



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre-Bolivia**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN “ODONTOPEDIATRÍA”

**PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA EN NIÑOS DE 6 A
36 MESES Y SU RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES
SOBRE SALUD ORAL EN EL HOSPITAL DEL NIÑO 'SOR TERESA
HUARTE TAMA' 2015**

**Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magister en
“Odontopediatría”**

MAESTRANTE: María Angélica Garabito Salamanca

**SUBRE- BOLIVIA
2015**



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre-Bolivia**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN “ODONTOPEDIATRÍA”

**PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA EN NIÑOS DE 6 A
36 MESES Y SU RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES
SOBRE SALUD ORAL EN EL HOSPITAL DEL NIÑO 'SOR TERESA
HUARTE TAMA' 2015**

**Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magister en
“Odontopediatría”**

MAESTRANTE: María Angélica Garabito Salamanca.

TUTOR: Mag.Esp.CD. Guido Perona Miguel de Priego

**SUBRE- BOLIVIA
2015**

DEDICATORIA

A Dios por haberme acompañado y guiado, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes y sobre todo felicidad.

A mis padres Carlos y Evelin que me han instado y brindado todo lo necesario para llegar hasta donde estoy. Por su apoyo, paciencia y ejemplo de superación.

A mis hermanas Karla y Alejandra por ser parte importante de mi vida, por su apoyo, consejos, comprensión, amor y ayuda en los momentos difíciles.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor Dr. Guido Perona Miguel de Priego le agradezco por todo el apoyo brindado, por su tiempo, amistad, esfuerzo, dedicación y los conocimientos que me transmitió.

Al Hospital del Niño 'Sor Teresa Huarte Tama' por la colaboración brindada.

RESUMEN

La caries de la infancia temprana es un problema de salud pública que afecta a gran parte de la población en todo el mundo, se presenta como un proceso rápidamente destructivo que afecta a la dentición primaria y se debe a múltiples factores: físicos, biológicos, ambientales, conductuales, hábitos alimenticios y de higiene. La promoción de la salud bucal en los tres primeros años de vida es importante para conservar la salud oral y prevenir la caries dental.

El objetivo del trabajo de investigación es determinar si existe relación entre la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 6 - 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el Hospital del Niño 'Sor Teresa Huarte Tama' Sucre 2015

La muestra estuvo conformada por 300 niños de 6 - 36 meses de edad y a todas las madres de los niños evaluados (300) se les realizó una encuesta sobre nivel de conocimientos sobre salud bucal.

Los resultados encontrados determinaron en relación al nivel de conocimiento de las madre evaluadas, el 39% tiene un nivel de conocimiento bajo, el 61% presenta nivel de conocimiento regular y el 0% presenta un buen conocimiento sobre salud bucal.

De los 300 niños el 63% (190) presentaron al menos una pieza dental con caries y el 37% (110) no presenta caries.

La presencia de caries de infancia temprana en niños de 6 a 36 meses, los resultados fueron que de 6 - 12 meses (11.58%), 13 - 18 meses (17.90%), 19 - 24 meses (12.11%), 25 a 30 meses (14.21%), 31-36 (44,21%).

Se encontró una asociación entre la prevalencia de caries y la edad del niño, observamos que en los grupos de mayor edad la prevalencia de caries incrementa.

De los 300 niños del estudio se observó que el 43% presenta un índice de caries ceo-d muy alto mientras que el 30,67% presenta un índice de caries ceo-d muy alto.

SUMMARY

Tooth decay in early childhood is a public health problem that affects a large part of the population worldwide, is presented as a rapidly destructive process affecting the primary dentition and is due to many factors: physical, biological, environmental, behavioral, eating and hygiene habits. The promotion of oral health in the first three years of life is important to maintain oral health and preventing dental caries.

The aim of the research is to determine the correlation between the prevalence of early childhood caries in children aged 6-36 months and the level of knowledge about oral health of mothers at the Children's Hospital "Sor Teresa Huarte Tama 'Sucre 2015

The sample consisted of 300 children 6-36 months of age and all the mothers of the children evaluated (300) were surveyed about the level of knowledge on oral health.

Tooth decay in early childhood is a public health problem that affects a large part of the population worldwide, is presented as a rapidly destructive process affecting the primary dentition and is due to many factors: physical, biological, environmental, behavioral, eating and hygiene habits. The promotion of oral health in the first three years of life is important to maintain oral health and preventing dental caries.

The aim of the research is to determine the correlation between the prevalence of early childhood caries in children aged 6-36 months and the level of knowledge about oral health of mothers at the Children's Hospital "Sor Teresa Huarte Tama 'Sucre 2015

The sample consisted of 300 children 6-36 months of age and all the mothers of the children evaluated (300) were surveyed about the level of knowledge on oral health.

The results determined in relation to the level of knowledge of the mother tested, 39% have a low level of knowledge, 61% have regular knowledge level and 0% has a good knowledge of oral health.

Of the 300 children, 63% (190) had at least one decayed tooth and 37% (110) shows no decay.

The presence of early childhood tooth decay in children 6 to 36 months, the results were that of 6-12 months (11.58%), 13 to 18 months (17.90%), 19 -24 months (12.11%), 25-30 months (14.21%), 31-36 (44.21%)

An association between caries prevalence and the age of the child is found, we note that in the older age groups the prevalence of caries increases.

Of the 300 children in the study it found that 43% have a rate of decay ceo-d very high 30.67% while the rate of decay has a ceo-d high

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Antecedentes del problema de investigación	1
1.1.1 El problema	1
1.1.2 Justificación y uso de los resultados	2
1.1.3 Objetivos	2
II. MARCO TEORICO Y CONTEXTUAL	
2.1 Marco teórico.....	4
2.1.1 Antecedentes.....	4
2.1.2 Base teórica	7
Caries dental.....	7
Etiología de la caries dental	7
Manifestaciones clínicas de la caries dental.....	8
Definición de caries de infancia temprana	9
Etiología de caries de infancia temprana.....	11
Manifestaciones clínicas de caries temprana	13
Diagnóstico de Caries de Infancia Temprana.....	14
Tratamiento de la Caries de Infancia Temprana.....	15
Medidas Preventivas contra la Caries de Infancia temprana .	17
Higiene oral para el infante.....	20
Visitas al Odontopediatría	21
2.2 Hipótesis	21
2.3 Marco contextual	21
III. MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Enfoque, tipo y diseño de investigación.....	23
3.2 Población y Muestra.....	23
3.3 Variables de estudio	24
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	25

3.5 Procedimientos para la recolección de la información	25
3.6 Plan de procesamiento y análisis de los datos	26
3.7 Delimitación de la investigación.....	26
3.8 Resultados	27
3.9 Discusión.....	63
3.10Conclusiones	64
3.11Recomendaciones	65

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1

Edad de las madres evaluadas en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015.....	27
---	----

Gráfico 1

Edad de las madres evaluadas en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015.....	28
---	----

Tabla 2

Número de hijos de las madres evaluadas en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015	29
---	----

Gráfico 2

Número de hijos de las madres evaluadas en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015	30
---	----

Tabla 3

Ocupación de las madres evaluadas en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015.....	31
--	----

Gráfico3

Ocupación de las madres evaluadas en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015.....	32
--	----

Tabla 4

Nivel de instrucción de las madres evaluadas en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015	33
--	----

Gráfico 4

Nivel de instrucción de las madres evaluadas en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015	34
--	----

Tabla 5

Información recibida por algún medio de comunicación sobre caries dental y Salud bucal.....	35
---	----

Gráfico 5

Información recibida por algún medio de comunicación sobre caries dental y salud bucal	36
--	----

Tabla 6

Nivel de conocimientos de las madres evaluadas sobre salud bucal en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015.....	37
--	----

Gráfico 6

Nivel de conocimientos de las madres evaluadas sobre salud bucal en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015.....	38
--	----

Tabla 7

Sexo de los niños evaluados en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015.....	39
---	----

Gráfico 7

Sexo de los niños evaluados en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015.....	40
---	----

Tabla 8

Edad de los niños evaluados en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015.....	41
---	----

Gráfico 8

Edad de los niños evaluados en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015.....	42
---	----

Tabla 9

Salud bucal de los niños evaluados en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015.....	43
--	----

Gráfico 9

Salud bucal de los niños evaluados en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015..... 44

Tabla 10

Nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres según ocupación en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015..... 45

Gráfico 10

Nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres según ocupación en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015..... 46

Tabla 11

Nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres según edad en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015..... 47

Gráfico 11

Nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres según edad en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015..... 48

Tabla 12

Nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres según nivel de instrucción en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015 49

Gráfico 12

Nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres según nivel de instrucción en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015 50

Tabla 13

Prevalencia de caries de los niños según nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres evaluadas en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015..... 51

Gráfico 13

Prevalencia de caries de los niños según nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres evaluadas en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015..... 52

Tabla 14

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres según el número de hijos en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015 53

Gráfico 14

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres según el número de hijos en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015 54

Tabla 15

Prevalencia de caries, según edad de los niños evaluados en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015 55

Gráfico 15

Prevalencia de caries, según edad de los niños evaluados en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015 56

Tabla 16

Prevalencia de caries, según edad de los niños evaluados en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015 57

Gráfico 16

Prevalencia de caries, según edad de los niños evaluados en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015 58

Tabla 17

Índice de caries coe-d de los niños evaluados en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015 59

Gráfico 17

Índice de caries coe-d de los niños evaluados en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015 60

Tabla 18

Nivel de conocimiento de las madres según el índice de caries coe-d de los niños evaluados en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015.. 61

Gráfico18

Nivel de conocimiento de las madres según el índice de caries coe-d de los niños evaluados en el Hospital del Niño Sor Teresa Huarte Sucre-Bolivia 2015.. 62

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 EL PROBLEMA

a) Identificación

La caries dental constituye una de las enfermedades de mayor prevalencia en los niños de los países en vías de desarrollo y el método de control más eficaz se basa, principalmente en la educación del paciente y de los padres.¹

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define a la Caries de Infancia Temprana (C.I.T.), como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausente (debido a caries) o restaurada en la dentición primaria en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad.²

En la actualidad la caries de infancia temprana se considera un problema de salud pública, debido fundamentalmente a sus consecuencias sobre la salud de los niños y la economía de sus padres. Si se deja sin tratamiento, la Caries de infancia temprana puede generar abscesos, dolor y maloclusión así como alteraciones en el crecimiento y desarrollo normal del niño. Su tratamiento a menudo incluye la exodoncia de los incisivos superiores deciduos y la colocación de coronas metálicas para rehabilitar los molares deciduos, lo cual se suele realizar bajo anestesia general debido a la edad de los niños y a la complejidad del tratamiento requerido.³

b) Definición o formulación del problema

¿Cuál será la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 6-36 meses y su relación con el conocimiento de sus madres

1.1.2 JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS

Es oportuno tratar el problema de caries de infancia temprana, ya que es una de las enfermedades más frecuentes y prevalentes de la población Boliviana, Eliminarla representa un reto de todos los involucrados en la salud del infante, ya que prevenir desde la erupción dentaria evitara que se desarrolle la enfermedad de caries

Esta investigación tendrá relevancia social en los infantes y madres, que acudan al Hospital Del Niño "Sor Teresa Huarte Tama" para su prevención y tratamiento odontológico, educando a la madre sobre el cuidado de la salud bucal del niño, los factores que influyen en una inadecuada rutina, en cuanto a hábitos de higiene bucal y una dieta no balanceada pueden ser variables, desde situaciones económicas difíciles, desconocimiento o desinterés, por parte de los padres, es importante brindar asesoría para contribuir al desarrollo integral de los niños específicamente en el área de higiene bucal y alimentación adecuada, pues estas repercuten en el desarrollo del niño no solo a nivel físico sino psicológico y emocional.

Lo que se busca con el presente estudio es la prevención de caries de infancia temprana y educación de los padres y niños sobre la salud bucal, lo que permitirá mejorar la calidad de vida.

1.1.3 OBJETIVOS

a) General

Determinar la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 6-36 meses y su relación del conocimiento de las madres sobre salud bucal en Hospital del Niño 'Sor Teresa Huarte Tama' 2015.

b) Específico

- 1.- Determinar la prevalencia de caries de infancia temprana en niños del estudio.
- 2.- Describir la edad y el sexo de los niños del estudio.
- 3.- Identificar la higiene bucal de los niños del estudio.
- 4.- Identificar el conocimiento de las madres sobre salud bucal
- 6.- Describir la edad de las madres del estudio

CAPITULO II MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 ANTECEDENTES

Quezada A. (2008). Realizó un estudio en un jardín de infancia de la Ciudad de Talca con 365 niños de 2 a 5 años, encontrando una prevalencia de caries dental de 58%; al analizar por edades, la prevalencia de CIT a los 2 años fue de 33%, a los 3 años fue de 23%, a los 4 de 21% y a los 5 de 30%.¹

Tello (2001). Evaluó la prevalencia de caries en 234 niños peruanos de 6 a 36 meses de edad, y su relación con hábitos alimentarios y de higiene bucal. El porcentaje de niños afectados con caries fue de 19.12%, 59.46% y 79.35% para los niños de 6 a 12 meses, de 13 a 24 meses y de 25 a 36 meses respectivamente. Con relación a los hábitos estudiados, encontró que el mayor porcentaje de caries se presentó en los niños que usaron biberón, lactaron de noche, usaron edulcorante y no se realizaban la higiene. El estudio resalta que la integridad de los dientes deciduos es importante para el mantenimiento de la longitud de la arcada, la oclusión y además cumple funciones de masticación, estética, fonética y el bienestar psicoemocional del niño.¹

Sánchez Pérez T.L. y Sáenz Martínez L.P., mencionan que el esmalte después de la erupción está expuesto, en forma constante a ciclos de desmineralización (biberón, jugos leche, refrescos endulzantes, dieta alta en carbohidratos, alta ingesta de comida chatarra, falta de higiene, etc.), por lo que es importante que se mantenga un equilibrio entre la pérdida y la recuperación de minerales.⁴

Tsubouchi Jiro. Tomoñiro Higashi, establecen que la prevalencia de caries aumenta con la edad; el aumento es especialmente rápido de los 18 a los 36 meses. De acuerdo al último reporte del Ministro de Salud en Japón, la prevalencia de caries en niños de 36 meses fue de 66.7%, casi cinco veces al porcentaje que aparece en niños de 18 meses. Este hallazgo sugiere la importancia y necesidad de identificar los factores de riesgo para esta población de niños pequeños.⁴

O'Sullivan David M. Tinanoff Norman, en un estudio obtuvieron que la prevalencia de caries entre niños de 3-4 años de edad e información psicosocial de sus padres. La prevalencia de caries de 369 niños fue del 16%, siendo la superficie mesial de los incisivos centrales la más afectada. Aproximadamente 90% de los padres de los niños con caries sabía que dejar al niño con el biberón durante la noche podría lesionar sus dientes. Se encontraron diferencias significativas en los niveles de *Estreptococo mutans* de los niños con y sin caries de biberón. El 86% de los niños con caries utilizaban el biberón; sin embargo 69% de los niños que no tenían caries de biberón, lo utilizaban durante la noche.⁴

Handan en 1996, estudió a 161 niños y encontró que los niños con CIT tenían el hábito del uso de biberón más de doce meses de edad y dormían con él siendo el factor más importante en la formación de este tipo de caries.⁵

Febres y Col. en 1997, trabajaron en Texas en grupos hispanos negros y blancos midiendo conocimientos, hábitos y factores sociales y su influencia en la producción de caries de infancia temprana. Comprobaron que los que tenían menos conocimientos de salud bucal correspondían al grupo hispano, que utilizaba biberón hasta los catorce meses y presentaban el 72% de la patología del grupo estudiado.

