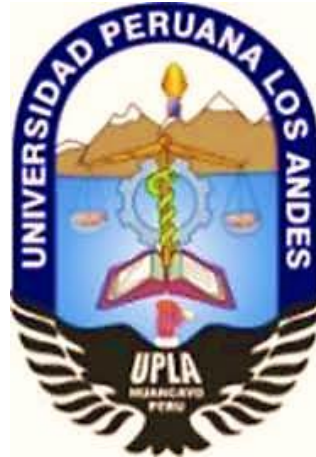


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TESIS

Título : PREVALENCIA DE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE LACTANCIA EN UN POLICLÍNICO DE LA SIERRA CENTRAL DEL PERÚ.

Para optar : El Título profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bach. Aguilar Huillca Elisabeth Katty

Bach. Garro Gariza Genma

Asesor : M.G. Omar Aliaga Ochoa

Línea de Investigación institucional: Salud y Gestión en Salud.

Fecha inicio y culminación: Octubre del 2018 – Julio 2019

HUANCAYO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

La presente Tesis está dedicada a nuestros padres que sin su apoyo desinteresado e incondicional no podríamos haber culminado esta etapa tan importante de nuestras vidas.

Los autores.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestros padres por el apoyo incondicional y por guiarnos con sus enseñanzas y experiencias a lo largo de la vida, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

Agradecemos a nuestros maestros por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión.

Los tesistas

INTRODUCCIÓN

La caries de la infancia temprana (CIT) es una enfermedad multifactorial severa que afecta a la dentición temporal de lactantes y niños pre-escolares con rápida destrucción e infección del tejido dentario¹.

Se ha establecido que el streptococcus mutans (S.M) es el principal agente causal produciendo una alteración en la homeostasis bacteriana al disminuir el pH mediante la producción de ácidos la consecuente desmineralización de los tejidos dentales y es debido por los factores culturales, socioeconómicos².

En los aspectos epidemiológicos la caries temprana de la infancia constituye un problema de salud pública siendo más prevalente en países en vías de desarrollo como el nuestro que puede llegar a un 90%³.

A diferencia de la caries en dientes permanentes, la CIT afecta por lo general a los dientes superiores primarios. No sólo se debe al uso frecuente del biberón, ya que puede aparecer con la presencia de cualquier líquido azucarado (natural o artificial) como la leche, fórmulas, jugos de frutas y refrescos. Además, se sabe que también la alimentación a libre demanda del seno materno y la utilización de tazas entrenadoras y de chupones endulzados pueden causar esta caries⁴.

La referencia temprana de los niños para evaluación dental alrededor del tiempo de la erupción dental, es quizás la medida más efectiva para la reducción de caries⁵.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INTRODUCCIÓN	iv
ÍNDICE	v
INDICE DE TABLAS	vii
INDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN	
ix	
ABSTRACT	x
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	1
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3.1. Problema general	2
1.3.2. Problemas específicos	2
1.4. JUSTIFICACIÓN	3
1.4.1.	Social
.....	3
1.4.2.	
Teórica	3
1.4.3.	
Metodológica	3
1.5.	OBJETIVOS
.....	3
1.5.1. Objetivo general	3
1.5.2. Objetivo específico	4
CAPÍTULO	II
.....	5
MARCO TEÓRICO	5
2.1. ANTECEDENTES	5
CAPÍTULO	III
.....	16
HIPÓTESIS	
.....	16
3.1. VARIABLES	16
CAPÍTULO	IV
.....	18

METODOLOGÍA	18
4.1. Método de investigación:	18
General:	Científico
.....	18
Específico: Estadístico	18
4.2. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	20

CAPÍTULO V	22
RESULTADOS	22
5.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	22
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	31
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
ANEXOS	37

INDICE DE TABLAS

TABLA N°01: variable tipo de caries	22
TABLA N°02: variable tipo de lactancia	23
TABLA N°03: Variable Distribución de datos observados sobre los tipos de lactancia y caries	24
TABLA N°04: Distribución de las probabilidades teóricas sobre los tipos de lactancia y caries	25
FIGURA N°05. Distribución bivariada del tipo de lactancia y el tipo de caries	26
TABLA N°06 Gráfico de Marimekko para la distribución bivariada	27
TABLA N°07 Variabilidad, contribuciones absoluta y relativa del análisis de correspondencia	29

INDICE DE FIGURAS

FIGURA N°01	
Tipo de caries	22
FIGURA N°02	
Tipo de lactancia	23
FIGURA N°03	
Distribución de datos observados sobre los tipos de lactancia y caries	24
FIGURA N°04	
Distribución de las probabilidades teóricas sobre los tipos de lactancia y caries	25
FIGURA N°05	
Distribución bivariada del tipo de lactancia y el tipo de caries	26
FIGURA N°06	
Gráfico de Marimekko para la distribución bivariada	27
FIGURA N°07	
Variabilidad, contribuciones absoluta y relativa del análisis de correspondencia	29

RESUMEN

La caries de la infancia temprana es una enfermedad infecciosa y transmisible y multifactorial afectando en niños especialmente en dientes anteriores primarios. Tiempo atrás se conocía como caries de biberón, pero se ha demostrado que no sólo se debe al uso frecuente del biberón con cualquier líquido azucarado natural o artificialmente como la leche, fórmulas, jugos de frutas y refrescos, sino también al pecho materno a libre demanda y a la utilización de tazas entrenadoras y chupones endulzados. En la Formulación del problema ¿ Cual es el efecto del tipo de lactancia sobre la prevalencia de caries de la infancia temprana en un policlínico de la sierra central del Perú? El objetivo fue determinar la relación entre la prevalencia de caries de la infancia temprana y el tipo de lactancia empleada en un policlínico de la sierra central. En los Materiales y Métodos: se trabajó con una población de cien niños de ambos géneros con sus padres El estudio fue de tipo descriptivo correlacional causal. Resultados: se observan que se evaluaron a un total de 100 individuos, siendo su distribución porcentual como sigue: el 16% (n=16) de individuos no presentan caries, se consideran como individuos sanos en el estudio; 49% (n=49) de individuos presentaron caries incipiente, representa casi la mitad de los individuos bajo estudio, el 26%(n=26) de individuos presentaron caries moderada, casi la cuarta parte del total de individuos bajo estudio y solo un 9%(n=9) de individuos presentaron caries extensa. se observó de igual manera que se evaluaron a un total de 100 individuos, siendo su distribución porcentual como sigue: el 62% (n=62) de madres evaluadas prefiere alimentar mediante lactancia materna, lo que representa más de la mitad de casos evaluados, un 11% (n=11) de madres prefiere alimentar mediante biberón y un 27%(n=27) de madres elige una alimentación mixta para sus bebés. Es notorio que las prevalencias (proporciones) no poseen una distribución uniforme.

Palabras claves: Prevalencia, caries de la infancia materna, relación del tipo de lactancia.

ABSTRACT

Early childhood caries is an infectious and transmissible and multifactorial disease affecting children especially in primary anterior teeth. Long ago it was known as bottle caries, but it has been determined that it is not only due to frequent use of the bottle with any natural or artificially sweetened liquid such as milk, formulas, fruit juices and soft drinks, but also to the breast breast on demand and the use of training cups and sweetened pacifiers. In the formulation of the problem, what is the effect of the type of breastfeeding on the prevalence of early childhood caries in a polyclinic in the central highlands of Peru? The objective was to determine the relationship between the prevalence of early childhood caries and the type of lactation used in a polyclinic in the central highlands. In Materials and Methods: they were used with a population of one hundred children of both genders with their parents. The study was of the causal correlational descriptive type. Results: it was observed that a total of 100 individuals were evaluated, their percentage distribution being as follows: 16% (n = 16) of individuals do not have caries, are considered as healthy individuals in the study; 49% (n = 49) of individuals with incipient caries, represents almost half of the individuals under study, 26% (n = 26) of individuals with moderate caries, almost a quarter of the total of individuals under study and only one 9% (n = 9) of individuals identified extensive caries. They were analyzed in the same way that a total of 100 individuals were evaluated, their percentage distribution being as follows: 62% (n = 62) of mothers evaluated who are fed by breastfeeding, which represents more than half of the cases evaluated, 11% (n = 11) of affected mothers feed with a bottle and 27% (n = 27) of mothers choose a mixed diet for their babies. It is notorious that the prevalences (proportions) do not have a uniform distribution.

Keywords: Prevalence, maternal childhood caries, breastfeeding type relationship.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La caries de la infancia temprana (CIT) sigue siendo un tema principal con respecto a la pérdida de tejido dentario en los niños entre 1-3 años de edad con relación a la lactancia materna, artificial y mixta. El presente tema busca comparar la relación que existe entre el tipo de lactancia y la prevalencia de este tipo de caries, el cual hay un número elevado de pacientes que acuden a la consulta odontológica en el POLICLINICO METROPOLITANO DE HUANCAYO - ES SALUD, cuya razón principal son las caries en los infantes, el cual se inicia al primer año de nacido en adelante, y que llama poderosamente la atención el incremento como la frecuencia que asisten los padres para el tratamiento de esta enfermedad hacia sus hijos, el hecho que los pacientes con caries a edad temprana pertenecen a grupos sociales pobres de la región central del Perú también es motivo de reflexión.

Los hospitales del estado del Perú no tienen muchos recursos, pero se ven en la imperiosa necesidad de resolver los casos de la caries de la primera infancia de acuerdo a sus recursos y disponibilidad a tomar mejores medidas para tratar estos casos.

1.2.DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Delimitación Espacial:

El estudio se realizará en el **POLICLINICO METROPOLITANO DE HUANCAYO - ES SALUD**, en el servicio de odontología del ubicado en la ciudad de Huancayo, que cuenta con una población de 54,734 mil niños de 0-5 años de edad según el Censo 2018. Está situada sobre los 3.271 msnm. Su comercio es netamente agrícola, artesanía y ganadera.

