

T
617.67
D53

**NO SALE A
DOMICILIO**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



INFORME FINAL DE TESIS

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS
MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN
DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LA CIUDAD
DE IQUITOS-2011"**

Para obtener el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA



Presentado por:

Bach. CAROL GRAYLIN DEL AGUILA VÁSQUEZ

Bach. CYNTHIA VALERIA SÁENZ MANZUR RODRIGUEZ

Asesor:

CD. JACK MENDOZA KING

IQUITOS - PERÚ

2011

DONATIO POR:
Carol G. Del Aguila Vásquez y otro
100.000 x 0.9 = 2011



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los ...17... días del mes de JUNIO de 2011, siendo las ...18:00 hrs... se constituyeron en el Auditorio de la Facultad de Odontología, el jurado calificador designado mediante Resolución de Coordinación N° 043-2011-FO-UNAP, el mismo que está integrado por los siguientes profesionales: C.D LUIS ENRIQUE REATEGUI VARGAS (Presidente), C.D. IRIS KAREN VELA SANDOVAL (Miembro) y ALVARO PERCY OLARTE VELASQUEZ (Miembro) dando inicio al Acto de Sustentación Pública de la Tesis: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS MEDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCION DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LA CIUDAD DE IQUITOS - 2011”** presentado por las Bachilleres en Odontología CAROL GRAYLIN DEL AGUIÑA VÁSQUEZ y CYNTHIA VALERIA SÁENZ MANZUR RODRIGUEZ, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista que otorga la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP) de acuerdo con la Ley y el Estatuto vigente.

Después de haber escuchado con mucha atención y formulado las preguntas necesarias, las mismas que fueron respondidas en forma..... SATISFACTORIA

El Jurado Calificador, luego de las deliberaciones correspondientes y en privado, llegó a la siguiente conclusión:

La Tesis ha sido APROBADA por UNANIMIDAD

Siendo las ...19:10 hrs... se dio por concluido el acto de sustentación, agradeciendo a los sustentantes por su exposición.


C.D. LUIS ENRIQUE REATEGUI VARGAS
Presidente


C.D. ALVARO PERCY OLARTE VELASQUEZ
Miembro


C.D. IRIS KAREN VELA SANDOVAL
Miembro

C.D. JACK MENDOZA KING

ASESOR DE LA TESIS

INFORMO:

Que la bachiller CAROL DEL ÁGUILA VÁSQUEZ y CYNTHIA SAENZ MANZUR RODRIGUEZ, han realizado bajo mi dirección, el trabajo contenido en el Informe Final titulado **“Nivel de Conocimiento y Actitud de los Médicos Pediatras respecto a la prevención de Caries de la Primera Infancia de la Ciudad de Iquitos-2011”** considerando que el mismo reúne los requisitos necesarios para ser presentado ante el Jurado Calificador.

AUTORIZO:

A las citadas bachilleres a presentar el Informe Final de Tesis, para proceder a su sustentación cumpliendo así con la normativa vigente que regula los Grados y Títulos en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

DEDICATORIA

A **DIOS**, porque me dio la vida, me regalo a mi princesita y a mi esposo a quienes amo mucho, por su infinito amor, sabiduría, misericordia, gracia y perdón, por sus promesas, porque desde el momento que me dio la vida, tuve muchas pruebas y fue EL quien me ayudó a pasar y a superar cada prueba que se presentaba en el camino y esta es una de las pruebas que pase y salí victoriosa y todo gracias a EL, porque jamás me abandonó y siempre cumplió todas sus promesas y lo sigue haciendo. TE AMO MI SEÑOR.

A mi **ESPOSO** e **HIJA**, por ser lo mejor que me pasó en la vida, por brindarme con mucho amor y sin límites sus amor, paciencia, tolerancia y apoyo. LES AMO MUCHO.

A MIS PADRES

ROMINA, por haber sido la mujer que me dio amor, calor y protección en su vientre desde el primer momento que estuve ahí, por su sacrificio, apoyo incondicional, confianza y su amor infinito, por ser una muy buena madre. TE AMO MAMÁ.

JOSÉ, por el grande amor que siempre me da, por la confianza indestructible que deposita en mi, por sus sacrificios, por la infinita e inexplicable paciencia que me tiene, por su tolerancia, por ser un ser maravilloso y buen padre. TE AMO PAPÁ.

A mis **HERMANOS**, para demostrarles que con mucho amor, esfuerzo, sacrificio y humildad se logra todo lo que uno anhela y se consigue el Éxito. LES AMO HERMANITOS.

**CYNTHIA SAENZ MANZUR
RODRIGUEZ**

A DIOS

A MI FAMILIA

A MIS MAESTROS

CAROL DEL AGUILA VÁSQUEZ.

INDICE DE CONTENIDO

	Página
CAPITULO I	
1.1 Introducción	12
1.2 Objetivos	14
1.2.1 Generales	14
1.2.2 Específicos	14
CAPITULO II	
2.1 Antecedentes	15
2.1.1 Estudios relacionados al tema	15
2.1.2 Aspectos teóricos relacionados al tema	20
2.1.2.1 Caries de la Primera Infancia	20
2.1.2.2 Diagnostico de caries de la primera infancia	21
2.1.2.3 Factores etiológicos relacionados a C.P.I	24
2.1.2.3.1 Hábitos nocivos del huésped.	26
2.1.2.3.2 Transmisión de streptococcus mutans.	30
2.1.2.3.3 Sustrato.	32
2.1.2.3.4 Tiempo.	36
2.1.2.4 Prevención de caries de la primera infancia.	38
2.1.2.5 Flúor.	40
2.1.2.6 Nivel de conocimiento.	42
2.1.2.7 Actitud.	43
2.1.3 Marco Conceptual	44
2.2 Hipótesis	45
2.3 Variables	46
2.4 Indicadores e índices	47
CAPITULO III	
3.1 Metodología	48
3.1.1 Tipo de investigación	48
3.1.2 Diseño de investigación	48

3.1.3. Población y muestra	49
3.1.3.1 Población	49
3.1.3.2 Muestra	49
3.1.4. Procedimiento, técnicas e instrumentos de recolección	50
3.1.4.1 Procedimiento de recolección de dato	50
3.1.4.2 Técnica de recolección de datos	50
3.1.4.3 Instrumentos de recolección de datos	51
3.1.5 Prueba de Valides y Confiabilidad.	51
3.2 Procesamiento de la información	55
CAPITULO IV	
Resultados	56
4.1 Análisis Univariado	57
4.2 Análisis bivariado	63
CAPITULO V	
Discusión	67
CAPITULO VI	
Conclusiones	73
CAPITULO VII	
Recomendaciones	75
CAPITULO VIII	
Referencias bibliográficas	77
CAPITULO IX	
9.1 Anexo 01: Encuesta sobre Nivel de Conocimiento y Actitud de los Médicos Pediatras respecto a la prevención de Caries de la Primera Infancia de la Ciudad de Iquitos	80

INDICE DE GRÁFICOS

Nº		Página
01	Nivel de conocimiento de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de iquitos-2011	57
02	Items de conocimiento de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de iquitos-2011	59
03	Nivel de actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de iquitos-2011	60
04	Items de actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de iquitos-2011	62
05	Nivel de conocimiento y actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de iquitos-2011	63

INDICE DE TABLA

Nº		Página
01	Nivel de conocimiento de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de iquitos-2011	57
02	Items de conocimiento de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de iquitos-2011	58
03	Nivel de actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de iquitos-2011	60
04	Items de actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de iquitos-2011	61
05	Nivel de conocimiento y actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de iquitos-2011	63

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS
RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA
DE LA CIUDAD DE IQUITOS-2011”**

Por:

CAROL G. DEL AGUILA VÁSQUEZ

CYNTHIA V. SAENZ MANZUR RODRIGUEZ

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito evidenciar si existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los Médicos Pediatras respecto a la prevención de Caries de la Primera Infancia de la Ciudad de Iquitos-2011”, La muestra fue de de 26 médicos pediatras, inscritos en el Colegio Médico del Perú filial Iquitos. Se construyo 2 instrumentos de Nivel de conocimiento y actitudes dirigidos a los de los Médicos Pediatras respecto a la prevención de Caries de la Primera Infancia, fue validada por la técnica de “Juicio de Expertos” y una prueba piloto. La confiabilidad fue evaluada con coeficiente Alfa de Cronbach donde el Nivel de conocimiento fue de 0.80, suficientes, y de actitud fue de 0.82, favorables. La evaluación de los instrumentos fueron de 94.4% y 95.7% respectivamente. Los resultados obtenidos fueron: 50% (13) médicos pediatras presentaron conocimiento suficiente, el 61.5% (16) de los médicos pediatras presentaron actitud favorable y el 42.3% (11) de los médicos pediatras tenían conocimiento suficiente y actitudes favorables. Se concluye que “Existe relación entre el Nivel de Conocimiento y Actitud de los Médicos Pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la Ciudad de Iquitos”.

**"LEVEL OF KNOWLEDGE AND ATTITUDE REGARDING PEDIATRICIANS
PREVENTION OF EARLY CHILDHOOD CARIES OF THE CITY OF IQUITOS-
2011"**

By:

CAROL G. DEL AGUILA VÁSQUEZ

CYNTHIA V. SAENZ MANZUR RODRIGUEZ

SUMMARY

The present research was to demonstrate the correlation between the level of knowledge and attitudes of pediatricians regarding the prevention of Early Childhood Caries in the City of Iquitos-2011 ". The sample of 26 pediatricians, registered at the Medical College of Peru Iquitos subsidiary. 2 instruments was constructed Level of knowledge and attitudes of pediatricians regarding the prevention of Early Childhood Caries was validated by technical experts judge " and a pilot. Reliability was assessed using Cronbach alpha coefficient where the level of knowledge was 0.80, adequate, and attitude was 0.82 favorable. The assessment instruments were 94.4% and 95.7% respectively. The results were: 50% (13) had sufficient knowledge pediatricians, 61.5% (16) of pediatricians showed positive attitude and 42.3% (11) of pediatricians had sufficient knowledge and positive attitudes. It concludes: "There is a relationship between Level of Knowledge and Attitudes of pediatricians regarding the prevention of early childhood caries of the City of Iquitos.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

La caries dental es una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en el mundo y es considerada como un problema de salud pública que afecta millones de personas y erradicarla representa un desafío que requiere de todos los profesionales involucrados en el cuidado de la salud del infante.

La caries de la primera infancia no sólo causa dolor dental e infección, también repercute en la alimentación, crecimiento y desarrollo, en el desempeño académico de los niños, pudiendo afectar su autoestima y ser motivo de una hospitalización de emergencia.

La prevención de esta enfermedad debe instaurarse desde que la madre está embarazada durante los periodos prenatal y perinatal. Se les debe indicar a las mujeres mejorar su nutrición durante el tercer trimestre de su embarazo y la alimentación del niño durante su primer año de vida, ya que es el periodo durante el cual el esmalte madura para así evitar problemas futuros.

Debido a que los médicos pediatras son los que están más en contacto con las madres primerizas y los niños en sus primeros tres años de vida, en comparación con los odontólogos, es importante que estén conscientes de su papel en la educación de la salud bucal a los padres o tutores del menor. Los médicos pediatras pueden jugar un papel muy importante al asegurar una atención temprana en niños con caries dental. Examinar los dientes anteriores superiores en busca de caries dental en niños muy pequeños y efectuar una inspección visual de todos los dientes en niños mayores, debería ser parte de todas las evaluaciones físicas de rutina. El médico pediatra debe considerar la naturaleza infecciosa y transmisible de la bacteria que causa la caries en la primera infancia, los factores de riesgo y las decisiones apropiadas respecto a las intervenciones efectivas y a tiempo, así como la remisión. La referencia temprana de los niños para evaluación dental alrededor del tiempo de la erupción dental, es quizás la medida más efectiva para la reducción de caries.

Lamentablemente esta aun no es nuestra realidad, muchos médicos pediatras y odontólogos no trabajan en conjunto para prevenir estas dificultades, nos limitamos cada uno a resolver los problemas mas no a prevenirlos, los médicos

deben tener en cuenta la salud integral del niño, no solo una parte, muchos niños que presentan problemas de salud bucal ya han sido tratados por el médico pediatra por otros problemas de salud general, cuando las madres llevan a su niño a su control de crecimiento y desarrollo en los establecimientos de salud (MINSA), oportunidad que no se aprovecha para empezar a realizar prevención de caries de la primera infancia. Generalmente esa es la actitud que presenta el médico pediatra ante la salud oral, probablemente esto se deba al poco conocimiento sobre el tema, o que durante su formación profesional de pregrado y residentado no hayan llevado cursos relacionados a salud oral en niños en su plan curricular. Y el odontólogo debe tener aun mas participación de la que ya tiene en hospitales y establecimientos de salud para brindar una mejor calidad de vida a los niños que de acuerdo al estado de su salud podrán desarrollarse adecuadamente en la sociedad, y sin ningún impedimento en su aprendizaje diario en la escuela.

Los pediatras y los dentistas tienen que trabajar juntos para mejorar la calidad de la atención preventiva de salud bucal a disposición de todos los niños pequeños y así disminuir la enfermedad bucal más común que es la caries.

La presente investigación tiene por objetivo determinar si el nivel de conocimiento se relaciona con las actitudes en los médicos pediatras en relación al tema de caries de la primera infancia.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 GENERALES

- a) Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de Iquitos-2011.

1.2.2 ESPECÍFICOS

- a) Determinar el nivel de conocimiento de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de Iquitos-2011.
- b) Identificar la actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de Iquitos-2011.
- c) Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y actitud de los médicos pediatras respecto a caries de la primera infancia de la ciudad Iquitos-2011.
- d) Proporcionar información actualizada en relación a la prevención de caries de la primera infancia, dirigidos a los médicos pediatras.

