



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL

DE ESTOMATOLOGIA

TESIS

**PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA EN
NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE SALUD DENTAL.
CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, PUEBLO NUEVO - 2015**

AUTORA:

Bachiller: FATIMA MARTÍNEZ HERRERA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

CIRUJANO DENTISTA

CHINCHA-PERU

2015

DEDICATORIA

A mis padres por los sacrificios y el gran esfuerzo que realizan todos los días por darme lo mejor.

A mi hermano porque a pesar de las discusiones siempre estará dispuesto a apoyarme.

A mi abuelo porque sé que desde donde esta me está apoyando.

AGRADECIMIENTOS

A mis queridos amigos: Guadalupe Carlos Amoretti, Rina Calderón Rojas y Luis Huarote Carbajal; por el apoyo y la ayuda brindada en la ejecución de esta tesis.

Agradezco a mi asesor Dr. Bladimir Becerra Canales, por sus aportaciones y enseñanzas para la realización de este trabajo de investigación.

RECONOCIMIENTO

Le brindo un reconocimiento especial a mi casa de estudios la Universidad Alas Peruanas por haberme otorgado en estos 5 años una buena plana docente.

Al jurado a cargo de la evaluación de esta tesis.

Y al centro de Salud de San Isidro de Pueblo Nuevo por otorgarme las facilidades para la realización del trabajo de investigación, a las madres de familia y sus respectivos hijos por su participación.

RESUMEN

La caries se ha considerado como la enfermedad de mayor prevalencia en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial, en donde puede haber una gran influencia a través los hábitos adquiridos en el hogar. La importancia de la familia reside, en que ella es el núcleo, que realiza el paso inicial de conducir al niño totalmente desinformado, a un marco básico de valores, actitudes, creencias y hábitos que guiarán su desarrollo personal.

Objetivo: Determinar si existe relación entre la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años y el nivel de conocimiento de sus respectivas madres sobre salud dental, atendidos en el centro de salud de San Isidro, Pueblo Nuevo, provincia de Chincha 2015.

Material y métodos: El estudio es de tipo prospectivo observacional y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por un total de 94 niños (as) de 3, 4 y 5 años de edad; y sus respectivas madres las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó el método de observación y de encuesta, empleándose como instrumento un odontograma, y un cuestionario de 24 preguntas cerradas y abiertas. Los datos recolectados se analizaron a través del programa estadístico SPSS versión 22.

Resultados: El 86.2% de los niños presentaron caries de infancia temprana, y solo el 13.8% no presentaron caries de infancia temprana. Siendo alto el nivel de severidad de dicha prevalencia (Puntuación 5.2) considerado de alto riesgo. En cuanto al nivel de conocimientos de las madres sobre salud dental, se encontró un nivel de conocimiento bueno en el 31.9% de las madres, regular en el 40.4% y un nivel de conocimiento malo o deficiente en el 27.7%.

Conclusiones: Se demostró que existe relación entre la Caries de infancia temprana y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud dental. Presentándose como prevalencia de la caries dental en niños de 3 a 5 años un 86.2%, siendo alto el nivel de severidad de dicha prevalencia (Puntuación 5.2) considerado de alto riesgo.

No se encontró diferencias significativas de la distribución de la caries dental según la edad (p-valor = 0.720) y según el género de los niños (p-valor = 0.423). En general el nivel de conocimiento que poseen las madres sobre salud dental es REGULAR (Promedio 14.9 de respuestas correctas).

Se encontró diferencias significativas de la distribución de los niveles de conocimiento según el grado de instrucción de las madres (p-valor = 0.002); sin embargo según la edad No resultaron significativas (p-valor = 0.555).

Palabras clave: Caries de infancia temprana, nivel de conocimiento.

ABSTRACT

The decay has been considered as the most prevalent disease in the history of oral morbidity worldwide, where you can have a great influence over the habits acquired in the home.

The importance of the family resides in that it is the nucleus that performs the initial step of driving the child completely uninformed, to a basic framework of values, attitudes, beliefs and habits that will guide your personal development.

Objective: To determine the correlation between the prevalence of early childhood caries in children aged 3-5 years and the level of knowledge of their mothers about dental health treated at the health center in San Isidro, 2015 Pueblo Nuevo.

Methods: The study is of type observational and prospective and of cut sectional, the sample consisted of a total of 94 children (as) 3, 4 and 5 years old; and their mothers which met the inclusion and exclusion criteria. The method of observation and survey, using as instrument at the dental chart, and a questionnaire of 24 closed and open questions was used. The collected data were analyzed using the SPSS version 22.

Results: The prevalence was that 86.2% (81/95) of children had early childhood tooth decay, and only 13.8% of children not had early childhood caries (13/95).

Regarding the level of knowledge of mothers dental health, was found a good level of knowledge in 31.9% (30/94) of mothers, regular in 40.4% (38/94) and a level of knowledge or bad deficient in 27.7% (26/94).

Conclusions: The results of this study showed that there are correlation between early childhood caries and knowledge of mothers.

Introducing as prevalence of dental caries in children 3 to 5 years a 86.2%, still high level of severity of this prevalence (Score 5.2) considered high risk.

No was found significant differences in the distribution of dental caries by age (p -value = 0.720) and by gender of children (p -value = 0.423). In general the level of knowledge possessed mothers about dental health is regular (average 14.9 correct answers).

Was found significant differences in the distribution of knowledge levels according to the level of education of mothers (p -value = 0.002); however according to age they were not significant (p -value = 0.555).

Keywords: prevalence of early childhood caries, the level of knowledge.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RECONOCIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	09
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	12
1.2. Delimitación de la Investigación	14
1.3. Problema de Investigación (Formulación del Problema)	14
1.3.1. Problema Principal	14
1.3.2. Problema Secundario	15
1.4. Objetivo de la Investigación	15
1.4.1. Objetivo General	15
1.4.2. Objetivo Especifico	15
1.5. Hipótesis de la Investigación	16
1.5.1. Hipótesis General	16
1.5.2. Hipótesis Secundaria	16
1.5.3. Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	17
1.6. Diseño de Investigación	18
1.6.1. Tipo de Investigación	18
1.6.2. Nivel de Investigación	18
1.6.3. Método	18
1.7. Población y Muestra de la Investigación	18
1.7.1. Población	18
1.7.2. Muestra	18

1.8.	Técnicas e Instrumentos de la Recolección de datos	19
1.8.1.	Técnicas	19
1.8.2.	Instrumentos	20
1.9.	Justificación e importancia de la Investigación	21
	CAPITULO II	22
	MARCO TEÓRICO	22
2.1.	Antecedentes de la Investigación	22
2.2.	Bases Teóricas	27
2.3.	Definición de Términos Básicos	49
	CAPITULO III	53
	PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	53
	CONCLUSIONES	67
	RECOMENDACIONES	68
	FUENTES DE INFORMACIÓN	69
	ANEXO:	76
	Matriz de Consistencia	77
	Encuesta o entrevista	81

INTRODUCCIÓN

La caries se ha considerado como la enfermedad de mayor prevalencia en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial.

En la actualidad, su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran medida con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento. Aunque su prevalencia ha disminuido en los países industrializados, afecta entre el 60% y 90% tanto de la población infantil como de la adulta. ⁽¹⁾

La aparición de la caries dental, no depende exclusivamente de los factores primarios, sino de otros factores, llamados factores moduladores, los cuales contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y evolución de las lesiones cariosas.

Entre los factores moduladores se encuentran: edad, salud general, fluoruros, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento.

Es decir, que también se toman en cuenta los factores que se encuentran fuera de la cavidad bucal. Los padres juegan el rol más importante en la formación de los niños. ⁽²⁾

Un problema grave ya que a partir de este problema se puede observar la falta información sobre la higiene de la cavidad bucal, lo cual acarrearía luego de la caries problemas severos de infección, dolor. ⁽¹⁾

Por estos motivos el propósito de este estudio fue determinar si existe relación entre la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental con el fin que de acuerdo a estos resultados podamos prevenir en un futuro una mayor prevalencia de la caries dental.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evolucionando hasta la formación de una cavidad, es considerada una enfermedad que constituyen el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo, afecta a personas de cualquier edad, sexo, status y raza; teniendo una considerable prevalencia en los sujetos de bajo nivel socioeconómico, esta situación guarda relación directa con un deficiente nivel educativo, la falta de educación en higiene oral .⁽¹⁾

En la actualidad, su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran medida con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento. Aunque su prevalencia ha disminuido en los países industrializados, afecta entre el 60% y 90% tanto de la población infantil como de la adulta. ⁽¹⁾

Según el Ministerio de Salud del Perú en el año 2008 el índice de caries a los 12 años de edad es de aproximadamente 5.86, lo que muestra que nuestro país no sólo tiene la prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que la presencia de las caries dentales va incrementándose conforme aumenta la edad. ⁽²⁾

Se ha podido observar que en los diferentes centros poblados de la ciudad que niños de tan solo 4 o 5 años presentan en su cavidad bucal caries severa de aparición temprana, niños que a la edad que tienen no deberían presentar este tipo de caries.

La presencia de caries en la cavidad oral puede ser a causa de diversos factores, para erradicar el problema de raíz debemos conocer cuál es o son estos factores que precipitan que niños tan pequeños presenten este grado de caries.

El conocimiento es el primer escalón para la prevención de enfermedades odontoestomatológicas y más aún en niños.

La familia juega el rol más importante en la formación de los niños, especialmente en la adquisición de hábitos alimenticios y de higiene oral. La familia realiza el paso inicial, mediante acciones de vigilancia y dando ejemplo de higiene oral en el hogar. La actuación de la familia es fundamental para que lo aprendido por el preescolar tenga continuación y concluya en la adquisición de hábitos de higiene oral.

Hay que evaluar cuáles son las necesidades y los problemas de salud que afectan a las familias, así como las costumbres de higiene que está posea y en el caso que la familia tenga otras prioridades sanitarias, el preescolar también las tendrá.

La importancia de la familia reside, en que ella es el núcleo, que realiza el paso inicial de conducir al niño totalmente desinformado, a un marco básico de valores, actitudes, creencias y hábitos que guiarán su desarrollo personal.

En el caso de la población infantil, numerosos estudios han demostrado la relación entre los conocimientos y las prácticas del cuidado bucal de los padres y la frecuencia de caries dental en sus hijos. La caries durante la niñez tiene implicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños y es una tarea de primer orden de la odontología pediátrica, evitarla a través de la educación oportuna, suficiente y adecuada a los padres.

Por lo expuesto, se plantea la siguiente interrogante: ¿La presencia de caries de infancia temprana en estos niños se encontrara relacionada al nivel de conocimiento que tienen sus madres sobre salud dental?

1.2 Delimitación de la investigación.

Delimitación social:

La población objeto de estudio son los niños y niñas de 3, 4 y 5 años y las madres de estos atendidos en el centro de salud de San Isidro respectivamente.

Delimitación Espacial:

El trabajo de investigación se realizará en el Centro de Salud de San Isidro ubicado, distrito de Pueblo Nuevo, provincia de Chincha del departamento de Ica.

Delimitación Temporal:

El trabajo de investigación se llevara a cabo durante el año 2015.

Área general: Ciencias de la salud

Área específica: Estomatología

Especialidad: Odontopediatría

Línea de investigación: Caries de infancia temprana y conocimientos sobre salud dental

1.3 Problema de investigación (formulación del problema)

1.3.1 Problema principal:

¿Existe relación entre la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental, atendidos en el centro de salud de San Isidro del distrito de Pueblo Nuevo?

1.3.2 Problemas secundarios:

- ¿Cómo se presenta la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro De Salud San Isidro del distrito de Pueblo Nuevo?
- ¿Cómo se presenta la prevalencia de caries de infancia temprana según la edad y género de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro De Salud de San Isidro del distrito de Pueblo Nuevo?
- ¿Cuál será el nivel de conocimientos sobre salud dental de las madres de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro De Salud de San Isidro del distrito de Pueblo Nuevo?
- ¿Cuál será el nivel de conocimientos sobre salud dental según edad y grado de instrucción de las madres de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro De Salud de San Isidro del distrito de Pueblo Nuevo?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar si existe relación entre la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental, atendidos en el centro de salud de San Isidro del distrito de Pueblo Nuevo.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro De Salud de San Isidro del distrito de Pueblo Nuevo.
- Comparar la prevalencia de la caries dental según edad y género de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro De Salud de San Isidro del distrito de Pueblo Nuevo.

- Identificar el nivel de conocimientos sobre salud dental de las madres de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro De Salud de San Isidro del distrito de Pueblo Nuevo.

- Comparar el nivel de conocimientos sobre salud dental, según edad y grado de instrucción de las madres de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro De Salud de San Isidro del distrito de Pueblo Nuevo.

1.5 Hipótesis de la investigación

1.5.1 Hipótesis general

Existe relación entre la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años, con el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental atendidos en el Centro De Salud de San Isidro del distrito de Pueblo Nuevo.

1.5.2 Hipótesis secundarias

- La prevalencia de caries de infancia temprana es grave en los niños de 3 a 5 años.
- Existe diferencias entre la prevalencia de la caries de infancia temprana según edad y género de los niños de 3 a 5 años.
- El nivel de conocimientos sobre salud dental es deficiente en las madres de los niños de 3 a 5 años.
- Existen diferencias entre el nivel de conocimientos sobre salud dental, según edad y grado de instrucción de las madres de los niños de 3 a 5 años.

1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

Las variables de esta investigación son:

- a) Prevalencia de caries de infancia temprana.
- b) Nivel de conocimiento de las madres sobre salud dental.
- c) Edad de los niños.
- d) Edad de las madres.
- e) Género de los niños.
- f) Grado de instrucción de las madres.

Para objeto de estudio las variables se han clasificado de la siguiente manera:

➤ Según su naturaleza:

- Prevalencia de caries: Variable cuantitativa.
- Nivel de conocimiento de las madres: Variable cualitativa.
- Edad de los niños: Variable cuantitativa.
- Género de los niños: Cualitativa.
- Edad de las madres: Cuantitativa.
- Grado de instrucción de las madres: Cualitativa.

➤ Según escalas de medición

- Prevalencia de caries: De razón.
- Nivel de conocimiento de las madres: Ordinal.
- Edad de los niños: De Razón.
- Género de los niños: Nominal.
- Edad de las madres: de razón.
- Grado de instrucción de las madres: Ordinal.

1.6 Diseño de la investigación

1.6.1 Diseño tipo de investigación

Según la intervención del investigador es de tipo observacional.

Según la planificación de la toma de datos es de tipo prospectivo.

Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio es de tipo transversal.

Según el número de variables de interés es de tipo analítico.

1.6.2 Nivel de investigación

De acuerdo al nivel se trata de una investigación relacional.

1.6.3 Método

Diseño epidemiológico de tipo transversal.

1.7 Población y Muestra de la Investigación

1.7.1 Población

La totalidad de la población es de 345 niños de las edades de 3 a 5 años, y 345 madres de familia respectivamente del centro de Salud de San Isidro.

