

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

Escuela de Posgrado

“Luis Claudio Cervantes Liñán”



MAESTRÍA EN ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS
RESIDENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL
NIÑO SOBRE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN ESTOMATOLOGÍA**

Presentado por: JUDITH HIDALGO CONSTANTINO

Asesor: Dr. Gregorio Lorenzo Menacho Ángeles

LIMA - PERÚ

2013

DEDICATORIA.

*A **DIOS**, por permitirme lograr mis objetivos y premiarme con las maravillosas personas que están a mi lado: Mi Familia.*

*A **mi bella hija**, por ser mi mayor orgullo, mi alegría y el motor de mi vida.*

*A **mi tenaz madre**, por su infinito apoyo, por su firmeza y por la ejemplar formación que me ha brindado.*

*A **mi padre**, por su constante apoyo, por su fortaleza y gran ejemplo.*

*A **mis Maestros**, por su dedicación en lograr a formar buenos profesionales y transformar las oportunidades en fortalezas.*

AGRADECIMIENTO

Mg. Gregorio Lorenzo Menacho Ángeles .Cirujano Dentista y Docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Mg. Gilmer Torres. Cirujano Dentista y Especialista en Odontopediatría

Mg. Rosa Ysla Cheé. Cirujano Dentista y Docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Mg. Alejandro Mendoza Rojas. Docente de Microbiología de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Ing. Armando Barrientos Achata. Docente de Estadística del Instituto Nacional de Salud del Niño.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Abstract..... | 7 |
| Introducción..... | 8 |
| Resumen..... | 8 |
| Capítulo I: Fundamentos Teóricos..... | 9 |
| 1.1 Antecedentes de la Investigación..... | 9 |
| 1.2 Marco Teórico..... | 15 |
| 1.3 Marco Conceptual..... | 47 |
| Capítulo II: El Problema de Investigación..... | 49 |
| 2.1 Descripción de la realidad problemática..... | 49 |
| 2.2 Delimitación de la investigación..... | 50 |
| 2.3 Planteamiento del problema..... | 51 |
| 2.4 Los objetivos de la investigación..... | 52 |
| 2.5 La hipótesis de la investigación..... | 53 |
| 2.6 Las variables y los indicadores..... | 54 |
| 2.7 Justificación e Importancia del estudio..... | 54 |
| Capítulo III: Metodología..... | 55 |
| 3.1 Tipo y diseño de la investigación..... | 55 |
| 3.2 Población y muestra..... | 55 |
| 3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 58 |
| 3.4 Técnicas de procesamiento y análisis de datos..... | 59 |
| Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados..... | 60 |
| 4.1 Presentación de resultados..... | 60 |

| | |
|---|----|
| 4.2 Contrastación de hipótesis..... | 66 |
| 4.3 Discusión de resultados..... | 69 |
| Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones..... | 73 |
| 5.1 Conclusiones..... | 73 |
| 5.2 Recomendaciones..... | 75 |
| Bibliografía..... | 77 |
| Anexos..... | 82 |

RESUMEN

El trabajo de investigación tuvo lugar en el aula de pediatría del Instituto Nacional de Salud del Niño, con el objetivo Determinar el Nivel de Conocimiento y Actitud de los Médicos Residentes sobre Caries de Infancia Temprana. El tipo de investigación fue descriptivo correlacional de corte transversal. La población en estudio estuvo constituida por todos los médicos residentes que laboran dentro de la Institución. La muestra fue de 60 residentes. El instrumento utilizado para la medición de las variables fueron validados por jueces expertos para ello realizaron la evaluación 5 especialistas en Odontopediatría, además se realizó un piloto para la validación estadística del instrumento de recolección de datos con cálculo del alfa de crombach. La prueba estadística fue la de correlación de Pearson y el margen de error utilizado fue 0.05. La conclusión a la que arribó la tesis fue que existe una relación entre el conocimiento y la actitud indiferente de los médicos residentes del instituto nacional de salud del niño sobre caries de infancia temprana, también un nivel de conocimiento regular sobre etiología y prevención, repercusión sistémica deficiente y una actitud indiferente en los 3 factores huésped, microorganismo y sustrato sobre caries de infancia temprana.

Palabras clave: caries de infancia temprana, médicos residentes

ABSTRACT

The research work took place in the pediatric classroom of the National Institute of Child Health, with the objective of Determining the Level of Knowledge and Attitude of Resident Physicians on Early Childhood Caries. The type of investigation was cross-sectional descriptive correlational. The study population consisted of all resident physicians working within the Institution. The sample was 60 residents. The instrument used for the measurement of the variables was validated by expert judges for this purpose, the evaluation was carried out by 5 specialists in Pediatric Dentistry, in addition a pilot was made for the statistical validation of the data collection instrument with calculation of the chrombach's alpha. The statistical test was The correlation of Pearson and the margin of error used was 0.05. The conclusion reached by the thesis was that there is a relationship between knowledge and the indifferent attitude of the resident physicians of the National Institute of Child Health on early childhood caries, also a level of regular knowledge about etiology and prevention, poor systemic impact and an indifferent attitude in the 3 host factors, microorganism and substrate on early childhood caries.

Keywords: early childhood caries, medical residents

INTRODUCCIÓN

La Salud Bucal es importante para la salud en general, juega un rol preponderante en la nutrición, en el crecimiento y desarrollo del niño, en el correcto lenguaje, en el desarrollo normal de la mandíbula, en la adecuada posición de los dientes permanentes; e influye en la apariencia y la autoestima del niño. La salud bucal contribuye significativamente en la salud general y calidad de vida del niño.

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 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.

El estudio evalúa el nivel de conocimiento y la actitud de los médicos residentes respecto a la CIT, la falta de integración entre el personal de salud (médicos generales, pediatras y el odontopediatra) encargados de vigilar el bienestar del niño, quienes carecen de la motivación sobre la importancia de la salud oral para el niño, hace que esta enfermedad no sea abordada correctamente y genere como consecuencia repercusiones locales y sistémicas; esperando que las instituciones y organizaciones de salud pública asuman el compromiso en la enseñanza de esta enfermedad en la repercusión de la salud del infante, interesándose en la permanente capacitación de médicos pediatras con conocimientos necesarios y conciencia social, para lograr el objetivo de reducir la prevalencia de esta enfermedad.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ROJAS M. (2008), Refiere que se evaluó a 87 pediatras inscritos en el Colegio Médico del Perú, para saber el nivel de conocimiento y la actitud de los médicos pediatras respecto a la CIT, la falta de integración entre el personal de salud (médicos generales, pediatras y el odontopediatra) encargados de vigilar el bienestar del niños, se obtuvo como resultado que presenta un nivel de conocimiento regular. quienes carecen de la motivación sobre la importancia de la salud oral para el niño, hace que esta enfermedad no sea abordada correctamente y genere como consecuencia repercusiones locales y sistémicas.(63)

JONES K, TOMAR S. (2005), refiere que compararon los niveles de demanda de los servicios odontológicos así como el número de lesiones cariosas no tratadas en niños de 1 a 3 años sometidos a 2 protocolos distintos de atención del infante: uno sugerido por la Academia Americana de Odontología Pediátrica, denominado DENT, en el que los médicos pediatras remiten a todos los pacientes infantes al odontólogo para una revisión temprana; y el segundo sugerido por la Academia Americana de Pediatría(AAP) denominado PED, en el que los pediatras (previo entrenamiento) brindan asesoramiento sobre prevención de caries, examinan la cavidad bucal y hacen la referencia al odontólogo solo a los niños con alto riesgo o que presentan la enfermedad. Se obtiene que con el sistema PED, la demanda y las superficies con lesiones cariosas se reducirían a un 11% y a 0.47% superficies respectivamente. Con la implementación del sistema DENT, las superficies con lesión cariosa no tratadas se incrementarían a 0.63. Se concluye que la implementación del sistema PED lograría

una importante disminución de lesiones cariosas no tratadas mientras que con el sistema DENT, la enfermedad se incrementaría. (35)

MOURADIAN W. (2005), refiere que los médicos podrían ayudar a prevenir la enfermedad oral, pero carecen del conocimiento para lograrlo. Los autores pretenden crear un plan curricular de salud oral para los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington, Estados Unidos. Se hizo una revisión de la evidencia actual de entrenamiento en salud oral que reciben los médicos y estudiantes de medicina, se formularon objetivos y competencias para el aprendizaje sobre salud oral y por último se identificó el contenido actual sobre salud oral en el plan curricular actual de pregrado y las oportunidades que habrían para incluir información adicional sobre este tema. Los autores identificaron un número muy reducido de artículos científicos en Medline sobre la enseñanza de salud oral a los estudiantes de medicina. Se encontró que en los exámenes de licencia médica se requiere conocimientos clínicos específicos de desórdenes dentales, sin embargo el Comité de Educación Médica no pone ninguna atención al tema en sus publicaciones. Finalmente, los autores desarrollan cinco temas de aprendizaje en salud oral: odontología comunitaria, caries, enfermedad periodontal, interacción entre salud oral y sistémica.(46)

DAVID M, KROL M (2004), refiere que este estudio determina la preparación de los médicos pediatras para mejorar la salud oral de los infantes. Se revisaron guías médicas actualizadas, programas, encuestas, y experiencias pediátricas en salud oral en los niveles de pregrado, postgrado, cursos de especialización, etc. Los resultados reflejan que aunque algunas escuelas y programas de residentado incluyen a la salud oral en su currícula, esta práctica no es generalizada. Las organizaciones profesionales como la Asociación de Facultades de Medicina, el Consejo de Educación en Medicina Pediátrica y la Asociación de Directores de los Programas de Pediatría no incluyen a la salud oral en los temas clave para las guías y encuestas

que realizan y promueven. En los dos últimos años se han publicado artículos que evalúan el rol del pediatra en la salud oral en las revistas *Pediatrics in Review*, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, y *Current Opinion in Pediatrics*, además un suplemento completo de la revista *Pediatric Clinics of North America* fue dedicado a la salud oral en los infantes. Se concluye que el entrenamiento de los pediatras en salud oral en todos los niveles de la formación médica es insuficiente. (19)

SAVAGE M, LEE J, KOTCH J, VANN W (2004), refiere que pretendieron determinar los efectos de las visitas dentales preventivas a edades tempranas sobre la posterior utilización y costos de los servicios odontológicos entre los niños preescolares. El estudio involucró un seguimiento de 5 años a 53591 niños de Carolina del Norte, inscritos en el programa Medicaid. Los resultados indican que el 27% tuvo su primera visita antes de los 5 años, el 18% tuvo al menos una consulta para tratamiento restaurativo antes de los 5 años y el 14% acudió por lo menos una vez para tratamiento de urgencia. De los pacientes que tuvieron su primera visita antes de los 5 años, 0.24% tuvieron su primera visita antes del año, 2.7% entre 1 a 2 años, 5.1% entre los 2 y 3 años, 9.9% entre 3 y 4 años y 8.9% entre 4 y 5 años. Los niños que tuvieron su primera visita a la edad de 1 año eran más propensos de requerir tratamientos preventivos y de control, con bajos costos. Mientras que los niños que la habían tenido entre los 2 y 3 años, regresaban a la consulta para tratamientos restauradores o de urgencia, con costos mayores. El promedio de los costos de los tratamientos por niño fue: en el grupo de los niños con visitas antes del año \$262; de 1 a 2 años \$ 339; de 2 a 3 años \$ 449 y de 4 a 5 años \$ 546. Se concluye que los niños asegurados en Medicaid que tuvieron visitas odontológicas preventivas a una edad temprana, eran más probables de acudir para tratamientos preventivos subsecuentes de bajo costo. (68)

CONTRERAS N. (2003), refiere que en este estudio se evaluó los conocimientos y actitud de 24 médicos pediatras de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Se realizaron cuestionarios obteniéndose los siguientes resultados: el 33,3% tenían un buen conocimiento, 29,7% un conocimiento regular y 37,5% un conocimiento deficiente. En relación a las actitudes el 45,8% presentó una actitud adecuada y el 54,2% una actitud inadecuada. Los puntos menos conocidos por los pediatras fueron: la transmisibilidad, la lactancia materna y lactancia nocturna como factores de riesgo de caries dental; y los efectos adversos del flúor cuando es administrado incorrectamente. Dentro de la actitud inadecuada resaltaron: la recomendación sobre el inicio del destete y el retiro definitivo de la lactancia materna y el biberón. Se encontró una diferencia significativa del nivel de conocimiento según tiempo de ejercicio profesional, no se encontró una relación entre conocimientos y actitud. Se concluye que existe conocimiento deficiente y actitud inadecuada de los pediatras de la ciudad de Huancayo en relación de la salud bucal sobre la Caries de Infancia Temprana menciona que una importante medida preventiva, sería identificar los niños con alto riesgo dental a una edad temprana, incluso identificando el riesgo de caries en la embarazada. De modo que se apliquen estrategias como educación sobre salud oral a la embarazada, modificación de malos hábitos y finalmente el establecimiento de un programa de atención odontológica a los infantes desde el primer año de vida. (14)

SALDARRIAGA A, SALDARRIAGA O. (2002), refiere que estudian los conocimientos y prácticas de los médicos generales y pediatras en la promoción de la salud oral y la prevención de la enfermedad en niños menores de 5 años y mujeres en gestación. La muestra incluyó 389 médicos de la ciudad de Medellín a quienes se les realizó una encuesta. En los resultados, el 93.4% de los médicos manifestó la necesidad de recibir capacitación en salud oral. El 91.6% de los médicos manifiestan que revisan la cavidad oral durante la consulta; el 53.9% realiza prácticas de promoción y prevención. Se concluye la necesidad de mayor información para que su intervención pueda ser un recurso en la promoción y prevención de la salud oral. (66)

LEWIS C, GROSSMAN D, DOMOTO P, DEYO R (2000), refiere que el estudio valora el conocimiento, actitud y la experiencia profesional de los pediatras con respecto a la salud oral y a su vez determina si existe el deseo de incorporar la aplicación del barniz de flúor en sus consultas . Se realizó un cuestionario a 1600 pediatras de la Asociación Americana de Medicina. El porcentaje de respuesta fue del 62%. Los médicos reportaron ver problemas dentales regularmente. Dos tercios observaron caries en sus pacientes de edad escolar al menos una vez al mes, 55% reportaron dificultad para referir al odontólogo a sus pacientes no asegurados. Más del 90% aceptaban que tenían un rol importante en identificar los problemas dentales y aconsejar a los padres sobre la prevención de caries dental. El 74% expresó una buena disposición para aplicar barniz de flúor en sus consultas de rutina. Por otro lado, el 50% reportó no haber recibido un previo entrenamiento en salud oral durante su formación universitaria o residentado y solo el 9% respondió correctamente el cuestionario de medición de conocimientos. Se concluye que la mayoría de los pediatras reconocen su rol y ya ofrecen la asesoría temprana a sus pacientes. Sin embargo, la falta de conocimientos actualizados y la dificultad para referir a sus pacientes donde el odontólogo ponen en cuestionamiento el rol efectivo de estos pediatras en la promoción de la salud oral. (39)

SANCHEZ O, CHILDERS N, FOX L, BRADLEY E. (1997), refiere que el objetivo del estudio es valorar el conocimiento, actitudes y creencias de los médicos generales y pediatras acerca de las medidas preventivas de salud oral en los infantes. Se enviaron cuestionarios a 398 pediatras y 632 médicos generales licenciados en el estado de Alabama, el 46% del total entregó el cuestionario resuelto. En los resultados, el 59 % de los encuestados reportó no haber recibido información sobre salud oral en su formación de medicina general. En forma similar, el 51 % no recibió información en sus estudios de especialidad. En términos de conocimientos sobre salud oral, el 32% percibía tener un conocimiento bueno y el 54% un conocimiento regular. Sobre el rol del pediatra en la salud oral del infante, el 41% lo considera importante y el 49% no muy importante. El 29% reportó aconsejar siempre a los

padres de sus pacientes sobre la salud oral de sus hijos. La mayoría (63%) respondió que los infantes debían visitar al dentista por primera vez a los 3 años de edad. Asimismo, la mayoría de los encuestados (68%) respondió no estar familiarizado con las recomendaciones de la AAPD sobre el cuidado de la salud oral del paciente pediátrico. Se concluye que el nivel de conocimiento sobre muchos aspectos de prevención en salud oral fue bueno, aunque la mayoría de los médicos reportó haber recibido escasa información sobre salud oral durante su carrera y especialidad. Los pediatras estaban mejor informados que los médicos generales sobre aspectos de salud oral y prevención de enfermedades bucales. (67)