Delimitación temporal:

El presente trabajo de investigación se realizó en el año 2018 - 2019.

Delimitación Social:

Se menciona que estas serían las historias clínicas de los pacientes niños con diagnóstico con la patología de caries de la infancia temprana.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema general

¿Cuál es el efecto del tipo de lactancia sobre la prevalencia de caries de la infancia temprana en un policlínico de la sierra central del Perú?

1.3.2. Problemas específicos

¿Cuál es el efecto de lactancia materna con relación a la caries de la infancia temprana en un Policlínico de la sierra central del Perú?

¿Cuál es el efecto de lactancia artificial con relación a la caries de la infancia temprana en un Policlínico de la sierra central del Perú?

¿Cuál es el efecto de la lactancia mixta con relación a la caries del lactante en un Policlínico de la sierra central del Perú?

1.4.JUSTIFICACIÓN

1.4.1. Social

El presente trabajo tiene una justificación social por que beneficiará directamente a padres e infantes de la población de Huancayo el cual los padres recibirán charlas de sensibilización para prevenir esta enfermedad.

1.4.2. Teórica

El presente trabajo tiene justificación teórica porque se determinó la relación y los resultados de un estudio epidemiológico de la prevalencia de la caries dental severa presentes en infantes entre 1 y 3 años de edad acostumbrados a ser alimentados por pecho o biberón con leche u otro sustrato durante periodos prolongados de tiempo.

1.4.3. Metodológica

El presente trabajo también tiene justificación Metodológica por que propuso el uso de un instrumento de recolección de datos ya utilizado pero adaptado a la recolección de datos aplicable a la realidad en estudio ficha clínica para ayudar al diagnóstico de la enfermedad para así tomar medidas preventivas o de tratamiento.

1.5.OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la prevalencia de caries de la infancia temprana y el tipo de lactancia empleada en un policlínico de la sierra central del Perú.

1.5.2. Objetivo específico

- Determinar el efecto de la lactancia exclusiva con relación a la caries del lactante en un Policlínico de la sierra central del Perú.
- Determinar el efecto de la lactancia artificial con relación a la caries del lactante en un Policlínico de la sierra central del Perú.
- Determinar el efecto de la lactancia mixta con relación a la caries del lactante en un Policlínico de la sierra central del Perú.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Azanza N. (2017)⁶ en la tesis doctoral denominada: Relación entre diferentes estilos de lactancia materna y caries precoz de la infancia, La población a estudio se constituyó a partir de niños y niñas atendidos en la Organización Sanitaria Integrada (OSI Bidasoa), residentes en los municipios de Irún y Hondarribia, Gipuzkoa, País Vasco, España, nacidos entre enero de 2013 y marzo de 2016. La Organización Sanitaria Integrada Bidasoa consta de un hospital, el Hospital del Bidasoa y de tres centros de salud, Irún Centro, Irún Dumboa y Hondarribia.

Los objetivos de este estudio son dos: uno, analizar y describir las características de los niños que padecen Caries Precoz de la Infancia severa (CPI-s) en el área de Bidasoa (Gipuzkoa), y dos, identificar los factores asociados a la aparición de caries precoz en dicha población.

La investigación se realizó como un estudio de casos y controles y el trabajo de campo consistió en un examen dental de los niños y un cuestionario a los padres. Participaron en el estudio 151 niños, 91 de ellos varones y 60 mujeres. La edad de los niños variaba entre los 13 y los 51 meses, siendo la edad media 32,4 meses.

En los niños de este estudio se encontró una alta presencia de caries precoz de la infancia. El 24% de los 151 niños analizados tenían caries, 12 eran casos de niños con caries en estadios iniciales, en los que se hubieran podido tomar medidas sencillas para detener su evolución, y 24 eran casos niños de caries más desarrollada que necesitaban ya tratamiento. Es de señalar que la presencia de caries se daba tanto en niños de familias de nivel socioeconómico bajo como en las de nivel alto⁶.

Maldonado M. (2016)⁷ En el artículo de investigación denominado: Lactancia materna y caries de la infancia temprana cuyo objetivo fue comprobar si la lactancia materna contribuye en la aparición de caries dental de la primera infancia.

Respecto a la metodología fue un estudio transversal analítico. La muestra incluyó a 164 menores cuyas edades oscilaron entre 6 y 48 meses de edad, divididos en 3 grupos: Lactancia Materna exclusiva (GRUPO 1), Lactancia combinada (GRUPO 2) y Lactancia exclusiva con biberón (GRUPO 3). Se aplicó una prueba de correlación de Pearson utilizando el programa SPSS 18.

En el resultado Se identificó una correlación fuertemente positiva entre el grupo de lactancia materna exclusiva e individuos libres de caries ($p=.000$). Conclusión. La lactancia materna durante los primeros meses de vida parece ofrecer una protección contra la caries dental⁷.

Pazmiño M. (2016)⁸ En su trabajo de titulación denominado: Relación de la lactancia y hábitos de higiene bucal con la presencia de caries en incisivos centrales superiores e inferiores en niños de 6 a 24 meses del centro de salud Playa Rica, Quito. Tuvo como objetivo establecer la prevalencia de caries de la infancia temprana y su relación con la lactancia materna y los hábitos de higiene oral, con un estudio descriptivo, observacional y transversal que se llevó a cabo con 94 niños entre 6 y 24 meses de edad, que acudieron a consulta médica con sus madres al centro de salud de Playa Rica, en Quito, Ecuador. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario específico para las madres que incluyó la encuesta de dieta de Lipari y Andrade para conocer los hábitos alimenticios y las prácticas de higiene dental. En los infantes se realizó un examen clínico dental de los incisivos superiores e inferiores para evaluar la prevalencia y gravedad de caries utilizando códigos ICDAS.

Los resultados fueron que la prevalencia de caries en los niños fue 43,6%. La severidad de caries fue mayor para ICDAS⁸.

Según Loreto F, et al. (2015)⁹ en el artículo: Caries dental y desarrollo infantil temprano. Realizado en Chile en niños de 3 años de Talca. Se diseñó un estudio piloto, transversal analítico no probabilístico, cuya población de estudio correspondió a niños de 3 años beneficiarios de tres centros de salud familiar (CESFAM) de la comuna de Talca. En los centros asistenciales se tomó una muestra por conveniencia a través de un muestreo consecutivo entre los meses de octubre y diciembre de 2011. Se consideró como criterios de inclusión tener en el momento del examen 3 años, ser usuario del centro de salud, tener el test de desarrollo psicomotor (TEPSI) realizado en el centro de salud y adjunto a la

dicha clínica, y poseer consentimiento informado firmado por el apoderado o tutor del niño. Se excluyó del estudio a niños que tuviesen alguna patología diagnosticada que involucrase una discapacidad mental moderada o grave y niños que no se dejasen realizar el examen bucal. La muestra fue recogida por un solo examinador en el centro de salud. El examinador estaba calibrado para caries con un coeficiente Kappa intraexaminador de 0,94 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,89-0,99). El examen dental se realizó en condiciones estándares siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La prevalencia de caries fue del 41,0% para la población total, del 40,6% para los niños con desarrollo normal y del 42,9% para aquellos con desarrollo alterado⁹.

Aguilar F, et al. 2014¹⁰ en un artículo de investigación: Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados, el cual el objetivo fue determinar la prevalencia de caries y los factores de riesgo en pacientes menores de 48 meses, así como la relación existente entre los factores de riesgo y las caries.

El método fue un estudio descriptivo y transversal en el que se incluyeron 63 niños sin distinción de género, desde los 9 hasta los 48 meses de edad (edad promedio de 26.8 meses). Se utilizó un cuestionario en el que se registraron factores de riesgo para caries. Se efectuó examinación clínica registrando la higiene oral con el índice de O'Leary y la prevalencia de caries dental mediante el índice ceo-d (para dientes temporales) propuesto por la OMS, con la modificación del componente cariado utilizando la escala de Pitts y Fyffe.

Los resultados fueron: la prevalencia de caries fue de 35%, el ceo-d promedio fue de 1.0 (\pm 1.86). La lesión de mancha blanca estuvo presente en 73% de los casos de caries. No se encontró asociación significativa entre la prevalencia de las caries y la frecuencia o calidad de la higiene oral, cariogenicidad de la dieta o el uso de fluoruros como método preventivo de caries¹⁰.

Mora L. en el año 2008¹¹ nos manifiesta en una investigación realizada en los ESTADOS UNIDOS DE AMERICA, que los diferentes estudios muestran una amplia variedad en la caries del biberón, que oscila del 3,1 al 53% en algunas poblaciones. La prevalencia en países industrializados como Canadá, Australia o EE.UU. es baja y no mayor de un 5,4%, si bien estudios recientes informan del

incremento que en esta última década se está observando en la aparición de caries del biberón en EE.UU. Un 50% de los niños nativos americanos y de Alaska tienen caries del biberón¹¹.

