



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO

“Nivel de Conocimiento de Pediatras y Médicos
Familiares sobre la Caries de la Infancia Temprana”

Tesis previa la obtención de título de Odontóloga

Autora: María Fernanda Valdivieso Bermeo

Directora: Odt. Esp. Susana Patricia González Eras

LOJA – ECUADOR

2019

CERTIFICACIÓN

Odt. Esp. Susana Patricia González Eras

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación previo la obtención del título de Odontóloga General sobre el tema “**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PEDIATRAS Y MÉDICOS FAMILIARES SOBRE LA CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA**” elaborado por la Srta. María Fernanda Valdivieso Bermeo, ha sido revisado y dirigido por mi persona y considero que cumple con los requisitos reglamentarios pertinentes, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal asignado para el efecto.

Loja, 24 de Junio de 2019

Atentamente,


.....
Odt. Esp. Susana Patricia González Eras
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, María Fernanda Valdivieso Bermeo declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional-Biblioteca-Virtual.

Autora: María Fernanda Valdivieso Bermeo

Firma: .....

Cédula: 1105032781

Fecha: 24 de Junio de 2019

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, María Fernanda Valdivieso Bermeo, declaro ser la autora del proyecto de tesis titulado “**Nivel de conocimiento de pediatras y médicos familiares sobre la Caries de la Infancia Temprana**”, como requisito que permite la obtención del título de Odontóloga; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la reproducción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios libremente pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Digital Institucional (RDI), en la red de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por la copia o plagio de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veinticuatro días del mes de Junio del año dos mil diecinueve.

Firma: 

Autora: María Fernanda Valdivieso Bermeo

Cédula: 1105032781

Correo Electrónico: ferna_995@hotmail.com

Celular: 0978918368

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Odt. Esp. Susana Patricia González Eras

Tribunal de grado:

Presidenta: Odt. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

Vocal: Odt. Esp. Diana Ivanova Gahona Carrión

Vocal: Dra. Carla Alexandra Herrera Briceño

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado

a la memoria de mi Abuelita,

Teresa Mora de Valdivieso.

María Fernanda Valdivieso Bermeo

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a mis padres, quienes han sido mi más grande apoyo en todo el transcurso de mi carrera, y haber sido mi guía constante durante mi vida, sin los cuales no fuera la persona que soy ahora.

A mi tutor de Tesis, la Dra. Susana González E. por su paciencia, sabiduría y bondad para guiarme en el desarrollo del siguiente proyecto.

A mi esposo por su amor, confianza y por siempre darme la fortaleza que necesito en todo este camino.

Agradezco de igual manera a todos los profesionales pediatras y médicos familiares, que voluntariamente participaron en este proyecto, permitiendo la culminación de mis estudios.

María Fernanda Valdivieso Bermeo

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	7
4.1. Caries de la Infancia Temprana.....	7
4.1.1. Definición.	7
4.1.2. Etiología.....	8
4.1.3. Diagnóstico.	21
4.1.4. Consideraciones Clínicas.	22
4.1.5. Clasificación.	22
4.1.6. Mantenimiento.	23
4.1.7. Consecuencias.....	24
4.1.8. Prevalencia de la Caries de la Infancia Temprana.	25
4.1.9. Prevención.....	26
4.2. Conocimiento.	29
4.2.1. <i>Definición</i>	29
4.3. El rol de los médicos pediatras sobre la salud oral de los infantes.	29
4.4. El rol de los médicos familiares sobre la salud oral de los infantes.....	34
4.5. Promoción del rol del pediatra y médicos familiares en la salud oral.....	37
4.6. Conocimientos y actitudes de los pediatras y médicos familiares frente a salud oral.	39
4.7. Tratamiento de Caries de la Infancia Temprana.	40
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	44
6. RESULTADOS	48
7. DISCUSIÓN.....	65

8. CONCLUSIONES.....	68
9. RECOMENDACIONES	69
10. BIBLIOGRAFÍA	70
11. ANEXOS	86
ANEXO 1.....	86
ANEXO 2.....	87
ANEXO 3.....	93
.....	94
ANEXO 4.....	95
ANEXO 5.....	96
ANEXO 6.....	101
ANEXO 7.....	117

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los grupos según especialidad	48
Tabla 2. Comparación según el tiempo de ejercicio profesional	48
Tabla 3. Comparación de conocimientos de diagnóstico de la Caries de la Infancia Temprana	50
Tabla 4. Comparación de conocimientos de la etiología de la Caries de la Infancia Temprana	52
Tabla 5. Comparación de conocimientos referente las visitas del niño al odontólogo	54
Tabla 6. Comparación de conocimientos de las consecuencias de la Caries de la Infancia Temprana	56
Tabla 7. Comparación de conocimientos del tratamiento de la Caries de la Infancia Temprana	58
Tabla 8. Proporción del nivel de conocimiento general.....	60
Tabla 9. Comparación del nivel de conocimientos de médicos pediatras sobre la Caries de la Infancia Temprana dependiendo del tiempo de ejercicio profesional.	61
Tabla 10. Comparación del nivel de conocimientos de médicos familiares sobre la Caries de la Infancia Temprana dependiendo del tiempo de ejercicio profesional.	62
Tabla 11. Estadísticos resultado de la aplicación del instrumento.....	63
Tabla 12. Prueba de t para muestras independientes	64

1. TÍTULO

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PEDIATRAS Y MÉDICOS FAMILIARES
SOBRE LA CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA”**

2. RESUMEN

La Caries de la Infancia Temprana (CIT) se la define como la presencia de uno o más dientes cariados (con lesiones cavitadas o no cavitadas), perdidos (debido a caries), o con superficies restauradas en cualquier diente primario en niños entre las edades de 6 años o menos. Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento de pediatras y médicos familiares sobre caries de la infancia temprana. Materiales y Métodos: fueron participes del estudio 75 profesionales de la salud en la Ciudad de Loja, 43 pediatras y 32 médicos familiares, a los cuales se aplicó un cuestionario de 18 preguntas para valorar el nivel de conocimiento de CIT; los datos fueron analizados estadísticamente mediante la aplicación de la prueba del T de Student con un grado de significancia del 95% ($p < 0,05$). Resultados: al valorar el conocimiento se encontró que los médicos pediatras tienen conocimiento adecuado sobre la CIT en un 86,04%; mientras que los médicos familiares presentaron conocimiento adecuado sobre CIT en un 75%; al comparar el conocimiento sobre CIT de ambas especialidades con respecto al tiempo de ejercicio profesional que poseen, se determinó que el 88,75% de pediatras con tiempo de ejercicio profesional mayor de seis años tienen conocimiento adecuado y el 90% de los médicos familiares con más de seis años de ejercicio profesional poseen un conocimiento adecuado. La prueba estadística determinó que no existe diferencia significativa para los grupos de estudio ($p > 0,05$). Conclusiones: Los médicos pediatras presentan un nivel adecuado de conocimiento superior al de los médicos familiares; sin embargo, ambas especialidades cuentan con niveles básicos para la detección de dicha enfermedad.

Palabras clave: infante, personal de salud, prevención, biberón.

SUMMARY

The Caries of Early Childhood (ECC) it is defined as the presence of one or more decayed teeth (with cavitated or non-cavitated lesions), lost (due to caries), or with restored surfaces on any primary tooth in children between the ages of 6 years or less. Objective: To assess the level of knowledge of pediatricians and family physicians about early childhood caries. Materials and Methods: 75 health professionals participated in the study in the City of Loja, 43 pediatricians and 32 family doctors, to whom a questionnaire of 18 questions was applied to assess the level of knowledge of ECC; the data were analyzed statistically by applying the Student's T test with a degree of significance of 95% ($p < 0,05$). Results: when assessing knowledge it was found that pediatric doctors have adequate knowledge about the ECC in a 86,04%; while family physicians presented adequate knowledge about ECC in a 75%; when comparing knowledge about ECC of both specialties with respect to the time of professional practice they have, it was determined that 88.75% of pediatricians with professional practice time over six years have adequate knowledge and 90% of family doctors with more than six years of professional practice have adequate knowledge. The statistical test determined that there is no significant difference for the study groups ($p > 0.05$). Conclusions: Pediatric doctors have an adequate level of knowledge superior to the family doctors; however, both specialties have basic levels for the detection of this disease.

Keywords: infant, health personnel, prevention, baby bottle.

3. INTRODUCCIÓN

El conocimiento de la salud bucal es considerado como un determinante para la implementación de hábitos y comportamientos que nos encaminan a alcanzar una buena salud oral, un adecuado nivel de conocimientos sobre salud bucal puede orientar a la población a estilos de vida más sanos.

La Caries de la Infancia Temprana (CIT) se define como una enfermedad de origen multifactorial, en una o más superficies dentarias cariadas, perdidas u obturadas que comienza poco después de la erupción dental en niños con edades comprendidas entre los 0 a 71 meses de edad. Se desarrolla en las superficies dentales lisas, progresa rápidamente y tiene un impacto perjudicial en la dentición. (Bayón Hernández, 2016) (Sukumaran & Pradeep, 2017) (Alonso Noriega & Karakowsky, 2008)

La CIT muestra un carácter infectocontagioso y el concepto del establecimiento del proceso cariogénico depende de cuatro factores primarios, siendo, el huésped susceptible (diente), microbiota cariogénica, un sustrato útil para procesos de metabolismo de la bacteria y la adhesión a este sustrato que proviene de la dieta abundante en hidratos de carbono fermentables (en especial la sacarosa), eso conjuntamente con el tiempo que necesitan estos factores para la interacción. (Podestá, 2016)

Con los pocos datos estadísticos que se ha logrado recolectar de los escasos estudios epidemiológicos sobre CIT se ha encontrado que la incidencia de la misma muestra cifras alarmantes, cuyos altos porcentajes se encuentran más en países de América Latina. Se presentan estudios ejecutados en diferentes países, como en Perú en el 2005, donde se evidencia una prevalencia de caries dental del 90%, de la misma manera en México en 2006 se reporta un índice de cpo-d de 2.4% en niños de dos años, en Argentina en el 2005 con

índice de ceo-d de 4.44% en estudiantes de escuelas municipales. Un estudio en Paraguay en el 2013 señala un índice de ceo-d en niños de 6 años de 5.6%, similar al estudio en Brasil en el 2011, con resultados en niños de 5 años de edad con índices de ceo-d de 2.3%. En Venezuela en el 2014 a base de estudios, refiere una prevalencia del 80.5% de caries dental en niños entre 5 y 12 años. En el Ecuador, un reporte del año 2014 muestra una prevalencia de 62.39% de caries dental en niños de 3 a 11 años. (Armas, 2017)

Existen diferentes medidas preventivas para lograr reducir las cifras señaladas, la mismas que se pueden lograr tanto con el cuidado en casa como con acciones por profesionales mediante las visitas a odontopediatras, sobre todo si se observan factores de riesgo asociados con CIT o niños con alto riesgo de caries. Los cuidados por parte de los padres de familia constituyen la disminución de dietas ricas en hidratos de carbono, motivación de higiene oral y evitar el uso de chupones o biberones endulzados. En el ámbito de prevención también tiene lugar la aplicación de flúor y sellantes de fosas y fisuras de acuerdo con las indicaciones del odontopediatra.

Por lo tanto, el pediatra, el médico familiar, el odontólogo y todo personal de salud que trate niños, puede ayudar a prevenir las consecuencias físicas, psicosociales y económicas que ocasiona la CIT, con una evaluación adecuada de la cavidad oral, educación y la continua recomendación de asistir a la consulta odontológica, para que el niño reciba a tiempo los cuidados que requiere. (Rojas P., 2008)

Siendo así, ¿Los médicos familiares tienen el mismo nivel de conocimiento sobre la caries de la infancia temprana que los pediatras?

Teniendo en cuenta la interrogante anterior se planteó como objetivo general evaluar el nivel de conocimiento que presenta cada una de las especialidades sobre la caries de la infancia temprana en base a diagnóstico, etiología, visitas del niño al odontólogo,

consecuencias de la caries de la infancia temprana y tratamiento. Para cumplir con los objetivos específicos, se realizó la comparación del nivel de conocimiento de ambas especialidades con respecto al tiempo de ejercicio profesional que poseen. Con el fin de motivar a los pediatras y médicos familiares, también se planteó un tercer objetivo específico, la elaboración y entrega de volantes con información básica sobre los cuidados que se debe tener en la dentición primaria (Anexo 3), y así prevenir la caries de la infancia temprana, los mismos que deberán ser entregados a los padres de familia para concientizar.

Por lo antes expuesto el presente estudio, se evaluó el nivel de conocimiento de dichos profesionales, con el fin de dar respuesta directa de los conocimientos que tienen frente a factores de riesgo para la formación de caries de la infancia temprana, así como también, contribuir con información tangible en la temática con la finalidad de que a futuro pueda ser el sustento científico para la aplicación de programas preventivos que otorguen la información básica sobre las acciones que se deben tomar para evitar contraer esta patología.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPÍTULO I

4.1. Caries de la Infancia Temprana

4.1.1. Definición.

Las definiciones usadas previamente para describir esta enfermedad bacteriana estaban relacionadas al inapropiado uso del biberón. Estos términos son usados de manera intercambiable: “Caries de la Infancia Temprana” “Caries de Biberón” “Boca de botella de noche”.

La expresión de Caries de la Infancia Temprana (CIT) fue propuesta hace más de veinte años durante un seminario apoyado por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades, intentando alcanzar varias consideraciones, tales como económicas, socio-psicológicas, y conductuales, las cuales contribuyen a la formación de caries en tan temprana edad, en lugar de atribuir esta manifestación únicamente a biberones.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica definió la CIT como la presencia de uno o más dientes cariados (con lesiones cavitadas o no cavitadas), perdidos (debido a caries), o con superficies restauradas en cualquier diente primario en niños entre las edades de 71 meses o menos.

En niños mayores de 3 años, cualquier signo de caries con superficie reblandecida es indicativo de caries de infancia temprana severa (S-CIT). (Alazmah, 2017) (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2008)

En niños antes de los tres años se puede comenzar a presentar la caries, inclusive se ha logrado observar la caries de la infancia temprana en infantes pequeños de 12 meses de edad.

El patrón de este trastorno es rampante, afectando inicialmente los incisivos maxilares primarios y en etapas tardías, progresa hasta los primeros molares primarios. Todo esto es causado debido a la exposición continua de fórmulas lácteas u otras bebidas con infusiones azucaradas o carbohidratos.

Al brotar los dientes primarios, la placa bacteriana se acumulará en los mismos y la ingesta del biberón con líquido cariogénico durante la noche, ya sea para calmar o dormir al niño, tiene un potencial considerable de caries dental, debido a que por la noche disminuye el flujo salival, dejando desprotegidos a las piezas dentales. (Harris & García-Godoy, 2005)

4.1.2. Etiología.

Las investigaciones han confirmado que la CIT es una enfermedad multifactorial. Así como cualquier lesión cariosa, la CIT es causada por una higiene deficiente, la invasión bacteriana, malos hábitos dietéticos, etc.

Además, la presencia de defectos en el esmalte pueden contribuir a la formación de lesiones, tales como hipoplasia, es decir: “hipoplasia asociada a caries de la infancia temprana severa”.

Este tipo de caries generalmente aparece en niños pequeños provenientes de hogares con escasos recursos económicos, cuyos dientes son usualmente vulnerables a caries que causan daño estructural. (Alazmah, 2017)

La caries dental es una enfermedad multifactorial que comienza con cambios microbiológicos causados por el biofilm y es afectado por el flujo salival y la composición, exposición a fluoruros, consumo de dietas azucaradas, y por los comportamientos

preventivos. La enfermedad es inicialmente reversible y puede ser detenido en cualquier estadio, incluso cuando ocurren ciertas cavitaciones. (Selwitz, Ismail, & Pitts, 2007)

4.1.2.1. Microorganismos Cariogénicos.

La evidencia sugiere que el primer paso en la progresión de CIT en niños es mediante la incorporación de microorganismos cariogénicos. Los principales microorganismos cariogénicos son los *streptococos*, (*streptococos mutans (SM)*, *sobrinus*) y *lactobacilos*. Estos patógenos pueden colonizar la superficie del diente. Cuando se los combina con productos que contienen carbohidratos fermentables, el proceso de metabolismo es iniciado por la bacteria, produciendo productos ácidos finales que finalmente conduce a la desmineralización del esmalte dentario. (Berkowitz, Cause, treatment and prevention of early childhood caries, 2003)

La Academia Americana de Odontología Pediátrica reportó que los niños y los infantes cuyas madres tienen altos niveles de SM tienen un riesgo elevado de adquirir el microorganismo que aquellos niños cuyas madres tienen niveles bajos. (American Association of Pediatric Dentistry (AAPD), 2009) (Zafar, Yasin Harnekar, & Siddiqi, 2009)

Streptococos Mutans (SM) posee la extraordinaria habilidad de infectar y colonizar el diente, y promueve el desarrollo de biofilms cariogénicos en presencia de sacarosa. Los niños que adquieren SM mediante transmisión vertical desde la cavidad oral de sus cuidadores principales, pero también mediante transmisión horizontal, de otros individuos en su ambiente inmediato. (Lapirattanakulrrr & Nakano, 2014)

Se ha establecido con éxito que la infección de SM depende de varios factores, los cuales incluyen el transporte de la bacteria SM por parte de los cuidadores, las características virulentas de las cepas bacterianas de SM, la microbiota competitiva, la dieta, la constitución

genética, el comportamiento e inmunidad del huésped. (Mattos-Graner, Klein, & Smith, 2014)

Teniendo en cuenta la placa dental altamente ácida en niños con CIT, además de SM, otras bacterias ácido-genéticas y ácido-tolerantes son detectadas. Entre estas bacterias están incluidas *Streptococos no-mutans*, *Actinomyces*, *Lactobacilli*, *Bifidobacterieae* y especies de *Scardovia*, las cuales pueden contribuir a la patogénesis de esta enfermedad por medio de la acidificación del biofilm. (Hajishengallis, Parsaei, Klein, & Koo, 2017)

Las principales especies de bacterias asociadas con CIT incluyen a los *Streptococos Mutans*, *Scardovia wiggisiae*, *Veillonella parvula*, *Streptococos cristatus* y *Actinomyces gerensceriae*. *S. Wiggisiae* fue asociado significativamente con CIT en presencia y ausencia del *Streptococo Mutans*. (Forsyth Institute, 2011)

4.1.2.2. Substrato.

Existe suficiente evidencia que los azúcares (tales como la sacarosa, fructuosa y glucosa) y otros carbohidratos fermentables juegan un rol vital en la iniciación y progresión de caries dental.

Sacarosa es el alimento cariogénico más significativo ya que transforma los alimentos no-cariogénicos/anticariogénicos en cariogénicos. La sacarosa promueve el incremento de la proporción de *streptococos mutans* y *lactobacilos* y simultáneamente reduce los niveles de *S. sanguinis*. La remoción de carbohidratos orales es reducida durante el sueño, cuando el flujo de saliva disminuye, favoreciendo el crecimiento de especies cariogénicas. Un biofilm sano es por lo tanto transformado en un biofilm dañino, consecuentemente aumenta la desmineralización. (Zafar, Yasin Harnekar, & Siddiqi, 2009)

La acción cariótica de los azúcares depende de su potencial de fermentación, respectivamente, en cuanto al nivel más alto de ácidos producidos por su fermentación. Se encontró que los carbohidratos son la clase principal de fermentación que afecta los cambios ecológicos en la boca. Mientras que los carbohidratos se transforman en ácidos, la sacarosa bajo la acción de enzimas bacterianas se convierte en polímeros.

Estos polímeros desempeñan el papel de materia infecciosa en la superficie del diente, no se disuelve en el agua. Este atributo permite la unión de placa dental y SM para la superficie del diente. Actúan bajo la influencia de enzimas derivadas de SM fermentadas en el producto ácido. (Begzati, et al., 2015)

4.1.2.3. Placa Dental Bacteriana.

Se ha vinculado el riesgo de presentar Caries de la Infancia Temprana con la presencia de piezas dentarias en la cavidad oral y dichos riesgos aumentan cuando es excesiva la presencia de placa bacteriana o las técnicas de higiene oral son inadecuadas, en donde la zona del margen gingival es la más implicada con la retención de placa bacteriana. (Arango & Baena, 2004)

La presencia de placa bacteriana visible y su acumulación temprana ha sido relacionada con la aparición de caries entre los niños.