1.7.2 Muestra

El tamaño de la muestra se obtuvo con un 95% de confianza y un Nivel de significancia de 0.05, mediante la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z^2 \times p(1-p) \times N}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times p(1-p)}$$

Dónde:

N = Total de la población

$Z_{\alpha} = 1.962$ (si la seguridad es del 95%)

$p =$ proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)

$q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.5 = 0.5$)

$d =$ precisión (en este caso deseamos un 5%).

En consecuencia el tamaño de la muestra es de 94 niños con sus madres respectivamente.

1.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

1.8.1 Técnicas

a) Técnica de observación

Es una técnica que consiste en visualizar o captar mediante la vista, en forma sistemática cualquier hecho, situación o fenómeno que ocurra en la naturaleza o la sociedad. Particularmente se empleara la observación simple, pues no perturba la acción o situación que se está investigando.

En la evaluación, se realizará un examen clínico de la cavidad oral de los niños preescolares, para lo cual se le pedirá que abra su boca y con ayuda de un espejo bucal se examinara pieza por pieza. (Anexo 2).

Se utilizará instrumental por cada paciente, una vez utilizado se colocará en una bandeja con solución desinfectante, y al finalizar la jornada se procederá a lavar y esterilizar para utilizarlo en la siguiente jornada de trabajo. Se utilizará además una cámara fotográfica digital para registrar el estudio de cada paciente.

En nuestra técnica de observación directa, emplearemos los siguientes instrumentos: Guantes y mascarillas descartables, Algodón, Toallas de papel Campos para instrumental, Lápiz, Savlon (desinfectante), Instrumental de diagnóstico y Fichas para recolección de datos.

b) Técnica de encuesta

Es una técnica que pretende obtener información que suministra un grupo o muestra de sujetos acerca de sí mismos o de un tema en particular.

En cuanto a la forma de aplicar la encuesta se utilizará el cuestionario escrito y auto administrado, porque tiene la ventaja de colocar a todos los sujetos encuestados en la misma situación psicológica, asegura comparabilidad de las respuestas, facilitando el examen y procesamiento.

1.8.2 Instrumento de recolección de datos

a) Cuestionario

Se utilizará el cuestionario de salud con los ítems especificados para evaluar el conocimiento sobre salud dental.

Se entregará los cuestionarios de salud a las madres de familia de los niños seleccionados en sus respectivas casas o centro de estudios de los niños. Previo a la entrega, se les explicará el propósito del estudio, especificando el anonimato y la importancia de la sinceridad en sus respuestas.

Las preguntas serán cerradas y abiertas, además el instrumento también contemplará algunas preguntas, cuyas respuestas son de interés para el investigador y que orientará a la investigación.

Preguntas que miden el conocimiento: El cuestionario contiene preguntas. La valoración de cada pregunta es 1 punto, para un total de 24 puntos.

La puntuación es:

- Conocimiento deficiente: <11
- Conocimiento regular: 12 – 17
- Conocimiento bueno: >18

b) Formulario Simplificado De Salud Bucal

Para este estudio se diseñó fichas de recolección de datos en donde indica edad, sexo, fecha de nacimiento, y un odontograma.

1.9 Justificación e importancia de la investigación

Se ha visto de acuerdo a diversas investigaciones que a veces las madres de familia tienen un insuficiente y muchas veces errado conocimiento acerca de sobre los hábitos y cuidados que se deben tener sobre la salud bucal, los cuales se deben aplicar en sus niños desde que nacen.

La mayoría de niños del Centro de Salud de San Isidro no reciben atención odontológica sino hasta que por motivo de dolor de dientes acuden a una consulta, esto debido a la presencia de caries no tratadas a tiempo las cuales pueden afectar la salud sistémica por complicaciones locales o generales: celulitis facial, mal oclusión por pérdida de dientes o incluso afectar la autoestima del niño.

La importancia de este estudio radica en que nos permitirá conocer si el nivel de conocimiento de los padres tiene relación con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños, tema que debe ser importante para la comunidad chinchana y toda la sociedad ya que con esto ratificaremos lo importante que es la educación en casa puesto que la familia es la célula de la sociedad.

Es importante puesto que la caries es una enfermedad muy común, enfermedad a la que los padres y la sociedad no les dan la debida importancia y menos aún en los niños, debido a la falta de conocimiento, por cual con esta investigación se busca llevar a un cambio de conciencia y mejora en educación tanto en los niños como en los padres.

La información obtenida tendrá relevancia social porque nos permitirá conocer otro de los factores que influyen en la prevalencia de la caries de infancia temprana en los niños atendidos en el centro de salud de San Isidro, el cual podría implementar o mejorar programas de prevención y promoción de la salud bucal, lo que permitirá mejorar su calidad de vida tanto de los niños como de sus madres; así como también para las poblaciones futuras.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

Vergara C, Jans A, Diaz J, et al. (2008) Realizaron un estudio de tipo descriptivo de corte transversal con el objetivo de conocer los factores socioculturales relacionados con la caries temprana de la infancia en una población de alto riesgo cariogénico, atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la Universidad de La Frontera y en el Hosp. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

La población estuvo constituida por las madres de 59 niños de 2 a 6 años de edad, se utilizó como instrumento una encuesta auto-administrada, validada en su contenido, donde constataba de 43 preguntas cerradas, distribuidas en 7 ítems: identificación, sociodemográficos, constitución familiar, socio-económicos, hábitos intrafamiliares, antecedentes odontológicos y médicos. Los niños fueron clasificados en función del daño presentado (diagnóstico).

Los resultados fueron que el 24% de los niños eran de etnia mapuche. 67% de los niños usaban mamadera con azúcar. El

78% de los niños asistía al jardín o colegio. El 100% de los niños realizaba higiene bucal en casa y el 93% de ellos lo hacía más de 2 veces al día. El 44% de los niños asistía por primera visita al dentista. 58% de las madres no habían recibido información de cuidado en salud bucal. El 80% de los niños presentó lesiones cavitadas en incisivos y molares.

Como conclusión obtuvieron que de acuerdo a todas las variables analizadas de los datos obtenidos, el uso de mamadera con azúcar estaría relacionado con mayor daño por caries ($p < 0,05$).⁽¹⁾

Montero D, Lopez P, Castrejón R. (2007) Realizaron un estudio de tipo transversal; con el objetivo de determinar la prevalencia de caries de la infancia temprana y su asociación con el nivel socioeconómico familiar en niños que asistieron a consulta por primera vez a la Clínica de Odontopediatría de la DEPeI, UNAM durante el periodo escolar 2006-2007. La población estuvo constituida por 100 pacientes infantiles de 12 a 48 meses de edad.

Mediante un examen bucal se determinó la presencia de caries de la infancia temprana y se aplicó una encuesta a los padres de los pacientes para conocer su nivel socioeconómico.

Como resultado encontraron que la prevalencia de caries de la infancia temprana en la población examinada fue de 59.5%. El promedio de dientes afectados por CIT fue mayor entre los infantes cuando el padre tenía estudios técnicos o universitarios (2.8 ± 1.75) en comparación, con aquellos que tenían estudios de primaria completa (2.0 ± 2.0).

En lo referente a la relación con la ocupación de las madres se observó que el promedio de dientes afectados por CIT fue mayor entre los infantes cuando la ocupación materna era dedicada al hogar (9.2 ± 3.5) comparado con el grupo cuyas madres tienen un oficio técnico (4.6 ± 1.1).

Como conclusión encontraron que la prevalencia de CIT fue alta y la escolaridad de los padres y la dieta infantil se relacionaron directamente

con la presencia de caries de la infancia temprana en los pacientes examinados. ⁽²⁾

Zaror C, Pineda, P, Orellana J. (2011) Realizaron un estudio de tipo transversal; con el objetivo de determinar la prevalencia de caries de la temprana infancia y sus factores asociados.

La población estuvo conformada por una muestra de 301 niños de 2 a 4 años, La información fue analizada usando test exacto de Fisher y modelos de regresión logística.

La prevalencia de CIT fue de un 70% con una severidad de un 52%. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre CIT y variables como edad, ruralidad, estado nutricional, uso de biberón, uso biberón nocturno e índice de higiene oral simplificado ($p < 0,05$).

Del estudio multivariado se determinó que a los 2 años el usar biberón nocturno es un factor protector ($OR=2,6$). La alta prevalencia de CIT en la población estudiada evidencia la necesidad de incorporar programas educativos y preventivos durante el primer año de vida. ⁽³⁾

Gonzales H, Brand S, Díaz F, Farfán M, Gonzales V, Rangel W, et all. (2006) Realizaron un estudio de tipo transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de CIT y los factores de riesgo en niños atendidos en el centro Odontopediátrico Carapa, sector Antímamo, en el municipio Libertador del Distrito Capital, Venezuela.

La población por 31 niños menores de 7 años, de ambos sexos, atendidos en la Consulta de Tratamiento y Emergencia. Cada paciente fue sometido a una evaluación clínica-bucal para el diagnóstico de la caries dental.

Como resultado se obtuvo que La frecuencia de caries dental fue de 100% (67.7% de tipo rampante y 32.3% no rampante). Con relación a la CR, 42.9% era severa, 33.3% moderada y 23.8% leve.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la edad de los niños afectados con la CR. En lo que respecta al sexo, de los 21 niños con CR, 9 eran mujeres y 12 varones ($p > 0.05$).

Al investigar sobre el conocimiento que tienen las madres sobre la caries y su prevención, se obtuvo que: 54.8% no saben lo que es la caries.

En conclusión, se determinó una elevada prevalencia de CR (67.7%), superior a la determinada en otros estudios realizados en Venezuela.

La falta de higiene bucal adecuada (No cepillado después de lactar), hábitos dietéticos inadecuados (uso de biberón con sustancias azucaradas) y hábitos socio-culturales (dejar dormir al niño con el tetero en la boca) fueron los principales factores etiológicos de riesgo para CR entre la población evaluada. ⁽⁴⁾

Echeverría S, Henríquez E, Sepúlveda R, Barra M (2010) Realizaron un estudio de tipo transversal con el objetivo de investigar el impacto de la Caries Temprana de la Infancia severa (CTI – S) en la calidad de vida relacionada a la salud oral de niños preescolares.

La muestra estuvo constituida por 200 niños de 3 a 5 años de edad con sus padres o tutores. Se realizó un examen clínico a los niños y una encuesta a los padres.

Los resultados muestran que los niños con CIT severa, tienen significativamente más dolor, problemas de alimentación y sueño, alteraciones de conducta y ausentismo escolar ($P < 0.005$) que los niños sin CIT severa. Este estudio mostró un impacto negativo de la caries temprana de la infancia severa en la calidad de vida de los niños preescolares. ⁽⁵⁾

Franco A, Santamaría A, Kurzer E, Castrol L, Giraldo M (2004) Realizaron un estudio tipo transversal con el objetivo de identificar la frecuencia de la caries dental en los niños y las niñas menores de seis años residentes en la ciudad de Medellín, describieron los conocimientos y las prácticas del cuidado bucal de sus madres, realizando un examen clínico bucal a 365 niños de los estratos socioeconómicos medio, alto y bajo, entrevistaron en base a una encuesta estructurada a 346 madres. La prevalencia de caries en el estrato medio y alto fue del 48.4% y en el estrato bajo fue de 58.3%. Se encontró caries dental desde el primer año de edad en los tres estratos socioeconómicos. El promedio de las

superficies afectadas por caries fue de 3.4 y 6.6 para el estrato medio, alto y bajo respectivamente. Se encontró una diferencia significativa en el nivel de escolaridad de las madres. El 42% de las madres del estrato medio y alto y el 50% del estrato bajo afirman no haber recibido información sobre el cuidado bucal de sus hijos. En el momento del estudio se encontró que el 18% de los niños presentaban hábito prolongado del biberón y el 50% de las madres tenían la costumbre de dejar dormir al niño con el biberón. ⁽⁶⁾

Nacionales:

Villena R, Pachas F, Sánchez Y, Carrasco M. (2011) Realizaron un estudio de tipo descriptivo y transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia y severidad de la caries dental en niños de 6-71 meses de edad de comunidades urbano marginales de Lima.

La población fue de 332 niños con los criterios de caries dental 0 a 71 meses de edad, pertenecientes a 7 comunidades urbano marginales del cono norte de Carabaylo, departamento de Lima.

Se utilizaron los parámetros de la OMS para la detección de caries dental, empleando luz natural y equipo no invasivo.

La prevalencia de caries dental fue de 62,3% y se incrementó con la edad 10,5% (0-11 meses), 27,3 % (12-23 meses), 60,0% (24-35 meses), 65,5% (36-47 meses), 73,4% (48-59 meses) y 86,9% (60-71 meses). El índice ceod promedio fue 2,97 (DS 3,48), el componente cariado represento el 99,9% del índice. Las piezas más afectadas en el maxilar superior fueron los incisivos centrales y primeras molares, mientras en el maxilar inferior fue la primera y segunda molar. Las manchas blancas activas tuvieron mayor presencia entre los primeros años de vida. Se concluyó que existe una alta carga de enfermedad y aumenta conforme se incrementan los meses de vida, siendo necesario plantear modelos de intervención temprana con especialistas del área. ⁽⁷⁾

Pisconte E. (2010) Realizó un trabajo de investigación de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, y tuvo como propósito

determinar si existe relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito La Esperanza - Trujillo 2010.

La muestra estuvo conformada por un total de 328 preescolares de 3 a 5 años de edad y sus respectivas madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Encontró que existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. ($p = 0.001$).

La prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad del Distrito La Esperanza. Trujillo -2010, fue de 60.7%. Encontrándose un I - ceo promedio de 3.2 (moderado).

El nivel de conocimiento sobre salud dental de las madres de los preescolares examinados fue medio en un 66.5%.

El nivel de conocimiento sobre salud dental en las madres de los niños examinados según rango de edad, se encontró que existe relación significativa, pero es muy baja ($p = 0.02$), con un nivel de conocimiento alto en un 40% en las madres entre 25 - 35 y 35 - 45 años de edad.

No encontró relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres de los preescolares evaluados sobre salud dental, y el tipo de institución educativa ($p = 0.147$).

También encontró relación significativa entre la prevalencia de caries dental y el tipo de institución educativa ($p = 0.0002$). Con un promedio de I - ceo de 3.5 (moderado) en instituciones educativas estatales y un I - ceo de 2.6 (Bajo) en instituciones educativas particulares.

Halló relación significativa entre la prevalencia de caries dental y la edad de los niños ($p = 0.005$). ⁽⁸⁾

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 El Conocimiento

Se refiere al entendimiento, inteligencia en el desarrollo de actividades sensoriales del hombre. ⁽⁶⁾

Generalidades:

Los conocimientos provienen de diferentes mecanismos con los que las personas hacen contacto en todas las etapas de su vida: los medios masivos de comunicación, la escuela, la relación con las demás personas dentro del mismo núcleo familiar (abuelos, hermanos, padres) o dentro del grupo social (vecinos, compañeros de trabajo, amigos), los acontecimientos de la vida diaria y las características del ambiente. En ese orden de ideas puede decirse que los conocimientos y prácticas provienen de la información que el sujeto ha recibido, de lo que ve, de lo que cree y de lo que siente. ⁽⁶⁾

Clases de conocimiento:

Conocimiento Social: Es el que se refiere al saber de la vida cotidiana.