ANTECEDENTES NACIONALES

Clemente C. 2015¹² En su tesis denominada: Prevalencia de caries de infancia temprana según el método icdas ii y su relación con los factores de riesgo asociados en infantes de 6 a 36 meses. El objetivo de su trabajo fue identificar la prevalencia de caries de infancia temprana mediante el uso de método de ICDAS II y su relación con factores de riesgo asociados en infantes de 6 a 36 meses que asisten al programa CRED del servicio de pediatría en el Hospital Nacional Dos de Mayo. **Método:** Se realizó la calibración inter e intraexaminador y prueba piloto con los valores Kappa de 0,674 y 0,904, respectivamente. Se examinó de forma no invasiva, mediante el método ICDAS II a 130 infantes de 6 a 36 meses, y para conocer los factores de riesgo a los que se encontraban expuestos se aplicó un cuestionario de 18 preguntas a las madres. **Resultados:** La prevalencia de caries de infancia temprana por sujeto de estudio fue de 46,2%, el 8,3% tenían edades entre 6 a 12 meses, el 43,3% entre 13 a 24 meses y el 48,3% entre 25 y 36 meses. Se observa el aumento de la frecuencia y de la severidad de caries proporcionalmente aumenta la edad; la superficie más afectada fue la cara vestibular con una frecuencia de 197 (3,5%) de un total de 1345. Se determinó que existe un 55,4% de madres que no recibieron información sobre salud oral, el 56,9% realiza higiene bucal a sus hijos, el 53,4% utiliza endulzantes adicionales en la dieta de los infantes (en su mayoría adiciona azúcar), el 42,3% utiliza la lactancia materna para hacer dormir a sus hijos, después no se realiza limpieza bucal, el 64,6% presenta transmisibilidad vertical. **Conclusión:** Se observó correlación significativa entre las categorías diagnósticas, basados en el índice ICDAS II (D0, D1y2, y D3-6), y los factores de riesgo: presencia y frecuencia de higiene bucal, frecuencia uso del biberón, cantidad de endulzante procesado adicional en la dieta, golpes de azúcar diarios y la transmisión madre-niño¹².

Villena R, et al 2011¹³ En su artículo de investigación: Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte, el trabajo fue determinar la prevalencia y severidad de la caries dental en niños de 6-71 meses de edad de comunidades urbano marginales de Lima. Se evaluaron a 332 niños con los criterios de caries dental de la OMS, con equipo no invasivo, bajo luz natural, y con técnica de rodilla-rodilla para los más pequeños. Fueron calibrados 3 odontólogos en el diagnóstico de caries dental (kappa interexaminador 0,79-0,92 y kappa intraexaminador 0,81-0,93). La prevalencia de caries dental fue de 62,3% (IC 57,09- 67,51), y se incrementó con la edad 10,5% (0-11 meses), 27,3 % (12-23 meses), 60,0% (24-35 meses), 65,5% (36-47 meses), 73,4% (48-59 meses) y 86,9% (60-71 meses). El índice ceod promedio fue 2,97 (DS 3,48), el componente cariado represento el 99,9% del índice. Las piezas más afectadas en el maxilar superior fueron los incisivos centrales y primeras molares, mientras en el maxilar inferior fue la primera y segunda molar. Las manchas blancas activas tuvieron mayor presencia entre los primeros años de vida. Se concluye que existe alta carga de enfermedad y aumenta conforme se incrementan los meses de vida, siendo necesario plantear modelos de intervención temprana con especialistas del área¹³.

Bueno L. 2008¹⁴ en su investigación bibliográfica de su tesis: Caries de aparición temprana, diagnostico, prevención y tratamiento. el objetivo de la investigación es dar a conocer las principales características de la Caries de la Infancia Temprana, con lo cual se ampliaría la visión del profesional, al momento de optar por un tratamiento u otro.

El mejor inicio de un tratamiento es sensibilizar a los padres explicando y educando sobre la importancia de la prevención de esta enfermedad.

Un trabajo coordinado con las especialidades medicas como Ginecología, Obstetricia, Pediatría, y demás seria un factor esencial para poder detectar y controlar la evolución y así poder establecer un plan de tratamiento lo menos invasivo¹⁴.

BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS

CARIES DENTAL EN INFANTES EN EL MUNDO

Se conocen pocos estudios epidemiológicos realizados en América Latina sobre la condición de la Caries del lactante. En el año 2004 la ORGANIZACIÓN PARA LA SALUD, realizó una reunión regional con 23 jefes de Salud Oral en La Habana, Cuba. Sólo 6 de los países participantes reportaron haber estudiado la condición de la Caries del lactante: Nicaragua reportó 81% de prevalencia, Bahamas 58% y Honduras 60% en niños menores de 6 años, Chile 85%. Ecuador 13.2% y Colombia 60% en niños preescolares.

Factores que predisponen la caries en la edad temprana

La hipoplasia de esmalte

La caries rampante

Habitos

Higiene

Educacion

Nivel socio cultural.

**PREVALENCIA DE CARIES
DEL LACTANTE Y SU
RELACION CON EL TIPO DE
LACTANCIA EN UN
POLICLÍNICO DE LA SIERRA
CENTRAL DEL PERÚ.**

DEFINICION DE CONCEPTOS

La alimentación al seno materno o lactancia materna (LM) es aquella donde se obtiene leche del pecho materno y provee a los bebés los nutrimentos necesarios para su desarrollo, crecimiento y salud óptimos. La LM puede ser exclusiva o no. Para tener clara la definición de “exclusividad”, el Comité de expertos de la OMS define a la LME como la forma de alimentación que recibe solamente leche del pecho de la madre o de una nodriza, sin recibir ningún tipo de alimentos líquidos o sólidos, ni siquiera agua (con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos).

La leche materna se considera como el alimento ideal para el recién nacido, ya que es seguro, gratuito y se encuentra listo para consumirse; contiene anticuerpos que protegen a los infantes de enfermedades comunes, como la neumonía, que es una de las principales causas de muerte en niños a escala mundial.

Para poner en contexto esta situación se debe señalar que a nivel mundial se estima que solamente 34.8% de lactantes reciben LME durante los primeros 6 meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses. Datos obtenidos de 64 países indican que la situación está mejorando. Entre 1996 y 2006, la tasa de LME durante los primeros 6 meses de vida se incrementó de 33% a 37%. Específicamente para Latinoamérica y el Caribe, excluyendo Brasil y México, el porcentaje de lactantes con LME se ha incrementado de 30% (1996) a 45% (2006)¹⁵.

Principales características

La leche materna empieza siendo calostro, para terminar, siendo leche madura tras pasar por una fase transicional. En el transcurso de la mamada su composición va cambiando, siendo más rica en lípidos al final de la misma. Asimismo, también presenta cambios a lo largo del día, encontrando que la producción láctea es mayor y más rica en nutrientes por la mañana que por la noche⁷.

(**Calostro.** Durante la primera semana de vida la secreción mamaria es espesa y amarillenta. Los materiales residuales presentes en la glándula mamaria producidos por las descargas hormonales del parto se combinan con leche recién secretada. Las mujeres que ya han parido anteriormente y que han dado el pecho a sus hijos, tienen más calostro (Lawrence, 1996). Aproximadamente, el calostro presenta un volumen medio de 100 ml/día. El calostro es más rico que la leche madura en muchos nutrientes: proteínas, vitaminas liposolubles, incluyendo carotenoides a los que debe su color amarillo, minerales, e inmunoglobulinas, especialmente en IgA secretoria. El valor energético medio del calostro es de 67 Kcal/ 100 ml, ya que relativamente tiene un contenido pobre en lípidos y glúcidos. El calostro también contiene células sanguíneas mononucleares, inmunocompetentes, que protegen al niño contra bacterias y virus presentes en el canal de parto o adquiridas por los primeros contactos humanos.

A) Leche de transición. Esta leche tiene lugar entre el 6 y el 15 día de vida. Su composición es intermedia entre el calostro y la leche madura, conteniendo menor cantidad de inmunoglobulinas y mayor de lactosa, lípidos y vitaminas hidrosolubles.

B) Leche madura. Es la leche que produce la madre a partir del 15° día de vida. La leche materna contiene además de los nutrientes clásicos un grupo de sustancias biológicamente activas o factores tróficos que modulan el crecimiento.

Composición de la leche materna

La composición de la leche materna puede verse afectada por modificaciones en la alimentación materna: la ingesta de nutrientes, los almacenes de nutrientes y las alteraciones que se producen en la utilización de nutrientes influenciadas por el medio hormonal característico de la lactación. Es decir, las alteraciones en la nutrición materna tendrán consecuencias en la alimentación del niño. En un estudio realizado con mujeres suecas bien alimentadas, Forsum y Lonnerdal (1980) demostraron que un incremento en la ingesta materna de proteínas condicionaba un incremento del nitrógeno total y así como un aumento de los componentes nitrogenados proteicos y no proteicos en la leche humana madura. También hay estudios que observan una baja concentración de proteínas y una

disminución en la cantidad los aminoácidos libres de la leche en mujeres que tienen unos aportes dietéticos limitados. Sirvan como ejemplo los realizados en India⁵.

Agua

Con excepción de algunas especies marinas, el agua es el componente mas abundante en la leche de todos los mamíferos, ya que los demás componentes están disueltos, dispersos o suspendidos en ella.

Una de las principales funciones del agua es contribuir a la termorregulación del recién nacido; casi un 25% de la perdida de calor se realiza mediante la evaporación de la piel y por la respiración (Behrman y cols., 2000). Por eso, la mujer que lacta debe aumentar el consumo de agua. Si no se cubren bien las demandas de agua, la mujer reducirá gastos hídricos como la producción de orina, y la perdida insensible de agua por la piel, antes de disminuir la producción de leche. Los niños amamantados a demanda, sin alimentación complementaria, no necesitan ingerir agua suplementaria (Goldberg y Adans, 1983).

Proteínas

El contenido total de proteínas es 1,1g /100 ml, lo que representa el 5% de la ingesta calórica del lactante. El nitrógeno proteico representa aproximadamente 77% del nitrógeno total y proviene de las proteínas del suero y de la caseína, cuyo cociente es 60: 40 en la leche madura, y de 90:10 en el calostro. La caseína o cuajada incluye un grupo de proteínas específicas de la leche, caracterizadas por alto contenido en prolina, y por la baja solubilidad a un pH entre 4 y 5. La caseína es específica para cada especie. Cuando la leche se cuaja a consecuencia del calor, del pH o de ciertos enzimas, la caseína se transforma en un complejo insoluble de caseinatos que junto con los fosfatos de la leche forma micelas de pequeño tamaño que, facilitan la digestión del niño (Lonnerdal y Atkinson, 1995).

