidad detectable extensa con dentina visible |
| Sexo | Identificación personal | DNI | Nominal dicotómica | Masculino Femenino |
| Edad | Pregunta directa | DNI | De razón | 3 años 4 años 5 años |

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El presente proyecto básico además de no experimental, ya que busca sumar estudios científicos, sin hacer comparación práctica y detalla los comportamientos eventuales que ocurren en comparación de una intervención.

Con diseño transversal, prospectivo y descriptivamente; ya que incluye dos comportamientos que varían, la información se recogió cuando sucedía el evento y se realizó en un tiempo determinado.

Fueron medidos dos datos estadísticos los cuales resultan a un grado correlacional.

4.2 Diseño muestral

Población

Estuvo conformada por 115 niños de 3 a 5 años y sus respectivas madres que acudieron durante los meses de mayo y junio del año 2021 al CLAS “Carmen Alto”.

Muestra

Conformada por 89 niños y sus madres, que además cumplieron con los criterios de selección. Los datos se emplearon para establecer la medida probabilística aleatoria simple.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{(N-1) E^2 + Z^2 * p * q}$$

n = Tamaño de la Muestra

N = Valor de la Población

Z = Valor crítico correspondiente un coeficiente de confianza del cual se desea hacer la investigación

p = Proporción proporcional de ocurrencia de un evento
q = Proporción proporcional de no ocurrencia de un evento
E = Error Muestral.

Cálculo de la fórmula

N = 115

Z = para un nivel de confianza del 95% = 1.96

p = 50% = 0.50

q = (1 - p) = (1 - 0.50) = 0.5

E = 5% = 0.05

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2 (115) (0.5) (0.5)}{(115-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

n = 88.68; redondeando será igual a 89 niños y sus madres

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Niños de 3 a 5 años de edad

Niños que asistan al CLAS “Carmen Alto” durante los meses de mayo y junio
Niños que asistirán el día de la examinación y permitirán la revisión bucal

Madres o padres de familia que luego de conocer los objetivos de la investigación, deseen participar mediante el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Niño que presente alguna enfermedad sistémica

Niño que no acepte ser examinado

Madres y/o padres de familia que no acepten participar en el estudio
Niños que tengan alguna pigmentación dentaria

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

a. Técnicas de recolección de datos

Observación; esta técnica consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomando la información, para luego registrarla.

b. Procedimiento de recolección de datos

Se recolectó datos de la siguiente manera:

Se envió una carta de presentación de la Coordinadora de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas hacia la directora del CLAS “Carmen Alto” (Anexo N° 1).

Tras la explicación detallada de la razón del estudio y las acciones que se realizarían además de mencionar los riesgos y beneficios que se obtendría del proyecto. Luego se pasó al llenado con firma para consentir el proceso de investigación con sus infantes (Anexo N° 2). Después se procedió a la recopilación de información.

c. Instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Ficha clínica para la detección y valoración de caries dental

Ficha clínica para la detección y valoración de caries dental: se evaluó con una ficha elaborada para la medición de la gravedad de la afección por caries según el sistema ICDAS II. Se empleó la herramienta considerada como el sistema de clasificación de caries oral ICDAS 2005³¹ (Anexo N° 3).

El examen constó en 3: datos de filiación, tipo de alimentación y un cuadro para registrar la severidad de caries de aparición temprana. El cual fue utilizado a los infantes elegidos, previa firma del consentimiento informado por parte de los padres.

Previamente al examen clínico, se realizó una adecuada limpieza bucal a cada infante. La evaluación oral fue realizada secuencial y ordenadamente.

Se utilizó un código numérico para registrar la severidad de caries dental, que está detallado en las bases teóricas de la presente investigación. Toda información mencionada anteriormente fue registrada en una ficha para la recolección de información.

Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

Por consiguiente, en cuanto para proceder y ser aplicada la ficha clínica, se hizo:

Juicio de expertos: para la verificación instrumental, se asignó un válido contenido asesorado por conocimientos variables de investigación y de la aplicación metódica, los cuales dieron opinión acerca de los datos clínicos de la ficha.

Tras la selección de expertos y posterior instrucción acerca del propósito investigativo y operacional se procedió a efectuar los cambios respectivos además de la revisión redactada de los ítems (Anexo N° 4).

| N° | Experto | Promedio de valoración |
|-----------|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1 | Espejo Tipacti, Mariela Del Rosario | 93.0 |
| 2 | Aguilar Gamboa, Igor Isaac | 93.0 |
| 3 | Atachao Vila, Kevin | 92.5 |

Teniendo como promedio final valorativo de 92.8 puntos; equivalente aprobado.

Antes de elaborar la prueba de confiabilidad del instrumento, se realizó una prueba piloto a 10 niños; por lo tanto, la investigadora fue calibrada en el uso del sistema de clasificación ICDAS para utilizar el instrumento de manera correcta, y así obtener datos más fidedignos al momento de aplicarlo. Estadísticamente la prueba se usó para la medición de confianza inter examinador de los datos al aplicar el sistema de clasificación fue Kappa de Cohen; obteniendo un valor de 0,782.

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Tras la recolección de información total, se pasó a la incorporación informativa a una base de información para luego ser analizada por medio de un Software de

estadística IBM SPSS vrs. 24 en Windows. Y con los resultados presentados en gráficos u cuadros con doble entrada.

Se utilizó estadísticamente el Chi-cuadrado como medio para la aplicación de variables, los cuales determinan la presencia y relación entre dos datos.

4.5 Aspectos éticos

Con aprobación y revisión para ser ejecutada por parte de la comisión del Área el cual revisa la investigación dentro de la Escuela Profesional de Estomatología en la casa superior de estudios Alas Peruanas.

Se elaboró una hoja de consentimiento informado que se le otorgó a la madre o padre de los niños los cuales conformaron como parte de la investigación, en donde se detalla la confiabilidad, el respeto y anonimato mientras se utilizaban los datos obtenidos.

Se solicitó la autorización correspondiente a la directora del CLAS “Carmen Alto”, para la realización de la investigación.

CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc.

Tabla N° 1

Relación entre la caries de aparición temprana y el tipo de alimentación en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

| Caries de aparición temprana | Tipo de alimentación | | | | | |
|------------------------------|----------------------|-------|----------------------|--------|-----------------|--------|
| | Lactancia materna | | Lactancia artificial | | Lactancia mixta | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Si | 45 | 97,8% | 7 | 100,0% | 36 | 100,0% |
| No | 1 | 2,2% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

Fuente: elaboración propia.

$$X^2 = 0,945$$

$$gl = 2$$

$$p = 0,623$$

El 100% (7) tuvieron como hábito la lactancia artificial, el 100% (36) lactancia mixta y el 97,8% (45) lactancia materna; en todos los casos presentaron caries de aparición temprana.

No existe relación entre la caries de aparición temprana y el tipo de alimentación en niños (p=0,623)

Gráfico N° 1

Relación entre la caries de aparición temprana y el tipo de alimentación en niños que acuden al CLAS "Carmen Alto", Ayacucho 2020.