Conocimiento Científico: Es el que se refiere al saber científico.

Uno y otro se interrelacionan, no se manifiestan puros, ni uno u otro guían exclusivamente las conductas de las personas. ⁽⁶⁾

El Conocimientos en Salud

Es la información a la que tiene acceso la población y que constituye la base cognitiva para la toma de decisiones en relación con la salud, las conductas orientadas hacia la salud y las conductas de riesgo; de esta información importa tanto la cantidad como la calidad del conocimiento. Hasta ahora gran parte de la educación para la salud centra su atención en ampliar los conocimientos sobre las conductas saludables y las de riesgo, con la creencia que esta información provoca un cambio de actitud y a la larga disminuyen el riesgo de enfermedad y aumenta los niveles de salud.

Sin embargo, está claro que los conocimientos y las prácticas de los individuos son apenas una parte de todos aquellos factores o procesos que determinan el estado de salud individual y colectivo y sólo trabajando integralmente por los políticos, sociales y

culturales, se alcanzarán los niveles de salud y bienestar deseados. ⁽⁶⁾

Conocimiento en higiene bucal

Es el entendimiento de las medidas preventivas en higiene bucal (uso del cepillo e hilo dental, etc.) que posibiliten el control de los factores que desencadenen la formación precoz de la Caries, así como el entendimiento de la etiología de la misma y mejorar los índices de salud oral de nuestra población infantil. ⁽⁹⁾

Para que un servicio de salud bucal cumpla con su objetivo, es decir, disminuir el índice de caries en niños a través de la prevención y promoción de salud, es necesaria una interacción con los diferentes servicios de salud. ⁽⁶⁾

Importancia del conocimiento de la salud bucal en el bebé

El establecimiento temprano de un buen hábito de higiene bucal es un factor importante para la buena salud dental en los niños. Si las rutinas correctas para mantener una buena salud dental son dadas desde la infancia, entonces la educación más adelante será tan sólo un reforzamiento.

Muchos padres suponen que las caries en los dientes deciduos no tienen importancia, ya que los dientes se van a caer de todos modos, pero estas caries si acarrearán riesgos. Si el niño pierde los dientes temporales muy temprano, los dientes permanentes todavía no estarán listos para reemplazarlos. Los dientes temporales actúan como una guía para los permanentes, si se pierden muy pronto, los que quedan podrían cambiar de posición para llenar los espacios. Esto podría no dejar espacio para que salgan los dientes permanentes.

Por lo tanto la integridad de los dientes deciduos es importante para el mantenimiento de la longitud de la arcada, la oclusión y además cumple funciones de masticación, estética, fonética y el bienestar psicoemocional del niño. ⁽¹⁰⁾

2.2.2 Prevalencia:

En epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo"). Por tanto podemos distinguir dos tipos de prevalencia: puntual y de periodo.

Características de la prevalencia:

- Es una proporción. Por lo tanto, no tiene dimensiones y su valor oscila entre 0 y 1, aunque a veces se expresa como porcentaje.
- Es un indicador estático, que se refiere a un momento temporal.
- La prevalencia indica el peso o la abundancia del evento que soporta una población susceptible, teniendo su mayor utilidad en los estudios de planificación de servicios sanitarios.
- En la prevalencia influye la velocidad de aparición del evento y su duración. Por ello es poco útil en la investigación causal y de medidas terapéuticas.
- La prevalencia no debe confundirse con la incidencia. La incidencia es una medida del número de casos nuevos de una enfermedad en un período determinado. Podría considerarse como una tasa que cuantifica las personas que enfermarán en un periodo de tiempo.
- La prevalencia se refiere a todos los individuos afectados, independientemente de la fecha de contracción de la enfermedad. Es decir, que con la prevalencia puede saberse en un determinado momento cuantos enfermos hay.
- La prevalencia de una enfermedad en una población determinada influye en la eficacia real de una prueba para diagnosticar dicha enfermedad en esa población concreta. ⁽¹¹⁾

2.2.3 La Caries Dental

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes, se caracteriza por la desintegración progresiva de los

tejidos calcificados, debido a la acción de los microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Esta enfermedad tiene un carácter multifactorial y es crónica. ⁽¹²⁾

Por extensión, hasta el siglo XX se denominaba caries a las lesiones que producen el deterioro de las estructuras dentarias, lo cual en el siglo XXI representa un anacronismo que se presta a confundir la enfermedad caries con sus secuelas, las lesiones cariosas. Este es un concepto fundamental para instaurar un diagnóstico preciso y, por ende, un tratamiento etiopatogénico y no paliativo, vale decir que sea dirigido a los factores etiológicos más que hacia las secuelas. ⁽¹³⁾

La caries se ha considerado como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. En la actualidad, su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran medida con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento. Aunque su prevalencia ha disminuido en los países industrializados, afecta entre el 60% y 90% tanto de la población infantil como de la adulta ⁽¹⁴⁾

El desarrollo de la caries dental depende de cuatro factores primarios o básicos:

- a) Factor microbiano: presencia de bacterias
- b) Factor del hospedador: anatomía y posición del diente, saliva, inmunidad y genética
- c) Factor de la dieta: carbohidratos, frecuencia y consumo; y un factor adicional:
- d) Factor tiempo, proporcionado por Newbrun en 1978, como requerimiento para producir caries.

Sin embargo, la aparición de la caries dental, no depende exclusivamente de los factores primarios, sino de otros factores, llamados factores moduladores, los cuales contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y evolución de las lesiones cariosas. ⁽¹⁵⁾

Muy aparte también encontramos la morfología dentaria:

A. El diente ofrece puntos débiles que lo predispone al ataque de la caries:

Anatomía: existen zonas retentivas como las fosas y fisuras profundas y las superficies proximales, donde es limitado el acceso de la saliva y de los instrumentos de higiene.

Disposición de dientes en la arcada: el apiñamiento dentario predispone a la caries dental.

Constitución del esmalte: las deficiencias adquiridas durante la formación de la matriz o en la mineralización puede favorecer el desarrollo de la caries.

Edad posteruptiva del diente: la susceptibilidad de caries es mayor inmediatamente después de la erupción de diente, y disminuye con la edad.

B. Flora bucal cariogénica (microorganismos – *Streptococo mutans*):

Los primeros microorganismos suelen ser bacterias grampositivas principalmente estreptococos y lactobacilos, que producen ácido láctico difícil de neutralizar. ⁽¹⁵⁾

C. Sustrato (carbohidratos fermentables en la dieta):

La sacarosa es el sustrato más cariogénico ya que produce glucano, polisacárido responsable de la adhesión a la placa dental.

Cuando el pH en boca cae por debajo de 5.5 (valor crítico) comienza a producirse la desmineralización del esmalte. El proceso comienza de los 3 a 5 minutos después de la ingesta y tarda entre 30 a 60 minutos en alcanzar el pH neutro de 7. ⁽¹⁶⁾

Por lo tanto decimos que la ingesta frecuente de azúcares extrínsecos sin la realización de la higiene bucal entre horas, favorece la aparición de caries, al prolongar los niveles de pH bajos en el medio bucal. ⁽¹⁵⁾

Cuando las bacterias colonizan una superficie dental con sacarosa producen ácido láctico por la fermentación de los

carbohidratos, originando la disolución de los cristales de hidroxiapatita y produciendo la caries dental. ⁽¹⁷⁾

D. Tiempo:

Presencia y formación de caries en niños no está solamente relacionada con la cantidad de carbohidratos ingeridos, sino también por la consistencia del alimento y la frecuencia de ingestión. Como después de la ingestión de alimentos cariogénicos el pH baja al nivel de 5 y se mantiene aproximadamente 45 minutos, la frecuencia por encima de 6 ingestión/día contribuye para aumentar el riesgo de caries. ⁽¹⁸⁾

Cuando el consumo de alimentos ocurre entre las comidas, esto determina una acidificación de placa en forma continua que perturba la capacidad buffer, así como altera el mecanismo de Remineralización Desmineralización, aumentando el riesgo de caries. ⁽¹⁸⁾

Entre los factores moduladores se encuentran: edad, salud general, fluoruros, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento. Es decir, que también se toman en cuenta los factores que se encuentran fuera de la cavidad bucal.

La familia juega el rol más importante en la formación de los niños, especialmente en la adquisición de hábitos alimenticios y de higiene oral.

No olvidemos que la promoción de la salud debe iniciarse en el seno de la familia y los ejemplos y actitudes de los padres y hermanos mayores son determinantes. ⁽¹⁹⁾

La familia realiza el paso inicial, mediante acciones de vigilancia y dando ejemplo de higiene oral en el hogar. La actuación de la familia es fundamental para que lo aprendido por el preescolar tenga continuación y concluya en la adquisición de hábitos de higiene oral. Hay que evaluar cuáles son las necesidades y los problemas de salud que afectan a las familias, así como las costumbres de higiene que está posea y en el caso que la familia

tenga otras prioridades sanitarias, el preescolar también las tendrá.
(20)

La importancia de la familia reside, en que ella es el núcleo, que realiza el paso inicial de conducir al niño totalmente desinformado, a un marco básico de valores, actitudes, creencias y hábitos que guiarán su desarrollo personal. Esto quiere decir, que cualquier programa educativo en salud oral que no incluya a la familia, específicamente padres o cuidadores del niño, tiende a fracasar.
(21)

Las investigaciones en niños demuestran la importancia que tiene el rol de la madre en la influencia del comportamiento adoptado por aquellos, con referencia a su salud oral.

Algunos autores demuestran la importancia que tiene el conocimiento de salud oral de la madre y el ejemplo que ella le trasmite al niño sobre hábitos saludables, convirtiéndose estos en factores determinantes para la adquisición futura de hábitos en salud oral por parte del menor. (22)

La creencia de la familia o de grupos de iguales son determinantes muy poderosos en el comportamiento positivo para la salud y pueden ser inculcados, hasta los 5 años, por la actuación como modelos por los padres. (22)

2.2.3.1 Manifestaciones clínicas de la caries dental:

Lesión inicial de caries en la superficie del esmalte: El estado más temprano de caries implica la disolución del esmalte, con la apertura de las vías de difusión. En estos casos se produce un reblandecimiento de la superficie. Cuando la desmineralización llega a la superficie, el porcentaje de pérdida de mineral se vuelve mayor en esta zona que en la superficie produciéndose la llamada “lesión subsuperficial”. Se ha demostrado que la capa subsuperficial del esmalte puede repararse por deposición del calcio y fosfatos disueltos desde la superficie del esmalte. (15)

Lesión inicial de caries en fosas y fisuras: Inicialmente la lesión no se forma en el fondo si no en las paredes de las fisuras, y tiene

el aspecto de dos lesiones pequeñas similares a las de la superficie lisa. Esto se debe a la presencia de material orgánico en el fondo de la fisura, que actúa como un tapón amortiguador contra los residuos básicos de la placa, suavizando el ataque ácido en la base de la fisura durante la fase inicial de formación de caries. ⁽¹⁵⁾

Caries en dentina: La dentina y el tejido pulpar son tejidos vitales íntimamente interconectados, y constituyen una unidad biológica capaz de reaccionar frente a una agresión mediante los siguientes mecanismos:

Esclerosis tubular: Proceso por el que se deposita mineral en la luz de los túbulos dentinarios. Se suele observar justo en la periferia de las lesiones de caries que afectan a la dentina.

Formación de la dentina reparadora: Constituye la creación de una capa de dentina irregular en la interfase de la dentina y la pulpa. Es llamada también “dentina terciaria”, para diferenciarla de la “dentina primaria” formada antes de la erupción dentaria, y de la “dentina secundaria” formada durante toda la vida. ⁽¹⁵⁾

2.2.3.2 Caries de infancia temprana

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define caries de infancia temprana o aparición temprana, a la presencia, en dientes temporarios, de 1 o más superficies cariadas (cavitadas o no), perdidas (por caries) u obturadas en niños menores de 71 meses de edad (5 años y 11 meses), por lo que en menores de 3 años, cualquier signo de caries en una superficie lisa. ⁽¹⁷⁾

La caries infancia temprana (CIT), es una forma única de caries que se desarrolla en la dentición primaria, inmediatamente después de erupcionados los primeros dientes. ⁽¹⁷⁾

Tiene como manifestaciones clínicas dolor e infección, que tienen un efecto debilitante en la salud general produciendo una serie de consecuencias en el niño. El dolor provocado por la lesión cariosa, puede afectar la vida diaria de los pequeños, los niños a diferencia de los adultos, no son capaces de verbalizar sus sentimientos y expresar el dolor que ellos están sintiendo. La

inmadurez del niño, su desarrollo cognitivo y dependencia de los padres influyen la interpretación del dolor. Esto se traduce en un gran problema al momento de determinar la necesidad de tratamiento, por lo que, en la atención pediátrica, además del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, es necesario tener en cuenta el punto de vista del niño y sus padres para determinar cómo el dolor afecta sus vidas. En este sentido tiene mucha importancia, la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO), concepto referido a la percepción que tiene el niño o sus padres, de los efectos de una enfermedad determinada sobre su bienestar físico emocional y social ^(6,7).

Por esto, la evaluación de la calidad de vida en un paciente representa el impacto que esa enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción de su bienestar, en este caso, de la caries restringida y una disminuida capacidad para aprender que alteran su calidad de vida.

Varias investigaciones fueron realizadas para demostrar el impacto de la CTI severa en la calidad de vida relacionada a la salud oral.

En 1999, Low y cols¹⁴, mostraron el efecto de la caries severa en niños pequeños estableciendo una asociación negativa entre caries y calidad de vida, concluyendo que los preescolares con dolor dental no siempre se quejan, sin embargo manifiestan el dolor indirectamente cambiando los hábitos alimenticios y alterando sus patrones de sueño.

Posteriormente, Acs y cols.¹², en 2001, estudiaron los resultados percibidos por los padres, después de una rehabilitación dental, los cuales percibieron una mejoría de la calidad de vida de los niños después del tratamiento.

En otro trabajo, Filstrup y cols.¹⁹, investigaron en 2003, el efecto de la CIT en la salud oral relacionada con calidad de vida los niños, determinando que los niños con CIT presentaron más dolor, más problemas para comer y dormir y ausentismo escolar, demostrando que la calidad de vida relacionada con la salud oral

de los niños afectados por CIT, era peor que la de aquellos niños que no presentaban CIT. ⁽²³⁾

Cualquier signo de caries en superficies lisas en niños menores de tres años, nos indica una CIT severa.

En aquellos niños de tres a cinco años de edad, la cavitación de una o más superficies, dientes perdidos (por caries) o superficies lisas restauradas, cavitadas, ausentes en dientes primarios anteriores superiores, o con un índice de restauración de superficies ± 4 (a los tres años), ± 5 (a los cuatro años), o ± 6 (a los cinco años de edad) constituye CIT severa. ⁽²⁴⁾

La CIT puede ser una forma de caries particularmente virulenta, que comienza poco después de la erupción dental, se desarrolla en las superficies dentales lisas, progresa rápidamente y tiene un impacto perjudicial en la dentición.