Las bacterias en el biofilm son siempre metabólicamente activas, causando fluctuaciones en el pH salivar. La fermentación de carbohidratos por el efecto cariogénico de la placa bacteriana produce ácidos orgánicos, los cuales actúan en un diente susceptible y producen caries. (Zafar, Yasin Harnekar, & Siddiqi, 2009)

La placa dental o biofilm, durante el proceso de caries, es un microsistema de bacterias con características fisiológicas como capacidad de adherencia, acidúrica y resistencia a

niveles de pH bajos. Se ha descrito el biofilm como un ecosistema oral dinámico, complejo y formado por especies microbianas que van a formar asociaciones de las mismas y posteriormente se establecen en distintos micro-nichos, con funciones metabólicas y comunicación intra e inter especies e interacción específica de una célula a otra. (Rojas & Echeverría, 2014)

4.1.2.4. Higiene Oral.

Es de conocimiento general que la presencia de placa dental es un factor de riesgo elevado para el desarrollo de caries en niños de edades tempranas. Algunos estudios han reportado que los hábitos de cepillado de los niños, la frecuencia de cepillado, y/o uso de pasta fluorada están asociados con la aparición y desarrollo de caries dental. (Vanobbergen, Martens, Lesaffre, Bogaerts, & Declerck, 2001)

Ha sido reportado que los niños quienes no tienen sus dientes limpios a la hora de dormir tienen un riesgo más elevado de desarrollar CIT. Como los niños pequeños carecen de la habilidad para limpiar sus propios dientes, los padres son los encargados de limpiar los dientes de sus niños al menos hasta que alcancen la edad escolar. (Rosenblatt & Zarzar, 2004)

4.1.2.5. Dieta.

Existen muchos factores de riesgo asociados con CIT, es un proceso patológico dinámico que depende de los biofilms, la dieta y los constituyentes salivales del huésped. Prácticas dietéticas; los malos hábitos dietéticos y las preferencias alimentarias (incluidos los almidones y otros alimentos que contienen sacarosa), la exposición frecuente a bebidas dulces y las comidas o bebidas nocturnas promueven la proliferación de bacterias cariogénicas. (Jayabal & Mahesh, 2014) (Hajishengallis, Parsaei, Klein, & Koo, 2017)

Las prácticas de alimentación inadecuadas, como la alimentación con biberón con leche azucarada o jugo de frutas y la alimentación con biberón durante la noche, se han asociado con el inicio y el desarrollo de caries en los niños. Las prácticas inadecuadas de alimentación pueden prolongar la exposición de los dientes a los carbohidratos fermentables. (Leong, Gussy, Barrow, de Silva-Sanigorski , & Waters , 2013)

En adición a la infección por la bacteria del *Streptococo mutans*, los niños quienes que toman bebidas con alto contenido de azúcar también padecen de CIT. El azúcar es procesado por ambos *Streptococo mutans* y *Lactobacilo* que será más tarde transformado en ácidos, el mismo que causa la desmineralización de la estructura dental. La evidencia expone que ambos, tanto la leche de vaca como la leche materna son consideradas menos cariogénicas que la sacarosa, siendo la leche de vaca la menos cariogénica. Las ecuaciones de la capacidad cariogénica de un niño recién nacido durante las revisiones mostraron que algunas fueron tan cariogénicas como la sacarosa. Por el contrario, la evidencia disponible en la literatura que discute la capacidad cariogénica de la leche materna es débil y carente de consistencia. (Aarthi, Muthu, & Sujatha, 2013)

Lactancia Materna.

La lactancia materna tiene muchas ventajas: provee una nutrición óptima para el infante, protección inmunológica y reduce el impacto económico para la familia. A pesar de prácticas idóneas, existe evidencia conflictiva en lo que respecta a lactancia materna en términos de salud dental. La lactancia materna prolongada aparentemente acarrea un riesgo de desarrollar caries dental o caries de biberón.

A pesar de los beneficios de la lactancia materna para la salud sistémica, un efecto bien conocido en la CIT es controvertido. En una de las revisiones sistemáticas, se encontró que la

lactancia materna más de 1 año después de la erupción dental está asociada con la CIT. (Leong, Gussy, Barrow, de Silva-Sanigorski , & Waters , 2013)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta la edad de 6 meses, y se sugiere la lactancia materna complementada con la ingesta de alimentos hasta que el niño cumpla 2 años. (World Health Organization, UNICEF., 2003)

La evidencia científica actual sugiere que la lactancia materna tiene un mayor efecto protector contra la caries dental que la alimentación con biberón. En la revisión sistemática, llegaron a la conclusión de que los niños que fueron amamantados más de dos veces en las noches después de la edad de 1 año tenían un riesgo mucho mayor de tener CIT. (Leong, Gussy, Barrow, de Silva-Sanigorski , & Waters , 2013)

Basado en esos reportes, ADA recomienda el destete del seno materno poco después del primer año del niño. (American Dental Association (ADA), 2009)

Weerheijm y co-autores manifestaron que no existe un momento indicado para destetar al bebé de la lactancia materna, mientras las medidas preventivas, así como el cepillado dental con pasta fluorada y la reducción de la frecuencia de alimentaciones, sean incorporadas. (Weerheijm, Uyttendaele-Speybrouck, Euwe, & Groen, 1998)

La lactancia materna debe fomentarse de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, pero para prevenir la CIT, debe eliminarse la extracción mecánica regular de la placa dental y los padres deben dejar de amamantar por las noches. (Avila, Pordeus, Paiva, & Martins, 2015)

Lactancia Artificial.

La lactancia con biberón, especialmente en las noches, ya sea por alimentación o, particularmente, cuando los niños son permitidos de dormir con el biberón en su boca, ha sido considerado cariogénico. (Zafar, Yasin Harnekar, & Siddiqi, 2009)

Du y coautores encontraron que los niños quienes tuvieron alimentación mediante lactancia con biberón tienen cinco veces más riesgo de tener CIT comparado con niños quienes tuvieron lactancia materna. (Du, et al., 2000)

Las leches a bases de fórmulas para la alimentación de los infantes, incluso aquellos que no contienen sacarosa en su formulación, también han sido consideradas como cariogénicas en algunos estudios. Sin embargo, la alimentación mediante lactancia artificial durante la noche no es la única causa de CIT. (Zafar, Yasin Harnekar, & Siddiqi, 2009)

Los incisivos inferiores son los que están más cercanos a las principales glándulas salivares y son protegidos de los líquidos contenidos en la boquilla del biberón.

Los jugos de frutas y bebidas carbonatadas también han sido implicados en los diagnósticos de niños con CIT. Los jugos de frutas naturales contienen azúcar (fructuosa) y son intrínsecamente ácidos. Las bebidas carbonatadas pueden tener agentes endulzantes (frecuentemente la fructuosa) y un pH ácido. Ambos los jugos de frutas y las bebidas carbonatadas llevan a una disminución significativa en el pH de la placa bacteriana, por lo tanto, iniciando el proceso carioso. (Du, y otros, 2000)

Consumo de azúcar.

El azúcar de la dieta puede ser categorizado como azúcar intrínseco, que está naturalmente integrado dentro de la estructura celular del alimento, representado principalmente por el azúcar de frutas y vegetales; mientras que el azúcar extrínseco es aquel que está libre

en la comida o adicionado a ella principalmente a la leche o a los jugos de fruta. (Anticona, 2006)

Ambas CIT y S-CIT son enfermedades completamente prevenibles, las cuales son resultado de la interacción de los componentes de susceptibilidad, erupción de una nueva dentición, placa bacteriana y componentes dietéticos.

Evidencia considerable sugiere que dietas azucaradas son necesarias para iniciar el desarrollo de caries, sin embargo, esta relación de los factores relacionados con la comida, la frecuencia de alimentación, las variaciones en la microflora oral y el uso de fluoruros es complicada. La evidencia de los años 2005-2008 de National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) sugiere que los niños con edades entre dos y cinco años consumen aproximadamente 50 gramos de azúcares añadidos al día. (Ervin, Kit, Carroll, & Ogden, 2012)

Dada la larga cantidad de azúcar agregada en las dietas de niños pequeños, así como la evidencia que los azúcares añadidos pueden ser más cariogénicos que los azúcares naturales, ambos los azúcares añadidos en la comida y bebidas azucaradas han sido implicados en el desarrollo de caries. (Sohn, Burt, & Sowers, 2006)

Aunque algunos estudios han examinado como los comportamientos de ingesta de dieta afectan al riesgo de caries en niños en edad preescolar (3,5 años de edad y mayores). La ingesta de azúcares añadidos, bebidas azucaradas y el jugo de frutas están asociados con S-CIT. (Evans, y otros, 2013)

4.1.2.6. La Saliva.

La saliva es la mayor defensa sistémica del huésped en contra de las caries. Ayuda a remover restos alimenticios y bacterias, y provee la acción buffer en contra de los ácidos que

se producen. Tiene también funciones como reservorio de fosfato y calcio necesario para la remineralización del esmalte. Durante el sueño, la disminución del flujo salival reduce la capacidad buffer, consecuentemente hace que los dientes sean susceptibles a las caries.

Debido a que el esmalte es inmunológicamente inactivo, la principal defensa contra el *Streptococo mutans* está dado en gran parte por la secreción salival de la inmunoglobulina A (IgA) y el fluido crevicular gingival. Así como los niños se vayan contaminando con microorganismos orales, ellos desarrollan anticuerpos IgA. (Zafar, Yasin Harnekar, & Siddiqi, 2009)

4.1.2.7. El Diente.

Varios factores pueden predisponer a que un diente sano tenga caries dental. Los factores de riesgo del huésped para el desarrollo de caries son la reducción de la cantidad de saliva, factores inmunológicos, presencia de defectos del esmalte, caracterizados principalmente por hipoplasia, esmalte inmaduro, la morfología y las características genéticas del diente (tamaño, superficie, profundidad de fosas y fisuras). (Zafar, Yasin Harnekar, & Siddiqi, 2009)

La anatomía y morfología de los dientes primarios es generalmente similar a la de los dientes permanentes. Externamente el diente está cubierto por una capa de esmalte en el área de la corona y por cemento en el área de la raíz. Debajo del esmalte existe una capa de dentina, la cual rodea la parte blanda y viva de la pulpa, que se encuentra en el centro del diente.

Sin embargo, existen distintas características de los dientes primarios: un tamaño más pequeño, un esmalte más delgado y translúcido, esmalte menos mineralizado (lo cual hace que los dientes primarios sean más susceptibles a caries, especialmente caries de la infancia temprana).

Las enfermedades en los dientes durante la masticación pueden afectar la nutrición del niño. De acuerdo con algunos estudios, ha sido encontrado que los niños con más dientes cariados tienen menos del 80% del peso promedio del que se espera que tengan a su edad.

Los dientes primarios, entre otros roles, tienen un papel extremadamente importante. Siempre y cuando se encuentren en la cavidad oral, hasta su pérdida fisiológica, ellos dejarán el espacio adecuado para los dientes permanentes. La pérdida prematura puede causar maloclusiones en niños. Si se logra prevenir la pérdida prematura, la frecuencia de maloclusiones será reducida en un 30%. A pesar de que la pérdida de los incisivos primarios no tendrá una consecuencia mayor, la pérdida prematura de los primeros molares y de los caninos marcará un desorden significativo en el desarrollo de la oclusión durante la erupción de los dientes permanentes. (Begzati, y otros, 2015)

4.1.2.8. El Tiempo.

La importancia del tiempo reside en relación a la cantidad y frecuencia de exposición del infante al biberón, el mismo que determina la agresividad de la caries. La disminución del pH se ve favorecido por el contacto frecuente y prolongado de las piezas dentarias con sustancias cariogénicas. Desde la mancha blanca, la cavitación y la posterior destrucción de la corona será rápida debido a factores como el espesor del esmalte y la falta de mineralización de los dientes temporales. (Amarilla & Quinteros, 2006)

Las caries se producirán cuando el tiempo es favorable, con ciclos frecuentes de desmineralización, es decir, cuando no hay remoción del biofilm, el mismo que se convertirá en rígido, disminuyendo el pH salivar, lo que dificulta mecanismo de neutralización y remoción de los ácidos por parte de la saliva. (Guedes Pinto, 2011)

4.1.2.9. Factores sociales.

Los factores socioculturales exhiben una marcada influencia en el establecimiento, progresión y severidad de la enfermedad; además de ello, los condicionantes externos, como la conducta del niño, el nivel de conocimiento y actitud de los padres, malnutrición y la presencia de enfermedades crónicas o procesos infecciosos específicos como la otitis, se relaciona con un mayor riesgo de caries dental en infantes. (Cueva Principe & Agurto Huerta, 2015)

Según los modelos de riesgo para la CIT, propuestos por Pine et al., han informado que existen factores críticos como son los aspectos sociales y culturales en los cuales se desenvuelven los niños, incluyendo el estrés familiar, el uso de los servicios de salud, la nutrición, el acceso a fluoruros en el agua bebida, el consumo de azúcares, la constitución y actividad de la microflora oral, el reconocimiento de los efectos conductuales y biológicos en la salud, el temperamento y el comportamiento “disfuncional” del niño con sus progenitores y/o tutores. (Pine, et al., 2004)

Weinstein y Riedy, demostraron la alta correlación entre el bajo nivel educativo de la madre y presencia de caries de la infancia temprana. (Weinstein & Riedy, 2001)

Otros indicadores son bajo peso al nacer, hermanos con caries de la infancia temprana, baja exposición a los fluoruros y escasa higiene oral. (Arango De La Cruz, Jaramillo Echeverry, & Cruz Valderrama, 2013)

Padres que están expuestos comúnmente a situaciones con mayor tensión emocional, tenían niños con menor índice de caries, esto se da debido a que este tipo de personas son “hipervigilantes” y más sobreprotectores con sus hijos. Presentan un mayor conocimiento en relación a salud bucal y tienen contribuciones positivas en educación sobre la misma. (Fierro Monti, 2015)

Los predictores más importantes son el consumo de azúcar, la auto-eficacia (es decir, la confianza en la capacidad para cuidar de la propia salud dental) y el uso del biberón. Los que tienen más confianza en su capacidad para cuidar de la salud bucal exponen a los niños a un menor consumo de azúcar. (Fierro Monti, 2015)

Existe evidencia de vínculos entre la experiencia individual socio-económica y las desventajas de los niños y los eventos en contra de la salud. Los niños nacidos en familias con bajos ingresos son más probables de tener bajo peso al nacer el cual tiene impacto en la salud oral. Ellos igualmente tienen más dificultades en la escuela y la mala salud oral puede aumentar cuando no asisten a la escuela.

La CIT es mucho más común en niños con familias de padres solteros y aquellos con padres con bajos niveles educativos, especialmente con madres analfabetas. (Zafar, Yasin Harnekar, & Siddiqi, 2009)

Tsai y coautores, encontraron que, en Taiwán madres quienes tenían trabajos a tiempo completo eran más probables de tener hijos que padezcan de CIT que aquellas madres que tenían trabajos de medio tiempo o eran amas de casa. Los niños de familias con bajos ingresos económicos tienden a tener su primera visita al dentista en una edad mucho mayor, menos frecuentemente y solo cuando tienen problemas orales establecidos. Además, los niños desfavorecidos usualmente empiezan a cepillarse sus dientes mucho después en su vida y menos frecuentemente. (Tsai, Chen , Li, Hsiang, & Hsu, 2006)

4.1.2.10. Otros Factores.

El uso de jarabes para controlar la tos y las afecciones gripales son descritos como factores relevantes en el desarrollo de la CIT, ya que contienen un 70% de sacarosa y, en ocasiones, las madres exceden su uso durante la noche debido a que su contenido de antihistamínicos induce al sueño.

Recientes estudios sugieren la relación que existe entre niños con bajo peso al nacer, con complicaciones en la etapa fetal o las dificultades en el parto con la CIT, debido a la predisposición de estos niños a presentar defectos del esmalte o las posibles enfermedades crónicas que estos presenten y sus madres reconfortándolos con biberones azucarados. (Arango De La Cruz, Jaramillo Echeverry, & Cruz Valderrama, 2013)

4.1.3. Diagnóstico.

La Caries de la Infancia Temprana comienza con una lesión de mancha blanca en los incisivos maxilares primarios a lo largo del tercio cervical de la corona (en el límite de la encía). (Carino, Shinada, & Kawaguchi, 2003)

En general, la caries es vista primeramente en los incisivos maxilares temporarios, y los cuatro dientes anteriores maxilares son comúnmente involucrados simultáneamente. (Petti, Cairella, & Tarsitani, 2000)

Si la lesión no es controlada y la enfermedad continúa, la caries progresa hasta formar una cavitación en dentina. La lesión puede aparecer en cualquiera de las superficies vestibular o palatino, o incluso en ambas.

La implementación de una nueva expresión de CIT es ahora usada en lugar de la anterior terminología de caries de biberón, donde al menos uno de los siguientes criterios es acompañado de:

- Caries de superficie suave en niños 3 años.
- En niños en edades entre 3 y 5 años, cualquier superficie suave de un diente ya sea anterior o posterior, cariado, perdido (debido a caries), obturado.
- El índice de dientes cariados, perdidos y obturados es igual a 4 o más para niños de 3 años de edad, 5 por niños de 4 años de edad y 6 para niños de 5 años de edad.

El diagnóstico clínico de la caries dental se ha venido realizando a partir de la lesión cavitacional, quedando sin registrar la lesión incipiente limitada al esmalte, la cual es un indicador importante de la severidad de la lesión en los primeros años de vida. (American Academy on Pediatric Dentistry; American Academy of Pediatrics., 2008)

4.1.4. Consideraciones Clínicas.

La CIT es una forma de caries dental temprana, moderada y crónica que afecta los dientes primarios de bebés y niños pequeños. Se desarrolla en superficies dentales que generalmente tienen un bajo riesgo de caries, como las superficies vestibulares de los incisivos maxilares y las superficies linguales y palatinas de los molares superiores y mandibulares. La CIT se presenta inicialmente como manchas blancas o marrones opacas en los incisivos maxilares a lo largo del margen gingival, que progresa hacia una destrucción completa de la corona, lo que lleva a los muñones radiculares. (De Grauwe, Aps, & Martens, 2004)

En etapa moderada, la caries comienza a extenderse a los molares superiores. En la etapa grave, el proceso de caries destruye los dientes maxilares y se extiende a los molares mandibulares. Sobre la base de la apariencia clínica, se hicieron intentos para clasificar la CIT. (Sukumaran & Pradeep, 2017)

4.1.5. Clasificación.

Clínicamente, la CIT, se puede presentar como cualquiera de los siguientes casos:

Tipo I (leve a moderada) CIT.

La existencia de lesiones cariosas aisladas que involucran a los molares o los incisivos. La causa es usualmente una combinación de comida sólida o semisólida cariogénica y la falta de higiene oral. El número de dientes afectados usualmente aumenta si es que el problema

cariogénico persiste. Este tipo de CIT es usualmente encontrado en niños quienes tienen de 2 a 5 años.

Tipo II (moderada a severa) CIT.

Lesiones cariosas vestibulo-linguales que afectan a los incisivos maxilares, con o sin caries en molares. Dependen de la edad del niño y la fase de la enfermedad. Típicamente los incisivos mandibulares no se ven afectados. La causa está asociada al uso inapropiado del biberón, con o sin una higiene oral deficiente. Este tipo de CIT puede ser encontrado poco después de la erupción del primer diente. Salvo que sea controlado, puede proceder a convertirse en CIT tipo III.

Tipo III (severa) CIT.

Lesiones cariosas que afectan a casi todos los dientes, incluyendo los incisivos inferiores. La condición es encontrada en niños en edades entre los 3 y 5 años. Esta condición es rampante y generalmente involucra las superficies dentarias que no han sido afectadas por caries, como por ejemplo los incisivos mandibulares. Causada por una combinación de sustancias alimenticias cariogénicas y una higiene bucal deficiente. (Sukumaran & Pradeep, 2017)

4.1.6. Mantenimiento.

La reducción de la formación de placa dental, el cambio de la composición bacteriana de la placa y la modificación de los hábitos dietéticos son esenciales para la prevención de la caries dental.