CAPITULO II

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS AL TEMA

ROJAS, P. M. (2008)

Hizo un estudio del Nivel de conocimiento y actitud sobre caries de la temprana infancia de los médicos pediatras del Colegio Médico del Perú, fueron 111 los pediatras que fueron entrevistados y formaron parte de la muestra, de acuerdo a sus resultados el 45% no cuentan con conocimientos al referirse a los factores que no están asociados a la producción de caries en la infancia temprana, el 60 % de los encuestados cuentan con un nivel de conocimiento bueno indicando correctamente la principal bacteria causante de la caries dental, el 64.9% indican que la gaseosa es el alimento mas cariogénico para el infante y el 51% ha mostrado un nivel de conocimientos bueno al señalar que la edad ideal para realizar la primera consulta odontológica es entre los 6 y 12 meses, frente a un 40 % que señalan que la primera consulta odontológica debe realizarse desde el nacimiento del niño, El 81 % de médicos pediatras entrevistados tiene una actitud positiva, el 10% un nivel de actitud negativa y el 5.4% un nivel de actitud indiferente. No existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre Caries de la Primera Infancia, en los pediatras del colegio Médico del Perú. Sólo el 60% de los entrevistados tienen una actitud positiva y con un nivel de conocimiento bueno, mientras el 40% tiene una actitud positiva a pesar de tener un nivel de conocimiento regular.

ANTICONA, C. (2006)

Evaluó el nivel de conocimiento y actitud sobre caries de la infancia temprana de los Médicos Pediatras del Instituto Nacional del Niño. La muestra incluyó 72 pediatras de dicho hospital a quienes se les realizó la encuesta. En los resultados el 20.8% presentan buen conocimiento el 56.9% un conocimiento regular y el 22.2% deficiente. Según sus

resultados los médicos pediatras requieren entrenamiento adecuado en salud oral 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.

MELGAR, R.A. Y COL (2005)

Se entrevistó a 115 pediatras de Lima, Perú, acerca de sus conocimientos y conductas en salud oral, así como su autopercepción del conocimiento. Se obtuvo la frecuencia de respuestas correctas, nivel de conocimiento, conductas y autopercepción, la relación entre conocimientos y conductas en salud bucal y la relación entre el nivel de conocimiento y la autopercepción del conocimiento. Sólo 20.9 por ciento tuvo conocimiento, 13.3 por ciento sobre control odontológico, 13 por ciento acerca de fluoruros, 70.4 por ciento acerca de sellantes, 39.1 por ciento sobre dieta cariogénica y 9.6 por ciento sobre pastas dentales en infantes. A pesar de esto, la percepción es de un conocimiento suficiente. Las conductas sobre salud bucal no se encuentran relacionadas con los conocimientos. La necesidad de interacción entre las áreas médicas y odontológicas se pone de manifiesto, los datos justifican la revisión de los currículos de medicina a fin de asegurar una adecuada transmisión de conocimientos en salud bucal (AU).

CONTRERAS, N.S. (2003)

El objetivo de este estudio fue evaluar los conocimientos y actitudes del médico pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Se encuestaron a 24 médicos pediatras del sector público y del privado de la ciudad de Huancayo. Utilizando una encuesta validada. Los resultados Muestran que 8 (33,3 por ciento) pediatras tienen un buen conocimiento, 7 (29,7 por ciento) un conocimiento regular y 9 (37,5 por ciento) un conocimiento deficiente. En relación a las actitudes 11 pediatras (45,8 por ciento) tienen una actitud adecuada y 13 (54,2 por ciento) pediatras una actitud inadecuada respecto a la salud bucal del

infante. Los puntos menos conocidos por los pediatras son: La transmisibilidad de la caries dental, la lactancia materna nocturna y prolongada incrementa la posibilidad de adquirir caries dental, los infantes que se quedan dormidos lactando tienen mayor posibilidad de adquirir caries dental, y los efectos adversos del flúor cuando es administrado incorrectamente. Dentro de las actitudes inadecuadas: edad de recomendación del inicio del destete, del 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 los conocimientos y actitudes. Existen conocimientos deficientes y actitudes inadecuadas de pediatras de la ciudad de Huancayo en relación de la salud bucal del infante.

DI GIUSEPPE, G. Y COL. (2006)

El objetivo de este estudio fue determinar conocimientos, actitudes y prácticas relativas a la prevención de enfermedades bucodentales entre los pediatras en Italia. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático a 1000 pediatras, los cuales recibieron un cuestionario sobre los factores de riesgo; actitud y prácticas para la prevención de enfermedades bucodentales. Un total de 507 pediatras participaron. Más de la mitad conocía los principales factores de riesgo para las enfermedades bucodentales y este conocimiento fue mayor en los pediatras de atención primaria ($p = 0,007$) y en aquellos con un mayor número de horas trabajadas por semana ($p = 0,012$), y que creía que las enfermedades bucodentales se pueden prevenir ($p = 0,017$). Los pediatras con un mayor nivel de conocimiento sobre los principales factores de riesgo ($p = 0,006$) creen que tienen un papel importante en la prevención de enfermedades bucodentales y que puede realizar un examen oral. Casi todos (89%) prescriben suplementos de fluoruro y aquellos de menor edad ($p = 0,016$), con un mayor número de pacientes atendidos en jornada de trabajo ($p = 0,001$), y con mayor actividad en la práctica ($p = 0,004$), creen que el fluoruro es eficaz en la prevención de caries ($p < 0,0001$), y los que aprendieron sobre la prevención en fuentes científicas ($p = 0,002$) fueron

más propensos a prescribir fluoruro. Un cuarto prevé y recomienda una visita dental una vez al año y que los pediatras de atención primaria ($p = 0,014$) y los que creen que la visita de rutina es importante para prevenir las enfermedades orales ($p < 0.0001$), fueron más propensos a recomendar una visita al dentista una vez al año. Los resultados mostraron una falta de conocimiento entre los pediatras, aunque casi todos creían que tenían una responsabilidad importante en la prevención de enfermedades orales y siempre con un examen oral.

PRAKASH, P. Y COL (2006)

Elaboraron un estudio para evaluar los conocimientos de la caries de la primera infancia y examinar las actuales prácticas preventivas relacionadas con la salud oral y la formación de los pediatras de Canadá y los médicos de familia que prestan atención primaria a los niños menores de tres años. Se utilizó una encuesta transversal, la auto-administrada, fue enviada por correo a una muestra aleatoria de 1.928 pediatras y médicos de familia. Un total de 1.044 médicos cumplieron los criterios de elegibilidad de los estudios, y de esos, 537 regresaron encuestas completadas, lo que resulta en una tasa de respuesta global del 51,4% (237 pediatras y 300 médicos de familia). Seis preguntas evaluaron el conocimiento de la caries de la primera infancia, sólo el 1,8% de los pediatras y el 0,7% de los médicos de familia responden a todas estas preguntas correctamente. En total, el 73,9% de los pediatras y el 52,4% de los médicos de familia reportó la inspección visual de los dientes de los niños, y 60,4% y 44,6%, respectivamente, informó asesorar a los padres o cuidadores sobre la atención dental de la dentición y, 53,2% y 25,6%, respectivamente, informó la evaluación de riesgos de los niños de desarrollar caries dental, y 17,9% y 22,3%, respectivamente, informaron que no recibieron capacitación en salud oral en la escuela de medicina o de residencia. Los encuestados que se sentían confiados y bien informados y que considera su papel en la promoción de la salud oral como "muy importante", fueron significativamente más propensos a llevar a cabo las prácticas orales relacionadas con la salud. Aunque la mayoría

de los pediatras y médicos de familia informó incluir los aspectos de la salud oral en las visitas de los niños, una supuesta falta de conocimientos odontológicos y la formación parecía crear obstáculos, lo que limita a estos médicos de jugar un papel más activo en la promoción de la salud bucal de los niños en sus prácticas.

LEWIS, C.W Y COL. (2000)

Este 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.

2.1.2 ASPECTOS TEÓRICOS RELACIONADOS AL TEMA

2.1.2.1 CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA.

TEIXEIRA, V. B. Y COL. (2007)

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 Primera Infancia Severa (S-ECC).

GARCÍA, A. Y COL. (2008)

Caries de la temprana infancia (CTI) Dentro de este término se incluye a la caries por biberón y la caries rampante, que la Asociación Americana de Odontopediatría adoptó en el 2003. Se caracteriza por dientes con caries en infantes y se la define como la presencia de 1 o más dientes con caries, perdidos u obturados en pacientes menores de 71 meses. Se considera como caries de la temprana infancia severa (CTIS) cuando a los 3 años el índice **ceo** (cariados, extraídos por caries, obturados) es de ≥ 4 ; a los 4 años, ≥ 5 y a los 5 años.

MSEFER, S. (2006)

Caries de la primera infancia (ECC) este tipo de caries dental es particularmente virulenta ya que puede destruir la dentición primaria de los bebés y niños en edad preescolar. S-ECC considerada como una enfermedad grave y desenfrenada de los dientes primarios que comienza inmediatamente después de la erupción. El término de caries de biberón comúnmente se utilizaba para denotar la caries de los dientes temporales en niños muy pequeños, causada por el uso prolongado de biberón a la hora de dormir o incluso durante el día. Desde hace algunos años, el

término de caries de la primera infancia ha tenido un uso generalizado. Este término refleja mejor los múltiples factores etiológicos del proceso de la enfermedad.

GUDIÑO, S. (2006)

La Caries de la Temprana Infancia (CTI) es una forma particularmente virulenta de caries que afecta a los niños preescolares y que se presenta en muchos países del mundo. Pocos meses después de su erupción, los primeros dientes afectados son los incisivos maxilares y las lesiones se extienden rápidamente a otros dientes primarios (Ripa, 1978).

ALONSO, M.J. Y COL (2009)

Es la nomenclatura más reciente para un patrón particular de caries dental en niños pequeños, afectando principalmente los dientes anteriores primarios. Tiempo atrás se conocía como caries de biberón, pero se ha demostrado que no sólo se debe al uso frecuente del biberón con cualquier líquido azucarado natural o artificialmente como la leche, fórmulas, jugos de frutas y refrescos, sino también al pecho materno a libre demanda y a la utilización de tazas entrenadoras y chupones endulzados. Todos estos factores están asociados con la CIT, más no consistentemente implicados en ella, lo cual nos indica que este patrón no se restringe al uso del biberón y, por tanto, el término CIT refleja mejor su origen multifactorial.

2.1.2.2 DIAGNÓSTICO DE CARIES DELA PRIMERA INFANCIA

MSEFER, S. (2006)

La caries de la primera infancia es una enfermedad grave y dolorosa a veces se caracteriza por un inicio temprano y de muy rápida progresión. La caries se desarrolla rápidamente, por lo general después de la erupción de los dientes primarios. Varios dientes pueden verse afectados, a partir de los incisivos superiores, en el cruce cerca de las encías, seguido por los caninos. Si la enfermedad sigue avanzando, los molares se ven afectados también, mientras que sólo los incisivos inferiores están

a salvo. Hay cuatro etapas en el desarrollo de la caries de la primera infancia (ECC):

Etapas de inicial

La etapa inicial se caracteriza por la aparición de lesiones calcáreas, desmineralización opaca en las superficies lisas de los incisivos superiores primarios cuando el niño está entre las edades de 10 y 20 meses, o a veces incluso más jóvenes. Una línea de color blanquecino se puede distinguir en la región cervical de las superficies vestibulares y palatinas de los incisivos superiores. En esta etapa, las lesiones son reversibles pero que con frecuencia no reconocidas por los padres o los médicos que examinan primero las bocas de estos niños muy pequeños. Por otra parte, las lesiones se pueden diagnosticar sólo después que los dientes afectados se han secado completamente

Segunda etapa

La segunda etapa se produce cuando el niño está entre las edades de 16 y 24 meses. La dentina se ve afectada cuando las lesiones blancas en los incisivos se desarrollan rápidamente, provocando el colapso del esmalte. La dentina está expuesta y parece suave y amarillo. Los primeros molares superiores presentan lesiones iniciales en las zonas de cuello, proximal y oclusal. En esta etapa, el niño comienza a quejarse de una gran sensibilidad al frío. Los padres a veces notan el cambio de color por sí mismos y se preocupan.

Tercera etapa

La tercera etapa, que ocurre cuando el niño tiene entre 20 y 36 meses, se caracteriza por lesiones grandes y profundas en los incisivos superiores, y la irritación pulpar. El niño se queja de dolor al masticar o al realizar el cepillado, y de dolor espontáneo durante la noche. En este punto, los primeros molares superiores están en la etapa 2, mientras que la etapa 1 se puede diagnosticar en los primeros molares inferiores y los caninos superiores.

Cuarta etapa

La cuarta etapa, que ocurre entre las edades de 30 y 48 meses, se caracteriza por fracturas de la corona de los incisivos superiores como consecuencia de la destrucción amelodentinal. En esta etapa los incisivos superiores son por lo general necrosados, y los molares primarios superiores están en la etapa 3. Los segundos molares, caninos superiores y primeras molares inferiores están en la etapa 2.

ALONSO, M.J. Y COL (2009)

Los pediatras son generalmente los primeros profesionales en revisar la cavidad bucal de los niños y en reconocer lesiones dentales sospechosas, que con un diagnóstico temprano y la remisión a un dentista entrenado en el manejo de los niños, puede tratar la caries en sus estadios más tempranos, evitando así complicaciones. Las lesiones a reconocer son:

El estadio de lesión blanca

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

El estadio de cavidad

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

las fisuras, son difíciles de distinguir de la caries, por lo que cualquier decoloración o irregularidad en el esmalte debe ser referida al dentista para su evaluación.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El diagnóstico se completa con un estudio radiológico, que confirma la presencia de zonas descalcificadas y de cavidades si las hay. Un diagnóstico positivo se establece sobre la base de las preguntas a padres con respecto a los factores de riesgo y un examen clínico Endo_Oral, completado por las radiografías. El diagnóstico diferencial se basa en observaciones de la herencia, la estructura del diente, anomalías tales como melanodontia, que afecta principalmente a los incisivos superiores, y amelogénesis imperfecta, que afecta el esmalte de cada diente, y es un enfermedad hereditaria de la dentina, que se caracteriza por un color opalescente, diente marrón, y las típicas raíces cortas. Hipoplasia del esmalte causada por la malnutrición durante el período perinatal o por un déficit en vitamina A que promueve una alta incidencia de susceptibilidad a la caries y se asocia a menudo con la caries de la primera infancia.