Sanat y Col. en 1995, examinaron a niños pequeños de aproximadamente tres años y medio de edad, provenientes de tres comunidades socioeconómicas diferentes, dos altas y una baja, con el fin de determinar la prevalencia de caries, el grado de conocimiento de los padres acerca de la salud bucal y hábitos de dieta. Los resultados mostraron que el porcentaje de niños sin caries vario mucho según el grupo social encontrándose el porcentaje más bajo en el grupo de menor estrato económico, el bajo nivel de conocimientos de los padres y los malos hábitos alimenticios, como entregarles a los niños biberón con bebidas azucaradas durante la noche, mostro también relación con una mayor prevalencia de caries.⁵

Marthaler (1985), mencionado por Behrendt, refiere que hábitos alimenticios impropios, como uso de chupones impregnados con sustancias azucaradas o, los casos excepcionales, prolongados y excesivos de lactancia materna, especialmente en la noche; son comúnmente conocidos por causar lesiones de caries.⁶

La Federación Dental Internacional (FDI), en 2009 puso en marcha la "Iniciativa Global de Caries Dental" cuya principal meta para el 2020 es "Ejercer esfuerzos para erradicar la caries dental en niños de 0 – 3 años de edad"⁷

En México se realizó un estudio con 934 niños de entre 1 y 6 años de edad, encontró una prevalencia de caries de 37.1% con un índice ceo-d de 0.71 y, en cuanto a los factores de riesgo asociado con esta prevalencia, como parte del nivel socioeconómico, se informó, más baja escolaridad de padres, así como menor ingreso económico de estos.¹¹

Estudios epidemiológicos en comunidades de aborígenes en Canadá y americanos nativos en EE.UU. han señalado que la caries del biberón sigue manteniendo una alta prevalencia lo cual fue evidenciado en un estudio⁸ realizado con niños entre 3 y 5 años en el distrito de Manitoulin donde abarcaron una población total de 87 niños (59% niños y 54% niñas), tomando como parámetros de descripción para caries de la infancia temprana a niños con caries activas o niños que presentaran restauraciones en dos o más incisivos deciduos superiores o caninos y que presentaran un índice total de caries, ausencia y obturación en los dientes temporales (ceo-d) de 4 ó más. Este estudio arrojó como resultados 45 casos de caries del biberón, con una prevalencia de 52%, sin que la diferencia por sexo fuera significativa.¹³

Otro estudio realizado en México¹⁶ con 934 niños de entre 1 y 6 años de edad, encontró una prevalencia de caries de 37.1% con un índice ceo-d de 0.71 y, en cuanto a los factores de riesgo asociado con esta prevalencia, como parte del nivel socioeconómico, se informó, más baja escolaridad de padres, así como menor ingreso económico de estos.¹³

2.1.2 BASE TEORICA

Caries dental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.²²

La caries dental es una patología de origen multifactorial, dinámica y de progresión lenta, los síntomas relacionados a ella incluyen la pérdida gradual de minerales, que van desde una disolución ultra estructural y microscópica, hasta la destrucción total de sus tejidos dentarios.²⁰ Originada por la ingesta de dieta rica en azúcares, falta de higiene dental y/o falta de suplementos fluorados asociado a una alta susceptibilidad individual.²¹

La caries dental, constituye el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo y afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza, con una mayor presencia en sujetos de bajo nivel socioeconómico.¹

1. Etiología de la caries dental

Las teorías y modelos para explicar la etiología de la Caries dental han ido modificándose con el correr del tiempo y, a la luz de las evidencias actuales, queda claro que la enfermedad resulta de la interacción compleja de varios factores, que la triada microorganismos-dieta huésped señalados por Keyes ya en los años 60, aunque no pierde su protagonismo, no logra explicar el proceso complejo y dinámico de la enfermedad, y que por esta razón surgen modelos como el de Baelum y Fejerskov involucrando factores moduladores de la enfermedad tales como Grado de instrucción, Ingresos, Conocimientos, Actitudes, Comportamiento y Uso de fluoruros.²³

Estos autores señalan que ante la evidencia científica disponible, es definitivo que los factores socioeconómicos inciden en la instalación y desarrollo de la Caries dental de manera tal que, un mismo programa de salud o plan de acción

para controlar a la enfermedad no necesariamente tiene éxito en diferentes contextos.²³⁻²⁴⁻²⁵

2. Manifestaciones clínicas de la caries dental

Lesión inicial de la superficie lisa del esmalte

Proceso dinámico y crónico que ocurre en la estructura dental limitada al esmalte en contacto con los depósitos microbianos y debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante.²⁵

Es el estadio más temprano de la caries implica la disolución directa de la superficie del esmalte con la apertura de las vías de difusión del ácido. En este primer estadio existe un reblandecimiento de la superficie.²⁴

Lesión inicial de fosas y fisuras

La lesión primero se forma en las paredes de las fisuras, esto es debido a la presencia de material orgánico en la fisura que actúa como tapón amortiguador contra los residuos ácidos de la placa, suavizando el ataque ácido en la base de las fisuras.²⁴

La ubicación de la lesión inicial está determinada por la distribución de los depósitos microbianos sobre las superficies dentarias. Generalmente, se ubica paralela al margen gingival en las caras vestibulares, en las zonas periféricas a la relación de contacto en las caras proximales y en las paredes laterales a la fisura en las caras oclusales.²⁷

Caries de dentina

Es un proceso dinámico crónico que ocurre en la estructura dentaria que involucra la dentina en contacto con los depósitos microbianos, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante, dando como resultado una pérdida de minerales de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de esmalte y dentina.²⁶

La dentina y la pulpa son tejidos vitales íntimamente interconectados y constituyen una unidad biológica capaz de reaccionar frente a una agresión.

El complejo pulpo-dentinario a menudo responde al ataque de caries antes de que produzca cavitación del esmalte. Esto se ve sobre todo en lesiones de progresión lenta donde los ácidos, enzimas y otros productos bacterianos producirán una respuesta irritativa de la pulpa.²⁴

2.1.3 Definición de caries de infancia temprana

La caries de infancia temprana es una forma única de caries que se desarrolla en la dentición temporal. Es una enfermedad debilitante, que progresa rápidamente y que se caracteriza por angustia infantil, dolor e infección.

Sus consecuencias a largo plazo podrían incluir una disminución en el crecimiento, malnutrición, problemas para dormir, además de una interrupción de la vida familiar.⁸

Muchas eran las formas que existían para denominar este tipo de afección, tales como: caries del lactante, caries circunferenciales o caries rampante específica del niño. A un gran número de autores, les parece más representativo el término caries de biberón, tal vez porque es el que mejor entienden los padres, a la hora de explicarles, su etiología y tratamiento. Sin embargo, otros autores prefieren diferentes denominaciones por ser más definitorias de lo que es la clínica y porque no siempre es el biberón la causa de su aparición.¹¹

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define caries de infancia temprana, a la presencia, en dientes temporarios, de 1 o más superficies cariadas (cavitadas o no), perdidas (por caries) u obturadas en niños menores de 71 meses de edad (5 años y 11 meses), por lo que en menores de 3 años, cualquier signo de caries en una superficie lisa, es indicativo de presencia de caries de aparición temprana.⁹⁻¹

La Caries de aparición temprana es una forma particularmente virulenta de caries que afecta a los niños preescolares y que se presenta en muchos países del mundo. Pocos meses después de su erupción, los primeros dientes afectados son los incisivos maxilares y las lesiones se extienden rápidamente a otros dientes primarios (Ripa, 1978). Entre los factores relacionados con el patrón de caries de la enfermedad, se ha mencionado la cronología de erupción de la dentición primaria, la duración de la presencia de hábitos alimentarios deletéreos (Veerkamp y Weerheijm, 1995), el patrón de succión infantil, así como la producción salival y el papel protector de la lengua para los incisivos inferiores (*Dilley y col, 1980; Johnsen, 1982*).¹⁰

La presencia de una sustancia azucarada en la boca, la existencia de microorganismos acidógenicos y la susceptibilidad del huésped son los distintos factores que al interaccionar conducen a la aparición de estas lesiones cariosas.¹¹

Las mayores prevalencias se advierten en los países en vías de desarrollo, en los que las condiciones de desnutrición son comunes. Pero también las comunidades pertenecientes a las clases sociales menos favorecidas de los países desarrollados se ven afectadas por la enfermedad (Davies, 1998). Según la Organización Panamericana de la Salud (2001), la caries de aparición temprana afecta preferentemente a niños con bajo peso al nacer y con carencias, sea cual sea su etnia o cultura, y puede existir una predisposición a la enfermedad por la presencia de hipoplasias de esmalte, como consecuencia de un estado nutricional deficiente durante el embarazo y los primeros años de vida.¹⁰

Existen determinadas enfermedades que al reducir el flujo salival, implican un riesgo elevado de caries dental. Entre ellas el síndrome de Sjögren y otras enfermedades como: pacientes epilépticos, con hipertiroidismo e hipotiroidismo, con parálisis cerebral y discapacitados físicos y/o mentales; constituyen pacientes con alto riesgo a la caries dental.

2.1.4 Etiología de caries de infancia temprana

Si bien la etiología de caries de infancia temprana es multifactorial se ha establecido que el *streptococcus mutans* (S.M), inmerso en un biofilm bacteriano, es su principal agente causal, efecto potenciado por características en la dieta de los pacientes infantiles.¹² Estudios longitudinales han demostrado que este microorganismo coloniza la cavidad bucal de los niños tiempo después de la erupción del primer diente y aumenta notablemente durante la “ventana de infectividad” que es en los primeros 2 años de vida.¹⁴⁻¹⁵

Los hidratos de carbono fermentables presentes en la dieta son metabolizados por las bacterias produciendo una alteración en la homeostasis bacteriana al disminuir el pH mediante la producción de ácidos y la consecuente desmineralización de los tejidos dentales. (Seow, 1998) Este mecanismo es modelado por factores culturales, socio-económicos y conductuales que juegan un poderoso papel en el desarrollo y progresión de esta enfermedad (Reisine & Douglass, 1998).¹²

Se necesitan de tres factores para que la caries de infancia temprana se desarrolle:

➤ Un hospedero susceptible (diente)

Susceptibilidad del diente

- Factores salivales: La ingestión continuada de azúcar durante la noche, cuando el flujo salivar y por tanto la autoclisis es mínima, es uno de los factores más importantes en la CAT.¹¹
- Factores sistémicos¹¹
- Factores inmunológicos¹¹

Cuando una superficie susceptible del diente es colonizada por bacterias cariogénicas y está presente una fuente de sacarosa, éstas producen ácido láctico a partir de la fermentación de los carbohidratos, lo que provoca la

disolución de los cristales de hidroxiapatita del esmalte del diente y ocasiona la caries dental.¹⁵

➤ **La flora bucal cariogénica (microorganismos)**

La Caries de Infancia Temprana es una enfermedad infecciosa, cuyo factor etiológico principal es la presencia del *S.mutans*; también han participado especies de lactobacilos y en otros casos, *Candida*.¹⁶

Estudios longitudinales han demostrado que *E. mutans* coloniza la cavidad bucal de los niños tiempo después de la erupción del primer diente. Esta colonización de la dentición infantil aumenta de manera muy notable aproximadamente a los dos años de edad, durante un periodo llamado "*ventana de infectividad*". Este periodo de colonización se correlaciona con el área de superficie de los dientes primarios, ya que los dientes son necesarios para la colonización¹⁴⁻¹⁵

La caries dental también se considera una enfermedad transmisible, las bacterias responsables de la enfermedad, junto con otras bacterias autóctonas, generalmente son "***transmitidas verticalmente***" de la madre al niño, las madres son la fuente principal de bacterias cariogénicas para sus hijos y el consumo de sacarosa regula la expresión de la enfermedad.¹⁵

La "***transmisión horizontal***" del *Streptococo mutans*, también se lleva a cabo entre los miembros de la familia y los encargados de cuidar al niño, por lo que se deben evitar las actividades que involucren el intercambio de saliva, como: compartir utensilios, limpiar el chupón con la boca antes de ser utilizado.

Todas estas medidas pueden ayudar al niño a disminuir la adquisición de microorganismos cariogénicos.¹⁵

La prevención de esta enfermedad debe instaurarse desde que la madre está embarazada, la revisión del recién nacido y establecer citas de control y seguimiento con el estomatólogo pediatra.¹⁶

➤ **Sustrato de carbohidratos fermentables en la dieta.**

El papel de los carbohidratos en la iniciación de la caries, siendo la sacarosa (disacárido compuesto de glucosa y fructosa) es el mayor contribuyente de la caries dental, donde muchos de los estreptococos orales, incluyendo el *E. mutans*, pueden producir glucanos y fructanos por medio de las enzimas glucosiltransferasas, permitiendo que se acumulen en las superficies dentales y ocasionen la destrucción del esmalte.¹⁵

Disminuir el consumo de sacarosa sería la forma más directa de controlar la caries dental; sin embargo, pudiera ser impráctico, ya que ésta se encuentra en muchos productos y sería muy costoso sustituirla completamente.¹⁵

2.1.5 Manifestaciones clínicas de caries de Infancia Temprana

A) El estadio de lesión blanca

En los estadios más tempranos, la lesión del diente aparece como una mancha blanca, con una superficie intacta donde la lesión de la sub-superficie es reversible). En niños menores de tres años, estas lesiones incipientes se observan por lo común en la superficie frontal de los dientes anteriores. Las manchas blancas resultantes de las lesiones incipientes pueden ser difíciles de distinguir de las hipocalcificaciones del desarrollo.¹⁵

B) El estadio de cavidad

Si continúan perdiéndose los minerales debido a los ataques ácidos, eventualmente la superficie se rompe o se "cavita" y la lesión no puede ser revertida. Si la lesión sigue progresando, grandes áreas del diente se pueden perder. Las lesiones activas cavitadas son generalmente de color café dorado, mientras que las que han estado más tiempo en la boca, son más oscuras y en ocasiones casi negras, las que pueden estar arrestadas y sin progreso.¹⁵

2.1.6 Diagnóstico de Caries de Infancia Temprana

Veerkamp y colaboradores señalan que la detección de la Caries de Infancia Temprana es difícil de identificar en los primeros estadios ya que la mancha blanca no es fácil de ver y porque a esa edad los padres no llevan regularmente a sus hijos al odontólogo.¹¹

Para realizar un correcto examen y diagnóstico de la presencia de Caries de Infancia Temprana, es necesario contar con adecuada luz y limpieza de los dientes. Esta última debiera ser realizada en niños preescolares con su propio cepillo dental.¹⁷

Los criterios clínicos que se usan para el diagnóstico de Caries de Infancia Temprana son los siguientes: lesiones iniciales de caries (mancha blanca), que generalmente aparecen en la superficie vestibular de los incisivos maxilares cerca de los márgenes cervicales, como también una ligera área de desmineralización o un punto en la superficie del esmalte, poco después de la erupción dentaria. Estas lesiones pronto se pigmentan de un ligero color amarillo, al mismo tiempo se extienden lateralmente a áreas proximales.¹¹

La Mancha blanca, el primer estadio de la caries dental, se presenta durante el primer año de vida; cuando las causas desencadenantes no son controladas, el avance es rápido produciéndose la cavitación y profundización de la lesión, pudiendo llegar a la destrucción coronaria antes de los 3 años de edad. Debido al efecto que produce el no remineralizar las superficies dentarias en el estadio mancha blanca.¹¹

La lesión de caries dental avanza siguiendo la cronología de erupción de los dientes primarios; los incisivos mandibulares no son frecuentemente afectados debido al patrón muscular de succión del infante, que al protruir la lengua protege naturalmente a estos dientes, pero en estadios avanzados, pueden estar comprometidos. Al evolucionar la enfermedad, se puede observar clínicamente, pérdida de la integridad coronaria, compromiso pulpar, extensión de la lesión alrededor de la circunferencia del diente; resultando en fractura

coronaria patológica al mínimo trauma y en muchos casos sólo se pueden visualizar remanentes radiculares.¹¹⁻¹⁷

El diagnóstico no sólo implica la detección de la presencia de caries, sino también, establecer si la enfermedad está activa o detenida; y si está activa, pronosticar si ésta progresa lenta o rápidamente.¹⁷

Se debe realizar un diagnóstico diferencial basándose en la detección de anomalías genéticas como la amilogénesis imperfecta y dentinogénesis imperfecta, las que afectan toda la fórmula temporal y se presenta en cuanto el diente hace erupción. Por otro lado defectos hipoplásicos causados por alteraciones durante el período pre y perinatal promueven una susceptibilidad mayor a desarrollar Caries de Infancia Temprana, por lo que también deben ser correcta y precozmente diagnosticados.¹⁷

2.1.7 Tratamiento de la Caries de Infancia Temprana

Remineralización:

El efecto de la fluorización en la reducción de caries está actualmente bien establecida

La lesión inicial mancha blanca debe tratarse apenas diagnosticada. El uso de fluoruros de aplicación profesional de alta concentración y baja frecuencia está indicado en niños pequeños, siempre que se logre evitar la ingestión. El uso domiciliario de pastas dentales conteniendo fluoruros no está indicado en lactantes en orden de evitar la ingestión en edades donde el reflejo de deglución aún no ha sido debidamente adquirido. Los geles y barnices son de elección ya que permite trabajar con niños que en ocasiones no aceptan aislamiento y son movedizos.¹¹

Tipos: Geles Acidulados, Fluorofosfato acidulado (APF) 1.23% - 12300 ppm. Se aplican por 1 minuto. Geles Neutros, FNa 2% - 9000 ppm. Se aplican por 4 minutos.