A diferencia de la caries en dientes permanentes, la CIT afecta por lo general a los dientes superiores primarios. ⁽²⁵⁾

2.2.3.3 Factores De Riesgo

Dieta: En los primeros meses de vida la alimentación es básicamente líquida y el bebé presenta gran frecuencia de ingestión. Hasta los 6 meses la alimentación materna exclusiva es suficiente para proveer al niño de los nutrientes necesarios para su pleno desarrollo además de constituir la mejor protección contra las dolencias del recién nacido. La alimentación materna exclusiva, hasta los 6 meses, además de permitir un desarrollo facial armónico, disminuye la posibilidad de ingesta de azúcar en su contenido. La leche materna es el alimento más completo que puede tomar un bebé, porque su composición se va adaptando a las necesidades de cada etapa y además incorpora anticuerpos que inmunizan al bebé de las enfermedades. ⁽²⁶⁾

El milagro de la leche materna es que cambia en función de las necesidades nutricionales del bebé. Desde el calostro (rico en

proteínas, vitaminas y minerales) hasta leche con mayor contenido en grasas que favorece el crecimiento y la ganancia de peso, cuándo el bebé tiene más de 4 meses. ⁽²⁷⁾

Su composición también va variando ligeramente a lo largo de la toma. Al principio es ligera y al final más cremosa y grasa lo que hace que el bebé al principio sacie su sed y al final su apetito. Por eso es importante que se vacíe el pecho totalmente antes de ponerle al otro. ⁽²⁸⁾

La producción de caries se debe a la frecuencia del consumo de leche materna y a la mala higiene que realiza la madre para con el bebé; es decir que la leche materna de por sí no es la que produce la caries en el bebé si no por el contrario son los factores mencionados lo que hacen la aparición y prevalencia de caries en el bebé. ⁽²⁹⁾

Normalmente se ofrecen alimentos dulces, los cuales culturalmente, presentan significado de afecto y amor, y así, la frecuencia de consumo de azúcar es aumentada drásticamente. ⁽³⁰⁾

Según La Liga de la Leche Internacional (LLLI), “habitualmente se considera que la lactancia materna es la causa de la caries dental, puesto que no se hace distinción entre las diferentes composiciones de la leche materna y artificial, y entre los diferentes mecanismos de tomarla. Al dar el pecho, el pezón se sitúa al final de la cavidad bucal, evitando que la leche caiga alrededor de los dientes, a diferencia de cuando se succiona de una tetina. Sólo tenemos que considerar la abrumadora mayoría de niños amamantados con dientes sanos para saber que deben haber otros factores implicados.” La leche materna por su alto contenido en grasa ayuda a prevenir la caries dental en el infante a comparación de la leche de fórmula que tiene bajo contenido en grasa y por lo tanto aumenta la prevalencia de caries.

Uso del biberón: La importancia del biberón en el desarrollo en el CIT depende fundamentalmente de la duración y características

del contacto nocturno con el mismo. La aparición de caries en los incisivos superiores se ha explicado por la posición de la tetina del biberón, que bloquea el acceso de salida a esas piezas obstaculizando la remoción de glucosa. ⁽³¹⁾

La correlación entre el uso del biberón y la presencia de caries está confirmada por varias investigaciones, donde el biberón es un importante medio de ingestión de azúcar, ya que la mayoría de los alimentos ingeridos a través de ella presenta adición de azúcar. ⁽³¹⁾

2.2.3.4 Microorganismo: Colonización bacteriana/ Ventana de Infectividad

El organismo principal asociado con la caries dental es el *streptococo mutans*. En 1924, el británico Clarke lo aisló de la cavidad de niños con caries activa y le aplicó el término “*mutans*”, erróneamente porque los cocos llevaban a cabo cambios en la morfología “mutacionales” y retención de la tinción de Gram a medida que el cultivo envejecía.

Sin embargo, la caries dental no está confinada a un solo tipo de microorganismos, sino más bien a una constelación de microorganismos que interactúan dentro de la placa dentobacteriana. ⁽³²⁾

La colonización primaria del *S. mutans* llamada también ventana de infectividad se produce cuando la flora bucal materna se transfiere al hijo. La saliva es el vehículo de transmisión y los utensilios utilizados para alimentarlos, los besos en la boca, los dedos contaminados, el chupete “limpiado” en la boca materna, entre otros, se transforman en los intermediarios de la inoculación bacteriana.

Este primer encuentro se realiza con la aparición del primer diente, porque el *S. mutans* necesita una superficie dura para colonizar. La apertura de la ventana de infectividad ha sido ubicada en el lapso existente entre el nacimiento y los 24 meses de vida. El

nivel de infección en el infante estará en relación con el grado de infección materna. ⁽³¹⁾

Los factores primarios de riesgo para la caries de la infancia temprana incluyen:

Alimentar al niño con biberón cuyo contenido incluya algún líquido azucarado durante la siesta o por la noche

Permitir que un lactante se alimente del seno materno libremente (*free demand*) durante la noche

Seguir utilizando el biberón después del primer año de vida

Falta o ausencia de limpieza dental por parte de los padres

Factores socioeconómicos

La CIT es similar a otras formas de caries dental en niños mayores, con la particularidad de que la enfermedad progresa muy rápidamente convirtiendo las lesiones de mancha blanca o descalcificaciones, en cavidades francas.

Diversos autores se han abocado en clasificar por estadios la caries de la infancia temprana. Cada estadio se caracteriza por el grado de destrucción que presenten los dientes primarios, por su localización, de acuerdo a la edad del infante, al número de dientes afectados y a la severidad y extensión de las lesiones. ⁽³³⁾

La CIT muestra un patrón característico relacionado a dos factores: el primero, a la secuencia de erupción de los dientes, por esto afecta principalmente a los dientes anteriores superiores; y el segundo, a la posición de la lengua durante la alimentación, la cual protege a los dientes inferiores de los líquidos durante la alimentación, por lo que generalmente estos dientes no están afectados.

La CIT no sólo afecta los dientes, también tiene implicaciones en el estado general de la salud de los niños, ya que crecen a un menor ritmo que los niños libres de caries. Algunos niños pueden estar por debajo de su peso debido a problemas asociados a la ingesta de alimentos, entre ellos, al dolor. También la CIT ha sido asociada por algunos investigadores a deficiencias de hierro. ⁽³⁴⁾

Además, existe el riesgo de desarrollar nuevas lesiones cariosas, tanto en la dentición primaria como en la permanente, así como sufrir una hospitalización de emergencia, lo cual aumenta los costos y tiempos de tratamiento, ya que se puede requerir de técnicas de sedación o anestesia general. ⁽³⁴⁾

2.2.3.5 Fidelidad De Transmisión

La experiencia de caries de los niños está más correlacionada con la experiencia de caries de la madre que con la del padre, ya que ellas son las encargadas de su crianza en los primeros años.

De 24 a 36 horas después del nacimiento, los niños presentan niveles de bacterias bucales en saliva al mismo nivel que los adultos. Aunque *E. mutans* no es detectable hasta después de que los dientes erupcionan, otras bacterias que colonizan la lengua y la mucosa ya se establecieron antes. Después, cuando los dientes aparecen en el medio ambiente bucal, éstos se hacen receptivos para la colonización por *E. mutans*.

Según Berkowitz y Jordan, la fuente de *E. mutans* generalmente es 70% de la madre, y aun cuando el genotipo no siempre concuerda, ellos observaron que los niños tenían el mismo serotipo de los *Streptococos mutans* de sus madres. La especulación de cómo se transfiere el EM durante el periodo de ventana (promedio 26 meses de edad), incluye el contacto con la saliva de la madre y probablemente también durante el nacimiento en el canal vaginal, sin tener niveles detectables en reservorios como las amígdalas o el dorso de la lengua, hasta la erupción de los dientes primarios, donde *E. mutans* alcanza niveles detectables. Caufield P. ha demostrado que cepas del EM se agrupan dentro de familias y razas, sugiriendo que las cepas se conservan dentro del linaje materno. ⁽³⁵⁾

2.2.3.6 El Reconocimiento de la caries

La caries se manifiesta de diferentes maneras en las distintas superficies dentarias. Las lesiones cavitadas no constituyen ningún problema en el diagnóstico, mientras que las lesiones incipientes

son más difíciles de identificar. El diagnóstico de caries se basa en el uso de una o más de las cuatro técnicas básicas: examen visual, examen táctil con sonda, examen radiográfico y trasiluminación. En la exploración clínica de las lesiones de fosas y fisuras se consideran los siguientes criterios de diagnóstico:

- Opacidad alrededor de la fosa o fisura: indica que el esmalte subyacente se encuentra socavado o desmineralizado.
- Reblandecimiento de la base de la fosa o la fisura.
- Esmalte reblandecido en el área adyacente. ⁽¹⁸⁾

Los pediatras son generalmente los primeros profesionales en revisar la cavidad bucal de los niños y en reconocer lesiones dentales sospechosas, que con un diagnóstico temprano y la remisión a un dentista entrenado en el manejo de los niños, puede tratar la caries en sus estadios más tempranos, evitando así complicaciones.

Las lesiones a reconocer son:

A) El estadio de lesión blanca

En los estadios más tempranos, la lesión del diente aparece como una mancha blanca con una superficie intacta donde la lesión de la sub-superficie es reversible (Ver Figura 4, anexo).

En niños menores de tres años, estas lesiones incipientes se observan por lo común en la superficie frontal de los dientes anteriores.

Las manchas blancas resultantes de las lesiones incipientes pueden ser difíciles de distinguir de las hipocalcificaciones del desarrollo, pero cualquier mancha blanca debe ser referida para la evaluación por un dentista.

B) El estadio de cavidad

Si continúan perdiéndose los minerales debido a los ataques ácidos, eventualmente la superficie se rompe o se "cavita" y la lesión no puede ser revertida.

Si la lesión sigue progresando, grandes áreas del diente se pueden perder.

Las lesiones activas cavitadas son generalmente de color café dorado, mientras que las que han estado más tiempo en la boca, son más oscuras y en ocasiones casi negras, las que pueden estar arrestadas y sin progreso.

Manchas en la superficie del esmalte, particularmente en las fisuras, son difíciles de distinguir de la caries, por lo que cualquier decoloración o irregularidad en el esmalte debe ser referida al dentista para su evaluación. ⁽³⁶⁾

En sus estadios más avanzados, la enfermedad presenta signos y síntomas como:

- Caries rampante y/o severa.
- Existencia de hábitos nutricionales deletéreos en el paciente.
- Genera deglución atípica.
- Trastornos en el crecimiento y desarrollo de los maxilares.
- Problemas de estética, fonética y articulación de las palabras.
- Desórdenes gastrointestinales.
- Infecciones bacterianas que pueden conducir a bacteremias.

En pacientes que han sufrido fiebre reumática, se presenta el riesgo de una endocarditis bacteriana.

- Alteraciones psicológicas.

Debido a lo antes enunciado, la CTI afecta negativamente la calidad de la vida de los infantes, ya que, además, con frecuencia se presenta dolor agudo o crónico, problemas masticatorios, limitación en la cantidad de alimentos ingeridos y problemas para conciliar el sueño, tanto antes como después de los tratamientos dentales.

La resolución clínica de la condición requiere de extensos tratamientos rehabilitadores que, frecuentemente, deben ser realizados bajo anestesia general o sedación; pero también se da el hecho de que los padres encuentran insalvables obstáculos para lograr el acceso al tratamiento requerido a través de los servicios de salud pública en un tiempo prudencial, es decir; antes de que la condición empeore. ⁽³⁷⁾

Desde el punto de vista microbiológico, el desarrollo de la CIT puede ser dividido en tres etapas:

1. Infección primaria por *S. mutans*.
2. Acúmulo de microorganismos patógenos (*S. sobrinus* y lactobacilos) por la exposición prolongada a sustratos cariogénicos.
3. Rápida desmineralización del esmalte y cavitación de la estructura dental.

El principal microorganismo patógeno en la cavidad bucal causante de la CIT es el *S. mutans*, aunado al acúmulo de *S. sobrinus*, siendo éste una especie más agresiva y más acidogénica que el grupo *mutans* y lactobacilos. ⁽³⁸⁾

El organismo principal asociado con la caries dental es el *Streptococo mutans*, el cual se transmite verticalmente de la madre/ cuidador principal al niño a través de la saliva. El *Streptococo mutans* coloniza la cavidad oral de los niños un tiempo después de la erupción del primer diente. Esta colonización se realiza aproximadamente a los 2 años de edad, durante el periodo llamado "ventana de infectividad".

La caries de la infancia temprana (CIT) es la nomenclatura más reciente para un patrón particular de caries dental en niños pequeños, afectando principalmente los dientes anteriores primarios. Tiempo atrás se conocía como caries de biberón, pero se ha demostrado que no sólo se debe al uso frecuente del biberón con cualquier líquido azucarado natural o artificialmente como la leche, fórmulas, jugos de frutas y refrescos, sino también al pecho materno a libre demanda y a la utilización de tazas entrenadoras y chupones endulzados. ⁽³⁶⁾

El término caries de la infancia temprana es actualmente el más aceptado. Sin embargo, ciertos sinónimos aún continúan empleándose:

- Caries de mamila
- Síndrome de biberón
- Caries de pecho

- Síndrome por alimentación infantil
- Caries rampante infantil ⁽³⁸⁾

2.2.4 Prevalencia de caries en la dentición primaria:

La prevalencia de la caries dental está disminuyendo en los países más industrializados, se cree que por la utilización de flúor. Debido a que la caries dental se relaciona con las prácticas de alimentación del infante, la prevalencia varía entre los grupos étnicos y culturales. ⁽¹⁸⁾

Las mayores prevalencias se advierten en los países en vías de desarrollo, en los que las condiciones de desnutrición son comunes. Pero también las comunidades pertenecientes a las clases sociales menos favorecidas de los países desarrollados se ven afectadas por la enfermedad.

Según la Organización Panamericana de la Salud, la CIT afecta preferentemente a niños con bajo peso al nacer y con carencias, sea cual sea su etnia o cultura, y puede existir una predisposición a la enfermedad por la presencia de hipoplasias de esmalte, como consecuencia de un estado nutricional deficiente durante el embarazo y los primeros años de vida.

La prevalencia de CIT en los diferentes países del mundo varía ampliamente, lo que depende, entre otros factores, de las condiciones socioeconómicas del país de que se trate o de la comunidad social a la que el niño pertenezca. ⁽³⁷⁾

2.2.5 Medidas Preventivas Contra La CIT

- Para disminuir el riesgo de desarrollar CIT, la Academia Americana de Odontología Pediátrica recomienda las siguientes medidas preventivas, las cuales incluyen prácticas alimenticias apropiadas que no contribuyan al riesgo de caries del niño.
- Reducir los niveles de E. mutans en la madre/ nana/hermanos, idealmente durante el periodo prenatal, interviniendo en la transmisión de las bacterias cariogénicas, con medidas restaurativas y de higiene bucal.