La prevención del progreso de la CIT se puede lograr con la ayuda de restauraciones, asesoramiento sobre dietas, educación de los padres sobre las carencias que promueven las

conductas alimentarias, mantener una buena higiene oral y el uso de agentes preventivos como los fluoruros tópicos. (Berkowitz, et al., 2009)

En ocasiones, el tratamiento puede requerirse anestesia general o sedación profunda, ya que los niños pequeños carecen de la capacidad para hacer frente a los procedimientos de tratamiento extensivo. (Duangthip, Jiang, Chu, & Lo, 2016)

Los agentes quimioterápicos, como la clorhexidina, han mostrado un efecto antimicrobiano contra el SM más cariogénico. (Jayaprakash, Sharma, & Moses, 2010)

Además, los fluoruros son muy efectivos para prevenir la caries dental, incluida la pasta dental con fluoruro, la fluoración con agua, el enjuague bucal con fluoruro y la aplicación de fluoruro tópico profesional, principalmente al inhibir la pérdida de minerales del diente. La pasta dental que contiene fluoruro mostró un fuerte efecto preventivo en dientes jóvenes permanentes. Los barnices de fluoruro aplicados profesionalmente y el uso supervisado de enjuagues bucales con fluoruro también mostraron una reducción en la caries infantil. (Marinho, Chong, Worthington, & Walsh, 2016)

4.1.7. Consecuencias.

La falta de identificación y prevención de la enfermedad dental tiene efectos adversos consecuentes y costosos a largo plazo. A medida que se retrasa el tratamiento para la CIT, la condición del niño empeora y se vuelve más difícil de tratar. (Çolak, Dülgergil, Dalli, & Mustafa Hamidi, 2013)

La calidad de vida de los niños puede verse seriamente afectada por caries severas debido al dolor y la incomodidad que pueden llevar a la desfiguración, infecciones agudas y crónicas y alteraciones en los hábitos de alimentación y sueño. En la mayoría de los niños pequeños, la CIT se asocia con un crecimiento reducido y un aumento de peso reducido debido al

consumo insuficiente de alimentos para satisfacer las necesidades metabólicas y de crecimiento de los niños menores de 2 años.

La pérdida temprana de dientes causada por la caries dental se ha asociado con la falta de desarrollo, el desarrollo del habla deficiente, la ausencia e incapacidad para concentrarse en la escuela y la autoestima reducida. (Petersen, Estupinan-Day, & Ndiaye, 2005)

La extracción de dientes es un tratamiento común y necesario para la caries avanzada. Es probable que la pérdida prematura de los molares resulte en futuros problemas de ortodoncia. (Casamassimo, Thikkurissy, Edelstein , & Maiorini, 2009)

4.1.8. Prevalencia de la Caries de la Infancia Temprana.

La prevalencia de la caries de infancia temprana ha sido muy discutida, y se lo ha vinculado con características sociales, culturales y económicas de las poblaciones. (Walter, Ferelle, & Issao, 2000)

La prevalencia de CIT además varía ampliamente con algunos factores como la raza, cultura y etnicidad; status socioeconómico, dieta y prácticas de higiene oral y factores que cambian de país en país y de área en área. Una revisión de la literatura sugiere que en la mayoría de los países desarrollados el índice de prevalencia de CIT está entre el 1 y 12%. (Congiu , Campus , & Luglie, 2014)

En los países menos desarrollados, la prevalencia ha sido reportada de ser tan alta como el 70%. CIT ha sido descubierta de ser más prevalente en grupos de bajos recursos socioeconómicos. (Ismail, Lim, Sohn, & Willem, 2008)

La prevalencia nacional de CIT en Estados Unidos puede ser estimada entre 3 y 6%. De acuerdo con un estudio, la prevalencia más alta de CIT es encontrada en grupos de niños

entre los 3 y 4 años y que los varones son significativamente más afectados que las mujeres. (Ramos-Gomez , Weintraub , Gansky, Hoover, & Featherstone , 2002)

Walter et al, en una revisión de la literatura sobre caries dental reportaron una prevalencia de 5%, 10%, 50% y 75% en niños americanos de 1, 2, 3 y 5 años de edad respectivamente. (Walter, Ferelle, & Issao, 2000)

Mora y Martínez, en un estudio en niños entre los 2 a 5 años de edad, encontraron una prevalencia de caries de 37%, siendo las prevalencias a las edades de 2, 3, 4 y 5 años de 14%, 41,7%, 43,8% y 52,5% respectivamente, con diferencia estadísticamente significativa entre ellas. Respecto a la distribución de piezas afectada, el primer molar inferior derecho ocupó el primer lugar, seguido de los molares superiores. Los únicos dientes no afectados fueron los caninos inferiores. (Mora León & Martínez Olmos, 2000)

En Perú, Sedano, encontró una prevalencia de caries dental de 94,5% en niños de zona urbano marginales. Los dientes deciduos más frecuentemente afectados por caries fueron las molares y los incisivos superiores; la superficie dentaria más frecuentemente afectada por caries fue la superficie oclusal seguida de las superficies proximales y finalmente las superficies vestibular y lingual. (Sedano , 1987)

4.1.9. Prevención.

Las estrategias preventivas de caries en la primera infancia deben comenzar con la educación prenatal de los futuros padres, progresar a través del período perinatal y continuar con la madre y el niño. El tratamiento dental adecuado y las medidas de higiene oral durante el embarazo pueden reducir o retrasar la CIT en bebés.

Se deben tomar medidas para educar a los padres/cuidadores sobre la etiología y la prevención de CIT. (Sukumaran & Pradeep, 2017)

Deben de examinarse las piezas dentales de la madre o del cuidador, ya que bebés cuyas madres tienen niveles altos de *Streptococo Mutans* debido a una caries dental no tratada tienen un mayor riesgo de adquirir los organismos.

La prevención del comportamiento de alimentación cariogénica es un enfoque para prevenir la CIT. El consumo de bebidas azucaradas en biberones o "tazas para sorber" aumenta la frecuencia de desmineralización del esmalte. El conocimiento de que el factor de riesgo más importante relacionado con la caries dental en los bebés es la adquisición de *Streptococo Mutans* determina un enfoque preventivo óptimo y un tratamiento interceptivo. (Kawashita, Kitamura, & Saito, 2011)

Los profesionales de la salud infantil, pueden desempeñar un papel importante en la reducción de la carga de esta enfermedad. Si bien la mayoría de los niños no visitan a un dentista hasta la edad de tres años, hay niños que han visitado a un profesional de la salud infantil hasta 11 veces a esta edad. La educación sobre salud bucal es un paquete diseñado de información, actividades de aprendizaje o experiencias que tienen como objetivo mejorar la salud bucal. (Overton, 2005)

Flúor.

Para prevenir la CIT mediante enfoques de cuidado en el hogar, el cepillado por parte de los cuidadores que utilizan una pequeña cantidad de pasta dental que contiene fluoruro es esencial y debe comenzar a medida que erupcionan los dientes.

La detección temprana de signos de desarrollo de caries dental, a partir de los 7-8 meses de edad, podría identificar a los bebés que están en riesgo de desarrollar CIT, ayudar a proporcionar información a los padres sobre cómo promover la salud bucal y prevenir el desarrollo de caries. Los bebés de alto riesgo incluyen aquellos con signos tempranos de

CIT, mala higiene oral (tanto del bebé como de la madre), exposición limitada al fluoruro y exposición frecuente a bebidas dulces. (Kawashita, Kitamura, & Saito, 2011)

La constante conservación de flúor dentro de la cavidad oral es importante para la resistencia del esmalte, reduciendo la cantidad de pérdida de minerales durante la desmineralización y acelerando la remineralización. Un sinnúmero de estudios ha demostrado que los niños de 5 años de edad que viven en un área fluorizada tienen aproximadamente 50% menos de caries que aquellos que viven en un área no fluorizada. (Marinho, Higgins, Sheiham, & Logan, 2004)

Regularmente el cepillado dental con una pasta dental fluorada y el cepillado antes de ir a acostarse son medidas importantes para el control de las caries, ya que estos mantienen la concentración de flúor en la saliva por un periodo más largo. (Zafar, Yasin Harnekar, & Siddiqi, 2009)

Visitas al Profesional Dentista.

La primera visita dental es un hito importante en la vida del niño y una visita oportuna debe ser una parte esencial de la atención médica general del niño. La edad de la primera visita dental del niño ayuda a determinar la calidad de la atención dental preventiva que recibirá el niño y, por lo tanto, la futura salud bucal del niño. La Academia Americana de Pediatría recomienda una evaluación de los riesgos de salud bucal a los 6 meses de edad y cuenta con el respaldo de la Asociación Dental Americana. Una visita dental temprana, ayudará al dentista a detectar lesiones tempranas; evaluar el desarrollo craneofacial y dental; proporcionar orientación anticipada, consejería para padres y consejería sobre dietas; y motivar a los padres hacia intervenciones orientadas a la prevención. La caries de la infancia temprana (CIT) es el problema dental más común que se encuentra en los niños. En esta visita dental temprana, se pueden detectar lesiones de mancha blanca y se puede capacitar a

los padres para que tomen medidas preventivas activas que pueden ayudar a evitar lesiones graves en el futuro. (Meera, Muthu, Phanibabu, & Rathnaprabhu, 2008)

CAPÍTULO II

4.2. Conocimiento.

4.2.1. Definición.

Entendimiento, inteligencia, razón natural. (Diccionario de la Real Academia Española)

4.3. El rol de los médicos pediatras sobre la salud oral de los infantes.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) aconseja que los médicos de atención primaria desempeñen un papel activo tanto en la promoción de la salud dental y la prevención de caries usando como medios las evaluaciones periódicas del riesgo de salud oral (OHRA - oral health risk assessments) de los niños, comenzando a los 6 meses de edad. La AAP desarrolló una herramienta OHRA en 2011 para facilitar esta recomendación. (Hagan, Shaw, & Duncan, American Academy of Pediatrics; Bright Futures Steering Committee. Promoting oral health., 2008)

Douglass y Clark, en el 2015, analizaron la efectividad de la dotación de servicios preventivos de salud oral en el entorno de atención primaria, además de las barreras existentes, y la efectividad de las estrategias de política actuales con respecto a la atención de la salud oral en niños pequeños. Como conclusión, supieron determinar que los servicios preventivos, tales como, la evaluación de riesgos, el asesoramiento de salud bucal mediante entrevistas motivacionales y la aplicación de esmalte o barniz de flúor podrían implementarse con éxito en la atención primaria, pero que aún existen barreras comunes como el tiempo, la

integración de flúor en el procedimiento de rutina del consultorio y la resistencia del personal de soporte. (Douglass & Clark, 2015)

En el año 2012, una encuesta realizada a médicos sobre salud oral infantil, el 76% informó haber recibido entrenamiento de salud oral, pero únicamente el 41% de los profesionales apoyaron la estrategia de aplicación de flúor en el consultorio, y el 7% indicó que lo aplicaba. (Quinonez, Kranz, & Lewis, 2014)

Es profundo el impacto de la falta de atención preventiva de la salud oral. Las lesiones cariosas sin tratar pueden causar una morbilidad significativa e incluso mortalidad. En 2000, el “Informe del Cirujano General” mostró a la caries dental como una "epidemia silenciosa" y la salud dental como la principal necesidad no satisfecha de niños. (US Department of Health and Human Services. , 2000)

Durante los dos primeros años de vida, los especialistas en el cuidado directo del infante deben examinar varias veces a los niños; en estas visitas se determina el progreso del desarrollo, se hacen las campañas de vacunación respectivas y se proporcionan consejos a los padres de familia en relación a nutrición y desarrollo cognitivo del niño. Sin embargo, muy raramente se incorpora la evaluación de la salud oral dentro de estas consultas. (Savage, Lee, Kotch, & Vann, 2004)

La postura del pediatra, para la contribución de la salud oral de los pacientes, se considera como única, por la edad temprana en la cual los infantes son llevados a la consulta y debido a que los padres de familia acceden a las recomendaciones con exactitud. Numerosos estudios señalan que el pediatra juega un rol importante en la prevención de las enfermedades bucales. Es de conocimiento general en el campo odontológico, la existencia de diversas enfermedades y condiciones que perturban el estado de salud oral, sin embargo, la caries es considerada como la más infecciosa y prevalente en la infancia que va a causar repercusiones

locales y sistémicas importantes y que necesita la atención de todos los profesionales de la salud. (Policy Statement Oral Health Risk Assessment Timing and Establishment of the Dental Home. , 2003)

Los resultados de estudios posibilitan la afirmación de que la mayoría de los pediatras tienen un nivel regular de conocimiento sobre la CIT, lo que podría explicarse que es causado por la ausencia de enseñanzas sobre el tema. Desafortunadamente, sigue sin existir un plan curricular en el pregrado o en el residentado de pediatría que incorpore la Caries de la Infancia Temprana en sus objetivos de estudio. Por otro lado, conferencia, revistas, boletines y afiches hacen muy poca referencia sobre esta patología de los infantes. (Roses, 2003)

El primer profesional de la salud que establece contacto con él bebe es el pediatra, y su nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de las caries es insuficiente. En un estudio, Gift y col., examinaron el rol de los médicos en la prevención de la caries dental, y como conclusión expusieron que los medios tienen conocimiento que tiene un papel importante en la prevención de la CIT, además de ser conscientes del valor y la importancia de algunas medidas preventivas y repetidamente toman la iniciativa de suministrarles a sus pacientes, valoraron las actitudes hacia la salud oral y concluyeron que los pediatras no están bien informados en algunos aspectos de la salud oral. La mayoría de los pediatras que habían participado en este estudio admitieron la necesidad de mejorar su conocimiento en temas de odontología. Así mismo solicitaron recibir más información en sus años de estudio de medicina, e incluso en programas de especialidad. (Sanchez, Childers, & Fox, 1997)

Preisich realizó un estudio en el Hospital Infantil de Columbus, Ohio, entre el staff de pediatras y médicos generales que atendían infantes. Como resultados, encontró que la mayor parte de los médicos examinaban la cavidad oral durante el examen físico del niño y que los pediatras lo hacían con más frecuencia que los médicos generales. El tema con más

conocimientos que tenían los pediatras era el de caries dental, la secuencia de erupción dental y los problemas de maloclusión. Por otro lado, la mayoría de los médicos respondió que, si mencionaban el tema de la salud oral con los padres, pero solo verbalmente y no en forma continua. (Sanchez, Childers, & Fox, 1997)

Como medida principal y en primera instancia los médicos pediatras, deberían recomendar la primera visita al odontopediatra a los seis meses de edad, tal como lo sugiere la Asociación Americana de Odontología. (Achahui-Arauco, et al., 2014)

El impacto de la prevención y la gestión de enfermedades orales requieren la atención de todos los profesionales en el área de la salud, profesionales que toman decisiones, las cuales se extienden mucho más allá del consultorio dental. Una vez generado el contacto entre el niño y el odontopediatra deberá proporcionar tratamiento dental e influir en el comportamiento en la salud bucal del niño, de manera que la prevención sea una prioridad a través de examen bucal, un plan de tratamiento y establecer un mecanismo de comunicación efectiva con el pediatra. (Duggal , Cameron , & Toumba, 2014)

Dado que la salud oral y la salud general están inextricablemente vinculadas y comparten factores de riesgo comunes, además, son indicadores útiles de la salud general y patrones generales de desigualdades en salud. (Heilmann, Tsakos, & Watt, 2015)

Un estudio realizado en Paraguay en el 2013, con el propósito de determinar el nivel de conocimiento, actitud y práctica sobre prevención en salud bucal, ejecutado a 92 pediatras en Asunción y el Departamento Central, dedujo que el nivel de conocimiento sobre prevención de caries dental en la primera infancia fue aceptable en menos de la mitad de los profesionales que participaron en el estudio, siendo las actitudes conforme con la importancia de prevención de enfermedades bucodentales en la totalidad de los participantes y la inadecuada práctica en la mayoría de ellos. (Rolón-Lara & Samudio, 2014)

Al aumentar la participación en la prevención de la salud oral durante las visitas al médico de los niños, los pediatras pueden ser capaces de jugar un rol importante en mejorar la salud dental de sus pacientes quienes tienen dificultades obteniendo el acceso al cuidado dental profesional. Este enfoque puede ofrecer muchas ventajas sobre el modelo actual, en el cual la mayoría de los niños no visitan al dentista hasta después de los 3 años de edad y muchos niños de bajos recursos son incapaces de acceder a algún tipo de cuidado dental en absoluto. Las visitas preventivas regulares a los pediatras u otras profesionales de la salud primaria, las cuales comienzan en la infancia temprana y ocurren en horarios regulares y bien aceptados podrían permitir una evaluación temprana de la salud oral del niño. Además, los pediatras y otros médicos de atención primaria ya tienen establecido un rol en la prevención y la identificación temprana de problemas de salud y rutinariamente discuten una guía anticipada, apropiada para la edad en una variedad de temas. Este rol puede potencialmente ser expandido para incluir asesoramiento u orientación en prevención de caries, evaluación y remisión para problemas dentales, e incluso tratamientos de control de caries, así como la aplicación de flúor en barniz. El flúor en barniz es fácil y rápidamente de aplicación en los dientes de los niños. (Helfenstein & Steiner, 1994)

Varias fuentes de supervisión de salud para niños, aconsejan a los pediatras y otros médicos de atención primaria que asesoren a las familias sobre una básica higiene oral. No obstante, no está claro en qué nivel los pediatras se encuentran informados sobre prevención de la higiene oral. Además, poco es conocido sobre la incidencia de los problemas dentales en la práctica del pediatra y si es que los pediatras perciben la existencia de barreras para recibir cuidado profesional dental en sus pacientes. (Green, 1994)

Finalmente, es importante conocer cómo los pediatras valoran la promoción de la salud oral y si es que ellos estarían dispuestos a tomar actividades adicionales encaminadas a su mejoramiento. (American Academy of Pediatrics, 1997)

4.4. El rol de los médicos familiares sobre la salud oral de los infantes.

El campo de acción de los profesionales de la salud no debería limitarse únicamente a la persona, deben también ofrecer su atención hacia las familias y estructurarlas tanto con las soluciones como las intervenciones a realizar, además de educarlas en el rol que ejecutan con el fin de ser promotoras de la salud y así puedan contribuir a su mantenimiento de manera continua y permanente. La Salud Familiar, nace desde aquel concepto, es decir, como una transdisciplina que ofrece un enfoque integral de la atención en salud de los pacientes. (Ventres , 2013)

Se ha propuesto, la unión, organización y descripción de la utilidad de la especialidad de salud familiar en la odontología, conociendo las características propias de la atención (cercanía del paciente al odontólogo) con experiencias en el ámbito personal, laboral y familiar, además de la presencia de enfermedades y problemas sistémicos, bajo situaciones de estrés y ansiedad. Dichas situaciones se podrían entender y manejar adecuadamente a través del enfoque que ofrece la salud familiar, ya que comprende las otras dimensiones del comportamiento del ser humano más allá de lo meramente biológico. (Díaz , Tirado, & Madera, 2014)

La Salud Familiar es un nuevo planteamiento en la formación del personal de salud y se responsabiliza de complementar tanto la orientación individual y la comunitaria. Con algunos profesionales de la salud como los médicos y odontólogos existe una evidente resistencia a brindar este tipo de enfoque de atención, esto mismo podría explicarse en el hecho de que la formación que estos profesionales han recibido es un tanto individualista, pero está claro el hecho de que la formación de los profesionales, entre mayor sea hacia el área social, se incrementa la aceptación que tienen de este punto de vista. (Tracy , Bell, Nickell , Charles, & Upshur , 2013)

La aplicación del enfoque familiar, posibilita al profesional de salud conocer, analizar y comprender los diferentes factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales, alimentarios, ambientales, recreacionales, religiosos y políticos que entran en juego en la producción, mantenimiento y evolución de los estados de salud y enfermedad. (Vega, 2008)

Es importante entender que se debe trabajar en equipo, fomentando la prevención oral en todos los contactos que se tenga con el niño durante el servicio de salud. La educación sobre higiene oral no debe limitarse solo a los odontólogos. Existe un equipo completo de salud, el mismo que está en la obligación de contribuir con odontología, determinar si existen problemas de boca y remitir lo necesario. (Ruiz, Estupiñan, Miller, Soto, & Hernández, 2009)

Un limitante al acceso de la adecuada atención sanitaria de las personas es el hecho tener una visión separada de la salud bucodental y de la salud general. Por lo tanto, un abordaje integral tanto de salud general y bucodental, debe dejar atrás la noción de que un sólo profesional y, dentro de un consultorio, puede conocer, explicar y resolver todas las afecciones de una persona, su familia y/o su comunidad e instaurar el concepto y además de eso la práctica del trabajo en equipos multidisciplinarios que permitan aportar distintas perspectivas, según su formación, para fortalecer y darle integralidad al cuidado de la población. (Gaurav & Jayanthi , 2012)

Está claro que no se puede reemplazar la atención restaurativa especializada del personal odontológico, el mismo que cuenta con una adecuada información y entrenamiento, otros profesionales de la salud, como el personal médico y de promoción de la salud, pueden detectar afecciones bucodentales, así mismo facilitar servicios preventivos y promoción de la salud bucodental. De la misma manera, el personal odontológico, puede contribuir con el diagnóstico, debido a que en formación hay fundamentos de medicina interna y algunas de las afecciones sistémicas se pueden ver reflejadas con signos en la cavidad oral, además de

esto puede prevenir cuadros de enfermedades generales y promover la salud general. Esto resulta de suma importancia al generar cooperación entre la odontología y otras áreas de la salud de modo a aprovechar valiosos recursos humanos, técnicos y económicos para promover la salud, prevenir las enfermedades, realizar diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados. (Reporte del cuidado oral, 2004) (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Bucodental. República del Paraguay, 2012)

La salud bucal está dirigida a la familia y a la comunidad con atención directa a los miembros más vulnerables, además está basada en el principio de atención de calidad y de ser accesible a todos. Las intervenciones tienen énfasis en la educación de la salud bucal, la prevención y el control de la morbilidad de las principales patologías en especial de la caries dental. Además, el énfasis en la investigación en salud debe ser continuo y los sistemas de vigilancia epidemiológica y de información gerencial coordinada deben partir de realidad de la comunidad.