Los barnices se usan como prevención individual en pacientes en riesgo de caries, menores de 3 años con caries de infancia temprana, como tratamiento de remineralización de caries. Tipos: Flúor Protector; Fluoruro de Silano al 0,7%. Viene en ampollas, no es almacenable, alcanza para uno o dos pacientes. Duraphat, Fluoruro de Sodio al 5% - 22.600 ppm. Alcanza para varios pacientes y es almacenable. Cómodo y fácil de aplicar. Es de color café, pero su efecto disminuye en el transcurso del día.

- En niños menores de 2 años con bajo riesgo de caries, no utilizar ninguna pasta con flúor hasta que aprenda a escupir.³⁰
- En niños menores de 2 años con alto riesgo de caries, se puede empezar con el cepillado con dentífrico fluorado(1000ppm), en cantidad mínima.³¹
- Todos los niños mayores de 2 años deben utilizar una pasta fluorada para el cepillado(1000ppm- 1450ppm), en cantidad equivalente a un guisante, 2 veces al día.³¹
- Las aplicaciones profesionales de barnices de flúor en infantes son muy efectivas, sin embargo su aplicación también debe basarse en el riesgo individual de caries.³¹

Técnicas Restaurativas:

Se ha sugerido realizar la técnica restauradora atraumática con cemento de ionómero de vidrio cuando la profundidad de la lesión lo permite, que además de la ventaja de liberar flúor es estéticamente aceptable y posee buenas propiedades retentivas al usarse exclusivamente instrumentos rotatorios de baja y alta velocidad, si es que existiese compromiso pulpar realizarse la Pulpotomía/Pulpectomía.¹¹⁻¹⁷

Las lesiones circunferenciales que se producen en los incisivos temporales en la Caries de infancia temprana son consideradas desde el punto de vista de las opciones terapéuticas lesiones complejas, en ocasiones es preciso recurrir a

coronas de composite, coronas de acero preformado con frente estético o coronas preformadas estéticas.¹¹⁻¹³

2.1.8 Medidas Preventivas contra la Caries de Infancia Temprana

La prevención debe empezar en el período pre-natal, comenzando por una buena nutrición durante el último trimestre de embarazo y del niño durante su primer año de vida. Se ha instruido a la madre que cuando el niño cumpla un año, sustituir el biberón por un vaso infantil o suspender la lactancia materna. Igualmente debe insistirse en mantener una correcta higiene dental desde el momento de la erupción de los dientes.¹¹

La principal estrategia para la prevención es orientar a los padres con respecto a los factores etiológicos y con alternativas positivas, consumir alimentos protectores, dietas detergentes, eliminar los que favorecen la fermentación de carbohidratos y la ingesta entre comidas.¹⁸

Concientización de los padres y cuidadores como de los profesionales sanitarios, para el reconocimiento de los signos tempranos de Caries de Infancia Temprana mediante exploración bucal. Es importante fomentar la visita al odontólogo a partir de edades tempranas.¹¹

La educación resulta a veces poco efectiva porque muchos padres aun conociendo los riesgos de determinados hábitos, los siguen empleando para mantener al niño tranquilo.¹⁸

Reducir los niveles de *E. mutans* en la madre/ nana/hermanos, idealmente durante el periodo prenatal, interviniendo en la transmisión de las bacterias cariogénicas, con medidas restaurativas y de higiene bucal.¹⁵

Minimizar las actividades en las que haya intercambio de saliva, como compartir utensilios entre el niño y sus familiares, encargados del niño y sus compañeros.¹

Implementar medidas de limpieza dental a partir de la erupción del primer diente, después de cada toma de alimento, ya que estos dientes recién

erupcionados presentan un esmalte inmaduro y los dientes con hipoplasia pueden tener un mayor riesgo de desarrollar caries.¹⁵

Instrucción técnica de higienización bucal y/o técnica de cepillado a adulto responsable (madre, padre o cuidador) en relación a edad del niño. Menor de 6 meses: higienización con paño humedecido sobre rodetes y mejillas del bebé. De 6 meses a 3 años: uso de técnica horizontal o circular. De 3 a 5 años: Uso de técnica circular. Uso de hilo dental. Instruir a la madre de higienización del niño después de cada comida, recalcando la importancia de la higienización antes de dormir sin consumo posterior.¹⁷

Evitar conductas alimenticias promotoras de caries. En particular, no se debe acostar a los niños con biberones con contenido de carbohidratos fermentables.¹⁵

La frecuencia constante y prolongada de biberón, el uso con sustancias azucaradas, el uso del chupete impregnado con sustancias edulcorantes como la miel, mermelada o leche condensada, asociado con la costumbre de dormir al niño con el biberón y no retirarlo una vez se duerme, o la deficiencia en higiene oral, sobre todo en la noche. El caso de lactantes alimentados al pecho más del tiempo recomendado (ya sea para calmar a niños con problemas para dormir o simplemente para que no lloren) pero sobre todo cuando no se aplican medidas higiénicas adecuadas, son factores de suma importancia para la evolución de dicha enfermedad.¹³⁻¹⁴

Se debe promover una alimentación saludable en el infante.

1.- Tener en cuenta la edad del niño para considerar el tipo de cuidados en su alimentación:

- Además de las múltiples ventajas nutricionales y psicológicas de la lactancia materna, está también estimula un correcto crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático. Por otro lado a pesar que la leche materna no es cariogénica, la caries de infancia temprana puede presentarse sobre todo si no existe una buena higiene oral, si las tomas

son constantes, si los factores protectores de la saliva se encuentran reducidos (como ocurre en el sueño).²⁹

- Después de la salida del primer diente (luego de 6 meses) no se continuará con una alimentación totalmente líquida, se introducirá una alimentación pastosa que permita al niño ejercitar la masticación y con ello el desarrollo maxilofacial.¹⁴⁻¹⁵
- Se aumentará gradualmente la consistencia del alimento hasta llegar al año donde deberá recibir la alimentación familiar.
- No se recomienda el uso de azúcares antes del primer año de vida.
- Después del primer año de vida deberá ser evitada la alimentación para dormir y durante el sueño.

2.- Preconizar el uso de vasos desde temprana edad, si se usa biberón sólo será para el uso de la leche artificial.¹⁵⁻²⁹

3.- De usar biberón, se recomienda utilizar la tetina odontológica u ortodóntica.

4.- Debe quitarse la transmisión de microorganismos bucales al niño durante el acto alimentario de la siguiente manera:

- No probar el alimento con la misma cuchara que alimenta al niño.
- No soplar los alimentos para enfriarlos.

5.- Capacitar a los profesionales de la Salud y profesionales vinculados con la niñez para el reconocimiento de los alimentos con potencial cariogénico.

6.- Los productos alimentarios industrializados que sean cariogénicos o erosivos deberían tener en el rótulo “este alimento puede producir daño a los dientes.”¹

2.1.9 Higiene oral para el infante

La higiene oral es necesaria para todas las personas con el fin de mantener

Dientes y boca saludables.³⁰

Una correcta higiene oral es el factor clave para la prevención de Caries de infancia temprana y, por ello, se debe informar a la familia sobre la importancia de este hábito y lo perjudicial que es que el niño duerma con residuos alimentarios.²⁹

Cuanto más temprano se empiece con la higiene oral, menores son las probabilidades de que el niño desarrolle caries. La higiene bucal infantil es responsabilidad de los adultos, al menos hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada para efectuar estos procedimientos, nunca antes de los 5 años³⁰⁻³¹

- Empezar a limpiar a limpiar las encías de su bebe antes de que erupcionen los dientes; con gasa, un dedal de silicona o un paño humedecido 1 vez al día.²⁹⁻³⁰⁻³¹
- Después de la erupción de los primeros dientes realizar la higiene bucal con un dedal de silicona, un paño limpio, una gasa o un cepillo dental infantil, 2 veces al día.²⁹⁻³¹
- La técnica debe ser sencilla para los padres. Se recomienda limpiar con especial énfasis las superficies susceptibles (unión entre la encía y el diente, fosas y fisuras de molares)
- Usar hilo dental cuando ya exista contacto entre los dientes molares, ya que el cepillado no puede acceder a las zonas proximales.³¹
- No se recomienda el uso de pasta dental fluorada en niños que no hayan aprendido a escupir (generalmente, menores de 2 años de edad) por el riesgo de una ingestión excesiva de flúor y la consecuente aparición de fluorosis dental en la dentición permanente.²⁹

- En los niños de 2-3 años de edad que hayan adquirido la coordinación motora suficiente para escupir, se puede utilizar una pasta dental con una concentración de 500 ppm de flúor, en cantidad equivalente a un guisante.²⁹

2.1.10 Visitas al Odontopediatría

El lactante debe ser visitado por un Odontopediatría tras la erupción de los primeros dientes o, en su defecto, en el transcurso del primer año de vida, con el fin de establecer un “hogar dental”.²⁰⁻³¹

En esta visita se determinará el riesgo de caries, se ofrecerá a los padres una orientación temprana y se evaluará la necesidad de aplicaciones tópicas de flúor en función del riesgo; todo ello con el fin de lograr una óptima salud bucal desde la infancia.²⁹⁻³¹

Cabe recordar que la instauración de una actuación precoz se basa en evitar una necesidad futura, con lo cual el enfoque de este tipo de odontología es preventivo y no curativo.²⁹⁻³¹

2.2 HIPÓTESIS

Existe relación entre el conocimiento de las madres sobre la salud bucal y la prevalencia de caries de infancia temprana en niños 6-36 meses.

2.3 MARCO CONTEXTUAL

El hospital del Niño “Sor Teresa Huarte” fue creado en fecha 6 de febrero de 2013, en la zona de Lajastambo D-3 de Sucre, con la finalidad principal de brindar atención médica especializada a niños y niñas de escasos recursos.

Actualmente el Hospital cuenta con varias de intervención entre las cuales destacan Pediatría, Odontopediatría y Terapia Intermedia. La misma se encuentra bajo la dirección del Dr. Gonzalo Medina contando con una infraestructura moderna y equipos de alta tecnología.

La mayoría de los pacientes que asisten al hospital son de escasos recursos económicos, provenientes de los barrios y comunidades cercanas a la zona: Potolo, Punilla, Chanuaca y Ravelo. Los mismos reciben atención médica gratuita a través del SUMI (Seguro Universal Materno Infantil) financiado por la Gobernación del Departamento de Chuquisaca a través del Servicio Departamental de Salud.

En el área de Odontopediatría se reciben un promedio de 18 atenciones odontológicas diarias de niños comprendidos entre los 3 a 12 años de edad, con diferentes diagnósticos. Los niños son evaluados por profesionales en el área, los cuales dan soluciones inmediatas a los distintos problemas.

Actualmente se dispone de 3 odontólogos que realizan atención en dos turnos: Mañana y Tarde cabe recalcar que los mismos no cuentan con una especialidad en Odontopediatría por lo cual se desconoce de nuevas metodologías para la atención odontológica en niños.

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

a) Enfoque de la investigación

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, porque se utilizaran métodos y técnicas cuantitativas porque pretende verificar una hipótesis

b) Tipo y diseño de la investigación

- **Observacional** porque el investigador no manipula las variables independientes del estudio
- **Descriptivos** porque se describirá el evento de estudio (caries) en función de las variables independientes.
- **Transversal** porque estudiamos al mismo tiempo la causa y el efecto

3.2 POBLACION Y MUESTRA

a) Población

300 parejas madre - niño de 6 a 36 meses que acudan al hospital Del Niño "Sor Teresa Huarte Tama" al servicio de salas 2015.

b) Muestra

Se trabajará con toda la población de infantes que asistirá Hospital Del Niño "Sor Teresa Huarte Tama" al servicio de salas 2015.

3.3 VARIABLES DE ESTUDIO

a) Identificación de variables

DEPENDIENTES: Caries.

INDEPENDIENTES: Conocimiento que tienen las madres sobre salud bucal, edad, sexo, hábitos de higiene bucal.

b) Diagrama de variables

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍAS	INSTRUMENTACIÓN
Estimar la prevalencia de caries de infancia temprana en niños del estudio.	Caries	es una enfermedad multifactorial	Según el índice coed	cuantitativo	Muy bajo 0,0 a 1,1 Bajo 1,2 a 2,6 Moderado 2,7 a 4,4 Alto 4,5 a 6,5 Muy alto Mayor a 6.5	Ficha odontológica
Describir la edad y el sexo de los niños del estudio.	Edad	Tiempo transcurrido o a partir del nacimiento de una persona	Según los meses que tenga el niño desde su nacimiento	Cuantitativo continuo	6-11 12-17 18-25 24-33 30-36	Ficha odontológica
	Sexo	División del género en los seres humanos	Según la condición orgánica fenotípicas percibidas en el niño		Masculina femenino	Ficha odontológica
Identificar la higiene bucal de los niños del estudio.	hábitos de higiene bucal	Realizar la limpieza de la boca con la utilización de cepillo,	Según la clasificación IHOS	cualitativo	Exelente Buena Regular Malo	Ficha odontológica

		dentífrico, colutorios				
Identificar el conocimiento de las madres sobre salud oral.	Conocimiento de las madres	La información que tiene la madre sobre los hábitos que debe aplicar en su niño	Según las respuestas que la madre brinde al cuestionario empleado	Nominal dicotónica	Conoce No conoce	Encuesta

3.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Inclusión:

Niños de 6 a 36 meses que acudan al Hospital Del Niño "Sor Teresa Huarte Tama".

Niños que no padezcan de enfermedades sistémicas.

Presencia de por lo menos una pieza dental.

Consentimiento informado de la madre.

Exclusión:

Niños con labio y fisura palatina.

Niños sin dientes

Madres de niños que no deseen participar del estudio

3.5 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA

a) Fuente de recolección de la información, procedimientos y técnicas para recoger la misma

La fuente de recolección de información será primaria porque se recogerá la información directamente de los pacientes.

b) Descripción de los instrumentos de recojo de información que serán utilizados

Para recoger la información primeramente se procederá a la revisión odontológica para valorar la presencia de caries, luego se procederá a aplicar el cuestionario a las madres.

Para la recolección de índice ceo-d se utilizara ficha odontológica, ver ficha odontológica en ANEXOS

Para la recolección de las variables sexo edad de la madre y nivel de conocimiento sobre salud bucal se utilizara cuestionario, ver cuestionario en ANEXOS

3.6(PLAN DE) PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS

Procesamiento y análisis de los datos estadísticos

Elaboró una base de datos con toda la información obtenida, esta base de datos se elaborada en Excel, posteriormente se procederá a la descripción de las variables de estudio en la distribución de tablas

Se buscó la posible asociación entre las variables independientes y la variable dependiente mediante el cálculo de medidas de asociación.

3.7 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

a) Delimitación geográfica.

Se realizó en el Hospital Del Niño "Sor teresa Huarte Tama"

b) Sujeto u objetos que participaran en la realización de estudio.