- Minimizar las actividades en las que haya intercambio de saliva, como compartir utensilios entre el niño y sus familiares, encargados del niño y sus compañeros.
- Implementar medidas de limpieza dental a partir de la erupción del primer diente, después de cada toma de alimento, ya que estos dientes recién erupcionados presentan un esmalte inmaduro y los dientes con hipoplasia pueden tener un mayor riesgo de desarrollar caries. ⁽³⁹⁾
- Los médicos pediatras y los demás profesionales de la salud que tienen contacto con las gestantes y madres de niños pequeños (médicos obstetras, enfermeras, etc.), deben estimularlas en el cuidado de salud oral como parte del cuidado de salud general y la de sus hijos. Deben efectuarse controles odontológicos periódicos, tanto la madre como el niño, ya que controlando los niveles de higiene de la madre, se previene el contagio del niño. ⁽⁴⁰⁾
- Si el niño se queda dormido mientras se está alimentando, los dientes se deben limpiar antes de acostar al niño.
- En niños dentados se recomienda el uso diario de una pasta con fluoruro, de preferencia a dosis bajas y alta frecuencia, dos veces al día, ya que ofrece muchos más beneficios que una sola vez al día. Los niños menores de dos años deben utilizar solamente una capa delgada de pasta sobre el cepillo dental para disminuir el riesgo de fluorosis, y niños de dos a cinco años deben emplear la cantidad de pasta dental equivalente al tamaño de un chícharo. El cepillo debe ser blando, de tamaño adecuado a su edad y los padres deben realizar o asistir el cepillado.
- Se debe iniciar el empleo del hilo dental (asistido), cuando las superficies de los dientes adyacentes no puedan ser limpiadas por el cepillo dental.
- Evaluar el riesgo de caries en el niño y brindar educación a los padres para la prevención de enfermedades bucales, entre los seis primeros meses de la erupción del primer diente y por los siguientes 12 meses.

- Evitar conductas alimenticias promotoras de caries. En particular, no se debe acostar a los niños con biberones con contenido de carbohidratos fermentables.
- Se debe evitar el pecho a libre demanda después de que el primer diente comience a erupcionar y que otros carbohidratos sean introducidos en la dieta.
- Los padres deben alentar el uso de tazas al llegar el primer año de edad, retirando el biberón entre los 12 y 14 meses de edad.
- Se debe evitar el consumo repetitivo de cualquier líquido que contenga carbohidratos fermentados por medio de biberón o tazas entrenadoras.
- Se deben evitar refrigerios entre comidas y exposiciones prolongadas de alimentos y jugos u otras bebidas que contengan carbohidratos fermentables.
- No es recomendable que los niños entre uno y seis años consuman más de cuatro a seis onzas de jugo de frutas por día, en taza (en biberón o en taza entrenadora) como parte de la comida.
- Si el niño requiere el uso de un chupón, éste debe estar limpio y sin ningún carbohidrato fermentable. ⁽³⁹⁾
- Higiene bucal del niño mayor de 1 año
 - Cepillar los dientes tres veces al día, después de los principales alimentos y obligatoriamente antes de dormir.
 - Introducir después del primer año de vida el uso del hilo dental por lo menos una vez al día de preferencia en la noche, especialmente en niños con ausencia de espacios interdentes (diastemas).
 - Se deberá informar y supervisar al responsable de la higiene bucal del bebé. ⁽⁴¹⁾
 - Entre los 3 y 4 años de edad el niño alcanza cierto grado de desarrollo psicomotor que le permitirá por sí solo manipular el cepillo teniendo la supervisión de sus padres por lo menos una vez al día.

El cepillado dental es un excelente medio para reducir la presencia de placa bacteriana. Holt menciona que la frecuencia de cepillado de los niños debe ser como mínimo dos veces al día, siendo el más importante el de la noche. ⁽⁴²⁾

Uso de fluoruros en la infancia

Se debe identificar las fuentes de fluoruro sistémico a que esté expuesto el infante mediante una anamnesis detallada.

Es necesario realizar estudios previos sobre la ingestión, metabolismo y excreción de fluoruros en niños con el objetivo de determinar la exposición a métodos sistémicos y tópicos de la población infantil, para de esta manera identificar si los niños están expuestos a dosis adecuadas y no existe riesgo de fluorosis ($>0.07 \text{ mgF} \times \text{Kg/ día}$).

Fluoruro tópico: uso domiciliario (dentífricos).

1. Basados en las recomendaciones Internacionales de la Asociación Dental Americana (ADA), Asociación Americana de Odontopediatría (AAP), el Centro del Control de Enfermedades (CDC), Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), así como el Fórum Mundial de Fluoruros (2003), se sugiere que el inicio de su recomendación sea a partir de los 2 -3 años de edad; sin embargo, el pediatra u odontopediatra podría recomendarlo antes, teniendo en consideración las orientaciones pertinentes de dosis y frecuencia diaria.
2. Infantes con riesgo de caries identificado se sugiere utilizarlo con la erupción del primer molar primario y únicamente una vez al día, en la noche. Los otros cepillados se realizaran con agua. A partir de los dos años se podrán realizar 2 cepillados con dentífrico y a partir de los tres años se podría iniciar su recomendación 3 veces al día respetando la dosis recomendada y la habilidad para escupir.
3. Siempre usar una pequeña cantidad de crema dental, equivalente a una lentejita (0.10 a 0.30 g) o instruir para colocar la

crema dental a lo ancho del cepillo, presionándola para que se introduzca entre las cerdas, mediante la técnica transversal, siempre y cuando sea un cepillo infantil correspondiente o adaptado a la edad.

4. Se recomienda el uso de dentífricos de 400 – 600 ppmF, especialmente en niños residentes de ciudades con métodos sistémico de fluorización (agua o sal fluorada).
5. Incentivar y enseñar desde edades tempranas a escupir y no ingerir el dentífrico.
6. Los dentífricos fluorados deben ser prescritos por el profesional, indicando dosis y frecuencia de uso diario. ⁽⁴¹⁾
7. El rotulado de los envases de dentífricos fluorados debe indicar el uso de pequeña cantidad, la concentración de fluoruros en partes por millón (ppm), advertencias sobre no dejar el dentífrico al alcance de los niños y colocar un mensaje dirigido a los padres “niños menores consulte con su dentista antes de usarlo”.
8. Propagandas que induzca directa o indirectamente a la ingestión o al uso excesivo de dentífrico, deberían ser prohibidas mediante resoluciones ministeriales.

2.3 Definición de términos básicos:

Conocimiento:

Se denomina conocimiento a un conjunto de conceptos que interrelacionados dan cuenta del comportamiento del universo en un determinado aspecto. Esto significa que existe una relación estrecha entre un fenómeno en particular y el conocimiento que de éste se tiene.

⁽⁴³⁾

Caries:

La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana. ⁽⁴⁴⁾

Infancia:

La infancia o niñez es un término amplio aplicado a los seres humanos que se encuentran en fases de desarrollo comprendidas entre el nacimiento y la adolescencia o pubertad. ⁽⁴⁵⁾

Problema:

En la sociedad, un problema puede ser algún asunto social particular que, de ser solucionado, daría lugar a beneficios sociales como una mayor productividad o una menor confrontación entre las partes afectadas. Para exponer un problema, y hacer las primeras propuestas para solucionarlo, se debe escuchar al interlocutor para obtener más información, y hacer preguntas, aclarando así cualquier duda. ⁽⁴⁶⁾

Prevalencia:

En epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado. ⁽⁴⁷⁾

Familia:

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad. ⁽⁴⁸⁾

Factor:

Elemento, condicionante que contribuye a lograr un resultado. ⁽⁴⁹⁾

Edad:

Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo. Una división común de la vida de una persona por edades es la de bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto, mediana edad y tercera edad. ⁽⁵⁰⁾

Población:

En geografía y sociología es el grupo de personas que viven en un área o espacio geográfico.

Población biológica es el conjunto de individuos de la misma especie que habita una extensión determinada en un momento dado. ⁽⁵¹⁾

Salud dental:

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. ⁽⁵²⁾

Cirujano Dentista:

El cirujano dentista es aquel que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático, que incluye los dientes, el periodonto, la articulación temporomandibular y el sistema neuromuscular. Y todas las estructuras de la cavidad oral como la lengua, el paladar, la mucosa oral, las glándulas salivales y otras estructuras anatómicas implicadas como los labios, las amígdalas, y la orofaringe. ⁽⁵³⁾

Título Profesional:

Es la titulación de educación superior que se consigue al finalizar una carrera universitaria de entre tres y seis años, dependiendo de la universidad y del país en el cual se imparte. ⁽⁵⁴⁾

Bachiller:

Persona que ha obtenido el grado que se concede al terminar la segunda enseñanza. ⁽⁵⁵⁾

Autora:

Es el artista o escritor que ha creado una obra artística o literaria de su autoría, es decir, original. ⁽⁵⁶⁾

Optar: Escoger una cosa entre varias ⁽⁵⁷⁾

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA DE NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE SALUD DENTAL DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO PUEBLO NUEVO 2015

1. Presentación

Para completar los objetivos del estudio a continuación se comunica con eficiencia los hallazgos encontrados, para lo cual se presenta la información de manera ordenada y lógica organizados en gráficos y textos. Para garantizar la calidad de los datos, se supervisó el ingreso de los formatos de encuesta, y además se revisaron las distribuciones de frecuencias y tablas para cada una de las variables a fin de identificar códigos errados e información inconsistente. La información recolectada se ingresó en una base de datos de IBM SPSS Statistics versión 22.

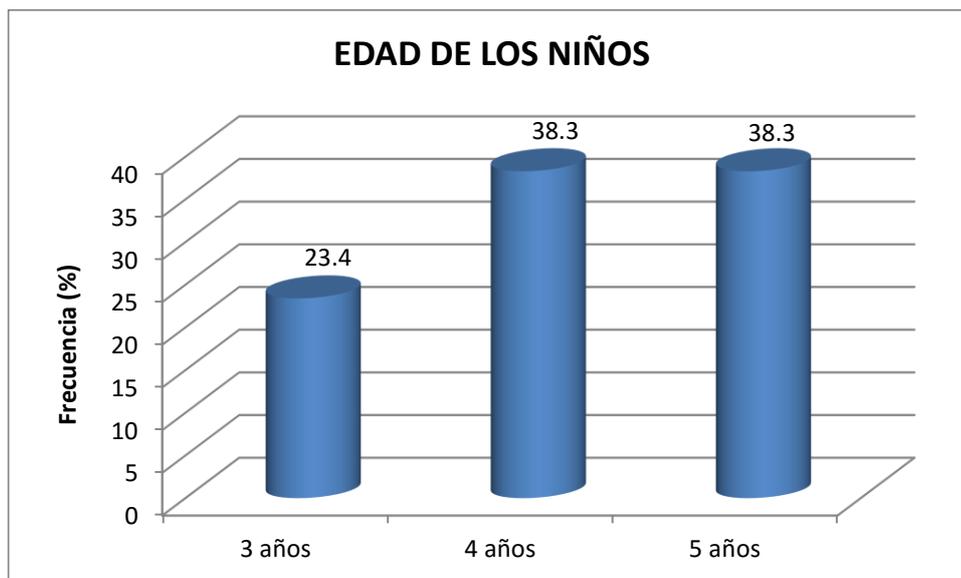
El objetivo estadístico fue describir las variables aleatorias y fijas, establecer su relación y comparar las mismas. En consecuencia se evaluó a 94 niños de 3 a 5 años, y a 94 madres de familia respectivamente que se atienden en el Centro De Salud De San Isidro, Pueblo Nuevo.

RESULTADOS

TABLA N° 1

	Frecuencia	Porcentaje
3 años	22	23,4
4 años	36	38,3
5 años	36	38,3
Total	94	100,0

GRÁFICO N° 1



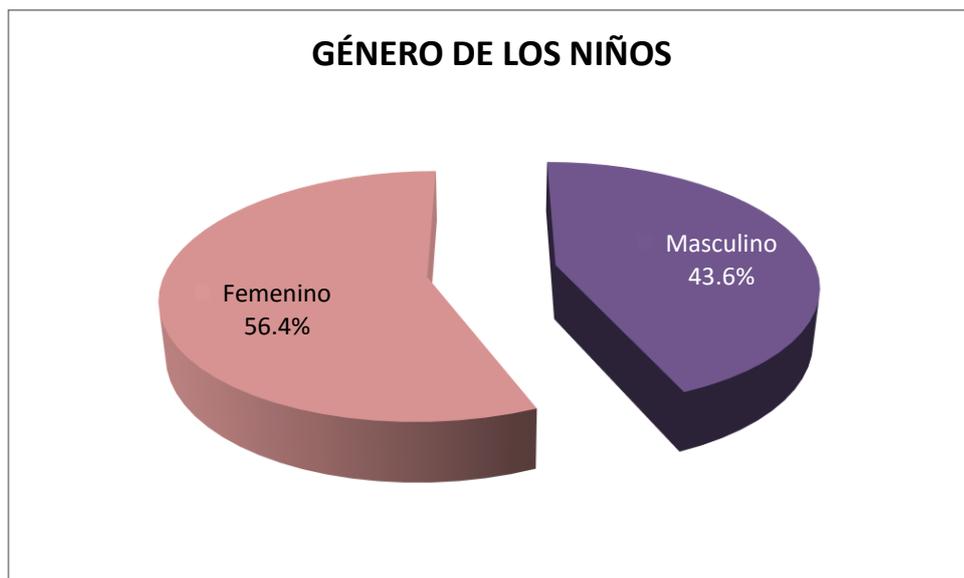
Se encontraron 3 grupos de edades, 23.4% (22/95) de 3 años, 38.3% (36/95) de 4 años y 38.3% (36/95) de 5 años.

Dentro de la variable edad se aprecia una Mediana de 4 años, Moda mayoritaria es de 4 años, una edad Mínima de 3 y una Máxima de 5 años. El Promedio de edad es de 4.15 años.

TABLA N° 2

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	41	43,6
Femenino	53	56,4
Total	94	100,0

GRÁFICO N° 2



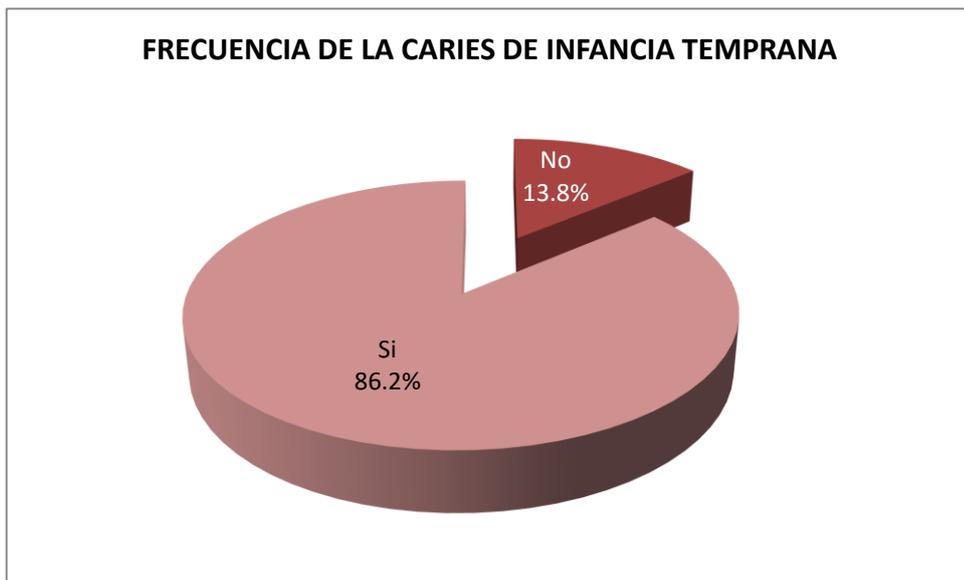
El 56.4% (53/95) de Los niños que participaron en el estudio fueron de sexo femenino y el 43.6% (41/95) de sexo masculino.