ERICKSON P, THOMAS H. (1997), refiere que la Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) ha corroborado que los cuidados preventivos de salud oral durante el primer año de edad conllevan al mantenimiento de la misma en un largo plazo. Los autores pretenden evaluar la aceptación entre los odontólogos, de la guía de recomendaciones sobre salud oral de la AAPD. Se realizó un cuestionario a 913 odontopediatras, miembros de la AAPD. Se obtuvieron diferentes resultados: el 72.6% concuerda con las recomendaciones de la AAPD pero solo el 46.6% las ponía en práctica. Se observó que los profesionales más jóvenes estaban de acuerdo con los lineamientos de la AAPD (85%) y realizaban las primeras consultas dentales entre los 6 a 12 meses de edad (66%). Cerca del 20% de los profesionales reportó que no realizaban evaluaciones a infantes, por diferentes razones: la condición, y no la edad del paciente debe ser la razón para una evaluación dental (78.4%); los padres no valoran la importancia de una evaluación a temprana edad (64.0%). Se concluye que la Academia debe proveer más información sobre la edad en la que se debe realizar la primera consulta odontológica y como ésta debe ser desarrollada. (24)

KORANYI K, RASNAKE L, TARNOWSKI K. (1991), refiere que el estudio pretende obtener información sobre el consejo que daban los pediatras a los padres acerca del tiempo correcto del destete y su asociación con la caries dental. Se realizó un

cuestionario a 250 pediatras de la AAP. La mayoría (94%) de los profesionales respondieron que si discutían este tema con los padres y el 80% recomendaban una edad específica para el inicio y corte de la lactancia. Las edades recomendadas para iniciar y dejar la lactancia artificial fueron en promedio 12.7 y 16.8 respectivamente. Las razones dadas a los padres para dejar el uso del biberón incluían: caries dental (15.9%), limitaciones para el desarrollo (6.3%), nutrición (1.6%) y daño a la dentición (menos del 1%). Se concluye que la mayoría de pediatras discute el tema del destete con los padres de sus pacientes, sugiriendo edades para el inicio y término de la lactancia artificial. Sin embargo estas edades no concuerdan exactamente con las recomendadas en la Guía de la AAP (Academia Americana de Pediatría), ambas edades se excede en 3 meses a las sugeridas por la Academia. (37)

1.2 .MARCO TEÓRICO

1.2.1. CARIES DE INFANCIA TEMPRANA.

La Caries de Infancia Temprana de se define como la aparición de cualquier signo de caries dental en cualquier superficie dental durante los tres primeros años de vida. La enfermedad también se ha denominado caries del biberón, caries de la lactancia, etc. La verdadera aparición es incierta de alguna manera, debido a la falta de definición y al hecho que los niños pequeños no siempre cooperan en un examen clínico completo.

Aunque la unidad afectada es la pieza dental, en la caries de infancia temprana, el huésped susceptible es el niño como ser integral, ya que la cronicidad, y entorno sistémico y psicosocial. (35)

El término Caries de Primera Infancia (ECC) fue descrito en 1999 por el Instituto Nacional para la investigación Dental y Craneofacial (NIDCR). La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define la ECC como la presencia de una o más caries (lesiones cavitadas o no cavitadas), ausencia de piezas dentales (debido a lesiones cariosas) o superficies obturadas de cualquier diente primario en niños de 71 meses de edad. Todos los niños menores de 3 años de edad con lesiones cariosas cavitadas o no cavitadas son diagnosticados como Caries de Infancia Temprana Severa. Los niños con dicha patología tienen mayor probabilidad de tener caries en la dentición permanente. Así mismo, los niños que toman biberón por la noche con leche u otros agentes cariogénicos durante el primer año de vida, tienen mayor susceptibilidad a la enfermedad. (57)

La caries dental es una enfermedad infecciosa de origen bacteriano no específico de carácter multifactorial que causa la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo ácido de las bacterias capaces de fermentar a carbohidratos (teoría acidogénica). La caries puede afectar el esmalte, la dentina y el cemento. Esta patología es uno de los padecimientos más frecuentes de los seres humanos que prevalece y la padece el hombre moderno tal vez como producto de la industrialización, la tecnología, y la economía de nuestra sociedad. (45)

Jacobi, 1862 describió esta enfermedad como caries del lactante. Dr. Fass en 1962, fue el que por primera vez describió y usó el término Caries de biberón. El centro de Control y Prevención de las Enfermedades en los Estados Unidos, 1994(72) (17) propuso la utilización de un término menos específico: Caries de la infancia temprana pues la etiología de este patrón de caries no podía ser atribuida solo al biberón. (17)

1.2.1.1 Prevalencia de Caries de Infancia Temprana

Es difícil determinar con exactitud, la prevalencia de la Caries de Infancia Temprana. Los datos son inexactos debido a: que se realizan en niños en edad preescolar, y muchas veces no colaboran durante la exploración; las muestras no son representativas, la alimentación varía en diferentes grupos étnicos y culturales (20, 47). Su prevalencia es del 1-12% en países desarrollados y del 70% en países en desarrollo (55). Otros estudios determinan que los niños de padres con bajo nivel económico tienen una mayor prevalencia que los niños con alto nivel socioeconómico (2, 38,54). La distribución de la verdadera prevalencia de la CIT es difícil de encontrar, primero porque los investigadores no se han puesto de acuerdo en el criterio clínico para el diagnóstico; algunos deciden valorarla sobre la base de al menos 4 incisivos maxilares con caries, otros sobre un mínimo de 2 y/o sobre el patrón de caries vestibular o lingual. (15) Se han desarrollado estudios de prevalencia de caries del infante en varios países:

Mario Elías Podestá (2001) , refiere en el Perú, se han realizado varios estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia de CIT. reportó una prevalencia de 52,7% en 351 niños de 6 a 72 meses de edad, de ambos sexos, diversos grupos étnicos y estratos sociales en cuatro cunas de la FAP en Lima.(23)

Gustavo Tello Meléndez (2001), refiere que examinó 234 niños de 6 a 36 meses de edad que asistieron a la Clínica del bebé de la facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de La Vega durante los meses de Diciembre 1999- Enero 2000. Se encontró una prevalencia de 19.12%, 59.46% y 79.35% respectivamente para los niños de 6 –12, 13 –24 y 25 –36 meses de edad. (71)

Chavarro y col, (1997) refiere que examinaron a 228 pacientes del Servicio de Salud Oral del Hospital Pediátrico de Bogotá encontrando una prevalencia de CIT del 47%. Estudios de prevalencia de CIT en otros países han reportado las siguientes cifras: 11.7% en Suecia; 62.6% en Puerto Rico y 16.7 en Brasil.

Chavarro y col, 1997 en unos estudios realizados en el Servicio de Salud Oral del Hospital Pediátrico, con 228 pacientes, encontraron una prevalencia del 47% de caries de la Infancia. Carlos Campodónico (1996) realizó un estudio en 192 niños atendidos en el Policlínico Santa Rosa y en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Durante el examen clínico no se consideró las manchas blancas. Se encontró una prevalencia de 14% en el total de los niños de 6 – 42 meses de edad.(12) Claudio Iwamoto (1996) realizó un estudio de la prevalencia de caries en 179 niños de 12 - 42 meses de edad, que asistieron al Hospital Cayetano Heredia, al Policlínico Santa Rosa y al Policlínico Angamos en Lima. Realizó el examen clínico sin considerar manchas blancas y encontró una prevalencia total de caries de 21.2%.(32) Weinstein y col, (1991) refiere que examinaron 125 niños mexicanos, encontrando una prevalencia de CIT de 29.6%, asociada con el bajo nivel educativo de las madres.

Eronal y col, (1990) refiere que encontraron una prevalencia de caries de la Infancia de 9.94% en 224 niños de 2 a 6 años. Parker y col, en 1989 refiere que encontraron una prevalencia de caries de la infancia de un 24% en una población Caucásica de los Estados Unidos. Katz y col, en 1989 refiere que realizaron un estudio en las Islas Vírgenes con 357 niños cuyas edades eran de 3 a 5 años estableciendo una prevalencia del 12%. Cook y col, 1987-1990 refiere que realizaron un estudio en una comunidad indígena de Choctaw, encontrando una de las prevalencias más alta pues fue del 50,2%.

1.2.1.2 Diagnóstico de Caries de Infancia Temprana

Consideraciones Clínicas

El patrón clínico es agresivo y característico, afectando primero a los dientes primarios anteriores maxilares y después a los primeros molares primarios.

El aspecto inicial de una CIT es de áreas blancas de desmineralización sobre la superficie del esmalte, a lo largo de la línea de la encía de los incisivos maxilares. La enfermedad progresa de forma que los puntos blancos se convierten en cavidades que se pigmentan a marrón o negro por los colorantes presentes en alimentos y bebidas.

Todas las superficies de los incisivos maxilares están afectadas al igual que las superficies oclusal y bucal de los cuatro primeros molares primario. Todos los demás dientes no suelen estar afectados, y la distribución de la CIT se relaciona con la secuencia de erupción.

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

Esta entidad patológica presenta algunas características durante su evolución: la lesión de caries dental avanza siguiendo la cronología de erupción de los dientes primarios; los incisivos mandibulares no son frecuentemente afectados debido al patrón muscular de succión del infante, que al protruir la lengua protege naturalmente a estos dientes, pero en estadios avanzados, pueden estar comprometidos.

Al evolucionar la enfermedad, se puede observar clínicamente, pérdida de la integridad coronaria, compromiso pulpar, extensión de la lesión alrededor de la circunferencia del diente; resultando en fractura coronaria patológica al mínimo trauma y en muchos casos solo se pueden visualizar remanentes radiculares.(51)

Si no se trata, la caries de los incisivos maxilares avanza finalmente hasta un grado tal que las coronas se debilitan y se fracturan, este proceso puede ser tan rápido que los padres a menudo ven los dientes defectuosos ya desde el momento de su erupción.

La Caries de la Infancia temprana usualmente empieza en los incisivos primarios superiores, como una mancha opaca y área de desmineralización a lo largo del margen gingival. A medida que la condición se desarrolla, la caries progresa y empieza a rodear los cuellos de las piezas dentarias. En situaciones avanzadas, las coronas de los incisivos superiores, se llegan a destruir completamente, dejando solo la raíz del diente. Los molares inferiores primarios, con frecuencia, se ven afectados por el estancamiento de líquidos cariogénicos. Otras superficies dentales pueden cariarse, dependiendo de la duración y frecuencia de los malos hábitos alimenticios. (22,56)

Una característica importante de esta patología es la ausencia de caries a nivel de los incisivos inferiores, debido a la acción protectora de la lengua y por la proximidad que existe con las glándulas salivales mayores.(22)

Los defectos del esmalte, como hipomineralización, opacidades o hipoplasia , pueden predisponer a los dientes a una caries precoz, tales defectos se comunican con frecuencia en niños nacidos en países en desarrollo, en comunidades desventajadas de países industrializados y en niños con bajo peso al nacer. (72)

Exámenes complementarios

El diagnóstico se completa con un estudio radiológico, que confirma la presencia de zonas descalcificadas y de cavidades si las hay.

1.2.1.3 Etiología de Caries de Infancia Temprana

La caries es de naturaleza multifactorial y la relativa importancia de los diversos factores etiológicos puede variar de un niño a otro. No existe un único factor de riesgo o un indicador de riesgo con el suficiente poder predictivo para seleccionar con exactitud a los lactantes en situación de riesgo.

La etiología de la caries del lactante ha sido atribuida a varios factores que incluyen aspectos desde el punto de vista social, cultural, económico, político, étnico, psicológico y biológico, en los que se encuentra inmerso el infante y que no podemos desconocer. Para entender más claramente la etiología, podemos considerar que existe un huésped susceptible, (niño-dientes); un agente causal que son los microorganismos presentes en el huésped; un medio ambiente propicio general y específico; el general dado por las factores sociales y el específico dado por el sustrato de carbohidratos, que en el caso de esta patología va a estar relacionado con el biberón y su contenido y un último factor a considerar es el tiempo, que se encargará de determinar la severidad de la enfermedad. (52)

En un estudio longitudinal prospectivo, se demostró que los productores para el desarrollo de la caries antes de los 3,5 años de edad fueron la colonización por *Streptococcus mutans*, los antecedentes de inmigración, el consumo de dulces, bebidas con azúcar, y la educación de la madre. La probabilidad de presentar caries era del 87% cuando todas estas variables estaban presentes al año de edad. (32)

En la primera infancia, intervienen diversos factores que son únicos para este grupo de edad:

Microorganismos:

- Colonización temprana por *Streptococcus mutans*.
- Hábitos de higiene oral.

Sustrato:

- Azúcares en bebidas, leche y fórmulas del lactante al acostarse o a la hora de la siesta.
- Intenso consumo de azúcar a partir de bebidas y alimentos sólidos.
- Biberones, chupetes y hábitos de succión.
- Patrón de toma prolongada.

Huésped:

- Flujo salival escaso por las noches.
- Dientes inmaduros de erupción reciente.
- Sistema de defensa específico e inespecífico inmaduro.
- Alta prevalencia de defectos hipoplásicos en la dentición primaria.
- Enfermedades médicas.

Variables sociales:

- Educación de los padres.
- Estado socioeconómico.

Microorganismos

Los microorganismos son indispensables para la iniciación de las caries dental; es así como la cavidad oral del recién nacido no tiene cepas de microorganismos cariogénicos, los cuales se creen son transmitidos de la madre al bebé o de una persona muy cercana a él, mediante la saliva, ya sea por besos o por la utilización de los mismos elementos de alimentación.

El *Streptococcus mutans* es la bacteria más relacionada con la caries dental. Además, forma parte de los cocos que inician la proliferación de la placa sobre la película del diente. El *Streptococcus mutans* va aumentando a medida que emergen los dientes y es el que se encuentra en mayor proporción en niños con CIT.

Van Houte y Col (1982) realizó un estudio en infantes y encontró que más del 50% de la totalidad de la flora cultivable correspondía al *Streptococcus mutans*, y su concentración en saliva era de un 10%.

Los niveles de *Streptococcus mutans* no solamente se encontraban en la lesión cariosa cavitada y en la zona de mancha blanca, sino que también estaban en zonas aledañas a la lesión o en cierta forma distantes a esta. (17)

La Caries de la Infancia Temprana se debe a un mal hábito en la alimentación por exposición frecuente y duradera de los dientes a una fuente de hidratos de carbono refinados, especialmente durante el sueño. Cuando existe un aporte abundante de estos hidratos, se produce un aumento de las cepas cariogénas: *Streptococcus Mutans* y *Lactobacillus*, que producen, fundamentalmente, ácido láctico más difícil de neutralizar. Un estudio mostró que los *Streptococcus Mutans* constituyen menos del 1% de la flora oral en el niño con bajo índice de caries dental, en comparación con el niño que padece Caries de la Infancia Temprana, en el cual existe del 30 al 50% de estas bacterias. Así mismo, se ha expuesto que niños que son tratados con antibióticos durante periodos prolongados de tiempo, desarrollan menos lesiones cariosas debido a que estos fármacos disminuyen o eliminan las concentraciones de *Streptococcus Mutans*. (23)

Otro microorganismo importante es el *Lactobacillus acidophilus*; cuyo papel es mucho más importante en la progresión de la caries que en el inicio de éstas. En cualquier caso, la asociación de estos dos tipos de bacterias es la que constituye un mayor riesgo de caries. (17)

Sustrato

Los hábitos dietéticos en la primera infancia son muy importantes no solo por la posibilidad de producir caries, sino también porque son la base para definir los hábitos dietéticos posteriores y constituyen un indicador fundamental del riesgo de caries. (32)

Los carbohidratos de la dieta están generalmente asociados a la formación de la caries dental. Ciertos carbohidratos de la dieta son utilizados por los microorganismos orales (*Streptococcus mutans*) formando una matriz pegajosa de placa que facilita la

adhesión de los microorganismos al diente. Los carbohidratos también sirven en la producción de ácidos orgánicos que inician la pérdida de minerales del diente.

