

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



***“ASOCIACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO SOCIO-
EPIDEMIOLÓGICOS CON LA PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA
TEMPRANA EN NIÑOS DE 12 A 60 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA”***

PRESENTADO POR:

Bachiller Renzo Martin Laguna Vargas

Para optar el título de:

CIRUJANO DENTISTA

**LIMA – PERÚ
2019**

Dedicatoria

A Dios, por ser el inspirador y darme fuerzas para continuar en este proceso de conseguir una meta anhelada.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he podido llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy ahora. Es un orgullo y un privilegio ser su hijo.

A mis amigos y profesores, por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral que me brindaron a lo largo de esta etapa.

Agradecimientos

A mis padres: Martin y Mery, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mí, por los consejos, valores y principios que inculcaron en mí.

A mi asesora la Dra. Peggy Sotomayor por haberme brindado su invaluable apoyo, orientación, consejos y colaboración durante el proceso de elaboración de la investigación.

A los miembros del jurado por su paciencia y acertadas sugerencias para mejorar la presente investigación.

A mi alma mater Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Facultad de Estomatología por incentivar a los alumnos a realizar investigaciones en diversos temas de interés.

Índice de Tablas

	Pag.
N° 1 Distribución de frecuencias del género sexual.....	38
N° 2 Distribución de frecuencias de la edad.....	39
N° 3 Distribución de frecuencias de la estructura familiar.....	40
N° 4 Distribución de frecuencias del nivel de educación de los padres.....	41
N° 5 Distribución de frecuencias del tipo de parto.....	42
N° 6 Distribución de frecuencias de la prevalencia de caries de infancia temprana.....	43
N° 7 Distribución de la asociación de la estructura familiar con la prevalencia de caries de infancia temprana.....	44
N° 8 Distribución de la asociación del nivel de educación de los padres con la prevalencia de caries de infancia temprana.....	45
N° 9 Distribución de la asociación del tipo de parto con la prevalencia de caries de infancia temprana.....	46

Índice de Figuras

	Pag.
N° 1 Distribución del género sexual.....	38
N° 2 Distribución de la edad.....	39
N° 3 Distribución de la estructura familiar.....	40
N° 4 Distribución del nivel de educación de los padres.....	41
N° 5 Distribución del tipo de parto.....	42
N° 6 Distribución de la prevalencia de caries de infancia temprana.....	43
N° 7 Asociación estructura familiar con la prevalencia de caries de infancia temprana.....	44
N° 8 Asociación nivel de educación de los padres con la prevalencia de caries de infancia temprana.....	45
N° 9 Asociación tipo de parto con la prevalencia de caries de infancia temprana.....	46

Índice

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de Tablas	iv
Índice de Figuras	v
Índice	vi
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	viii
Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación	1
1.1. Marco Teórico	1
1.1.1. Caries Dental	1
1.1.1.1. Definición	1
1.1.1.2. Etiología	2
1.1.1.3. Inicio y Progreso de la Caries Dental	2
1.1.1.4. Epidemiología	5
1.1.1.5. Medidas de la Enfermedad	6
1.1.2. Caries de Infancia Temprana	7
1.1.2.1. Definición	7

1.1.2.2. Epidemiología de la CIT	8
1.1.2.3. Consideraciones Clínicas	8
1.1.2.4. Tratamiento	9
1.1.2.5. Factores de riesgo principales	11
1.1.2.6. Etiología	11
1.1.3. Factores socio-epidemiológicos	14
1.1.3.1. Factores Sociales	14
1.1.3.2. Factores Educativos	16
1.1.3.3. Factores Fisiológicos	17
1.2. Investigaciones	18
1.3. Marco Conceptual	21
Capítulo II: El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables.....	23
2.1. Planeamiento del Problema	23
2.1.1. Descripción de la Realidad Problemática	23
2.1.2. Definición del Problema	25
2.1.2.1. Problema Principal	25
2.1.2.2. Problemas Específicos	25
2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación	26
2.2.1. Finalidad	26
2.2.2. Objetivo General Y Específicos	26
2.2.2.1. Objetivo General.....	26
2.2.2.2. Objetivos Específicos	26

2.2.3.	Delimitación del Estudio	27
2.2.4.	Justificación e Importancia del Estudio.....	28
2.3.	Hipótesis y Variables	29
2.3.1.	Hipótesis Principal y Específicas	29
2.3.2.	Variables e Indicadores	30
Capítulo III: Método, Técnica e Instrumento.....		31
3.1.	Población y Muestra	31
3.2	Diseño Utilizado en el Estudio.....	32
3.3	Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.....	32
3.4	Procesamiento de Datos	34
Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados		35
4.1.	Presentación de los Resultados	35
4.2.	Contrastación de Hipótesis.....	44
4.3.	Discusión de los Resultados	48
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones		54
5.1.	Conclusiones	54
5.2.	Recomendaciones	55
Referencias Bibliográficas		56
Anexos		60

Resumen

La caries dental es una enfermedad común crónica infecto contagiosa resultada de la adherencia de la bacteria *Streptococcus Mutans* a la superficie del diente, desmineraliza la estructura dentaria hasta la llegar a la cámara pulpar del diente. El objetivo fue determinar la asociación de los factores socio-epidemiológicos con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. El estudio se ejecutó en una muestra conformada por 100 casos. E la ficha Ad-Hoc se evaluó la estructura familiar, nivel de educación, tipo de parto y la presencia de caries en esmalte. Los resultados mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los factores socio-epidemiológicos y prevalencia de caries de infancia temprana. La estructura familiar no presentó valores estadísticamente significativos ($p=0.198$) sin embargo la variable padres juntos demostró mayor prevalencia de presencia de lesión de caries (73%). Con el Nivel de educación de los padres se presentó diferencias estadísticamente no significativas ($p=0.150$), sin embargo con el tipo de parto si se presentó diferencias estadísticamente significativas ($p=0.006$) lo que demostró una asociación entre ambos. **Conclusiones:** Se concluyó que no existe asociación entre los factores socio-epidemiológicas y la prevalencia de CIT, sin embargo el tipo de parto en el estudio demostró una asociación con la prevalencia de caries de infancia temprana.

Palabras Claves: Caries dental, CIT, Factores de socio-epidemiológicos.

Abstract

Tooth decay is a common chronic infectious disease resulting from the adhesion of the bacterium *Streptococcus Mutans* to the surface of the tooth, demineralizes the dental structure until it reaches the pulp chamber of the tooth. The objective was to determine the association of socio-epidemiological factors with the prevalence of early childhood caries in children 12 to 60 months of age at the Children's Clinic of the Faculty of Stomatology at the Inca Garcilaso de la Vega University. The study was executed in a sample made up of 100 cases. In the Ad-Hoc file, the family structure, level of education, type of delivery and the presence of tooth decay in enamel were evaluated. The results showed that there are no statistically significant differences between socio-epidemiological factors and prevalence of early childhood caries. The family structure did not show statistically significant values ($p = 0.198$), however, the variable parents together showed a higher prevalence of caries lesions (73%). With the level of education of the parents there were statistically non-significant differences ($p = 0.150$), however with the type of delivery if there were statistically significant differences ($p = 0.006$) which showed an association between them. Conclusions: It was concluded that there is no association between socio-epidemiological factors and the prevalence of CIT, however the type of delivery in the study demonstrated an association with the prevalence of early childhood caries.

Keywords: Dental caries, CIT, Socio-epidemiological factors.

Introducción

La caries dental es una enfermedad común crónica infecto contagiosa resultada de la adherencia de la bacteria *Streptococcus Mutans* a la superficie del diente, lo cual metaboliza los hidratos de carbono y los azúcares para producir ácidos que con el tiempo, desmineraliza la estructura dentaria, es decir desmineraliza el esmalte hasta la presencia de una cavidad, para luego empezar con la desmineralización del dentina hasta la llegar a la cámara pulpar del diente.

La caries dental es una enfermedad multifactorial donde se produce la interacción de tres factores indispensable para la aparición de la enfermedad: el huésped, la microflora o microorganismos y el sustrato o dieta. Para que esto se cumpla el huésped debe estar susceptible, debe haber una microflora oral cariogénica y una dieta rica en carbohidratos fermentable en un periodo de tiempo. Por ende el concepto del proceso de caries se caracteriza y se interrelaciona con factores mencionados ahora llamados factores principales o primarios.

La cavidad oral contiene una gran variedad de microorganismos de los cuales 3 grupos de microorganismos están asociados a la caries dental, entre ellas están los *Streptococcus* con la sub especie *S. Mutans* y *S. Sobrinus*, los *Lactobacillus* y los *Actinomyces*. Cuando los microorganismos se adhieren a la superficie dentaria dan lugar al biofilm dental y este se define como la agregación de múltiples microorganismos de diferentes especies inmersos en una matriz extracelular compuesta por polisacáridos principalmente.

La prevalencia de caries de infancia temprana fluctúa entre un porcentaje del 3.1% a 90% dependiendo de la vulnerabilidad de la población donde se

encuentra, ya que existen factores moduladores que pueden aumentar como disminuir la incidencia. Países en vías de desarrollo, la prevalencia de caries de infancia temprana va en ascenso ya que depende de factores culturales y factores socioeconómicos que desde el punto de vista global es decadente. En el Perú en un estudio de **Achahui** llegó al resultado de que en nuestro país, que está en vías de desarrollo, la caries de infancia temprana se encontraba es una prevalencia del 70% debido a múltiples factores como los bajos ingresos económicos, los altos costos de la atención odontológicas, las condiciones geográficas y al deficiente estado nutricional de los infantes en zonas pobres.

Como factores sociales, podemos encontrar el nivel socioeconómico, la caries dental no tiene predilección por los estratos, este puede aparecer en un estrato alto como en el de uno bajo, pero la prevalencia se encuentra más en el estrato bajo, ya que muchas veces no cuentan con los recursos para optar por otra dieta o para costear con los precios de una consulta odontológica.

El nivel educativo se toma a partir de los cuidadores del menor, cuando el nivel de educación es bajo, esto indica que es un factor de riesgo para la caries dental, debido a que no posee los conocimientos necesarios y por ende una capacidad mejor de comprensión.

Como factor fisiológico tenemos lo que es el tipo de parto, aquí nos encontramos con el parto eutócico y el parto distócico. En el parto eutócico él bebe nace con los microorganismos adquiridos del tracto vaginal de la madre en la cavidad oral, lo que conlleva que en la cavidad oral del neonato, ya se encuentra una microflora bacteriana lo que podría ralentizar la llegada del S.

Mutans y la colonización de esta, ya que primero debería de eliminar las bacterias del tracto vaginal para poder colonizar la cavidad oral.

El propósito de este estudio fue determinar la asociación de los factores socio-epidemiológicos con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Y como consiguiente determinar la asociación de los factores sociales, educativos y fisiológicos con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad.

Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación

1.1. Marco Teórico

1.1.1. Caries Dental

1.1.1.1. Definición

La caries dental es una enfermedad común crónica infecto contagiosa resultada de la adherencia de la bacteria *Streptococcus Mutans* a la superficie del diente, lo cual metaboliza los hidratos de carbono y los azúcares para producir ácidos que con el tiempo, desmineraliza la estructura dentaria, es decir desmineraliza el esmalte hasta la presencia de una cavidad, para luego empezar con la desmineralización del dentina hasta la llegar a la cámara pulpar del diente.⁽¹⁾

La caries dental además es causada por el biofilm adherido a la superficie del diente que como acabamos de mencionar, fermentan los carbohidratos de la cavidad oral, y que al hacerlo, el pH de la boca disminuye a un nivel que produce la desmineralización de la estructura dentaria. La caries dental causa dolor, discomfort, provoca la pérdida de los dientes y por ende la capacidad de hablar correctamente.⁽²⁾

La caries dental es considerada una afectación de salud pública en países en de desarrollo, como es en el caso de Perú, en donde la falta de programas preventivos a comunidades de extrema pobreza ha conllevado a altos índices de caries.^(3,4)

1.1.1.2. Etiología

La caries dental es una enfermedad de múltiples factores en la que se produce la combinación de tres factores indispensable para que pueda aparecer la enfermedad: el huésped, la microflora o microorganismos y el sustrato o dieta.⁽⁵⁾

Para que esto se cumpla el huésped debe estar susceptible, debe haber una microflora oral cariogénica y una dieta rica en carbohidratos fermentable en un periodo determinado de tiempo. Por ende el concepto del proceso de caries se caracteriza y se interrelaciona con factores mencionados ahora llamados factores principales.^(5,6)

1.1.1.3. Inicio y Progreso de la Caries Dental

Lesión en Esmalte

El esmalte es un tejido sumamente mineralizado aproximadamente con un 96% inorgánico, principalmente compuesto por la hidroxiapatita, 1% orgánico y 3% de agua. En condiciones normales el esmalte es translucido. La presencia de caries en el esmalte reduce la translucidez debido a que la parte orgánica de la caries reduce el índice de refracción del esmalte.⁽⁷⁾

El esmalte es un tejido microcristalino, microporoso, acelular, avascular, aneural, de alta mineralización, que se ve afectado frente a un estímulo físico, químico o biológico. En su estructura, el esmalte tiene microporos entre sus cristales, los mismo que se tornan más amplios cuando estos se ven afectados por una lesión cariosa, en otras palabras que aumente su porosidad.^(2,7)

En condiciones normales, el esmalte presenta una translucidez notable, ya que gracias a esto permite el paso de la luz hasta la dentina, lo que permite dar un tono amarillento que viene a ser la dentina, mediante un registro de translucidez, el esmalte dental llega a alcanzar una refracción de 1.62.⁽⁸⁾

El pH salival es de 6,2 a 6,8, lo cual el esmalte se encuentra en condiciones óptimas, pero cuando el pH salival baja por acción de los ácidos propios de los alimentos que ingerimos estos bajan a un pH de 5,5, conocido como el pH crítico del esmalte ya que disocian los cristales del esmalte produciendo así la desmineralización, pero gracias al sistema buffer de la saliva, el pH se vuelve a estabilizar dando como resultado la remineralización.⁽²⁾

Aspectos Histopatológicos

La lesión cariosa de esmalte antes de formar una cavidad, se puede apreciar las siguientes zonas en la superficie:⁽²⁾

- a. Zona superficial aprismatica: Una zona permeable a la entrada de los ácidos producidos por las bacterias. Esta franja esta aparentemente intacta. Esta zona presenta una gran resistencia debido a:⁽²⁾
 - La mayor densidad del esmalte superficial.⁽²⁾
 - La función buffer que presenta la saliva que ayuda a disminuir la acidez provocada por los productos de las bacterias.⁽²⁾
- b. Cuerpo de la lesión: Este zona ocupa la mayor parte de la lesión, esta toma un color pardo y presenta una desmineralización rápido.⁽²⁾
- c. Zona oscura: Banda ubicada hacia la periferia del cuerpo de la lesión donde existe una pérdida de minerales de 5 a 8%.⁽²⁾

- d. Zona translucida: En esta zona que es la más profunda se encuentra más porosa y susceptible para una cavitación producida por los ácidos de los microorganismos.⁽²⁾

Lesión en Dentina

La dentina desde el punto de vista embriológicos y funcional, constituyen una unidad biológica capaz de reaccionar tanto en condiciones fisiológicos como patológicas, ya que presenta origen mesodérmico, es decir que presenta una serie de fibras nerviosas.⁽²⁾

La dentina normal está compuesta por una matriz de fibras colágeno en una proporción del 20% orgánico, 70% inorgánico y 10% de agua. Una característica histológica importante de la dentina es la presencia de los túbulos dentinarios, cuyo rasgo es de permeabilidad y sensibilidad.⁽²⁾

Aspectos Histopatológicos

- a. Lesión no cavitada: La lesión cariosa depende del estado entre el proceso destructivo y los procesos defensivos. La actividad metabólica que va en aumento de estas bacterias va a determinar el grado de desmineralización y del grado de destrucción de la matriz orgánica, se puede definir la lesión dentinaria en cuatro zonas que va desde la pulpa hacia la superficie de la dentina:⁽²⁾
- Dentina reparadora, producida por la reacción del complejo dentino pulpar frente a un estímulo.⁽²⁾
 - Dentina normal, la que se encuentra en la lesión cariosa y la dentina reparadora.⁽²⁾

- Dentina esclerótica, se caracteriza por el cierre de los túbulos dentinarios.⁽²⁾
 - Cuerpo de la lesión, corresponde a la zona más desmineralizada.⁽²⁾
- b. Lesión cavitada: Cuando existe una cavidad, hay invasión de bacterias, en donde presenta tres zonas de avance:⁽²⁾
- Zona de invasión bacteriana.⁽²⁾
 - Zona de decoloración.⁽²⁾
 - Zona de reblandecimiento.⁽²⁾

Aspectos Clínicos

- a. Dentina Infectada: De textura blanda, esta necrótica y desorganizada, cuyo único tratamiento es el retiro de toda la dentina necrótica.⁽²⁾
- b. Dentina Afectada: Dentina que presenta una estructura alterada, con una textura parcialmente mantenida, de color pardo y de consistencia dura, esta dentina tiene más probabilidades de remineralizarse.⁽²⁾

1.1.1.4. Epidemiología

En un estudio epidemiológico es indispensable que la enfermedad sea medible cuantitativamente esto quiere decir que a cada observación se le asigne un valor. En el caso de la caries dental se puede medir la prevalencia en un momento específico como también la incidencia en un lapso determinado. La unidad de medida que mayormente se usa en estudios epidemiológicos es el índice de CPOD en donde se registran las piezas

cariadas, perdidas por caries y obturadas por caries para que así sea más simple la cuantificación de las caries.⁽²⁾

1.1.1.5. Medidas de la Enfermedad

En un estudio epidemiológico la enfermedad debe ser medida cuantitativamente. En el caso de la caries dental se puede cuantificar, en prevalencia que es la enfermedad en individuos en un determinado tiempo y la incidencia que es la enfermedad en individuos en un lapso determinado de tiempo.^(7,9)

Sin embargo, dichas medidas, son insuficientes para expresar la intensidad con que la caries dental afecta a la población enferma. Es decir, no indican si los enfermos presentan en promedio un diente con lesión cariosa o seis, lo cual denota mayor severidad. Para resolver esta interrogante, en salud pública dental, generalmente se utiliza un índice que cuantifica los estados clínicos de la enfermedad den una escala numérica.^(7,9)

Índice CPO-d

El índice de caries dental más utilizado es el índice CPO, que fue concebido por Klein y Palmer en 1937. En este índice se anota la experiencia de caries de un individuo, cuya aplicación puede ser en la dentición permanente como en la dentición decidua gracias a las modificaciones hechas por Gruebbell e 1944 al índice original.⁽²⁾

La sigla C, describe el número de dientes afectados por caries dental. P, el número de dientes perdidos, y O el número de dientes restaurados. El índice CPO es el resultado de la suma de estos valores. En caso de que la unidad

observada hubiese sido el diente, el índice se expresara como CPOD o ceod.⁽²⁾

1.1.2. Caries de Infancia Temprana

1.1.2.1. Definición

La caries de infancia temprana es una variante de la caries dental, que se caracteriza por la presencia de lesiones cariosas en uno o más superficies de la pieza dentaria decidua. La lesiones cariosas se desarrollan poco después de la erupción dentaria y manifiestan un progreso más rápido que el de una caries dental en edades más avanzadas.⁽¹⁰⁾

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), se define a la caries de infancia temprana como la presencia de uno o más piezas dentarias cariadas con o sin cavidad, perdidas por caries y con superficies obturadas por causa de la lesión cariosa en niños menores de 71 meses.⁽¹¹⁾

La caries de infancia con el paso del tiempo ha tomado diferentes nombres tales como caries de la primera infancia, caries rampante, caries de biberón, boca de biberón nocturno entre otros que se mencionan en la literatura.⁽¹¹⁻¹³⁾

La caries de infancia temprana está relacionada al consumo excesivo de alimentos altamente azucaradas y a la libre demanda del seno materno y al déficit de la higiene oral después de la alimentación que se le da al infante. El uso del biberón en tiempo prolongado y la higiene oral le dan un alto porcentaje a la cavidad oral del infante a presentar una mayor susceptibilidad de presentar dichas lesiones.⁽¹⁰⁾

1.1.2.2. Epidemiología de la CIT

La prevalencia de caries de infancia temprana fluctúa entre un porcentaje del 3.1% a 90% dependiendo de la vulnerabilidad de la población donde se encuentra, ya que existen factores moduladores que pueden aumentar como disminuir la incidencia. Países en vías de desarrollo, la prevalencia de caries de infancia temprana va en ascenso ya que depende de factores culturales y factores socioeconómicos que desde el punto de vista global es decadente.⁽¹⁰⁾

En el Perú en un estudio de **Achahui** llego al resultado que en nuestro país que está en vías de desarrollo, la caries de infancia temprana se encontraba es una prevalencia del 70% debido a múltiples factores como los bajos ingresos económicos, los altos costos de la atención odontológicas, las condiciones geográficas y a el deficiente estado nutricional de los infantes en zonas pobres.⁽¹³⁾

1.1.2.3. Consideraciones Clínicas

La caries de infancia temprana sigue un patrón clínico característico, donde los dientes superior deciduos y molares deciduas son las más afectadas. Las lesiones cariosas empiezan a formarse inicialmente en las superficies lisas cerca al contorno de la encía, es decir en la zona cervical. Siguiendo con la cronología de la erupción dentaria, los dientes anterosuperiores son los más afectados ya que son los primeros en erupcionar y por ende los dientes se encuentran expuestos a las bebidas azucaradas dadas por los cuidadores que no tiene un idea informada de esta.^(11,13)

La primera fase donde se puede observar la caries de infancia temprana es la mancha blanca, cuya localización es en tercio gingival de los dientes deciduos

anterosuperiores. La lesión de mancha blanca sigue un patrón clínico progresivo que se puede describir de la siguiente forma:⁽¹³⁾

a. Lesión Inicial de Caries o Mancha Blanca

- Este esta etapa se afectan las superficies vestibulares de los incisivos anterosuperiores.⁽¹³⁾
- Se observa una área de desmineralización opacas.⁽¹³⁾
- Esta lesión ocurre poco después de su erupción.⁽¹³⁾

b. Lesiones Cavitadas

- Presentan coloración amarilla de consistencia blanda con extensión a las áreas palatinas y proximales.⁽¹³⁾

c. Lesiones con Compromiso de tejido pulpar

- Se observan lesiones múltiples con destrucción coronaria.⁽¹³⁾
- Se puede observar la presencia de fistulas.⁽¹³⁾

1.1.2.4. Tratamiento

Los tratamientos más utilizados para la caries de infancia temprana son:

1. Remineralización: Consiste en la topicación de fluoruros para la reducción de la caries dental. La lesión de mancha blanca, una vez diagnosticada, debe ser tratada en una primera instancia, lo cual el profesional deberá aplicarlo en altas concentraciones y en bajas frecuencias para así tener un óptimo uso de los fluoruros.⁽¹³⁾
2. Técnicas Restaurativas: La técnica restaurativa para los pacientes con presencia de caries de infancia temprana y que presentan un riesgo alto de caries, se ve en la necesidad de restaurar la pieza decidua con cemento de ionómero de vidrio ya que este material, libera pequeñas

cantidades de flúor lo que permite ayudar a la remineralización indirectamente. Además que es estéticamente aceptable. Cuando la cavidad es mayor y no es posible restaurar con IV, se optará por otras técnicas tales como las coronas de acetato o las coronas de metal, dichas técnicas se realizarán del punto de vista del profesional.⁽⁶⁾

3. Tratamientos Pulpares:

Pulpotomía: Es el procedimiento de eliminación de la pulpa cameral en piezas temporales, dejando la pulpa de los conductos, se indican dos circunstancias:⁽¹¹⁾

- La pulpa cameral esta con algún grado de patología.
- La pulpa de los conductos esta normal.