TABLA N° 3

FRECUENCIA DE LA CARIES DENTAL

	Frecuencia	Porcentaje
No	13	13.8
Si	81	86.2
Total	94	100,0

GRÁFICO N° 3

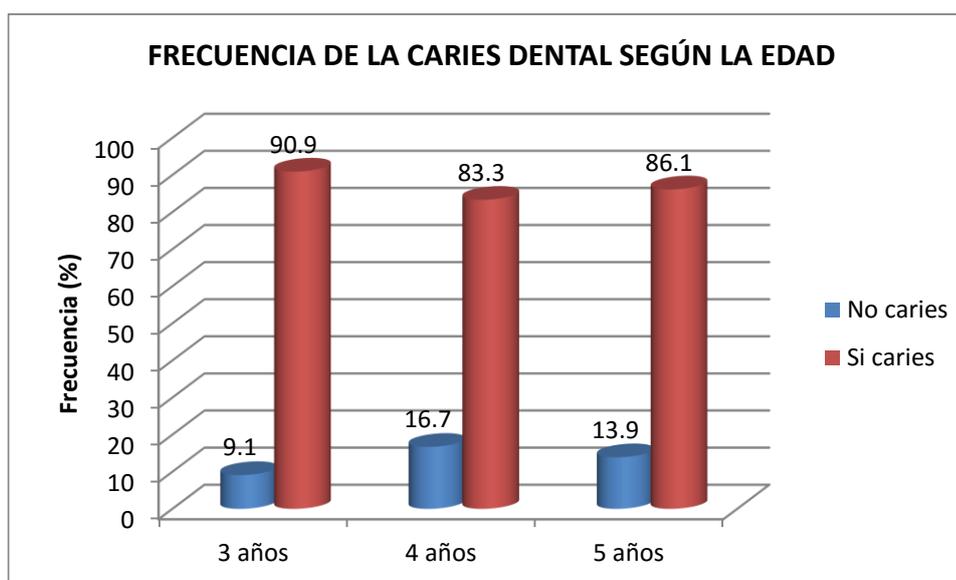


El 86.2% (81/95) de los niños tenían caries de infancia temprana, con un promedio de 4.46 piezas cariadas, 0.67 con extracción indicada y 0.16 obturadas, solo el 13.8% de niños no presentaron caries de infancia temprana (13/95). El nivel de severidad de la prevalencia de la caries dental es alto (Puntuación 5.2) considerado de alto riesgo.

TABLA N° 4
FRECUENCIA DE LA CARIES DE INFANCIA TEMPRANA SEGÚN LA EDAD
DE LOS NIÑOS

Caries dental	EDAD						Total	
	3 año		4 años		5 años			
	N	%	N	%	N	%	N	%
No caries	2	9.1	6	16.7	5	13.9	13	13.8
Si caries	20	90.9	30	83.3	31	86.1	81	86.2
Total	22	100	36	100	36	100	94	100

GRÁFICO N° 4

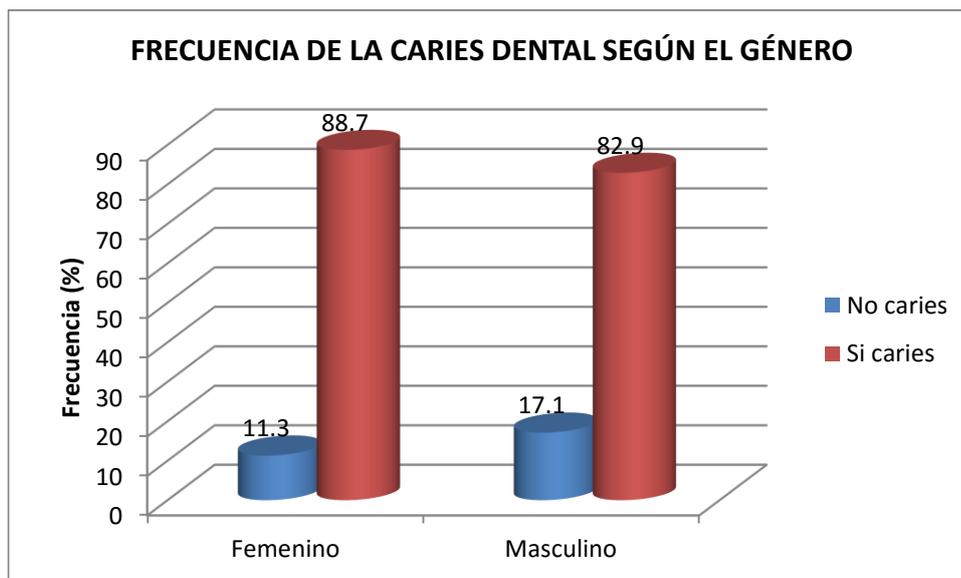


Al comparar la frecuencia de caries de infancia temprana según la edad de los niños, se encontró caries dental en el 90.9% de niños de 3 años (20/22), en el 83.3% (30/36) de niños de 4 años y en el 86.1% (31/36) de niños de 5 años. Al realizarse el análisis estadístico de X^2 de homogeneidad, No se encontró diferencias significativas de la distribución de la caries dental en los grupos de edad analizados (p -valor = 0.720). Se puede evidenciar que la distribución de la caries dental es homogénea en los niños según la edad.

TABLA N° 5
FRECUENCIA DE LA CARIES DE INFANCIA TEMPRANA SEGÚN EL
GÉNERO DE LOS NIÑOS

Caries dental	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
No caries	6	11.3	7	17.1	13	13.8
Si caries	47	88.7	34	82.9	81	86.2
Total	53	100	41	100	94	100

GRÁFICO N° 5



Al comparar la frecuencia de caries de infancia temprana según el género, se encontró caries dental en el 88.7% (47/53) de niñas y en el 82.9% (34/41) de niños.

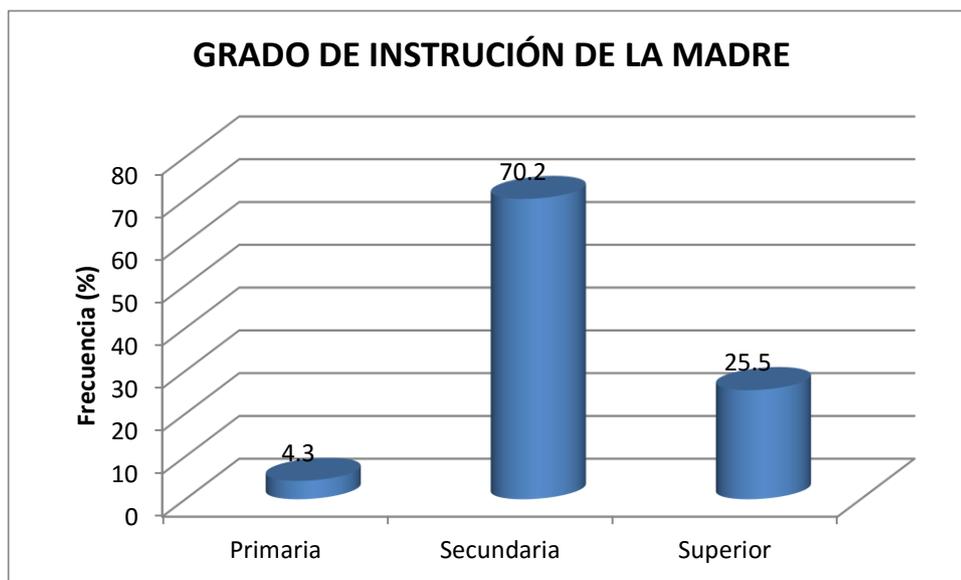
Al realizarse el análisis estadístico de X^2 de homogeneidad, No se encontró diferencias significativas de la distribución de la caries dental en los grupos de género analizados (p -valor = 0.423); se puede evidenciar que la distribución de la caries dental es homogénea en los niños y niñas.

TABLA N° 6

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	4	4.3
Secundaria	66	70.2
Superior	24	25.5
Total	94	100,0

GRÁFICO N° 6

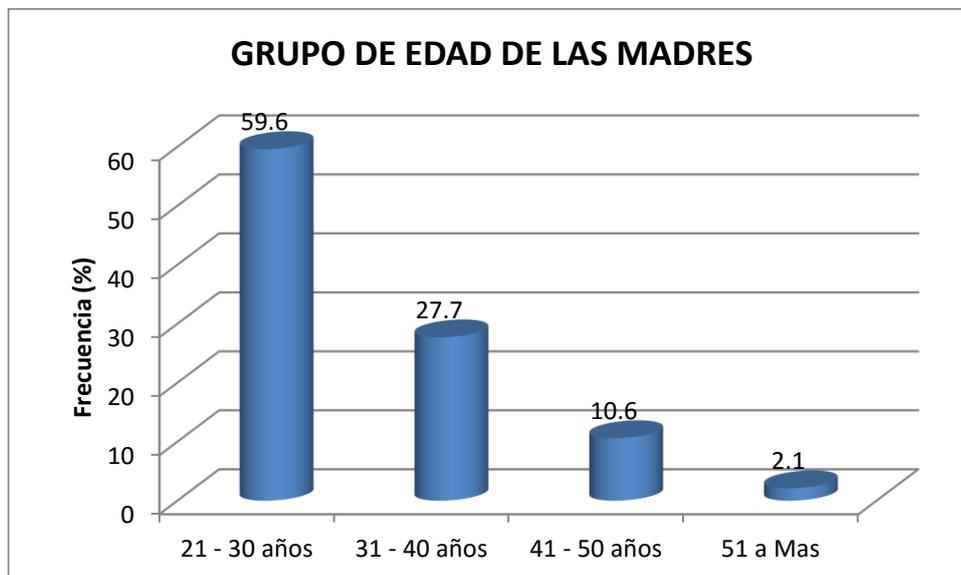


En cuanto al grado de instrucción de las madres, se observa que el 70.2% (66/94) de las madres tienen un nivel de instrucción secundario, el 25.5% (24/94) superior y solo el 4.3% (4/95) nivel primario; se constata que el grado de instrucción predominante en las madres fue el nivel secundario.

TABLA N° 7
EDAD DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS

	Frecuencia	Porcentaje
21 - 30 años	56	59.6
31 - 40 años	26	27.7
41 - 50 años	10	10.6
51 a Mas	2	2.1
Total	94	100,0

GRÁFICO N° 7



Se encontraron 4 grupos de edades, 59.6% (56/94) entre 21 a 30 años, 27.7% (26/94) entre 31 a 40 años, 10.6% (10/94) entre 41 a 50 años y 2.1% (2/94) de 50 años a más.

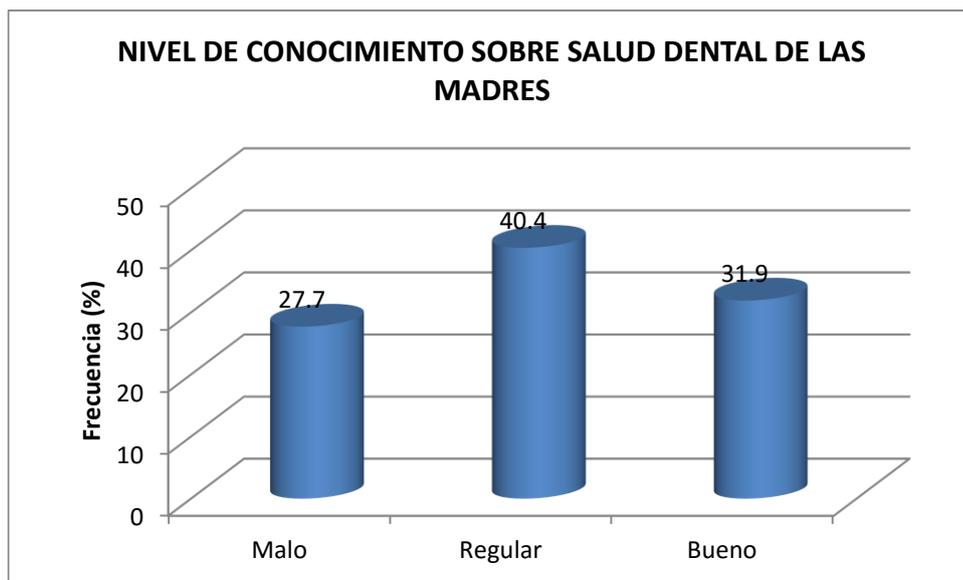
Dentro de la variable edad se aprecia una Mediana de 28 años, Moda mayoritaria es de 26 años, una edad Mínima de 21 y una Máxima de 63 años. El Promedio de edad es de 30.6 años.