El suero que deja el caseinato cuajado presenta también proteínas, siendo las mas importantes la α - lactoalbumina, y la lactoferrina. También la leche presenta

elementos no proteicos que aportan nitrógeno, hasta un 23% del nitrógeno total. Los aminoácidos libres son parte importante de ese nitrógeno no proteico, fundamentalmente cisteína, metionina, taurina, fenilalanina y tirosina (Lawrence, 1996).

LIPIDOS

Se ha demostrado que la naturaleza de la grasa consumida por la madre puede influir en la composición de los ácidos grasos de la leche (Jensen, 1989), aunque no existe datos que relacionen la ingesta materna de grasa con la cantidad total de grasa de la leche. La cantidad de lípidos en la leche humana representa la principal fuente de energía para los niños recién nacidos y suministra nutrientes esenciales como vitaminas liposolubles y ácidos grasos polinsaturados (Koletzko y Rodriguez Palermo, 1999). El contenido total de grasa de la leche materna oscila entre 35 a 45 g/l, que contribuye entre un 45 a un 55% del contenido calórico de la dieta del lactante. La asimilación de ácidos grasos por el lactante es crucial no solo por la energía que aporta para el crecimiento sino también para como elementos esenciales para desarrollo del sistema nervioso².

CARBOHIDRATOS

El contenido de hidratos de carbono en la leche materna es de 7,7 g/100 ml representando de un 40 a un 50% del aporte calórico. El principal carbohidrato de la leche de los mamíferos es la lactosa, que en la leche humana supone casi el 90% de los hidratos de carbono. No se han encontrado diferencias personales importantes en la concentración de lactosa en leche humana y no existe evidencia convincente de que su concentración pueda ser influenciada por factores dietéticos maternos (Coppa y cols., 1993). Sus valores se mantienen constantes a lo largo del día.

VITAMINAS

Son compuestos orgánicos necesarios para un correcto metabolismo celular (Behrman y cols., 2000).

Las vitaminas hidrosolubles en la leche dependen directamente de sus niveles en sangre materna, lo que a su vez se correlaciona con la dieta de la madre. Sin

embargo, en algunos casos, hay un nivel máximo que una vez alcanzado ya no se incrementa más y no responde a posteriores suplementos o preparados farmacéuticos.

MINERALES

Las concentraciones de calcio, fosforo, y magnesio en el suero materno están fuertemente reguladas por lo que hay pocas razones para esperar que la ingesta materna de estos nutrientes pueda influenciar los niveles en la leche (Macy, 1949). La mayor parte de los autores no han encontrado correlación significativa entre la ingesta de minerales de la madre y concentración de minerales en su leche (Butte y cols, 1987).

Los minerales pueden presentarse en forma de iones, sales no ionizadas y sales débilmente ionizadas. Entre los principales cationes se encuentra el sodio, potasio, calcio y magnesio. Entre los aniones están el fosfato, cloro y citrato. También contiene oligoelementos o elementos traza, que responden mejor a la influencia de la nutrición materna¹¹.

LACTANCIA ARTIFICIAL

La alimentación del bebé con el biberón pone en juego mecanismos totalmente diferentes que pueden perturbar profundamente al recién nacido si los dos medios de alimentación se alternan; es lo que sucede cuando el bebé presenta confusión de succión¹².

En el biberón, la salida de la leche depende esencialmente de factores sobre los cuales el bebé no puede ejercer ningún control: la gravedad (función de la verticalidad del biberón y de la posición del bebé, la entrada de aire al biberón). Los bebés deben adaptarse a esas circunstancias para evitar atragantarse, la tetina está formada previamente y hecha de un material que es más tieso que el tejido mamario y mucho menos elástico que el pezón, por lo que la boca del bebé se conformará y adaptará a la forma de la tetina¹⁶.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

No aplica por ser de naturaleza metodológica simple

3.1.VARIABLES

Variable : Prevalencia de Caries de la infancia temprana
Lactancia materna

CO VARIABLES

Variable : Edad

Variable : sexo

Variable : Número de diente

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	CATEGORIAS
Lactancia materna	Es la alimentación del niño directamente del seno. La lactancia materna permite prolongar la estrecha relación que unió a la madre y al hijo durante el embarazo; constituye además un acto de amor que tiene gran repercusión en el desarrollo emocional del niño y en la relación afectiva de la madre y el hijo.	Tipo de lactancia	Lactancia natural Lactancia artificial Lactancia mixta
CARIES DE LA DENTICION TEMPRANA	Es la destruccion precos de los tejidos de los dientes temporales que se presenta a medida que van erupcionando a causa del biberon o carbohidratos y la mala higiene dental.	Grado de destruccion	Grado 1 Grado 2 Grado3
		Genero	Masculino
NIÑOS DE 1-3 AÑOS DE EDAD	Tiempo transcurrido desde el inicio de un evento	edad	Femenino
			1-2
			2-3

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación:

General: Científico

Según Hernández (26) En el año 2006, refirió que “la investigación científica se concibe como un conjunto de proceso sistemáticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno; es dinámica, cambiante y evolutiva. Se puede manifestar de tres formas: cuantitativa, cualitativa y mixta.”

Específico: Estadístico

Contribuyen a determinar la muestra de generalizaciones apropiadas a partir de ellos (26).

a. Tipo de Investigación

Básica

b. Nivel de investigación.

Descriptivo Correlacional Causal

c. Población y muestra

100 niños de ambos géneros.

Criterios de inclusión:

- Las historias clínicas de pacientes que caries de la infancia temprana que fueron atendidos en el policlínico de Es Salud de Huancayo.
- 100 cuestionarios para las madres de familia.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes que no presenten enfermedad pulpar.
- Historias clínicas de pacientes mayores de 13 años.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se solicitó permiso a la institución para acceder a los pacientes la técnica utilizada fue observacional, que consiste en el uso sistemático de los sentidos orientados para recabar los datos descritos de las historias clínicas como edad, sexo, y diagnóstico en la ficha de recolección de datos. (anexo1).

Validez y confiabilidad

Según Sánchez y Reyes manifiesta que “las técnicas de recolección de datos son los medios por los cuales el investigador procede a recoger información requerida de una realidad o fenómeno en función a los objetivos del estudio”.

Para la validez y confiabilidad del instrumento se consideró a expertos en el campo de la odontología, considerando así sus amplios conocimientos frente a los trabajos de investigación.

Nombre y apellido	Decisión de instrumento
Mg. Omar Aliaga Ochoa	Favorable
Mg. Miguel Calderón Fernández	Favorable
Mg. Roly Reyes Lopez	Favorable

4.2. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para la elaboración del procesamiento de datos se hizo uso del programa denominado SPSS versión 20 y R. en español para los análisis descriptivos, diferencial y las pruebas de Chi-cuadrado, con el cual se evaluará la base de datos obtenidos en el estudio.

Aspectos éticos de la investigación

Considerando que el presente estudio es con personas fue necesario el uso de consentimiento informado el trabajo consistió en evaluación de las historias clínicas con caries de la infancia en el área de odontopediatría.

COMPROMISO DE AUTORÍA

En la fecha, yo Bach. Aguilar Huillca Elisabeth Katty identificada con DNI N° 43188935 Domiciliada en Av. 13 de enero N2377 Urb. San Carlos SJL – Lima, estudiante de la escuela profesional de odontología de la Universidad Peruana Los Andes, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada “PREVALENCIA DE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE LACTANCIA EN UN POLICLÍNICO DE LA SIERRA CENTRAL DEL PERÚ”.

se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, auto plagio, etc. y declaro bajo juramento que mi trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Huancayo, 30 de octubre del 2019

COMPROMISO DE AUTORÍA

En la fecha, yo Garro Gariza Genma identificada con DNI N° 47078809 Domiciliada en Jr. Huancavelica N446 Int 204 -Lima, estudiante de la escuela profesional de odontología de la Universidad Peruana Los Andes, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada “PREVALENCIA DE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE LACTANCIA EN UN POLICLÍNICO DE LA SIERRA CENTRAL DEL PERÚ”.

se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, auto plagio, etc. y declaro bajo juramento que mi trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Huancayo, 30 de octubre del 2019

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

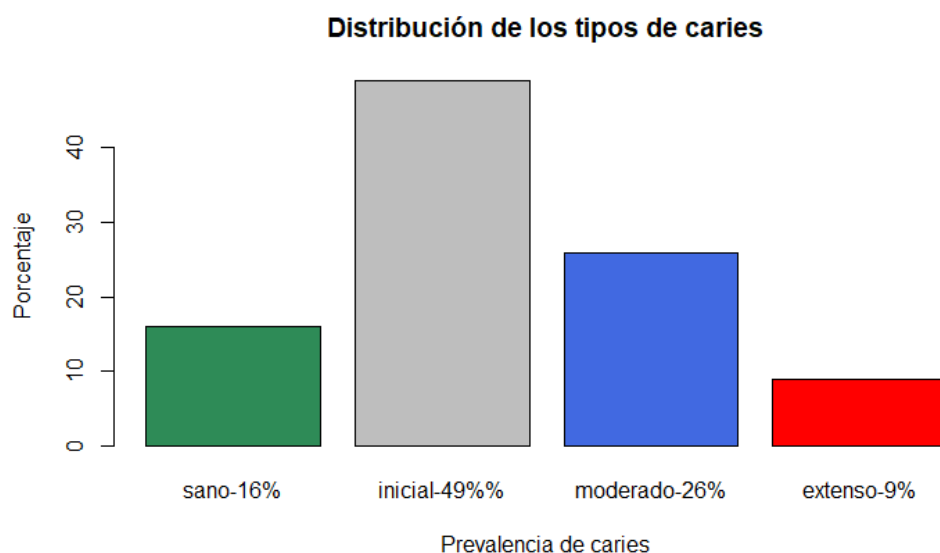
ANÁLISIS DESCRIPTIVO UNIVARIADO

VARIABLE: TIPOS DE CARIES

Tabla 1. Distribución (prevalencia) de caries en la infancia temprana

CARIES DENTAL	n (%)
Tipos de caries	
Sano	16 (16%)
Inicial	49 (49%)
Moderado	26 (26%)
Extenso	9 (9%)

Figura 1. Gráfico de barras para la distribución de caries



Interpretación

De la tabla 1 y figura 1, se observan que se evaluaron a un total de 100 individuos, siendo su distribución porcentual como sigue: el 16% (n=16) de individuos no presentan caries, se consideran como individuos sanos en el estudio; 49% (n=49) de individuos presentaron caries incipiente, representa casi la mitad de los individuos bajo estudio, el 26% (n=26) de individuos

presentaron caries moderada, casi la cuarta parte del total de individuos bajo estudio y solo un 9% (n=9) de individuos presentaron caries extensa.