La salud bucal está relacionada directamente a los problemas sociales de las comunidades. La participación e integración de las comunidades es fundamental. Los principios básicos de la atención primaria son tomados en cuenta en los programas de salud bucal colectivos, para que se obtengan soluciones durables con la participación de la comunidad y la cooperación e integración multisectorial. Tomar estas medidas evitará que los esfuerzos se transformen en simples paliativos, reafirmando servicios de salud equitativos y de calidad.

Los servicios de salud bucal se deben prestar en los establecimientos de salud y en la comunidad apoyados por el equipo básico de salud EBAS. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2009)

4.5. Promoción del rol del pediatra y médicos familiares en la salud oral.

La Academia Americana de Pediatría publicó en mayo del 2003, dos guías detallando el rol de los pediatras en la salud oral infantil: “A health professional’s guide to pediatric oral health management” y la “Guide for oral health risk assessment training”. Estas guías proponen que los pediatras y los profesionales de la salud que atienden niños deberían tener los conocimientos básicos para desarrollar una evaluación del riesgo de salud oral en todos los pacientes, empezando por los 6 meses de edad e incorporar la evaluación de la salud bucal en las visitas de control del niño sano. (Hale, 2003)

Debido a que el contacto con un médico de familia o un pediatra generalmente ocurre antes de la primera visita de un niño a un dentista, los proveedores de atención primaria desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud oral en los niños. Deben estar bien informados sobre la cariología y prevención dental, ser capaces de identificar a los niños con alto riesgo de enfermedad dental y proporcionar orientación anticipada a las familias. A menudo, también deben lidiar con las complicaciones sistémicas de la caries dental no tratada. La mayoría de los pediatras encuestados creen que tienen un importante papel que desempeñar en los problemas de salud bucal de los niños. Sin embargo, la falta de información y conocimientos actualizados, así como la dificultad que tienen los pediatras para referir a los pacientes a la atención dental profesional, son a menudo barreras citadas para su efectividad. (Rowan-Legg, 2013)

Una reciente encuesta canadiense encontró que casi una cuarta parte de los pediatras y médicos de familia dijeron que no recibieron capacitación en salud oral en la escuela de medicina o en la residencia: el 79% de los pediatras y el 89% de los médicos de familia reportaron haber recibido menos de tres horas de capacitación en atención de salud oral en Escuela de medicina o residencia. Ambos grupos de profesionales mostraron poca capacidad

para responder preguntas basadas en el conocimiento con respecto a CIT. (Prakash, et al., 2006)

Los médicos de familia, se encuentran en la posición perfecta para abordar la salud bucal. De hecho, el Instituto de Medicina establece roles claros para los médicos de familia y otros profesionales no dentales en un innovador informe sobre el avance de la atención de la salud oral y su informe sobre la mejora del acceso a la atención para personas vulnerables y marginadas. (Institute of Medicine of the National Academies, 2011)

La Asociación Dental Americana (ADA) establece:

"Con médicos, enfermeras, asistentes médicos y otros miembros del equipo de atención primaria que se unen a la lucha por la salud bucal, tenemos una posibilidad real de erradicar la epidemia silenciosa de la enfermedad dental", directora ejecutiva de ADA, Kathleen O'Loughlin, DMD, MPH. (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2003)

La promoción y prevención de la salud oral es algo que debe abordarse a lo largo del ciclo de vida. En esta era del hogar médico centrado en el paciente, los médicos familiares y pediatras deben actuar como líderes del equipo, coordinando todos los aspectos de la salud de un paciente como su primer contacto y ayudando con referencias a especialistas relevantes, incluidos dentistas y periodoncistas. (Silk, 2013)

Para los bebés y los niños, la Academia Estadounidense de Pediatría sugiere que los profesionales de la salud de atención primaria aconsejen y orienten sobre la salud bucal a los padres a partir de los 6 meses de edad del niño. (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2003)

4.6. Conocimientos y actitudes de los pediatras y médicos familiares frente a salud oral.

El conocimiento de la salud bucal de los niños incluye el conocimiento del desarrollo dental, el trauma dental y la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries. La Academia Americana de Odontología Pediátrica alienta a los proveedores de atención médica a utilizar todas las estrategias preventivas recomendadas para prevenir las caries en la niñez temprana, y la implementación de estas estrategias debe comenzar en el consultorio del pediatra. (American Academy on Pediatric Dentistry, 2013)

La salud oral tiene un grave impacto en la salud general de los niños y en el estado económico de la comunidad. Porque los pediatras ven a los bebés mucho antes de que los vea el personal dental, los pediatras tienen una oportunidad única para enfatizar la importancia de las prácticas de salud bucal. Una guía de consenso de acuerdo con la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y Bright Futures recomendó al menos ocho visitas para recibir atención médica pediátrica preventiva a los 12 meses de edad. Invalid source specified. (Hagan, Shaw, & Duncan, Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 3rd edn., 2008)

Las colaboraciones entre la comunidad dental y los pediatras son esenciales. La educación en salud oral se debe introducir en cada nivel de la capacitación médica de un pediatra, y los conocimientos básicos sobre la patogenia, la prevención y el diagnóstico de caries deben incluirse en los planes de estudios de residencia. (Gonul Sezer, Paketci, & Bozaykut , 2013)

Los médicos están bien posicionados para mejorar la salud bucal de los niños. Ven a los bebés y niños pequeños con frecuencia en los primeros años de vida cuando la prevención es crítica y se están estableciendo hábitos de por vida. (Douglass, Douglass, & Krol , 2009)

La medicina familiar es la especialidad de atención médica primaria más grande de América, con 105 000 médicos de familia que atienden a más de un tercio de los niños de América. Los pediatras generales, que suman 45 000, atienden a una amplia sección de niños. Al adquirir las habilidades para realizar exámenes orales, aplicar estrategias preventivas, asesorar a los cuidadores y referir adecuadamente a los pacientes a los dentistas, los médicos de atención primaria pueden ayudar a eliminar las disparidades en la salud oral. (US Department of Health and Human Services., 2003)

Los pediatras y los médicos de familia sintieron que su formación en salud bucal durante la residencia y en programas de educación médica eran insuficientes y deseaba más educación. Como resultado de estas brechas reconocidas, hubo un aumento en becas de formación en salud bucal, desarrollo curricular, y actividades de educación médica continua para ampliar las capacidades de salud oral de los médicos. (Mouradian, Schaad, & Kim, 2003)

Los esfuerzos comenzaron a gran escala en 2001 con el otorgamiento de 8 becas para la educación de médicos de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) para 8 centros médicos en todo el país. Tanto los pediatras como los médicos de familia recibieron capacitación utilizando materiales educativos desarrollados en los sitios locales. (Gonsalves, Skelton, & Smith, 2004)

En 2003, la Oficina de Salud Materna e Infantil financió el desarrollo de un recurso de capacitación en salud oral pediátrica en línea para proveedores no dentales. (Nowak, 2003)

4.7. Tratamiento de Caries de la Infancia Temprana.

El tratamiento de la CIT se puede lograr a través de diferentes tipos de intervención, dependiendo de la progresión de la enfermedad, la edad del niño y la historia social, conductual y médica del niño. Examinar a un niño antes de su primer cumpleaños es ideal

para la prevención e intervención de CIT. Durante esta visita inicial, realizar una evaluación de riesgos puede proporcionar datos de referencia necesarios para aconsejar a los padres sobre la prevención de caries dentales. Los niños con bajo riesgo pueden no necesitar ninguna terapia de restauración. Los niños con riesgo moderado pueden requerir la restauración de las lesiones progresivas y cavitadas, mientras que las manchas proximales y las lesiones proximales del esmalte deben tratarse con técnicas preventivas y controlarse para determinar la progresión. Sin embargo, los niños con alto riesgo pueden requerir una intervención reparadora temprana de las lesiones proximales del esmalte, así como la intervención de lesiones progresivas y cavitadas para minimizar el desarrollo continuo de caries. (Çolak, Dülgergil, Dalli, & Mustafa Hamidi, 2013)

El estándar actual de atención para el tratamiento de S-CIT generalmente requiere anestesia general con todas sus posibles complicaciones debido a que el nivel de comportamiento cooperativo de los bebés y niños en edad preescolar no es el ideal. (Kindelan, Day, Nichol, Willmott, & Fayle, 2008)

Las coronas de acero inoxidable (preformadas) son formas de coronas prefabricadas que pueden adaptarse a molares primarios individuales y cementarse en su lugar para proporcionar una restauración definitiva. Han sido indicados para la restauración de dientes primarios y permanentes con caries, descalcificación cervical y / o defectos del desarrollo (por ejemplo, hipoplasia, hipocalcificación), cuando es probable el fracaso de otros materiales de restauración disponibles (por ejemplo, caries interproximal que se extienden más allá de los ángulos de la línea, pacientes con bruxismo), después de una pulpotomía o pulpectomía, para restaurar un diente primario que se va a utilizar como pilar para un mantenedor de espacio, o para la restauración intermedia de dientes fracturados. (Kindelan, Day, Nichol, Willmott, & Fayle, 2008)

Otro enfoque del tratamiento de la caries dental en niños pequeños es el tratamiento restaurativo atraumático (ART). El ART es un procedimiento que se basa en la extracción de los tejidos de los dientes cariados con instrumentos manuales solos y en la restauración de la cavidad con un material restaurador adhesivo. (Dalli, Çolak, & Mustafa Hamidi , 2012)

En la actualidad, el material restaurador es ionómero de vidrio. La ART es una técnica simple con muchas ventajas, como reduce el dolor y el miedo durante el tratamiento dental, no requiere electricidad; y es más rentable que el enfoque tradicional utilizando amalgama. Es un tratamiento alternativo disponible para una gran parte de la población mundial. Además, está principalmente indicado para uso en niños, ya que se informa que es atraumático porque no se utilizan instrumentos rotatorios y en la mayoría de los casos no se necesita anestesia local. (Çolak, Dülgergil, Dalli, & Mustafa Hamidi, 2013)

El estándar actual de atención para el tratamiento de CIT generalmente requiere anestesia general, con todas sus posibles complicaciones, debido a que el nivel de comportamiento cooperativo de los bebés y niños en edad preescolar es inferior al ideal. El tratamiento de la CIT se limita a la extirpación quirúrgica o la restauración de los dientes cariados junto con recomendaciones sobre los hábitos alimenticios. La odontología restauradora tiene poco o ningún impacto a largo plazo en las poblaciones orales de *S. mutans* y, las recomendaciones con respecto a los comportamientos de alimentación han tenido impacto mínimo. (Berkowitz, Cause, treatment and prevention of early childhood caries, 2003)

No en vano, los resultados clínicos para el tratamiento de la CIT son pobres. Sheehy y otros, mediante una encuesta telefónica, encontraron que el 23% de los niños tratados por CIT bajo anestesia general necesitaban restauraciones o extracciones después de la cirugía dental inicial. (Sheehy , Hirayama , & Tsamtsouris , 1994)

En otro estudio, el 52% de la cohorte tratada con anestesia general presentó nuevas lesiones de esmalte de superficie lisa en 4 a 6 meses después de la cirugía dental. (Berkowitz, Moss, Billings, & Weinstein, 1997)

Eidelman y otros, utilizando una revisión retrospectiva de gráficos, informaron que el 57% de la cohorte del estudio que había sido tratada con anestesia general requirió tratamiento para nuevas lesiones cariosas en los 6 a 24 meses posteriores a la cirugía dental inicial. (Eidelman, Faibis, & Peretz, 2000)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue realizado a pediatras y médicos familiares que presten servicios de atención a niños en edades entre los 0 a los 71 meses de edad en la Ciudad de Loja y que nos brinden la apertura y la colaboración. A estos mismos profesionales se les otorgó el respectivo consentimiento informado, en donde indicaban aceptar ingresar en el estudio, además su nombre, número de cédula y firma.

TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo descriptivo, el cual buscó describir las variables en un determinado grupo de estudio por un período corto de tiempo y de corte transversal porque no necesitó seguimiento por períodos largos de tiempo, además la población de estudio fue investigada en un momento determinado y no se requirió establecer grupos de control.

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Ciudad de Loja; la unidad de estudio fueron los pediatras y médicos familiares en su consulta tanto pública como privada, que brinden la autorización y la apertura para realizar las encuestas

MUESTRA

Estuvo conformada por 75 profesionales los cuales aceptaron participar del presente estudio a través de la firma del consentimiento informado y cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, de los 43 fueron especialistas en pediatría y 32 especialistas en medicina familiar y comunitaria.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Fueron considerados los profesionales Pediatras y Médicos Familiares que presten servicios de salud a niños en edades entre los 0 a 71 meses de edad, con su respectivo registro de SENESCYT, y que de manera voluntaria aceptaron participar del estudio y firmaron el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Fueron excluidos todos los profesionales que no cumplieron los criterios de inclusión.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se aplicó una prueba piloto a 6 profesionales que prestan servicios de atención a niños en el Centro Materno Infantil “Julia Esther González Delgado”, de los cuales 2 fueron especialistas en medicina familiar y comunitaria y 4 especialistas en pediatría, los mismos que cumplían con los criterios de inclusión para el estudio, posteriormente se procedió a determinar el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach obteniéndose un valor de 0,5, valor considerado aceptable.

MÉTODO E INSTRUMENTOS

Previa la aplicación de la encuesta, se debió explicar a los profesionales el objetivo del estudio, el instrumento que se utilizará y el tiempo de llenado del cuestionario. Una vez obtenida la autorización verbal por parte del profesional para la participación del estudio, se procedió a entregar el consentimiento informado (Anexo 1), el mismo que debía ser llenado de forma clara con el nombre del especialista, su número de cédula y su firma. Con el fin de no interrumpir con las labores diarias de la consulta de los profesionales participantes, se

realizó una breve explicación de la encuesta, dejando la misma para su llenado correspondiente y posterior retiro de acuerdo a la disponibilidad de su agenda.

Seguidamente, se procedió a realizar la aplicación de la encuesta; la misma que fue elaborada de acuerdo a la literatura existente, basada en estudios recientes similares y artículos científicos (Anexo 4); se seleccionaron 18 preguntas, de las cuales 17 fueron utilizadas para determinar el nivel de conocimiento sobre la Caries de la Infancia Temprana distribuidas de la siguiente manera: tres referentes a diagnóstico de la afección, seis acerca de la etiología de la Caries de la Infancia Temprana, tres sobre las visitas al odontólogo, dos sobre las consecuencias del padecimiento y finalmente tres referentes al tratamiento; es importante recalcar que la primera pregunta valoraba el tiempo de ejercicio profesional del especialista (Anexo 2).

PROCESAMIENTO DE RESULTADOS

Para la tabulación de los resultados se realizó aplicando el método de valoración de cada pregunta mediante el criterio de la respuesta correcta, se calculó los puntos de corte para establecer una escala con rangos, en tres puntos de corte, para inferir el nivel de conocimiento, similar a la escala Vigesimal, estableciendo los siguientes intervalos de valoración: 0 a 5 respuestas correctas, Conocimiento Malo, 6 a 11 respuestas correctas, Conocimiento Regular, y de 12 a 17 respuestas correctas, Conocimiento Bueno.

Los datos fueron almacenados a través de una tabla de vaciado elaborada en Microsoft Excel; y la posterior elaboración una base de datos en el programa estadístico SPSS 25.0. Se utilizó la prueba de **T-Student** para la comparación del nivel de conocimiento de los grupos estudiados y para comparar el nivel de conocimiento que presentan de acuerdo a los años de ejercicio profesional que poseen; el objetivo fue analizar las diferencias entre las medias de los especialistas pediatras y de los médicos familiares en dos variables

dependientes, en este caso el nivel de conocimiento de caries de infancia temprana, y el tiempo de ejercicio profesional (valores cuantitativos del instrumento) con distribución normal.

6. RESULTADOS

Acompañado del respectivo consentimiento informado y la consecuente colaboración de los profesionales se procede a implementar la investigación.

En el presente estudio la mayor proporción de profesionales con los que se trabajó corresponde a los pediatras en comparación con los médicos familiares

Se logró realizar la respectiva encuesta a 75 especialistas: 43 médicos pediatras (57.33%) y 32 médicos familiares (42.7%)

Tabla 1.
Distribución de los grupos según especialidad

ESPECIALIDADES	Frecuencia	Porcentaje
Médicos familiares	32	42,7
Médicos pediatras	43	57,3
Total	75	100,0

Fuente: Investigación directa (2019)
Elaborada por: La investigadora

Tabla 2.
Comparación según el tiempo de ejercicio profesional

PREGUNTA / CATEGORIA			ESPECIALIDAD DEL ENCUESTADO		TOTAL	
			PEDIATRA <i>n= 43</i>	MEDICO FAMILIAR <i>n=32</i>		<i>n=75</i>
Tiempo de ejercicio profesional	0 a 5 años	F	8	12	20	
		%	18,6%	37,5%	26,7%	
	> 6 años	F	35	20	55	
		%	81,4%	62,5%	73,3%	
Total			F	43	32	75
			%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Investigación directa (2019)
Elaborada por: La investigadora

Análisis e interpretación

El 26,70% del total de los participantes tiene una experiencia profesional de 0 a 5 años, de los cuales, el 10,67% corresponden a los médicos pediatras y el 16,00% a médicos familiares y una proporción equivalente al 73,30% con experiencia mayor a 6 años, distribuida de la siguiente manera: 46,67% de médicos pediatras y 26.67 de médicos familiares

Tabla 3.**Comparación de conocimientos de diagnóstico de la Caries de la Infancia Temprana**

PREGUNTA / CATEGORIA			ESPECIALIDAD DEL ENCUESTADO		TOTAL <i>n=75</i>	
			PEDIATRA <i>n= 43</i>	MEDICO FAMILIAR <i>n= 32</i>		
La caries de infancia temprana se presenta en niños	< 3 años	f	35	23	58	
		%	81,4%	71,9%	77,3%	
	< 6 años	f	8	8	16	
		%	18,6%	25,0%	21,3%	
	< 12 años	f	0	1	1	
		%	0,0%	3,1%	1,3%	
Total			f	43	32	75
			%	100,0%	100,0%	100,0%
¿Desde qué edad cree que se pueden producir caries en los niños?	Antes de los 2 años	f	35	22	57	
		%	81,4%	68,8%	76,0%	
	A partir de los 2 años	f	5	10	15	
		%	11,6%	31,3%	20,0%	
	A partir de los 4 años	f	3	0	3	
		%	7,0%	0,0%	4,0%	
Total			f	43	32	75
			%	100,0%	100,0%	100,0%
¿Cuáles son los dientes que se ven más afectados con la caries dental de la infancia temprana?	Incisivos centrales superiores	f	24	18	42	
		%	55,8%	56,3%	56,0%	
	Molares superiores e inferiores	f	17	13	30	
		%	39,5%	40,6%	40,0%	
	Incisivos centrales inferiores	f	2	1	3	
		%	4,7%	3,1%	4,0%	
Total			f	43	32	75
			%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Investigación directa (2019)

Elaborada por: La investigadora

Valoración de conocimientos

La tabla 3 muestra el nivel de conocimiento sobre los términos de diagnóstico. Los valores muestran que el nivel de conocimiento fue mayor en los médicos pediatras, siendo el 81,4%, que respondió correctamente en la primera pregunta en comparación con el 71,9% de

médicos familiares; igualmente el 81,4% de médicos pediatras señaló la opción correcta en la segunda pregunta, mientras que el 68,8% de médicos familiares lo hizo; en la última pregunta el 55,8% de médicos pediatras respondieron adecuadamente, en tanto el 56,3% de médicos familiares acertó.