TABLA N° 8

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	26	27.7
Regular	38	40.4
Bueno	30	31.9
Total	94	100,0

GRÁFICO N° 8

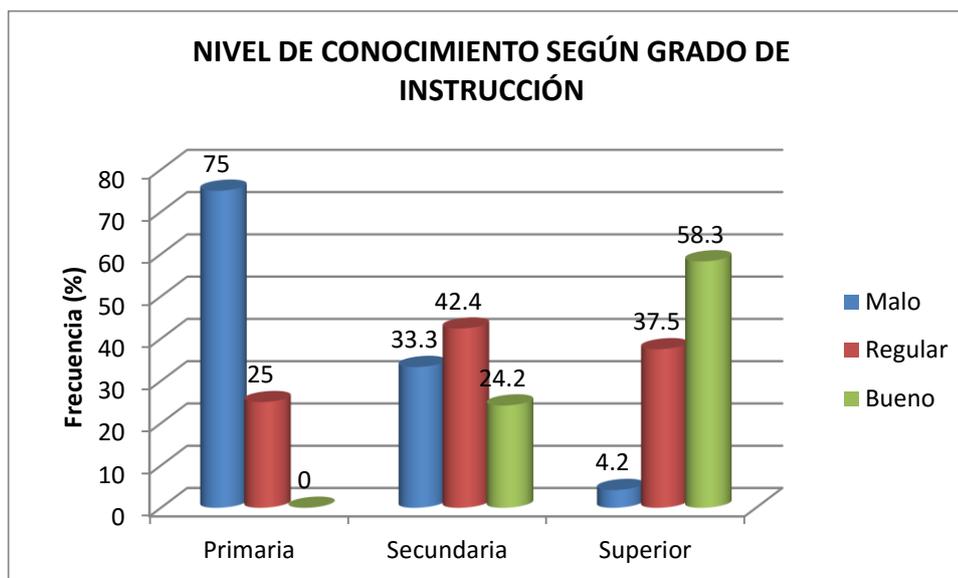


En cuanto al nivel de conocimientos de las madres sobre salud dental, se encontró un nivel de conocimiento bueno en el 31.9% (30/94) de las madres, regular en el 40.4% (38/94) y un nivel de conocimiento malo o deficiente en el 27.7% (26/94); se puede constatar que en un porcentaje significativamente alto las madres de los niños poseen un nivel de conocimiento regular, esto predispone a tener un comportamiento inadecuado con respecto a la higiene bucal del niño. En general el nivel de conocimiento que poseen las madres de familia es Regular (Promedio 14.9 de respuestas correctas)

TABLA N° 9
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

Nivel de conocimiento	Grado de instrucción de la madre						Total	
	Primaria		Secundaria		Superior			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Malo	3	75	22	33.3	1	4.2	26	27.7
Regular	1	25	28	42.4	9	37.5	38	40.4
Bueno	0	0	16	24.2	14	58.3	30	31.9
Total	4	100	66	100	24	100	94	100

GRÁFICO N° 9



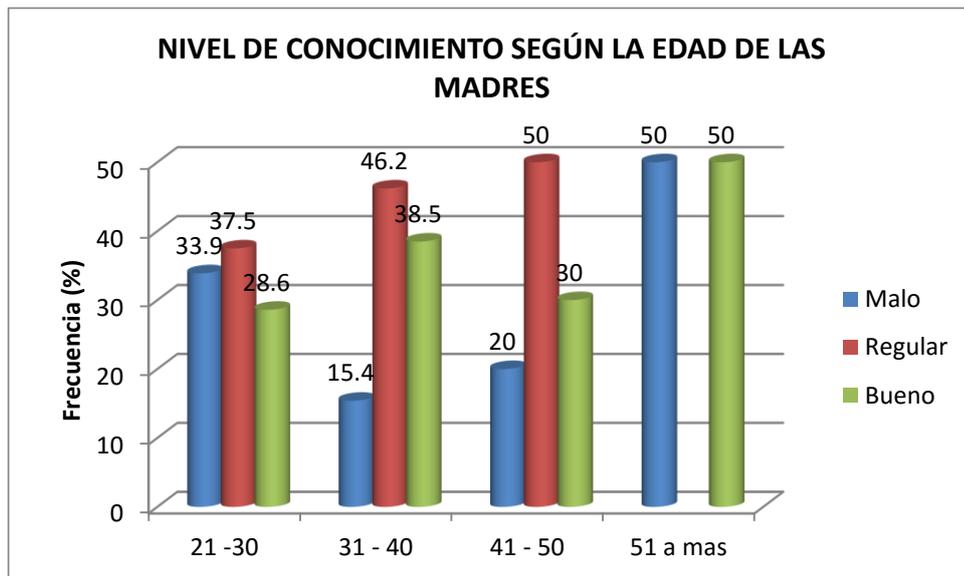
Al comparar el nivel conocimiento según el grado de instrucción de las madres, se encontró que el 75% (3/4) de las madres de familia con nivel primario tienen un nivel conocimiento malo y el 25% (1/4) regular; el 33.3% (22/66) con nivel secundario tienen un nivel de conocimiento regular y el 42.4% (28/66) regular; sin embargo el 58.3% (14/24) con educación superior presenta un nivel de conocimiento bueno y el 37.5% (9/24) regular, se puede evidenciar que a mayor grado de instrucción mejores conocimientos sobre la higiene oral del niño. Al realizarse el análisis estadístico de X^2 de homogeneidad, se

encontró diferencias significativas de la distribución de los niveles de conocimiento en los grupos analizados (p -valor = 0.002); se puede evidenciar que la distribución de los niveles de conocimiento no es homogénea en las madres según el grado de instrucción.

TABLA N° 10
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD DENTAL SEGÚN EDAD DE LAS MADRES

Nivel de conocimiento	Grupo de edad de la madre								Total	
	21 -30		31 – 40		41 – 50		51 a mas			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Malo	19	33.9	4	15.4	2	20	1	50	26	27.7
Regular	21	37.5	12	46.2	5	50	0	0	38	40.4
Bueno	16	28.6	10	38.5	3	30	1	50	30	31.9
Total	56	100	26	100	10	100	2	100	94	100

GRÁFICO N° 10



Al comparar el nivel de conocimiento según la edad de las madres, se encontró un nivel de conocimiento malo en el 33.9% (19/56) de las madres de 21 a 30 años, regular en el 37.5% (21/56) y bueno en el 28.6% (16/56); en las

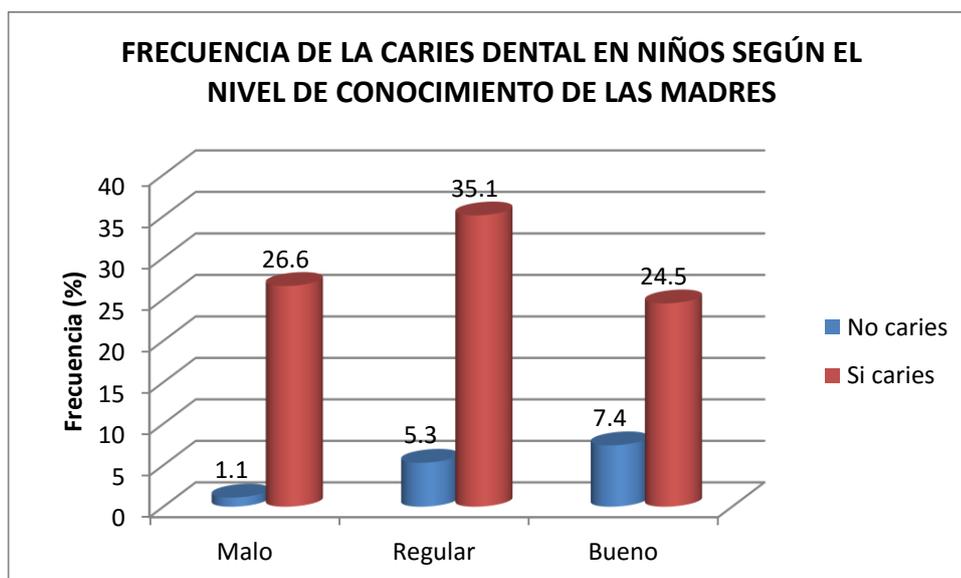
madres de 31 a 40 se encontró conocimiento regular en el 46.2% y bueno en el 30%; en las madres e 41 a 50 años se encontró conocimiento regular en el 50% y bueno en el 30%.

Al realizarse el análisis estadístico de X^2 de homogeneidad, no se encontró diferencias significativas de la distribución de las niveles de conocimiento en los grupos analizados (p -valor = 0.555); se puede evidenciar que la distribución de los niveles de conocimiento es homogénea en las madres según la edad de as madres.

TABLA N° 11
FRECUENCIA DE LA CARIES DE INFANCIA TEMPRANA EN NIÑOS
SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE SALUD
DENTAL

Frecuencia de caries dental	Nivel de conocimiento						Total	
	Malo		Regular		Bueno			
	N	%	N	%	N	%	N	%
No caries	1	1.1	5	5.3	7	7.4	13	13.8
Si caries	25	26.6	33	35.1	23	24.5	81	86.2
Total	26	27.7	38	40.4	30	31.9	94	100

GRÁFICO N° 11



Al relacionar los niveles de conocimiento sobre salud dental de las madres con la presencia de caries de infancia temprana en los niños se encontró que en el 26.6% (25/26) de las madres con conocimiento malo sus niños tenían caries dental, así como en el 35.1% (33/38) de las madres con conocimiento regular y en el 24.5% (23/30) de las madres con conocimiento bueno.

Al realizarse el análisis estadístico No paramétrico de Spearman, se encontró correlación entre el nivel de conocimiento de las madres y la frecuencia de la caries dental en los niños (p -valor = 0.035).

Contrastación de la Hipótesis.

Las variables aleatorias Nivel de conocimiento y práctica sobre higiene oral del niño, no siguieron distribución normal, lo que quedó demostrado mediante la prueba de **Kolmogorov-Smirnov**:

- Para la variable aleatoria Nivel de conocimiento, se encontró un Coeficiente de asimetría = 1.099 (Interpretación: Asimetría derecha), y con un Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0.05$, se halló un valor de Z de Kolmogorov-Smirnov de 2.044 y un Valor de P= 0.000468. Según estos datos se demostró que La distribución de la variable Nivel de conocimiento es distinta a la distribución normal (es asimétrica o no tiene distribución normal)
- Para la variable aleatoria Frecuencia de la caries dental, se encontró un Coeficiente de asimetría = 3.002 (Interpretación: Asimetría derecha), y con un Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0.05$, se halló un valor de Z de Kolmogorov-Smirnov de 5.008 y un Valor de P= 0.000000. Según estos datos se demostró que la distribución de la variable Nivel de Práctica es distinta a la distribución normal (es asimétrica o no tiene distribución normal)

En consecuencia teniendo en cuenta las siguientes consideraciones de nuestro estudio:

Tipo de estudio	Nivel investigativo	Objetivo estadístico	Variables aleatorias	Distribución
Transversal	Relacional	Correlacionar	Numéricas	Distinta a la normal

Se realizó la contrastación de las hipótesis (Se desea correlacionar los conocimientos de las madres y la presencia de caries dental en los niños), utilizando el estadístico de prueba No Paramétrico de **Rho de Spearman**. Se planteó las siguientes hipótesis estadísticas principales:

Hipótesis estadística 1.

H₀: No Existe correlación entre los conocimientos sobre caries que poseen las madres y la presencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años.

H₁: Existe correlación entre los conocimientos sobre caries que poseen las madres y la presencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años.

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0.05$

Rho de Spearman calculado: - 0.218 (Correlación inversa)

p-valor = 0.035

Interpretar (dar como respuesta una de las Hipótesis)

Existe correlación entre los conocimientos sobre caries que poseen las madres y la presencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años.

Leer el p-valor

Con un error del 0.035, Existe correlación entre la presencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud dental.

CONCLUSIONES

- Los conocimientos sobre salud dental que poseen las madres y la presencia de caries de infancia temprana en los niños de 3 a 5 años, se correlacionan inversamente (Coeficiente de correlación -0.218) de tal manera que a mayor conocimiento de las madres sobre caries menor presencia de caries de infancia temprana.
- En general la prevalencia de la caries dental en niños de 3 a 5 años es del 86.2%, siendo alto el nivel de severidad de dicha prevalencia (Puntuación 5.2) considerado de alto riesgo.
- No se encontró diferencias significativas de la distribución de la caries dental según la edad (p-valor = 0.720) y según el género de los niños (p-valor = 0.423); siendo la distribución de la caries dental homogénea en ambos casos.
- En general el nivel de conocimiento que poseen las madres sobre caries es REGULAR (Promedio 14.9 de respuestas correctas)
- Se encontró diferencias significativas de la distribución de los niveles de conocimiento según el grado de instrucción de las madres (p-valor = 0.002) siendo la distribución heterogénea; sin embargo según la edad no resultaron significativas (p-valor = 0.555); siendo la distribución de los niveles de conocimiento homogénea en este caso.

RECOMENDACIONES

- Incrementar la información sobre salud bucal en todas las madres en general, pero sobre todo en aquellas que por diversos motivos no cursaron estudios superiores hayan sido o no de salud.
- Deben efectuarse controles odontológicos periódicos, tanto la madre como el niño, orientando a la madre en mejoras de actitudes y conocimientos para una adecuada salud bucal.
- Implementar políticas de salud orientadas a promover, prevenir, tratar y recuperar a este grupo humano teniendo en consideración que la prevención es una labor en la que todas las personas que se relacionen con los niños tendrán que involucrarse en especial en casa y el colegio.
- Realizar tratamientos de restauración o conservación en los niños (as) con presencia de caries para salvaguardar su dentadura decidua hasta que erupcione la dentición permanente, y de esta manera poder evitar cualquier problema en un futuro; como una posible infección dental de los dientes deciduos o falta de espacio para la erupción permanente.
- Publicar los resultados de este trabajo para brindar información actualizada, a partir de los cuales se tome como referente para la mejora de los programas preventivos implantados en la actualidad.
- Continuar con este tipo de estudios a nivel local y nacional para confirmar el estado de salud oral y de esta manera poder evidenciar la necesidad de prevenir la caries dental en los niños del Perú.
- Realizar estudios con la finalidad de investigar las deficiencias en la efectividad de los programas de educación y prevención de salud oral que en la actualidad son aplicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carranza A. Relación entre conocimientos y actitudes de los padres sobre la caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años. Lima [tesis de pregrado]. Universidad Alas peruanas; 2011
2. Pisconte E. Relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito la esperanza – Trujillo. [Tesis de pregrado]. Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego; 2010
3. Vergara C, Jans A, Diaz J, et al. Caries temprana de la infancia, factores socioculturales y daño. Estudio preliminar. Revista Sociedad Chilena De Odontopediatria, 2008; 23 (2): 8
4. Montero D, Lopez P, Castrejón R. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Revista Odontológica Mexicana 2011; 15 (2): 1-7
5. Zaror C, Pineda, P, Orellana J. Prevalencia de caries temprana de la infancia y sus factores asociados en niños chilenos de 2 y 4 años. Int. J. Odontostomat 2011; 5(2):171-177
6. Gonzales H, Brand S, Díaz F, Farfán M, Gonzales V, Rangel W, et all. Prevalencia de caries rampante en niños atendidos en el Centro Odontopediátrico Carapa, Antímano, Venezuela. Rev Biomed 2006; 17:307-310.

7. Echeverría S, Henríquez E, Sepúlveda R, Barra M, Caries Temprana de la Infancia Severa: Impacto en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Oral de Niños Preescolares. *Revista Dental de Chile* 2010; 101 (2) 15-21
8. Villena R, Pachas F, Sánchez Y, Carrasco M. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. *Rev Estomatol Herediana*. 2011; 21(2):79-86.
9. Carranza H. Relación Entre Conocimientos Y Actitudes De Los Padres Sobre La Caries Dental Y Sus Factores De Riesgo Con La Historia De Caries Dental De Sus Hijos De 6 A 12 Años [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2011
10. Franco A, Santamaría A, Kurzer E, Castrol L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimiento y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *Rev. CES Odontológica* 2004; 17(1):19- 29.
11. MINISTERIO DE SALUD. Manual de Normas Técnico Administrativo del Subprograma de Salud Bucal. Dirección general de salud de las personas. Lima-Perú, p. 16-33,1996.
12. Del Carpio M, Soldevilla A. Factores de Riesgo de Caries Dental en Bebés 2005 Disponible en: <http://bonemaison.blogia.com/2005/060203-factores-de-riesgo-decaries-dental-en-bebes.php>
13. Liébana J. Microbiología oral. México: Mc Graw Hill; 1992.
14. Guedes A. Rehabilitación Oral en Odontopediatría – Atención Integral. España. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 2003.
15. Henostroza G. Caries Dental: Principios para el diagnóstico. Madrid: Ripano SA; 2007.