Los niños de 6 a 36 meses atendidos en el Hospital Del Niño "Sor Teresa Huarte Tama"

c) Delimitación temporal, especificando el periodo de tiempo en el que se realizara la investigación.

Desde enero del 2014 a mayo de 2015.

3.8 RESULTADOS

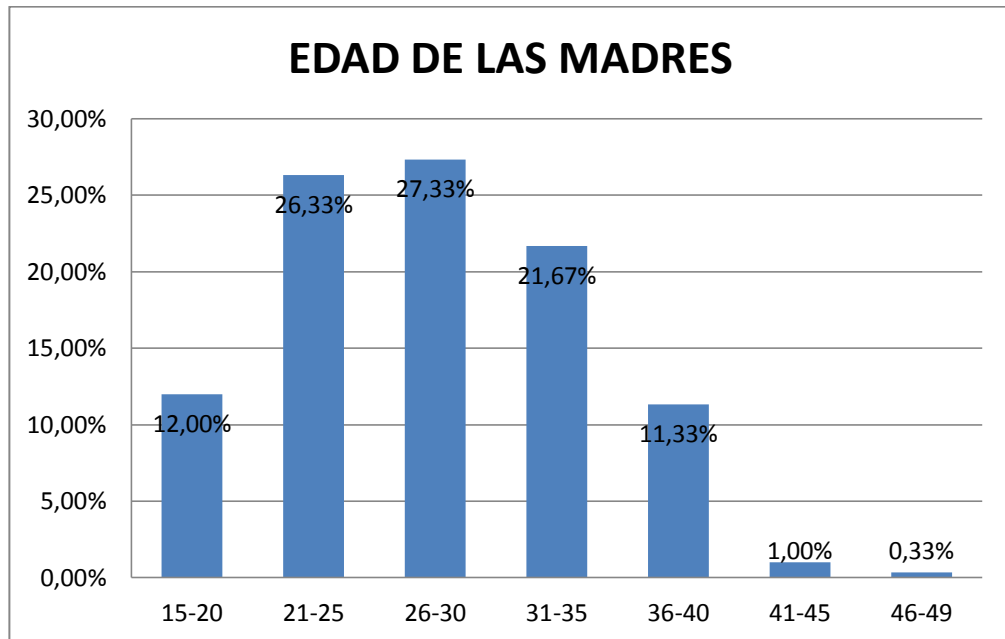
La muestra fue compuesta por 300 parejas madre – niño. Según la información obtenida en la muestra encontramos:

TABLA 1 EDAD DE LAS MADRES EVALUADAS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015

EDAD	N	%
15-20	36	12,00%
21-25	79	26,33%
26-30	82	27,33%
31-35	65	21,67%
36-40	34	11,33%
41-45	3	1,00%
46-49	1	0,33%
TOTAL	300	100%

(TABLA 1) Como se aprecia en la tabla y el gráfico 1 el grupo etario mayoritario de madres que más presencia tuvo en el estudio fue el de 26 a 30 años (27.33%), seguido por el de 21 a 25 años (26.33%).

GRÁFICO 1 EDAD DE LAS MADRES EVALUADAS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015



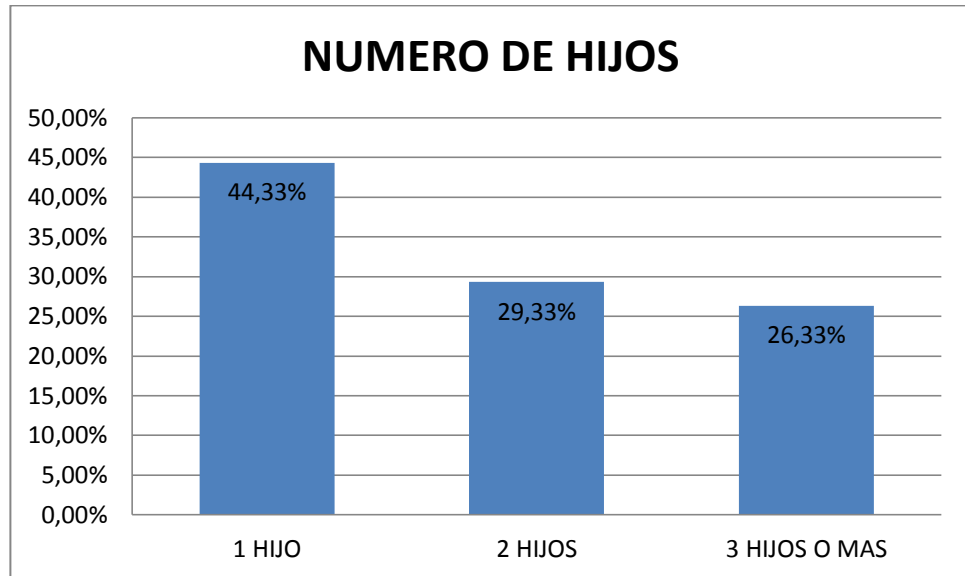
(GRÁFICO 1) Como se aprecia en la tabla y el gráfico 1 el grupo etario mayoritario de madres que más presencia tuvo en el estudio fue el de 26 a 30 años (27.33%), seguido por el de 21 a 25 años (26.33%).

TABLA Nº 2 NUMERO DE HIJOS DE LAS MADRES EVALUADAS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015

CANTIDAD DE HIJOS	N	%
1 HIJO	133	44,33%
2 HIJOS	88	29,33%
3 HIJOS O MAS	79	26,33%
SUMA TOTAL	300	100%

(TABLA 2) El número de hijos promedio fue de 2 hijos por cada madre, Además se observó que el 44.33% de las madres entrevistadas eran Primerizas (solo tenían un hijo).

GRÁFICO Nº 2 NUMERO DE HIJOS DE LAS MADRES EVALUADAS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015



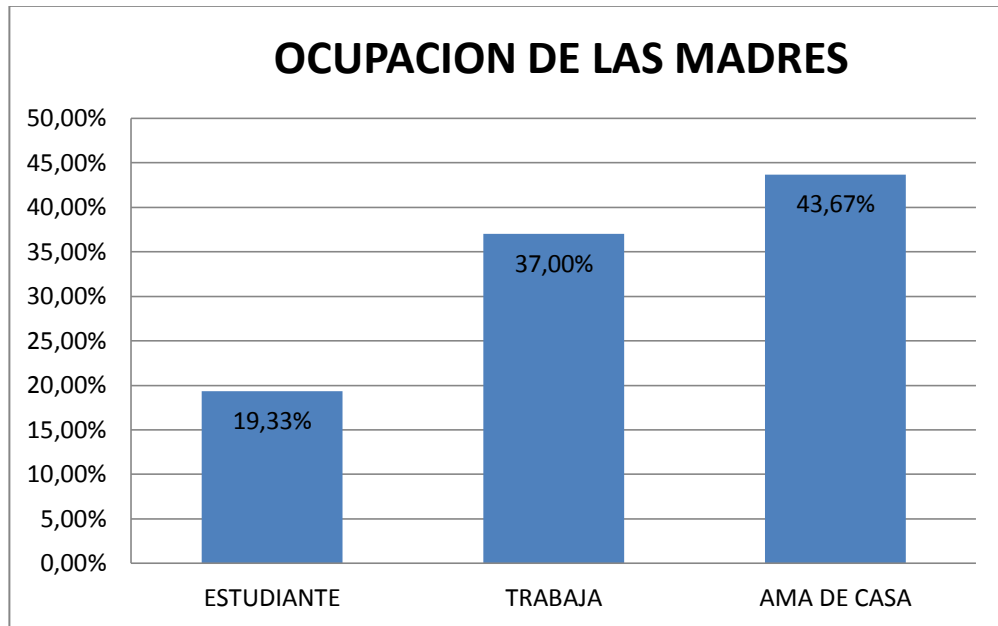
(GRÁFICO 2) El número de hijos promedio fue de 2 hijos por cada madre, Además se observó que el 44.33% de las madres entrevistadas eran Primerizas (solo tenían un hijo).

TABLA N° 3 OCUPACION DE LAS MADRES EVALUADAS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015

OCUPACION DE LAS MADRES	N	%
ESTUDIANTE	58	19,33%
TRABAJA	111	37,00%
AMA DE CASA	131	43,67%
SUMA	300	100%

(TABLA 3) Se observó que el 19.33% de las madres son estudiantes, el 37% trabaja y el 43.67% son amas de casa.

GRÁFICO Nº 3 OCUPACION DE LAS MADRES EVALUADAS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015



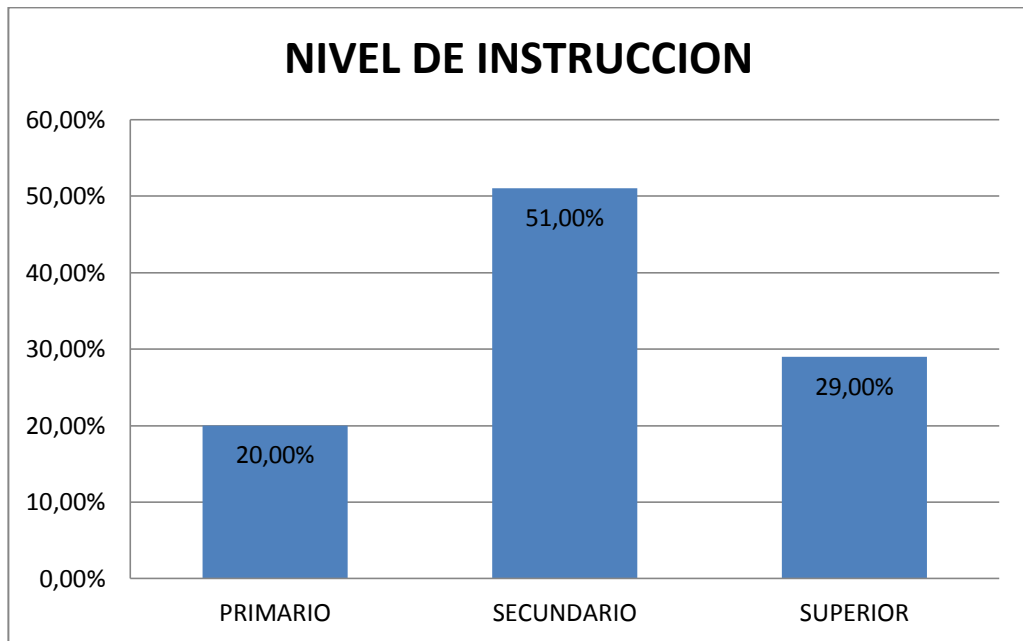
(GRÁFICO 3) Se observó que el 19.33% de las madres son estudiantes, el 37% trabaja y el 43.67% son amas de casa.

TABLA Nº 4 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES EVALUADAS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	N	%
PRIMARIO	60	20,00%
SECUNDARIO	152	51,00%
SUPERIOR	88	29,00%
SUMA	300	100%

(TABLA 4) Se observó que el 51% de las madres tienen educación secundaria, el 29% educación superior y el 20% educación primaria.

**GRÁFICO Nº 4 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES EVALUADAS
EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015**



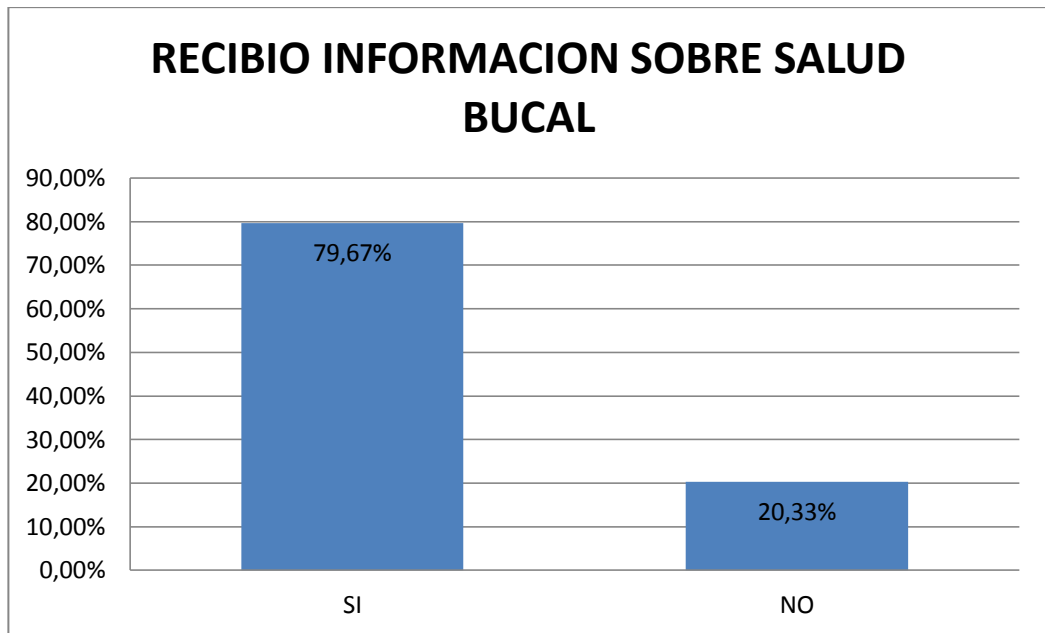
(GRÁFICO 4) Se observó que el 51% de las madres tienen educación secundaria, el 29% educación superior y el 20% educación primaria.

TABLA Nº 5 INFORMACION RECIBIDA POR ALGUN MEDIO DE COMUNICACIÓN SOBRE SALUD BUCAL

RECIBIO INFORMACION	N	%
SI	239	79,67%
NO	61	20,33%
TOTAL	300	100%

(TABLA 5) Sobre el conocimiento en salud bucal que tenían las madres, el 79.67% afirmaron haber recibido en algún momento información sobre salud bucal, mientras que el 20.33% afirma no haber recibido nunca información sobre el tema.

GRÁFICO Nº 5 INFORMACION RECIBIDA POR ALGUN MEDIO DE COMUNICACIÓN SOBRE SALUD BUCAL



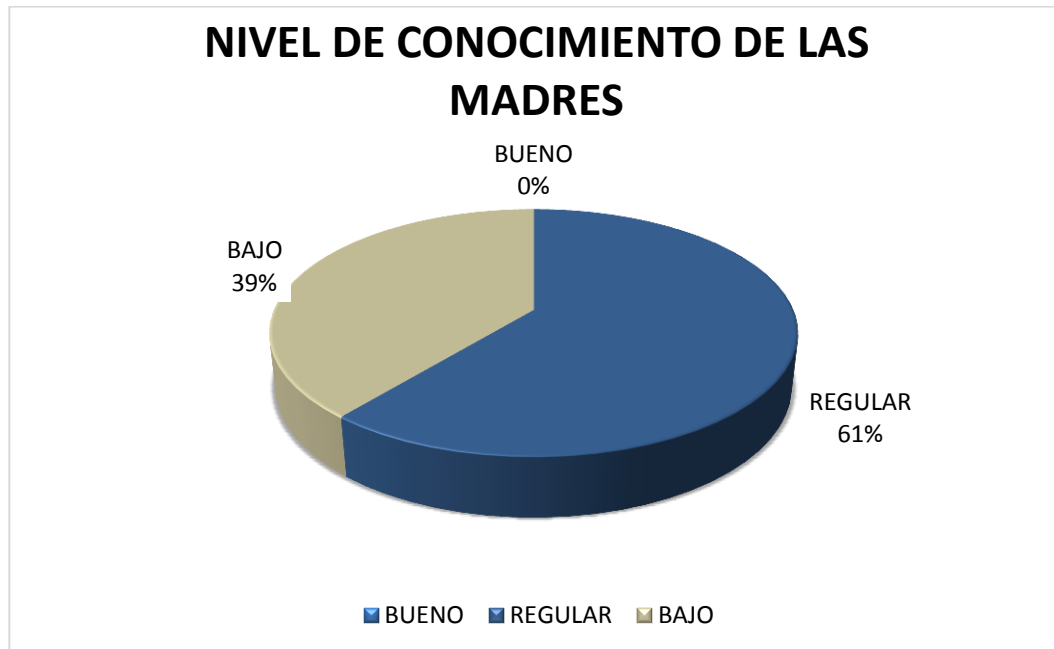
(GRÁFICO 5) Sobre el conocimiento en salud bucal que tenían las madres, el 79.67% afirmaron haber recibido en algún momento información sobre salud bucal, mientras que el 20.33% afirma no haber recibido nunca información sobre el tema.

**TABLA Nº 6 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES EVALUADAS
SOBRE SALUD BUCAL EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA
HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL	N	%
BUENO	0	0,00%
REGULAR	183	61,00%
BAJO	117	39,00%
SUMA TOTAL	300	100%

(TABLA 6) En relación al nivel de conocimiento de las madre evaluadas, el 39% tiene un nivel de conocimiento bajo, el 61% presenta nivel de conocimiento regular y el 0% presenta un buen conocimiento sobre salud bucal.

**GRÁFICO Nº 6 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES EVALUADAS
SOBRE SALUD BUCAL EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA
HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015**



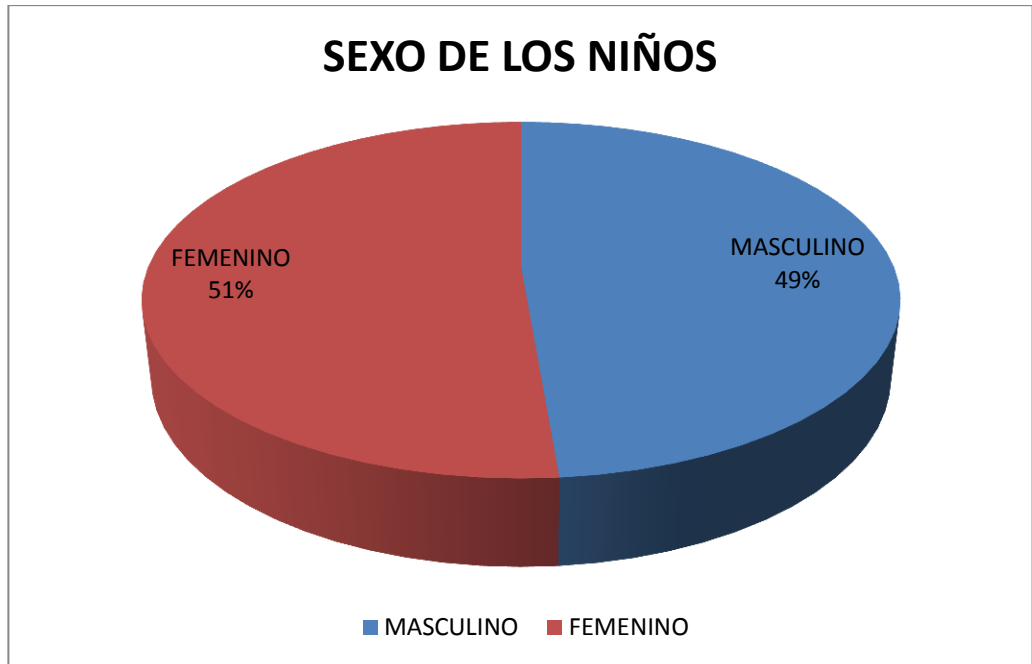
(GRÁFICO 6) En relación al nivel de conocimiento de las madre evaluadas, el 39% tiene un nivel de conocimiento bajo, el 61% presenta nivel de conocimiento regular y el 0% presenta un buen conocimiento sobre salud bucal.

**TABLA Nº 7 SEXO DE NIÑOS EVALUADOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO
SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015**

SEXO NIÑOS EVALUADOS	N	%
MASCULINO	146	48,67%
FEMENINO	154	51,33%
TOTAL	300	100%

(TABLA 7) En relación a los niños atendidos, el 51% fueron mujeres y 49% varones.

**GRÁFICO Nº 7 SEXO DE NIÑOS EVALUADOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO
SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015**



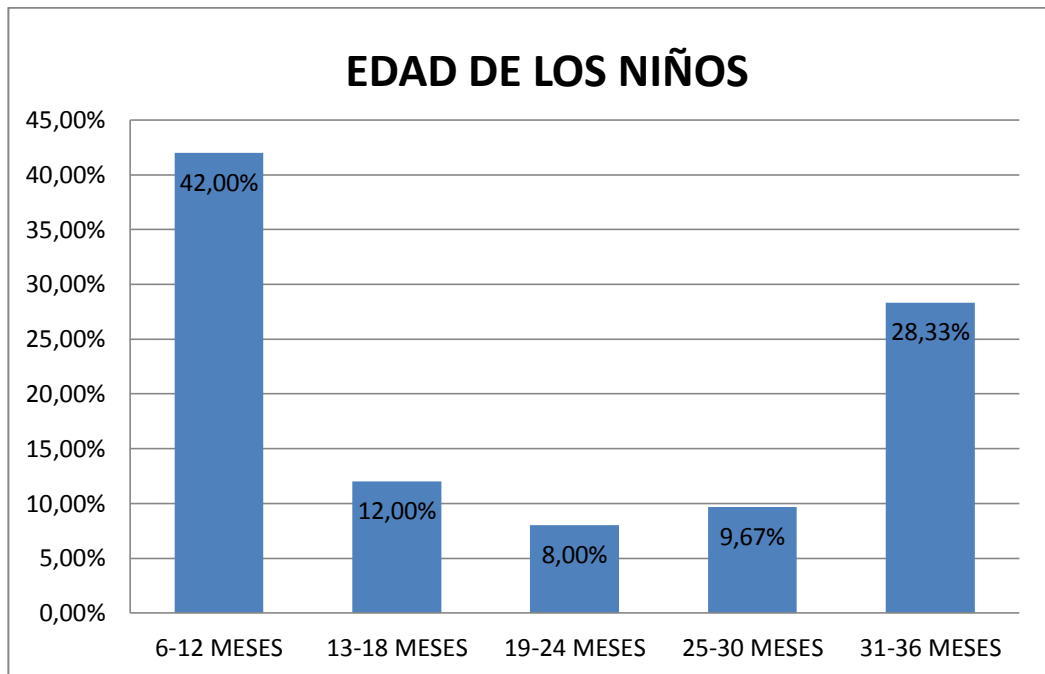
(GRÁFICO 7) En relación a los niños atendidos, el 51% fueron mujeres y 49% varones.

TABLA N° 8 EDAD DE LOS NIÑOS EVALUADAS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015

EDAD	N	%
6-12 MESES	126	42,00%
13-18 MESES	36	12,00%
19-24 MESES	24	8,00%
25-30 MESES	29	9,67%
31-36 MESES	85	28,33%
TOTAL	300	100%

(TABLA 8) Como se aprecia en la tabla y el gráfico 8 el grupo etario mayoritario de Niños que más presencia tuvo en el estudio fue de 6 a 12 meses (42%), seguido por el de 31 a 36 meses (28.33%).

GRÁFICO Nº 8 EDAD DE LOS NIÑOS EVALUADAS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015



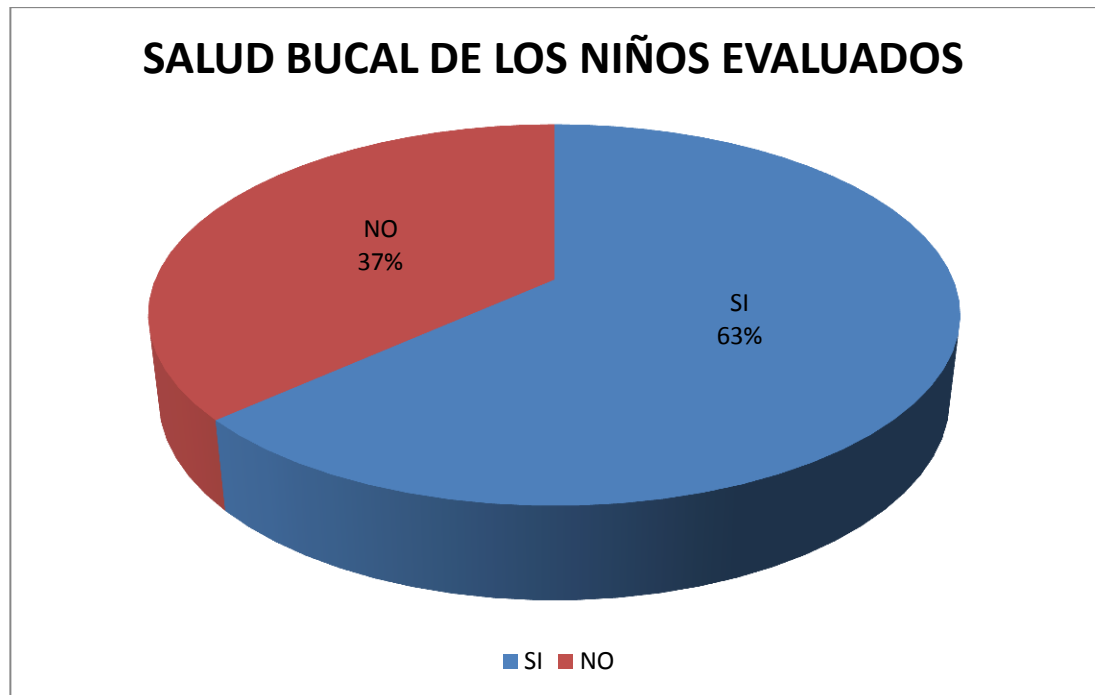
(GRÁFICO 8) Como se aprecia en la tabla y el gráfico 8 el grupo etario mayoritario de Niños que más presencia tuvo en el estudio fue de 6 a 12 meses (42%), seguido por el de 31 a 36 meses (28.33%).

TABLA Nº 9 SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS EVALUADOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015

PRESENCIA DE CARIES	N	%
SI	190	63,33%
NO	110	36,67%
TOTAL	300	100%

(TABLA Y GRÁFICO 9) De los 300 Niños del estudio 63% (190) presentaron al menos una pieza dental con caries y el 37%(110) no presenta caries.

GRÁFICO Nº 9 SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS EVALUADOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015



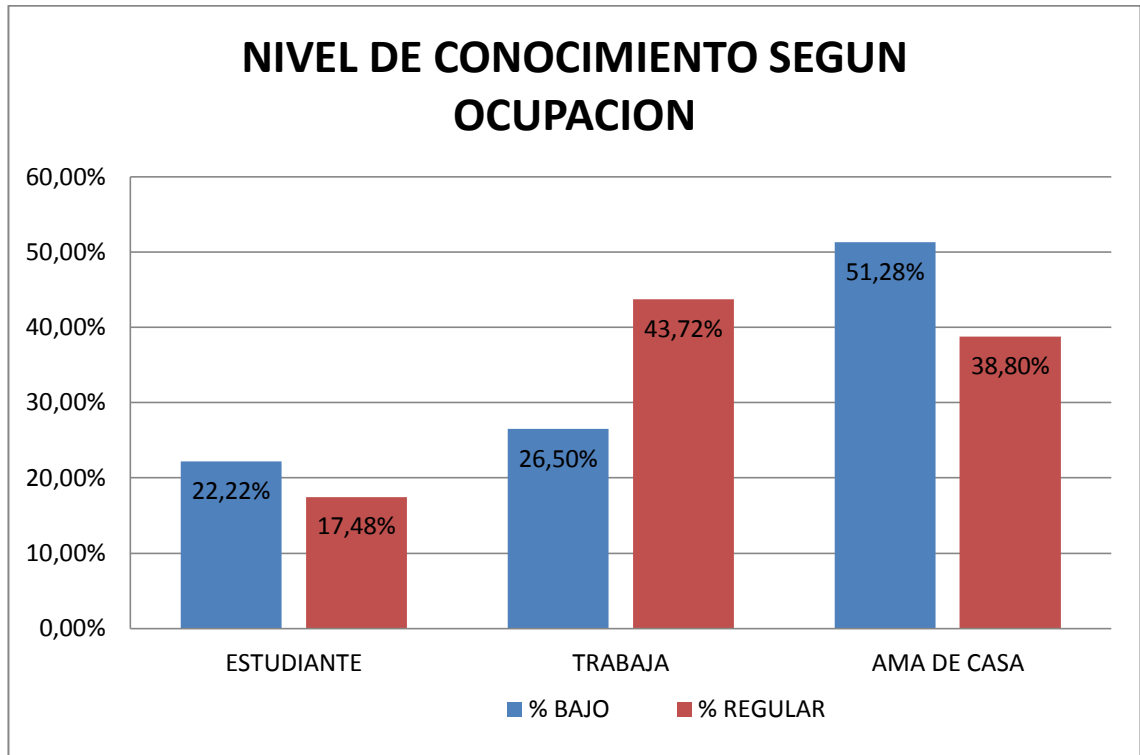
(GRÁFICO 9) De los 300 Niños del estudio 63% (190) presentaron al menos una pieza dental con caries y el 37%(110) no presenta caries.

**TABLA N° 10 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL SEGÚN
OCUPACION DE LAS MADRES EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA
HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL				
OCUPACION DE LA MADRE	BAJO	% BAJO	REGULAR	% REGULAR
ESTUDIANTE	26	22,22%	32	17,48%
TRABAJA	31	26,50%	80	43,72%
AMA DE CASA	60	51,28%	71	38,80%
SUMA TOTAL	117	100%	183	100%
TOTAL		300		

(TABLA 10) El nivel de conocimiento alcanzado por las madres sobre salud bucal fue mayor en aquellas que trabajan (43.72%), seguido por las ama de casa (38.80%).

**GRAFICO Nº 10 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL
SEGÚN OCUPACION DE LAS MADRES EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR
TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015**



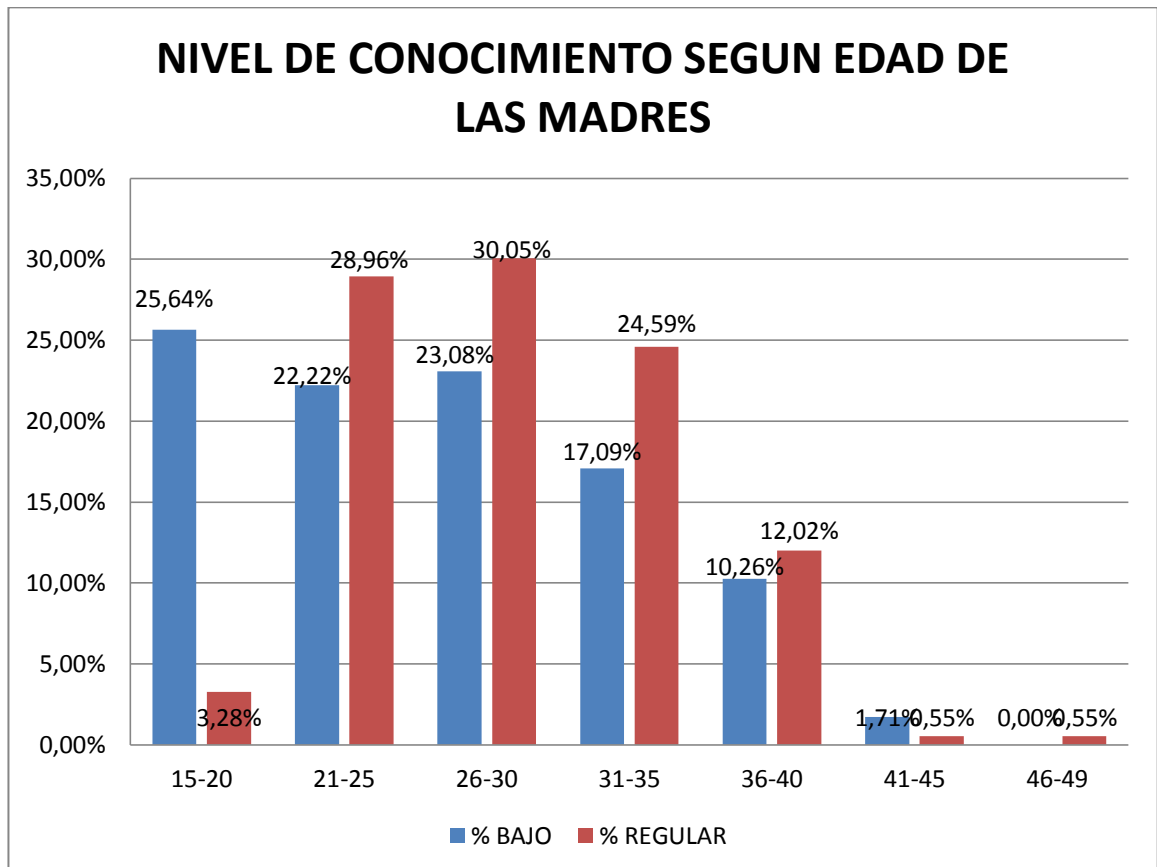
(GRÁFICO 10) El nivel de conocimiento alcanzado por las madres sobre salud bucal fue mayor en aquellas que trabajan (43.72%), seguido por las ama de casa (38.80%).

**TABLA N° 11 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL SEGÚN
EDAD DE LAS MADRES EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA
HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL				
EDADES RANGOS	BAJO	% BAJO	REGULAR	% REGULAR
15-20	30	25,64%	6	3,28%
21-25	26	22,22%	53	28,96%
26-30	27	23,08%	55	30,05%
31-35	20	17,09%	45	24,59%
36-40	12	10,26%	22	12,02%
41-45	2	1,71%	1	0,55%
46-49	0	0,00%	1	0,55%
TOTAL	117	100%	183	100%
SUMA TOTAL		300		

(TABLA 11) El nivel de conocimiento alcanzado por las madres sobre salud bucal fue mayor en mujeres que Tienen entre 26-30 años (30,05%) y fue menor en mujeres que tienen entre 15-20años (3.28%).

**GRAFICO N° 11 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL
SEGÚN EDAD DE LAS MADRES EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR
TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015**



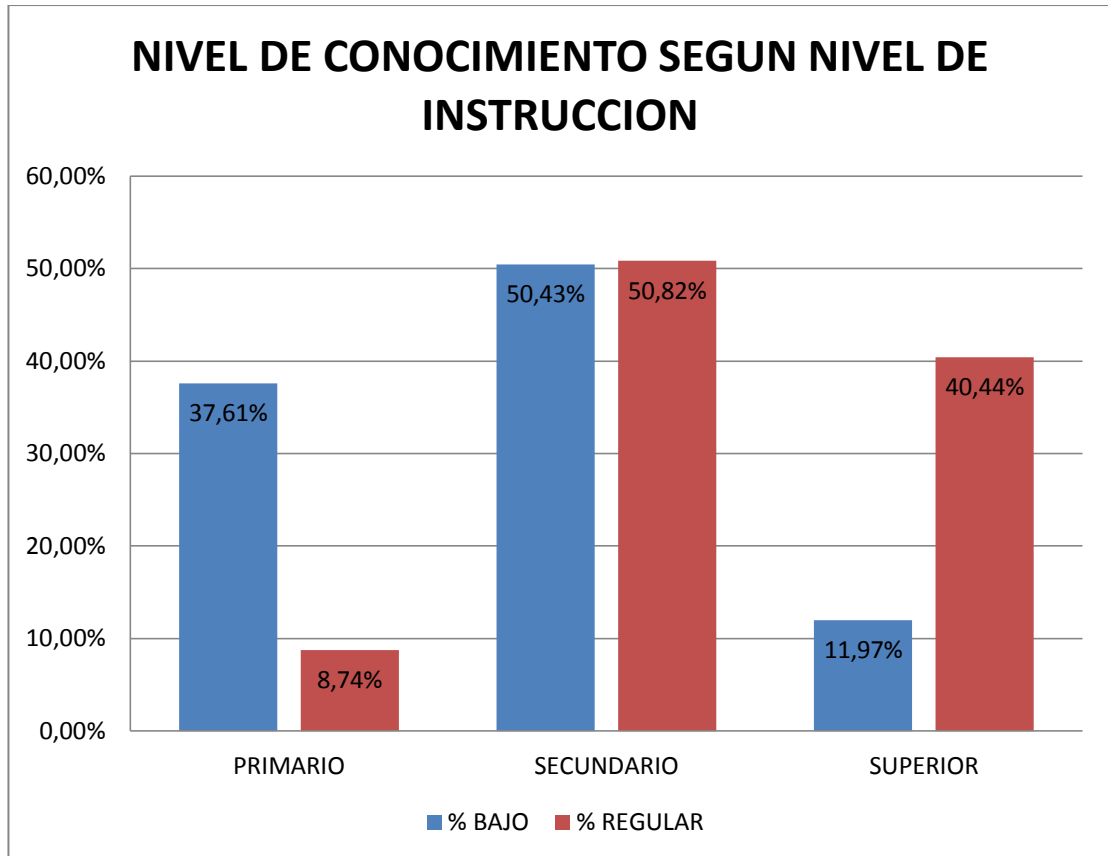
(GRÁFICO 11) El nivel de conocimiento alcanzado por las madres sobre salud bucal fue mayor en mujeres que Tienen entre 26-30 años (30,05%) y fue menor en mujeres que tienen entre 15-20años (3.28%).

TABLA N° 12 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIONDE LAS MADRES EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015

NIVEL DE CONOCIMIENTOSOBRE SALUD BUCAL				
OCUPACION	BAJO	% BAJO	REGULAR	% REGULAR
PRIMARIO	44	37,61%	16	8,74%
SECUNDARIO	59	50,43%	93	50,82%
SUPERIOR	14	11,97%	74	40,44%
SUMA TOTAL	117	100%	183	100%
TOTAL		300		

(TABLA 12) El nivel de conocimiento sobre salud bucal regular de las madres es mayor en aquellas que tienen un nivel de instrucción secundario (50.82%), seguido por las que tienen un nivel de instrucción superior (40.44%).

**GRÁFICO Nº 12 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL
SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES EN EL HOSPITAL DEL
NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015**



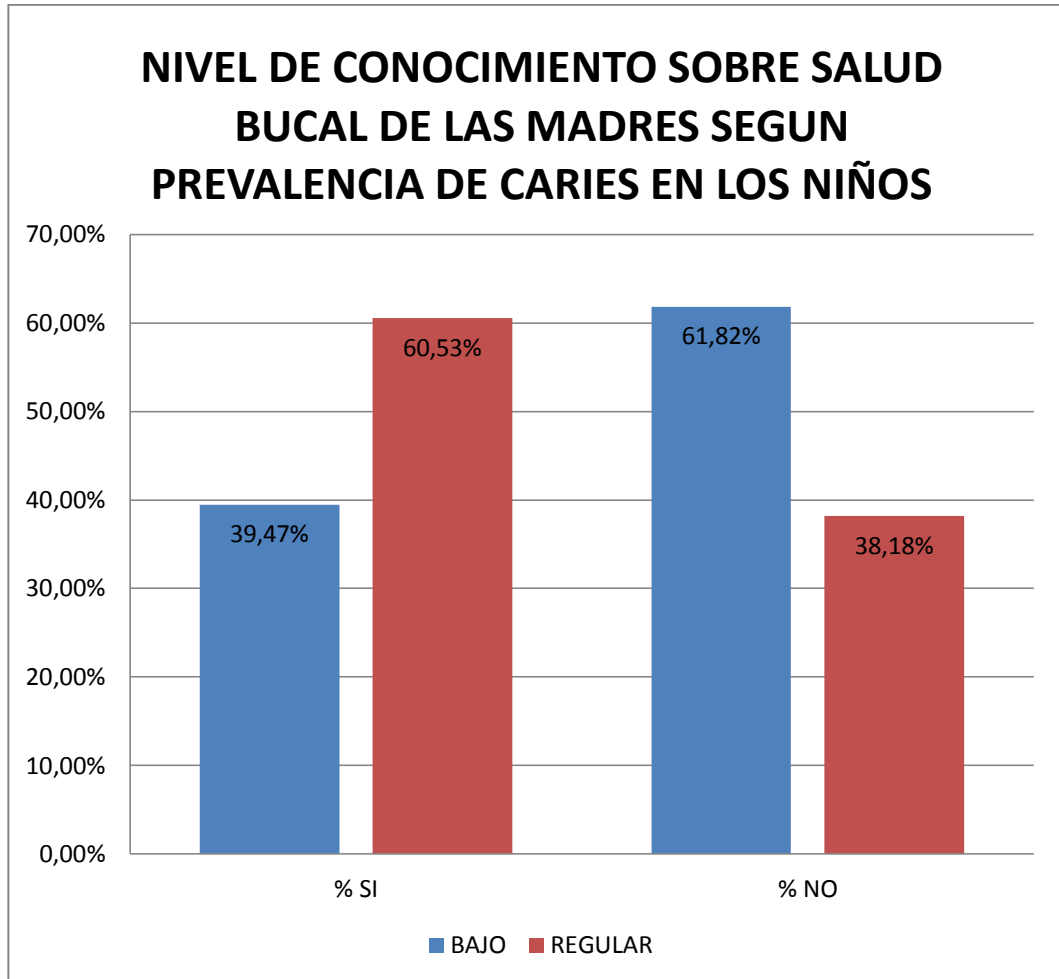
(GRÁFICO 12) El nivel de conocimiento sobre salud bucal regular de las madres es mayor en aquellas que tienen un nivel de instrucción secundario (50.82%), seguido por las que tienen un nivel de instrucción superior (40.44%).

**TABLA Nº 13 PREVALENCIA DE CARIES DE LOS NIÑOS SEGÚN NIVEL
DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES
EVALUADAS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE
SUCRE-BOLIVIA 2015**

PREVALENCIA DE CARIES					
NIVEL CONOCIMIENTOSOBRE SALUD BUCAL	DE	SI	% SI	NO	% NO
BAJO		75	39,47%	68	61,82%
REGULAR		115	60,53%	42	38,18%
SUMA TOTAL		190	100%	110	100,00%
TOTAL			300		

(TABLA 13) Se puede observar que el grupo que presenta mayor presencia de caries corresponde a niños con madres que tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal regular (60.53%) en comparación con el grupo de madres que tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal bajo (39,47%).

GRÁFICO Nº 13 PREVALENCIA DE CARIES DE LOS NIÑOS SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES EVALUADAS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015



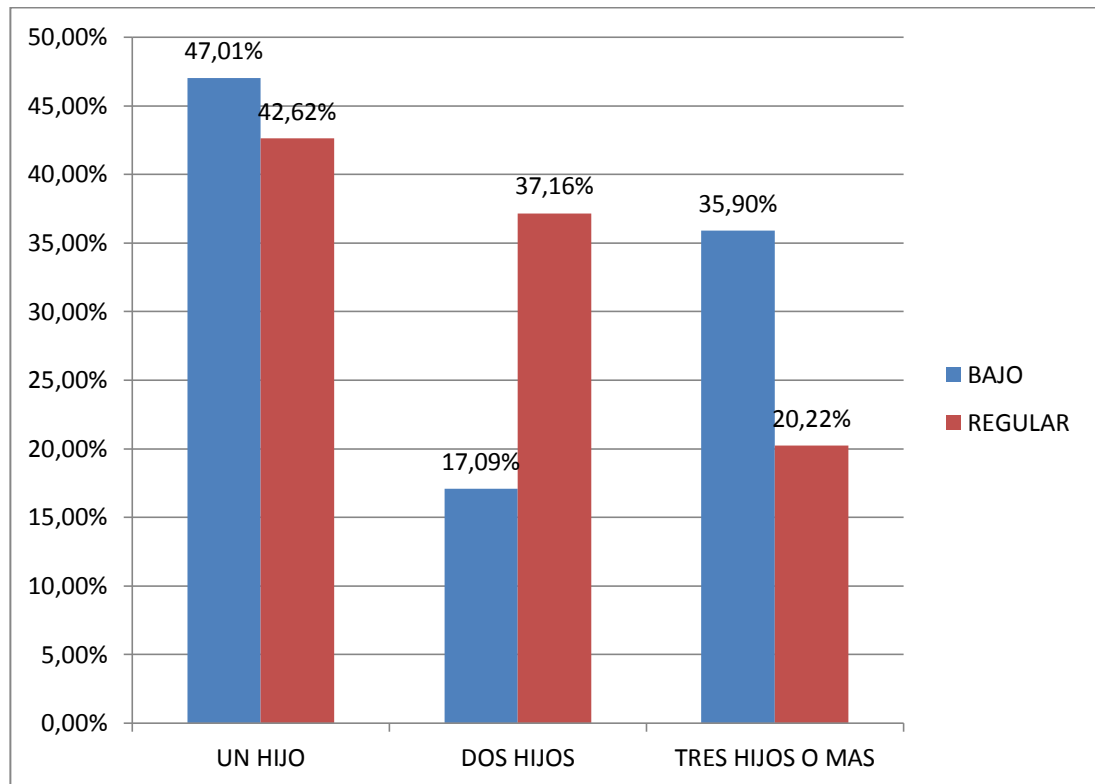
(GRÁFICO 13) Se puede observar que el grupo que presenta mayor presencia de caries corresponde a niños con madres que tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal regular (60.53%) en comparación con el grupo de madres que tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal bajo (39,47%).

**TABLA Nº 14 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS
MADRES SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO
SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL				
NÚMERO DE HIJOS	BAJO	% BAJO	REGULAR	% REGULAR
UN HIJO	55	47,01%	78	42,62%
DOS HIJOS	20	17,09%	68	37,16%
TRES HIJOS O MAS	42	35,90%	37	20,22%
TOTAL	117	100%	183	100%
SUMA TOTAL		300		

(TABLA 14) Observamos que las madres primerizas (con un hijo) Tienen un menor porcentaje en el nivel de conocimiento regular (42.62%) al igual que las madres que tienen más de tres hijos (20.22%), mientras que para quienes tuvieron 2hijos el Porcentaje fue mayor en el nivel de conocimiento regular (37.16%).

**GRÁFICO N° 14 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL
SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA
HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015**



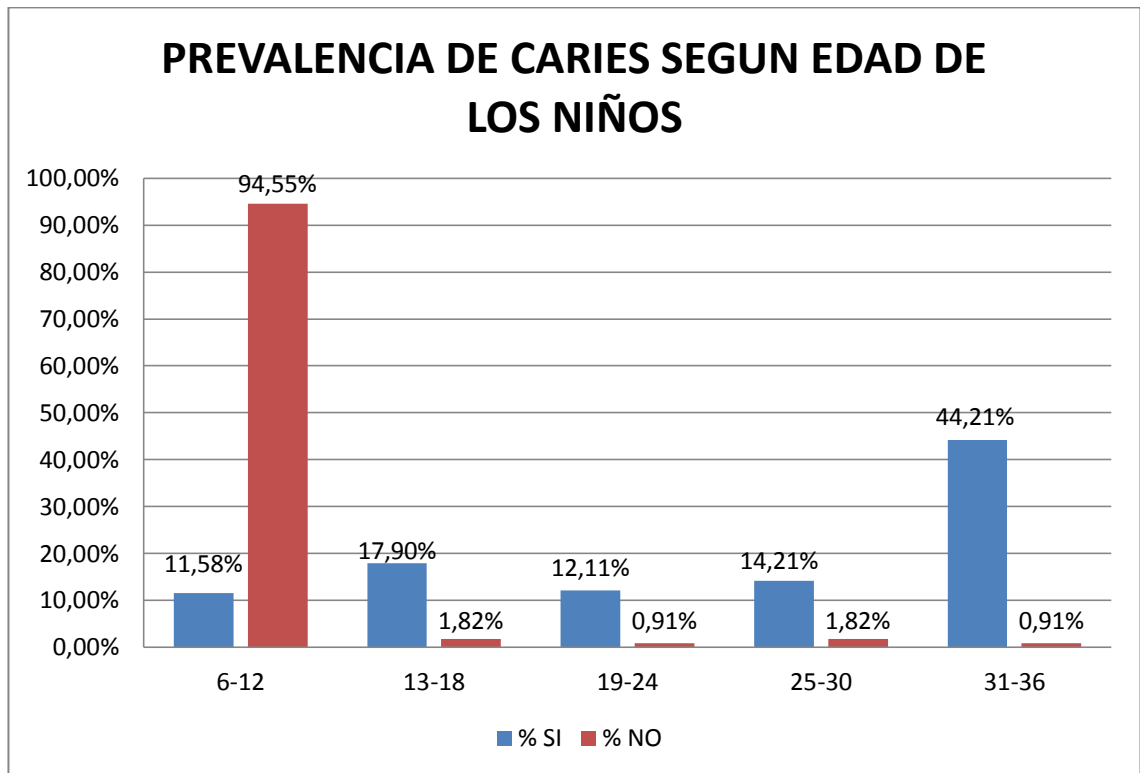
(GRÁFICO 14) Observamos que las madres primerizas (con un hijo) Tienen un menor porcentaje en el nivel de conocimiento regular (42.62%) al igual que las madres que tienen más de tres hijos (20.22%), mientras que para quienes tuvieron 2 hijos el Porcentaje fue mayor en el nivel de conocimiento regular (37.16%).