Tabla 4.**Comparación de conocimientos de la etiología de la Caries de la Infancia Temprana**

PREGUNTA / CATEGORIA			ESPECIALIDAD DEL ENCUESTADO		TOTAL <i>n=75</i>
			PEDIATRA <i>n= 43</i>	MEDICO FAMILIAR <i>n= 32</i>	
¿A partir de qué edad hay que cepillarle los dientes del niño?	Desde que tiene los dientes en la boca	f	40	29	69
		%	93,0%	90,6%	92,0%
	Desde que pueda cepillárselos el solo	f	3	3	6
		%	7,0%	9,4%	8,0%
Total		f	43	32	75
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Por la noche disminuye la producción de saliva y, por lo tanto, los dientes están, más desprotegidos contra la caries	Verdadero	f	26	19	45
		%	60,5%	59,4%	60,0%
	Falso	f	12	6	18
		%	27,9%	18,8%	24,0%
	No sabe, no contesta	f	5	7	12
		%	11,6%	21,9%	16,0%
Total		f	43	32	75
		%	100,0%	100,0%	100,0%
El uso frecuente del biberón con leche azucarada favorece la aparición de caries a temprana edad	Verdadero	f	43	30	73
		%	100,0%	93,8%	97,3%
	Falso	f	0	2	2
		%	0,0%	6,3%	2,7%
Total		f	43	32	75
		%	100,0%	100,0%	100,0%
En los niños el dormir lactando y no cepillarle los dientes puede favorecer la aparición de caries	Verdadero	f	34	22	56
		%	79,1%	68,8%	74,7%
	Falso	f	9	7	16
		%	20,9%	21,9%	21,3%
	No sabe, no contesta	f	0	3	3
		%	0,0%	9,4%	4,0%
Total		f	43	32	75
		%	100,0%	100,0%	100,0%
El uso frecuente y prolongado del biberón con infusiones azucaradas, zumos	Verdadero	f	41	30	71
		%	95,3%	93,8%	94,7%
	Falso	f	1	0	1
		%	2,3%	0,0%	1,3%

envasados o naturales azucarados es perjudicial para los dientes de los niños	No sabe, no contesta	f	1	2	3
		%	2,3%	6,3%	4,0%
Total		f	43	32	75
		%	100,0%	100,0%	100,0%
El uso del chupón endulzado con azúcar, miel o zumos, sobre todo por la noche, es perjudicial para los dientes	Verdadero	f	41	31	72
		%	95,3%	96,9%	96,0%
	Falso	f	2	0	2
		%	4,7%	0,0%	2,7%
	No sabe, no contesta	f	0	1	1
		%	0,0%	3,1%	1,3%
Total		f	43	32	75
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Investigación directa (2019)

Elaborada por: La investigadora

Valoración de conocimientos

De acuerdo con los resultados obtenidos, la tabla 4 muestra el nivel de conocimiento sobre los términos de etiología: en primera pregunta el 93% de los médicos pediatras respondió correctamente, mientras que 90,6% de los médicos familiares lo hicieron; en relación a la segunda pregunta, el 60,5% de pediatras señalaron verdadero, en comparación al 59,4% de médicos familiares que supieron responder correctamente; para la tercera pregunta, el 100% de médicos pediatras escogieron verdadero, en tanto que 93,8% de médicos familiares lo hizo; en consideración al cuarto enunciado, el 79,1% de pediatras respondieron verdadero, entre tanto, el 68,8% de médicos familiares escogieron verdadero; respecto a la quinta pregunta, el 95,3% de pediatras contestaron verdadero, entre tanto, el 93,8% de médicos familiares respondieron verdadero; referente al sexto enunciado, el 95,3% de médicos pediatras contestaron correctamente, a diferencia del 96,9% de médicos familiares que lo hicieron.

Tabla 5.*Comparación de conocimientos referente las visitas del niño al odontólogo*

PREGUNTA / CATEGORIA			ESPECIALIDAD DEL ENCUESTADO		TOTAL <i>n=75</i>
			PEDIATRA <i>n= 43</i>	MEDICO FAMILIAR <i>n= 32</i>	
¿A qué edad usted considera que los niños deben tener su primera visita al dentista?	Antes del año	f	26	20	46
		%	60,5%	62,5%	61,3%
	Al año	f	11	8	19
		%	25,6%	25,0%	25,3%
	A los dos años	f	6	4	10
		%	14,0%	12,5%	13,3%
Total		f	43	32	75
		%	100,0%	100,0%	100,0%
En niños con alto riesgo de caries las revisiones odontológicas deberían ser	Cada 2 meses	f	18	10	28
		%	41,9%	31,3%	37,3%
	Cada 6 a 12 meses	f	25	22	47
		%	58,1%	68,8%	62,7%
Total		f	43	32	75
		%	100,0%	100,0%	100,0%
A partir de los 2 años de edad, los niños deben tener revisiones odontológicas	Cada 6 a 12 meses	f	41	32	73
		%	95,3%	100,0%	97,3%
	Cada 24 meses	f	2	0	2
		%	4,7%	0,0%	2,7%
Total		f	43	32	75
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Investigación directa (2019)

Elaborada por: La investigadora

Valoración de conocimientos

De acuerdo con los resultados obtenidos, la tabla 5 muestra el nivel de conocimiento sobre los términos de visitas al odontólogo; de acuerdo a la primera pregunta, el 60,5% de los médicos pediatras respondieron correctamente, a diferencia del 62,5% de los médicos familiares que acertaron; referente a la segunda pregunta, en donde, el 58,1% de médicos pediatras contestó erróneamente, similar al 68,8% de médicos familiares. En el último

enunciado de esta categoría, el 95,3% ($n= 43$) de pediatras escogió la respuesta acertada, en comparación con el 100% de médicos familiares que lo hicieron.

Tabla 6.

Comparación de conocimientos de las consecuencias de la Caries de la Infancia Temprana.

PREGUNTA / CATEGORIA		ESPECIALIDAD DEL ENCUESTADO		TOTAL <i>n=75</i>	
		PEDIATRA <i>n= 43</i>	MEDICO FAMILIAR <i>n= 32</i>		
¿Qué sucede cuando no se trata una lesión de caries en el infante?	Caries avanzara a través del esmalte hasta la dentina	f	36	26	62
		%	83,7%	81,3%	82,7%
	Dependiendo del sistema inmunológico del niño, la caries se detendrá o avanzará dependiendo de la gravedad	f	5	4	9
		%	11,6%	12,5%	12,0%
	La caries entra al torrente sanguíneo	f	2	2	4
		%	4,7%	6,3%	5,3%
Total		f	43	32	75
		%	100,0%	100,0%	100,0%
¿Cree que un niño menor a 6 años pueda perder la mayoría de los dientes debido a un proceso de caries?	Verdadero	f	35	30	65
		%	81,4%	93,8%	86,7%
	Falso	f	8	2	10
		%	18,6%	6,3%	13,3%
Total		f	43	32	75
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Investigación directa (2019)

Elaborada por: La investigadora

Valoración de conocimientos

La tabla 6 muestra el nivel de conocimiento sobre los términos de consecuencias de la Caries de la Infancia Temprana; la primera pregunta fue contestada correctamente por el 83,7% de los médicos pediatras, mientras que el 81,3% de médicos familiares señalo la respuesta correcta. El 81,4% de pediatras escogió verdadero para el segundo enunciado,

siendo esta respuesta correcta, similar al 93,8% de médicos familiares que señalaron esta misma opción.

Tabla 7.*Comparación de conocimientos del tratamiento de la Caries de la Infancia Temprana.*

PREGUNTA / CATEGORIA			ESPECIALIDAD DEL ENCUESTADO		TOTAL <i>n=75</i>
			PEDIATRA <i>n= 43</i>	MEDICO FAMILIAR <i>n= 32</i>	
Las caries en los dientes de leche deben recibir tratamiento odontológico	Verdadero	f	43	31	74
		%	100,0%	96,9%	98,7%
	Falso	f	0	1	1
		%	0,0%	3,1%	1,3%
Total		f	43	32	75
		%	100,0%	100,0%	100,0%
El tratamiento odontológico de sellado de fosas y fisuras previenen la caries en los dientes	Verdadero	f	36	30	66
		%	83,7%	93,8%	88,0%
	Falso	f	2	1	3
		%	4,7%	3,1%	4,0%
	No sabe, no contesta	f	5	1	6
		%	11,6%	3,1%	8,0%
Total		f	43	32	75
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Considera necesario que la pasta dental empleadas en niños menores de 6 años tenga flúor en su composición	Si	f	32	25	57
		%	74,4%	78,1%	76,0%
	No	f	11	7	18
		%	25,6%	21,9%	24,0%
Total		f	43	32	75
		%	100,0%	100,0%	100,0%

*Fuente: Investigación directa (2019)**Elaborada por: La investigadora***Valoración de conocimientos**

De acuerdo con los resultados obtenidos, la tabla 7 muestra el nivel de conocimiento sobre los términos de tratamiento de la CIT; el 100% de médicos pediatras contestaron acertadamente la primera pregunta, en tanto que el 96,9% de médicos familiares coincidieron; para el segundo enunciado, el 83,7% de los médicos pediatras respondieron correctamente, al

igual que el 93,8% de los médicos familiares. El último enunciado, 74,4% de los pediatras señalaron correctamente la respuesta, al igual que el 78,1% de los médicos familiares.

Tabla 8.
Proporción del nivel de conocimiento general

		INTERPRETACIÓN SOBRE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA			TOTAL
			CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR	CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA ADECUADO	
ESPECIALIDAD DEL ENCUESTADO	PEDIATRA (n=43)	f	6	37	43
		%	13,36%	86,04%	100,0%
	MEDICO FAMILIAR (n=32)	f	24	8	32
		%	25%	75%	100,0%
TOTAL		f	30	45	75
		%	18,66%	81,33%	100,0%

Fuente: Investigación directa (2019)
Elaborada por: La investigadora

Valoración de conocimientos

En cuanto al nivel de conocimiento por especialidad médica, considerando la misma proporción de especialistas pediatras y especialistas médicos familiares, existe mayor proporción con conocimiento adecuado en los profesionales pediatras, en comparación con los médicos familiares.

Tabla 9.

Comparación del nivel de conocimientos de médicos pediatras sobre la Caries de la Infancia Temprana dependiendo del tiempo de ejercicio profesional.

NIVEL DE CONOCIMIENTO		Pediatras con tiempo de ejercicio profesional de 0 a 5 años <i>n= 8</i>	Pediatras con tiempo de ejercicio profesional > 6 años <i>n= 35</i>	TOTAL <i>n= 43</i>
Bueno	f	6	31	37
	%	75%	88,57%	86,1%
Regular	f	2	4	6
	%	25%	11,25%	13,95%
Total	f	8	35	43
	%	100%	100%	100%

Fuente: Investigación directa (2019)

Elaborada por: La investigadora

Valoración de conocimientos

Pediatras con tiempo de ejercicio profesional de 0 a 5 años poseen un nivel de conocimiento inferior en comparación con los médicos pediatras que cuentan con más de 6 años de ejercicio profesional

Tabla 10.

Comparación del nivel de conocimientos de médicos familiares sobre la Caries de la Infancia Temprana dependiendo del tiempo de ejercicio profesional.

NIVEL DE CONOCIMIENTO		Médicos Familiares con tiempo de ejercicio profesional de 0 a 5 años	Médicos Familiares con tiempo de ejercicio profesional > 6 años	TOTAL
		<i>n= 12</i>	<i>n= 20</i>	<i>n=32</i>
Bueno	f	6	18	24
	%	50%	90%	75%
Regular	f	6	2	8
	%	50%	10%	25%
Total	f	12	20	32
	%	100%	100%	100%

Fuente: Investigación directa (2019)

Elaborada por: La investigadora

Valoración de conocimientos

Médicos Familiares con tiempo de ejercicio profesional de mayor a 6 años poseen un nivel de conocimiento superior en comparación con los médicos familiares que cuentan con un tiempo de ejercicio profesional entre 0 a 5 años.

Tabla 11.
Estadísticos resultado de la aplicación del instrumento

ESPECIALIDAD DEL ENCUESTADO		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
SUMA DE VALORES DEL CUESTIONARIO	PEDIATRA	43	20,95	2,340	0,357
	MEDICO FAMILIAR	32	21,31	2,833	0,501

Fuente: Investigación directa (2019)

Elaborada por: La investigadora

Interpretación

En el presente estudio la mayor proporción de profesionales con los que se trabajó se corresponde a los pediatras en comparación con los médicos familiares, la mayor dispersión de datos se encuentra en estos últimos así como el error estándar.

Tabla 12.
Prueba de t para muestras independientes

		PRUEBA DE LEVENE DE IGUALDAD DE VARIANZAS		PRUEBA T PARA LA IGUALDAD DE MEDIAS						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inf	Sup
Suma de valores del cuestionario	Se asumen varianzas iguales	3,561	0,063	-0,600	73	0,550	-0,359	0,598	-1,551	0,833
	No se asumen varianzas iguales			-0,584	59,193	0,562	-0,359	0,615	-1,589	0,871

Fuente: Investigación directa (2019)
Elaborada por: La investigadora

Interpretación

El estadístico adecuado, para analizar las diferencias entre las medias de los dos grupos expuestos es la T de Student. Para conocer las diferencias entre las medias de ambos grupos, que muestran los estadísticos descriptivos, son significativas debe observarse la probabilidad asociada al estadístico T, es decir, su probabilidad de ocurrencia. El p valor (sig) es de 0,063. Como el valor de la probabilidad asociada al estadístico t es superior al nivel de error (0,05) debe aceptarse la hipótesis nula y por ende no aceptar la alternativa. Es decir, se confirma que no hay diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones medias de pediatras y médicos familiares en el nivel de conocimiento de caries de infancia temprana. Se detalla además sobre la diferencia entre las medias de los dos grupos (diferencia de medias). En este caso hay -0,359 puntos de diferencia a favor de los médicos familiares (considere que la escala está invertida). Por tanto, los especialistas pediatras tienen un mayor conocimiento de caries de infancia temprana en comparación con los especialistas médicos familiares.

7. DISCUSIÓN

El pediatra es el primer profesional que tiene una directa interrelación tanto con el niño como con el padre de familia. Los médicos familiares en su perfil de estudio cuentan con fundamentos de pediatría y en el sector público de nuestro país prestan atención a niños de todas las edades. Las evaluaciones que realicen estos profesionales constituyen la principal arma de diagnóstico de la salud oral del niño. Mediante los resultados obtenidos en la presente investigación, se busca determinar si la aparición de caries de la infancia temprana está directamente relacionada con la falta de conocimientos sobre esta afección por parte de los médicos pediatras y médicos familiares.

En un estudio de Vásquez et al. (2008), al valorar el nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante, se obtuvieron resultados del 22,9% de pediatras con conocimiento alto, 65,7% de conocimiento bueno y 11,4% de conocimiento bajo; el conocimiento de los médicos generales es alto en 17,3%, medio en 71,8% y bajo en 10,9%. Comparando con el presente estudio en donde el 86,04% de médicos pediatras tiene conocimiento bueno, el 13,96% conocimiento regular y 0% conocimiento malo, de igual manera el 75% de los médicos familiares tienen conocimiento bueno, el 25% restante con conocimiento regular y el 0% de conocimiento malo.

Un estudio realizado por Contreras en 2003 sobre los conocimientos y actitudes del médico pediatra; se evaluó los conocimientos de 24 pediatras con respecto a la salud bucal infantil, encontrándose que el 37,5% presentaba conocimientos deficientes. Al compararlo con la presente investigación, únicamente el 13,96% de los médicos pediatras presentan conocimientos regulares sobre CIT.

Regalado (2016), señala igualmente al evaluar el nivel de conocimiento de CIT de pediatras en el Hospital Andrade Marín de Quito, que el mayor nivel de conocimiento se da

en aquellos pediatras que están empezando a ejercer su carrera 73%, que aquellos pediatras que tienen más de cinco años de ejercer 53%; esta información difiere a la obtenida en la presente investigación, en donde los pediatras (73,81%) y médicos familiares (56,25%) con mayor tiempo de ejercicio profesional tienen un nivel de conocimiento superior.

Díaz (2018), en su estudio, conocimientos sobre caries de infancia temprana en el personal de salud del primer nivel de atención; indica que el 53.3% de médicos conocen sobre el diagnóstico de CIT, en tanto que, en nuestro estudio, 72,86% de médicos pediatras respondieron correctamente las interrogantes sobre temas de diagnóstico. Así mismo, el autor indicó que, en lo referente a la etiología de CIT, 100% de los cirujanos dentistas y el 86,7% contestaron acertadamente, similar a la información obtenida en el presente estudio, en donde el 87,2% tienen conocimientos sobre etiología de CIT.

En la Universidad de Granada, España (2014), se realizó una encuesta al Área de Odontopediatría, en donde únicamente el 28% de los encuestados respondieron correctamente a preguntas referentes a las visitas de los niños al odontólogo. Se encontraron resultados aún más pobres en un estudio realizado por Lewis et al (2014), pues solamente el 14,6% de los profesionales encuestados tenían conocimiento sobre este tema. A diferencia del presente estudio 65,25% de los pediatras y médicos familiares conocen sobre aspectos de visitas de los niños al odontólogo.

Rojas (2008) indica, al evaluar el nivel de conocimiento y actitud sobre la caries de infancia temprana de los pediatras que el 53% cuentan con un buen nivel de conocimiento al señalar las consecuencias de una lesión de caries de la infancia temprana sin tratamiento; mientras que los resultados obtenidos en este estudio demostraron que el 82,55% de los pediatras conocen sobre las consecuencias de CIT, de la misma manera mostró que el 53% de

los pediatras cuentan con un buen nivel de conocimiento al señalar las consecuencias de la lesión de caries de la infancia temprana sin tratamiento.

López, et al en 2013 en su investigación sobre los conocimientos y actitudes de los pediatras sobre salud oral, al preguntarles específicamente a los médicos pediatras sobre tratamientos preventivos, el 45,74% estaba familiarizado con el barniz de flúor y el 83,44% con algunos sellantes dentales, esta información es similar a la obtenida en el presente estudio, en donde el 83,7% de los pediatras conocen sobre los sellantes de fosas y fisuras y el 74,4% considera que si se debe emplear flúor en la pasta dental de los niños.

8. CONCLUSIONES

Con la investigación realizada sobre el nivel de conocimiento de pediatras y médicos familiares sobre la Caries de la Infancia Temprana en la Ciudad de Loja se pudo concluir que:

- El nivel de conocimiento de los médicos pediatras es superior; no obstante, los médicos familiares cuentan con conocimientos adecuados sobre la Caries de la Infancia Temprana, sin existir diferencia significativa en la prueba estadística.
- Al relacionar el tiempo de ejercicio profesional de los médicos pediatras y médicos familiares, los especialistas con mayor experiencia profesional cuentan con un nivel de conocimiento superior sobre la Caries de Infancia Temprana, sin embargo, la prueba estadística no mostró diferencia significativa
- La entrega de los volantes sobre cuidados en la dentición primaria ayudó a los médicos pediatras y médicos familiares a reforzar el conocimiento en cuanto a esta enfermedad y asegurarse de la información que están proporcionando a los padres de familia, tratando de concientizar a los mismos.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que en un próximo proyecto se puedan implementar charlas informativas sobre la Caries de la Infancia Temprana a médicos pediatras y médicos familiares, para que los mismos puedan informar adecuadamente a los padres de familia.
- Se sugiere implementar en la consulta de estos profesionales, la inspección de la cavidad oral, con el fin de poder determinar la existencia de enfermedades bucodentales e indicar a los padres de familia sobre correctos hábitos de higiene, hábitos dietéticos y prevención de afecciones orales.
- Se aconseja a los profesionales que prestan servicios de atención a niños que refieran sus pacientes a los 6 meses de edad para su primera visita con el odontopediatra, como lo sugiere la Academia Americana de Pediatría, con el objetivo de informar sobre medidas preventivas.

