



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Estomatología

TESIS

RELACIÓN DEL NIVEL DE SALUD BUCAL Y EL TIPO DE LACTANCIA
EN NIÑOS DEL CENTRO DE SALUD SJM - LIMA 2021

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

PRESENTADO POR:

Bach. YASMEN GEMENA, BUENDÍA CÁCERES

ASESOR:

MG.C.D. VÍCTOR ALEJANDRO, MEJÍA LÁZARO

LIMA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A dios por permitirme llegar hasta aquí
y a mi madre Cleofe Cáceres Pacheco
por su amor y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A dios por guiarme en cada paso que doy, a mis hermanos por ser mi mayor ejemplo y a mis tías, por su apoyo.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de tablas	vi
Índice de gráficos	vii
Resumen	viii
Abstract	x
Introducción	xi
Capítulo I: Planteamiento del problema	12
1.1 Descripción de la realidad problemática	12
1.2 Formulación del problema	14
1.3 Objetivos de la investigación	14
1.4 Justificación de la investigación	15
1.4.1 Importancia de la investigación	15
1.4.2 Viabilidad de la investigación	16
1.5 Limitaciones del estudio	16
Capítulo II: Marco Teórico	17
2.1 Antecedentes de la investigación	17
2.2 Bases teóricas	19
2.3 Definición de términos básicos	37
Capítulo III: Hipótesis y variables de la investigación	39
3.1 Formulación de la hipótesis principal	39
3.2 Variables, definición conceptual y operacional	39
Capítulo IV: Metodología de la investigación	41

4.1 Diseño de la investigación	41
4.2 Diseño muestral	41
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
4.4 Técnicas del procesamiento de la información	43
4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	43
4.6 Aspectos éticos	44
Capítulo V: Resultados	45
5.1 Análisis descriptivo	45
5.2 Análisis inferencial	48
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
FUENTES DE INFORMACIÓN	58
ANEXOS	65
Anexo n°1: Consentimiento informado	66
Anexo n°2: Asentimiento informado	67
Anexo n°3: Instrumento de recolección de datos	68
Anexo n°4: Carta de presentación	71
Anexo n°5: Constancia de investigación realizada	72
Anexo n°6: Ficha de base de datos	73
Anexo n°7: Imágenes durante el desarrollo de la investigación	74

INDÍCE DE TABLAS

Tabla N° 1. Porcentaje del sexo en niños del centro de salud San Juan de Miraflores, Lima 2021.....	45
Tabla N° 2. Nivel de salud bucal en niños del centro de salud San Juan de Miraflores, Lima 2021.....	46
Tabla N° 3. Tipo de lactancia en niños del centro de salud San Juan de Miraflores, Lima 2021.....	47
Tabla N° 4. Relación entre el nivel de salud bucal y la lactancia materna exclusiva en niños del centro de salud San Juan de Miraflores, Lima 2021.....	48
Tabla N° 5. Relación entre el nivel de salud bucal y la lactancia mixta en niños del centro de salud San Juan de Miraflores, Lima 2021.....	49
Tabla N° 6. Relación entre el nivel de salud bucal y la lactancia artificial en niños del centro de salud San Juan de Miraflores, Lima 2021.....	50
Tabla N° 7. Relación entre el nivel de salud bucal y el tipo de lactancia en niños del centro de salud San Juan de Miraflores, Lima 2021.....	51
Tabla N° 8. Prueba de normalidad.....	52

INDÍCE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Porcentaje del sexo en niños del centro de salud San Juan de Miraflores, Lima 2021.....	45
Gráfico N° 2. Nivel de salud bucal en niños del centro de salud San Juan de Miraflores, Lima 2021.....	46
Gráfico N° 3. Tipo de lactancia en niños del centro de salud San Juan de Miraflores, Lima 2021.....	47

RESUMEN

El objetivo principal de la investigación es determinar la relación entre el nivel de salud bucal y el tipo de lactancia en niños del centro de salud San Juan de Miraflores en el año 2021. Es un estudio de descriptivo, correlacional, prospectivo, retrospectivo y transversal, la muestra estuvo conformada por 65 niños de ambos sexos cuyas edades fueron de 7 a 13 años, siendo un muestro no probabilístico por conveniencia; las técnicas para la recolección de datos fueron dos cuestionario; el COHIP SF 19 realizado en niños y el tipo de lactancia que usaron estos menores fueron contestados por el apoderado. Según lo analizado el 45% correspondió al sexo masculino y el 55% al sexo femenino, también se evidencia que el 86.2% presenta una mayor salud bucal en niños que se alimentaron con lactancia exclusiva mientras que el 13.8 % presento una menor salud bucal en cuanto al tipo de lactancia artificial; con respecto al tipo de alimentación más usado fue la lactancia materna exclusiva con un 47.7%, seguida de la lactancia mixta con un 41.5 % y un 10.8 % tomo leche artificial. El Coeficiente de Correlación Rho de Spearman ($Rho= 0,081$) es baja entre las variables y estadísticamente nula, siendo el valor $p= 0,520 > 0.05$; con respecto a la lactancia exclusiva ($Rho= -0.24$) y mixta ($Rho= 0.024$) relacionado con el nivel de salud bucal su coeficiente de relación fue baja siendo su valor $p= 0,102 > 0.05$ y $p= 0,852 > 0.05$ respectivamente rechazando la hipótesis principal, sin embargo, el nivel de significancia en la lactancia artificial y la relación con su salud bucal ($p=0.018$), el cual es menor a 0.05 y $Rho = 0.292$, aceptando la hipótesis principal. Se puede concluir que no existe correlación significativa entre el nivel de salud bucal y el tipo de lactancia exclusiva y mixta, pero si existe una relación entre el nivel de salud bucal y la lactancia artificial.

PALABRAS CLAVES: salud bucal, tipos de lactancia, COHIP SF 19

ABSTRACT

The main objective of the research is to determine the relationship between the level of oral health and the type of breastfeeding in children of the San Juan de Miraflores health center, 2021. It is a descriptive, correlational, prospective, retrospective and cross-sectional study, the sample It was made up of 65 children of both sexes whose ages ranged from 7 to 13 years, being a non-probabilistic sample for convenience; The techniques for data collection were two questionnaires; the COHIP SF 19 carried out on children and the type of breastfeeding that these minors used were answered by the attorney-in-fact. According to what was analyzed, 45% corresponded to the male sex and 55% to the female sex, it is also evidenced that 86.2% present greater oral health in children who were exclusively breastfed while 13.8% presented lower oral health in terms of to the type of artificial lactation; Regarding the most used type of feeding, it was exclusive breastfeeding with 47.7%, followed by mixed breastfeeding with 41.5% and 10.8% drinking artificial milk. Spearman's Rho Correlation Coefficient ($Rho = 0.081$) is low among the variables and statistically null, with the value $p = 0.520 > 0.05$; Regarding exclusive breastfeeding ($Rho = -0.24$) and mixed ($Rho = 0.024$) related to the level of oral health, its ratio coefficient was low, its value being $p = 0.102 > 0.05$ and $p = 0.852 > 0.05$, respectively, rejecting the main hypothesis. However, the level of significance in artificial breastfeeding and the relationship with its oral health ($p = 0.018$), which is less than 0.05 and $Rho = 0.292$, accepting the main hypothesis. It can be concluded that there is no significant correlation between the level of oral health and the type of exclusive and mixed breastfeeding, but there is a relationship between the level of oral health and artificial breastfeeding.

KEY WORDS: oral health, types of breastfeeding, COHIP SF 19

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las caries, las periodontopatías y las maloclusiones son consideradas problemas de salud pública en el país y la organización de la salud en el mundo las definen a cada una ellas como las tres principales afecciones presentes en la cavidad oral; todas estas patologías repercuten en las funciones diarias del individuo; por eso un niño con todas las condiciones de una buena salud bucal no presenta dolor, puede hablar, comer, saborear, sonreír desarrollando así las funciones orales correctamente permitiéndoles crecer en bienestar físico, social, y psicológico, cuando surge la presencia de alguna patología bucal esa armonía se altera disminuyendo la calidad de vida del paciente y genera un impacto profundo en los cambios de la personalidad, en el desempeño escolar (concentración y aprendizaje) y en la alteración de la apariencia física interfiriendo en las sus relaciones interpersonales. Según estudios refieren que 7 de cada 10 niños presentan alguna enfermedad en boca, destacando la caries dental, lo que equivale en un 70% refiriéndose a niños mayores de 6 años; por ello es importante intervenir o actuar a tiempo llevando a cabo las medidas de prevención en salud bucal principalmente en la educación de hábitos de higiene oral. Esta etapa concuerda con el principio de la escolaridad, donde los niños ya son capaces de solucionar dificultades concretas de manera lógica, asumen normas y las absorben porque presentan una mayor habilidad, concentración y comprensión pues muestran un vocabulario mas complejo con la capacidad de interpretar la comunicación escrita y oral, además de preocuparse por la integridad de su cuerpo según Piaget.

Por otro lado, estos niños de edades escolares tuvieron tipos de alimentación en la etapa de su lactancia, las cuales pudieron ser la lactancia exclusiva, mixta o artificial. Según el comité de nutrición de la asociación española de pediatría (AEP) la lactancia humana integra una de las bases principales para la prevención y la promoción de la salud de diversas patologías. Dentro de las funciones que se lleva a cabo en boca como la succión, respiración, fonación, deglución y la

masticación incitan al desarrollo y crecimiento de la cara, específicamente del tercio inferior. Por eso el tipo de lactancia y las costumbres orales inadecuadas o no nutritivas, pueden llegar a contribuir en la morfología permanente de los maxilares y en la oclusión dentaria, en cuanto a la lactancia brindada por biberones con leche artificial o no materna va depender del período de vida del lactante y debe ser guiado por un profesional; si este tipo de alimentación se prolonga, se le agrega elementos dulces, se brinda con más frecuencia y no es acompañada de una buena higiene oral se transforma en un elemento influyente para la presencia de lesiones cariosas en la infancia y de prácticas perjudiciales de succión aumentando el riesgo de padecer algún tipo de maloclusión.

Este estudio consta de cinco capítulos; el primero hace referencia al planteamiento del problema y la realización de los objetivos donde el principal fue determinar el nivel de salud bucal y el tipo de lactancia en niños del centro de salud San Juan de Miraflores en el año 2021, los siguientes capítulos corresponden a las bases teóricas de la investigación, la formulación de la hipótesis y las variables; el siguiente capítulo expone la metodología del estudio, con una población y muestra de 65 niños, todos los datos recolectados fueron por medio de dos encuestas y luego para el análisis estadístico se realizó una tabulación en Excel, finalmente el último capítulo correspondió a los resultados obtenidos por el programa Spss y Rho de Spearman, llegando así a conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción de la realidad problemática

La lactancia materna según la organización mundial de la salud (OMS) se define como el proceso más eficaz de alimentación a un recién nacido garantizando su salud y su supervivencia, diversas entidades como la organización panamericana de la salud (OPS) recomiendan su uso hasta los dos años de vida de un individuo enfocándose en los primeros seis meses, haciendo referencia a la lactancia materna exclusiva ya que su consumo puede prevenir 1,4 millones de muertes de niños menores de cinco años en el mundo, sin embargo existen otros medios de nutrición como la lactancia mixta y la lactancia artificial donde su uso está relacionado a factores sociales, culturales y a condiciones médicas del recién nacido o de la progenitora. La tasa global de lactancia materna exclusiva es el 38% y en América Latina, exactamente en México las mujeres que realizan la lactancia humana solo alcanzan el 22% enfatizando los primeros seis meses de vida del niño y en República Dominicana solo el 7% pero en el Perú la tasa más alta de la región da un 68.3%, en parte gracias a una campaña que realiza el fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF) que incrementó la tasa de menos del 20%. Para saciar las necesidades nutricionales y emocionales del niño es indispensable brindar leche materna exclusiva de madre a hijo por medio de la lactancia, en el campo de la odontología interviene en el desarrollo y crecimiento de estructuras faciales, sus componentes aportan grandes beneficios para la salud de la madre como la del niño desde su nacimiento y para su futuro, esta debe ser brindada de manera adecuada ya que está asociada con un 68% de reducción de riesgo de desarrollar alguna maloclusión dental; en tanto al uso de fórmulas lácteas las cuales tienen como ingredientes sustancia azucaradas y como vehículo de transporte se utilizan tetinas artificiales se incrementa el riesgo de aumentar alteraciones de la cavidad oral. Además, la exclusividad de la leche materna genera un impacto profundo en la supervivencia de un ser humano, en la nutrición, en su desarrollo y en su salud

tanto general como bucal, aspectos que no son del todo apreciados y conocidos por las mujeres del país.

Por otro lado, la salud bucal se define como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan la cavidad bucal e impactan significativamente en la calidad de vida y la Federación Dental Internacional (FDI) la considera como un derecho fundamental de todo ser humano. Las afecciones bucales son un problema de salud a nivel mundial con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo, sobre todo en poblaciones más pobres; se calcula que afecta a casi 3500 millones de individuos y que más de 530 millones de niños sufren caries dental en dientes deciduos; las caries, las periodontopatías y las maloclusiones constituyen problemas de salud pública, las estadísticas revelan que 9 de cada 10 personas en todo el planeta están en riesgo de padecer una enfermedad bucal. En América Latina donde los aspectos económicos y sociales son variados, la salud bucal conforma una medida del subdesarrollo a pesar de algunos progresos, Latinoamérica sigue mostrando patologías bucales con elevados porcentajes, precisamente el doble que los Estados Unidos. En Cuba y Argentina, países con una situación mejor, registraban un índice de caries de 2,9 en la documentación de la Organización Panamericana de Salud, contra 1,4 de Estados Unidos y 1,8 de Canadá. Brasil, en la región de Sudamérica destaca tras un grandioso progreso en salud dental con un índice de CPOD que bajó a 3,1; tras conseguir una gran efectividad en las principales políticas de salud. En el Perú, de acuerdo al Ministerio de Salud (MINSA) en el 2005 muestran resultados con un promedio del 90% de prevalencia de caries dental en escolares; y el índice CPOD a nivel nacional fue de 5.84, la prevalencia de periodontopatías alcanza un 85% y en investigaciones referenciales se considera que la prevalencia actual de maloclusiones es del 80%.