TABLA N° 15 PREVALENCIA DE CARIES SEGÚN EDAD DE LOS NIÑOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015

PREVALENCIA DE CARIES				
EDADES DE NIÑOS	SI	% SI	NO	% NO
6-12	22	11,58%	104	94,55%
13-18	34	17,90%	2	1,82%
19-24	23	12,11%	1	0,91%
25-30	27	14,21%	2	1,82%
31-36	84	44,21%	1	0,91%
SUMA TOTAL	190	100%	110	100%
TOTAL		300		

(TABLA 15) Se encontró una mayor prevalencia de caries en niños de 31-36 meses (44.21%) que en Niños de 6-12 meses (43,64%).

GRAFICO N° 15 PREVALENCIA DE CARIES SEGÚN EDAD DE LOS NIÑOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015



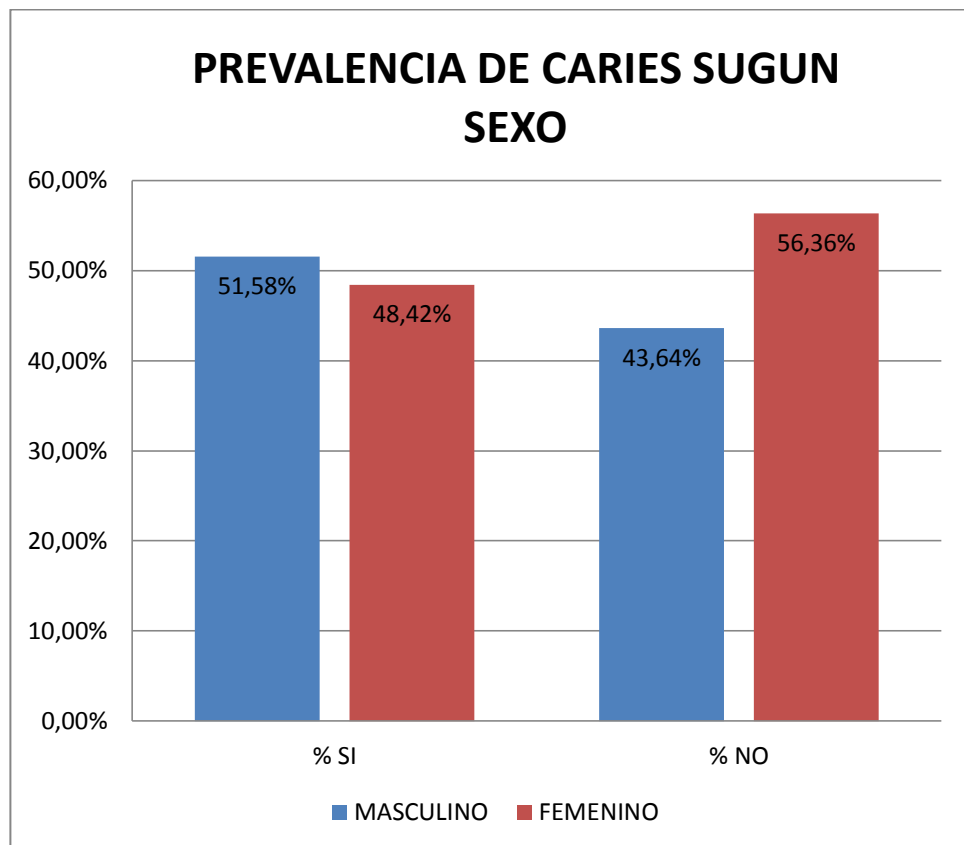
(GRÁFICO 15) Se encontró una mayor prevalencia de caries en niños de 31-36 meses (44.21%) que en Niños de 6-12 meses (43,64%).

TABLA N° 16 PREVALENCIA DE CARIES SEGÚN EL SEXO DE LOS NIÑOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015

PREVALENCIA DE CARIES				
SEXO DE NIÑOS	SI	% SI	NO	% NO
MASCULINO	98	51,58%	48	43,64%
FEMENINO	92	48,42%	62	56,36%
SUMA	190	100%	110	100%
TOTAL		300		

(TABLA 16) Se encontró una mayor prevalencia de caries en varones (51,58%) que en mujeres (43,64%), pero dicha diferencia no es significativa.

GRÁFICO Nº 16 PREVALENCIA DE CARIES SEGÚN EL SEXO DE LOS NIÑOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015



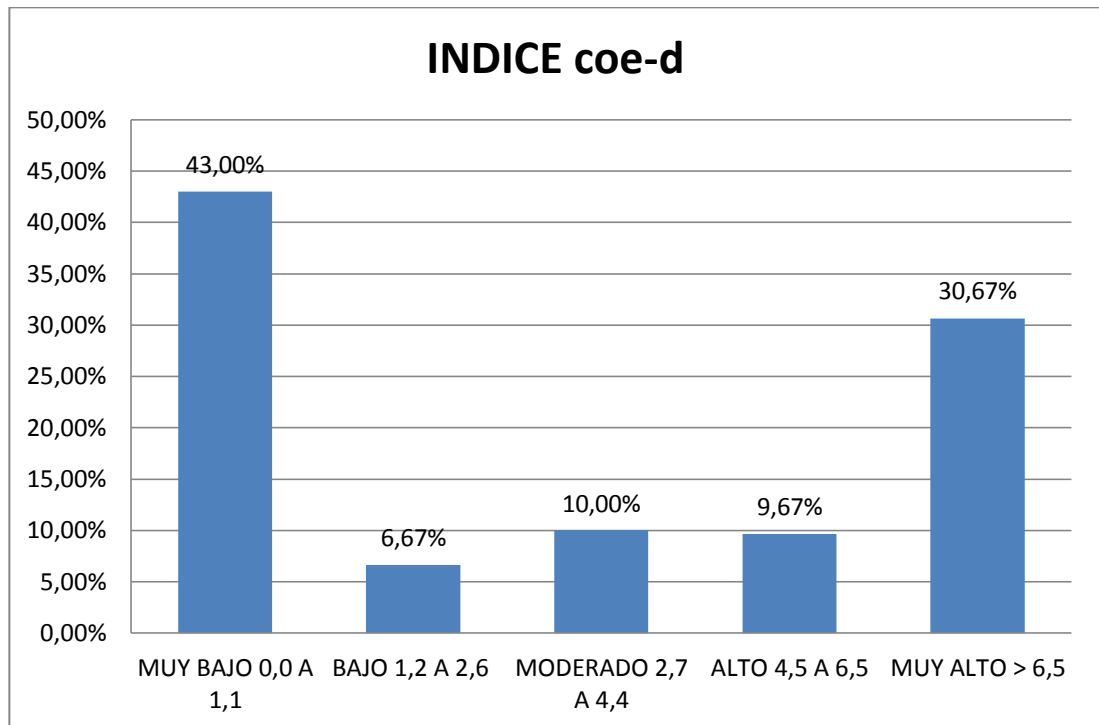
(GRÁFICO 16) Se encontró una mayor prevalencia de caries en varones (51,58%) que en mujeres (43,64%), pero dicha diferencia no es significativa.

TABLA N° 17 INDICE coe-d DE LOS NIÑOS EVALUADOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015

coe.d	N	%
MUY BAJO 0,0 A 1,1	129	43,00%
BAJO 1,2 A 2,6	20	6,67%
MODERADO 2,7 A 4,4	30	10,00%
ALTO 4,5 A 6,5	29	9,67%
MUY ALTO > 6,5	92	30,67%
TOTAL	300	100%

(TABLA 17) De los 300 niños del estudio se observó que el 43% presenta un índice ceo-d muy bajo mientras que el 30,67% presenta un índice coe-d muy alto

GRAFICO N° 17 INDICE coe-d DE LOS NIÑOS EVALUADOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015



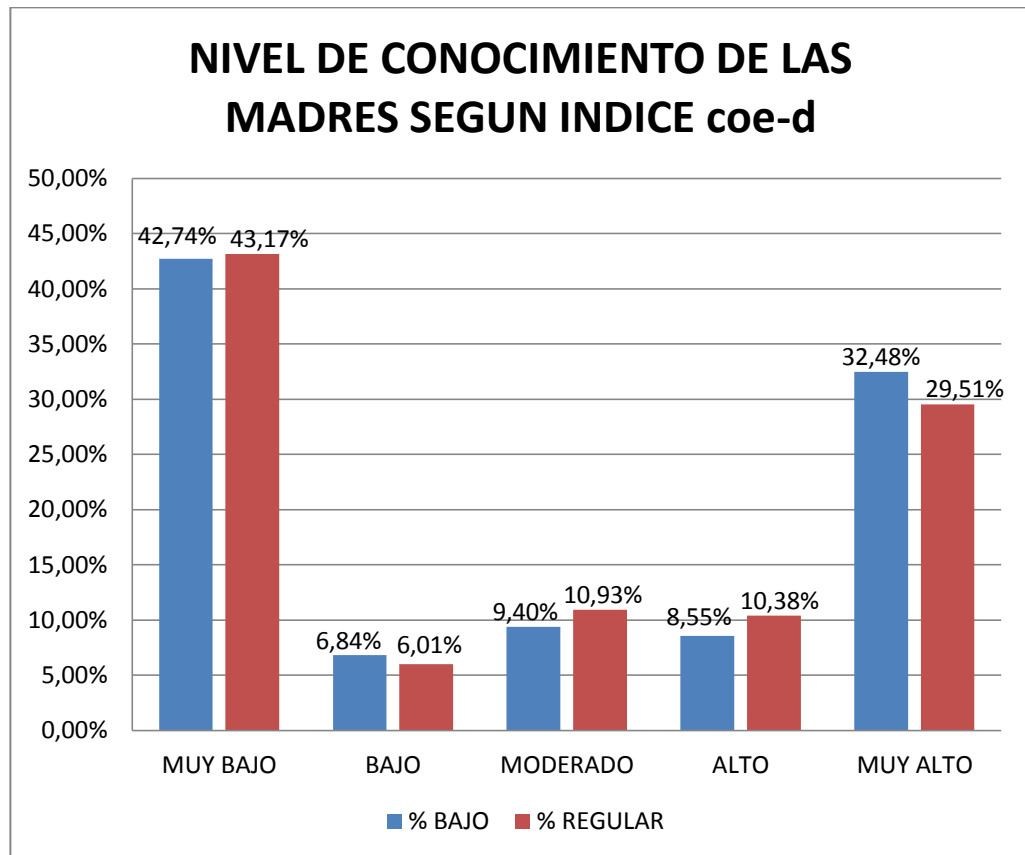
(GRÁFICO 17) De los 300 niños del estudio se observó que el 43% presenta un índice ceo-d muy bajo mientras que el 30,67% presenta un índice coe-d muy alto.

TABLA N° 18 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SEGÚN EL INDICE Coe-d DE LOS NIÑOS EVALUADOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL				
Coe-d	BAJO	% BAJO	REGULAR	% REGULAR
MUY BAJO	50	42,74%	79	43,17%
BAJO	8	6,84%	11	6,01%
MODERADO	11	9,40%	20	10,93%
ALTO	10	8,55%	19	10,38%
MUY ALTO	38	32,48%	54	29,51%
SUMA	117	100%	183	100%
SUMA TOTAL		300		

(TABLA 18) Se puede observar que el grupo que presenta un índice coe-d muy bajo corresponde a niños con madres que tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal regular (43.17%) en comparación con el grupo que presenta un índice coe-d muy alto corresponde a niños con madres que tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal regular (29,51%)

GRAFICO Nº 18 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SEGÚN EL INDICE coe-d DE LOS NIÑOS EVALUADOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOR TERESA HUARTE SUCRE-BOLIVIA 2015



(GRÁFICO 18) Se puede observar que el grupo que presenta un índice coe-d muy bajo corresponde a niños con madres que tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal regular (43.17%) en comparación con el grupo que presenta un índice coe-d muy alto corresponde a niños con madres que tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal regular (29,51%)

3.9 DISCUSIÓN

Con relación a la presencia de Caries de Infancia Temprana en niños de 6 a 36 meses, los resultados muestran un cifra mayor (63%) en comparación a los estudios realizados por Saavedra que encontró una prevalencia de 38.33% debido al bajo nivel educativo de las madres.¹

La presencia de caries de infancia temprana en niños de 6 a 36 meses, los resultados fueron que de 6 a 12 meses (11,58%) ,13 a 18 meses (17,90%), 19 a 24 meses (12,11%), 25 a 30 meses (14,21%), 31 a 36 meses (44,21%) siendo una cifra mayor en comparación a los estudios realizados por Morita y menor en comparación a los encontrados Tello. Considerando que a mayor edad ocurre un incremento del porcentaje en la presencia de caries dental.⁸

En el presente estudio se entrevistaron madres de los niños de 6 a 36 meses, sobre conocimientos en la salud oral de sus hijos, muestran los resultados un nivel bajo (39%), regular (61%) teniendo en cuenta que existe un alto porcentaje de madres primerizas relativamente jóvenes cuyas edades se encuentran alrededor de los 30 años es importante considerar medidas promocionales en salud bucal considerando estos resultados ya que social y culturalmente se les asigna a ellas la responsabilidad del cuidado del niño en aspectos como la salud y la educación, en una época de la vida del niño en la que el desarrollo psicomotor es incipiente siendo los resultados menores a los realizados por Gordon.¹⁴

Por tanto si no se trabaja en brindar conocimientos a las madres, podrían variar desfavorablemente de manera que incrementarían la prevalencia de caries de infancia temprana.

La Caries de Infancia Temprana guarda relación lógica con el nivel de conocimientos de las madres en salud bucal en el niño de 6 – 36 meses.

El nivel de conocimientos aumenta en las madres que tienen más de un hijo. Lo que quiere decir que muchas veces la madre aprende por experiencias ya vividas con el paso de los años

3.10 CONCLUSIONES

- Se puede observar que el grupo que presenta mayor presencia de caries corresponde a niños con madres que tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal regular (60.53%) en comparación con el grupo de madres que tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal bajo (39,47%). Las madres de familia tienen un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, sin embargo la salud bucal de los niños del estudio es mala, lo que revela ausencia de asociación entre el nivel de conocimiento de salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal de los niños.
- Se encontró una mayor prevalencia de caries en niños de 31-36 meses (44.21%) que en Niños de 6-12 meses (43,64%). observamos que en los grupos de mayor edad la prevalencia de caries se incrementa.
- En relación al nivel de conocimiento de las madre evaluadas, el 39% tiene un nivel de conocimiento bajo, el 61% presenta nivel de conocimiento regular y el 0% presenta un buen conocimiento sobre salud bucal.
- El nivel de conocimiento alcanzado por las madres sobre salud bucal fue mayor en mujeres que Tienen entre 26-30 años (30,05%) y fue menor en mujeres que tienen entre 15-20años (3.28%), observamos que las madres de mayor edad tiene mejor conocimiento sobre salud bucal.
- El nivel de conocimiento sobre salud bucal regular de las madres es mayor en aquellas que tienen un nivel de instrucción secundario (50.82%), seguido por las que tienen un nivel de instrucción superior (40.44%). No se halló que existe asociación significativa entre el nivel

de conocimientos de salud bucal que poseen las madres con el nivel de instrucción que tienen.