10. BIBLIOGRAFÍA

Helfenstein, U., & Steiner, M. (1994). Fluoride varnishes (Duraphat): a meta-analysis.

Commun Dent Oral Epidemiol. , 1 - 5.

Montero Canseco, D., López Morales, P., & Castrejón Pérez, R. (2011). *Prevalencia de*

caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Obtenido de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-

199X2011000200004

Aarthi, J., Muthu, M., & Sujatha, S. (Oct de 2013). Cariogenic potential of milk and infant

formulas: a systematic review. *Eur Arch Paediatr Dent*, 14(5).

Achahui-Arauco, P., Albinagorta, M., Arauzo-Sinchez , C., Cadenillas-Sueldo, A., Céspedes-

Martínez, G., & Cigüeñas-Raya, E. (2014). Caries de Infancia temprana: diagnóstico e

identificación de factores de riesgo. *Odontol Pediatr*, 119 - 37.

Alaluusua, S., & Malmivirta, R. (1994). Early plaque accumulation, a sign for caries risk in

young children. *Community Dent Oral Epidemiol*, 22.

Alazmah, A. (Agosto de 2017). Early Childhood Caries: A Review. *The Journal of*

Contemporary Dental Practice, 8(18).

Alimentación y Vida Sana. (s.f.). Obtenido de

<https://alimentosreguladores.com/constructores-y-energeticos/>

Alonso Noriega, M. J., & Karakowsky, L. (Diciembre de 2008). *Medigraphic.org*. Obtenido

de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>

Amarilla , M., & Quinteros, G. (2006). Caries severa de aparición temprana: una nueva

denominación para un antiguo problema. *RAAO*, XLVI(2).

American Academy of Pediatrics. (1997). Guidelines for Health Supervision III. *American Academy of Pediatrics*;

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. (2008). Recuperado el 2018, de AAPD: http://www.aapd.org/assets/1/7/d_ecc.pdf

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. (2003). Oral Health Risk Assessment Timing and Establishment of the Dental Home. *Pediatric Dentistry - AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS*, 1113 - 1116.

American Academy of Pediatrics. (Mayo de 2011). *U.S. and Canadian Pediatricians Fight Tooth Decay Among Indigenous Children*. Obtenido de <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/U-S--and-Canadian-Pediatricians-Fight-Tooth-Decay-Among-Indigenous-Children.aspx>

American Academy on Pediatric Dentistry. (2013). *American Academy of Pedodontics; American Academy of Pediatrics. Policy on early childhood caries (ECC): Classification, consequences, and preventive strategies*. Obtenido de American Academy on Pediatric Dentistry: www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_ECCClassifications.pdf

American Academy on Pediatric Dentistry; American Academy of Pediatrics. (2008). Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. . *Pediatr Dent*, 40–3.

American Association of Pediatric Dentistry (AAPD). (2009). *Dental care for your baby*. Recuperado el 2018, de Dental care for your baby: <http://www.aapd.org/publications/>

American Dental Association (ADA). (2009). Obtenido de ADA statements on early childhood caries: <http://www.ada.org/prof/resources/positions/statements>

Anticona, C. (2006). Nivel de conocimiento y actitud sobre caries de la infancia temprana de los médicos pediatras del Instituto Especializado de Salud del Niño. *Universidad Mayor de San Marcos*, 10 - 30.

Arango De La Cruz, M., Jaramillo Echeverry, A., & Cruz Valderrama, C. (2013). PREVALENCIA DE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS EN LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI. *Revista UstaSalud*.

Arango, M. C., & Baena, G. (2004). *Revista Estomatológica. Universidad del Valle*.
Obtenido de CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y FACTORES DE RIESGO. REVISIÓN DE LA LITERATURA:
<http://estomatologia.univalle.edu.co/index.php/estomatol/article/view/206>

Armas, A. (2017). *CARIES, UNA MIRADA INTEGRAL, ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO*. Quito: Editorial Universitaria UTE.

Avila, W., Pordeus, I., Paiva, S., & Martins, C. (2015). Breast and bottle feeding as risk factors for dental caries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10 - 11.

Ayala, C. (2016). *Los pediatras en la prevención de enfermedades bucales*. Obtenido de SCIELO: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300009

Barrancos Mooney, J. B. (2007). Cariología. En *Operatoria Dental - Integración Clínica*. Madrid: Panamericana.

Bayón Hernández, G. (2016). Caries de la niñez temprana. *Universidad de Sevilla*, 1 - 32.

Begzati, A., Berisha, M., Mrasori, S., Xhemajli- Latifi, B., Prokshi, Haliti, . . . Halimi, V.

(Marzo de 2015). Early Childhood Caries (ECC) — Etiology, Clinical Consequences and Prevention. *INTECHOPEN*.

Berkowitz, R. (2003). Cause, treatment and prevention of early childhood caries. *J Can Dent Assoc.*, 69.

Berkowitz, R., Koo, H., McDermott , M., Whelehan, M., Ragusa, P., & Kopycka-Kedzierawski, D. (2009). Adjunctive chemotherapeutic suppression of mutans streptococci in the setting of severe early childhood caries: an exploratory study. *Public Health Dent* .

Berkowitz, R., Moss, M., Billings, R., & Weinstein, P. (1997). Clinical outcomes for nursing caries treated under general anesthesia. . *ASDC J Dent Child*, 64(3).

Carino, K., Shinada, K., & Kawaguchi, Y. (2003). Early childhood caries in northern Philippines. . *Dent Oral Epidemiol*, 81–9.

Casamassimo, P., Thikkurissy, S., Edelstein , B., & Maiorini, E. (2009). Beyond the dmft: The human and economic cost of early childhood caries. *J Am Dent Assoc*.

Çolak, H., Dülgergil, Ç., Dalli, M., & Mustafa Hamidi, M. (2013). Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*, 4(1).

Congiu , G., Campus , G., & Luglie, P. (2014). Early childhood caries (ECC) prevalence and background factors: a review. . *Oral Health Prev Dent*, 12(1).

Contreras, N., Valdivieso, M., & Cabello, E. (2008). *Revista Estomatológica Herediana*.
Obtenido de Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de

profesionales de salud sobre caries dental en el infante:

<http://www.redalyc.org/pdf/4215/421539349006.pdf>

Cueva Principe, L., & Agurto Huerta, A. (julio de 2015). CARIES DE INFANCIA TEMPRANA: DIAGNÓSTICO Y FACTORES DE RIESGO. *Instituto de Diagnóstico Maxilofacial*.

Cupé-Araujo, A., & García-Rupaya, C. (2015). *Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200004

Dallı, M., Çolak, H., & Mustafa Hamidi, M. (Feb de 2012). Minimal intervention concept: A new paradigm for operative dentistry. *J Investig Clin Dent*.

De Grauwe, A., Aps, J., & Martens, L. (2004). Early childhood caries (ECC): what's in a name? *Eur J Paediatr Dent*, 62 - 70.

Dental Care Today. (s.f.). Obtenido de <https://www.dentalcares.today.net/consejos-dentales/consejos-dentales-importantes-para-ninos-edades-0-3/>

Díaz, S., Tirado, L., & Madera, M. (2014). Odontología con enfoque en salud familiar. *SCIELO*, 397-405.

Díaz Sánchez, D., & Paredes Quiroz, C. (2018). CONOCIMIENTOS SOBRE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA EN PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, CAJAMARCA-PERÚ-2017. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*, 1 - 44.

Diccionario de la Real Academia Española. (s.f.). Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=AMrJ4zs>

Domínguez, F. (1980). Anatomía Patológica Bucal. Buenos Aires: Ed. Mundi.

- Douglass, A., Douglass, J., & Krol, D. (2009). Educating pediatricians and family physicians in children's oral health. *Acad Pediatr*, 9(6).
- Douglass, J., & Clark, M. (2015). Integrating oral health into overall health care to prevent early childhood caries: need, evidence, and solutions. *Pediatr Dent.*, 266 - 274.
- Du, M., Bian, Z., Guo, L., Holt, R., Champion, J., & Bedi, R. (2000). Caries patterns and their relationship to infant feeding and socioeconomic status in 2-4-year-old Chinese children. *In Dent J*, 50(6).
- Duangthip, D., Jiang, M., Chu, C., & Lo, E. (2016). Restorative approaches to treat dentin caries in preschool children: systematic review. *Eur J Paediatr Dent*.
- Duggal, M., Cameron, A., & Toumba, J. (2014). Odontología pediátrica. . *Manual Moderno. México D. F.*
- Eidelman, E., Faibis, S., & Peretz, B. (2000). A comparison of restorations for children with early childhood caries treated under general anesthesia or conscious sedation. *Pediatr Dent*, 22(1).
- Ervin, R., Kit, B., Carroll, M., & Ogden, C. (2012). Consumption of added sugar among U S children and adolescents. *National Center for Health Statistics*.
- Escobar, F. (2010). *Prevención en Odontología Pediátrica*. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.
- Evans, W., Hayes, C., Palmer, C., Bermudez, O., Cohen, S., & Must, A. (Agosto de 2013). Dietary intake and severe early childhood caries in low-income, young children. *National Institute of Health*, 113(8).
- Fierro Monti, C. (2015). Recuperado el 2018, de Universidad Nacional de Córdoba: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/2684/Fierro%20Monti%2C%20Claudia>

%20-

%20%28Doctor%20en%20Odontolog%C3%ADa%29%20Facultad%20de%20Odontolog%C3%ADa.%20Universidad%20Nacional%20de%20C%C3%B3rdoba%2C%202015.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Forsyth Institute. (2011). New pathogen connected to severe early childhood caries identified. *Science Daily*.

García-Suárez, A., & De la Teja-Ángeles, E. (2008). *Acta Pediatr Mex*. Obtenido de Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. Presentación de un caso: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm082d.pdf>

Gaurav, & Jayanthi, K. (2012). Multidisciplinary approach for oral health-a review. *I. T. J. Pharm. Med. & Bio. Sc*, 42 - 47.

Gonsalves, W., Skelton, J., & Smith, T. (2004). Physicians' oral health education in Kentucky. *Fam Med*, 36.

Gonul Sezer, R., Paketci, C., & Bozaykut, A. (2013). Paediatricians' awareness of children's oral health: Knowledge, training, attitudes and practices among Turkish paediatricians. *NCBI*.

Gonzales, I. (2014). *Universidad Científica del Sur*. Obtenido de http://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/UCS/116/TE_Gozalves-Araujo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

González, E., Pérez-Hinojosa, S., Alarcón, J., & Peñalver, M. (2014). Conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre caries de aparición temprana. *Anales de Pediatría*, 19 - 26.

- Green, M. (1994). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. Maternal and Child Health Bureau, National Center for Education in Maternal and Child Health.
- Guedes Pinto, A. (2011). *Fundamentos de Odontología*. Sao Paulo: Santos Editora.
- Hagan, J., Shaw, J., & Duncan, P. (2008). American Academy of Pediatrics; Bright Futures Steering Committee. Promoting oral health. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. (3).
- Hagan, J., Shaw, J., & Duncan, P. (2008). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 3rd edn. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics.
- Hajishengallis, E., Parsaei, Y., Klein, M., & Koo, H. (Febrero de 2017). Advances in the microbial etiology and pathogenesis of early childhood caries. *US National Library of Medicine National Institute of Health*, 32(1).
- Hale, K. (2003). Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. . *American Academy of Pediatrics, Section on Pediatric Dentistry*, 1113-16.
- Harris, N., & García-Godoy, F. (2005). Salud Oral Preventiva en la Infancia Temprana. En *ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PRIMARIA* (págs. 366 - 376). El Manual Moderno .
- Heilmann, A., Tsakos, G., & Watt, R. (2015). *Oral Health Over the Life Course*. Obtenido de A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385369/>
- Henostroza, G. (2007). Concepto, Teorías y Factores Etiológicos de la Caries Dental. En *Diagnóstico de Caries Dental* (pág. 13). Lima: Ripano.

Institute of Medicine of the National Academies. (2011). Advancing Oral Health in America.

Institute of Medicine of the National Academies.

Ismail, A., Lim, S., Sohn, W., & Willem, J. (2008). Determinants of early childhood caries in low-income African American young children. *Pediatr Dent*, 30(4).

Jayabal, J., & Mahesh, R. (2014). Current State of Topical Antimicrobial Therapy in Management of Early Childhood Caries. *ISRN Dentistry*.

Jayaprakash, R., Sharma, A., & Moses, J. (2010). Comparative evaluation of the efficacy of different concentrations of chlorhexidine mouth rinses in reducing the mutans streptococci in saliva: an in vivo study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* .

Kawashita, Y., Kitamura, M., & Saito, T. (2011). Early Childhood Caries. *Hindawi Publishing Corporation International Journal of Dentistry*, 1 - 7 .

Kindelan, S., Day, P., Nichol, R., Willmott, N., & Fayle, S. (2008). UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry: Stainless steel preformed crowns for primary molars. *Int J Paediatr Dent.*, 18(1).

Lapirattanakulrrr, J., & Nakano, K. (2014). Mother-to-child transmission of mutans streptococci. *Future Micribiol*, 9.

Lee, C., Rezaiamira, N., Jeffcott, E., Oberg, D., Domoto P, & Weistein, P. (1994). Teaching parents at WIC clinics to examine their high caries - risk babies. *J Dent Childr*, 61(506).

Leong, P., Gussy, M., Barrow, S., de Silva-Sanigorski , A., & Waters , E. (2013). A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. *International Journal of Paediatric Dentistry*.

- Maguiña Álvarez, M. (2008). *Alimentación del Preescolar y Escolar: Loncheras o refrigerios escolares*. Obtenido de http://www.iidenut.org/pdf_revista_tec_libre/renut%203/RENUT%202007%20TEC_3_107-115.pdf
- Marcantoni, M. (1999). Caries Dental - Antimicrobianos y vacunas para su control. En *Microbiología Estomatológica* (pág. Cap 18). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Marinho , V., Chong, L., Worthington, H., & Walsh, T. (2016). Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Marinho, V., Higgins, J., Sheiham, A., & Logan, S. (2004). Combinations of topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, geles, varnishes) versus single topical fluoride for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database System Rev*, 5(2).
- Masumo , R., Bardsen, A., Mashoto, K., & Astrom, A. (2012). Prevalence and socio-behavioral influence of early childhood caries, ECC, and feeding habits among 6-36 months old children in Uganda and Tanzania. . *BMC Oral Health*, 12(24).
- Mattos-Graner, R., Klein, M., & Smith, D. (2014). Lessons Learned from Clinical Studies: Roles of Mutans Streptococci in the Pathogenesis of Dental Caries. *Curr Oral Health Rep*, 1.
- Meera, R., Muthu, M., Phanibabu, M., & Rathnaprabhu, V. (2008). First dental visit of a child. *Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. (2009). PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL. *MSP*.

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Bucodental. República del Paraguay. (2012). Guía de Abordaje Integral a la Salud Bucodental para el Equipo de Salud. *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Dirección de Salud Bucodental República del Paraguay*.
- Montero, D., López, P., & Castrejón, R. (Junio de 2011). *SCIELO*. Obtenido de Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2011000200004
- Mora León, L., & Martínez Olmos, J. (2000). Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyar y Cartuja de Granada capital. *Aten Primaria*, 26(6).
- Moscardini Vilela, M., Díaz Huamán, S., De Rossi, M., Nelson-Filho, P., & De Rossi, A. (Diciembre de 2016). *Revista Odontopediatría*. Obtenido de Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal:
<https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2017/2/art-5/>
- Mouradian, W., Schaad, D., & Kim, S. (2003). Addressing disparities in children's oral health: a dental-medical partnership to train family practice residents. *J Dent Educ*.
- Nowak, A. (2003). Oral management of pediatric patients for non dental professionals. *The Center for Leadership in Pediatric Dentistry, University of Iowa*.
- Overton, D. (2005). Community oral health education. *Dental Public Health*.
- Pachas, F., Sánchez, Y., Carrasco, M., Rodríguez, M., & Sarmiento, R. (Diciembre de 2008). *Revista Estomatológica Herediana*. Obtenido de
<http://www.redalyc.org/pdf/4215/421539350003.pdf>

- Paes Leme , H., Koo, C., Bellato , G., Bendi, & Cury, J. (2006). The role of sucrose in cariogenic dental biofilm formation - New Insight. *J Dent Res*, 85(10).
- Petersen, P., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). WHO's action for continuous improvement in oral health. *Bull World Health Organ*.
- Petti, S., Cairella, G., & Tarsitani, G. (2000). Rampant early childhood dental decay: An example from Italy. *J Public Health Dent.*, 159–66.
- Pine, C., Adair, P., Petersen, P., Douglass, C., Burnside, G., & Nicoll, A. (2004). Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries. . *Community Dent Health*, 21(1).
- Podestá, M. E. (2016). *Odontología para Bebés. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico* (Segunda ed.). Madrid: SAVIA.
- Policy Statement Oral Health Risk Assessment Timing and Establishment of the Dental Home. . (2003). Section on Pediatric Dentistry. *Pediatrics* , 1113-1116.
- Prakash, P., Lawrence , H., Harvey, B., McIsaa, W., Limebac, H., & Leake, J. (2006). Early childhood caries and infant oral health: Paediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatr Child Health* , 151 - 7.
- Quinonez, R., Kranz, A., & Lewis, C. (2014). Oral health opinions and practices of pediatricians: updated results from a national survey. *Acad Pediatr.*, 616 - 623.
- Ramos-Gomez , F., Weintraub , J., Gansky, S., Hoover, C., & Featherstone , J. (2002). Bacterial, behavioral and environmental factors associated with early childhood caries. *J Clin Pediatr Dent*.
- Regalado Bedoya, L. (2016). NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PEDIATRAS Y PADRES DE FAMILIA SOBRE LA CARIES DENTAL DE LA INFANCIA TEMPRANA EN

EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN Y EL CENTRO DE EDUCACIÓN INICIAL REPÚBLICA DE GUATEMALA”. *UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR*, 1 - 100.

Reporte del cuidado oral. (2004). Integración de la salud oral en la atención médica primaria pediátrica. *Journal resumido de avances en Odontología y Cuidado de la Salud Oral*, 1 - 2.

Rojas, P. (2008). *UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS*. Obtenido de Nivel de conocimiento y actitud sobre caries de infancia temprana de los pediatras del Colegio Médico de Perú:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2178/Rojas_mp.pdf?sequence=1

Rojas, S., & Echeverría, S. (Mayo de 2014). Caries temprana de infancia: ¿enfermedad infecciosa? *Science Direct*, 25(3).

Rolón-Lara, M., & Samudio, M. (2014). Conocimiento, actitud y práctica de los médicos pediatras sobre factores preventivos de la salud oral en la primera infancia. *Pediatr. (Asunción)*, 191 - 200.

Rosenblatt, A., & Zarzar, P. (2004). Breast-feeding and early childhood caries: an assessment among Brazilian infants. *Int J Paediatr Dent*, 14.

Roses, M. (2003). La estrategia AIEPI y las Metas del Milenio para el Desarrollo. . *Noticias sobre AIEPI*, 1-3 .

Rothgar, L. (2010). Alimentos Energéticos. En *Física Cuántica y Nutrición Humana*. Dilema.

Rowan-Legg, A. (2013). Oral health care for children – a call for action. *Canadian Paediatric Society*, 37 - 43.

- Ruiz, O., Estupiñan, S., Miller, T., Soto, A., & Hernández, F. (2009). Salud del Niño y del Adolescente Salud Familiar y Comunitaria . *AIPEI - Organización Panamericana de la Salud - OMS*.
- Sanchez, O., Childers, N., & Fox, L. (1997). Physicians' views on pediatric preventive dental care. *Pediatr Dent*, 377-83.
- Savage, M., Lee, J., Kotch, J., & Vann, W. (2004). Early Preventive Dental Visits: Effects on Subsequent Utilization and Costs. *Pediatrics*, 418 - 423.
- Sedano , L. (1987). Estudio epidemiológico de salud oral en niños de 3 a 5 años de edad en poblaciones urbano marginadas de Canto Grande, distrito de San Juan de Lurigancho, Lima Metropolitano. *UPCH*.
- Selwitz, R., Ismail, A., & Pitts, A. (2007). Dental Caries. *Lancet*, 51 - 59.
- Sheehy , E., Hirayama , K., & Tsamtsouris , A. (1994). A survey of parents whose children had full-mouth rehabilitation under general anesthesia regarding subsequent preventive care. *Pedriatic Dent*, 16(5).
- Silk, H. (2013). Family Physicians Are in Perfect Position to Address Oral Health. *AAFP*.
- Sohn, W., Burt, B., & Sowers, M. (2006). Carbonated soft drinks and dental caries in the primary dentition. *J Dent Res*, 85(3).
- Sukumaran, A., & Pradeep, A. (2017). Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Frontiers in Pediatrics*, 1 - 7.
- Tracy , C., Bell, S., Nickell , L., Charles, J., & Upshur , R. (2013). The IMPACT clinic: Innovative model of interprofessional primary care for elderly patients with complex health care needs. *Can Fam Physician*, 148-55.