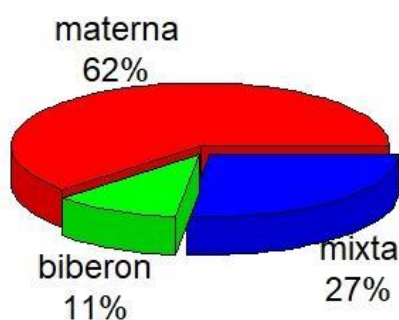
VARIABLE II: TIPOS DE LACTANCIA

Tabla 2. Prevalencia de los tipos de lactancia

LACTANCIA	N (%)
Tipos de lactancia	
Materna	62 (62%)
Biberón	11 (11%)
Mixta	27 (27%)

Figura 2. Gráfico circular para los tipos de lactancia

Distribución de los tipos de lactancia



Interpretación

De la tabla 2 y figura 2, se observan que se evaluaron a un total de 100 individuos, siendo su distribución porcentual como sigue: el 62% (n=62) de madres evaluadas prefiere alimentar mediante lactancia materna, lo que representa más de la mitad de casos evaluados, un 11% (n=11) de madres prefiere alimentar mediante biberón y un 27% (n=27) de madres elige una alimentación mixta para sus bebés. Es notorio que las prevalencias (proporciones) no poseen una distribución uniforme.

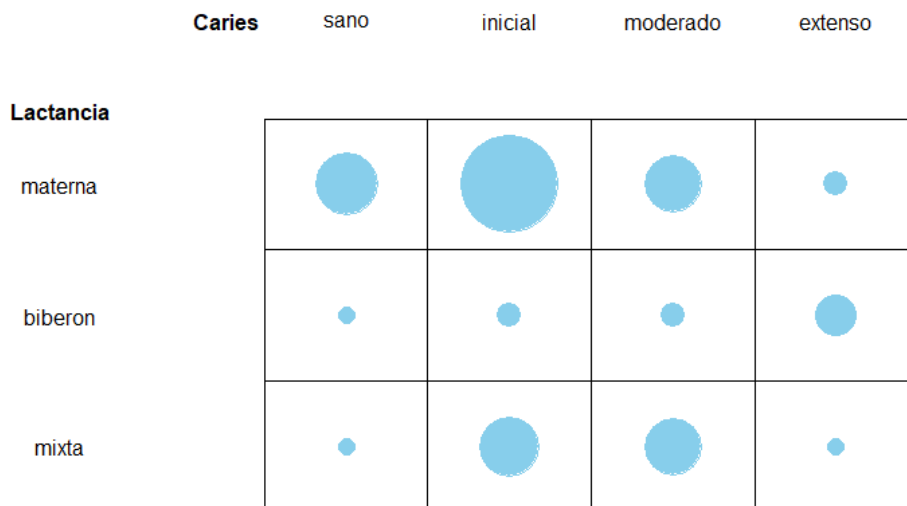
ANÁLISIS DESCRIPTIVO BIVARIADO

Tabla 3. Distribución de datos observados sobre los tipos de lactancia y caries

Tipo de lactancia	Tipo de caries				Total
	sano	inicial	moderado	extenso	
Materna	14	34	12	2	62
biberón	1	2	2	6	11
Mixto	1	13	12	1	27
Total	16	49	26	9	100

Figura 3. Gráfico de burbujas de la distribución de probabilidad observada

Tipos de lactancia y tipos de caries



Interpretación

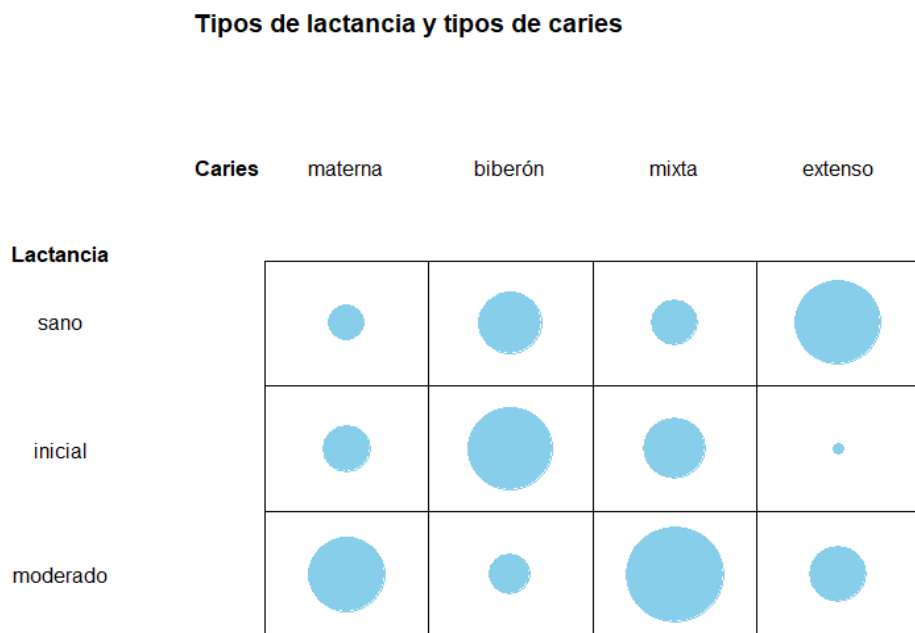
La tabla 3 (tabla de contingencia) muestra la distribución de los datos observados sobre los tipos de caries de acuerdo a los tipos de lactancia. La figura 3 muestra la distribución de las probabilidades observadas en la que se evidencia que las mayores probabilidades marginales se hallan con la lactancia materna.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO BIVARIADO

Tabla 4. Distribución de las probabilidades teóricas sobre los tipos de lactancia y caries

Tipo de lactancia	Tipo de caries				Total
	sano	inicial	moderado	extenso	
Materna	9,92	30,38	16,12	55,8	62
biberón	17,6	53,9	28,6	0,99	11
Mixto	43,2	13,23	70,2	24,3	27
Total	16	49	26	9	100

Figura 4. Gráfico de burbujas de la distribución de probabilidades teóricas



Interpretación

La tabla 4 (tabla de contingencia) muestra la distribución de las probabilidades teóricas que corresponden a cada probabilidad condicional para los tipos de caries y lactancia. Contra estos valores se determinará la distancia de los valores observados. La figura 4 representa la distribución de las probabilidades teóricas en la que se evidencia paridad de las probabilidades de acuerdo a sus frecuencias absolutas.

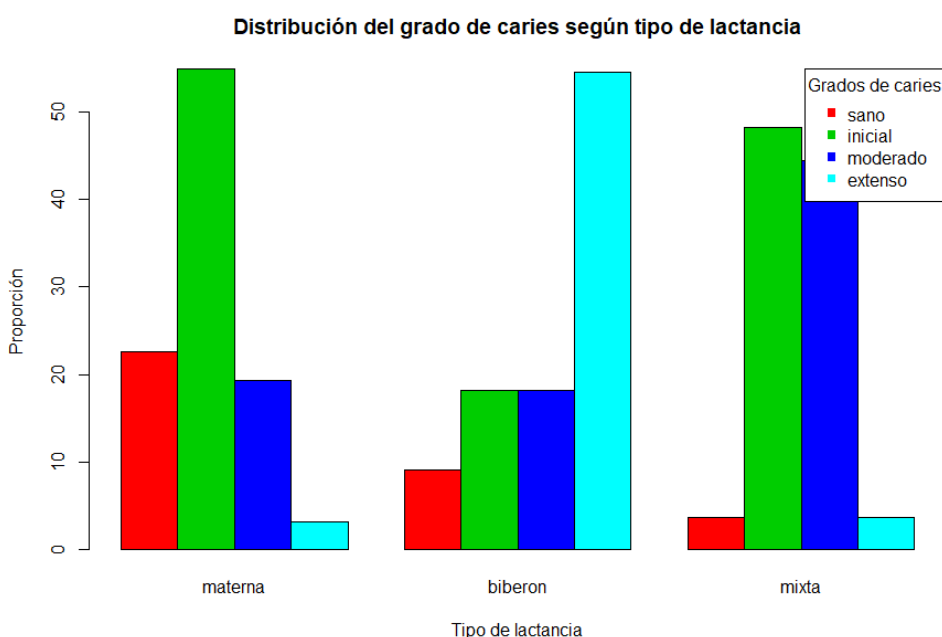
ANÁLISIS DESCRIPTIVO BIVARIADO

Tabla 5. Distribución bivariada del tipo de lactancia y el tipo de caries

Tipo de lactancia	Tipo de caries (%)				valor de p*
	sano(n=16)	inicial (n=49)	moderado(n=26)	extenso(n=9)	
Materna	14(22,58)	34(54,83)	12(19,35)	2(3,22)	1.36E-07
biberón	1(9,09)	2(18,18)	2(18,18)	6(54,54)	1.86E-10
Mixto	1(3,70)	13(48,14)	12(44,44)	1(3,70)	1.36E-15
					5.70E-08