- Observamos que las madres primerizas (con un hijo) Tienen un menor porcentaje en el nivel de conocimiento regular (42.62%) al igual que las madres que tienen más de tres hijos (20.22%), mientras que para quienes tuvieron 2 hijos el Porcentaje fue mayor en el nivel de conocimiento regular (37.16%). Existe una asociación significativa entre el número de hijos y el nivel de conocimientos de las madres
- Se encontró una mayor prevalencia de caries en varones (51,58%) que en mujeres (43,64%), pero dicha diferencia no es significativa.
- De los 300 niños del estudio se observó que el 43% presenta un índice ceo-d muy bajo mientras que el 30,67% presenta un índice coe-d muy alto.
- Se puede observar que el grupo que presenta un índice coe-d muy bajo corresponde a niños con madres que tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal regular (43.17%) en comparación con el grupo que presenta un índice coe-d muy alto corresponde a niños con madres que tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal regular (29,51%)

3.11 RECOMENDACIONES

- Concientizar a la población, mediante programas de salud buco dental sobre el cuidado de su cavidad bucal.
- Es necesario poder crear hábitos de higiene bucal, en toda la familia que sea el punto de partida para poder tener una calidad de vida buco dental excelente.
- Poner en marcha programas de apoyo en el diagnostico precoz de enfermedades dentales, y así poder crear un vínculo más estrecho entre la población y el profesional odontólogo.

- Incrementar la información sobre salud bucal en las madres jóvenes primerizas y en aquellas que estudian pero no precisamente carreras relacionadas en el área de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Saavedra NN; Prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el hospital "Marino Molina Scippa; Lima 2011"[Internet].Lima 2011. Colegio odontológico del Perú[citado febrero 2014]
Disponible en:
<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NORINOEMISAAVEDRAPADILLA.pdf>
2. Quezada N, Arriam C, Perez V; Prevalencia de Caries de Infancia Temprana en niños de 2 a 5 años de los jardines infantiles JUNJI de la ciudad de Talca 2008[Internet]. Talca 2008. Universidad de Talca(Chile).Escuela de Odontología, 2008, [citado febrero 2014]
Disponible en:
<http://dspace.otalca.cl/handle/1950/6363>
3. Bernabe E, Delgado E K, Sanchez P C; Resultados de un sistema para la vigilancia de la infancia temprana, RevMedHered [Internet].2006 [citado febrero 2014];17 (4):227
Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v17n4/v17n4ao6.pdf>
4. Romero KG; Prevalencia de caries dental en niños de edad preescolar estudio comparativo realizado en las Ciudades de Monterrey y Apodaca. N.L [Internet].México 2002 [Citado octubre 2013].
Disponible en:
<http://eprints.uanl.mx/2004/1/1020149056.PDF>
5. Salvador MS; Relación entre hábitos de lactancia y caries de infancia temprana según las condiciones socioeconómicas en un grupo de niños del comité zonal de salud Túpac Amaru, del distrito del independencia, 1988.[Internet]Lima 2004.Colegio Odontológico del Perú [Noviembre 2013]

Disponible en:

www.cop.org.pe/bib/tesis/MARITASELENESALVADORLUJAN.pdf

6. Contreras N. Valdivieso M. Cabello E. Nivel de conocimiento y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante Rev. Estomatol Herediana [Internet] 2008[citado febrero 2014]18(1):29-34.

Disponible en:

www.upch.edu.pe/faest/publica/2008/vol18_n1/vol18_n1_08_art5.pdf

7. Villena R. Esfuerzo mundial para erradicar caries dental en menores de 6 años Rev. Actual Odontol Salud[Internet]2010[citado febrero 2014]7(1):5-7

Disponible en:

www.aoy71eneroabril2010.pdf

8. Echeverria S. Herrera O. E, Enriquez D.E. Sepúlveda R. Maldonado P. Prevalencia de caries temprana de la infancia en niños con enfermedades respiratorias crónicas Rev. Chil Pediatr[Internet]2012[Citado marzo 2014]83(6):563-569

Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000600005>

9. Sotomayor R. Evaluacion de riesgo en caries de la infancia temprana Rev. Odontopediatr. Latinoam[Internet]2011[Citado febrero 2014]1(2):178-187

Disponible en:

<http://www.imbiomed.com.mx>

10. Fernández S. Caries de la temprana infancia: denominación, definición de caso y prevalencia en algunos países del mundo[Internet]Costa Rica 2006 Facultad de odontología UCR[Citado febrero 2014]

Disponible en:

www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/download/4835/4644

- 11.**Montero KV. Caries de aparición temprana[Internet]Lima-Perú 2008 Colegio Odontológico del Perú[Citado marzo 2014]

Disponible en:

www.cop.org.pe/.../KATTIA%20VANESSA%20MONTERO%20DIAZ.pdf

- 12.**Zaror S.C, Pineda T .P, Orellana J.J; Prevalencia de caries temprana de la infancia y sus factores asociados en niños chilenos de 2 y 4 años Rev Int. J. Odontostomat[Internet]2011[Citado diciembre 2013]5(2):171-177

Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2011000200010&script=sci_arttext

- 13.**Arango M.C, Baena G.P; Caries de la infancia temprana y sus factores de riesgo revisión de la literatura Rev.[Internet]2004[Citado febrero 2014]12(1):59-65

Disponible en:

www.odontologia.univalle.edu.co/estomatologia/.../12-01.../05V12N01-04.pdf

- 14.**Morales K, Alvarez MJ. Marroquin W A. Pineda BM, Cobar N, Moscoso M R; Caries de la temprana Infancia Caries de la temprana infancia severa[Internet]Guatemala 2011[Citado febrero 2014]

Disponible en:

www.odonto4.files.wordpress.com_2011.

- 15.**Alonso MJ. karakowsky L. Caries de la infancia temprana Rev.[internet]2009[citado marzo 2014]23(2)90-97

Disponible en:

www.medigraphic.org.mx

16. García A, Eduardo A, Caries temprana de la Infancia. Prevención y tratamiento. Presentación de un caso. Rev.Acta Pediatr Mex.[Internet]2008[citado marzo 2014]29(2):69-72.

Disponible en:

[www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/.../ActPed2008-29\(2\)-69-72.pdf](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/.../ActPed2008-29(2)-69-72.pdf)

17. Rebollo K, Vergara MC, Peña T, Nualart Z; Protocolos de referencia y contra referencia Odontopediatria. Manejo de la caries temprana de la infancia. Servicio de salud Araucanía Sur 2011[Internet]Araucanía 2011.Servicio de Salud Araucanía Sur[citado febrero 2014]

Disponible en:

<https://www.araucaniasur.cl>

18. Guerrero MP. Galeana MG. Corona AA. Caries de la infancia temprana: Medidas preventivas y rehabilitación Rev. Odontolatioam.[Internet]2011[citado marzo 2014]4(1):25-28

Disponible en:

www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V04N1p25.pdf

19. Segúen HJ, Arpízar QR, Chávez GZ, López MB, Coureaux RL; Epidemiología de la caries en adolescentes de un consultorio odontológico venezolano. Medisan[Internet]2010[citado marzo 2014]14(1):42

Disponible en:

www.jseguenhernandezrarpizar.medisan2010scielo.sld.cu

20. Luengo JA, Ferreira OR, Zambrano P, Rivera LE; Sellado de lesiones de caries dental no cavitadas: ensayo clínico aleatorio controlado.Rev Alop [Internet]2013[Citado marzo 2014]8(2):45-57

Disponible en:

www.spo.com.pe/revalop/vol8n2

- 21.** Ayala CL, Escandón OR, Zambrano P, Franco CS; Asociación del sobrepeso y caries dental en niños de 3 a 6 años. Rev .Alop[Internet]2011[citado abril2014]3(1):7-21
Disponibile en:
www.spo.com.pe/revalop/vol3n1
- 22.** Palomer RL; Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. Rev Chil Pediatr[Internet] 2006[Citado abril 2014]77(1):56-60.
Disponibile en:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000100009>
- 23.** Sotomayor R, Ale K, Sánchez A, Cataldo K, Campos L, Canese A; Factores socioeconómicos e indicadores de riesgo de caries en responsables primarios de niños preescolares. Rev. Alop Pediatr Asunción [Internet]2012[citado mayo2014] 39(2): 97 – 101
Disponibile en:
www.sotomayor,kale,Asanchez,Kcataldo.pediatric2012scielo.unapu
- 24.** Boj JR, Catala M, Garcia BC, Mendoza A, Planells P. La evolución del niño al adulto joven; 1^{ra} edición. Madrid: Ripano S.A; 2011.
- 25.** Vallejos SA, MedinaSE, CasanovaRJ, Maupomé G, Casanova RA, Minaya S; Defectos del esmalte, caries en dentición primaria, fuentes de fluoruro y su relación con caries en dientes permanentes. Rev Gac Sanit.[Internet] 2007[Citado junio 2014] 21(3):27-34
Disponibile en:
www.aavallejossanchez,cemedinasolisgaceta2007.scielo
- 26.** Proceso bienestar estudiantil subproceso atención en salud; Guía odontológica para manejo y tratamiento de la caries dental. Medisan[Internet]2008[citado junio2014]4(2):1-11

Disponible en:

www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_caries_dental.pdf

- 27.** Rebeca Balda Zavarce, Ana Lorena Solórzano Peláez, Olga González Blanco; lesión inicial de caries. Acta odontológica venezolana [Internet] 1999 [citado agosto 2014] 37(3):26

Disponible en:

<http://www.actaodontologica.com/core/tool/pdf-off.gif>

- 28.** Benavente LL, Chein VS, Campodónico RC, Palacios AE, Ventocilla HM, Castro RA; Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad. Odontol. Sanmarquina [Internet] 2012 [citado agosto 2014] 15(1): 14-18.

Disponible en:

www.Benaventell,chein,campodonicoodontolsanmarquina2012

- 29.** Palma C, Cahuano A, Gomez L; Orientaciones para la salud bucal en los primeros años de vida. Acta Pediatr Esp. 20 [internet] 2010 [citado agosto 2014] 68(7):351-357.

Disponible en:

www.odontologiapediatrica.com/img/SEOP_Camila_Palma.pdf

- 30.** Yncio LS; Prevalencia de caries dental en relación al nivel de conocimiento sobre medidas de higiene oral en primigestas y multigestas que se atendieron en el policlínico Francisco Pizarro. [Internet] Universidad Inca Garcilazo 2009 [citado noviembre 2014]

Disponible en:

www.cop.org.pr/sally.pdf

- 31.** Perona G, Castillo JL; Manejo odontológico materno infantil basado en evidencia científica, 1^{ra} Edición. Madrid; Ripano S.A; 2012

32. González SA, González NB, González NE; Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutr Hosp [Internet]2013[citado diciembre 2014];28(4):64-71

Disponible en:

angelgonzales.blancagonzales.esthergonzales/2013pdf

33. Martínez-PK, Monjarás Ávila A, Patiño MN; Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6 a 12 años de edad de San Luis Potosí. Rev de Invest Clínica [Internet] 2010 [citado enero2015] 62, (3): 206 -213.

Disponible en:

www.kmartinez.amonjaras/revistas/rol/pdf/V62N3P206

ANEXOS

ANEXO 1

PUNTAJE:
Alto: 17- 22
Medio: 11- 16
Bajo: 0-10



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR

ENCUESTA

Nombre de la madre:

Edad de la madre: ___ años ___ meses

Ocupación

Nombre del hijo (a):

Edad del Niño(a): ___ Años ____ Meses

Sexo:

1. Le limpia la boca al niño

SI NO

2. Desde qué edad le limpia sus dientes al niño

De 0 a 1 año () De 1 a 2 años () Más de 2 años ()

3. Hasta que edad le dio de lactar a su niño

De 0 a 1 año () De 1 a 2 años () Más de 2 años ()

4. Recibe o recibió lactancia artificial su niño

SI NO

5. Hasta que edad le dio de lactancia artificial

De 0 a 1 año () De 1 a 2 años () Más de 2 años ()

6. Le da de lactar al niño durante la noche

SI NO

7. Sabe usted hasta qué edad el niño debe tomar biberón

De 0 a 1 año () De 1 a 2 años () Más de 2 años ()

8. Sabe usted como alimentar a al niño para evitar las caries dentales

SI NO

9. Endulza la leche u otras bebidas del niño

SI NO

10. Sopla o prueba los alimentos con el mismo cubierto que alimenta al niño

SI NO

11. Besan al niño en la boca

SI NO

12. Sabe usted a qué edad debe comenzar la higiene bucal del niño

SI NO

13. Conoce usted con que se debe limpiar los dientes del niño

SI NO

14. Sabe usted cuantas veces al día debe cepillarse el niño y la forma correcta de hacerlo

SI NO

15. El cepillo utilizado por el niño es de su uso exclusivo

SI NO

16. Considera importante realizar la higiene bucal en los bebés

SI NO

17. El niño come golosinas

SI NO

18. Considera usted que los dulces son perjudiciales para los dientes

SI NO

19. Cree usted que la Caries Dental es una enfermedad que se puede contagiar y ser transmitida de persona a persona.

SI

NO

20. Cree usted que la caries dental es causada por:

Los dulces () La falta de aseo () No sé ()

21. Sabe usted a qué edad debería asistir el niño al odontólogo por primera vez

Al nacer () 0 a 6 meses () 6 meses –año ()

A partir del año () Cuando ya están completos los dientes ()

22. Sabe cuándo erupcionan los primeros dientes de su hijo

3 meses de nacido () 6 meses de nacido () Al año () No sé ()

ANEXO 2

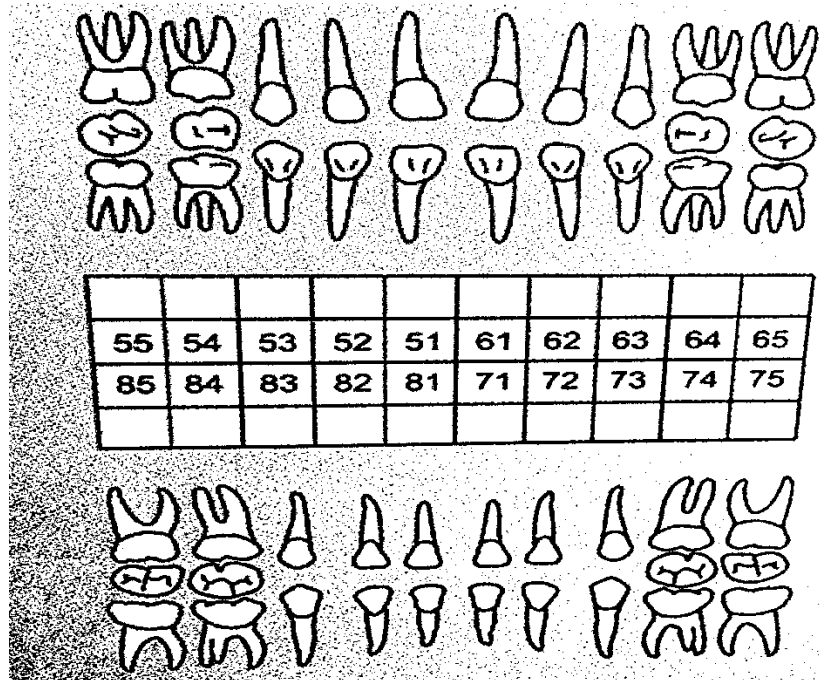


Ficha de examen clínico

Nombre del hijo (hija)

Fecha:...../...../.....

Edad: ____ Años ____ Meses Sexo:



coe- d=

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento yo, Acepto participar en la investigación realizada por la Dra. María Angélica Garabito Salamanca

He sido informado (a) que el objetivo del estudio es evaluar la prevalencia de Caries de Infancia Temprana en niños de 6 - 36 meses y el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres.

Con esta finalidad se resolverá un cuestionario, el cual tomará aproximadamente 10 minutos y se le realizará un examen odontológico a mi hijo.

La información obtenida será de carácter confidencial y no será usada para otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

Firmo en señal de conformidad:

Nombre del participante

Firma del participante

FECHA.....