



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACION A LOS TIPOS DE
LACTANCIA Y LA INCIDENCIA DE CARIES DE PRIMERA INFANCIA
UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ**

Autor(es):

Álvarez Maririam
C.I. 27.188.001
Da Rin Paola
C.I. 26.162.709

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 PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACION A LOS TIPOS DE
LACTANCIA Y LA INCIDENCIA DE CARIES DE PRIMERA INFANCIA
UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ.**

Autor(es): Álvarez Maririam

CI: 27.188.001

Da Rin Paola

CI: 26.162709

Tutor(a): Od. Esp. Joselin Hernández

Asesor Metodológico: Eryv Weffer

San Diego, julio 2020.



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



**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACION A LOS TIPOS DE
LACTANCIA Y LA INCIDENCIA DE CARIES DE PRIMERA INFANCIA
UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ.**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 27.188.001

Maririam Álvarez

2. 26.162.709

Paola Da Rin

Tutor Propuesto: Od. Esp. Joselin Hernández

Firma:

Cédula de Identidad N° 22.962.368

COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

Firma

Sello

Fecha



ACEPTACIÓN DEL TUTOR



Quien suscribe, Joselin D. Hernández S., portador (a) de la Cedula de Identidad N°22.962.368, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por las ciudadanas Álvarez Maririam, Da Rin Paola, portador(a) de la Cedula de Identidad N° 27.188.001, 26.162.709, titulado: Nivel de conocimiento en relación a los tipos de lactancia y la incidencia de caries de primera infancia, Universidad José Antonio Páez. Presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 15 días del mes de julio del año dos mil veinte.

(Firma autógrafa)

Od. Esp. Joselin D. Hernández Suarez

C.I. 22.962.368



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



San Diego, julio 2020

**ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO DE GRADO PARA SU
PRESENTACIÓN**

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Trabajo de Grado: Titulado: Nivel de conocimiento en relación a los tipos de lactancia y la incidencia de caries de primera infancia, Universidad José Antonio Páez. Ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente para su presentación ante el jurado.

Od. Bianca López
Od. Esp. Livia Segovia

Nombre Tutor Académico

Firma

Fecha

Joselin D. Hernández

02/03/2020



ACTA DE APROBACIÓN

INFORME FINAL DE PASANTÍA

TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud para la evaluación del **Informe Final de Trabajo de Grado** titulado: Nivel de conocimiento en relación a los tipos de lactancia y la incidencia de caries de primera infancia, Universidad José Antonio Páez. Realizado por el (la) Br. Maririam Álvarez C.I. N° V-27.188.001, cursante de la carrera Odontología hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que el Trabajo de Grado ha obtenido la calificación de:

APROBADO

NO APROBADO

El Jurado

Tutor Académico
(Coordinador)
Nombre: Od. Esp. Joselin Hernández
C.I.: 22.962.368

Jurado
Nombre: Od. Bianca López
C.I.:16.861.465

Jurado
Nombre: Od. Esp. Livia Segovia
C.I.:9.445.831

Fecha: 15 / 07 / 2020



ACTA DE APROBACIÓN

INFORME FINAL DE PASANTÍA

TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud para la evaluación del **Informe Final de Trabajo de Grado** titulado: Nivel de conocimiento en relación a los tipos de lactancia y la incidencia de caries de primera infancia, Universidad José Antonio Páez. Realizado por el (la) Br. Paola Da Rin C.I. N° V-26.162.709, cursante de la carrera Odontología hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que el Trabajo de Grado ha obtenido la calificación de:

APROBADO

NO APROBADO

El Jurado

Tutor Académico
(Coordinador)
Nombre: Od. Esp. Joselin Hernández
C.I.: 22.962.368

Jurado
Nombre: Od. Bianca López
C.I.:16.861.465

Jurado
Nombre: Od. Esp. Livia Segovia
C.I.:9.445.831

Fecha: 15 / 07 / 2020

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado principalmente a Dios quien ha guiado nuestro camino por estos arduos años y mantenernos en ellos, por cada una de las dificultades presentadas y superadas, por permitirnos llegar hasta este último paso de pregrado y por todas las experiencias vividas y aprendidas durante nuestra estancia en nuestra casa de estudio por darnos la fortaleza en cada paso e iluminar todo momento y situación que se presente.

Eres tú padre celestial quien guía el destino de mi vida.

También a nuestros padres que nos animaron en cada paso de este sendero de aprendizaje, ellos que nos dan su apoyo y amor incondicionalmente, impulsándonos con su fe a ir más allá de lo previsto para así alcanzar las metas propuestas y desaseadas de nuestras vidas, para ellos también es este reconocimiento.

Maririam Álvarez CI: 27.188.001 y Paola Da Rin CI: 26.162.709

RECONOCIMIENTO

Todo lo puedo en Cristo que me fortalece una frase que siempre he tratado de llevar conmigo y durante estos años de carrera más que nunca los tuve presentes, porque gracias a Dios hoy estoy cumpliendo mi meta, a la par mi gratitud también está con mis padres y mi hermano que me apoyaron en cada semestre sin dudar, confiaron en mí y me proporcionaron el apoyo necesario para alcanzar cada día nuevos retos que se me presentaban, tanto así que se convirtieron en unos de mis primeros pacientes, por lo cual siempre estaré agradecida por darme la fortaleza y ayudarme en confiar y creer en mis capacidades sin importar la dificultad en el arduo camino le hacía frente a ello. Al igual, que toda mi familia que depositaron toda su confianza en mí y en mis capacidades tal como mi abuela Gladys que fue mi ejemplo y la persona que más estaba para mí, me vio durante toda la carrera y lastimosamente llegó el punto donde no nos podemos ver físicamente, pero siempre estará presente y por ella hoy tengo más fuerzas y convicción para lograr todo lo propuesto. Y sin olvidar a todos los profesores que estuvieron en mi camino y fueron una fuente de ejemplo y enseñanza en cada día de la carrera. Como el profesor Miguel Quintero que imparte todo su conocimiento de la mejor manera posible y te deja la enseñanza de que ser un buen profesional no importa más que ser una buena persona, así como también la profesora Daniel Hermoso que me enseñó a ver más allá de un requisito y nuestra tutora Joselin Hernández que nos acompañó desde el inicio de las clínicas hasta este importante momento.

Sin dejar de mencionar a mi compañera de tesis Paola Da Rin y a todos mis compañeros que Dios puso en mi camino de los cuales cada uno de ellos fueron ayuda y apoyo durante estos 5 años. Así como también amigos

Maririam Álvarez CI: 27.188.001

RECONOCIMIENTO

El amor y la bondad de Dios no tienen fin. Estoy agradecida por haberme permitido cumplir este gran sueño, por darme siempre las fuerzas para seguir adelante y no decaer ante las adversidades; enfrentando altos y bajos, haberme llenado de salud y darme todas las posibilidades necesarias para culminar exitosamente mi carrera universitaria.

A mis padres, mi mayor bendición, quienes estuvieron en todo momento apoyándome, llenándome de excelentes valores y consejos que me han formado como una persona de bien. Por compartir cada experiencia vivida en todos estos años de aprendizaje, por darme siempre el amor más puro que puede existir, por motivarme a seguir adelante y confiar plenamente en mí. Además a mi hermana; quien me dio su voto de confianza siendo mi primera paciente en niño y sentirse orgullosa de mí en cada momento.

A mis familiares, por creer en mis capacidades, gracias a sus consejos y palabras de aliento crecí como persona. No fue fácil el camino hasta ahora, pero con sus aportes, su amor y su inmensa bondad, lo complejo de lograr esta meta se ha hecho notar menos. Les agradezco especialmente a mis tías, mis primos, mis abuelas y abuelo por todo el apoyo depositado en mí en este camino, por tal motivo hago presente mi gran afecto hacia ustedes, mi hermosa familia.

A mis amigos; personas que Dios colocó en mi camino universitario convirtiéndose en una familia más. Quienes estuvieron presentes durante toda esta

etapa siendo partícipes de cada momento vivido que entre gozo y tristezas siempre permanecieron ahí, entre ellos: Maririam Álvarez; mi compañera de tesis, María José Rodríguez, Nur Abou Harb, María Daniela Guerra, María Estefanía Sandoval, Ghonwa Al Barnouti, Natacha Estrada, Adriana Villamizar, Gleyannel Ponce, Luis Oliveros, Benito Cardozo, Carlos Mendoza, Marco Palencia, se ganaron mi cariño, confianza y respeto, dispuestos a ayudarnos siempre ante cualquier adversidad, y a vencer cada reto para alcanzar nuestros sueños juntos. Así como también aquellos que se hicieron presentes de una u otra forma, Marialejandra Carrillo quien confió plenamente en mí siendo una gran paciente y una de mis favoritas. A Oswaldo Cabrera, Andrea León, Franni Quevedo y María Daniela Rosales quienes siempre han estado para mí, sin importar los años o lugar donde se encuentren. Gracias por la amistad y ayuda brindada. Siembra una buena y sincera amistad, y el tiempo siempre te permitirá disfrutar de una agradable cosecha.

A mis profesores, quienes con su amor, entrega, paciencia y dedicación día a día me han guiado en este camino, por enseñarme a hacer las cosas de la manera correcta, por cada palabra de aliento que me hizo creer en mí y confiar en mis capacidades, entre ellos: Luis Moyetones, Rodrigo Pino, Blasmir Giménez, Jesús Marín, Delbia Terán, Juan Gamboa, Pablo Peña, Orlando Moreno y Andrea Scovino, que con su mística, profesionalismo y vocación de servicio, hicieron de mi carrera la más hermosa. Agradecerles por cada detalle y momento dedicado para aclarar cualquier tipo de duda que surgiera en mí. Por la claridad y exactitud de sus conocimientos, con la que en cada aprendizaje

me dejaron una lección de vida, que va más allá de una clase, un evento o una guardia clínica.

A mi tutora y mentora Joselin Hernández, quien aceptó acompañarnos y guiarnos en la realización de nuestro trabajo de investigación. Gracias por brindarnos su tiempo, dedicación y motivación para culminar nuestra carrera exitosamente.

Y no menos importante agradecida con mi alma mater, en especial con mi escuela, de la cual siempre estaré orgullosa de ser egresada, que para mí es la mejor de todas, no sólo porque me acogió y me vio crecer durante estos cuatro años sino por crear en mí un sentimiento único; el sentido de pertenencia que debemos tener hacia nuestra facultad.

Paola Da Rin CI: 26.162.709

INDICE

LISTA DE FIGURAS.....	xv
LISTA DE GRÁFICOS.....	xvi
LISTA DE TABLAS.....	xviii
RESUMEN IFORMATIVO.....	xvii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA.....	4
Planteamiento del Problema.....	4
Formulación del Problema.....	9
Objetivos de la Investigación.....	10
Objetivo	
General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
Justificación de la Investigación.....	11
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO.....	14
Antecedentes de la Investigación.....	14
Bases Teóricas.....	19
Antecedentes Legales de la Investigación.....	34
Definición de términos básicos.....	35
Las Variables Operacionalización.....	37
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO.....	38
Tipo de Investigación.....	38
Diseño de Investigación.....	38
Población y Muestra.....	39
Técnicas de Recolección de Datos.....	40
CAPÍTULO IV	
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	41
Presentación de Resultados.....	41
Interpretación de Resultados.....	42
CAPÍTULO V.....	55
Conclusiones.....	55
Recomendaciones.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICA N°4 Lactancia.....	42
GRAFICA N°5 Alimentación Complementaria.....	46
GRAFICA N°6 Tipos de Caries de primera infancia.....	49
GRAFICA N°7 Lactancia y Tipos CPI.....	52

LISTA DE FIGURAS

	pp.
FIGURA N°1 Amamantamiento.....	24
FIGURA N°2 Alimentación artificial.....	27
FIGURA N°3 Caries de primera infancia.....	32

LISTA DE TABLAS

	pp.
TABLA N°1 Composición de la leche humana.....	22
TABLAN°2 Lactancia artificial.....	25
TABLA N°3 Caries de primera infancia	32
TABLA N°4 Lactancia.....	41
TABLAN°5 Alimentación complementaria.....	45
TABLA N°6 Tipos de caries de primera infancia	48
TABLA N°7 Lactancia y tipos de CPI.....	51
TABLA N°8 Cuadro de operacionalización de variable.....	61
TABLA N°9 Cuestionario.....	62
TABLA N°7 Formato de validación.....	64
TABLA N°8 Formato de validación.....	66
TABLA N°9 Formato de validación.....	68



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



TÍTULO

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACIÓN A LOS TIPOS DE
LACTANCIA Y LA INCIDENCIA DE CARIES DE PRIMERA INFANCIA
UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ.

Autor (a): Álvarez Maririam C.I. 27.188.001

Autor (a): Da Rin Paola C.I. 26.162.706

Tutor: Joselin Hernández

Fecha: julio 2020

RESUMEN INFORMATIVO

La lactancia materna representa una de las primeras forma de alimentación de un recién nacido y sigue siendo así durante los primeros meses, en este tiempo él bebe está en un periodo de crecimiento con el cual viene consigo la erupción de los primero dientes primerios, y en ellos por motivos multifactoriales pueden estar presentes las caries de la primera infancia, que pueden llegar a causar problemas de salud, dificultad al habla y trastornos de erupción de los dientes permanentes. Por lo cual en esta investigación se exponen conocimientos presentes en Los estudiantes sobre los tipos de lactancia y su relación con las caries de la primera infancia. **Objetivo general:** Identificar el nivel de conocimiento en relación a tipos de lactancia y la incidencia de caries de primera infancia en los estudiantes de décimo semestre de la Escuela Odontología de la Universidad José Antonio Páez en el periodo mayo-junio 2020. **Metodología:** investigación de tipo no experimental y de campo donde se expuso mediante la utilización de un cuestionario con preguntas de carácter dicotómicas los conocimientos presentes en 90 estudiantes de decimo semestre de odontología sobre los tipos de lactancia y alimentación complementaria que puede influir aparición de caries de primera infancia. **Resultados:** la mayoría de la población estudiada denotó un 60% que las CPI no se relaciona con la LM, a diferencia del 94,44% que vinculan las CPI con la lactancia artificial y un 91,11% también afirman que la lactancia mixta tiene incidencia en las CPI. **Conclusión:** Acerca, de los datos expresados por los estudiantes podemos denotar que una mayoría está en facultad de los conocimientos sobre la relación de las CPI con los tipos de lactancia.