La utilización del biberón con sustancias edulcoradas es la causa más frecuente de Caries de la Infancia Temprana. La enfermedad también puede ocurrir en niños con lactancia materna prolongada y/o hábito de chupete impregnado en sustancias azucaradas. (47)

Lactancia materna.

Correa (1999) afirma que la leche materna constituye el alimento ideal para el recién nacido, Giordano complementa que los lactantes amamantados de forma natural presentan mayor desarrollo de los arcos dentarios, paladar y de otras estructuras faciales respecto a los lactados por biberón. (15)

Existe mucha controversia, en parte debido a la falta de suficientes estudios epidemiológicos, con respecto a si la lactancia materna prolongada más allá del año de edad o a demanda, especialmente durante la noche, puede producir caries en el sector anterosuperior.

Se ha afirmado que los niños alimentados con lactancia materna prolongada tienden a establecer hábitos alimentarios no adecuados, lo que constituiría una situación de riesgo para el desarrollo de caries en una edad temprana. (32)

Con respecto a la lactancia nocturna, Walter afirma que ésta debe ser exclusiva hasta los 6 meses de edad y libre según requiera, Lobato agrega que solo debe controlarse después de la erupción de los primeros dientes. (15)

Lactancia artificial

El uso del biberón se indica para promover el desarrollo del niño frente a la imposibilidad de la lactancia materna en casos de estrés de la madre, pérdida de estímulo provocados por el cansancio o ansiedad, en casos que la madre fuese

portadora de enfermedades transmisibles o cuando hace uso de medicamentos que a través de la leche puedan perjudicar al niño. (32)

En la actualidad, todavía no se ha definido la posible cariogenicidad de la leche materna y la leche bovina.

En condiciones dietéticas normales, la leche tiene baja cariogenicidad pese a que su contenido en lactosa representa un potencial poder cariogénico, la presencia de elementos como el calcio, fósforo y proteínas como la caseína, suponen un papel protector. (9)(36)(76)

No obstante, algunos autores piensan que los radicales ácidos producidos en el metabolismo de la lactosa presente en la leche humana y bovina pueden desmineralizar el esmalte de los dientes y han observado que la caries se debe al potencial descalcificador de la lactosa. (59)

Bowen y cols. Analizaron el potencial cariogénico de diversas papillas y leches infantiles, concluyendo que aunque las leches tienen menor poder cariogénico que una solución al 5% de sacarosa, tienen cierto potencial cariogénico (llegando a tener hasta el 30% de esta solución. (7)

Valle y cols. (2001) ,refiere que se realizó un estudio donde no se constató ninguna asociación entre la lactancia natural y artificial (sin adición de edulcorantes) con la presencia de caries dental, en tanto fue significativa la asociación entre la enfermedad y el consumo de sacarosa.(73) En la investigación de Ripa se observa que entre los infantes que fueron alimentados por el biberón había un mayor porcentaje de experiencia de caries, presencia de placa bacteriana visible, elevado consumo de azúcar y baja frecuencia de higiene, en comparación con los infantes que nunca habían tomado biberón o que lo habían hecho por periodos cortos. Además se observó que la relación era más fuerte cuando se incrementaba el tiempo de la lactancia por el biberón y cuando el hábito se daba en forma nocturna. Los resultados de esta investigación sugieren que la lactancia por biberón parece estar asociada a un patrón de comportamiento y de estilo de vida que contribuye a determinar un perfil de alto riesgo de caries. (61)

Ablactancia

Holt y Moynihan, 1996 refiere que es un proceso de expansión de la dieta para incluir otras comidas y bebidas aparte de la leche materna. Según las recomendaciones del grupo de estudios de Coma, estos alimentos deben ser usualmente libres o con bajo contenido de azúcares. Sin embargo la alimentación humana en la actualidad generalmente contiene sacarosa, glucosa, fructosa y lactosa que son utilizados en el metabolismo energético de la placa dental. Virtualmente, toda comida que contiene carbohidratos provoca un descenso del pH por debajo de 5,5 el cual es un pH crítico para la hidroxiapatita, iniciándose la desmineralización y por tanto el proceso de caries. (21)

Introducción de azúcares en la dieta

El patrón de consumo de azúcares es establecido precozmente y mantenido durante el primer año de vida. (73)

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. (21)

Correa (1999) complementa que el primer contacto directo del bebé con el azúcar se da por medio del biberón, hecho que lo constituye en uno de los factores más importantes en la caracterización del riesgo a las lesiones cariosas. (15) Se considera que la ingesta prolongada en el biberón de líquidos como los jarabes, los zumos de fruta azucarados y las bebidas carbonatadas constituye un potencial cariogénico mayor que el consumo de cualquier tipo de leche. (70)(75)(76) Además de los líquidos, los alimentos sólidos endulzados constituyen uno de los factores de riesgo de caries más importantes. Considerando que ya a los 12 meses se ha establecido un

esquema alimentario en cuanto al número de ingestas, su potencial cariogénico puede estar ligado al futuro desarrollo de caries.(32)

Villena Sarmiento (1998) identificó el momento en que el azúcar era introducido en la dieta y su frecuencia de consumo en 385 niños de 0 – 36 meses de edad del programa de crecimiento y desarrollo del Hospital Nacional Cayetano Heredia Lima – Perú. En el 73% de los niños se inició el consumo de azúcar antes de los 6 meses de edad y al cumplir el primer año el 100% ya consumían azúcar en un promedio de 4 – 6 veces al día. Los principales vehículos fueron líquidos y la razón principal fue dar sabor. (75)

Huésped

Maduración y defectos del esmalte

Durante el periodo de mineralización, las hipocalcemias pueden provocar una hipoplasia lineal del esmalte, que se aprecia sobre todo en las superficies vestibulares de los dientes superiores primarios y es más prevalentes en niños de menor nivel socioeconómico. Se ha reportado un mayor recuento de *Streptococcus mutans* en dientes con defectos del esmalte y se ha demostrado una clara asociación entre la hipoplasia clínicamente visible y la CIT. (55)

Factores Salivares

La saliva es el sistema defensivo del huésped más eficaz contra la caries. Probablemente la ingestión continuada de azúcar durante la noche es uno de los factores más importantes en la CIT pues el flujo salival es menor y por tanto la autoclisis es mínima. Los niños que presentan un flujo reducido de saliva (xerostomía) o una mala calidad de esta presentan un importante riesgo adicional además de un patrón de caries más agresivo. (55)

También refiere que la disminución en los niveles de la saliva nocturna, va a producir en el esmalte una hipomineralización haciendo más susceptible a las caries del lactante. (55)

Factores Inmunológicos

Se conoce que la leche materna contiene niveles elevados de IgA para Streptococcus mutans. Aunque no se ha demostrado en humanos la inmunización pasiva a través de la lactancia materna, existen estudios en animales que indican que las crías amamantadas con leche materna con altos niveles de anticuerpos contra Streptococcus mutans presentan menor índice de caries. (55)

Factores Sistémicos

Ha sido demostrado la relación entre la CIT y el bajo peso al nacer, las complicaciones en la etapa fetal o las dificultades en el parto. También son importantes los episodios de enfermedad durante la infancia debido probablemente a la predisposición a la hipoplasia del esmalte en esos niños o a la posibilidad que los niños crónicamente enfermos sean reconfortados con biberones endulzados o ingieran a menudo medicamentos edulcorados , lo que resulta grave si se toman a través del biberón. No se han dilucidado los mecanismos que relacionan la malnutrición crónica en países subdesarrollados con una mayor tasa de caries, aunque también podrían estar relacionados con la hipoplasia o con alteraciones de la saliva. Se ha evidenciado que los niños con CIT tienden a pesar menos que los niños sin la enfermedad, una de las causas podría ser la dificultad para masticar y el dolor que sienten al comer. Por otro lado, patologías como hendidura del labio y paladar son altamente susceptibles a la caries de los incisivos primarios y se reconocen como de cuidado dental especial. (17)

Higiene Oral

Una dieta cariogénica asociada a la falta de higiene oral, en términos de gran acumulación de placa conllevan sin duda al desarrollo de caries en la Infancia Temprana.

Ríos Díaz (1996) evaluó los hábitos y los elementos empleados en la higiene bucal en 95 niños de 24 a 42 meses de edad que acudieron a consulta pediátrica en 3 centros de salud. Se encontró que el 80% de los padres realizaba algún tipo de higiene bucal, al momento del estudio. El hábito de higiene bucal con gasa o pañal se encontró en el 32% de los casos. El 50% de ellos inició el hábito entre los 0 y 6 meses pero solo el 21% continuó con el hábito hasta el momento del estudio. El 67% de los padres lo hacían 1 vez al día, el 13% dos veces al día y el 20% tres veces al día. El 77% de los niños usaban el cepillo dental y el 66 % usaban la pasta dental. La higiene bucal nocturna se encontró en el 25% de los niños. Por otro lado, considerando las prácticas de higiene oral de forma aislada, no existe una relación clara entre estas y la ausencia de CIT. (60)

Factores del medio ambiente

Factores Demográficos

Se contemplan el origen racial o étnico y el nivel socioeconómico. La salud oral de niños (as) perteneciente a las clases socioeconómicas bajas. Los integrantes de estas últimas, así como los individuos pertenecientes a minorías raciales, visitan al odontólogo sólo en casos de emergencia, por presencia de inflamación, dolor o infección, lo que determina que la experiencia sea poco agradable, promoviéndose una actitud negativa hacia los tratamientos dentales. Además, los niños(as) con bajos recursos no visitan al odontólogo sino hasta después de haber cumplido los 3 años de edad. (58)

En varios países se ha comprobado una mayor prevalencia de CIT en las minorías étnicas que puede estar asociada con factores culturales y con dificultades de acceso a los servicios de salud. (31). Generalmente existe una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de CIT que se ha documentado en numerosos estudios estadounidenses y europeos. (55)

Factores Cognitivos

La literatura muestra una clara relación entre la educación de las madres y la prevalencia de caries en los infantes, hábitos dietéticos, de higiene y otros factores cariogénicos. En un estudio se comprobó que un grupo de madres con educación deficiente presentaban niveles más elevados de *Streptococcus mutans* que otro grupo de madres con educación superior. Además, el primer grupo presentaba mayor prevalencia de caries, higiene oral deficiente y consumía carbohidratos con más frecuencia que el segundo. (55)

El tiempo

El contacto frecuente y prolongado del diente con las sustancias cariogénicas favorecen la disminución del pH y determina la agresividad. El paso de mancha blanca a cavitación y destrucción coronal es rápido por el espesor del esmalte (0.5mm) de la dentición temporal. El tiempo es importante en relación con la frecuencia y cantidad de exposición del contenido del biberón y determina la agresividad de la caries. Derkson & Ponti reportaron que los niños con caries del lactante consumían biberón 8,3 horas por día; mientras que los niños sanos únicamente consumían durante 2,2 horas al día. La frecuencia de administración del biberón o lactancia materna nocturna y la duración de este hábito se hallan relacionadas directamente con la severidad de la caries. (17)

1.2.1.4 Prevención de Caries de Infancia Temprana

La caries de la Infancia Temprana es una enfermedad del estilo de vida, con determinantes biológicos, conductuales y sociales. Desde este punto, la prevención debe estar enfocada hacia los padres y futuros padres, mediante programas de educación, en los cuales es importante la interacción con otras áreas de la salud, (médicos, pediatras, enfermeras) quienes en muchos casos son los que van a tener mayor contacto con las madres y los niños en sus primeros meses de vida. (49)

La información acerca de la caries de la lactancia debe estar al alcance de todos y no solo en las manos de los profesionales de la salud.

Esta prevención debe estar orientada hacia la concientización de los padres en cuanto a la importancia de crear hábitos de higiene oral, el uso racional del biberón, (especialmente el nocturno y la utilización adecuada de endulzantes. (65)

La prevención de la caries de infancia temprana se enfocará a evitar los diversos factores que influyen en su desarrollo:

Prevención de la transmisión de Streptococcus mutans

El proceso preventivo de las enfermedades bucales se inicia en el periodo de gestación del niño, a través de una buena alimentación materna, rica en elementos vitamínicos y flúor, que son necesarios para una buena formación dentaria, se destaca que algunas alteraciones sistémicas de las gestantes como: diabetes, alergias, hipocalcemias e hipovitaminosis pueden afectar a los dientes de los bebés. Por ende, los cuidados de salud de la madre tendrán efecto en la salud del futuro niño. (73)

Los recién nacidos no presentan la bacteria *Streptococcus mutans* hasta el momento de la erupción de sus primeros dientes deciduos, ya que la bacteria requiere una superficie rígida para su adhesión y colonización. Al referirse específicamente a la

transmisión de la microbiota cariogénica, los estudios clínicos mostraron una transmisión del tipo vertical, principalmente de madre a hijo. (32)

Hábitos dietéticos

Todos los tipos de leche tienen potencial cariogénico, por ello recomienda evitar la lactancia desvinculada de la higiene bucal, especialmente durante la noche, cuando la salivación está comprometida.(15)

La lactancia nocturna hasta los seis meses de edad debe ser irrestricta y libre según se requiera y solo debe controlarse después de la erupción de los primeros dientes. (32)

A pesar de que un gran porcentaje de padres saben de estas medidas, muchos no las ponen en práctica o al intentarlo fracasan. Esto se confirma con el estudio de Ostos y cols, que observaron en una población de infantes que el 25% de los padres admitía tener conocimiento del potencial cariogénico que suponía el biberón que suministraban a sus hijos cuando se iban a dormir.(10)

Para Mc Donald, Avery (1995), las bebidas que se ingieren con el biberón no deberían endulzarse, y a medida que ocurren los cambios alimenticios, los padres deberían retirar o disminuir gradualmente el azúcar que podría haberse adicionado a dichas bebidas.

La Academia Americana de Pediatría hace varias recomendaciones sobre este aspecto: (56)

- Nunca añadir cereal al biberón
- Las bebidas carbonatadas se deben evitar durante los primeros 30 meses de vida del niño.
- Empezar a usar la taza cuando el niño sea capaz de levantarse solo sin soporte.

- . Retirar el biberón cuando el infante empiece a consumir alimentos sólidos.
- . Empezar el destete a los 9 meses, hacia los 12 o 14 meses la mayoría debería tomar en taza.
- . No dejar al niño dormirse con el biberón en la boca.
- . Los jugos de fruta azucarados deben darse en taza, no antes de los 6 meses, limitar su ingesta a 4- 6 onzas al día.
- . No colocar zumo, miel o líquidos azucarados en el biberón.
- . Cepillo dental diario.
- . Se debe limitar los alimentos azucarados a los momentos de las comidas, no entre ellas.

Otro factor importante lo constituyen los fármacos que llevan sacarosa en su contenido. Los fármacos sin azúcar deben ser firmemente considerados y se deben aconsejar, en especial para niños médicamente comprometidos o que reciben medicamentos a largo plazo. (53)

Higiene oral

El mantenimiento de una buena higiene oral establecida a una temprana edad es básico para la prevención de las caries.

Moss (1996) afirma inclusive que cuánto más tempranamente se realice la manipulación de la cavidad oral de los bebés, más receptivos serán en el futuro respecto a los cuidados de la salud oral. (49) La higiene oral en los niños menores de 3 años se debe realizar de acuerdo a la edad, a los niños de 0 a 18 meses se le indicará limpieza con gasa y agua hervida fría para que lo realice la madre; a los niños de 18 a 24 meses, cepillo y agua hervida fría; y a niños de 24 a 36 meses, cepillo y pasta dental (500 ppm) con una cantidad equivalente del tamaño de una lenteja para que lo realice con ayuda de los padres.

