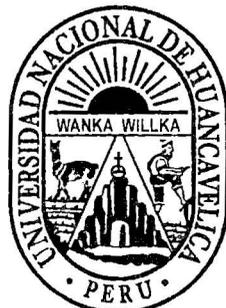


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**TIPO DE LACTANCIA Y CARIES DENTAL TEMPRANA EN
NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL
CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL
HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA, 2013**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD PÚBLICA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE :

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR LOS BACHILLERES :

MORÁN HUAMÁN, José Antonio

RIVEROS PARIONA, Diandra Geardine

HUANCVELICA - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**TIPO DE LACTANCIA Y CARIES DENTAL
TEMPRANA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES
ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE
ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL
DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013**

JURADOS:

PRESIDENTE :
Mg. César Cipriano, Zea Montesinos

SECRETARIO :
Mg. Charo Jacqueline, Jáuregui Sueldo

VOCAL :
Mg. Guido, Flores Marín

HUANCVELICA - PERÚ
2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**TIPO DE LACTANCIA Y CARIES DENTAL
TEMPRANA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES
ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE
ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL
DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013**

ASESORA:

.....
Dra. Marisol Susana, Tapia Camargo

HUANCVELICA - PERÚ
2014

DEDICATORIA

Con todo cariño: a mis padres Armando Morán Cárdenas y Rufina Huamán Mendoza, quiénes me brindaron su apoyo incondicional y por darme sus valiosos consejos para lograr mi superación personal.

José Antonio, Morán Huamán

Con todo cariño: a mis padres Tomás Temistocles Riveros Paredes y Vicenta Pariona de Riveros, quiénes me brindaron su apoyo incondicional y por darme sus valiosos consejos para lograr mi superación personal.

Diandra Geardine, Riveros Pariona

AGRADECIMIENTO

Nuestra gratitud y reconocimiento a nuestra alma mater, la Universidad Nacional de Huancavelica, casa del saber donde adquirimos nuestros conocimientos y nos dio la oportunidad de formarnos en el derrotero de la Enfermería.

Nuestro reconocimiento a la Decana de la Facultad de Enfermería, del mismo modo a los docentes de la Facultad, quienes durante nuestra formación profesional nos brindaron sus conocimientos en las aulas. De igual modo, nuestro agradecimiento a nuestra asesora Dra. Marisol Susana Tapia Camargo, quien nos orientó en el presente trabajo.

También nuestro reconocimiento especial a la Dra. Hilda Acuña Morán quien nos guió y orientó con paciencia y nos dio sus orientaciones para culminar este trabajo.

Nuestro agradecimiento infinito a nuestros padres quienes siempre nos estuvieron apoyando en las buenas y malas, también a muchas personas que aportaron de distintas maneras a la realización y culminación de este trabajo en especial a la Dra. Alicia Vargas Clemente.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
PORTADA.....	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	ii
PÁGINA DE JURADOS.....	iii
PÁGINA DE ASESOR.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
TABLA DE CONTENIDOS.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRAC.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.2.1. Pregunta general.....	6
1.2.2. Preguntas específicas.....	7
1.3. OBJETIVO.....	7
1.2.3. Objetivo general.....	7
1.2.4. Objetivos específicos.....	7
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	8
1.5. DELIMITACIONES.....	9
1.6. LIMITACIONES.....	10

CAPÍTULO II.....	11
MARCO DE REFERENCIAS	11
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	11
A nivel internacional	11
A nivel nacional	13
2.2. MARCO TEÓRICO	13
2.2.1. Teorías de la formación de caries.....	13
A. Teoría acidógena.....	13
B. Teoría proteolítica.....	14
C. Teoría de la proteólisis - quelación	14
2.2.2. Teorías en enfermería.....	15
A. Teoría de interacción padre-hijo	15
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	18
2.3.1. Caries dental temprana	18
2.3.1.1. Factores de riesgo en la caries dental temprana	18
2.3.1.2. Prevención de la caries dental.....	21
2.3.1.3. Métodos para el diagnóstico de la lesión inicial de la caries 23	
2.3.2. Lactancia.....	24
2.3.2.1. Lactancia materna hasta los dos años	25
2.3.2.2. Tipos de lactancia	27
2.3.2.3. Composición de la leche materna.....	28
2.3.2.4. Composición de la leche artificial.....	29
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	31
2.5. HIPÓTESIS	31
2.5.1. Hipótesis general:.....	31
2.5.2. Hipótesis específicas:.....	32
2.6. VARIABLE.....	32
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	33
2.8. ÁMBITO DE ESTUDIO O DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	

CAPÍTULO III.....37

MARCO METODOLÓGICO37

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN37

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN37

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN38

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS...38

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN39

3.6. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO39

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....40

3.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....40

CAPÍTULO IV41

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....41

4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....41

4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....48

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....55

CONCLUSIONES.....58

RECOMENDACIONES.....60

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA61

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA.....64

ANEXO N° 01 A

MATRIZ DE CONSISTENCIA A

ANEXO N° 02 B

GUÍA DE OBSERVACIÓN CDYTL PARA MEDIR CARIES DENTAL

 TEMPRANA B

CUESTIONARIO CDYTL PARA MEDIR TIPO DE LACTANCIA B

ANEXO N° 03..... C

VALIDEZ DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... C

ANEXO N° 04 D

CONFIABILIDAD D

ANEXO N° 05 G

BAREMO O CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES G

ANEXO N° 06 G

IMÁGENES G

ANEXO N° 7 H

ARTICULO CIENTÍFICO H

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01.	CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013.....	42
TABLA N° 02.	PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013.....	43
TABLA N° 03.	PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y LACTANCIA ARTIFICIAL EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013.....	45
TABLA N° 04.	PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y LACTANCIA MIXTA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013.....	46
TABLA N° 05.	PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013.....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA Nº 01. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013.....	42
FIGURA Nº 02. PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013.....	43
FIGURA Nº 03. PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y LACTANCIA ARTIFICIAL EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013.....	45
FIGURA Nº 04. PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y LACTANCIA MIXTA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013.....	46
FIGURA Nº 05. PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013.....	47

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

CDYTL : Caries Dental y Tipo de Lactancia.

OMS : Organización Mundial de la Salud

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar si hay relación entre el tipo de lactancia y caries dental en niños de 12 a 24 meses atendidos en el Consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica, 2013. Con respecto al tipo de investigación es observacional (no experimental), el nivel alcanzado es correlacional. La población estuvo conformada por 30 niños con sus respectivas madres que acudieron al consultorio. Los resultados indican que no existe suficientes evidencias para determinar la relación que existe entre la caries dental temprana y el tipo de lactancia en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, ya que estadísticamente resultó que la chi calculada (5,79) es menor que la chi tabulada (5,99) con un nivel de significancia del 5%, esto indica que para la presencia de caries dental temprana en niños existe otros factores como una ablactación temprana, deficientes hábitos higiénicos y alimentarios, entre otros que dejan sin defensas al organismo y lo exponen a las bacterias cariogénicas y sustratos fermentables por períodos largos de tiempo, provocando la aparición temprana y agresiva de la caries dental. La presencia de caries dental temprana de niños con lactancia artificial de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es 37,5%. La presencia de caries en niños con lactancia mixta de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es 37,5%. El 25,0% de niños de 12 a 24 meses con lactancia materna exclusiva presentan caries dental temprana, atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica.

Palabras clave: caries, tipo de lactancia, lactancia materna, lactancia artificial, lactancia mixta.

ABSTRAC

The present study aimed to determine the relationship between type of feeding and dental caries in children 12 to 24 months served in the Office of the Departmental Hospital Dentistry Huancavelica, 2013. Regarding the research is observational (not experimental) , the level reached is correlational . The population consisted of 30 children with their mothers who attended the clinic . The results indicate that there is insufficient evidence to determine the relationship between early dental caries and type of breastfeeding in children 12 to 24 months served in the office of the Departmental Hospital odontopediatria Huancavelica 2013, and statistically proved that the chi calculated (5.79) is less than the tabulated chi (5.99) with a significance level of 5%, this would indicate that the presence of early dental caries in children there other factors such as early weaning , poor hygiene and food , etc. which leave the body defenses and expose cariogenic bacteria and fermentable substrates for extended periods of time, causing the appearance of early and aggressive caries. The presence of dental caries early artificial feeding of children 12 to 24 months seen in the office of the Departmental Hospital odontopediatria Huancavelica 2013 , is 37.5 %. The presence of caries in children with mixed feeding 12 to 24 months seen in the office of the Departmental Hospital odontopediatria Huancavelica 2013, is 37.5 %. 25.0% of children 12 to 24 months who are exclusively breastfed have early dental caries, served in the office of the Departmental Hospital odontopediatria Huancavelica.

Keywords: caries, type of feeding, breastfeeding, formula feeding, mixed feeding.

INTRODUCCIÓN

La caries dental es el principal problema de salud en los niños de todas las edades. Los dulces producen en la boca ácidos que dañan el esmalte de los dientes al destruir el calcio. Cuando esto sucede, la pieza dental es vulnerable a las caries y empieza a formarse en ella una cavidad. Para que la caries se desarrolle necesita tiempo, porque cuanto más edad tenga el niño, mayores posibilidades tendrá de presentarlas. Sin embargo, en la dentición temporal o de leche, puede desarrollarse un tipo de caries particularmente extensa que afecta a todos los incisivos, y suele presentarse en niños alimentados durante largo tiempo con biberón o bien por el uso de chupones mojados con miel o azúcar.

Las caries de la primera infancia, que afectan a los dientes temporales según su cronología de erupción, involucra a varios dientes en forma rápida y ocasionan significativo desarrollo de caries en dentición temporal y posteriormente dentición permanente; se dice que los niños con caries de la primera infancia presentan el doble de dientes cariados, obturados y perdidos a los 4 y 6 años de edad en relación con los que no las poseen. Las caries es aún el mayor problema de salud bucal a nivel mundial, llegando a afectar entre 60 y 90 % de la población escolar y adulta, aunque algunos países evidencian tendencia a su disminución debido al constante estudio de sus causales y a las acciones preventivas implementadas, con el propósito de mantener la salud bucal.

Es así que se decidió realizar esta investigación motivados por identificar la presencia de caries en niños que tienen diferentes tipos de lactancia, considerando que nuestro trabajo pueda constituir una fuente valiosa para el desarrollo de otros estudios y/o programas preventivos.

En tal sentido este trabajo tiene como objetivo determinar si hay relación entre el tipo de lactancia y caries dental en niños de 12 a 24 meses atendidos en el Consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica, 2013. Es así que esta investigación constituye una fuente valiosa para el desarrollo de otros estudios y/o

programas preventivos. El tipo de investigación que le corresponde según la intervención del investigador es observacional; según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio es transversal. El nivel fue correlacional, el método que se uso es el analítico, sintético. El diseño utilizado es el no experimental, transeccional correlacional. La población estuvo constituida por 30 niños entre 12 a 24 meses de edad atendidos durante el mes de septiembre del 2013.

Para efectos de su presentación nuestro trabajo está organizado en cuatro capítulos que describimos a continuación: CAPÍTULO I: planteamiento del problema. CAPÍTULO II: marco de referencias. CAPÍTULO III: marco metodológico. CAPÍTULO IV: Presentación de resultados. Asimismo dentro del contenido figura conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, bibliografía complementaria y anexos.

Los autores.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La leche materna es una mezcla coloidal compleja de proteínas, grasas, lactosa, minerales y muchos otros componentes, que brinda todos los nutrientes necesarios para el bebé durante los primeros meses de vida. Sin embargo, es necesario saber que todos los tipos de leche, incluyendo la leche materna, poseen cierto potencial cariogénico, ya que cuando la leche entra en contacto con la cavidad bucal, se produce la fermentación de los carbohidratos con formación de ácidos, los cuales ocasionan una baja en el pH de la biopelícula, lo que puede llevar a la desmineralización del esmalte.

La frecuencia elevada de consumo de azúcares, no sólo a través de líquidos consumidos por el biberón, sino también por alimentos sólidos endulzados constituye uno de los riesgos más importantes para la caries de infancia temprana

En la página web Perú.com (2011) se informó que: Ni un mes es el promedio de lactancia en Lima. A pesar de las campañas, esto sigue siendo un fracaso. La leche artificial o fórmulas lácteas dirigidas a recién nacidos está desplazando a la lactancia materna en Perú, debido a las estrategias de promoción utilizadas por las empresas que venden estos productos, denunció el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia en Perú. En los últimos cinco años, las ventas de las tres fórmulas lácteas se han triplicado y los volúmenes de venta se multiplicaron por siete, existe una serie propaganda, a través de los servidores de salud, de parte de las compañías que comercializan en estimular el uso de fórmulas, en perjuicio de la lactancia materna. Una de las estrategias es la donación de la leche artificial a los centros de salud para que sea ofrecida a los recién nacidos en las primeras 48 horas de vida, algo que está prohibido en el Reglamento de Alimentación Infantil. En las zonas rurales de Perú, el promedio de tiempo de lactancia materna exclusiva es de cuatro meses, y en ciudades como Lima es de 0,7 meses, es decir, menos de un mes, citando la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2010. Tras hacer una supervisión a 30 hospitales y clínicas del país, hemos visto que casi todos los niños están recibiendo fórmulas, especialmente en las clínicas privadas, y se está viendo cada vez más el uso de fórmulas en los hospitales públicos. Se explica también que las normas sanitarias prohíben el uso de la leche materna en "muy pocos casos", como el de las madres portadoras del virus del VIH, que sumados a otros cuadros graves pueden llegar a entre 300 y 400 casos al año, frente a los 550000 nacimientos que se producen en Perú. Las compañías comercializadoras entregan muestras gratis a los médicos y enfermeras a pesar de que está prohibido, les dan regalos como balanzas, maletines y uniformes, e incluso les ofrecen el pago de cursos en el exterior.

Asimismo la Agencia Peruana de Noticias Andina (2008), informo que la caries dental afecta al 95% de peruanos debido a la falta de buenos hábitos de higiene y a la inadecuada alimentación que se basa en hidratos de carbono, harinas y dulces, sobre todo entre los niños, también se informó que el índice de caries a los 12 años de edad es de aproximadamente 5,86 lo que muestra que el Perú no sólo tiene la prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que la presencia de las caries dentales va incrementándose conforme aumenta la edad.

La presencia de caries en niños ocasiona una serie secuelas como son infecciones, problemas estéticos, dificultades para la alimentación, alteraciones del lenguaje y aparición de mal oclusiones y hábitos orales, además de repercusiones médicas, emocionales y financieras. Factores como el bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, hábitos alimentarios e higiénicos inadecuados, antecedentes médicos y los factores propios de cada individuo pueden condicionar la susceptibilidad para desarrollar la enfermedad.

Aun cuando han existido diversas teorías acerca de la formación de la caries, la teoría quimio parasitaria es la más aceptada, en esta se sostiene que las bacterias presentes en la boca interactúan con las partículas del alimento para producir sustancias capaces de disolver el esmalte dental. Siendo el *Estreptococos mutans* el principal microorganismo responsable en la formación de caries. No solo las bacterias son las únicas causantes de la aparición de lesiones cariosas, actualmente la caries de biberón se considera como una enfermedad multifactorial, que involucra aspectos tales como la alimentación, la fermentación de carbohidratos en la cavidad oral, la placa dentó bacteriana, la higiene, hábitos y costumbres, el nivel educativo de los padres además de diversos factores socio-

económicos. Aunque no todos ellos tienen un mismo impacto en el problema de caries. En cuanto a la alimentación el principal problema es la composición de la leche materna y de fórmula, esto junto con la costumbre de los padres de dejar el biberón a los niños mientras duermen y el poco interés que se muestra por la higiene oral constituye la principal causa de la aparición de caries de biberón.

Esta crítica situación se profundiza a un más debido a que los bajos niveles de ingreso de las grandes mayorías impide atender sus necesidades de salud bucal, los altos costos de los servicios odontológicos producen la retracción de la demanda, las condiciones geográficas y culturales no permiten un acceso adecuado a los servicios odontológico, el deficiente estado nutricional y de saneamiento ambiental propicia el incremento de estas enfermedades.

Dirección Regional de Salud Huancavelica (2012), enuncia que en el Distrito de Huancavelica durante el año 2011, hubo en niños con 2554 casos de caries en niños entre 0 a 4 años, a nivel de la Provincia de Huancavelica se reportó 7980 casos de caries y a nivel de la Región Huancavelica se reportó 18419 casos de caries.

Ante lo expuesto anteriormente hemos formulado la siguiente interrogante:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Pregunta general

¿Existe relación entre el tipo de lactancia y caries dental temprana en niños de 12 a 24 meses atendidos en el Consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica, 2013?

1.2.2. Preguntas específicas

- ¿Cómo se presenta la caries dental temprana en niños con lactancia artificial de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013?
- ¿Cómo se presenta la caries dental en niños con lactancia mixta de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013?
- ¿Cómo se presenta la caries dental en niños con lactancia materna exclusiva de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013?