Descriptor: caries de primera infancia, lactancia materna, lactancia artificial, alimentación complementaria.



**BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
JOSÉ ANTONIO PÁEZ UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
SCHOOL OF DENTISTRY**



TITLE

KNOWLEDGE LEVEL IN RELATION TO BREASTFEEDING AND THE INCIDENCE OF EARLY CHILDHOOD CARIES

Author: Álvarez Maririam C.I. 27.188.001

Author: Da Rin Paola C.I. 26.162.706

Tutor: Joselin Hernández

Date: julio 2020

SUMMARY

Breastfeeding represents one of the first forms of feeding of a newborn and continues to be so during the first months, at this time he is in a period of growth with which the eruption of the first primary teeth comes, and they can reach to cause health problems, difficulty speaking and eruption disorders of permanent teeth. For this reason, this research presents the knowledge present in Students on the types of lactation and its relationship with early childhood caries. **Course objective:** Identify the level of knowledge in relation to types of lactation and the incidence of early childhood caries in the tenth semester students of the Dental School of the José Antonio Páez University in the period May-June 2020. **Methodology:** research of non-experimental and field type where the knowledge present in 90 tenth semester students of dentistry about the types of lactation and complementary feeding that can influence the appearance of early childhood caries was exposed through the use of a questionnaire with questions of a dichotomous nature. . **Results:** the majority of a studied population denoted a 60% that the ECC is not related to the BF, a difference of 94.44% that link the ECC with artificial lactation and a 91.11% also affirm that mixed lactation has an incidence in the ECC **Conclusion:** About, the data expressed by the students can denote that a majority is in power of the knowledge on the relation of the ECC with the types of lactation.

Keywords: early childhood caries, breastfeeding, artificial feeding, complementary feeding.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento es el primer escalón para la prevención de enfermedades odontostomatológicas, es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia.

La caries dental es una enfermedad considerada como un grave problema de salud pública. Esta patología se denomina como infecciosa y de origen multifactorial que consiste en la desmineralización de los tejidos dentales. La caries de primera infancia es una enfermedad aguda, de rápida progresión que se presenta inicialmente en el tercio cervical de los incisivos superiores. Como consecuencia se destruye completamente la corona y potencialmente se pueden afectar los demás órganos dentales de acuerdo a su cronología de erupción, los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de la caries en niños se encuentran los métodos de higiene bucal, uso de fluoruros, hábitos de alimentación infantil, consumo de alimentos azucarados y factores psicosociales. La higiene bucal y la alimentación son factores determinantes para el mantenimiento de una buena salud bucal. Las condiciones de la población con respecto a esta conducta ameritan una educación orientada hacia la adaptación de patrones que limiten la aparición de caries dental desde temprana edad.

Por lo cual en los estudiantes de decimo semestre de odontología como próximos profesionales deben estar presentes los conocimientos sobre los tipos de lactancia que pueda influir en la aparición de caries de primera

infancia, debido a pertenecer al personal asistencial de salud de primera línea se debe manejar todo los conocimientos y métodos de abordaje y prevención orientando a las madres, a aplicar técnicas higiene y mejores hábitos de alimentación, no solo favoreciendo la salud bucal del niño si no también favorece a nivel sistémico-general , logrando así una mejor conciencia y por cada vez que se aplique mejor será a repercusión de cada estudiante que oriente y guíe a una madre para el buen manejo de salud bucal del bebe.

Por lo cual, este trabajo se centra en la identificación del nivel de conocimiento sobre tipos de lactancia y la incidencia de caries de primera infancia en los estudiantes de décimo semestre de Odontología. Debido a que presente tema es muy controversial por ser de origen multifactorial, existen muchas variables que pueden desencadenar caries, y no hay un consenso o evidencia científica sobre la relación directa de la lactancia materna y las caries.

En el capítulo I se abordan los temas teóricos que sustentan el planteamiento. Se da a conocer la problemática existente sobre los tipos de lactancia implementados y la incidencia de caries de primera infancia, repasamos los métodos y formas de alimentación así como también, expresamos qué papel juegan las caries en niños de primera infancia y cuál podría ser su causa y la posición que debe tomar el estudiante de odontología acerca de este controversial tema de relacionar las caries con los tipos de lactancia.

En el capítulo II se introducen las estructuras conceptuales que se requiere para comprender el sentido de la investigación. Allí se expondrá los antecedentes en los cuales se apoya la investigación, los fundamentos teóricos que se presentaran sobre los tipos de alimentación y las caries de primera infancia, se expresa la clasificación de estas principales estructuras y finalmente concluya mediante la descripción de las variables estudiadas en la investigación.

En el primer apartado del capítulo III se establece la definición de margen de beneficios que se utiliza para calcular nuestro indicador. Además, se reseña las principales fuentes de información que se utilizaron para la elaboración de las bases de datos. También, se demuestra la población utilizada para la recopilación de datos para la posterior obtención de resultados.

El capítulo IV se define y aplica el método econométrico más adecuado para cumplir con el objetivo de esta tesis. Se presenta resultados a los cuales se le realiza análisis de integración de variables utilizadas para identificar el nivel de conocimiento presente en los estudiantes sobre cada uno de los ítems presentados, esto es señalado a nivel de graficas explicativas mostrando los porcentajes de respuesta de los estudiantes. Se concluye el capítulo haciendo un análisis e interpretación de los conocimientos obtenidos a través de este método.

Exponemos en el capítulo V, donde se evidencia las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo, se revela la calidad de la investigación exponiendo lo aprendido y su aporte.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La base de una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la lactancia materna, exclusiva hasta los 6 primeros meses de vida, con otros alimentos hasta los dos años de edad y, después, hasta que la criatura y la madre lo deseen, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud. Mas sin embargo la alimentación artificial está siendo una fuerte fuente de alimentación en los primeros meses de vida por lo cual son métodos que se deben considerar. También la Asociación Española de Pediatría y la Academia Americana de Pediatría recomiendan la lactancia materna exclusiva a demanda los primeros 6 meses de vida, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos, salvo muy raras excepciones, continuando hasta el año de vida o más, junto con otros alimentos (1,2).

En primer término, la leche humana (LH) no es una simple colección de nutrientes sino un producto vivo de gran complejidad biológica, activamente protectora e inmunomoduladora que estimula el desarrollo adecuado del lactante por ello se considerarse la referencia o “patrón de oro” de la alimentación del lactante y del niño pequeño y las otras formas de alimentación deben demostrar ausencia de efectos perjudiciales sobre la salud del lactante y de su madre a corto, medio y largo plazo y resultados similares en cuanto a

desarrollo pondoestatural, psicomotor o psicosocial en conclusión es el alimento ideal para el niño durante los primeros 4 a 6 meses de vida (1,2).

En tal sentido, la composición de la leche materna se adapta a las necesidades nutricionales del bebé y sigue siendo una importante fuente de proteínas, calorías aminoácidos esenciales, inmunoglobulinas, anticuerpos, oligosacáridos, lactosa, ácidos grasos esenciales, colesterol, vitaminas liposolubles e hidrosolubles, minerales y otros nutrientes. La leche materna aporta nutrientes incluso después de iniciarse la introducción de alimentos complementarios (1,2).

Por ello, se debe tener siempre presente los riesgos que conlleva la alimentación con sucedáneos de leche materna. El lactante no amamantado deja de obtener numerosos beneficios existiendo evidencia suficiente para afirmar que estos lactantes están expuestos a un mayor riesgo de morbimortalidad, dificultades digestivas o de alimentación (1).

Puesto que, el sabor del sucedáneo no se modifica; sin embargo la leche de madre traslada los aromas y sabores de la dieta materna al lactante amamantado. Por ello la administración de sucedáneos puede dificultar la adaptación a la alimentación complementaria. Con estos sucedáneos nos referimos a la lactancia artificial que 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 (1,3).

Incluso, para los niños que no toleran este tipo de leche existen otros productos sustitutivos. Durante los primeros 6 meses de vida se utiliza una fórmula 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 fórmula contiene los nutrientes necesarios para que el niño tenga un correcto desarrollo en cada una de las fases de crecimiento. Las leches artificiales intentan reproducir en la medida de lo posible las propiedades y la composición de la leche materna utilizando una compleja combinación de proteínas, azúcares, grasas y vitaminas que serán imposibles de fabricar artesanalmente en casa (1,3).

Más que todo, es considerada en casos de restricción de leche materna diurna y nocturna, enfermedades y cuando la madre consuma fármacos durante la lactancia. En lo cual se indica el uso de fórmulas adaptadas. No se recomienda la adición de azúcares ni edulcorantes al biberón por ser un claro factor de riesgo de caries. Así mismo, a partir de la erupción del primer diente, no es recomendable que el bebé se quede dormido mientras toma el biberón, para evitar la aparición de caries de la primera infancia. En caso de que un niño se quede dormido mientras es alimentado, se le deben limpiar los dientes antes de acostarlo (4).

Por lo cual, se tiene que tomar en cuenta el tipo de alimentación que se va a implementar y como se debe hacer, y para ello es necesario tener los conocimientos adecuados de los beneficios y/o contradicciones de la

alimentación por lactancia materna o artificial. Puesto que dentro de la problemática de estos tipos de alimentación están presentes la caries de la primera infancia.

El término "Caries de primera infancia " se le adiciona a una condición especial que se da en niños de edades tempranas que toman biberones azucarados o continúan con lactancia materna por un tiempo prolongado. Clínicamente, este tipo de caries presenta un patrón característico en el cual varios dientes están involucrados y el desarrollo de la lesión es rápido. Las lesiones se inician en superficies lisas, los dientes se van afectando según la cronología, secuencia de erupción y posición de la lengua al succionar (5).

Es así como, la fase inicial afecta los incisivos centrales y laterales superiores, se da en todas sus superficies con inicio en el tercio gingival ya que allí existe una mayor retención de placa bacteriana y ácido láctico. En la fase intermedia ataca molares superiores e inferiores con posible daño pulpar y la fase final se da con destrucción coronal de incisivos inferiores (5).

Así mismo, la caries del lactante o de primera infancia es un síndrome específico, ya que se debe a una severa destrucción de los dientes anteriores, debido a la alimentación con líquidos, que contienen sacarosa, al momento de acostarse. El origen de la caries de primera infancia ha sido atribuido a varios factores que incluyen aspectos desde el punto de vista social, cultural, económico, psicológico y biológico. Para entender la etiología de la caries dental podemos considerar que existe un huésped susceptible (niño/dientes); un

agente casual que son los microorganismos presentes en el huésped, un medio ambiente propicio general y específico. En general causado por los factores sociales y en específico dado por el sustrato de carbohidratos, que en el caso de esta patología va a estar relacionado con el biberón y su contenido (6,7).

Además, existe la percepción entre los profesionales, de que la caries por amamantamiento es menos frecuente que la producida por alimentación con fórmulas artificiales, pero aún no existe un consenso respecto al tema. Por otra parte, otros estudios consideran que la leche materna administrada de una manera prolongada puede ser perjudicial y desencadenar la aparición de la caries dental al igual que la combinación del biberón y seno materno nocturno son considerados factores de riesgo para la aparición de caries de la primera infancia (7,8).

Al respecto, investigaciones relacionan la alimentación de pecho, y alimentación nocturna, dentro de sus hallazgos se destaca que 30% de la población estudiada amamantaba en la cama 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 nocturno. Un bebe que mama en la noche el primer año de vida tiene una posibilidad del 9% de adquirir caries, por tanto si el 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 (9).

Cabe mencionar, que es más perjudicial para el bebe lactante, una alimentación del tipo artificial, principalmente porque la leche de bovino es suministrada al niño con adición de sacarosa lo que la hace extremadamente más cariogénica. Igualmente, la prevención debe ser fundamental para disminuir el riesgo a caries y evitar la aparición de las mismas, por lo que es importante que los estudiantes de esta rama sepan que la salud bucal afecta el estado general del niño, para así aplicar un plan de acción y proporcionar información a los padres para que puedan aplicar buenos hábitos de alimentación e higiene oral (10,11).

Por lo tanto, el desarrollo de este trabajo permitirá obtener el nivel de conocimiento presente en los estudiantes del décimo semestre de la carrera de Odontología sobre los tipos de lactancia y su influencia en las caries de primera infancia, por lo cual se plantean las siguientes interrogantes en la investigación:

¿Al determinar el nivel de conocimiento presente en los estudiantes sobre la relación de los tipos de lactancia y las caries, tendrá un impacto en la incidencia de caries de primera infancia?

¿Qué efecto tiene el conocimiento en relación a la incidencia de caries de primera infancia de acuerdo a los tipos de lactancia?

1.2. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Identificar el nivel de conocimiento en relación a tipos de lactancia y la incidencia de caries de primera infancia en los estudiantes de décimo semestre de la Escuela Odontología de la Universidad José Antonio Páez en el periodo mayo-junio 2020.

Objetivos específicos

- Diagnosticar los conocimientos presentes en los estudiantes con respecto a los tipos de lactancia
- Identificar el nivel de información sobre las caries de primera infancia con respecto a la alimentación complementaria y tipos de lactancia.
- Realizar el análisis cognitivo para la identificación de los conocimientos sobre la correlación de la lactancia con las caries de primera infancia

1.3. Justificación de la investigación

La lactancia materna representa el mejor alimento para el niño en sus primeros meses de vida. Favorece el crecimiento y desarrollo integral del bebe, aportando los nutrientes necesarios y la protección contra infecciones que brinda la lactancia natural. Amamantar establece un vínculo de calor y protección, que la lactancia artificial no le brinda al lactante (12).

En el período de 6 meses suele darse la aparición del primer diente primario; una vez erupcionado el primer diente se recomienda ir disminuyendo gradualmente la lactancia materna durante las noches. La razón de esto es que después de cada ingesta de leche, se presenta un ataque ácido a los dientes dado por bacterias que se desarrollan por oxidación de la bebida que queda adherida a los dientes y tejidos blandos de la boca como lengua, carrillos, entre otros. Por lo cual, es importante realizar la limpieza dental de inmediato después de las ingestas de leche, e ir dejando espacio entre las mismas para que los dientes tengan tiempo de recuperarse de los ataques ácidos ya mencionados. La limpieza nocturna es de gran relevancia, pues el ataque ácido que afecta de manera significativa los dientes es más agresivo durante las horas de sueño (12).

Igualmente, la prevención es fundamental para disminuir el riesgo a caries y evitar su aparición, por lo que es importante que los padres sepan que la salud bucal afecta la salud integral del niño. De igual manera, se debe aclarar que la responsabilidad del cuidado bucal del niño es tarea de los padres, es por esto

que la primera visita al odontopediatra debe ser antes del año, siendo el especialista el encargado de indicar los cuidados adecuados según la edad y el riesgo a caries del infante. Es lógico suponer que disminuyendo ese alto índice de caries, se estará disminuyendo el riesgo del apareamiento de otras enfermedades o infecciones a nivel estomatológico que pueden llegar a ser letales. De no existir una correcta higiene bucal, existirá un riesgo significativo de padecer de caries dental, antes de los 6 años de edad (12,14).

Por tal motivo, esta investigación será de gran utilidad para fomentar una cultura de higiene bucal temprana, ya que a los estudiantes al poseer y manejar esta información la aportan y facilita de tal manera que la prevención oral fluya desde los padres hacia los niños, creando así el hábito de cepillar los dientes después de cada ingesta. A su vez, se debe brindar información sobre la caries de primera infancia relacionado a la lactancia materna y artificial con respecto a la importancia que genera en los dientes primarios, evitando así que se siga produciendo este tipo de daño en los lactantes. Esto quiere decir que la prevención en cuanto a salud oral se convierte en una prevención de salud general del ser humano (15).

De lograrse los resultados esperados, se podrá contar con futuros profesionales preparados en este tema controversial, y a si podrán transmitir todos su experiencia y conocimiento a los padres de familia para mantener una salud oral saludable en los niños desde antes que haya erupcionado su primer diente primario, como también ciertas indicaciones y recomendaciones a las madres

que dan de lactar a sus bebés, basándonos en la odontología preventiva. Por todo lo manifestado, queda plenamente justificada la realización del presente trabajo investigativo como proyecto de tesis (16).

1.4. Alcance y delimitación de la investigación

La presente investigación se enmarcará dentro de la escuela de odontología de la universidad José Antonio Páez, ubicada en la en San Diego Estado Carabobo. De esta forma, en dicha localidad se llevará acabo la un análisis cognitivo sobre la aparición de caries de la primera infancia con respondiente al tipo de lactancia que reciben los niños. En este proceso se seleccionará a los estudiantes de décimo semestre de la Escuela a los cuales se les suministra preguntas acerca de la relación de las caries de primera infancia con respecto a los tipos de lactancia, hábitos y alimentación complementaria que pueden recibir los niños durante ese periodo. Donde se determina el nivel de conocimientos de fututos profesionales y que tipo de información les pueden proporcionar a sus pacientes para la prevención de caries de primera infancia y así proporcionar una mejor salud bucal, basados en odontología preventiva.

En tal sentido, el estudio se enfoca en la línea de investigación de odontología clínica, contemplada en la universidad José Antonia Páez.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

En primer lugar, Chaiña Quispe N. (2019) en Perú, realizó un trabajo titulado relación entre los tipos de lactancia y caries de infancia temprana en niños de 6 a 36 meses que son atendidos en el Centro de Salud San Francisco Tacna 2019. El cual contó con una muestra de 277 niños, 152 niñas y 125 niños todos ellos con sus respectivas madres que acudieron al área de CRED. Para la caries de infancia temprana se utilizó el índice ceo-d y para el tipo de lactancia un cuestionario a la madre. Todos los datos obtenidos se transcribieron en la matriz de recolección de datos para su análisis. Concluyó que no existe una relación estadísticamente significativa entre los tipos de lactancia y caries de infancia temprana en niños de 6 a 36 meses que son atendidos en el Centro de Salud San Francisco Tacna 2019 (17).

Se vincula con nuestra investigación, debido a que define los dos tipos de lactancia con su repercusión en las caries de primera infancia, también utilizan índices para determinar la presencia de caries en el cual se trabajan con valores de alto a bajo índice de caries y encuestas para analizar el tipo de alimentación y tiempo de duración.

Seguido a esto, se hace referencia Branger B. y col. (2019) en Francia, denominada Lactancia materna y caries en la primera infancia. Revisión de la

literatura, recomendaciones y prevención. Donde se efectuó una revisión de publicaciones escritas en francés e inglés, buscando los términos caries y lactancia en la primera infancia, centrándose en revisiones de literatura y meta análisis que datan de los últimos 10 años. Se concluyó que la lactancia materna prolongada es un factor protector para la caries infantil menor de 1 año. Más allá de 1 año, es difícil concluir entre la protección y el agravamiento de la caries debido a la multiplicidad de factores de confusión, como los patrones dietéticos, que varían según los países y las familias, y los problemas de higiene bucal. Cuando la lactancia materna continúa más allá de 1 año, es necesario consultar con un dentista para un examen y asesoramiento preventivo (18).

Establece una relación con nuestra investigación ya que, analiza el vínculo entre las caries de la primera infancia con respecto a la lactancia materna esta evalúa de manera bibliográfica la relación y establece recomendaciones de promoción y prevención de la salud bucal para los niños de primera infancia alimentados con lactancia materna, y en nuestra investigación realizaremos esta busque de información de manera directa, mediante preguntas a la madre que nos ayudará a obtener resultados.

Igualmente, le hace referencia al trabajo de Pérez K. y col. (2017), en Brasil y titulado Impacto de la lactancia materna prolongada en la caries dental: un estudio de cohorte de nacimientos basado en la población. Evalúan el efecto de la lactancia materna, la alimentación con biberón y el consumo de azúcar en la

caries dental de los niños. Investigan si la duración de la lactancia materna es un factor de riesgo para la caries dental en la dentición primaria, independientemente del consumo de azúcar. Se realizó un estudio de salud bucal anidado en un estudio de cohorte de nacimiento en el sur de Brasil. Donde se concluyó, que la lactancia materna prolongada aumenta el riesgo de tener caries dental. Las intervenciones preventivas para la caries dental deben establecerse lo antes posible porque la lactancia materna es beneficiosa para la salud de los niños (19).

Su correlación con el estudio implica, en la evaluación de la lactancia materna con la lactancia artificial y el tiempo de duración la cual en nuestra investigación también juega un papel determinante para el desarrollo de caries de primera infancia, ya que está presente la lactancia a libre demanda y la alimentación controlada.

Del mismo modo, Azanza (2017) en España, evaluó la importancia de identificar los factores asociados a la aparición de caries precoz en la población de OSI Bidasoa relacionando los diferentes estilos de lactancia materna junto con la caries precoz de la infancia. En el estudio participaron 151 niños, la edad de los niños variaba entre los 13 y los 51 meses. En los niños de este estudio se encontró una alta presencia de caries precoz de la infancia. Finalmente se concluyó que la lactancia materna prolongada, si no va acompañada de sencillas medidas de limpieza de los dientes del niño tras cada toma, es un factor de riesgo de aparición de caries precoz de la infancia. A su

vez las autoridades sanitarias y los profesionales de la salud deben desarrollar campañas de información a los padres de recién nacidos para que desde el nacimiento se realice la educación y prevención sin esperar a atenderlos cuando desarrollen la enfermedad (20).

Su parecido con nuestra investigación radica, debido a que realizaron un análisis sobre los tipos de alimentación; materna y artificial en los niños y la prevalencia de caries por el hábito de higiene bucal que realizan las madres luego de la ingesta de alimento. Así como también comparten información sobre la prevención de caries de primera infancia.

Al par de ello, Infante (2016) en Perú, evaluó determinar la relación de caries de infancia temprana con el tipo de lactancia en niños de 1 a 3 años de edad del centro poblado Anchovira. Se tuvo una población que fue conformada por 108 niños y una muestra de 71 niños de 1 a 3 años. La relación de caries de infancia temprana se determinó de acuerdo a la escala bueno (0 -2), regular (3-5) y malo (> 5) a cada pregunta de la ficha de CEOD. Dando como resultado que el mayor porcentaje de CEOD es malo (64.5%) lo que nos indica un mayor consumo de lactancia artificial donde se evidencia una mayor presencia de lesiones cariosas, en comparación a los que consumen lactancia materna exclusiva que arrojó un menor porcentaje de CEOD (1.5%) lo que nos indica el consumo de dicha lactancia. Por consiguiente se concluye que si existe relación de la caries de infancia temprana con el tipo de lactancia en niños de 1 a 3 años (21).

Al mismo tiempo, se vincula con la investigación ya que comparan igualmente los tipos de alimentación y registran el nivel de caries utilizando el CEOD, y ubican a la población de estudio según su índice de riesgo también fomentan la alimentación con lactancia materna y el mayor riesgo de caries que presenta la alimentación artificial.

Del mismo modo, Birungi N. y col. (2015) en Uganda, realizaron un trabajo titulado, Efecto de la promoción de la lactancia materna en la duración de la caries en niños de 5 años al este de Uganda. Donde evaluaron un total de 765 mujeres embarazadas de 24 grupos para recibir la promoción de lactancia materna exclusiva aconsejada por sus pares como intervención o estándar de atención, a los 5 años de seguimiento, el ECC (caries de primera infancia), se registró en condiciones de campo utilizando el índice de dientes cariados faltantes (dmft) de la Organización Mundial de la Salud. Concluyó que la lactancia materna exclusiva no tuvo impacto en la caries de la primera infancia o la duración de la lactancia materna a los 5 años de edad. Este estudio contribuye al conjunto de evidencia de que la promoción de la lactancia materna exclusiva no plantea problemas de salud bucal. Sin embargo, la alta carga de caries requiere esfuerzos para mejorar la salud bucal en este entorno (22).

La pertinencia con nuestro estudio radica en los estudios sobre la influencia de la lactancia materna y las caries de primera infancia, también en la promoción y orientación a las madres sobre la alimentación correcta a sus niños

dependiendo de la edad en el que se encuentran. Y la prevención de caries en su población para mejorar la salud bucal.

2.2 Bases teóricas

Lactancia materna

Según la OMS define la lactancia materna exclusiva como la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesita durante los primeros seis meses de vida para garantizar un óptimo crecimiento y desarrollo de manera saludable. A partir de entonces, a fin de satisfacer la evolución de sus necesidades nutricionales, deben recibir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados e inoocuos, al tiempo que siguen tomando el pecho hasta los dos años o más. A su vez, protege contra enfermedades comunes de la infancia, como la neumonía, y también puede tener beneficios a largo plazo para la salud de la madre y el niño, como la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud (23).

Del mismo modo, la leche materna se caracteriza por ser un fluido de gran complejidad biológica, protege activamente y es inmunomoduladora. Contiene diversas propiedades en su composición que deben considerarse al momento de evaluar su influencia sobre la salud bucodental. Como factores de defensa, que inhiben el crecimiento bacteriano; Inmunoglobulinas, especialmente la Ig. A9, la lactoferrina, que priva a las bacterias del hierro y sólo lo libera en presencia de los receptores en el intestino y enzimas como: lisozima y lactoperoxidasas con acción

antimicrobiana. Por otro lado, la microbiota de la leche materna juega además un papel importante en la exclusión competitiva, bacterias no patógenas compiten por el mismo nicho biológico que las patógenas (23).

Igualmente, posee minerales como calcio y fósforo y proteínas como la caseína que hacen que la leche materna favorezca la remineralización. Componentes como la arginina y la urea que favorecen un aumento del pH y por tanto disminuyen la desmineralización. Presenta un pH adecuado (el pH de la leche materna oscila entre 7.1 y 7.7), que no modifica el pH en el medio bucal (23).

De acuerdo, a las propiedades evaluadas anteriormente, se considera que el efecto protector de la lactancia materna aumenta proporcionalmente con su duración de manera directa. Así mismo, su acción fisiológica explica que la leche materna en sí misma no sea cariogénica. A pesar de los prejuicios culturales existentes en nuestra sociedad, la lactancia materna más allá de los 2 años sigue teniendo beneficios tanto para la madre como para el niño y muchas madres eligen esta opción natural que por otro lado era la norma biológica hasta el siglo pasado. Algunos autores han relacionado el desarrollo de caries con la lactancia prolongada y a muchas madres se les recomienda equivocadamente destetar precozmente a sus hijos alegando este motivo (23,24).

Composición de la leche humana.

La leche humana se compone por una fase acuosa, una lipídica, una coloidal, una membranosa y una de células vivas. En estas fases existen alrededor de

200 componentes reconocidos. Durante los siete primeros días del posparto a la leche producida se le denomina calostro; es de color amarillo. Leche humana y sucedáneos de la leche humana 15 carotenos es casi 10 veces mayor que el que contiene la leche madura (7.57 vs. 0.3 mg/L). Después de la primera semana, la leche cambia su composición y dos a tres semanas después tiene las características de la «leche madura». La leche de madres con recién nacidos prematuros tiene mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa, adaptándose a las condiciones fisiológicas del recién nacido. Proteínas. Se clasifican en caseína y proteínas del suero. Las caseínas de la leche humana son

Así como también lípidos. La cantidad de lípidos en la leche humana es de alrededor de 35-45 g/L, y constituyen su mayor fuente energética; son transportados dentro del glóbulo de grasa cuya membrana está compuesta principalmente de fosfolípidos y colesterol (100-150 mg/L). Hidratos de carbono. El principal hidrato de carbono de la leche humana es la lactosa, su concentración es de 70 g/L y ejerce hasta 70% de la presión osmótica. Existen otros oligosacáridos cuya función se asocia a mecanismos de defensa contra la infección. Vitaminas y nutrimentos inorgánicos. La leche humana contiene vitaminas hidrosolubles y liposolubles transferidas de la dieta y las reservas de la madre (24,25).

Tabla 1. Comparación de la composición de la leche materna humana, fórmula estándar y fórmula de continuación (25).

Nutrimento	Leche humana	Fórmula para lactantes	Leche de vaca
Energía (kcal/L)	726	660	627
Proteínas (g/L)	10	12-14	34
Grasas (g/L)	39	33-37	37
Hidratos de carbono (g/L)	72	69-75	48
Calcio (mg/L)	280	410-668	1219
Fósforo (mg/L)	140	205-404	959
Sodio (mg/L)	160	154-222	950
Potasio (mg/L)	530	589-943	890
Hierro (mg/L)	0.5	7-12	0.4
Carga renal solutos (mOsm/L)	73	220-280	226

Prácticamente todos los lactantes pueden recibir leche materna, y todas las mujeres pueden amamantar; solamente existen algunas contraindicaciones (totales o parciales) documentadas como ser la galactosemia, el VIH o la

fenilcetonuria por lo cual se debe estar alerta y capacitado para no interferir innecesariamente la lactancia (26).

Tipos de leche materna

El calostro (leche de los primeros días) contiene gran cantidad de proteínas, vitaminas e inmunoglobulinas (defensas) que pasan a la sangre a través del intestino del recién nacido. El calostro es suficiente para alimentar al recién nacido, puesto que su estómago es muy pequeño y sus necesidades se satisfacen con pocas cantidades y en tomas frecuentes (de 8 a 12 tomas diarias aproximadamente) (27).

Aunado a esto, la leche madura varía su composición a lo largo de la toma, la del principio es más “aguada” (rica en lactosa) para calmar la sed y la cantidad de grasa va aumentando a medida que sale la leche, concentrándose al final de la toma; cosa que provoca la saciedad del bebé. Por eso es conveniente vaciar el primer pecho antes de ofrecer el segundo sin limitar el tiempo de la toma (27).

La alimentación con leche materna favorece la liberación de la hormona de crecimiento y un óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico. Protege frente a gran número de enfermedades: diarrea, infecciones respiratorias (catarros, bronquiolitis, bronquitis, neumonía, otitis, etc.). La leche materna tapiza el intestino del bebé protegiéndolo frente a los patógenos (27).

Así como también, desarrolla un estrecho vínculo afectivo materno filial, proporcionando al bebé consuelo, cariño, compañía y seguridad, y ayudando a la madre en su crecimiento personal. La elección de la lactancia materna supone un considerable ahorro económico en el presupuesto familiar, no sólo derivado del precio que no se habrá de pagar por la leche artificial y accesorios como biberones (27).



Figura 1. Amamantamiento (27).

Lactancia artificial

La lactancia artificial, fórmulas adaptadas o sucedáneas, son productos alimenticios utilizados como sustitutivos totales o parciales de la leche humana, que proporcionan un aporte adecuado de nutrientes para la necesidad del lactante. Se obtienen a partir de la leche de vaca, pero se modifica para intentar acercarse lo más posible a la leche materna en cuanto a su contenido en proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y sales minerales, así como otros micronutrientes. Se utiliza en ocasiones en las que la lactancia materna, por un motivo u otro, no es posible o resulta insuficiente. En este último caso

se suele usar la lactancia mixta para que el bebé obtenga los nutrientes necesarios para su correcto desarrollo (28).

Existen 2 tipos de fórmulas infantiles; leche etapa 1: se trata de una fórmula de inicio que por sí solas cubren todas las necesidades nutritivas del lactante sano no prematuro durante los primeros 6 meses de vida (28).

Leche etapa 2: llamada también leche de continuación, cubre las necesidades nutricionales de tu bebé a partir de los 6 meses como parte de una dieta diversificada. Contiene una mezcla especial de DHA, hierro, calcio, zinc y vitaminas que apoya al crecimiento y el desarrollo del bebé. Asimismo, contiene fibra dietética que ayuda a unas heces menos duras. Se recomienda su uso hasta los 12 meses de edad (28,29).

Leche etapa 3: también conocida como leche de crecimiento o preparado lácteo infantil, se utiliza a partir de los 12 meses de edad. Cubre las necesidades nutricionales como parte de una dieta diversificada para niños de 1 a 3 años de edad. Se utiliza como parte de una dieta equilibrada para proporcionar una nutrición adecuada al pequeño (28,29).

Tabla 2. Expresa las cantidades necesarias que necesita tener la lactancia artificial para suplementar el crecimiento (29).

Número de tomas y cantidad ingerida por toma	
1ª semana	10 ml/día hasta el 7º día (70 ml)
2ª semana	90 ml/toma (7-8 tomas)
3ª,4ª semana	90-120 ml/toma (7-8 tomas)
2º mes	120-150 ml/toma (7 tomas)
3º mes	150 ml/toma (6 tomas)
4º mes	180-120 ml/toma (5 tomas)
5º mes	210-250 ml/toma (4-5 tomas)

Composición de la lactancia artificial

En la leche materna, las proteínas son dos sustancias: suero (60%) y caseína (40%) por contrario la de fórmula mantiene esta proporción, aunque algunas aumentan el porcentaje de suero de leche, que es más fácil de digerir. La lactosa es el ingrediente que incorpora los carbohidratos en la leche materna. En la de fórmula, la lactosa debe ser el carbohidrato mayoritario, aunque la etiqueta indica que pueden incorporarse glucosa y dextrinomaltosa. También presentes grasas es habitual que el listado de ingredientes en las etiquetas de la leche de fórmula apunte el total de grasas, además, se detalla el porcentaje de las que son saturadas y también la cantidad de ácido linoleico y de ácido alfa-linoleico (30).

Aunado a esto, contiene vitaminas, a menudo los envases de leche de fórmula para bebés incluyen un listado de nutrientes, aunque sin englobarlos bajo el rótulo de vitaminas. Por ello, puede parecer que solo son vitaminas las que así lo indican en su nombre (vitamina A, C, E, etc.). Sin embargo, también lo son otros nutrientes importantes y presentes en casi todas las fórmulas, como ácido fólico, tiamina (vitamina B1), riboflavina (vitamina B2), niacina (vitamina B3), biotina y ácido pantoténico (30).

Al igual que, las vitaminas los minerales están presentes los principales son el calcio, potasio, fósforo, sodio, yodo, magnesio, hierro, zinc, cobre, manganeso, selenio y cloro. El contenido en sales minerales es reducido, aunque no inferior al de la leche materna. La leche de fórmula para bebés incluye también

aminoácidos con funciones nutricionales concretas, cuya cantidad en la leche humana es mayor que en la de vaca (taurina y carnitina) (30).



Figura 2. Alimentación artificial (30).

Lactancia mixta

A partir de los seis meses, se puede empezar a pensar en una alimentación mixta. La alimentación mixta consiste en alimentar al bebé con biberones de leche materna extraída o con fórmula infantil y también dándole el pecho, se realiza gradualmente de manera que el cuerpo de la madre tenga tiempo para disminuir la producción de leche y se reduzca con ello el riesgo de una mastitis, además de estimular al intestino del bebé dándole la posibilidad de adaptarse al cambio de alimentación (31).

Además, la lactancia mixta consta de dos tipos la coincidente que es el método recomendado en situaciones en las que la madre no tiene suficiente cantidad de leche. En la misma toma, el bebé recibe leche materna primero y a continuación leche artificial en la cantidad que desee. Y lactancia mixta alternante método que se usa cuando alguna toma no puede ser de leche

materna, así, el bebé recibe la toma exclusivamente de leche artificial y la siguiente toma de leche materna. Es importante que el biberón no anule el pecho. Por norma general los bebés prefieren la leche artificial porque es más dulce y la madre la prefiere porque es más cómoda (32).

Alimentación complementaria

La alimentación complementaria se ofrece a los bebés lactantes a partir de los 6 meses para complementar (en ningún caso sustituir) la leche materna con más energía y nutrientes. Durante todo el primer año la leche materna sigue siendo el principal alimento del bebé. Se aconseja elegir alimentos que la madre come habitualmente, preferiblemente ecológicos. Comenzar con raciones pequeñas y aumentar la cantidad, textura y variedad a medida que el bebé crece y continuar ofreciendo el pecho con frecuencia (33).

Al respecto, la lactancia materna debe acompañar la alimentación complementaria hasta los dos años de edad y debe ser administrada a demanda, debido a que durante este periodo solo una parte de los requerimientos calóricos total del niño son cubiertos por la alimentación complementaria. La lactancia materna puede aportar más de la mitad de los requerimientos energéticos totales en un niño entre 6 y 12 meses de edad, y continua aportando nutrientes adecuados junto con los alimentos complementarios; por lo tanto, el objetivo fundamental de la alimentación complementaria en esta etapa es poner en contacto y entrenar al niño con los alimentos que posteriormente lo van a acompañar a lo largo de su vida. Posteriormente entre

12 y 24 meses de edad, la alimentación complementaria cubrirá más de la mitad de los requerimientos energéticos totales d niño; sin embargo, la lactancia materna continuara cubriendo hasta un tercio de los requerimientos de energía de niño además de otros nutrientes de alta calidad (33).

Dieta cariogénica

Existen alimentos que predisponen mejor que otros a la producción de caries, diversos factores predisponen al individuo a adquirir caries, entre ellos, la calidad de la dieta es fundamental, como la dieta rica en hidratos de carbono facilitara a la formación de la placa bacteriana (34).

Por lo cual se indica características que hacen que los alimentos sean cariogénicos como:

Propiedades físicas

Adhesividad: Cuanto más adhesivo sea el alimento mayor tiempo permanecerá unido a la pieza dentaria (34).

Consistencia: Un alimento duro y fibroso ejercerá una acción detergente a diferencia de un alimento blando que tienen a adherirse (34).

Tamaño de la partícula: mientras más pequeñas las partículas mayor probabilidad de retenerse en surcos y fisuras (34).

Ocasión en que se consume el alimento: El alimento con mayor cariogenicidad es cuando se lo consume entre las comidas, que cuando se ingieren durante ellas, ya que durante las comidas se produce más salivación y

aumenta los movimientos musculares de mejillas, labios y lengua, con lo que se acelera la eliminación de residuos (34).

Frecuencia: mientras mayor cantidad de veces que se esté consumiendo hidratos de carbono, mayor será el potencial criogénico (34).

Carbohidratos fermentables

Se indica que la mala combinación entre el excesivo consumo de carbohidratos fermentables y la poca incrementación de flúor favorece a la formación de caries dental, la falta de inmunoglobulina A en la saliva, dada por la mala nutrición podría favorecer para la formación de caries dental, esta formación se puede darse siempre y cuando hay la colaboración de bacterias y otros factores. El almidón que está en el grupo de los polisacáridos son los más consumidos en la dieta, diaria d los niños y estas moléculas de los almidones al exponerse a su cocción se vuelven gelatinoso el cual es más criogénico (35).

Sustitutos del azúcar

Se ha incrementado los sustitutos del azúcar, así como el edulcorante o el sorbitol, manitol, xilitol que son polialcoholes, su beneficio es que pueden ser metabolizados por bacterias bucales o por medio de vías que no produzcan acido, ayudando así a reducir el metabolismo de las bacterias el cual contribuiría mucho a la no formación de caries (35).

Higiene bucal

La higiene bucal es un método fundamental para prevenir la formación de caries dental, misma que debe ser realizada por los padres de familia, personas dedicadas al cuidado del niño, la higiene bucal se podría considerar como una estrategia para evitar problemas estomatológicos. Además deben considerarse antes y después de la primera erupción dentaria en la cual la higiene bucal después del nacimiento se aplica a edentulos que van hasta los 6 a 9 meses aproximadamente, su higiene bucal debe ser por lo menos una vez al día en especial antes de dormir, se debe realizar con la ayuda de una gasa embebida en suero fisiológico o con soluciones bucales específicas para el bebé, esto ayudará a mantener una buena salud bucal además familiariza al niño en el futuro con el hábito del cepillado que se debe realizar al erupcionar la primera unidad con una pasta fluorada de una concentración mínima de 1100 ppm y siempre tener en cuenta la integridad de las encías (35).

Caries de primera infancia

La caries dental se produce cuando la placa bacteriana que se forma en la superficie del diente convierte los azúcares libres contenidos en alimentos y bebidas en ácidos, que con el tiempo disuelven el esmalte dental y la dentina. La ingesta abundante y continua de azúcares libres, la exposición insuficiente al flúor y la falta de remoción periódica de la placa bacteriana provocan la ruptura de las estructuras dentarias, lo que propicia el desarrollo de caries y

dolor, menoscaba la calidad de vida en lo que respecta a la salud bucal y, en una etapa avanzada, ocasiona pérdida de dientes e infección sistémica (36).

Asimismo la Academia Americana de Odontología Pediátrica define la caries de la primera infancia (ECC, siglas en inglés) como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad. Cualquier signo de caries en superficies lisas en niños menores de tres años, nos indica una EEC severa (37).

Tabla 3. Clasificación de las caries de infancia temprana (38).

Tipo I LEVE	Presencia de caries incipientes a nivel cervical de incisivos superiores Causas : dieta criogénica solida o semisólida y falta de higiene oral Usualmente presenta en niños de 2- 5 años
Tipo II MODERADA	Presencia de lesiones vestibulo- linguales en incisivos superiores, con o sin lesiones en molares. Sin lesiones en incisivos inferiores. Causas : inapropiado uso de biberón, malos hábitos de lactancia materna, combinacion de ambos, con/ sin pobre higiene. Se presenta poco después de la erupción del primer diente.
Tipo III GRAVE	Presencia de caries en la mayoría de las piezas dentales Causa: Dieta criogénica y pobre higiene oral Afecta a niños de entre los 3 a 5 años.



Figura 3. Lesiones amarillentas Caries iniciales Lesiones de caries muy avanzada Lesiones de caries extensas (38).

Caries de primera infancia actualización de la OMS

También, la OMS sugiere que los bebés que son amamantados en el primer año de vida tienen niveles más bajos de caries dental que aquellos alimentados con fórmula infantil. La leche materna tiene una concentración relativamente mayor de lactosa y un contenido relativamente menor de factores protectores como el calcio y el fósforo en comparación con la leche de vaca y otras leches que forman bebidas complementarias (39).

Por lo tanto, la OMS realizó una revisión sistemática y surgió un mayor riesgo de caries de primera infancia (ECC) cuando la lactancia materna se extiende más allá de un año de edad. De eso desprende las prácticas complementarias y los hábitos alimentares en los primeros años de vida pueden modificar el riesgo que representa la exposición a azúcares libres en la dieta. Está bien establecido que la cantidad de azúcares libres en la dieta consumida es el principal factor que causa la caries dental, y la cantidad de azúcares libres no debe ser más que el 5% de la ingesta de energía diaria. Los azúcares libres incluyen todos los mono y disacáridos agregados a los alimentos y bebidas por los fabricantes, cocineros o consumidores, además de los azúcares que están naturalmente presentes en la miel, los jarabes, los jugos de frutas y los concentrados de jugos (39).

2.3 Bases Legales:

Según Pérez “Es el conjunto de leyes, reglamentos, normas, decretos. etc., que establecen el basamento jurídico sobre el cual se sustenta la investigación”.

Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna

1. **Artículo 2:** este artículo vela porque todos los niños y niñas tienen el derecho a la lactancia materna en calidad que garantice la vida, salud y un desarrollo integral, así como también los integrantes de su núcleo familiar deben guiar y brindar todo el apoyo a la madre, con el fin de promover un desarrollo integral al niño o la niña. El estado debe garantizar, promover y apoyar todo lo que acontece con la lactancia materna, sobre todo la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y la alimentación complementaria desde los seis meses hasta los dos años de edad (40).
2. **Artículo 3:** en este artículo se estipula que todo ciudadano, especialmente las mujeres embarazadas, madres y padres, tienen derecho a recibir información oportuna, veraz y comprensible, así como a ser educados, sobre el inicio, mantenimiento y beneficios de la lactancia materna (40).
3. **Artículo 4:** este artículo hace referencia a que todas las personas tienen el derecho a participar en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y el amamantamiento. En consecuencia, tienen derecho a exigir el

cumplimiento de la presente Ley, así como a denunciar su violación ante las autoridades competentes (40).

2.4. Definición de términos

Arginina: es uno de los 20 aminoácidos que se encuentran formando parte de las proteínas (41).

Caseínas: es una fosfoproteína (un tipo de heteroproteína) presente en la leche y en algunos de sus derivados (productos fermentados como el yogur o el queso). En la leche, se encuentra asociada al calcio (fosfato de calcio), formando agregados que se denominan micelas de caseína. La leche, las más comunes y representativas son tres, y todas son caseínas la caseína- α_1 , la caseína- β y la caseína- γ (41).

Fenilcetonuria: es un trastorno del metabolismo; el cuerpo no metaboliza adecuadamente un aminoácido, la fenilalanina, por el déficit o ausencia de una enzima llamada fenilalanina hidroxilasa. Como consecuencia, la fenilalanina se acumula y resulta tóxica para el sistema nervioso central, ocasionando daño cerebral (41).

Galactosemia: es una enfermedad hereditaria causada por una deficiencia enzimática y se manifiesta con incapacidad de utilizar el azúcar simple galactosa, lo cual provoca una acumulación de este dentro del organismo (41).

Inmunoglobulinas: globulina plasmática que actúa como anticuerpo. Los anticuerpos son proteínas producidas por el sistema inmunológico para atacar a

los antígenos, como las bacterias, los virus y los alérgenos. El cuerpo genera diferentes inmunoglobulinas para combatir cada antígeno (41).

Lisozima: Enzima bactericida que impide infecciones y que está presente en numerosas sustancias segregadas por los seres vivos, como las lágrimas, la saliva o la leche (41).

Lactalbúmina: es una proteína del suero de la leche que puede encontrarse en la leche de la mayoría de las hembras de los mamíferos, y que tiene como finalidad sintetizar lactosa a través de la regulación de la enzima galactosil transferasa mamaria (41).

Lactoferrina: también conocida como lactotransferrina, es una proteína globular perteneciente a la familia de las transferrinas. La lactoferrina es una proteína de defensa contra microorganismos presente en el lactosuero de la leche humana, donde se encuentra en una concentración relativamente elevada (1g/L), especialmente en la etapa calostrual (hasta 7g/L) (41).

Sucedáneo: Dicho de una sustancia que, por tener propiedades parecidas a las de otra, puede reemplazarla (42).

Xilitol: es un sustituto del azúcar pose un sabor a sacarosa con poder edulcorante, y efecto refrescante en la boca ayuda a la mineralización e inhibe la desmineralización del esmalte ya que el *S. mutans* no presenta enzimas para utilizar al Xilitol como energía, provoca el flujo salival, ayudando así a disminuir la formación de caries dental, porque es el único sustituto que no es metabolizado en la placa microbiana (42).

2.5. Operacionalización de variables

Es un proceso metodológico que consiste en descomponer deductivamente las variables que componen el problema de investigación, partiendo desde lo más general a lo más específico; es decir que estas variables se dividen (si son complejas) en dimensiones, áreas, aspectos, indicadores, índices, subíndices, ítems; mientras si son concretas solamente en indicadores, índices e ítems. La operacionalización varía de acuerdo al tipo de investigación y de diseño (43).

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

Se realizó un estudio de tipo no experimental, ya que, consta en la observación los fenómenos de interés en su ambiente natural, para luego describirlos y analizarlos sin necesidad de emularlos en un entorno controlado (45). Del mismo modo, la investigación se desarrolló de campo, investigación utilizada para entender y encontrar una solución a un problema de cualquier índole, en un contexto específico. Como su nombre lo indica, se trata de trabajar en el sitio escogido para la búsqueda y recolección de datos que permitan resolver la problemática. Donde, se deberá entrar en contexto para entender cómo puede afectar el problema en dicho lugar, así como también tendrá que consultar a fuentes cercanas; datos que obtendrá y deberá analizar teniendo en cuenta los diferentes factores, como las variables psicológicas, educativas, sociales, mediante la utilización de encuestas, cuestionarios, panel, estudio de casos entre otros (45).

3.2.1. Población y muestra

La población se define como la totalidad del fenómeno de estudio donde las unidades de población poseen una característica común la cual se analizó para dar origen a los datos de la investigación, este es el conjunto de todas las cosas que concuerdan con una serie determinada de especificaciones (46). Por ello, nuestra población

comprendió en 90 estudiantes de décimo semestre de odontología de la Universidad José Antonio Páez.

3.2. 2. Muestra

Subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible. Es decir, representa una parte de la población, los elementos de la muestra deben ser suficientemente representativos de la población para que permita hacer generalizaciones (47). Así mismo, la muestra de este estudio está comprendida por la totalidad de la población incluida por los 90 estudiantes de décimo semestre de odontología de la universidad José Antonio Páez.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La encuesta es una técnica que consiste en obtener información acerca de una parte de la población o muestra, mediante el uso del cuestionario o de la entrevista .El instrumento es una recopilación de datos de la población de estudio para obtener los resultados solicitados El cuestionario permite recolectar información y datos para su tabulación, clasificación, descripción y análisis en un estudio o investigación. En este sentido, los cuestionarios pueden usarse como instrumentos de obtención de datos, (48). Por lo cual para la recolección de datos se utilizó como instrumento un cuestionario con preguntas cerradas y opciones de respuestas dicotómicas (si/no) a los estudiantes en los cuales se determinaron los conocimientos presentes sobre los tipos de lactancia y alimentación complementaria que influyen en la aparición de caries de primera infancia.

3.4. Procesamiento y análisis de los resultados

Es la presentación ordenada y resumida de los elementos recopilados durante la investigación. La información que se capta en un cuestionario o cédula de entrevista o por medio de otro instrumento, difícilmente podría ser manejado en su presentación original, ya que ello implicaría tiempo y esfuerzo excesivos. Por esta razón, es necesario sintetizar la información fuente, esto es, reunir, clasificar, organizar y presentar la información en cuadros estadísticos, gráficas o relaciones de datos, con el fin de facilitar su análisis e interpretación (49).

Por ellos, la gráfica de barras o histograma constituye un esquema en el que, por medio de líneas verticales de diferente altura y de conformidad con una escala preestablecida, se señala la magnitud de los fenómenos en estudio. Una gráfica de barras contiene elementos como nombre de la gráfica nombre del fenómeno o indicador cuya magnitud se mide (este dato se registra en la base de la barra) (49).

Así mismo, en esta investigación se utilizaran como técnica una encuesta en la cual se recopilara y organizara la información en una tabla de Excel, para comparan los niveles de conocimiento presentes acerca tipos de lactancia, alimentación complementaria y la incidencia con las caries de primera infancia en estudiantes de decimo semestre, en o cual también se expone a nivel de grafica los porcentajes de respuesta.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Luego de aplicar el instrumento a la población seleccionada, recopilada la información pertinente, se procedió a la tabulación estadística mediante tablas de frecuencia y porcentaje, así como ordenamiento de datos y sustento de correcto análisis para poder dar respuesta a cada uno de los ítems. Estos son presentados mediante gráfico de barras con parando cada uno de los porcentajes de afirmación o negación, realizados con el fin de dar respuestas a las variables en estudio y sus indicadores. A continuación, se presentan los resultados obtenidos a través de la encuesta la cual fue la técnica de recolección de datos escogida por los investigadores, además del instrumento un cuestionario compuesto por 15 ítems de carácter dicotómicos (si/no) aplicado a nuestra muestra compuesta por los 90 estudiantes de décimo semestre de la Escuela de odontología de la Universidad José Antonio Páez, para así determinar el nivel de conocimiento presente sobre los tipos de lactancia y la incidencia de caries de primera infancia.

Variable: Nivel de conocimiento

Dimensión: Lactancia.

Indicador: Materna exclusiva. Artificial. Mixta.

Tabla N° 4. Lactancias, ítems 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9 y 10.

N°	Ítems	Si		No	
		f	%	f	%
1	¿La lactancia materna exclusiva es por 26 semanas?	50		40	44,44
2	¿La lactancia materna es importante para la salud dental de los niños?	90	100	0	0
3	¿Según sus conocimientos la lactancia materna exclusiva pudiera ocasionar caries de la primera infancia?	36	40	54	60
6	¿La lactancia artificial pudiera causar caries de la primera infancia?	85	94,44	5	5,55
7	¿Alimentar frecuentemente a los niños con fórmula es bueno para sus dientes?	22	24,44	68	75,55
8	¿La alimentación con biberón después del año de edad es perjudicial para los dientes?	77	85,55	13	14,44
9	¿La alimentación materna a libre demanda puede ocasionar caries de primera infancia?	48	53,33	42	46,66
10	¿El uso inapropiado del biberón conjunto a una lactancia materna pudiera ocasionar caries de la primera infancia?	82	91,11	8	8,88

Fuente: Álvarez y Da Rin (2020).

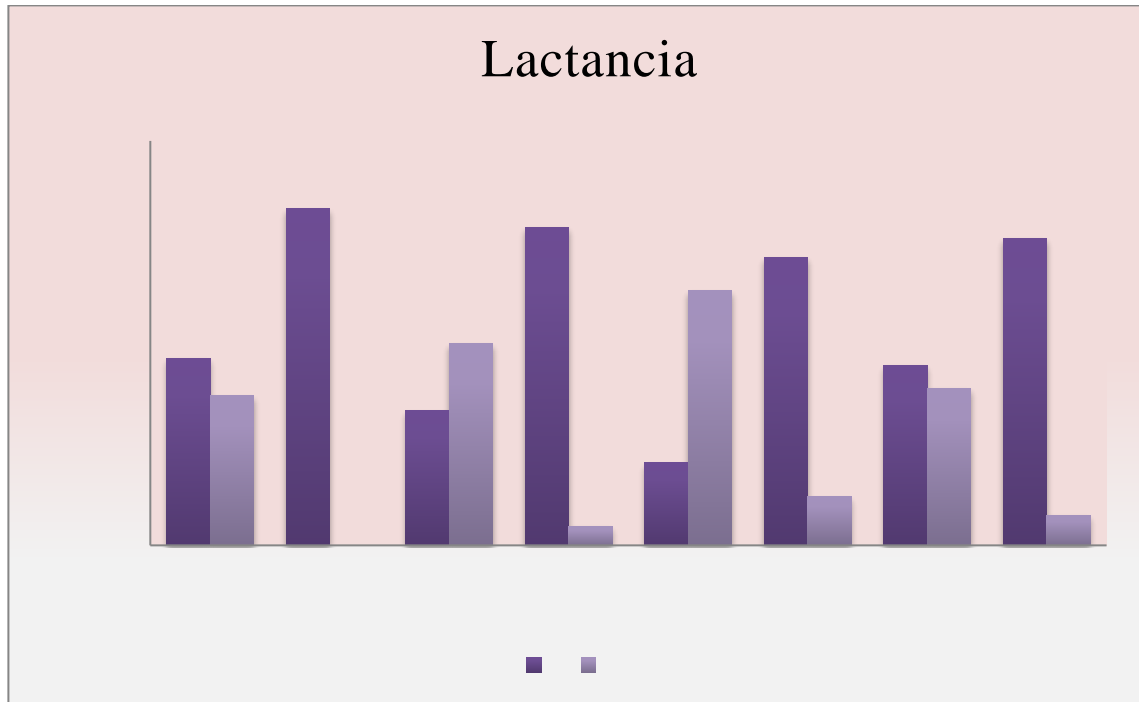


Gráfico 4. Lactancia, ítems 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9 y 10. **Fuente:** Tabla N°4.

Interpretación y discusión:

Se puede apreciar, en cuanto al ítem 1 que la mayoría de la muestra estudiada (55,55%) respondieron afirmativamente a la interrogante; por lo cual si tomamos en cuenta que, de acuerdo la OMS y AAP recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses (26 semanas) de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los 2 años o más (50). Entonces el 55,55% sus respuestas fueron contestadas correctamente por lo cual se expresa que manejan dicho conocimiento. En correlación en el ítem 2 se observa que un 100% de los estudiantes contestaron afirmativamente por lo cual confirma Henríquez, et al. Indican que desde el punto de vista odontológico, la lactancia

favorece una buena ejercitación de músculos orofaciales, la instauración de hábitos de deglución correctos y la LM posee características en la grasa de la leche materna que aumentan la absorción de calcio, por lo cual será bueno para el desarrollo de los dientes (50). Estableciendo así que están presente los conocimientos sobre la interrogante En lo referente al ítem 3 un 60% de los encuestados respondieron negativamente, y corroboramos la respuesta con Carrera et al. Donde menciona que, la leche materna no presenta relación con las caries de primera infancia ya que, no afecta el pH del biofilm bucal en lo que respecta a la progresión de caries catalogando como un factor protector a la progresión de caries durante los primeros 6-7 meses de vida del niño (51). En efecto el 60% de la muestra estudiada está en lo correcto.

Mientras tanto el ítem 6 arroja que un 94,44% denotaron de manera afirmativa, por lo cual recurrimos a Majorana et al. Expresa que la lactancia artificial, frecuencia, duración, y realizarlo en la noche tiene una asociación positiva con caries de la primera infancia, aunque concluyen que la caries de la primera infancia se produce por varios factores adicionales (52). De este modo el 94,44% demuestran poseer noción de la información. Vinculado al concepto el ítem 7 señala que el 75,55% de los interrogados alegaron negativamente por lo cual nos apoyamos en los estudios de Moscardini, donde mencionan, que es más perjudicial para él bebe lactante, una alimentación del tipo artificial, principalmente porque la leche de bovino es suministrada al niño con adición

de sacarosa lo que la hace extremadamente más cariogénica (52). Demostrando así que los investigados están en facultad de conocimiento.

Aunado a esto en el ítem 8 señala una mayoría 85,55% de la muestra respondió afirmativamente donde corroboramos con Çolak, existe una relación entre las caries de primera infancia y biberón y dormir con un biberón, el amamantamiento ideal provee una perfecta nutrición al infante, ya que un amamantamiento nocturno y prolongado aumenta el riesgo de caries de primera infancia, especialmente después de 12 meses (53). Por lo tanto el 85,55% contestaron correctamente. No obstante en el ítem 9 un 53,33% se manifestaron de manera afirmativa, donde aclaramos en la Organización Mundial de la Salud (2020), que realizó una revisión sistemática y surgió un mayor riesgo de caries de primera infancia (ECC) cuando la lactancia materna se extiende más allá de un año de edad mas no hay evidencia sistémica que solo la LM provoca caries. De eso desprende las prácticas complementarias y los hábitos alimentares en los primeros años de vida (39). Demostrando así que el 53,33% de la muestra no domina totalmente esta información.

Justificando el ítem 10 se percata que el 91,11% de los encuestados contestaron afirmativamente y verificamos en Tanaka, considerando la evidencia científica reportada en esta revisión, podemos sustentar que el amamantamiento prolongado a más de dos años de edad del infante conjunto al que el uso de biberón adicionado con azúcares y carbohidratos constituyen un riesgo directo para la caries de primera infancia, sobre todo cuando estos no se

encuentran regulados de la manera adecuada (54). Colocando así al 91,11% en lo correcto.

Variable: Nivel de conocimiento

Dimensión: Alimentación complementaria.

Indicador: Alimentación complementaria no sana alta en azúcares.
Alimentación complementaria sana baja en azúcares.

Tabla N° 5. Alimentación complementaria, ítems 4, 5 y 11.

N°	Ítem	Si		No	
		f	%	f	%
4	¿La lactancia materna junto a una alimentación complementaria no sana, alta en azúcares ocasionaría caries de primera infancia?	87	96,66	3	3,33
5	¿La lactancia materna junto a una alimentación complementaria sana, baja en azúcares ocasionaría caries de primera infancia?	8	8,88	82	91,11
11	¿Sabe usted el porcentaje de azúcares libres recomendados en la ingesta de energía diaria?	25	27,77	65	72,22

Fuente: Álvarez y Da Rin (2020).

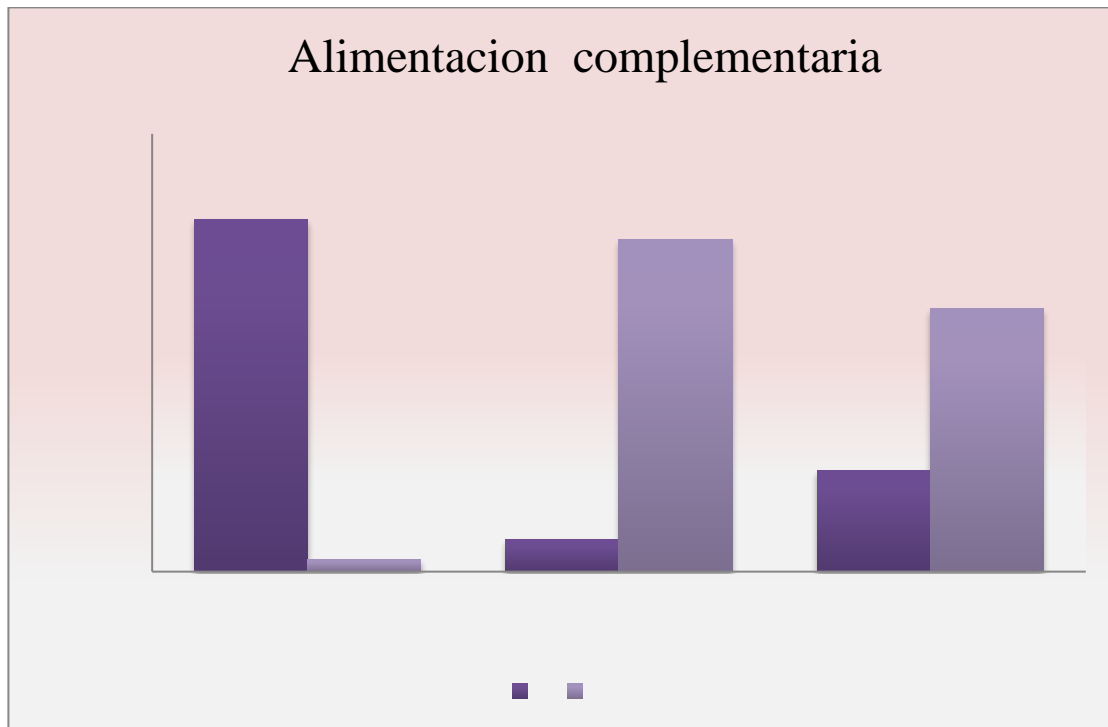


Gráfico 5. Alimentación complementaria 4, 5 y 11. **Fuente:** Tabla N°5.

Interpretación y discusión:

El resultado del ítem 4 oscila en 96,66% respuestas afirmativas de los estudiantes, así que verificamos en la publicación de la OMS. (2020), donde expresa que una lactancia materna con prácticas complementarias y los hábitos alimentares en los primeros años de vida pueden modificar el riesgo que representa la exposición a azúcares libres en la dieta. Está bien establecido que la cantidad de azúcares libres en la dieta consumida es el principal factor que causa la caries dental (39). Es así como el 96,66% de los estudiantes están en lo correcto. Por otra parte, el ítem 5 demuestra que 91,11% respondieron negativamente, observamos que Neves, relata que existen alimentos que

predisponen mejor que otros a la producción de caries, diversos factores predisponen al individuo a adquirir caries, entre ellos, la calidad de la dieta es fundamental, como la dieta rica en hidratos de carbono facilitará la formación de la placa bacteriana provocando caries, por ello, se recomienda una alimentación sana evitando el exceso de azúcares que están naturalmente presentes en la miel, los jarabes, los jugos de frutas y los concentrados de jugos (55). Colocando así al 91,11% en lo correcto. En el ítem 11 el 72,22% de la muestra respondió negativamente por lo cual vemos que la OMS (2020), cantidad de azúcares libres no debe ser más que el 5% de la ingesta de energía diaria (39). Demostrando así que el 72,22% carece de esta información.

Variable: Nivel de conocimiento

Dimensión: Caries de primera infancia.

Indicador: Tipo I (leve). Tipo II (moderada). Tipo III (severa).

Tabla N° 6. Tipos de caries de primera infancia ítems 12, 13, 14 y 15.

N°	Ítem	Si		No	
		f	%	f	%
12	¿Conoce usted que los tipos de caries de primera infancia son tipo I (leve), tipo II (moderada) y tipo III (grave)?	61	67,77	29	32,22
13	¿Las caries de primera infancia tipo I se caracterizan por presentar manchas blanquecinas a nivel cervical de los incisivos superiores?	81	90	9	10
14	¿Las caries de primera infancia tipo II afecta a los molares superiores e inferiores con posible daño pulpar y se evidencian también lesiones en incisivos inferiores?	56	62,22	34	37,77
15	¿Las caries de primera infancia tipo III se evidencian con destrucción coronal de incisivos inferiores en niños menores de 6 años?	73	81,11	17	18,88

Fuente: Álvarez y Da Rin (2020).

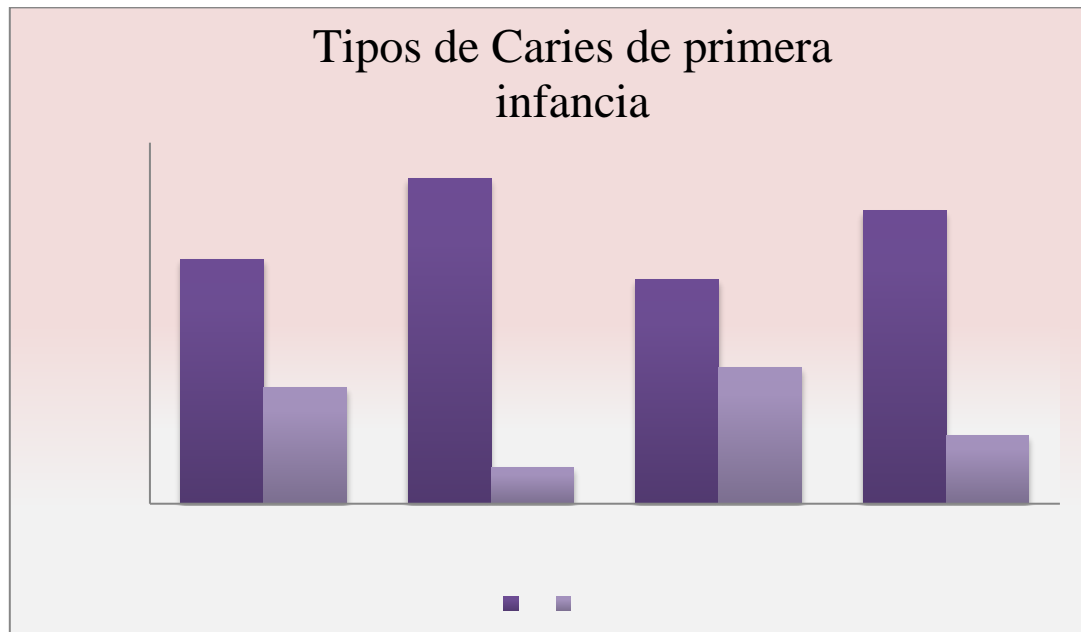


Gráfico 6. Tipos de caries de primera infancia ítems 12, 13, 14 y 15. **Fuente:**

Tabla N°6.

Interpretación y discusión:

Además en el ítem 12 nos arroja que el 67,77% de los estudiantes sostuvo una respuesta afirmativa por lo cual, guiándonos en Figueredo, dice que la fase inicial afecta los incisivos centrales y laterales superiores, se da en todas sus superficies con inicio en el tercio gingival conociéndose así como tipo I (leve). En la fase intermedia ataca molares superiores e inferiores con posible daño pulpar tipo II (moderada) y la fase final se da con destrucción coronal de incisivos inferiores tipo III (grave) (38). Entonces decimos que el 67,77% si maneja este contenido. Al respecto el ítem 12 una gran mayoría del 90% respondió afirmativamente, por lo tanto podemos demostrar que según Santa, fase inicial se presenta en los incisivos centrales y laterales superiores con

manchas blanquecinas en todas sus superficies con inicio en el tercio gingival ya que allí existe una mayor retención de placa bacteriana y ácido láctico (38). De este modo el 90% de los encuestados respondieron correctamente. En el mismo sentido el ítem 14 nos demuestra que un 62,22% de los interrogados respondieron afirmativamente, donde comprobamos en Santa, que las caries de primera infancia tipo II se caracteriza por la presencia de lesiones vestibulo-linguales en incisivos superiores, con o sin lesiones en molares, sin afectar en incisivos inferiores (38). Por lo cual, la mayoría de 62,22% está en lo incorrecto. En el mismo contexto, el ítem 15 expresa que un 81,11% alegaron de forma afirmativa así que definimos según Santa (2017) que las caries de primera infancia tipo III se presenta con caries en la mayoría de las piezas dentales (38). En líneas generales podemos decir que el 81,11% de los estudiantes están en lo correcto.

Variable: Nivel de conocimiento

Dimensión: Lactancia.

Indicador: Materna exclusiva. Artificial. Mixta.

Tabla N° 7. Lactancias y CPI, ítems 3, 4, 6, y 10.

N°	Ítems	Si		No	
		f	%	f	%
3	Según sus conocimientos la lactancia materna exclusiva pudiera ocasionar caries de la primera infancia?	36	40	54	60
4	¿La lactancia materna junto a una alimentación complementaria no sana, alta en azúcares ocasionaría caries de primera infancia?	87	96,66	3	3,33
6	¿La lactancia artificial pudiera causar caries de la primera infancia?	85	94,44	5	5,55
9	¿La alimentación materna a libre demanda puede ocasionar caries de primera infancia?	48	53,33	42	46,66
10	¿El uso inapropiado del biberón conjunto a una lactancia materna pudiera ocasionar caries de la primera infancia?	82	91,11	8	8,88

Fuente: Álvarez y Da Rin (2020).

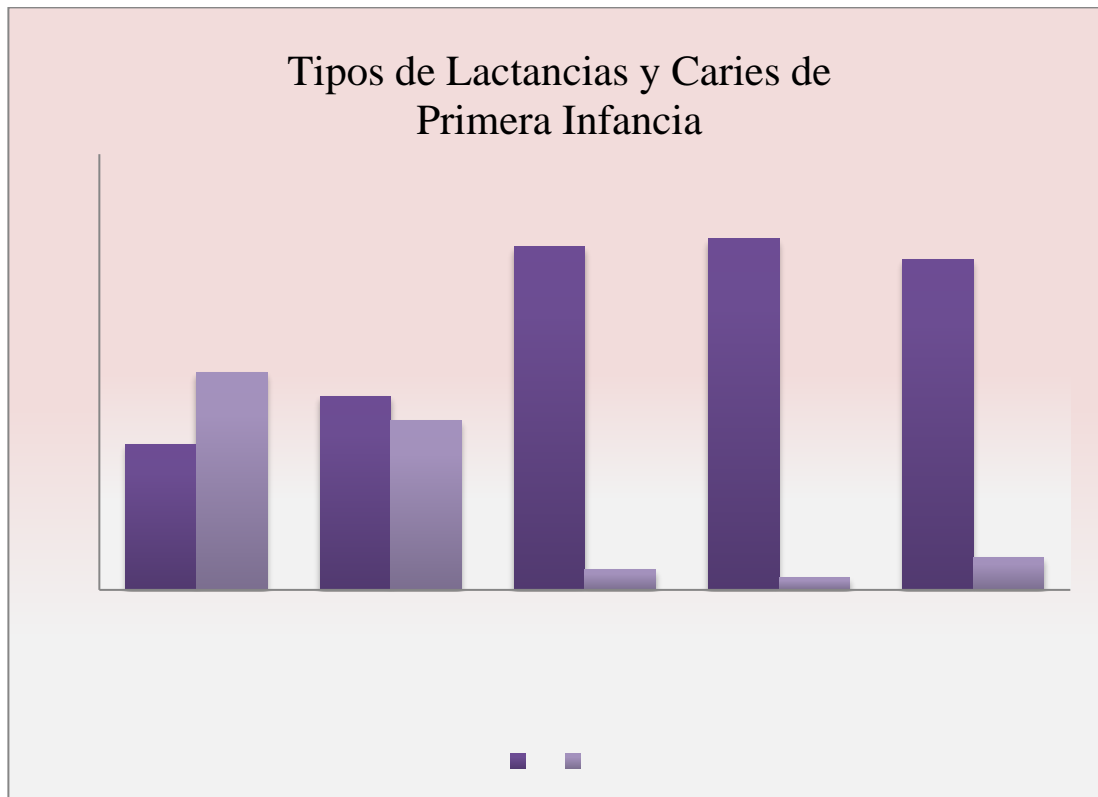


Gráfico 7. Tipos de lactancia y caries de primera infancia ítems 3, 6, 9 y 10.

Fuente: Tabla N°7

Interpretación y discusión:

Podemos observar los niveles que el 60% de los encuestados no relacionan la lactancia materna exclusiva con las caries de primera infancia y nos apoyamos en la última actualización de la OMS la cual expresa que no hay evidencia científica que relación la lactancia materna con las caries de prima infancia (56). Por lo cual el 60% de la población está en lo correcto demostrando así que una suma considerable maneja apropiadamente la información. De acurdo al 96,66% respondió afirmativamente, por lo cual asocian una alimentación

complementaria deficiente conjunto a una lactancia materna con la aparición de CPI por lo cual nos afirmamos en Correa et al. Donde destaca que no asocian el amamantamiento como factores directos para la progresión de caries, destacando a los alimentos azucarados, duración de la alimentación, falta de una correcta higiene, bajo peso al nacer del niño y el hábito de fumar de la madre como factores de mayor relevancia para la CPI (57). Consumando así que 96,66% posee esta información. Se hace necesario resaltar la variación de los porcentajes entre las respuestas de la lactancia materna y la artificial ya que, el 94,44% afirma la relación entre la lactancia artificial y la incidencia de CPI, donde revisamos según Rodríguez que con respecto a la alimentación con biberón, tres artículos refieren un resultado positivo, al relacionarlo con CPI, sobre todo cuando higiene, alimentos azucarados, consumo nocturno y frecuencia se encuentran inmiscuidos (58). De este modo el 94,44% está en lo correcto.

Llama la atención, que el 53,33% de los encuestados conciernan en que una lactancia materna a libre demanda si pueda ser causante de la incidencia de las CPI, ya que lo expresado en respuestas anteriores no relaciona a la LM con las caries pero en esta difiere la acción de una lactancia prolongada, por lo cual obtenemos unos porcentajes en los que los resultados son muy cerrados. Así que, exponemos estudios epidemiológicos de Benjamin en 2014 que expone: lactancia materna prolongada 24 meses o más y sobre todo a demanda, se asoció con la producción de caries en la niñez temprana. La salud dental debe

tenerse en consideración cuando la lactancia se va a prolongar más allá de los 24 meses (59). Por lo cual surgen más estudios actualizados expuestos por la OMS donde relatan que no existe evidencia científica que la LM se relacione directamente con la incidencia de caries de primera infancia (39). Por lo tanto el 53,33% difiere de esta información.

Dentro de este marco también tenemos presente la lactancia mixta donde un 91,11% de los estudiantes afirma que una lactancia mixta con hábitos inadecuados es causante de las CPI y nos sustentamos según Kraljevic et al. El amamantamiento y el uso de biberón actúan como cofactor de riesgo para producir CPI (60).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En el presente trabajo de grado se ha analizado la calidad de conocimiento sobre los tipos de lactancia y la incidencia de caries de primera infancia en los estudiantes de decimo semestre de la Escuela de Odontología, Universidad José Antonio Páez. Con respecto a los datos expresados por los estudiantes, podemos denotar que una mayoría está en facultad de los conocimientos sobre la relación de las CPI con los tipos de lactancia, también podemos concretar ciertas discrepancias con los resultados que obtuvimos del cuestionario aplicado a los estudiantes esto se lo debemos a que, la incidencia de la lactancia hacia las caries es un tema muy controversial.

En relación al primer objetivo el cual fue, diagnosticar los conocimientos presentes en los estudiantes con respecto a los tipos de lactancia, podemos concretar que los encuestados cuentan con información veraz con respecto a los tipos de lactancia, tal como por cuales están conformados, la duración de la lactancia materna en los primeros meses del bebe y la influencia de los tipos en relación a la salud bucal de los bebes.

De eso desprende, el segundo objetivo el cual consistió en identificar el nivel de información sobre las caries de primera infancia con respecto a la alimentación complementaria y tipos de lactancia. En los cuales la mayoría de los estudiantes identificaron que la incidencia de caries de primera infancia se relacionan con una lactancia materna prolongada, artificial, mixta y una

alimentación complementaria alta en azúcares como factor causante de estas, dejando fuera la lactancia materna exclusiva y una lactancia materna acompañada con una alimentación complementaria sana baja en azúcares. Identificando así su nivel de conocimiento amplio con respecto de la influencia de las lactancias y la alimentación complementaria con la aparición de caries, solo difiriendo con la incidencia de caries a la lactancia materna prolongada ya que según las últimas actualizaciones de la OMS concluyen que a la luz del conocimiento actual, hay evidencias consistentes y robustas sobre los beneficios de la lactancia materna para la salud materno-infantil que superan el posible riesgo a caries.

Por consiguiente, el tercer objetivo comprende en realizar el análisis cognitivo para la identificación de los conocimientos sobre la correlación de la lactancia con las caries de primera infancia. En los porcentajes proporcionados por los estudiantes de decimo semestre podemos observar un alto índice en el cual relacionan la lactancia artificial con la incidencia de caries de primera infancia, y según estudios epidemiológicos correlacionan la tendencia de la alimentación mediante biberón con la prevalencia de CPI y el alto contenido en azúcares asociados a esta; más sin embargo, se encuentra bien documentado el hecho de que la educación preventiva basada en el conocimiento de las normas y prácticas resulta eficaz para evitar una intervención restauradora durante la primera infancia e incluso durante toda la vida. Por lo cual como próximos profesionales es necesario el

manejo eficaz de esta información para impartir conocimientos con base a las evidencias científicas.

En virtud de los resultados, podemos concluir la presencia de conocimientos veraces en los estudiantes encuestados, tanto la información acerca de los tipos de alimentación que se les emplean a los infantes como a correlación de ellos con la incidencia de caries ya que, esta relación es muy controversial porque estudios no demuestran la relación directa sobre las lactancias en sí, si no las practicas complementarias empleadas por los padres, la adición de azucres antes de los 2 años y a falta de prácticas higiénicas durante la primera infancia.

Es necesario seguir fomentando al máximo la lactancia materna y la mejor forma de hacerlo es informar y educar a los padres para que puedan practicarla en condiciones seguras. En tal sentido como estudiantes del último semestre es muy importante estar al tanto de las últimas actualizaciones y manejo de conocimientos ya que, cada uno de esos estudiantes próximamente ejercerá y está en ellos la responsabilidad de expresar todos sus conocimientos adquiridos a los representantes para crear conciencia y fomentar una mejor salud bucal desde edades muy tempranas practicando así promoción y prevención de enfermedades, ya que cada uno aportando los conocimientos adquiridos se deja una huella en cada paciente.

5.2 Recomendaciones

1. Fomentar la lactancia materna, promover su uso exclusivo hasta la edad de seis meses, informar a los padres los beneficios de ella, así como también la enseñanza de una alimentación complementaria sana para prevenir la CPI.
2. Instruir los pro y contra de la alimentación con sucedáneos, en tal caso de que exista alguna restricción de la LM, su buen uso y aplicación para prevenir CPI.
3. Mayor instrucción por parte de la escuela de Odontología acerca de las actualizaciones sobre la incidencia de caries de primera infancia en relación a los tipos de lactancia.
4. Recomendar a los padres disminuir la frecuencia de consumo nocturno de leche materna posterior a la erupción del primer diente; si se opta por prolongarla, es importante limpiar dientes, encías y mucosa oral después de cada toma.
5. Evitar la ingesta de azúcares refinados hasta mínimo los dos años de edad considerando que en este periodo se encuentra más susceptible la aparición de CPI.

ANEXOS

Anexo A. Tabla de operacionalización de variables

Objetivo General: Identificar el nivel de conocimiento en relación a tipos de lactancia y la incidencia de caries de primera infancia en los estudiantes de décimo semestre de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en el periodo mayo-junio 2020.					
Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Instrumento	Ítems
Nivel de conocimiento	Se deriva del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad (44).	Lactancia	-Materna exclusiva	Cuestionario	1,2,3,9
		Alimentación complementaria	-Artificial		6,7, 8
			-Mixta		10
			-Alimentación complementaria no sana alta en azúcares		4
		Caries de la primera infancia	-Alimentación complementaria sana baja en azúcares		5,11
			-Tipo I (leve)		12,13
			-Tipo II(moderada)		14
-Tipo III (severa)	15				

Fuente: Álvarez y Da Rin (2020).



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



Anexo B. CUESTIONARIO

Apreciado estudiante, el presente cuestionario tiene como finalidad obtener datos fidedignos para el Trabajo de Grado titulado: **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TIPOS DE LACTANCIA Y LAS CARIES DE PRIMERA INFANCIA**. No debe identificarse, las respuestas son de carácter confidencial por lo que le agradecemos total sinceridad en sus respuestas. A cada pregunta marque con una “X” si posee o no el conocimiento acerca de lo planteado. De antemano muchas gracias por su colaboración.

Ítems	Preguntas	Si	No
1	¿La lactancia materna exclusiva es por 26 semanas?		
2	¿La lactancia materna es importante para la salud dental de los niños?		
3	¿Según sus conocimientos la lactancia materna exclusiva pudiera ocasionar caries de la primera infancia?		
4	¿La lactancia materna junto a una alimentación complementaria no sana, alta en azúcares ocasionaría caries de primera infancia?		
5	¿La lactancia materna junto a una alimentación complementaria sana, baja en azúcares ocasionaría caries de primera infancia?		
6	¿La lactancia artificial pudiera causar caries de la primera infancia?		
7	¿Alimentar frecuentemente a los niños con fórmula es bueno para sus dientes?		

8	¿La alimentación con biberón después del año de edad es perjudicial para los dientes?		
9	¿La alimentación materna a libre demanda puede ocasionar caries de primera infancia?		
10	¿El uso inapropiado del biberón conjunto a una lactancia materna pudiera ocasionar caries de la primera infancia?		
11	¿Sabe usted el porcentaje de azúcares libres recomendados en la ingesta de energía diaria?		
12	¿Conoce usted que los tipos de caries de primera infancia son tipo 1 (leve), tipo 2 (moderada) y tipo 3 (grave)?		
13	¿Las caries de primera infancia tipo 1 se caracterizan por presentar manchas blanquecinas a nivel cervical de los incisivos superiores?		
14	¿Las caries de primera infancia tipo 2 afecta a los molares superiores e inferiores con posible daño pulpar y se evidencian también lesiones en incisivos inferiores?		
15	¿Las caries de primera infancia tipo 3 se evidencian con destrucción coronal de incisivos inferiores en niños menores de 6 años?		

Fuente: Álvarez y Da Rin (2020)



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



**Anexo C. FORMATO PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS
SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS**

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que usted considera correcta:

TÍTULO DEL TRABAJO: “NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACION A LOS TIPOS DE LACTANCIA Y LA INCIDENCIA DE CARIES DE PRIMERA INFANCIA.”

AUTORAS: Álvarez Maririam, Da Rin Paola

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD		COHERENCIA		DECISIÓN		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
1	C		X		X		X		
2	X		X		X		X		
3	X		X		X		X		
4	X		X		X		X		
5	X		X		X		X		
6	X		X		X		X		
7	X		X		X		X		
8	X		X		X		X		
9	X		X		X		X		
10	X		X		X		X		
11	X		X		X		X		
12	X		X		X		X		
13	X		X		X		X		
14	X		X		X		X		
15	X		X		X		X		

Observaciones: _____

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

APLICABLE: X NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS

OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO

Nombre y Apellido	C.I.	Firma
DIANA RAMOS	12473636	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
ODONTOLOGO	UNIVERSITARIO	21/05/2020



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



**Anexo D. FORMATO PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS
SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS**

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que usted considera correcta:

TÍTULO DEL TRABAJO: “NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACION A LOS TIPOS DE LACTANCIA Y LA INCIDENCIA DE CARIES DE PRIMERA INFANCIA.”

AUTORAS: Álvarez Maririam, Da Rin Paola

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD		COHERENCIA		DECISIÓN		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
1	X		X		X		X		
2	X		X		X		X		
3	X		x		X		X		
4	X		X		X		X		
5	X		X		X		X		
6	X		X		X		X		
7	X		X		X		X		
8	X		X		X		X		
9	X		X		X		X		
10	X		X		X		X		
11	X		x		X		X		
12	X		X		X		X		
13	X		X		X		X		
14	X		X		X		X		
15	Xx		x		x		x		

X

Observaciones _____

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:
APLICABLE: _____x_____ NO APLICABLE: _____
APLICABLE ATENDIENDO A LAS
OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I.	Firma
Blasmir Giménez	V.11.121.571.	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
ODONTOLOGIA	ESP. DOCENCIA	22/05/2020



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



**Anexo E. FORMATO PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS
SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS**

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que usted considera correcta:

TÍTULO DEL TRABAJO: “NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACION A LOS TIPOS DE LACTANCIA Y LA INCIDENCIA DE CARIES DE PRIMERA INFANCIA.”

AUTORAS: Álvarez Maririam, Da Rin Paola

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD		COHERENCIA		DECISIÓN		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
1	X		X		X		X		
2	X		X		X		X		
3	X		x		X		X		
4	X		X		X		X		
5	X		X		X		X		
6	X		X		X		X		
7	X		X		X		X		
8	X		X		X		X		
9	X		X		X		X		
10	X		X		X		X		
11	X		x		X		X		
12	X		X		X		X		
13	X		X		X		X		
14	X		X		X		X		
15	Xx		x		x		x		

Observaciones: _____

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

APLICABLE: X **NO APLICABLE:** _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS

OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I.	Firma
Erika González	17171133	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Odontólogo	4to	22/05/2020

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lozano M. Lactancia materna: guía para profesionales. Lactancia materna. Monografías de la A.E.P. N5°. España. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, editorial panamericana 2013.
2. L. de Antonio Ferrer (2014). Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. PEDIATRÍA INTEGRAL. [documento en línea consultado el 29/11/19]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/02/n4-243-250_Laia%20de%20Antonio.pdf
3. K. Paredes Núñez, M. Valdivieso Vargas. Lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas. Vol. 7 Barcelona. N° 2 Julio-Diciembre 2008.
4. Paredes NK, Valdivieso VM (2008). Lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas. Odonto Pediatra; 7 (2): 27-33. [documento en línea consultado el 29/11/19]. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol19-n1/art05.pdf>
5. . Luis Reinaldo De Figueredo. "Odontología para él bebe". Ed. AMOLCA. Brasil. 2000. [Consultado el 29/11/19].
6. Chavarría Fonseca M. (2015). La salud bucal y los factores de riesgo de enfermedad bucal de las mujeres embarazadas, de los niños y las niñas de 0 a 3 años y de sus madres [Documento en línea consultado el

- 30/11/19]. Disponible en: <https://desydes.com/wp-content/uploads/2012/05/Lactancia-artificial.pdf>
7. Infante Valdivia K (2016). Relación de caries de infancia temprana con el tipo de lactancia en niños de 1 a 3 años de edad [documento en línea consultado el 30/11/19]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/tesis%20relacion%20de%20caries%20de%20infancia%20temprana%20con%20el%20tipo%20de%20lactancia.pdf>
 8. M. Maldonado Ramírez, A. González Hernández, E. Huitzil Muñoz, H. Isassi Hernández, R. Reyes Flores (2016). Lactancia materna y caries de la infancia temprana [documento en línea consultado el 29/11/19]. Disponible en: revistaodontopediatria.org/ediciones/2016/2/art-3/
 9. Sociedad española de odontopedriatría (2018). Protocolo de diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia [documento en línea consultado 30/11/19]. Disponible en: http://www.odontologiapediatrica.com/img/S EOP_-
 10. Moscardini M, Díaz S, De Rossi M, Filho N, De Rossi A. Odontología para bebés: Una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. Rev. odontopediatria. latinoam. 2017; 7 (2): 116-26.
 11. Schüler I, Haberstroh S, Dawczynski S, Lehmann T, Heinrich R (2018). Dental Caries and Developmental Defects of Enamel in the Primary Dentition of Preterm Infants: Case Control Observational Study. Caries

- Research, [documento en línea consultado el 30/11/19]. . Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol19-n1/art05.pdf>
12. Vilela M, Huamán S, De Rossi M, Filho P, De Rossi A. Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. Rev. de Odontopediatría Latinoamericana.2017; 7(2):116-26.
 13. Almeida JAG. La leche humana: un híbrido biológico social. En: Manual de Lactancia Materna. Primera edición. Asociación Española de Pediatría. Editorial Médica Panamericana, (2008).
 14. Urgellés P, Abellas M. (2012). Algunas consideraciones sobre la alimentación del lactante para la conservación de su salud bucal. Medisan.; [documento en línea consultado el 02/12/19]. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol19-n1/art05.pdf>
 15. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J, Gómez A. Toma de decisiones informadas sobre la alimentación del lactante. En: Manual de Lactancia Materna. Primera edición. Asociación Española de Pediatría. Editorial Médica Panamericana; 2008.
 16. Villena M. (2016).Introducción del azúcar en la dieta y su frecuencia de consumo en niños de 0 a 36 meses de edad. Lima: UPCH; [Documento en línea consultado el 02/12/19]. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v7n2/a3.pdf>
 17. Chaiña Quispe N. (2019). Relación entre los tipos de lactancia y caries de infancia temprana en niños de 6 a 36 meses que son atendidos en el

- Centro de Salud San Francisco Tacna. [documento en línea consultado el 18/01/20]. Disponible en http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3884/1720_2019_chaina_quispe_nm_facsoodontologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Branger B. (2019). Lactancia materna y caries en la primera infancia. Revisión de la literatura, recomendaciones y prevención. Francia. [Documento en línea consultado el 18/01/20]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31685411>
19. Peres K. (2017), Impacto de la lactancia materna prolongada en la caries dental: un estudio de cohorte de nacimientos basado en la población, Brasil; [Documento en línea consultado el 18/01/20]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28759394>.
20. Azanza. (2017). Evaluó la importancia de identificar los factores asociados a la aparición de caries precoz en la población de OSI. [Documento en línea consultado el 20/01/20]. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v7n2/a3.pdf>
21. Infante (2016). Determinar la relación de caries de infancia temprana con el tipo de lactancia en niños de 1 a 3 años de edad del centro poblado Anchovira Perú.; [Documento en línea consultado el 20/01/20]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/art-3.pdf>
22. Birungi N, (2015). Efecto de la promoción de la lactancia materna en la duración de la caries y la lactancia materna en niños de 5 años en el este

- de Uganda. [Documento en línea consultado el 02/12/19].
Disponible <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25938681>
23. Organización Mundial de la Salud (2020). Lactancia materna. Rev. OMS An Pediatra España. [Documento en línea consultado el 22/01/20].
Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
24. . Hernández Aguilar (2015). La lactancia materna. Como promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. [Documento en línea consultado el 25/01/20]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201502-lactancia-materna-caries.pdf>
25. Santos-Torres MI, Vásquez-Garibay E. Lactancia Humana En: La Salud del Niño y del Adolescente. 7ª edición. México. Editorial El Manual Moderno. 2013.
26. Ley 26.873. (2013). Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública. [Documento en línea consultado 25/01/20]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/planreduccionmortalidad/boletin/lactancia/noti0.php>
27. Comité de LM de la AEP. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Ed. Médica Panamericana, 2008.

28. Edgar M. (2016). Primer año de vida. Leche humana y sucedánea de la leche humana. [Documento en línea consultado el 25/01/20]. Disponible en: GMM_152_2016_S1_013-021.pdf
29. Muñoz A. Guillen. (2016). Alimentación del recién nacido sano. [Documento en línea consultado el 25/01/20]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_2.pdf
30. Odra A. (2015). Lactancia artificial en niños menores de seis meses de edad con diarrea aguda. Hospital “Dr. Jorge Lizárraga”. Chat. Valencia. Venezuela. [Documento en línea consultado el 30/01/20]. Disponible en: <https://www.consumer.es/bebe/leche-de-formula-para-bebes-como-leer-las-etiquetas.html>
31. Waterson, Dr. A.J.R. La Biblia del cuidado de tu hijo Edición actualizada. Barcelona, España: editorial Grijalbo 2015.
32. Alcolea Flores, S. y Mohamed D. (2020). Guía de cuidados en el embarazo. Consejos de su matrona. Hospital Universitario de Ceuta, Instituto Nacional de Gestión Sanitariihttpsmixta . [Documento en línea consultado el 02/02/20]. Disponible en: <://elembarazo.net/lactancia->
33. Callata H. (2017). Factores asociados a inicio temprano de la lactancia materna mixta en niños y niñas menores de 6 meses en el C.S. La Flor de la Red de Salud Túpac Amaru. [Documento en línea consultado el 02/02/20]. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6603/Callata_vh.pdf?sequence=1&isAllowed=y

34. Pilatasig B. (2016). Nivel de conocimiento sobre caries de la infancia temprana y su relación con hábitos alimenticios e higiene oral en padres de familia de los infantes de 1-4 años, en el centro infantil del buen vivir Luis Fernando Ruiz de la ciudad de Latacunga provincia de Cotopaxi. [Documento en línea consultado el 02/02/20]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5863/1/T-UCE-0015-299.pdf>
35. Urgelles Y. (2016). Algunas consideraciones sobre la alimentación del lactante para la conservación de su salud bucal. [Documento en línea consultado el 02/02/20]. Disponible en: <https://docplayer.es/2912683-Caries-y-su-relacion-con-habitos-alimenticios-y-de-higiene-en-ninos-de-6-a-36-meses-de-edad.html>
36. Organización Mundial de la Salud (2020). Lactancia materna. Rev. OMS An Pediatra España. [Documento en línea consultado el 02/02/20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
37. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of early childhood caries (ECC). *Pediatric Dent* 2007/2008; 29.
38. Santa V. (2017). Relación entre diferentes estilos de lactancia materna y caries precoz de la infancia. [Documento en línea consultado el

02/02/20]. Disponible en:

https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/24868/TESIS_AZANZA_SANTA%20VICTORIA_NATALIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

39. World Health Organization (2019). Universal Health Coverage, Ending childhood dental caries: who implementation manual, Geneva. Published. .

[Documento en línea consultado el 02/02/20]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

40. Gaceta Oficial N° 38.763. (2007). Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna. [Documento en línea consultado el 02/02/20].

Disponible en: <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1911/breastfeeding-Gaceta%20Oficial%20N%C2%BA%2038.pdf>

41. Franco, I., Pérez, M.D., Conesa, C., Calvo, M. y Sánchez, L. (2018).

«Effect of technological treatments on bovine lactoferrin: An overview. Food Research International, [Documento en línea consultado

el 05/02/20]. Disponible en :

https://www.google.com/search?sxsrf=ACYBGNTThFSho-iE-MY7jRxcI81_1Q3E-pA%3A1581385839253&ei=bwhCXvCOD5

42. Real academia Española. Diccionario. (2020). [Documento en línea

consultado el 05/02/20]. Disponible en :

<https://dle.rae.es/calostro?m=form>

43. Carrasco (2009) Metodología de investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación. Lima: Editorial San Marcos. P. 226.
44. J. González, (2014). Los niveles de conocimiento El Aleph en la innovación curricular. [Documento en línea consultado el 27/02/20]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v14n65/v14n65a9.pdf>
45. M. Raffino (2020). Investigación no Experimental. [Documento en línea consultado el 27/02/20]. Disponible en: <https://concepto.de/investigacion-no-experimental/>.
46. Franco, Y (2014) Tesis de Investigación. Población y Muestra. Tamayo y Tamayo. [Documento en línea consultado 28/02/20] Disponible: <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/06/poblacion-y-muestra-tamayo-y-tamayo.html>
47. Arias (2016). Tesis de Investigación. [Documento en línea consultado 28/02/20] Disponible: <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2012/01/poblacion-y-muestra.html>
48. Rojas, (2014). Técnicas e instrumentos de investigación. [Documento en línea consultado 3/03/20] Disponible: <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2012/01/poblacion-y-muestra.html>

49. Humpire N. (2013). Análisis y procesamiento de datos. [Documento en línea consultado 08/03/20]. Disponible: <https://es.slideshare.net/NikoHumpire/analisis-y-procesamiento-de-datos>
50. Martin (2012). Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. [Documento en línea consultado 04/06/20] Disponible: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
51. Kramer MS, Vanilovich I, Matush L, Bogdanovich N, Zhang X, Shishko G, et al. The effect of prolonged and exclusive breastfeeding on dental caries in early school-aged children. New evidence from a large randomized trial. *Caries Res* 2007
52. Majorana A, Cagetti MG, Bardellini E, Amadori F, Conti G, Strohmenger L, et al. (2014). Hábitos de alimentación y tabaquismo como factores de riesgo acumulativos de caries en la primera infancia en niños pequeños, después del ajuste por varios factores determinantes del comportamiento. [Documento en línea consultado 4/06/20] Disponible: <https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2018/1492-4961-1-PB.pdf>
53. Colak H, et al. (2013) .Temprana actualización de caries: una revisión de causas, diagnósticos y tratos. [Documento en línea consultado 4/06/20] Disponible: <https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2018/1492-4961-1-PB.pdf>

54. Tanaka, et al. (2012). Estudio de cohorte prospectivo. [Documento en línea consultado 4/06/20] Disponible: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/65102/CD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
55. Neves (2016), ¿Cómo repercute la lactancia materna en la salud oral del niño? [Documento en línea consultado 4/06/20] Disponible: <https://gacetadental.com/2016/09/como-repercute-la-lactancia-materna-en-la-salud-oral-del-nino-60983/>
56. Hernández et al. (2005). La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. [Documento en línea consultado 4/06/20] Disponible: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/pdf/171_rev2-2-10.pdf
57. Correa et al. (2018). Factores asociados con el desarrollo de caries en la primera infancia entre brasileños preescolares. [Documento en línea consultado 4/06/20] Disponible: <https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2018/1492-4961-1-PB.pdf>
58. Rodríguez et al. (2018). Frecuencia de alimentación en la infancia y dental caries en la infancia: un prospecto. [Documento en línea consultado 4/06/20] Disponible: <https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2018/1492-4961-1-PB.pdf>

59. Benjamin W, Feldens A, Vítolo MR. (2014). Asociación de lactancia materna de larga duración y Caries dental estimada con modelos estructurales marginales. [Documento en línea consultado 4/06/20] Disponible: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/65102/CD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
60. Kraljevic I, Filippi C, Filippi A. (2017). Indicadores de riesgo temprano caries infantiles (ECC) en niños con alto tratamiento necesidades. [Documento en línea consultado 4/06/20] Disponible: <https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2018/1492-4961-1-PB.pdf>
61. Olatosi et al. (2015). Los prevalencia de caries en la primera infancia y su riesgo asociado factores entre los niños en edad preescolar referidos a una atención terciaria institución. Níger. [Documento en línea consultado 4/06/20] Disponible: https://www.google.com/search?q=traductor%7D&rlz=1C1TGIB_enVE556VE557&oq=tra&aqs=chrome.0.69i59j69i57j69i59j0l2j69i6113.2360j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8-