(*) Prueba de proporciones para datos provenientes de una muestra, $\alpha=0.05$

Figura 5. Distribución bivariada del tipo de lactancia y el tipo de caries

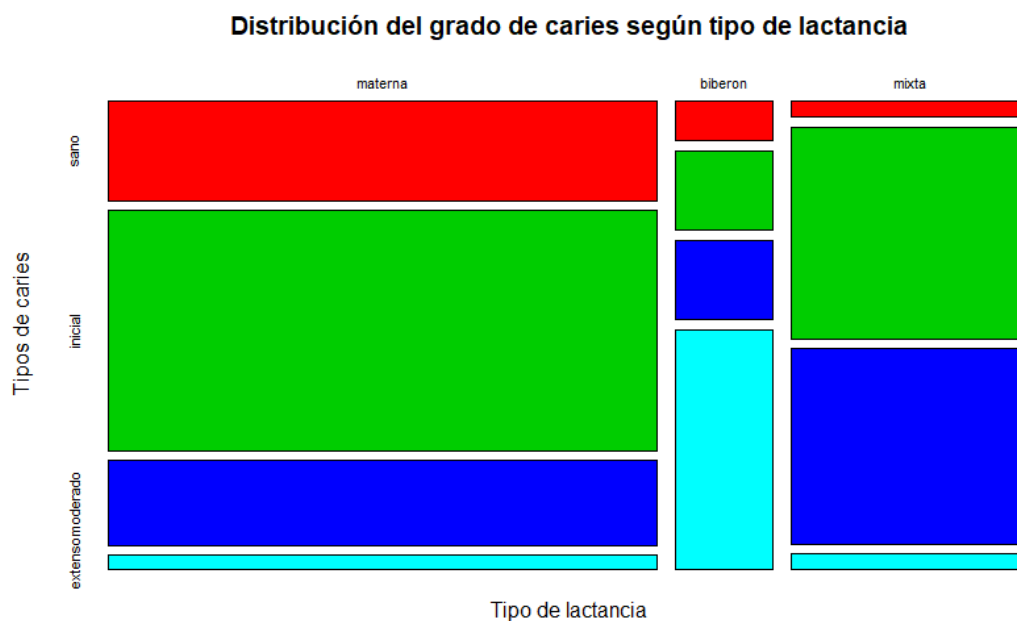


Interpretación

La tabla 5 muestra que los grupos de caries son diferentes entre ellos para cada clase de modo significativo con un $p < 0.05$, además de existir diferencia significativa global de las proporciones entre clase y clase. La figura 5 muestra que para el grupo de lactancia materna existe un alto potencial de caries inicial y niveles bajos de caries extensa, en el grupo que usan biberón el potencial es alto para la presencia de caries extensa. El grupo de lactancia mixta presenta niveles elevados para la presencia de caries inicial y moderada.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO BIVARIADO

Figura 6. Gráfico de Marimekko para la distribución bivariada



Interpretación

La figura 6 muestra los grupos de lactancia de acuerdo a su tamaño (frecuencia absoluta), donde se evidencia que el grupo más numeroso es el de lactancia materna con más de la mitad de la muestra estudiada y con un gran componente para caries inicial y un componente menor para caries extensa; la columna menos numerosa representa al grupo que usa biberón, siendo el componente caries extensa casi la mitad de todo su grupo; en la tercera columna que representa al grupo de lactancia mixta se observa que los componentes para caries inicial y moderada son los predominantes.

ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN

Prueba de independencia mediante valores esperados (estadístico de Pearson)

a. Formulación de hipótesis

Ho: El tipo de lactancia es independiente (no existe asociación) del tipo de caries que desarrolla el niño.

Ha: El tipo de lactancia no es independiente (existe asociación) del tipo de caries que desarrolla el niño.

b. Nivel de significación ($\alpha=0.05$)

c. p-valor: $2.2e-16 < \alpha$ se rechaza Ho

d. Conclusión

Con un nivel de significación menor a 0,05 existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, se puede afirmar que el tipo de lactancia está asociado al tipo de caries en la muestra estudiada.

Prueba de independencia mediante razones de verosimilitud

a. Formulación de hipótesis

Ho: El tipo de lactancia es independiente (no existe asociación) con el tipo de caries que desarrolla el niño.

Ha: El tipo de lactancia no es independiente (existe asociación) con el tipo de caries que desarrolla el niño.

b. Nivel de significación ($\alpha=0.05$)

c. Estadístico de prueba: 134.75 (likelihood ratio); p-valor<0.05

d. Conclusión

Con un nivel de significación menor a 0,05 existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, se puede afirmar que el tipo de lactancia está asociado al tipo de caries en la muestra estudiada.

Interpretación

Las pruebas de independencia realizadas mediante el estadístico de Pearson y razón de verosimilitud permiten concluir que existe asociación entre los tipos de lactancia y los tipos de caries con una alta probabilidad en la muestra estudiada.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO MULTIVARIADO

Análisis de correspondencia

Tabla 7. Variabilidad, contribuciones absoluta y relativa del análisis de correspondencia

FACTOR FILAS							
	Inercia	Dimensión 1	Contrib abs	contrib rel	Dimensión 2	Contrib abs	contrib rel
materna	106.429	-0.429	16.916	0.576	0.368	49.752	0.424
biberón	241.657	0.851	66.663	1	0.002	0.001	0
mixta	105.083	-0.423	16.421	0.566	-0.37	50.247	0.434
FACTOR COLUMNA							
	Inercia	Dimensión 2	Contrib abs	contrib rel	Dimensión 1	Contrib abs	contrib rel
sano	53.493	-0.165	0.883	0.06	0.653	55.468	0.94
inicial	62.909	-0.389	16.869	0.972	0.066	1.938	0.028
moderado	53.713	-0.235	4.165	0.281	-0.376	42.589	0.719
extenso	283.054	1.175	78.082	1	-0.005	0.005	0

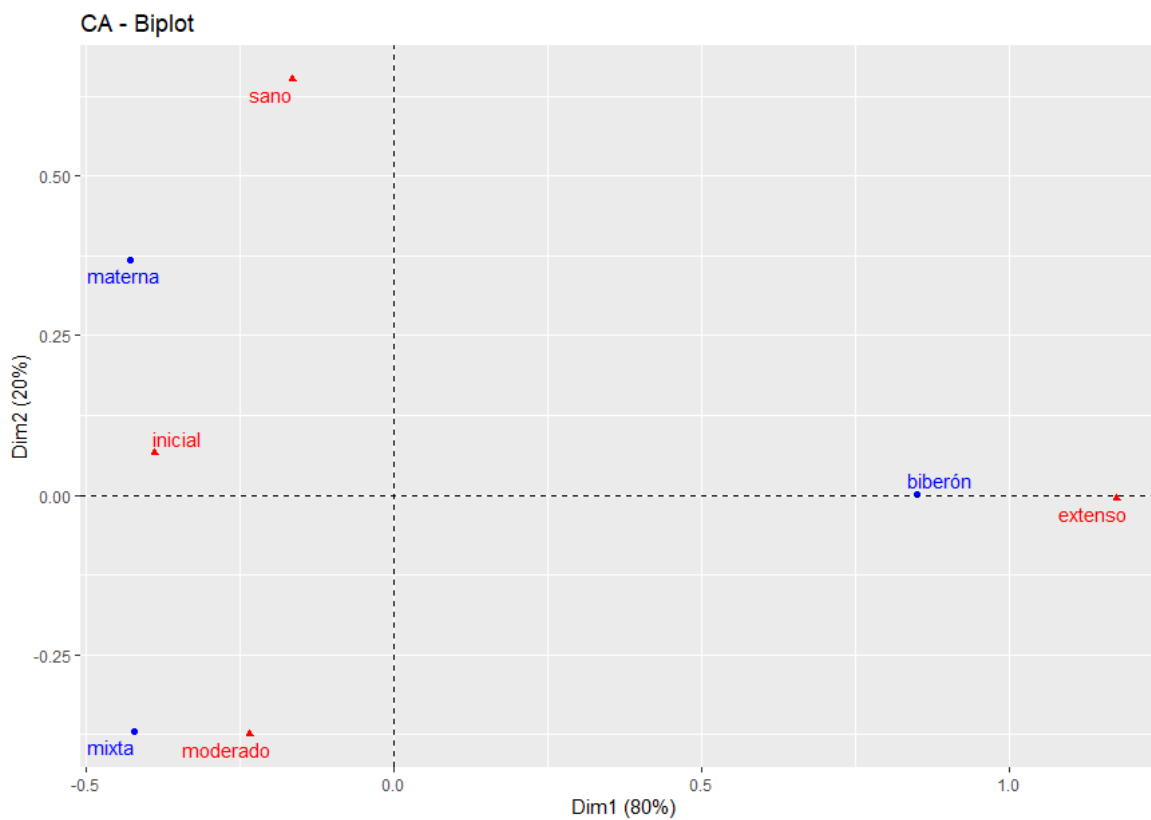
Interpretación

En la tabla 7 se observa que las dos dimensiones son suficientes siendo el 80% de la variabilidad explicada en la dimensión 1 y el 20% explicada en la dimensión 2. Sobre las contribuciones en el factor fila, del 100% de la variabilidad de la dimensión 1 el 66,66% de la contribución absoluta lo da el grupo que usa biberón. De modo complementario se evidencian que las contribuciones relativas más altas lo tienen los factores uso de biberón y caries extensa. Para el factor columna la caries extensa contribuye con un 78,08% con la dimensión 2.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO MULTIVARIADO

Análisis de correspondencia

Figura 7. Mapa de factores para las variables lactancia y caries



De la figura 7 se observa que los factores biberón y caries extensa se hallan cercanos y se aproximan a la dimensión 1. El factor lactancia mixta se aproxima a caries moderada y se aproxima más a la dimensión 2. El factor lactancia materna en cambio no tiene una proximidad evidente a ninguna dimensión, pero dista más del factor uso de biberón que del factor lactancia mixta.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio tuvo como objetivo, determinar la Prevalencia de caries de la infancia temprana y su relación con el tipo de lactancia en un policlínico de la sierra central del Perú, donde los resultados fueron corroborados y contrastados con autores que realizaron trabajos de investigación similares.