16. Petersen P. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st Century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 (1): 3-5.
17. Tascón JE, Cabrera G. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. *Colomb Med* 2005; 36(3): 73-78.
18. Henostroza G. Facultad de Estomatología. "Roberto Beltrán Neira". Diagnóstico de Caries Dental. Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia 2005.122 Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/17-4/v17n4ao6.htm>
19. Bernabé E, Delgado E, Sánchez P. Resultado de un sistema para la vigilancia de Caries de Infancia Temprana. *Rev Med Herediana* 2006; 17(4):227-233.
20. Alonso M, Karawosky L. Caries de Infancia Temprana. *Periodontología y Reproducción Humana* 2009; 23(2):90-97.
21. Figueredo W, Ferelle A, Myaki I. Odontología para el Bebè: Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. Sao Paulo-Brasil. *Actua Med Odont Latino*; 2000.
22. López MA. Publicado el 10 de agosto 2008. Disponible en: <http://www.anpe.es> .Consultado el 08 de octubre del 2014.
23. Magallanes M. Estudio Epidemiológico de salud Oral en niños pre-escolares de 3-5 años de edad, en dos grupos de diferentes características socio-económicas. [Tesis Bachiller]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1988.

24. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
Publicado el 5 de enero 2000. Revisado el 4 de abril 2003. Disponible en:
<http://www.odontologiapreventiva.com/oralhealth.htm#partThree2000>.
25. Petersen P. Publicado el 11 de julio 2003. Disponible en:
http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report_03_en.pdf. Consultado
el 08 de octubre del 2014
26. Figuereido L. Odontología para el bebé. Ed. Almozca. Edición 2000:109-
122.
27. Gusy M, Waters et al. Early Childhood Caries: Current evidence for a
etiology and prevention. *J of Pediat and Chil Heal*. 2006; 42 :37-43.
28. Horowitz, H. S. Research issues in early childhood caries. *Community Dent.
Oral Epidemiol.*, 26:67- 81, 1998.
29. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of early childhood
caries (ECC). *Pediatr Dent* 2007/2008; 29 (suppl): 13.
30. Figueiredo L, Ferelle A, Issao M. Odontología para el bebé. 1era ed. Brasil:
Artes Médicas Ltda; 2000.
31. Oliveira, Gi, Gonzáles. Caries de la infancia temprana: etiología, factores
de riesgo. *Profs dent*. Junio 1999; 2 (5).
32. Boj M, Catalá García –Ballesta C, Mendoza A. *Odontopediatria*, Masson,
2004; 125-126
33. Cesetti, Dricas. Mayocchi. Caries de Biberón. *Boletín de la Asociación
Argentina de Odontología para niños*. Dic 2000; 29 (4).
34. Filstrup SL, Briskie D, Fonseca M. Early childhood caries and quality of life:
Child and parent perspectives. *Pediatr Dent* 2003; 25(5): 431-439.

35. Anderson MH, Bales DJ, Omnel KA. Modern management of dental caries: The cutting edge is not the dental bur. *JADA* 124: 37-44.
36. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent* 2006; 28 (suppl): 69-72
37. Primosch R., Balsewich CM., Thomas CW. Outcomes assessment an intervention strategy to improve parental compliance to follow-up evaluations after treatment of early childhood caries using general anesthesia in a Medicaid population. *Journal of Dentistry for Children* 2001; 68(2):102-108.
38. Nelson FP. Caries del biberón Capítulo 11. En: Léa Assed B. *Tratado de Odontopediatría*. Editorial Amolca. Tomo 1, Colombia, 2008.
39. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent* 2007/2008; 29 (suppl): 39-41.
40. Boj M, Catalá García –Ballesta C, Mendoza A. *Odontopediatría*, Masson, 2004; 125-126.
41. SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DEL BEBE. Disponible en: <http://www.odontobebeperú.org>. Consultado el 11 de diciembre del 2014.
42. Del Carpio M, Soldevilla A. Factores de Riesgo de Caries Dental en Bebés 2005. Disponible en: <http://bonemaison.blogia.com/2005/060203-factores-de-riesgo-decaries-dental-en-bebes.php>. Consultado el 11 de diciembre del 2014.
43. DEFINICIONES. Disponible en <http://definicion.mx/conocimiento/> consultado el 15 de diciembre del 2014.

44. CARIES. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Caries> consultado el 15 de diciembre del 2014.
45. INFANCIA. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Infancia> consultado el 15 de diciembre del 2014.
46. PROBLEMA. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Problema> consultado el 15 de diciembre del 2014.
47. PREVALENCIA. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Prevalencia> consultado el 15 de diciembre del 2014.
48. La familia: concepto; disponible en: <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil/> consultado el 15 de diciembre del 2014.
49. Factor- WordReference. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/factor> consultado el 15 de diciembre del 2014.
50. Edad biológica. Disponible en: es.wikipedia.org/wiki/Edad_biol%C3%B3gica consultado el 15 de diciembre del 2014.
51. Población. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Poblaci%C3%B3n> consultado el 15 de diciembre del 2014.
52. OMS- Salud Bucodental. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/> consultado el 15 de diciembre del 2014.
53. Cirujano dentista definición disponible en: <http://lexicoon.org/es/ciujanodentista> consultado el 15 de diciembre del 2014.

54. Título de Grado. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/T%C3%ADtulo_de_grado consultado el 15 de diciembre del 2014.
55. Bachiller- Definición. Disponible en:
<http://www.wordreference.com/definicion/bachiller> consultado el 15 de diciembre del 2014.
56. Autor. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Autor> consultado el 15 de diciembre del 2014.
57. Optar- Definición. Disponible en:
<http://www.wordreference.com/definicion/optar> consultado el 15 de diciembre del 2014.

ANEXOS

ANEXO 03: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA DE NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE SALUD DENTAL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO PUEBLO NUEVO AÑO 2015

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES							
			VARIABLES	TIPO	NATURALEZA	ESCALA	INDICADORES	INSTRUMEN.	FUENTE	
¿Existe relación entre la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental atendidos en el centro de salud de San Isidro de Pueblo Nuevo?	Determinar si existe relación entre la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental atendidos en el Centro De Salud De San Isidro De La Provincia Pueblo Nuevo.	Existe relación entre la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años, con el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental atendidos en el Centro De Salud De San Isidro de Pueblo Nuevo.	VHG							
			a) Prevalencia de caries de infancia temprana	Categórica	cuantitativa	De razón	Índice ceo-d	Odontograma	Niño examinado	
			b) Nivel de conocimiento de las madres	Categórica	cuantitativa	ordinal	Bueno Regular Deficiente	cuestionario	Madre encuestada	

<p>PS 1</p> <p>¿Cómo se presenta la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro De Salud de San Isidro de Pueblo Nuevo?</p>	<p>OE 1</p> <p>Determinar la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro De Salud de San Isidro de Pueblo Nuevo.</p>	<p>HE 1</p> <p>La prevalencia de caries de infancia temprana es grave o mayor en los niños de 3 a 5 años.</p>	<p>VHE 1</p> <p>Prevalencia de caries de infancia temprana</p>	<p>categoría</p>	<p>cuantitativa</p>	<p>De razón</p>	<p>Grave Moderado Leve</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>Niño examinado</p>
<p>PS2</p> <p>¿Cómo se presenta la prevalencia de caries de infancia temprana según el género y edad de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro De Salud de San Isidro de Pueblo Nuevo?</p>	<p>OE2</p> <p>Comparar la prevalencia de la caries dental según edad y género de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro De Salud de San Isidro de Pueblo Nuevo.</p>	<p>HE2</p> <p>Existe diferencias entre la prevalencia de la caries dental según edad y sexo de los niños de 3 a 5 años.</p>	<p>VH2</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p>	<p>Numérica</p> <p>Categoría</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>De razón</p> <p>Nominal</p>	<p>Años</p> <p>Masculino Femenino</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>Niño examinado</p>

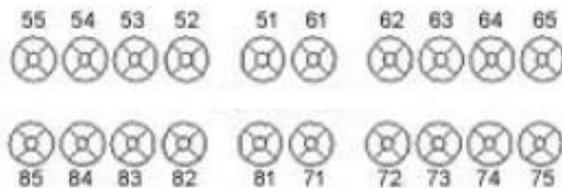
grado de instrucción de las madres de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro De Salud de San Isidro de Pueblo Nuevo?	de las madres de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro De Salud de San Isidro de Pueblo Nuevo.	grado de instrucción de las madres de los niños de 3 a 5 años.	Grado de instrucción	Categoría	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Superior		Madres encuestadas
--	---	--	----------------------	-----------	-------------	---------	------------------------------------	--	--------------------



FICHA CLÍNICA

FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO _____
 CENTRO EDUCATIVO _____ GRADO/SECCIÓN _____

INDICE ceo	
Numero de dientes cariados	
Numero de dientes para extraer	
Numero de dientes obturados	
SUMA TOTAL	



OBSERVACIONES:



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE SALUD DENTAL

FECHA:

A. Datos Generales:

Del niño:

Edad (en meses y años):

Sección:.....

Número de orden del niño:.....

De la madre:

Edad:.....

Domicilio.

Grado de Instrucción:

Ocupación:.....

Número de hijos:.....

A. Responda cada pregunta con sinceridad.

1. Cree usted que la primera visita al odontólogo se recomienda desde:
 - a) Nacimiento
 - b) Cuando aparece el primer diente
 - c) Cuando tenemos dientes de adulto
 - d) Solo cuando duele
 - e) No sabe
2. Es necesario visitar al dentista cuando se tienen dientes sanos:
 - a) verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe

3. Es cierto que su hijo (a) debe visitar al odontólogo cada 6 meses:
 - a) Si
 - b) no
4. Son importantes los dientes de leche:
 - a) sí, porque sirven para la masticación
 - b) sí, porque guardan espacio para los dientes de adulto
 - c) no, porque al final se van a caer
 - d) si porque ayudan a articulación de las palabras
 - e) a,b y d
 - f) no sabe
5. ¿A partir de qué edad aparecen los dientes de leche?
 - a) 6 meses
 - b) 1 año
 - c) 2 años
 - d) Cuando tiene más de 4 años
 - e) No sabe
6. Considera usted que la caries dental o "picadura de dientes" es una enfermedad:
 - a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
7. ¿Es la caries dental contagiosa?
 - a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
8. ¿Reconoce usted como se ve la caries dental? ¿Qué aspecto tiene?
 - a) Si, líneas o punto negros
 - b) Si, cuando el diente tiene un hueco
 - c) a y b
 - d) Sí, es de color amarillo
 - e) No sabe
9. ¿Por qué cree usted que se produce la caries dental?
 - a) Por microorganismos (bacterias en la boca)

- b) Por no cepillarse los dientes
- c) Todas las anteriores
- d) No sabe

10. Si su niño pierde un diente de leche antes del tiempo por causa de la caries ¿cree usted que puede afectar la posición de los dientes de adulto?

- a) Si
- b) No

¿Por qué? :

- c) No sabe

11. Conoce las medidas preventivas de la caries dental

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

12. Si conoce las medidas preventivas cuales son:

- a) Profilaxis dental
- b) Aplicación de flúor
- c) Sellantes de fosas y fisuras
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores
- f) No sabe

13. ¿Sabe usted que es el flúor y que beneficios tiene?

- a) Sí, Fortalece los dientes evitando la caries dental
- b) No, no tiene muchos beneficios
- c) No sabe

14. ¿Es importante que se le aplique flúor a los niños?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

15. ¿Cuándo se debe comenzar la higiene de la boca del niño?

- a) Desde el nacimiento

- b) Desde que sale el primer diente
- c) Desde el primer año
- d) No sabe

16. ¿Es importante cepillarse los dientes luego de cada comida?:

- a) Si
- b) No
- c) Solo si hay tiempo

¿Por qué?:

- d) No sabe

17. Cada cuanto tiempo se debe cambiar el cepillo:

- a) Cada 3 meses
- b) Cuando estén bien gastados
- c) Al año
- d) Nunca

18. Se debe supervisar el cepillado de los niños de 5 años o menores de los 5 años:

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

19. ¿Cómo se deben cepillar los dientes?

- a) Con la ayuda de una técnica de cepillado
- b) Con el cepillo en forma horizontal
- c) De arriba abajo
- d) Como sea

20. ¿Con qué se debe realizar el cepillado dental para prevenir la caries?:

- a) Con pasta dental
- b) Solo con agua
- c) Agua con sal
- d) Todas las anteriores
- e) No sabe

21. ¿Por qué es importante usar pasta dental?
- a) Tiene flúor que fortalece los dientes
 - b) Solo nos brinda aliento fresco y agradable
 - c) Porque mata bacterias
 - d) No sabe
22. ¿A qué edad se recomienda el uso de la pasta dental en niños?
- a) Desde que nace
 - b) Desde que sale el primer diente
 - c) Desde los 3 años
 - d) Desde los 6 años
 - e) No sabe
23. ¿Deben utilizar los niños pasta dental para adultos?
- a) Sí, porque tiene más flúor
 - b) No, porque tiene mucha cantidad de flúor
 - c) Puede usar cualquier pasta dental
 - d) No sabe
24. ¿Sabe usted qué alimentos ayudan a fortalecer los dientes para prevenir la enfermedad de la caries dental? Mencione
- _____
- ¿Por qué?: _____



Hoja de consentimiento informado

Yo:..... con
DNI:....., madre del menor; doy constancia de haber sido informada y de 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.

Responsable del trabajo:

Bachiller en Estomatología

Fecha de aplicación:



"Año de la Diversificación Productiva y Fortalecimiento de la Educación"

Chincha Alta, 22 de Septiembre de 2015

Oficio N° 0025-2015-UAP-UAD-CHINCHA

Señor : Josué Torres Santiago
Gerente del Centro de Salud de San Isidro – Pueblo Nuevo

Asunto : Autorización para ejecutar instrumentos para el desarrollo de Tesis

De mi especial consideración

Es grato dirigirme a su despacho, para saludarlo cordialmente a nombre de la Universidad Alas Peruanas UAD Chincha, Escuela de Estomatología, y a su vez informarle que la egresada Martínez Herrera, Fatima Fabiola, esta desarrollando su Tesis, cuyo tema es "Nivel de prevalencia de caries de infancia temprana de niños de 3 a 5 años y su relación con el nivel de conocimiento de las madres sobre caries del Centro de Salud de San Isidro año 2015", por lo cual solicito autorización para la ejecución de los instrumentos requeridos para el desarrollo de su Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Recurrimos a usted, conocedores de su especial sensibilidad y nos brinde las facilidades para realizar lo requerido.

Agradeciendo la deferencia al presente y a su atenta colaboración, nos despedimos expresándole nuestro reconocimiento.

Atentamente

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
SEDE CHINCHA

Mg. MARCO ANTONIO AMORETTI RAMÍREZ
DIRECTOR AGJUNTO
E.A.P. ESTOMATOLOGIA

Mg. Marco Antonio Amoretti Ramírez
Director de la EAP Estomatología
Universidad Alas Peruanas UAD Chincha