1.3. OBJETIVO

1.2.3. Objetivo general

Determinar si hay relación entre el tipo de lactancia y caries dental temprana en niños de 12 a 24 meses atendidos en el Consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica, 2013.

1.2.4. Objetivos específicos

- Identificar la caries dental temprana en niños con lactancia artificial de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica,.
- Describir la caries dental temprana en niños con lactancia mixta de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica, 2013.
- Identificar la caries dental temprana en niños con lactancia materna exclusiva de 12 a 24 meses atendidos en el



consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica, 2013.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Justificación teórico científica.

No se ha encontrado investigaciones sobre la caries dental y el tipo de lactancia en la Ciudad de Huancavelica, situación que nos motiva a investigar las condiciones en que se encuentra la población entre los 12 y 24 meses de edad respecto a la presencia de caries y tipo de lactancia, esto con el fin de incrementar los conocimientos acerca de estas dos variables con el propósito de tomar decisiones correctivas basadas en evidencia científica, además una de las funciones de las investigaciones es monitorizar el estado de la salud oral. Este estudio estimará adecuadamente como se vienen dando las caries en relación a su tipo de lactancia. Entonces conocer la evolución de la salud oral infantil es imprescindible para poder valorar la eficacia de las medidas adoptadas y qué adaptaciones deben realizarse en el programa de salud bucodental.

Justificación práctica.

Los resultados de la investigación sobre caries y tipo de lactancia proporcionan una base sólida para estimar las necesidades actuales y futuras de asistencia de la salud bucal de la población infantil, permitiendo el desarrollo de programas de carácter regional y nacional. Los estudios de salud bucal en lactantes constituyen, en particular, un instrumento básico de planificación de los programas de prevención y de asistencia dental. Además el estudio proporcionará información básica, no sólo para estimar la caries, sino también para las necesidades de tratamiento odontológico de la población y de preparar así el recurso humano profesional y de apoyo que contribuya a dar solución a estos problemas.

Lo anterior implica la necesidad de promover el desarrollo de actividades preventivas que permitan limitar el daño, mejorar las condiciones de salud bucodental, estableciendo medidas como:

- Cepillado y uso de crema dental fluorada para eliminar la placa bacteriana.
- Aplicación de flúor mediante enjuagues periódicos o por vía tópica.
- Recomendaciones dietéticas destinadas a reducir el consumo de hidratos de carbono refinados entre comidas.
- Aplicación de tratamientos preventivos: sellado de fisuras en primeros molares.
- Revisión periódica por el odontólogo.

Justificación social.

La caries dental es la patología más frecuente a través de la historia en todo el mundo, al igual que la aparición de muchas enfermedades en cavidad oral.

La Organización Panamericana de la Salud (2011) reporta 89% de caries dental en los países latinoamericanos y que éstas cifras tan elevadas, se asocian a factores como el crecimiento demográfico, las condiciones económicas, sociales y políticas, que definen estilos de vida de grandes segmentos de la población que afectan los hábitos nutricionales, tales como la tendencia a aumentar la ingesta de hidrato de carbono. Por lo cual, hay una gran pérdida de la dentadura trayendo como consecuencia, mal oclusiones, anomalías dentó faciales, mala digestión, problemas sociales y estéticos.

1.5. DELIMITACIONES

Delimitación temporal. El presente trabajo se realizó durante los meses de mayo a octubre del año 2013.

Delimitación espacial. El lugar donde se desarrolló la investigación fue el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica.

Delimitación de unidad de estudio. Los datos fueron obtenidos de las madres y de sus hijos entre 12 a 24 meses.

Delimitación teórico conceptual. El presente trabajo aborda las teorías de la formación de caries: Teoría acidógena, Teoría proteolítica, Teoría de la proteólisis-quelación y como teoría de enfermería la Teoría de interacción padre-hijo, y se hizo un desarrollo conceptual de la caries dental y el tipo de lactancia.

1.6. LIMITACIONES

Ninguna.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIAS

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A nivel internacional

Dubón (2010) en su trabajo de investigación "Prevalencia de caries de la infancia temprana relacionada a los hábitos de higiene bucodental" consideró como objetivo determinar la prevalencia de caries de la infancia temprana y la relación que existe con los hábitos de higiene bucal practicados en la población asistente al Programa "Control del Niño Sano" de la UUIS de San José Tecoh. Este estudio registró la prevalencia de caries de la infancia temprana de 80 niños de 6 a 48 meses de edad que asistieron al programa del niño sano de una unidad de inserción social de Mérida Yucatan. Los resultados de este estudio reportaron que la prevalencia de caries y el índice de ceo-d fueron de 43.8% y 2.15 respectivamente. El total de órganos dentarios examinados fue de 1198 de los cuales 169 presentaron caries dental, la lesión no cavitada fue la más prevalente (122 órganos dentarios). El grupo dentario más afectado fue el de los incisivos superiores. A menor escolaridad del cuidador mayor

presencia de caries dental, la frecuencia de higiene bucal fue alta (88.8%), el cepillado dental mayor de 2 veces al día fue el más frecuente (56.2%). Un alto porcentaje de los niños no ha visitado al odontólogo (66.25%), la presencia de placa bacteriana fue encontrada en más de la mitad de la población (66.3%). Este estudio concluye que existe una alta presencia de lesión no cavitada en niños de todas las edades.

Maldonado et al. (2010) "Lactancia materna: factor protector contra la caries dental". El objetivo de este estudio fue analizar la dependencia que existe entre la lactancia materna y la caries dental, mediante una revisión sistematizada de pacientes atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, demostrando que la alimentación a seno materno es un factor importante de protección durante las primeras etapas de vida en la aparición temprana de caries dental así como en la agresividad de la misma. El análisis de los resultados demostró que la ausencia de la alimentación a seno materno guarda una relación muy estrecha con la presencia y severidad de la enfermedad. En aquellos niños que recibieron leche materna inmediatamente después del nacimiento como método de alimentación principal y con una duración mayor a seis meses, tuvieron un menor índice de caries y además el grado de deterioro de los dientes afectados por la caries fue mucho mayor en aquellos que no recibieron lactancia materna o la recibieron por menos de seis meses. Después de analizar los resultados obtenidos, podemos concluir que: la lactancia materna es un factor importante de protección contra la caries dental. El suministro de ella por un tiempo menor de seis meses, al conjugarse con otros factores como una ablactación temprana y los deficientes hábitos higiénicos y alimentarios, dejan sin defensas al organismo y lo exponen a las bacterias cariogénicas y sustratos fermentables por períodos largos de tiempo y repetitivos, provocando la aparición temprana y agresiva

de la caries dental. Este grupo de población, debe ser identificado como el de mayor riesgo de padecer la enfermedad. Así mismo se confirma que el odontopediatra debe ser integrado en el gran equipo de sistemas primarios de salud, pues es una pieza clave en la educación para la salud de la comunidad al participar activamente en el fomento de los buenos hábitos alimentarios desde etapas tempranas de la vida.

A nivel nacional

Guzmán (2007) realizó el trabajo "Caries de infancia temprana en niños menores de 3 años del Instituto Especializado de Salud del Niño marzo 2007", con el objetivo de determinar el índice de caries de infancia temprana en niños menores de 3 años. El trabajo es de tipo descriptivo transversal, la muestra estuvo constituida por 150 niños, los resultados fueron: 129 niños (89%) tienen caries, 21 niños (11%) no presentan caries. También se encontró que a medida incrementa la edad aumenta la presencia de caries es así que dentro de los 6 a 12 meses la frecuencia es de 70%, aumentando a 96,6% hacia los 31 a 36 meses de edad.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Teorías de la formación de caries

A. Teoría acidógena

Propuesta por Willoughby Miller en 1890 citado por Iruetagoiena (2011) y Barrancos, J. & Barrancos, P. (2006), esta teoría afirma que la caries es el resultado de un proceso químico y microbiano que conduce a la disolución del esmalte, en la primera fase se produce la descalcificación o desmineralización del esmalte producto de ácidos como consecuencia de la fermentación bacteriana de los hidratos de carbono de la dieta, y en una segunda, la disolución de los cristales de apatita por parte del ácido, que constituyen el 95 %

de la masa del esmalte. Se basa en estudios de Pasteur sobre la transformación de los azúcares en ácido láctico llevada a cabo por los microorganismos. Es decir: los gérmenes provocan la degeneración del azúcar, aumentando el ácido láctico, y estos fermentos provocan la descalcificación de la oxiapatita del esmalte.

B. Teoría proteolítica

La teoría de la proteólisis fue propuesta por Gottlieb en 1944 y es citado por Iruretagoyena (2011) y Barrancos, J. & Barrancos, P. (2006), esta teoría sugiere que el ataque inicial al esmalte debía ser más bien proteolítico. El esmalte humano contiene menos del 1% de proteínas en peso, formando un delicado encaje que recubre las superficies de los cristales. La teoría propone que las enzimas proteolíticas liberadas por las bacterias de la cavidad oral podrían destruir la matriz orgánica del esmalte. Considera dos fases: en la primera hay una destrucción de la matriz orgánica por las enzimas proteolíticas bacterianas. En la segunda fase hay una disolución de los cristales de hidroxiapatita, por la acción de los ácidos orgánicos procedentes de la degradación proteolítica. La proteólisis es previa a la descalcificación.

C. Teoría de la proteólisis - quelación

La teoría proteólisis - quelación, propuesta por Schatz y Martin en 1955, y citado por Iruretagoyena (2011) y Barrancos, J. & Barrancos, P. (2006) donde menciona que algunos de los productos resultantes de la acción bacteriana sobre el esmalte, la dentina, los alimentos y los constituyentes de la saliva podrían tener la propiedad de formar compuestos o quelatos con el calcio. La teoría sugiere que existe la posibilidad de que

la desmineralización pueda producirse sin formación de ácidos, ya que la quelación ocurre con valores de pH neutros o alcalinos los cuales destruyen la hidroxapatita. Se trata de una ampliación de la teoría anterior. Los productos de la proteólisis son agentes quelantes que se unen al calcio y descalcifican la hidroxapatita, en este caso, el medio es neutro - alcalino.

2.2.2. Teorías en enfermería

A. Teoría de interacción padre-hijo

Propuesta por Kathryn Barnard, citada por Marriner y Raile (2007), esta teoría procede de la psicología y del desarrollo humano y se centra en la interacción madre niño con el entorno. Esta teoría se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación, la enseñanza y el entorno. Resalta la importancia de la interacción madre-hijo y el entorno durante los tres primeros años de vida, permitiendo el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas. Barnard afirmó que el sistema cuidador-niño se vio influido por las características individuales de cada miembro y que las características individuales también se modificaron para cubrir las necesidades del sistema. Esta autora define la modificación como una conducta de adaptación.

Claridad de señales del niño

Para participar en una relación sincrónica, el bebé o el niño debe mandar señales a su cuidador, indicando sus deseos de comprometerse o desentenderse de la interacción. La habilidad y la claridad con la que estas pistas se mandan a hacer más fácil o más difícil a los cuidadores discernir las pistas y modificar su conducta. Las señales ambiguas o confusas que manda un bebé pueden alterar las capacidades de adaptación del cuidador.

Respuesta del niño hacia su cuidador

La capacidad del niño de responder a los intentos del cuidador dejando de llorar, vocalizando o sonriendo. Estas conductas refuerzan las actitudes del cuidador durante una interacción.

Sensibilidad del cuidador a las señales del niño

La capacidad del cuidador de reconocer y responder a los mensajes del niño. Los cuidadores modifican su conducta y utilizan tiempo, fuerza, ritmo y duración para establecer el tono de la interacción.

Capacidad del cuidador para aliviar la sensación del malestar del niño

La capacidad del cuidador para calmar a un niño angustiado. Esta capacidad implica en reconocimiento del cuidador de las señales de malestar, la elección de una acción adecuada y la capacidad de darse cuenta y dar una respuesta.

Actividades del cuidador para fomentar el crecimiento social y emocional.

Incluye del dominio afectivo y transmite un tono de sensación positiva. El cuidador ofrece un entorno de apoyo utilizando la voz, el tono, el tacto y el movimiento. Ello refuerza la habilidad de respuesta del cuidador.

Actividades de los padres para fomentar el crecimiento cognitivo

El tipo de experiencia de aprendizaje que el cuidador hace posible para el niño. Las verbalizaciones del cuidador, animando al niño a que responda permitiendo la exploración de algunos de los ejemplos de cómo puede fomentarse el crecimiento cognitivo.

Afirmaciones teóricas

La teoría de Barnard de la interacción para la valoración de la salud del niño se basa en las siguientes afirmaciones teóricas

(Scribd, 2012):

- En la valoración de la salud del niño, la meta última es identificar los problemas antes de que se desarrollen y cuando la intervención sea más eficaz.
- Los factores socio ambientales, tal como se refleja en la interacción cuidador-niño, son importantes para determinar los resultados de la salud del niño.
- Algunas observaciones relativamente breves de la interacción cuidador-niño pueden ofrecer una muestra válida de las experiencias en curso y de las expectativas del dúo.
- Todos los cuidadores adultos aportan al cuidado su propia personalidad y nivel de habilidad, que son el fundamento sobre el que se construye su acción de cuidado. La acción del cuidado depende de estas características y de las características del niño y el entorno.
- Por medio de la interacción, los cuidadores y los niños modifican la conducta del otro. Es decir, la conducta del cuidador influye tanto en el niño y, a la vez, el niño influye en el cuidador, así que los dos cambian.
- El proceso de adaptación del cuidador del bebé (y del bebé al cuidador) es más modificable que las características de la madre o del bebé. En la intervención, el profesional debería ofrecer apoyo de modo que los cuidadores reaccionaran a los mensajes de los niños, más que intentar cambiar las características fundamentales del cuidador.
- Una manera importante de promover el aprendizaje consiste en responder y elaborar las conductas iniciadas en el niño y reforzar el intento de probar nuevas cosas por parte del niño.
- Una tarea básica de ayuda para la profesión es promover

un aprendizaje del entorno temprano y positivo, que incluya una relación de educación.

- Valorar el entorno social del niño, incluida la calidad de la interacción cuidador-niño, es importante en cualquier modelo coherente de cuidado de la salud de los niños.
- Valorar el entorno físico del niño es igual de importante en cualquier modelo de valoración de la salud de un niño.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Caries dental temprana

Conocida como caries dental del biberón o de la alimentación. Son lesiones inicialmente localizadas sobre la superficie vestibular de los incisivos centrales superiores, primarios en niños entre los 6 meses y los 2 años de vida. En el tiempo puede afectar los 4 incisivos primarios superiores y los primeros molares primarios (Bordoni, Escobar, & Castillo, 2010).

2.3.1.1. Factores de riesgo en la caries dental temprana

La caries dental temprana es una enfermedad multifactorial. No tiene un único agente etiológico, sino que en numerosos estudios se ha comprobado que es la consecuencia de diferentes factores (Sánchez & Ustrell, sf):

- **El microorganismo *Streptococcus mutans* se considera el factor etiológico primario.** Esta bacteria no está presente en la cavidad oral de los recién nacidos y, en condiciones normales, coloniza la boca del niño entre los 9 y los 12 meses. Esta edad coincide con la erupción de los primeros dientes temporales. Diversos estudios afirman que la colonización de la cavidad oral del niño siempre es a partir de la madre o el cuidador.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2005), en los primeros años de vida se advierte una forma

característica de caries dental, en la cual sistemáticamente están afectados los incisivos primarios superiores pero rara vez los inferiores; la afección de otros dientes primarios es variable. Dada la relación de este cuadro característico con un hábito específico de alimentación, se le había dado el nombre de "caries por biberón", pero también se observa en pequeños que utilizan tazas.

En las caries se ha reconocido la presencia de *Streptococcus mutans*. Estos microorganismos gram positivos, anaerobios facultativos, producen caries en animales jóvenes de experimentación cuando la alimentación contiene azúcar.

La caries de la primera infancia se presenta en todo el mundo, con máxima prevalencia en los países en desarrollo. Afecta con mayor frecuencia a los niños con carencias, sin importar su origen étnico o cultura, y a los que nacieron con bajo peso. El reservorio principal del cual el lactante adquiere los *Streptococcus mutans* es la madre; las cepas aisladas de las madres y de sus hijos muestran perfiles similares o idénticos de bacteriocina y características idénticas de plásmidos o de ADN cromosómico.

La transmisión de madre a hijo se hace por transferencia de saliva infectada al besarlo en la boca o, con mayor frecuencia, al humedecer el chupete del biberón o el "chupón", o probar alimentos en la cucharita del pequeño antes de servirlos. La colonización por microorganismos de la madre depende en gran medida de su número en el inoculo; las madres con caries dentales extensas por lo común tienen un número considerable de *Streptococcus mutans* en la saliva.