Pulpectomía: Es el procedimiento donde se elimina la pulpa cameral y radicular en piezas temporales.⁽¹¹⁾

Aparte de los tratamientos que se realizan en el paciente, se debe evaluar la colaboración de la familia, ya que como se viene mencionando, la caries de infancia temprana es multifactorial. Para esto se puede seguir un protocolo:⁽¹¹⁾

- Evaluar el riesgo de caries.⁽¹¹⁾
- Inactivar el proceso mediante la remoción cariosa.⁽¹¹⁾
- Uso de agente fluorados.⁽¹¹⁾
- Concientizar la higiene bucal en casa.⁽¹¹⁾
- Orientar y dar charlas motivacionales a los padres de familia, cono también hablarles sobre la prevención de las lesiones cariosas y los efectos de la dieta.⁽¹¹⁾
- Enseñarle a la madre técnicas de cepillado.⁽¹¹⁾

1.1.2.5. Factores de riesgo principales

Transmisión

Transmisión Vertical

La transmisión vertical se da en el momento donde los microorganismos son pasados en la diada madre-niño debido a los hábitos que se tienen tales como darle besos en la boca o soplar la comida, entre otros.⁽¹⁴⁾

La transmisión de los microorganismos de la madre al niño fue dada por Berkowits y Jordan en 1975, ya que descubrieron que la mayoría de las bacteria presentes en la cavidad oral de la madre también estaban presentes en la cavidad oral del niño.⁽¹⁴⁾

Transmisión Horizontal

La transmisión horizontal se da cuando los microorganismos de transmiten por el medio ambiente, esto quiere decir que se transmite cuando el niño sale de la diada madre-hijo, en otras palabras el niño se contagia de las bacterias orales por medio de terceros, ya sean otros niños o personas que no sean la madre.⁽¹⁴⁾

1.1.2.6. Etiología

Dieta

La dieta para la aparición de la caries de infancia temprana, se describe como todo alimento azucarada y que contengo carbohidratos fermentables, tal como la leche, las formulas y líquidos azucarados. También influye el uso de biberón nocturno que es un factor de riesgo para presentar lesiones cariosas.⁽⁶⁾

1. Uso de Biberón: El uso del biberón para que sea un factor de riesgo, este se debe se suministrar con un determinado tiempo y del contacto

nocturno que este presenta. La aparición de la caries de infancia temprana en los incisivos anterosuperiores deciduos se debe a la posición del biberón, esto impide que la saliva cumpla su función.⁽⁶⁾

2. Lactancia Materna: La lactancia materna prolongada también se ve influyente a una temprana edad. La alimentación materna nocturno o también llamada alimentación libre del seno materno, indica que en toda la noche el niño está en condiciones óptimas para el inicio de una colonización y lesiones de caries más rápido, ya que la leche materna, aparte de contribuir con nutrientes esenciales para el desarrollo, también contiene una cierta cantidad de azúcares lo que hace ideal para el metabolismo del *S. Mutans*.⁽⁶⁾

Microorganismos

En todos los tipos de caries dental, el *S. Mutans* es reconocido como el microorganismo principal para la iniciación y desarrollo de la Caries de infancia temprana.⁽¹³⁾

La colonización del *S. Mutans* se da por primera vez en el niño mediante una transmisión vertical, es decir madre-hijo. Esto se debe a un estudio de Caufield et al. (1993) en un estudio prospectivo observacional, examinó a 45 niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, dio como resultado que los microorganismos de la madre, y uno de ellos el *S. Mutans*, está presente en la cavidad oral del niño, esto Caufield denominó como “ventana de infectividad”.⁽¹³⁾

Como toda caries dental, el metabolismo del *S. Mutans* que se encuentra adherido al biofilm de las superficies dentales, es decir la producción de

ácidos, desmineraliza la estructura dentaria hasta la destrucción coronaria. Y como antes mencionada, la estructura dentaria de un diente decidua es menor que la de un permanente lo que el tiempo para que la lesión cariosa avance es mucho mayor.^(6,13)

Cuando se habla de virulencia, se hace referencia a la capacidad de hacer daño, esto quiere decir a la capacidad de crear la enfermedad. En el caso de del S. Mutans, que es la bacteria principal para la producción de la enfermedad, tiene una serie de propiedades que dan a lugar a la enfermedad, los cuales son:^(5,15,16)

- Acidogenicidad: Esta etapa de metabolismo del microorganismo provoca un cambio en el pH oral y por ende hace que se desmineralice el esmalte dental.^(5,15,16)
- Aciduricidad: Es la capacidad de producir ácido encontrándose el mismo en un ambiente ácido, es decir en un ambiente con un pH bajo sin sufrir ningún cambio en su organismo.^(5,15,16)
- Acidofilicidad: Tiene una afinidad por el pH bajo, además que también puede bombear o expulsar protones, es decir hidratos fuera de la célula lo que lo vuelve resistente el mismo ácido que genera.^(5,15,16)
- Síntesis de glucano y fructanos: Los glucanos insolubles ayudan al microorganismo a adherirse a la superficie dentaria, además estas enzimas pueden servir al microorganismo como una fuente de energía y reserva de nutrientes.^(5,15,16)
- Síntesis de polisacáridos intracelulares: Como es el caso del glucógeno, tiene la función de reservar alimento y mantener la producción de ácido por un tiempo largo, ya que como tiene la función

de reserva, este puede seguir generando una cantidad de ácido en el medio oral aunque el sustrato en este caso el azúcar se encuentre escaso.^(5,15,16)

- Producción de dextranasa: Tiene la función de remover los desechos que se forman por el proceso de la síntesis de las enzimas polisacáridos.^(5,15,16)

Huésped

Los dientes más susceptibles a la caries dental son los primeros dientes que erupción en la cavidad oral. En niños la estructura de los dientes deciduos presentan ciertos defectos y características diferentes a los permanentes, una de las características es que el esmalte dental es de menor espesor. Además más que existen también un porcentaje de niños que presentan alteraciones en la estructura del esmalte tal como la hipoplasia del esmalte.^(6,13)

Otro punto importante del huésped, es que la saliva es mínima en la noche, lo cual si se le agrega la alimentación con biberón o seno materno nocturno, este contribuye a ser un factor de riesgo para la producción de caries dental.^(6,13)

1.1.3. Factores socio-epidemiológicos

1.1.3.1. Factores Sociales

Como factores sociales, podemos encontrar el nivel socioeconómico, la caries dental no tiene predilección por los estratos, este puede aparecer en un estrato alto como en el de uno bajo, pero la prevalencia se encuentra más en el estrato bajo, ya que muchas veces no cuentan con los recursos para optar por otra dieta o para costear con los precios de una consulta odontológica.⁽¹¹⁾

También encontramos lo que es la edad, mientras pasa el tiempo la dieta va cambiando en los niños, esta puede llegar a ser cariogénica como no, esto depende de la responsabilidad de los padres de inculcar una conducta saludable para el niño.⁽¹¹⁾

Como otro factor social tenemos a la estructura familiar, en la que se puede apreciar que la familia es una formación social de la esposa, esposo y sus hijos, que tiene funciones biológicas, económicas, psicológicas y sociales⁽¹⁷⁾; por ello se dice que la familia es la expresión más simple de una comunidad, pero el concepto de familia ha ido evolucionando conforme a los cambios sociales y culturales de los distintos momentos y épocas. La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida⁽¹⁸⁾. La familia cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo.^(19,20)

La familia puede ser definida según el enfoque que se busque realizar, en ese caso la familia se puede definir como un sistema, el cual está conformado por un conjunto de personas las cuales interactúan entre sí de una manera organizada e interdependiente regulada por reglas establecidas para relacionarse entre sí y con las demás personas.⁽²¹⁾

Desde el enfoque de la psicología, la familia conlleva a un conjunto de interacciones familiares las cuales se llevan a cabo sistemáticamente, lo cual forma parte del sistema social y que van a generar un desarrollo personal adecuado en la sociedad.⁽²²⁾

La familia monoparental, pueden incrementar el riesgo de presentar caries dental y acentuar su severidad.⁽²³⁾ La familia puede influenciar en el proceso salud-enfermedad, ya que el grupo familiar puede alterar la salud emocional de los individuos que la componen.⁽²⁰⁾ Reisine demostró que la estructura familiar estaba relacionada con el nivel socioeconómico y por ende a la aparición de caries dental, el investigador encontró que cuando el nivel socioeconómico disminuía, la aparición de caries está presente y se elevaba según cuanto disminuían los ingresos.⁽²⁴⁾

1.1.3.2. Factores Educativos

El nivel educativo se toma a partir de las personas a cargo del niño, cuando el nivel de educación es bajo, esto indica que es un factor de riesgo para la caries dental, debido a que no posee los conocimientos necesarios y por ende una capacidad mejor de comprensión. Esto conlleva a que las personas tengan una mayor disposición al cambio de sus conductas.⁽¹¹⁾

Reisine encontró que el nivel de escolaridad bajo de las madres estuvo relacionado con la aparición de caries dental, se encontró que el nivel de secundaria incompleta era el más prevalente entre las madres de su estudio lo cual conlleva a que sus hijos presentaran caries dental.⁽²⁴⁾

La educación para la salud es un objetivo que asegura la preservación de la salud integral del menor, así se le da una mejor calidad de vida. Los padres de familias son los responsables de la educación oral en lo hogares, y al no estar informados, muchos padres fomentan hábitos y cometen errores que son perjudiciales para sus hijos.⁽⁹⁾