2.1.2.3 FACTORES ETIOLÓGICOS RELACIONADOS A CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

CHU, S. (2006)

El inicio de la CPI tiene cuatro componentes necesarios: dientes sensibles, las bacterias, un sustrato o alimento para las bacterias, y el tiempo. Durante la siesta o al irse a la cama, el sustrato (azúcar) y los agentes infecciosos (bacterias) se hacen presentes en los dientes por un tiempo prolongado, lo que permite la progresión de la desmineralización y caries.

VAN PALENSTEIN, W.H. Y COL (2006)

Hay numerosos factores de riesgo asociados significativamente a la caries de la primera infancia (ECC) (Harris et al., 2004). Los más importantes son probablemente la ingesta de alta frecuencia de meriendas y bebidas azucaradas, edulcoradas y biberones, especialmente utilizada durante la noche.

FRANCO, B.Y. COL (2007)

Además de estos factores se suman otros que se desarrollan particularmente en la CIT

1. La lactancia
2. La pobre o nula higiene dental en la etapa del lactante
3. Los posibles defectos del esmalte (hipoplasia del esmalte)
4. Los lactantes y niños escolares que llevan el biberón con bebidas ricas en hidrato de carbono a la cama.
5. Durante la etapa de inconsciencia del sueño, disminuye la secreción de la saliva, lo que favorece la adherencia de los hidratos de carbono.
6. La posición horizontal, que es la más común para dar de comer a los lactante, puede propiciar el acumulo de los alimentos y con esto facilitar el desarrollo de las lesiones.

GUDIÑO, S. (2006)

Entre los factores relacionados con el patrón de caries de la enfermedad, se ha mencionado la cronología de erupción de la dentición primaria, la duración de la presencia de hábitos alimentarios deletéreos (Veerkamp y Weerheijm, 1995), el patrón de succión infantil, así como la producción salival y el papel protector de la lengua para los incisivos inferiores (Dilley y col, 1980; Johnsen, 1982).

TEXEIRA, V.B. Y COL. (2007)

La Caries de Primera Infancia es una enfermedad multifactorial. En su compleja etiología existe una interacción inexplicable de factores tales como:

La infección por *Streptococcus Mutans* (MS).

La educación de la madre (o cuidador).

Lactancia materna prolongada.

El estrés, autoestima, estructura familiar y social.

Utilización del biberón impregnado en miel o azúcar (como relajante o para que el bebe se duerma).

Frecuencia de alimentación del niño.

El consumo de alimentos o bebidas azucaradas, entre otros.

Subirá y colaboradores presentaron un estudio para determinar cuál es el factor de riesgo de caries que mayor relación tiene con los escolares. Concluyeron que la presencia de *Streptococcus Mutans* tiene mayor relación con la prevalencia de caries que otras variables como el nivel socioeconómico, el uso de fluoruros o la frecuencia de cepillado. Tatay y cols. han hallado resultados similares analizando los factores de riesgo de caries en la dentición temporal; la presencia de *streptococcus mutans* y *lactobacillus* presentan una fuerte asociación con la caries dental. De la misma manera, no observaron una relación significativa con otros factores como la dieta y la presencia de placa bacteriana.

2.1.2.3.1 HÁBITOS NOCIVOS DEL HUÉSPED

LOSSO, M. Y COL (2009)

En los niños, los hábitos tales como el uso ilimitado de biberones, dormir mientras es alimentado con el biberón (jugos de frutas fabricados, tés azucarados, leche fermentada, la leche contiene hidratos de carbono fermentables, tales como alimentos a base de harina y azúcar) están asociados con el desarrollo de la ECC. Entre los hábitos de la familia, los que tienen una mayor influencia

en el desarrollo de la ECC son dejar la botella con el niño mientras duerme, tener problemas al cepillar los dientes de un niño, y al consumo prolongado de líquidos en la boca, sobre todo mientras duerme.

Los niños con enfermedades crónicas, por el uso continuo de medicinas orales que contienen sacarosa, tales como líquidos o pastillas masticables, y con la administración repetida justo antes de acostarse, pueden estar en riesgo si no hay higiene después de la administración de la medicación. Debido a la carga de azúcar en dichos medicamentos. En Brasil, la mayoría de los medicamentos pediátricos analizados presentan pH crítico para la disolución del esmalte (5,5) y alta concentración de azúcar (que van desde 11,21 hasta 62,46%), que se traduce en una contribución al desarrollo de la erosión dental y aumento del potencial cariogénico.

GALARNEAU, CH. Y COL (2006)

Los educadores perinatales enseñan a los padres a desarrollar un ritual por la noche para ayudar a sus hijos a dormir. Como resultado, las madres utilizan una variedad de estrategias para llevarlos a la cama, lo que a veces implica dar azúcar al niño. Esta práctica aumenta el riesgo de su niño para la caries, sobre todo porque el flujo salival disminuye durante la noche, reduciendo su efecto de amortiguación y la limpieza. Los padres se inclinan más por los rituales a la hora de dormir que causan la caries, debido a su propia fatiga al final del día.

FERNÁNDEZ, M.I. Y COL (2007)

Entre los factores dietéticos que influyen en el desarrollo de la caries dental en preescolares, se encuentran el uso del biberón con líquido endulzado, ya sea leche o jugó durante el sueño del niño, lo cual aumenta el riesgo de caries debido al prolongado contacto entre las bacterias productoras de caries presentes en

las superficies dentales y el azúcar que contienen las bebidas del biberón. Igualmente, los ácidos de las bebidas azucaradas debilitan el esmalte y favorecen el desarrollo de la caries dental. Por otro lado, las tomas repetidas de leche en biberón y los hábitos incorrectos de lactancia materna, son factores desencadenantes de caries, aún cuando los niños alimentados con leche materna tienen menor tendencia a presentar caries. La duración del contacto nocturno con el pecho o el biberón, utilizado por muchos padres para calmar al niño durante la noche, produce una exposición prolongada de los dientes ya erupcionados a los carbohidratos fermentables y a esto se agrega la ausencia de medidas apropiadas de higiene oral, factores todos que predisponen a la aparición de la caries dental. Otro factor dietético importante para el desarrollo de caries parece ser el uso del biberón y de la lactancia materna más allá del año de edad, debido a la exposición prolongada de los dientes del niño a los sustratos cariogénicos presentes en la leche. Asimismo, el consumo de caramelos o jugos azucarados y el uso de chupas con sustancias dulces son factores que influyen en el desarrollo de la caries.

DIENTE

BOJ, J.R. (2004)

El órgano dentario en sí mismo ofrece puntos débiles que predisponen al ataque de la caries:

Anatomía del diente: existen zonas del diente que favorecen la retención de placa o que el acceso de la saliva está limitado. Por ello están más predispuestas a la caries, son las fosas y fisuras y las superficies proximales, especialmente en la zona cervical al área de contacto.

Disposición del diente en la arcada: el apiñamiento favorece la caries.

Constitución del esmalte: es el resultado de la composición del fluido fisiológico que envuelve al diente durante el desarrollo; los elementos de este fluido se incorporan al esmalte por intercambio iónico y pueden provocar que el esmalte sea inicialmente más o menos resistente al ataque ácido. En este mismo sentido, deficiencias congénitas adquiridas durante la formación de la matriz o en la mineralización pueden favorecer la caries, en especial la hipoplasia del esmalte en dientes temporales.

Edad poseruptiva del diente: la susceptibilidad a la caries es mayor inmediatamente después de la erupción del diente, y disminuye con la edad. Los dientes sufren un proceso de maduración posteruptiva que implica cambios en la composición de la superficie del esmalte. Durante este proceso, debido al ataque ácido, buena parte de los iones carbono de la hidroxiapatita inicial que son más solubles son sustituidas por otros iones, como el flúor, que confieren más resistencia a la hidroxiapatita del esmalte.

SURETTE, M. (2009)

La susceptibilidad a la caries en la primera infancia está relacionada con un esmalte aún inmaduro (natural), con la presencia de defectos en la calidad de este esmalte (no tan frecuentes), con la forma de los dientes (tamaño, anatomía) y con su posición. Aquí juegan un importante papel los genes y el componente hereditario.

2.1.2.3.2 TRANSMISIÓN DE STREPTOCOCCUS MUTANS

PINKHAM, J.R. (2001)

Para participar en el proceso de caries, las bacterias no solo deben ser capaces de resistir un medio ácido (acidúrico), sino deben también contribuir a ese medio con la producción de ácidos orgánicos (ser acidógenas). De los muchos organismos presentes en la cavidad bucal. Streptococcus es el género que participa con mayor frecuencia en la causa de la caries. Streptococcus mutans, S. sanguis, S. salivarius y S. milleri (Drucker y Green, 1978; Fitzgerald, 1968). Lactobacillus acidophilus y L. casei así mismo se han relacionado con el proceso de caries. Aunque en menor proporción, se ha observado que algunas cepas de Actinomyces son también capaces de producir caries coronal y radicular (Syed et al., 1975) En los seres humanos el S. mutans se ha correlacionado con caries en muchos estudios epidemiológicos de corte transversal, y en la actualidad se presume que desempeña una función importante en el inicio de la lesión, aunque no es el primero en colonizar la superficie dental (Loesche et al., 1975). Debido a que su nicho ecológico se encuentra en la superficie del diente. S. mutans no aparece en la boca del lactante sino hasta después de que brota la dentición primaria (Berkowitz et al., 1980). También se demostró que la transmisión de boca a boca de S. mutans se da entre madre e hijo (Berkowitz et al., 1981). Así mismo, la implantación efectiva en los lactantes se relaciona en parte con el tamaño del inóculo. Los lactantes parecen adquirir un genotipo de S. mutans que es idéntico al de la madre, aunque ésta almacene una población más heterogénea de S. mutans, a diferencia de sus hijos, en el momento de la adquisición (Caufield y Walker; 1989). Esta transmisión vertical parece implicar fundamentalmente a las madres, ya que las cepas obtenidas de los padres son diferentes a las de ella o el lactante. La transmisión puede demorarse y quizás evitarse mediante programas

intensivos de prevención (kohler et al., 1983). Alaluusua y Renkonen (1983) demostraron que la detección temprana de *S. mutans* en la boca del lactante se relaciona con un nivel alto de caries a los cuatro años de edad.

ALONSO, M.J. Y COL (2009)

La caries dental también se considera una enfermedad transmisible, aunque no en el sentido tradicional. Las bacterias responsables de la enfermedad, junto con otras bacterias autóctonas, generalmente son transmitidas verticalmente de la madre al niño, a comparación de otras enfermedades de la infancia, las cuales se transmiten horizontalmente de personas infectadas a personas no infectadas. Por lo tanto, las medidas para prevenir y controlar su esparcimiento y potencial patogénico, son limitadas y distintas. El éxito de la transmisión y la resultante colonización puede estar relacionado con varios factores, incluyendo la magnitud del inóculo, la frecuencia de las pequeñas dosis de inoculación y una dosis mínima para la presencia de la infección. Los niños de madres con niveles altos de *E. mutans*, como resultado de la caries no tratada, tienen mayor riesgo de adquirir el microorganismo en forma más temprana que los niños con madres de niveles más bajos. Suprimiendo los reservorios maternos de *Streptococo mutans* por medio de la rehabilitación dental y tratamientos antimicrobianos, se puede prevenir o retardar la inoculación infantil, iniciando estas intervenciones en un periodo prenatal. La transmisión horizontal del *Streptococo mutans*, también se lleva a cabo entre los miembros de la familia y los encargados de cuidar al niño, por lo que se deben evitar las actividades que involucren el intercambio de saliva, como: compartir utensilios, limpiar el chupón con la boca antes de ser utilizado, etc. Todas estas medidas pueden ayudar al niño a disminuir la adquisición de microorganismos cariogénicos. Las madres son la fuente principal de bacterias cariogénicas para sus

hijos y el consumo de sacarosa regula la expresión de la enfermedad.

2.1.2.3.3 SUSTRATO

BOJ, J.R. (2004)

Las bacterias cariogénicas dependen de una fuente de sustrato externa para producir energía y polisacáridos extracelulares adhesivos, y el ácido es un producto colateral de este metabolismo. Este sustrato consiste en la ingesta principalmente de azúcares o hidratos de carbono simples, monosacáridos y disacáridos, fructosa, glucosa y sacarosa, siendo este último el más cariogénico ya que es el único sustrato del que se sirve el *S. mutans* para producir glucanos, que es el responsable de su adhesión a la placa dental. Los hidratos de carbono más complejos o féculas no son solubles en el fluido bucal, deben ser previamente metabolizados a maltosa por la amilasa salival antes de que lo pueda utilizar la placa bacteriana. Por tanto la mayor parte de estos hidratos de carbono de cadena larga sufren aclaramiento bucal antes de que puedan ser metabolizados. Sin embargo la forma y frecuencia del consumo es más importante que la cantidad de azúcares consumida. El pH en boca cae por debajo de 5,5 (valor crítico que favorece la desmineralización del esmalte, a los 3-5 minutos después de la ingesta y tarda entre 30-60 minutos en alcanzar el pH neutro de 7. Por tanto, la mayor frecuencia de la ingesta entre horas o la presencia de azúcares más viscosos que favorecen su retención sobre las superficies dentarias o un déficit de aclaramiento bucal facilitan la aparición de caries, al prolongar los niveles de pH bajos en el medio bucal.