Para evitar la caries dental de la primera infancia, hay que fomentar una buena higiene bucal en las madres y procurar que los lactantes dejen el biberón a una edad temprana. Es necesario instruir a los padres y a los cuidadores sobre los riesgos de la caries derivados de alimentar al niño con leche y otras bebidas azucaradas, y de transferir saliva a la boca del niño cuando la madre y otros cuidadores tienen dientes cariados no tratados.

- **La composición de la leche no materna.** Las leches de fórmula que contienen lactosa son menos cariogénicas que las que llevan sacarosa. También son de baja cariogenidad las fórmulas sintéticas basadas en soya o en proteínas hidrolizadas. Sin embargo, la leche materna es la que tiene más baja cariogenidad y, además, contiene agentes protectores como inmunoglobulinas y anticuerpos contra los *Streptococcus*.
- **La duración y frecuencia de la toma del biberón.** Cuando el uso del biberón se prolonga más allá de los 12 meses de edad, aumenta la incidencia de caries. Los niños que toman biberón con una frecuencia mayor a la habitual tienen más riesgo de sufrir caries, al igual que aquellos que se quedan dormidos con el biberón en la boca.
- **Las sustancias dulces o cariogénicas.** Impregnadas en las tetinas del biberón o del chupete pueden aumentar considerablemente el riesgo de caries.
- **La higiene deficiente,** una mala aportación de flúor y un abuso desmesurado de azúcares incrementa el riesgo de caries del biberón.

A. Repercusión de la caries dental temprana

Las lesiones dentales de la caries dental temprana producen dolor al comer, al beber, al dormir, causando en el niño

diferente trastornos nutricionales y del sueño, así como un enlentecimiento en su crecimiento.

Los niños con caries del lactante presentan diferentes problemas de salud general como (TodaNoticia, 2011):

Diseminación de procesos infecciosos como celulitis, abscesos, osteomielitis y en varias oportunidades hasta meningitis. Bajo peso, por lo general presentan el 80% de su peso ideal. Esto porque el dolor dental dificulta la alimentación. Pérdida de espacio para los dientes permanentes, lo que hace necesario tratamientos posteriores de ortodoncia. Se puede presentar alteraciones del desarrollo y crecimiento de los maxilares. Alteraciones del lenguaje cuando se presenta la pérdida de los incisivos superiores. Hábitos, como el empuje lingual o la deglución atípica que conlleva al desarrollo de mal oclusiones, como mordida abierta anterior. Se puede presentar también alteraciones emocionales, sobre todo cuando el paciente pierde sus dientes siendo objeto de burla por parte de los otros niños, dificultándose la socialización de este.

2.3.1.2. Prevención de la caries dental

Tres son los pilares fundamentales en los que se basa la prevención de la caries dental (Del Rey, 2011):

- A. Protección del diente.** Aplicación de fluoruros (pasta de dientes, geles) y selladores de fisura.
- B. Reducción de la presencia del sustrato (alimento) para las bacterias.** Reducción y control de la ingesta de azúcares.
- C. Eliminación de la placa bacteriana por medios físicos o químicos.** Medidas de higiene dental inmediatamente posteriores a la ingesta de azúcares, para evitar o controlar la producción de ácidos

La educación sanitaria es uno de los instrumentos más importantes que se utilizan contra la caries dental.

Los contenidos de los programas deben hacer referencia a hábitos higiénicos y alimentarios, y aconsejan las siguientes prácticas (Sánchez & Ustrell, sf):

- Utilizar cuanto antes el vaso o taza en vez del biberón.
- Usar pasta de dientes fluorada. Además, se enseñan técnicas de cepillado.
- No dar al niño alimentos ni bebidas azucaradas.
- Usar medicamentos (jarabes) sin azúcar.
- Visitar al dentista a partir de la erupción de los dientes temporales.

Estos programas de educación bucodental empiezan cuando el niño tiene alrededor de seis meses.

La eficacia de los programas de educación a las madres está altamente comprobada, ya que mejoran los niveles de salud bucodental en los niños y, también, en el resto de componentes de la familia.

Por otro lado, hay autores que incluyen como medida preventiva la fluorización de las aguas de abastecimiento público. De todas formas, la aplicación de flúor tópico (en colutorios o pastas dentífricas) es más efectiva que la del sistémico.

Además, no acostar a su hijo con un biberón que contenga algún líquido dulce. Después de cada toma y de vez en cuando, entre horas limpiar las encías de su hijo con una gasita con agua, pero algunos si ya tiene todo sus dientes erupcionados puede emplear un cepillo de dientes adecuado a su edad. A partir de que su hijo tenga edad suficiente, empiece a enseñarlo a tomar líquidos con vasitos entrenadores, para que a partir del año, y poco a poco, vaya eliminando el biberón. Asegúrese que su hijo

tome flúor de alguna forma y en la cantidad apropiada para su edad.

2.3.1.3. Métodos para el diagnóstico de la lesión inicial de la caries

A. Método visual (cambio de coloración y textura).

La inspección clínica depende de la evaluación de los cambios en la translucidez del esmalte, es decir, la pérdida del brillo, el aspecto opaco. También podemos evaluar las pigmentaciones, la localización y la presencia o no de tejido blando o los cambios en la textura del esmalte resultante del grado de desmineralización. Este último se ha señalado como el indicador más válido de caries activa.

Las caries aparecen como manchas o puntos oscuros, o como zonas de color blanco-tiza.

El dolor es un síntoma relativo durante el proceso de desarrollo de la caries. Generalmente cuando se encuentra en una fase superficial es indoloro, no así en estadios más avanzados, pero llegado a este punto la pieza dentaria está muy comprometida (Balda, Solórzano, & González, 2012).

B. Método táctil.

El explorador de punta aguda, no debe ser usado para el diagnóstico de lesiones iniciales de superficie lisas y de puntos y fisuras. En su lugar, podríamos utilizar un explorador de punta redondeada o una sonda periodontal para remover restos alimenticios antes de iniciar el examen clínico y luego, sin realizar ningún tipo de presión, podemos chequear la textura de la superficie sin penetrarla (Balda et al., 2012).

C. Método radiográfico.

El examen radiográfico no es un método adecuado para identificar y medir las lesiones de caries iniciales tanto en superficies proximales como en caras oclusales no obstante

es un método de diagnóstico complementario que permite detectar caries interproximales de lesiones más avanzadas así como evaluar la progresión de una lesión después de tratamiento de remineralización (Balda et al., 2012).

D. Método de transiluminación.

Este método está basado en la transmisión de la luz a través del diente, ésta es afectada por los índices de refracción y por el grado de turbidez dentro del medio. A través del tiempo se han desarrollado equipos para la transiluminación dentaria y en la actualidad se de algunos de ellos, que permiten utilizar este método diagnóstico de caries con mayor precisión (Balda et al., 2012).

E. Método de luz fluorescente.

El principio común para este método es la fluorescencia del esmalte y la dentina. Los dientes al iluminarse con luz azul violeta emiten luz verde amarillenta y cuando existe caries, la fluorescencia se pierde. Se han desarrollado técnicas de fotografía ultravioleta capaces de evaluar la formación de lesiones cariosas in vitro. No obstante, se observó que la fluorescencia o pérdida de la misma no es suficientemente sensible para detectar lesiones iniciales de caries. Las diferencia en la absorción y reflexión de la luz ultravioleta se deben particularmente a la longitud de onda y que longitudes de onda corta son mucho más sensibles para la detección de lesiones iniciales (Balda et al., 2012).

2.3.2. Lactancia

Alimentación proporcionada al niño basada en leche de la madre, o leche artificial (preparados lácteos provenientes principalmente de la leche de vaca u otro tipo de alimento proteico o lácteo) de los mamíferos durante la primera etapa de su vida (PortalesMedicos, 2011; The free dictionary, 2012; Wikipedia, 2012).

2.3.2.1. Lactancia materna hasta los dos años

A continuación presentamos algunas recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud (2011):

Recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años.

Debe brindarse la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. A partir de ese momento y hasta el año la leche debería seguir siendo el principal alimento con la complementación de otros nutrientes.

Desde los 12 meses la leche materna sigue siendo un alimento incomparable en la dieta de los niños y por eso la recomendación de la OMS y de la mayoría de asociaciones y organismos relacionados con la salud es la de continuar con la lactancia materna hasta los dos años o más o hasta que la madre y el hijo lo deseen.

Hay poca información científica relativa al amamantamiento en la edad comprendida entre los 12 y los 24 meses y en adelante pues son pocos los niños que llegan a esas edades siendo amamantados, sin embargo la información disponible indica que incluso después de los dos años de edad la leche materna sigue siendo un excelente aporte de calorías y nutrientes.

El periodo que comprende entre el nacimiento y los dos años de edad es vital para el desarrollo, el crecimiento y la salud de una persona. A continuación explicaremos por qué no se recomienda suprimir la leche materna durante este periodo crítico.

La leche materna tiene un contenido de grasa relativamente alto comparada con la mayoría de los alimentos complementarios.

Es una fuente clave de energía y ácidos grasos esenciales, que tienen una relación directa con el desarrollo cerebral de los niños y sigue siendo el alimento más completo desde el punto de vista nutricional.

La leche materna se adapta a la edad del niño que la toma. Esto quiere decir que a medida que el niño crece la leche aporta más calorías.

Varios estudios han descrito ya los numerosos beneficios psicológicos de los niños amamantados. La lactancia proporciona alimento, consuelo, ternura, comunicación entre madre e hijo, contacto y traspaso de oxitocina (la hormona del amor) de madre a hijo (y aumento de la misma en la madre).

Se demostró que los adolescentes de 15 a 18 años que habían sido amamantados durante más tiempo presentaban mejores niveles de apego a sus padres y consideraban a sus madres menos sobreprotectoras, pero que se ocupaban más de su cuidado, si se les comparaba con jóvenes que hubieran sido alimentados con leche de fórmula.

También se considera que un mayor tiempo de lactancia materna beneficiaba el desarrollo cognitivo de los bebés. Para este estudio compararon a niños que no habían llegado a los 3 meses de lactancia materna, a los que se quedaron entre los 3 y los 6 y a los que fueron amamantados 6 meses o más. El resultado fue que aquellos que fueron amamantados más tiempo obtenían mejores puntuaciones en los tests cognitivos realizados a los 13 meses y a los 5 años.

El sistema inmunológico de un niño madura definitivamente en una edad comprendida entre los 2 y los 6 años de edad. La leche materna es una fuente incomparable de defensas (de hecho la concentración de células inmunológicas en la leche aumenta en el segundo año) por lo que el niño amamantado

seguirá beneficiándose del aporte de defensas materno mientras su propio sistema acaba de madurar.

Esto se hace evidente en situación de enfermedad cuando el apetito de los niños por otros alimentos desciende pero la ingesta de leche materna se mantiene. En patologías gastrointestinales sobretodo, supone el mejor recurso de alimentación e hidratación, mejorando la recuperación de los niños.

Se ha constatado también que cuando un niño es vacunado la lactancia materna aumenta la respuesta inmunológica, estimulando aún más el sistema inmunitario del lactante.

La lactancia materna hasta al menos los dos años, y esta es una de las razones más importantes para esta recomendación, protege ante la diabetes tipo 1.

Numerosos estudios sugieren la relación entre la diabetes tipo 1 y la introducción antes del primer año de vida de productos que contienen proteínas de leche de vaca intactas (derivados de la leche no adaptados).

Los niños amamantados son generalmente más delgados y se ha observado que parece ser un factor protector de la obesidad.

A mayor duración de la lactancia, menor riesgo de obesidad y sobrepeso. Se ha demostrado una prevalencia de obesidad a los 5-6 años de edad del 4,5% en niños no amamantados, del 3,8% en los amamantados durante 2 meses, del 2,3% de 3 a 5 meses, del 1,7% los amamantados entre 6 y 12 meses y del 0,8% en aquellos con lactancias superiores al año de edad.

2.3.2.2. Tipos de lactancia

Existen tres tipos de lactancia (Natalben lactancia, 2008):

A. Lactancia materna, natural, biológica: basada en leche procedente de la madre.

B. **Lactancia artificial:** Se emplea como sustitutiva de la lactancia materna. La procedencia de la leche es animal (principalmente de vaca) o vegetal (sobre todo de soja).

C. **Lactancia mixta:** El niño es alimentado simultáneamente por ambos tipos de leche. Consiste en combinar la lactancia materna con la artificial.

2.3.2.3. Composición de la leche materna

COMPARACIÓN ENTRE CALOSTRO, LECHE MADURA Y LECHE DE VACA

Nutriente	Calostro	Leche madura	Leche de vaca
Agua	87	88	88
Calorías	58	70	70
Proteínas totales (g/100 ml)	2.3	0.9	3.3
Caseína (g/100 ml)	0.14	0.25	2.7
Nitrógeno total (mg/100 ml)	2.3	0.9	3.3
Lactoalbúmina (mg/100 ml)	218	161	110
Lactoferrina (g/100 ml)	0.33	0.17	trazas
Ig A(g/100 ml)	0.36	0.14	0.03
Grasas totales(g/100 ml)	2.9	4.2	3.8
Colesterol(mg/100 ml)	28	16	14
Ácido linoleico (% de la grasa)	6.8 %	8.3 %	1.6 %
Lactosa (g/100 ml)	5.3	7.3	4.8
Vitamina A (mcg/100 ml)	89	47	51
Vitamina D (mcg/100 ml)	trazas	0.004	0.002
Vitamina E (mcg/100 ml)	1280	315	70
Vitamina K (mcg/100 ml)	0.23	0.21	0.6
Biotina (mcg/100 ml)	0.06	0.6	2.8
Vitamina B 12 (mcg/100 ml)	200	26	0.5
Ácido ascórbico (mcg/100 ml)	4.4	4.5	2
Magnesio (mg/100 ml)	4	3.5	13
Calcio (mg/100 ml)	23	28	125
Potasio (mg/100 ml)	74	58	140
Sodio (mg/100 ml)	50	15	58
Fósforo (mg/100 ml)	16	15	96
Cloro (mg/100 ml)	70	42	108
Azufre (mg/100 ml)	22	14	30
Cobre (mcg/100 ml)	46	35	10
Hierro(mcg/100 ml)	45	40	45

Yodo (mcg/100 ml)	12	7	11
-------------------	----	---	----

Fuente: (Licata, 2012)

2.3.2.4. Composición de la leche artificial

COMPARACIÓN LECHE DE FORMULA Y LECHE HUMANA

Nutriente	Fórmula de inicio	Fórmula de continuación	Leche de mujer
Valor energético(kcal)	64-72	60- 85	72
Proteínas(gr)	1,2- 1,9	2,0- 3,7	1,0
Grasas (gr)	2,7- 4,1	2,0-4,0	3,8-4,0
Hidratos de carbono (gr)	5,4- 8,2	5,7- 8,6	7,2
Sales minerales		>60	34
Calcio (mg)	40-70	>40	17
Fósforo (mg)	20- 35	1,0- 2,0	2,0
Relación calcio/ fósforo	1,2- 2,0	>4	4,0
Hierro (mg)	0,07- 0,7	3,4	3,0
Vitamina A (UI)	170- 340	166- 334	190
Vitamina D(UI)	25-54	28-56	2,2
Vitamina E(UI)	0,041- 6,8	> 0,5	0,27- 0,5

Fuente: página web (Desarrollo infantil, 2010)

El neonato y el bebé sólo son capaces de succionar, deglutir y digerir líquidos, ya que sus aparatos digestivo y renal no están maduros para tomar otros alimentos.

La lactancia materna constituye el alimento ideal. Cuando no es posible la lactancia natural hay que recurrir a la artificial con biberón, pero con unas leches o fórmulas especiales que se llaman leches adaptadas.

La leche adaptada se fabrica modificando profundamente la leche de vaca para que su contenido en nutrientes se parezca el máximo posible a la leche materna.

Las ventajas de la lactancia materna no son solamente de componentes nutritivos sino además de defensa contra las infecciones, de protección contra las alergias, etc., que no tienen las leches adaptadas (Frontera & Cabezuolo, 2004).

A. Tipos de fórmulas adaptadas

Hay dos tipos de fórmulas adaptadas (Frontera & Cabezuelo, 2004):

- Fórmula de inicio

Las fórmulas adaptadas de inicio o especiales para lactantes son leches que se pueden dar desde el primer día de vida y cubren completamente las necesidades del lactante en energía y nutrientes hasta el 6° mes de vida. No se precisa, pues, durante este tiempo, dar ningún otro alimento adicional.

- Fórmula de continuación.

La fórmula de continuación es la leche que debe tomar el lactante a partir del sexto mes de vida, pero acompañando a la alimentación complementaria que precisamente se comienza a introducir a partir de este mes.

Desde los seis meses al año de vida, el lactante se desarrolla mucho en sus aspectos psicomotor, digestivo, inmunológico y renal. Se denomina período transicional porque el lactante efectúa un tránsito progresivo desde la alimentación líquida exclusiva hasta el 6° mes, en forma de lactancia materna o de leche adaptada, hasta la alimentación más variada.