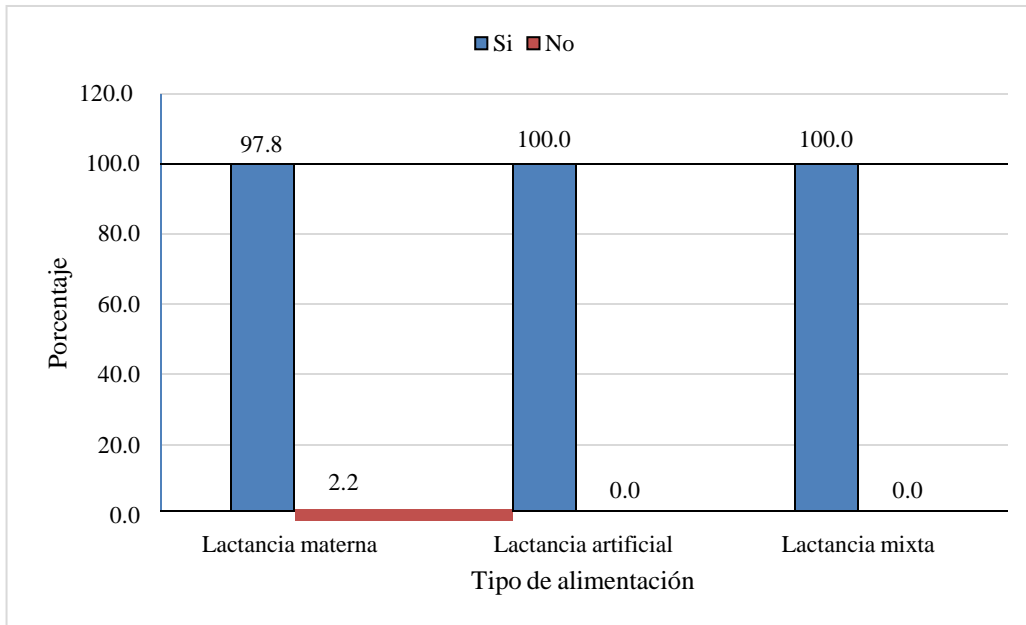


Tabla N° 2 – A

Severidad de la caries de aparición temprana (arcada superior) en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

| Severidad de la caries dental | 55 | | 54 | | 53 | | 52 | | 51 | | 61 | | 62 | | 63 | | 64 | | 65 | |
|---|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Diente sano | 67 | 75,3% | 66 | 74,2% | 84 | 94,4% | 80 | 89,9% | 59 | 66,3% | 61 | 68,5% | 84 | 94,4% | 85 | 95,5% | 56 | 62,9% | 73 | 82,0% |
| Cambio visible en esmalte – visto seco | 1 | 1,1% | 2 | 2,2% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 2,2% | 0 | 0,0% |
| Cambio detectable en esmalte | 17 | 19,1% | 16 | 18,0% | 2 | 2,2% | 7 | 7,9% | 21 | 23,6% | 18 | 20,2% | 4 | 4,5% | 3 | 3,4% | 21 | 23,6% | 12 | 13,5% |
| Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 4 | 4,5% | 3 | 3,4% | 2 | 2,2% | 2 | 2,2% | 6 | 6,7% | 6 | 6,7% | 1 | 1,1% | 1 | 1,1% | 9 | 10,1% | 3 | 3,4% |
| Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 2 | 2,2% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 2,2% | 3 | 3,4% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 1 | 1,1% |
| Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

Fuente: elaboración propia.

El 19,1% (17) presentaron un cambio detectable en esmalte en la pieza 55, el 18,0% (16) en la pieza 54, el 2,2% (2) en la pieza 53, el 7,9% (7) en la pieza 52, el 23,6% (21) en la pieza 51, el 20,2% (18) en la pieza 61, el 4,5% (4) en la pieza 62, el 3,4% (3) en la pieza 63, el 23,6% (21) en la pieza 64 y el 13,5% (12) en la pieza 65.

Menos de una tercera parte de infantes fueron hallados con piezas de la arcada superior con un cambio detectable en esmalte.

Tabla N° 2 – B

Severidad de la caries de aparición temprana (arcada inferior) en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

| Severidad de la caries dental | 75 | | 74 | | 73 | | 72 | | 71 | | 81 | | 82 | | 83 | | 84 | | 85 | |
|---|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Diente sano | 64 | 71,9% | 50 | 56,2% | 80 | 89,9% | 78 | 87,6% | 71 | 79,8% | 72 | 80,9% | 77 | 86,5% | 82 | 92,1% | 56 | 62,9% | 58 | 65,2% |
| Cambio visible en esmalte – visto seco | 1 | 1,1% | 2 | 2,2% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 2,2% |
| Cambio detectable en esmalte | 21 | 23,6% | 33 | 37,1% | 7 | 7,9% | 9 | 10,1% | 15 | 16,9% | 14 | 15,7% | 9 | 10,1% | 7 | 7,9% | 24 | 27,0% | 23 | 25,8% |
| Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 1 | 1,1% | 2 | 2,2% | 1 | 1,1% | 2 | 2,2% | 3 | 3,4% | 3 | 3,4% | 3 | 3,4% | 0 | 0,0% | 6 | 6,7% | 3 | 3,4% |
| Sombra oscura subyacente de dentina | 1 | 1,1% | 2 | 2,2% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 3 | 3,4% |
| Cavidad detectable con dentina visible | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 2,2% | 0 | 0,0% |
| Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

Fuente: elaboración propia.

El 23,6% (21) presentaron un cambio detectable en esmalte en la pieza 75, el 37,1% (33) en la pieza 74, el 7,9% (7) en la pieza 73, el 10,1% (9) en la pieza 72, el 16,9% (15) en la pieza 71, el 15,7% (14) en la pieza 81, el 10,1% (9) en la pieza 82, el 7,9% (7) en la pieza 83, el 27,0% (24) en la pieza 84 y el 25,8% (23) en la pieza 85.

A menos de una tercera parte de los infantes se les halló piezas de la arcada inferior con un cambio detectable en esmalte.