Por lo ante expuesto con este estudio se determinó la relación de la salud bucal con el tipo de lactancia en niños que acuden a la consulta dental en el centro de salud San Juan de Miraflores.

1.2 Formulación del problema

Problema principal

¿Cuál es la relación entre el nivel de salud bucal y el tipo de lactancia en niños del centro de salud San Juan de Miraflores en lima 2021?

Problemas secundario

¿Cuál es la relación entre el nivel de salud bucal y la lactancia exclusiva en niños del centro de salud San Juan de Miraflores en lima 2021?

¿Cuál es la relación entre el nivel de salud bucal y la lactancia mixta en niños del centro de salud San Juan de Miraflores en lima 2021?

¿Cuál es la relación entre el nivel de salud bucal y la lactancia artificial en niños del centro de salud San Juan de Miraflores en lima 2021?

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo principal

Determinar la relación entre el nivel de salud bucal y el tipo de lactancia en niños del centro de salud San Juan de Miraflores en lima 2021

Objetivos secundarios

Determinar la relación entre el nivel de salud bucal y la lactancia exclusiva en niños del centro de salud San Juan de Miraflores en lima 2021

Determinar la relación entre el nivel de salud bucal y la lactancia mixta en niños del centro de salud San Juan de Miraflores en lima 2021

Determinar la relación entre el nivel de salud bucal y la lactancia artificial en niños del centro de salud San Juan de Miraflores en lima 2021

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

Tras la realización de la investigación se alcanzaron nuevos conocimientos de las variables de estudio como su relación entre ellas y aplicarlas en el campo profesional y familiar. Por otra parte, las mujeres en el Perú desconocen cuanta es la relación entre el tipo de lactancia que consumieron sus hijos desde que eran unos recién nacidos y como interfiere en su salud bucal, bajo esto es necesario realizar estudios dirigidos a las próximas generaciones como a mujeres que están por convertirse en madres de familia ya que esta información no es brindada en las escuelas, en los centros médicos e incluso en consultas privadas, es por lo que me ha motivado a realizar esta investigación; y los niños alimentados con otro tipo de lactancia necesitara de los biberones ocasionando futuras maloclusiones, a su vez la composición de otro tipo de leche tiende a poseer mayor cantidad de azúcar lo cual influye en las próximas lesiones cariosas, en el acumulo de placa bacteriana, en la inflamación de las encías, es por eso que busco dar a conocer la relación que existe entre el tipo de lactancia y la salud bucal contribuyendo a la prevención de su salud con la prórroga de enfermedades bucales.

Esta investigación se relaciona socialmente respecto a beneficiar a la población brindando nuevos conocimientos tanto para madres de familia, estudiantes y profesionales de la carrera de odontología referente a la relación entre la salud bucal y el tipo de lactancia materna, así como también evitar futuras enfermedades en la comunidad, tanto bucales como generales puesto que la leche humana es el primer y mejor alimento que todo individuo debe consumir durante las primeras horas de vida extrauterina, así como brindarla de forma adecuada y en el rango de edad establecido.

De acuerdo con la justificación científica los instrumentos con los que se trabajara en mi investigación ayudaran a futuras investigaciones como base de su realización, a su vez proporciona nuevos enfoques con respecto al tipo de lactancia que usaron estos menores y como se relaciona con su salud bucal.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

Como recursos humanos, se realizó la planificación y la ejecución de estudio, se cuenta con recursos tecnológicos como una computadora e impresora para acceder y apoyarnos en información de internet mediante artículos, revistas, libros online y estudios de investigación con el tema tratado; éticamente mi estudio se realizó en niños que acudieron al servicio de odontología en el centro de salud san juan de Miraflores no causando ningún daño a la población, para ello se contó con el consentimiento informado dirigido a las madres o apoderado de los niños, pero también con el asentimiento del menor. Referente a los recursos económicos, se contó con el financiamiento posible y también con programas de ayuda para la recolección de datos. El tiempo que llevó mi estudio fueron los meses de octubre y noviembre con la asistencia de 3 niños por día en el año 2021.

1.5 Limitaciones del estudio

Uno de los inconvenientes que se presentó a la hora de la ejecución de mi investigación fue la factibilidad y el acceso al centro de salud mencionado, la falta de asistencia a sus citas de alguno pacientes y su colaboración para la realización de las encuestas.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Garcés D. (2020) Ecuador; este estudio tiene como objetivo establecer la relación entre el tipo de lactancia, el tiempo, la existencia de estilos de succión no nutritivas con la presencia de maloclusiones en infantes de 3 a 6 años, fue un estudio observacional, analítico y transversal, su muestra estuvo conformada por 250 infantes de ambos sexos de la institución educativa Mayor Pedro Traversari, para la recolección de datos se realizaron encuestas a las madres con datos sociodemográficos, el tipo de lactancia y los hábitos presentan sus hijos; tras la firma del consentimiento los infantes fueron inspeccionados clínicamente en máxima intercuspidadación, evaluando la presencia o ausencia de diversos tipos de mordidas, también se evaluó el overbite, overjet, espacios primates y la desviación de la línea media. El 60,8% fue nutrido con biberón y solo el 39,2% recibió lactancia materna exclusiva, respecto a la relación entre hábitos ($p=0,021$), tipo de lactancia ($p=0,00$) y tiempo de lactancia ($p=0,00$) con la existencia de maloclusiones fueron significativas en todos los sucesos, también los infantes que recibieron lactancia con biberón son 3,84 veces más predispuestos a desarrollar algún tipo de variación en su oclusión. Concluyendo que si hubo relación entre las variables y los infantes que fueron amamantados más tiempo poseían una mejor oclusión.³²

Maldonado M. et col (2017) México; esta investigación tiene como propósito constatar si la lactancia materna colabora en la aparición de lesiones cariosas en niños infantes, se trata de una investigación analítica y transversal y el número participantes corresponde a 164 niños entre 6 y 48 meses de edad, los cuales fueron fraccionados en tres grupos; niños que se alimentaron con lactancia materna exclusiva correspondía al grupo 1, lactancia combinada al grupo 2 y lactancia con biberón al grupo 3. Para su

recolección de datos los menores fueron examinados con el índice ceo mientras que los padres de familia fueron encuestados respecto al tipo de lactancia y el inicio de la alimentación complementaria. Para el análisis estadístico se empleó la prueba paramétrica de Pearson utilizando más el programa SPSS versión 18, se encontró que el grupo 1 obtuvo un índice de caries igual a 0.10 posicionándose en una categoría muy baja de prevalencia de caries, el grupo 2 obtuvo 0.36 y el grupo una 0.33, identificándose una relación extremadamente afirmativa entre los integrantes cuya lactancia fue exclusiva en referencia a los individuos sin caries, concluyendo que la lactancia humana por un tiempo mayor puede ofrecer una protección contra la caries dental.¹

Mesquita G. (2017) España; esta investigación presenta como objetivo principal conocer la relación de tipos de alimentación, estilos de succión no nutritivos y la maloclusión en la dentición primaria, se trata de un estudio transversal realizado a 275 niños españoles de 3 a 6 años, se ayudaron de exámenes clínicos evaluando los tipos de maloclusiones y por otro lado realizaron un formulario relacionado a los hábitos orales y tipo de alimentación dirigido a los padres de familia. Para el análisis estadístico descriptivo contaron con un paquete estadístico SPSS versión 20 y usaron la prueba de chi cuadrado y el test exacto de Fisher para la asociación entre las variables, en los resultados se encontró que 28 recibieron lactancia materna y 247 leche artificial por medio del biberón, encontrándose que no hubo relación significativa entre el tipo de alimentación materno exclusivo, duración del empleo del biberón y la existencia de algún tipo de maloclusión, sin embargo la lactancia humana posee un impacto protector reduciendo el riesgo de conseguir comportamientos de succión no nutritiva en el caso de los chupetes y no de la succión digital.³⁴

Antecedentes nacionales

Martínez S. (2021) Lima; este estudio presenta como objetivo identificar el vínculo de dos tipos de lactancia: materna y artificial con la caries dental en preescolares de 3 a 5 años en el campo de educación Miguel Grau en el año 2019, fue un estudio observacional, transversal y prospectivo, se contó con 126 niños evaluados

clínicamente con el índice CEOD y cada apoderado respondió a una encuesta. Los resultados de la investigación fueron elaborados con el programa stata v15, con las pruebas de Wilcoxon – Mann Whitney y chi cuadrado para la correlación de las variables y se halló que la prevalencia de caries dental en los niños alcanzó un 70% de la población total, sin embargo, no se encontró una relación significativa de con el tipo de lactancia que recibieron. Concluyendo, que la correlación no existió entre la influencia de algún tipo de alimentación en los primeros años de vida con la existencia posterior de caries dental en preescolares de 3 a 5 años.³⁵

Infante K. (2016) Chiclayo; el objetivo de este estudio fue establecer si existe una correlación entre el tipo de lactancia con caries de infancia temprana en niños de uno a tres años en el centro poblado Anchovira en Motupe, su diseño metodológico fue de básico, observacional y transversal bajo un enfoque cuantitativo, se contó con una población de 108 niños y la muestra estuvo formada por 71 niños entre las edades de 1 a 3 años. Los instrumentos para la recolección de datos fueron el índice de caries CEOD y una ficha para conocer el tipo de alimentación que consumían. Los datos recogidos se examinaron y procesaron mediante el programa estadístico Spss versión 22, donde resultó que el 64.5% obtuvo un índice de caries malo precisando en el mayor consumo de alimentación artificial, mientras el 1.5% corresponde a un índice de caries de acuerdo con niños alimentados con leche humana o materna y se concluyó una correlación entre el tipo de alimentación con caries dental en el inicio de la infancia.¹⁹

2.2 Bases teóricas

Lactancia

La lactancia es aquel proceso por el cual se aporta a los recién nacidos los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludable a través de la leche, generalmente se realiza mediante los pechos o senos de la madre y prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, sin embargo, existe otra opción nutricional donde el niño se alimenta por medio de biberones que contienen leche artificial o leche de vaca, alternativa que será dictaminada por el médico pediatra de acuerdo a las

condiciones de la madre o del recién nacido. Se debe contar siempre con la disposición de una buena información, del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.⁷

Tipos de lactancia materna

Lactancia materna exclusiva

Uno de los tipos de lactancia materna es la exclusiva, que, como su propio nombre indica, consiste en nutrir al recién nacido sólo con la leche de la progenitora. La Organización Mundial de la Salud (OMS) al referirse al tema de la lactancia materna aconseja a las madres que amamenten a sus hijos exclusivamente con su leche hasta que éstos cumplan seis meses y luego ya se pueden introducir otro tipo de alimentos en su dieta. Tanto la OMS como Unicef subrayan la importancia de que la lactancia materna comience durante la primera hora de vida del niño; de esta manera, es más fácil que esta actividad se desarrolle sin complicaciones. Ambas instituciones también recomiendan que el lactante sólo tome leche materna durante el primer semestre y que su alimentación se realice cada vez que lo demande el bebé y que no se recurra al uso de tetinas, chupetes y biberones. Entre los tipos de lactancia materna exclusiva se dividen en lactancia predominante y complementaria.⁷

Lactancia predominante

Este término se refiere a aquella lactancia en la cual prevalece la lactancia materna exclusiva, como también aquella lactancia que es brindada con leche extraída o de una nodriza como fuente de alimento, siendo así que se combina con pequeñas dosis de jugos, agua endulzada, infusiones, zumos, bebidas, gotas o jarabes. Durante la lactancia predominante, los pequeños pueden ingerir, otros tipos de soluciones para la rehidratación oral.²⁹

Beneficios de la lactancia materna en odontología

Existen ventajas de la lactancia humana sobre el sistema estomatognático que atribuyen a un apropiado desarrollo de la boca del menor de edad, además de contraer beneficios generales tanto para la madre como para el niño en la odontología:

Aporta estabilidad psicológica reduciendo la existencia de hábitos nocivos, incrementa el PH y flujo salival, prevé alteraciones del lenguaje por estimulación muscular durante la deglución y succión.

Proporciona un mayor desarrollo de los maxilares otorgando el avance mandibular, estimulando los meniscos articulares y colaborando en el desarrollo de la articulación temporomandibular, al igual que consigue una apropiada posición y función lingual favoreciendo el equilibrio craneofacial.

Tras la ejercitación de los músculos masticadores y faciales con el acto de lactar reduce un 50% cada uno de los indicadores de maloclusiones dentarias (apiñamiento, mordidas cruzadas) que dañan la función dentofacial del niño y su estética interfiriendo en sus relaciones interpersonales.

Tras el amamantamiento el niño va aprendiendo como comer y respirar adecuadamente.

Favorece el crecimiento de los maxilares y fortalece los músculos faciales del niño debido a la succión del pecho.

Disminuye la presencia de maloclusiones entre las cuales están diferentes tipos de mordidas.

Baja la incidencia de la frecuencia, duración e intensidad del uso del chupete.

Mejora el tono muscular y adecuado desarrollo del macizo maxilofacial.

Tiene componentes protectores que evitan la formación de lesiones de caries, como enzimas, inmunoglobulinas, pH 7, presencia de calcio y fosfato, pero es importante manejar el resto de los factores de riesgo como la higiene oral, contacto con fluoruros, y evitar el consumo de azúcares fermentables.

Lactancia mixta

Este tipo de lactancia comprende lo que es la leche humana y las comidas semisólidas o líquidas, la cual permite cualquier alimento incluyendo la leche artificial, en la lactancia complementaria deben ingerirse alimentos que tengan un alto valor nutritivo y que sean fáciles de masticar y digerir; también es llamado lactancia complementaria o parcial, denominada así de una forma más popular.²⁹

Se clasifica en alta cuando la contribución de leche exclusiva o humana es más de 80%, media si es de 20 a 80% y baja si es menor a 20%.³⁰

Lactancia artificial

Este tipo de lactancia también se denomina no humana o no materna, para su uso es necesario contar con otros accesorios, como el biberón y las tetinas que estarán contenidas con otro tipo de leche, la cual debe poseer concentraciones adecuadas con los nutrientes necesarios para cubrir las necesidades del pequeño ³⁰. Estos productos alimenticios que se muestran como un reemplazo total o parcial de la leche de la madre son fórmulas lácteas cuando sus componentes proceden netamente de la leche de vaca y fórmulas especiales cuando el origen es múltiple y su uso es bajo prescripción del médico tratante.³¹

Fórmulas convencionales

Las leches artificiales son producidas a partir de la leche de vaca y tras su elaboración son modificadas para obtener una leche que se parezca lo más cercano posible a la leche materna aguardando la seguridad del bebe, son realizados de manera diferente según las necesidades que requiera el niño en cada etapa de su crecimiento; se clasifican en tres tipos: leche de inicio o tipo 1, que son para bebes desde los primeros días de nacido hasta los 6 meses, la leche de continuación o tipo 2 es destinado para bebes desde los 6 meses hasta los 18 meses, este tipo de leche ya es administrado conjuntamente con la alimentación complementaria incluyendo otras fuentes de nutrientes para el desarrollo del menor, la leche de crecimiento o tipo 3, son leches que pueden brindarse como alimento a niños de uno a tres años de vida como cambio de fórmula adaptada a leche de vaca, por lo tanto presentan una composición intermedia entre las mismas.

Formulas especiales

Las fórmulas especiales son preparados cuya composición es modificada para situaciones particulares y su uso es estrictamente para lactantes que presenten

enfermedades, condiciones como es el caso de bebés prematuros y criaturas con limitaciones en procesos de absorción, digestión, metabolismo de algún nutriente, en el caso de alergias o intolerancias que impidan la utilización de una fórmula convencional, cuya composición es diferente; su indicación debe ser realizada siempre bajo un pediatra con las características y la selección adecuada para cada caso.²⁵

Composición y etapas de la lactancia exclusiva

La lactancia materna tiene diferentes etapas o periodos que cambian en relación con la consistencia, duración y composición.

Calostro: primera leche que segrega las glándulas mamarias de la mujer, de color amarillento por la presencia de betacarotenos y al ser un fluido espeso tiene una densidad de 1040 a 1060 kg/m³, su volumen en los tres primeros días después del parto crece hasta 100 ml por día relacionándose con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión, cantidad que es apta para saciar las necesidades del pequeño. El calostro contiene agua en un 87%; grasas totales 2.9 g/100 ml; lactosas 5.5 g/100 ml y 2.3 g/100 ml de proteínas proporcionando un valor energético de 58 Kcal/100 ml. Resalta en el calostro materno la concentración de inmunoglobulina A y lactoferrina, además del gran número de linfocitos y macrófagos, otorgando la condición protectora que necesita el recién nacido; su pH tiene un valor de 7.45 lo que favorece el vaciamiento gástrico.²⁴

Leche de transición: leche que la madre produce entre el cuarto y el decimoquinto día después del parto, de color blanco, leche que a diferencia del calostro presenta un incremento de lactosa, calorías, grasas y vitaminas hidrosolubles y disminuye en la presencia de vitaminas, proteínas liposolubles y las inmunoglobulinas. Su volumen alcanza unos 400 a 600 ml/día, dado por el incremento brusco de la producción de leche materna que se genera en el día 4 o 6 posterior al parto²⁴

Leche madura: de color blanco transparente y se produce durante la segunda semana post parto con un volumen promedio diario de 700 a 800 ml, en su composición tiene 88 a 90% de agua garantizando el estado de hidratación del niño, el total de

carbohidratos presente es de 7.3 gramos/100 ml siendo la lactosa el principal azúcar que posee un valor osmótico para conserva la densidad de la leche a través del agua; a su vez, está compuesto por más de 50 oligosacáridos que representan el 1.2% de la leche, estos carbohidratos y glucoproteínas disponen de un impacto provechoso para el desarrollo del lactobacillus bifidus. Los lípidos varían de 3 a 4 gramos/100 ml y proporciona el 30 a 55% de kilocalorías, entre sus componente destaca el colesterol, los triglicéridos y los fosfolípidos; por otra parte, la leche contiene proteínas 1 g/100 ml, que constituyen el 0.9% de la leche madura, la caseína está presente como el mayor componente en un 40% y el 60% corresponde a proteínas del suero como la lactoalbúmina, lactoferrina y la lisozima las cuales ayudan al hierro en su absorción en el intestino del menor de edad, dentro de los nitrógenos no proteicos están los aminoácidos libres presentes en la leche madura, como la taurina potente neurotransmisor que el neonato no es capaz de sintetizar. Existe la presencia de inmunoglobulinas como la A, G y M destacando la IgA secretora cuya función es proteger las mucosas del bebé hallándose en el calostro en muy altas concentraciones.²⁴

La leche materna madura contiene todas las vitaminas, pero la concentración de Vitamina K es baja, posee cantidades suficientes de minerales y elementos traza para las necesidades del bebé, el hierro en la leche humana contiene cantidades pequeñas con relación a la leche de vaca, pero su absorción es de un 48% evitando desarrollar anemia en los lactantes, mientras que en la leche de vaca es un 10% en las fórmulas comerciales solo alcanza un 4 %; de mismo modo ocurre con el zinc presente en la leche materna que tiene un índice de absorción mayor (45%) mientras que en otro tipo de leche consigue un porcentaje menor, factor importante para los lactantes que desarrollan alteraciones por la deficiencia de zinc, asimismo las concentraciones de selenio en la leche materna maduran son mayores que en la leche de vaca.²⁴

En su composición también está presente el flúor y se relaciona a la baja incidencia de lesiones cariosas, los niveles de flúor en la leche humana son menores (0.025 mg/1) que los encontrados en la leche de vaca (0.3 a 0.1 mg/1); sin embargo, su absorción

es mayor con la leche humana y la administración oral de flúor a la madre no logra incrementar estos niveles, se encontraron estudios relacionados y el niño alimentado por el pecho de la madre tiene menos caries y posee una mejor salud bucal. La relación calcio-fósforo es de 2 a 1 en la leche materna, lo que favorece la absorción del primero (30 y 15 mg/100 ml de calcio y fósforo respectivamente).²⁴

Leche de prematuro: denominada también leche del pre término, esta leche posee una composición diferente en cuanto al contenido mayor en sodio, grasas, proteínas, calorías, algunas vitaminas y minerales; posee una concentración menor de lactosa. Las madres de niños prematuros producen en los primeros meses leche con contenido abundante de inmunoglobulinas A y lactoferrina, este tipo de leche según la Unicef no alcanza a defender las necesidades en fósforo, calcio y eventualmente de proteínas en neonatos con un peso de un kilo y medio, en estos casos se realizan preparados especiales para prematuros que constan de una mezcla de leche humana y de fórmula para favorecer las condiciones metabólicas e inmunológicas del recién nacido.

Composición de leche de fórmula

Es una opción nutricional en los primeros meses de vida para los recién nacidos, no son tan eficaces ni es la primera opción para alimentar a un recién nacido, sin embargo, es una solución para casos donde él bebe requiere componentes específicos para su desarrollo obtenida de otras fuentes de nutrición y en situaciones donde la madre no pueda amamantar.²⁵

La leche de vaca normal son productos poco naturales y presenta en su composición cargas muy altas de proteínas que no pueden digerirse antes del año de vida pudiendo desencadenar efectos secundarios en los infantes. En su mayoría las fórmulas tienen como base principal la leche de vaca, pero tras avances en estudios de investigación, la leche es elaborada en una composición más similar a la leche materna con reguladores que permitan que el infante obtenga las proteínas necesarias sin causar daños colaterales en su organismo.²⁵

Los médicos prescriben leche de fórmula para recién nacidos para controlar el peso, en niños prematuros y en ciertas complicaciones médicas, como: la enfermedad de

orina con olor a jarabe de arce (MSUD), la fenilcetonuria y la galactosemia, entre otras.²³

La peculiaridad de estas leches es el contenido de la proteína, la leche humana contiene 0.9mg/100ml, mientras que la leche de fórmula produce 1.28mg/100ml para los recién nacidos; convirtiéndose más tolerable. Está compuesto de hidratos de carbono con 9-14 g/100 ml otorgando un aporte calórico de 6-9,5 g/100 ml, donde destaca la lactosa, disacárido esencial de estas fórmulas, cuenta con la adicción de probióticos y prebióticos elementos útiles para el lactante en cuanto a su microbiota, contiene grasas 4,4-6 g/100 ml kcal (2,9-4,1/100 ml) y las cantidades necesarias de vitaminas y minerales. Todas estas características pertenecen al grupo de fórmulas convencionales, producida con los compuestos necesarios para el desarrollo del bebé; es posible combinarla con la lactancia materna, convirtiéndose en lactancia mixta y muchas madres optan por la combinación de ambas formas de alimentación.²³

Las leches de fórmulas especiales incluyen nuevos componentes y varían parcialmente en su composición con el caso de: formulas anticólicas, formulas anti-estreñimiento, formulas anti-regurgitación, formulas sin lactosa, formulas hidrolizadas, formulas elementales y fórmulas de soja.

Salud bucal

La Federación dental internacional, define la salud bucodental como polifacética e incorpora aspectos como la capacidad de sonreír, hablar, oler, tocar, masticar, saborear, tragar y transmitir emociones por medio de las expresiones faciales con tranquilidad, seguridad y sin dolor, con ausencia de molestias ni enfermedad del complejo craneofacial. Refiere que la salud bucal es un elemento esencial para el bienestar físico y mental que interfiere en las actitudes de las personas y comunidades; refleja cualidades sociales, fisiológicas y psicológicas importantes para la calidad de vida, interviniendo en las percepciones, experiencias y expectativas cambiantes de la persona, como en su capacidad de adaptarse a las situaciones.¹¹

factores determinantes en la salud bucal

Los factores determinantes son el conjunto de condiciones que cuando interactúan propician la aparición de alguna enfermedad. Según Lalonde el nivel de salud de una comunidad está determinada por la interacción de cuatro aspectos.³⁶

Medio ambiente

En el espacio que habitamos se detallan factores que influyen al ámbito del hombre y que aquejan decididamente en su salud, incorpora no sólo al medio natural, sino también y muy representativo al medio social. En el habitat natural los de superior trascendencia sobre la salud provienen de la contaminación ambiental, sea por elementos físicos (radiaciones), biológicos (microorganismos), químicos (plaguicidas, metales pesados) y los cambios climáticos. Entre los sociales predominan el estado de vivienda y del trabajo, el nivel de ingresos económicos, el grado de instrucción; y los modelos culturales.³⁶

Estilos de vida

Conjunto de prácticas y conductas que condicionan negativamente la salud, estas comportamientos se conforman por decisiones personales y por actuaciones del colectivo social o del entorno. Las patologías orales presentan una relación importante con los comportamientos que aprueban y disuelven los individuos de forma general o particular para complacer sus exigencias como sujetos buscando alcanzar un desarrollo personal. Según los hábitos de vida que de adopte, repercute en el estado de su salud bucal, comprende estilos como la práctica del cepillado, una alimentación adecuada y saludable. Su mejora debe conducir a una mejora en el estado de salud del ser humano y por ende de la población.³⁶

Biología

Se refiere los factores hereditarios y a la carga genética, obtiene gran trascendencia tras los avances en ingeniería genética conseguidos en los últimos años que inician unos panoramas no notables hasta ahora, que en su apariencia positiva permitirán

prevenir afecciones genéticamente populares, pero que trazan incógnitas en el campo de la bioética y las potenciales discrepancias en salud por los precios que este trabajo exigiria.³⁶

Atención primaria

Hace referencia al grupo de sitios, medios económicos, recursos humanos, materiales y tecnologías. En el sistema de salud asistencial se analizan elementos respecto a la prestación de servicios: disponibilidad y accesibilidad, productividad y calidad, efectividad y eficacia de los servicios de salud.³⁶

Por otro lado, son vigilancia presenciales al paciente en el marco de la prevención, de evaluación, del plan de tratamiento para su rehabilitación y de atenciones paliativas. La consulta realizada por el cirujano dentista y el equipo que lo acompaña, debe ser realizada a su máxima grandiosidad, es compromiso del doctor ocupar a las pacientes de estímulos eficaces y favorables para su bienestar, así como también sostener una agradable trato de lenguaje entre paciente y dentista constantemente enriqueciendo la seguridad y confianza, desde la visita número uno.³⁶

Problemas bucales

Presencia de placa bacteriana

Denominada también biopelícula, principal factor etiológico de las enfermedades bucodentales, se clasifican por su localización en: supragingival cuando la placa se encuentra por encima del nivel de la encía e infra gingival cuando la placa esta debajo del margen gingival; se diferencian por su composición bacteriana dependiendo de la necesidad de oxígeno para su crecimiento, en el área infra gingival donde favorece el desarrollo de microorganismos Gram negativos y anaerobias que muestran una superior virulencia mientras que en el área supragingival destacan baterías Gram positivas y aerobias. Distancias micrométricas separan muchos ambientes internos de un biopelícula bacteriana como en las bacterias encontradas y sus circunstancias del

medio como sus nutriente, el grado de pH y las concentraciones de residuos, la acción y eficacia de los antisépticos.⁶

Para combatir el desarrollo del placa bacteriana se puede actuar sobre dos niveles:

A. Eludiendo o retardando la presencia de biofilm, realizando cambios en las características físicas y/o químicas de las superficies a las que se adhieren el biofilm, retrasando o impidiendo la adhesión de estos. Inclusive hay la posibilidad que los microorganismos en estado sésil (en el biofilm) vuelvan al estado planctónico (en medio acuoso).⁶

B. Eliminando el biofilm por medios químicos o mecánicos, la boca es un órgano de sencilla entrada, se logra erradicar la biopelícula por métodos mecánicos en el nivel supragingival con el uso correcto del cepillado bucal y la limpieza dental realizado por un profesional dentista o higienista. En el nivel subgingival existen tratamientos periodontales que eliminan la placa bacteriana como el alisado y raspado de las superficies radiculares o por medio de la cirugía periodontal. Entre los medios químicos los productos antisépticos actúan a nivel supragingival e infra gingival con distintos medicamentos antibacteriales y antisépticos. Si estas elementos quieren conseguir un mejor efecto, es recomendable una desestructuración mecánica del biofilm antes de la prescripción; por ello no deben ingerirse antisépticos sin un efecto coadyuvante para la eliminación de biofilm como es el caso de prácticas mecánicas.⁶