PINKHAM, J.R. (2001)

Es importante establecer los hábitos alimentarios que fomenten el crecimiento y el desarrollo físico al igual que la salud bucal óptima. Aunque continúan realizándose numerosas investigaciones para determinar el potencial de diversos alimentos en la activación de enfermedades dentales, las pruebas disponibles en la actualidad sugieren que la solubilidad y la adhesión de los alimentos son factores muy importantes. Los alimentos que se adhieren a los dientes y tejidos por mucho tiempo, y los que se disuelven con lentitud, son los que más tienden a producir ácidos que disminuyen el pH del medio bucal. Un pH de 5.5 proporciona un entorno para la proliferación bacteriana y la descalcificación del esmalte.

LOSSO, M. Y COL (2009)

El sustrato es esencial para la viabilidad celular de la proliferación, y la agregación. Hay una fuerte asociación entre la frecuencia de la ingesta de hidratos de carbono, principalmente sacarosa, y experiencia de caries, especialmente si dicho contacto se produce entre las comidas y durante el sueño, cuando el efecto protector de la saliva está ausente, ya que el flujo de saliva se reduce.

CARBOHIDRATOS FERMENTABLES

ALONSO, M.J. Y COL (2009)

No hay duda del papel de los **carbohidratos** en la iniciación de la caries, siendo la sacarosa (disacárido compuesto de glucosa y fructosa) el mayor contribuyente de la caries dental, donde muchos de los estreptococos orales, incluyendo el E. mutans, pueden producir glucanos y fructanos por medio de las enzimas glucosiltransferasas, permitiendo que se acumulen en las superficies dentales y ocasionen la destrucción del esmalte.

DIETA INICIAL DEL LACTANTE

PINKHAM J.R (2001)

La dieta inicial del lactante consiste básicamente en leche, ya sea materna de fórmula o ambas. Si se comparan los potenciales acidógenos y de disolución del esmalte, parece ser que la leche materna disminuye el pH de la placa dental más que de la vaca, la cual tiene mayor contenido de calcio, fósforo y proteínas, y 4% de lactosa, a diferencia del 7% de lactosa que contiene la leche materna (Rugg-Gunn et.al., 1985).

En consecuencia, la leche humana y la bovina pueden inducir caries, y cuando se le proporciona de manera inadecuada a lactantes que no reciben aseo bucal diario.

La leche produce caries tempranas, por ninguna razón debe tranquilizarse al lactante inquieto con una mamila que contenga leche u otras bebidas endulzadas, durante el día, a la hora de la siesta diurna ni al acostarse por la noche. Cuando los lactantes están acostumbrados a tomar mamila a la hora de la siesta o al acostarse por la noche, los padres deben permanecer mientras su hijo la termina, después acostarlo sin la mamila. En caso de que necesite succionar más, es preferible proporcionarle un chupete. Si los progenitores insisten en dar mamila a sus hijos a la hora de acostarse, el contenido deberá limitarse a agua sola.

LECHE MATERNA

PINKHAM J.R (2001)

La alimentación con leche materna es habitual en algunos países, ante todo en los meses consecutivos al nacimiento. Como se señaló la leche materna puede fomentar la producción de ácidos y producir desmineralización del esmalte. Los lactantes a quienes se amamanta a "libre demanda" piden el pecho hasta 10 a 40 veces en un periodo de 24 horas. No obstante, muchos expertos consideran que los beneficios de esta alimentación compensan

sobremanera cualquier efecto nocivo. Los odontólogos deben aconsejar la limpieza bucal frecuente a las madres que amamantan a demanda. Aunque se han indicado en investigaciones que la mayoría de los lactantes en EEUU reciben otros alimentos además de la leche materna o formulas lácteas a los dos meses de edad, los nutriólogos pediátricos recomiendan satisfacer todas las necesidades de nutrición con leche materna o formulas lácteas hasta los 5 o 6 meses, edad en la cual se recomienda la adición de cereales con complemento de hierro, para luego agregar uno o dos alimentos nuevos. El fomento de hábitos alimentarios correctos durante la lactancia permite continuar los hábitos sanos en etapas posteriores.

Es usual la adición de alimentos diversos cuando brotan los dientes posteriores y el pequeño empieza a comer en silla alta. Los padres deben recibir asesoría sobre alimentos adecuados, que además de nutritivos sean apropiados para la salud dental, los alimentos que se comen con los dedos (frutas blandas y vegetales, cereales sin cubierta de azúcar, cubos de gelatina, quesos y galletas sin sal) son aceptables y deben introducirse mientras el lactante desarrolla los patrones de masticación y los reflejos de deglución, que le permitirán comer estos alimentos nuevos. Es necesario evitar los alimentos que contengan alto porcentaje de carbohidratos, que se adhieran a los dientes o que sea de disolución lenta. Los jugos de frutas naturales y con complementos artificiales se incluyen con frecuencia en los alimentos del lactante. Sin embargo los pediatras recomiendan administrarlos solo en taza, y no en mamila, ya que esto puede originar caries temprana.

LACTANCIA ARTIFICIAL

NAVARRA, A.B. Y COL. (1999)

En cuanto al biberón el hábito puede ser nocturno o diurno, lo que determinará patrones distintos de afectación de los dientes. El más frecuente es el patrón nocturno, en el que el niño se queda dormido con el biberón en la boca, y esto, unido a la disminución del flujo salivar que se produce durante el sueño agrava la situación dando lugar a un ambiente altamente cariogénico. Cuando el hábito es diurno, "niños que llevan el biberón a cuestas todo el día", se afectan menos los incisivos superiores y aparecen caries en lingual de molares mandibulares. Existe cierta controversia sobre si la leche bovina y la leche materna son cariogénicas. En condiciones dietéticas normales, la leche tiene baja cariogenicidad pese a que su contenido en lactosa representa un potencial poder cariogénico, pero la presencia de elementos como el calcio, el fósforo y proteínas como la caseína, suponen un papel protector. Sin embargo, algunos autores piensan que los radicales ácidos producidos en la metabolización de la lactosa presente en la leche humana y bovina, pueden desmineralizar el esmalte de los dientes, y han observado que la caries es debida al potencial descalcificador de la lactosa. Para la mayoría de autores la leche constituye el factor causal más importante de la caries del biberón siempre y cuando se tome de una forma regular durante más tiempo del considerado normal para el destete.

2.1.2.3.4 TIEMPO

ANTICONA, C. (2006)

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.

GALARNEAU, CH. Y COL (2006)

Veinte y nueve por ciento de las madres exponen a sus hijos a la caries dental por llevarlos a la cama todas las noches con una botella de leche. Estudios han demostrado que cuando la flora oral entra en contacto con la lactosa, **el aumento de frecuencia y por períodos más largos de tiempo**, las bacterias cariogénicas metabolizan la lactosa rápidamente, causando así un riesgo para el desarrollo de la caries de la temprana infancia (ECC). Según estudios, el uso diario de un biberón con leche de vaca antes de dormir puede ser suficiente para desmineralizar el esmalte, mientras que su uso ocasional no parece aumentar el riesgo de (ECC). A pesar de los esfuerzos de los proveedores de atención odontológica para aumentar la concienciación de los padres de la función de azúcar en el desarrollo de la (ECC), algunas madres aún recurren al uso de alimentos azucarados para calmar a sus hijos antes de dormir: 9% dan algo dulce, el 9% dan una bebida altamente cariogénicos, ya sea en una taza o en una botella que se ha tomado directamente en la cama, mientras que el 2% dan dulces. Y aunque estas madres utilizan estos alimentos cariogénicos para aliviar a sus hijos, la mayoría de ellas también utilizan otras estrategias que no implican alimentos cariogénicos.

2.1.2.4 PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. (2008)

Para disminuir el riesgo de desarrollar ECC, una enfermedad infecciosa potencialmente devastadora, la AAPD recomienda las siguientes medidas preventivas a profesionales y en el hogar, las cuales incluyen prácticas de alimentación apropiadas que no contribuyen al riesgo de caries en el niño.

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

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

3. Implementar medidas de limpieza dental a partir de la erupción del primer diente, después de cada toma de alimento, ya que estos dientes recién erupcionados presentan un esmalte inmaduro y los dientes con hipoplasia pueden tener un mayor riesgo de desarrollar caries.

- Si el niño se queda dormido mientras se está alimentando, los dientes se deben limpiar antes de acostar al niño.

- En niños dentados se recomienda el uso diario de una pasta con fluoruro, de preferencia a dosis bajas y alta frecuencia, dos veces al día, ya que ofrece muchos más beneficios que una sola vez al día. Los niños menores de dos años deben utilizar solamente una capa delgada de pasta sobre el cepillo dental para disminuir el riesgo de fluorosis, y niños de dos a cinco años deben emplear la cantidad de pasta dental equivalente al tamaño de un chicharo.

El cepillo debe ser blando, de tamaño adecuado a su edad y los padres deben realizar o asistir el cepillado.

- Se debe iniciar el empleo del hilo dental (asistido), cuando las superficies de los dientes adyacentes no puedan ser limpiadas por el cepillo dental.

4. Evaluar el riesgo de caries en el niño y brindar educación a los padres para la prevención de enfermedades bucales, entre los seis primeros meses de la erupción del primer diente y por los siguientes 12 meses.

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

- Se debe evitar el pecho a libre demanda después de que el primer diente comience a erupcionar y que otros carbohidratos sean introducidos en la dieta.

- Los padres deben alentar el uso de tazas al llegar el primer año de edad, retirando el biberón entre los 12 y 14 meses de edad.

- Se debe evitar el consumo repetitivo de cualquier líquido que contenga carbohidratos fermentados por medio de biberón o tazas entrenadoras.

- Se deben evitar refrigerios entre comidas y exposiciones prolongadas de alimentos y jugos u otras bebidas que contengan carbohidratos fermentables.

- No es recomendable que los niños entre uno y seis años consuman más de cuatro a seis onzas de jugo de frutas por día, en taza (en biberón o en taza entrenadora) como parte de la comida.

- Si el niño requiere el uso de un chupón, éste debe estar limpio y sin ningún carbohidrato fermentable.

2.1.2.5 FLUOR

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. (2008)

El flúor, un elemento natural, ha sido fundamental en la disminución generalizada de la caries dental. Los mecanismos de fluoruro son tópicos y sistémicos, con pruebas que apuntan a un mayor efecto tópico. El fluoruro reduce la disolución del esmalte, mientras que se estimula a la remineralización. También son significativos los efectos antimicrobianos de los fluoruros en pH bajo.

El suministro de fluoruro incluye: basado en la comunidad, aplicación profesional, y la modalidad de auto-administración. La fluorización del agua es una intervención basada en la comunidad que optimiza el nivel de fluoruro en el agua potable, resultando la protección pre eruptivo y pos eruptivo de los dientes. La fluorización del agua es un medio rentable para prevenir la caries dental, en el costo de vida por persona, equivale a menos del costo de una restauración dental. En resumen, el agua fluorada es la forma más barata y más eficaz para entregar beneficios anticaries a las comunidades.

Aplicación profesional de fluoruros tópicos, tienen mayor efecto en la prevención de caries y debe aplicarse a intervalos regulares. La aplicación profesional de fluoruros tópicos, incluyen gel de espuma, enjuagues, y el barniz. La aplicación profesional de fluoruros tópicos son seguros y eficaces, los barnices tiene la ventaja de la adhesión a la superficie del diente, disminuyendo la probabilidad de ingestión, y aumentar el tiempo de contacto entre el flúor y la superficie del diente. En la dentición primaria, la eficacia del barniz oscila entre 30% y el 63,2%, de un análisis del número de aplicaciones de barniz de flúor-recibió como resultado un efecto de dosis-respuesta que fue reforzada cuando se combina con la consejería.

Por último, la auto-administración de fluoruros, incluyendo suplementos de flúor en la dieta y la crema dental fluorada, han demostrado ser eficaces, la reducción de caries asociadas con la auto-administración de suplementos de fluoruro oscila entre el 32% al 72% en la dentición

primaria. En los niños, niñas y adolescentes, las pastas dentales con flúor, enjuagues bucales, y geles, reducen la caries dental en un grado similar. La decisión de utilizar terapias de flúor debe balancear el riesgo de caries contra el riesgo de fluorosis del esmalte (hipomineralización del esmalte en desarrollo causada por la ingestión de fluoruro en exceso). Los pacientes con mayor riesgo a tener caries dentales son candidatos para utilizar una terapia más agresiva de flúor. En pacientes susceptibles a la caries y las fuentes de flúor en la dieta (por ejemplo, los suministros de agua, bebidas, alimentos preparados, pasta de dientes) se debe considerar antes de recomendar tratamientos con flúor. La Fluorosis dental se desarrolla antes de la maduración dental y, la aparición por lo general es en niños menores de 8 años. El riesgo de fluorosis dental es una preocupación estética, con formas muy leves o leves observadas con más frecuencia en la población general.

RECOMENDACIONES PARA LOS PROFESIONALES PEDIÁTRICOS

Una evaluación del riesgo de la salud oral debe aplicarse periódicamente a todos los niños.

La evaluación del riesgo de la salud oral se debe recomendar a los profesionales sanitarios que están en programas de formación y los que actualmente administran atención a los niños.

La asesoría nutricional para la salud oral óptima debe ser un componente de la consejería de salud general.

La orientación anticipada para la salud oral debe ser un parte integral de asesoramiento completo al paciente.

La administración de todas las modalidades de flúor debe ser basado en el riesgo individual de caries. Los pacientes que tienen un alto riesgo son candidatos a considerar a mayor exposición intensiva de flúor después del

asesoramiento dietético y la instrucción de higiene oral a diferencia de los pacientes con un menor riesgo de caries.

Se recomienda la supervisión en el uso de pasta dental con fluoruro, para todos los niños dentados.

La aplicación de flúor barniz por el profesional médico es apropiada para los pacientes con riesgo significativo de caries que no pueden asistir a un consultorio dental.

Cada niño debe tener un consultorio dental establecido durante el 1 año de edad.

Se debe establecer una relación de colaboración con los dentistas locales para optimizar la disponibilidad de una clínica dental.

2.1.2.6 NIVEL DE CONOCIMIENTO

ANDER, E. (1987)

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

ROJAS, P. M. (2008)

Aprendizaje adquirido estimado en una escala que puede ser cualitativa (bueno, regular, malo) o cuantitativa (del 0 al 20).

NONAKA, I. Y COL (1995)

Concibe al conocimiento como un proceso humano dinámico de justificación de la creencia personal en busca de la verdad.

2.1.2.7 ACTITUD

ANDER, E. (1987)

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”.

VANDER, J. (1986)

“Tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación”.

2.1.3 MARCO CONCEPTUAL

NIVEL DE CONOCIMIENTO

Para la presente investigación los autores definen nivel de conocimiento en caries de la primera infancia a la interacción continua entre el profesional, en este caso, el médico pediatra, con una serie de elementos como la teoría, la práctica, la educación e investigación relacionados al tema, siendo este proceso permanente.

ACTITUD

Para la presente investigación los autores definen actitud en caries de la primera infancia como conductas o comportamientos que un médico pediatra debe adquirir, a partir de los conocimientos básicos sobre el tema en estudio, existe una tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera del médico pediatra a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación.

2.2 HIPÓTESIS

Existe relación entre el Nivel de Conocimiento y Actitud de los Médicos Pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la Ciudad de Iquitos-2011.

2.3 VARIABLES

2.3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Nivel de conocimientos de los médicos pediatras respecto a la CPI

2.3.2 VARIABLES DEPENDIENTES:

Actitud de los medios pediatras respecto a CPI

2.4 INDICADORES E INDICES

Las variables dependientes tienen los siguientes indicadores e índices.

Variables	Indicadores	Índice
Nivel de conocimiento	Suficiente o adecuado	7 a 12
	Insuficiente o inadecuado	0 a 6
Actitud	Favorable $\geq 70\%$	31-55
	Desfavorables $< 70\%$	11-30.

CAPITULO III

3.1 METODOLOGÍA

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

POLIT, D. et al. (2000).

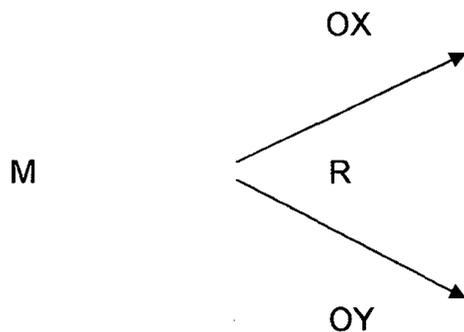
En el presente, el tipo de investigación que se empleo de acuerdo a la naturaleza del objeto de estudio es CUANTITATIVO porque se plantea el problema, los objetivos, hipótesis, búsqueda bibliográfica (marco teórico) para luego realizar la recolección sistemática de información, así como su procesamiento, análisis e interpretación, para dar respuesta a lo planteado.

3.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

HERNADEZ, R. et al (2007).

El Diseño que se asume en el estudio es el NO EXPERIMENTAL, porque nos permitirá analizar el fenómeno tal como se encuentra naturalmente dentro de la realidad; CORRELACIONAL, porque determinará la relación existente entre las variables conocimiento y actitud sobre salud bucal; TRANSVERSAL, porque el estudio se llevará a cabo en un semestre académico y PROSPECTIVO, porque los resultados se darán a través de la variable independiente para identificar el efecto en la variable dependiente.

Este diseño tiene el siguiente diagrama:



Especificaciones:

M : Muestra

O : Observaciones

X, Y: Subíndices (Observaciones obtenidas en cada una de las variables)

R : Indica la asociación entre las variables de estudio.

3.1.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1.3.1 POBLACIÓN

La población del presente estudio estará conformada por 26 médicos pediatras inscritos en el Colegio Médico del Perú que ejercen en la ciudad de Iquitos. Se utilizó la base de datos de los médicos pediatras del Colegio Médico del Perú.

3.1.3.2 MUESTRA

Para el presente estudio se trabajara con toda la población de médicos pediatras existentes en la ciudad de Iquitos.

3.1.4 PROCEDIMIENTOS, TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

3.1.4.1 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- 1) Solicito apoyo al Colegio Médico y a la Filial de la Sociedad Peruana de Pediatría.
- 2) Ubicamos a los médicos pediatras en sus respectivos centros laborales (consultorios privados, hospitales, etc).
- 3) Se entrego un cuestionario en forma personal, las cuales fueron respondidos en forma anónima y se recogieron después de 2 semanas, el médico pediatra lo entrego en un sobre cerrado para respetar el anonimato.

3.1.4.2 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró un cuestionario, tomando como Referencia la Guía del manejo pediátrico de la salud oral para los profesionales de la salud “A health professional’s guide to pediatric oral health managment” y la Guía de medición del riesgo de salud oral “Guide for oral health risk assessment training” publicadas por la Academia Americana de Pediatría (2003). Adicionalmente, el cuestionario fue calibrado con un juicio de expertos y sometido a una prueba piloto. La estructura del cuestionario consta de las siguientes partes:

1ª parte: Generalidades, incluye datos del profesional como número de años de servicio. Adicionalmente, se pregunta si ha recibido últimamente información sobre salud oral en los infantes y de donde la ha obtenido.

2ª parte: Conocimientos, consta de 12 preguntas cerradas (de respuesta múltiple), divididas en 3 grupos, cada grupo corresponde a uno de los temas que el médico pediatra debe conocer sobre caries de la primera infancia: Etiología, diagnostico y Prevención. Cada pregunta tiene 5 alternativas de respuesta, siendo una de ellas la correcta. Las alternativas fueron codificadas de la siguiente manera:

Respuesta correcta: 1 punto

Respuesta incorrecta: 0 puntos

Haciendo un total de 12 puntos.

3ª parte: Actitudes, consta de 13 enunciados de los cuales 2 son de control, orientados a evaluar la actitud. Cada enunciado con cinco alternativas de respuesta según la escala tipo Likert.

3.1.4.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará el siguiente instrumento:

Cuestionario Sobre el nivel de conocimientos y actitud respecto a caries de la primera infancia a los médicos pediatras.

3.1.5 PRUEBA DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Se determinó mediante el juicio de expertos o método Delphi, los expertos fueron: Lic. Heydi Paredes Isuiza, C.D Mauro M. Echevarría Chong, C.D René Márquez, CD. Eduardo Velasco, Psic. Manuel Ríos Pezo, C.D Freddy Luis Wong Pérez, M.C. Ostin Fernández Campos, C.D Iris Vela Sandoval y C.D Romina Grisel Gómez Ruíz; los resultados de la revisión se muestran en la tabla de criterios para determinar la validez de un instrumento de recolección de datos para este caso el mismo que debe analizar como mínimo 0.70 en el coeficiente de correlación calculado:

CRITERIOS DE EVALUACION PARA DETERMINAR LA VALIDEZ DE UN INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS A TRAVES DEL JUICIO DE EXPERTOS

Nº	EXPERTO	INSTRUMENTO (Cuestionario)			
		conocimiento		actitud	
		Ítems Correc tos	%	Ítems Correct os	%
1	Lic. Heydi Paredes Isuiza.	12	100.0	13	100.0
2	C.D Mauro M. Echevarría Chong	11	91.6	12	92.3
3	C.D René Márquez	12	100.0	13	100.0
4	CD. Eduardo Velasco	12	100.0	13	100.0
5	Psic. Manuel Ríos Pezo	12	100.0	13	100.0
6	C.D Freddy Luis Wong Pérez	12	100.0	13	100.0
7	M.C Ostin Fernández Campos	11	91.6	13	100.0
8	CD. Iris Vela Sandoval	10	83.3	11	84.6
9	CD. Romina Grisel Gómez Ruíz	10	83.3	11	84.6
TOTAL		849.8		861.5	

EVALUACION DE LA VALIDEZ:

INTERVALOS DEL PORCENTAJE	TIPO DE VALIDEZ
0 - 24	Muy baja
25 - 49	Baja
50 - 69	Regular
70 - 89	Aceptable
90 - 100	Elevada

VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

$$\text{Validez} = \frac{849.8}{9} = 94.4\%$$

Interpretación de la validez: de acuerdo a los instrumentos revisados por juicio de expertos se obtuvo una validez del **94.4%**; encontrándose dentro del parámetro del intervalo establecido; considerándose como Validez Elevada.

CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

La Confiabilidad para el cuestionario de conocimiento de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia, se llevó a cabo mediante el método de intercorrelación de ítems cuyo coeficiente es el Alfa de Cronbach; los resultados obtenidos se muestran a continuación.

Estadísticos de confiabilidad para el cuestionario de conocimiento de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia

Alfa de Cronbach para el cuestionario de conocimiento de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Nº de ítems
0.797	0.800	12

La confiabilidad del cuestionario de conocimiento de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia según el coeficiente Alfa de Cronbach fue mayor de 0,70 (**0.800 ó 80.0%**) que es considerado Confiable para su aplicación.

VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE ACTITUD DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

$$Validez = \frac{861.5}{9} = 95.7\%$$

Interpretación de la validez: de acuerdo a los instrumentos revisados por juicio de expertos se obtuvo una validez del **95.7%**; encontrándose dentro del parámetro del intervalo establecido; considerándose como Validez Elevada.

CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE ACTITUD DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

Al igual que el instrumento anterior la Confiabilidad de la actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia, se realizó mediante el método de intercorrelación de ítems cuyo coeficiente es el Alfa de Cronbach cuyos resultados se detallan a continuación.

Estadísticos de confiabilidad para el cuestionario de actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia

Alfa de Cronbach para el cuestionario de actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Nº de ítems
0.816	0.820	13

La confiabilidad del cuestionario de actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia según el coeficiente Alfa de Cronbach fue mayor de 0,70 (**0.820 ó 82.0%**) que es considerado altamente confiable para su aplicación.

3.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de los **datos univariados** se usaron tablas de frecuencias simples, porcentajes y gráficos.

Para el análisis de los **datos Bivariados** se utilizó la prueba estadística paramétrica de correlación de Pearson y se usaron tablas de contingencia con sus respectivos porcentajes

Para llevar a cabo la prueba de la hipótesis planteada se utilizo la prueba T. Todo el procesamiento se llevo a cabo con los programas Excel, Word y paquete estadístico SPSS Versión 18.0.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Se aplico un cuestionario de 3 partes: datos demográficos, conocimiento y actitud de los médicos pediatras, la población estimada lo constituyo 26 médicos pediatras que ejercen la especialidad en la ciudad de Iquitos. Se trabajo con el 100% de la población la cual respondieron en su totalidad.

El presente trabajo de investigación se utilizo la estadística descriptiva en el análisis. Así mismo se llevo a cabo la prueba de la hipótesis planteada se utilizo la prueba estadística paramétrica de correlación de Pearson para determinar la asociación de las variables en estudio. El paquete estadístico que se empleo es el SPSS versión 18 para Windows XP. El nivel de Confianza para la prueba fue del 98.9% de del nivel de conocimiento y 98.29% de actitud. El análisis Descriptivo a través de la interpretación de medidas de tendencia central y de dispersión como la media aritmética y desviación estándar, frecuencias y porcentajes en tablas y gráficos estadísticos univariados y bivariados.

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

TABLA 01

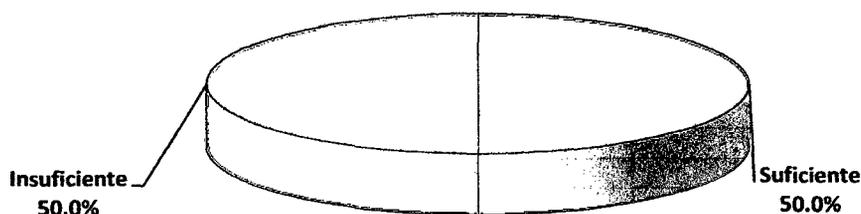
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LA CIUDAD DE IQUITOS-2011

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
Suficiente	13	50.0
Insuficiente	13	50.0
Total	26	100.0

$\bar{X} \pm S$ 6.50 ± 2.421

GRÁFICO 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LA CIUDAD DE IQUITOS-2011



De la distribución de la variable independiente, conocimiento de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de Iquitos, según el cuestionario aplicados a 26 médicos, se aprecia que promedio alcanzado fue de 6.50 puntos con una desviación típica de ± 2.421 puntos, valor que se ubica en conocimiento suficiente e insuficiente respectivamente, en cuanto a la distribución se observa que 50.0% (13

médicos pediatras) presentaron conocimiento suficiente y 50.0% (13 médicos pediatras) conocimiento insuficiente.

TABLA 02

ITEMS DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LA CIUDAD DE IQUITOS-2011

Ítems De Conocimiento de los Médicos Pediatras Respecto a la Prevención de Caries de la Primera Infancia	RESPUESTA			
	Correcta		Incorrecta	
	N°	%	N°	%
¿Cuál de los siguientes factores no está asociado a la producción de caries dental en infantes?	7	26.9	19	73.1
¿Cuál de estas descripciones no corresponde a una lesión dental producida por caries?	4	15.4	22	84.6
¿A qué pueden corresponder las manchas blancas que se observan en las	14	53.8	12	46.2
¿Cuál es la principal bacteria causante de la caries dental	12	46.2	14	53.8
Respecto a la transmisión (contagio) de la caries ¿Qué alternativa es correcta?	8	30.8	18	69.2
¿Cuál de estos alimentos es el más cariogénico para el infante?	25	96.2	1	3.8
¿Sobre la lactancia artificial (biberón) ¿qué alternativa es correcta?	20	76.9	6	23.1
¿Respecto a la higiene bucodental del infante ¿cuándo debe iniciarse?	22	84.6	4	15.4
¿Cuál es la edad ideal en el infante, recomendada para realizar la primera consulta odontológica con respecto a la caries dental?	17	65.4	9	34.6
¿Cuándo debe iniciarse la aplicación tópica de flúor en el infante?	12	46.2	14	53.8
¿Cuál es la mejor forma de administración de flúor para los infantes?	18	69.2	8	30.8
¿Cuál de estas enfermedades puede ser una consecuencia de la caries en la primera infancia?	8	30.8	18	69.2

De las respuestas a los ítems del cuestionario de conocimiento de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia aplicados a 26 médicos pediatras de la ciudad de Iquitos, se aprecia que los ítems con

mayor porcentaje de respuestas incorrectas fueron; Ítem1 referido a los factores no asociados a la producción de caries dental en infantes con 73.1%, Ítem2 respecto a las descripciones de una lesión dental producida por caries con 86.4%, Ítem4 que hace mención a la principal bacteria causante de la caries dental con 53.8%, Ítem5 referida al contagio de las caries dental en 69.2%, Ítem10 respecto al inicio de la aplicación tópica de flúor en el infante en 53.8% y el Ítem12 sobre las enfermedades que puede ser causantes por las caries con 69.2%. (Tabla y gráfico 02)

GRÁFICO 02

ITEMS DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LA CIUDAD DE QUITOS-2011

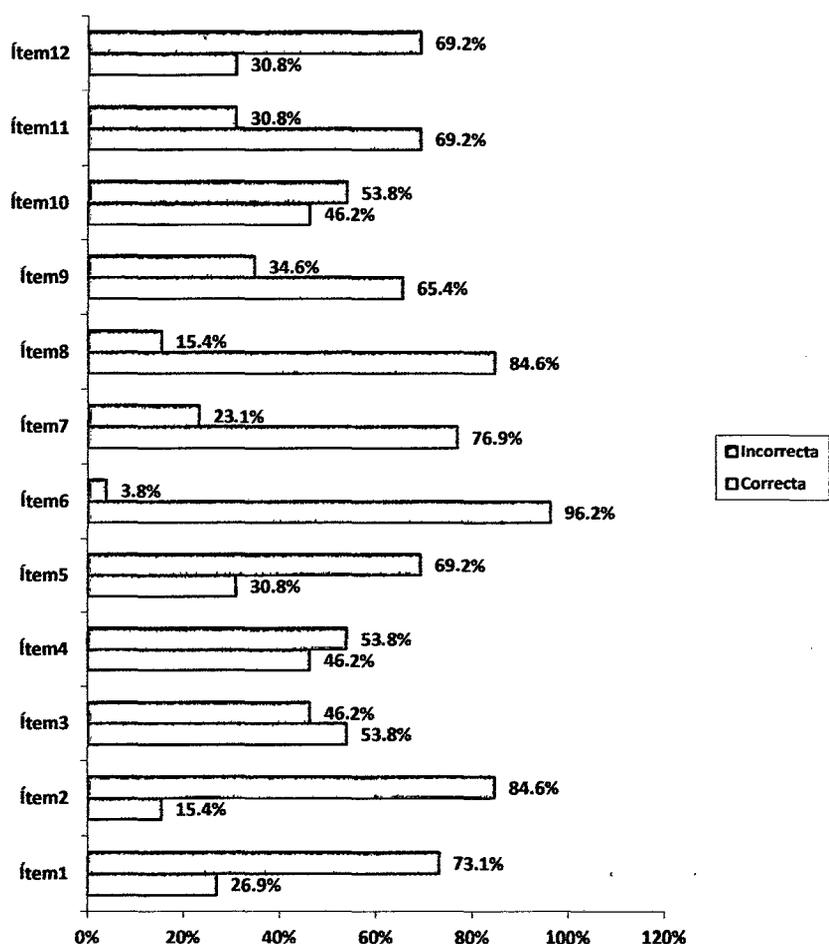
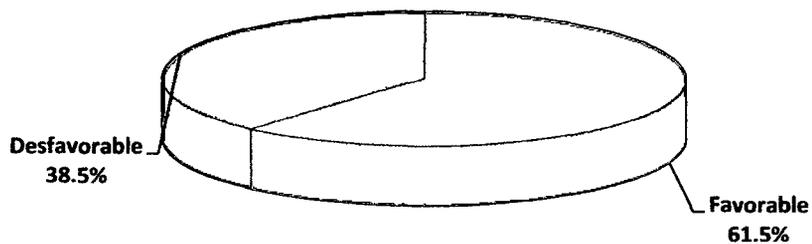


TABLA 03
NIVEL DE ACTITUD DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA
PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LA CIUDAD DE
IQUITOS-2011

ACTITUD DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA	N°	%
Favorable	16	61.5
Desfavorable	10	38.5
Total	26	100.0

$\bar{X} \pm S$ **46.31 \pm 6.698**

GRÁFICO 03
NIVEL DE ACTITUD DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA
PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LA CIUDAD DE
IQUITOS-2011



En cuanto a la distribución de la variable dependiente, nivel de actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de Iquitos, de acuerdo al cuestionario tipo Likert aplicados a 26 médicos, se aprecia que el puntaje promedio es de 46.31 con una desviación típica de ± 6.698 , el mismo que se ubica en el nivel de actitud favorable, con respecto a la distribución de los niveles de actitud se tiene que 61.5% (16

médicos) de los médicos pediatras calificaron en actitud favorable y 38.5% (10 médicos) en actitud desfavorable.

TABLA 04

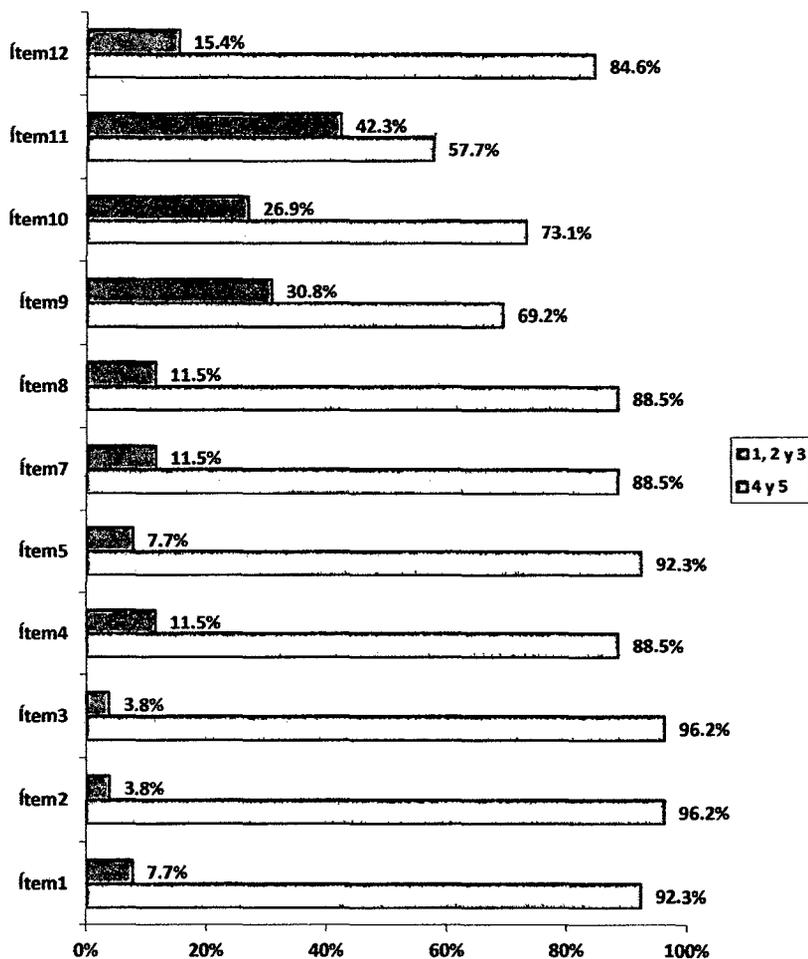
ITEMS DE ACTITUD DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LA CIUDAD DE IQUITOS-2011

ITEMS DE ACTITUD SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA	PUNTAJES			
	4 y 5		1, 2 y 3	
	n	%	n	%
1. Siendo la caries dental una enfermedad prevalente en la infancia, el médico pediatra debe participar en su identificación y manejo preventivo.	24	92.3	2	7.7
2. El médico pediatra debe proporcionar información y consejo sobre salud oral de los infantes, a los padres.	25	96.2	1	3.8
3. El odontólogo debe proporcionar información y consejo sobre la salud oral de los infantes a los padres.	25	96.2	1	3.8
4. El ginecólogo obstetra debe proporcionar información sobre la salud oral de los infantes a las madres gestantes y derivarlas al odontólogo.	23	88.5	3	11.5
5. el estado de salud bucal afecta de alguna forma el estado de salud general del infante.	24	92.3	2	7.7
7. Se debe derivar al infante donde el odontólogo cuando se observan lesiones cariosas y también cuando no se observen lesiones cariosas.	23	88.5	3	11.5
8. El médico pediatra debería observar la cavidad bucal e identificar presencia de lesión cariosa, en las consultas de "control del niño sano"	23	88.5	3	11.5
9. Sería recomendable que el médico pediatra pudiera recetar la aplicación de flúor a los infantes, según su edad y actividad de caries.	18	69.2	8	30.8
10. sería necesario que los programas curriculares de post grado de pediatría incluyan temas relacionados a la caries de la primera infancia.	19	73.1	7	26.9
11. El médico pediatra debería estar capacitado para atender las emergencias odontológicas.	15	57.7	11	42.3
12. la caries de la primera infancia debería ser un objetivo dentro de la estrategia de atención integrada de enfermedades más prevalentes de la infancia (OPS) en la población peruana.	22	84.6	4	15.4

La tabla y gráfico 04 muestra las respuestas a los ítems del cuestionario de actitudes de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia a 26 médicos pediatras de la ciudad de Iquitos, del que se observa, que los 11 ítems alcanzaron porcentajes por encima del 57% con respuestas de puntajes de 4 y 5 puntos razón por la cual la mayoría de los médicos pediatras presentaron actitud favorable hacia la prevención de las caries dental en la primera infancia.

GRÁFICO 04

ITEMS DE ACTITUD DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LA CIUDAD DE IQUITOS-2011



4.2 Análisis Bivariado

TABLA 05

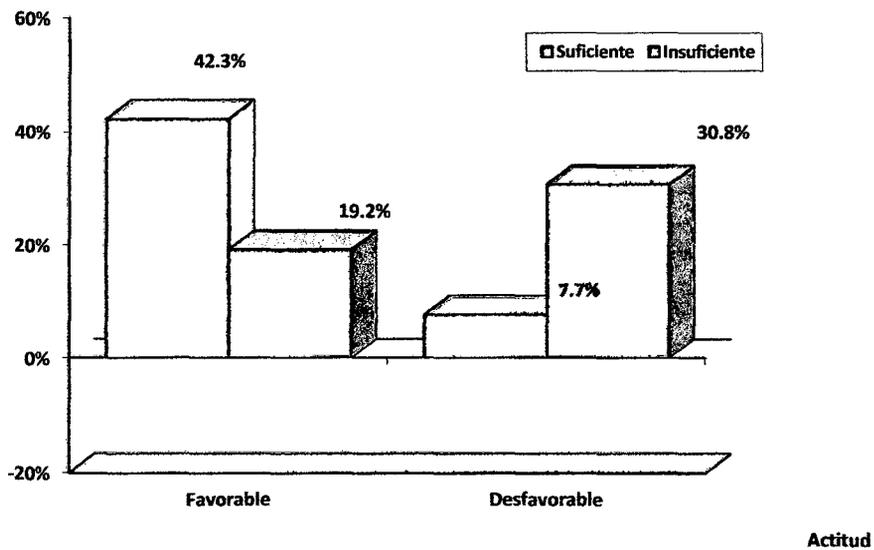
NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LA CIUDAD DE IQUITOS-2011

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ACTITUD				TOTAL	
	Favorable		Desfavorable		N°	%
	N°	%	N°	%		
Suficiente	11	42.3	2	7.7	13	50.0
Insuficiente	5	19.2	8	30.8	13	50.0
TOTAL	16	61.5	10	38.5	26	100

$r_{xy} = 0.419$

GRÁFICO 05

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS PEDIATRAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA DE LA CIUDAD DE IQUITOS-2011



De la tabla y gráfico 05 sobre el nivel de conocimiento y actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de Iquitos, según el cuestionario de conocimiento y la escala de Likert para medir actitudes, aplicados a 26 médicos pediatras que participaron en el estudio, se aprecia que de 16 médicos pediatras (61.5%) con actitud favorable, 42.3% (11 médicos) presentaron conocimiento suficiente sobre prevención de caries de la primera infancia y 19.2% (5 médicos) conocimiento insuficiente. De 10 (38.5%) médicos con actitud desfavorable sobre prevención de caries de la primera infancia, 30.8% (8 médicos) presentaron conocimiento insuficiente y 7.7% (2 médicos) conocimiento suficiente. Así mismo se observa relación estadística directa entre el conocimiento y la actitud sobre prevención de caries de la primera infancia de médicos pediatras de la ciudad de Iquitos al aplicar el estimador del parámetro de correlación de Pearson: $r_{xy} = 0.419$, valor que significa que el conocimiento y las actitudes se relacionan directamente en el sentido de que mientras mayor sea el conocimiento sobre prevención de caries en la primera infancia más favorable será la actitud con respecto a estas medidas.

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Con la finalidad de contrastar la hipótesis planteada en la investigación, se procede a desarrollar el siguiente proceso de prueba de hipótesis en 5 pasos.