Tabla N° 3 – A

Severidad de la caries de aparición temprana (arcada superior), según el sexo, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

| Arcada superior | Severidad de caries dental | Sexo | | | | X ² (p) |
|-----------------|---|----------|-------|-----------|-------|--------------------|
| | | Femenino | | Masculino | | |
| | | Nº | % | Nº | % | |
| 55 | Diente sano | 39 | 78,0% | 28 | 71,8% | 0,676 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 1 | 2,6% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 9 | 18,0% | 8 | 20,5% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 4,0% | 2 | 5,1% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 54 | Diente sano | 37 | 74,0% | 29 | 74,4% | 0,56 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 2 | 5,1% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 10 | 20,0% | 6 | 15,4% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 4,0% | 1 | 2,6% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 1 | 2,0% | 1 | 2,6% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 53 | Diente sano | 48 | 96,0% | 36 | 92,3% | 0,333 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 1 | 2,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 1 | 2,0% | 1 | 2,6% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 0 | 0,0% | 2 | 5,1% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 52 | Diente sano | 47 | 94,0% | 33 | 84,6% | 0,299 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 2 | 4,0% | 5 | 12,8% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 1 | 2,0% | 1 | 2,6% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 51 | Diente sano | 35 | 70,0% | 24 | 61,5% | 0,142 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 12 | 24,0% | 9 | 23,1% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 1 | 2,0% | 5 | 12,8% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 2 | 4,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 1 | 2,6% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

| | | | | | | |
|-----------|---|----|-------|----|-------|-------|
| 61 | Diente sano | 35 | 70,0% | 26 | 66,7% | 0,195 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 12 | 24,0% | 6 | 15,4% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 1 | 2,0% | 5 | 12,8% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 2 | 4,0% | 1 | 2,6% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 1 | 2,6% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 62 | Diente sano | 49 | 98,0% | 35 | 89,7% | 0,221 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 1 | 2,0% | 3 | 7,7% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 0 | 0,0% | 1 | 2,6% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 63 | Diente sano | 49 | 98,0% | 36 | 92,3% | 0,369 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 1 | 2,0% | 2 | 5,1% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 0 | 0,0% | 1 | 2,6% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 64 | Diente sano | 33 | 66,0% | 23 | 59,0% | 0,457 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 2 | 4,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 10 | 20,0% | 11 | 28,2% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 5 | 10,0% | 4 | 10,3% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 1 | 2,6% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 65 | Diente sano | 44 | 88,0% | 29 | 74,4% | 0,105 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 3 | 6,0% | 9 | 23,1% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 4,0% | 1 | 2,6% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 1 | 2,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

Fuente: elaboración propia.

El 18,0% (9) y 20,5% (8) presentaron un cambio detectable en esmalte en la pieza 55, para el sexo femenino y masculino, respectivamente; el 20,0% (10) y 15,4% (6) en la pieza 54, el 2,0% (1) y 2,6% (1) en la pieza 53, el 4,0% (2) y 12,8% (5) en la pieza 52, el 24,0% (12) y 23,1% (9) en la pieza 51, el 24,0% (12) y 15,4% (6) en la pieza 61, el 2,0% (1) y 7,7% (3) en la pieza 62, el 2,0% (1) y 5,1% (2) en la pieza 63, el 20,0% (10) y 28,2% (11) en la pieza 64 y el 6,0% (3) y 23,1% (9) en la pieza 65.

No existe relación entre la severidad de caries de aparición temprana (arcadas superior) y el sexo ($p > 0,05$).

Tabla N° 3 – B

Severidad de la caries de aparición temprana (arcada inferior), según el sexo, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

| Arcada inferior | Severidad de caries dental | Sexo | | | | X ² (p) |
|-----------------|---|----------|-------|-----------|-------|--------------------|
| | | Femenino | | Masculino | | |
| | | Nº | % | Nº | % | |
| 75 | Diente sano | 39 | 78,0% | 25 | 64,1% | 0,285 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 1 | 2,6% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 9 | 18,0% | 12 | 30,8% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 1 | 2,0% | 0 | 0,0% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 1 | 2,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 1 | 2,6% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 74 | Diente sano | 30 | 60,0% | 20 | 51,3% | 0,315 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 2 | 5,1% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 17 | 34,0% | 16 | 41,0% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 4,0% | 0 | 0,0% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 1 | 2,0% | 1 | 2,6% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 73 | Diente sano | 47 | 94,0% | 33 | 84,6% | 0,35 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 1 | 2,6% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 3 | 6,0% | 4 | 10,3% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 0 | 0,0% | 1 | 2,6% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 72 | Diente sano | 43 | 86,0% | 35 | 89,7% | 0,791 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 6 | 12,0% | 3 | 7,7% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 1 | 2,0% | 1 | 2,6% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

| | | | | | | |
|-----------|---|----|-------|----|-------|-------|
| 71 | Diente sano | 38 | 76,0% | 33 | 84,6% | 0,604 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 10 | 20,0% | 5 | 12,8% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 4,0% | 1 | 2,6% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 81 | Diente sano | 38 | 76,0% | 34 | 87,2% | 0,408 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 10 | 20,0% | 4 | 10,3% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 4,0% | 1 | 2,6% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 82 | Diente sano | 44 | 88,0% | 33 | 84,6% | 0,717 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 4 | 8,0% | 5 | 12,8% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 4,0% | 1 | 2,6% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 83 | Diente sano | 47 | 94,0% | 35 | 89,7% | 0,459 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 3 | 6,0% | 4 | 10,3% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

| | | | | | | |
|-----------|---|----|-------|----|-------|-------|
| 84 | Diente sano | 35 | 70,0% | 21 | 53,8% | 0,207 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 12 | 24,0% | 12 | 30,8% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 4,0% | 4 | 10,3% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 1 | 2,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 2 | 5,1% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 85 | Diente sano | 36 | 72,0% | 22 | 56,4% | 0,308 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 2 | 5,1% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 11 | 22,0% | 12 | 30,8% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 1 | 2,0% | 2 | 5,1% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 2 | 4,0% | 1 | 2,6% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

Fuente: elaboración propia.

El 18,0% (9) y 30,8% (12) presentaron un cambio detectable en esmalte en la pieza 75, para el sexo femenino y masculino, respectivamente; el 34,0% (17) y 41,0% (16) en la pieza 74, el 6,0% (3) y 10,3% (4) en la pieza 73, el 12,0% (6) y 7,7% (3) en la pieza 72, el 20,0% (10) y 12,8% (5) en la pieza 71, el 20,0% (10) y 10,3% (4) en la pieza 81, el 8,0% (4) y 12,8% (5) en la pieza 82, el 6,0% (3) y 10,3% (4) en la pieza 83, el 24,0% (12) y 30,8% (12) en la pieza 84 y el 22,0% (11) y 30,8% (12) en la pieza 85.

No existe relación entre la severidad de caries de aparición temprana (arcada inferior) y el sexo ($p > 0,05$).

Tabla N° 4 – A

Severidad de la caries de aparición temprana (arcada superior), según la edad, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

| Arcada superior | Severidad de caries dental | Edad (años) | | | | | | X ² (p) |
|-----------------|---|-------------|-------|--------|-------|-------|-------|--------------------|
| | | Tres | | Cuatro | | Cinco | | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | |
| 55 | Diente sano | 15 | 53,6% | 25 | 92,6% | 27 | 79,4% | 0,04 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 10 | 35,7% | 2 | 7,4% | 5 | 14,7% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 7,1% | 0 | 0,0% | 2 | 5,9% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 54 | Diente sano | 16 | 57,1% | 22 | 81,5% | 28 | 82,4% | 0,201 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 2 | 7,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 7 | 25,0% | 3 | 11,1% | 6 | 17,6% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 7,1% | 1 | 3,7% | 0 | 0,0% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 1 | 3,6% | 1 | 3,7% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 53 | Diente sano | 25 | 89,3% | 26 | 96,3% | 33 | 97,1% | 0,619 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 1 | 2,9% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 1 | 3,6% | 1 | 3,7% | 0 | 0,0% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 52 | Diente sano | 24 | 85,7% | 24 | 88,9% | 32 | 94,1% | 0,284 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 2 | 7,1% | 3 | 11,1% | 2 | 5,9% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 7,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

| | | | | | | | | |
|-----------|---|----|-------|----|-------|----|--------|-------|
| 51 | Diente sano | 16 | 57,1% | 17 | 63,0% | 26 | 76,5% | 0,326 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 7 | 25,0% | 7 | 25,9% | 7 | 20,6% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 3 | 10,7% | 2 | 7,4% | 1 | 2,9% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 2 | 7,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 1 | 3,7% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 61 | Diente sano | 17 | 60,7% | 19 | 70,4% | 25 | 73,5% | 0,206 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 5 | 17,9% | 5 | 18,5% | 8 | 23,5% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 3 | 10,7% | 2 | 7,4% | 1 | 2,9% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 3 | 10,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 1 | 3,7% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 62 | Diente sano | 25 | 89,3% | 26 | 96,3% | 33 | 97,1% | 0,566 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 2 | 7,1% | 1 | 3,7% | 1 | 2,9% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 63 | Diente sano | 25 | 89,3% | 26 | 96,3% | 34 | 100,0% | 0,319 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 2 | 7,1% | 1 | 3,7% | 0 | 0,0% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

| | | | | | | | | |
|-----------|---|----|-------|----|-------|----|-------|-------|
| 64 | Diente sano | 17 | 60,7% | 16 | 59,3% | 23 | 67,6% | 6,4 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 1 | 3,6% | 1 | 3,7% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 7 | 25,0% | 5 | 18,5% | 9 | 26,5% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 3 | 10,7% | 4 | 14,8% | 2 | 5,9% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 1 | 3,7% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 65 | Diente sano | 20 | 71,4% | 26 | 96,3% | 27 | 79,4% | 0,229 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 5 | 17,9% | 1 | 3,7% | 6 | 17,6% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 7,1% | 0 | 0,0% | 1 | 2,9% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

Fuente: elaboración propia.

El 35,7% (10), 7,4% (2) y 14,7% (5) presentaron un cambio detectable en esmalte en la pieza 55, para la edad de 3, 4 y 5 años, respectivamente; el 25,0% (7), 11,1% (3) y 17,6% (6) en la pieza 54, el 3,6% (1), 0,0 (0) y 2,9% (1) en la pieza 53, el 7,1% (2), 11,1% (3) y 5,9% (2) en la pieza 52, el 25,0% (7), 25,9% (7) y 20,6% (7) en la pieza 51, el 17,9% (5), 18,5 (5) y 23,5% (8) en la pieza 61, el 7,1% (2), 3,7 (1) y 2,9% (1) en la pieza 62, el 7,1% (2), 3,7 (1) y 0,0% (0) en la pieza 63, el 25,0% (7), 18,5% (5) y 26,5% (9) en la pieza 64 y el 17,9% (5), 3,7 (1) y 17,6% (6) en la pieza 65.

No existe relación entre la severidad de caries de aparición temprana (arcada superior) y la edad ($p>0,05$); excepto la pieza 55 en la cual se obtuvo una relación de ambas variables ($p=0,04$).

Tabla N°4 – B

Severidad de la caries de aparición temprana (arcada inferior), según la edad, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

| Arcada inferior | Severidad de caries dental | Edad (años) | | | | | | X ² (p) |
|-----------------|---|-------------|-------|--------|-------|-------|-------|--------------------|
| | | Tres | | Cuatro | | Cinco | | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| 75 | Diente sano | 15 | 53,6% | 23 | 85,2% | 26 | 76,5% | 0,251 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 9 | 32,1% | 4 | 14,8% | 8 | 23,5% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 74 | Diente sano | 11 | 39,3% | 17 | 63,0% | 22 | 64,7% | 0,502 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 1 | 3,6% | 1 | 3,7% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 14 | 50,0% | 8 | 29,6% | 11 | 32,4% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 1 | 3,6% | 1 | 3,7% | 0 | 0,0% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 1 | 2,9% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

| | | | | | | | | |
|-----------|---|----|-------|----|-------|----|-------|-------|
| 73 | Diente sano | 22 | 78,6% | 26 | 96,3% | 32 | 94,1% | 0,305 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 4 | 14,3% | 1 | 3,7% | 2 | 5,9% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 72 | Diente sano | 24 | 85,7% | 26 | 96,3% | 28 | 82,4% | 0,093 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 2 | 7,1% | 1 | 3,7% | 6 | 17,6% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 7,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 71 | Diente sano | 23 | 82,1% | 25 | 92,6% | 23 | 67,6% | 0,004 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 2 | 7,1% | 2 | 7,4% | 11 | 32,4% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 3 | 10,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| 81 | Diente sano | 24 | 85,7% | 24 | 88,9% | 24 | 70,6% | 0,135 |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 2 | 7,1% | 3 | 11,1% | 9 | 26,5% | |
| | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 7,1% | 0 | 0,0% | 1 | 2,9% | |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

| | | | | | | | | |
|-----------|---|----|-------|----|-------|----|-------|-------|
| | Diente sano | 26 | 92,9% | 24 | 88,9% | 27 | 79,4% | |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 1 | 3,6% | 3 | 11,1% | 5 | 14,7% | |
| 82 | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 2 | 5,9% | 0,431 |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| <hr/> | | | | | | | | |
| | Diente sano | 26 | 92,9% | 24 | 88,9% | 32 | 94,1% | |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 2 | 7,1% | 3 | 11,1% | 2 | 5,9% | |
| 83 | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0,742 |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| <hr/> | | | | | | | | |
| | Diente sano | 15 | 53,6% | 15 | 55,6% | 26 | 76,5% | |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 11 | 39,3% | 7 | 25,9% | 6 | 17,6% | |
| 84 | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 0 | 0,0% | 4 | 14,8% | 2 | 5,9% | 0,141 |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 1 | 3,6% | 1 | 3,7% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| <hr/> | | | | | | | | |
| | Diente sano | 12 | 42,9% | 21 | 77,8% | 25 | 73,5% | |
| | Cambio visible en esmalte – visto seco | 1 | 3,6% | 1 | 3,7% | 0 | 0,0% | |
| | Cambio detectable en esmalte | 12 | 42,9% | 5 | 18,5% | 6 | 17,6% | |
| 85 | Ruptura localizada del esmalte sin visualizar dentina | 2 | 7,1% | 0 | 0,0% | 1 | 2,9% | 0,125 |
| | Sombra oscura subyacente de dentina | 1 | 3,6% | 0 | 0,0% | 2 | 5,9% | |
| | Cavidad detectable con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Cavidad detectable extensa con dentina visible | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

Fuente: elaboración propia.