1.1.3.3. Factores Fisiológicos

Parto Eutócico

La OMS y el Ministerio de Sanidad y Consumo, definen el parto normal como aquel que tiene un comienzo espontáneo, un bajo riesgo al comienzo del parto y se mantiene así hasta el alumbramiento. El infante nace en posición cefálica entre las 37 a 42 semanas, y tanto madre como hijo se encuentran en buenas condiciones de salud.⁽²⁵⁾

Parto Distócico

La cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto mediante un corte por vía abdominal hasta el útero. En sus comienzos esta intervención fue indicada cuando el parto vía vaginal era imposible de hacer y con el fin de proteger a la madre. En la actualidad es aceptada su realización a solicitud de la paciente.⁽²⁶⁾

Como factor fisiológico tenemos lo que es el tipo de parto, aquí nos encontramos con el parto eutócico y el parto distócico. En el parto eutócico él bebe nace con los microorganismos adquiridos del tracto vaginal de la madre en la cavidad oral, lo que conlleva que en la cavidad oral del recién nacido, ya se encuentra una microflora bacteriana lo que podría ralentizar la llegada del S. Mutans y la colonización de esta, ya que primero debería de eliminar las bacterias del tracto vaginal para poder colonizar la cavidad oral.^(26,27)

En cambio los recién nacidos por parto distócico, carecen de los microorganismos del tracto vaginal de la madre, esto podría verse beneficiado el S. Mutans ya que la cavidad oral estaría sin una previa colonización de

bacterias, lo que le da pase a realizar una colonización más veloz a diferencia del otro caso.^(26,27)

Según un reciente estudio, Li et al llegó a la conclusión que los neonatales tienen un riesgo de adquisición temprana de *S. Mutans* aumentada, ya que al nacer vía cesárea carecen de los microorganismos que se adquieren en un parto por vía vaginal. Esto quiere decir que un parto vaginal da una protección a los neonatales contra la colonización temprana. Es decir que él bebe es expuesto a numerosas bacterias, lo cual demora la colonización del *S. Mutans*, mientras que los bebes nacidos por cesárea están más asépticos lo cual facilita la colonización posterior del *S. Mutans*..⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾⁽²⁴⁾

1.2. Investigaciones

Zaror C. et al (2011); realizaron un estudio de corte transversal, en donde se determinó la prevalencia y que factores se asocian a una caries de infancia temprana y CTI severa, para lo cual evaluaron con una muestra de 301 niños de 2 y 4 años por método no probabilístico, de casos consecutivos y que asistieron al programa Ministerial de Control Odontológico de Niño Sano. Se excluyeron los niños con discapacidad, enfermedad sistémica de base y/o atención odontológica previa en la población de Calbuco, Chile, se utilizó una ficha clínica para registrar datos demográficos, alimentación e higiene oral. El estudio encontró asociación estadísticamente significativo a las variables edad, ruralidad, estado nutricional, uso de biberón y uso de biberón nocturno.⁽³⁰⁾

Villena R et al (2011); realizaron un estudio de tipo descriptivo y transversal, tuvo como propósito determinar la prevalencia y severidad de la caries dental

en niños de 6 a 71 meses de edad en comunidades urbano marginales de Lima. Se evaluó a 332 niños que asistieron a control de niño sano en un establecimiento del Minsa, con los criterios de caries dental de la OMS, se empleó luz natural y quipo no invasivo, se registró presencia y ausencia de mancha blanca. Los resultados de la investigación mostraron que la prevalencia de caries dental era de 62,3 % y que conforme aumentaba la edad aumentaba la prevalencia.⁽³¹⁾

Maria L. et al (2011); realizaron un estudio descriptivo y transversal, en donde se tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo como el hábito de higiene bucal, hábitos dietéticos y forma de transmisibilidad microbiana entre la madre y el niño que favorecen a la presencia de caries dental en niños atendidos en la Clínica Del Niño en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, donde se incluyeron 73 niños de 6 a 36 meses de edad que presentaban lesiones cariosas en los dientes deciduos. Se utilizó una ficha para recolección de datos y un examen clínico para determinar la presencia de manchas blancas y piezas cavitadas. Observaron que el 51.2% de la muestra presentaban caries dental y que los factores higiene bucal y transmisibilidad madre-niño favorecían a la aparición de caries dental.⁽³⁾

Dawani N et al (2012); realizaron un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, donde tuvo como objetivo determinar la frecuencia de caries dentales en niños de pre-escolar de la ciudad de Saddar Karachi Pakistan y los factores relacionados con la caries. Se evaluaron 1000 niños en edad de 3 a 6 años, con un muestreo por conglomerados en dos etapas se utilizó para

seleccionar la muestra. Se examinó severidad de caries dental a través del índice CPOD. Los resultados de la investigación mostraron que la prevalencia de caries fue de 51% con un promedio CPOD de 2.08 (± 2.97). La presencia de placa dental, la mala higiene bucal y el consumo de leche no azucarados fueron significantes con respecto a la caries dental.⁽³²⁾

Aguilar F et al (2014); realizaron un estudio descriptivo y transversal, en donde se buscó determinar la prevalencia de caries y los factores de riesgo en pacientes menores de 48 meses, en el cual se incluyeron 63 niños sin distinción de género que estuvieran inscritos en el programa de Estimulación Temprana de la Unidad Universitaria de Inserción Social de la Universidad Autónoma de Yucatán, en donde se utilizó un cuestionario en el que se registró los factores de riesgo y la higiene oral mediante el índice de O'Leary y la prevalencia de caries con el índice ceo-d. Los resultados encontrados fue que la prevalencia de caries fue de 35%, el ceo-d promedio fue de 1.0 (± 1.86), la lesión de mancha blanca estuvo presente en 73% de los casos de caries.⁽¹⁰⁾

Mulu W et al (2014); realizaron un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, teniendo como propósito determinar la prevalencia y factores asociados a la caries dental entre niños de la escuela primera en la ciudad de Bahir Dar. Se evaluó a 147 niños entre 6 a 15 años de edad que vivan en la ciudad de Bahir Dar. Se examinó bajo un odontólogo calibrado usando el World Health Organization para determinar los diagnósticos dentales, el examen se hizo bajo luz natural y se utilizaron baja lenguas. Los resultados de la investigación mostraron que el 67.6% tenían los dientes limpios. La

proporción de niños con caries dental era de 21.8%. Los factores: pobre hábito de higiene oral, placa dental y dolor de dientes estaban asociados significativamente con la caries dental.⁽³³⁾

1.3. Marco Conceptual

- **Caries de Infancia Temprana:** También llamada caries rampante o caries de biberón, se define como la presencia de caries dental en niños menores de 71 meses.⁽³⁴⁾
- **Caries Dental:** Destrucción de tejido dentario inicia por descalcificación del esmalte.⁽³⁵⁾
- **Dieta:** Es el control de la cantidad y de tipos de alimentos que toma una persona, generalmente para un fin específico.⁽³⁵⁾
- **Educación:** Grado de instrucción que se adquiere en una institución.⁽³⁴⁾
- **Epidemiología:** Rama de la medicina, donde determina las causas, incidencias, prevalencias de epidemias que afectan a las personas.⁽³⁵⁾
- **Estructura Familiar:** Formación social de la esposa, esposo y sus hijos, que tiene funciones biológicas, económicas, psicológicas y sociales.⁽³⁴⁾
- **Etiología:** Usado con enfermedades para agentes causales incluyendo microorganismos.⁽³⁴⁾
- **Factores de riesgo:** Comportamiento o estilo de vida, que influye en el aumento de una característica que daña a la persona.⁽³⁴⁾
- **Nivel socioeconómico:** Clase social que se define con criterios como la educación, la ocupación, salarios y ocupación geográfica.⁽³⁴⁾

- **Parto:** Proceso natural en donde la mujer expulsa el feto hacia el medio ambiente, esta consta de tres fases: dilatación, expulsión y alumbramiento.⁽³⁴⁾

Capítulo II: El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables

2.1. Planeamiento del Problema

2.1.1.Descripción de la Realidad Problemática

La caries dental responde a una enfermedad infecto-contagiosa, transmisible, producida por la presencia de bacterias específicas como es *Streptococcus Mutans*, un huésped cuyas condiciones sean favorables para su adherencia y un ambiente adecuado, como es la cavidad bucal. Una variante de la caries dental se denomina caries de la infancia temprana, también conocida como caries de biberón porque lo que se inicia poco después de la erupción dental, se desarrolla en la superficies dentales lisas con una rápido progresivo debido a la libre demanda de biberón en niños menores de 71 meses de edad. La caries de infancia temprana esta asociada con la ingesta excesiva de cualquier líquido azucarado y a la libre demanda del seno materno, a la falta de higiene bucal y a la educación recibida de los padres sobre salud oral entre otros factores.

La OMS, en el 2012, informa que en todo el mundo el 60-90% de los escolares tienen caries dental y que esta enfermedad bucodental es mayor en las zonas de privación y pobreza. En el mundo entero el 90% tienen caries así como América Latina, los países de Oriente Medio, Asia del Sur y menos prevalente en China. En los Estados Unidos una de las enfermedades más común y crónica de la niñez es la caries dental, conforme pase el tiempo esta enfermedad va disminuyendo poco a poco, se relaciona y se aplican medidas de prevención e higiene oral.⁽³⁾

La caries dental es una de las afecciones bucales más prevalentes en el Perú con un porcentaje de 98% según MINSA. Su etiología multifactorial no solo depende de factores biológicos, sino que además se ve influenciado por una gama amplia de factores de riesgo que determinan la aparición de esta enfermedad.⁽³⁾

En la institución educativa, en donde se ejecutó la investigación, la prevalencia de caries es alta ya que los pacientes que ingresan al establecimiento pertenecen a diferentes rangos socio-económicos del país.

Al no realizarse esta investigación por lo mencionado anteriormente se ve en la necesidad de implementar programas preventivos que eduquen a las madres o cuidadores del niño, dar a conocer su naturaleza infecciosa y transmisible.

El beneficio de la investigación es aumentar la orientación a los padres sobre factores de riesgo que condicionan a la presencia de caries dental y de su control, fomentando con ello el autocuidado como estrategia de prevención antes de que se instale la caries dental. Como a su vez orientar al odontólogo, en este caso el alumno de Clínica a determinar que cuidados son los que debe tomar frente a cada paciente.

2.1.2. Definición del Problema

2.1.2.1. Problema Principal

¿Cómo se asocian los factores socio-epidemiológicos con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017-III?

2.1.2.2. Problemas Específicos

¿Cómo se asocian los factores sociales con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017-III?

¿Cómo se asocian los factores educativos con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017-III?

¿Cómo se asocian los factores fisiológicos con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017-III?