HIPÓTESIS:

“Existe relación entre el Nivel de Conocimiento y Actitud de los Médicos Pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la Ciudad de Iquitos”

Primer paso: Formulación de hipótesis

HIPÓTESIS

$$H_0 : r_{xy} = 0.419$$

$$H_a : r_{xy} \neq 0.419$$

Segundo paso: Selección del nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

Tercer paso: Estadístico de prueba

$$T = \frac{r_{xy}}{\sqrt{\frac{1 - r_{xy}^2}{n - 2}}}$$

T tabular con 26 grados de libertad y 5% de significancia ó 95% de confianza es igual a 2.05 en una prueba bilateral

$$T = \frac{0.419}{\sqrt{\frac{1 - (0.419)^2}{28 - 2}}} = 2.353$$

p = 0.038 (p < 0.05)

Cuarto paso: Regla de decisión

Rechazar la hipótesis nula si: $p < 0.05$ (programa SPSS ver 19); $p = 0.038$ ($p < 0.05$); además $T_{\text{calculado}} = 2.353 > T_{\text{tabular}} = 2.055$,

Quinto paso: Toma de decisión

Existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y actitud sobre prevención de caries de la primera infancia en médicos pediatras de la ciudad de Iquitos.

Conclusión

Existe evidencia empírica que demuestra la relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia.

CAPITULO V

DISCUSION

Los médicos pediatras podrían desempeñar un papel fundamental en proporcionar atención preventiva dental a sus pacientes disminuyendo la prevalencia de la caries de la primera infancia, siendo de vital importancia para este propósito incluir en el protocolo de atención del médico pediatra un examen a la cavidad oral básico, ya que ellos se encuentran en una posición única al ser los primeros en abordar al paciente, estando en primer contacto con los niños.

Existen trabajos que evalúan el rol del médico pediatra sobre la salud oral en general, nuestro estudio ha sido enfocado sobre Caries de la Primera Infancia. La CPI es una enfermedad multifactorial, la más infecciosa, es una condición que perjudica el desarrollo integral de los niños, al afectar sus funciones masticatoria, estética, fonética y tener importantes implicaciones psicológicas.

La población de nuestro estudio fueron los médicos pediatras inscritos en el Colegio Médico del Perú filial Iquitos, considerando que nuestra muestra ha sido pequeña, no sugiere que el resultado obtenido sea un reflejo del conocimiento de los médicos pediatras a nivel nacional, a diferencia de los resultados obtenidos por ROJAS (2008), que utilizó una muestra que incluyó a médicos pediatras que están distribuidos en todos los departamentos del país, lo cual le permitió obtener un resultado más cercano a la realidad, existen investigaciones a nivel local como los de ANTICONA(2006) y MELGAR(2005) que lo hicieron en "Lima" con una muestra de 72 y 115 médicos pediatras respectivamente y CONTRERAS (2003) que lo hizo con 24 médicos pediatras de la ciudad de "Huancayo", similares estudios se realizaron en "Italia" por DI GIUSEPPE (2006) que lo hizo con una muestra de 507, en "Canada" por PRAKASH (2006) con una muestra de 587 médicos pediatras, también lo hizo LEWIS (2000) en "Estados Unidos" con una muestra de 854.

En nuestro estudio para la recolección de datos enviamos un sobre de retorno el cual contenía una solicitud y un cuestionario de 3 partes, a similitud de DI GIUSEPPE, PRAKASH Y LEWIS que utilizaron el mismo procedimiento el de Dillman.

De las respuestas a los ítems del cuestionario de conocimiento sobre prevención de caries en la primera infancia aplicados a 26 médicos pediatras de la ciudad de Iquitos, se aprecia que los ítems con mayor porcentaje de respuestas incorrectas que indican un conocimiento insuficiente fueron; Ítem1 referido a los factores no asociados a la producción de caries dental en infantes, nuestro estudio afirma que el 73.1% de los médicos pediatras encuestados no cuenta con conocimiento, el estudio de ROJAS refiere que en un 45% no cuentan con conocimiento, en el estudio de DI GIUSEPPE los pediatras identificaron correctamente los factores de riesgo para las enfermedades bucodentales como el consumo de azúcar 95.8% aumenta el riesgo de caries, limpieza inadecuada de los dientes 98.6% y las técnicas de cepillado incorrecto 92.3% aumentan el riesgo de caries, mientras que en el estudio de PRAKASH los encuestados eran conscientes de los efectos de la alimentación con biberón, Ítem2 respecto a las descripciones de una lesión dental producida por caries en nuestro estudio el 86.4% de los pediatras encuestados no tienen conocimiento, mientras que en el estudio de PRAKASH solo el 46% de los pediatras no estaban seguros de que los puntos blancos o líneas en las superficies de los dientes fueran las primeras señales de caries, Ítem4 que hace mención a la principal bacteria causante de la caries dental nuestros resultados afirman que el 53.8% de pediatras no tienen conocimiento, a diferencia de ROJAS que indica que el 60% de pediatras cuentan con un nivel de conocimiento bueno, Ítem5 referida al contagio de las caries dental, en nuestra ciudad el 69.2% de los pediatras no cuentan con conocimiento, y el estudio de PRAKASH indica que el 53% de los pediatras no estaban seguros de que la transmisión de bacterias de la madre a niño causa las caries, Ítem10 respecto al inicio de la aplicación tópica de flúor en el infante, los pediatras de la ciudad de Iquitos no tienen conocimiento en un 53.8%, a diferencia del estudio de LEWIS donde el 60.8% de los pediatras sabían que a los 3 meses de edad no requieren suplementos de flúor y el Ítem12 sobre las enfermedades

que pueden ser causadas por las caries nuestro estudio indica que el 69.2% de los médicos pediatras no tienen conocimiento, ninguno de los autores de los que se tomo referencia para realizar el estudio hizo mención sobre las enfermedades que pueden ser causadas por la caries .

Según nuestro estudio el nivel de conocimiento sobre prevención de caries en la primera infancia en médicos pediatras de la ciudad de Iquitos fue suficiente en el 50.0% e insuficiente en el 50.0%, el estudio de ANTICONA refiere que presentan buen conocimiento en un 20.8%, conocimiento regular en un 56.9% y un conocimiento deficiente en un 22.2%, MELGAR dice que solo el 20.9% tuvo conocimiento bueno, CONTRERAS refiere que en esta investigación el 33.3% (8) pediatras tienen un buen conocimiento, 29.7% (7) pediatras un conocimiento regular y 37.5% (9) pediatras un conocimiento deficiente, según el estudio de LEWIS solo el 9% de los pediatras respondió correctamente las 4 preguntas de conocimiento, en el estudio de PRAKASH solo el 1.8% responden correctamente las 6 preguntas de conocimiento, en la investigación de DI GIUSEPPE solo el 56% conocía todos los principales factores de riesgo de la caries dental. Si bien es cierto nuestro porcentaje de conocimiento es alto comparada con el de ATINCONA, MELGAR y CONTRERAS, hay que tener en consideración que ellos incluyen mas categorías para conocimiento, (bueno regular y insuficiente).

De las respuestas a los ítems del cuestionario de actitud sobre prevención de caries en la primera infancia a 26 médicos pediatras de la ciudad de Iquitos, se aprecia que los ítems con mayor porcentaje de respuestas correctas que indican una actitud favorable fueron: item1 Siendo la caries dental una enfermedad prevalente en la infancia , el médico pediatra debe participar en su identificación y manejo preventivo, 92.3% de los pediatras de la ciudad de Iquitos tienen una actitud favorable, según PRAKASH mas del 80% de los pediatras informo que examinaron visualmente la cavidad bucal y los dientes de los niños, según DI GIUSEPPE el 94.8% creen que es su responsabilidad prevenir las enfermedades orales y llevar a cabo un examen oral 96.6%, según LEWIS más del 85% de los pediatras informaron que era probable o muy

probable que examinen los dientes de un niño para proporcionar asesoramiento preventivo en caries, ítem2 El médico pediatra debe proporcionar información y consejo sobre salud oral de los infantes, a los padres, el 96.2% de los pediatras de la ciudad de Iquitos tienen una actitud favorable. según PRAKASH 60.4% de los médicos pediatras declararon estar proporcionando asesoramiento a los padres, según DI GIUSEPPE EL 76.1% proveen materiales educativos a los padres acerca de las intervenciones para controlar las enfermedades bucodentales, según LEWIS más del 90% de los pediatras reconoció que la evaluación de los problemas dentales y consejería preventiva debe ser una parte de atención de rutina del niño proporcionada por el pediatra, Ítem3 El odontólogo debe proporcionar información y consejo sobre la salud oral de los infantes a los padres con un 96.2%. ítem5 El estado de salud bucal afecta de alguna forma el estado de salud general del infante con un 93.2%, ninguno de los autores de los que se tomo referencia hizo mención sobre los ítems3 y 5, ítem7 Se debe derivar al infante donde el odontólogo cuando se observan lesiones cariosas y también cuando no se observen lesiones cariosas, el 88.5% de los pediatras de la ciudad de Iquitos tienen una actitud favorable, según PRAKASH solo el 2.7% de los pediatras informo recomendar la primera visita dental antes del año de edad pero más a menudo aconsejan a los padres llevar a los niños al dentista cuando identificaron caries dental, según DI GIUSEPPE 40.6% informo que recomienda la visita al odontólogo una vez al año, , según LEWIS solo el 14.6% de los pediatras estaban de acuerdo con la remisión al odontólogo a los 12 meses de edad.

Ítem 10 Sería necesario que los programas curriculares de post grado de pediatría incluyan temas relacionados a la caries de la primera infancia, el 73.1 de los médicos pediatras de la ciudad de Iquitos muestran una actitud favorable. El estudio de DI GIUSEPPE indica que la gran mayoría (75%) se mostraron interesados en obtener mayor información, LEWIS más de un tercio informo que no hubo instrucciones relacionadas con la salud dental en la escuela de medicina y 42.3% informo que no recibieron instrucción sobre salud dental en el residentado. PRAKASH reporto que solo el 18.2% de los pediatras recibió capacitación de salud bucal en la escuela de medicina.

Según nuestro estudio el nivel de actitud sobre prevención de caries en la primera infancia en médicos pediatras de la ciudad de Iquitos fue favorable en un 61.5% y desfavorable en un 38.5%. ROJAS, refiere que el 81% de los médicos pediatras entrevistados tienen una actitud positiva, el 10 % un nivel de actitud negativa, y el 5.4% un nivel de actitud indiferente. CONTRERAS, en cuanto a actitud el 45.8% (11) pediatras tienen una actitud adecuada, 54.2% (13) pediatras un actitud inadecuada.

Según nuestro estudio existe evidencia empírica que demuestra la relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud sobre prevención de caries de la primera infancia en médicos pediatras de la ciudad de Iquitos.

ANTICONA, dice que Existe una relación directa estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre CPI en los pediatras del Instituto Especializado de Salud del Niño. ROJAS, dice que no existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre caries de la primera infancia en los pediatras del colegio médico del Perú. CONTRERAS, indica que no se encontró una relación entre conocimiento y actitudes, existe conocimiento deficiente y actitudes inadecuadas de los pediatras de la ciudad de Huancayo en relación a la salud bucal del infante. MELGAR, refiere que las conductas sobre salud bucal no se encuentran relacionadas con los conocimientos. La necesidad de interacción entre las áreas médicas y odontológicas se pone de manifiesto, los datos justifican la revisión de los currículos de medicina a fin de asegurar una adecuada transmisión de conocimientos en salud bucal.

Los resultados de nuestro estudio nos sugieren que aunque casi todos los pediatras creían que tenían una responsabilidad importante en la identificación, manejo preventivo y proporcionar información y consejo sobre salud oral de los infantes a los padres, desconocen algunos aspectos importantes de la Caries de la Primera Infancia, probablemente esto se deba a una supuesta falta de formación en la escuela de medicina o residencia y también la poca información del tema en los buscadores en la web. También se pudo identificar que existen problemas para remitir los pacientes al odontólogo, a veces por la

falta de interés de los padres o por falta de conocimiento de los temas de prevención por parte del médico pediatra. Sin embargo creemos que es un buen augurio para mejorar la promoción en caries de la primera infancia la colaboración, la prestancia y sobre todo la actitud positiva y el interés que todos los médicos pediatras mostraron hacia nuestra investigación.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

En base a los objetivos planteados y los resultados de la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Los sujetos del estudio seleccionados fueron los 26 médicos pediatras que existen en la ciudad de Iquitos de tal forma se trabajo con el universo total.
2. El nivel de conocimiento de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de Iquitos fue suficiente en el 50.0% e insuficiente en el 50.0% con un promedio de 6.50 y una desviación típica de ± 2.421 puntos del cuestionario de conocimiento aplicado.
3. Los Ítems del cuestionario de conocimiento de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de Iquitos, en los cuales tuvieron deficiencias en sus respuestas fueron los referidos a: los factores no asociados a la producción de caries dental en infantes con 73.1% (Ítem1), respecto a las descripciones de una lesión dental producida por caries con 86.4% (Ítem2), el que hace mención a la principal bacteria causante de la caries dental con 53.8% (Ítem4), el referido al contagio de las caries dental en 69.2% (Ítem5), el es respecto al inicio de la aplicación tópica de flúor en el infante en 53.8% (Ítem10) y sobre las enfermedades que puede ser causantes por las caries con 69.2% (Ítem12).
4. La actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de Iquitos fue favorable en 61.5% obteniéndose una media de 46.31 % con una desviación típica de ± 6.698 puntos del cuestionario de actitud aplicado.
5. Todos los Ítems del cuestionario de actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de

Iquitos alcanzaron respuestas positivas por encima del 57% lo que conlleva a una actitud favorable en los médicos pediatras.

6. Del análisis Bivariado se tiene que la mayoría de médicos pediatras con actitud favorable tienen conocimiento suficiente en la prevención de caries de la primera infancia 42.3% (de 61.5%). Y la mayor frecuencia de médicos con actitud desfavorable resultaron con conocimiento insuficiente en la prevención de caries de la primera infancia 30.8% de (38.5%).
7. Existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los médicos pediatras respecto a la prevención de caries de la primera infancia de la ciudad de Iquitos $r = 4.19$, $p = 0.038$ ($p < 0.05$).