- Tsai, A., Chen, C., Li, L., Hsiang, C., & Hsu, K. (2006). Risk indicators for early childhood caries in Taiwan. *Community Dental Oral Epidemiol*, 34.
- US Department of Health and Human Services. . (2000). Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. . *US Department of Health and Human Services; National Institute of Dental and Craniofacial Research; National Institutes of Health*.
- US Department of Health and Human Services. (2003). National Call to Action to Promote Oral Health. *US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research*(03).
- Vanobbergen, J., Martens, L., Lesaffre, E., Bogaerts, K., & Declerck, D. (2001). Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition. *Community Dent Oral Epidemiol*, 29.
- Vega, R. (2008). Vigencia y relevancia de la Atención Primaria de Salud. Bogotá (Colombia). *Rev Gerenc Polit Salud.*, 7 - 10.
- Ventres, W. (2013). The emergence of primary care in Latin America: reflections from the field. *J Am Board Fam Med*, 183-6.
- Walter, L., Ferelle, A., & Issao, M. (2000). *Odontología para el bebe*. Sao Paulo: Artes Medicas Ltda.
- Weerheijm, K., Uyttendaele-Speybrouck, B., Euwe, H., & Groen, H. (1998). Prolonged demand breast-feeding and nursing caries. *CARIES RES*, 32.
- Weinstein, P., & Riedy, C. (2001). The reliability and validity of the rapid scale: readiness assessment of parents concerning infant dental decay. *ASDC J Dent Child*, 68.

World Health Organization, UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva. Obtenido de WHO:

<http://www.who.int/nutrition/publications/infant-feeding/9241562218/en/>

Zafar, S., Yasin Harnekar, S., & Siddiqi, A. (2009). Early childhood caries: etiology, clinical considerations, consequences and management. *INTERNATIONAL DENTISTRY SA*, 11(4).

11. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a):

Dr. /Dra.

Por medio del presente me es grato dirigirme a usted con la finalidad de solicitarle la colaboración en el llenado del Cuestionario para el desarrollo del Trabajo de Investigación denominado: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PEDIATRAS Y MEDICOS FAMILIARES SOBRE LA CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA”**

El cuestionario antes mencionado está conformado por 18 preguntas relacionadas al conocimiento que tiene el profesional sobre la Caries de la Infancia Temprana.

Yo, _____, con cédula de identidad N° _____, autorizo a la estudiante María Fernanda Valdivieso Bermeo, estudiante del Décimo Ciclo para que haga uso de la información proporcionada por mi persona para el desarrollo del Trabajo de Investigación antes mencionado.

FIRMA

C.I. _____

ANEXO 2

CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

**ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO DE PEDIATRAS Y MEDICOS FAMILIARES
SOBRE LA CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA**

Fecha:

Número de Encuesta:

Estimado

Dr. /Dra.

El presente estudio está destinado a determinar el nivel de conocimiento de pediatras y médicos familiares sobre la caries de la infancia temprana. Los resultados serán usados única y exclusivamente para fines investigativos que permitirán desarrollar un conocimiento más profundo sobre la prevención de la caries en niños menores de tres años.

Recuerde que sus actitudes, preferencias y opiniones son importantes para este estudio y se mantendrán en estricta confidencialidad, para lo cual le solicitamos llenar los siguientes datos de información personal conjuntamente con una aprobación de consentimiento para la utilización de los datos proporcionados en la presente investigación.

Yo, Médico pediatra/familiar autorizo que mis datos expuestos en esta encuesta puedan ser utilizados por la Srta. María Fernanda Valdivieso Bermeo, estudiante de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja para los estudios académicos pertinentes.

Firma

.....

CUESTIONARIO

1. ¿Tiempo de ejercicio profesional?

a) De 0 a 5 años

b) Más de 6 años

2. ¿Desde qué edad cree que se pueden producir caries en el niño?

a) Antes de los 2 años

b) A partir de los 2 años

c) A partir de los 4 años

d) No sabe/no contesta

3. **La caries de infancia temprana se presenta en niños**
- a) Menores de 3 años
 - b) Menores de 6 años
 - c) Menores de 12 años
 - d) No sabe/no contesta
4. **¿Cuáles son los dientes que se ven más afectados con la caries dental de la infancia temprana?**
- a) Incisivos centrales superiores
 - b) Molares superiores e inferiores
 - c) Incisivos centrales inferiores
5. **¿A partir de qué edad hay que cepillarle los dientes al niño?**
- a) Desde que tiene dientes en la boca
 - b) Desde que pueda cepillárselos él solo
 - c) No sabe/no contesta
6. **¿Por la noche disminuye la producción de saliva y, por lo tanto, los dientes están, más desprotegidos contra la caries?**
- a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe/no contesta
7. **El uso frecuente del biberón con leche azucarada favorece la aparición de caries a temprana edad**
- a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe/no contesta

8. **¿En los niños el dormir lactando y no cepillarle los dientes puede favorecer**

la aparición de caries?

a) Verdadero

b) Falso

c) No sabe/no contesta

9. **El uso frecuente y prolongado del biberón con infusiones azucaradas, zumos**

envasados o naturales azucarados es perjudicial para los dientes de los niños

a) Verdadero

b) Falso

c) No sabe/no contesta

10. **El uso del chupón endulzado con azúcar, miel o zumos, sobre todo por la**

noche, es perjudicial para los dientes.

a) Verdadero

b) Falso

c) No sabe/no contesta

11. **¿A qué edad usted considera que los niños deben tener su primera visita al**

dentista?

a) Antes del año

b) Al año

c) A los dos años

d) No sabe/no contesta

12. En niños con alto riesgo de caries las revisiones odontológicas deberían ser:

- a) Cada 2 meses
- b) Cada 6 o 12 meses
- c) Cada 24 meses
- d) No sabes/no contesta

13. A partir de los 2 años de edad, los niños deben tener revisiones odontológicas:

- a) Cada 6 o 12 meses
- b) Cada 24 meses
- c) No sabe/no contesta

14. ¿Qué sucede cuando no se trata una lesión de caries en el infante?

- a) La caries avanzara a través del esmalte hasta la dentina
- b) Dependiendo del sistema inmunológico del niño la caries se detendrá o avanzará dependiendo de la gravedad.
- c) La caries entra al torrente sanguíneo

15. ¿Cree que un niño menor a 6 años pueda perder la mayoría de los dientes debido a un proceso de caries?

- a) Verdadero
- b) Falso
- c) No sabe/no contesta

16. Las caries en los dientes de leche deben recibir tratamiento odontológico

- a) Verdadero
- b) Falso
- c) No sabe/no contesta

17. El tratamiento odontológico de sellado de fosas y fisuras previene la caries en los dientes

- a) Verdadero
- b) Falso
- c) No sabe/no contesta

18. ¿Considera necesario que la pasta dental empleada en niños menores de 6 años tenga flúor en su composición?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe/no contesta

ANEXO 3

VOLANTE CON INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA

9 CONSEJOS PARA PREVENIR CARIES EN NIÑOS PEQUEÑOS

La prevención de las caries y otros problemas bucales puede empezar desde los 6 meses de edad:

1. Después de alimentarlos, limpia las encías de los niños con un paño suave.
2. Nunca mojes un chupete o chupón en miel ni otro tipo de endulzante.
3. No déjes que los bebés o los niños pequeños duerman con botellas de leche o jugo.
4. Cepilla los dientes de tus hijos pequeños dos veces al día con una cantidad de pasta de dientes similar a un grano de arroz.
5. Los niños deben empezar a usar hilo dental cuando tengan dos dientes juntos.
6. Si das refrigerios a tus hijos, que sean frutas frescas u otros alimentos enteros y no alimentos industriales azucarados.
7. Las bacterias que provocan las caries son muy contagiosas, no permitas que adultos u otros niños compartan utensilios con las bebés.
8. Cuando tengas sed, acostumbra a tu hijo a beber agua, evita darle jugos y otras bebidas endulzadas.
9. La edad en que los niños pueden cepillarse solos varía según el desarrollo de sus habilidades motoras.

LA SALUD DENTAL EN BEBÉS Y NIÑOS

Sigue las siguientes recomendaciones para garantizar la salud dental de tu hijo/a en las distintas fases del crecimiento:

0 - 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un paño húmedo para limpiar las encías • Por la noche, el biberón con agua
7 - 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Si la salida de los dientes de leche genera molestias importantes, consultar con el pediatra • Darle un chupete o un juguete frío (no congelado) • Cuando salgan los molares, empezar a utilizar un cepillo de dientes suave (en lugar del paño) • Realizar la primera visita al odontopediatra
1 - 2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Pasarle con cuidado el hilo dental (1 vez al día) • Empezar a enseñarle a usar el cepillo • Empezar revisiones dentales cada
3 - 4 años	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio del autocepillado (comprar cepillo especial) • Cambiar cepillo cada 3 meses y después de pasar una enfermedad • Limitar consumo de bebidas y alimentos azucarados
5 - 7 años	<ul style="list-style-type: none"> • Empezar a salir los dientes definitivos • Pregunte a su odontopediatra sobre la posible utilización de suplementos con fluor y/o selladores dentales
7 - 15 años	<ul style="list-style-type: none"> • Revise si los dientes están bien colocados y consulte con su dentista la necesidad de un aparato de ortopedia • Refuerzo de hábitos de higiene dental: cepillarse después de cada comida, pasarse el hilo dental, etc. • Alimentación sana. Mucha leche, frutas y verduras. Pocos refrescos y alimento azucarados

COMO CEPILLARSE LOS DIENTES

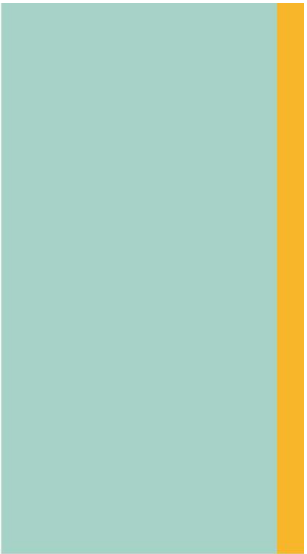
Coloca la pasta dental sobre el cepillo

Pasa el hilo dental para quitar restos de comida

Enjuágate bien de dos a tres veces

Sonríe!

Cepilla tu dientes por todos lados, la encías y la lengua



1 Los Dientes. Los dientes temporales o de leche sirven para la masticación, para fonación (habla) para el autoestima de las personas (estética), para una adecuada estabilidad de oídos, nariz, dientes, articulación, y para guardar espacio a las piezas definitivas en los maxilares.

2 ¿Que se debe evitar?

- ▶ Dulces
- ▶ Helados
- ▶ Wermieladas
- ▶ Calugas
- ▶ Pastetes
- ▶ Bebidas o jugos azucarados
- ▶ Galletas
- ▶ Postres
- ▶ chicles con azúcar
- ▶ Exceso de limón
- ▶ Vinagre
- ▶ Café
- ▶ Bebidas cola



Universidad Nacional de Loja
ODONTOLOGIA

Caries de la Infancia Temprana



7 DE CADA 10
 NIÑOS Y ADOLESCENTES
 TIENE CARIES



ANEXO 4**FOTOGRAFIAS**

ANEXO 5

LITERATURA (ARTICULOS CIENTIFICOS Y ESTUDIOS SIMILARES) DE LA CUAL ESTA BASADO EL CUESTIONARIO

Cuestionario

La fuente de información del estudio fue un cuestionario diseñado por un grupo de trabajo de expertos en Odontología Pediátrica y Pediatría de la Universidad de Granada. El cuestionario era autoadministrado y completamente anónimo, y fue entregado a los participantes, junto con una carta de aval aportando una descripción del estudio.

El cuestionario constaba de 14 preguntas o ítems para los pediatras y padres con 3 opciones de respuesta (tabla 1). Se incluyeron las mismas preguntas para ambos grupos y, para los padres, se agregaron 2 preguntas más (números 15 y 16) de carácter categórico (respuestas posibles: sí o no). Las preguntas comunes se agruparon en 5 bloques para evaluar conocimientos sobre:

- Visitas al dentista (bloque 1; ítems 1 y 2).
- Higiene oral (bloque 2; ítems 3 y 4).
- Caries (bloque 3; ítems 5, 6 y 7).
- Hábitos nutricionales (bloque 4; ítems 8, 9, 10 y 11).
- Tratamiento de la caries (bloque 5; ítems 12, 13 y 14).
- Información proporcionada por el pediatra a los padres (solo para padres; ítems 15 y 16).

El nivel de conocimiento de cada bloque se estableció en 3 grados: adecuado, medio o inadecuado, en función de las respuestas de cada ítem que lo constituían (tabla 2).

Medición de la validez del cuestionario

Una vez elaborado el cuestionario, se realizó un estudio piloto para validarlo, aplicándolo a 10 pediatras y a 10 padres elegidos al azar, para garantizar que el instrumento era comprensible y válido. Se hicieron los cambios necesarios y se obtuvo una nueva versión final del cuestionario, incluyendo solo los ítems en los que había unanimidad sobre su significado, pertinencia y claridad.

Análisis de los datos

Los datos se analizaron con el software SPSS 19.0 (SPSS, Chicago, EE. UU.). Se realizó un análisis descriptivo, incluyendo las frecuencias y los porcentajes absolutos para cada ítem del cuestionario. Se utilizó el test chi-cuadrado para evaluar las diferencias en el grado de conocimiento entre los pediatras y los padres para cada bloque. El nivel de significación fue fijado en $p < 0,05$.

Resultados

En la tabla 3 se muestran las frecuencias y los porcentajes absolutos de cada ítem del cuestionario, tanto para pediatras como para padres. Los resultados mostraron deficiencias en el conocimiento de los pediatras con respecto a algunos puntos como, por ejemplo, al momento de la primera visita al dentista. En este sentido, solo un 28,3% de los pediatras conocía que la edad de la primera visita al dentista del niño debe ser en su primer año de vida.

Tabla 1 Cuestionario distribuido a pediatras y padres

1. ¿A qué edad cree que los niños deben tener su primera visita al dentista?
 - a) Al año
 - b) A los 2 años
 - c) No sabe/no contesta
2. A partir de los 2 años de edad, los niños deben tener revisiones odontológicas:
 - a) Cada 6 o 12 meses
 - b) Cada 24 meses
 - c) No sabe/no contesta
3. ¿A partir de qué edad hay que cepillarle los dientes al niño?
 - a) Desde que tiene dientes en la boca
 - b) Desde que pueda cepillárselos él solo
 - c) No sabe/no contesta
4. Por la noche no existe producción de saliva y, por lo tanto, los dientes están más desprotegidos contra la caries, por lo que el cepillado nocturno es fundamental
 - a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe/no contesta
5. ¿A qué edad cree que se pueden producir caries en el niño?
 - a) A partir de los 2 años
 - b) A partir de los 4 años
 - c) No sabe/no contesta
6. La pérdida de los dientes de leche de forma prematura tiene efectos negativos sobre los dientes definitivos
 - a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe/no contesta
7. ¿A qué edad cree que un niño puede perder la mayoría de los dientes debido a un proceso de caries, asociado a malos hábitos dietéticos o nutricionales?
 - a) A partir de los 3 años
 - b) A partir de los 5 años
 - c) No sabe/no contesta
8. La lactancia materna prolongada y a demanda (cada vez que el niño quiere) durante más de un año puede favorecer la aparición de caries
 - a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe/no contesta
9. El uso frecuente del biberón con leche azucarada favorece la aparición de caries a temprana edad
 - a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe/no contesta
10. El uso frecuente y duradero del biberón con manzanilla instantánea o natural azucarada, zumos envasados o naturales azucarados es perjudicial para los dientes
 - a) Verdadero
 - b) Falso

Tabla 1 (continuación)

c) No sabe/no contesta
11. <i>El uso frecuente del chupete endulzado con azúcar, miel o zumos, sobre todo por la noche, es perjudicial para los dientes</i>
a) Verdadero
b) Falso
c) No sabe/no contesta
12. <i>Las caries en los dientes de leche deben recibir tratamiento odontológico</i>
a) Verdadero
b) Falso
c) No sabe/no contesta
13. <i>El tratamiento odontológico de sellado de fosas y fisuras previene la caries en los dientes definitivos</i>
a) Verdadero
b) Falso
c) No sabe/no contesta
14. <i>¿Cree que se pueden poner prótesis dentales en niños de 4 años que han perdido parte o toda su dentición temporal por un proceso de caries?</i>
a) Verdadero
b) Falso
c) No sabe/no contesta
<i>Para los padres, además, se añaden las 2 siguientes preguntas:</i>
15. <i>¿Le proporciona su pediatra información detallada sobre el cuidado de la boca desde las primeras visitas de su hijo?</i>
a) Sí
b) No
16. <i>¿Le ha hablado su pediatra sobre la posibilidad de que su hijo acuda al odontopediatra?</i>
a) Sí
b) No

correctas fue mucho más bajo. Destacaron especialmente ciertas deficiencias, por ejemplo, únicamente el 11,6% cono-

En los ítems dirigidos solo a los padres, un 59,8% de los padres manifestó que su pediatra no les informaba sobre el cuidado oral del niño y un 66,1% respondió que el pediatra no les había comentado nunca la posibilidad de que su hijo acudiese al odontopediatra.

En la *tabla 4* se muestra el nivel de conocimiento de padres y pediatras agrupando los ítems en bloques. Había un conocimiento inadecuado sobre las visitas al dentista en el 33,6% de los pediatras y en el 31,3% de los padres, sin diferencias significativas entre ambos. No obstante, los pediatras mostraron mejores niveles de conocimientos sobre higiene, caries, hábitos nutricionales y tratamiento que los padres ($p < 0,001$). En relación con la higiene oral, el 69,9% de los pediatras demostraron tener un conocimiento adecuado, mientras que solo el 22,3% de los padres lo tenían. El conocimiento sobre las caries fue adecuado en la mayoría de los pediatras (71,7%), pero no así en los padres, donde solo el 22,3% contestó de forma adecuada. El conocimiento sobre hábitos nutricionales fue adecuado en el 84,9% de los pediatras, frente al 28,6% de los padres. En cuanto a conocimientos sobre el tratamiento odontológico en niños pequeños, el 53,1% de los pediatras demostró tener conocimientos adecuados y únicamente un 1,8% de los padres conocía los posibles tratamientos.

Discusión

Se ha llevado a cabo un estudio transversal, de ámbito regional (en Andalucía) y aleatorizado, por medio de un cuestionario específicamente desarrollado para determinar el conocimiento de pediatras y padres sobre caries de aparición temprana. Los resultados reflejan que los pediatras tienen deficiencias en los conocimientos sobre visitas al dentista y el tratamiento de las caries, aunque su nivel de conocimientos sobre higiene oral, caries y hábitos nutricionales podría considerarse adecuado. El nivel de conocimientos de los padres es muy pobre en todos los aspectos del estudio, destacando su escaso nivel de conocimientos sobre el tratamiento. En general, los resultados indican que los pediatras no proporcionan a los padres una información adecuada sobre el cuidado bucal y la posibilidad de que los niños pequeños acudan al

González, E., Pérez-Hinojosa, S., Alarcón, J., & Peñalver, M. (2014). Conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre caries de aparición temprana. *Anales de Pediatría*, 19 - 26.



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ENCUESTA PARA DETERMINAR NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE PEDIATRAS Y PADRES SOBRE LA CARIES DENTAL DE LA INFANCIA TEMPRANA

FECHA:

NUMERO DE ENCUESTA:

ESTIMADO:

Dr. /Dra.