2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1. Finalidad

La presente investigación tuvo por finalidad determinar la relación de los factores de riesgo con la caries de infancia temprana, para que así nos permita establecer las necesidades de los pacientes según sus características del momento y desde el nacimiento, para así elaborar estrategias de intervención temprana y protocolos de atención especializados, ya que la caries de infancia temprana se inicia poco después de la erupción dentaria y es de un progreso rápido. Además de corregir conductas como alimentación cariogénica a libre demanda. Es por esto que el presente trabajo buscó determinar la asociación de los factores de riesgo con la caries de infancia temprana, mediante la evaluación de las historias clínicas de los niños atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.2.2. Objetivo General Y Específicos

2.2.2.1. Objetivo General

Determinar la asociación de los factores socio-epidemiológicos con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017-III

2.2.2.2. Objetivos Específicos

Determinar la asociación de los factores sociales con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la

Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017-III

Identificar la asociación de los factores educativos con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017-III

Establecer la asociación de los factores fisiológicos con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017-III

2.2.3. Delimitación del Estudio

La presente investigación fue llevada a cabo en el semestre académica 2017-III, periodo comprendido entre los meses de agosto a diciembre del año en mención, constituyéndose así los límites temporales del estudio. El estudio se llevó a cabo bajo modelo observacional analizando las historias clínicas de los pacientes niños de 12 a 60 meses de edad, los cuales se sometieron a los procesos planificados por el investigador, permitiendo así comprender la relación existente entre la caries de infancia temprana con los factores de riesgo. La obtención y evaluación de los datos fue llevada a cabo en los ambientes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.2.4. Justificación e Importancia del Estudio

La caries dental es una enfermedad infecto-contagiosa de origen multifactorial, que tiene como consecuencia la desmineralización de los tejidos duros del diente, hasta la destrucción de dicho diente.⁽¹²⁾

Entre las presentaciones de dichas caries esta la caries de infancia temprana se presenta en niños de 12 a 60 meses de edad, ya que es en esa edad donde empiezan a erupcionar los primeros dientes del infante. En la actualidad se conoce que existen muchos factores asociados a la aparición de dicha enfermedad, trayendo como consecuencias problemas en la salud oral como odontalgia y extracciones prematuras de los dientes deciduos, entre otros tratamientos. La incidencia de caries de infancia temprana es de 75%⁽³⁶⁾ en países en vías de desarrollo lo cual la prevención en salud oral debe comenzar mucha antes de la instalación y cavitación de los dientes deciduos, los padres deben estar al tanto de la salud oral de sus hijos, tomar conciencia del cuidado bucal, es por esta razón que la presente investigación buscó determinar la asociación de los factores socio-epidemiológicos con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad, con el fin de crear protocolos especiales para modificar la prevalencia y por ende prevenir la enfermedad.

2.3. Hipótesis y Variables

2.3.1. Hipótesis Principal y Específicas

Hipótesis Principal

Los factores socio-epidemiológicos se asocian significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017-III

Hipótesis Específicas

Los factores sociales se asocian significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017-III

Los factores educativos se asocian significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017-III

Los factores fisiológicos se asocian significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017-III

2.3.2. Variables e Indicadores

En la presente investigación participaron las siguientes variables con sus respectivos indicadores:

A. Variables de Estudio:

- **Variable Independiente:**
 - Factores Socio-Epidemiológico
 - **Indicadores:**
 - Factores Sociales
 - Factores Educativos
 - Factores Fisiológicos
- **Variable Dependiente:**
 - Prevalencia de Caries de Infancia Temprana
 - **Indicadores:**
 - Presencia de Lesión Cariosa

Capítulo III: Método, Técnica e Instrumento

3.1. Población y Muestra

La población de estudio estuvo constituida por todas las historias de los niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, quienes acudieron en el semestre académico 2017-III.

El tipo de muestra que se llevó a cabo fue de tipo no probabilístico consecutivo, en una muestra conformada por 100 casos (niños atendidos en la Clínica del Niño), ya que se seleccionó las historias clínicas de los niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en el periodo académico 2017-III atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Los individuos que fueron considerados unidades muestrales en el estudio, se evaluaron en base a los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de Inclusión

Las historias de los pacientes, para ser considerados dentro del estudio como unidades de muestreo, debieron cumplir con los siguientes criterios:

- Historias de pacientes niños atendidos en la Clínica del Niño de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Historias de pacientes niños de 12 a 60 meses de edad.
- Historias con presencia de caries.
- Historias clínicas completas y selladas por el docente a cargo.
- Historias con pacientes en aparente buen estado de salud general.

Criterios de Exclusión

Los pacientes que presentaron alguno de los criterios listados abajo, no podrán ser considerados como unidades muestrales del estudio:

- Historias con pacientes menores de 12 meses y mayores a 60 meses de edad.
- Historias con pacientes con enfermedad sistémica.
- Historias clínicas incompletas.
- Historias clínicas con 2 años de antigüedad.

3.2 Diseño Utilizado en el Estudio

El estudio fue de finalidad descriptiva, tipo observacional, de corte transversal y retrospectivo con enfoque cuantitativo.

3.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnica de Recolección de Datos

La recolección de los datos en el presente estudio se llevó a cabo por medio de la técnica de observación estructurada no participante individual de campo; por la cual el investigador realizó la evaluación clínica de las unidades de análisis que conformaron la muestra de estudio; dichos datos obtenidos fueron registrados en el instrumento de investigación. Para la recolección de datos, previamente se realizó el permiso correspondiente a la Dirección Clínica de la Facultad para el permiso de registrar las historias clínicas.

Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento de recolección de datos empleado en la presente investigación fue una ficha de observación ad-hoc (**Ver Anexo 01**), elaborada por el tesista conjuntamente con el asesor del proyecto, el cual fue validada por 3 Magísteres expertos en el tema. Se hizo presente una solicitud de permiso para el registro de las historias clínicas en Dirección de Clínica de la Facultad de Estomatología, se tomó las historias clínicas, se registró las historias que se encuentran dentro de los parámetros de los criterios de inclusión antes mencionado.

La ficha consta de datos generales:

1. Numero de Historia Clinica

2. Sexo

- Masculino – Femenino.

3. Fecha de Nacimiento

4. Fecha de Evaluación

Para la evaluación de los factores se seguirá una serie de pasos:

1. Evaluación de los Factores Socio-Epidemiológicos

- **Factores Sociales:**
 - Estructura Familiar.
- **Factores Educativos:**
 - Nivel de educación de los padres.
- **Factores Fisiológicos:**
 - Tipo de Parto.

2. Análisis de la Prevalencia de Caries de Infancia Temprana

- Presencia de Caries Dental.

3.4 Procesamiento de Datos

Posterior a la recolección de datos se procedió a organizar las fichas de recolección y a enumerarlas para ser ingresadas a la base de datos en Microsoft Excel en su versión de acceso, bajo las modificaciones planteadas por el investigador. El procesado de los datos se llevó a cabo en una laptop de marca Inspiron, modelo 3537 versión 1607, de 4GB de memoria RAM con sistema operativo Windows 10 Home.

La información recolectada fue analizada con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) en su versión de acceso; en la cual se llevó a cabo la aplicación de estadística descriptiva para establecer la distribución de los datos recolectados a través de medidas de tendencia central, dispersión, forma y posición.

Tanto los resultados de las pruebas estadísticas descriptivas como inferenciales fueron expresadas mediante tablas y figuras.

Los resultados muestrales fueron inferidos a la población mediante estimación por intervalo a un 95% de confianza.

Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados

4.1. Presentación de los Resultados

Tabla 01. Distribución de Frecuencias del Género Sexual

GÉNERO SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	58	58%
Femenino	42	42%

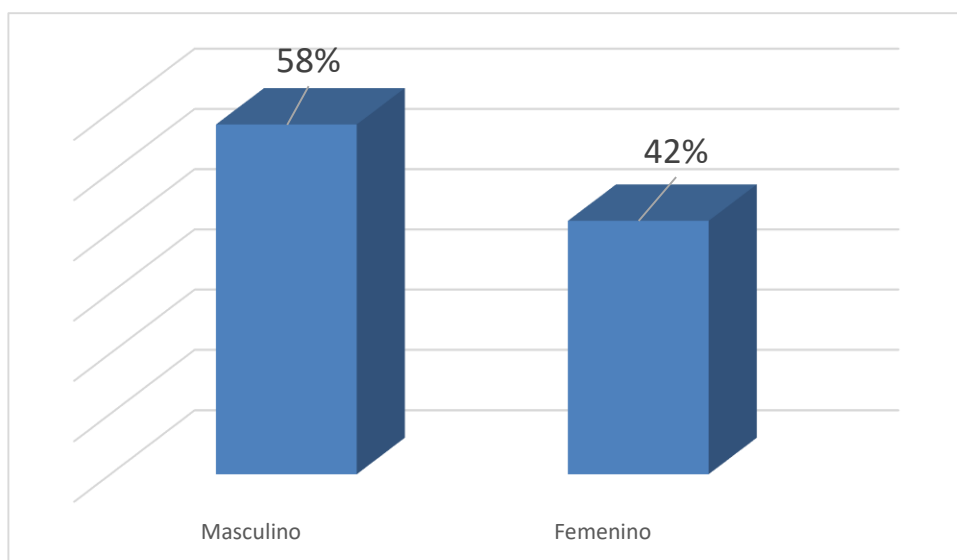


Figura 01. Distribución del Género Sexual

Tal como se pudo observar en la tabla y figura previamente presentado, el género sexual más frecuente fue el masculino con 58% de la muestra total.

(n=100)

Tabla 02. Distribución de Frecuencias de la Edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 12 meses a 23 meses	8	8%
De 24 meses a 35 meses	39	39%
De 36 meses a 47 meses	18	18%
De 48 meses a 60 meses	35	35%

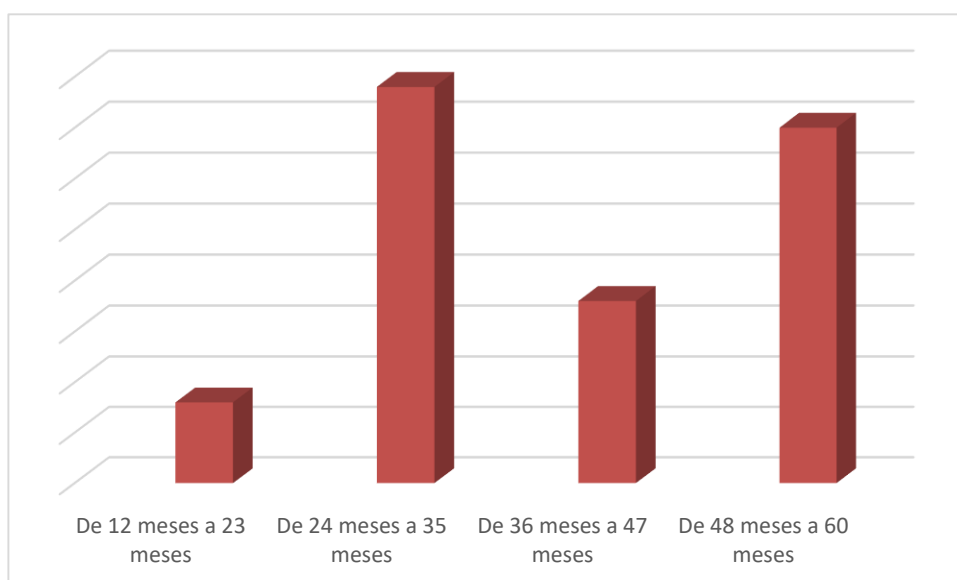


Figura 02. Distribución de la Edad

Mediante la tabla y figura previamente presentada, se pudo determinar que el rango de edad de 24 a 35 meses fue el más frecuente con 39% de la muestra total. (n=100)

Tabla 03. Distribución de Frecuencias de la Estructura familiar

ESTRUCTURA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Padres Juntos	89	89%
Padres Separados	11	11%

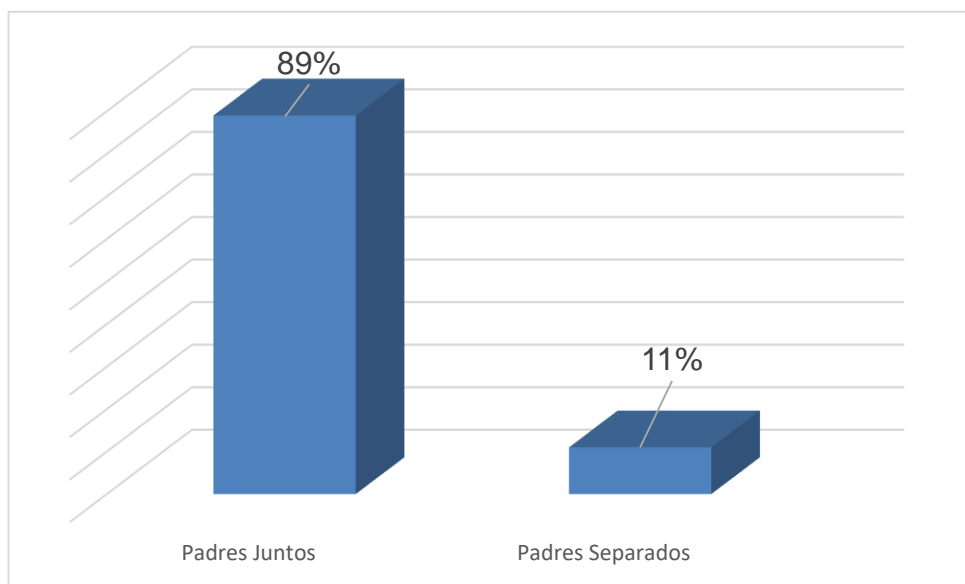


Figura 03. Distribución de la Estructura familiar

En la tabla y figura previamente presentado se observó que la variable padres juntos fue el más frecuente con 89% de la muestra total. (n=100)

Tabla 04. Distribución de Frecuencias del Nivel de Educación de los Padres

NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PADRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeto	0	0%
Inicial	0	0%
Primaria	4	4%
Secundaria	62	62%
Superior	34	34%

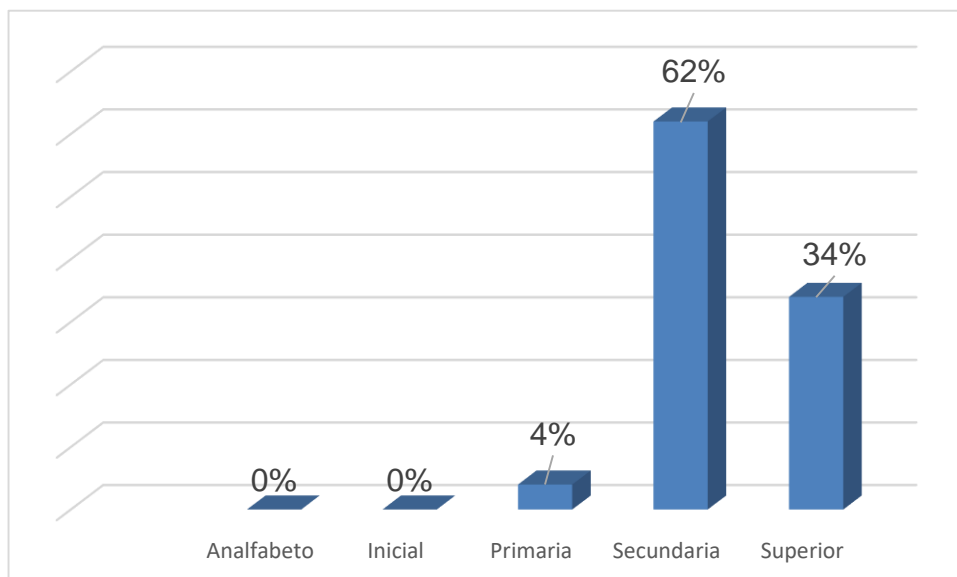


Figura 04. Distribución del Nivel de Educación de los Padres

Se determinó mediante la tabla y figura previamente presentada, que el nivel de educación secundaria fue el más frecuente con 62% de la muestra total.

(n=100)

Tabla 05. Distribución de Frecuencias del Tipo de Parto

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Eutócico	56	56%
Distócico	44	44%

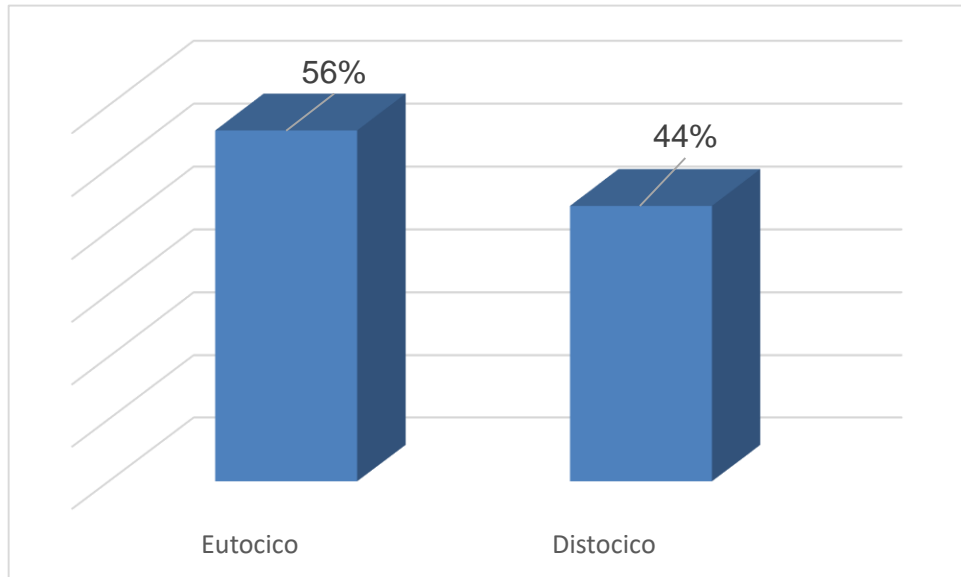


Figura 05. Distribución del Tipo de Parto

El tipo de parto eutócico fue el más frecuente con 56% de la muestra total (n=100), determinado así mediante la tabla y figura previamente presentado.

Tabla 06. Distribución de Frecuencias de la Prevalencia de Caries de Infancia Temprana

PRESENCIA DE LESIÓN DE CARIES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No Presenta	25	25%
Si Presenta	75	75%

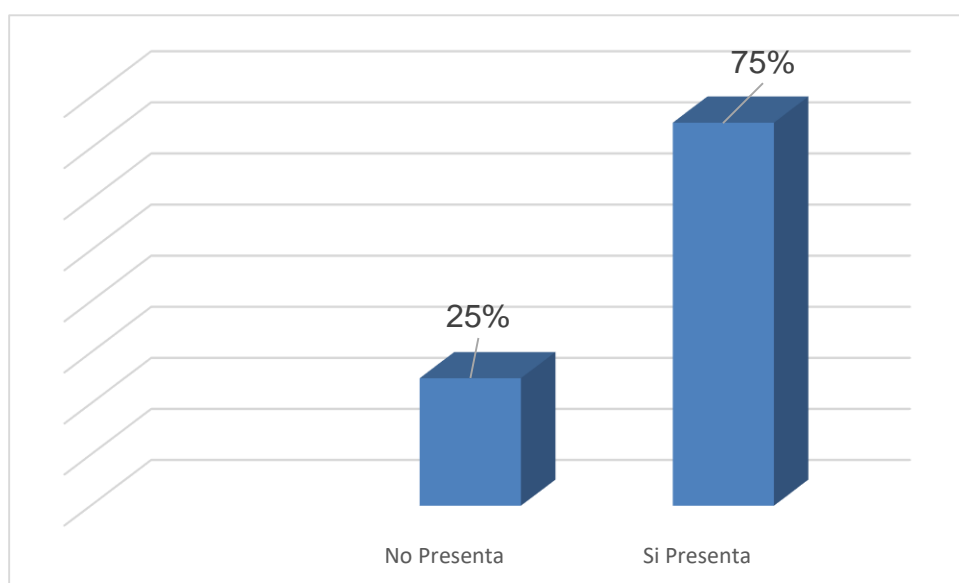


Figura 06. Distribución de la Prevalencia de Caries de Infancia Temprana

La variable presencia de caries de infancia temprana fue la más frecuente con 75% de la muestra total previamente presentado mediante la tabla y figura.

TABLA Nº 07.- Distribución de la asociación de la estructura familiar con la prevalencia de caries de infancia temprana en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega el 2017-

III.

Estructura Familiar	Presencia de Lesión de Caries		P-VALOR†
	Si Presenta	No Presenta	
	n (%)	n (%)	
Padres Juntos	65 (73)	24 (27)	0.198*
Padres Separados	10 (90)	1(10)	
TOTAL	75 (75)	25 (25)	

†Prueba Chi Cuadrado de Pearson.

*Diferencia Estadísticamente No Significativa al 95% de Confianza. (P>0.05)

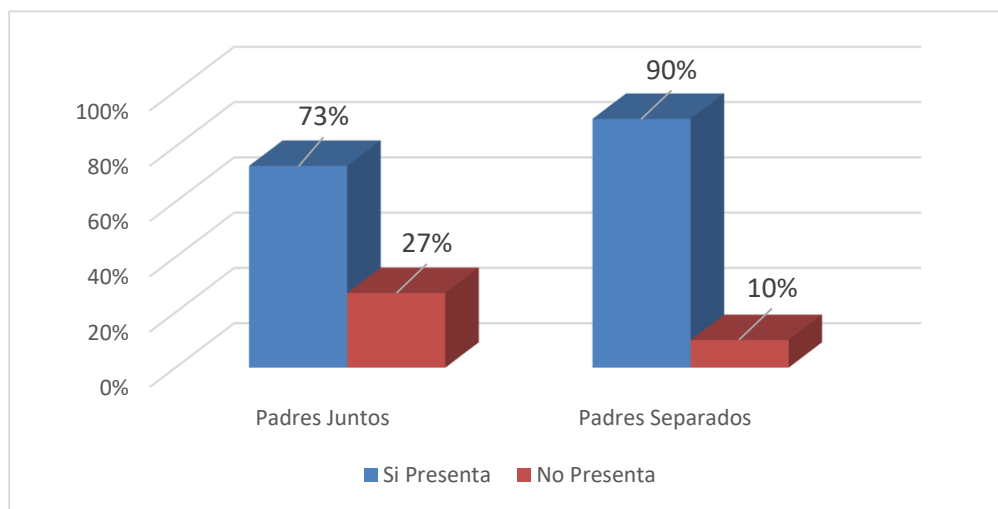


Figura 07- Asociación de la estructura familiar con la prevalencia de caries de infancia temprana en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega el 2017-III.

TABLA Nº 8.- Distribución de la asociación del nivel de educación de los padres con la prevalencia de caries de infancia temprana en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega el 2017-III.

Nivel de Educación de los Padres	Presencia de Lesión de Caries		P-VALOR†
	Si Presenta	No Presenta	
	n (%)	n (%)	
Analfabeto	0 (0)	0 (0)	0.150
Inicial	0 (0)	0 (0)	
Primaria	4 (100)	0 (0)	
Secundaria	49 (79)	13 (21)	
Superior	22 (64.7)	12 (35.3)	
TOTAL	75 (75)	25 (25)	

†Prueba Chi Cuadrado de Pearson.

*Diferencia Estadísticamente No Significativa al 95% de Confianza. (P>0.05)

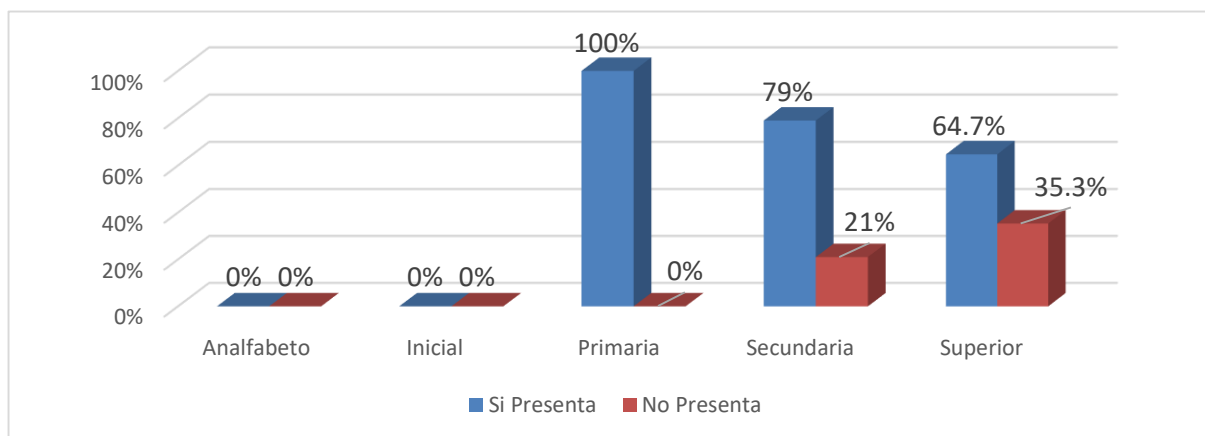


Figura 8.- Asociación del nivel de educación de los padres con la Prevalencia de caries de infancia temprana en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega el 2017-

III.

TABLA Nº 9.- Distribución de la asociación del tipo de parto con la prevalencia de caries de infancia temprana en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega el 2016.

Tipo de Parto	Presencia de Lesión de Caries		P-VALOR†
	Si Presenta	No Presenta	
	n (%)	n (%)	
Eutócico	36 (64.3)	20 (35.7)	0.006*
Distócico	39 (88.6)	5 (11.4)	
TOTAL	75 (75)	25 (25)	

†Prueba Chi Cuadrado de Pearson.

*Diferencia Estadísticamente Significativa al 95% de Confianza. (P<0.05)

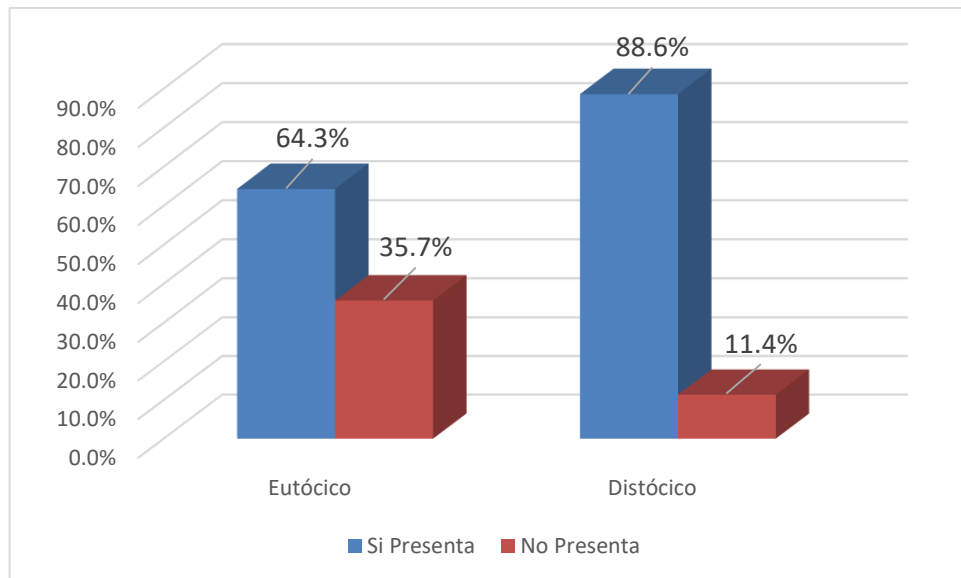


Figura 9.- Asociación del tipo de parto con la prevalencia de caries de infancia temprana en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega el 2017-III.

4.2. Contrastación de Hipótesis

HIPÓTESIS PRINCIPAL:

“Los factores socio-epidemiológicos se asocian significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”

Debido a la complejidad de las variables de medición, esta se subdividió en hipótesis específicas.

Contrastación de Hipótesis Específicas

Para poder entender de manera precisa el evento de estudio, se analizó de manera separada sus hipótesis específicas, las cuales fueron:

1. *“Los factores sociales se asocian significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”*
2. *“Los factores educativos se asocian significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”*

3. *“Los factores fisiológicos se asocian significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”*

Contrastación de Hipótesis Específica 1

La hipótesis específica 1 correspondió a:

“Los factores sociales se asocian significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”

Debido a la complejidad de esta hipótesis, para realizar un mejor análisis de la misma, se la subdividió en las siguientes hipótesis secundarias.

1. *“La estructura familiar se asocia significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”*

Al encontrarse un P-Valor mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis nula, por lo que declararemos que se ha establecido la independencia de las variables; es decir, que la estructura familiar no está asociado con la prevalencia de caries de infancia temprana.

Contrastación de Hipótesis Específica 2

La hipótesis específica 2 correspondió a:

“Los factores educativos se asocian significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”

Debido a la complejidad de esta hipótesis, para realizar un mejor análisis de la misma, se la subdividió en las siguientes hipótesis secundarias.

1. *“El nivel de educación de los padres se asocia significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”*

Toma de Decisión

Al encontrarse un P-Valor mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis nula, por lo que declararemos que se ha establecido la independencia de las variables; es decir, que el nivel de educación de los padres no está asociado con la prevalencia de caries de infancia temprana.

Contrastación de Hipótesis Específica 3

La hipótesis específica 3 correspondió a:

“Los factores fisiológico se asocian significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 6 a 71 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”

Contrastación de Hipótesis Secundaria 1

La hipótesis secundaria 1 correspondió a:

“El tipo de parto se asocia significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”

Toma de Decisión

Al encontrarse un P-Valor menor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis válida, por lo que declararemos que se ha establecido la dependencia de las variables; es decir, que el Tipo de parto está asociado con la Prevalencia de caries de infancia temprana.

4.3. Discusión de los Resultados

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación de los factores socio-epidemiológicos con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017-III, obteniendo como resultados que en la población del estudio, el género masculino fue de un 58% y el género femenino de un 42%, siendo el más frecuente el género sexual masculino.

Con respecto a la edad se obtuvo como resultados que, del rango de edad de 12 meses a 23 meses fue de 8%, de 24 meses a 35 meses fue de 39%, de 36 meses a 47 meses de 18% y por último de 48 meses a 60 meses con 35% de la población estudiada, observando que la edad más frecuente en el estudio fue de 24 a 35 meses que viene a hacer de 2 años a 2 años 11 meses.

Con respecto a la estructura familiar se obtuvieron como resultados que el 89% de los niños que asistieron a la consulta en la clínica tenían padres juntos y que solo el 11% restante de los niños que acudieron a la consulta tenían padres separados, observando que la variable padres juntos tuvo mucha más frecuencia.

Con respecto al nivel de educación de los padres, se obtuvieron como resultados que no hubo padres analfabetos y padres con solo educación inicial, los padres con educación primaria tuvo un resultado del 4% de la población, el nivel secundaria el 62% de la población y el nivel superior 34% de la población. Se observó que la población más frecuente en la clínica del niño presentaba una educación de nivel secundaria con un 62% de toda la población estudiada (100).

Con respecto al tipo de parto se obtuvieron como resultados que el tipo de parto eutócico fue de 56% y el tipo de parto distócico fue de 44%. Como se observa el tipo de parto eutócico es el más frecuente con un 56% de la población total (100).

Con respecto a la prevalencia de caries de infancia temprana, el 75% de la población total presentaba caries de infancia temprana mientras que el otro 25% no presentaba. Esta cifra es un poco alarmante ya que más de la mitad de la población total presenta una experiencia de caries dental.

Con respecto a la hipótesis de que los factores sociales se asocian significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se evaluó la relación de la estructura familiar como factor social con la presencia de caries, el cual dio como resultado un p-valor de 0.198 siendo mayor a 0.05 lo que quiere decir que no hay una diferencia estadística significativa con el que se pudo decir que no existe una asociación entre la estructura familiar y la caries de infancia temprana, aunque se pudo evidenciar que los niños con padres

juntos presentaban un 73% de presencia de caries de infancia temprana que representa un 65 casos de la población total (100).

Con respecto a la hipótesis de que los factores educativos se asocian significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se evaluó la relación entre el nivel de educación de los padres con la presencia de caries de infancia temprana en los niños, dando como resultado un p-valor de 0.150 siendo mayor a 0.05, esto quiere decir que no hay una diferencia estadísticamente significativa con lo que se pudo decir que no hay una asociación entre ambas variables, sin embargo en los padres con nivel de educación secundaria que fue la más frecuente de la población total, presenta un 79% de caries siendo un 49 de casos de la población total (100).

Con respecto a la hipótesis de que los factores fisiológicos se asocian significativamente con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 6 a 71 meses de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se evaluó la relación entre el tipo de parto y la presencia de caries de infancia temprana dando como resultado un p-valor de 0.006 siendo menor a 0.05 lo que quiere decir que si existe una asociación entre el tipo de parto y la presencia de caries de infancia temprana, además se observó que la mayor prevalencia de caries se presentó en el tipo de parto distócico con un 88.6% siendo 39 casos de la población total (100).

Zaror C. et al (2011); realizaron un estudio de corte transversal, en donde se determinó la prevalencia y que factores se asocian a una caries de infancia

temprana y CTI severa, para lo cual evaluaron con una muestra de 301 niños de 2 y 4 años por método no probabilístico, de casos consecutivos y que asistieron al programa Ministerial de Control Odontológico de Niño Sano. Se excluyeron los niños con discapacidad, enfermedad sistémica de base y/o atención odontológica previa en la población de Calbuco, Chile, se utilizó una ficha clínica para registrar datos demográficos, alimentación e higiene oral. El estudio encontró una prevalencia de CIT en un 70% con una severidad de 52% y una asociación estadísticamente significativo a las variables edad, ruralidad, estado nutricional, uso de biberón y uso de biberón nocturno.⁽³⁰⁾ En la presente investigación también se obtuvieron resultados similares en cuanto a la prevalencia de caries de infancia temprana donde se encontró un 75% de la población total.

Villena R et al (2011); realizaron un estudio de tipo descriptivo y transversal, tuvo como propósito determinar la prevalencia y severidad de la caries dental en niños de 6 a 71 meses de edad en comunidades urbano marginales de Lima. Se evaluó a 332 niños que asistieron a control de niño sano en un establecimiento del Minsa, con los criterios de caries dental de la OMS, se empleó luz natural y quipo no invasivo, se registró presencia y ausencia de mancha blanca. Los resultados de la investigación mostraron que la prevalencia de caries dental era de 62,3 % y que conforme aumentaba la edad aumentaba la prevalencia.⁽³¹⁾ En la presente investigación también se registró similares resultados, el cual la prevalencia de caries superaba el 50% de casos, y que la edad de 24 meses a 35 meses era la población más afectada.

Maria L. et al (2011); realizaron un estudio descriptivo y transversal, en donde se tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo como el hábito de higiene bucal, hábitos dietéticos y forma de transmisibilidad microbiana entre la madre y el niño que favorecen a la presencia de caries dental en niños atendidos en la Clínica Del Niño en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, donde se incluyeron 73 niños de 6 a 36 meses de edad que presentaban lesiones cariosas en los dientes deciduos. Se utilizó una ficha para recolección de datos y un examen clínico para determinar la presencia de manchas blancas y piezas cavitadas. Observaron que el 51.2% de la muestra presentaban caries dental y que los factores higiene bucal y transmisibilidad madre-niño favorecían a la aparición de caries dental.⁽³⁾ En la presente investigación también se registró una prevalencia de caries de infancia temprana en un 75% de la población total y en el ámbito de transmisibilidad el presente estudio lo vio en el tipo de parto en el cual dio como resultado que el parto distócico tiene mayor riesgo de caries de infancia temprana.

Aguilar F et al (2014); realizaron un estudio descriptivo y transversal, en donde se buscó determinar la prevalencia de caries y los factores de riesgo en pacientes menores de 48 meses, en el cual se incluyeron 63 niños sin distinción de género que estuvieran inscritos en el programa de Estimulación Temprana de la Unidad Universitaria de Inserción Social de la Universidad Autónoma de Yucatán, en donde se utilizó un cuestionario en el que se registró los factores de riesgo y la higiene oral mediante el índice de O'Leary y la prevalencia de caries con el índice ceo-d. Los resultados encontrados fue

que 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.⁽¹⁰⁾ En el presente estudio también se obtuvieron resultados parecidos en cuanto la prevalencia de caries de infancia temprano ya que resulto en un 75% de la población total.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

La conclusión del objetivo de determinar la asociación de los factores socio-epidemiológicos con la prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 12 a 60 meses de edad en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017-III fue de que no existe una asociación directa entre ambas variables, sin embargo el factor fisiológico si tiene una asociación con la prevalencia de caries de infancia temprana.

Entre el factor social con la prevalencia de caries de infancia temprana se concluyó que no existe una asociación entre ambas variables ya que el resultado mostro un p-valor de 0.198 siendo mayor a 0.05, sin embargo los niños que acudieron a la consulta con padres juntos siendo el 89% del total de niños atendidos presentaron la mayor frecuencia de caries de infancia temprana.

Identificando el factor educativo con la prevalencia de caries de infancia temprana, se concluyó que no existe una asociación entre ambas variables ya que el estudio demostró un p-valor igual 0.150, sin embargo el nivel de educación secundaria de los padres fue la que presentaba más prevalencia de caries de infancia temprana en sus niños en un 62% de la población estudiada en la previa investigación.

Entre la asociación del factor fisiológico, en este caso el tipo de parto con la prevalencia de caries de infancia temprana se concluyó que si existe una asociación entre ambas variables porque en el resultado se demostró un p-

valor de 0.006 siendo menor a 0.05, lo que confirma lo mencionado anteriormente, esto quiere decir que el tipo de parto está asociado con la prevalencia de caries de infancia temprana, según el estudio previo el tipo de parto distócico presenta mayor prevalencia de caries de infancia temprana observándose un 88.6% siendo 39 casos de la población total.

5.2. Recomendaciones

- ❖ Se recomienda que para futuras investigaciones, evaluar distintas variables que se presentan en la historia clínica de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología, para así obtener mejores resultados y tener una visión global de las necesidades de los pacientes.
- ❖ Se recomienda que se determinen distintos factores sociales para así tener un resultado objetivo, además que al anotar que indistintamente de la relación de los padres, tratar de instruir a la persona a cargo del niño a la higiene bucal y dieta para evitar la experiencia de caries y/o disminuirla.
- ❖ Se recomienda siempre empezar cada tratamiento instruyendo a los padres para tener un apoyo tanto a la hora de la cita odontológica como también en casa.
- ❖ Se recomienda que al registrar en la historia clínica que si el niño nació por parto distócico, tener muchos más cuidados y emplear métodos preventivos para disminuir su exposición a la caries de infancia temprana.

Referencias Bibliográficas

1. Guideline on infant oral health care. Clinical practice guidelines.USA; 2014; 37(6):146-150.
2. Henostroza Haro G. Diagnóstico de caries dental. Lima(PER): Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.
3. Maria Castaneda L. Factores de riesgo para caries dental en infantes de 6 a 36 meses atendidos en la clínica del niño, facultad de odontología, universidad nacional mayor de san marcos 2007. Odontol Sanmarquina 2011; 14(1):1-3.
4. Dawkins E et al. Dental caries among children visiting a mobile dental clinic in south central kentucky : a pooled cross-sectional study. BMC Oral Health 2013; 13(19):1-9.
5. Karakowsky L, Alonso M. Caries de la infancia temprana. Perinatol Reprod Hum 2009; 23(2):90-97
6. Montero Diaz K. Caries de aparición temprana [tesis de titulación]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2008.
7. Escobar Muñoz F. Odontología pediátrica. España: AMOLCA; 2005.
8. McDonald R. Odontología pediátrica y del adolescente. 6ta ed. España: Times Mirror International; 1995.
9. Paz M. Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del honadomani "san bartolome" MINSA 2014 [tesis de titulación]. Lima(PER): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
10. Aguilar Ayala FJ, Duarte Escobedo CG, Rejón Peraza ME. Prevalencia

- de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. *Acta Pediatr Mex* 2014; 35:259-266.
11. 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 de titulación]. Lima(PER): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
 12. Arango M, Baena G. Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. *Rev Estomatológica* 2011; 12(1):59-65.
 13. Achahui Arango P, Albinagorta M, Arauzo C, Cadenillas A. Caries de infancia temprana: diagnóstico e identificación de factores de riesgo. *Rev Estomatol* 2014; 13(2):119-137.
 14. Palomer L. Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. *Rev Chil Pediatr* 2006; 77(1):56-60.
 15. Estrada Riveron J. Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. *Rev Cubana Estomatol* 2006; 77(1):56-60.
 16. Lujan E. Factores de riesgo de caries dental en niños. *Rev Electron MediSur* 2007; 5(2):16-21.
 17. Marta D, Capote M, Ernesto L, Trujillo C. Relación de la salud bucal con la familia y el estomatólogo. *Rev Cubana Estomatol* 2012; 49(3):256-66.
 18. Moore SC. Parents' reasons for brushing or not brushing their child's teeth: a qualitative study teeth. *Internal Journey of Paedriatic Dentistry* 2014; 24:104-112.
 19. Diaz S. Caries dental y estructura familiar en niños escolares y preescolares de una institución educativa de cartagena de indias [tesis de titulación]. Cartagena(COL): Universidad de Cartagena; 2015.

20. María M, Fernández C, Ernesto L, Trujillo C. Importancia de la familia en la salud bucal. *Rev Cubana Estomatol* 2012; 49(1):47-54.
21. Gómez EO. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris* 2014; 10:11-20.
22. González A. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Rev Internacional de Sistemas* 2010; 14(1):21-34.
23. Gonz CF, Arango LC. Indicadores de riesgo para la caries dental en niños preescolares de la boquilla, cartagena. *Rev Salud Pública* 2009; 11(4):620-630.
24. Gonzalez F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev Salud Publica* 2010; 12(5):843-851.
25. Arnau J. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de murcia. *Rev Antropol Iberoam* 2012; 7(2):225-247
26. Schnapp C. Cesarean Section. *Rev Med Clin Condes* 2016; 25(6):987–992.
27. Cuestas E. Los niños nacidos por cesárea toman menos lactancia materna. *Evid Pediatr* 2011; 7:2-5.
28. Boustedt K, Roswall J, Dahlén G, Dahlgren J, Twetman S. Salivary microflora and mode of delivery: a prospective case control study. *BMC Oral Health* 2015; 1:1-5.
29. Ruiz-sánchez J, Espino S, Vallejos-parés A, li LD. Cesárea: tendencias y resultados. *Perinatol Reprod Hum* 2013; 28:33-40.
30. Zaror Sánchez C, Pineda Toledo P, Orellana Cáceres JJ. Prevalencia

de caries temprana de la infancia y sus factores asociados en niños chilenos de 2 y 4 años. *Int J Odontostomatol* 2011; 5(2):171-177.

31. Villena Sarmiento R. 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.
32. Dawani N, Nisar N, Khan N, Syed S, Tanweer N. Prevalence and factors related to dental caries among pre-school children of saddar town, karachi, pakistan: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2012; 12(1):1-59.
33. Mulu W, Demilie T, Yimer M, Meshesha K, Abera B. Dental caries and associated factors among primary school children in bahir dar city: a cross-sectional study. *BMC Research Notes* 2014; 7:1-7.
34. *Descriptores en Ciencias de la Salud*. Sao Paulo: Biblioteca Virtual em Saúde; 2003.
35. *Medical Subject Headings*. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2002.

Anexos

ANEXO 01



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA

Nº:

FICHA DE OBSERVACIÓN AD-HOC DE RECOLECCIÓN DE DATOS

"ASOCIACION DE LOS FACTORES DE RIESGO SOCIO-EPIDEMIOLOGICOS CON LA PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA EN NIÑOS DE 12 A 60 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA EN EL AÑO 2017-III"

INSTRUCCIONES

Antes de iniciar con la observación, procure encontrarse en un estado de equilibrio emocional y somático. Si se siente cansado, estresado o enfermo, suspenda la observación.
Procure realizar todas las mediciones bajo las mismas condiciones de comodidad.
En el caso de no tener certeza sobre la medición de alguna unidad de análisis, descarte su evaluación.
Registre los datos sin borrones ni enmendaduras.
Los espacios en los que no pueda registrar información, táchelos con una línea.

a) DATOS GENERALES.-

NÚMERO DE HISTORIA CLINICA:

SEXO: Masculino Femenino

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DE EVALUACION:

b) DATOS ESPECÍFICOS.-

1.- FACTORES DE RIESGO SOCIO-EPIDEMIOLOGICOS:

Factores Sociales

• Estructura Familiar: Padres juntos Padres separados

Factores Educativos

• Nivel de Educación: Analfabeta Inicial Primaria
Secundaria Superior

Factores Fisiológicos

• Tipo de Parto: Eutócico Distócico

2.- PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA:

• Presencia de Lesión cariosa: No Si