B. Preparación de los biberones

La preparación de biberones debe seguir una técnica estéril. Deberá procederse a una meticulosa limpieza de biberones y tetinas inmediatamente después de cada toma, seguida de su esterilización, con agua hirviendo.

Es fundamental la correcta proporción entre la cantidad de polvo de leche y la cantidad de agua. Si se diluye incorrectamente las consecuencias pueden ser graves. Si se

diluye a menor concentración, es decir, con más agua, la cantidad de nutrientes en el biberón será menor y el niño no recibirá el aporte necesario. Si se diluye a mayor concentración, es decir, con menos agua o más cantidad de polvo de leche, el bebé puede sufrir graves trastornos renales, incluso deshidratación (Frontera & Cabezuelo, 2004).

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Caries dental.** Destrucción o necrosis que afecta a los tejidos duros del organismo, especialmente los dientes (The free dictionary, 2012).
- **Caries dental temprana.** Presencia de uno o más dientes con lesiones de caries dental (mancha blanca o lesiones cavitadas) en cualquier diente primario, en niños menores de 3 años.
- **Lactancia.** Alimentación a base de leche materna o leche artificial (preparados lácteos provenientes principalmente de la leche de vaca) de los mamíferos durante la primera etapa de su vida (The free dictionary, 2012; Wikipedia, 2012).
- **Lactancia materna.** Alimentación a base de leche materna.
- **Lactancia mixta.** Alimentación a base de leche materna y leche artificial.
- **Lactancia artificial.** Alimentación a base de leche artificial.
- **Tipo de lactancia.** Son las diferentes formas de alimentación a realizarse en el lactante.

2.5. HIPÓTESIS

2.5.1. Hipótesis general:

Existe relación entre el tipo de lactancia artificial, lactancia mixta, lactancia materna y la presencia de caries dental en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013.

2.5.2. Hipótesis específicas:

- La mayoría de niños 12 a 24 meses con lactancia artificial presentan caries dental temprana, en el consultorio de odontopediatria del Hospital Departamental Huancavelica 2013.
- La mayoría de niños 12 a 24 meses con lactancia mixta presentan caries dental temprana, en el consultorio de odontopediatria del Hospital Departamental Huancavelica 2013.
- La mayoría de niños 12 a 24 meses con lactancia materna exclusiva presentan caries dental temprana, en el consultorio de odontopediatria del Hospital Departamental Huancavelica 2013.

2.6. VARIABLE

Variable 1

Tipo de lactancia

Variable 2

Caries dental temprana.

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEM
Tipo de lactancia	Son las diferentes formas de alimentación a realizarse en el lactante basado a una lactancia artificial, mixta y materna exclusiva.	Es la identificación del tipo de lactancia por medio de un cuestionario aplicado a las madres.	Lactancia materna exclusiva	<ol style="list-style-type: none"> Referencia de la madre de amamantamiento del niño desde que nació hasta los 6 meses. Referencia de la madre de amamantamiento más alimentación complementaria (no biberón) desde los 6 meses. 	<ol style="list-style-type: none"> ¿Su bebe tuvo lactancia materna exclusiva desde que nació hasta los 6 meses? SI () NO () ¿A partir de los 6 meses hasta ahora le sigue dando lactancia materna? SI () NO ()
			Lactancia mixta	<ol style="list-style-type: none"> Referencia de la madre de amamantamiento y uso de biberón desde el nacimiento del niño hasta los 6 meses. Referencia de la madre de amamantamiento, uso de biberón y alimentos complementarios a partir del sexto mes. 	<ol style="list-style-type: none"> ¿Desde que nació su bebe hasta los 6 meses, usted le dio lactancia materna y lactancia artificial (biberón)? SI () NO () Usted a partir de los 6 meses continua lactándole, dándole biberón además de alimentación complementaria? SI () NO () ¿Le agrega algo al biberón de su hijo (azúcar, miel, cereal)? SI () NO () ¿Cué le agrega?..... ¿Cómo limpia el biberón de su bebe? a) Lo lava con algún detergente. b) Utiliza agua hervida más detergente. c) Solo con agua. d) Otro (especifique).....
			Lactancia artificial	<ol style="list-style-type: none"> Referencia de la madre del uso exclusivo de biberón desde el nacimiento del niño hasta los 6 meses. Referencia de la madre del uso exclusivo de biberón más alimentación complementaria a partir del sexto mes. 	<ol style="list-style-type: none"> ¿Desde que nació su bebe hasta los 6 meses, usted le dio lactancia artificial (biberón)? SI () NO () Usted a partir de los 6 meses continua dándole biberón además de alimentación complementaria? SI () NO () ¿Le agrega algo al biberón de su hijo (azúcar, miel, cereal)? SI () NO () ¿Cué le agrega?..... ¿Cómo limpia el biberón de su bebe? e) Lo lava con algún detergente. f) Utiliza agua hervida más detergente. g) Solo con agua. h) Otro (especifique).....

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ITEM	CATEGORÍA
Caries dental temprana	Son lesiones inicialmente localizadas sobre la superficie vestibular de los incisivos centrales superiores, primarios en niños entre los 6 meses y los dos años de vida. En el tiempo puede afectar los 4 incisivos primarios superiores y los primeros molares primarios superiores.	Es la detección de caries por medio de la observación de los dientes del niño, para lo cual se hará uso de una guía de observación.	Manchas blancas o manchas oscuras en cualquiera de las superficies del diente.	1. Observa manchas blancas o manchas oscuras en cualquiera de las superficies del diente SI () NO ()	Presencia de caries dental Ausencia de caries dental
			Lesiones cavitadas en el diente	2. Se observa cavidades en el diente. SI () NO ()	

SA

2.8. ÁMBITO DE ESTUDIO O DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Hospital Departamental de Huancavelica

Pertenece al nivel II de complejidad ubicado en el distrito de Huancavelica. El hospital se encuentra geográficamente accesible a la población huancavelicana de los distintos distritos y provincias a través de carreteras afirmadas, asfaltadas y contamos con el transporte ferroviario para algunos distritos de la provincia de Huancavelica.

En cuanto a la infraestructura del Hospital Departamental de Huancavelica cuenta con una misma infraestructura desde su creación que data de hace 42 años, cuenta con servicios básicos (agua, desagüe, luz eléctrica, teléfono, internet), existe sistema de comunicación radial y telefónico, lo que nos ayuda con la comunicación con los distintos centros de salud y hospitales de referencia nacional, ambulancias (están no se encuentran equipadas), que son utilizadas para la referencia de pacientes a otros hospitales nacionales.

Entorno Geográfico

Ubicación y Superficie del Hospital Departamental de Huancavelica:

Ubicación

- Departamento: Huancavelica
- Provincia: Huancavelica
- Distrito: Huancavelica

Límites.

- Este : Jr. 20 de Enero
- Oeste: Jr. Augusto B. Leguía
- Norte: Av. Andrés Avelino Cáceres
- Sur : Cerro Calvario

Coordenadas Geográficas.

Las coordenadas geográficas:

Latitud sur: 12°47'06" Longitud oeste: 74°58'17"

Superficie

Superficie Territorial del Hospital: 17 674.66 m²

Clima

Por su ubicación mantiene un clima seco pero con temperatura baja, cuyo promedio anual varía:

- Mínima: 2°C- 5°C
- Media: 8°C- 10°C
- Máxima: 14°C- 17°C
- Precipitación: 811 mm/año.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por su objetivo: Básico.

La siguiente tipificación corresponde a los autores, Escorcía (2009) y Supo (2009):

Según la intervención del investigador:

Observacional (no experimental). No existe manipulación de ninguna variable, es decir solamente se limita a recolectar los datos tal como se presentan

Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio:

Transversal. Los datos de ambas variables serán recolectados en solo momento.

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue correlacional de relación, porque permitió determinar la relación o el grado de asociación que existió entre el tipo de lactancia y la caries dental en niños de 12 a 24 meses (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método inductivo

La inducción es el método de obtención de conocimientos que conduce de lo particular a lo general.

Método deductivo

La deducción es el razonamiento mental que conduce de lo general a lo particular.

Método analítico

Es aquél que distingue las partes de un todo y procede a la revisión ordenada de cada uno de sus elementos por separado.

Analizar significa: Observar y penetrar en cada una de las partes de un objeto que se considera como unidad.

El Análisis es provechoso en cuanto que proporciona nuevos elementos de juicio.

Método sintético

Consiste en reunir los diversos elementos que se habían analizado anteriormente. En general la síntesis y análisis son dos fases complementarias.

La síntesis es indispensable en cuanto reúne esos elementos y produce nuevos juicios, criterios, tesis y argumentación

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Variable caries dental temprana:

- **TÉCNICA:** Observación.
- **INSTRUMENTO:** Guía de observación (Giraldo, 2009).

Variable tipo de lactancia:

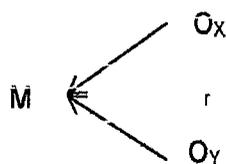
- **TÉCNICA:** Encuesta.
- **INSTRUMENTO:** Cuestionario (Giraldo, 2009).

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El Diseño fue no experimental, transeccional correlacional, referido por Polit (2000):

- **No experimental**, porque no se manipula las variables.
- **Transeccional**, porque el acopio de datos se realizó en un momento determinado.
- **Correlacional**, porque permitió relacionar 2 variables.

Diagrama:



Dónde:

M = Muestra de madres y niños de 12 a 24 meses de edad

O = Observación de la variable de estudio.

X = Variable caries dental

Y = Variable tipo de lactancia.

3.6. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO

- **Población:** Estuvo conformado por todas las madres con sus respectivos niños de 12 a 24 meses de edad que fueron, atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica en el mes de septiembre del 2013. Haciendo un total de 30 madres y 30 niños.
- **Muestra:** La muestra estuvo constituida por el 100 % de la población atendida durante el mes de septiembre del 2013.
- **Muestreo:** No se requiere por ser una población pequeña.

Criterios de inclusión:

Madres con niños entre 12 a 24 meses de edad.

Criterios de exclusión:

Madres con niños mayores a 24 meses de edad.

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió del modo siguiente:

- a) Se determinó la validez y confiabilidad de instrumento de recolección de datos (cuestionario).
- b) Se realizaron gestiones de autorización para el proceso de recolección de datos ante el Director del Hospital Departamento Huancavelica.
- c) Se aplicó los instrumentos de recolección de datos a niños y madres de estos en el consultorio de Odontopediatría.
- d) Se realizó la tabulación y codificación de los resultados obtenidos para su respectivo análisis, síntesis, descripción e interpretación.
- e) Los datos fueron procesados estadísticamente con el software estadístico SPSS v21 y Microsoft office Excel v2013, simultáneamente estos resultados fueron transferidos a Microsoft Word 2013 para la presentación de resultados.
- f) Una vez obtenidos las tablas y gráficos estadísticos se procedió al análisis, síntesis, interpretación y discusión de los resultados obtenidos para luego llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

3.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó:

➤ **Técnicas estadísticas:**

Estadística descriptiva. Tabla de frecuencias con sus respectivos gráficos.

Estadística inferencial. Se utilizó como estadístico de prueba: Chi cuadrado de independencia.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

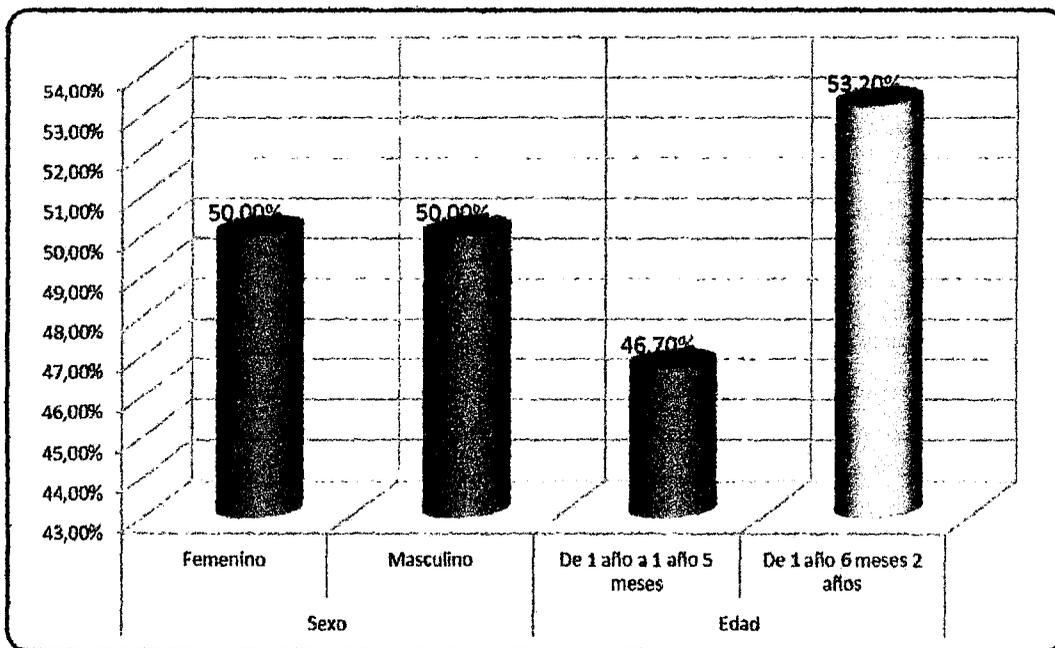
En la presentación de datos se ha utilizado las tablas de frecuencias con sus respectivos gráficos. En tal sentido los resultados presentan la siguiente organización: Caracterización de la población en estudio de niños comprendido por edad y sexo. Seguidamente se encuentra los resultados en forma general de la variable caries dental temprana y tipo de lactancia. Finalmente figura la contrastación de hipótesis.

TABLA Nº 01. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA		f	%
Sexo	Femenino	15	50,0%
	Masculino	15	50,0%
Edad	De 1 año a 1 año 5 meses	14	46,7%
	De 1 año 6 meses a 2 años	16	53,2%
Total		30	100,0%

Fuente: Guía de observación sobre caries dental.

FIGURA Nº 01. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013



Fuente: Tabla Nº 01.

Se observa en la tabla y figura que antecede que el 50% (15 niños) son de sexo masculino y el 50%(15 niñas) de sexo femenino. Con respecto a la edad, el 53,2%(16 niños) se encuentran entre las edades de 1 año 6 meses a 2 años y el 46,70% (14 niños) entre las edades de 1 año a 1año 5 meses.

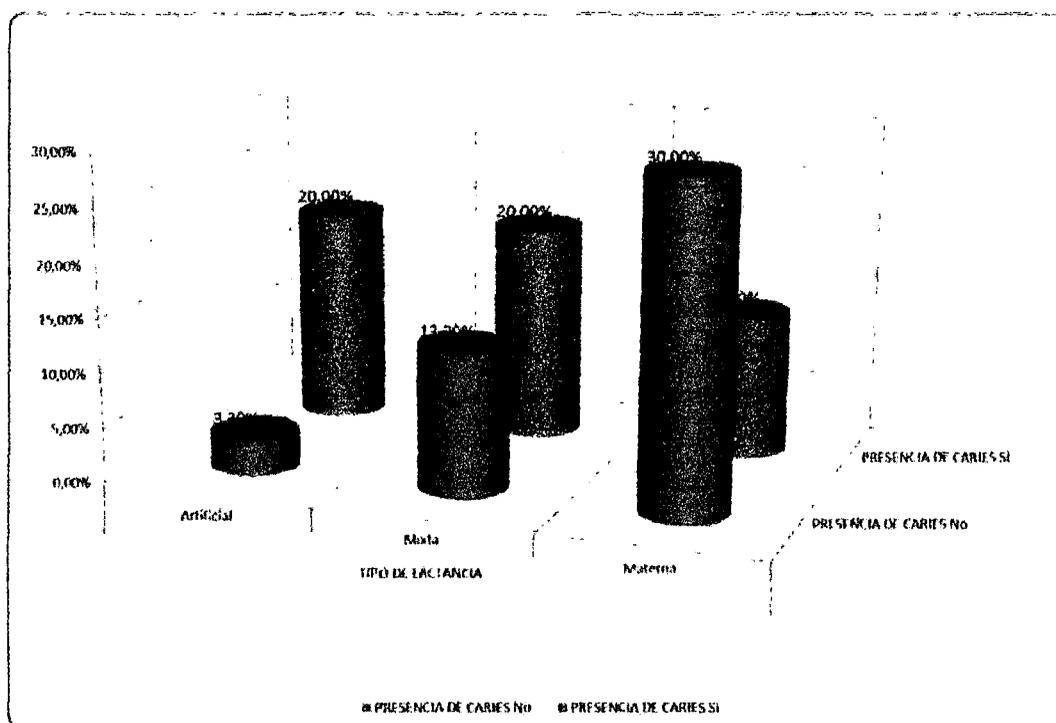
49

TABLA N° 02. PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

		TIPO DE LACTANCIA						Total	
		Artificial		Mixta		Materna			
		f	%	f	%	f	%	f	%
PRESENCIA DE CARIES	No	1	3,3%	4	13,3%	9	30,0%	14	46,7%
	Si	6	20,0%	6	20,0%	4	13,3%	16	53,3%
Total		7	23,3%	10	33,3%	13	43,3%	30	100,0%

Fuente: Guía de observación de caries dental y Cuestionario tipo de lactancia.

FIGURA N° 02. PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013



Fuente: tabla N° 02.

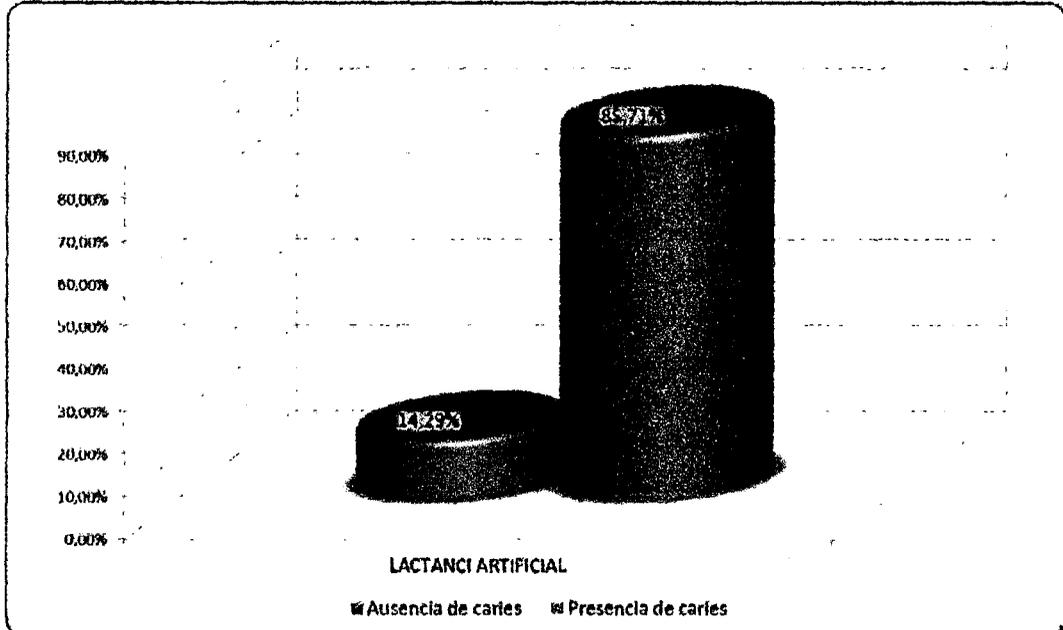
Nos indica que del 100% (30 niños), el 53,3%(16 niños) presentan caries temprana y el 46,7% (14 niños) no presentan caries dental temprana. De los cuales el 20,0% (6 niños) presentan caries dental temprana y recibieron lactancia artificial, seguido en una misma proporción los que recibieron lactancia mixta. Finalmente el 13,3%(4 niños) presentan caries dental temprana y recibieron lactancia materna exclusiva.

TABLA N° 03. PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y LACTANCIA ARTIFICIAL EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

		LACTANCIA ARTIFICIAL	
		f	%
PRESENCIA DE CARIES	No	1	14,29%
	Si	6	85,71%
Total		7	100,00%

Fuente: Guía de observación de caries dental y Cuestionario tipo de lactancia.

FIGURA N° 03. PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y LACTANCIA ARTIFICIAL EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013



Fuente: tabla N° 03.

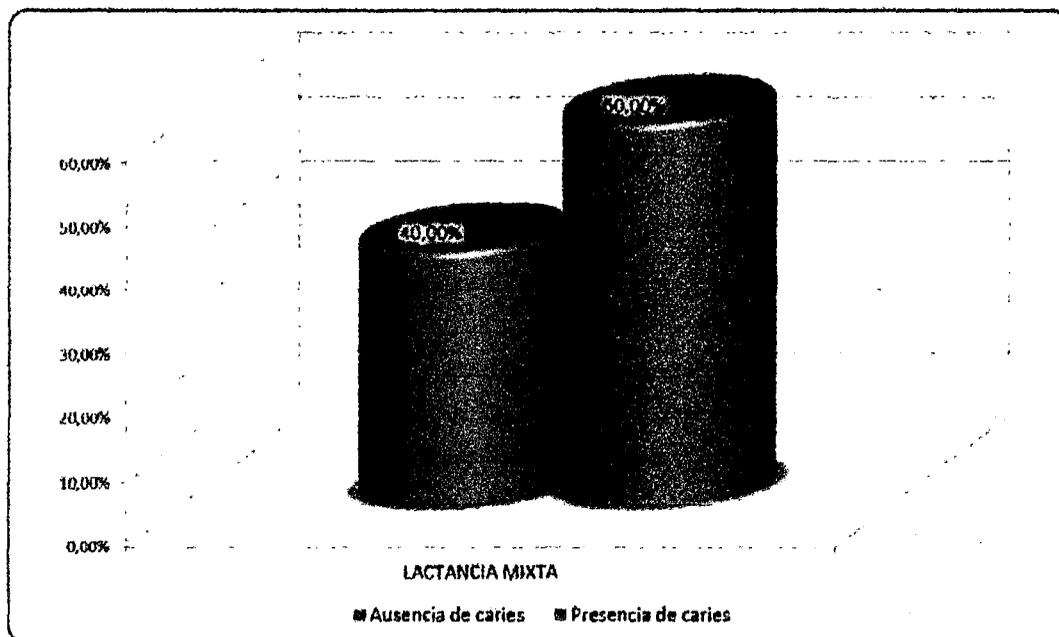
Se aprecia que el 85,71% (06 niños) presentan caries dental temprana y son alimentados con lactancia artificial y tan solo el 14,29% (01 niño) no presenta caries.

TABLA N° 04. PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y LACTANCIA MIXTA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

		LACTANCIA MIXTA	
		f	%
PRESENCIA DE CARIES	No	4	40,00%
	Si	6	60,00%
Total		10	100,00%

Fuente: Guía de observación de caries dental y Cuestionario tipo de lactancia.

FIGURA N° 04. PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y LACTANCIA MIXTA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013



Fuente: tabla N° 04.

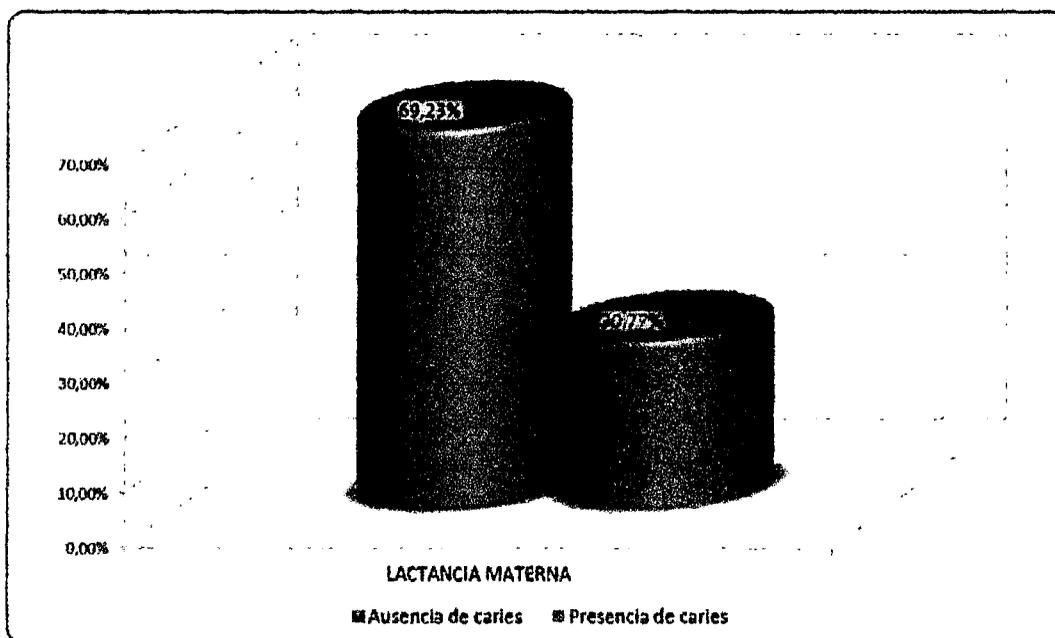
En la tabla y figura que antecede indica que el 60% (06 niños) presentan caries dental temprana y son alimentados con lactancia mixta. Seguidamente el 40% (04 niños) no presentan caries.

TABLA N° 05. PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

		LACTANCIA MATERNA	
		f	%
PRESENCIA DE CARIES	No	9	69,23%
	Si	4	30,77%
Total		13	100,00%

Fuente: Guía de observación de caries dental y Cuestionario tipo de lactancia.

FIGURA N° 05. PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013



Fuente: tabla N° 05.

La tabla y gráfico N° 7, muestra el 30,77% (04 niños) presentan caries dental temprana y son alimentados con lactancia materna exclusiva. Asimismo el 69,23% (09 niños) no presentan caries.

4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

1) Tabla de contingencia

		TIPO DE LACTANCIA			Total
		Artificial	Mixta	Materna	
PRESENCIA DE CARIES	No	1	4	9	14
	Si	6	6	4	16
Total		7	10	13	30

2) Hipótesis

Hipótesis de investigación

- La presencia de caries y el tipo de lactancia son dependientes en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013.

H_1 : x r y (caries y tipo de lactancia están relacionadas)

x : caries

y : tipo de lactancia

r : relacionado

Hipótesis nula

- La presencia de caries y el tipo de lactancia son independientes en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013.

H_0 : $x \sim r y$ (caries y tipo de lactancia no están relacionadas)

x : caries

y : tipo de lactancia

$\sim r$: no relacionado

3) Nivel de significancia

$\alpha=0,05$ o 5%. Es la probabilidad de cometer un error.

4) Nivel de confianza

$1-\alpha=0,95$ o 95%. Probabilidad de que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

5) Estadístico de prueba

Chi cuadrado de independencia.

$$X^2 = \sum \frac{(o - e)^2}{e}$$

Leyenda:

X^2 = Chi cuadrado de bondad de ajuste

Σ = sumatoria

o = frecuencia observada

e = frecuencia esperada

Grados de libertad = (número de filas-1)(número de columna-1) = (2-1)(3-1) = 1*2 = 2

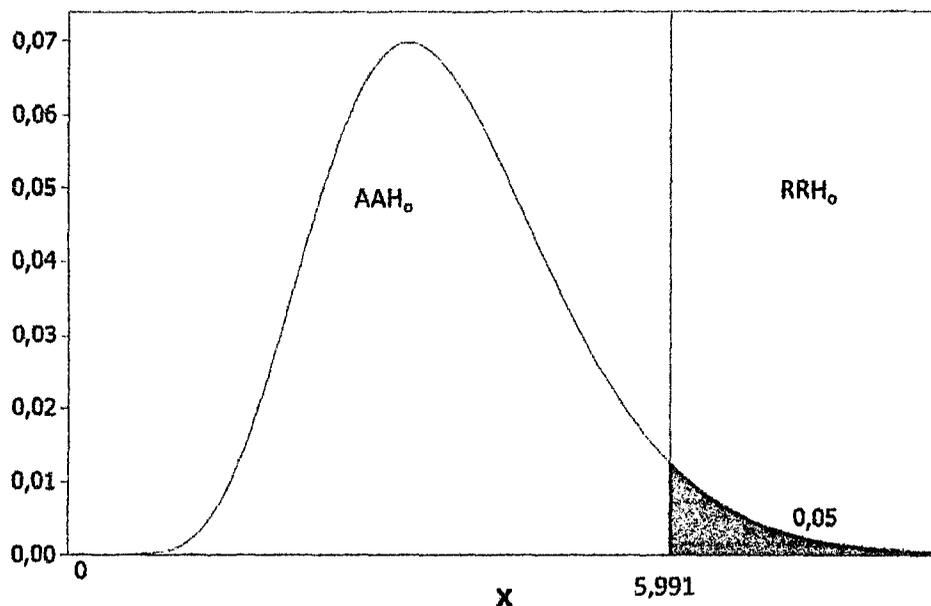
6) Regla de decisión

Si: $X^2_o > X^2_t (5,991)$ se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: $X^2_o \leq X^2_t (5,991)$ se **ACEPTA** la hipótesis nula.

X^2_o : Chi calculada

X^2_t : Chi de tabla



7) Calculo de la prueba

$$X^2 = \sum \frac{(o - e)^2}{e} = \frac{(1 - 3,3)^2}{3,3} + \frac{(4 - 4,7)^2}{4,7} + \frac{(9 - 6,1)^2}{6,1} + \frac{(6 - 3,7)^2}{3,7} + \frac{(6 - 5,3)^2}{5,3} + \frac{(4 - 6,9)^2}{6,9}$$

$$X^2 = 5,79$$

8) Decisión

Como $X^2_c (5,79) < X^2_t (5,991)$ se **ACEPTA LA HIPÓTESIS NULA**.

9) Conclusión

Se acepta la hipótesis nula: **“ La presencia de caries y el tipo de lactancia son independientes en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatria del Hospital Departamental Huancavelica 2013”**.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

i. Hipótesis N° 1

Hipótesis de investigación

La presencia de caries en niños con **lactancia artificial** de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es mayor al 50%.

$H_1 = \% \text{ presencia de caries con lactancia artificial} > 50\%$

Hipótesis nula

La presencia de caries en niños con **lactancia artificial** de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es menor o igual 50%.

$H_0 = \% \text{ presencia de caries con lactancia artificial} \leq 50\%$

1. Regla de decisión

- ✓ Si: $\% \text{ presencia de caries con lactancia artificial} \leq 50\%$ se **ACEPTA** hipótesis nula.
- ✓ Si: $\% \text{ presencia de caries con lactancia artificial} > 50\%$ se **RECHAZA** hipótesis nula.

2. Calculo de porcentaje

	TIPO DE LACTANCIA		
	Artificial	Mixta	Materna exclusiva
	%	%	%
PRESENCIA DE CARIES	37,5%	37,5%	25,0%

3. Decisión

La presencia de caries en el tipo de lactancia artificial es 37,5%; como este valor es menor que 50%, por tanto **SE ACEPTA** la hipótesis nula.

4. Conclusión

Los resultados indican que solo el 37,5% de niños con lactancia artificial presentan caries por tanto se acepta la hipótesis nula: **“La presencia de caries en niños con lactancia artificial de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es menor o igual 50%”**

1. Hipótesis N° 2

Hipótesis de investigación

La presencia de caries en niños con **lactancia mixta** de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es mayor al 50%.

Hi = % presencia de caries con lactancia mixta > 50%

Hipótesis nula

La presencia de caries en niños con **lactancia mixta** de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es menor o igual 50%.

Ho = % presencia de caries con lactancia mixta ≤ 50%

2. Regla de decisión

- ✓ Si: % presencia de caries con lactancia mixta ≤ 50% se **ACEPTA** hipótesis nula.
- ✓ Si: % presencia de caries con lactancia mixta > 50% se **RECHAZA** hipótesis nula.

3. Calculo de porcentaje

	TIPO DE LACTANCIA		
	Artificial	Mixta	Materna
	%	%	%
PRESENCIA DE CARIES	37,5%	37,5%	25,0%

4. Decisión

La presencia de caries en el tipo de lactancia mixta es 37,5%; como este valor es menor que 50%, por tanto **SE ACEPTA** la hipótesis nula.

5. Conclusión

Los resultados indican que solo el 37,5% de niños con lactancia mixta presentan caries por tanto se acepta la hipótesis nula: **“La presencia de caries en niños con lactancia mixta de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatria del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es menor o igual 50%”**

1. Hipótesis N° 3

Hipótesis de investigación

La presencia de caries en niños con **lactancia materna exclusiva** de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatria del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es mayor al 50%.

$H_i = \% \text{ presencia de caries con lactancia materna} > 50\%$

Hipótesis nula

La presencia de caries en niños con **lactancia materna exclusiva** de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatria del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es menor o igual 50%.

$H_o = \% \text{ presencia de caries con lactancia materna} \leq 50\%$

2. Regla de decisión

- ✓ Si: $\% \text{ presencia de caries con lactancia materna} \leq 50\%$ se **ACEPTA** hipótesis nula.
- ✓ Si: $\% \text{ presencia de caries con lactancia materna} > 50\%$ se **RECHAZA** hipótesis nula.

3. Calculo de porcentaje

característica	TIPO DE LACTANCIA		
	Artificial	Mixta	Materna exclusiva
	%	%	%
PRESENCIA DE CARIES	37,5%	37,5%	25,0%

4. Decisión

La presencia de caries en el tipo de lactancia materna es 37,5%; como este valor es menor que 50%, por tanto **SE ACEPTA** la hipótesis nula.

5. Conclusión

Los resultados indican que solo el 25,0% de niños con lactancia materna exclusiva presentan caries por tanto se acepta la hipótesis nula: **“La presencia de caries en niños con lactancia materna exclusiva de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatria del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es menor o igual 50%”**

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Con respecto a la presencia de caries dental temprana y su relación con el tipo de lactancia en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, se afirma que no existe relación entre el tipo de lactancia y la caries dental temprana, es decir no son dependientes ambas variables. Es decir del 100% (30 niños), el 53,3%(16 niños) presentan caries temprana y el 46,7% (14 niños) no presentan caries dental temprana. De los cuales el 20,0% (6 niños) presentan caries dental temprana y recibieron lactancia artificial, seguido en una misma proporción los que recibieron lactancia mixta. Finalmente el 13,3%(4 niños) presentan caries dental temprana y recibieron lactancia materna exclusiva. Al respecto, el mismo hecho de que los resultados indiquen que no existe relación entre la caries dental y el tipo de lactancia, se hace necesario precisar que para que se presente caries dental temprana en los niños intervienen muchos factores tal como reporta Ramos y Weintraub citado por Maldonado (2010) al comprobar que el factor humano es de suma importancia en el establecimiento de la caries dental, ya que el comportamiento derivado del conocimiento influye directamente sobre los hábitos y prácticas o conductas nutricias, cuyo inicio desde el nacimiento mismo, pueden llegar a ocasionar una alteración en el microambiente oral del recién nacido, pues al no recibir lactancia materna prolongada, obliga al lactante a ingerir alimentos diferentes a la leche materna, muchas veces leche de fórmula enriquecida con sacarosa, además ocasiona que la ablactación tenga un comienzo temprano y presumiblemente con ella la siembra del *Estreptococo Mutans* y *Lactobacilos* por parte de la madre hacia el infante se dé en este momento, contaminando la boca del niño, si a esto le sumamos la falta de cuidados e higiene oral más la negativa para recibir orientación profesional odontológica, el desarrollo de la caries

es inminente, entre más temprano se vea infectada la cavidad oral por las bacterias cariogénicas más tiempo tendrán éstas para desarrollar la enfermedad, lo que hace suponer que nuestros hallazgos de alrededor del 50% de pacientes con al menos una pulpitis también coincidan con Shepherd y Nadanowsky al referir un 47% de su población en estudio con historia de odontalgias. También es importante mencionar que la leche provee de inmunoglobulinas al niño por lo que su ausencia también juega un papel importante en lo agresivo que pueda resultar la infección, teniendo un avance más rápido a través de la estructura dental destruyéndola y alcanzando el tejido conectivo ocasionando pulpitis y focos de infección que ponen en riesgo la salud general. Por otro lado los hallazgos obtenidos en este estudio se sustenta con los de Maldonado donde indica que siendo la lactancia materna un factor protector frente a la caries dental temprana sin embargo puede estar relacionado a otros factores que han influido para que el niño presenten caries dental temprana pese a haber recibido lactancia materna exclusiva. El suministro de ella por un tiempo menor de seis meses, al conjugarse con otros factores como una ablactación temprana y los deficientes hábitos higiénicos y alimentarios, dejan sin defensas al organismo y lo exponen a las bacterias cariogénicas y sustratos fermentables por períodos largos de tiempo y repetitivos, provocando la aparición temprana y agresiva de la caries dental. Entonces se hace muy necesario tomar en consideración un aspecto muy importante que es la interacción padre-hijo, donde da énfasis en la valoración de la salud del niño, considerando que la meta es identificar los problemas antes de que se desarrollen y cuando se intervenga sea más eficaz, esto nos indica que los padres, el personal de salud y demás personas involucradas deben cumplir un rol importante sobre el cuidado de la salud de niño, tal como lo respalda Kathryn Barnard en su teoría.

Al apreciar que existe un porcentaje considerable de niños que presentan caries dental temprana y son alimentados con lactancia artificial en el estudio, nos indica que el mismo hecho de que al niño no es alimentado con lactancia materna esta siendo fragmentado la lactancia materna como factor protector contra la caries dental" tal como lo indica el estudio de Maldonado et al. (2010), entendiéndose que la lactancia materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo, no solo por los componentes beneficiosos que contiene la leche materna sino también por la creación del vínculo afectivo que se produce entre el recién nacido y la madre, considerado como una experiencia única e inolvidable. La importancia de la lactancia materna alcanza niveles sorprendentes, ya que se trata de uno de los elementos más trascendentes para la vida humana no sólo en términos nutricionales, sino fundamentalmente por los componentes afectivos y vinculares que rodean al acto del amamantamiento. La principal desventaja de la lactancia artificial frente a la lactancia materna es que no tiene propiedades inmunológicas. Su digestión es más pesada y los bebés suelen sufrir más cólicos de gases o estreñimiento.

CONCLUSIONES

- No existe suficientes evidencias para determinar la relación que existe entre la caries dental temprana y el tipo de lactancia en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatria del Hospital Departamental Huancavelica 2013, ya que estadísticamente resultó que la chi calculada (5,79) es menor que la chi tabulada (5,99) con un nivel de significancia del 5%, esto indica que para la presencia da caries dental temprana en niños existe otros factores como una ablactación temprana, deficientes hábitos higiénicos y alimentarios, entre otros que dejan sin defensas al organismo y lo exponen a las bacterias cariogénicas y sustratos fermentables por períodos largos de tiempo, provocando la aparición temprana y agresiva de la caries dental.
- La presencia de caries dental temprana de niños con lactancia artificial de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatria del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es en más de la cuarta parte. Esto se debe por la prolongación en el tiempo del uso del biberón, existencia de un flujo reducido de saliva, la edad a la que se comienza a realizar la higiene de los dientes de los niños, donde el cepillado se realiza con frecuencia de manera incorrecta por la falta de información adecuada de sus padres o por dejar que el niño lo realice de forma autónoma a estas edades.
- La presencia de caries en niños con lactancia mixta de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatria del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es en más de la cuarta parte. Está relacionada con el uso frecuente y prolongado de biberón con contenido líquido a base de carbohidratos fermentables como zumo de fruta y otros factores.

- La cuarta parte de niños de 12 a 24 meses con lactancia materna exclusiva presentan caries dental temprana, atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica. Esto se debe a la prolongación de la lactancia materna más allá de un determinado periodo o "a demanda", especialmente durante la noche, dejando que el niño se duerma con el pezón materno en su boca y otros factores.

RECOMENDACIONES

Al Hospital Departamental de Huancavelica:

- A profesionales responsables del programa de Crecimiento y Desarrollo, derivar a las madres con sus niños al Servicio de Odontología para que puedan recibir orientación respecto a las formas para realizar la higiene bucal de su menor hijo; frecuencia de visita al odontólogo, de tal modo que haya un seguimiento estricto para preservar la salud oral.
- A profesionales nutricionistas, promover sesiones educativas a las madres gestantes sobre información de dietas cariogénicas, cantidad de azúcar "ideal" que se debe usar y que alimentos son considerados como "buenos" para el futuro bebé.
- A profesionales de odontología realizar un seguimiento riguroso, que incluya diagnóstico y tratamiento precoz de acuerdo al riesgo de caries, de tal manera que se reduzca la incidencia de este problema.

A la Facultad de Enfermería.

- Fomentar estudios de investigación más rigurosos sobre salud oral en las diferentes etapas del ser humano.
- A través del desarrollo de las asignaturas del área comunitaria reorientar las actividades de promoción y prevención de la salud oral en la población.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Agencia Peruana de Noticias Andina. (2008). Caries dental afecta al 95% de peruanos, advierte Ministerio de Salud. Retrieved 25 de enero, 2012, from <http://www.andina.com.pe/espanol/Inicio.aspx>
- Balda, R., Solórzano, A. L., & González, O. (2012). Lesión inicial de caries. Métodos de diagnóstico. Retrieved 25 de enero, 2012, from http://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/3/lesion_inicial_caries_metodos_diagnostico.asp
- Barrancos, J., & Barrancos, P. (2006). *Operatoria dental. Integración clínica* (4ta ed.). Buenos Aires - Argentina: Editorial Médica Panamericana
- Bordoni, N., Escobar, A., & Castillo, R. (2010). *Odontología Pediátrica E. M. P. S.A (Ed.) La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual* (pp. 1160). Retrieved from <http://books.google.com.pe/books?id=oXr3kxs0fGcC&pg=PA186&q=caries+dental+temprana&hl=es&sa=X&ei=oeasUtqQK4nLsASGxYLICQ&ved=0CDMQ6AEwAQ#v=onepage&q=caries%20dental%20temprana&f=false>
- Del Rey, C. (2011). Caries y estética dental. Retrieved 25 de enero, 2012, from <http://www.caries.info/index.htm>
- Desarrollo infantil. (2010). Diferencias en la utilización de nutrientes. Retrieved 21 de enero, 2012, from <http://www.desarrolloinfantil.net/nutricion-infantil/diferencias-leche-vaca-y-humana>
- Dirección Regional de Salud Huancavelica, D. d. e. e. i. (2012). *Actividades del componente especial salud bucal*. Huancavelica: Dirección Regional de Salud Huancavelica.
- Dubón, G. M. (2010). *Prevalencia de caries de la infancia temprana relacionada a los hábitos de higiene bucodental*.

- Escorcía, O. (2009). *Manual para la investigación* (pp. 86).
- Frontera, P., & Cabezuelo, G. (2004). *Cómo alimentar a los niños*. Barcelona - España: Amat S.L.
- Giraldo, E. (2009). La Entrevista Semiestructurada como Instrumento clave en Investigación. En línea Retrieved from <http://tesiscualitativa.blogspot.com/2008/10/la-entrevista-semiestructurada-como.html>
- Guzmán, C. (2007). *Caries de infancia temprana en niños menores de 3 años del Instituto Especializado de Salud del Niño marzo 2007*. (Bachiller Electrónico), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México: McGraw-Hill.
- Iruretagoyena, M. (2011). Lesión incipiente de caries de esmalte (Mancha Blanca). Retrieved 25 de enero, 2012, from <http://www.sdpt.net/CAR/manchablanca.htm>
- Licata, M. (2012). La leche materna y sus propiedades nutricionales. Retrieved 20 de enero, 2012, from <http://www.zonadiet.com/nutricion/composicionleche-materna.htm>
- Maldonado, R. M. A., Torres, B. M., Issasi, H. H., Padilla, C. J., Chávez, P. A., Reyes, F. R., & Oliver, P. R. (2010). Lactancia materna: factor protector contra la caries dental. *Oral*.
- Marriner, A., & Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería* (6ta ed.). Madrid España: Elsevier.
- Natalben lactancia. (2008). Lactancia. Retrieved 27 de enero, 2012, from <http://www.natalbenlactancia.com/>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Por qué se aconseja lactancia materna hasta los dos años o más. Retrieved 24 de enero del 2012, 2012, from <http://www.bebesymas.com/lactancia/por-que-se-aconseja-lactancia-materna-hasta-los-dos-anos-o-mas>

- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *El control de las enfermedades transmisibles*. Washintong D.C.: American Public Health Association.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). El Fondo España apoya la lucha contra la caries en la región. Retrieved 27 de enero, 2012, from <http://new.paho.org/blogs/esp/?p=2173>
- Perú.com. (2011). Leche artificial está desplazando la lactancia materna en Perú. Retrieved 25 de enero, 2012, from <http://peru.com/>
- Polit, D. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ta ed.). México: McGraw Hill.
- PortalesMedicos. (2011). Lactancia. Retrieved 27 de enero, 2012, from http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Lactancia
- Sánchez, M., & Ustrell, T. (sf). La caries del biberón. Qué es y cómo prevenirla. 3.
- Scribd. (2012). *Kathryn E. Barnard "Modelo de interacción padre-hijo"*. Scribd.
- Supo, J. (2009). Bases para el análisis de datos clínicos y epidemiológicos. 32.
- The free dictionary. (2012). Comparar. Retrieved 20 de enero, 2012, from <http://es.thefreedictionary.com/comparar>
- TodaNoticia. (2011). Las caries de biberón pueden afectar seriamente la salud del bebe. Retrieved 25 de enero, 2012, from <http://www.todanoticia.com/13809/caries-biberon-pueden-afectar-seriamente/>
- Wikipedia. (2012). Lactancia artificial. Retrieved 21 de enero, 2012, from http://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia_artificial
- Yahoo Respuestas. (2009). Definición de método deductivo e inductivo. Retrieved 25 de enero, 2012, from <http://mx.answers.yahoo.com/question/index?qid=20090212171922AA6KFvB>

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Córdova, I. (2009). *Estadística aplicada a la investigación. Introducción* (Primera ed. Vol. 1). Lima - Perú: San Marcos.
- Córdova, I. (2010). *Estadística aplicada a la investigación. Cuadros y gráficos* (Primera ed. Vol. 2). Lima - Perú: San Marcos.
- Daniel, W. (2004). *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud* (Cuarta ed.). México: Limusa Wiley.
- Torre, A. (2010). *Tablas estadísticas* (Primera ed.). Lima - Perú: Arcángel.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

"TIPO DE LACTANCIA Y CARIES DENTAL TEMPRANA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013"

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>PREGUNTA GENERAL ¿Existe relación entre el tipo de lactancia y caries dental en niños de 12 a 24 meses atendidos en el Consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica, 2013?</p> <p>PREGUNTAS ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se presenta la caries dental en niños con lactancia artificial de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013? • ¿Cómo se presenta la caries dental en niños con lactancia mixta de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013? • ¿Cómo se presenta la caries dental en niños con lactancia materna de 12 a 	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar si hay relación entre el tipo de lactancia y caries dental en niños de 12 a 24 meses atendidos en el Consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica, 2013.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la caries dental en niños con lactancia artificial de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica,. • Describir la caries dental en niños con lactancia mixta de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica, 2013. • Establecer la caries dental en niños con lactancia exclusiva materna de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de 	<p>HIPÓTESIS GENERAL: Existe relación entre el tipo de lactancia y la presencia de caries dental en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de niños 12 a 24 meses con lactancia artificial presentan caries dental temprana, en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013. • La mayoría de niños 12 a 24 meses con lactancia mixta presentan caries dental temprana, en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013. • La mayoría de niños 12 a 24 meses con lactancia materna exclusiva 	<p>Variable 1 Tipo de lactancia</p> <p>Variable 2 Caries dental temprana</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Según la intervención del investigador. <ul style="list-style-type: none"> - Observacional. • Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio: <ul style="list-style-type: none"> - Transversal. <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Correlacional</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Deductivo, inductivo, analítico, sintético.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental transeccional correlacional.</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph LR M --> OX M --> r M --> OY </pre> </div> <p>POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población: Todas las madres con sus respectivos niños de 12 a 24 meses de edad atendida en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica en el mes de septiembre

<p>24 meses atendidos en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013?</p>	<p>Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica, 2013.</p>	<p>presentan caries dental temprana, en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013.</p>	<p>del 2013. Haciendo un total de 30 madres y 30 niños.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muestra: La muestra estuvo constituido por el 100 % de la población atendido durante el mes de septiembre del 2013. • Muestreo: No probabilístico intencional. <p>Criterios de inclusión: Madres con niños entre 12 a 24 meses de edad.</p> <p>Criterios de exclusión: Madres con niños mayores a 24 meses de edad.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <p>Variable caries dental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TÉCNICA: Observación. • INSTRUMENTO: Guía de observación. <p>Variable tipo de lactancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TÉCNICA: Encuesta. • INSTRUMENTO: Cuestionario. <p>TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</p> <p>Técnica estadística:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estadística descriptiva. - Estadística inferencial
--	---	---	---

ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL HUANCVELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

GUÍA DE OBSERVACIÓN CDYTL PARA MEDIR CARIES DENTAL TEMPRANA

I. PRESENTACIÓN

Somos egresados de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica y estamos realizando un estudio para identificar si los niños presentan caries dental.

II. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

- Nombre del niño:.....
- Sexo:.....
- Edad:meses

III. BLOQUE DE CONTENIDOS

N°	ÍTEMS	SI	NO
1.	Observa manchas blancas en cualquiera de las superficies de los dientes.		
2.	Observa cavidades en el diente.		

**UNIVERSIDAD NACIONAL HUANCVELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CUESTIONARIO CDYTL PARA MEDIR TIPO DE LACTANCIA**

I. PRESENTACIÓN

Somos egresados de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica y estamos realizando un estudio para identificar la presencia de caries dental en niños que tienen lactancia materna exclusiva, lactancia materna mixta o lactancia materna artificial. Este cuestionario es totalmente confidencial y no le tomará más de 10 minutos de su tiempo en contestar.

INSTRUCCIONES: Marque con una (X) o complete los puntos suspensivos según corresponda. Debemos recordarle que si su bebe pertenece a uno de los 3 tipos de lactancia solo debe responder a ese grupo.

II. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

- Nombre del niño:.....
- Sexo:.....
- Edad:meses

III. TIPO DE LACTANCIA.

A. Lactancia materna exclusiva.

1. ¿Su bebe tuvo lactancia materna exclusiva desde que nació hasta los 6 meses?
SI () NO ()
2. ¿A partir de los 6 meses hasta ahora le sigue dando lactancia materna?
SI () NO ()

B. Lactancia mixta

3. ¿Desde que nació su bebe hasta los 6 meses, usted le dio lactancia materna y lactancia artificial (biberón)?
SI () NO ()
4. Usted a partir de los 6 meses continua lactándole, dándole biberón además de alimentación complementaria?
SI () NO ()
5. ¿Le agrega algo al biberón de su hijo (azúcar, miel, cereal)?
SI () NO ()
¿Qué le agrega?.....
6. ¿Cómo limpia el biberón de su bebe?
 - a) Lo lava con algún detergente.
 - b) Utiliza agua hervida más detergente.
 - c) Solo con agua.
 - d) Otro (especifique).....

C. Lactancia artificial

7. ¿Desde que nació su bebe hasta los 6 meses, usted le dio lactancia artificial (biberón)?
SI () NO ()
8. Usted a partir de los 6 meses continua dándole biberón además de alimentación complementaria?
SI () NO ()
9. ¿Le agrega algo al biberón de su hijo (azúcar, miel, cereal)?
SI () NO ()
¿Qué le agrega?.....
10. ¿Cómo limpia el biberón de su bebe?
Lo lava con algún detergente.
Utiliza agua hervida más detergente.
Solo con agua.
Otro (especifique).....

¡Muchas gracias!

ANEXO N° 03

VALIDEZ DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VALIDEZ DE CONTENIDO

Primer Instrumento

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA MEDIR CARIES DENTAL TEMPRANA

1. BASE DE DATOS:

ÍTEMS	JUEZ					PUNTAJE TOTAL	V AIKEN POR ÍTEM	DECISIÓN
	1º	2º	3º	4º	5º			
1º.	4	4	4	4	4	20	1	A
2º.	4	4	4	4	4	20	1	A
V Aiken TOTAL							1	A

2. ESTADÍSTICO DE PRUEBA PARA VALIDEZ DE CONTENIDO

Coficiente V Aiken

3. REGLA DE DECISIÓN:

A = Acepta: si el valor del coeficiente V Aiken es \geq a 0,8 u 80%

R = Rechaza: si el valor del coeficiente V Aiken es $<$ a 0,8 u 80%

4. CALCULO:

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

Leyenda:

S = Sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

N = Número de jueces

C = Constituye el número de valores de la escala, en este caso 5 (de 0 a 4 es decir 0,1,2,3,4)(Se encuentra figurando en la ficha de validación).

$$V = \frac{20}{(5(5 - 1))} = \frac{20}{20} = 1$$

5. CONCLUSIÓN:

Todos los ítems alcanzaron el valor de 1 equivalente al 100% de aprobación, por tanto todos los ítems se aceptan constituyendo un 100% de validez de contenido a nivel de todo el instrumento de recolección de datos.

VALIDEZ DE CONTENIDO
Segundo instrumento
CUESTIONARIO PARA MEDIR TIPO DE LACTANCIA

1. BASE DE DATOS:

ÍTEMS	JUEZ					PUNTAJE TOTAL	V AIKEN POR ÍTEM	DECISIÓN
	1º	2º	3º	4º	5º			
1º.	4	4	4	4	4	20	1	A
2º.	4	4	4	4	4	20	1	A
3º.	4	4	4	4	4	20	1	A
4º.	4	4	4	4	4	20	1	A
5º.	4	4	4	4	4	20	1	A
6º.	4	4	4	4	4	20	1	A
7º.	4	4	4	4	4	20	1	A
8º.	4	4	4	4	4	20	1	A
9º.	4	4	4	4	4	20	1	A
10º.	4	4	4	4	4	20	1	A
V Aiken TOTAL							1	A

2. ESTADÍSTICO DE PRUEBA PARA VALIDEZ DE CONTENIDO

Coefficiente V Aiken

3. REGLA DE DECISIÓN:

A = Acepta: si el valor del coeficiente V Aiken es \geq a 0,8 u 80%

R = Rechaza: si el valor del coeficiente V Aiken es $<$ a 0,8 u 80%

4. CALCULO:

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

Leyenda:

S = Sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

N = Número de jueces

C = Constituye el número de valores de la escala, en este caso 5 (de 0 a 4).

$$V = \frac{20}{(5(5 - 1))} = \frac{20}{20} = 1$$

5. CONCLUSIÓN:

Todos los ítems alcanzaron el valor de 1 equivalente al 100% de aprobación, por tanto todos los ítems se aceptan constituyendo un

100% de validez de contenido para el instrumento de recolección de datos.

ANEXO N° 04

CONFIABILIDAD

PRIMER INSTRUMENTO: GUÍA DE OBSERVACIÓN

- 1°. Se aplicó el instrumento a una muestra piloto de 10 niños que acudieron al Consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental de Huancavelica.
- 2°. Construir la base de datos puntajes obtenidos en base a las respuestas obtenidas.

Niños	Ítems 1	Ítems 2
1.	1	0
2.	1	1
3.	1	1
4.	1	0
5.	0	1
6.	1	1
7.	1	1
8.	0	0
9.	1	0
10.	0	0

Si=1

No=0

- 1°. Aplicar la fórmula:

$$Kuder - Richardson 21 = KR - 21 = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\bar{X}(k - \bar{X})}{k\sigma_t^2} \right)$$

Donde:

k=número de ítems

 \bar{X} =Media de los totales σ_t^2 =varianza de los totales

Resultado:

KR = 0,713 = 71,3%

- 2°. Escala de Kuder Richardson:

- De 0,00 a 0,20 = Muy baja
- De 0,21 a 0,40 = Baja
- De 0,41 a 0,60 = Regular
- De 0,61 a 0,80 = Aceptable
- De 0,81 a 1,00 = Elevada

3º. Conclusión:

El instrumento presenta una **CONFIABILIDAD ACEPTABLE**, por presentar un KR igual a 0,713; es decir tiene una confiabilidad del 71,3%.

SEGUNDO INSTRUMENTO: CUESTIONARIO PARA MEDIR TIPO DE LACTANCIA

- 1º. Se aplicó el instrumento a una muestra piloto de 10 madres de niños de 12 a 24 meses que acudieron al Consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental de Huancavelica.
- 2º. Construir la base de datos puntajes obtenidos en base a las respuestas obtenidas.

MADRES	ÍTEMS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1
2.	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1
3.	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
4.	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
5.	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1
6.	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1
7.	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
8.	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1
9.	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1
10.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Si=1 No=0

4º. Aplicar la fórmula:

$$Kuder - Richardson 21 = KR - 21 = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\bar{X}(k - \bar{X})}{\sigma_t^2} \right)$$

Donde:

k=número de ítems

\bar{X} =Media de los totales

σ_t^2 =varianza de los totales

Resultado:

KR = 0,687 = 68,7%

5º. Escala de Kuder Richardson:

- De 0,00 a 0,20 = Muy baja
- De 0,21 a 0,40 = Baja
- De 0,41 a 0,60 = Regular
- De 0,61 a 0,80 = Aceptable
- De 0,81 a 1,00 = Elevada

6°. Conclusión:

El instrumento presenta una **CONFIABILIDAD ACEPTABLE**, por presentar un KR igual a 0,687; es decir tiene una confiabilidad del 68,7%.

ANEXO N° 05

BAREMO O CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES

Por ser variables directas no fue necesaria la categorización de variables

ANEXO N° 06

IMÁGENES

Realizando la observación de la caries dental temprana



Identificando la caries dental temprana



ANEXO N° 7

ARTICULO CIENTÍFICO

TIPO DE LACTANCIA Y CARIES DENTAL TEMPRANA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA, 2013

Moran, J ; Riveros, D

Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica, Perú.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si hay relación entre el tipo de lactancia y caries dental en niños de 12 a 24 meses atendidos en el Consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica, 2013.

Metodología: tipo de investigación es observacional, el nivel alcanzado es correlacional. La población de estudio estuvo conformada por 30 niños con sus respectivas madres que acudieron al consultorio

Resultados: No existe suficientes evidencias para determinar la relación que existe entre la caries dental temprana y el tipo de lactancia en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, ya que estadísticamente resultó que la chi calculada (5,79) es menor que la chi tabulada (5,99) con un nivel de significancia del 5%, esto indica que para la presencia de caries dental temprana en niños existe otros factores como una ablactación temprana, deficientes hábitos higiénicos y alimentarios, entre otros que dejan sin defensas al organismo y lo exponen a las bacterias cariogénicas y sustratos fermentables por períodos largos de tiempo, provocando la aparición temprana y agresiva de la caries dental. La presencia de caries dental temprana de niños con lactancia artificial de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es 37,5%. La presencia de caries en niños con lactancia mixta de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es 37,5%. El 25,0% de niños de 12 a 24 meses con lactancia materna exclusiva presentan caries dental temprana, atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica.

Palabras clave: caries, tipo de lactancia, lactancia materna, lactancia artificial, lactancia mixta.

TYPE OF EARLY BREAST AND DENTAL DECAY IN CHILDREN 12 TO
24 MONTHS SERVED IN THE HOSPITAL ADVISORY DIVISION
HUANCAVELICA DENTISTS , 2013

Moran J, Riveros , D

Faculty of Nursing, National University of Huancavelica Huancavelica, Peru .

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between type of feeding and dental caries in children 12 to 24 months served in the Office of the Departmental Hospital Dentistry Huancavelica, 2013.

Methodology: research is observational, correlational level is reached. The study population consisted of 30 children with their mothers who attended the clinic.

Results: There is insufficient evidence to determine the relationship between early dental caries and type of breastfeeding in children 12 to 24 months served in the office of odontopediatría the Departmental Hospital Huancavelica 2013 , since statistically it turned out that the calculated chi (5.79) is less than the tabulated chi (5.99) with a significance level of 5%, this would indicate that the presence da early dental caries in children there other factors such as early weaning , poor hygiene and food , including leaving the body defenseless and cariogenic bacteria expose and fermentable substrates for extended periods of time, causing the appearance of early and aggressive caries . The presence of dental caries early artificial feeding of children 12 to 24 months seen in the office of the Departmental Hospital odontopediatría Huancavelica 2013, is 37.5 %. The presence of caries in children with mixed feeding 12 to 24 months seen in the office of the Departmental Hospital odontopediatría Huancavelica 2013 ,is 37.5 %. 25.0% of children 12 to 24 months who are exclusively breastfed have early dental caries, served in the office of the Departmental Hospital odontopediatría Huancavelica.

Keywords: caries, type of feeding, breastfeeding, formula feeding, mixed feeding.

INTRODUCCIÓN

La caries dental es el principal problema de salud en los niños de todas las edades. Los dulces producen en la boca ácidos que dañan el esmalte de los dientes al destruir el calcio. Cuando esto sucede, la pieza dental es vulnerable a las caries y empieza a formarse en ella una cavidad. Para que la caries se desarrolle necesita tiempo, porque cuanto más edad tenga el niño, mayores posibilidades tendrá de presentarlas. Sin embargo, en la dentición temporal o de leche, puede desarrollarse un tipo de caries particularmente extensa que afecta

a todos los incisivos, y suele presentarse en niños alimentados durante largo tiempo con biberón o bien por el uso de chupones mojados con miel o azúcar.

Las caries de la primera infancia, que afectan a los dientes temporales según su cronología de erupción, involucra a varios dientes en forma rápida y ocasionan significativo desarrollo de caries en dentición temporal y posteriormente dentición permanente; se dice que los niños con caries de la primera infancia presentan el doble de dientes cariados, obturados y perdidos a los 4 y 6 años de edad en relación con los que no las poseen. Las caries es aún el mayor problema de salud bucal a nivel mundial, llegando a afectar entre 60 y 90 % de la población escolar y adulta, aunque algunos países evidencian tendencia a su disminución debido al constante estudio de sus causales y a las acciones preventivas implementadas, con el propósito de mantener la salud bucal.

Es así que se decidió realizar esta investigación motivados por identificar la presencia de caries en niños que tienen diferentes tipos de lactancia, considerando que nuestro trabajo pueda constituir una fuente valiosa para el desarrollo de otros estudios y/o programas preventivos.

METODOLOGÍA:

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La siguiente tipificación corresponde a los autores, Escorcía (2009) y Supo (2009):

Según la intervención del investigador:

Observacional. Porque consiste en recopilar datos primarios a partir de la observación de personas, que en este caso son las madres y sus menores hijos en la cual no existe intervención del investigador y este se limita a medir las variables definidas para este estudio.

Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio:

Transversal. El atributo seleccionado, que para este caso es la caries y el tipo de lactancia, de la muestra poblacional se mide en un punto determinado del tiempo, en lo que es equivalente a tratar de obtener una "fotografía" del problema.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El estudio es correlacional, porque permite determinar la relación o el grado de asociación que existe entre el tipo de lactancia y la caries dental en niños de 12 a 24 meses (Hernández et al., 2010).

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método analítico

Método sintético

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Variable caries dental temprana:

TÉCNICA: Observación.

INSTRUMENTO: Guía de observación (Giraldo, 2009).

Variable tipo de lactancia:

TÉCNICA: Encuesta.

INSTRUMENTO: Cuestionario (Giraldo, 2009).

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño no experimental, transeccional correlacional.

POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO

Población: Madres: 30 y Niños: 30

Muestra: La muestra estuvo constituida por el 100 % de la población atendida durante el mes de septiembre del 2013.

Muestreo: No probabilístico intencional.

Criterios de inclusión:

Madres con niños entre 12 a 24 meses de edad.

Criterios de exclusión:

Madres con niños mayores a 24 meses de edad.

RESULTADOS

TABLA N° 1. PRESENCIA DE CARIES TEMPRANA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

PRESENCIA DE CARIES	f	%
No	14	46,7%
Si	16	53,3%
Total	30	100,0%

FIGURA N° 1. PRESENCIA DE CARIES TEMPRANA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

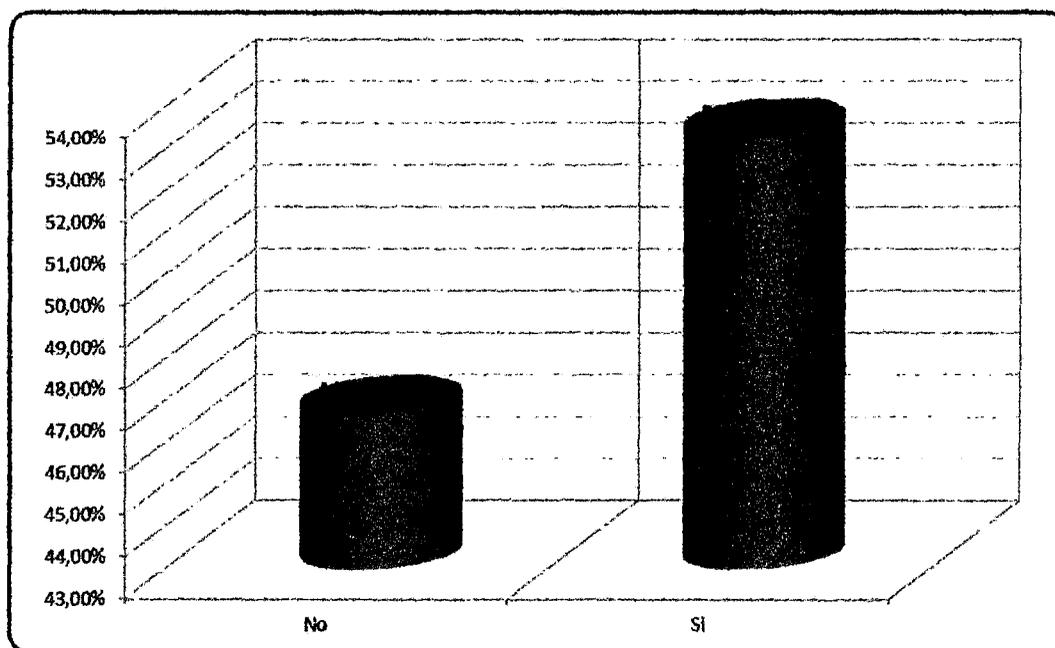


TABLA N° 2. TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

TIPO DE LACTANCIA	f	%
Artificial	7	23,3%
Mixta	10	33,3%
Materna	13	43,3%
Total	30	100,0%