Según los resultados de esta investigación, se puede decir que si existe prevalencia de caries de la infancia temprana con relación al tipo de lactancia los promedios son interesantes ya que se encontró un porcentaje de 49% de niños con caries de la infancia temprana con caries incipientes que representa la mitad de los individuos en estudio.

De igual manera se obtuvo un 62% de madres dio a sus hijos lactancia materna y un 11% con biberón y un 27% con lactancia mixta.

En el grupo de lactancia materna existe un alto potencial de caries inicial y niveles bajos de caries extensa, en el grupo que usan biberón el potencial es alto para la presencia de caries extensa. El grupo de lactancia mixta presenta niveles elevados para la presencia de caries inicial y moderada.

En el grupo de los que consumen la lactancia con biberón son los que obtuvieron caries extensa.

CONCLUSIONES

1. En el presente estudio se puede concluir que si existe prevalencia de caries de la infancia temprana y que si tiene relación con el tipo de lactancia que las madres les dan a sus hijos
2. En el presente estudio se puede concluir que el tipo de lactancia que las madres le dan a sus hijos es lactancia exclusiva seguida de mixta y en menor instancia superficial supervisados en el policlínico metropolitano de Es Salud.
3. En el presente trabajo se llegó especificar que el tipo de lactancia mixtas con biberón producen mayor porcentaje de caries de la infancia temprana.
4. También se logró determinar que la prevalencia de caries de la infancia temprana con relación a la lactancia artificial es menor.

RECOMENDACIONES

- La prevalencia de caries de la infancia temprana es alta por lo cual se recomienda al sector salud en sus diferentes instancias hacer prevención y hacer seguimientos a este tipo de estudios ya que las patologías dentales en niños son una problemática que se presenta frecuentemente en los niños.
- Realizar charlas educativas a los padres sobre caries a edad temprana para prevenir las enfermedades pulpares en sus hijos.
- Implementar un sistema de datos de Historias Clínicas digitales con tratamientos realizados, para facilitar la obtención de datos para futuras investigaciones en el área de odontopediatría de la universidad Peruana “Los Andes”.
- Implementar talleres dinámicos de interacción con participación activa en hospitales, colegios, centros comunitarios en el que los niños aprendan sobre el cuidado de la higiene bucal y la importancia de sus dientes sanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Berkowitz, R. J. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. *J. Can. Dent. Assoc.*, 69:304-7. 2003.
2. MINSAL. Diagnóstico en Salud Bucal de Niños de 2 y 4 años que asisten a la Educación Preescolar. Región Metropolitana. Disponible en: www.minsal.cl, 2007.
3. Echeverria, S.; Soto, D. & Zillmann, G: Prevalencia de caries de la Lactancia en niños de 2 a 4 años de la región Metropolitana. Diagnóstico actualizado. *Revista Dental de Chile*, 94:14-8, 2003.
4. Ribeiro, N. M. & Ribeiro, M. A. Breastfeeding and early childhood caries: a critical review. *J. Pediatr. (Rio J.)*, 80:S199-S210, 2004.
5. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Unique challenges and treatment options. *Pediatr Dent* 2007/2008; 29 (suppl): 42-44.
6. Azanza N. Relación entre diferentes estilos de lactancia materna y caries precoz de la infancia.[tesis doctoral].España :Universidad del país Vasco; 2017.
7. Maldonado M, et al. Lactancia materna y caries de la infancia temprana. *ALOP*[en línea].2016.[fecha de acceso 8 de diciembre del 2018]; N°6 URL disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2016/2/art-3/>

8. Pazmiño A, Relación de la lactancia y hábitos de higiene bucal con la presencia de caries en incisivos centrales superiores e inferiores en niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Playa Rica, Quito .[tesis doctoral].Quito: repositorio digital Universidad de las Americas;2016.
9. Loreto F, et al. Caries dental y desarrollo infantil temprano. RCO [en línea].2015.[fecha de acceso 8 de diciembre del 2018]; N°86 URL disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037041061500008X>.
10. Aguilar F, et al. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. INP [en línea].2014.[fecha de acceso 9 de diciembre del 2018]; Acta Pediat Mex 2014;35:259-266.URL disponible en: <http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/viewFile/785/706>
11. Barrantes A. Evaluación de la posición condilar y del espacio articular en ATM de individuos chilenos con trastornos temporomandibulares. Revista Int. J. Morphol. 2014; 32(1):32-35
12. Clemente C. Prevalencia de caries de infancia temprana según el método icdas ii y su relación con los factores de riesgo asociados en infantes de 6 a 36 meses .[tesis]. Lima :Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
13. Villena R, et al. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima norte. Rev Estomatol Herediana. 2011; 21(2):79-86.
14. Bueno L. Caries de aparición temprana, diagnóstico, prevención y tratamiento.[tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2008.

15. Olate S, et al. Relación entre el tamaño condilar y la asimetría facial transversal en individuos con hiperplasia condilar. *Revista Int. J. Morphol.* 2013; 31(3):937-941
16. Dos santos SH, Morosolli ARC. Análise da Assimetria mandibular Associada a Alteracoes Condilares por meio de Radiografia Panorâmica. *Revista Odontol.* 2007; 1:23-27.
17. Bolívar, D. H, et al. Frecuencia de asimetrías maxilomandibulares en una muestra de radiografías panorámicas de pacientes pediátricos. *Revista de Estomatología*, 27 - 35.
18. Diccionario de Odontología. 2a Ed. España: Mosby, El Sevier; 2009. Edad-Sexo; p.201.
19. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ta ed. México: Mc Graw Hill; 2006.
20. Cortés M. e Iglesias M. Generalidades sobre la Metodología de la Investigación. 1ra. Edición. México: Editorial Ana Polkey Gómez. 2004
21. Noriega X X, Rodríguez M, Rodríguez C. Prevalencia de tratamientos de pulpotomía y pulpectomía en las clínicas integrales del niño en la 87 Universidad Santo Tomás entre 2007 a 2011. *Revista Ustasalud.* 2013.
22. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ta ed. México: Mc Graw Hill; 2006.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “PREVALENCIA DE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE LACTANCIA EN UN POLICLÍNICO DE LA SIERRA CENTRAL DEL PERÚ”.

TITULO	PROBLEMA GENERAL Y ESPECIFICO	OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO	HIPOTESIS GENERAL Y ESPECIFICA	VARIABLES E INDICADORES	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA DE ESTUDIO
PREVALENCIA DE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y SU RELACION CON EL TIPO DE LACTANCIA EN UN POLICLÍNICO DE LA SIERRA CENTRAL DEL PERÚ.	<p>PROBLEMA GENERAL. ¿Cuál es efecto del tipo de lactancia sobre la prevalencia de caries de la infancia temprana un policlínico la sierra central del Perú?</p> <p>PROBLEMA ESPECÍFICO. 1.¿Cuál es el efecto de lactancia artificial con relación a la caries de la infancia temprana en un policlínico de la sierra central del Perú? 2.¿Cuál es el efecto de la lactancia mixta con relación a la caries de la infancia temprana en un policlínico de la sierra central del Perú ?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL. Determinar la relación entre la prevalencia de caries de la infancia temprana y el tipo de lactancia empleada en un policlínico de la sierra central del Perú.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO 1.Determinar el efecto de la lactancia artificial con relación a la caries de la infancia temprana en un hospital de la sierra central del Perú 2.determinar el efecto de la lactancia mixta con relación a la caries de la infancia temprana en un hospital de la sierra central del Perú</p>	No aplica por ser de naturaleza metodológica simple	<p>V1 Lactancia materna. INDICADORES Lactancia natural Lactancia artificial Lactancia mixta</p> <p>V2 Caries del lactante. Grado de destrucción INDICADORES Grado 1 Grado 2 Grado3 V3 Niños de 1-3 años de edad. INDICADORES EDAD 1-2 2-3 V4 Género INDICADORES masculino femenino</p>	No experimental Descriptivo correlacional.	método dialectico comparativo Técnica Recolección de datos	<p>POBLACION Niños que acuden al servicio de odontología del hospital Daniel A Carrión en el año2012. MUESTRA 100 niños con caries del lactante. TIPO DE MUESTRA Probabilistico, polietapico</p>

a. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	CATEGORIAS
Lactancia materna	Es la alimentación del niño directamente del seno. La lactancia materna permite prolongar la estrecha relación que unió a la madre y al hijo durante el embarazo; constituye además un acto de amor que tiene gran repercusión en el desarrollo emocional del niño y en la relación afectiva de la madre y el hijo.	Tipo de lactancia	Lactancia natural Lactancia artificial Lactancia mixta
CARIES DE LA DENTICION TEMPRANA	Es la destruccion precos de los tejidos de los dientes temporales que se presenta a medida que van erupcionando a causa del biberon o carbohidratos y la mala higiene dental.	Grado de destruccion	Grado 1 Grado 2 Grado3
		Genero	Masculino
NIÑOS DE 1-3 AÑOS DE EDAD	Tiempo transcurrido desde el inicio de un evento	edad	Femenino
			1-2
			2-3

A) DATOS GENERALES:

- 1) Nombre del niño (a): _____
- 2) Sexo: M _____ F _____
- 3) Edad: _____ años _____ meses.
- 4) Dirección: _____

B) CUESTIONARIO SOBRE HABITOS ALIMENTICIOS:

- 1) Tipo de lactancia empleada:
Materna (pecho) _____ Artificial (biberón) _____ Mixta _____
- 2) Amamanta a su hijo durante periodos prolongados de tiempo?
Si _____ No _____
- 3) Cuantas veces toma el biberón su niño (a) diarias? _____
- 4) Esta su hijo acostumbrado a tomar el biberón en la cama?
Si _____ No _____
- 5) Le deja el biberón a su hijo para dormirlo durante la siesta o en la noche?
Si _____ No _____
- 6) Que alimentos le agrega al biberón de su hijo? (miel, azúcar, gaseosa etc.)