Riesgo de caries dental

Enfermedad infecciosa evidenciado por la desmineralización de tejidos dentarios causada por un ataque ácido repetido producido por el metabolismo bacteriano (bajadas múltiples del pH de la placa bacteriana asentada en la superficie dental). La lesión de caries puede dañar la dentina, al cemento radicular comenzando por el esmalte. La caries comienza con una desmineralización del tejido dental reversible en sus estadios iniciales, y con su progreso puede ocasionar o conllevar a la destrucción irreversible del tejido dental.⁶

Se le atribuye una etiología multifactorial para el desarrollo de esta patología, donde interviene las particularidades del ser humano, el biofilm y los sustratos en el medio bucal como la saliva y la dieta de la persona. Todo estos componentes agrupados conforman un sistema que debe mantenerse en equilibrio y tras la inestabilidad con ayuda de agentes cariogénicos, determina la existencia de la patología. Asociando los factores de riesgo de la caries dental con cada conjunto de aspectos del modelo expuesto por Lalonde, los hábitos de vida se hallan vinculados con las prácticas de higiene, como la limpieza dental y con los estilos dietéticos como la continuidad de consumo de carbohidratos.⁶

Riesgo de enfermedad periodontal

Las enfermedades periodontales son patologías que afectan los tejidos de soporte del diente: hueso alveolar, ligamento periodontal, cemento radicular y encía; presentando características particulares en sus procesos clínicos. La acumulación de placa bacteriana es el resultado de una higiene inadecuada, posteriormente se produce la inflamación y sangrado de las encías denominado gingivitis, esta inflamación avanza si no es tratada por un especialista en dirección al hueso que sujeta los dientes, convirtiéndose en periodontitis, que en su etapa avanzada conlleva al movimiento de las piezas dentarias y a su estancia en boca. Por consiguiente, la gingivitis y la periodontitis son dos patologías de etiología bacteriana, estimulando una actividad inflamatoria en el tejido gingival. La gingivitis puede tratarse sin problemas con el uso de antisépticos, con un cuidado personal bucal adecuado y con controles de limpieza por el odontólogo mientras que en la periodontitis la pérdida de hueso alveolar normalmente no es reversible, en casos puntuales se realizan técnicas de regeneración quirúrgica sofisticadas. La diferencia de las dos afecciones periodontales es que la gingivitis daña solo la encía y la patología periodontal se desarrolla causando la pérdida de tejidos de soporte del diente lo que significa que esta patología determina la permanencia del diente en boca.⁶

Presencia de maloclusiones

Ocupan el tercer puesto de incidencia en cuanto a afecciones de salud bucal, luego de la enfermedad periodontal y de la caries dental según la organización de la salud, en Latinoamérica los niveles altos de prevalencia y de incidencia superan el 85 % de la población; se define como el alineamiento anormal de los dientes inferiores y superiores, se manifiestan tras su aparición o por hábitos de la niñez, como la succión digital. La etiología más común ocurre en una mandíbula pequeña en comparación con el tamaño de los dientes; además de las piezas dentarias mal alineadas, los síntomas presentes incluyen dificultad al masticar y malestar en las muelas o dientes. Es fundamental que las maloclusiones dentales sean diagnosticadas y procuren llevar un tratamiento precoz, ya que en la edad infantil es el momento ideal para tratar o prevenir estas alteraciones, pues se corrigen con mayor facilidad.³

Prevención en salud oral

Para la conservación de una salud bucal buena la prevención se convierte en un factor importante. La prevención son aquellas medidas dirigidas para reducir los elementos de riesgo originarias de las afecciones bucales, también busca detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Los profesionales de salud en este caso el odontólogo debe contribuir en la prevención de la existencia de patologías y sus probables complicaciones, hay la presencia de niveles de prevención de enfermedades bucales y otras afecciones de la cavidad oral.³⁸

Se pueden apreciar los siguientes tipos de prevención:

Primaria: Su objetivo es aminorar la ocurrencia de patologías bucales, disminuir su incidencia en personas que aún no sufren de una afección o alteración concreta. Esta prevención abarca medidas que se dan sobre el paciente, un conjunto de ellas o una población con el fundamental fin de evitar la patología en general. La totalidad de las hechos que se utilizan son aquellas que engloban la promoción de la salud de una población, también se correlaciona con la enseñanza del aseo en salud bucal con

campañas de sensibilización, para poseer un modelo óptimo debe ser fundamental que inicie desde edades muy tempranas y en todos los entornos como el familiar, el colegio y en los centros médicos.³⁸

Secundaria: es aquella donde ya procedió el estímulo de la afección y se logra detener la enfermedad por medio de un procedimiento dental anticipado y conveniente, siempre con el propósito de alcanzar su curación o impedir la existencia de consecuencias. Por medio del nivel de precaución secundaria los cirujanos dentistas alcanzan a mejorar el pronóstico de la alteración bucal y posibilita conservarla bajo control con más comodidad, siempre bajo un diagnóstico y tratamiento precoz; hace alusión al inicio del tratamiento adecuado ya que el primer nivel de prevención no actuó correctamente. El dentista brindará un conveniente diagnóstico para controlar la enfermedad.³⁸

Terciaria: Cuando los anteriores niveles no lograron sus objetivos, la afección logra establecerse y esta es más agresiva en el paciente. La finalidad principal de la precaución terciaria es limitar la lesión y precaver una mayor complicación o un mal derivado de la propia afección bucal, los procedimientos a realizarse son más exhaustivos y complejos.³⁸

Métodos de prevención

Los procedimientos de precaución en salud bucal se catalogan como todas aquellas habilidades psicomotrices, afectivas o cognoscitivas que acceden a todo individuo ser participante de su misma autoeducación en salud, mediante el desarrollo de precaver la existencia, detención y control de alteraciones ya existentes; y en casos finales, el reemplazo de zonas y órganos bucales perdidas. Los métodos de precaución bucal se comienzan tras el entendimiento de temas básicos sobre la organología, funcionalidad del sistema estomatognático, enfatizando principalmente en habilidades en métodos manuales de limpieza bucal.³⁷

Higiene bucal

El aseo bucal es un aspecto importante de la salud en general, cuyo propósito es revolver el biofilm o también llamada placa bacteriana que se está creando fijamente en la mucosa y en los dientes, obstaculizando la inflamación de las encías y que los microorganismos elaboren sus ácidos capaces de romper las caras externas de las piezas dentarias, llegando a establecer lesiones cariosas. Un aseo bucal que sea efectivo debe realizarse de manera correcta, sin embargo, en niños es complicado debido a la capacidad de control de sus habilidades psicomotrices en la cual los movimientos efectuados deber fijar delicadeza y precisión y todo ello va a ser obtenido con el transcurso de los años. Conforme van desarrollándose y creciendo su motricidad fina va cobrando mejoras y ello facilita la labor del barrido mecánico que se realiza con la técnica de cepillado de los dientes; en el período de la escolaridad, los chicos alcanzan a cepillarse por si mismos, sin embargo, este trabajo práctico debe ser acompañado por su tutor o apoderado responsable hasta por lo menos los nueve o diez años.³⁷

Es importante que el comportamiento sea establecido desde edades tempranas en la vida de toda persona, de manera que conforme van creciendo, se les haga rutinario hacerlo, en el ámbito familiar en la casa exactamente son los padres los instructores de comportamiento y ciertamente se educa con el ejemplo de ellos; en lugares como centro o instituciones de educación son las profesoras y auxiliares las encomendadas de hacer el cepillado, este tema debe estar en las funciones de la jornada. Cuando se inicia la etapa del colegio es fundamental crear un ambiente con un tiempo por lo menos de una vez durante el día, en la cual los chicos se dediquen a la limpieza de sus piezas dentarias y sea manejados con la presencia de un adulto.³⁷

Cuando los estudiantes cumplan los seis o siete años puede ir cepillándose solos, sin embargo, debe realizarse un chequeo por el adulto diariamente para constatar que este realizado correctamente e incentivar que su labor se constante. Alguna opción en la casa es cuando el acompañante se cepilla juntamente con el menor de edad para asociar esa tarea con algo frecuente y habitual dentro de las labores realizadas naturalmente y no como algo inusual o fastidioso. Se aconseja que la limpieza se

ejecute después de cada proceso de alimentación, y este sea con frecuencias de tres veces al día, haciendo relevancia en el cepillado antes de acostarse, después de haberse alimentado, ya que la productividad de la saliva desciende en horas de la noche, no llegando a prevenir realmente las piezas dentarias de la formación de alguna alteración como en horas cuando estamos en actividad. El resultado del cepillado con pastas dentales fluoradas debe mostrar un gran provecho es por ello los chicos no podrían ingerir nada en un tiempo de media hora siguiente, se recomienda desarrollarse después de cada comida. Las partes por millón de flúor de una crema dental, debe poseer una concentración de 1000 a 1500, datos que está colocados en los productos, la cantidad va a depender de la edad del menor como el tamaño de un grano de arroz, una arveja o un garabanzo.³⁷

Por otra lado, el manejo del cepillado demanda un conjunto de movimientos y de secos que comprenda en general a las piezas dentarias, pues así la erradicación de biofilm será verdadero, procurando no ser de difícil manejo, sino por el contrario cuidadoso y preciso para alcanzar positivos efectos. Para la realización de un buen cepillado bucal debe seguir un orden lógico, enseñados por un adulto representativo para el niño como la madre, los hermanos o incluso la profesora, teniendo grandiosos efectos si se elaboran frente a una luna al tamaño de los menores. permitiendo que los menores hagan el procedimiento a la par con el acompañante y a su vez, les atribuye en la retroalimentación visual. La persona encargada reforzar el procedimiento en el instante hasta que la técnica sea empleada adecuadamente, se calcula que la duración correcta del cepillado sea dos a tres minutos, puesto que, a más sea el tiempo empleado, mayor es la remoción de la biopelícula. En literatura surgen diversas técnicas de cepillado donde la diferencia se encuentra en la angulación dada por el cepillo vinculado a la encía o dientes exactamente en sus bordes. Lo fundamental es que se realice el cepillado en todas las superficies de las piezas dentarias y se logre la erradicación del biofilm de todas ellas, al principio de la etapa escolar la técnica apropiada para los estudiantes de acuerdo con estudio es la de Fones, donde trata en solicitar al menor el junte de sus dientes inferiores con los superiores y con el cepillo haga desplazamientos circulares llegando el borde de la encía inferior y superior, pasar

por todos los dientes de derecha a izquierda. Posteriormente con la cavidad bucal abierta se comienza a ejecutar desplazamientos circulares más chiquitos por las caras internas de todas las piezas dentarias para limpiarlas, luego colocar el cepillo verticalmente con la cabeza hacia arriba para limpiar los dientes superiores y la cabeza hacia abajo para limpiar los inferiores, ahora las superficies de dientes que trituran las comidas se asean con desplazamientos de arrastre desde atrás hacia adelante y se concluye con el cepillado de la lengua.³⁷

Uso de fluoruros

El flúor en odontología contribuye en la remineralización de la capa externa de las piezas dentarias, obteniendo un esmalte más fuerte, y es un elemento primordial en la precaución y el control de lesiones cariosas, disponiendo de diversos respaldos como investigaciones científicas. El inicio de una caries es inapreciable o minúsculo por lo cual es el periodo donde el flúor interviene notablemente pues ayuda evitar que se forme una lesión y esta avance destruyendo las superficies duras de las piezas dentarias. A nivel mundial las diferentes maneras de consumir fluoruros se encuentran en la sal, agua, la leche y las cremas dentales que contengan flúor, teniendo en cuenta su concentración, también se encuentran las que son aplicadas de manera profesional, como el flúor barniz.³⁷

Flúor en pastas dentales

El empleo de flúor en la crema dental predispone una concentración según estudios y la cantidad depende de la edad, para la aplicación profesional va a influir el riesgo de caries del paciente. En menores desde cero a los tres años, se aconseja utilizar crema dental cuya partes por millón de flúor estén entre los 1000 a 1500, con una porción sea no más de la medida de un granito de arroz o pudiendo ser de una porción más pequeña si el menor no domina el reflejo de la deglución. En caso de los menores desde el inicio de los 6 años se aconseja de igual manera una concentración no menor a 1000 ppm de flúor en una porción semejante a la medida de una alverjita. Posteriormente al cepillado con crema fluorada es fundamental echar correctamente el excedente de crema y espuma, por lo que se evitaría el enjuague de la cavidad oral

con agua, ya que el impacto tópico del flúor este presente más tiempo en las superficies. Por ultimo las concentraciones de flúor en un mayor número en cremas para dientes logran ser sugeridas y revisadas por el cirujano dentista en situaciones particulares, también es fundamental revisar la fecha de caducidad de las pastas en su envase.³⁹

Flúor barniz

Es un método de precaución favorable en contra de las lesiones de caries en inicios tempranos y en pacientes con riesgo de caries moderado a alto, diversas literaturas la respaldan, se trata de una resina con alta concentración de fluoruro de sodio que se coloca en la superficie de las piezas dentarias para su protección, el procedimiento lo realiza el cirujano dentista (odontopediatra), auxiliar dental o higienista.³⁸

Alimentación

En la actualidad la ingesta productos elaborados va aumento, se caracterizan por el contenido de azúcar, sal y grasas, y por otro lado está la disminución de frutas, verduras y lácteos. Debido a actual contexto se tiene en cuenta la instrucción de estilos sanos en cuanto a la alimentación. Pero la forma de nutrirse en los últimos años demuestra que, de insistir con el modelo actual, enfermedades como el sobrepeso y las patologías crónicas no transmisibles continuaran ascendiendo. En el campo de la odontología la caries es una enfermedad donde influye o es un factor causal el tipo de comida de un individuo, predominan la ingesta de carbohidratos fermentables que son los azúcares y harinas refinadas presentes en la dieta. La conservación de una boca saludable también está determinada por la forma de alimentación, la cual debe balanceada, enfatizando en el consumo verduras, frutas y agua; es importante precisar que los niños deben acostumbrarse a alimentarse solo en las comidas fundamentales; de tal manera que la saliva llegue a resistir la pérdida de minerales que ocasiona los ácidos de los microorganismos, conservando un medio oral estable. Es odontología la dieta cariogénica, se caracteriza por una alimentación rica en carbohidratos y es un factor de riesgo para la caries u otras enfermedades, no solo los productos sólidos benefician la existencia de caries, sino también los líquidos, como los jugos que

presenta contenidos altos de azúcar, saborizantes y colorantes ficticios. Por ello, todo individuo debe consumir productos variados y centrados en los requerimientos verdaderos para su organismo y no en la dieta prometida por la publicidad, para niños se proponen alimentos en base a una fruta como la pera o manzana, verduras como palta en un pan integral, cereales, leche y sus derivados, frutos secos como las almendras, jugos de fruta natural sin azúcar y como fuente líquida priorizar el consumo de agua.³⁸

Atención odontológica

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica, el primer control del niño debe realizarse al año, aunque el bebé tenga pocos dientes visibles a esa edad, hay muchas cosas que evaluar, incluido el desarrollo de hábitos saludables; se recomienda la atención profesional desde edades tempranas y deben mantenerse a lo largo de la infancia y adolescencia de manera que podamos prevenir o frenar posibles problemas bucodentales. Las vistas deben ser cada 6 meses o al menos una vez al año, para detectar y evaluar posibles problemas que puedan afectar a la dentición definitiva. En las visitas se controla el desarrollo de una alteración, evaluar cambios en la condición de los dientes, encías y el asesoramiento u orientación a los padres sobre buenas estrategias de cuidado oral; los servicios de salud deben garantizar la prevención, atención oportuna y de calidad.³⁸

2.3 Definición de términos básicos

Polifacética: se refiere a que tiene varios aspectos o realizar varias actividades.

Cariogénico: agente que fomenta el desarrollo de caries dental.

Betacarotenos: pigmentos responsables de los colores amarillos, anaranjados o rojos presentes en muchos alimentos y fuente fundamental de vitamina A.

Vaciamiento gástrico: proceso fisiológico realizado en el estómago, consiste en la eliminación del contenido estomacal luego del llenado gástrico hacia el duodeno.

Fenilcetonuria: enfermedad poco frecuente donde el neonato nace sin la capacidad para descomponer correctamente el aminoácido fenilalanina.

Galactosemia: patología congénita que imposibilita el metabolismo de la galactosa, un azúcar de la lactosa, que se manifiesta en las primeras semanas de vida.

MSUD: enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce que es un trastorno por el cual el cuerpo no puede descomponer ciertas partes de proteínas.

Lactobacillus bifidus: son probióticos (bacterias buenas) que viven en los intestinos y ayudan a descomponer los alimentos, absorber nutrientes y combatir los organismos que causan enfermedades.

Sesil: organismo que crece agarrado de su substrato del cual no se separa y sobre el que no se desplaza.

Planctónicas: microorganismos que sobrenada en fase líquida como la saliva.

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas

Hipótesis principal

Existe relación significativa entre la salud bucal y el tipo de lactancia materna en niños del centro de salud San Juan de Miraflores.

3.2 Variables, definición conceptual y operacional

Variable 1

Salud bucal: carencia de dolor facial o bucal, de llagas bucales o infecciones odontogénicas, de patologías de las encías, pérdida de dientes, caries y otras afecciones o trastornos que limiten la capacidad de sonreír, hablar, morder y masticar, pues repercutan en el bienestar psicosocial.

Variable 2

Tipos de lactancia materna: Diferentes maneras de alimentación ejecutado en un recién nacido de tipo exclusiva, mixta y artificial.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
<ul style="list-style-type: none"> • SALUD BUCAL 	<p>Síntomas orales</p> <p>Bienestar funcional</p> <p>Bienestar socio emocional</p>	COHIP SF	Ordinal	<p>nunca = 0</p> <p>casi nunca = 1</p> <p>a veces = 2</p> <p>con frecuencia = 3</p> <p>casi todo el tiempo= 4</p>
<ul style="list-style-type: none"> • LACTANCIA MATERNA 	Tipo de lactancia	<p>Cuestionario</p> <p>De lactancia materna</p>	Nominal	<p>Exclusiva</p> <p>Mixta</p> <p>Artificial</p>

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación según Hernández Sampiere es no experimental, porque se realiza el estudio sin manipular variable y de diseño descriptivo porque busca especificar las propiedades importantes de grupos, es de nivel correlacional en la cual relaciona variables que se tienen en la investigación las cuales van a ser analizadas y su diseño es prospectivo, retrospectivo y transversal pues se recolectan información en un solo momento, en un tiempo único y también se registran datos que ocurrieron en el pasado.

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población

La población estuvo conformada por 65 niños que acudieron al centro de San Juan de Miraflores al servicio de odontología en los meses de octubre y noviembre del año 2021.

4.2.2 Muestra

Se contó con toda la población que estuvo constituida por 65 niños y 65 madres de familias o apoderados que cumplieron con los criterios de selección de inclusión, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

4.2.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión

Padres de familia o apoderado que firmaron el consentimiento

Niños entre edades de 7 a 13 años

Niños que acudieron al centro de salud al servicio de odontología

Niños que colaboraron con la investigación

Niños extranjeros que asistieron al servicio de odontología y cumplieron con las edades seleccionadas

Criterios de exclusión

Padres de familia o apoderado que no quisieron participar

Niños menores de 7 años y mayores de 13 años

Niños que no colaboraron en la recolección de datos

Niños que no asistieron a su la cita establecida

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se aplicó para el registro del nivel de salud bucal fue desarrollada bajo un cuestionario de 19 preguntas las cuales evaluaron 5 preguntas sobre los síntomas orales, 4 preguntas sobre el bienestar funcional y 9 preguntas sobre el bienestar socioemocional; fueron contestadas por los niños que se presentaron a su cita dental en la posta de salud entre las edades de 7-13 años de acuerdo con los sucesos ocurridos en sus dientes, boca y cara en los últimos tres meses. Los materiales utilizados fueron: la ficha de encuesta, lapiceros y fólder.

Y la técnica para identificar el tipo de lactancia fue una ficha estructurada orientado al apoderado comenzado a solicitar sus datos sociodemográficos elementales y luego a detallar el tipo de lactancia que brindaron a los menores en sus primero años de vida.

Instrumentos de recolección de datos

El Formulario abreviado del Perfil de Impacto en la Salud Oral del Niño (COHIP-SF) tiene 19 ítems en tres subescalas: Salud Bucal, Bienestar Funcional y Bienestar Socioemocional, la salud bucal se compone de síntomas bucales específicos que no están necesariamente relacionados entre sí como, por ejemplo, el

dolor, manchas en los dientes, sangrado de encías, etc. El bienestar funcional incluyó elementos relacionados con la capacidad del niño para realizar tareas o actividades diarias específicas (por ejemplo, hablar con claridad, masticar). El bienestar socioemocional incluyó elementos relacionados con las interacciones con los compañeros, los estados de ánimo, el entorno escolar y los sentimientos positivos sobre uno mismo. Se instruyó a todos los participantes de la siguiente manera: lea atentamente cada afirmación y elija la respuesta que mejor le describa en los últimos 3 meses con respecto a su boca, dientes y cara. Las respuestas se registraron como nunca = 0, casi nunca = 1, a veces = 2, con bastante frecuencia = 3 y casi todo el tiempo = 4. Se procedió a la sumatoria de cada pregunta y posteriormente a hallar un promedio entre los 65 niños encuestados, obteniendo que las puntuaciones más bajas de COHIP-SF 19 reflejan una calidad de vida relacionada con la salud bucal más positiva, mientras que las puntuaciones más altas reflejan una calidad de vida relacionada con la salud bucal más baja. El promedio encontrado fue que de 0 a 37 tendrán un mayor nivel de salud bucal y de 38 a 76 un menor nivel de salud bucal.

4.4 Técnicas del procedimiento de la información

Para el inicio de la recopilación de información, se envió un documento de presentación al centro de salud San Juan de Miraflores por parte de la universidad Alas Peruanas para la toma de datos de nuestra población en el centro de salud.

Posteriormente se procedió a realizar las dos encuestas (COHIP SF Y tipos de Lactancia) que fueron explicadas detalladamente, previo al consentimiento informado de los padres que describe su conformidad de participar en el estudio y el asentimiento informado para los niños.

4.5 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la investigación

Al terminar la recolección de datos, se procedió a pasar la información al programa Microsoft Office para posteriormente realizar el análisis descriptivo y correlacional

Análisis descriptivo: se utilizó un registro descriptivo por medio de tablas de contingencia de la información lograda mediante las encuestas. El programa estadístico utilizado fue el SPSS versión 20.

Análisis de contraste de hipótesis: para los resultados correlacionales e inferenciales se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman (no paramétrica) debido a la naturaleza cualitativa y ordinal de una de las variables, y para el valor p, la información fue procesada en el programa estadístico SPSS versión 20.

4.6 Aspectos éticos

Se efectuó el empleo de las hojas del consentimiento y asentimiento informado, que fueron proporcionados a los menores y al apoderado del niño; se envió los documentos pertinentes para la autorización necesaria del establecimiento de salud por parte de la universidad.

El estudio realizado no mostro algún tipo de peligro para las niños y madres de la posta de salud San Juan de Miraflores y los instrumentos para la recopilación de la información fue la encuesta del perfil de impacto de la salud oral, que fue explicado previamente a los niños y el cuestionario de lactancia materna para los padres de familia o apoderados, llenados ambos cuestionarios espontáneamente de forma anónima, considerando los fundamentos éticos y protegiendo la confidencialidad de la información recogida.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo

Los resultados del estudio se consiguieron con la elaboración de la matriz de doble entrada ejecutada por el investigador (anexo 6) los cuales fueron almacenados en el programa Excel.

Tabla N° 01

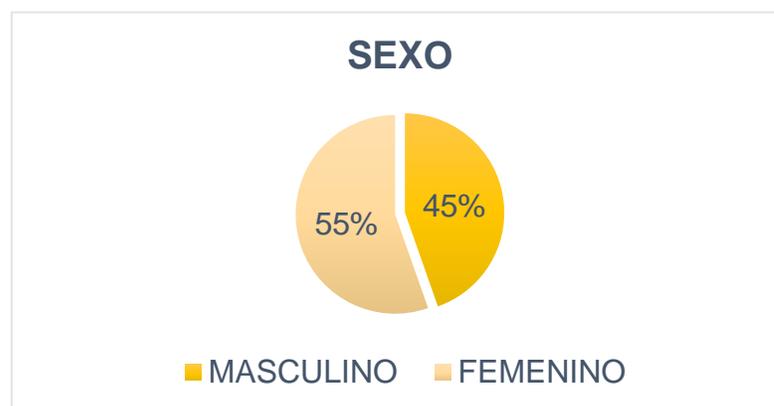
Porcentaje del sexo en niños del centro de salud SJM, Lima 2021

SEXO	FRECUNECIA	PORCENTAJE
MASCULINO	29	45%
FEMENINO	36	55%
TOTAL	65	100%

En la tabla 1, se evidencia que el porcentaje mayor fue el sexo femenino con 55%, mientras que el sexo masculino fue el 45% del 100% de la población.

Figura N° 01

Porcentaje del sexo en niños del centro de salud SJM, Lima 2019



Fuente: ficha de base datos

Tabla N° 02

Nivel de Salud bucal en niños del centro de salud SJM, Lima 2021

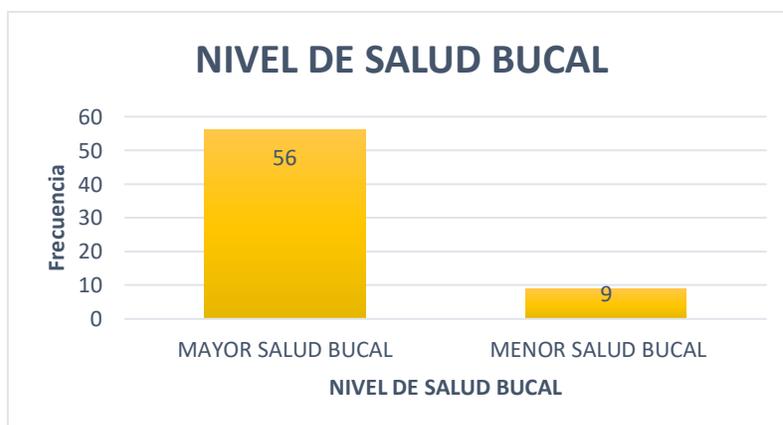
Variable	Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nivel de Salud bucal	Menor salud bucal	9	13.8	13.8
	Mayor salud bucal	56	86.2	100.0
Total		65	100.0	

Nota: Realización obtenida de SPSS

En la tabla 2, se demuestra que la variable nivel de salud bucal presenta dos niveles: (i) menor salud bucal, con 9 niños que equivale al 13.8% y (ii) mayor salud bucal, con 56 niños que equivale al 86.2%; evidenciando que el porcentaje más alto se centra en niños con mayor nivel de salud bucal, dado que refleja aproximadamente el quíntuplo del total.

Figura N°02

Nivel de Salud bucal en niños del centro de salud SJM, Lima 2021



Fuente: ficha de base de datos

Tabla N°03

Tipo de lactancia en niños del centro de salud SJM, Lima 2021

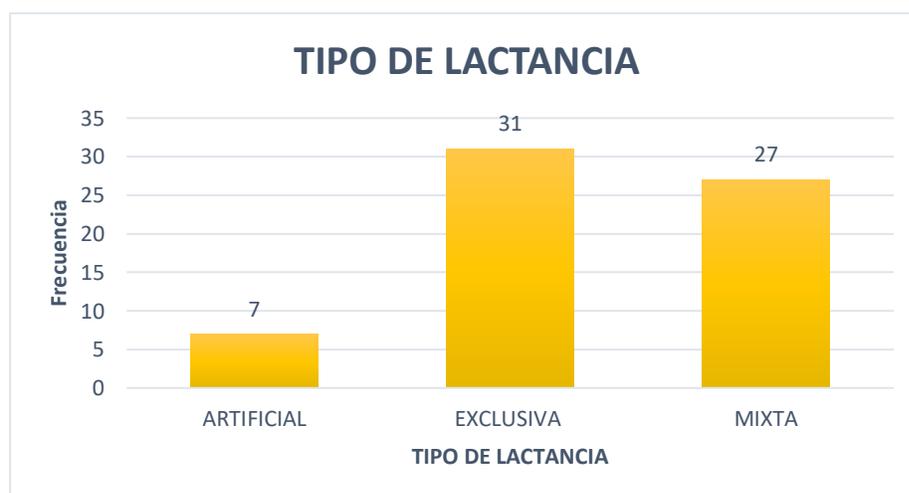
Variable	Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Tipo de Lactancia	Artificial	7	10.8	10.8
	Exclusiva	31	47.7	58.5
	Mixta	27	41.5	100.0
Total		65	100.0	

Nota: Realización obtenida de SPSS

En la tabla 3, se muestra que la variable tipo de lactancia presenta tres niveles: (i) artificial, con 7 niños que equivale al 10.8% (ii) exclusiva, con 31 niños que equivale al 47.7%; y (iii) mixta, con 27 niños que equivale al 41.5%. Lo que quiere decir, que el mayor porcentaje de los niños se concentra en el tipo de lactancia materna exclusiva, dado que refleja aproximadamente casi la mitad del total.

Figura N°03

Tipos de lactancia en niños del centro de salud SJM, Lima 2021



Fuente: ficha de base de datos

5.2 Análisis inferencial

Tabla N°04

Relación entre el nivel de salud bucal y la lactancia materna exclusiva en niños del centro de salud SJM, Lima 2021.

		Lactancia Exclusiva		Total	Rho de Spearman
		No	Si		
Salud bucal	Menor salud bucal	7 20.6%	2 6.5%	9 13.8%	p= 0.102 Rho= -0.24
	Mayor salud bucal	27 79.4%	29 93.5%	56 86.2%	
Total		34 100.0%	31 100.0%	65 100.0%	

Nota: Realización obtenida de SPSS

En la tabla 4 se observa que un 13.8% de los niños presentaron un nivel menor de salud bucal; estando el porcentaje más alto en niños que no tuvieron lactancia materna exclusiva (20.6%, de los menores que no gozaron de lactancia exclusiva presentaron menor nivel de salud bucal, frente al 6.5% de niños que si tuvieron lactancia materna exclusiva).

Asimismo, el 86.2% de los de los niños presentaron un mayor nivel de salud bucal; siendo este porcentaje más alto en los niños que si tuvieron lactancia materna exclusiva (93.5%, de los niños que tuvieron lactancia exclusiva presentaron mayor nivel de salud bucal, frente al 79.4% de niños que tuvieron otro tipo de lactancia).

El Coeficiente de Correlación de Spearman (Rho= -0.24) es baja entre las variables de estudio siendo el valor p= 0,102 mayor a 0.05; se acepta la hipótesis nula y asumimos que no existe correlación significativa de ambas variables, es decir a mayor lactancia exclusiva será casi nula el mayor nivel de salud bucal de los niños de la posta de salud SJM, Lima 2021.

Tabla N°05

Relación entre el nivel de salud bucal y la lactancia mixta en niños del centro de salud SJM, Lima 2021.

		Lactancia Mixta		Total	Rho de Spearman
		No	Si		
Salud bucal	Menor salud buccal	5 13.2%	4 14.8%	9 13.8%	p= 0.852 Rho= 0.024
	Mayor salud buccal	33 86.8%	23 85.2%	56 86.2%	
Total		38 100.0%	27 100.0%	65 100.0%	

Nota: Realización obtenida de SPSS

En la tabla 5 se observa que un 13.8% de los niños presentaron menor nivel de salud bucal; siendo este porcentaje más alto en los niños que si tuvieron lactancia mixta (14.8%, de los menores que si tuvieron lactancia mixta mostraron menor nivel de salud bucal, frente al 13.2% de niños que tuvieron otro tipo de lactancia).

Asimismo, el 85.2% de los de los niños presentaron un mayor nivel de salud bucal; siendo este porcentaje ligeramente más alto en los niños que no tuvieron lactancia materna exclusiva (86.8%, de los niños que no tuvieron lactancia mixta presentaron mayor nivel de salud bucal, frente al 85.2% de niños que si tuvieron una lactancia mixta).

El Coeficiente de Correlación de Spearman (Rho= 0.024) es baja entre las variables nivel de salud bucal y tipo de lactancia mixta, siendo el valor de $p = 0,852$ mayor a 0.05; se acepta la hipótesis nula y asumimos que no existe correlación significativa de ambas variables, es decir a mayor lactancia mixta será casi nula el mayor nivel de salud bucal en niños de la posta de salud SJM, Lima 2021.

Tabla N°06

Relación entre el nivel de salud bucal y la lactancia artificial en niños del centro de salud SJM Lima 2021

		Lactancia Artificial		Total	Rho de Spearman
		No	Si		
Salud bucal	Menor salud buccal	6 10.3%	3 42.9%	9 13.8%	p= 0.018 Rho= 0.292*
	Mayor salud buccal	52 89.7%	4 57.1%	56 86.2%	
Total		58 100.0%	7 100.0%	65 100.0%	

Nota: Realización obtenida de SPSS

En la tabla 6 se observa que 13.8% de niños presentaron un nivel menor de salud bucal; siendo el porcentaje más alto en menores que si tomaron lactancia artificial (42.9%, de niños que si tomaron lactancia artificial mostraron menor nivel de salud bucal, frente al 10.3% de niños que tuvieron otro tipo de lactancia).

Asimismo, el 86.2% de los de los niños presentaron un mayor nivel de salud bucal; siendo este porcentaje más alto en los niños que no tuvieron lactancia artificial (89.7%, de los niños que no tuvieron lactancia artificial presentaron un mayor nivel de salud bucal, frente al 57.1% de niños que si tuvieron una lactancia artificial).

Se hallo relación significativa entre ambas variables, porque, el nivel de significancia ($p=0.018$) fue menor a 0.05, aceptando la hipótesis alterna; asumiendo que existe relación entre el nivel de salud bucal y la lactancia artificial en niños del centro de salud SJM, Lima 2021, sin embargo, el $Rho = 0.292$, señala que se trata de una correlación positiva media (0.11 a 0.50 según Hernández y Fernandez, 1998), es decir que a mayor lactancia artificial menor nivel de salud bucal.

Tabla N°07 Relación entre el nivel de salud bucal y el tipo de lactancia en niños del centro de salud SJM, Lima 2021.

Variables	Tipo de Lactancia			Total	Rho de Spearman	
	Mixta	Exclusiva	Artificial			
Nivel de Salud bucal	Menor salud bucal	4	2	3	9	p=0.520 Rho=0.081
		14.8%	6.5%	42.9%	13.8%	
	Mayor salud bucal	23	29	4	56	
		85.2%	93.5%	57.1%	86.2%	
Total		27	31	7	65	
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 7 se observa que el 13.8% de niños presentaron un nivel menor de salud bucal; donde el porcentaje más alto estuvo en niños que tomaron leche artificial (42.9%, de los niños que tuvieron un tipo de lactancia artificial presentaron menor nivel de salud bucal, frente al 14.8% de niños que tuvieron lactancia mixta y un 6.5% de los que presentaron lactancia exclusiva). Asimismo, el 86.2% de los de los niños presentaron un mayor nivel de salud bucal; siendo este porcentaje más alto en los niños que presentaron un tipo de lactancia exclusiva (93.5%, de niños que tuvieron una alimentación materna exclusiva mostraron mayor nivel de salud bucal, frente al 85.2% de niños que tuvieron lactancia mixta y un 57.1% de los que presentaron lactancia artificial).

El Coeficiente de Correlación de Spearman (Rho= 0,081) es baja entre las variables y estadísticamente nula, siendo el valor de $p = 0,520 > 0.05$; Por consecuente, no hay correlación significativa entre las variables, es decir a mayor sea un tipo de lactancia

será casi nula el mayor nivel de salud bucal en niños de la posta de salud SJM, Lima 2021.

Prueba de normalidad

Se desarrolla la prueba de normalidad tras la información de las variables, por ello se especifica que los datos de la variable salud bucal si presentan una distribución normal mientras que los datos de la variable tipo de lactancia no consiguen una distribución normal y por ello se argumenta el uso de una prueba no paramétrica, en este caso el Rho de Spearman donde se hallaron las siguientes correlaciones:

Prueba de normalidad para las variables 1 y 2

H0: Las variables si tienen distribución normal ($p > 0,05$)

H1: Las variables no tienen distribución normal ($p < 0,05$)

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov - Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Salud bucal	0.081	65	0,200*	0.964	65	0.055
Nivel de lactancia	0.268	65	0.000	0.773	65	0.000

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Análisis: Para la variable salud bucal se observa Kolmogorov Smirnov puesto que se tiene 65 datos y se muestra un nivel de significancia de 0,200, cuyo valor es mayor a 0,05; por lo cual, reconocemos la hipótesis nula (H0) y se verifica que los datos de la variable salud bucal siguen una distribución normal.

Ahora para la variable nivel de lactancia observamos también Kolmogorov por la cantidad de datos, que es más de 50 y se muestra un nivel de significancia de 0,000, como su valor es menor a 0,05 reconocemos la hipótesis alterna (H1) y verificamos que los datos de la variable nivel de lactancia no cuentan con una distribución normal.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

Según la OMS el alimento más eficaz para los recién nacidos es la lactancia materna exclusiva por sus grandes beneficios que brinda a la salud general y bucal; pero los resultados obtenidos en el estudio de investigación afirman que la correlación es baja, ($Rho= 0,081$) entre las variables nivel de salud bucal y tipo de lactancia, siendo el valor de $p = 0,520$ mayor a 0.05 ; por ello, no hay correlación significativa entre las variables. Sin embargo, se observó que 13.8% de niños mostraron un nivel menor de salud bucal; siendo este porcentaje más alto en los niños que presentaron un tipo de lactancia artificial (42.9%). Además, el 86.2% de los niños presentaron un mayor nivel de salud bucal; siendo este porcentaje más alto en los niños que presentaron un tipo de lactancia exclusiva (93.5%). Evaluar los efectos del uso de algún tipo de lactancia sobre el nivel de su salud bucal es un aspecto amplio debido a que esta categoría depende de diferentes factores de riesgo como la presencia o ausencia de hábitos orales, de la alimentación saludable y del control odontológico.

Estos hallazgos no coinciden con lo expuesto en el trabajo de Garcés el cual concluyo que solo el $39,2\%$ de niños se alimentó con lactancia materna y el $60,8\%$ había recibido leche en biberón y con relación entre maloclusión y el tipo de lactancia ($p=0,00$) fue significativa, determinando que si existe asociación entre la existencia de alguna maloclusiones y con el tipo de lactancia. Por otro lado, Infante tuvo como resultado que el mayor porcentaje del índice de caries fue un 64.5% en su estudio y fueron en niños que tuvieron como alimentación la lactancia artificial, pero el menor porcentaje de CEOD (1.5%) correspondía al consumo de la lactancia materna exclusiva, concluyendo la existencia de la asociación entre la caries de infancia con el tipo de alimentación en su etapa de lactancia. Sin embargo, Martínez coincide con nuestros hallazgos puesto que en su investigación hallo la prevalencia de caries dental con el índice ceod en niños, alcanzando un 70% de todos los niños evaluados, pero no hubo una asociación significativa con su tipo de lactancia. Concluyendo, la no existencia de

una asociación entre el tipo de alimentación en los primeros años de vida del menor y la presencia posterior de caries dental en niños preescolares.

En cuanto a la asociación entre el nivel de salud bucal y la lactancia netamente exclusiva en niños de la posta de salud SJM en Lima 2021, se observó que del 100 % de niños que participaron en mi estudio el 86.2% presentaron un mayor nivel de salud bucal; siendo este porcentaje más alto en los menores que tuvieron lactancia materna exclusiva (93.5%). Sin embargo, en el análisis de correlación se encontró que no existe correlación significativa entre ambas variables, es decir a mayor sea la lactancia exclusiva será casi nula el mayor nivel de salud bucal de niños de la posta de salud SJM, Lima 2021; por otro lado, Mesquita en sus resultados encontró que 28 niños recibieron lactancia materna y 247 leche artificial por medio del biberón, pero no se mostró una asociación significativa entre la lactancia humana, uso del biberón y la existencia de alguna maloclusión, pero si la lactancia humana presenta un efecto protector disminuyendo el riesgo de poseer hábitos de succión no nutritiva en el caso de los chupetes y no de la succión digital. De igual forma, Maldonado en su investigación refiere que hay una asociación extremadamente favorable entre el grupo 1 cuya alimentación fue materna con niños libres de caries, concluyendo que la leche brindada por el pecho de la mamá presenta una prevención contra las lesiones cariosas siempre que sea brindada por un tiempo mayor. Por ello, aunque la lactancia exclusiva materna posea diversos beneficios nutricionales, el empleo de malos comportamientos aumenta el riesgo de padecer o desarrollar alguna afección bucodentales, como las caries que durante el inicio de la vida escolar está unido a la ingesta frecuente de azúcares y carbohidratos.

Entre la relación del nivel de salud bucal y la lactancia mixta en niños del centro de salud SJM en Lima 2021, se pudo observar que 13.8% de los niños en general mostraron un menor nivel de salud bucal; siendo el porcentaje en niños que tuvieron lactancia mixta 14.8%. Por otro lado, según el coeficiente de correlación de Spearman ($Rho= 0.024$) se asume que no existe correlación significativa entre ambas variables, es decir a mayor sea la lactancia mixta será casi nula el mayor nivel de salud bucal de

niños de la posta de salud SJM, Lima 2021. A diferencia de Maldonado que en su investigación dividió en tres grupos al tipo de lactancia: la lactancia exclusiva perteneció al grupo 1, lactancia combinada al grupo 2 y lactancia con biberón al grupo 3, encontrando que niños alimentados con leche materna tuvo una media del índice ceo igual a 0.10 ubicándose en la categoría de prevalencia de caries muy bajo, el grupo 2 obtuvo 0.36 y el grupo 3 un ceo de 0.33, identificándose una asociación extremadamente favorable entre el grupo de lactancia materna con los niños libres de caries.

Entre la relación del nivel de salud bucal y la lactancia artificial en menores del centro de salud SJM en Lima 2021, se observó que 13.8% de los niños mostraron un nivel menor de salud bucal; siendo este porcentaje más alto en los niños que si tuvieron lactancia artificial (42.9%) Asimismo, el 86.2% de los de los niños presentaron un mayor nivel de salud bucal; siendo este porcentaje más alto en los niños que no tuvieron lactancia artificial (89.7%). Se halló una asociación significativa entre las variables, dado que el nivel de significancia fue menor a 0.05, aceptando la hipótesis propuesta por el investigador, admitiendo la asociación entre el nivel de salud bucal y la lactancia artificial en niños del centro de salud SJM, Lima 2021, pero se encontró con el $Rho = 0.292$, se trata de una asociación positiva media es decir que si mayor es la lactancia artificial menor será el nivel de salud bucal. Coincidentemente, Arbieto en su investigación halló la asociación entre lesiones de caries de infancia temprana y el empleo prolongado de tetinas menores de 6 años. Por otro lado, este tipo de lactancia también se denomina no humana o no materna, para su uso es necesario contar con otros accesorios, como el biberón y las tetinas que estarán contenidas con otro tipo de leche, la cual debe poseer concentraciones adecuadas con los nutrientes necesarios para cubrir las necesidades del pequeño. Estos elementos nutricionales que se muestran como un reemplazo total o a veces parcial de la leche de la madre tratan de fórmulas lácteas cuando su composición procede netamente de la leche de vaca y son de fórmulas especiales cuando el origen es múltiple y su uso es bajo prescripción del médico tratante.

CONCLUSIONES

No existe relación significativa entre el nivel de salud bucal y el tipo de lactancia en niños del centro de salud SJM, Lima.

No existe relación significativa entre el nivel de salud bucal y la lactancia exclusiva en niños del centro de salud SJM, Lima.

No existe relación significativa entre el nivel de salud bucal y lactancia mixta en niños del centro de salud SJM, Lima.

Si existe relación significativa entre el nivel de salud bucal y la lactancia artificial en niños del centro de salud SJM, Lima.

RECOMENDACIONES

Realizar investigación que permitan determinar la razón que predispone a los niños a presentar un menor nivel de salud bucal.

Concientizar a los estudiantes de odontología y profesionales de la carrera en la promoción y prevención de la lactancia materna exclusiva.

Se necesitan de estudios con un control más cuidadoso de factores que pueden intervenir en el nivel de salud bucal.

Contar con una población más amplia para encontrar una diferencia más significativa entre los tipos de lactancia y nivel de salud oral además de contar con una equidad en cuando al números de los diferentes tipos de lactancia.

Se recomienda realizar investigaciones longitudinales y prospectiva en nuestro medio.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Maldonado M. et col 2016 México; Lactancia materna y caries de la infancia temprana. Revista odontopediatria; volumen 6(2); pág 90-98. Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/117/91>
2. Massón M. et col 2019 Ecuador; Asociación entre la lactancia materna y la caries de edad temprana. Revisión bibliográfica; 16(4); pág 194-199. Disponible en: <https://doi.org/10.24265/kiru.2019.v16n4.10>
3. Mata E. et col 2011 España; Lactancia materna y su importancia en la prevención de las maloclusiones. Gaceta dental 22; pág132-139. Disponible en: file:///C:/Users/Casa/Desktop/TESIS%202021/BASES%20TORICAS/DE%20LACTANCIA%20MATERNA/221_CIENCIA_Lactancia_materna.pdf
4. Rodriguez J. et col 2017 El salvador; Factores de riesgo en el apareamiento de enfermedades bucales y su relación con la lactancia materna en mujeres de la comunidad san isidro los planes. Crea ciencia vol. 11 n.º 1-2; pág. 31-39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5377/creaciencia.v11i1-2.6121>
5. Hinostroza M. et col 2017 Lima; Impacto de la lactancia no materna en el infante. Revista científica odontológica vol. 5 (2); pág. 733-743. Disponible en: <file:///C:/Users/Casa/Downloads/376-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1341-1-10-20180302.pdf>
6. Casal E. 2012 España; Factores determinantes de la salud oral. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Documentos-Publica/2012-MAQUETACION-MATERIAL-FORMATIVO-Salud-bucal-alimentacion-Tema-1.pdf>
7. Ancajima A, Moreano N. 2019 Lima; Estado nutricional, según el tipo de lactancia, en niños de 0–6 meses de edad del c.s. materno infantil magdalena de setiembre a diciembre de 2018. Universidad Privada Norbert Wiener. Disponible: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2998/>

TESIS%20Ancajima%20Cristina%20%20Moreano%20Nancy.pdf?sequence=1
&isAllowed=y

8. Campoverde C. 2017 Lima; Necesidad de tratamiento ortodóntico y su relación con la calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 12 a 15 años, de dos unidades educativas, pública y privada de la ciudad de Loja-Ecuador 2016. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1435/Necesidad_CampoverdeSaavedra_Claudio.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Gerdenson M. et col 2013 EE. UU; An Overview of Children's Oral Health-Related Quality of Life Assessment: From Scale Development to Measuring Outcomes. *Caries Res*;47(1) páginas 13–21. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1159%2F000351693>
10. Luna Y. 2016 Puno. Relación de nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de los niños con capacidades especiales puno, julio – setiembre 2016. Universidad nacional del altiplano. Disponible:http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3338/Luna_Cauna_Yessica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Farias J 2015 Chile. Estado de salud oral de niños de 4-5 años y nivel de conocimientos materno. Universidad Andrés Bello. Disponible: http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/2746/a115439_Farias_J_Estado_de_salud_oral_de_2016_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Marcelo D, Lavado K. 2018 Huancayo. Impacto de Condiciones Orales en la Calidad de Vida en Escolares de una Institución Educativa Pública y Privada. Universidad Peruana de los andes. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/416/MARCELO%20D.%20LAVADO%20K..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. Moran J, Riveros D. 2014 Huancavelica. Tipo de lactancia y caries dental temprana en 1 ni nos de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del hospital departamental Huancavelica, 2013. Universidad nacional de Huancavelica. Disponible en: file:///C:/Users/Casa/Desktop/TESIS%202021/TESIS%20DE%20REFERENCI A/TP%20-%20UNH.%20ENF.%200034.pdf
14. Rondón R, Zambrano J, Guerra M. 2012 Venezuela; Relación entre el período de lactancia materna y maloclusiones. Revista odontopediatra Vol 2 N° 2, pág 9-16 <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/60/178>.
15. Silva J. 2019 Lima; Impacto de la autoestima en la necesidad de tratamiento de ortodoncia y la calidad de vida relacionada a la salud oral en niños de 11 a 14 años de la I.E San Pedro Santísima Trinidad de Lurín. Universidad Norbert Wiener. Disponible: http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/3426/T061_70981083_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Cava V. 2015 Lima; Tipo de lactancia y su relación con el patrón de crecimiento en lactantes de 0 a 6 meses del centro de salud Jesús María diciembre 2013 – junio del 2014. Universidad San Martín de Porres. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2431/cava_v.pdf?sequence=3&isAllowed=y
17. Santiso A. et col. 2011 Cuba; Evaluación del tiempo de lactancia materna como factor de riesgo en alteraciones de la oclusión dentaria temporal. Revista Mediciego volumen 17 (1), paginas 1-7. Disponible en: file:///C:/Users/Casa/Downloads/1999-12441-1-PB.pdf
18. Arbierto K 2020 Lima; Relación entre caries de infancia temprana, lactancia materna y uso prolongado del biberón en niños menores de 71 meses atendidos en el Servicio de Medicina Estomatológica y Atención al Infante del Instituto Nacional de Salud del Niño. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. URL:

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11660/Arbieto_ak.pdf?sequence=2&isAllowed=y

19. Infante K 2017 Chiclayo; Relación de caries de infancia temprana con el tipo de lactancia en niños de 1 a 3 años del centro poblado Anchovira – Motupe. Universidad Señor de Sipan. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/4731/Infante%20Valdivia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Salazar S. et col 2012 Venezuela; lactancia materna. Archivos venezolanos de puericultura y pediatría, volumen 72 N°4, paginas 163-166. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000406492009000400010
21. Gorrita R. et col 2015 Cuba; Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Revista Cubana de Pediatría;87(3): paginas 285-294. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v87n3/ped04315.pdf>
22. Floripes G. et col 2011 Cuba; Lactancia materna y aspectos generales. Revista información científica, vol. 71, número 3. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757296035>
23. Brahm P, Valdes V. 2017 Chile; Beneficios de la lactancia materna y riesgo de no amamantar. Revista Chilena de pediatría. Volumen 88(1): páginas 7-14 disponible en: DOI: 10.4067/S0370-41062017000100001
24. Sabillon F, Abdu B. 1997 Honduras; composición de la leche materna. Artículo de revisión pediátrica, volumen 18 n°4. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol18-4-1997-7.pdf>
25. Sanchez S, Del Rey T. 2020 España; Lactancia artificial Pediatría Integral; volumen 24 (2): paginas 81–89 disponible en:

https://cdn.pediatruiintegral.es/wp-content/uploads/2020/xxiv02/02/n2-081-089_ClaudiaSanchez.pdf

26. Cabedo R, et col. 2019 España. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. Matronas Profesión. Volumen 20(2): páginas 54-61. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/05/54-ORIGINAL-TIPOS-LACTANCIA.pdf>
27. Paucar R, Torris D. 2016 Trujillo. Lactancia materna y estado nutricional del lactante de tres a seis meses, centro de salud Chequen, Chepen. Universidad nacional de Trujillo. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8848/1765.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Gutiérrez Y. Marín L. 2017 Costa Rica; Significado de lactancia materna y leche materna para las madres de una comunidad urbana u otra rural de Costa Rica. Población y salud en Mesoamérica. Volumen 15 (1), páginas 1-22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/446/44656020013.pdf>
29. Aguilar M. Fernández M. 2007 México; lactancia materna exclusiva Revista de la facultad de medicina UNAM Vol.50 No.4 pagina 174-178. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un074g.pdf>
30. Vásquez E. 2016 México; Primer año de vida. Leche humana y sucedáneos de la leche humana. Gaceta Medica de México, volumen 152(1): páginas 13-21. Disponible: https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/s1/GMM_152_2016_S1_013-021.pdf
31. Paredes K. Valdivieso M. 2008 Lima; lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas. Odontología pediátrica. Volumen 7 (2), páginas 27-33. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v7n2/a3.pdf>

32. Mesquita G. (2017) España; relación entre los diferentes tipos de lactancia materna, los hábitos de succión no nutritiva y la oclusión en un grupo de niños de 3-6 años. Universidad de Barcelona, departamento de odontoestomatología. Disponible en: file:///C:/Users/Casa/Downloads/GML_TESIS.pdf
33. Zinni C, et col (2021) Argentina; importancia de la lactancia materna en la odontología. Revista del ateneo argentino de odontología volumen 64 numero. Disponible en: <https://www.ateneo-odontologia.org.ar/articulos/lxiv01/articulo13.pdf>
34. Garcés D. (2020) Ecuador; Relación entre el tiempo, tipo de lactancia y hábitos de succión no nutritiva y la presencia de maloclusión en niños ecuatorianos de 3-6 años. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21539/1/T-UCE-0015-ODO-369.pdf>
35. Martínez S. (2021) Lima; Relación de la caries dental con los tipos de lactancia materna o artificial en niños de 3 a 5 años en el centro educativo Miguel Grau del distrito de San Luis. Universidad Nacional Federico Villareal. Facultad de Odontología. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4956/UNFV_Martinez%20Herrera%20Sabrina%20Natalia_T%C3%ADtulo%20Profesional_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
36. De la Fuente J. (2014) Libro virtual, editorial el manual moderno. Promoción y educación para la salud en odontología. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=MBoOCQAAQBAJ&pg=PT57&dq=determinantes+de+la+salud+en+odontologia&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwilyaTi7L70AhUCIrkGHbCMBbUQ6AF6BAgGEAI#v=onepage&q=determinantes%20de%20la%20salud%20en%20odontologia&f=false>

37. Ministerio de salud de Chile. (2016) promoción de salud y prevención de las enfermedades bucales, salud bucal para escolares, paginas 28-38. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/845/PROGR-EDUC-SALUD-BUCAL-ESCOLARES-1%C2%BA-a-4%C2%BA-2016-piloto-imp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Espinoza E. (2013) Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima, Perú. Revista estomatológica Herediana. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Revista Estomatológica Herediana, vol. 23, núm. 2, abril-junio, paginas 101-108. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539377009.pdf>
39. Ministerio de salud del Perú (2017) Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Caries Dental en Niñas y Niños, paginas 9-23. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4195.pdf>

ANEXOS

ANEXOS N° 1: Consentimiento informado



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

Yo _____ con DNI _____ acepto participar en el proyecto de investigación que tiene como título: relación del nivel de salud bucal y el tipo de lactancia en niños que acuden al servicio de odontología del centro de salud San Juan de Miraflores- Lima en el año 2021.

El presente estudio será útil para determinar la relación que existe entre la salud bucal y el tipo de lactancia, para ello se realizara el llenado de dos encuestas que serán explicadas detalladamente y constan de preguntas relacionadas con los síntomas orales, el bienestar socioemocional y estructural del infante; asimismo la siguiente encuesta busca conocer qué tipo de lactancia uso y hasta que edad dio de lactar a su menor hijo.

Solo se llenará los cuestionarios con los datos necesitados en cada encuesta por lo cual no se considera un riesgo para los niños y para los padres; todo lo realizado será de forma gratuita para los participantes y se mantendrá en confiabilidad.

Leyendo y comprendido toda la información anterior acepto participar en el estudio de investigación

CONSENTIMIENTO AUTORIZADO

NOMBRE Y FIRMA DEL APODERADO DEL NIÑO

ANEXO N°2: Asentimiento informado



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

ASENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente estudio ha sido previamente detallado a tus padres, es titulado: relación del nivel de salud bucal y el tipo de lactancia en niños del centro de salud San Juan de Miraflores. Durante la encuesta te enseñaré a completarla, está relacionada con tus dientes, boca y cara. Te invito a que participes, se trata de un cuestionario sencillo y no va a ocasionar algún peligro alguno para tu salud e integridad. Por el presente documento Yo....., participo de la presente investigación, previa autorización de mis padres.

Firma del paciente

Firma del investigador

DNI: 76391391

Bachiller de estomatología de la
Universidad Alas Peruanas

ANEXO N°3: Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO DEL TIPO DE LACTANCIA

Señores padres de familia o apoderado, con la autorización de la directora a cargo de la posta de Salud San Juan de Miraflores, estoy realizando un estudio por lo que se requiere su cooperación con el llenado verdadero del siguiente cuestionario.

Agradezco anticipadamente su colaboración.

1. DATOS DE LA MADRE

- a) Edad:
- b) Ocupación: SI () NO ()
- c) Grado de instrucción: Sin Instrucción () Primaria ()
Secundaria () Superior ()
- d) Estado de convivencia: Con Pareja () Sin Pareja ()
- e) Procedencia: Sierra () Costa () Selva ()

2. TIPO DE LACTANCIA

- a) Lactancia materna exclusiva ()
- b) Lactancia materna mixta ()
- c) Lactancia artificial ()

Extraído: Tesis de la Universidad Norbert Wiener: estado nutricional, según el tipo de lactancia en menores del materno infantil magdalena. Disponible en fuente bibliográfica n°7.

COHIP SF (Child oral health impact profile)

Versión corta del perfil de impacto de salud oral infantil

Encuesta de salud bucal infantil

Leer con atención cada pregunta y marque de acuerdo con sucesos ocurridos en los últimos tres meses con respecto a sus dientes, boca y cara. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, solo se quiere saber lo que piensa y los sientes.

Numero de encuestado:

Fecha: Dia/Mes/Año

Fecha de nacimiento:

Sexo:

PREGUNTAS ITEMS	NUNCA	CASI NUNCA	AVECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
¿Has sentido dolor en los dientes/muelas?					
¿Se te han girado los dientes o has tenido espacio entre los dientes?					
¿Has tenido llagas o áreas adoloridas en la boca o alrededor de la boca?					
¿Has tenido mal aliento?					
¿Te han sangrado las encías?					
¿Te has sentido triste?					
¿Has faltado a la escuela?					
¿Te has sentido seguro de ti mismo debido a tus diente, boca y cara?					

¿Se te ha hecho difícil comer las comidas que te gustan?					
¿Te has sentido preocupado o ansioso?					
¿Se te ha hecho difícil prestar atención en la escuela?					
¿Has evitado sonreír o reírte cuando estas con otros niños?					
¿Se te ha hecho difícil dormir debido a tus dientes, boca o cara?					
¿Otros niños se han burlado de ti?					
¿Sientes que eres guapo, bonito?					
¿Sientes que te ves distinto a otros niños?					
¿Otras personas han tenido dificultad para entender lo que dices?					
¿Se te ha hecho difícil mantener tus dientes limpios?					
¿Has estado preocupado por lo piensen de tus dientes, boca o cara?					

GRACIAS

Por ayudarme con el proceso de la investigación, se realiza para determinar la salud bucal de sus niños relacionado con el tipo de lactancia que usaron.

Extraído: Biblioteca nacional de USA, artículo Reliability and validity testing for the Child Oral Health Impact Profile-Reduced COHIP-SF 19.

ANEXO N°4: Carta de presentación



Pueblo Libre, 29 de setiembre del 2021

CARTA DE PRESENTACION

Señora Directora Dra SOFIA GÓMEZ GALLEGOS.

Centro de Salud San Juan de Miraflores, de la RIS San Juan de Miraflores – DIRIS Lima Sur.

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada BUENDIA CÁCERES, YASMEN GEMENA con DNI 76391391 y código de estudiante 2015113921 Bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: RELACIÓN DEL NIVEL DE SALUD BUCAL Y EL TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES-LIMA 2021

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,


DR. PEDRO MARTÍN JESÚS APARCANA QUIJANDRA
DIRECTOR
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



ANEXO N°6: Ficha de Base de datos

N°	EDAD	SEXO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	TOTAL	TIPO LACTANCIA
1	12	M	1	3	0	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	12	MIXTA
2	7	M	4	4	3	3	0	4	1	1	3	3	3	4	0	0	2	0	0	0	3	38	MIXTA
3	7	F	1	2	2	1	0	2	1	1	1	2	3	3	3	0	1	2	1	3	1	30	EXCLUSIVA
4	13	F	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	3	0	3	0	11	EXCLUSIVA
5	11	F	1	1	3	1	1	3	1	2	3	2	3	3	1	3	1	2	3	3	3	40	EXCLUSIVA
6	10	M	1	2	0	3	2	3	1	3	3	3	1	1	0	1	1	1	1	3	3	33	EXCLUSIVA
7	13	F	3	3	1	1	1	1	0	2	2	2	1	2	0	0	2	2	2	2	1	28	MIXTA
8	7	F	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	23	EXCLUSIVA
9	8	M	1	3	2	3	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	2	3	2	32	EXCLUSIVA
10	7	F	1	1	3	1	1	1	1	2	1	3	3	1	1	1	1	1	3	3	2	31	EXCLUSIVA
11	13	F	1	1	1	1	2	2	0	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	23	EXCLUSIVA
12	12	F	1	2	1	4	0	4	0	1	4	4	4	4	0	4	1	2	4	4	4	48	ARTIFICIAL
13	10	M	3	1	1	3	1	3	2	2	1	3	3	1	1	1	1	3	3	3	3	39	EXCLUSIVA
14	9	M	1	1	1	2	3	2	0	2	0	2	2	1	1	1	1	2	2	3	2	29	MIXTA
15	11	M	3	3	1	3	3	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	3	2	2	1	35	EXCLUSIVA
16	7	F	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	3	2	3	2	28	EXCLUSIVA
17	13	M	3	3	1	1	3	3	1	2	1	3	1	2	1	2	1	1	1	2	1	33	MIXTA
18	12	F	1	1	2	1	1	3	1	1	3	3	1	3	1	1	2	3	3	1	3	35	MIXTA
19	13	F	1	2	0	1	1	1	0	2	0	1	2	2	0	1	1	3	2	2	1	23	EXCLUSIVA
20	12	M	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	2	1	12	EXCLUSIVA
21	7	M	1	1	1	3	1	1	1	3	3	3	3	1	1	1	1	3	1	3	2	34	MIXTA
22	7	M	3	1	1	3	1	3	1	1	3	3	3	3	1	3	1	1	3	2	3	40	MIXTA
23	9	M	2	3	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	3	3	1	2	32	EXCLUSIVA
24	9	F	1	3	1	1	1	2	1	1	1	3	2	2	1	1	1	3	1	3	1	30	MIXTA
25	7	M	1	4	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	28	ARTIFICIAL
26	12	F	1	2	1	1	1	3	1	4	1	4	4	4	1	1	4	1	1	1	4	40	ARTIFICIAL
27	13	F	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	1	3	1	1	3	2	3	1	3	32	ARTIFICIAL
28	12	M	0	1	1	2	3	0	2	1	0	2	2	0	0	0	1	2	1	2	0	20	EXCLUSIVA
29	12	F	2	2	1	1	2	2	0	2	1	2	2	4	0	0	0	1	0	2	3	27	MIXTA
30	12	F	4	1	3	2	3	2	0	4	3	3	3	1	0	0	2	0	4	4	2	41	ARTIFICIAL
31	12	F	0	1	1	2	0	4	0	1	0	0	3	2	0	1	2	0	1	2	1	21	MIXTA
32	10	M	1	3	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	11	MIXTA
33	13	F	0	0	2	3	0	3	0	2	0	3	2	2	0	0	0	0	0	3	0	20	MIXTA
34	10	F	1	3	3	3	3	2	0	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	23	ARTIFICIAL
35	12	M	0	3	0	2	0	2	0	1	0	3	0	3	0	0	2	0	3	0	3	22	EXCLUSIVA
36	12	M	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	2	0	12	EXCLUSIVA
37	11	F	1	1	0	2	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	10	EXCLUSIVA
38	12	F	3	3	0	3	0	0	3	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	18	MIXTA
39	7	M	1	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	10	MIXTA
40	13	F	3	0	3	3	2	3	0	4	2	3	3	3	0	3	4	3	3	2	3	47	MIXTA
41	7	F	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	2	0	0	1	3	1	2	0	13	EXCLUSIVA
42	12	M	1	0	0	1	0	2	0	0	1	2	1	2	0	0	2	2	0	1	1	16	MIXTA
43	13	M	1	2	2	2	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	2	3	20	EXCLUSIVA
44	10	M	0	1	0	1	0	1	0	1	2	3	0	0	3	3	1	3	3	3	2	27	MIXTA
45	8	F	2	2	0	0	2	1	2	2	1	1	1	1	0	2	1	0	2	3	2	25	EXCLUSIVA
46	7	F	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	2	0	1	1	1	2	2	1	16	EXCLUSIVA
47	7	M	0	1	3	0	2	0	0	1	0	0	3	0	0	0	1	0	2	3	0	16	MIXTA
48	7	F	3	3	0	0	0	3	0	1	2	3	0	0	3	0	0	4	0	4	3	29	MIXTA
49	11	F	3	0	0	2	3	3	3	3	0	2	3	3	0	3	1	3	3	3	3	41	MIXTA
50	8	M	0	2	0	0	0	3	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	2	3	0	14	EXCLUSIVA
51	6	F	0	2	0	2	0	0	0	4	0	1	0	0	0	1	1	0	0	3	1	15	MIXTA
52	8	F	2	0	3	0	3	3	0	0	0	3	1	0	0	1	0	1	0	3	3	23	EXCLUSIVA
53	15	F	3	3	3	0	3	3	0	1	0	3	3	0	3	1	0	2	0	0	3	31	EXCLUSIVA
54	7	F	0	3	0	0	0	0	0	1	3	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0	13	EXCLUSIVA
55	13	M	0	2	0	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1	12	MIXTA
56	12	M	0	2	3	0	0	1	0	4	3	2	1	3	0	0	1	0	4	4	3	31	ARTIFICIAL
57	9	F	2	3	3	0	3	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	3	0	20	EXCLUSIVA
58	7	F	0	3	0	0	0	3	0	1	3	0	0	3	0	2	1	4	4	2	4	30	EXCLUSIVA
59	13	M	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	4	1	10	EXCLUSIVA
60	10	M	0	2	1	2	2	1	0	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	3	1	22	EXCLUSIVA
61	12	F	1	3	1	2	2	2	1	2	0	2	1	2	0	2	2	1	0	2	2	28	MIXTA
62	7	M	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	2	1	10	EXCLUSIVA
63	8	F	0	2	0	1	0	2	0	2	0	2	1	3	0	1	2	3	2	2	1	24	MIXTA
64	12	M	0	3	0	1	1	2	0	2	1	2	1	2	0	2	2	3	0	2	2	26	MIXTA
65	13	F	0	3	0	0	2	1	0	2	0	3	0	2	0	1	1	1	0	1	2	19	MIXTA

ANEXO N°7: Imágenes durante el desarrollo de la investigación



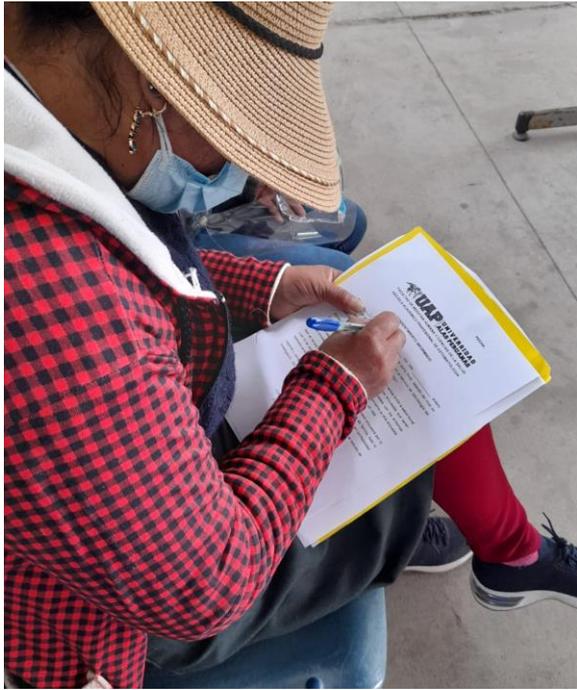
Fotografía n°1



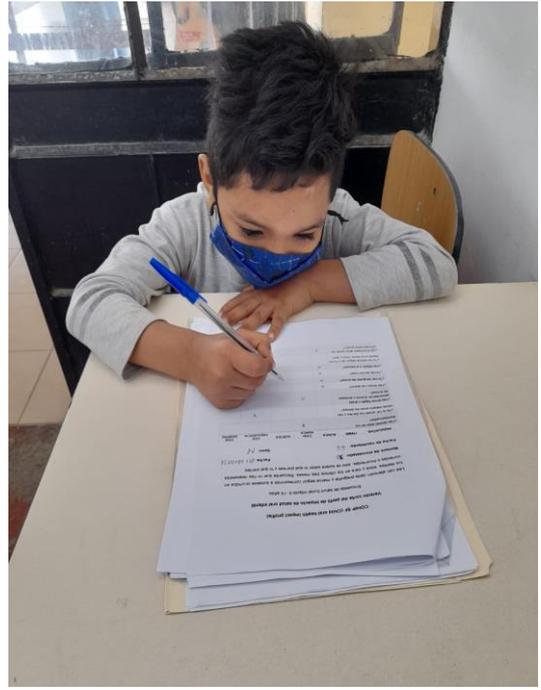
Fotografía n°2



Fotografía n°3



Fotografía n°4



Fotografía n°5



Fotografía n°6