FIGURA N° 2. TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

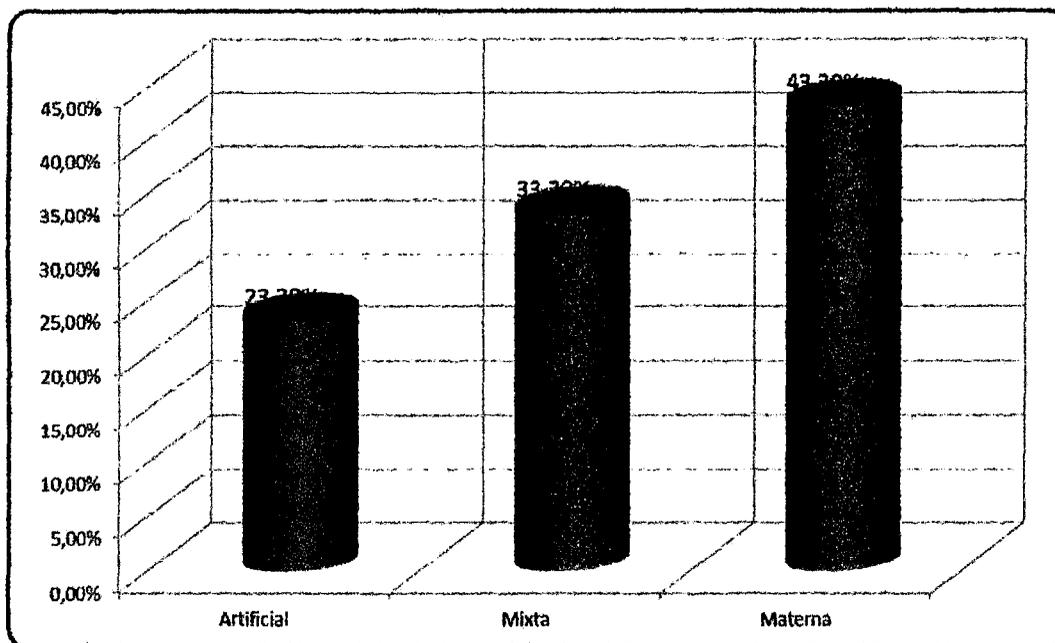
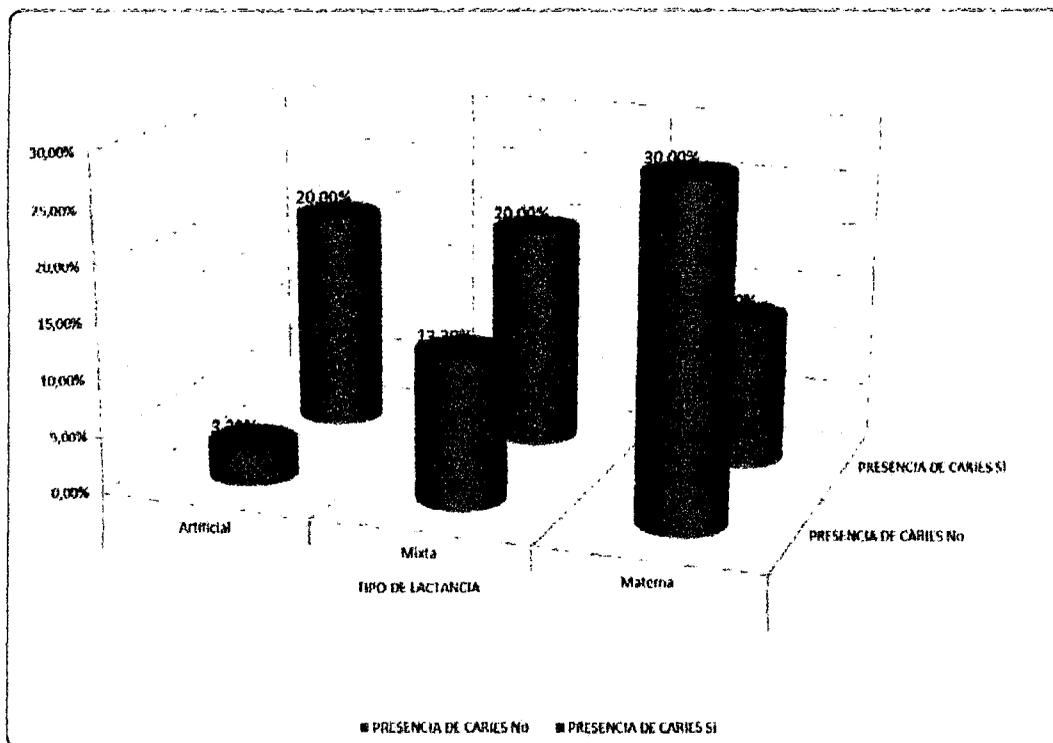


TABLA N° 03. PRESENCIA DE CARIES TEMPRANA Y TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

		TIPO DE LACTANCIA						Total	
		Artificial		Mixta		Materna		f	%
		f	%	f	%	f	%		
PRESENCIA DE CARIES	No	1	3,3%	4	13,3%	9	30,0%	14	46,7%
	Si	6	20,0%	6	20,0%	4	13,3%	16	53,3%
Total		7	23,3%	10	33,3%	13	43,3%	30	100,0%

FIGURA N° 03 PRESENCIA DE CARIES Y TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013



PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación

La presencia de caries y el tipo de lactancia son dependientes en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013.

Hi: x y (caries y tipo de lactancia están relacionadas)

x: caries

y: tipo de lactancia

r: relacionado

Hipótesis nula

La presencia de caries y el tipo de lactancia son independientes en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013.

H_0 : $x \sim r$ y (caries y tipo de lactancia no están relacionadas)

x: caries

y: tipo de lactancia

$\sim r$: no relacionado

Regla de decisión

Si: $X_{2c} > X_{2t} (5,991)$ se RECHAZA la hipótesis nula.

Si: $X_{2c} \leq X_{2t} (5,991)$ se ACEPTA la hipótesis nula.

X_{2c} : Chi calculada

X_{2t} : Chi de tabla

Decisión

Como $X_{2c} (5,79) < X_{2t} (5,991)$ se ACEPTA LA HIPÓTESIS NULA.

Conclusión

No hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, por tanto se acepta la hipótesis nula: " La presencia de caries y el tipo de lactancia son independientes en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013".

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Con respecto a la presencia de caries dental temprana y su relación con el tipo de lactancia en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de Odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, se afirma que no existe relación entre el tipo de lactancia y la caries dental temprana, es decir no son dependientes ambas variables. Es decir del 100% (30 niños), el 53,3% (16 niños) presentan caries temprana y el 46,7% (14 niños) no presentan caries dental temprana. De los cuales el 20,0% (6 niños) presentan caries dental temprana y recibieron lactancia artificial, seguido en una misma proporción los que recibieron lactancia mixta. Finalmente el 13,3% (4 niños) presentan caries dental temprana y recibieron lactancia materna exclusiva. Al respecto, el mismo hecho de que los resultados indiquen que no existe relación entre la caries dental y el tipo de lactancia, se hace necesario precisar que para que se presente caries dental temprana en los niños intervienen muchos factores tal como reporta Ramos y Weintraub citado por Maldonado (2010) al comprobar que el factor humano es de suma importancia en el establecimiento de la caries dental, ya que el comportamiento derivado del conocimiento influye directamente sobre los hábitos y prácticas o conductas nutricias, cuyo inicio desde el nacimiento mismo, pueden llegar a ocasionar una alteración en el microambiente oral del recién nacido, pues al no recibir lactancia materna prolongada, obliga al lactante a ingerir alimentos diferentes a la leche materna, muchas veces leche de fórmula enriquecida con sacarosa, además ocasiona que la ablactación tenga un comienzo temprano y presumiblemente con ella la siembra del *Estreptococo Mutans* y *Lactobacilos* por parte de la madre hacia el infante se dé en este momento, contaminando la boca del niño, si a esto le sumamos la falta de cuidados e higiene oral más la negativa para recibir orientación profesional odontológica, el desarrollo de la caries es inminente, entre más temprano se vea infectada la cavidad oral por las bacterias cariogénicas más tiempo tendrán éstas para desarrollar la enfermedad, lo que hace suponer que nuestros hallazgos de alrededor del 50% de pacientes con al menos una pulpitis también coincidan con Shepherd y Nadanowsky al referir un 47% de su población en estudio con historia de odontalgias. También es importante mencionar que la leche provee de inmunoglobulinas al niño por lo que su ausencia también juega un papel importante en lo agresivo que pueda resultar la infección, teniendo un avance más rápido a través de la estructura dental destruyéndola y alcanzando el tejido conectivo ocasionando pulpitis y focos de infección que ponen en riesgo la salud general. Por otro lado los hallazgos obtenidos en este estudio se sustentan con los de Maldonado donde indica que siendo la lactancia materna un factor protector frente a la caries dental temprana sin embargo puede estar relacionado a otros factores que han influido para que el niño presenten caries dental temprana pese a haber recibido lactancia materna exclusiva. El suministro de ella por un tiempo menor de seis meses, al conjugarse con otros factores como una ablactación temprana y los deficientes hábitos higiénicos y

alimentarios, dejan sin defensas al organismo y lo exponen a las bacterias cariogénicas y sustratos fermentables por períodos largos de tiempo y repetitivos, provocando la aparición temprana y agresiva de la caries dental. Entonces se hace muy necesario tomar en consideración un aspecto muy importante que es la interacción padre-hijo, donde da énfasis en la valoración de la salud del niño, considerando que la meta es identificar los problemas antes de que se desarrollen y cuando se intervenga sea más eficaz, esto nos indica que los padres, el personal de salud y demás personas involucradas deben cumplir un rol importante sobre el cuidado de la salud de niño, tal como lo respalda Kathryn Barnard en su teoría.

Al apreciar que existe un porcentaje considerable de niños que presentan caries dental temprana y son alimentados con lactancia artificial en el estudio, nos indicaría que el mismo hecho de que al niño no es alimentado con lactancia materna estaría siendo fragmentado la lactancia materna como factor protector contra la caries dental" tal como lo indica el estudio de Maldonado et al. (2010), entendiéndose que la lactancia materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo, no solo por los componentes beneficiosos que contiene la leche materna sino también por la creación del vínculo afectivo que se produce entre el recién nacido y la madre, considerado como una experiencia única e inolvidable. La importancia de la lactancia materna alcanza niveles sorprendentes, ya que se trata de uno de los elementos más trascendentes para la vida humana no sólo en términos nutricionales, sino fundamentalmente por los componentes afectivos y vinculares que rodean al acto del amamantamiento. La principal desventaja de la lactancia artificial frente a la lactancia materna es que no tiene propiedades inmunológicas. Su digestión es más pesada y los bebés suelen sufrir más cólicos de gases o estreñimiento.

CONCLUSIONES

No existe suficientes evidencias para determinar la relación que existe entre la caries dental temprana y el tipo de lactancia en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, ya que estadísticamente resultó que la chi calculada (5,79) es menor que la chi tabulada (5,99) con un nivel de significancia del 5%, esto indicaría que para la presencia de caries dental temprana en niños existe otros factores como una ablactación temprana, deficientes hábitos higiénicos y alimentarios, entre otros que dejan sin defensas al organismo y lo exponen a las bacterias cariogénicas y sustratos fermentables por períodos largos de tiempo, provocando la aparición temprana y agresiva de la caries dental.

La presencia de caries dental temprana de niños con lactancia artificial de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es 37,5%.

La presencia de caries en niños con lactancia mixta de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatria del Hospital Departamental Huancavelica 2013, es 37,5%.

El 25,0% de niños de 12 a 24 meses con lactancia materna exclusiva presentan caries dental temprana, atendidos en el consultorio de odontopediatria del Hospital Departamental Huancavelica.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres por su apoyo incondicional.

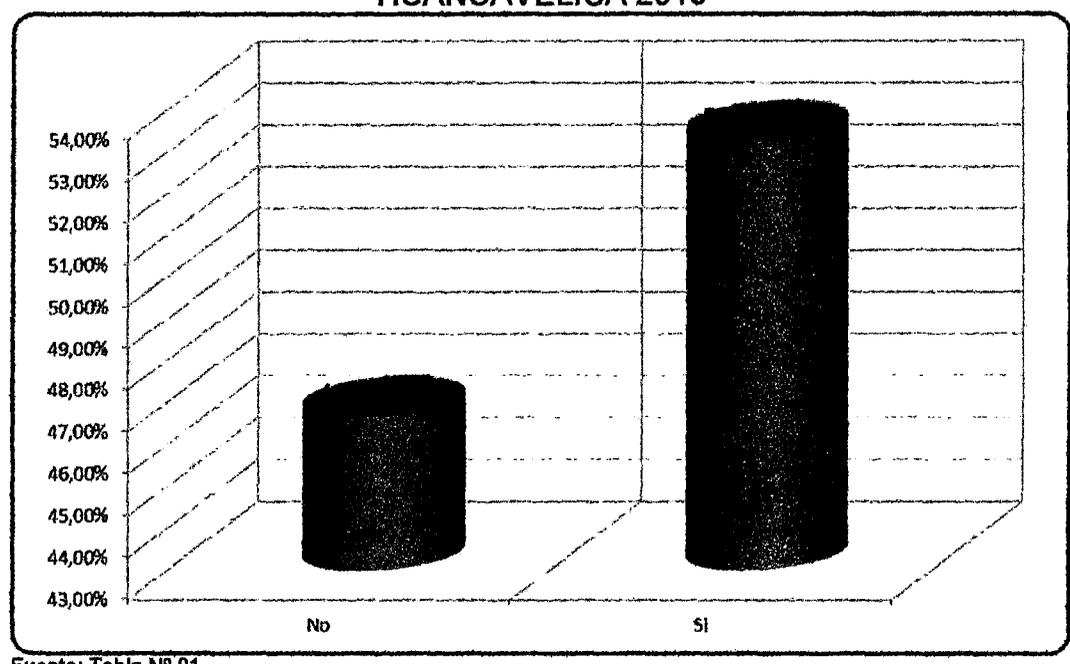
A todas aquellas personas que con su apoyo hicieron posible la finalización de este trabajo de investigación.

TABLA N° 01. PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

PRESENCIA DE CARIES	f	%
No	14	46,7%
Si	16	53,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Guía de observación sobre caries dental.

FIGURA N° 01. PRESENCIA DE CARIES DENTAL TEMPRANA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013



Fuente: Tabla N° 01.

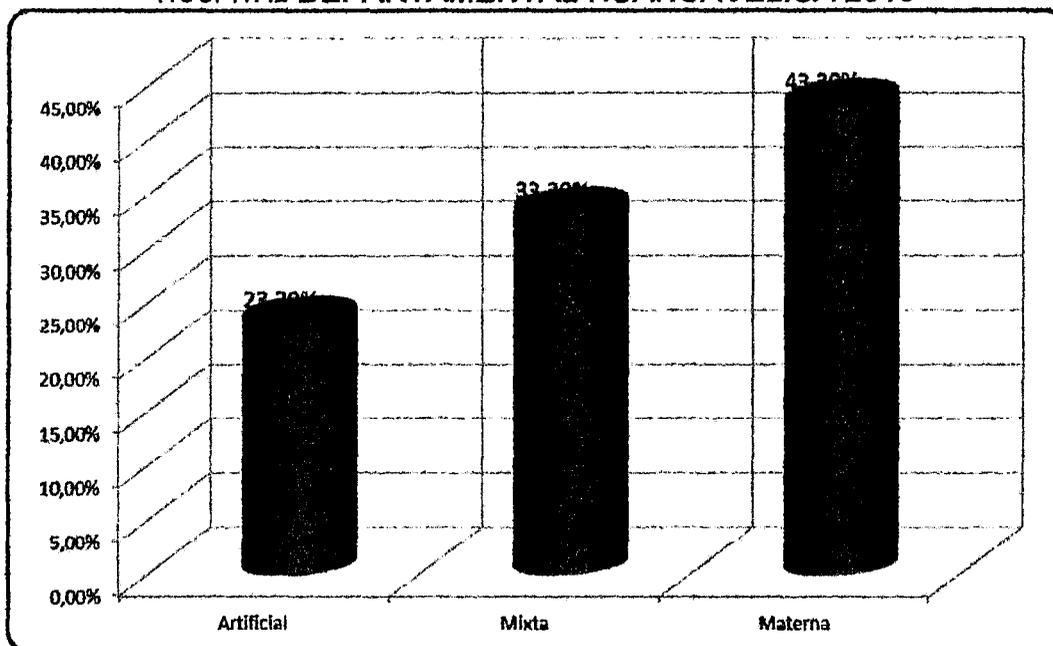
Se aprecia en la tabla y figura que del 100%(30 niños), el 53,3% (16 niños), presentan caries temprana y el 46%(14 niños) no presentan caries dental temprana.

TABLA N° 02. TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

TIPO DE LACTANCIA	f	%
Artificial	7	23,3%
Mixta	10	33,3%
Materna exclusiva	13	43,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Cuestionario tipo de lactancia

FIGURA N° 02. TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013



Fuente: Tabla N° 02.

De 30 niños evaluados, el 43,3%(13 niños) recibieron lactancia materna exclusiva, seguido del 33,3%(10 niños) con lactancia mixta y el 23,3%(7 niños) recibieron lactancia mixta.