El 32,1% (9), 14,8% (4) y 23,5% (8) presentaron un cambio detectable en esmalte en la pieza 75, para la edad de 3, 4 y 5 años, respectivamente; el 50,0% (14), 29,6% (8) y 32,4% (11) en la pieza 74, el 14,3% (4), 3,7 (1) y 5,9% (2) en la pieza 73, el 7,1% (2), 3,7% (1) y 17,6% (6) en la pieza 72, el 7,1% (2), 7,4% (2) y 32,4% (11) en la pieza 71, el 7,1% (2), 11,1 (3) y 26,5% (9) en la pieza 81, el 3,6% (1), 11,1 (3) y 14,7% (5) en la pieza 82, el 7,1% (2), 11,1 (3) y 5,9% (2) en la pieza 83, el 39,3% (11), 25,9% (7) y 17,6% (6) en la pieza 84 y el 42,9% (12), 18,5 (5) y 17,6% (6) en la pieza 85.

No existe relación entre la severidad de caries de aparición temprana (arcada inferior) y la edad ($p>0,05$); excepto la pieza 71 en la cual se obtuvo una relación de ambas variables ($p=0,004$).

Tabla N° 5

Tipo de alimentación durante el primer semestre de vida en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

| Tipo de alimentación | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| Lactancia materna | 46 | 51,7 | 51,7 |
| Lactancia artificial | 7 | 7,9 | 59,6 |
| Lactancia mixta | 36 | 40,4 | 100,0 |
| Total | 89 | 100,0 | |

Fuente: elaboración propia.

El 51,7% presentaron lactancia materna, el 40,4% lactancia mixta y el 7,9% lactancia artificial.

Más de un tercio de los niños presentaron lactancia materna.

Gráfico N° 2

Tipo de alimentación durante el primer semestre de vida en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

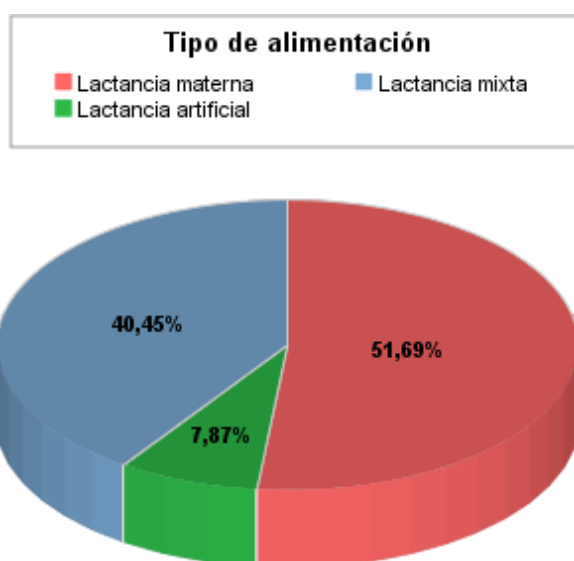


Tabla N° 6

Tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, según el sexo, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.

| Sexo | Tipo de alimentación | | | | | |
|-----------|----------------------|-------|----------------------|-------|-----------------|-------|
| | Lactancia materna | | Lactancia artificial | | Lactancia mixta | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Femenino | 29 | 63,0% | 3 | 42,9% | 18 | 50,0% |
| Masculino | 17 | 37,0% | 4 | 57,1% | 18 | 50,0% |

Fuente: elaboración propia.

$$X^2 = 1,943$$

$$gl = 2$$

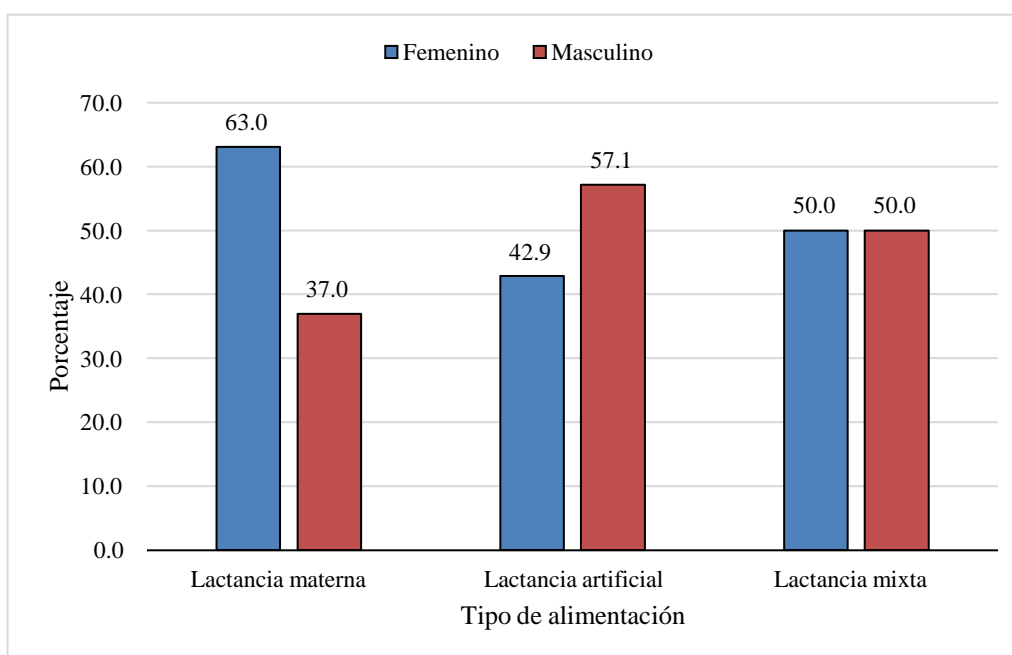
$$p = 0,378$$

El 63,0% (29) del sexo femenino y el 37,0% (17) del sexo masculino; ambos presentaron lactancia materna.

No existe relación entre el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida y el sexo ($p=0,378$).

Gráfico N° 3

Tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, según el sexo, en niños que acuden al CLAS “Carmen Alto”, Ayacucho 2020.



5.1 Discusión

La afección dental por caries se considera como problema de sanidad de las personas al hallarse en gran parte de las personas en el mundo; en lugares con nivel social y económico bajo, son lugares en los que se encuentran en cantidades mayores, esto indica que puede modificarse en cualquier instancia la relación de causa y efecto.

Las afecciones que no son tratadas son acompañadas con dolor, la odontalgia es un síntoma el cual afecta mayormente a la calidad de vida de los infantes, la CIT destruye irreversiblemente la estructura de los dientes el cual origina problemas para masticar y que perjudican a la alimentación, que por consiguiente da a la desnutrición y baja autoestima.

La relación entre la utilización alargada de biberones forma parte de la CIT, cuando los biberones contienen azúcares y carbohidratos que se fermentan, el uso de vitaminas por medio oral, entre otros factores. Al no conocer sobre limpieza oral, las madres no tienen esa necesidad de conocer o saber las causantes de riesgo de la caries.

En relación a la prevalencia de caries dental, esta fue del 98,9%, resultado similar con la investigación de Loarte M.²⁰ (2016) en la cual obtuvo una prevalencia de caries del 96%; a la vez difiere con lo hallado por Pazmiño M.¹⁷ (2016), el cual obtuvo una prevalencia del 43,6%.

No se obtuvo relación entre la caries de aparición temprana y el tipo de alimentación en niños durante el primer semestre de vida ($p=0,623$). Este resultado es similar con los estudios de Arbieto K.¹⁹ (2020) y Salas A. y cols.¹⁸ (2016); los cuales no hallaron una relación entre ambas variables; pero a su vez difiere con las investigaciones de Loarte M.²⁰ (2016) y Maldonado M. y cols.¹⁶ (2016); los cuales obtuvieron una correlación entre el tipo de lactancia y caries dental.

No se obtuvo relación entre la severidad de caries de aparición temprana (arcada superior e inferior) y el sexo ($p>0,05$); resultado similar con el estudio de Loarte M.²⁰

(2016), el cual no obtuvo diferencias significativas entre la caries dental y el sexo de la población estudiada.

Respecto al tipo de alimentación durante el primer semestre de vida en niños, el 51,7% presentaron lactancia materna, el 40,4% lactancia mixta y el 7,9% lactancia artificial; resultados similares con el estudio de Arbieto K.¹⁹ (2020), donde el 54,78% presentó lactancia materna exclusiva, el 39,13% lactancia mixta y el 6,08% lactancia artificial.

Conclusiones

No existe relación entre la caries de aparición temprana y el tipo de alimentación en niños ($p=0,623$).

Menos de un tercio de los niños presentaron piezas de la arcada superior e inferior con un cambio detectable en esmalte.

Inexistencia relacional acerca de la severidad de caries de aparición temprana (arcada superior e inferior) y el sexo.

Inexistencia relacional acerca de la severidad de caries de aparición temprana (arcada superior e inferior) y la edad ($p>0,05$); excepto las piezas 55 y 71 en las cuales si se obtuvo una relación de ambas variables ($p<0,05$).

Más del 30% de los infantes son representantes de lactancia materna.

No existe relación entre el tipo de ingesta alimentaria en los primeros seis meses de nacido y el sexo.

Recomendaciones

Se recomienda alimentarse apropiadamente dentro de los núcleos familiares; dentro de ello los progenitores deben hacer hincapié en el uso de tazas cuando el infante cumpla el año, dejando de utilizar los biberones de 12 y 14 meses de nacido.

Brindar charlas sobre la higiene bucal que se debe realizar con la aparición de sus primeros dientes, la limpieza post primer alimentos del día, debido a que los primeros dientecitos cuentan con un esmalte prematuro no desarrollado.

Es necesaria la determinación sanitaria encaminadas a disminuir y quitar el problema para mejorar la salud oral de la población infantil. Además, implementar charlas sobre salud oral aplicados de forma preventiva durante el embarazo y en los primeros meses de vida pueden disminuir considerablemente la aparición de caries en los infantes.

Emplear el método ICDAS II en los estudios de epidemiológicos, ya que mejoraría la sensibilidad de la prevalencia de caries.

Realizar investigaciones considerando a gran parte de las personas que se estudiaron además de otras causantes de riesgo que se asocian, de esta manera expandir la información que se tiene acerca de la afección por caries.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Bartolini L. Relación de caries de la infancia temprana con los hábitos de higiene bucal y nivel socioeconómico en el distrito de Independencia. Tesis para obtener el Grado de Bachiller en Estomatología. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2008.
2. Prudencia A, Buckstegge A, Prevalencia de Cárie dental em Crianças de 19 a31 meses de Idadem matriculadas em creches publicas e particulares em Itaji Sc. J Bras Odontopediatr Odontol Bebe 2003; 6(32): 311-315.
3. Organización Mundial de la Salud. Global oral data department of Noncommunicable diseases Surveillance/oral Health Dental Caries Level al 12 years. USA: 1992.
4. Trueblood R, Kerins C, Seale N. Caries Risk Assessment Practices Among Texas Pediatric Dentists. Pediatr Den 2008; 30(1): 49-53.
5. Sanchez, Childers. Anticipatory Guidance in Infant Oral Health: Rationale and recommendations. Am Fam Physician 2000; 61: 115-20.
6. Guerrero V, Godínez A, Melchor C. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. Revista ADM 2009; LXV(3): 10-20.
7. Ortiz G, Torres E. Implicaciones de la lactancia materna en Odontopediatría. Med UNAB 2003; 6(17): 89-92.
8. Juárez E. Caries asociada a alimentación con sucedáneos de la leche materna en biberón. Rev. Med. IMSS 2003; 41(5): 379-382.
9. Klemonski G. Relación entre variables socio – demográficas y de estilo de vida con la salud bucal en infantes de 6 a 18 meses de edad. Bol Asoc Arg Odont Niños 2003; 32(1): 12–17.
10. Milnes A. Description and epidemiology of nursing caries. J Publ Helth Den 1996; 56(1): 38 -50.
11. Chavarro Orjuela I. Rodrigo Cortés J. Sierra Rodríguez P.A. Prevalencia de caries del lactante y posibles factores asociados, en preescolares de instituciones de Bogotá. Rev. Colombiana de Pediatría. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/pediatria/vp-362/pedi36201-prevalencia/> (último acceso 25 noviembre 2021).

12. Cameron A, Widmer R. Manual de Odontología Pediátrica. 3ª ed. España: Editorial Elsevier; 2010.
13. Dirección Regional de Salud de Loreto. Estrategia Sanitaria de Salud Bucal. Iquitos-Perú, 2009.
14. Agencia Peruana de Noticias. Caries dental afecta al 95% de peruanos, advierte Ministerio de Salud bucal. Publicación periódica en línea. Perú, 2008.
15. Avellaneda L. Comportamiento de la caries dental en el primer molar permanente en pacientes de 6 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas. Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista. Universidad Alas Peruanas. Perú; 2011.
16. Maldonado M, González A, Huitzil E, Isassi H, Reyes R. Lactancia materna y caries de la infancia temprana. Revista de Odontopediatría Latinoamericana 2016; 6(2).
17. Pazmiño M. Relación de lactancia y hábitos de higiene bucal con la presencia de caries en incisivos centrales superior e inferiores en niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Playa Rica, Quito. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Universidad de las Américas. Ecuador; 2016.
18. Salas A, Pizano V, Alvarado G, Díaz X. Hábitos de alimentación en menores de 36 meses de edad y su relación con la caries de infancia temprana tipo II. Revista Colombiana de Investigación en Odontología 2015; 6(17).
19. Arbieto K. Relación entre caries de infancia temprana, lactancia materna y uso prolongado del biberón en niños menores de 71 meses atendidos en el Servicio de Medicina Estomatológica y Atención al Infante del Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima- Perú, 2017. Trabajo académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Odontopediatría. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020.
20. Loarte M. Prevalencia de caries de infancia temprana según el criterio de diagnóstico ICDAS correlacionado con los factores de riesgo en niños de 12 a 71 meses de edad residentes en la Ciudad de Huaraz. Departamento de Áncash. Universidad de San Martín de Porres. Perú; 2016.

21. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Journal of Pediatric Dentistry*. USA 2014; 37(6): 50-52.
22. Gusy W. Early Childhood Caries: Current evidence for a etiology and prevention. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2006; 42: 37-43.
23. Guzmán-Armstrog S. The Journal of School Nursing. Rampant Caries 2005; 21(5): 272-278.
24. Lamas M, Gil F, González J. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. *Profesión Dental* 1999; 2(6): 362-368.
25. Chun-Hung CH. Management of early childhood caries. *Journal of Oral Health Research* 2001; 23-30.
26. Maceo N. Morbilidad por caries dental asociada a factores de riesgo en niños de 5 a 14 años del Consultorio M-11 del Policlínico Universitario #2 “Leonilda Tamayo Matos” Isla de la Juventud 2007. Tesis para optar por el título de Especialista en Estomatología General Integral. Facultad de Ciencias Médicas de la Isla de la Juventud; 2007.
27. De Figueiredo L, Ferelle A, Issao M. Odontología para el bebe: Odontopediatría desde el nacimiento hasta los tres años. 1ª ed. Brasil: Artes Médicas; 2000.
28. Cesetti D. Caries de biberón. *Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para niños* 2000; 29(4).
29. Díaz M, Encinas M. Caries de infancia temprana Una nueva clasificación de caries dental de infantes. *Revista Estomatológica Peruana Visión Dental* 2011.
30. Balda R, Solórzano A, González O. Lesión inicial de caries Parte II Métodos de diagnóstico. *Acta Odontológica Venezolana* 1999; 37(3).
31. National Institute of Dental and Craniofacial Research, the American Dental Association, and the International Association for Dental Research. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS II). 12-14 marzo 2005, Baltimore - Maryland.
32. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Compendio Unidad de Epidemiología. Guatemala. 2012.

33. Fejerskov O. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. *Community Dent Oral Epidemiol. Brasil* 1997; 25:2-5.
34. Topping G, Hally J, Bonner B, Pitts N. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) e-learning package. Interactive CD ROM and web-based software. Smile-on. London 2008.
35. Ismail A. The international caries detection and assessment system (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol. Brasil* 2007; 35: 170-178.
36. Shivakumar K, Prasad S, Chandu C. International caries detection and assessment system: a new paradigm in detection of dental caries. *Journal of Conservative Dentistry. India* 2009; 12(1): 10-16.
37. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño pequeño. Ginebra; 2003.
38. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004.
39. Hernández M, Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría. *Anales de Pediatría* 2005;63: 340-356.
40. Barriuso L, Sánchez-Valverde F, Romero C, Vitoria J. Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España. *Anales Españoles de Pediatría* 2000; 52(3): 225-231.
41. Lalaguna P, Jiménez C, Iglesias I. Lactancia materna y caries. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría 2015.
42. Ruiz M. Estudio clínico epidemiológico de prevalencia de caries en niños de 0a 30 meses y determinación de los factores de riesgo en una población de la ciudad de Berisso. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional de la Plata. Argentina; 2014.
43. Henostroza G. Diagnóstico de caries dental. 2ª ed. España: Editorial Ripano;2007.

44. López de Ullibarri I, Pita S. Medidas de concordancia: el índice de Kappa. Cuadernos de Atención Primaria. España 1999; 6: 169-171.
45. Carrasco M, Villena R, Pachas F, Sánchez Y. Lactancia materna y hábitos desucción nutritivos y no nutritivos en niños de 0 a 71 meses de comunidades urbano marginales del Cono Norte de Lima. Revista Estomatológica Herediana 2009; 19(2): 83-90.
46. García J. Lactancia Artificial (I). Granada Farmacéutica 2009; 17.
47. Aguayo J, Serrano P, Calero C, Martínez A, Rello C, Monte C. Lactancia Materna. Salud entre todos 2000; 85: 1-12.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSTANCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

EL JEFE DEL CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE DEL CLAS CARMEN ALTO, RED DE SALUD HUAMANGA, DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE AYACUCHO, HACE CONSTAR:

CONSTANCIA

Que la Srta. **DORIS STEFANY GUTIERREZ HURTADO**, con DNI N° **72026357**, bachiller de la carrera profesional de ESTOMATOLOGIA de la Universidad ALAS PERUANAS, realizo la toma de muestra para la ejecución de su proyecto de tesis, durante los meses de mayo a junio del 2020 ; demostrando puntualidad, respeto y dedicación.

Se le expide la presente constancia a solicitud de la interesada para fines que estime por conveniente, carece de valor para casos legales, penales y policiales.

AYACUCHO, 07 DE DICIEMBRE DEL 2020



TLF. 314798
Distrito de Carmen Alto

ANEXO N° 2
CARTA DE PRESENTACIÓN



Ayacucho, 22 de Abril del 2021

CARTA N° 0016-2021-EPEST-FMHvCS-FA-UAP

Sra . ERNESTINA QUISPE JUSCAMAYTA
GERENTE DE CLAS CARMEN ALTO, AYACUCHO
Atención: Servicio de Odontología

Ciudad.

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle y expresarle mi felicitación por la labor que realiza en bien del programa que dignamente dirige.

La Bachiller en Estomatología DORIS STEFANY GUTIERREZ HURTADO, viene desarrollando el Proyecto de Tesis titulado CARIES DE APARICIÓN TEMPRANA EN RELACIÓN CON EL TIPO DE ALIMENTACIÓN EN NIÑOS QUE ACUDEN AL CLAS "CARMEN ALTO". AYACUCHO 2020; para optar el título profesional de Cirujano Dentista; por lo que me digno en presentarle a la mencionada bachiller, quien ejecutará dicha investigación en la institución a su cargo, suplicándole tenga a bien brindarle las facilidades del caso.

Agradeciéndole anticipadamente la atención al presente, es ocasión para manifestarle las muestras de mi deferencia personal.

Atentamente

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA
MILAGROS GABERO MANCHEGA
Docente Académico

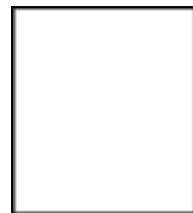
ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... con
DNI....., madre o padre del
menor.....; doy constancia de
haber sido informado(a) y haber entendido en forma clara el presente trabajo de
investigación; cuya finalidad es obtener información que podrá ser usada en la
planificación de acciones de desarrollo y mejoras en la salud integral de los niños.
Teniendo en cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial y sólo
para fines de estudio y no existiendo ningún riesgo; acepto llenar la encuesta y que
mi menor hijo sea examinado por la responsable del trabajo.

Fecha:.....

Firma del padre de familia



ANEXO N° 4
FICHA CLÍNICA

Fecha:

N°:

Edad:

Sexo: Femenino ()

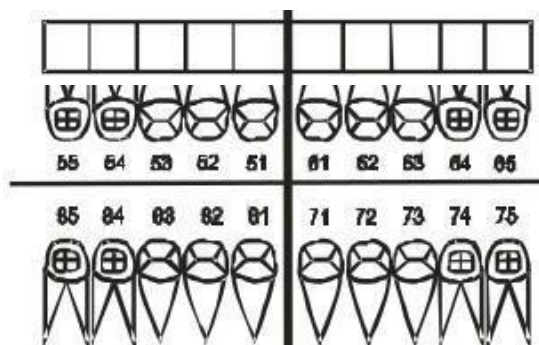
Masculino ()

1. **Odontograma** (Sistema Internacional de Valoración y Detección de caries dental - ICDAS

() Si CAT

() No CAT

Código dental



Código dental



2. Tipo de alimentación

() Lactancia materna exclusiva()

Lactancia artificial

() Lactancia mixta

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS

ANEXO N° 5

Ficha de experto N° 1

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

- I. DATOS GENERALES**
- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : Espejo Tipacti, Mariela Del Rosario
 - 1.2 INSTITUCION DONDE LABORA : Universidad Alas Peruanas
 - 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : Ficha clínica
 - 1.4 AUTOR DE INSTRUMENTO : Gutiérrez Hurtado, Doris Stefany
- II. ASPECTO DE VALIDACION**

| CRITERIOS | INDICACIONES | INACEPTABLE | | | | | MINIMAMENTE ACEPTABLE | | | ACEPTABLE | | | |
|--------------------|---|-------------|----|----|----|----|-----------------------|----|----|-----------|----|----|-----|
| | | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
| 1. CLARIDAD | Esta formulado con lenguaje apropiado | | | | | | | | | | X | | |
| 2. OBJETIVIDAD | Esta adecuado a las leyes y principios científicos | | | | | | | | | | X | | |
| 3. ACTUALIZACION | Esta adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación. | | | | | | | | | | | X | |
| 4. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica | | | | | | | | | | | X | |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos | | | | | | | | | | | X | |
| 6. INTENCIONALIDAD | Esta adecuado para valorar las variables de la hipótesis | | | | | | | | | | | X | |
| 7. CONSISTENCIA | Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos | | | | | | | | | | | X | |
| 8. COHERENCIA | Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems. | | | | | | | | | | X | | |
| 9. METODOLOGIA | La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis. | | | | | | | | | | | X | |
| 10. PERTINENCIA | El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación | | | | | | | | | | X | | |

III. OPCION DE APLICABILIDAD

a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación **X**

b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION **93.0**

FECHA: 10-03-21

DNI: 10178280

FIRMA DEL EXPERTO:



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : Aguilar Gamboa, Igor Isaac
- 1.2 INSTITUCION DONDE LABORA : Consultorio privado
- 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : Ficha clínica
- 1.4 AUTOR DE INSTRUMENTO : Gutierrez Hurtado, Doris Stefany

II. ASPECTO DE VALIDACION

| CRITERIOS | INDICACIONES | INACEPTABLE | | | | | MINIMAMENTE ACEPTABLE | | | ACEPTABLE | | | |
|--------------------|---|-------------|----|----|----|----|-----------------------|----|----|-----------|----|----|-----|
| | | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
| 1. CLARIDAD | Esta formulado con lenguaje apropiado | | | | | | | | | | | X | |
| 2. OBJETIVIDAD | Esta adecuado a las leyes y principios científicos | | | | | | | | | | X | | |
| 3. ACTUALIZACION | Esta adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación. | | | | | | | | | | X | | |
| 4. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica | | | | | | | | | | | X | |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos | | | | | | | | | | | X | |
| 6. INTENCIONALIDAD | Esta adecuado para valorar las variables de la hipótesis | | | | | | | | | | | X | |
| 7. CONSISTENCIA | Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos | | | | | | | | | | | X | |
| 8. COHERENCIA | Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems. | | | | | | | | | | X | | |
| 9. METODOLOGIA | La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis. | | | | | | | | | | X | | |
| 10. PERTINENCIA | El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación | | | | | | | | | | | X | |

III. OPCION DE APLICABILIDAD

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación **X**
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION

93.0

FECHA: 15-03-21

DNI: 42362482

FIRMA DEL EXPERTO:


DR. IGOR I. AGUILAR GAMBOA
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 29619

Ficha de experto N° 2

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : Atachao Vila, Kevin
- 1.2 INSTITUCION DONDE LABORA : Consultorio privado
- 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : Ficha clínica
- 1.4 AUTOR DE INSTRUMENTO : Gutierrez Hurtado, Doris Stefany

II. ASPECTO DE VALIDACION

| CRITERIOS | INDICACIONES | INACEPTABLE | | | | | MINIMAMENTE ACEPTABLE | | | ACEPTABLE | | | |
|--------------------|---|-------------|----|----|----|----|-----------------------|----|----|-----------|----|----|-----|
| | | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
| 1. CLARIDAD | Esta formulado con lenguaje apropiado | | | | | | | | | | | X | |
| 2. OBJETIVIDAD | Esta adecuado a las leyes y principios científicos | | | | | | | | | | | X | |
| 3. ACTUALIZACION | Esta adecuado los objetivos y las necesidades reales de lainvestigación. | | | | | | | | | | X | | |
| 4. ORGANIZACION | Existe una organización lógica | | | | | | | | | | X | | |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos | | | | | | | | | | | X | |
| 6. INTENCIONALIDAD | Esta adecuado para valorar las variables de la hipótesis | | | | | | | | | | X | | |
| 7. CONSISTENCIA | Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos | | | | | | | | | | X | | |
| 8. COHERENCIA | Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems. | | | | | | | | | | X | | |
| 9. METODOLOGIA | La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis. | | | | | | | | | | | X | |
| 10. PERTINENCIA | El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación | | | | | | | | | | | X | |

III. OPCION DE APLICABILIDAD

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación **X**
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION 92.5

FECHA: 12-03-21

DNI: 72643959

FIRMA DEL EXPERTO:



Ficha de experto N° 3

ANEXO N° 6
FOTOGRAFÍAS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS



Figura N° 1. Instalaciones del Clas donde se realizó la recolección de datos



Figura N° 2. Explicación de la investigación y toma de datos sobre el tipo de alimentación



Figura N° 3. Explicación de la investigación y toma de datos sobre el tipo de alimentación



Figura N° 4. Explicación de la investigación y toma de datos sobre el tipo de alimentación