Para Mc Donald, Avery (1995), Massao (1998) después de alimentar al bebé por lo menos después de la última lactancia nocturna debería limpiarse la lengua, la parte interna de la boca y las encías.(21)

Suplementación de flúor

El efecto preventivo del flúor radica actualmente, en su presencia en el líquido de la placa durante la provocación de la caries, para retardar la disolución del esmalte y respaldar la fase de precipitación. Después de una aplicación tópica, se forman depósitos de fluoruro de calcio sobre la superficie del diente como sistema de liberación controlado por el pH y listo para actuar cuando sea necesario. En consecuencia el principio básico es aplicar el fluoruro de modo que siempre esté presente en la interface placa- esmalte. Este efecto puede lograrse a través de la aplicación frecuente de fuentes de fluoruro de baja concentración como agua fluorada, pasta dental fluorada, enjuagatorios diarios, o tratamientos menos frecuentes con preparados altamente concentrados como los barnices de flúor.

Para los infantes, la fluoración del agua, y los barnices fluorados parecen ser los regímenes más adecuados. (72)

Walter et al (1997) indican que en presencia de dientes debe iniciarse la fluoroterapia casera diaria con fluoruro de sodio al 0,02% además de la aplicación de barniz con flúor por el profesional. (15)

En la Unidad de Odontología para el Bebé del IESN se sigue un protocolo basado en el riesgo y actividad de caries:

- Los pacientes con actividad de caries reciben una fase de quimioterapia basada en la aplicación de barnices de clorhexidina y de flúor (2600 ppm) con el objetivo principal de disminuir la cantidad de microorganismos en la cavidad bucal (clorhexidina), además de lograr remineralización, mineralización e inhibición de la formación de placa bacteriana.

- La terapia es complementada con topicaciones diarias de flúor, con una solución de FNa al 0.05 % (226 ppm). La topicación debe realizarse por las noches después de la higiene oral; con la ayuda de un hisopo se aplica la solución (4 – 8 gotas) en todos los dientes.

- Los pacientes sin actividad, con riesgo alto de caries reciben el mismo protocolo anterior.

- Los pacientes sin actividad y con riesgo bajo de caries reciben FNa (gel) a altas concentraciones en la primera cita (2%), para continuar con aplicaciones semanales (2 aplicaciones) de FNa al 0.02 %.

Todos los pacientes continúan con la fase de mantenimiento donde se les realiza la topicación con FNa al 2% (gel) con hisopo. (21)

Consultas odontológicas

Una de las mayores dificultades para prevenir la CIT es la falta de conocimiento de la población sobre la edad correcta para acudir al dentista, probablemente debido a la falta de concientización de la presencia de caries en niños tan pequeños o a la falta de orientación de las organizaciones sanitarias. La mayoría de los niños de edad preescolar no acuden al dentista antes que se presente la enfermedad, sino en una fase avanzada de ésta, en la que el tratamiento resulta complicado tanto para el odontólogo como para el niño. La Academia Americana de Odontología Pediátrica y la Asociación Dental Americana recomiendan que la primera visita odontológica debe darse en el periodo comprendido entre la erupción del primer diente deciduo y el primer año de vida del niño. (56)

Según Ferreira et al (1999) la primera consulta dental del niño debe darse en los primeros meses de vida justificada por la prevención de las enfermedades,

mantención de la salud oral y por el factor que los niños crezcan ambientados con el consultorio dental. (49)

1.2.1.5 Tratamiento de Caries de Infancia Temprana

El tratamiento de la caries del lactante va a depender de varios factores como, la edad y el comportamiento del niño; la extensión de las lesiones y el grado de cooperación de los padres. El primer paso es identificar, controlar y/o eliminar los factores etiológicos. Para poder llevar a cabo un buen tratamiento es necesario conocer la historia clínica, familiar y social del paciente; un buen diagnóstico médico-estomatológico y social. Partiendo de lo anterior se sabe exactamente qué es lo que se requiere y cuál va a ser la conducta a seguir con el niño y su núcleo familiar y social, pues en el tratamiento es necesario involucrar a la familia o a las personas encargadas de cuidar al niño. (58)

El tratamiento debe ir encaminado a modificar los factores de riesgo, con un solo factor que se modifique se reducirán las posibilidades de presentar la patología. Debe realizarse un análisis de la dieta y los posibles hábitos alimenticios nocivos para corregirlos. Una vez controlados los factores de riesgo se procedería al tratamiento curativo. Inicialmente se realizan procedimientos intensivos de control y limitación de la caries, como la desfocalización, el monitoreo estricto de la higiene oral, y por último, se realiza un plan de tratamiento que contempla toda la parte restaurativa y rehabilitadora. (17,62)

1.2.1.6. Secuelas de la Caries de Infancia temprana en el estado de salud general

En un reporte de la Academia Americana de Periodoncia se presenta que en los últimos años ha aumentado el interés en encontrar la relación entre la salud oral y

sistémica. Esto se debe en parte a que la Odontología tiene que integrarse más con la medicina general, con el fin de acumular evidencia que demuestre que las enfermedades orales tienen efectos clínicos significativos en la salud general. (66)

Los niños con CIT presentan diferentes problemas de salud general como:

- Diseminación de procesos infecciosos como celulitis, abscesos, osteomielitis y, en varias oportunidades hasta meningitis, que ameritan tratamiento intrahospitalario, pues se puede poner en peligro la vida del paciente.
- Bajo peso, por lo general presentan el 80% de su peso ideal y se encuentran dentro del percentil 10. Esto porque el dolor dental dificulta la alimentación.
- Se puede presentar alteración del desarrollo y crecimiento de los maxilares.
- Alteraciones del lenguaje cuando se presenta la pérdida de los incisivos superiores.
- Se pueden presentar también alteraciones emocionales, sobre todo cuando el paciente pierde sus dientes siendo objeto de burla por parte de los otros niños, dificultándose la socialización de este. (17)

1.2.2 EL ROL DEL MÉDICO RESIDENTE SOBRE LA SALUD ORAL DE LOS INFANTES

Las guías contemporáneas para el manejo de la enfermedad bucal recomiendan una intervención profesional temprana de modo que se pueda reducir o eliminar los efectos de la enfermedad. Los especialistas en el cuidado directo del infante examinan a los niños varias veces durante los dos primeros años de vida , en estas visitas se evalúa el progreso del desarrollo, se colocan las vacunaciones y se provee consejo a los padres respecto a la nutrición y desarrollo cognitivo del niño. Sin embargo muy raramente se incluye la evaluación de la salud oral como parte de estas consultas médicas. (68)

1.2.2.1. Conocimientos y actitudes sobre la Salud Oral

La posición de los médicos residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño se considera como única para contribuir a la salud oral de los pacientes por la temprana edad en la cual los niños son llevados a la consulta y porque los padres aceptan y siguen sus recomendaciones con exactitud. Varios estudios indican que el pediatra juega un rol importante en la prevención de la enfermedad bucal, pero ¿Cuán preparados están para asumir la tarea de brindar un consejo apropiado y comprensible sobre prevención en salud oral a los padres de familia? .(68) Es importante estudiar el nivel de conocimiento y la actitud de los médicos residentes sobre caries de la Infancia Temprana, ya que ellos pueden tener un impacto significativo no sólo en la salud oral de este grupo de la población, sino también en la formación de los futuros médicos cuando participan como docentes.(65)

Existen trabajos que evalúan el rol del pediatra sobre la salud oral en general; (11,16) en el presente estudio se da un enfoque hacia la Caries de la Infancia Temprana. Si bien existen diversas enfermedades y condiciones que alteran el estado de salud oral, la caries es la enfermedad infecciosa más prevalente en la infancia que causa repercusiones locales y sistémicas importantes y que merece la atención de todos los profesionales de la salud. (56)

Los resultados nos permiten afirmar que la mayoría de los pediatras presenta un nivel de conocimiento regular sobre la CIT y esto puede explicarse por la ausencia de la enseñanza del tema en la educación médica. Lamentablemente no existe un plan curricular en el pregrado, ni en el residentado en pediatría que incluya la Caries de la Infancia Temprana en sus objetivos de estudio. Los Organismos de Salud Pública en el Perú y las sociedades científicas prestan poco interés hacia los temas de salud oral en los infantes. De otro lado, conferencias, revistas, boletines y afiches hacen escasa referencia a esta patología infantil. (65)

Aunque el pediatra sea el primer profesional de la salud que establece contacto con el bebé, su nivel de conocimientos acerca de las medidas para prevenir la caries dental

es insuficiente. Gift y col examinaron el rol de los médicos en la prevención de caries dental, concluyendo que los médicos saben que tienen un papel importante en la prevención de la CD, especialmente en los infantes, también son conscientes del valor de algunas medidas preventivas y frecuentemente toman la iniciativa de proveérselas 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 pediatras que participaron en esta encuesta reconocieron la necesidad de mejorar su conocimiento en temas odontológicos. Del mismo modo pidieron recibir más información en sus años de estudio en las facultades de medicina, o incluso en los programas de especialidad y perfeccionamiento profesional. (67)

Preisich condujo un estudio en el Hospital Infantil de Columbus, Ohio, entre el staff de pediatras y médicos generales que atendían infantes. Encontró que la mayoría de los médicos examinaban la cavidad oral cuando realizaban el examen físico del niño y que los pediatras lo hacían con más frecuencia que los médicos generales. El tema más conocido entre los pediatras era el de caries dental, sobre la secuencia de erupción dental y los problemas de mal oclusión. 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. (67)

Con respecto a las actitudes , en la investigación de Saldarriaga (2002) se observa que los médicos remiten muy poco al odontólogo tanto a los niños menores de cinco años como a las mujeres en periodo de gestación a pesar de que los consideran grupos de riesgo para sufrir enfermedades orales. Esta contradicción es muy discutida, quedando la duda si es por falta de tiempo, desconocimiento del tema o simplemente porque no es área de su interés. (66)

1.2.2.2 Promoviendo el rol del Médico Residente en la Salud Oral

La Academia Americana de Pediatría publicó dos guías en Mayo del 2003 puntualizando el rol de los pediatras en la salud oral infantil: Guía para el profesional de la salud sobre el manejo oral pediátrico “A health professional’s guide to pediatric oral health management” (31) y la Guía de medición del riesgo de salud oral “Guide for oral health risk assessment training”. (13) Estas guías sugieren que los pediatras y los profesionales de la salud que atienden niños deben tener los conocimientos básicos para desarrollar una valoración del riesgo de salud oral en todos sus pacientes comenzando los 6 meses de edad e incluir la evaluación de la salud bucal en las visitas de control del niño sano. Adicionalmente a la AAP, la importancia de la salud oral ha sido enfatizada por la Asociación de Cirugía General en su reporte “Salud Oral en América” y por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades en su publicación “Gente Sana 2010”. (46)

1.2.2.3. Educando a los Médicos Residentes en tema de Salud Oral

Para que los médicos residentes puedan intervenir competentemente en la mejora de la salud oral del niño debe tener el conocimiento adecuado sobre el proceso de la enfermedad, los factores de riesgo, signos, síntomas, prevención y estrategias de intervención. Estos conocimientos requeridos pueden y deben ser impartidos y reforzados a lo largo del proceso de educación y formación profesional.

En el estudio de David Krol, se examinó el contenido de temas de Salud Oral en el proceso educativo de los médicos pediatras en los Estados Unidos. Se revisaron guías médicas actualizadas, artículos científicos publicados en Medline y los sitios Web de las facultades y programas de residentado. Se concluye, que existe un nivel de educación inadecuado en todos los niveles de la profesión (pregrado, postgrado y programas de perfeccionamiento profesional) para formar pediatras con las

competencias requeridas para ejercer un papel importante en la salud oral del infante. (19)

Por su parte, la fuente de Pediatría de Colombia reportó que el 75% de los pediatras consideraron como insuficiente su entrenamiento en cuidado dental pediátrico. (72) Aun asumiendo que los requerimientos educacionales estén claramente definidos y establecidos, existen algunas otras barreras dentro de la práctica profesional. La barrera más importante es el tiempo. El problema de la limitación del tiempo surge frecuentemente del proceso educativo cuando se trata de introducir o ampliar temas en un plan curricular que ya está establecido y preside de la inclusión de otros temas importantes como la salud oral. Para eso, se necesitan maneras creativas para incorporar temas de salud oral en las clases de medicina y las rotaciones hospitalarias. (19)

1.2.3 CONOCIMIENTO

El conocimiento es el fundamento teórico y conceptual del desarrollo de la ciencia considerándose como un sistema dinámico que interactúa con una serie de elementos como la teoría, práctica, investigación y educación, que en su conjunto son brindados al profesional, siendo el conocimiento un proceso de evaluación permanente. (31)

El conocimiento transforma todo el material sensible que se recibe del entorno, codificándolo, almacenándolo y recuperándolo en posteriores actitudes y comportamientos adaptativos. (13)

1.2.3.1. La medición del conocimiento

El conocimiento es el aprendizaje adquirido que se puede estimar en una escala que puede ser cualitativa o cuantitativa.

1.2.3.2 Escala de Estaninos

La escala de estaninos es una escala normalizada de 9 unidades, con media 5 y desviación 2 que sirve para dividir un recorrido de puntajes dependiendo de la cantidad de sujetos y de la naturaleza de las variables. (14)

Su fórmula: $X + 0.75 (Sx)$

Dónde: $x = \text{media}$

$Sx = \text{desviación estándar}$

$a = \text{media} - 0.75 (Sx)$

$b = \text{media} + 0.75 (Sx)$

a y b son los puntos de corte para clasificar en tres categorías para la distribución de los puntajes.

Por tanto:

Puntaje mínimo hasta (a) ----- 1ª categoría (conocimiento deficiente)

De (a + 1) hasta (b) ----- 2ª categoría (conocimiento regular)

De (b + 1) hasta el puntaje máximo ----- 3ª categoría (conocimiento bueno)

1.2.4. ACTITUD

1.2.4.1. Las actitudes y el comportamiento

Ander-Egg nos define actitud como “una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”. Además señala la diferencia entre actitud y opinión, la cual constituiría una “posición mental consciente, manifiesta sobre algo o alguien, que no implica disposición a la acción”. (25)(34)(41)

Una actitud es una predisposición aprendida para responder conscientemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos.(14) Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos que hacen referencia. Las actitudes solo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en si. Es por ello que las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas” no como “hechos” (3)

1.2.4.2. En qué casos las actitudes predicen el comportamiento

Los psicólogos sociales están de acuerdo en que las actitudes y las acciones se alimentan mutuamente. Las actitudes podrán predecir el comportamiento si se minimizan otras influencias, si la actitud se corresponde de manera muy estrecha con el comportamiento predicho o si la actitud es fuerte (porque algo nos la recuerde, o porque la hemos adquirido por experiencia directa).(25)

1.2.4.3. La medición de la actitud

Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales; o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas, las cuales son “instrumentos utilizados en las Ciencias Sociales para observar y medir características muy diversas de los fenómenos sociales” (25)

Estas escalas se basan en las respuestas que el sujeto brinda de una serie graduada de ítems, señalando cuales de aquellos son los que agrada o prefiere. Existen varios tipos de escalas: las de ordenación de punto, comparaciones binarias, las de intensidad y las de distancia social; pero las más formalizadas son las Thurstone, Gutmann y Lickert. (25)

1.2.4.4. Construcción de una escala aditiva tipo likert

La escala de Likert es una escala ordinal y como tal no mide en cuánto es más favorable o desfavorable una actitud, es decir que si una persona obtiene una puntuación de 60 puntos en una escala, no significa esto que su actitud hacia el fenómeno medido sea doble que la de otro individuo que obtenga 30 puntos, pero sí nos informa que el que obtiene 60 puntos tiene una actitud más favorable que el que tiene 30.

A pesar de esta limitación, la escala Likert tiene la ventaja que es fácil de construir y aplicar, además proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide. (25)

La construcción de esta escala consta los siguientes pasos:

1º) Se recoge una larga serie de ítems relacionados con la actitud que queremos medir y se seleccionan, aquellos que expresan una posición claramente favorable o desfavorable. Estos ítems pueden ser elaborados por personas conocedoras del tema que se pretende medir y conocedoras, así mismo, del colectivo de individuos que responderá a la escala definitiva.

2º) Se selecciona un grupo de sujetos similar a aquél al que piensa aplicarse la escala. Estos responden, eligiendo en cada ítem la alternativa que mejor describa su posición personal.