EL PRESENTE ESTUDIO ESTA DESTINADO A DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PEDIATRAS Y PADRES DE FAMILIA SOBRE LA CARIES DENTAL DE LA INFANCIA TEMPRANA. LOS RESULTADOS SERÁN USADOS ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA FINES INVESTIGATIVOS QUE PERMITIRÁN DESARROLLAR UN CONOCIMIENTO MAS PROFUNDO SOBRE LA PREVENCION DE LA CARIES EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS. RECUERDE QUE SUS ACTITUDES, PREFERENCIAS Y OPINIONES SON IMPORTANTES PARA ESTE ESTUDIO Y SE MANTENDRÁN EN ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD, PARA LO CUAL LE SOLICITAMOS LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS DE INFOMACIÓN PERSONAL CONJUNTAMENTE CON UNA APROBACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.

YO.....CONCL.....MÉDICO PEDIATRA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN AUTORIZO QUE MIS DATOS EXPUESTOS EN ESTA ENCUESTA PUEDAN SER UTILIZADOS POR EL SR. LUIS REGALADO ESTUDIANTE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCE PARA LOS ESTUDIOS ACADÉMICOS PERTINENTES.

FIRMA:.....

1. DATOS PERSONALES Y APROBACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

a. SU EDAD SE ENCUENTRA COMPRENDIDA ENTRE:

(POR FAVOR, ASEGURESE DE LLENAR SOLO UN CUADRO DE RESPUESTA)

18-22 23-27 28-32 MÁS 33

b. POR FAVOR INDIQUE SU GENERO:

(POR FAVOR, ASEGÚRESE DE LLENAR SOLO UN CUADRO DE RESPUESTA)

MASCULINO FEMENINO

c. POR FAVOR INDIQUE SU ESTADO CIVIL: (POR FAVOR, ASEGURESE DE LLENAR SOLO UN CUADRO DE RESPUESTA)

SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO UNIDO

2. CUESTIONARIO PARA PEDIATRAS

2.1 ¿Tiempo de ejercicio profesional?

- a) De 0 a 5 años
- b) Más de 6 años

3 ¿Señale cuál es el factor principal para que se produzca caries dental en la infancia temprana?

- a) Defectos del esmalte
- b) Herencia
- c) Ingestión de alimentos ricos en azúcar

4 ¿Qué bacteria es la principal causante de caries dental de la infancia temprana?

- a) *Streptococcus oralis*
- b) *Streptococcus salivarius*
- c) *Streptococcus mutans*

5 ¿A qué edad recomendaría que los niños deben tener su primera visita al odontólogo?

- a) Cuando erupcionan sus primeros dientes
- b) A los 6 meses
- c) Al año
- d) A los 2 años

6 ¿Cuáles son los dientes en ser más afectados con la caries dental de la infancia temprana?

- a) Incisivos centrales superiores
- b) Molares superiores e inferiores
- c) Incisivos centrales inferiores

7 ¿Qué sucede cuando no se trata una lesión de caries en el infante?

- a) La caries avanza a través del esmalte hasta la dentina
- b) Dependiendo del sistema inmunológico del niño la caries se detendrá o avanza dependiendo de la gravedad
- c) La caries entra al torrente sanguíneo

Regalado Bedoya, L. (2016). NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PEDIATRAS Y PADRES DE FAMILIA SOBRE LA CARIES DENTAL DE LA INFANCIA TEMPRANA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN Y EL CENTRO DE EDUCACIÓN INICIAL REPÚBLICA DE GUATEMALA”. *UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR*, 1 - 100.

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA.

DATOS GENERALES.

EDAD: SEXO: M F FECHA:
 REGION: CAJAMARCA PIURA LIMA RED DE SALUD:
 ESTABLECIMIENTO DE SALUD:
 PROFESIÓN: AÑOS DE SERVICIO:
 CONDICIÓN LABORAL: CONTRATO NOMBRAMIENTO SERUM OTRO

1. ¿A qué edad cree que los niños deben tener su primera visita al dentista?

- a) Antes del año.
 b) Al año
 c) A los 2 años
 d) No sabe/no contesta

2. La caries de infancia temprana se presenta en niños:

- a) Menores de 3 años
 b) Menores de 6 años
 c) Menores de 12 años
 d) No sabe / no responde

3. En niños con alto riesgo de caries las revisiones odontológicas deberían ser:

- a) Cada 2 meses
 b) Cada 6 o 12 meses
 c) Cada 24 meses
 d) No sabe/no contesta

4. ¿A partir de qué edad hay que cepillarle los dientes al niño?

- a) Desde que tiene dientes en la boca
 b) Desde que pueda cepillárselos él solo
 c) No sabe/no contesta

5. ¿Por la noche disminuye la producción de saliva y, por lo tanto, los dientes están más desprotegidos contra la caries?

- a) Verdadero
 b) Falso
 c) No sabe/no contesta

6. ¿Desde qué edad cree que se pueden producir caries en el niño?

- a) Antes de los 2 años
 b) A partir de los 2 años
 c) A partir de los 4 años
 d) No sabe/no contesta

7. La pérdida de los dientes de leche de forma prematura tiene efectos negativos sobre los dientes definitivos

- a) Verdadero
 b) Falso
 c) No sabe/no contesta

8. ¿Cree que un niño menor a 6 años pueda perder la mayoría de los dientes debido a un proceso de caries?

- a) Verdadero
 b) Falso
 c) No sabe/no contesta

9. ¿En los niños el dormir lactando y no cepillarle los dientes puede favorecer la aparición de caries?

- a) Verdadero
 b) Falso
 c) No sabe/no contesta

10. El uso frecuente del biberón con leche azucarada favorece la aparición de caries a temprana edad.

- a) Verdadero
 b) Falso
 c) No sabe/no contesta

11. El uso frecuente y prolongado del biberón con infusiones azucaradas, zumos envasados o naturales azucarados es perjudicial para los dientes de los niños.

- a) Verdadero
 b) Falso
 c) No sabe/no contesta

12. El uso del chupón endulzado con azúcar, miel o zumos, sobre todo por la noche, es perjudicial para los dientes.

- a) Verdadero
 b) Falso
 c) No sabe/no contesta

13. Las caries en los dientes de leche deben recibir tratamiento odontológico.

- a) Verdadero
 b) Falso
 c) No sabe/no contesta

14. El tratamiento odontológico de sellado de fosas y fisuras previene la caries en los dientes.

- a) Verdadero
 b) Falso
 c) No sabe/no contesta

15. ¿Cree que se pueden poner prótesis dentales en niños de 4 años que han perdido parte o toda su dentición temporal por un proceso de caries?

- a) Verdadero
 b) Falso
 c) No sabe/no contesta

16. ¿Considera necesario que la pasta dental empleada en niños menores de 6 años tenga Flúor en su composición?

- a) Sí
 b) No
 c) No sabe/no contesta

ANEXO 6.

PROYECTO DE TESIS

1. TEMA:

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE PEDIATRAS Y MEDICOS FAMILIARES
SOBRE LA CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA.**

2. PROBLEMÁTICA:

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define la caries de la infancia temprana (CIT) como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad; puede ser una forma de caries particularmente virulenta, que comienza poco después de la erupción dental, se desarrolla en las superficies dentales lisas, progresa rápidamente y tiene un impacto perjudicial en la dentición. (Alonso Noriega & Karakowsky, 2008)

De los problemas dentales, la Caries de la Infancia Temprana (CIT) es el trastorno que más afecta a los niños, por ello el pediatra, el médico familiar, el odontólogo y todo personal de salud que trate niños, puede ayudar a prevenir las consecuencias físicas, psicosociales y económicas que ocasiona la CIT, con una evaluación adecuada de la cavidad oral, educación y la continua recomendación de asistir a la consulta odontológica, para que el niño reciba a tiempo los cuidados que requiere. (Rojas P. , 2008)

Se conocen pocos estudios epidemiológicos realizados en América Latina sobre la condición de la CIT. En el año 2004 la OPS realizó una reunión regional de Salud Oral en La Habana, Cuba. 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. (Montero, López , & Castrejón, 2011)

En cuanto a la prevalencia, en Brasil, Walter en 1997 reportó que en edades entre 25 a 36 meses un porcentaje de 46,1%; 64,8% entre 37 a 48 meses y 82,5% en niños entre 49 a 60 meses de edad. En el Perú, Melgar en el año 2002 encontró una prevalencia de caries de 31,5% en niños de 6 a 36 meses de edad (Pachas , Sánchez, Carrasco, Rodriguez, & Sarmiento , 2008)

En la actualidad se considera un problema de salud pública que afecta a los infantes en todo el mundo, en ese mismo sentido su prevalencia difiere en todo los países y se han realizado estudios en donde informan factores de riesgo asociados entre los que están: Hábitos del biberón, placa bacteriana, hábitos de higiene bucal, la temprana adquisición y colonización del *Streptococo mutans*; otros como la cantidad y calidad de la saliva del niño, el patrón de erupción de los dientes, las alteraciones estructurales de los tejidos duros del diente, si se encuentra flúor en el medio oral, tipo de ingesta, pacientes con discapacidad física y/o mental, nivel socioeconómico, nivel educativo, padres o personal a cargo del niño que no han recibido educación sobre cuidados en higiene oral. (Gonzales, 2014)

La prevención de la caries dental es una expresión de urgentes exigencias, dado que no existe un método preventivo único que pueda constituirse como un antídoto, por lo que no puede un solo hecho preventivo eliminar la enfermedad. Al respecto, es necesario que los pediatras y médicos familiares tengan la mayor información básica acerca de las enfermedades orales, ya que el papel que juegan como informadores y formadores es indispensable para tomar medidas preventivas en colaboración activa con el odontólogo pediatra. Este vínculo de colaboración crea una condición indispensable para prevenir enfermedades dentales. (Arango & Baena, 2004)

En el 2008, García & De la Teja mencionaron que la caries dental de la infancia temprana debe tener la importancia que esta se merece a ser un problema de salud pública por lo que se debe hacer énfasis en programas de prevención, a base de higiene dental y hábitos alimenticios desde el nacimiento, puesto que una correcta asesoría enfocada a la alimentación mediante seno materno como de biberón; igualmente dar guías o pautas de bebidas permitas en el biberón, y hasta que edad se autoriza cada una de estas opciones de alimentos. Sería ideal que desde el nacimiento se realizaran consultas periódicas al odontólogo especialmente al odontopediatra; debido a que en nuestra sociedad raramente se acude a un odontólogo, a no

ser por motivos a dolor o por estética; cabe recalcar que el pediatra debe indicar a los padres la importancia y la necesidad de acudir a un estomatólogo, o a su vez sea el quien comience a asesorar la alimentación e higiene de los niños. (García-Suárez & De la Teja-Ángeles, 2008)

La prevención se definiría como una medida prioritaria, y que el pediatra y/o médicos familiar debe desempeñar su función, explicando a los padres sobre medidas nutricionales, dietéticas y preventivas, estimulando la higiene bucal precoz, y revisando la dentición del infante de forma periódica para así descubrir los signos de aparición temprana de caries dental. (Contreras, Valdivieso, & Cabello, 2008)

El médico tiene un papel fundamental en las primeras orientaciones sobre salud bucal. Es importante una mayor interacción entre la odontología y la medicina pediátrica para que estos profesionales estén aptos a realizar algunas evaluaciones: dar instrucciones de dieta e higiene bucal y encaminar al paciente al dentista en la edad adecuada, ya que por lo antes mencionado es importante entonces la intervención de los profesionales responsables de la salud y bienestar del niño (Cupé-Araujo & García-Rupaya, 2015)

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Evaluar el nivel de conocimiento de pediatras y médicos familiares sobre caries de la infancia temprana.

Objetivos Específicos

- Comparar el nivel de conocimiento entre pediatras y médicos familiares sobre caries de la infancia temprana con respecto al tiempo de ejercicio profesional que poseen.
- Elaborar y diseñar un volante de información básica para entregar a los profesionales que participen en el estudio con la finalidad de que lo implementen en sus consultas.

4. JUSTIFICACIÓN

La caries dental ha permanecido como el principal problema de Salud Pública en Odontología, siendo la caries de la infancia temprana un indicio de naturaleza multifactorial, donde la alimentación inicial, higiene oral, es uno de los factores determinantes que está en íntima relación con la producción de caries, probablemente existen varias causas que pueden ser de orden biológico, estilos de vida, factor social y medio ambiental, donde la combinación de estas pueden constituir un mayor riesgo para la aparición de caries en niños (Escobar, 2010)

La presente investigación, pretende dar una respuesta directa de los conocimientos que tienen frente a factores de riesgo para la formación de caries de la infancia temprana o en casos de la enfermedad ya presente en los niños, los pediatras y médicos familiares, así como también contribuir con información tangible en la temática con la finalidad de que a futuro pueda ser el sustento científico para la aplicación de programas preventivos que otorguen la información básica sobre las acciones que se deben tomar para evitar contraer esta patología.

Por lo expuesto anteriormente se justifica la importancia de impulsar la implementación una amplia revisión bibliográfica que nos permitirá orientar desde varios puntos de vista como la desinformación o la falta de educación, los mismos que favorecen el desarrollo de la caries en los infantes.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Caries de la Infancia Temprana

5.1.1. Definición

5.1.2. Etiología

5.1.2.1. Microorganismos Cariogénicos

5.1.2.2. Substrato

5.1.2.3. Placa Dental Bacteriana

5.1.2.4. Higiene Oral

5.1.2.5. Dieta

5.1.2.6. La Saliva

5.1.2.7. El Diente

5.1.2.8. El Tiempo

5.1.2.9. Factores Sociales

5.1.2.10. Otros Factores

5.1.3. Diagnóstico

5.1.4. Consideraciones Clínicas

5.1.5. Clasificación

5.1.6. Mantenimiento

5.1.7. Consecuencias

5.1.8. Prevalencia

5.1.9. Prevención

5.2. Conocimiento

5.2.1. Definición

5.3. El rol de los médicos pediatras sobre la salud oral de los infantes

5.4. El rol de los médicos familiares sobre la salud oral de los infantes

5.5. Promoción del rol del pediatra y médicos familiares en la salud oral

5.6. Conocimientos y actitudes de los pediatras y médicos familiares frente a la salud oral

5.7. Tratamiento

6. METODOLOGÍA

El estudio fue realizado a pediatras y médicos familiares que presten servicios de atención a niños en edades entre los 0 a los 71 meses de edad en la Ciudad de Loja y que nos brinden la apertura y la colaboración.

Debido a que su propósito es determinar aquellos aspectos o rasgos mediante la utilización de encuestas que permitirá identificar el conocimiento de pediatras y médicos familiares sobre la caries dental de la infancia temprana, se utilizará una muestra representativa de las opiniones del total de pediatras y médicos familiares de la ciudad de Loja

Mediante la utilización de una entrevista estructurada, a través de un cuestionario, que permita identificar el conocimiento de los médicos familiares y pediatras sobre Caries de la Infancia Temprana

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio será de tipo descriptivo de corte transversal; ya que el estudio está enfocado en determinar el nivel de conocimiento mediante la aplicación de un cuestionario de preguntas.

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizará en la Ciudad de Loja; la unidad de estudio serán los pediatras y médicos familiares en su consulta que brinden la apertura y permiso para realizar las encuestas

UNIVERSO

Pediatras y médicos familiares que presenten servicios de atención a niños entre las edades de 0 a 71 meses de edad en la Ciudad de Loja.

MUESTRA

De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión

INSTRUMENTO

Las preguntas formuladas en el cuestionario fueron seleccionadas de acuerdo a la literatura existente, basadas además en estudios similares, artículos científicos y tesis. La encuesta consta de preguntas: sobre conocimiento de caries de la infancia temprana, donde cada pregunta será valorada mediante el criterio de la respuesta correcta

PROCESAMIENTO DE RESULTADOS

Una vez obtenidos los resultados se elaborará una base de datos en el programa estadístico SPSS, utilizando el test T-student, para tabular las preguntas de conocimiento se utilizó el criterio de la respuesta correcta únicamente.

Técnicas e Instrumentos de recolección de información:

- Instrumento: Cuestionario

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pediatras y Médicos Familiares que presten servicios de salud a niños en edades entre los 0 a 71 meses de edad
- Pediatras con registro en SENESCYT que aceptaron voluntariamente participar del estudio y firmaron el consentimiento informado.
- Médicos familiares con registro en SENESCYT que aceptaron voluntariamente participar del estudio y firmaron el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pediatras y médicos familiares que se negaron a contestar las encuestas
- Personas no colaboradoras.

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLES	ÁMBITO	INDICADOR	ESCALA
Nivel de Conocimientos (Pediatras y Médicos familiares)	Entendimiento, inteligencia, razón natural.	Prevención de enfermedades bucodentales	Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento basado en estudios previos.	Valoración del cuestionario mediante todas las respuestas correctas escogidas por los profesionales que participan en el estudio.

8. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	2018												2019							
	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ORGANIZACIÓN LOGÍSTICA DE LA INVESTIGACIÓN	X																			
RECONOCIMIENTO DE CAMPO		X	X																	
TRABAJO DE CAMPO				X	X	X	X	X	X	X	X	X								
SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN/ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS													X	X	X					
ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES																X	X			
LEVANTAMIENTO DE TEXTO DE INFORME FINAL																		X	X	
PRIMER BORRADOR																				X

9. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

DETALLE	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	COSTO	TOTAL	FINANCIAMIENTO
Hojas de papel	500	1 Resma	\$4,50	\$4,50	TESISTA
Equipo	1	Laptop	\$850,00	\$850,00	TESISTA
Impresora	1	Impresora Epson	\$350,00	\$350,0	TESISTA
Tinta para impresora	4	Cartuchos de tinta amarilla, azul, roja y negra	\$10,00 c/u	\$40,00	TESISTA
Lápices	20	Caja x 6	\$2,00 c/u	\$4,00	TESISTA
Esferos	150	Caja x 24	\$3,50 c/u	\$24.5	TESISTA
Transporte		Vehículo para traslado a consultorios pediátricos y centros de salud	\$0,90 c/día	\$54,00	TESISTA
TOTAL				\$1327,00	TESISTA

10. BIBLIOGRAFÍA

Helfenstein, U., & Steiner, M. (1994). Fluoride varnishes (Duraphat): a meta-analysis.

Commun Dent Oral Epidemiol. , 1 - 5.

Alonso Noriega MJ, Karakowsky L. Medigraphic.org. [Online].; 2008. Available from:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>.

Rojas P. Nivel de conocimiento y actitud sobre caries de infancia temprana de los peditras

del Colegio Médico de Perú.; 2008.

Montero D, López P, Castrejón R. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel

socioeconómico familia.; 2011.

Pachas F, Sánchez Y, Carrasco M, Rodriguez M, Sarmiento R. Revista Estomatológica

Herediana.; 2008.

Gonzales I. Universidad Científica del Sur.; 2014.

Arango C, Baena G. CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y FACTORES DE

RIESGO. REVISIÓN DE LA LITERATURA.; 2004.

Cupé-Araujo A, García-Rupaya C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños

preescolares: desarrollo y validación de un instrumento.; 2015.

García-Suárez A, De la Teja-Ángeles E. Caries temprana de la infancia. Prevención y

tratamiento. Presentación de un caso.; 2008.

Contreras N, Valdivieso M, Cabello E. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas

preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante.; 2008.

Escobar F. Prevención en Odontología Pediátrica Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.;

2010.

Montero Canseco D, López Morales P, Castrejón Pérez R. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar.; 2011.

Ayala C. SCIELO. [Online].; 2016. Available from:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300009.

American Academy of Pediatrics. U.S. and Canadian Pediatricians Fight Tooth Decay Among Indigenous Children.; 2011.

Moscardini Vilela M, Díaz Huamán S, De Rossi M, Nelson-Filho P, De Rossi A.

Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal.; 2016.

Rothgar L. Alimentos Energéticos. In Física Cuántica y Nutrición Humana.: Dilema; 2010.

Maguiña Álvarez M. Alimentación del Preescolar y Escolar: Loncheras o refrigerios escolares.; 2008.

ANEXO 7

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN



wei - LOJA N° 001156

Yo, Freddy Castillo., profesor de WEI ENGLISH INSTITUTE;

Certifico:

Que tengo el conocimiento y dominio de los idiomas español e inglés y que las traducciones de los siguientes:

RESUMEN DE TESIS DEL TEMA:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PEDIATRAS Y MÉDICOS FAMILIARES SOBRE LA CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA”

para: **VALDIVIESO BERMEO MARÍA FERNANDA**

es verdadero y correcto a mi mejor saber y entender.

Firmado en Loja a los veinte días del mes de junio de 2019



Formar

CENTRO DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL