



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

TEMA:

**“Prevalencia de caries de la infancia temprana relacionada
a los hábitos de higiene bucodental en niños de 0 a 3 años
que asistieron a la clínica integral de quinto año paralelo 3
año 2013 – 2014”**

AUTOR:

Carlos Magno Moreira Barcia

TUTORA:

Dra. Dalia del Barco

Guayaquil, Julio del 2014

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutores del trabajo de titulación:

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de titulación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontólogo/a

El trabajo de titulación se refiere a:

“Prevalencia de caries de la infancia temprana relacionada a los hábitos de higiene bucodental en niños de 0 a 3 años que asistieron a la clínica integral de quinto año paralelo 3 año 2013 – 2014”

Presentado por:

Carlos Magno Moreira Barcia

Cédula # 0924073521

TUTORES:

Dra. Dalia del Barco
TUTORA CIENTÍFICA

Dra. Elisa Llanos R. Msc.
TUTORA METODOLÓGICA

Dr. Miguel Álvarez Avilés
DECANO (e)

Guayaquil, Julio del 2014

AUTORÍA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual del autor.

Carlos Magno Moreira Barcia

0924073521

AGRADECIMIENTO

En este momento en que he llegado a un punto fundamental en mi vida, lleno de éxitos, logros y triunfos deseo expresar mi agradecimiento y más grandes emociones de dicha y felicidad a esas personas que estuvieron junto a mí dándome ese empuje, constancia y voluntad que de vez en cuando faltaba para llegar a ser lo que hoy soy, un profesional de la salud.

Agradezco primero a Dios pues fue, es y será por siempre el motor esencial en mi vida para llegar a conseguir todas mis quimeras, quien supo siempre iluminar mi camino, dándome la fortaleza, perseverancia y sabiduría necesaria para seguir adelante y no desfallecer nunca lo que me permitió alcanzar esta meta tan deseada.

Gracias a mis padres quienes fueron los culpables, en su gran mayoría, de todo este éxito alcanzado. Gracias por las veces en que tuvieron que ser estrictos y darme una visualización del futuro que podría conseguir. A mi madre Tanya Barcia Salas, quien fue la que me ayudó infinitamente dándome la mano cada vez que tenía un resbalón; es un apoyo incondicional el que me brindó y para ella serán para siempre mis logros futuros.

A la familia Soto Moreira; por que estuvieron justo en el momento adecuado cuando yo más los necesitaba, dándome consejos, elevando mi autoestima y siendo un pilar primordial para llegar a ser lo que hoy consigo un profesional con excelencia.

Una gratitud a mis mentores de la Facultad de Odontología que supieron impartirme sus conocimientos, siendo siempre una guía para mi desarrollo competitivo así como también personal durante estos cinco años de carrera profesional.

Y por último, pero sin restarle importancia, a mi tutora de tesis un agradecimiento muy personal; quien gracias a sus conocimientos y experiencias científicas supo guiarme en todo momento en el transcurso de la elaboración de mi tesis, para ella mi admiración, consideración y honores, Dra. Dalia del Barco.

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia; mis padres Tanya Judith Barcia Salas y Víctor Enrique Hormaza Ochoa y mis hermanas Karem Moreira Barcia y Stefanie Hormaza Barcia; los que son mi razón de ser ,quienes son mi vida y a los que les deberé por siempre todo lo que soy y los éxitos que cosecharé en un futuro.

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
Carátula	I
Certificación de Tutores	II
Autoría	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice General	VI
Índice de Cuadros y Gráficos	IX
Índice de Figuras	X
Resumen	XI
Abstract	XII
Introducción	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Delimitación del problema	3
1.4 Preguntas relevantes de investigación	4
1.5 Formulación de objetivos	4
1.5.1 Objetivo General	4
1.5.2 Objetivos Específicos:	4
1.6 Justificación de la Investigación	4
1.7 Valoración Crítica de la Investigación	5

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes de la Investigación	6
2.2 Bases Teóricas	7
2.2.1 Caries De La Infancia Temprana.-Definición	7
2.2.2 Etiopatogenia De La Caries De La Infancia Temprana	8
2.2.2.1 Huésped: Diente	8
2.2.2.2 Huésped: Saliva	9
2.2.2.2.1 Flujo Salival	9
2.2.2.3 Microflora	10
2.2.2.4 Substratos	10
2.2.2.5 Tiempo	11
2.2.3 Factores Primarios De Riesgo Para CIT	11
2.2.4 Tipos De Caries En La Infancia Temprana	12
2.2.4.1 Caries Simples	12
2.2.4.2 Caries Negligente O Descuidada	12
2.2.4.3 Caries De Biberón	13
2.2.5 Control Y Prevención Adecuada Para CIT	14
2.2.5.1 Método De Prevención Empírico	15
2.2.5.2 Método De Prevención Etiológico	15
2.2.5.3 Método De Prevención De Riesgo	16
2.2.5.3.1 Métodos Clínicos Anamnésticos (Ambientales)	17
2.2.5.3.2 Métodos Microbiológicos (No Ambientales)	17

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
2.3 Marco Conceptual	17
2.4 Marco Legal	20
2.5 Elaboración de Hipótesis	21
2.6 Variables de Investigación	21
2.7 Operacionalización de las Variables	22
CAPÍTULO III	23
MARCO METODOLÓGICO	23
3.1 Nivel de Investigación	23
3.2 Diseño de la Investigación	23
3.3 Instrumentos de recolección de información	24
3.4 Población y Muestra	24
3.5 Fases Metodológicas	25
4. Análisis de Resultados	26
5. Conclusiones	34
6. Recomendaciones	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	37

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

Contenidos	Pág.
Cuadro#1 Grupos etarios y sexo de pacientes atendidos 2013-2014	29
Gráfico#1 Grupos etarios y sexo de pacientes atendidos 2013-2014	29
Gráfico#2 Pacientes con caries por grupos etarios	30
Gráfico#3 Prevalencia de caries según los grupos etarios	30
Gráfico#4 Prevalencia de caries según grupos etarios y sexo	31
Gráfico#5 Prevalencia de caries según el sexo de los pacientes	31
Gráfico#6 Promedios de Porcentaje total de placa bacteriana	32
Gráfico#7 Porcentajes de prevalencia de caries relacionados con los hábitos de higiene bucodental	33

ÍNDICE DE FIGURAS

Contenidos	Pág.
Figura#1: Esquema de Mathewson y Col(1982) sobre el proceso de caries.	38
Figura#2: Esquema por Keyes(1970) y modificado por Newbrum(1978)	38
Figura#3: Historia Clínica del Ministerio de Salud Pública parte 1	39
Figura#4: Historia Clínica del Ministerio de Salud Pública parte 2	40
Figura#5: Historia Clínica del Bebé (Figueiredo, 2000) parte 1	41
Figura#6: Historia Clínica del Bebé (Figueiredo, 2000) parte 2	42
Figura#7: Historia Clínica del Bebé (Figueiredo, 2000) parte 3	43
Figura#8: Historia Clínica del Bebé (Figueiredo, 2000) parte 4	44
Figura#9: Historia Clínica del Bebé (Figueiredo, 2000) parte 5	45
Figura#10: Historia Clínica del Bebé (Figueiredo, 2000) parte 6	46
Figura#11: Historia Clínica del Bebé (Figueiredo, 2000) parte 7	47

RESUMEN

Este trabajo de investigación constituye una contribución a la comunidad de la salud oral en Ecuador, sirviendo como guía para futuros estudios en nuestra profesión. El objetivo general de este trabajo de titulación es determinar la prevalencia de caries de la infancia temprana relacionada a los hábitos de higiene bucodental en niños de 0 a 3 años. La presente investigación se cimienta en el prototipo cualitativo y cuantitativo: cualitativo porque estos resultados fueron examinados y fundamentados para la solución del problema que se investigó y porque se recolectó información de diversas fuentes bibliográficas; cuantitativo debido a que permitirá obtener una mayor observación en los procesos para poder determinar la aparición de caries en la infancia temprana para así llegar a la obtención de un adecuado porcentaje en su prevalencia en pacientes de 0 a 3 años. El nivel de investigación fue: documental, exploratoria, descriptiva, explicativa, de campo; y de proyecto factible ya que se utilizó como instrumentos de recolección de información las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil durante 2013-2014, en que se utilizó además de la Ficha Clínica del Ministerio de Salud, la Ficha Clínica del Bebé (Figueiredo, 2000). La variable Independiente tiene como relación los hábitos en la higiene bucal, la dependiente; la prevalencia de caries. Utilizando un universo de 144 pacientes atendidos, que para su estudio metodológico se dividió en 3 grupos de trabajo: de 0 a 12 meses; de 13 a 24 meses y de 25 a 36 meses, en la cual nos reveló índices porcentuales de caries en la infancia temprana. En base a los resultados se presentaron las conclusiones y las recomendaciones respectivas del estudio. La capacitación y mayor énfasis a los padres y futuras madres sobre la importancia en la higiene bucal por medio de diversos recursos, indicándoles que mantener una buena higiene oral es lo más importante y principal en el comienzo del desarrollo de la vida del ser humano.

PALABRAS CLAVES: PREVALENCIA DE CARIES - CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA - HÁBITOS DE HIGIENE BUCODENTAL,

ABSTRACT

This work is a form of a contribution for the health oral's community in Ecuador, as a guide for forwards studies in our profession.

The general objective of this work is to determinate the prevalence of caries in the child-hood related to the bucal dental habits between 0 to 3 years child. This investigation is based on the qualitative and quantitative prototype. Qualitative, for the reason that results were examined and were supported in the solution of the problem, which was investigated and it was also necessarily to search information in different supports such as: books, magazines, web, others. Quantitative, because this work gives the opportunity to obtain a better observation of the process in the determination in the appearances of caries in the child-hood; and this will be the percentage on the prevalence in patients around 0 to 3 years.

The types of investigations were: documentary, explanatory, descriptive, exploratory field and feasible project, because was used as instruments of data collection the medical records of patients, who were attended in clinics like: "Clínica Integral de la Facultad Piloto Odontología" – University of Guayaquil during 2013 – 2014; in this case the clinical record of the Ministry of Health was used, the record "Clínica del Bebe" (Figueiredo, 2000).The undefined variable is the relation in the bucal habits; the defined variable is the prevalence of caries.

Working with 144 patients, who were attended, for the methodological study was essential to divided into 3 groups: 0 to 12 months, 13 to 24 months, and 25 to 36 months; it indicated a percentages of caries in the child-hood.

Based on this results, it's possible to analyze the conclusion and recommendation for the study. It's important to make an emphasis to the parents and future parents about the oral hygiene; also that is mandatory to keep a good oral hygiene because it's the begging in the development of the human being..

KEYWORDS: PREVALENCE OF CARIES - CARIES IN THE CHILDHOOD - THE BUCAL DENTAL HABITS.

INTRODUCCIÓN

Los programas de Salud Bucodental en Ecuador como en la mayoría de países Latinoamericanos están orientados a niños en edad escolar, es decir de 6 a 12 años, sin embargo son precisamente los primeros años de vida cuando los hábitos de higiene personal y bucal, así como los patrones alimenticios se adoptan y predominan a lo largo de su vida.

La caries de la infancia temprana puede prosperar desde el brote de las primeras piezas dentarias primarias lo cual ocurre alrededor de los 6 meses de edad, presentándose en forma de mancha blanca sobre el esmalte, hasta de los malos hábitos de higiene bucodental; por lo que las estrategias de promoción de salud bucal deberían de abarcar a los recién nacidos y preescolares para prevenir esta enfermedad en los niños pertenecientes a los grupos más vulnerables.

Para la determinación de la prevalencia de caries de la infancia temprana relacionadas con hábitos de higiene bucodental en niños de 0 a 3 años el estudio se fundamenta en un banco de datos de pacientes sobre casos clínicos realizados en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil del paralelo 3 entre el periodo 2013– 2014.

En la investigación se determina que la incidencia de la prevalencia se encuentra en el rango de edades entre los 25 a 36 meses; para establecer estos datos se realiza una investigación del prototipo cuantitativo y cualitativo fundamentado en el enfoque cuantitativo con un alcance descriptivo con una muestra de 144 pacientes atendidos.

El desarrollo del análisis de los casos atendidos para esta investigación, se explican a través de la fundamentación teórica que consiste en la identificación de la etiopatogenia, factores primarios de riesgo, tipología y los controles/prevención de la caries de la infancia temprana, tal como lo sugiere (Maria Cristina Arango, 2004) indicando que es necesario manejar

una higiene oral adecuada si es posible antes de que erupcione el primer diente, ya que con esto se consigue acostumbrar al niño a lavarse la boca y evitar la consecuencia de enfermedades cariogénicas.

El objetivo de la siguiente investigación es determinar la prevalencia de caries de la infancia temprana y la relación que existe con los hábitos de higiene bucal practicados en niños de 0 a 3 años que asistieron a la Clínica Integral de quinto año paralelo 3 de la Universidad Estatal Facultad Piloto de Odontología 2013 – 2014.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries de la infancia temprana no es solo un problema dental, sino también un problema socio-cultural; numerosos estudios realizados en niños han demostrado que factores como la etnicidad y bajo nivel socioeconómico están relacionados significativamente con la prevalencia de cifras alarmantes de caries de la infancia temprana en niños menores de 3 años.

Otro problema en los infantes menores de 3 años, con hábitos de higiene deficientes, muestran caries en un 70%. Trayendo como consecuencia, mayor riesgo de contraer infección por caries en la dentición permanente y la necesidad de fomentar la prevención y promoción de la salud bucal.

Así mismo, esta patología ha sido considerada una enfermedad de la civilización innovadora, ocurriendo tanto en países desarrollados como no desarrollados.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de caries de la infancia temprana y la relación con los hábitos de higiene bucal?

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

TEMA: PREVALENCIA DE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA RELACIONADA A LOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS QUE ASISTIERON A LA CLÍNICA INTEGRAL DE QUINTO AÑO PARALELO 3 AÑO 2013 – 2014.

OBJETO DE ESTUDIO: Establecer la prevalencia de caries de la infancia temprana y la relación que existe con los hábitos de higiene bucal

CAMPO DE ACCIÓN: Prevalencia de caries de la infancia temprana en un rango de edad de 0 a 3 años.

ÁREA: Pregrado

Periodo: 2013-2014

1.5 PREGUNTAS RELEVANTES DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la definición de la caries en la infancia temprana?

¿Cuál es la etiopatogenia de las caries de la infancia temprana?

¿Cuáles son los factores primarios de riesgo para las caries de la infancia temprana?

¿Cuáles son los tipos de caries en la infancia temprana?

¿Cuáles son los controles y prevenciones adecuadas para las caries de la infancia temprana?

1.6 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de caries de la infancia temprana y la relación que existe con los hábitos de higiene bucal practicados en niños de 0 a 3 años que asistieron a la Clínica Integral de quinto año paralelo 3 de la Universidad Estatal Facultad Piloto de Odontología 2013 – 2014.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar la prevalencia de caries dental y rango de edad para la población estudiada.

Definir la prevalencia de caries dental y sexo para la población estudiada

Establecer la relación entre caries de la infancia temprana y práctica de higiene bucal en el niño.

Decretar la relación entre caries de la infancia temprana y placa dentobacteriana.

1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación tiene como finalidad analizar los hábitos de higiene bucodental y dietéticos en niños de infancia temprana comprendidos entre 0 a 3 años para determinar factores potencialmente nocivo para la aparición de caries de la infancia temprana y poder prevenirlo, con la aplicación de medidas de promoción y prevención de la salud bucal.

Además, porque a partir de los resultados de esta investigación se contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes al minimizar los riesgos patológicos en la dentición permanente futura.

1.8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Evidente: Debido a que las caries contribuyen el primer lugar en las patologías orales según la O.M.S, es por ello la necesidad de este estudio.

Contextual: Contribuirá para consultas de los estudiantes de pregrado, y como contribución para futuras investigaciones acerca del tema.

Concreto: Puesto que se atiende a la problemática presentada desde casos puntuales atendiendo a una necesidad social.

Relevante: Es importante ya que contribuirá como guía en futuras investigaciones para nuestra profesión.

Factible: Es factible debido a que se cuenta con todos los recursos necesarios para realizar esta investigación.

Variables: Porque a partir de la identificación de las variables del problema se desarrolla el trabajo investigativo de tal forma que son fácilmente identificables en el planteamiento.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define las caries de la infancia temprana (CIT) como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debidas a caries), o restauradas en la dentición primaria, en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad.(Maria Jesus Alonso Noriega, 2009).

La CIT puede ser una forma de caries particularmente virulenta, que comienza poco después de la erupción dental, se desarrolla en las superficies dentales lisas, progresa rápidamente y tiene un impacto perjudicial en la dentición. A diferencia de las caries en dientes permanentes, la CIT afecta por lo general a los dientes superiores primarios. (Maria Jesus Alonso Noriega, 2009).

Hace años se le conocía como caries de biberón, ya que se le asociaba a la utilización de este; sin embargo, se ha demostrado que no solo se debe al uso frecuente de biberón, ya que puede aparecer con la presencia de cualquier líquido azucarado (natural o artificial) como la leche, fórmulas, jugos de frutas y refrescos. (Maria Jesus Alonso Noriega, 2009).

En la actualidad se considera un problema de salud pública que afecta a los infantes en todo el mundo. Su prevalencia difiere en todos los países y se han realizados estudios en donde informan factores de riesgos asociados entre los que están: hábitos del biberón, placa bacteriana, hábitos de higiene bucal, la temprana adquisición y colonización del estreptococo mutans; otros como la cantidad y calidad de la saliva del niño, nivel socioeconómico, padres o personal a cargo del niño que no han recibido educación sobre cuidados en higiene oral.(Maria Cristina Arango, 2004)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA.-DEFINICIÓN:

La caries es una enfermedad infecciosa caracterizada por la destrucción de los tejidos duros dentarios y provocados por la acción de los ácidos producidos por los microorganismos que integran la placa dental. Una de las variantes más intensas de caries se presenta en niños en edad temprana. Las prácticas inapropiadas de alimentación pueden originar caries dental progresiva de las superficies bucal y lingual de los dientes deciduos maxilares y mandibulares en los lactantes y preescolares. (Delia Montero Canseco, 2011)

Muchas son las formas que existen en inglés para denominar este tipo de afección, tales como: *night bottle syndrome*, *bottle proping caries*, *nap bottle syndrome*, *bottle caries*, *baby bottle syndrome*, *baby bottle tooth decay*, *bottle mouth caries*, *nursing bottle caries*, *milk bottle syndrome*, *nursing caries*, *early childhood caries*; y en español: caries de lactante, caries circunferenciales o caries rampante específica del niño. (Ana Belén Navarro, 1999)

A la mayoría de autores les parece más representativa “caries de biberón”, tal vez porque es el que mejor entienden los padres a la hora de explicarles su etiología y tratamiento. Sin embargo, otros autores prefieren otros términos por ser más definitorios de lo que es la clínica y por qué no siempre es el biberón la causa de su aparición. (Ana Belén Navarro, 1999)

El término “caries de biberón” fue usado por Elías Fass en 1962 para describir el proceso de la caries dental en el infante, sus manifestaciones clínicas y factores de riesgo. Luego este término se modificó por “caries del lactante” entre otros términos y fue sólo hasta 1994 cuando se utilizó el concepto de “caries de la infancia temprana” propuesto por consenso en la conferencia del centro de control de enfermedades y prevención, por ser un término más específico, pues no se vincula con el biberón como único factor etiológico. (Maria Cristina Arango, 2004)

En sus guías, la Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) ha acordado la siguiente definición para la caries de la infancia temprana (CIT): “La caries de la infancia temprana es la presencia de una o más superficies cariadas (con o sin lesión cavitaria), superficies perdidas (debido a caries), o superficies obturadas en cualquier diente deciduo de un niño entre el nacimiento y los 71 meses de edad”(Delia Montero Canseco, 2011)

2.2.2 ETIOPATOGENIA DE LA CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA

La caries dental es una enfermedad bacteriana multifactorial que para su instalación necesita interacción de tres factores básicos: El Huésped, La Microflora y el Substrato, a los cuales Newbrun (1988), agregó el cuarto factor: Tiempo. (Figueiredo, 2000).

Estos factores, cuando se integran, generan la dolencia que se manifiesta a través de un síntoma (señal) clínico que es la lesión cariosa o simplemente caries. Para una mejor comprensión de los fenómenos que la generan, trataremos los grandes factores aisladamente.

2.2.2.1 HUÉSPED: DIENTE

Es sobre la estructura dura de los dientes que la dolencia se manifiesta y, para que esto ocurra, es necesario que el esmalte se torne susceptible de ser destruido, por los ácidos o por su propia configuración anatómica como en los casos de surcos, fisuras y puntos. El punto de resistencia o potencial de resistencia del esmalte humano está alrededor de un pH de 5,2. De esta forma, el diente será susceptible, cuanto mayor sea el número de surcos y fisuras y puntos existentes, defectos estructurales presentes, así como cuanto mayor para el pH de Potencial de Resistencia.(Figueiredo, 2000)

Como los dientes deciduos sanos son menos mineralizados que los permanentes, lógicamente serán más susceptibles, ya que la resistencia del esmalte es menor a un pH más alto y franco.

A pesar de este análisis simple, otros factores también interfieren en la resistencia del diente, tales como: la capacidad del taponamiento salival y la placa, la concentración de flúor, fósforo y calcio existente en la placa, así como la capacidad salival para remover el substrato.(Figueiredo, 2000).

2.2.2.2 HUÉSPED: SALIVA

La saliva segregada por las glándulas salivales mayores: parótidas, submaxilares y sublinguales, juntos con las menores, son responsables por la lubricación de la boca y de los dientes, interviniendo significativamente en el proceso de generación de la caries (Newbrun 1988).

La saliva tiene varias acciones y funciones y dentro de ellas tenemos: protección de las células de la mucosa, teniendo además las acciones de ayudar a formar el bolo alimenticio, las bactericidas e inmunológicas que ayudan a proteger el individuo, específicamente las enzimas salivales tienen varias funciones:

La amilasa ayuda a la renovación de residuos alimenticios por la acción solubilizante que posee; la lisozima tiene la acción antibacteriana catalítica y aglutinante y la lactoperoxidasa, por la acción oxidante, mantiene el desarrollo bacteriano dentro de patrones ideales.(Figueiredo, 2000).

En lo relativo al aspecto físico-químico, la acción de flujo y de la viscosidad salival influye en la determinación de un riesgo mayor o menor que el individuo pueda tener con relación a caries.(Figueiredo, 2000)

2.2.2.2.1 FLUJO SALIVAL

Se puede afirmar que cuanto mayor sea el flujo salival, menor es la posibilidad de que el niño adquiera caries. El valor normal de flujo para el niño escolar es de 8 ml de saliva por 5 minutos, cuando es activado,

suministrandu un volumen medio de saliva por día entre 1000 a 1500 ml.(Figueiredo, 2000).

Con relación a la viscosidad salival, se puede afirmar que cuanto menor es la viscosidad menor será el riesgo. La viscosidad para los bebés todavía no se ha definido, sin embargo debe de estar próximo a la viscosidad del agua, en aquellos de menor riesgo y próxima al doble de la viscosidad del agua en aquellos de mayor riesgo.(Figueiredo, 2000).

2.2.2.3 MICROFLORA

Se origina de una matriz glico-proteica donde el componente bacteriano se fija – coloniza y, cuando es cariogénico y organizado, se puede convertir en una fuente generadora de caries dentaria. Los estreptococos mutans están relacionados con las caries o lesiones que ocurren en puntos, ranuras y fisuras, como también en las de superficie lisa y sobre el cuello y la raíz, por la acción formadora de glucanos que los habilita a adherirse en cualquier superficie. (Figueiredo, 2000).

Los lactobacilos acidófilos son también generadores de ácidos y de polímeros tipo fructanos y son los responsables por la mayoría de caries de surcos y fisuras. Sin la presencia de bacterias no habría caries como demostró Orland (1995) y Fitzgerald (1968).(Figueiredo, 2000)

Como el niño nace sin bacterias cariogénicas, la adquisición de ellas se hace por contacto del bebe con el ambiente familiar y esto comienza a ocurrir en el 1º año de vida. Por tanto el período de mayor adquisición es definido por Caufield y Col. (1993) como “ventana de infección” y ocurre en el período entre 19 y 28 meses. Parece que la erupción de los 1º molares deciduos está relacionada con este hecho.(Figueiredo, 2000).

2.2.2.4 SUBSTRATOS

Siendo la caries una enfermedad bacteriana, estudios confirman sus características de infección y transmisibilidad. No obstante, la simple inoculación de bacterias cariogénicas no generan de por si la caries

dental, siendo necesario la presencia de un substrato cariogénico constituidos a base de carbohidratos refinados como la sacarosa, glucosa, fructosa y lactosa.(Figueiredo, 2000).

Los estreptococos mutans actúan sobre la sacarosa determinan la formación del glucano y la formación de ácidos. Cuando la acidificación es alta y el pH cae para menos de 5,2 existe la posibilidad de que ocurra desmineralización y consecuentemente la ruptura del esmalte y el inicio de la formación de una lesión cariosa. (Figueiredo, 2000).

2.2.2.5 TIEMPO

La presencia y formación de caries en niños no está solamente relacionada con la cantidad de carbohidratos ingeridos, sino también por la consistencia del alimento y la frecuencia de ingestión.

Cuando el consumo de alimentos ocurre entre las comidas, esto determina una acidificación de placa en forma continua que perturba la capacidad de buffer (números de moléculas de ácido o base fuerte que se requieren para modificar el pH de una solución), aumentando el riesgo de caries.(Figueiredo, 2000)

Este hecho es observado en lactantes e infantes con hábitos alimenticios inadecuados donde el uso frecuente y prolongado de biberón o de pecho materno y otros alimentos puede determinar el “Síndrome de caries de biberón” que es la primera señal de caries aguda en el ser humano.(Figueiredo, 2000)

Mathewson y Col. (1982) esquematiza el proceso de caries de la siguiente forma: FIGURA#1 (Figueiredo, 2000)

2.2.3FACTORES PRIMARIOS DE RIESGO PARA CIT

Los factores de riesgo o criterios de riesgos son aquellas características o atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado; ellos no son necesariamente las

causas (o etiología necesaria), sólo sucede que están asociados con el evento. Es importante reconocer que los factores de riesgo no actúan aisladamente, sino en conjunto con las causas de la enfermedad, interrelacionadamente y que pueden presentarse en cualquier etapa de la vida. (Maria Cristina Arango, 2004)

Los factores primarios de riesgo para las caries de infancia temprana incluyen:(Delia Montero Canseco, 2011).

Alimentar al niño con biberón durante la siesta o por la noche.

Permitir que un lactante se alimente del seno materno libremente durante la noche.

Seguir utilizando el biberón después del primer año de vida.

Falta o ausencia de limpieza dental por parte de los padres.

Factores socioeconómicos.

2.2.4 TIPOS DE CARIES EN LA INFANCIA TEMPRANA

Clínicamente, existen, 3 tipos de caries en la dentición decidua: Caries simples, Caries Negligente o descuidada y Caries de Biberón.(Figueiredo, 2000).

2.2.4.1CARIES SIMPLES

Este tipo de caries afecta los incisivos en sus superficies proximales, principalmente, las mesiales de los centrales superiores y las oclusales de los molares. Generalmente, son pocas las lesiones y no pasan de seis.(Figueiredo, 2000)

2.2.4.2CARIES NEGLIGENTE O DESCUIDADA

Con respecto a este tipo de caries podremos indicar que es toda aquella lesión, simple o de biberón, que no recibe atención y, consecuentemente,

ocasiona la pérdida de la corona clínica y/o tiene compromiso pulpar.(Figueiredo, 2000).

2.2.4.3CARIES DE BIBERÓN

La caries tipo biberón afecta a todos los dientes, sin embargo comienza en las superficies vestibulares de los incisivos superiores, afecta los niños hasta el primer año de vida y tiene en su etiología marcados componentes socio-culturales relacionados con el amamantamiento nocturno y la ausencia de limpieza y/o cepillado. (Maria Cristina Arango, 2004).

Este es el tipo de caries que más llama la atención, tiene varios nombres, como, caries por amamantamiento, síndrome biberón nocturno, caries de biberón. No obstante, esta caries puede estar relacionada también, según Walter y Col. (1987) y Ripa (1988), con las condiciones de alimentación en el pecho, así como también por el hábito de endulzar el chupón del niño al dormir. (Figueiredo, 2000).

Esta caries tiene características propias de una caries incontrolable “rampante”, donde varios aspectos deben ser observados.(Figueiredo, 2000)

Afecta al niño muy temprano, antes del 1º año de vida, donde ya puede ser observada.

Tiene una evolución muy rápida.

Muchos dientes están involucrados, generalmente más de tres incisivos.

Afecta básicamente, y primeramente los incisivos superiores en sus superficies vestibulares, así como los primeros molares superiores e inferiores.

Tiene siempre un componente socio-cultural relacionado con alimentación nocturna y ausencia de limpieza.

En los casos más graves afecta también los incisivos inferiores.

Las lesiones más graves están relacionadas con el consumo abusivo de carbohidratos, amamantamiento nocturno y falta de limpieza.

2.2.5 CONTROL Y PREVENCIÓN ADECUADA PARA CIT

El mejor control de caries tipo biberón es la educación odontológica. Derkson; Ponti (1982) encontraron solamente 1% de caries tipo biberón en 534 niños de 9 meses a 6 años de edad y afirmaron que, para esa caries la educación es la base de la prevención. (Figueiredo, 2000)

Este hecho muestra el valor de la educación, pues 100% de las madres que alimentaban a sus hijos para dormir, después de la orientación y recomendaciones pasaron a limpiar los dientes de sus hijos u aplicar flúor tópico al 0,02% (NaF) antes de dormir y para aquellos que lactaban durante la noche, repetían esa práctica también por la mañana. Estas medidas simples son verdaderamente eficaces. (Figueiredo, 2000).

En cuanto al uso de agentes terapéuticos impregnados en la prevención de caries dental en la infancia, con el advenimiento de fluoruros de plata y, principalmente, del fluorato de diamino de plata ($\text{Ag}(\text{NH}_3)_2\text{F}$), se verificó que ahora existe un fluoruro capaz de prevenir y estabilizar los procesos cariosos incipientes, informando que el fluorato de diamino de plata ($\text{Ag}(\text{NH}_3)_2\text{F}$) presenta buena actuación en tanto en la prevención de caries de surcos y fisuras, así como también tiene acción cariostática, lo que no ocurre con otros tipo de fluoruros. (Urrego-Burbano, 2011)

Benítez y Col. (1994) sugieren que, para la prevención de caries de biberón, varios ángulos deben ser alcanzados y esto va desde las recomendaciones a los padres cuando el niño es menor de 1 año, modificación de la alimentación nocturna, de la dilución gradual de la leche, como también del uso. Estos métodos, independientemente de los procedimientos son los ideales para el control de caries tipo biberón. (Figueiredo, 2000).

La prevención de caries dental puede ser ejecutada por varios métodos, entre los cuales podemos citar: empírico, etiológico y el de riesgo.

2.2.5.1 MÉTODO DE PREVENCIÓN EMPÍRICO

Son medidas prácticas, no fundamentadas, de eficacia cuestionable, destinadas al control y prevención de la caries. Son medidas enraizadas en nuestra cultura, como por ejemplo: limpiar los dientes con hojas de joazeiro, limpiar los dientes con bicarbonato, buches con agua oxigenada, etc. (Figueiredo, 2000).

2.2.5.2 MÉTODO DE PREVENCIÓN ETIOLÓGICO

Basado en el reconocimiento de los grandes factores predisponentes: huésped susceptible, substrato cariogénico y microflora. A partir de esta identificación, se procura eliminar los factores dentro del siguiente esquema:(Figueiredo, 2000). FIGURA # 2.

Huésped: aumentar la resistencia en el individuo, vacuna. Aumentar la resistencia dental: flúor, sellantes, ameloplastia y utilización de teles pesados (fluoruro de diamino plata- $\text{Ag}(\text{NH}_3)_2\text{F}$). (Figueiredo, 2000).

Substrato: controlar la ingestión de substrato cariogénico (carbohidratos), principalmente la sacarosa, controlando la cantidad y disminuyen el número de ingestión/día en número inferior a 6 veces/día.(Figueiredo, 2000).

Substitución: utilizar alimentación no cariogénica, ej.: uso de alimentación fibrosa y endulzantes no calóricos.

Eliminación: por el cepillado y remoción de la placa.

Microflora: en la microflora reside el punto crucial del control etiológico, pues su eliminación es impracticable, la sustitución no es viable y su disminución es cuestionable, sin embargo es la única con condiciones de ser realizada a través de métodos parcialmente eficaces, como: buches

de flúor diario, uso de agentes químicos con clorhexidina, agua oxigenada y cepillado adecuado.(Figueiredo, 2000).

2.2.5.3 MÉTODO DE PREVENCIÓN DE RIESGO

La determinación de riesgo está relacionada con el concepto y definición de riesgo. Krase (1986) la define como una posibilidad mayor o menor de una persona de adquirir la enfermedad debido a factores ambientales o congénitos. Esto define que el riesgo solo existe antes de la dolencia, una vez que, después de su instalación existirán solamente los factores de la dolencia. Los métodos de determinación de riesgo se basan en la procura de factores ambientales o pruebas de susceptibilidad a caries o métodos microbiológicos. (Urrego-Burbano, 2011).

Así los factores ambientales y no ambientales que determinan el mayor o menor riesgo de un bebé en adquirir la caries dental, pueden ser resumidos en 6 grandes factores, dos no ambientales y cuatro ambientales o culturales. (Figueiredo, 2000).

No ambientales:

Presenta, en boca, de dientes susceptibles o defectos congénitos;

Ambientales:

La ausencia del hábito precoz de higiene y cepillado dental;

Presencia de hábitos alimenticios inadecuados relacionados con el amamantamiento, principalmente el nocturno;

El alto consumo de carbohidratos;

Contaminación de la boca del niño.

Presencia/ausencia de flúor en sistema de abastecimiento.

La eliminación de los factores de riesgos ambientales son más fáciles y llevan a una reducción de caries dentaria en cerca del 60%,

principalmente cuando aparecen con otros procedimientos destinados a aumentar la resistencia de los dientes (aplicación precoz de flúor tópico casero).(Maria Cristina Arango, 2004).

2.2.5.3.1 MÉTODOS CLÍNICOS ANAMNÉSICOS (AMBIENTALES)

Basado en los estudios de Duque (1977), Kimura y Col. (1979), Robinson; Naylor (1963), Sclavos y Col. (1988), donde los aspectos relacionados al consumo alto de carbohidratos, ausencia de limpieza y alimentación (amamantamiento) inadecuada son los factores determinantes de riesgo. A través de una anamnesis cuidadosamente conducida, estos aspectos pueden ser detectados y corregidos.(Figueiredo, 2000).

2.2.5.3.2 MÉTODOS MICROBIOLÓGICOS (NO AMBIENTALES)

Estos métodos generalmente usados en odontología, tienen una acción más educativa que preventiva, teniendo en cuenta la falta de fidelidad de los mismos, con excepción del método de contagio de estreptococos, que es fiel pero con un grado de dificultad técnica muy grande.(Figueiredo, 2000).

Los métodos más usados son:(Figueiredo, 2000).

Contaje de microorganismos-estreptococos-lactobacilos;

pH de la placa (colorimétrico);

Capacidad buffer de la saliva (Dreizen);

Velocidad de formación ácida de los microorganismos (Snyder-Alban-Simms).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

PREVALENCIA.- Es la proporción de individuos de una población que presenta el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado

CARIES DE BIBERÓN.- Las caries de biberón se produce por la costumbre de los padres de mojar el chupete en miel o en azúcar o bien para dejar al bebé con el biberón solo en la cuna. En este último caso, algunos se quedan incluso dormidos con el biberón en la boca y los azúcares de la leche están demasiado tiempo en contacto con la dentadura dando lugar a las caries de la infancia temprana. (Mosby, 2009).

PLACA BACTERIANA.- Es una película pegajosa e incolora que se forma y deposita constantemente sobre todas las superficies de la boca (dientes, encías, aparatos de ortodoncia, prótesis, etc.), principal causante de la caries y de la enfermedad periodontal. (Mosby, 2009).

FACTORES DE RIESGO.- Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (Mosby, 2009).

FACTORES ALIMENTARIOS.- la alimentación es el elemento fundamental sobre el que se sustenta la prevención y el tratamiento de enfermedades y de sus factores de riesgo, junto a la práctica de un estilo de vida saludable. (Mosby, 2009).

ALIMENTACIÓN NOCTURNA.- El síndrome de alimentación nocturna es una enfermedad de diagnóstico difícil ya que síntomas como falta de apetito al despertar por la mañana o el comer durante la noche de forma compulsiva entre la vigilia y el sueño sin recordarlo hace de este desorden alimenticio algo complicado de detectar por el médico y es un factor causante de la caries. (Mosby, 2009).

DIETA CARIOGÉNICA.- Es aquella de consistencia blanda, con alto contenido de hidratos de carbono, especialmente azúcares fermentables como la sacarosa, que se deposita con facilidad en las superficies dentarias, aumentando con ello el riesgo de producir caries. (Mosby, 2009).

ANAMNESIS.-Historial de enfermedad y lesiones basado en la memoria del paciente o la evocación en el momento de una entrevista y exploración médica o dental.(Mosby, 2009)

DIAGNÓSTICO.- Traslación de los datos recopilados en los exámenes clínicos y radiográficos a una definición organizada y clasificada de las condiciones existentes.(Mosby, 2009)

ETIOPATOGENIA.- Es el origen o causa del desarrollo de una patología. (Mosby, 2009).

PATOLOGÍA- Rama de la ciencia que se ocupa de la enfermedad en todas sus relaciones, especialmente de su naturaleza y los cambios funcionales y materiales que provoca.(Mosby, 2009)

ENFOQUE CUANTITATIVO DE INVESTIGACIÓN.- Es el que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones y probar teorías.

ENFOQUE CUALITATIVO DE INVESTIGACIÓN.- Utiliza la recolección de datos sin medición numérica (como las descripciones y las observaciones para descubrir preguntas de investigación en el proceso de interpretación.

2.4 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, "...para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados".

Los **Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual**. La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude. Los resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional;

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes;

Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas;

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema;

Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema;

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

2.5 ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS

Si se tiene una correcta y adecuada higiene bucal más la eliminación de los hábitos que con llevan a la formación de sustancias cariogénicas, la prevalencia de caries en la infancia temprana tendría un porcentaje minúsculo en la población; adicionándole a ésta una apropiada capacitación a las futuras madres sobre el cuidado que deben tener tanto ellas como los niños que estarían a su cargo con respecto al cuidado oral.

2.6 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

2.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: Hábitos en la higiene bucal

2.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE: Prevalencia de caries.

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Variable Independiente.</p> <p>Hábitos en la higiene bucal</p>	<p>La higiene oral es un hábito muy importante, constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas.</p>	<p>Revelación de la placa bacteriana</p>	<p>Ligero < 1,5% Moderado 1,5% Severo > 1,5%</p>	<p>Porcentaje de placa bacteriana en los grupos de estudio</p>
<p>Variable Dependiente.</p> <p>Prevalencia de caries</p>	<p>La prevalencia de caries es el número total de los individuos que presentan caries en un momento o durante un periodo dividido por la población en ese punto en el tiempo o en la mitad del periodo.</p>	<p>Registro de datos en el odontograma de la historia clínica</p>	<p>Caries Simple Caries Tipo Biberón Caries Negligentes</p>	<p>Porcentaje de caries en los grupos de estudio</p>

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El desarrollo de la presente investigación de la prevalencia de caries de la infancia temprana y la relación con los hábitos de higiene bucal, se aplicó la investigación:

Investigación Documental.- Porque se basa en datos bibliográficos presentados en libros, artículos científicos, google académico en la que se revisó todo lo relacionado a la caries de la infancia temprana como etiopatogenia, tipos, factores primarios, etc.

Investigación Exploratoria: Los casos clínicos analizados fueron sacados de la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil durante el periodo 2013-2014.

Investigación Descriptiva: Porque se describe los porcentajes de prevalencia de caries relacionadas con los hábitos de higiene bucal de los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil durante el periodo 2013-2014.

Investigación Explicativa: Determinar la correcta etiopatogenia y tipos de caries de la infancia temprana para poder determinar su relación con los hábitos de higiene bucodental.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se fundamentó en el prototipo cuantitativo y cualitativo con el enfoque en lo cuantitativo debido a que permitirá obtener una mayor observación en los procesos para poder determinar la aparición de caries en la infancia temprana para así llegar a la obtención de un adecuado porcentaje en su prevalencia.

Esta investigación es de corte transversal porque se realizó en un determinado momento, tiempo y espacio y con una población definida.

Es cuantitativo porque se obtuvo información mediante datos numéricos a través de la estadística; y cualitativo porque estos resultados fueron examinados y fundamentados para la solución del problema que se investigó lo que nos llevaría a determinar el porcentaje de prevalencia más acertado.

3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Como instrumentos de investigación se utilizó las historias clínicas del Ministerio de Salud Pública y la Ficha Clínica del Bebé (Figueiredo, 2000) que se aplicaron a pacientes infantiles que nunca habían recibido consulta dental previa y que asistían por primera vez a la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología del paralelo 3 entre el periodo 2013-2014. Se revisó la bibliografía relacionada en diversos libros de odontopediatría, artículos científicos, revistas publicadas en internet.

Mediante los resultados que se obtuvieron, estos se procesaron a través de estadísticas, para posteriormente determinar el análisis estadístico correspondiente. Los datos ya tabulados, se analizaron y se interpretaron para luego presentar los resultados de esta investigación.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se lo especifico a través de los siguientes factores:

El universo de la investigación son los pacientes infantiles de 0 a 3 años atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil del paralelo 3 dentro del periodo 2013 - 2014 que nunca habían recibido consulta dental previa y que asistían por primera vez para determinar la muestra de la investigación.

MUESTRA:

Metodológicamente el universo se trabajó en 3 grupos; considerando que el Universo a investigar no es tan extenso, se trabajó con el 100% del mismo, es decir con 144 pacientes que se obtuvieron entre el periodo 2013-2014.

GRUPOS	TOTAL
DE 0 MES A 12 MESES	27
DE 13 MESES A 24 MESES	33
DE 25 MESES A 36 MESES	84
TOTAL DE PACIENTES:	144

3.5 FASES METODOLÓGICAS

LA FASE CONCEPTUAL.- Se describió mediante el proceso de causa-efecto; se planteó el problema de estudio de la investigación se definió, se formuló y evaluó el problema que es determinar la prevalencia de caries en la infancia temprana relacionada con los hábitos de higiene bucodental, para así poder formular los objetivos como generales y específicos; como justificación tenemos que contribuye a nuestra profesión debido a que no hay suficientes estudios realizados en nuestro medio para poder determinar la prevalencia más acertada.

Además, porque a partir de los resultados de esta investigación se contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes al minimizar los riesgos patológicos en la dentición permanente futura.

En la investigación se apoyó mediante bases Teóricas-Científicas , en la que se utilizó fuentes bibliográficas de diversos libros sacados de la Biblioteca de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, artículos, fuentes de google académico que nos ayudó a justificar y concretar la investigación.

La finalidad de este estudio consiste en analizar los hábitos de higiene bucodental y dietéticos en niños de infancia temprana comprendidos entre 0 a 3 años para determinar factores potencialmente nocivo para la aparición de caries de la infancia temprana y poder prevenirlo, con la aplicación de medidas de promoción y prevención de la salud bucal.

LA FASE METODOLÓGICA.- El diseño de la investigación es cualitativa y cuantitativa, se obtiene un universo de 144 pacientes, cogiendo como muestra el 100% de los pacientes que fueron atendidos.

Se encontró 54 pacientes con caries de la infancia temprana en la que se utilizó historias clínicas como instrumentos de investigación en la que se fundamenta lo requerido y lo que nos servirá para obtener los datos estadísticos de la prevalencia de caries relacionadas con la higiene bucodental del niño.

LA FASE EMPÍRICA, Tenemos como población a los pacientes que fueron atendidos durante el 2013-2014 en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Encontrando en un gran número de pacientes de 25 a 36 meses que fueron atendidos, un porcentaje elevado de presencia de caries en la infancia temprana y que estaban relacionados con los hábitos de higiene bucodental.

Ésta presente investigación contribuirá como guía de estudios posteriores para nuestra profesión debido a que en la actualidad no existen suficientes estudios acerca del tema tratado en nuestro medio.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En los próximos cuadros estadísticos se muestra los siguientes resultados de prevalencia de caries relacionados con los hábitos de higiene bucodental que se realizó a los pacientes de 0 a 3 años que fueron

atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil durante 2013-2014:

Se demostró que la prevalencia de caries que existe en el universo de estudio se la asocia a los grupos etarios en que se dividió y de acuerdo al sexo, al porcentaje de placa bacteriana y a los hábitos que generalmente existen en éstas edades con respecto a la higiene bucodental del paciente.

De acuerdo al grupo etario se encontró una mayor porcentaje de prevalencia en edades comprendidas entre los 25 y 36 meses ya que en estas edades encontramos mayor cantidad de huésped (dientes) (Figueiredo, 2000) y una alta incidencia de hábitos ya sean alimenticios o higiénicos.

De los 144 pacientes sólo encontramos 54 infantes que presentaban caries; de los cuales 8 infantes están dentro del grupo de 13 a 24 meses dándonos una prevalencia del 15% y 46 infantes en el grupo de 25 a 36 meses con una prevalencia del 85%.

De los 54 pacientes que presentaron caries se relacionó la prevalencia de éstas según su sexo en donde pudimos notar que existe un mayor porcentaje de prevalencia al sexo masculino 67% que al femenino 33%.

Según el índice de placa bacteriana de los grupos etarios estudiados tenemos como resultado que el grupo de 0 a 12 meses tiene un índice promedio de placa bacteriana del 0,20%, el grupo de 13 a 24 meses presenta un promedio del 0,84% de placa bacteriana y por el último el grupo de 25 a 36 meses presenta un promedio de placa bacteriana del 1,72%, indicándonos que mientras mayor sea el porcentaje de placa bacteriana mayor será la prevalencia de caries de la infancia temprana.

Durante la investigación de éste tema registramos los diferentes hábitos que se relacionan a la higiene bucodental y definimos que en todos los casos tienen un índice elevado para la formación de patologías

cariogénicas tempranas. Se mostró por medio de un cuadro porcentual que los hábitos más relacionados a la higiene bucodental son: alimentación nocturna con un 39% de prevalencia, uso del biberón/chupón con un 19%, introducirse objetos extraños a la boca con un índice del 31% y el no cepillado dental con un 11%.

Finalmente podemos indicar que la falta de información por parte de los representantes de los infantes acerca de la importancia de la higiene bucodental ha sido la responsable en su totalidad de este problema ya que indicaron que era casi nulo su conocimiento sobre aquello, sumándole a que los hábitos que están adquiriendo los infantes es de manera irracional ya que son los mismos padres quien se los está administrando y de manera incoherente están haciéndole un daño a sus hijos y cabe recalcar que todo esto es debido a la falta de información de los padres acerca de la higiene bucodental.

GRUPOS ETARIOS Y SEXO		FEMENINO	MASCULINO
1.	0 – 12 meses	11	16
2.	13 – 24 meses	19	14
3.	25 – 36 meses	38	46
TOTAL		68	76
TOTAL DE PACIENTES		144	

CUADRO#1: GRUPOS ETARIOS Y SEXO DE PACIENTES ATENDIDOS 2013-2014
Fuente: Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil
Autor: Carlos Magno Moreira Barcia

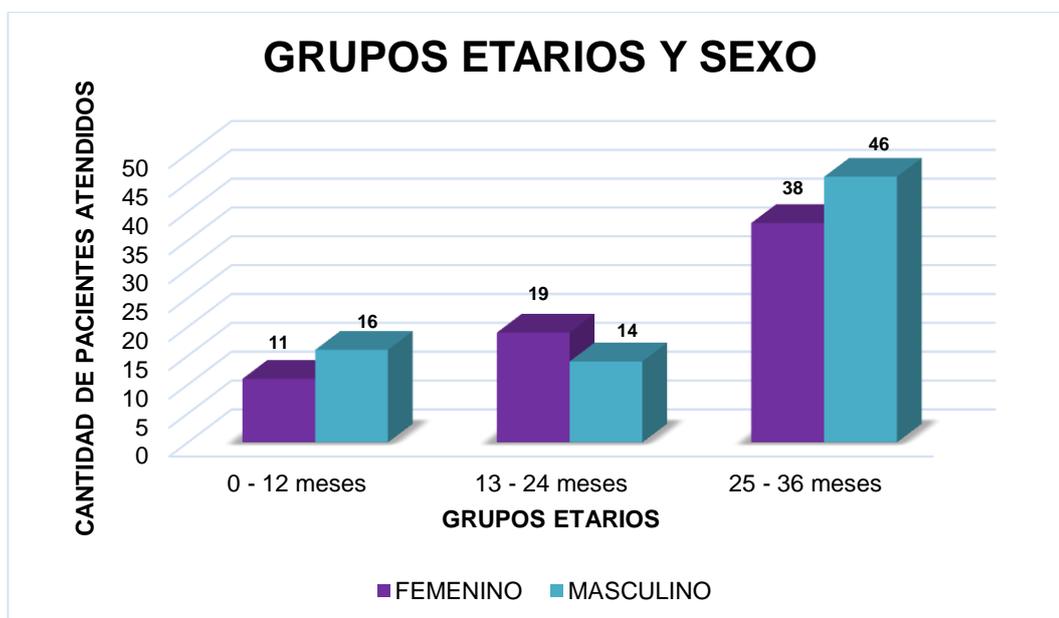


GRÁFICO #1: GRUPOS ETARIOS Y SEXO DE PACIENTES ATENDIDOS 2013-2014
Fuente: Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil
Autor: Carlos Magno Moreira Barcia

ANÁLISIS: Pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil durante 2013-2014 mostrando que la mayor incidencia de pacientes tanto en hombres como en mujeres se da en el grupo etario de 25 a 36 meses

En los siguientes cuadros estadísticos se establece la prevalencia de caries según los grupos etarios y sexo de los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil durante 2013-2014.

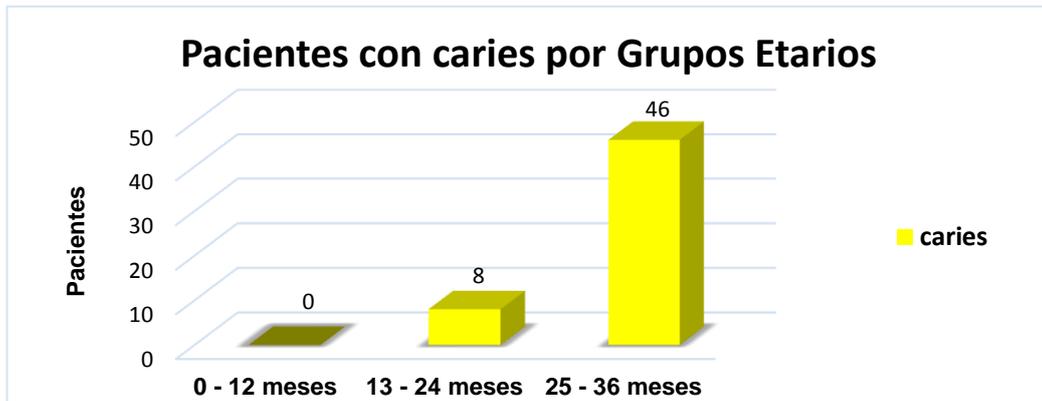


GRÁFICO #2: PACIENTES CON CARIES POR GRUPOS ETARIOS

Fuente: Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil
 Autor: Carlos Magno Moreira Barcia

ANÁLISIS: De los 144 pacientes que fueron atendidos solo 54 pacientes presentan caries en los diferentes grupos etarios.

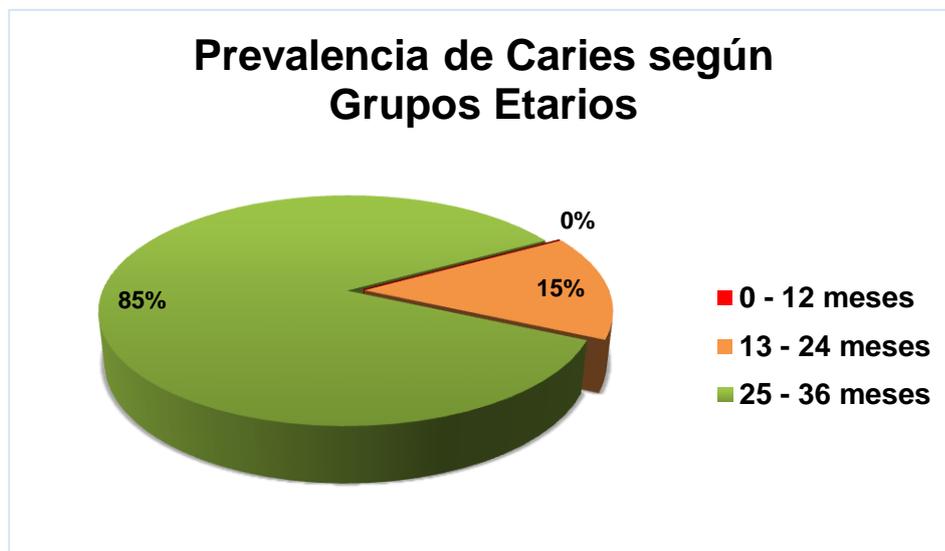


GRÁFICO #3: PREVALENCIA DE CARIES SEGÚN LOS GRUPOS ETARIOS

Fuente: Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil
 Autor: Carlos Magno Moreira Barcia

ANÁLISIS: La investigación nos indica que entre los 3 grupos etarios en que se dividió el universo para su estudio existe una mayor prevalencia de caries en el grupo de 25 a 36 meses sin diferenciar su sexo.

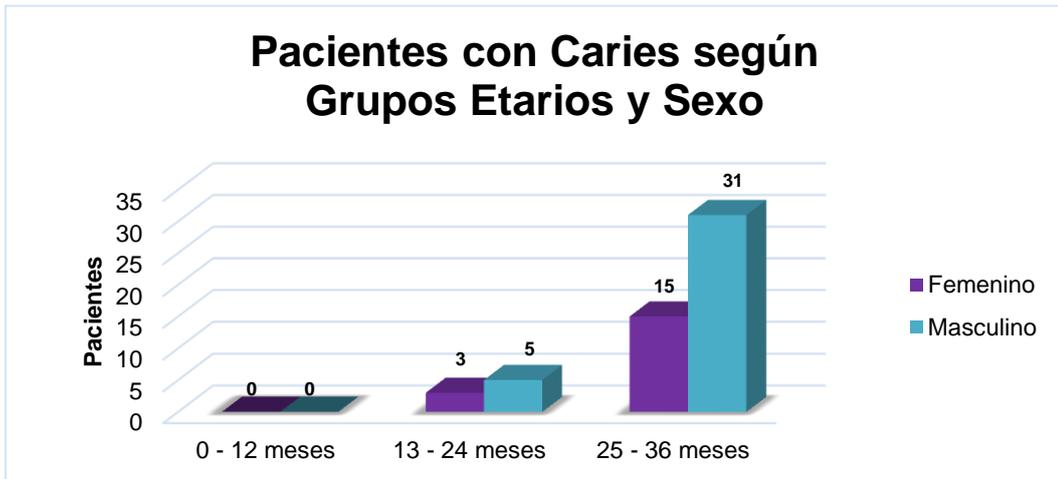


GRÁFICO #4: PREVALENCIA DE CARIES SEGÚN GRUPOS ETARIOS Y SEXO
 Fuente: Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil
 Autor: Carlos Magno Moreira Barcia
 ANÁLISIS: De los 54 pacientes que presentaron caries se los dividió por sexo para determinar su prevalencia.

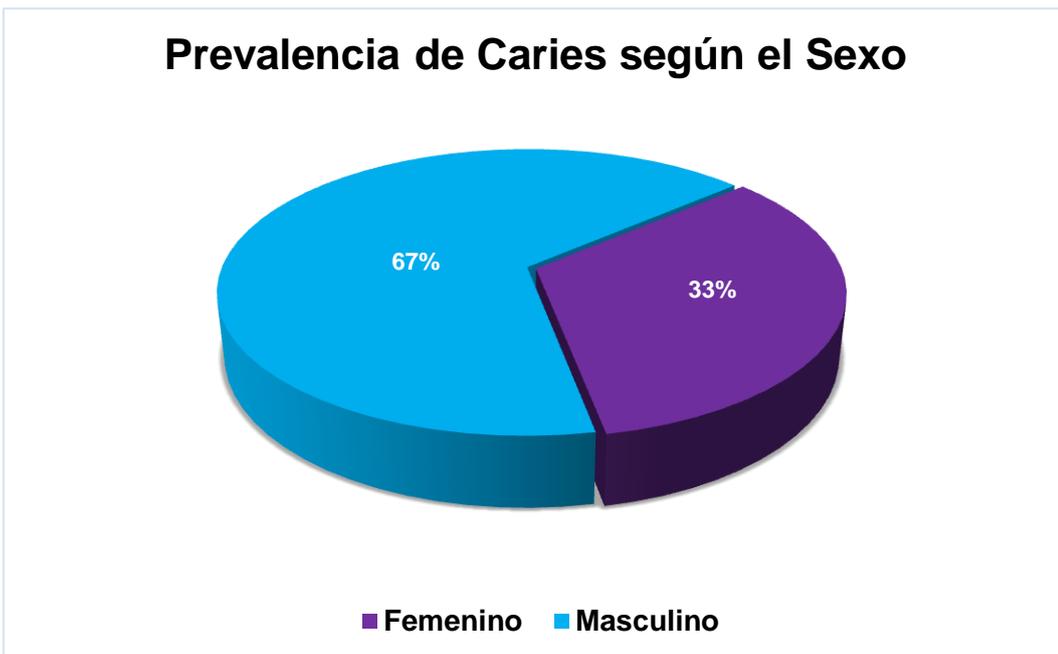


GRÁFICO #5: PREVALENCIA DE CARIES SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES
 Fuente: Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil
 Autor: Carlos Magno Moreira Barcia
 ANÁLISIS: La investigación nos indica que en 54 pacientes que presentaron caries, existe una mayor prevalencia de éstas en el sexo masculino que en el femenino.

Promedios de Porcentaje Total de Placa Bacteriana

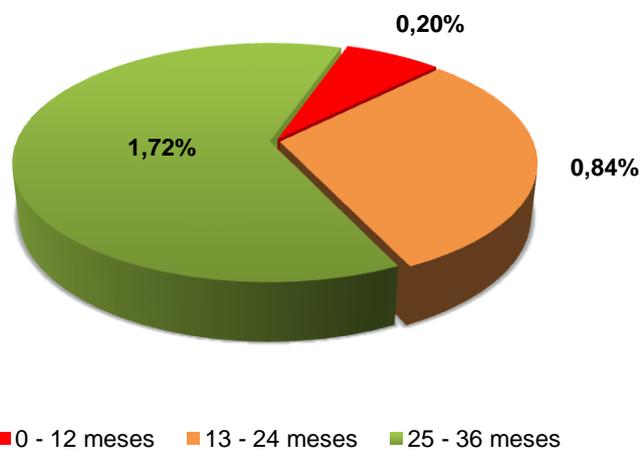


GRÁFICO #6: PROMEDIOS DE PORCENTAJE TOTAL DE PLACA BACTERIANA
Fuente: Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil
Autor: Carlos Magno Moreira Barcia

ANÁLISIS: La investigación nos indica que hay un mayor porcentaje de placa bacteriana en el grupo etario de 25 a 36 meses por ende mayor prevalencia de caries de la infancia temprana.

Porcentajes de Prevalencia de Caries Relacionados con los Hábitos de Higiene Bucodental

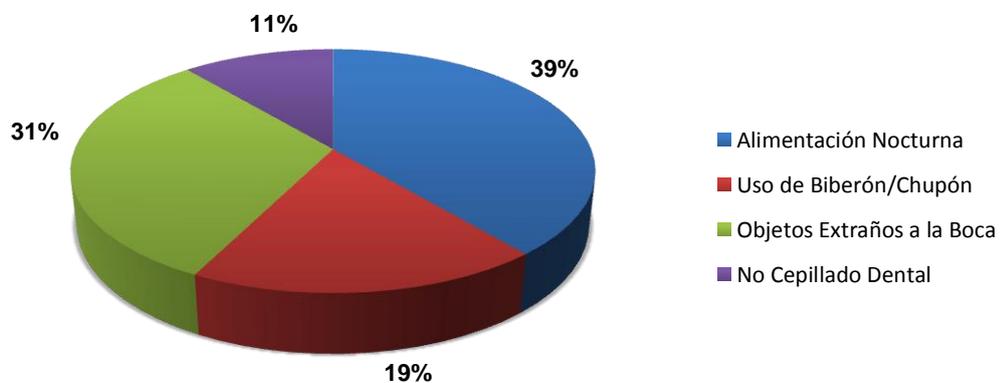


GRÁFICO #7: PORCENTAJES DE PREVALENCIA DE CARIES RELACIONADOS CON LOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCODENTAL

Fuente: Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil

Autor: Carlos Magno Moreira Barcia

ANÁLISIS: Durante la investigación de éste tema registramos los diferentes hábitos que se relacionan a la higiene bucodental y definimos que en todos los casos tienen un índice elevado para la formación de patologías cariogénicas.

5. CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de titulación se ha llegado a la conclusión de acuerdo a los estudios bibliográficos y pacientes de 0 a 3 años que fueron atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil durante el 2013-2014 que la prevalencia de caries relacionadas con los hábitos de higiene bucodental tiene un índice elevado (85%) por consecuencia de la falta de información de los padres sobre la importancia y de la higiene bucodental.

Se concluyó que la prevalencia de caries de la infancia temprana se relacionó con hábitos que adquieren los infantes de manera irracional, en este caso la alimentación nocturna con un 39%, administrados por los mismos padres y que debido a estos hábitos los padres no tiene un manejo adecuado de higiene oral a sus hijos.

6. RECOMENDACIONES

Considerando las conclusiones planteadas, se propone lo siguiente:

Se recomienda a los estudiantes de salud capacitar y dar más énfasis a los padres y futuras madres sobre la importancia en la higiene bucal por medio de diversos recursos (trípticos, charlas, folletos, etc.) y el cuidado que deben tener tanto ellas como los niños que estarán a su cargo con respecto al cuidado oral, e indicarles que es necesario manejar una higiene oral adecuada.

Instruir sobre la alimentación nutritiva en la mujer gestante porque esto puede influir mucho en la calidad de los dientes que tendrán el niño que va a nacer. Reiterarles a los padres que deben asistir tan pronto nazca el bebé a consulta con el odontopediatría para que los oriente de forma apropiada sobre los cuidados orales que deben de tener con el niño y que les aconseje cuándo deberá ser la primera cita del niño con este especialista.

Enfatizar en el vínculo afectivo que debe existir entre los padres y el niño para dar estabilidad emocional al bebé y con ello evitar la obtención de malos hábitos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ana Belén Navarro, Á. G. (1999) - *Caries Del Biberón*. Revista Pediátrica De Atención Primaria - Ciudad De México - Págs. 83-95
2. Delia Montero Canseco, P. L. (Abril-Junio De 2011) - *Prevalencia De Caries De La Infancia Temprana Y Nivel Socioeconómico Familiar – Prevalence Of Early Childhood Caries And Socioeconomical Level*. Revista Odontológica Mexicana, Mexico, Págs. 96-102
3. Figueiredo, D. L. (2000) – *Odontología Para El Bebé: Odontopediatría Desde El Nacimiento Hasta Los 3 Años*, Caracas, AMOLCA, Págs. 95-122
4. <http://revista.odontobas.com/index.php/odontologia/item/caries-temprana-infancia-cti>
5. Mata, J., Zambrano, F., O, Q., Maza, P., D Jurisic, A., C, A., y otros. (OCTUBRE de 2009). *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. Recuperado el 5 de FEBRERO de 2014,
6. María Cristina Arango, G. P. (2004). *Caries De La Infancia Temprana Y Factores De Riesgo*. Revista Estomatología, Cali, Págs. 59-64
7. María Jesús Alonso Noriega, L. K. (Abril-Junio De 2009). *Caries De La Infancia Temprana*. Revista Perinatología Y Reproducción Humana, México, Págs. 90-97
8. Mosby. (2009). *Diccionario de Odontología*. España: Elsevier.
9. Medicina Oral versión On-Line (2013) ISSN 1698-6946 <http://www.scielo.cl/scielo.php>
10. Paola A. Urrego-Burbano, L. P.-A.-B.-T.-M. (19 de Diciembre de 2011). *Revista de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública*. Recuperado el 20 de abril de 2014, de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/19985/37886>

ANEXOS

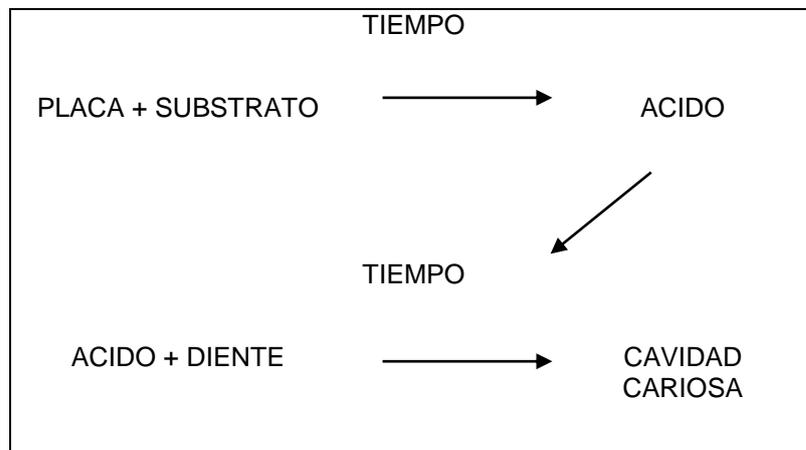


Figura #1: Esquema de Mathewson y Col. (1982) sobre el proceso de caries (Figueiredo, 2000)

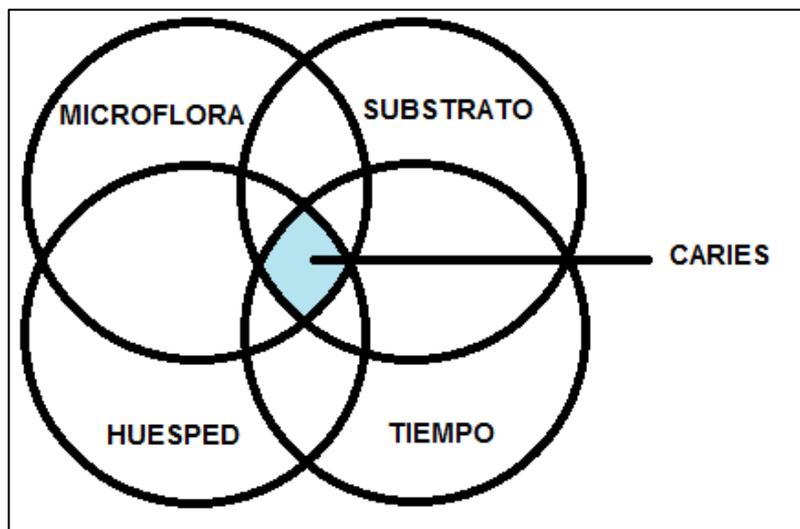


Figura #2: Esquema propuesto por Keyes (1970) y modificado por Newbrum (1978) (Figueiredo, 2000)

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMÉTRIA QUÍMICA BAYOS X OTROS

Prof. Prev. Fluorización y educación al paciente.

11 DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO CIE PRE-DEF. CIE PRE-DEF.

DEF. DEFINIDO CIE PRE-DEF.

1 *Riesgo clase 1* K05 3 *locarís* K02.

2 *Placa bacteriana* K05 4

FECHA DE APERTURA FECHA DE CONTROL PROFESIONAL FIRMA NÚMERO DE HOJA

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA <i>29/10/2013</i>	<i>No presenta placa bacter. evaluación. tipificaciónes Diferencia Instrucción de higiene oral</i>	<i>0145 Evaluación 1203 Fluor. barniz. 1310 Especificación Dietética 1330 Instrucción Higiene 1120 Prof. Prev.</i>	<i>[Handwritten signature]</i>	CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 2 FECHA <i>13-2-14</i>	<i>[Handwritten signature]</i>	<i>Charla Educativa 1203 barniz de fluor 1120 Prof. Prev.</i>		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 3 FECHA <i>13-2-14</i>	<i>[Handwritten signature]</i>	<i>Charla Educativa 1203 barniz de fluor 1120 Prof. Prev.</i>		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 4 FECHA <i>20-2-14</i>	<i>[Handwritten signature]</i>	<i>Charla Educativa 1203 barniz de fluor 1120 Prof. Prev.</i>		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 5 FECHA <i>20-2-14</i>	<i>[Handwritten signature]</i>	<i>Charla Educativa 1203 barniz de fluor 1120 Prof. Prev.</i>		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 6 FECHA Y HORA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 7 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 8 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 9 FECHA				CÓDIGO FIRMA

Figura#4
Historia Clínica del Ministerio de Salud Pública parte 1
Fuente: Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil
Autor: Carlos Magno Moreira Barcia

PRE-LLENADO DE LA FICHA

La Ficha Clínica desarrollada para bebés de naturaleza analítica, proporcionando una visión amplia de las diversas alteraciones congénitas, de desarrollo, así como de las necesidades adquiridas relacionadas con enfermedades de la boca, caries y traumatismo den-

tal, como también las alteraciones resultantes de su evolución.

La Ficha Clínica del bebé favorece la presencia del acompañante del niño desde el nacimiento hasta el inicio de la dentición mixta.

A continuación presentamos un modelo de ficha utilizada por la Clínica de Bebés/UEL/FINEP.

CLINICA-BEBÉ UEL/FINEP	
NOMBRE: <u>Sofía Aspina Mata.</u>	Nº
Nacimiento: <u>29/12/2009</u> Edad: <u>2 años</u> Meses: <u>8</u> Sexo: <u>F</u> Color: <u>Blanca.</u>	
Padre: <u>Julio Aspina.</u> Profesión: <u>Enfermero.</u> Escuela: <u>-</u>	
Madre: <u>Cindy Mata.</u> Profesión: <u>Tecnóloga.</u> Escuela: <u>-</u>	
Dirección: <u>Sabes 9 m2 536 V13</u> Barrio: <u>-</u>	
CEP: <u>-</u> Ciudad: <u>Guayaquil</u> Estado: <u>-</u>	
Tel. resid.: <u>-</u> Tel. com.: <u>-</u>	
EVALUACION GENERAL	
GESTACION	
1) ¿La madre tomó medicamentos? <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
¿Cuáles? <u>Vitaminas.</u>	
Motivo: <u>Para la formación del feto.</u>	
2) ¿Sufró algún accidente? <u>No</u>	
3) El parto fue:	
<input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> fórceps <input type="checkbox"/> prematuro	
NACIMIENTO	
1) El bebé presentó: <input type="checkbox"/> Anoxia <input type="checkbox"/> Cianosis	
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dificultad de succión	
2) Anomalías congénitas: <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> no	
Cuáles: <u>-</u>	
Otros: <u>-</u>	
INFANCIA	
1) Hospitalizaciones: <u>Ninguna.</u>	
2) Dolencias:	
Sarampión () _____ meses	Rubéola () _____ meses
Papera () _____ meses	Escarlatina () _____ meses
Lechía () _____ meses	D. Respiratorias () _____ meses
D. Cardíacas () _____ meses	D. Renales () _____ meses
Reumáticas () _____ meses	Hepáticas () _____ meses
Hematológicas () _____ meses	Neurológicas () _____ meses
3) Tratamiento médico: _____	
4) Medicamentos: _____	
5) Problemas Alérgicos: <u>Se. al Polvo.</u>	
6) Observaciones generales sobre la salud:	
<u>- Cuando fue la última vez que fue el padre al odontólogo? 6 meses</u> <u>- Cuando fue la última vez que fue el niño al odontólogo? 6 meses</u> <u>- ¿Sabe Ud. que el niño tiene que ir al odontólogo? Sí.</u>	

Figura#5

Historia Clínica del Bebé (Figueiredo, 2000) parte 1

Fuente: Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil

Autor: Carlos Magno Moreira Barcia

PLAN DE TRATAMIENTO						
RIESGO DE CARIES: relación/higiene/contaminación/consumo de azúcar						
Bajo (B)		Medio (M)	Alto (A)			
Fecha	Alteraciones	Riesgo	Tratamiento Casero		Tratamiento Clínico	
			Limpieza	Fluor	Choque	Manut.
29/08/2013		B	✓			

EVALUACIÓN PSICOSOCIAL (WRIGHT)

A) Conducta negativa: rechaza tratamiento, resistencia, llanto fuerte
 B) Conducta indefinida: pequeña resistencia, miedo, lloriqueo, nerviosismo
 C) Conducta satisfactoria: adaptación cautelosa, reserva al tratamiento, reductancia
 D) Conducta positiva: buena relación, sin miedo, interés en el tratamiento

Fecha: 29/08/2013 Conducta: D

Obs.: anotar la conducta inicial y cuando ocurre la alteración de la conducta.

EXAMEN DE LOS TEJIDOS DUROS

Erupción (edad en meses)

SUPERIOR	INFERIOR
51-61 <u>6 meses</u>	71-81 <u>7 meses</u>
52-62 <u>8 meses</u>	72-82 <u>8 meses</u>
53-63 <u>9 meses</u>	73-83 <u>9 meses</u>
54-64 <u>12 meses</u>	74-84 <u>12 meses</u>
55-65 <u>18 meses</u>	75-85 <u>18 meses</u>

Figura#7

Historia Clínica del Bebé (Figueiredo, 2000) parte 3

Fuente: Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil

Autor: Carlos Magno Moreira Barcia

SECUENCIA DE ERUPCION

1) _____ 6) _____
 2) _____ 7) _____
 3) _____ 8) _____
 4) _____ 9) _____
 5) _____ 10) _____

MOLESTIAS (ODONTOLOGICAS)

Prurito gingiva () Irritación ()
 Coriza () Salivación aumentada ()
 Diarrea () Sueño agitado ()
 Fiebre () Otros ()

ODONTODIAGRAMA (llenar cada 1 a 6 meses)

1) Fecha: 29/08/2013 Edad: 2 años

2) Fecha: _____ Edad: _____

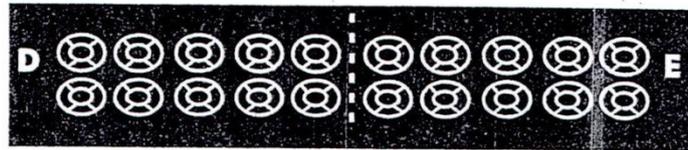
3) Fecha: _____ Edad: _____

4) Fecha: _____ Edad: _____

Figura#8
 Historia Clínica del Bebé (Figueiredo, 2000) parte 4
 Fuente: Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil
 Autor: Carlos Magno Moreira Barcia

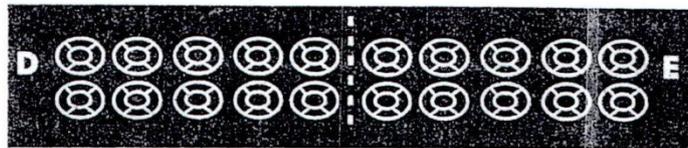
5) Fecha: _____

Edad: _____



6) Fecha: _____

Edad: _____



	inicial	2	3	4	5	6
Nº dientes presentes						
Nº dientes cariados	2					
Nº superficies cariadas						

TIPO DE CARIES: Ausente
 Simple
 De biberón
 Negligente () si () no
 Manchas blancas

ANOMALIAS
 Número () Forma () Color ()
 Posición () Estructura ()

PIGMENTACIONES (color): No tiene pigmentación

TRAUMATISMOS

Fecha en que es atendido	Fecha del trauma	Afectados	Dientes cariados	Fracturas	Luxación	Lesión

Figura#9

Historia Clínica del Bebé (Figueiredo, 2000) parte 5

Fuente: Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil

Autor: Carlos Magno Moreira Barcia

Historia (Cuándo – Cómo – Dónde): _____

Tratamiento: _____

Evolución: _____

Exámenes Radiográficos: Análisis de técnicas y hallazgos

Fecha:	Técnica	Hallazgos

ANÁLISIS DE LA DENTICION DECIDUA (INTEGRAL)
(WALTER ; FERELLE, 1988)

Obtener datos en los modelos, después de la erupción completa.

Tipo de arco: Superior: - Inferior: -

Reborde horizontal: - Reborde vertical: -

Llave canina: - Espacio primate: -

Relación terminal: -

Mordida: abierta profunda () cruzada ()

Hábitos: Succión del chupón

DIAGNOSTICO: Niña de 2 años con mordida abierta.

PLAN DE TRATAMIENTO: T. Sistémico - permiso médico
T. Preventivo - profilaxis - barniz de flúor -
Charla educativa.

PRONOSTICO: Muy Bueno.

Figura#10

Historia Clínica del Bebé (Figueiredo, 2000) parte 6

Fuente: Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología Universidad de Guayaquil

Autor: Carlos Magno Moreira Barcia



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 08 de Octubre del 2013

Doctor
Washington Escudero Doltz
DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mis consideraciones:

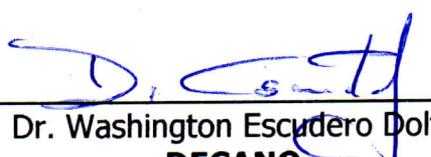
Yo, **MOREIRA BARCIA CARLOS MAGNO** con **C.I. N°0924073521**,
estudiante del **Quinto año** paralelo 3 del periodo lectivo 2013-2014, solicito a
usted muy respetuosamente y por su digno intermedio a quien corresponda se
me asigne el nombre del **TUTOR** para mi **TRABAJO DE GRADUACION** en la
materia de **ODONTOPEDIATRIA** como requisito previo a mi incorporación.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,


MOREIRA BARCIA CARLOS MAGNO
C.I. N°0924073521

Se le ha asignado al Dr(a). Dolce del Bono, para que colabore con usted
en la realización de su trabajo final.


Dr. Washington Escudero Doltz
DECANO