3º) Las respuestas a cada ítem reciben puntuaciones más altas cuanto más favorables son a la actitud, dándose a cada sujeto la suma total de las puntuaciones obtenidas.

Posibles respuestas:

T.A.= totalmente de acuerdo

A.= de acuerdo en ciertos aspectos

I.= indiferente

D.= en desacuerdo en ciertos aspectos

T. D. = totalmente en desacuerdo

4º) Con los criterios anteriores se selecciona el número de ítems deseado para la escala.

1.2.4.5. El conocimiento, las actitudes y el comportamiento

El conocimiento se concibe como el proceso de cognición, que transforma todo el material sensible que recibe del entorno, codificándolo, almacenándolo y recuperándolo en posteriores actitudes y comportamientos. (3)

De otro lado, los resultados del estudio de Ensember señalan que la actitud es uno de los elementos fundamentales del comportamiento de los individuos. Si se llega a modificar una actitud indiferente o negativa se podrá favorecer comportamientos deseables. (30)

1.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Caries de infancia temprana (CIT):** Antes llamada también Caries de la Primera Infancia (CPI), se denomina a la aparición de cualquier signo de caries dental en cualquier superficie dental durante los tres primeros años de vida.
- **Salud bucal:** referido a la condición del proceso Salud- enfermedad del sistema estomatognático.
- **Nivel de conocimiento:** aprendizaje adquirido estimado en una escala que puede ser cualitativa (bueno, regular, malo) o cuantitativa (del 0 al 20)
- **Actitud:** una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones
- **Rol:** es un conjunto de actividades y responsabilidades asignadas a una persona o un grupo. Una persona o grupo puede desempeñar simultáneamente más de un rol.
- **Escala de Estaninos:** Escala de nueve puntos estandarizados. El nombre proviene del inglés Stanine (standard nine), que tiene valores del 1 al 9, con una Media de 5 y una Desviación Típica de 2. Cada Estanina, excepto la 1 y la 9, tiene media desviación típica de ancho, y la Estanina 5 tiene un cuarto de desviación típica por encima y un cuarto por debajo de la media.

- **La Escala de tipo Likert:** Es una escala utilizada en cuestionarios, y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación. Al responder a una pregunta de un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (elemento, ítem o reactivo o pregunta). La escala se llama así por Rensis Likert, quien publicó en 1932 un informe donde describía su uso.

CAPÍTULO II

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La caries dental en los infantes no es solo un tema para la profesión dental sino que es un problema de salud pública, que amerita la atención de todos los profesionales encargados de cuidar el bienestar del niño. En nuestro país, el médico general y el pediatra en particular juegan un rol importantísimo en el cuidado de la salud bucal, principalmente porque tienen contacto con el infante, mucho antes que se dé la primera consulta odontológica y su labor debe comprender la evaluación de la salud oral con la consecuente derivación al odontólogo para la atención especializada del niño. Sin embargo no está claro cuál es su nivel de conocimiento de los médicos pediatras sobre caries de infancia temprana y por ende cual es la actitud que toman frente a esta enfermedad. Siendo el médico pediatra el profesional de salud que entra en contacto con el niño para sus primeros controles es necesaria su participación en la prevención de caries de infancia temprana y promoción de la salud oral.

Habiéndose hecho investigaciones anteriores sobre el nivel de conocimiento y actitud del médico pediatra en pequeñas poblaciones, estamos convencidos la necesidad imperativa de un conocimiento más amplio sobre el tema, considerando a los médicos residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño y así obtener una muestra más representativa.

2.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 Delimitación Geográfica: La sede donde se ejecutó el estudio de investigación se localiza en el distrito de Breña. En 1930, el hospital atiende a la población a través de los consultorios externos de Cirugía, y Medicina, Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología, Fisioterapia, Rayos x, laboratorio. Poco a poco se introdujo otros servicios, consistentes 2 salas de medicina, con 48 camas cada una, 1 sala de cirugía con 20 camas, una de infecto contagiosos con 12 camas; total 150 camas. En 1929 se contaba con 10 consultorios para 1954 se duplicó la cifra en 20, creándose centros de consulta para las diferentes especialidades como Cardiología, Alergia, Tuberculosis, Sifilografía, Infecto-Contagiosos, Cirugía plástica, Neuro-psiquiatría, Transfusión, Dietética, Endocrinología, Traumatología, Urovenereología. Además se logró ampliar el servicio de Hemodiálisis, remodelar el Servicio de Quemados y Pabellón I, el Servicio de Neonato, Servicio de Hematología y el Servicio de Neuro-Cirugía. Asimismo se construye áreas verdes frente a los nuevos edificios de medicina del Adolescente y Diagnóstico por Imágenes. El trabajo de investigación se realizó en el Instituto Nacional de Salud del Niño, cuya dirección es la Av. Brasil N° 600 Lima-Breña.

2.2.2 Delimitación Social: La población mayoritaria de Breña son jóvenes y niños. Las mujeres (51%) son un poco más que los hombres (49%). En este trabajo de investigación participaron todos los médicos residentes r1, r2 y r3 que trabajan en el Instituto Nacional de Salud del niño, siempre y cuando cumplan con los requisitos de inclusión para este estudio.

2.2.3 Delimitación Temporal: El trabajo de investigación se realizó durante los meses de Julio y Agosto del año 2013.

2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana?

2.3.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento y la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana, según sexo?
3. ¿Cuál es la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana, según sexo?
4. ¿Cuál el nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre la etiología, prevención y repercusión sistémica de la caries de infancia temprana?
5. ¿Cuál es la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño respecto al factor sustrato, factor microorganismo y factor huésped en la caries de infancia temprana?

2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana.

Objetivos Específicos

1. Determinar el nivel de conocimiento y la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana.
2. Determinar el nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana, según sexo.
3. Determinar la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana, según sexo.
4. Determinar el nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre la etiología, prevención y repercusión sistémica de la caries de infancia temprana.
5. Determinar la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño respecto al factor sustrato, factor microorganismo y factor huésped en la caries de infancia temprana.

2.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Hipótesis Principal

Si existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre la caries de infancia temprana.

Hipótesis Específicas

1. El nivel de conocimiento y actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana; es regular e indiferente; respectivamente.
2. El nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana está influenciada por el sexo.
3. La actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana está influenciada por el sexo.
4. El nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre la etiología, prevención y repercusión sistémica de la caries de infancia temprana es regular.
5. La actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño respecto al factor sustrato, factor microorganismo y factor huésped en la caries de infancia temprana es indiferente.

2.6 VARIABLES E INDICADORES

Variable Independiente

Nivel de Conocimiento

Variable Dependiente

Actitud del Médico Residente

VARIABLES INTERVINIENTES

Género: Masculino y Femenino

Edad: Se registró en años

2.7 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

En el Perú, sería muy beneficioso considerar a la CIT como un objetivo dentro de esta estrategia. Ello permitiría tener un mejor diagnóstico y conclusiones más fiables que permitan tomar decisiones eficaces a fin de contribuir al mejoramiento del servicio de salud pediátrico, además de contribuir a futuras investigaciones afines al tema. También es de vital importancia incluir en el protocolo de atención del médico el examen odontológico, ya que ellos son los primeros en abordar al paciente y así se podría disminuir la prevalencia de esta enfermedad. La caries de infancia temprana es una de las enfermedades más prevalentes en la población peruana y erradicarla representa un desafío que requiere de todos los profesionales involucrados en el cuidado de la salud del infante.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es descriptivo, correlacional de corte transversal

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

La población estuvo conformada por todos los médicos residentes r1, r2 y r3 del Instituto Nacional de Salud del Niño. Estando constituida por 86 médicos residentes. La muestra fue obtenida mediante la fórmula:

$$n = \frac{p \cdot q}{E^2} + \frac{Z^2 \cdot N}{4}$$

DONDE:

n = tamaño de la muestra

Z = desviación estándar (para un intervalo de confianza de 95.55 es 1.96)

p = proporción de la población que posee la característica (Cuando se desconoce esa proporción se asume p = 50)

q = 1 – p

E = margen de error que se está dispuesto a aceptar

N = tamaño de la población

3.2.2. Muestra

La muestra estuvo representada por **60** Médicos Residentes, tamaño muestral resultante de la siguiente operación estadística:

n =?

Z = 1.96

p = 0.50

q = 0.50

E = +/- 5%

N =86

TENEMOS:

$$0,50 \times 0,50$$

$$n = \text{-----}$$

$$0,052 \quad 0,50 \times 0,50$$

$$\text{-----} + \text{-----}$$

$$1,962 \quad 86$$

$$n = \frac{0,25}{0,0025 + 0,25} = \frac{0,25}{0,2525} = 99,0075 \approx 99$$

$$n = \frac{0,25}{0,000651 + 0,0029069} = \frac{0,25}{0,0035579} = 70,266 \approx 70$$

$$n = \frac{0,25}{0,0035579} = 70,266 \quad n=70$$

Aplicando los criterios de inclusión y exclusión, la muestra final corresponde a 60 médicos residentes.

Criterios de Inclusión

Se incluyó en el estudio a todos los médicos residentes de r1, r2 y r3 del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Criterios de Exclusión

Se excluyó a médicos residentes que laboraban en otras sedes fuera del Instituto Nacional de Salud del Niño.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario, tomado como referencia la Guía del manejo pediátrico de la salud oral para los profesionales de la salud (31) y la Guía de medición del riesgo de salud oral (13) publicadas por la Academia Americana de Pediatría (2003). Adicionalmente, el cuestionario fue calibrado con un juicio de 5 expertos. Además se realizó un piloto para la validación estadística del instrumento de recolección de datos con cálculo del alfa de Crombach.

La estructura del cuestionario consta de las siguientes partes:

1ª parte: Actitudes, consta de 12 enunciados orientados a evaluar la actitud. Cada enunciado con cinco alternativas de respuesta:

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Para agrupar el puntaje se aplicará la escala de estatinos donde se obtendrá tres niveles de actitudes.

1º nivel: actitud negativa: 0- 35

2º nivel: actitud indiferente: 36 - 47

3º nivel: actitud positiva: 48-57

La construcción de los límites de confianza para la distribución de los puntajes en las tres categorías de Actitud.

2ª parte: Conocimientos, consta de preguntas cerradas (de respuesta múltiple), con temas que el médico residente debe conocer sobre caries de la infancia temprana y que están planteadas en los objetivos del estudio: Etiología, Prevención y Repercusión sistémica. Cada pregunta tiene 5 alternativas de respuesta, siendo una de ellas la correcta. Las alternativas serán codificadas de la siguiente manera:

- Respuesta correcta: 1 punto
 - Respuesta incorrecta: 0 puntos
- Haciendo un total de 15 puntos.

Para agrupar el puntaje se aplicó la escala de estaninos, clasificando el puntaje en tres categorías:

- 1ª categoría (conocimiento deficiente) 0-41
- 2ª categoría (conocimiento regular) 42-52
- 3ª categoría (conocimiento bueno) 53-63

La construcción de los límites de confianza para la distribución de los puntajes en las tres categorías. Al final se considera una pregunta que indicó la percepción del pediatra acerca de su conocimiento sobre caries de la primera infancia.

3.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se confeccionó una base de datos y se ingresaron los datos al programa SPSS versión 20, se procedió al análisis estadístico para la obtención de los resultados, los cuales se presentaron a través de tabla y gráficos, de acuerdo a los objetivos de la investigación. Se considerará $p < 0.05$ como significativo.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

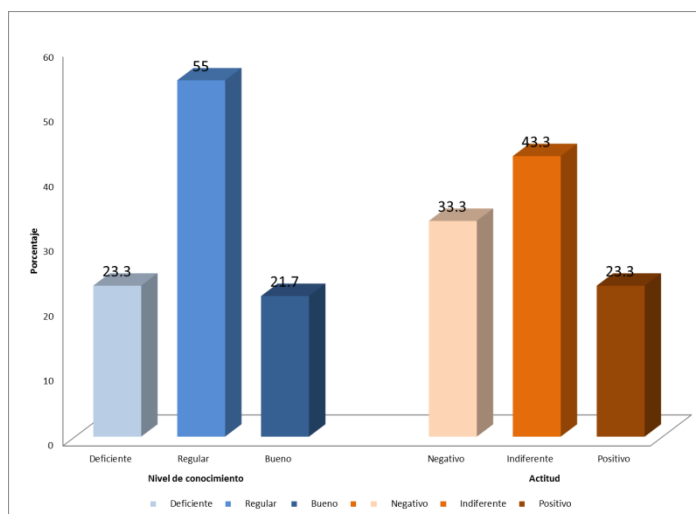
Esta investigación tuvo como propósito determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana. Se evaluaron a un total de 60 residentes, de los cuales el 45% perteneció al sexo femenino (n=27) y el 55% al sexo masculino (n=33); el promedio de edad de la muestra fue $27,81 \pm 1,12$ años; siendo la edad mínima 26 años y la edad máxima 30 años.

TABLA N°1
Nivel de conocimiento y actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana.

| | n (%) |
|----------------------------------|-----------|
| Nivel de Conocimiento CIT | |
| Deficiente | 14 (23,3) |
| Regular | 33 (55,0) |
| Bueno | 13 (21,7) |
| Actitud CIT | |
| Negativo | 20 (33,3) |
| Indiferente | 26 (43,3) |
| Positivo | 24 (23,3) |

CIT: caries de infancia temprana

Gráfico N° 1
Nivel de conocimiento y actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana.



Se observa el nivel de conocimiento y actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana. En cuanto al nivel de conocimiento; el 23,3% (n=14) fue deficiente; el 55% (n=33) fue regular y el 21,7% (n=13) fue bueno. En cuanto a la actitud; el 33,3% (n=20) fue negativo; el 43,3% (n=26) fue indiferente y el 23,3% (n=24) fue positivo.

TABLA N°2

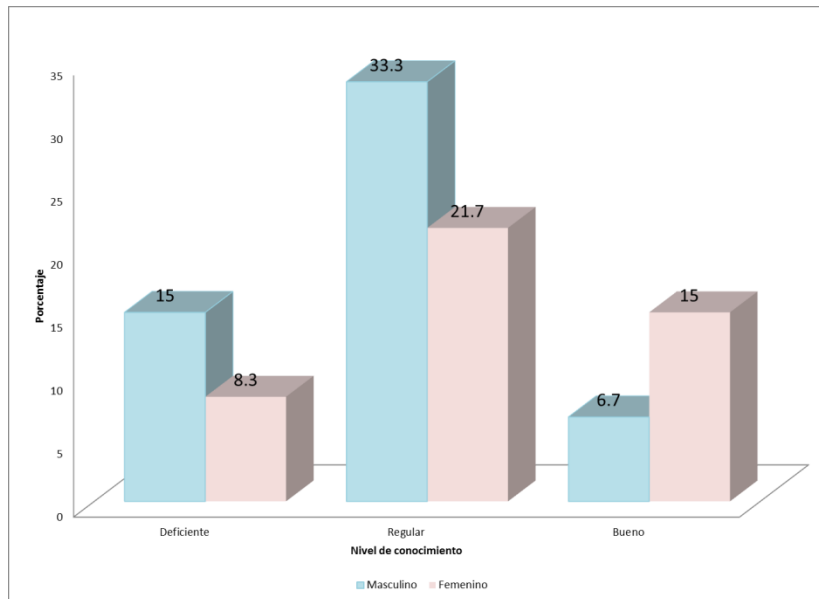
Nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana, según sexo.

| Nivel de conocimiento de los médicos residentes sobre CIT | | | |
|---|------------|---------|-------|
| | Deficiente | Regular | Bueno |
| Sexo | % | % | % |
| Masculino | 15,0 | 33,3 | 6,7 |
| Femenino | 8,3 | 21,7 | 15,0 |

CIT: caries de infancia temprana

GRÁFICO N°2

Nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana, según sexo.



Se observa el nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana, según sexo. En cuanto al nivel de conocimiento; en el sexo masculino se obtuvo que el 15% fue deficiente; el 33% regular y el 6,7% bueno; mientras que en el sexo femenino se obtuvo que el 8,3% fue deficiente; el 21,7% regular y el 15% bueno.

TABLA N°3

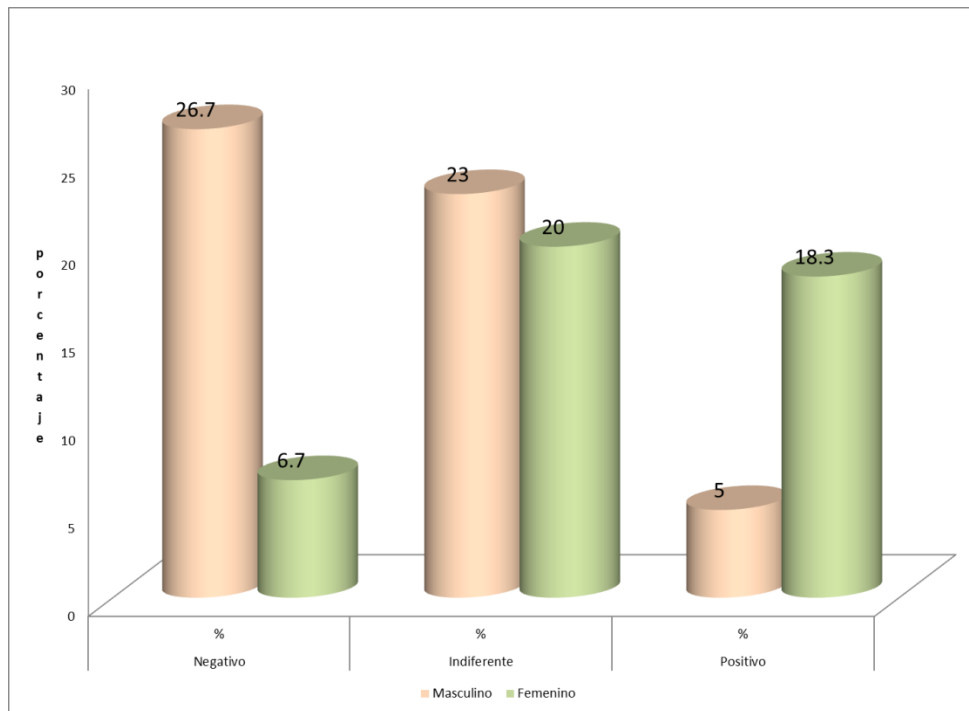
Actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana, según sexo.

| Actitud de los médicos residentes sobre CIT | | | |
|---|----------|-------------|----------|
| | Negativo | Indiferente | Positivo |
| Sexo | % | % | % |
| Masculino | 26,7 | 23,0 | 5,0 |
| Femenino | 6,7 | 20,0 | 18,3 |

CIT: caries de infancia temprana

GRÁFICO N°3

Actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana, según sexo.



Se observa la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana, según sexo. En cuanto a la actitud; en el sexo masculino se obtuvo que el 26,7% fue negativo; el 23% indiferente y el 5% positivo; mientras que en el sexo femenino se obtuvo que el 6,7% fue negativo; el 20% indiferente y el 18,3% positivo.

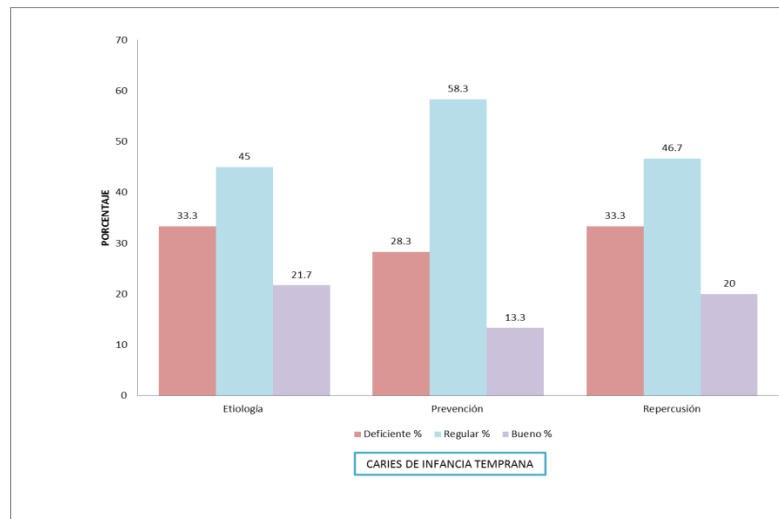
TABLA N°4

Nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre la etiología, prevención y repercusión sistémica de la caries de infancia temprana.

| Caries de Infancia Temprana | Nivel de conocimiento de los médicos residentes | | |
|-----------------------------|---|------------------|----------------|
| | Deficiente n (%) | Regular n (%) | Bueno n (%) |
| Etiología | 20 (33,3) | 27 (45,0) | 13 (21,7) |
| Prevención | 17 (28,3) | 35 (58,3) | 8 (13,3) |
| Repercusión | 20 (33,3) | 28 (46,7) | 12 (20,0) |

GRÁFICO N°4

Nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre la etiología, prevención y repercusión sistémica de la caries de infancia temprana.



Se observa el nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre la etiología, prevención y repercusión sistémica de la caries de infancia temprana. En cuanto al nivel de conocimiento sobre etiología; se encontró que el 33,3% tuvo un conocimiento deficiente; el 45% regular y el 21,7% bueno. En cuanto al nivel de conocimiento sobre prevención; se encontró que el 28,3% tuvo un conocimiento deficiente; el 58,3% regular y el 13,3% bueno; finalmente, en cuanto a repercusión; se encontró que el 33,3% tuvo un conocimiento deficiente; el 46,7% regular y el 20% bueno.

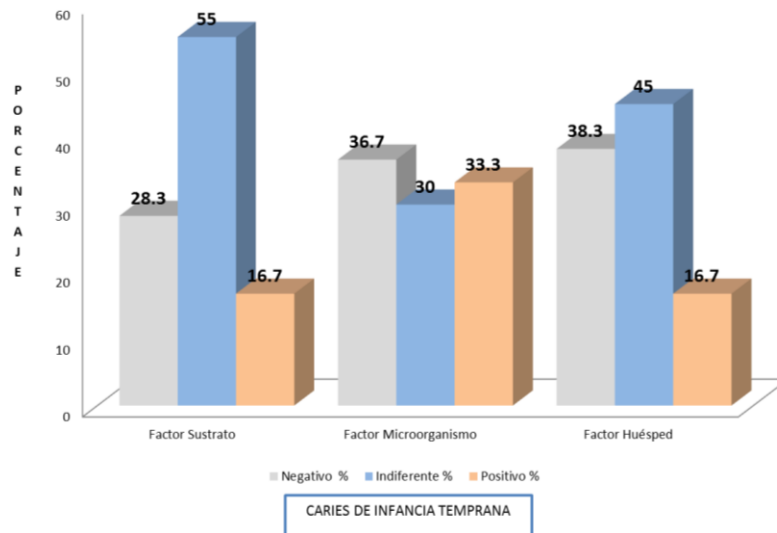
TABLA N°5

Actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño respecto al factor sustrato, factor microorganismo y factor huésped en la caries de infancia temprana.

| Caries de Infancia Temprana | Actitud de los médicos residentes | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------|
| | Negativo n (%) | Indiferente n (%) | Positivo n (%) |
| Factor Sustrato | 17 (28,3) | 33 (55,0) | 10 (16,7) |
| Factor Microorganismo | 22 (36,7) | 18 (30,0) | 20 (33,3) |
| Factor Huésped | 23 (38,3) | 27 (45,0) | 10 (16,7) |

GRÁFICO N°5

Actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño respecto al factor sustrato, factor microorganismo y factor huésped en la caries de infancia temprana.



Se observa la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño respecto al factor sustrato, factor microorganismo y factor huésped en la caries de infancia temprana. En cuanto a la actitud respecto al factor sustrato, se obtuvo que el 28,3% fue negativo; el 55% indiferente y el 16,7% positivo. En cuanto a la actitud respecto al factor microorganismo, se obtuvo que el 36,7% fue negativo; el 30% indiferente y el 33,3% positivo; y finalmente, en cuanto al factor huésped, se obtuvo que el 38,3% fue negativo; el 45% indiferente y el 16,7% positivo

4.2 CONTRASTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS DE HIPÓTESIS

4.2.1 PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS CONTRASTADAS

4.2.1.1 Hipótesis Principal:

Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los médicos residentes del instituto nacional de salud del niño sobre caries de infancia temprana.

.

H1: Existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los médicos residentes del instituto nacional de salud del niño sobre caries de infancia temprana.

4.2.1.2 Hipótesis Específicas:

1.-Nivel de conocimiento de los médicos residentes sobre caries de infancia temprana + sexo.

Ho: No está influenciada por el sexo el nivel de conocimiento de los médicos residentes sobre caries de infancia temprana.

H1: Si está influenciada por el sexo el nivel de conocimiento de los médicos residentes sobre caries de infancia temprana.

2.-Actitud de los médicos residentes + sexo

Ho: No está influenciada por el sexo la actitud de los médicos residentes sobre caries de infancia temprana.

H1: Si está influenciada por el sexo la actitud de los médicos residentes sobre caries de infancia temprana

Hipótesis Principal:

En relación a las variables. Nivel de conocimiento + actitud de los médicos residentes sobre caries de infancia temprana, podemos afirmar que hay evidencia estadística de asociación entre ambas variables, como se aprecia en la siguiente tabla.

| Médicos Residentes | Nivel de conocimiento CTI | | | <i>Valor p</i> |
|--------------------|---------------------------|---------|-------|----------------|
| | Deficiente | Regular | Bueno | |
| Actitud CTI | % | % | % | |
| Negativo | 13,3 | 20,0 | 0,0 | 0,000 |
| Indiferente | 10,0 | 26,7 | 6,7 | |
| Positivo | 0,0 | 8,3 | 15,0 | |

CIT: Caries de Infancia Temprana; Chi-cuadrado, $p > 0,05$

Hipótesis Específicas 1

En relación a las variables. Nivel de conocimiento de los médicos residentes sobre caries de infancia temprana + sexo del Instituto Nacional de Salud del Niño, podemos afirmar que no hay evidencia estadística de asociación entre ambas variables, como se aprecia en la siguiente tabla

Nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana, según sexo.

| Nivel de conocimiento de los médicos residentes sobre CIT | | | | |
|---|------------|---------|-------|---------|
| | Deficiente | Regular | Bueno | |
| Sexo | % | % | % | Valor p |
| Masculino | 15,0 | 33,3 | 6,7 | |
| Femenino | 8,3 | 21,7 | 15,0 | 0,136 |

CIT: Caries de Infancia Temprana; Chi-cuadrado, $p > 0,05$

Hipótesis Específicas 2

En relación a las variables Actitud de los médicos residentes + sexo del Instituto Nacional de Salud del Niño, podemos afirmar que hay evidencias estadística de asociación entre ambas variables, como se aprecia en la siguiente tabla.

| Actitud de los médicos residentes sobre CIT | | | | |
|---|----------|-------------|----------|---------|
| | Negativo | Indiferente | Positivo | |
| Sexo | % | % | % | Valor p |
| Masculino | 26,7 | 23,0 | 5,0 | |
| Femenino | 6,7 | 20,0 | 18,3 | 0,003 |

CIT: Caries de Infancia Temprana; Chi-cuadrado, $p < 0,05$

4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Desde hace muchos años se vienen realizando diversas investigaciones para determinar si existe o no, relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los médicos residentes sobre caries de infancia temprana.

Existen trabajos que evalúan el rol del pediatra sobre la salud oral en general en el presente estudio se da un enfoque hacia la Caries de la Primera Infancia. Si bien existen diversas enfermedades y condiciones que alteran el estado de salud oral, la caries es la enfermedad infecciosa más prevalente en la infancia que causa repercusiones locales y sistémicas importantes y que merece la atención de todos los profesionales de la salud.

La población de estudio fue tomada en el Instituto Nacional de Salud del Niño, considerando que este es un centro hospitalario de cuarto nivel donde la docencia y la investigación son tan importantes como la atención especializada de los pacientes. Los resultados nos permiten afirmar que la mayoría de los médicos residentes r1, r2 y r3 presenta un nivel de conocimiento regular sobre la Caries de Primera Infancia y esto puede explicarse por la ausencia de la enseñanza del tema en la educación médica. Lamentablemente no existe un plan curricular en el pregrado, ni en el residentado en pediatría que incluya la Caries de la Primera Infancia en sus objetivos de estudio. Los Organismos de Salud Pública en el Perú y las sociedades científicas prestan poco interés hacia los temas de salud oral en los infantes. De otro lado, conferencias, revistas, boletines y afiches hacen escasa referencia a esta patología infantil. Estudios realizados en diferentes poblaciones han obtenido resultados similares al presente. Bomfim, Tsamtsourisa y Gavrís, determinaron que los conocimientos acerca de las medidas preventivas de caries dental de los pediatras afiliados a la Academia Americana de Pediatría eran insuficientes. . En el Perú, **Contreras** evaluó los conocimientos de 24 médicos pediatras de la ciudad de

Huancayo, encontrándose que poseen en su mayoría un conocimiento deficiente en un 37,5 con respecto a la caries del infante.

En el presente estudio se determinó que el nivel de conocimiento sobre etiología fue regular en un (45%). Wender, en su estudio obtuvo un mayor porcentaje en un nivel de conocimiento deficiente sobre todo en la pregunta a lactancia materna nocturna, frecuente y prolongada, no consideraban riesgo para desarrollar la enfermedad.

Las observaciones de Walter en la Clínica del Bebé (Brasil) mostraron que un bebé que mama en la noche el 1^a año de vida tiene una posibilidad del 9% de adquirir caries, si este hábito se prolonga hasta los 24 meses la posibilidad crece al 110% y finalmente si continúa hasta los 36 meses la posibilidad aumenta hasta 270%. Este dato muestra que el límite de edad aceptable para la alimentación nocturna es hasta los 12 meses, edad relacionada con la erupción dental. Queda claro que el mayor factor de riesgo lo constituye la ingesta nocturna, frecuente y prolongada por más allá de los 2 años, ya sea por lactancia artificial (biberón) o materna. Sin embargo, muchos profesionales médicos y odontólogos siguen usando el término caries del biberón, atribuyéndole erróneamente sólo al biberón, y no a la forma de ingesta, el verdadero potencial cariogénico.

En el presente estudio se determinó que la mayoría obtuvo un nivel de conocimiento regular (58.3%) en prevención de la caries de infancia temprana.

Bomfim, Tsamtsourisa y Gavis, determinaron que los conocimientos acerca de las medidas preventivas de caries dental de los pediatras afiliados a la Academia Americana de Pediatría eran insuficientes.

Otros autores evalúan el conocimiento y el comportamiento de los pediatras respecto a la salud oral del infante; por ejemplo en Norteamérica, reportan que la mayoría de médicos previenen examinando la cavidad oral de sus pacientes, valoran el estado de salud bucal, aconsejan a los padres durante las consultas y refieren a los pacientes que presentan estadíos iniciales de caries o que presentan un alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

Asimismo, en Colombia, Saldarriaga reporta que el 96% de los pediatras previenen, mediante revisiones de la cavidad oral aunque no siempre con fines de diagnóstico dental o estomatológico. Aun cuando consideran grupos de riesgo a los niños menores de 5 años y a las gestantes, éstos no son referidos al odontólogo oportunamente.

En el estudio la mayoría obtuvo un conocimiento regular (46,7%) sobre repercusión sistémica en la caries de infancia temprana demostrando que existe un mayor conocimiento en comparación con el estudio realizado por Contreras Vásquez, existe una deficiencia de conocimientos sobre repercusión sistémica por parte de los pediatras.

En general, los médicos residentes de este estudio, tienen una actitud indiferente frente a la caries de infancia temprana. Ellos reconocen el rol significativo que pueden cumplir en la prevención de caries dental. En efecto, la mayoría considera importante referir a los pacientes donde el odontólogo para prevenir la enfermedad y más aún cuando éstos presentan enfermedades sistémicas o congénitas que aumenten el riesgo de caries o viceversa. Lamentablemente, esta actitud positiva no es constante frente a medidas preventivas específicas que exigirían una mayor participación del profesional. Por ejemplo, encontramos que un gran porcentaje (38.3%) no estaría dispuesto a examinar los dientes durante las consultas de control del niño sano, seguido de una actitud indiferente en un (45%).