- 7) A que edad le descontinuo la leche materna a su hijo(a):
_____ años _____ meses.
- 8) A que edad cree usted es la adecuada para descontinuarle a su hijo(a) todo tipo de lactancia?
_____ años _____ meses, otros _____
- 9) Sabia que los inadecuados usos de la leche materna, artificial o mixta le pueden producir severas picaduras a los dientes de sus hijos?
Si _____ No _____
- 10) Que otros alimentos aparte del biberón ingiere su hijo durante el día?

- 11) Le limpia los dientes a su hijo (a)? Si _____ No _____
Como los limpia? _____
Cuantas veces al día _____
- 12) A que edad le empezó usted a limpiar los dientes a su hijo (a)?
_____ años _____ meses.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO (ICDAS) CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA
 Sistema de puntuación en el diagnóstico de caries

II	SO	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				51	
f	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
M																
O																
D																
V																
P																

0	Sin restauración ni sellante	0	Sano	A	Activo	D	Detenido
1	Sellante en mal estado	1	Primer Cambio Visual en el Esmalte	OTI	IPATOLOGIA	WSII, " "	y 01_1
2	Sellante en buen estado	Z	Cambio Visual Marcado en el Esmalte	E	Erosión		
3	Objeción de color del diente	3	Ruptura localizada del esmalte	~	Abraón		
4	Impresión	4	Sombra oscura subsiguiente	III	Aftosis (km)		
S	Corona de acero	II	Cavidad detectable	H	Hipoplasia		
●	Restauración en porcelana	●	Cavidad extensa	ttt	Hipomirritilización Localizada		
7	Obturación perdida o fracturada			HI	Hipomirritilización Generalizada		
●	Restauración temporal			M	Miliáridas Eléctricas		
91	Implante realizado por caries	CONYINCIONES PARA CARIES RADICULAR		DJ	Dientes Fracturados		
10	La superficie se puede revisar	NOCAVITACION(OC) A = Activo D = Detenido		AI	Atrición		
97	Perdida debido a caries	CAVITACIONAL(e) A = Activa D = Detenido					
ti	Perdida por razones diferentes a caries						
II	Dientes que no han hecho erupción						

f	ID	85	84	83	82	11	71	72	73	74	75					II
i	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
M																
O																
D																
V																
P																

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO (ICDAS)
 Sistema de puntuación en el diagnóstico de caries

- Sano (ICDAS 0)
- Inicial (no cavitado) (ICDAS1-2). Puede ser activo o inactivo.
- Moderado (sombras en dentina/roturas localizadas en esmalte) (ICDAS3-4). Puede ser activo o inactivo.
- Extenso (ICDAS5-6). Puede ser activo o inactivo.

CARTA DE SOLICITUD

Huancayo 12 de agosto del 2019

Dr. VICTOR MARTÍN GONZALES PALOMINO.

DIRECTOR DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO DE HUANCA YO ES SALVO.

Presente

ASUNTO: Ejecución del trabajo de investigación "PREVALENCIA DE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE LACTANCIA EN UN POLICLÍNICO DE LA SIERRA CENTRAL DEL PERÚ"

Es grato dirigirme a Ud. Para saludarle cordialmente y a la vez manifestarle lo siguiente:

Que siendo la tesis un requisito indispensable para optar el título, nosotras. Alumnas egresadas de la escuela profesional de odontología Aguijar Huillea Elisabeth Katty y Garro Gariza, Genma, nos presentamos ante usted con nuestro trabajo de investigación titulado "PREVALENCIA DE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE LACTANCIA EN UN POLICLÍNICO DE LA SIERRA CENTRAL DEL PERÚ".

Motivo por el cual y para la ejecución de la presente investigación tengo a bien solicitar su digna persona se me autorice el acceso al área de odontología para realizar dicho trabajo de investigación.

Sin otro particular, hacemos propicia la oportunidad para expresar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,

— ¿L~ _//

AgUIL: HUillí?a, Elisabeth Katty

Garro

..f :;> |;~;~j;~/"

;~' ;~:~~) |:

FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS

Experto: _____

Cargo: _____

Instrucciones:

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las variables de la ficha de recolección de datos respectivamente en seis aspectos diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada variable con un check si no le encuentra ninguna objeción o una X si tiene que modificarse en ese aspecto la variable. La modificación en ese aspecto la variable. La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

HO 1	VARIALES	TIPO DE LACTANCIA	GRADU DE DESTRUCCIÓN DENTAL	Gt.NERÓN	EDAD
	¿Esta variable alcanza el objetivo planteado en el estudio?	/			
	¿La variable es clara?				
	¿El orden de estas variables es el adecuado?				
	¿La redacción es clara y coherente con el propósito del estudio?				
5	¿El tipo de variable corresponde al propósito del estudio?				
6	¿El vocabulario de esta variable es adecuado?				

Observaciones y sugerencias:

FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS

Experto: _____

Cargo: _____

Instrucciones:

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las variables de la ficha de recolección de datos respectivamente en seis aspectos diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada variable: con un check sí no le encuentra ninguna objeción o una X si tiene que modificarse en ese aspecto la variable, La modificación en ese aspecto la variable, La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias,

N°	VARIABLES	TIPO DE LACTANCIA	GRADO DE DESTRUCCIÓN	EDAD
1	¿Esta variable alcanza el objetivo planteado en el estudio?	/	/	/
2	¿La variable es clara?	✓		
3	¿El orden de esta variable es claro?		✓	
4	¿El contenido de esta variable es entendible o coherente con el propósito del estudio?	/	/	/
5	¿El vocabulario de esta variable es el adecuado?	/	/	/

Observaciones y sugerencias:

FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS

Experto: [Nombre del experto]
Cargo: [Cargo del experto]

Instrucciones:

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las variables de la ficha de recolección de datos respectivamente en seis aspectos diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada variable con un check sí no le encuentra ninguna objeción o una X si tiene que modificarse en ese aspecto la variable. La modificación en ese aspecto la variable. La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

VARIABLE	TIPO DE LACTANCIA	GRADO DE DESTRUCCIÓN DENTAL	GÉNERO	EDAD
1. ¿La variable está formulada en forma clara?	/	/	/	/
2. ¿El orden de estas variables es el adecuado?	/	/	/	/
3. ¿La variable es entendible o coherente con el propósito del estudio?	/	/	/	/
4. ¿La variable es relevante para el estudio?	/	/	/	/
5. ¿La variable es medible?	/	/	/	/
6. ¿La variable es confiable?	/	/	/	/

Observaciones y sugerencias

Título de la investigación

PREVALENCIA DE CARIES DEL LACTANTE y SU RELACION CON EL TIPO DE LACTANCIA EN UN HOSPITAL DE LA SIERRA CENTRAL DEL PERÚ,

Identificación del experto:

Nombre y Apellido: Ocl.oshj (\~J-,.,) M...v.e.l.. &J~1~j H~9P(n<!!

Institución donde trabaja IJt) i v.,_ñ i cSaJ ?<a./...f~., d ,eGo":;,1" J~ :'

Título de Pregrado. _~_, ~~~IH> Del'.J-p-I-4

Donde lo obtuvo IJ(1" ver:;, JQJ

Año Z o.\

Título de la investigación:

PREVALENCIA DE CARIES DEL LACTANTE y SU RELACION CON EL TIPO DE LACTANCIA EN UN HOSPITAL DE LA SIERRA CENTRAL DEL PERÚ.

Identificación del experto: /7

Nombre y Apellido: ..P:~)éLlf_¿;~1>{~ in!7(5

Institución donde trabaja ' «r/:~ _ - _

Título de Pregrado e/ /;1j-(iD:)r pc."h.1J {i-a

Título de Postgrado _ , / /;1j /t»: i:~ / VII té! f(_e) vti:J r> 1- '6-1- / T>~ nri.,~n""(0-r:1(10ú)/¿; \ vff l' v

Donde lo obtuvo VJ:~f9

Año 20/t/.

Título de la investigación:

PREVALENCIA DE CARIES DEL LACTANTE Y SU RELACION CON EL TIPO DE LACTANCIA EN UN HOSPITAL DE LA SIERRA CENTRAL DEL PERÚ.

Identificación del experto:

Nombre y Apellido: 8(!/y ilf:jL¿5 leÍf'~¿--

Institución donde trabaja r¿_i_~t/L

Título de Pregrado ¿i)f/{tl -11..1) .Jk:;,?f; i_~ ..

Título de Postgrado Cj~.,ti2.~_e.,>_ :!..lrl/(fF_~_¿~3?E&.¿

Donde lo obtuvo _u!i_L' '....

Año -----4Z~!t./1-

FOTOS DEL POLICLINICO

