



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

**PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA POR  
LACTANCIA ARTIFICIAL, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL  
ÁREA DE ODONTOPEDIATRIA DE LA CIUDAD  
HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA**

**Autoras:**      **Br. Arbeláez Yesika**  
V-14.909.113

**Br. Blanco Belitza**  
V-17.398.785

**Tutor Académico:**  
**Od.Egleé Díaz**

**Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego**  
**Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394**



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
CARRERA ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA POR  
LACTANCIA ARTIFICIAL, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL  
ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA CIUDAD  
HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título de  
Odontólogo

**Autoras:**

Br. Arbeláez Yesika  
Br. Blanco Belitza

**Tutora:**

Od. Egleé Díaz

San Diego, Junio 2017



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
CARRERA ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA POR LACTANCIA ARTIFICIAL, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE ODONTOPEDIATRIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA.

ESTUDIANTES

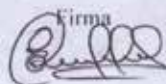
| Cédula de Identidad N° | Nombres y apellidos |
|------------------------|---------------------|
| 1. 14.909.113          | Arbeláez Yesika     |
| 2. 17.398.785          | Blanco Belitza      |

Tutor Propuesto: Od. Eglee Díaz

Firma: 

Cédula de Identidad N° 4.131.694

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma 



Fecha  
23/06/2017

San Diego, Junio 2017



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD: ANALISIS Y APROBACION DE TRABAJO DE GRADO.

| DATOS PERSONALES   |                  |                     |
|--|------------------|---------------------|
| Apellidos  | Nombres          | Cedula de Identidad |
| Blanco Coronel   | Belitza Carolina | V-17.398.785        |
| Dirección: Urb lomas de Funval manz 4 casa D-11 Valencia Edo -Carabobo   |                  |                     |
| Teléfono: 0241.8927633   |                  |                     |
| DATOS ACADÉMICOS   |                  |                     |
| Escuela: Odontología.  | Índice Académico | 10,06               |
| DATOS DEL PROYECTO DE GRADO  |                  |                     |
| Autores: Arbeláez Yesika 0414.040.1662   |                  |                     |
| Belitza Blanco 0424.401.6016   |                  |                     |
| Título Del Trabajo: PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA POR LACTANCIA ARTIFICIAL, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE ODONTOPEDIATRIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA.  |                  |                     |
| Breve Explicación: Determinar la prevalencia de caries de infancia temprana por lactancia artificial, en pacientes que acuden al área de Odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del Municipio Valencia Edo Carabobo, periodo 2017. |                  |                     |
| Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: (CHET) Hospital Central de Valencia   |                  |                     |
| Tiempo De Desarrollo: 7 meses  |                  |                     |
| Tutor Académico Propuesto: Od. Eglee Díaz  |                  |                     |

APROBADO:  NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN  
 COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Evy Wopfer [Firma] 23/06/2017  
 NOMBRE FIRMA FECHA

NOMBRE FIRMA FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA:



[Firma]  
29/6/17



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD: ANALISIS Y APROBACION DE TRABAJO DE GRADO.

| DATOS PERSONALES   |                  |                     |
|--|------------------|---------------------|
| Apellidos  | Nombres          | Cedula de Identidad |
| Arbelaez Aranen  | Yesika Karina    | V-14.909.113        |
| Direccion: Urb Flor Amarillo bucaral I, Calle Guzman blanco Casa # 15 Valencia Edo-Carabobo  |                  |                     |
| Teléfono: 0414.040.1662  |                  |                     |
| DATOS ACADÉMICOS   |                  |                     |
| Escuela: Odontología.  | Indice Académico | -                   |
| DATOS DEL PROYECTO DE GRADO  |                  |                     |
| Autores : Arbelaez Yesika 0414.040.1662  |                  |                     |
| Belitza Blanco 0424.401.6016   |                  |                     |
| Titulo Del Trabajo: PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA POR LACTANCIA ARTIFICIAL, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL AREA DE ODONTOPEDIATRIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA.  |                  |                     |
| Breve Explicacion: Determinar la prevalencia de caries de infancia temprana por lactancia artificial, en pacientes que acuden al área de Odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del Municipio Valencia Edo Carabobo, periodo 2017. |                  |                     |
| Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: (CHET) Hospital Central de Valencia   |                  |                     |
| Tiempo De Desarrollo: 7 meses  |                  |                     |
| Tutor Académico Propuesto: Od. Eglee Díaz  |                  |                     |

APROBADO:  NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN  
 COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Erny Weffer [Firma] 23/06/2017  
 NOMBRE FIRMA FECHA

NOMBRE FIRMA FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA:



[Firma]  
29/6/17

## ÍNDICE GENERAL

| CONTENIDO  | pp.       |
|--|-----------|
| LISTA DE GRÁFICOS.....   | v         |
| LISTA DE FIGURAS.....  | vi        |
| LISTA DE CUADROS.....  | vii       |
| RESUMEN INFORMATIVO.....   | viii      |
| INTRODUCCIÓN.....  | 9         |
| <b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....</b>                                | <b>10</b> |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....                               | 10        |
| 1.1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....                               | 19        |
| 1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....                            | 20        |
| 1.2.1. Objetivo General.....                                       | 20        |
| 1.2.2. Objetivos Específicos.....                                  | 20        |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....                        | 21        |
| <b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....</b>                             | <b>27</b> |
| 2.1. ANTECEDENTES.....   | 27        |
| 2.2. BASES TEÓRICAS.....   | 31        |
| 2.2.1. Teorías del Aprendizaje.....                                | 31        |
| 2.2.1.1. Teoría Socio-Histórica de Vygotsky.....                   | 31        |
| 2.2.1.2. Teoría del Aprendizaje Significativo de Ausubel David.... | 32        |
| 2.3. BASES CONCEPTUALES.....                                       | 33        |
| 2.3.1. Caries dental.....  | 33        |
| 2.3.1.1. Tipos de Caries.....                                      | 34        |
| 2.3.1.2. Etapas de la Caries.....                                  | 35        |
| 2.3.2. Lactancia.....  | 36        |
| 2.3.2.1. Tipos de Lactancia.....                                   | 36        |
| 2.3.2.2. Lactancia Materna.....                                    | 37        |
| 2.3.2.3. Lactancia Artificial.....                                 | 39        |
| 2.3.3. Caries de Infancia Temprana (CIT).....                      | 41        |
| 2.3.4. Factores de Riesgo de CIT.....                              | 44        |
| 2.3.5. Factores de Transmisión de CIT.....                         | 46        |
| 2.3.6. Cuidados preventivos de CIT.....                            | 49        |
| 2.3.7. Técnicas de cepillado dental.....                           | 51        |
| 2.3.7.1. Clasificación de la caries según su actividad.....        | 51        |
| 2.3.7.2. Control Odontológico.....                                 | 52        |
| 2.4. BASES LEGALES.....  | 54        |
| 2.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....                           | 56        |
| 2.6. SISTEMATIZACIÓN DE VARIABLES.....                             | 57        |
| <b>CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....</b>                       | <b>58</b> |
| 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....                                    | 58        |

**CONTENIDO      pp.**

|  |           |
|--|-----------|
| 3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....                   | 59        |
| 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....                          | 59        |
| 3.3.1. Población.....                                  | 59        |
| 3.3.2. Muestra.....                                    | 60        |
| 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....                      | 60        |
| 3.5. PROCEDIMIENTOS.....                               | 61        |
| 3.6. LIMITACIONES.....                                 | 62        |
| 3.7. RESULTADOS.....                                   | 62        |
| <b>CAPÍTULO IV. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>    | <b>63</b> |
| <b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b> | <b>87</b> |
| 5.1. Conclusiones.....                                 | 87        |
| 5.2. Recomendaciones.....                              | 88        |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                 | <b>89</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                     | <b>93</b> |
| Nº1 Instrumento Aplicado.....                          | 95        |
| Nº2 Validación del Instrumento.....                    | 97        |
| Nº3 Evidencias del trabajo de campo.....               | 98        |

## LISTA DE GRÁFICOS

| GRÁFICOS      | CONTENIDO   | pp. |
|---------------|---|-----|
| Gráfico N°1.  | Edades: 6 mese - 3 años.....  | 64  |
| Gráfico N°2.  | Edades: 4 - 7 años.....   | 65  |
| Gráfico N°3.  | Pacientes Masculinos.....   | 66  |
| Gráfico N°4.  | Pacientes Femeninos.....  | 67  |
| Gráfico N°5.  | Dolor en la cavidad bucal.....  | 68  |
| Gráfico N°6.  | Definición de caries.....   | 69  |
| Gráfico N°7.  | Número de caries.....   | 70  |
| Gráfico N°8.  | Definición de CIT.....  | 71  |
| Gráfico N°9.  | Tipos de lactancia.....   | 72  |
| Gráfico N°10. | Lactancia artificial.....   | 73  |
| Gráfico N°11. | Tetero + azúcar.....  | 74  |
| Gráfico N°12. | Golosinas o chucherías.....   | 75  |
| Gráfico N°13. | Cepillado después de cada comida.....                                       | 76  |
| Gráfico N°14. | Otros productos para mejorar la higiene bucal.....                          | 77  |
| Gráfico N°15. | Comparte el cepillo dental.....   | 78  |
| Gráfico N°16. | Bacterias transmisibles.....  | 79  |
| Gráfico N°17. | Contacto bucal con los utensilios del niño/a antes de<br>alimentarlo/a..... | 80  |
| Gráfico N°18. | Conocimiento sobre la salud bucal.....                                      | 81  |
| Gráfico N°19. | Visita al odontólogo.....   | 82  |
| Gráfico N°20. | Cepillado para evitar las CIT.....  | 83  |
| Gráfico N°21. | Ayuda en el cepillado de los dientes.....                                   | 84  |
| Gráfico N°22. | Cambio del cepillo dental.....  | 85  |
| Gráfico N°23. | Biberón en altas horas de la noche.....                                     | 86  |

## LISTA DE FIGURAS

| <b>FIGURAS</b>     | <b>CONTENIDO</b>                        | <b>pp.</b> |
|--------------------|---|------------|
| <b>Figura N°1.</b> | Etapa de la caries.....                 | 36         |
| <b>Figura N°2.</b> | Caries de Infancia Temprana Severa..... | 43         |
| <b>Figura N°3.</b> | Caries de Biberón.....                  | 43         |
| <b>Figura N°4.</b> | Caries Rampante.....                    | 43         |
| <b>Figura N°5.</b> | Lesión cariosa - dinámica.....          | 51         |

## LISTA DE CUADROS

| CUADRO | CONTENIDO                            | pp. |
|--------|--------------------------------------|-----|
| N°1.   | Operacionalización de Variables..... | 94  |
| N°2.   | Frecuencia para el ítem N°1.....     | 64  |
| N°3.   | Frecuencia para el ítem N°2.....     | 65  |
| N°4.   | Frecuencia para el ítem N°3.....     | 66  |
| N°5.   | Frecuencia para el ítem N°4.....     | 67  |
| N°6.   | Frecuencia para el ítem N°5.....     | 68  |
| N°7.   | Frecuencia para el ítem N°6.....     | 69  |
| N°8.   | Frecuencia para el ítem N°7.....     | 70  |
| N°9.   | Frecuencia para el ítem N°8.....     | 71  |
| N°10.  | Frecuencia para el ítem N°9.....     | 72  |
| N°11.  | Frecuencia para el ítem N°10.....    | 73  |
| N°12.  | Frecuencia para el ítem N°11.....    | 74  |
| N°13.  | Frecuencia para el ítem N°12.....    | 75  |
| N°14.  | Frecuencia para el ítem N°13.....    | 76  |
| N°15.  | Frecuencia para el ítem N°14.....    | 77  |
| N°16.  | Frecuencia para el ítem N°15.....    | 78  |
| N°17.  | Frecuencia para el ítem N°16.....    | 79  |
| N°18.  | Frecuencia para el ítem N°17.....    | 80  |
| N°19.  | Frecuencia para el ítem N°18.....    | 81  |
| N°20.  | Frecuencia para el ítem N°19.....    | 82  |
| N°21.  | Frecuencia para el ítem N°20.....    | 83  |
| N°22.  | Frecuencia para el ítem N°21.....    | 84  |
| N°23.  | Frecuencia para el ítem N°22.....    | 85  |
| N°24.  | Frecuencia para el ítem N°23.....    | 86  |



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**

**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**  
**CARRERA ODONTOLOGÍA**

**Título:** Prevalencia de caries de infancia temprana por lactancia artificial, en pacientes que acuden al área de Odontopediatria de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

**Autoras:** Arbeláez Yesika; Blanco Belitza

**Tutor(a):** Od. Egleé Díaz

**Fecha:** Junio, 2017

**RESUMEN INFORMATIVO**

Durante el ejercicio de la odontología, se presentan una variedad de casos y enfermedades bucales. La presente investigación tiene como objetivo principal: Determinar Prevalencia de caries de infancia temprana por lactancia artificial, en pacientes que acuden al área de Odontopediatria de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, del Municipio Valencia Estado Carabobo, período 2017. Para ello, se utilizó como metodología una investigación de acuerdo a su propósito: Descriptiva, de acuerdo a su enfoque: cualitativa y de acuerdo a su método No Experimental. Ejecutada bajo la modalidad: de Campo, apoyada en un diseño no experimental, transeccional o transversal. Este estudio se le realizará a los pacientes de odontopediatria del consultorio odontológico ubicado en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del Municipio Valencia Estado Carabobo. La población finita, compuesta por treinta y seis (36) niños entre los 6 meses y 5 años de edad; la muestra resultó ser intencional, de 36 personas equivalente a la totalidad del universo de la población por tratarse de un número reducido. Como instrumento aplicado para la recolección de datos se utilizó el cuestionario, aplicado a los representantes de los pacientes infantiles; compuesto por veintitrés (23) ítems, de preguntas cerradas con dos opciones de respuestas o dicotómicas (SI o NO). Lo que permitirá desarrollar los objetivos específicos de la investigación. Llegando a la conclusión: que el estudio arrojó prevalencia de CIT en un 81% de paciente con lactancia artificial (tetero o biberón) en altas horas de la noche al dormir.

**Descriptor:** Salud bucal, Odontopediatria, Prevalencia, Caries de la primera infancia, Lactancia Artificial, Prevención.

## INTRODUCCIÓN

La odontopediatría, es la rama de la odontología responsable del ejercicio profesional, la enseñanza y la investigación para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento integral del sistema estomatognático del niño durante el período perinatal, la niñez y la adolescencia. Los problemas más prevalentes con respecto a la salud bucal en los niños en edad preescolar son la caries, afectaciones dentales por traumatismos y alteraciones en el crecimiento y desarrollo bucodental.

La caries, es actualmente la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y presenta graves repercusiones en la salud general del niño, como dolor intenso e infecciones faciales que pueden requerir tratamientos de urgencias. Asimismo, los niños con caries en la infancia temprana tienen mayor riesgo de presentar nuevas caries en la dentición permanente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.

Por lo tanto, es importante que el adulto esté enterado sobre el tema de formación de la caries y sus factores influyentes, para así recibir una buena orientación preventiva sobre la salud bucal del niño durante la infancia. La prevalencia de estas enfermedades varía dependiendo de la región geográfica de que se trate y de la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud bucodental. También tienen mucho peso diversos determinantes sociales.

El presente estudio se hace con la finalidad de Determinar la prevalencia de caries de infancia temprana por lactancia artificial, en pacientes que acuden al área de Odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, del Municipio Valencia Estado Carabobo, período 2017. Estructurado en cinco (05) capítulos, de manera siguiente:

**Capítulo I. El Problema.** Se desarrolla el Planteamiento del Problema, la Formulación del Problema, los Objetivos de la Investigación y la Justificación.

**Capítulo II. Marco Teórico.** Contiene los Antecedentes con relación al tema, las Bases Teóricas y Legales para sustentar la investigación, Definición de Términos Básicos.

**Capítulo III. Marco Metodológico.** Aquí se presenta la metodología empleada en el estudio, partiendo de una investigación de campo, sustentada en un estudio cualitativo de tipo descriptivo y en un diseño no experimental. Por otra parte se presenta la delimitación de la población y muestra del estudio, se mencionan las técnicas e instrumento utilizados para la recolección de datos. Y también se muestran las limitaciones u obstáculos durante las fases de la investigación.

**Capítulo IV. Análisis de los resultados.** Expresa los resultados y su análisis respectivo. Describiendo aquí la información recolectada a través del instrumento aplicado.

**Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones.** Las conclusiones se destacan en relación con los objetivos planteados dando así relevancia a la investigación. Y en cuanto a las recomendaciones, se plantean opiniones por parte de las investigadoras para la institución y para el consultorio odontológico pediátrico de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET).

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El objetivo final de todas las profesiones dedicadas a la conservación de la salud, es prevención y la eliminación de las enfermedades, así como también el deseo de servir a los demás, anteponiendo el bienestar del paciente a otras cosas. Las acciones profesionales en Odontología se definen en el ámbito de: Prevenir y/o restaurar las alteraciones de la cavidad bucal para obtener Salud, conservar o mantener en buen estado las piezas dentarias y todas sus estructuras anexas, de modo que puedan cumplir sus funciones naturales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud bucodental como, la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan la boca, cavidad bucal y dientes, como el cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros. Por tanto, este concepto se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulares, mucosas, músculos, todas las partes de la boca y cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación oral y músculo facial.

Desde la perspectiva general, se puede decir, que las enfermedades bucodentales más frecuentes y reconocidas son la caries, afecciones periodontales (encías), cáncer de boca, enfermedades infecciosas bucodentales, traumatismos físicos y las lesiones congénitas. Ahora bien, para definir el concepto de caries dental, se encuentra la opinión de Palomer, L., (2006), donde señala que:

Es una enfermedad de alta prevalencia en todo el mundo y actualmente se define como una patología transmisible, producida por bacterias que habitan normalmente en la boca. El organismo patógeno más importante y responsable de ella, llamado científicamente “*Streptococcus Mutans*”, es uno de los cientos de colonias que conforman el biofilm o placa bacteriana (p.4).

En este sentido, la caries es reconocida a nivel mundial, ya que se ha manifestado en gran parte de la población existente en alguna etapa de la vida, tanto en niños como adultos, afectando así sus actividades cotidianas. Una detección a tiempo, puede cooperar para revertir los daños en etapas tempranas, puesto que la caries no es autolimitada, progresa en forma crónica si no existe un cuidado y control de los factores que la producen, llegando a la destrucción de dientes, provocando dolor, alteraciones funcionales, sistémicas y consecuencias en la calidad de vida de las personas.

Por su parte Sánchez, J. (2011), expone que la caries dental “es la enfermedad crónica más común en infantes, cinco veces más frecuente que el asma, la fiebre y la bronquitis crónica”. A pesar de esta afección, la enfermedad no ha sido considerada como problema de salud pública, debido a que esta no presenta mortalidad directa, aún siendo reconocida desde otra perspectiva como la segunda enfermedad más prevalente que afecta al ser humano desde edades tempranas según lo constatan las estadísticas en los servicios de salud. Las secuelas a nivel sistémico por los procesos infecciosos repercuten sobre la calidad de vida del paciente; lo que implica consecuencias de diferentes índoles, entre ellas la económica, tanto individual como colectiva.

En este sentido, es imprescindible considerar la caries de la infancia temprana, como una de las enfermedades más persistente que afecta la cavidad bucal, por tratarse de esa primera experiencia de afección bucal, por medio de la caries dental los infantes afectados pueden sentir alteraciones del sueño y dificultades para comer, lo que produce un retraso en el desarrollo físico del niño, manifestándose como bajo en peso y talla para su edad. En iguales condiciones, causa ausentismo escolar y disminución de las capacidades cognitivas. Según Morales, K. y otros (2011), la caries dental que afecta este tipo de población infantil se encuentra determinada por diferentes factores como:

Experiencia de caries previa (“caries de biberón”), índice de higiene bucal deficiente, abundancia de hidratos de carbono en la dieta, factores socioeconómicos y culturales, nivel de educación de los padres, acceso y disponibilidad de los servicios de salud. Sus lamentables consecuencias son la destrucción progresiva de tejidos dentales, la

transmisión a otras piezas dentales sanas, extracción prematura de dientes deciduos, edentulismo parcial, función masticatoria limitada, patrones de alimentación alterados, disminución en la calidad de vida, baja autoestima, entre otras.

Desde esta perspectiva, la caries dental se describe como una enfermedad común, compleja y multifactorial, donde interactúan varios factores de riesgo, entre los más destacados conductuales, ambientales y genéticos. En cuanto, a la caries de la temprana infancia (CTI), es una forma particularmente destructiva de las estructuras dentarias que afecta principalmente a niños menores de tres años de edad. Según Rodríguez, L. (2013) citado por Ruíz, M. (2013), CTI es la enfermedad que engloba todos los tipos de caries que ocurren en la dentición decidua de los niños hasta los setenta y un meses de edad; lo cual define como: “la presencia de uno o más dientes deteriorados con lesiones cavitadas o no, perdidos debido a caries, o con cualquier superficie obturada en cualquier diente deciduo”.

En tal sentido, se puede referir que muchos términos han sido utilizados para describir la caries en infantes, llamada así, por primera vez en el año 1862, por el pediatra Jacobi, y descrita de este mismo modo por el Dr. Fass en 1962, como caries de infancia temprana o caries en infantes, tendían a identificar la caries en la superficie labial de los dientes deciduos antero-superiores y solamente lo relacionaban con la leche que tomaba el niño, especialmente el biberón nocturno (Ruiz, M., Ob. Cit., 2015).

Sin embargo, estos conceptos han ido cambiando a través del tiempo. Hoy en día se denominan caries de la infancia temprana (CIT), a la presencia de cualquier lesión de caries dental, obturación o extracción dental asociada a esta enfermedad en niños menores de seis años, y constituye un problema de salud pública (Ramírez, B. y otros, 2011).

Desde esta perspectiva, si bien es cierto que la caries dental en los niños de corta edad se debe a variados factores, el tema se incluye para contemplar aquellos que se dan por parte de la lactancia artificial donde se puede implicar el manejo de los utensilios para alimentar al niño, la higiene, entre otros que involucren la transmisión del SM, así como también el uso permanente del biberón y la dieta nutricional.

Esto puede indicar cómo las bacterias causantes de la caries se transmiten tanto vertical como horizontalmente. Por ejemplo, cuando la madre lleva la cuchara a la boca, soplando o limpia el chupón con la boca, las bacterias pueden pasar al bebé. Así mismo, si el niño no recibe suficiente flúor, puede tener mayor riesgo de caries. De una u otra forma, la colonización temprana de la boca del niño por bacterias, se da a través de la saliva de los adultos, especialmente de las madres y otros medios como el biberón. Estas observaciones ilustran claramente que la infección temprana por SM es un factor de riesgo significativo en la salud bucal del niño. En otro orden de ideas, según la Académica de Odontología General, citado por Lizarrazo, F. (2012), la CIT se origina a través de:

La exposición frecuente de los dientes del niño a líquidos que contienen azúcares. Estos líquidos incluyen, entre otros, leche, fórmula, jugo de fruta, refrescos y otras bebidas azucaradas. Por su parte, los azúcares que contienen estos líquidos se fijan alrededor de los dientes y las encías del bebé y sirven de alimento para las bacterias que originan la placa. Cada vez que un niño consume un líquido azucarado, los ácidos atacan los dientes y la encía. Después de varios de estos ataques, los dientes comienzan a cariarse. También se asocia a los bebés que se alimentan con leche materna durante mucho tiempo o a aquellos niños cuyos chupones se humedecen en miel, azúcar o jarabe (p.8).

Por otra parte, estas complicaciones de la salud bucal en la temprana edad, da importancia al conocimiento profesional sobre el período de la lactancia, no sólo por las ventajas que ésta proporciona para el desarrollo físico y emocional del niño en este período, sino por el enfoque desde una perspectiva odontológica para exponer los pro y los contra que la lactancia materna y artificial respectivamente puedan proporcionar en el crecimiento y desarrollo de las estructuras maxilofaciales. En este sentido, el tipo de alimentación es crucial en esta etapa, con respecto al bienestar del niño y la salud bucal.

A nivel mundial, la CIT, es una de las enfermedades más prevalentes en la población. La incidencia de caries de infancia temprana es de 1 a 12% en países desarrollados, mientras que en países en vías de desarrollo la incidencia es del 70%. Debido a esta elevada incidencia de caries dental la OMS en el año 2001 planteó el año de “La Prevención en Salud”, que abarcaba a todos los campos de

la salud, incluyendo a la salud estomatológica, con el fin de mejorar los niveles de salud en todas las áreas (Palomer, L. Ob. Cit. 2006).

En este mismo orden de ideas, la CIT como problema de salud pública que afecta a bebés y niños en edad preescolar en todo el mundo, requiere una revisión epidemiológica que indique que la prevalencia varía de una población a otra. De acuerdo con los estudios presentados por Velásquez, O. y Podestá, M. (2014), en el 4to. Congreso odontológico de Mercosur, se señala la prevalencia citando los siguientes trabajos:

- En Estados Unidos, Vargas y Ronzio (2006) señalaron que el 23,7% de los niños entre 2 a 5 años de edad han tenido experiencia de caries dental y el 18,7% no ha recibido tratamiento. Una evaluación del número de dientes cariados y obturados encontró que el promedio en niños de familias de bajos ingresos fue 1,49 y en los de familias con mayores recursos 0,31. Según grupos étnicos se evidencia disparidad, siendo que los niños blancos no hispanos tuvieron un promedio de 0,67 piezas cariadas u obturadas, los negros no hispanos 1,04 y los mexicano-americanos de 1,71.

- En Bélgica, la información de Declerk et al. (2008), arrojó que el 6,9% de los pre escolares tenían experiencia de caries dental a los 3 años de edad y 30,8% a los 5 años de edad. A los 3 años de edad, el 6,1% de niños tuvo un ceod entre 1 a 4, mientras a los 5 años el 23,6% tuvo un ceod entre estos mismos valores.

- En lo que respecta a Perú, en los años 1989, 2001 y 2005, según Elías PMC y Seclén NAM, respectivamente, realizaron estudios sobre la prevalencia de caries en las 4 cunas de la Fuerza Aérea del Perú en niños de 0 a 36 meses. Encontraron que en 1989 hubo una prevalencia de caries de 61.9%. Después de implementar el protocolo de un programa educativo, en 2001 disminuyó a 34.78% y en 2005 se redujo a 6.74%. Hay que resaltar que la prevalencia de caries en niños de 0 a 12 meses en 1989 era de 22%, de 13 a 24 meses de 48%, de 25 a 36 meses de 81% bajando en los años subsiguientes a 0%, 3% y 9%, respectivamente. Esto demuestra que la educación de los padres es la base para la prevención de la caries a edad temprana.

- Más recientemente, Villena et al. (2011), reportaron un 62.3% de prevalencia de caries dental en niños de entre 6-71 meses de edad, la cual se incrementó con la edad a 10,5% (0-11 meses), 27,3% (12-23 meses), 60,0% (24-35 meses), 65,5% (36-47 meses), 73,4% (48-59 meses) y 86,9% (60-71 meses). El índice ceod promedio fue 2,97 (DS 3,48), el componente cariado representó el 99,9% del índice.

Por su parte, en Venezuela, el último estudio Nacional realizado en el año 2008, indica que la caries dental afecta al 76.4% de la población, hecho que impacta no solamente en la Salud Bucal de la población, sino también en el bienestar general y en su calidad de vida (Lizarrazo, F., Ob. Cit., 2012).

Según, Fuentes, M. (2013), un grupo de odontopediatras venezolanos, pioneros en la odontología materno infantil, con amplia trayectoria de trabajo social, y pertenecientes a la sociedad Venezolana de Odontopediatría, muestran las estadísticas de caries en niños menores de 3 años son de 55% hasta 70%. Esto demuestra que el riesgo entre el primer y segundo año de vida es mayor. Lo que señala estar frente a un problema nacional de salud bucal.

En forma similar y ya a nivel regional, en un estudio realizado en el Estado Carabobo por Castillo y García (2011), citado por Rangel, M. (2015), se encuentra cómo la prevalencia de caries en dentición permanente fue de 13,22% y en dentición temporal de 20,94%, obteniéndose un índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPO) de 2,46 y un índice de dientes temporarios cariados, extraídos y obturados (ceo) de 1,96, de igual manera se identificó el componente cariado como el más elevado en ambas denticiones, lo cual sugiere que la intervención familiar y la atención odontológica temprana se conjugan positivamente para prevenir la caries dental.

Partiendo de estas observaciones, existe una gran prevalencia de caries de infancia temprana, en los pacientes que acuden al área de Odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, de edades comprendidas entre los seis meses y cinco años por lactancia artificial, siendo necesario comprobar a través de este estudio. Se evidencia, asimismo, la falta de capacitación de madres sobre los cuidados para la lactancia artificial y la relación que guarda entre la nutrición, las

caries y el desarrollo bio-psico-social del niño. Por lo tanto, es necesario un estudio que determine el estado de salud de los pacientes, que por su efecto oriente fomentando compromisos de higiene social para revertir los daños detectados en la cavidad bucal del infante.

Considerando lo planteado, se presenta como objetivo Determinar la prevalencia de caries de la infancia temprana por lactancia artificial, en pacientes que acuden al área de odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del municipio Valencia Edo Carabobo, periodo 2017, con el fin de conocer el estado de salud bucal de los pacientes del área de odontopediatría. Y asimismo, describir los factores que influyen en la aparición de la caries de infancia temprana y la relación que guarda esta con el uso de lactancia artificial, es un tema con relevancia debido a la gran cantidad de casos que actualmente se presentan en el área de odontopediatría, por eso surgen las siguientes interrogantes para la formulación del problema.

### **1.1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

En concordancia con el planteamiento del problema, se formulan las siguientes interrogantes:

¿Cuáles es la prevalencia de caries de infancia temprana por lactancia artificial?

¿Cuáles son los factores que influyen en la aparición de la caries de la infancia temprana?

¿Qué relación existe entre la caries de infancia temprana y la práctica de higiene bucal?

## **1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1. Objetivo General**

Determinar la prevalencia de caries de la infancia temprana por lactancia artificial, en pacientes que acuden al área de odontopediatría de la Ciudad

Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del Municipio Valencia Edo Carabobo, período 2017.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

(1). Establecer la prevalencia de caries de infancia temprana por lactancia artificial.

(2). Determinar los factores que influyen en la aparición de la caries de infancia temprana.

(3). Identificar la relación entre caries de infancia temprana y práctica de higiene bucal.

### **Delimitación:**

*Delimitación del objeto en el espacio físico Geográfico:* pacientes del área de Odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera, con edad de 6 meses a 5 años con lactancia artificial.

*Delimitación en el tiempo:* Primer trimestre del año 2017 (Enero-Marzo)

*Delimitación de la semántica:* La caries de la infancia temprana se define como la presencia de una o más lesiones cariosas (cavidades, no cavidades), dientes ausentes por caries u obturaciones en cualquier diente temporal en niños menores de 71 meses. (Academia Americana de Odontología Pediátrica, citada por Morales, K. y otros, Ob. Cit., 2011).

## **1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2010, señala en su publicación titulada “Gente Sana”, una propuesta para los organismos del área de la Salud, de trabajar en base a dos objetivos: Aumentar los años de vida saludable y de calidad; disminuir los problemas en materia de salud. La Odontopediatría, perteneciente al área de las Ciencias de la Salud, estando inmersa en la rama de odontología, por su parte se encarga del estudio de los cuidados de salud bucal

preventivos y terapéuticos integrales; desde la mujer embarazada, lactantes y niños, hasta la adolescencia para conseguir el cumplimiento de estos objetivos señalados.

En este sentido, el servicio odontológico pediátrico ideal debería tener estas características para formar parte de ese sistema de salud integral del paciente; y de esta manera tener énfasis en la promoción, prevención y monitoreo constante del estado de salud individual y colectiva (Perona, G., 2012).

De esta forma, al tratar el tema sobre la prevalencia de caries de Infancia temprana por lactancia artificial, el enfoque de la prevención primaria debe basarse en los factores de riesgo comunes. La prevención secundaria y su tratamiento, debe centrarse en la gestión del proceso de caries a través del tiempo para cada paciente, con una mínima invasión, la preservación de los tejidos.

En tal sentido, es beneficioso considerar a la caries dental de la primera infancia como un objetivo dentro del contexto de los objetivos que propone la OMS (2010), y de esta manera crear estrategias que contribuyan al mejoramiento de la salud bucal; para lo cual el presente estudio se enfoca en objetivos como determinar los factores de aparición de caries de la infancia en niños de edad entre 3 - 5 años y de esta manera aclarar que el cuidado de la salud buco dental es responsabilidad de los padres, fomentando a través de la investigación estrategias que involucre a toda la familia.

Según Paredes, K. y Vargas, M. (2008), los investigadores Robinson y Naylor, señalaron que en la alimentación de pecho, y alimentación nocturna, existen pronunciadas diferencias dentro de sus hallazgos, donde se destaca que:

El 30% de la población estudiada amamantada en la cama en horas nocturnas y, de esta población el 88% tenía caries contra el 12% sin caries, mientras que de los 70% que no mamaban en la cama, 39% presentaban caries contra 61% sin caries, mostrando una evidente relación caries-amamantamiento artificial nocturno. Concluyendo que un bebé que mama en la noche el primer año de vida tiene una posibilidad del 9% de adquirir caries, por tanto si se sigue lactando durante la noche hasta 24 meses de edad la posibilidad de adquirir caries crece al 110%, este hecho muestra que el límite de edad aceptable para la alimentación nocturna es hasta los 12 meses.

Así mismo, la aparición de caries en los incisivos superiores se ha explicado tradicionalmente por la posición de la tetina del biberón, que bloquea el acceso de saliva a esas piezas mientras que los incisivos inferiores están próximos a la desembocadura de las glándulas salivales y están protegidos del contenido del biberón por la lengua y la propia tetina. Las zonas donde la remoción de glucosa es más lenta son las superficies vestibulares de los incisivos superiores y los molares inferiores, que son precisamente las áreas más afectadas por la caries de comienzo temprano.

Según Goyzueta, J. (2015)“actualmente se considera que el uso prolongado del biberón, especialmente por la noche, puede estar relacionado con un aumento del riesgo de caries, aunque no es el único factor en su desarrollo”. El valor potencial de la investigación, se centra en las repercusiones que afecta negativamente la calidad de vida de los niños durante su primera infancia y se manifiestan en años posteriores si no son atendidos debidamente.

Por lo tanto, es necesario definir el estado de salud bucal en los pacientes; clasificar los factores que influyen en la aparición de la caries de infancia temprana e identificar la prevalencia de caries de infancia temprana por lactancia artificial en los pacientes que acuden al área de odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del Municipio Valencia Estado Carabobo, período 2017. En este sentido, la presente investigación se emprendió a partir de estas observaciones, estudios y señalamientos, para desarrollar los objetivos planteados y aportar beneficios de diferente índole, que reportan las razones de carácter práctico, teórico, metodológico, institucional y socio-educativo, justificando los argumentos que avalan su ejecución, los cuales son desplegados a continuación.

En cuanto al aporte práctico, el tema coopera de forma directa con el paciente, la madre y demás miembros de su entorno, ya que fomenta valores de responsabilidad, concientizando criterios de salud bucal, higiene, prevención y atención permanente al cuidado de salud integral de la familia. Debido a la carencia de información descriptiva sobre el origen de las caries se hace necesaria la implementación del instrumento para detectar los factores influyentes. Además,

aporta conocimientos profesionales de odontopediatría a las investigadoras sobre la diferencia entre lactancia materna y artificial, en relación al desarrollo maxilo-facial, las caries y otras afecciones bucales.

La metodología utilizada para justificar el trabajo de investigación de acuerdo a su propósito es Descriptiva, de acuerdo a su enfoque, cuantitativa y de acuerdo a su método No Experimental. Ejecutada bajo la modalidad: de Campo, apoyada en un diseño no experimental, transeccional o transversal.

Por otra parte, el tema servirá de referencia a otros investigadores que quieran abordar el tema de la prevalencia de caries de infancia temprana, como aporte institucional y educativo. Creando conciencia en la comunidad, e instruyendo de forma directa a pacientes-padres o servicios odontológicos en cuanto a la prevención y atención temprana de las caries, para evitar el incremento de las estadísticas, promoviendo estrategias de ayuda a la familia y a la comunidad.

De acuerdo a todo lo expuesto, el tema tiene trascendencia socio educativa, porque comprende métodos de la salud bucal a los niños, a partir de enfoques integradores y estructurales de las ciencias, la filosofía y la política que garanticen la acción humana, para la consecución de una verdadera transformación social, en la permanente búsqueda del bienestar, autonomía, democracia y desarrollo digno del ser humano. El propósito de dar a conocer el factor prevalente en los casos de CIT en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, su descripción, formas de transmisión y los factores de riesgo son características útiles para el desarrollo de esta investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

El Marco Teórico o referencial, es el producto de la revisión documental, y consiste en una recopilación de ideas, posturas de autores, conceptos y definiciones, que sirven de base a la investigación por realizar (Hurtado, J., 2012). Al respecto, a continuación se ha seleccionado una serie de trabajos, investigaciones, definiciones y artículos que anteceden a la presente y la sustentando legalidad y relevancia. El cual se estructura de la siguiente manera:

#### **2.1. ANTECEDENTES**

Esta sección se refiere a los estudios previos: trabajos y tesis de grado, trabajos de ascenso, artículos e informes científicos relacionados con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente y que guardan alguna vinculación con la investigación planteada, por lo que no deben confundirse con la historia del objeto en cuestión. Para Arias, F. (2012) los antecedentes “reflejan los avances y el estado actual del conocimiento en un área determinada y sirven de modelo o ejemplo para futuras investigaciones (p. 106).

De esta manera, para identificar los antecedentes con la investigación, los factores de riesgo de CIT y la prevalencia por lactancia artificial, son aspectos que señalan la importancia del tema, es necesario describir el porcentaje y las características que la definen. Esta investigación tiene como objetivo fundamental abordar estos aspectos en el área de odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del Municipio Valencia Estado Carabobo, debido a que el tema afecta de forma directa al paciente e indirecta a los adultos involucrados, también afecta la salud pública, incrementando los casos de CIT epidemiológicamente. En este sentido, a continuación se reseñan investigaciones vinculadas con este fenómeno en el contexto nacional e internacional.

Como primer aporte Internacional, se encuentra el trabajo de Clemente, C. (2016), Titulado: “Prevalencia de Caries de Infancia Temprana según el método

Icdas II y su relación con los factores de riesgo asociados en infantes de 6 a 36 meses”. Tesis para optar al Título de Profesional Cirujano Dentista, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

El objetivo del trabajo fue: Identificar la prevalencia de caries de infancia temprana mediante el uso de método de ICDAS II y su relación con factores de riesgo asociados en infantes de 6 a 36 meses que asisten al programa CRED del servicio de pediatría en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Como método de recolección de datos, se realizó la calibración inter e intraexaminador y prueba piloto con los valores Kappa de 0,674 y 0,904, respectivamente. Se examinó de forma no invasiva, mediante el método ICDAS II a 130 infantes de 6 a 36 meses, y para conocer los factores de riesgo a los que se encontraban expuestos se aplicó un cuestionario de 23 preguntas a las madres.

Obteniendo como resultados: La prevalencia de caries de infancia temprana por sujeto de estudio fue de 46,2%, el 8,3% tenían edades entre 6 a 12 meses, el 43,3% entre 13 a 24 meses y el 48,3% entre 25 y 36 meses. Observando el aumento de la frecuencia y de la severidad de caries proporcionalmente aumenta la edad; la superficie más afectada fue la cara vestibular con una frecuencia de 197 (3,5%) de un total de 1345.

Por otra parte, se determinó que existe un 55,4% de madres que no recibieron información sobre salud oral, el 56,9% realiza higiene bucal a sus hijos, el 53,4% utiliza endulzantes adicionales en la dieta de los infantes (en su mayoría adiciona azúcar), el 42,3% utiliza la lactancia materna para hacer dormir a sus hijos, después no se realiza limpieza bucal, el 64,6% presenta transmisibilidad vertical.

Este aporte guarda relación con la investigación en cuanto al método de recolección de datos aplicado a las madres para conocer el estado de salud de los pacientes que acuden al área de odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Y en el sentido general para determinar la prevalencia de CIT y sus factores.

Otro estudio considerado en el orden internacional, fue el de Fernández, M. (2016), con el trabajo titulado: “Prevalencia de Caries de Infancia Temprana en

Niños de 12 a 71 meses de edad residentes de Puerto Maldonado, Madre de Dios”. Tesis presentada a la Universidad de San Martín de Porres, en Perú, para optar al Título de Especialista en Odontopediatría. Este trabajo tuvo como objetivo: Determinar la prevalencia de caries de infancia temprana utilizando el criterio ICDAS en niños de 12 a 71 meses de edad residentes de Puerto Maldonado, Madre de Dios.

La metodología fue de un estudio transversal, utilizando una muestra de 240 niños de 12 a 71 meses de edad. El tamaño de la muestra se determinó mediante la prueba de estimación de una proporción. Tras la aprobación por parte del comité de ética de la USMP y de obtener el consentimiento informado; un solo examinador previamente calibrado efectuó el examen dental que evaluó la presencia de caries dental utilizando el criterio diagnóstico de caries ICDAS. Previo cepillado dental, se realizó la evaluación clínica usando espejo bucal, explorador de punta roma, luz frontal blanca y secado de los dientes con gasa. Los datos obtenidos fueron analizados a través del programa SPSS, utilizándose la prueba Chicuadrado, con un nivel de significancia de  $p < 0.05$

En este sentido, el estudio de la prevalencia de CIT cobra importancia ya que hace aportes interesantes en las estadísticas y estudios particulares de acuerdo a la determinación de rangos precisos, por lo que se asemeja a la investigación, ya que tiene dos particularidades, una población de niños en edades comprendidas desde los 6 meses hasta los 5 años y otras que es la características de un factor característico como lo es la lactancia artificial para poder distinguir los efectos de prevalencia en los pacientes que acuden al área de odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

En cuanto a los antecedentes nacionales, se cita a Rangel, M. (2015), con su Investigación: Programa Preventivo – Educativo de Salud Bucodental a los Padres y/o Representantes del niño/a de Educación Inicial. Trabajo de Grado presentado ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo como Requisito para optar alcanzar el grado de Magister en Investigación Educativa.

El antecedente tuvo como objetivo proponer un programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a en el Centro de Educación Inicial Batalla de Tocuyito, Estado Carabobo, durante el año escolar 2014- 2015,

Con fundamento en las teorías del aprendizaje de Vigotsky y Ausubel, los postulados de Cameron y Widmer sobre la caries dental y de Di Leo en materia de programas educativos de prevención. Para ello, se efectuó un estudio de campo de modalidad proyecto factible, con diseño descriptivo desarrollado en tres fases. En la Fase I diagnóstico se seleccionó una muestra probabilística de 29 niños/as y 27 padres y representantes, empleando como instrumentos una guía de observación (Índice de Higiene Oral Simplificado, IHOS) en el caso de los niños/as y un cuestionario de 16 ítems dicotómicos aplicado a los padres/representantes, validado por expertos y cuya confiabilidad obtuvo un coeficiente KR 0,87.

Los resultados evidenciaron que 93,1% de los infantes presentó índice de higiene Regular, representa un importante riesgo de caries, mientras las madres revelaron escasos conocimientos en torno a la etiología y proceso de la caries y pobres hábitos de salud bucodental que transmiten a sus hijos/as. Se concluyó: la necesidad de diseñar un programa preventivo-educativo de salud bucodental.

Esta investigación citada, brinda un aporte en cuanto a los fundamentos teóricos sobre el aprendizaje significativo con respecto a la prevención, control y tratamiento de la CIT, la información que se debe brindar a los padres o responsables con respecto a la higiene bucal y los factores de prevalencia por lactancia artificial debiendo ser determinada por medio del instrumento.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

Las bases teóricas según Arias, F. (ob. Cit, 2012), “implican un desarrollo amplio de los conceptos y proposiciones que conforman el punto de vista o enfoque adaptado, para sustentar o explicar el problema planteado” (p.107). Los postulados teóricos que sustenta la investigación son los siguientes:

### **2.2.1. Diferentes Teorías de la caries dental**

Una definición básica y no muy compleja afirma que la caries dental es la destrucción del esmalte dental, capa exterior dura que cubre las coronas de los dientes. Puede ser un problema para niños, adolescentes y adultos. Existen diferentes teorías que explican la caries dental y su evolución a través del tiempo, según Reyes, J. (2016) las explica de la siguiente manera: Antiguas teorías, las teorías más aceptadas en el campo de estudio y otras teorías que explican el tema:

#### **2.2.1.1. Antiguas teorías de la caries dental**

**Gusanos.** Según la leyenda asiria del siglo VII a.C., el dolor de muelas lo ocasionaba el gusano que bebía la sangre del diente y se alimentaba con las raíces de los maxilares. Esta fue una creencia universal en dicha época

**Humores.** Los antiguos griegos consideraban que la constitución física y mental de una persona se determinaba por medio de las proporciones relativas de los cuatro fluidos elementales del cuerpo: sangre, flema, bilis negra y amarilla.

**Teoría Vital.** La caries se originaba en el diente mismo, en forma análoga a la gangrena de los huesos esta creencia se propuso en el siglo XVIII y se mantuvo hasta el siglo XIX.

**Teoría acidogénica.** Propuesta por W. Miller en 1882.

**En 1897,** L. Williams plantea la hipótesis acerca de las acumulaciones de bacterias en la superficie del diente.

**En 1898,** G. V. Black menciona el papel de una placa gelatinosa microbiana sobre los dientes.

**Para 1960,** P. Keyes habla sobre una enfermedad multifactorial, en la que intervienen microorganismos cariogénicos, hospedero susceptible y un sustrato adecuado.

**R. J. Fitzgerald y P. Keyes,** establecen que se trata de un padecimiento infeccioso de naturaleza multifactorial.

**Teoría Endógena.** De Csernei sostiene que la caries es resultado de un trastorno bioquímico que comienza en la pulpa y se manifiesta clínicamente en el esmalte y dentina. Según el autor se altera el metabolismo del flúor, así como del magnesio de los dientes.

**Teoría del Glucógeno.** O. De Egyedi, relaciona la caries con el consumo en exceso de hidratos de carbono durante el desarrollo del diente, lo que resulta en un depósito excesivo de glucógeno y glicoproteínas, estas dos sustancias quedan inmovilizadas en las apatitas del esmalte y la dentina durante la maduración de la matriz.

**Teoría Organotrópica.** Establecida por Leimgruber y sostiene que la caries no es la destrucción local de los tejidos dentales sino un complejo de tejidos duros y blandos así como la saliva. Según esta conjetura los tejidos duros actúan como membrana. La dirección del intercambio entre ambas sustancias depende de las sustancias bioquímicas. La saliva es el factor de equilibrio biodinámico, en el cual el mineral, la matriz del esmalte y dentina están unidos. (Reyes, J., Ob. Cit., 2016).

#### **2.2.1.2. Teorías más aceptadas**

Reyes, J. (Ob. Cit., 2016), menciona las teorías más aceptadas son: De la proteólisis, Acidogénica, Proteólisis-quelación, explicándola de la siguiente manera:

**De la proteólisis.** Gottlieb y colaboradores, afirmaron que el proceso carioso se inicia por la actividad de la placa dentobacteriana cuyos microorganismos son proteolíticos, es decir, causan lisis o desintegración de las proteínas. De acuerdo con esta teoría la caries comienza en las laminillas del esmalte o vainas de prismas sin calcificar que carecen de cutícula protectora en la superficie.

**Acidogénica.** Actualmente es la teoría que más se acerca a explicar la etiología de la caries dental. Fue propuesta por Miller en 1980, quien determinó que en dicho proceso intervenía un microorganismo oral capaz de producir ácidos y proteína digestiva. A partir de exámenes microscópicos de varios miles de cortes Miller

llegó a la conclusión de que la caries del esmalte es producida por un grupo de organismos predominantemente filamentosos.

***Proteólisis-quelación.*** Considera que es una destrucción bacteriana de los dientes en la que el primer ataque se dirige principalmente a los componentes orgánicos del esmalte. Los productos de descomposición de esta materia orgánica tienen propiedades quelantes y, por lo tanto, disuelven los minerales del esmalte dental.

### **2.2.1.3. Otras teorías que tratan de explicar la caries dental**

***Sacarosa y quelación.*** Propone que las concentraciones muy elevadas de sacarosa forman Ca-sacaratos e intermediarios complejos de Ca que requieren que el fosfato inorgánico sea removido del esmalte por las enzimas fosforilantes.

***Autoinmunidad.*** Sugiere que la caries se desarrolla dentro del diente ya que los odontoblastos son lesionados por un proceso autoinmunitario, de modo que la capacidad de defensa de la dentina y el esmalte se encuentra comprometida y así se origina la caries como enfermedad degenerativa.

## **2.3. BASES CONCEPTUALES**

De acuerdo a Sabino, C. (2007), las bases conceptuales son las definiciones y explicaciones de los conceptos fundamentales relacionados con el objeto o variables de estudio (p.51). Estos han sido utilizados durante la formulación del problema, siendo necesario ampliar y vincular su significado con el problema de la investigación. En ese sentido se desarrolla de la siguiente manera, destacando elementos relevantes en orden jerárquico y desde lo general a lo particular.

### **2.3.1. Caries**

Por su parte, Motzfeld, R. (2013) señala que la caries es “el desequilibrio ecológico oral, por pérdida del balance de minerales y proteínas que determina la pérdida neta de minerales de los tejidos dentarios”. Se forma a través de una compleja interacción en el tiempo entre bacterias productoras de ácido y los

hidratos de carbono fermentables, y otros factores de huéspedes incluidos los dientes y la saliva. Es producida por microorganismos que se encuentran en la boca. Es una enfermedad multifactorial porque se produce por una combinación de causas:

- Microorganismos
- Consumo frecuente de azúcar (dieta)
- Dientes poco resistentes (huésped)

Para que se produzca caries deben estar presentes estos tres factores, sin cualquiera de ellos no hay enfermedad. Podría afirmarse de esta manera, que es multifactorial, en cuya etiología convergen los siguientes componentes (Rangel, M.; ob. Cit., 2015):

**(1). Biopelícula de la placa dental.**

**(2). Sustrato.**

**(3). Factores del huésped.**

### **2.3.1.1. Tipos de Caries**

Según Motzfeld, R. (Ob. Cit., 2013), existe varios criterios para la clasificación de los tipos de caries. Sin embargo el enfoque que se dará está determinado por el sector del diente que ataca con respecto a la edad del paciente. Así pues, los tipos de caries son:

**Caries en el esmalte:** Al principio su desarrollo es lento, pero cuando supera el esmalte y llega a la dentina se hace más veloz.

**Caries de fisuras y aberturas:** Se trata de pequeños orificios que se presentan normalmente en las muelas y cuya penetración es muy rápida.

**Caries de superficie o áreas lisas:** Este tipo de caries se da normalmente en el adulto joven, entre los 20 y los 30 años, y actúa diluyendo el esmalte dental. Su avance es lento.

**Caries de raíz:** Este tipo de caries se presenta normalmente a partir de los 40 años. Gracias al envejecimiento, las encías se van replegando y va dejando

vulnerable al diente, situación que la caries aprovecha para atacar los tejidos que recubren la raíz del diente. Además del factor edad, también son factores de riesgo problemas de salud en las encías y una dieta con alto contenido de azúcares.



**Figura N°1:** Etapa de la caries.

### **2.3.2. Lactancia**

La lactancia es la situación de alimentación más temprana, profunda y compleja. Él bebe comienza a conectarse con el mundo por medio de esta experiencia de alimentación. Podemos hablar de experiencia porque, cuando un adulto alimenta al bebe, no solo le está proporcionando el alimento concreto, sino que está nutriendo al niño(Condrac, R. (2011).

#### **2.3.2.1. Tipos de Lactancia**

La mayoría de las madres inicia la lactancia natural, aunque diversos factores sociales, económicos y culturales han influido para que se produzca otro tipo de alimentación. La decisión de amamantar está frecuentemente influenciada por la información acerca de la alimentación infantil que reciben las madres y por el apoyo físico y social proporcionado durante el embarazo, parto y postparto. Las actitudes familiares, médicas y culturales, las condiciones económicas, presiones comerciales, políticas y normas laborales, pueden favorecer o cooperar en la elección de los tipos de lactancia: Natural o materna y lactancia artificial o de fórmula (Condrac, R., 2011).

La Declaración sobre la lactancia materna OMS – UNICEF (1979) expresa: “La lactancia forma parte integral en el proceso reproductivo y es la forma ideal y

natural de alimentar al lactante. Constituye una base biológica y psicológica única para el desarrollo del niño”.

### **2.3.2.2. Lactancia Materna**

Según Curtis, H. (2000), citado por Condrac, R. (Ob. Cit., 2011), se define la lactancia materna, como “aquella en que la madre amamanta de forma directa y exclusiva a su hijo” (p.10). Llamando así, lactancia materna “exclusiva” a aquella alimentación predominante que viene directamente del pecho de la madre, dentro de las diferentes categorías se encuentran:

Lactancia materna predominante: Leche materna como alimentación predominante, más cualquier otro líquido como jugos o agua.

Lactancia materna complementada: Leche materna más alimentos no lácteos, sólidos o semisólidos.

Lactancia materna + fórmula infantil: leche materna más fórmula en cualquier proporción. La lactancia materna exclusiva es, individualmente, el método de alimentación preferido de los lactantes los primeros 4 o 6 meses de vida: las fórmulas infantiles tratan de asimilarse en macro nutrientes lo más posible a la leche humana, pero es imposible reproducirla.

. De ella se obtienen los siguientes beneficios:

#### **Para el niño:**

- Aporta óptima nutrición.
- Descenso de la incidencia o intensidad de enfermedades infecciosas.
- Meningitis bacteriana.
- Bacteriemia.
- Diarrea.
- Infección de vías respiratorias.
- Enterocolitis necrotizante.
- Infecciones de las vías urinarias.
- Sepsis tardía en lactantes pretérmino.
- Descenso de las tasas de :

### **Para la Madre:**

- Favorece la recuperación postparto (disminuye la hemorragia)
- Involución uterina más rápida.
- Disminuye la pérdida menstrual.
- Recuperación más rápida al peso previo al embarazo.
- Disminuye el riesgo de cáncer de ovario y de la mama.
- Favorece la relación madre-hijo.
- Aumenta los intervalos entre embarazos.

### **2.3.2.3. Lactancia Artificial**

La lactancia artificial consiste en alimentar al bebe con fórmulas lácteas adaptadas cuya base, en su mayoría, es la leche de vaca modificada, esta alimentación se da a través del uso del biberón principalmente en los niños más pequeños, Para los niños que no toleran este tipo de leche existen otros productos sustitutivos. Durante los primeros 6 meses de vida se utiliza una formula adaptada de inicio o tipo 1, a partir de los 6 meses se pasa a una fórmula de continuación o de tipo 2. Cada uno de estos tipos de formula contiene los nutrientes necesarios para que el niño tenga un correcto desarrollo en cada una de las fases de crecimiento.

Existen leches artificiales en el mercado, que a pesar de no presentar las ventajas nutricionales e inmunológicas de la leche materna, si constituyen una alternativa o un complemento adecuado. La leche maternizada, generalmente en polvo, es la leche de vaca debidamente tratada para que se asemeje a la humana. También hay leches sin lactosa para los casos de intolerancia a la misma y leches de soja, hipoalergénicas.

**Ventajas de la lactancia artificial:** La lactancia artificial presenta frente a la lactancia natural la ventaja de permitir al padre participar en la alimentación del bebé. Sin embargo, es más costosa, hay que prepararla cada vez y hay que ser escrupulosamente cuidadoso con el seguimiento de la instrucciones de preparación, ya que un error en las medidas o en las proporciones pueden tener repercusiones negativas en la salud del lactante.

- La madre obtiene mayor independencia; sobre todo para aquellas madres que trabajan.

- Cualquiera de los dos progenitores puede darle el biberón al bebe y en cualquier comento, esto permite que la madre comparta la responsabilidad de alimentar al bebe con el padre y ayuda a este último a involucrarse más en la alimentación del bebe, algo crucial en el proceso de formación del vínculo de apego.

- La mujer no tiene que preocuparse si está tomando algún medicamento.

- Tiempo invertido y frecuencia de las tomas, puesto que la leche artificial se digiere más despacio que la materna, pueden espaciar más la toma que los **Fórmula inicial:** Es aquella que una vez reconstituida de acuerdo con las instrucciones del fabricante cubre por sí sola todas las necesidades nutritivas del lactante durante los 4-6 primeros meses de vida, pudiendo ser utilizada junto con otros alimentos hasta el primer año de edad.

**Fórmula de continuación:** Fórmula menos sofisticada y más económica que atiende las necesidades digestivas, metabólicas y nutricionales a partir de los 4-6 meses hasta el primer año de edad.

Problemas sin resolver de las fórmulas. Entre los inconvenientes figuran el aporte de proteínas, que por su peor aprovechamiento ha de ser un 30-35% superior al de la leche humana, quedando en el intestino residuos proteicos que pueden favorecer la proliferación de la flora proteolítica de potencial patógeno. Además, las proteínas vacunas son alergizantes.

### **2.3.3. Caries de Infancia Temprana**

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), la Caries de Infancia Temprana (CIT), se define como la presencia de uno o más dientes cariados (lesiones no cavitadas o “manchas blancas” y cavitadas), perdidos (por caries dental), o superficies dentales obturadas en niños de setenta y un (71) meses (5 años, 11 meses) de edad o menores. En el caso de los niños menores de

tres años que presentan cualquier signo de caries dental se define como “caries dental de la niñez temprana severa”. (Clemente, C., 2016).

- Nutrición inadecuada con ingesta frecuente de líquidos ricos en carbohidratos fermentables (jugos, leche, bebidas gaseosas, leche en polvo).

- Uso de biberones con contenido líquido al que se adiciona abundante cantidad de azúcar en forma de infusiones de caña de azúcar o miel de abejas.

- El biberón suele utilizarse como chupete para conseguir que el niño pueda conciliar el sueño. Los niños que duermen mal o tienen cólicos suelen tranquilizarse con el uso del biberón.

- Las caries de biberón se presentan en todos los grupos socioeconómicos y suelen reflejar la dinámica social de la familia, pero es más prevalente en las poblaciones de bajos recursos socioeconómicos.

Para Montero, K. (2008). Los patrones de dientes cariados “atípicos”, “progresivos”, “agudos” o “rampantes”, en relación a CIT severo (Fig. 3), el diagnóstico se emplea en niños de 3 a 5 años, donde se encuentra uno o más dientes cavitados, perdidos por caries o superficies obturadas en los dientes antero-superiores.



**Figura N°2:** Caries de Infancia Temprana Severa.

La Caries de Infancia Temprana o caries de biberón sin atención odontológica especialista (Fig. 5), se describe un proceso rápidamente destructivo que afecta a la dentición primaria de lactantes y niños de corta edad. Se presenta sobre todo en niños con una alimentación por biberón o materna prolongada, y por lo tanto, un retraso en la introducción a las comidas sólidas, también se asocia con el empleo del chupas o chupones impregnado en sustancias azucaradas.



**Figura N°3.** Caries de Biberón

**Figura N°4.** Caries Rampante

Un buen estado de salud general es indicativo de bajo riesgo, por el contrario hay determinadas enfermedades que al reducir el flujo salival, implican un riesgo elevado de caries dental. Entre ellas el síndrome de Sjögren y otras enfermedades como: pacientes epilépticos, con hipertiroidismo e hipotiroidismo, con parálisis cerebral y discapacitados físicos y/o mentales; constituyen pacientes con alto riesgo a la caries dental (Paredes, K. y Vargas, M.; Ob. Cit., 2008).

#### **2.3.4. Factores de Riesgo de Caries de Infancia Temprana (CIT)**

Para ampliar el punto de la caries de infancia temprana, se despliegan los factores de riesgo y condicionantes externos, aportados por Clemente, C. (Ob. Cit, 2016):

**(a) Nivel socioeconómico:** La presencia de caries se presenta tanto en los estratos altos, como en los estratos bajos, pero la severidad de caries dental es mayor en los bajos; estas familias en situación socioeconómica precaria, muchas veces son carentes de servicios sanitarios adecuados, viven en condiciones de hacinamiento, por lo que son más propensos a presentar caries, y tienen una gran desventaja respecto al primer estrato, por lo que los programas de prevención de salud oral deberían tener una mayor atención en este grupo.

**(b) Higiene bucal del niño:** El descuido o deficiencia en la higiene bucal del niño (por ejemplo en familias muy numerosas, que dificulta a la madre la limpieza y/o supervisión diaria, adecuada, de los dientes de cada uno de sus hijos) origina la retención de placa bacteriana, lo que conlleva a una disminución del pH salival y a la desmineralización del esmalte, produciendo la caries dental.

(c) **Hábitos dietéticos:** El uso inapropiado del biberón, con contenidos endulzados con azúcar o miel, o preparados con sabores a chocolate y jugos de frutas preparados con azúcar, esto aunado al hábito de dejar al niño toda la noche con el biberón, y no retirarlo cuando el niño ya se durmió.

La lactancia materna también presenta inconvenientes, cuando el amamantamiento es prolongado y frecuente (en caso de niños con problemas para dormir, o simplemente para calmar al niño y no lllore). (d) **Prestación de servicios odontológicos inaccesibles y deficiente promoción de la salud bucodental y medidas de prevención:** En poblaciones que residen en zonas rurales.

(e) **Salud oral de la madre:** Presencia de lesiones cariosas, enfermedad periodontal y mala higiene bucal en la madre, este espectro oral de gérmenes maternos conlleva a la transmisión vertical de madre a niño, siendo esta la fuente primaria del *S. mutans*, que luego colonizará y proliferará en la boca del niño a una edad temprana, lo que puede conducir a la aparición de caries más extensa en la dentición temporal, sin embargo para que proliferen estas bacterias cariogénicas necesario la presencia de un sustrato cariogénico constituido a base de carbohidratos refinados como la sacarosa, glucosa, fructosa y lactosa, que permitirán la colonización de dichos gérmenes en los dientes. La transmisión vertical se debe a malas prácticas como soplar y/o probar los alimentos del niño, “limpiar” el chupete del bebé con la boca, besar al niño en la boca y/o manos, estos hábitos no sólo transmite la caries dental, sino también otras enfermedades como el resfriado o la hepatitis.

(f) **Respiración bucal:** La respiración bucal en niños entre 3 y 5 años de edad, presenta mayor riesgo de desarrollar caries dental y gingivitis, debido a la disminución de saliva en la boca del niño, lo que disminuiría el arrastre de residuos alimenticios.

(g) **Alteraciones estructurales de los dientes:** Cómo es en el caso de la hipoplasia del esmalte, esta deficiencia en la formación del esmalte puede generar una predisposición a la caries dental.

**(h) Concentración de flúor:** Ya que el flúor, en el medio oral, actúa como cariostático, debido a que promueve la remineralización del esmalte, al elevar el pH durante la producción ácida, evitando así la desmineralización de los dientes.

### **2.3.5. Factores de transmisión de Caries de Infancia Temprana (CIT)**

La Caries Temprana de la Infancia avanza de una manera rápida en los dientes temporales o de leche y se debe a la interacción entre bacterias productoras de ácidos y la presencia de carbohidratos, así como otros factores, que incluyen a los dientes y la saliva. La CIT es una enfermedad infecciosa, cuyo factor etiológico principal es la bacteria *S. mutans* y *Lactobacilos*. (De Sánchez, E., 2010).

#### **Factores Etiológicos de CIT**

- Depósitos bacterianos capaces de disminuir el pH de la saliva y producir desmineralización del diente.
- Presencia temprana de bacterias productoras de caries en la boca de los niños.
- El consumo frecuente de hidratos de carbono fermentables como, líquidos azucarados, alimentos lácteos, alimentos adhesivos y medicinas azucaradas.
- Una superficie de esmalte inmaduro menos mineralizada (dientes recién erupcionados son más susceptibles a sufrir caries).

**Factor Bacteriano:** El *Streptococomutans*, es el principal microorganismo involucrado y es favorecida con la erupción dentaria que determina una “Ventana de Infectividad”. Transmite verticalmente madre-hijo en la mayoría de los casos.

Por otra parte, los factores e indicadores de riesgos sociales, culturales y educación familiar se encuentran los hábitos de higiene bucal y la alimentación. Dentro de los que se pueden nombrar:

- Hábitos poco frecuentes de higiene bucal
- Inicio tardío del cepillado de dientes.
- Placa bacteriana acumulada
- La presencia de historia de cariesy/o lesiones activas.

### 2.3.7. Técnicas de cepillado dental

La eficacia del cepillado dental radica en hacerlo con la frecuencia mínima, es decir, tres veces al día, a fin de tener un efecto en la prevención de la caries dental; en todo caso, es más importante la minuciosidad de la técnica de cepillado que el método utilizado, ya que la mayoría de los métodos descritos logran los resultados esperados para la eliminación de la placa bacteriana. El aporte de Rangel, M. (Ob. Cit., 2015), determina las técnicas del cepillado clasificándola de la manera que a continuación se expone:

**Frotación:** Movimientos en dirección anteroposterior; dirección de las cerdas conservando el cepillo en posición horizontal.

**Barrido:** Con las cerdas del cepillo apuntando paralelamente hacia apical, girarlo oclusalmente al eje longitudinal de los dientes, manteniendo contacto con la encía y luego con la superficie dental.

**Bass:** Apuntando las cerdas del cepillo hacia apical, hacer vibrar el cepillo sin cambiar longitudinalmente del diente la posición de las cerdas.

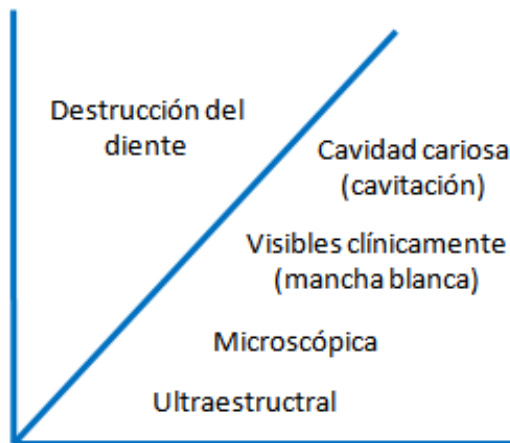
**Stillman:** Apuntando las cerdas en sentido apical, unos 45° grados al eje longitudinal de los dientes, aplicar presión produciendo isquemia gingival, luego eliminarla, repetir varias veces y girar un poco el cepillo hacia oclusal durante el movimiento.

**Stillman modificada:** Apuntando las cerdas en sentido apical, unos 45° grados al eje longitudinal de los dientes, aplicar presión como en el método anterior, pero al mismo tiempo vibrar el cepillo y moverlo de modo gradual hacia oclusal.

**Charters:** Nivelando las cerdas con las superficies oclusales unos 45° grados al eje longitudinal de los dientes, vibrar el cepillo mientras se desplaza apicalmente al borde gingival.

En relación a las técnicas descritas, Cisneros y Hernández (2011) citado por Rangel, M. (Ob. Cit., 2015).

**2.3.8. Estado de Salud Bucal:** Una de las enfermedades más comunes es la caries dental. Es la destrucción de los tejidos duros del diente: esmalte o cemento, y dentina, pudiendo llegar a la pulpa. Para determinar el estado de salud bucal del paciente es necesario



**Figura N°5.** Lesión Cariosa – dinámica.

(1) **Caries Activa (aguda):** es aquella en que los procesos de desmineralización predominan y clínicamente se observa, una lesión de características húmeda, de color amarillento, anaranjado y de consistencia blanda.

(2) **Caries Detenida (crónica):** es aquella en la cual, luego de una etapa de desmineralización y por cambios en las condiciones del medio bucal, se ha producido el depósito de minerales; clínicamente se observa una superficie lisa y brillante, de color oscuro negro a café oscuro y de consistencia dura.

### 2.3.8.2. Control Odontológico

El diagnóstico temprano de las lesiones facilita la intervención en estadios de la caries cuando puede ser reversible o limitado el daño. El diagnóstico permite definir el riesgo de caries que tiene el paciente, y dado que la caries en la dentición temporal es un predictor de las caries en la dentición definitiva, el diagnóstico precoz es particularmente importante. En este sentido, el control odontológico para Lizarrazo, F. (2012), “es la consulta donde se procedea recoger información para registrar la historia clínica y se realiza la exploración del

paciente para obtener un diagnóstico correcto del padecimiento que presenta y poder establecer el tratamiento más eficaz”. En otras palabras, es el procedimiento fundamental ante cualquier intervención bucal.

El objetivo general del control odontológico es evaluar en forma periódica la salud bucodental en el control de niño sano el pediatra chequea las salud bucal para referir si es necesario la asistencia al odontólogo por ser parte de la salud integral, con el propósito de identificar la presencia de factores de riesgo y prevenir la aparición de patologías, sus efectos y complicaciones, instaurar hábitos que lo acompañarán en su vida futura y mantener a los niños sanos. Dentro de las Consideraciones Clínicas (Clemente, C., Ob. Cit., 2016).

#### **2.4. BASES LEGALES**

Según Sabino, C. (Ob. Cit., 2007), las bases legales “deben indicarse siguiendo un orden de importancia jurídica. El propósito de incluir estas bases es justificar y argumentar el estudio desde el ámbito jurídico que, claro está, desprende de una base filosófica y teórica” (p.61). Pueden redactarse haciendo referencia a documentos legales, leyes, constituciones, decretos, gacetas oficiales y artículos vinculados con el estudio.

A continuación se presentan las bases legales útiles para sustentar el estudio dándole importancia jurídica a través de: La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), Ley de Ejercicio de la Odontología (LEO, 1970).

En primer lugar se tomó como base legal para sustentar el presente estudio, las disposiciones contenidas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), en los artículos 75, donde se establece el derecho de protección de las familias por parte del Estado, así como la obligación de estas dos últimas instituciones sociales de proteger integralmente a niños, niñas y adolescentes tomando en cuenta su interés superior en las decisiones y acciones que les conciernan, de acuerdo al contenido del artículo 78. Asimismo, es relevante el contenido del artículo 83, donde se instituye: La salud como derecho social

fundamental, obligación del Estado que lo garantizará como parte del derecho a la vida. Promoviendo y desarrollando políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.

Por tratarse de un servicio del área de odontopediatría que funciona en un centro de Salud Pública, como lo es la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, éste servicio está en acato a éstos y otros artículos expresados en la Constitución de la República para garantizar el derecho del niño, niña y adolescente a la salud bucal.

Por otro lado, también se considera como sustento jurídico relevante lo establecido por la vigente Ley de Ejercicio de la Odontología (LEO, 1970): Artículo 16: donde se establece, que los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud pública creados por las enfermedades bucodentarias y cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran.

Por otra parte, del Código de Deontología Odontológica Título I, Capítulo I. De los deberes generales de los Odontólogos Artículo 1º: El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del odontólogo. Y en el Artículo 2º: se establece, que el profesional de la odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico.

Artículo 18º: El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga: (a) Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente. (b) Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales. (c) Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional.

Todos estos artículos dan la prioridad absoluta a la prevención, cuidado, tratamiento y saneamiento de la Caries de Infancia Temprana, dando base legal al desarrollo de la investigación.

## 2.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Este espacio se usa, según Sierra, C. (2004), “para definir términos brevemente con significados propio, para aclarar confusión o dualidad en los conceptos utilizados durante la investigación” (p.34). Este glosario, que a continuación se presenta, es una obra de consulta, del significado de palabras o términos frecuentemente en el trabajo, ordenados alfabéticamente, con el propósito de facilitar la familiarización conceptual de forma asertiva.

**Biberón:** es un recipiente que se utiliza para dar leche, agua y demás líquidos a los bebés o niños, que por su nivel de desarrollo psicomotor no puedan beber en un vaso.

**Características Socioculturales:** son propias de un grupo o sociedad, constituidas en valores, normas, actitudes y pautas de conducta.

**Caries de aparición temprana:** Es la presencia, en dientes deciduos, de 1 o más superficies cariadas (cavitadas o no), perdidas (por caries) u obturadas en niños menores de 71 meses de edad (5 años y 11 meses), por lo que en menores de 3 años, cualquier signo de caries en una superficie lisa, es indicativo de caries de Aparición Temprana.

**Pérdida prematura:** se refiere a la pérdida tan temprana de los dientes primarios que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco y por ende la erupción del diente sucedáneo.

**Pérdida temprana:** se refiere a la pérdida de dientes primarios antes de la época esperada pero sin llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco.

**Sacarosa:** También conocida como azúcar común, es un disacárido formado por alfa-glucopiranososa y beta-fructofuranosa. Su consumo excesivo puede causar obesidad, diabetes, caries, o incluso la pérdida prematura de dientes.

**Streptococcus Mutans:** es una bacteria Gram positiva, anaerobia facultativa que se encuentra normalmente en la cavidad bucal humana, formando parte de la placa bacteriana o biofilm dental. Se asocia al inicio y desarrollo de la caries dental.

## **2.6. Sistematización de Variables**

La sistematización u operacionalización de las variables, según Sierra C., (Ob. Cit., 2004), “constituye una guía para la redacción de los objetivos, para la elaboración del instrumento de recolección de la información y para la selección de técnicas de análisis de dicha información” (p. 48). Debe partir del objetivo general de la investigación y debe guardar coherencia con la fundamentación teórica. Este proceso implica varios pasos: identificar las variables, definir las operacionalmente y describir sus respectivas dimensiones, indicadores y sub-indicadores, si los hubiese. Atendiendo a estas premisas, las variables de esta investigación se operacionalizan en el Cuadro N°1.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

El presente capítulo pretende exponer la metodología de la investigación, es decir, el conjunto de acciones destinadas a describir y analizar el fondo del problema planteado, a través de procedimientos específicos que incluye, tipo de investigación, las técnicas de observación y recolección de datos, determinando el cómo se realizó el estudio, para responder al problema planteado (Arias, Ob. Cit, 2012, p.110).

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación se refiere al alcance que puede tener un estudio científico de acuerdo con el nivel de profundidad. Según su tipo una investigación puede ser explorativa, descriptiva, correlacional, explicativa, evaluativa, histórica, expo-facto, cualitativa, proyecto factible. Con respecto a la investigación cualitativa, esta permite la posibilidad de utilizar diversos métodos para comprender, descubrir, construir o transformar la realidad (Hurtado, J., Ob. Cit. 2012). De esta manera, se puede decir que la presente investigación es de tipo: Cualitativa según su enfoque, puesto que estudia los fenómenos desde la perspectiva del autor, no habiendo control de variables, no tiene método definido y es subjetiva.

Por otra parte, el estudio de acuerdo a su utilidad es de tipo: Descriptiva. Partiendo de la definición de Sierra, C. (Ob. Cit., 2004): “La investigación descriptiva, es la base y punto inicial de otros tipos de investigación y está dirigida a determinar cómo es o cómo está la situación de las variables que deben estudiarse en una población” (p.57). La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando ese fenómeno. El método no experimental en las investigaciones cualitativas, se realiza sin manipular deliberadamente las variables.

## **3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El diseño de la investigación representa el plan, la estructura y estrategia concebida por el investigador para dar respuesta a la pregunta de investigación. El plan es el esquema general de la investigación e incluye el qué hacer del investigador con respecto a la hipótesis planteada, las implicaciones operacionales y finalmente cómo analizar los datos recolectados (Sabino, C., 2007). En este sentido, la investigación fue ejecutada bajo la modalidad: de Campo, apoyada en un diseño no experimental, transeccional o transversal., para determinar la Prevalencia de caries de infancia temprana por lactancia artificial, en pacientes que acuden al área de Odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

Según Ramírez, T. (2004), la investigación de campo “se caracteriza porque los problemas que estudia surgen de la realidad o fenómenos sociales y la información requerida debe obtenerse directamente de ella” (p.51). Considerando los criterios explícitos del dónde y cuándo se recopila la información, así como la amplitud de la información, de modo que se pueda dar respuesta a los objetivos planteados de la forma más idónea posible desde el contexto natural, por medio de las fuentes vivas o directas.

## **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **3.3.1. Población**

La población se refiere a la delimitación espacial del estudio, es decir hasta donde puede alcanzar la generalización de los resultados. Para Salinas, citado por Sierra, C. (Ob. Cit., 2004), la población de estudio es “el conjunto de sujetos o unidades de observaciones que reúnen las características que se deben estudiar, que cumplen con los criterios de selección y a los cuales se desea extrapolar los resultados medidos y observador en la muestras” (p.64).

Existen varios tipos de población, la que corresponde al presente estudio se define finita. Según Hurtado, J. (Ob. Cit., 2012) “es el conjunto compuesto por una cantidad limitada de elementos, como el número de especies o personas, identificables por el investigador”. De acuerdo con esto, la población es finita

por presentar un número establecido de pacientes y está compuesta por treinta y seis (36) niños/as que acuden al área de odontopediatría, con edades comprendidas entre los 6 meses y 5 años de edad.

### **3.3.2. Muestra**

La muestra es el subconjunto de un universo o población, es decir, una parte de la población (Morles, citado por Arias, F., Ob, Cit., 2012). En el área de las ciencias sociales se han generalizado las investigaciones a través del estudio de muestras tomadas de las poblaciones en estudio, con el fin de generalizar los resultados a estas últimas, es decir, estudiar un subconjunto de la población a inferir sobre ésta los resultados obtenidos. La ideas base de la cual se parte es que la muestra, si es representativa, se comporta igual que la población. De allí los niveles de certeza al momento de generalizar. En esta investigación la muestra resultó ser intencional, es decir, las treinta y seis (36) personas que conforman la totalidad del universo o población, serán las mismas de la muestra, por tratarse de un número reducido.

## **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

En este particular, se indicarán las técnicas e instrumentos que serán utilizados en la investigación. Para Veliz, A. (2015), las técnicas de recolección de datos “son las distintas formas o maneras de obtener información” (p.79). Son ejemplos de técnicas: la observación directa, la encuesta en sus dos modalidades: oral o escrita (cuestionario), la entrevista, el análisis documental, análisis de contenido, entre otros. Por otro lado, los instrumentos son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información. Ejemplo: fichas, formatos de cuestionario, guía de entrevista, lista de cotejo, escala de actitud u opinión, grabador, cámara fotográfica o de video, entre otros.

Según esta definición, en cuanto a las técnicas, se utilizó la técnica de observación directa, por tratarse de un estudio de campo, el investigador con acceso al evento realizó una observación al registro odontopediátrico donde se evidencian los indicios de caries de Infancia temprana. Este tipo de técnica

consigna los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto para captación en un registro anecdótico; según el tema estudiado, se consideró el odontodiagrama proporcionado por el profesional del área. Seguidamente, se utilizó como instrumento para la recolección de datos el cuestionario. Según Arias, F. (Ob. Cit, 2012):

Se trata de una modalidad de encuesta que se realiza de forma escrita mediante un formato en papel contentivo de una serie de preguntas. Se le denomina cuestionario autoadministrado porque debe ser llenado por el encuestado, sin intervención del encuestador (p. 74).

En este caso, el cuestionario fue aplicado a los representantes por tratarse de pacientes infantiles; compuesto por veintitrés (23) ítems, de preguntas cerradas con dos opciones de respuestas o dicotómicas (SI o NO). Lo que permitirá desarrollar los objetivos específicos de la investigación.

### **3.5. PROCEDIMIENTOS**

Se refiere a las actividades y pasos secuenciales necesarios para llevar a cabo la investigación. Correspondiente al macro de las actividades ejecutadas en el estudio propiamente dicho (Sierra, C. Ob. Cit., 2004). Para el logro de los objetivos planteados, se siguieron los pasos señalados mediante cuatro fases, de la siguiente manera:

**Fase I. Planificación de la Investigación:** en esta fase se diagnostica el tema, la población y el contexto donde se elaboró la investigación.

**Fase II. Desarrollo de la Investigación:** en primer lugar se visita el lugar donde se desea realizar la investigación, se observa, se registran datos de relevancia, se investiga por medio de fuentes bibliográficas sobre el tema. Se recibe asesoría por parte de los tutores del área metodológica y de contenido. Se plantea el instrumento. Se aplica el instrumento. Aquí se hace la recolección de los datos, análisis e interpretación de los datos recabados.

**Fase III. Redacción del Informe final.** En esta fase se hacen las revisiones del Trabajo, en cuanto a redacción, normas, contenido. Se hacen los ajustes necesarios.

**Fase IV. Defensa.** Aquí por medio de pantallas de presentación se expone de manera verbal a los jurados asignados por la Universidad José Antonio Páez, el trabajo final. Esperando poder llenar las expectativas.

### **3.6. LIMITACIONES**

Son aquellos obstáculos que eventualmente pudieran presentarse durante el desarrollo del estudio y que escapan del control del investigador (Arias, F., Ob. Cit., 2012). Al respecto, se puede decir que el más relevante obstáculo fue coincidir con el personal de odontopediatría en cuestión, por tratarse de un centro de salud público y maneja horarios en torno a la capacidad de insumos, materiales e implementos utilizados para brindar una buena atención a los pacientes.

### **3.7. RESULTADOS**

Finalizadas las tareas de recolección de los datos las investigadoras tendrán en posesión un cierto número de datos, a partir de los cuales será posible establecer los resultados para poder llegar a las conclusiones generales que apunten a esclarecer el problema formulado (Sabino, C., Ob. Cit., 2007). Pero esa masa de datos por sí sola, no dirá en principio nada, ni permitirá alcanzar un resultado. En este sentido se procede a organizar dichos datos a través del procesamiento sistemático, codificándolos para agruparlos numéricamente de acuerdo a las respuestas obtenidas en el instrumento aplicado.

Adicionalmente, se tabulan los datos en una tabla de frecuencia, para así estratificar en porcentajes. Se procede a graficar cada respuesta, expresando visualmente los valores numéricos guardando relación con la tabla de frecuencia, para representar las tendencias arrojadas por el cuestionario en gráficos de torta, lo que permitirá una comprensión global, rápida y directa, de la información. El análisis es fundamental para comprender los resultados, puesto que de allí se determina el valor y relevancia de la investigación.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

En este capítulo se presenta, los resultados obtenidos a través del instrumento aplicado a las treinta y seis (36) personas que representan los pacientes que asisten al consultorio de odontopediatría ubicado en la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera del municipio Valencia Estado Carabobo, en este sentido, se utilizaron distribuciones de frecuencia, por tal motivo, con los datos arrojados se elaboraron tablas y se llevaron a gráficos circulares o de torta, para facilitar la interpretación así como también el análisis de cada una de las respuestas suministradas sobre los veintitrés (23) ítems formulados por preguntas cerradas con dos opciones de respuestas y/o dicotómicas.

En este orden de ideas, se consideró lo planteado por Rodríguez (2007), donde señala: “una vez que se haya recopilado la información deseada, a través de los instrumentos aplicados para tal fin, ésta deberá procesarse para formular las conclusiones correspondientes” (p.119). En este sentido, posteriormente, las respuestas fueron tabuladas y contrastadas, con los postulados teóricos que fundamentan la investigación y se tomó para su análisis el criterio de tendencia estadística baja (entre 1%-49%), media (entre 50%-74%), y alta (entre 75%-100%), según los porcentajes arrojados en cada ítems, con la finalidad de dar más detalles a la interpretación de los resultados y hallazgos encontrados.

**Ítem N°1.** ¿El paciente se encuentra entre la edad de 6 meses a 3 años?

**Dimensión:** Características epidemiológicas.

**Indicador:** Edad.

**Cuadro N°2**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 25         | 69%        |
| NO           | 11         | 31%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 1**



**Análisis:** En lo que respecta a los datos tabulados para el ítem N°1, se visualiza una tendencia estadística alta, señalando un gran número de pacientes en edades comprendidas dentro de la escala cronológica desde los 6 meses hasta los 3 años. Los hallazgos se enmarcaron con lo expuesto por Velásquez, O. y Podestá, M. (2014), en el 4to. Congreso odontológico de Mercosur, donde señalan estudios sobre la prevalencia de caries de infancia temprana (CIT) en niños menores a 36 meses con mayor tendencia en comparación con los niños mayores a los 36 meses, debido a la falta de atención para una correcta higiene bucal. Esto demuestra que la prevalencia de caries de infancia temprana se inclina en un 69% hacia esta escala de niños/as menores a los 3 años de edad, tendencia preocupante por tratarse de pacientes vulnerables, indefensos y dependiente del adulto o cuidador.

**Ítem N**

**Ítem N°2.** ¿Su representado tiene de 4 a 7 años?

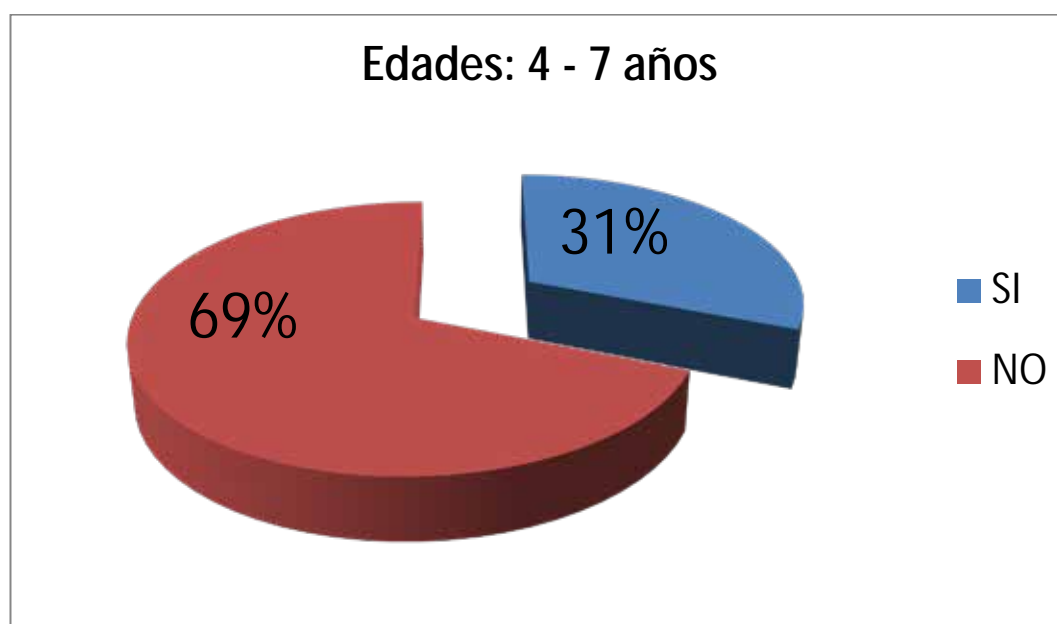
**Dimensión:** Características epidemiológicas.

**Indicador:** Edad.

**Cuadro N°3**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 11         | 31%        |
| NO           | 25         | 69%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 2**



**Análisis:** Para estratificar las respuestas arrojadas para el ítem N°2, se observó que solo un 31% de los pacientes atendidos se encuentran en edades comprendidas dentro de la escala cronológica desde los 4 hasta los 7 años. A esta manifestación se le relaciona con el enunciado mostrado por Fuentes, M. (2013), señalando en relación al estudio de un grupo de odontopediatras venezolanos, pioneros en la odontología del materno infantil, refiriendo que las estadísticas un mayor porcentaje de caries en niños menores a los 3 años. Demostrando que el riesgo es latente entre los primeros tres años de vida, lo cual señala que a partir de los 4-7 años de edad el índice de CIT es más bajo, probablemente porque la higiene bucal salud bucal se expresa de forma diferente con relación a los bebés que la limpieza depende al 100% del adulto cuidador. Los niños de 4-7 años pueden practicar su propia higiene bucal, con técnicas de cepillado, tal como lo indica Rangel, M. (2015).

**Ítem N°3.** ¿El paciente es masculino?

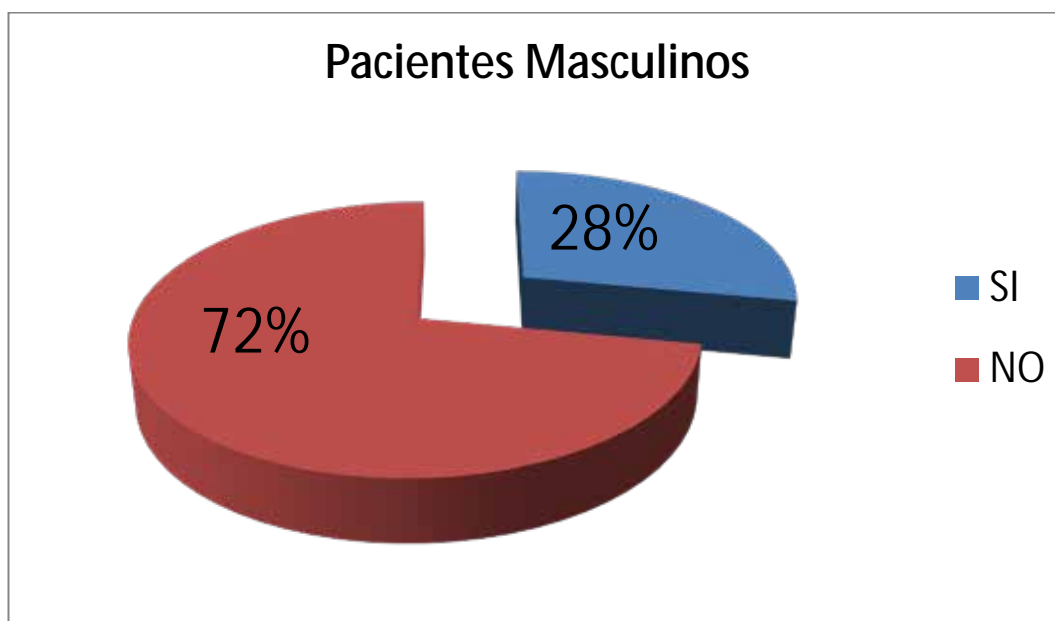
**Dimensión:** Características epidemiológicas.

**Indicador:** Género

**Cuadro N°4**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 10         | 28%        |
| NO           | 26         | 72%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 3**



**Análisis:** Con respecto al ítem N°3 las respuestas de los encuestados manifiestan una tendencia baja del 28% para el indicador del género masculino. En este sentido, los estudios de Fernández, M. (2016) cooperan para asociar de forma significativa estadísticamente la CIT con respecto a edad y género, como características etiológicas relevantes para la aplicación del criterio ICDA. Por lo tanto, la prevalencia de caries, así como la severidad o extensión de la lesión para este estudio se manifiesta un alto porcentaje de niños (masculinos) entre los pacientes atendidos sujeto de esta investigación.

**Ítem N°4.** ¿El paciente es femenino?

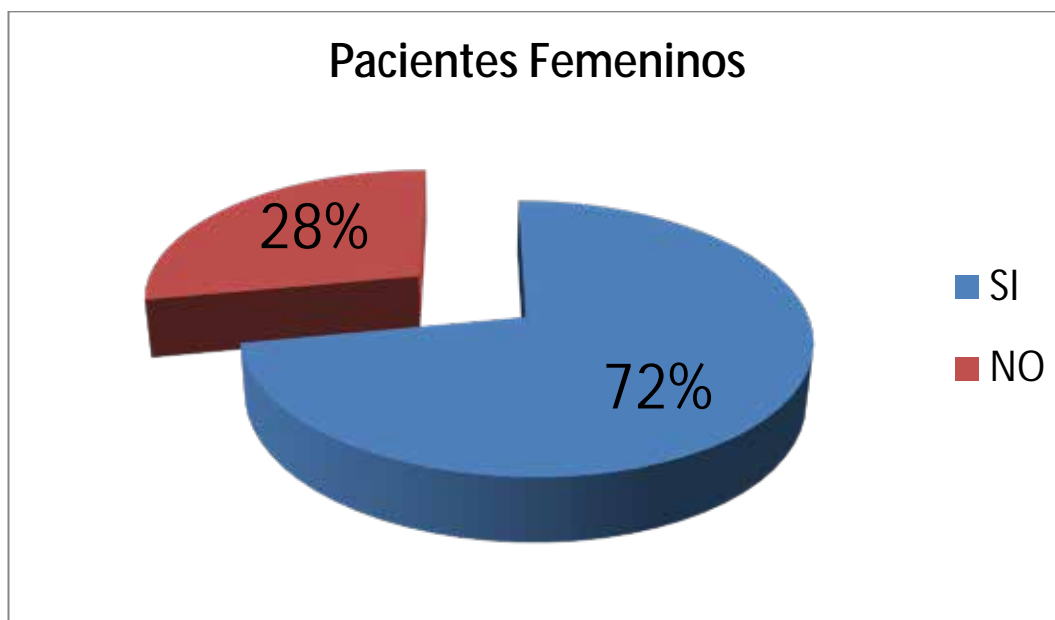
**Dimensión:** Características epidemiológicas.

**Indicador:** Género

**Cuadro N°5**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 26         | 72%        |
| NO           | 10         | 28%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 4**



**Análisis:** Se puede observar en el gráfico N°4 la representación de una tendencia media-alta del 72% para el indicador del género femenino. En este sentido, los estudios de Fernández, M. (2016) señalan la importancia de indagar sobre las dimensiones características para lograr estratificar por grupos etarios que ayuden a determinar los rangos etiológicos (género) de ubicación para el paciente, para así distinguir la relación estadística entre la enfermedad CIT y el género donde se manifiesta con mayor o menor frecuencia. En este caso, la gráfica muestra una prevalencia de caries media-alta del 72% de severidad o extensión de la lesión en pacientes niñas (femeninas) con atención odontológica por CIT.

**Ítem N°5.** ¿Su hijo/a presenta dolor frecuente en la cavidad bucal?

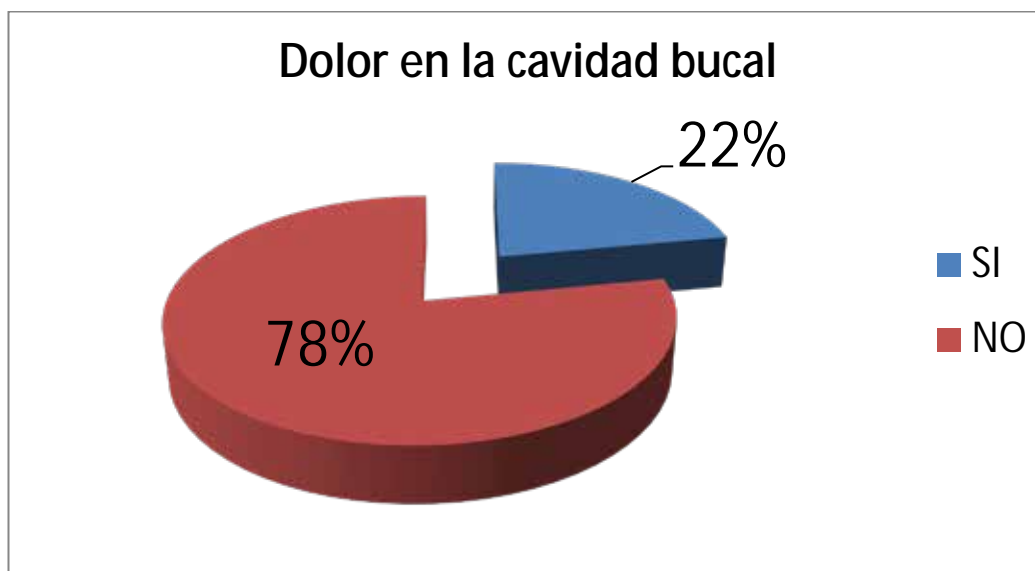
**Dimensión:** Conocimientos

**Indicador:** Edad.

**Cuadro N°6**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 08         | 22%        |
| NO           | 28         | 78%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 5**



**Análisis:** Para el ítem N°5, un 22% de los encuestados señalan que presentan dolor en la cavidad bucal. Para Tuodontologo.com (2015), este dolor se manifiesta en la tercera etapa de la caries, cuando llega al conducto que contiene los nervios que nutren al diente, es allí donde comienza a ser dolorosa y es necesario tratarla de inmediato. Este dato es de suma importancia para el odontólogo asumir la pertinente, por tratarse en su mayor porcentaje, tal como lo refleja el ítem N°1, de niños/as en edades comprendidas entre los 6 meses y 3 años; etapa donde la comunicación es insuficiente como para ellos mismos proporcionar al adulto una queja que apunte los síntomas exactos del dolor. Desde esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala a la caries como una enfermedad crónica más frecuente en la infancia, de origen multifactorial, con graves repercusiones en la salud integral del niño, como dolor intenso e infecciones faciales que pueden requerir tratamientos de urgencias. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida del paciente. De allí, que la importancia del presente estudio tiene relevancia para determinar la prevalencia de CIT y evitar que se intensifiquen las consecuencias en la salud y desarrollo integral del niño/a.

**Ítem N°6.** ¿Sabe Ud. que son las caries?

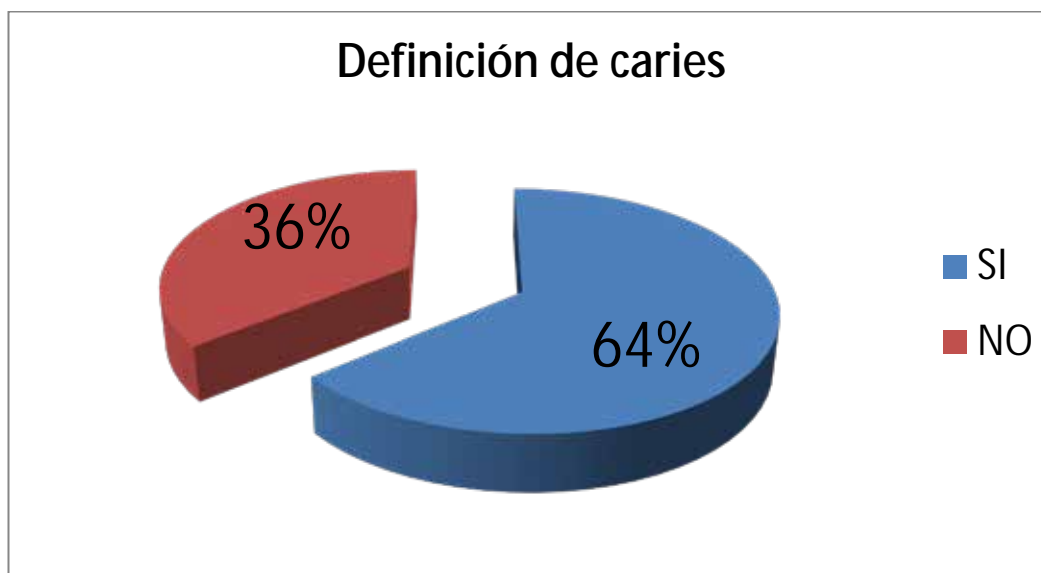
**Dimensión:** Conocimientos.

**Indicador:** Caries

**Cuadro N°7**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 23         | 64%        |
| NO           | 13         | 36%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 6**



**Análisis:** En el ítem N°6, se les pregunta a los encuestados si conocen o no sobre el concepto o definición de la caries, a lo que el 64% respondió que sí. Esto, ubica esta representación en un criterio de tendencia estadística media. Este hallazgo está relacionado con los aportes de Michelen, A. (2014), donde señala que la caries dental puede aparecer en la cavidad oral del niño/a, tan pronto erupciona el primer diente de leche, debido a esto, el autor recomienda inmediatamente que aparecen los primeros dientecitos acudan al profesional de la odontología, para evaluación de las condiciones existentes y sobre todo para una instrucción apropiada a los padres en el cuidado y prevención de las afecciones orales. Señalamiento, que ubica la tarea del padre o cuidador bajo actuaciones de responsabilidad para optimizar la calidad de vida del niño/a, mediante la prevención. Por lo tanto, es necesario que no sólo un porcentaje, sino el 100% de los padres o cuidadores estén al tanto, de todas las concepciones sobre las caries, tipos, condiciones y todo lo que implique el estado de salud bucal e integral del niño/a, para favorecer la rápida atención y tratamiento eficaz.

**Ítem N°7.** ¿Sabe Ud. cuantas caries tiene su niño/a?

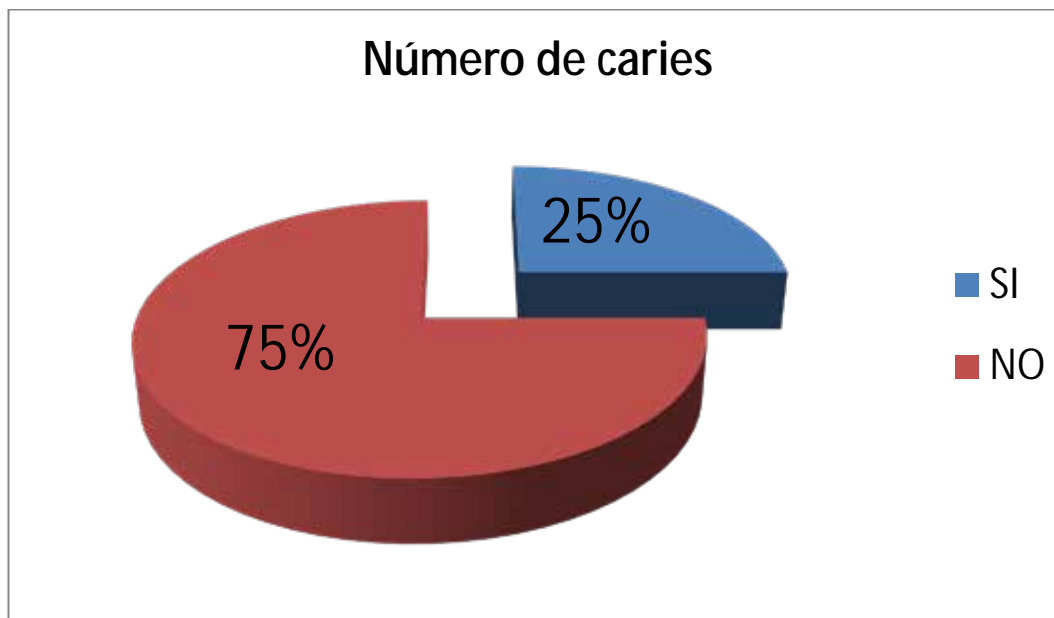
**Dimensión:** Conocimientos

**Indicador:** Caries.

**Cuadro N°8**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 09         | 25%        |
| NO           | 27         | 75%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 7**



**Análisis:** Con respecto a los resultados de la dimensión *Conocimientos*, el gráfico N°7, muestra que el 75% de los encuestados manifiestan una tendencia negativa sobre el conocimiento del número de caries que presenta el niño/a. Desde esta perspectiva, la poca atención o participación en la salud bucal del niño/a por parte del adulto a cargo (familiar/cuidador) coincide con los señalamientos de Sánchez, J. (2011), donde expone que la caries dental “es la enfermedad crónica más común en infantes, cinco veces más frecuente que el asma, la fiebre y la bronquitis crónica”. El mismo, considera, que a pesar de esto, la enfermedad no ha sido señalada como problema de salud pública y su atención es poca por no presentar mortalidad directa. Aún siendo reconocida como la segunda enfermedad más prevalente que afecta al ser humano, puesto que las secuelas a nivel sistémico por los procesos infecciosos repercuten sobre la calidad de vida del paciente. De alguna manera, la mayoría de las personas aquí encuestadas por su tendencia, dieron relevancia a los hallazgos descriptivos de los posibles factores que influyen en la aparición del CIT

**Ítem N°8.** ¿Conoce Ud. el significado de caries de infancia temprana?

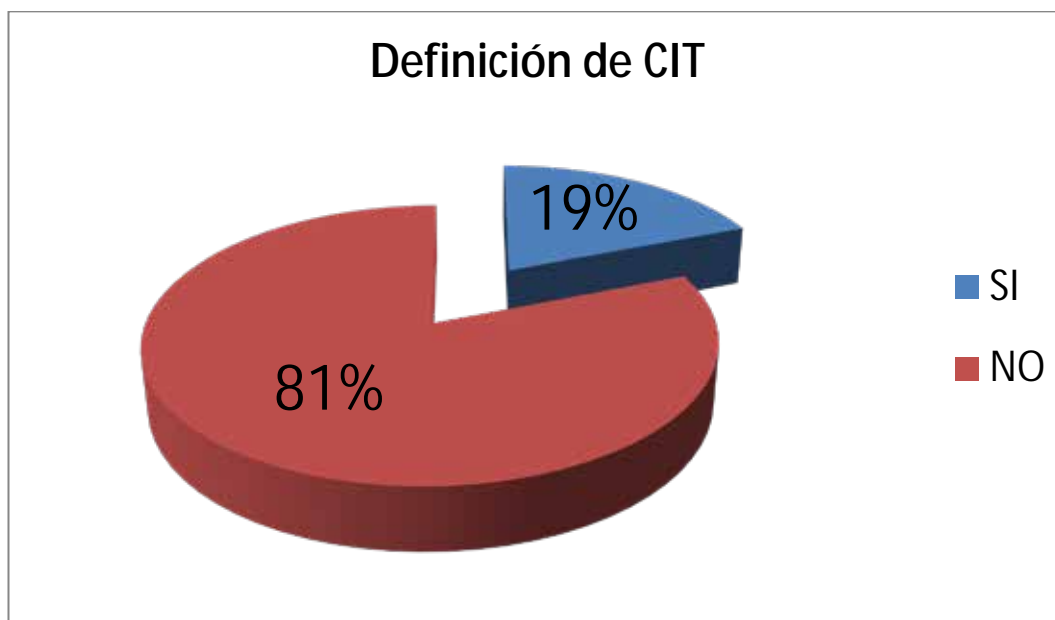
**Dimensión:** Conocimientos.

**Indicador:**Tipos de caries

**Cuadro N°9**

| <b>ALTERNATIVAS</b> | <b>FRECUENCIA</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| SI                  | 07                | 19%               |
| NO                  | 29                | 81 %              |
| <b>TOTAL</b>        | 36                | 100%              |

**Gráfico N° 8**



**Análisis:** El 81% de los encuestados desconocen el significado de CIT, lo que ubica este dato en el criterio de tendencia estadística alta (entre 75%-100%) para el ítem N°8. Al respecto, se consideró el estudio presentado en el 4to Congreso odontológico de Mercosur por parte de Velásquez, O. y Podestá, M. (2014), donde se menciona la implementación de protocolos de programas educativos sobre CIT en Perú (1989-2005) a los padres de pacientes, lo cual estadísticamente registró un descenso en un 34,78% de CIT en la población estudiada. Esto demuestra que la educación de los padres es la base para la prevención de la caries a edad temprana.

**Ítem N°9.** ¿Sabe Ud. cuantos tipos de lactancia existen?

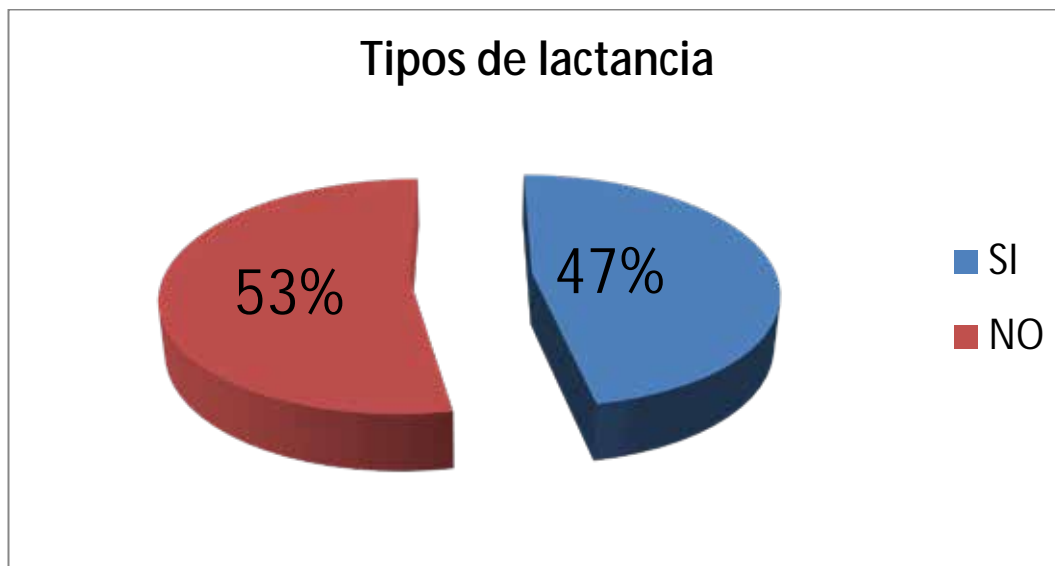
**Dimensión:** Conocimientos.

**Indicador:** Lactancia.

**Cuadro N°10**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 17         | 47%        |
| NO           | 19         | 53%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 9**



**Análisis:** La representación gráfica de las respuestas recolectadas para el ítem N°9 señala que un 53% de los encuestados desconocen cuántos tipos de lactancia existe. Un tema que a ciencia cierta es sencillo, pero aún existe poblaciones que ignoran este tipo de información. El otro 47% dice conocer los tipos de lactancia. Desde el punto de vista de Condrac, R. (2011), la mayoría de las madres inicia la lactancia natural, aunque diversos factores sociales, económicos y culturales influyen para que se produzca otro tipo de alimentación. La decisión de amamantar está frecuentemente influenciada por la información acerca de la alimentación infantil que reciben las madres. Las actitudes familiares, médicas y culturales, las condiciones económicas, presiones comerciales, políticas y normas laborales, pueden favorecer o cooperar en la elección de los tipos de lactancia: Natural o materna y lactancia artificial o de fórmula. Esto determina la necesidad de que las madres sean informadas sobre los tipos de lactancia, los pros y contra de cada una; además este dato facilita ubicar los factores que influyen en la aparición de la CIT, como parte de los *condicionantes externos*: nivel educativo de las personas a cargo de los niños/as.

**Ítem N°10.** ¿Sabe Ud. que es lactancia artificial?

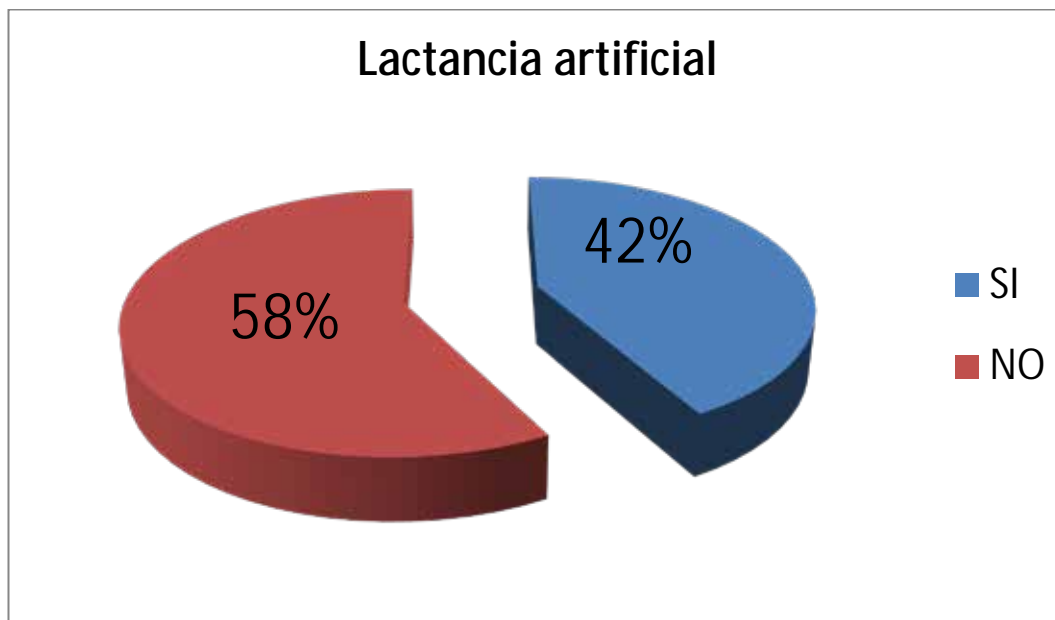
**Dimensión:** Características epidemiológicas.

**Indicador:** Tipos de lactancia.

**Cuadro N°11**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 15         | 42%        |
| NO           | 21         | 58%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 10**



**Análisis:** El gráfico N°10 de la frecuencia de datos, señala una tendencia de un 58% inclinada hacia el desconocimiento de la definición de la lactancia artificial. Esta respuesta, indica que a pesar que las madres alimentan con lactancia artificial, desconocen su definición, origen, componentes, ventajas o desventajas nutricionales o de salud. En los aportes de Condrac, R. (2011), señala que existen algunos factores que pueden aconsejar la lactancia artificial; por ejemplo, cuando la madre sufre alguna enfermedad, cuando tiene problemas para producir o segregar leche o cuando se dan otras circunstancias, como trabajar fuera de casa recurren a este tipo de lactancia. Existen leches artificiales en el mercado, que a pesar de no presentar las ventajas nutricionales e inmunológicas de la leche materna, constituyen una alternativa adecuada. Sin embargo, las madres aquí encuestadas, en su mayoría desconocen que la lactancia artificial consiste en alimentar al bebé con fórmulas lácteas adaptadas, modificando la lecha de vaca para intentar que se parezca al máximo a la leche materna. Siendo este un aporte para dar relevancia a los objetivos planteados.

**Ítem N°11.** ¿Aplica azúcar en la preparación del tetero para alimentar a su hijo/a?

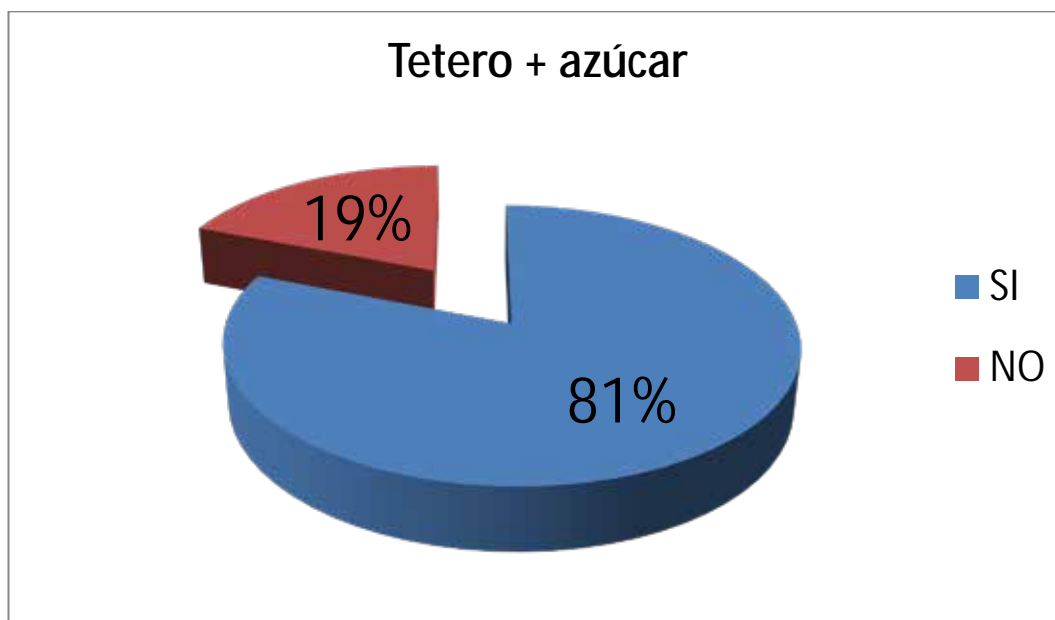
**Dimensión:** Etiología.

**Indicador:** Dieta.

**Cuadro N°12**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 29         | 81%        |
| NO           | 07         | 19%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 11**



**Análisis:** Las respuestas graficadas para el ítem N°11, señalan que el 81% de los encuestados aplican azúcar en la preparación del tetero para alimentar a su hijo/a, lo que indica una tendencia alta. A este respecto, Lizarrazo, F. (2012), la CIT se origina a través de la exposición frecuente de los dientes del niño a líquidos que contienen azúcares. Estos líquidos incluyen, entre otros, leche, fórmula, jugo de fruta, refrescos y otras bebidas azucaradas. Por su parte, los azúcares que contienen estos líquidos se fijan alrededor de los dientes y las encías del bebé y sirven de alimento para las bacterias que originan la placa. Cada vez que un niño consume un líquido azucarado, los ácidos atacan los dientes y la encía. Después de varios de estos ataques, los dientes comienzan a cariarse. Este aporte indica una correlación entre los teteros azucarados y los factores que influyen en la aparición de CIT.

**Ítem N°13.** ¿Su hijo/a se cepilla los dientes después de cada comida?

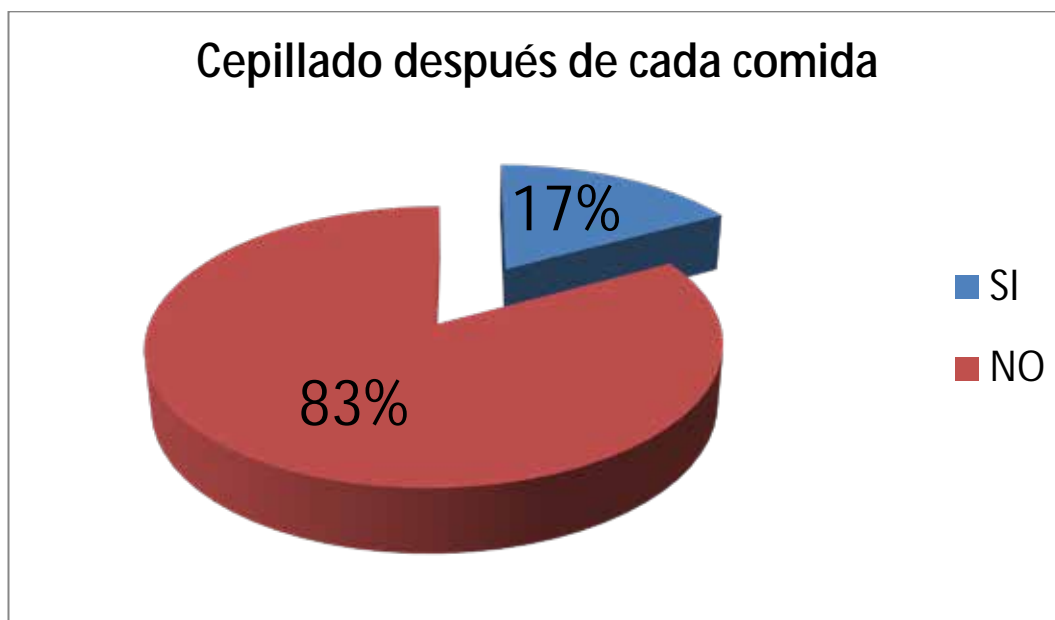
**Dimensión:** Etiología.

**Indicador:** Higiene.

**Cuadro N°14**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 06         | 17%        |
| NO           | 30         | 83%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 13**



**Análisis:** Para el indicador Higiene se graficó las respuestas arrojadas en el ítem N°13, donde el 83% de los encuestados señala que el paciente (niño/a) no se cepilla los dientes después de cada comida. Para Clemente, C. (2016), el descuido o deficiencia en la higiene bucal del niño (por ejemplo en familias muy numerosas, que dificulta a la madre la limpieza y/o supervisión diaria, adecuada, de los dientes de cada uno de sus hijos) origina la retención de placa bacteriana, lo que conlleva a una disminución del pH salival y a la desmineralización del esmalte, produciendo la caries dental. Lo que hace que esta tendencia sobre la falta de cepillado después de cada comida, le de relevancia a la investigación, en cuanto a la relación entre la CIT y la práctica de higiene bucal.

**Ítem N°14.** ¿A parte de la crema dental su hijo/a usa otros productos para mejorar la higiene de salud bucal?

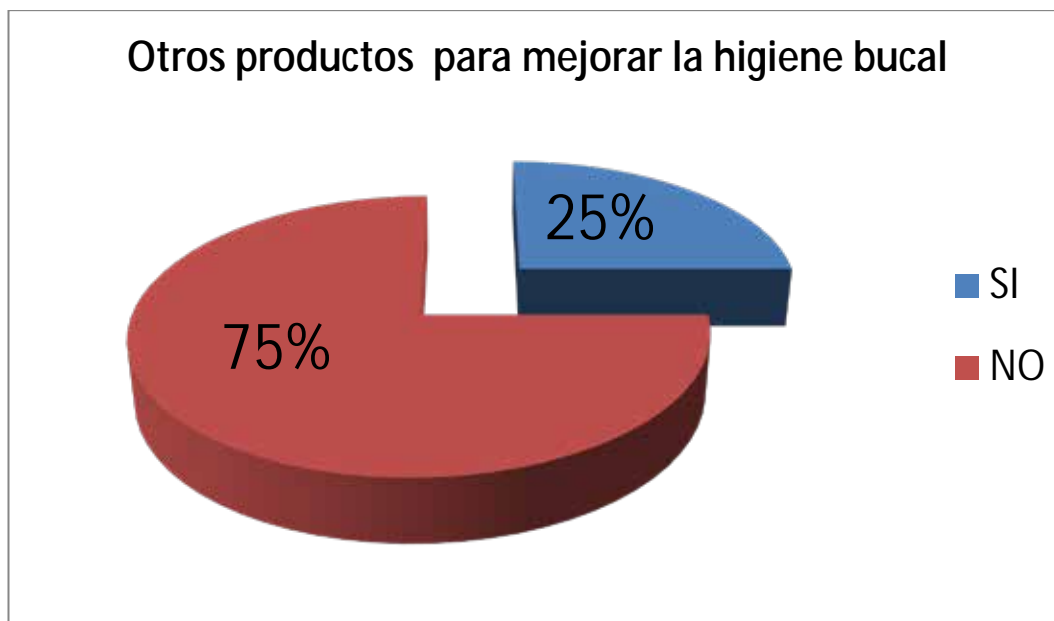
**Dimensión:** Etiología.

**Indicador:** Higiene.

**Cuadro N°15**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 09         | 25%        |
| NO           | 27         | 75%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 14**



**Análisis:** Para el ítem N°14 se manifiesta que el 75% de los encuestados señalaron no usar otros productos para mejorar la higiene de salud bucal del niño/a aparte de la crema dental. Cabe destacar que en el ítem anterior se evidencia la falta de una buena higiene bucal, demostrando que sólo el 17% de los pacientes se cepillan después de cada comida, esto sumado a la falta de aplicación de algún otro producto que ayude a la higiene y salud bucal determina la importancia del aporte de Perona, G. (2012), donde indica que el sistema de profesionales de la odontología está íntimamente conexas con la salud integral del niño/a, lo que debe enfatizar prácticas educativas sobre la promoción, prevención y monitoreo constante del estado de salud individual y colectiva. En este sentido, los datos aquí recopilados identifican una relación entre la CIT y la práctica de higiene bucal.

**Ítem N°15.** ¿Alguien más usa el cepillo de diente de su hijo/a?

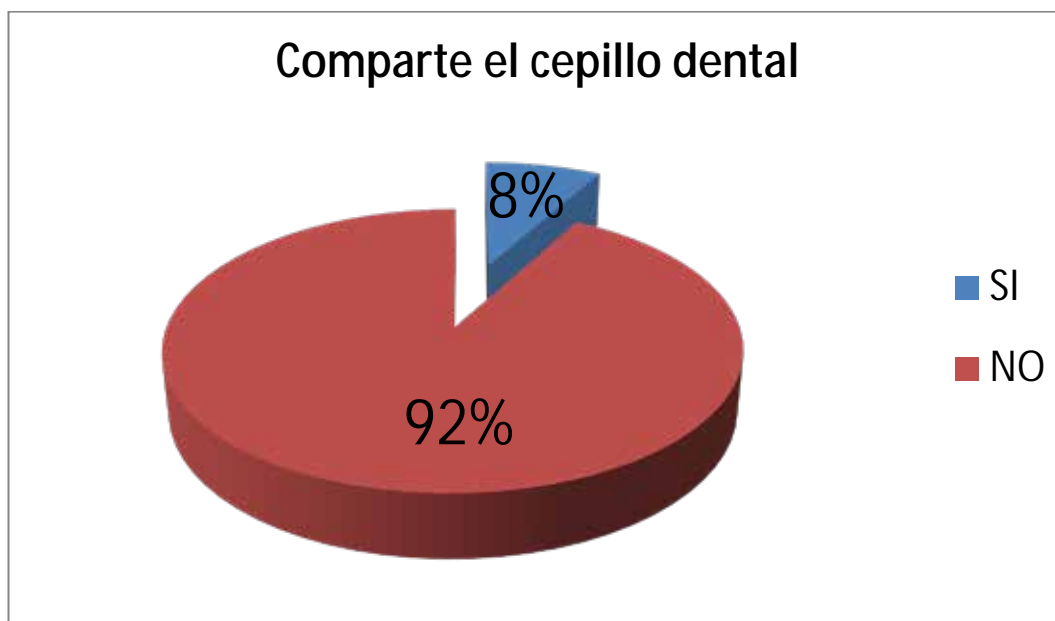
**Dimensión:** Etiología.

**Indicador:** Placa dentobacteriana

**Cuadro N°16**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 03         | 8%         |
| NO           | 33         | 92%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 15**



**Análisis:** El cepillo dental, es un instrumento personal, cada paciente debe darle el uso preciso para su función. En el ítem N°15, un 92% señala que no lo comparten con otra persona, apreciación que concuerda con De Sánchez, E. (2010), con respecto a los factores de transmisión de CIT por depósitos bacteriano. Esta condición avanza de una manera rápida en los dientes temporales o de leche y se debe a la interacción entre bacterias productoras de ácidos y la presencia de carbohidratos, así como otros factores, que incluyen a los dientes y la saliva. La CTI es una enfermedad infecciosa, cuyo factor etiológico principal es la bacteria *S. mutans* y *Lactobacilos*.

**Ítem N°16.** ¿Sabe Ud. que las bacterias que presenta en la boca pueden ser transmitidas al niño/a?

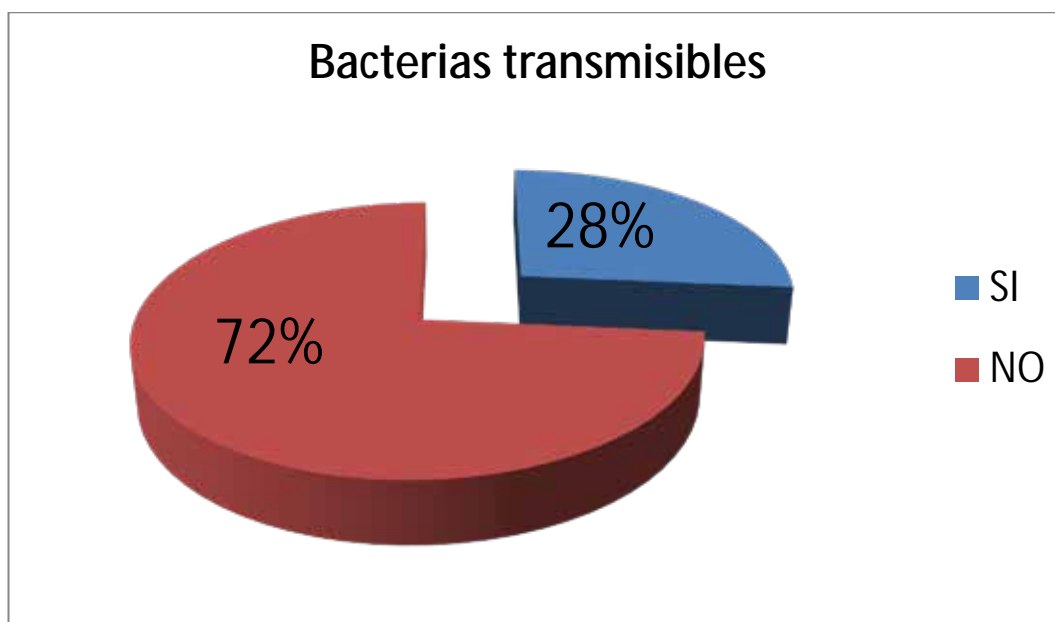
**Dimensión:** Etiología.

**Indicador:** Placa dentobacteriana.

**Cuadro N°17**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 10         | 28%        |
| NO           | 26         | 72%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 16**



**Análisis:** El 72% de los encuestados desconoce que las bacterias que presenta en la boca pueden ser transmitida al niño/a. Contradiendo lo que señala Clemente, C. (2016) en su estudio sobre la presencia de lesiones cariosas, enfermedad periodontal y mala higiene bucal en la madre, como espectro oral de gérmenes maternos que conllevan a la transmisión vertical madre-niño/a, siendo esta la fuente primaria del *S. Mutans*, que luego colonizará y proliferará en la boca del niño a una edad temprana. Lo que refleja que el nivel educativo sigue siendo un factor de condicionantes externos frecuente en los pacientes objetos de estudio. Dándole así importancia a la aplicación de los objetivos planteados.

**Ítem N°17.** ¿Tiene usted algún contacto bucal con los utensilios del niño/a antes de alimentarlo/a (soplar o probar alimento)?

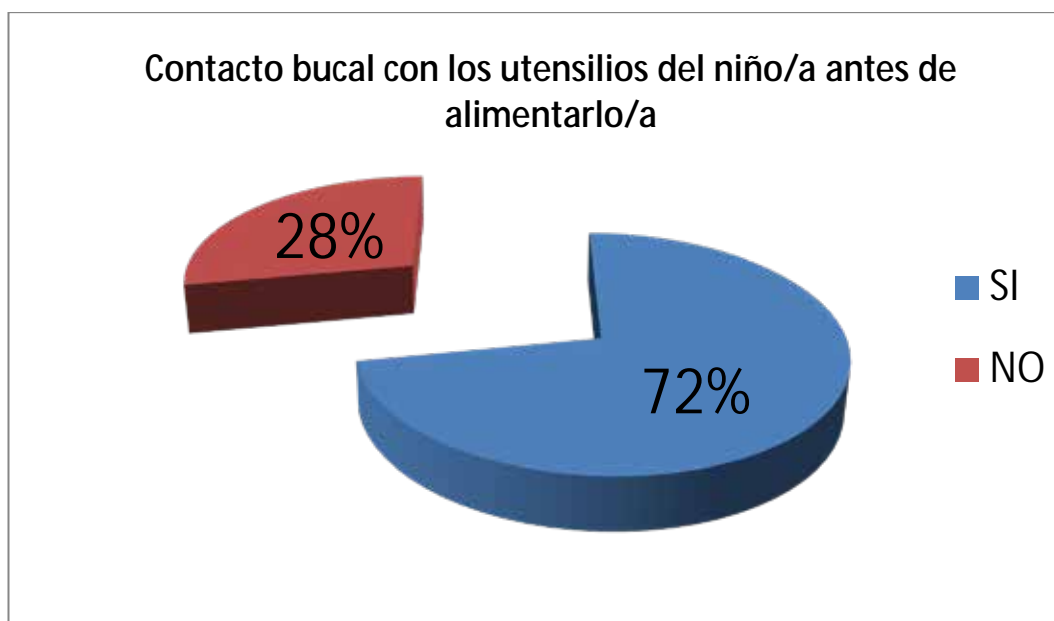
**Dimensión:** Etiología.

**Indicador:** Placa dentobacteriana.

**Cuadro N°18**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 26         | 72%        |
| NO           | 10         | 28%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 17**



**Análisis:** Como se puede observar en el gráfico N°17, el 72% responden al ítem revelando que si tienen algún contacto bucal con los utensilios del niño/a antes de alimentarlo/a, esto señala un indicador de posible transmisión vertical, que según De Sánchez, E. (2010) se debe a malas prácticas como soplar y/o probar los alimentos del niño, "limpiar" el chupete del bebé con la boca, besar al niño en la boca y/o manos, estos hábitos no sólo transmiten la caries dental, sino también otro tipo de enfermedades, mediante espectro oral de gérmenes como fuentes primaria de *S. Mutans*. Lo que da pertinencia al objetivo que plantea determinar los factores que influyen en la aparición de CIT, dando sentido y coherencia al tema en estudio.

**Ítem N°18.** ¿Conoce usted sobre la salud bucal de su hijo/a?

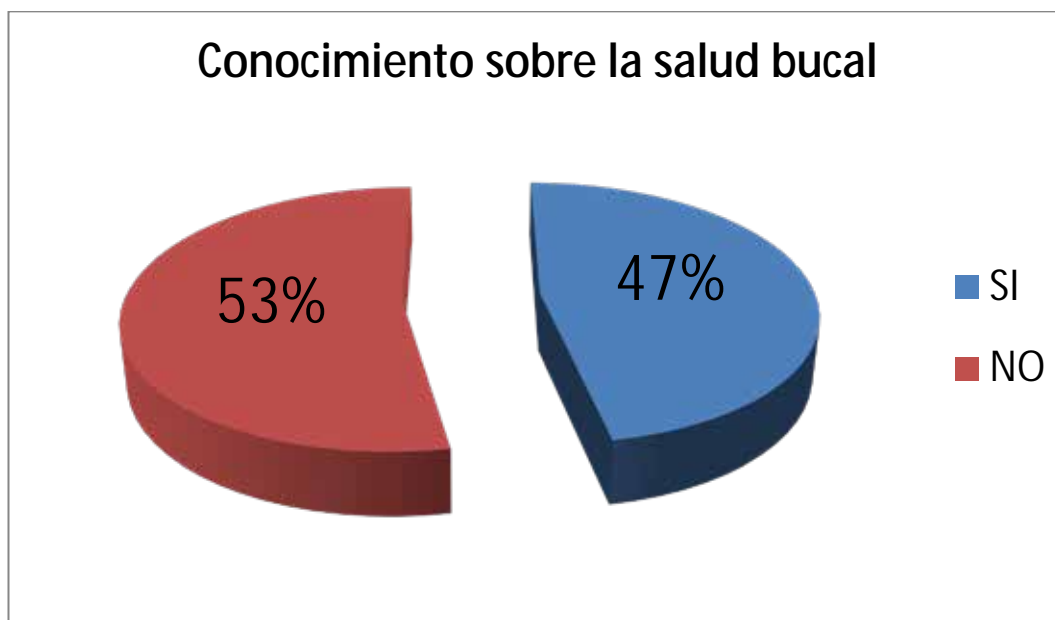
**Dimensión:** Estado de salud Bucal.

**Indicador:** Diagnóstico.

**Cuadro N°19**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 17         | 47%        |
| NO           | 19         | 53%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 18**



**Análisis:** Para el ítem N°18 la tendencia de un 53% de encuestados no conoce acerca de la salud bucal de su hijo/a. Al respecto, existen factores donde la carencia cultural–educativa juega un rol importante, por lo que las investigadoras insisten en señalar los estudios que presentan Velásquez, O. y Podestá, M. (2014) que formulan que: la educación de los padres es la base para la prevención de la CIT. Estos datos hacen énfasis en recomendar una serie de programas educativos para padres o cuidadores de los pacientes sobre la salud bucal del niño/a.

**Ítem N°19.** ¿Visita regularmente al odontólogo para garantizarle la salud bucal a su hijo/a?

**Dimensión:** Estado de salud Bucal.

**Indicador:** Control Odontológico.

**Cuadro N°20**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 23         | 64%        |
| NO           | 13         | 36%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 19**



**Análisis:** El ítem N°19, arrojó que un 64%, o sea, una tendencia media indicando que si visitan regularmente al odontólogo para garantizarle la salud bucal a su hijo/a. Tales resultados concuerdan con Velásquez, O. y Podestá, M. (2014), que refiere la obligación de los padres que al brotar el primer diente o al año de edad el niño visite el odontólogo como lo sugieren las Asociaciones de Odontopediatría a nivel mundial y la Academia Americana de Pediatría para reforzar buenos hábitos higiénicos; realizar tratamientos preventivos como la aplicación de barniz de flúor; asesorar adecuadamente sobre hábitos e higiene en la alimentación del niño y de ese modo cooperar en la disminución de los niveles estadísticos de la enfermedad. En este sentido aprecia el cumplimiento en parte de la dimensión *Estado de Salud*, siendo importante, tratar de corregir las actitudes del representante para aumentar el porcentaje para la visita del odontólogo, ya que se trata de pacientes ya evaluados y en tratamiento.

**Ítem N°20.** ¿Reconoce usted que debe cepillar a su hijo/a para evitar las caries de primera infancia?

**Dimensión:** Hábitos de higiene.

**Indicador:** Técnicas de cepillado.

**Cuadro N°21**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 26         | 72%        |
| NO           | 10         | 28%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 20**



**Análisis:** En el gráfico para el ítem N°20, se observa cómo el 72% de los encuestados después de una serie de señalamientos en los ítems anteriores, reconocen que deben cepillar al niño/a para evitar la CIT. Al respecto, la guía digital Tuodontologo.com (2015), refiere que “a diario sobre los dientes se forma placa dentobacteriana”, esta se compone de bacterias microscópicas que procesan los residuos de los alimentos y al hacerlo forman un ácido que causa la desmineralización de los dientes y la aparición de la caries. Lo que quiere decir, que si el adulto o cuidador del paciente crea hábitos de higiene, mínimo, durante la primera etapa la desmineralización en la que se produce manchas blancas y sin brillo en el diente, el efecto puede ser revertido a través del cepillado correcto y con la utilización de pasta dental con flúor. En este sentido, es imprescindible el cambio de actitud de los padres frente a este planteamiento.

**Ítem N°21.** ¿Ayuda usted a sus hijo/a cepillare los dientes?

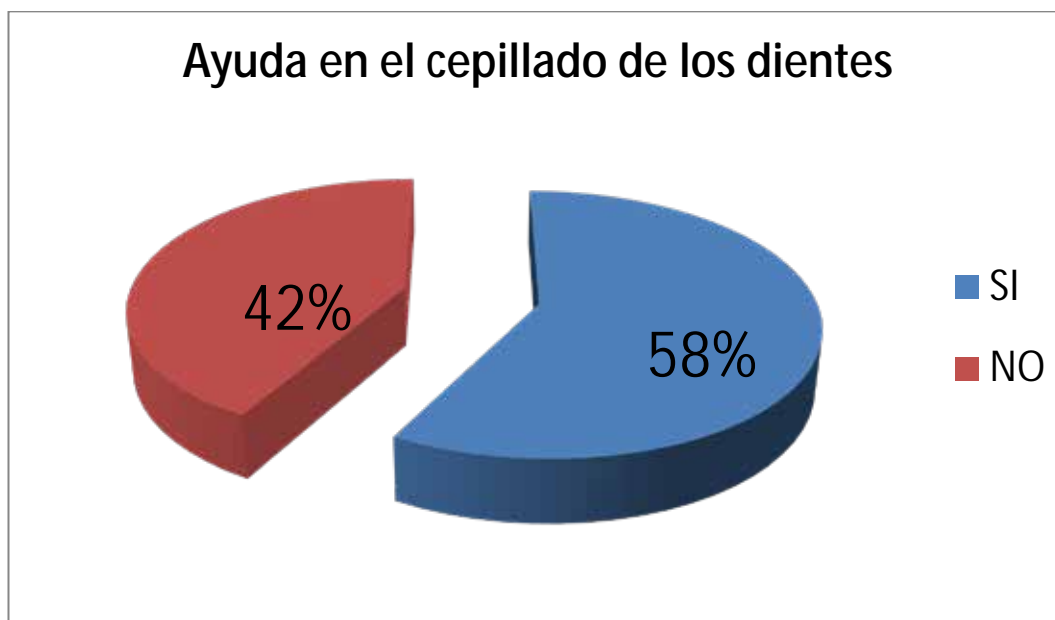
**Dimensión:** Hábitos de higiene.

**Indicador:** Técnicas de cepillado.

**Cuadro N°22**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 21         | 58%        |
| NO           | 15         | 42%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 21**



**Análisis:** Para el ítem N°21, la tendencia fue media, de manera que, el 58% de los encuestados dieron respuestas positivas que reflejan la ayuda que brindan al niño/a para cepillarse los dientes. Tales resultados debería plantearse como dato informativo para resolver el objetivo (3) donde se plantea identificar la relación entre caries y práctica de higiene bucal, ya que se trata de niño/as que deben ser orientados y estimulados en su comportamiento para que el porcentaje o tendencia sea más alto. Esto, de acuerdo a los planteamientos de la Teoría de Aprendizaje de Vygotsky (1933), que muestra sus bases en el marco del paradigma sociocultural para el desarrollo cognitivo, cuyos principios básicos son “La transformación de un proceso interpersonal (social) e intrapersonal, los estadios de internalización y el papel de los discípulos experimentados”. A tal efecto, se entiende que el desarrollo y funcionamiento de las personas son un reflejo de su entorno social.

**Ítem N°22.** ¿Le cambie el cepillo de diente a su hijo/a cada 6 meses?

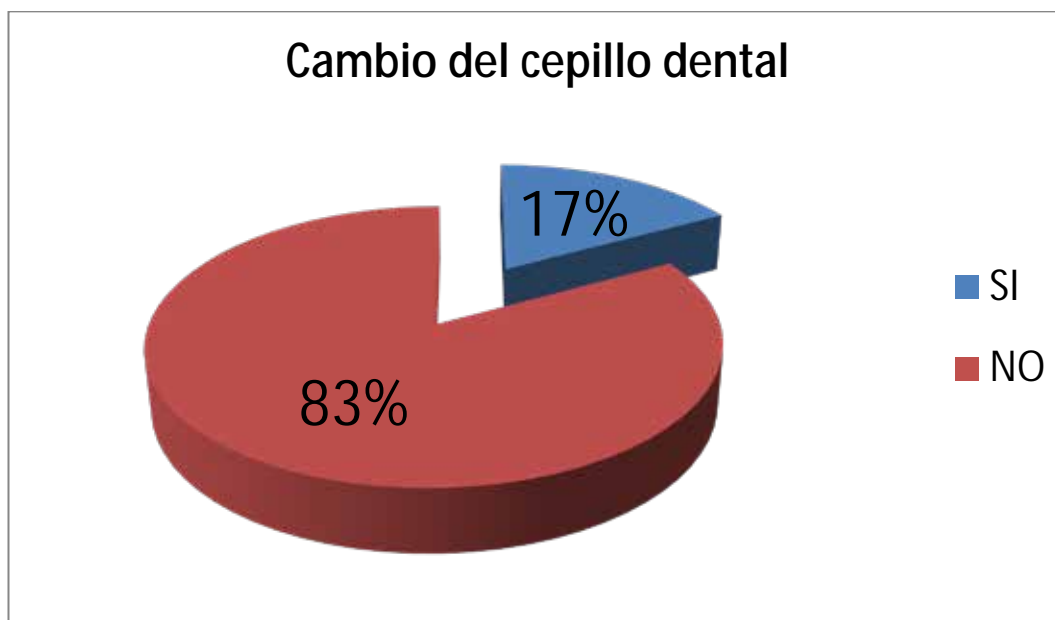
**Dimensión:** Hábitos de higiene.

**Indicador:** Técnicas de cepillado.

**Cuadro N°23**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 06         | 17%        |
| NO           | 30         | 83%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 22**



**Análisis:** Las respuestas para el ítem N°22, indican que el 83% de los padres o cuidadores de los pacientes niño/as no les cambia el cepillo de dientes cada seis meses, como parte de la dimensión *Hábitos de Higiene*, por lo que se hace importante señalar las “diferencias culturales” como posibles factores y como parte de la relación que hay entre CIT y la práctica de higiene bucal. Considerando a Clemente, C. (2016), donde explica que las diferentes creencias de la comunidad sobre la atención dental y el deficiente conocimiento sobre la importancia en la salud bucal, crean barreras en la atención odontológica preventiva, como es el caso de las correctas prácticas de los hábitos de higiene.

**Ítem N°23.** ¿Acostumbra dar a su niño/a tetero o biberón en altas horas de la noche y se lo deja al dormir?

**Dimensión:** Consecuencia.

**Indicador:** Caries por dejarle mucho tiempo el biberón en la boca del niño.

**Cuadro N°24**

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 29         | 81%        |
| NO           | 07         | 19%        |
| <b>TOTAL</b> | 36         | 100%       |

**Gráfico N° 23**



**Análisis:** Como se puede observar para el ítem N°23, el 81% de los encuestados contestó que sí acostumbra dar al niño/a tetero o biberón en altas horas de la noche e incluso se lo dejan para dormir. Tales resultados, se asemejan a las investigaciones de Paredes, K. y Vargas, M. (2008), donde presenta unos resultados de prevalencia de CIT en el 80% de la población donde su característica más relevante es la alimentación por biberón (nocturna). Así mismo, un estudio de Clemente, C. (2016), para determinar la correlación significativa entre las categorías: Frecuencia de biberón; cantidad de endulzante, transmisión vertical madre-hijo, frecuencia de higiene bucal; mantienen una correlación significativa, según la aplicación del índice ICDA II (D0, D1 y 2, D3-6). Lo que concuerda o se asemeja a los resultados obtenidos en la presente investigación, ya que hay una correlación en tales, demostrado en los ítems: N°23, 11, 17 y 22 respectivamente.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

Después de haber cumplido con las fases del proceso de desarrollo del trabajo de investigación cuyo objetivo general planteado fue: Determinar la prevalencia de caries de la infancia temprana por lactancia artificial, en pacientes que acuden al área de odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del Municipio Valencia Edo Carabobo, periodo 2017; se llega a las siguientes conclusiones:

Para dar cumplimiento al objetivo específico (1) Establecer la prevalencia de caries de infancia temprana por lactancia artificial. Se llevaron a cabo una serie de preguntas para determinar las *Características epidemiológicas* de los pacientes objetos del estudio. De allí, según los ítems N°1, 2, 3 y 4; la prevalencia de CIT se encontró en mayor tendencia del 69% en niños menores de 3 años de edad, y en un 72% de pacientes femeninas.

Con respecto a la dimensión *Conocimientos*, se aplicaron los ítems N°5, 6, 7, 8, 9 y 10, llegando a la conclusión que los representantes encuestados un 78% dice que el paciente no presenta dolor en la cavidad bucal, el 64% reconocen que los pacientes presentan caries, pero un 75% no sabe cuántas caries posee el niño/a, un 81% no define el concepto de la caries de infancia temprana, el 53% desconoce los tipos de la lactancia y un 58% no sabe lo que es la lactancia artificial a pesar de que la pone en práctica.

En este mismo orden de ideas, para dar cumplimiento al planteamiento a través del objetivo (2) Determinar los factores que influyen en la aparición de la caries de infancia temprana; se aplicaron las interrogantes bajo la dimensión *Etiología*, de la siguiente manera: para el indicador *Dieta*: se aplicaron los ítems N°11 y 12, dando como resultado, el 81% de los encuestados aplican azúcar a la preparación del tetero y el 61% de los adultos representantes o cuidadores de los pacientes les facilita golosinas/chucherías entre alimento.

Para responder a los indicadores que comprueban la *Higiene*, se emplearon los ítems N°13, 14 y 15; señalando que el 83% de los adultos representantes o cuidadores de los pacientes no aplican cepillado después de cada comida; 75% no utiliza otro producto de higiene bucal aparte de la crema dental y un 92% casi en la totalidad de los encuestados dice que no comparten el cepillo con otra persona.

Con respecto al indicador *Placa Dentobacteriana* los ítems N°16 y 17 arrojaron que un 72% de los representantes desconocen que existe riesgo de transmisión vertical madre-hijo y otro 72% muestra que sí utiliza o tiene contacto con bucal con los utensilios del niño/a antes de alimentarlo.

En cuanto al objetivo específico (3) Identificar la relación entre caries de infancia temprana y práctica de higiene bucal, se obtuvo para la dimensión *Estado de Salud Bucal*, mediante los ítems N°18 y 19: El 53% de representantes desconoce el estado de salud del niño/a y en cuanto a la visita del odontólogo un 64% manifiesta que sí acude regularmente.

Para reconocer los hábitos de higiene, los ítems 20, 21 y 22 señalaron que un 72% de los encuestados reconoce que el cepillado es importante para evitar la CIT, un 58% ayuda al paciente a cepillarse y el 83% afirma que no cambia el cepillo dental cada seis meses como se recomienda.

En consecuencias, se estableció el ítem N°23, interrogando sobre la costumbre de dar al paciente tetero o biberón en altas horas de la noche y dejárselo al dormir, obteniendo como resultado que el 81% de los pacientes practica esta forma de alimentación, lo que identifica que existe una relación entre CIT y la práctica de higiene.

## **5.1. Recomendaciones**

De acuerdo a las conclusiones antes descritas se invita a reconocer los siguientes criterios que van en pro del beneficio tanto del paciente como de la madre/cuidador:

Se recomienda al centro odontológico (Ciudad Hospitalaria Henrique Tejera) realizar campañas informativas sobre la prevención de la Caries de Infancia Temprana, a través de programas educativos.

## REFERENCIAS

### **Impresas**

- Arias, F. (2012). El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. 6ta. Edición. Caracas, Venezuela.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Gaceta Oficial N° 5.453. Extraordinario, Marzo 2000. Caracas, Venezuela.
- Hurtado, J. (2012). El Proyecto de Investigación. Comprensión Holística de la metodología y la investigación. Quirón Ediciones. Sypal. Séptima Edición. Caracas, Venezuela.
- Ley de Ejercicio de la Odontología (LEO, 1970). Caracas, Venezuela.
- Motzfeld, R. (2013). Guía de términos odontológicos. Salud. Enfermedad. Especialidades. Introducción a la Odontología. Segunda Edición. Editorial Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Sergio R Livingston 943. Independencia, Región Metropolitana, Santiago, Chile.
- Ramírez, T. (2010). Cómo hacer un proyecto de investigación. Ediciones PANAPO. Corporación Marca, s.a. Caracas, Venezuela.
- Sabino, C. (2007). El Proceso de la Investigación. Una edición teórico-práctica. Nueva Educación actualizada. Editorial PANAPO. Caracas, Venezuela.
- Sierra, C. (2004). Estrategias para la Elaboración de un proyecto de investigación. Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Venezuela.
- Véliz, A. (2015). Cómo hacer y defender una tesis. 30va. Edición ampliada. Caracas, Venezuela.

### **Electrónicas**

- Clemente, C. (2016). Prevalencia de caries de infancia temprana según el método ICDAS II y su relación con los factores de riesgo asociados en infantes de 6 a 36 meses. Tesis, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. Archivo descargado en PDF.

- De Sánchez, E. (2010). Caries Temprana de la Infancia. Asociación Panamericana de Odontología Pediátrica. Artículo en Línea. Disponible en: <http://odontopediatria.org/principal/la-caries-temprana-de-la-infancia/> Consultado: [22/04/2017]
- Fernández, M. (2016). Prevalencia de Caries de Infancia Temprana en Niños de 12 a 71 meses de edad residentes de Puerto Maldonado, Madre de Dios. Tesis presentada a la Universidad de San Martín de Porres, en Perú, para optar al Título de Especialista en Odontopediatria. Trabajo de grado. Puerto Maldonado, Madre de Dios. Archivo en PDF.
- Fuentes, M. (2013). Caries Peligrosas. Sociedad Venezolana de Odontopediatria. Archivo digital en PDF.
- Goyzueta, J. (2015). Factores de inicio de la caries temprano. Universidad Católica Santa María. Artículo publicado en la web. Disponible en: <https://prezi.com/8ovyqt8p-uta/universidad-catolica-santa-maria/> Consultado: [22/04/2017]
- Heymann, D. (2005). El control de las enfermedades transmisibles. 18ª edición. Publicación Científica y Técnica N° 613, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Libro publicado en la web. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=9275316139> Consultado: [22/04/2017]
- Michelen, A. (2012). Medidas para prevenir la caries. Ministerio de Educación. Santo Domingo. República Dominicana. Portal Digital. Disponible en: <http://www.educando.edu.do/articulos/familia/medidas-para-prevenir-la-caries-dental/> Consultado: [25/04/2017]
- Montero, K. (2008). Caries de Aparición Temprana. Facultad de Estomatología Roberto Beltrán Neira. Investigación bibliográfica del proceso de suficiencia profesional para obtener el Título de Cirujano Dentista. Lima, Perú. Trabajo publicado en la web. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/KATTIA%20VANES%20MONTERO%20DIAZ.pdf> Consultado: [26/04/2017]

- Morales, K. y Otros (2011). Caries de la temprana infancia (CTI) y caries de la temprana infancia severa (CTIS). Universidad San Carlos de Guatemala. Facultad de Odontología. Guatemala. Archivo digital en PDF.
- Lizarrazo, F. (2012). Alianza por un futuro libre de caries. Capítulo Venezuela. Visiones particulares. Tema publicado en la web. Disponible en: <https://visionparticular.wordpress.com/tag/venezuela-caries-dental-afecta-76-4-de-la-poblacion/> Consultado: [22/04/2017].
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). Artículo: Gente Sana. Publicado en la web. Página oficial de la OMS. Consultado: [21/04/2017]
- Palomer, L. (2006). Revista Chilena de Pediatría. Volumen 77. Caries Dental en el niño, una enfermedad contagiosa. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062006000100009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000100009) Consultado: [21/04/2017]
- Paredes, K., y Vargas, M. (2008). Lactancia en el infante, artificial y sus implicancias odontológicas. Artículo en revisión. Odontología pediátrica. Volumen 7. N°2. Guía, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú.
- Perona, G. (2012). Manejo odontológico Materno infantil basado en evidencia científica. Madrid: Ripano. Libro publicado en la web. Archivo digital en PDF.
- Pérez, J. y Gardey, A. (2012). Definición de Odontodiagrama. Definición.com. Disponible en: <http://definicion.de/odontograma/> Consultado: [21/04/2017].
- Ramírez, B. y Otros (2011). Caries de la Infancia Temprana en niños de 1 a 5 años. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia - Vol. 22 N.º 2 - Primer semestre. Colombia, Medellín. Archivo digital en PDF.
- Rangel, M. (2015). Programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a de educación inicial. Trabajo de Grado presentado ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo como Requisito para optar al Título de Magister en Investigación Educativa. Universidad de Carabobo. Venezuela. Archivo en PDF.

# **ANEXOS**

**CUADRO N° 1:** Operacionalización de Variables.

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar la prevalencia de caries de infancia temprana por lactancia artificial, en pacientes que acuden al área de odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del Municipio Valencia Edo Carabobo, periodo 2017.

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS   | VARIABLE  | DEFINICION OPERACIONAL   | DIMENSIONES   | INDICADORES   | ÍTEMS                                    |
|---|---|--|---|---|--|
| (1) Establecer la prevalencia de caries de infancia temprana por lactancia artificial.      | Prevalencia de caries de infancia temprana por lactancia artificial.  | <b>Caries de Infancia Temprana:</b> presencia de uno o más dientes cariados (lesiones no cavitadas o “manchas blancas” y cavitadas), perdidos (por caries dental), o superficies dentales obturadas en niños de 71 meses a 5 años y 11 meses de edad. (Clemente, C., 2016).<br><b>Lactancia Artificial:</b> Consiste en alimentar al bebé con fórmulas lácteas adaptadas, modificando la leche de vaca para intentar que se parezca al máximo a la leche materna. Contienen los componentes necesarios para cubrir las necesidades del bebé. | Características epidemiológicas<br><br>Conocimientos                | Edad<br><br>Genero<br><br>Caries<br>Tipos de caries<br><br>Lactancia<br>Tipos de lactancia  | 1,2<br>3,4<br><br>5,6,7,8<br><br>9<br>10 |
| (2) Determinar los factores que influyen en la aparición de la caries de Infancia Temprana. | Factores que influyen en la aparición de caries de infancia temprana. | <b>Condicionantes Externos:</b><br>Nivel socioeconómico<br>Higiene bucal del niño. Hábitos dietéticos. Inaccesibles de servicios odontológicos. Diferencias culturales. Salud oral de la madre. Respiración bucal. Alteraciones estructurales de los dientes. Concentración de flúor.  | Etiología   | Dieta<br><br>Higiene<br><br>Placa dentobacteriana   | 11,12,<br>13,14,15<br><br>16,17          |
| (3) Identificar la relación entre caries de infancia temprana y práctica de higiene bucal.  | Relación entre caries de infancia temprana y práctica de higiene.     | <b>Higiene Bucal:</b> Son los cuidados, prácticas y técnicas para la consecución de la salud y prevención de las enfermedades bucales.   | Estado de salud Bucal<br><br>Hábitos de Higiene<br><br>Consecuencia | Diagnóstico<br>Odontodiagrama<br>Control odontológico<br><br>Técnicas del cepillado<br><br>Caries por dejarle mucho tiempo el biberón en la boca del niño | 18,19<br><br>20,21,22<br><br>23          |

## ANEXO N°1: INSTRUMENTO APLICADO



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA  
CARRERA ODONTOLOGIA

**Cuestionario Dirigido al Representante o Responsable del Paciente que Acude a La Unidad de Odontopediatría ubicada en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Valencia Edo - Carabobo.**

**Instrucciones:** A continuación se presenta una serie de preguntas, deberá leerla detenidamente, para luego marcar con una (x) la respuesta de su preferencia. Tiene dos opciones tipo cerradas: (Si / No). Los datos aquí reflejados, serán para uso exclusivo en la investigación para el trabajo de grado titulado:

**“PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA POR LACTANCIA ARTIFICIAL, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE ODONTOPEDIATRIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA”.** El cual tiene como Objetivo General: Determinar Prevalencia de caries de infancia temprana por lactancia artificial, en pacientes que acuden al área de Odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, del Municipio Valencia Estado Carabobo, período 2017.

| N° | PREGUNTAS  | SI | NO |
|----|--|----|----|
| 1  | ¿El paciente se encuentra entre la edad de 6 meses a 4 años? |    |    |
| 2  | ¿Su representado tiene de 5 a 7 años?                        |    |    |
| 3  | ¿El paciente es masculino?                                   |    |    |
| 4  | ¿El paciente es femenino?                                    |    |    |
| 5  | ¿Su hijo/a presenta dolor frecuente en la cavidad bucal?     |    |    |
| 6  | ¿Sabe Ud. que son las caries?                                |    |    |
| 7  | ¿Sabe Ud. cuantas caries tiene su niño/a?                    |    |    |
| 8  | ¿Conoce Ud. el significado de caries de infancia temprana?   |    |    |

|           |  |           |           |
|-----------|--|-----------|-----------|
| <b>9</b>  | ¿Sabe Ud. cuantos tipos de lactancia existen?  |           |           |
| <b>10</b> | ¿Sabe Ud. que es lactancia artificial?   |           |           |
| <b>N°</b> | <b>PREGUNTAS</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| <b>11</b> | ¿Aplica azúcar en la preparación del tetero para alimentar a su hijo/a?  |           |           |
| <b>12</b> | ¿Entre alimentos, le facilita a su hijo/a golosinas o chucherías para entretenerlo/a?                              |           |           |
| <b>13</b> | ¿Su hijo/a se cepilla los dientes después de cada comida?  |           |           |
| <b>14</b> | ¿A parte de la crema dental su hijo/a usa otros productos para mejorar la higiene de salud bucal?                  |           |           |
| <b>15</b> | ¿Alguien más usa el cepillo de diente de su hijo/a?  |           |           |
| <b>16</b> | ¿Sabe Ud. que las bacterias que presenta en boca pueden ser transmitidas al niño/a?                                |           |           |
| <b>17</b> | ¿Tiene usted algún contacto bucal con los utensilios del niño/a antes de alimentarlo/a (soplar o probar alimento)? |           |           |
| <b>18</b> | ¿Conoce usted sobre la salud bucal de su hijo/a?   |           |           |
| <b>19</b> | ¿Visita regularmente al odontólogo para garantizarle la salud bucal a su hijo/a?                                   |           |           |
| <b>20</b> | ¿Reconoce usted que debe cepillar a su hijo para evitar las caries de primera infancia?                            |           |           |
| <b>21</b> | ¿Ayuda usted a sus hijo/a cepillare los dientes?   |           |           |
| <b>22</b> | ¿Le cambia el cepillo de diente a su hijo/a cada 6 meses?  |           |           |
| <b>23</b> | ¿Acostumbra dar a su niño/a tetero o biberón en altas horas de la noche y se lo deja al dormir?                    |           |           |

**Agradecemos la colaboración prestada.**

**Atentamente: Br. Arbeláez Yesika;  
Br. Blanco Belitza.**

**ANEXO N°2:** Validación del Instrumento por los expertos.

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:  
 APLICABLE:  NO APLICABLE: \_\_\_\_\_  
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES:

| DATOS DEL EXPERTO     |                                 |                       |
|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Nombre y Apellido     | C.I                             | Firma                 |
| <i>Emilia Paduino</i> | <i>11364446</i>                 | <i>Emilia Paduino</i> |
| Profesión             | Nivel Académico                 | Fecha                 |
| <i>Odontólogo</i>     | <i>4to Nivel Odontopediatra</i> | <i>25-05-2017</i>     |

**Fuente:** Validación por especialista (Odontopediatra).

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:  
 APLICABLE:  NO APLICABLE:   
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES:

| DATOS DEL EXPERTO     |                  |                    |
|-----------------------|------------------|--------------------|
| Nombre y Apellido     | C.I              | Firma              |
| <i>Iliana Jara</i>    | <i>15190120</i>  | <i>Iliana Jara</i> |
| Profesión             | Nivel Académico  | Fecha              |
| <i>Odontopediatra</i> | <i>4to Nivel</i> | <i>25/05/2017</i>  |

**Fuente:** Validación por especialista (Odontopediatra).

**ANEXO N°3:** Evidencias del trabajo de campo.



#1



#2



#3



#4



# 5

**Leyenda:** Pacientes de 4 años que acuden al área de odontopediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia - Carabobo (concentinamiento del representane).

**Fuente:** Arbeláez, YBlanco . (2017).