En el estudio se observó que tanto en el sexo masculino como femenino predominó la actitud indiferente, pero también se determinó que en el sexo femenino hubo un mayor porcentaje (18,3%) de actitud positiva frente a un (5%) en el sexo masculino, y por el contrario en el sexo masculino obtuvo una mayor actitud de negativo (26,7%) frente a un (6,7%) en el sexo femenino. Esto se podría deber a que muchas de las encuestadas femeninas eran mamás y por ende ellas están en mayor contacto con el niño y una mayor preocupación por su mejor bienestar y se refleja en una mejor actitud positiva.

En Colombia, Saldarriaga reportó que el 96% tiene una actitud indiferente frente a la caries de infancia temprana. En el estudio realizado por **Contreras Vásquez** obtuvo que la actitud de los pediatras fue en su mayoría el 87,5% respecto a una actitud adecuada frente a la caries de infancia temprana, muy parecido al estudio realizado por Anticona C. la actitud de los pediatras del Colegio Médico del Perú, se halló principalmente actitud positiva y disposición para la atención de la caries de infancia temprana.

En el presente estudio se pudo evidenciar que en líneas generales, si existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud de los Médicos residentes hacia la caries de la primera infancia.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que el nivel de conocimiento regular a deficiente contribuye en la disposición de los pediatras a informar sobre caries de infancia temprana en informar sobre su etiología, prevenir y su repercusión sistémica y referir a sus pacientes al odontólogo en forma temprana.

Por tanto, una actitud indiferente podrá deberse a muchos otros factores como: el tiempo reducido de las consultas hospitalarias, la gran demanda de pacientes y la falta de acuerdos entre los profesionales médicos y odontólogos.

El papel del médico residente en la caries de infancia temprana en una institución especializada en niños es fundamental en nuestro medio, dado que los programas de salud oral por los organismos del sector son insuficientes. No se establece la consulta odontológica independiente de la evaluación pediátrica, por tanto en nuestro país el personal de salud que tenga un trabajo directo con los niños constituye una pieza clave en la salud oral, estos profesionales deben involucrarse en el área, incrementar y actualizar sus conocimientos y de esta manera construir un equipo interdisciplinario que responda a la realidad social, económica y cultural peruana

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 CONCLUSIONES

- 1.- Se observó que si existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana. Aquellos que tuvieron un nivel de conocimiento deficiente; manifestaron adoptar una actitud negativa en un 13,3% e indiferente 10 %; mientras que los que tuvieron un nivel de conocimiento regular; manifestaron adoptar en mayor porcentaje una actitud indiferente 26,7 % ,seguida de una actitud negativa en un 20% y positiva en un 8,3%; finalmente los que tuvieron un nivel de conocimiento bueno; manifestaron adoptar en su mayoría una actitud positiva en un 15%, seguida de una actitud indiferente en un 6,7 % y Obteniéndose una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud de los médicos residentes sobre caries de infancia temprana.
- 2 Se observó en el nivel de conocimiento y actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana. En cuanto al nivel de conocimiento se obtuvo en mayor porcentaje el 55% (n=33) fue regular; seguido de un 23,3% (n=14) fue deficiente y por último el 21,7% (n=13) fue bueno. Obteniéndose en mayor porcentaje el nivel de conocimiento regular con un 55%. En cuanto a la actitud se obtuvo en mayor porcentaje; el 43,3% (n=26) fue indiferente, seguido de un 33,3% (n=20) fue negativo; y en su minoría el 23,3% (n=24) fue positivo. Obteniéndose en mayor porcentaje la actitud indiferente con 43.3%.

- 3 Se observó el nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana, según sexo. En cuanto al nivel de conocimiento; en el sexo masculino se obtuvo el mayor porcentaje en el 33% regular , seguido del 15% fue deficiente y con una minoría del 6,7% bueno; mientras que en el sexo femenino se obtuvo que el mayor porcentaje fue del 21,7% regular ,seguido del 15% bueno y con una minoría del 8,3% deficiente. Comprobándose que estadísticamente no existe asociación entre las variables nivel de conocimiento y el sexo.

- 4 Se observó la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de infancia temprana, según sexo. En cuanto a la actitud; en el sexo masculino se obtuvo en mayor porcentaje el 26,7% fue negativo; seguido del 23% indiferente y el 5% positivo; mientras que en el sexo femenino se obtuvo en mayor porcentaje el 20% indiferente , seguido del 18,3% positivo y por último el 6,7% fue negativo. Obteniéndose asociación estadísticamente significativa entre la actitud de los médicos residentes y el sexo. Se comprueba que existe un mayor porcentaje en la actitud positivo en el sexo femenino en comparación al sexo masculino.

- 5 Se observó el nivel de conocimiento de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre la etiología, prevención y repercusión sistémica de la caries de infancia temprana. En cuanto al nivel de conocimiento sobre etiología; se encontró que el mayor porcentaje fue el 45% regular, seguido de un 33,3% tuvo un conocimiento deficiente y el 21,7% bueno. En cuanto al nivel de conocimiento sobre prevención; se encontró que el mayor porcentaje fue 58,3% regular ,seguido de 28,3% tuvo un conocimiento deficiente y el 13,3% bueno; finalmente, en cuanto a repercusión; se encontró que el mayor porcentaje fue 46,7% regular ,seguido de un 33,3% tuvo un conocimiento deficiente y el 20% bueno.

6. Se observó la actitud de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño respecto al factor sustrato, factor microorganismo y factor huésped en la caries de infancia temprana. En cuanto a la actitud respecto al factor sustrato, se obtuvo el mayor porcentaje en el 55% indiferente, seguido del 28,3% fue negativo y el 16,7% positivo. En cuanto a la actitud respecto al factor microorganismo, se obtuvo el mayor porcentaje el 36,7% fue negativo; seguido del 33,3% positivo y 30% indiferente y finalmente, en cuanto al factor huésped, se obtuvo el mayor porcentaje 45% indiferente ,seguido del 38,3% fue negativo y el 16,7% positivo

5.2 RECOMENDACIONES

1. Se sugiere realizar charlas sobre caries de infancia temprana a los médicos residentes y personal que trabaje con niños para poder concientizar de la importancia que tiene la prevención precoz de la caries en infantes y lograr una mejor actitud por parte de los mismos.
- 2.- Los médicos residentes requieren entrenamiento adecuado en caries de infancia temprana en su formación de pre-grado, residentado y en cursos de perfeccionamiento profesional. De este modo se podrá afianzar la futura colaboración profesional e incrementar el número de referencias o derivaciones al odontólogo por parte de los pediatras.
3. Realizar programas preventivos con cifras actuales sobre el índice de caries sobre todo en la primera infancia para que los médicos residentes, pediatras y los que trabajen con infantes tengan una mejor actitud frente a la caries de infancia temprana.

4.-Se recomienda que las Facultades de Odontología en los Departamentos de Proyección Social y Post- grado brinde cursos de actualizaciones de los diferentes temas como etiología, prevención y repercusión sistémica de caries de infancia temprana, a los médicos residentes y personal que labore con infantes para así ampliar el nivel de información y mejorar su nivel de conocimiento.

5. Se debe iniciar campañas de difusión sobre los factores que influyen en la caries de infancia temprana como microorganismos, huésped y sustrato, para poder disminuir y mejorar los índices de caries en el infante con una actitud positiva de los médicos residentes y personal que labore con infantes frente a la caries de infancia temprana.

6. Se deben realizar otros estudios relacionados a la caries de infancia temprana con profesionales que atienden niños como: médicos residentes, pediatras para conocer mejor esta problemática relacionados a la atención del niño.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Accilio M, Blancas H. 1997. Nivel de conocimientos y Actitud del familiar responsable del paciente adicto a la pasta básica de cocaína. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, UPCH.
2. - Academia Americana de Odontología Pediátrica. Política de caries de la primera infancia (ECC): CLASIFICACIONES, consecuencias y estrategias de prevención. *Odontología Pediátrica* 2003; 25(7): 27-8.
- 3.- Ander-Egg E. *Introducción a las Técnicas de Investigación Social*. 1 ed. Buenos Aires. Humanitas editores; 1978.
- 4.- Azevedo L, Lopes G. Conocimiento de pediatras y ginecólogos obstetras sobre salud oral. *Rev Odontol UNICID* 2003 Mayo- Ago; 15(3): 17-182
- 5.- Belinda V, Melara A, Saenz S, Ballet L. Caries de la Primera Infancia. *Rev Oper Dental Endod* 2007; 5:77.
- 6.- Bowen W, Pearson S. Efecto de la leche en cariogénesis. *Caries Res* 1993; 27(6): 461-6.
- 7.- Bowen W, Pearson S. Evaluación del potencial cariogénico de algunos preparados para lactantes, leche y soluciones de azúcar. *J Am Dent Assoc* 1997; 128:865-71.
- 8.- Bravo M, Carlos A. Participación del pediatra en la salud dental infantil. *Rev. ADM* 1995 Sept- Oct; 52(5): 239- 42.
9. - Calixto F. Reynaldo W. Estudio de los factores asociados con la caries dental en los niños que reciben atención dental temprana. 2001 Jul- Sept; 15(3)
- 10.- Calvacanti A, Carvalho L. Primera Consulta Odontológica: Dentistas quanto ao Período Ideal. *Odontopediatria* 2002; 5(27):420-424.
- 11.- Cameron C. *Manual de Odontología Pediátrica*. España. Editorial Mosby; 1998.
12. Campodónico C. Relación del uso de fluoruros y la prevalencia de caries dental en niños de 0 a 42 meses de edad atendidos en Consulta Pediátrica Externa del Policlínico Santa Rosa del distrito de Comas y del Hospital Nacional Cayetano Heredia del distrito de San Martín de Porras durante los meses de diciembre de 1995 y enero de 1996. Tesis de grado de bachiller, UPCH; 2002.
13. - Casamassimo P, Holt K, *Guía para la capacitación en evaluación de riesgo para la salud oral*. Nacional Materno Infantil . University Washington, DC. 2003.
- 14.- Contreras N. Conocimientos y actitudes del médico pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Lima – Perú. Tesis Especialidad en Odontopediatria, UPCH; 2003.

- 15.- Correa M. Aleitamento artificial. In: Odontopediatria na primeira infancia .Sao Paulo : Santos; 1999 .
- 16.- Cruz G, Rozier R, Slade G. Examen Dental y Referencias de proveedores de atención primaria pediátrica. *Pediatría* 2004 Nov 1; 114(5): 642 – 652.
- 17.- Chavarro I. Caries del lactante y su verdadero significado para el médico y el odontólogo: Posibles factores asociados. *Pediatría* 2000 Marzo; 35(1): 32- 34
- 18.- Chavarro I, Rodrigo J. Caries del lactante y su verdadero significado para el médico y el odontólogo. *Rev.Pediatrica* 2002.Marz 3; 20(-):3
- 19.- David M, Krol M. La educación de pediatras en Heath oral de los niños: pasado, presente y futuro. *Pediatría* 2004 Mayo 1; 113 (5) : 487- 492.
- 20.- Davies G. Caries de la primera infancia .*Epidemiología Dental*1998; 26 (1): 106-16.
- 21.- Dilley G, Dilley D, Machen J. Prolongado hábito de enfermería: un perfil de los pacientes y sus familias. *Odontopediatria* 1980; 47: 102-108.
- 22.- Elice C, Fields H. Revisión de la literatura, reportes de caso y las implicaciones para el tratamiento dental pediátrica. 1990;12(3):185-9.
- 23.- Elías Podestá M. Disminuir la prevalencia de caries dental requiere trabajo multidisciplinario. *Diario Gestión Médica (serie en Internet)* 2004 Oct. Disponible en: <http://www.gestion.com.pe>
- 24.- Erickson P, Thomas H. Una encuesta de la Academia Americana de Odontología Pediátrica membresía: bebé cuidado de la salud bucal. *Odontopediatria* 1997 Jan-Feb; 19(1):17-21.
25. Fernández de Pinedo I. Construcción de una escala de actitudes tipo Likert (monografía en Internet) Centro de Investigación y Asistencia Técnica – Barcelona. Disponible en http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_015.htm
26. Guillén C, Loayza R, Torres G, Garibay P, Anticono C. Odontología para el bebé: El modelo de atención en Salud pública. *Odontología* 2004; 8(2) 32- 40.
27. Hale K. Evaluación de los riesgos a tiempo puede conducir a una mejor salud oral . 2003 May 1; 22(5): 202 – 204
- 28.- Hale K. Algo para hincar el diente: los pediatras aconseja sobre la forma de evaluar a los pacientes para la caries, educar a las familias sobre temas de salud oral. 2003 Jul 1; 23(1): 21 - 24.
- 29.- Hale K. Garantizar sonrisas saludables: prácticas pediátricas deben evaluar el riesgo de caries en pacientes jóvenes. 2003 Jun 1; 22(6): 253 - 253.
- 30.- Hernandez S. Metodología de la Investigación. 2 ed. Colombia. Mc Graw Hill Interamericana de México; 1991.

- 31.- Holt K, Barzel R. Una guía del profesional salud pediátrica gestión de la salud oral. Nacional Materno Infantil Oral Health Resource Centro de la Universidad de Georgetown, Washington, DC. 2003.
- 32.- Horowitz H. Los temas de investigación en la caries de la primera infancia. Comunidad de Epidemiología Oral 1998; 26 (1): 67-81.
- 33.- Jaramillo, R. Et col. Estudio clínico de la panela en el biberón como inductor potencial de caries. Revista federación odontológica Colombiana. N^o 187, Noviembre 95-Marzo 96.
34. Jones E. Fundamentos de la psicología social. México. Limusa; 1995
- 35.-Jones K, Tomar S. Impacto estimado de competir Recomendaciones de política para la primera visita al dentista. pediátrico 2005 Apr 1; 115(4): 906-914.
- 36.- Juambeltz J, Kula K, Perman J. Caries Enfermería y la intolerancia de lactosa.J. Odontopediatría 1993 Nov-Dec: 377-384.
- 37.- Koranyi K, Rasnake L, Tarnowski K. Biberón del destete y la prevención de la caries dental: una encuesta de pediatras. Odontopediatría 1991 JaFeb; 13(1):32-4.
- 38.- Lamas M, Caries de infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. Profesión dental 1999 Jun; 2 (6): 362-368.
- 39.- Lewis C, Grossman D, Domoto P, Deyo R. El papel del pediatra en la salud oral de los niños: Un Estudio Nacional. Pediatría. 2000 Dic; 106(6):84- 88.
- 40.- Lobato A, Melo R, Azevedo V. Salud oral en bebés entre 0 y 6 meses de edad. JBP- Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebe 2004;7(36): 204- 210.
- 41.- Mampar García M. Administración de servicios de enfermería. Madrid. Masson Salvat; 1994.
- 42.- Maltz, M, Lacerda P. Conhecimento do pediatra na area da saúde bucal. Rev. ABO nac 2001 Ago - Set; 9 (4): 210-216.
- 43.- Margolis F, Chesney B, Schork A. Los suplementos de fluoruro, cambios en las actitudes y prácticas de los médicos después de un programa educativo intensivo y multifacético. Odontopediatría 1992 Ene-Feb; 15(1):53-7.
- 44.- Mariangela M, Schalka R. La importancia del pediatra en la promoción de la salud bucal. Rev. Salud Pública 1996 Abr 1; 30(2) : 179- 86.
- 45.- Mello T, Antunes J. Prevalência de cárie dentária em escolares da regioo rural de Itapetininga, Sao Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2004; 20 (3): 829-35.
- 46.-Mouradian W, Reeves A, Kim S, Un Proyecto de Salud Oral para estudiantes de medicina de la Universidad de Washington. 2005 May 1; 80(5):434-442.
- 47.- Moya de Calderón Z. Caries de la Infancia Temprana. 2000:6-8.

48. Myers G. Psicología social. 6 ed. Colombia: Mc Graw Hill Interamericana de México; 2000
49. -Navarro A. Caries del biberón (monografía en Internet) Rev Pediátr Atenc Primar 1999 Oct – Dic; 1 (4). Disponible en: <http://www.dinarte.es/pap/num04/pdfs/pdf04/PAP%20N%BA%204%20pp%2>
- 50.- Nowak A. Justificación de la fecha de la primera evaluación oral,. Odontopediatría 1997 Jan-Feb; 19(1): 8-11
- 51.- O' Conneli, A. Bowen. Influencia de la caries rampante en las represas en actividad de caries en sus hijos. Odontopediatría. 1991;13(6).
- 52.- Onozuka M, Watanabe K, Marbod S. Reducción de la masticación estimula la alteración de la memoria espacial y la degeneración de las neuronas del hipocampo de edad. Brain Res. 1999; 826: 148-153.
- 53.- Ostos M, González E, Manrique C. Caries del biberón: Necesidades terapéuticas. Av. Odontostomatol. 1991; 7: 197-203.
- 54.- Peretz B, Ram D. Caries en edad preescolar como un indicador de futuras caries: un estudio longitudinal. Pediatric Odontopediatría 2003; 25(2) 114-118.
- 55.- Pires dos Santos A. Mendes V. La prevalencia de caries y factores de riesgo entre los niños y niñas de 0 a 36 meses. 2002 Jul- Sep; 16 (3): 143-146.
- 56.- Política de declaración Oral Health evaluación de riesgos y establecimiento del hogar dental. Sección de Odontología Pediátrica. pediatria 2003 May ;111(5): 1113-1116
- 57.- Reisine S, Douglass J. Problemas psicosociales y de comportamiento en la caries de la primera infancia. Comunidad Odontológica de Epidemiología 1998; 26 (1): 32-44.
- 58.- Reisine S . Cuestiones Psicosocial y de comportamiento en la caries de la primera infancia. Comunidad Odontológica de Epidemiología 1998; 26 : 117-119
- 59.- Reynolds E, Del Río A. Efecto de las soluciones de caseína y proteína de suero en la experiencia de caries y la alimentación de los patrones de la rata. Arch. Oral Biol. 1984; 29: 927-933.
- 60.- Rios R. 1996. Hábitos y elementos empleados en la higiene bucal en niños de 24 a 42 meses de edad que fueron atendidos en los Consultorios Externos de Pediatría del Policlínico Santa Rosa (IPSS) Comas, del Hospital Nacional Cayetano Heredia (MINS) SMP y del Policlínico Angamos (IPSS) Miraflores. Tesis para optar el grado de Bachiller, UNMSM.
- 61.- Ripa, L. Hábitos de Enfermería y la caries dental en los niños: Caries del Biberón. Odontopediatría, 1978; 45(4): 274-275.

62. Riveron D et al. Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños. Rev Cubana Estomatol 2003; 40 (2):36-9.
- 63.-Rojas M, Estudio el nivel de conocimiento y actitudes sobre caries de la primera infancia en los médicos pediatras a nivel nacional .Lima-Perú .Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista ,San Marcos .2008.
- 64.- Rojas M. Factores de riesgo en la producción de caries dental en niños de 6-36 meses de edad del asentamiento humano "Túpac Amaru" de Ate Vitarte en noviembre del 2002. Lima- Perú . Tesis Bachiller UNMSM 2003
- 65.- Roses M. La estrategia AIEPI y las Metas del Milenio para el Desarrollo. Noticias sobre AIEPI 2003 Mar, 9: 1-3
- 66.- Saldarriaga A, Saldarriaga O. El médico general y el Pediatra. Rev Fed Odontol Colomb 2002 Oct- Dic ; 204(4): 7- 13
- 67.- Sanchez O, Childers N, Fox L. Vistas Atención dental preventiva .Odontopediatría 1997 Set-Oct; 19(6):377-83
- 68.- Savage M, Lee J, Kotch J, Vann W. Primeras visitas dentales preventivos: Pediatría 2004 Oct 1; 114(4): 418 – 423.
- 69.- Smith A, Shaw C . Bebé zumos de frutas y la erosión dental.1987; 162: 65-67.
- 70.- Staehle H. Posibilidades terapéuticas en el cuidado odontológico de los niños con el síndrome del biberón. Quintessence (ed. esp), 1990; 8: 507-521
- 71.- Tello P. Estudio epidemiológico de caries y su relación con hábitos alimentarios y de higiene bucal en niños de 6 a 36 meses de edad. Tribuna Estomatológica 2003 Nov; 1(4): 28-41
- 72.- Twetman S, García-Godoy . Salud oral del lactante. Editorial Mc Graw Hill Clínicas odontológicas de Norteamérica; 2000. p 123- 127.
- 73.- Valle D, Modesto A, Souza I . Hábitos alimentares e prevalencia da doença carie em bebes. Rev Bras Odontol 2001; 58(5): 332-5
- 74.- Vargas C, Ronzio C. Caries de la Primera Infancia Oral Health 2006; 6 (1): 1-5.
- 75.- Villena M. 1994. Introducción del azúcar en la dieta y su frecuencia de consumo en niños de 0 a 36 meses de edad. Tesis para optar el grado de bachiller, UNMSM.
- 76.- Walter L, Ferelle A, Issao M. Odontología para o bebé. Sao Paulo: Artes médicas: 1997.

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

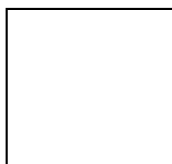
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Fecha.....

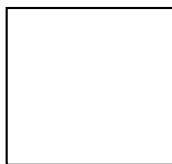
Yo.....identificado con DNI (carné de extranjería o pasaporte para extranjeros) N°, he sido informado por la Dra. Judith Hidalgo Constantino acerca de los motivos del presente estudio “Nivel de conocimiento y actitud de los médicos residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre caries de Infancia Temprana”. Se me ha informado también sobre las, ventajas y beneficios de mi participación. He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para desarrollar la prueba de test con fines de investigación.

Teniendo pleno conocimiento de los beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.



.....
Firma del médico residente
DNI



.....
Firma del profesional
DNI

ANEXO 2

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Indicaciones

Expresar su opinión, si está de acuerdo o no sobre cada uno de los ítems Planteados, según su parecer y conocimiento del tema

1.- Con estos datos se van a alcanzar los objetivos planteados en el estudio?

Si

no

Observaciones y Sugerencias:

2. Las preguntas formuladas son claras?

Si

no

Observación y Sugerencias

3. El orden es el adecuado?

Si

no

Observación y Sugerencias:

4. El vocabulario es el adecuado?

Si

no

Observación y Sugerencias:

5. El número de preguntas son convenientes para la investigación?

Si

no

Observación y Sugerencias:

ANEXO 3

CUESTIONARIO PARA LOS MÉDICOS RESIDENTES

El presente cuestionario es ANÓNIMO. Agradeceré mucho su colaboración al contestar las preguntas de manera objetiva.

Edad:..... Sexo:.....

Tiene hijos: Si () NO ()

1ª parte: ACTITUD

Lea cada frase enunciada en el recuadro y marque una de las alternativas

Planteadas:

TA: Totalmente de acuerdo

A: De acuerdo

I: Indiferente

D: En desacuerdo

TD: Totalmente en desacuerdo

| | TA | A | I | D | TD |
|---|----|---|---|---|----|
| <u>SUSTRATO</u> | | | | | |
| 1. INFORMA A LOS PADRES SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE DEJAR AL BEBE DORMIR CON EL BIBERÓN. | | | | | |
| 2.- INFORMA A LOS PADRES SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA LACTANCIA NOCTURNA PROLONGADA | | | | | |
| 3.- RECOMIENDA DERIVACIÓN TEMPRANA DEL INFANTE AL ODONTOPEDIATRA | | | | | |
| 4.-ORIENTA A LOS PADRES SOBRE A QUE EDAD SE DEBE REALIZAR EL RETIRO DEFINITIVO DE | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| LA LACTANCIA MATERNA Y/O ARTIFICIAL. | | | | | |
| <u>MICROORGANISMO</u> | | | | | |
| 5.-INFORMA A LOS PADRES SOBRE LA VÍA DE TRANSMISIÓN DE LA CARIES DENTAL EN EL INFANTE. | | | | | |
| 6. CONSIDERA IMPORTANTE QUE SE INSTRUYA A LOS PAADRES COMO REALIZAR LA HIGIENE BUCAL EN EL INFANTE. | | | | | |
| 7. DERIVA AL ODONTOPEDIATRA PARA PREVENIR CARIES DE INFANCIA TEMPRANA-SEVERA | | | | | |
| 8.DERIVA AL ODONTOPEDIATRA PARA ELIMINAR FOCOS DE INFECCIÓN ODONTOGÉNICA | | | | | |
| <u>HUESPED</u> | | | | | |
| 9.-EXAMINA LA CAVIDAD BUCAL | | | | | |
| 10. DIAGNOSTICA CARIES DE INFANCIA TEMPRANA. | | | | | |
| 11. DIAGNOSTICA ALTERACIONES DEL ESMALTE COMO HIPOPLASIA, HIPOMINERALIZACIÓN ENTRE OTROS. | | | | | |
| 12. PRESCRIBE MEDICACIÓN CON FLÚORUROS TOPICOS O SISTÉMICOS | | | | | |

2ª parte: CONOCIMIENTO

Instrucciones

Marcar con un aspa la respuesta correcta.

1.- ¿Cuál es la principal bacteria causante de la caries dental?

- a) Streptococcus oralis
- b) Streptococcus salivarius
- c) Streptococcus mutans
- d) Lactocabillus acidoufilus
- e) Ninguna de las anteriores

2.- ¿Cómo se trasmite los microorganismos?

- a) Es hereditario
- b) En la lactancia materna
- c) Al darle un beso en la boca al infante
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

3.- ¿Cuál o cuáles son las consecuencias de la lactancia materna nocturna prolongada?

- a) Pérdida del sueño
- b) Disminución del peso del infante
- c) Formación de caries
- d) Descalcificación de los dientes
- e) c y d

4.- ¿Cuál de estos factores está asociado a la aparición de caries de infancia temprana?

- a) Defectos del esmalte (hipoplasia, hipo mineralización, entre otros)
- b) La lactancia frecuente y prolongado durante la madrugada
- c) Ingestión frecuente de alimentos ricos en carbohidratos
- d) Dieta rica en azúcares
- e) Falta de Higiene Oral

5.- ¿Qué alimentos producen caries de infancia temprana?

- a) Frutas
- b) cereal, pan, arroz
- c) golosinas, gaseosas
- d) queso, yogurt
- e) Ninguna de las anteriores

Conocimiento sobre Prevención

6.- ¿Cuándo se debe iniciar la higiene bucal en el infante?

- a) Desde el nacimiento
- b) Desde la erupción del primer diente (6 meses aproximadamente)
- c) Cuando erupciona la primera molar (18 meses aproximadamente)
- d) Cuando completa su dentición Primaria
- e) Todas las anteriores

7.- ¿Cuándo se debe iniciar la prevención con fluoruros en el infante?

- a) Desde el nacimiento
- b) Desde la erupción del primer diente (6 meses aproximadamente)
- c) Cuando erupciona la primera molar (18 meses aproximadamente)
- d) Cuando completa su dentición Primaria
- e) A los 36 mes de edad

8.- ¿Hasta qué edad considera la lactancia materna exclusiva?

- a) 6 meses
- b) 9 meses
- c) 1 año
- d) 2 años
- e) 3 años

09.- ¿Cuál es la edad ideal del niño para la primera consulta odontológica?

- a) Desde el Nacimiento
- b) 6 meses
- c) 1 año
- d) 2 años
- e) No es necesario antes de los 3 años

10.- ¿Cómo prevenir la caries de infancia temprana?

- a) Consultas periódicas al dentista
- b) Higiene bucal adecuada
- c) Evitar beso en la boca y mano del bebe
- d) Evitar la lactancia materna nocturna prolongada
- e) todas las anteriores

Conocimiento sobre Repercusión Sistémica

11.- ¿Cuál es la repercusión sistémica sino se trata a tiempo una caries de infancia temprana severa?

- a) Endocarditis
- b) Afecta al Riñón
- c) Absceso Cerebral
- d) Absceso en la Cavidad Ocular
- e) Todas las anteriores

12.- ¿Qué enfermedades sistémicas se relacionan con la caries de infancia Temprana?

- a) Anomalías Congénitas Cardiacas
- b) Asma
- c) Tuberculosis
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

13.- ¿Qué sucede cuando los infantes pierden los incisivos superiores por consecuencia de caries de infancia temprana?

- a) No pueden cortar los alimentos adecuadamente
- b) Alteración en el aspecto físico del niño lo que repercute en su estado emocional
- c) Alteración en la fonética (dificultad para pronunciar algunas palabras)
- d) Alteración Psicológica
- e) Todas las anteriores

14.- ¿Qué consecuencias trae que el niño pierda por caries severa el 50% de sus dientes primarios?

- a) Alteración en el desarrollo de sus maxilares
- b) Problemas de deglución
- c) Desnutrición
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

15.- ¿Qué ocurre cuando los infantes pierden todos los molares de leche?

- a) Dificultad para triturar los alimentos
- b) Problemas estomacales
- c) Alteración en el desarrollo de sus maxilares
- d) a y b
- e) todas las anteriores

ANEXO 4

CONSTRUCCIÓN DE LOS LÍMITES DE CONFIANZA SEGÚN LA ESCALA DE ESTANINOS

Escala de estaninos

Fórmula: $X + 0.75 (Sx)$ Donde: $x = \text{media}$ $Sx = \text{desviación estándar}$

Límites de confianza para la distribución de puntajes en categorías

$a = \text{media} - 0.75 (Sx)$

$b = \text{media} + 0.75 (Sx)$

1ª categoría: puntaje mínimo hasta (a)

2ª categoría: mayor de (a) hasta (b)

3ª categoría: mayor de (b) hasta el puntaje máximo

PARA NIVEL DE CONOCIMIENTO GLOBAL

Nivel Deficiente: 0 – 41 Nivel Regular: 42 – 52 Nivel Bueno: 53 - 63

ETIOLOGIA

Nivel Deficiente--- 1 Nivel Regular----- 2 Nivel Bueno----- 3

PREVENCIÓN

Nivel Deficiente--- 1 Nivel Regular----- 2 Nivel Bueno----- 3

REPERCUSIÓN SISTÉMICA

Nivel Deficiente--- 1 Nivel Regular----- 2 Nivel Bueno----- 3

ACTITUD

Actitud negativa: 0- 35 Actitud indiferente:36 – 47 Actitud positiva---48 - 57



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

“Año de la inversión para el desarrollo rural y la
seguridad alimentaria”

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
PERIODO 2013 – 2015
Acta de Aprobación de Protocolo de Investigación

Cirujano Dentista
Judith Hidalgo Constantino
Investigadora Principal

El Comité de Ética en Investigación ha revisado y evaluado el Proyecto E-19/13 titulado “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SOBRE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA”, así como el Consentimiento Informado.

Habiendo llegado a la conclusión que cumple con los requisitos necesarios para todo proyecto de investigación, de preservar los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos de estudio, se aprueba el estudio.

La vigencia de esta aprobación es desde el 14 de agosto del 2013 hasta el 13 de agosto del 2014, y sólo es válida para la realización del estudio en las instalaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días antes a su vencimiento.

Lima, 14 de agosto del 2013

Dr. Melitón Arce Rodríguez
Presidente

Dr. Miguel Oliveros Donohue
Miembro

Dr. Gamaniel Guevara Chacabana
Miembro

Sra. Gilda Kolich Gainza
Miembro

Dra. Isabel Neira Canales
Miembro

Dra. María del Carmen Gastañaga Ruiz
Miembro

Dr. Alfonso Gashiken Miyagui
Miembro

Dra. Luz Monge Talavera
Miembro

www.isn.gob.pe

Av. Brasil 600
Breña. Lima 5, Per
T(511) 330-0066




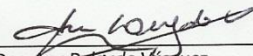
PERÚ


Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

"Año de la inversión para el desarrollo rural y la
seguridad alimentaria"


Dr. Benjamín Castañeda Castañeda
Miembro Alterno


Dra. Ana Delgado Vasquez
Miembro Alterno


Mg. Carla Colona Guadalupe
Miembro Alterno


Dr. Juan Felen Boggio
Miembro Alterno