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

1. Se propone la implementación de Programas de Salud a nivel local, que contengan temas odontológicos (caries de la primera infancia), programas completos (capacitaciones, difusión) que involucren con mayor énfasis a los médicos pediatras porque son los primeros en entrar en contacto con los niños antes que el propio dentista.
2. Se sugiere que los médicos pediatras, los dentistas y todo el personal de salud deben trabajar juntos en equipo, para mejorar la calidad de la atención preventiva en salud bucal a disposición de todos los niños menores de 3 años y así disminuir una de las enfermedades más prevalentes en infantes como es la caries.
3. Desarrollar cursos de actualización que cuenten con profesionales especialistas en Odontopediatría, que ofrezcan instrucción en la prevención de caries de la primera infancia y en general en salud bucal de los infantes dirigidos a los médicos en especial a pediatras, para mejorar sus habilidades prácticas como aumentar el número de remisiones de sus pacientes infantes al odontólogo.
4. Se recomienda que la Facultad de Odontología brinde cursos de actualizaciones de diferentes temas odontológicos a los médicos pediatras, para así ampliar el nivel de información y mejorar su protocolo de atención.
5. Se recomiendan incorporar algunas, cátedras, cursos de educación continua, en temas de salud oral (caries de la primera infancia) en los programas curriculares de pregrado de las facultades de medicina, con evaluaciones continuas.

6. Sería necesario que los programas curriculares de post grado de pediatría incluyan temas relacionados a la caries de la primera infancia.
7. Emplear los resultados de este trabajo para desarrollar estudios de tipo comparativo y experimental.

CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ROJAS P. M.; Nivel de Conocimiento y Actitud sobre Caries de Infancia Temprana de los Pediatras del Colegio Médico del Perú; Tesis para optar el título de Cirujano Dentista; UNMSM; 2008.
2. ANTICONA C. F.; Nivel de Conocimiento y Actitud sobre Caries de la Primera Infancia de los Médicos Pediatras del Instituto Especializado de Salud del Niño; Tesis para optar el título de Cirujano Dentista; UNMSM; 2006.
3. MELGAR R. A; DELGADO E. K.; Estudio del Nivel de Conocimientos en Salud Oral y su Autopercepción entre Pediatras; AAON; 2005; 34(4):25-28.
4. CONTRERAS, N.S. Conocimientos y actitudes del médico pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Lima – Perú. Tesis Especialidad en Odontopediatría, UPCH; 2003.
5. DI GIUSEPPE G; NOBILE C; MARINELLI A; ANGELILLO I; Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los Pediatras sobre la Prevención de Enfermedades Bucodentales en Italia; BMC Public Health; 2006; 6(176): 1-8
6. PRAKASH P.; LAWRENCE H.; HARVEY B.; MCISAAC W.; LIMEBACK H., LEAKE J.; Early Childhood Caries and Infant Oral Health: Pediatricians' and Family Physicians' knowledge, Practices and Training; Pediatric Child Health; 2006; 11(3): 151-157.
7. LEWIS CH; GROSSMAN D, DOMOTO P, DEYO R; The Role of the Pediatrician in the Oral Health of Children: A National Survey; Pediatrics; 2000; 106 (6): 84-90
8. TEIXEIRA V. B.; MELARA A. J.; SÁEZ S.; BELLET L. J; Caries de la Primera Infancia: A propósito de un caso; Rev Oper Dent Endod; 2007; 5(77); disponible en:

http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=160&Itemid=28

9. GARCÍA A; DE LA TEJA E; Caries Temprana de la Infancia. Prevención y Tratamiento. Presentación de un caso; Acta Pediátrica Mex; 2008; 29(2):69-72.
10. MSEFER S; Importance of Early Diagnosis of Early Childhood Caries; Journal de l'Ordre des dentistes du Québec, Supplement; 2006; 43:6-8.
11. GUDIÑO S; Caries de la Temprana Infancia: Denominación Definición de Caso y Prevalencia en algunos países del mundo; Publicación Científica Facultad de Odontología .UCR; 2006; 8:39-45.
12. ALONSO M.J, KARAKOWSKY L; Caries de la Infancia Temprana; Perinatol Reprod Hum; 2009; 23(2):90-97.
13. CHU S; Early Childhood Caries: Risk and Prevention in Underserved Populations; Journal Young Investigators; 2006; 14 (5); disponible en: <http://www.yji.org/research/re.php?id=717>.
14. VAN PALENSTEIN W.H.; SOE W.; VAN'T HOF M.A.; Risk Factors of Early Childhood Caries in a Southeast Asian Population; J Dent Res; 2006; 85(1):85-88.
15. FRANCO B.; AVILA A.R.; RODRIGUEZ R.; Caries de Biberón, Vacunación Hoy; 2007; 15(86): 46-49.
16. LOSSO E; TAVARES M.C; DA SILVA J; URBAN C; Severe early childhood caries: an integral approach. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2009; 85 (4):295-300.
17. GALARNEAU CH; BRODEUR J.M; GAUVIN L; The Cariogenic Nature of Childhood Bedtime Rituals; Journal de l'Ordre des dentistes du Québec, supplement; 2006; 43:17-19.

18. FERNÁNDEZ M.I; RAMOS I.C; Riesgo de aparición de caries en preescolares. Humocaro Alto. Estado Lara. 2006. Acta odontol. venez, 2007, 45(2):259-263.
19. BOJ J. R., CATALA M., GARCIA C., MENDOZA A.; ODONTOPEDIATRIA; PRIMERA EDICION; EDITORIAL MASSON; 2004.
20. SURETTE M; Odontología Materno-Infantil: El primer Nivel de Prevención en Odontología. Marzo 2009; disponible en: <http://e-digitalis.com/articles.php?id=105>
21. PINKHAM J. R.; odontología pediátrica; tercera edición; ciudad de mexico; editorial McGRAW-HILL Companies; 2001.
22. NAVARRA A.B.; GONZALES A.; GIL F.G.;RIOBOO R.; Caries de Biberón; Revista Pediatría de Atención Primaria; 1999; 1(4):83-98.
23. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. Pediatr Dent 2007/2008; 29 (suppl): 39-41.
24. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; Preventive Oral Health Intervention for Pediatricians; section on pediatric dentistry and oral health; PEDIATRICS; 2008;122(6):1387-1394
25. ANDER, EZEQUIEL.; Técnicas de investigación social; 21 edición; Buenos Aires; editorial Humanitas; Pag 251-252; 1987.
26. NONAKA, I. Y TAKEUCHI, H. ; A Dynamic Theory of organizational knowledge creation; organization science;1995; 5(1):14-37
27. VANDER, JAMES, Manual de Psicología Social, Barcelona, editorial Paidós, pág. 614, 1986.

CAPITULO IX

ANEXOS

9.1 CUESTIONARIO PARA LOS MÉDICOS PEDIATRAS

El presente cuestionario es **ANÓNIMO**. Los resultados obtenidos a través de éste, serán utilizados para desarrollar un trabajo de investigación sobre el rol del médico pediatra en relación a la Caries de la Primera Infancia. Agradeceré mucho su colaboración al contestar las preguntas de manera objetiva y veraz.

1ª parte

Marcar con un aspa la respuesta correcta.

1. Edad.

2. Sexo.

- a) F ()
- b) M ()

3. Universidad Donde realizó su especialidad.

.....

- a) Publica
- b) Privada

4. Tiempo de ejercicio profesional:

- a) De 0 a 5 años
- b) De 6 a 10 años
- c) De 11 a más

5. En los últimos dos años. ¿Ha recibido información relacionada con Caries dental en los infantes?

- a) sí
- b) no (pasar a la pregunta 7 si tu respuesta es no)

6. ¿En donde recibió esa información?

- a) Cursos de actualización
- b) Revistas científicas
- c) Libros
- d) Artículos en internet
- e) Otros:

7. Como califica su conocimiento en el tema de caries de la primera infancia.

- a) Bueno.
- b) Regular.
- c) Malo

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO

2ª parte

Responda correctamente las siguientes preguntas:

- 1. ¿Cuál de los siguientes factores no está asociado a la producción de caries dental en infantes?**
 - a) Defectos del esmalte
 - b) Herencia
 - c) El amamantamiento frecuente y prolongado
 - d) Ingestión frecuente de alimentos ricos en carbohidratos
 - e) Trauma dento alveolar
- 2. ¿Cuál de estas descripciones no corresponde a una lesión dental producida por caries?**
 - a) Diente con manchas marrones, y que la madre refiere que erupcionó con esas Características.
 - b) Cavidad en la pieza dentaria, pigmentada de color marrón
 - c) Surco del diente pigmentado de color marrón
 - d) Cavidad en la pieza dentaria no pigmentada
 - e) a y d
- 3. ¿A qué pueden corresponder las manchas blancas que se observan en las superficies de los dientes de algunos niños?**
 - a) Manchas producidas por la toma de tetraciclinas
 - b) Son manchas que se presentan en algunos dientes.
 - c) Indican lesiones iniciales de caries
 - d) Son producidas por exceso de bebidas no azucaradas.
 - e) Todas las anteriores
- 4. ¿Cuál es la principal bacteria causante de la caries dental**
 - a) Streptococcus oralis
 - b) Streptococcus salivarius
 - c) Streptococcus mutans
 - d) Lactobacillus acidouphilus
 - e) Ninguna de las anteriores
- 5. Respecto a la transmisión (contagio) de la caries ¿Qué alternativa es correcta?**
 - a) Se da a través de la lactancia materna
 - b) Una forma es cuando se sopla los alimentos del bebé para enfriarlos
 - c) Todos los niños nacen con los microorganismos causantes de la caries.
 - d) La caries no es una enfermedad contagiosa

e) ninguna alternativa es correcta

6. ¿Cuál de estos alimentos es el más cariogénico para el infante?

- a) Leche materna
- b) Leche de fórmula
- c) Leche evaporada
- d) Leche de soya
- e) Gaseosa

7 Sobre la lactancia artificial (biberón) ¿qué alternativa es correcta?

- a) Dar el biberón con leche lo más posible, de esta manera se fortalecen los dientes y se previene la caries.
- b) Poner a dormir al bebé con el biberón no constituye un factor etiológico de caries.
- c) El riesgo de caries está directamente relacionado a la cantidad de veces que se alimenta el infante con el biberón, con una exposición prolongada de los dientes a los carbohidratos fermentables.
- d) Se recomienda endulzar las bebidas del biberón con miel y no con azúcar para evitar el mayor riesgo de producir caries.
- e) El biberón no está asociado a la producción de caries

8. Respecto a la higiene bucadental del infante ¿cuándo debe iniciarse?

- a) 2 años
- b) Cuando el niño pueda sentarse y cooperar
- c) Cuando el infante sea consciente y comprenda la importancia de la higiene bucal
- d) edad escolar
- e) Desde la erupción del primer diente

9. ¿Cuál es la edad ideal en el infante, recomendada para realizar la primera consulta odontológica con respecto a la caries dental?

- a) Desde el nacimiento
- b) Entre los 6 y 12 meses
- c) Cuando el niño tenga caries
- d) A los 5 años
- e) No mayor de los 3 años

10. ¿Cuándo debe iniciarse la aplicación tópica de fluor en el infante?

- a) Desde el nacimiento
- b) Cuando erupciona el primer diente
- c) A los 2 años
- d) A los 3 años, cuando han erupcionado todos los dientes temporales
- e) Ninguna de las anteriores

11. ¿Cuál es la mejor forma de administración de flúor para los infantes?

- a) flúor tópico (barniz flúor)-flúor sistémico (vía prenatal)
- b) flúor tópico (sobre la lengua)-flúor sistémico (agua potable)
- c) flúor tópico (sobre la lengua)-flúor sistémico (vía prenatal)
- d) Flúor tópico (sobre la lengua)
- e) flúor tópico (barniz flúor)-flúor sistémico (agua potable)

12. ¿Cuál de éstas enfermedades puede ser una consecuencia de la caries en la primera infancia?

- a) Candidiasis bucal
- b) Bajo peso
- c) Maloclusiones dentarias
- d) b y c
- e) Todas las anteriores

CUESTIONARIO DE ACTITUD

3ª parte

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

Recuerde que no existe respuesta buena o mala.

	TA	A	I	D	TD
1. Siendo la caries dental una enfermedad prevalente en la infancia, el médico pediatra debe participar en su identificación y manejo preventivo.					
2. El médico pediatra debe proporcionar información y consejo sobre salud oral de los infantes, a los padres.					
3. El odontólogo debe proporcionar información y consejo sobre la salud oral de los infantes a los padres.					
4. El ginecólogo obstetra debe proporcionar información sobre la salud oral de los infantes a las madres gestantes y derivarlas al odontólogo.					
5. el estado de salud bucal afecta de alguna forma el estado de salud general del infante.					
6. El médico pediatra debe ser el profesional que indique a los padres como debe ser la higiene bucal del infante según la edad del niño					
7. Se debe derivar al infante donde el odontólogo cuando se observan lesiones cariosas y también cuando no se observen lesiones cariosas.					
8. El médico pediatra debería observar la cavidad bucal e identificar presencia de lesión cariosa, en las consultas de "control del niño sano"					
9. Sería recomendable que el médico pediatra pudiera recetar la aplicación de flúor a los infantes, según su edad y actividad de caries.					
10. sería necesario que los programas curriculares de post grado de pediatría incluyan temas relacionados a la caries de la primera infancia.					
11. El médico pediatra debería estar capacitado para atender las emergencias odontológicas.					
12. la caries de la primera infancia debería ser un objetivo dentro de la estrategia de atención integrada de enfermedades más prevalentes de la infancia (OPS) en la población peruana.					
13. Es importante prevenir la caries en los infantes, pero más importante es la prevención en los adultos.					